

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

17 AUGUST 2007, 82nd YEAR / 17 AOÛT 2007, 82^e ANNÉE

No. 33, 2007, 82, 297–304

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 297 Outbreak news
– Marburg haemorrhagic fever, Uganda
- 298 Summary of discussions and recommendations of the 13th informal consultation on the Global Polio Laboratory Network, June 2007
- 303 WHO Clinical trial registry platform: addition of China and India
- 304 WHO web sites on infectious diseases

Sommaire

- 297 Le point sur les épidémies
– Fièvre hémorragique de Marburg, Ouganda
- 298 Résumé des discussions et recommandations de la treizième consultation informelle du réseau mondial OMS de laboratoires pour la poliomyélite, juin 2007
- 303 Système OMS d'enregistrement international des essais cliniques: intégration de la Chine et de l'Inde
- 304 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

8.2007
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Marburg haemorrhagic fever, Uganda

On 3 August 2007, Marburg haemorrhagic fever (MHF) was confirmed in a 29-year-old man in Uganda. The man became symptomatic on 4 July 2007, was admitted to hospital on 7 July and died on 14 July. The disease was confirmed by laboratory diagnosis on 30 July.

The man had had prolonged close contact with a 21-year-old co-worker with a similar illness to whom he had been providing care. The 21-year-old had developed symptoms on 27 June and was hospitalized with a haemorrhagic illness. He then recovered and was discharged on 9 July. Both men were working in a mine in western Uganda.

The Ministry of Health (MoH) in Uganda had mobilized national rapid response teams to the area, supported by WHO and other partners in the field, to investigate the outbreak. Laboratory investigations are being supported by the Uganda Virology Research Institute, the Kenya Medical Research Institute and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta (United-States) at which the definitive laboratory diagnosis of MHF was made.

Case investigations, including extensive contact tracing and contact monitoring are under-way at the mine, at the health care facilities that cared for the men during their illness, and within the community. Appropriate isolation facilities, active case finding, enhanced surveillance, infection control, safe burial practices and social mobilization activities have been put in place under

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre hémorragique de Marburg, Ouganda

Le 3 août 2007, un cas de fièvre hémorragique de Marburg a été confirmé chez un homme de 29 ans en Ouganda, chez qui les symptômes sont apparus le 4 juillet 2007. Hospitalisé le 7, il est décédé le 14 juillet. Le diagnostic a été confirmé au laboratoire le 30 juillet.

Le sujet avait été en contact prolongé avec un camarade de travail âgé de 21 ans dont il s'était occupé et qui souffrait d'une affection analogue. Dans ce dernier cas, les symptômes sont apparus le 27 juin et l'hospitalisation pour une affection hémorragique avait suivi; l'intéressé a cependant pu quitter l'hôpital le 9 juillet, une fois rétabli. Tous deux travaillaient dans une mine de l'ouest du pays.

Le Ministère ougandais de la Santé a envoyé sur place des équipes nationales d'action rapide, appuyées par l'OMS et d'autres partenaires sur le terrain, afin d'enquêter sur la flambée. Les analyses de laboratoire bénéficient du soutien de l'*Uganda Virology Research Institute*, du *Kenya Medical Research Institute* et des *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* d'Atlanta (Etats-Unis). Ce sont les CDC qui ont établi au laboratoire le diagnostic définitif de fièvre hémorragique de Marburg.

Les enquêtes sur les cas, avec recherche extensive et suivi des contacts, se poursuivent à la mine, au centre de santé où les deux hommes ont été soignés et dans la communauté. Des locaux d'isolement ont été aménagés et l'on a mis en place des moyens de dépistage actif des cas, de surveillance accrue et de lutte contre l'infection, adopté des méthodes d'inhumation sûres et entrepris des activités de mobilisation sociale sous l'égide d'un

the oversight of a national task force with high level political representation.

Interviews conducted with the mine authorities have identified one additional suspected case and 2 individuals who were taken ill in mid-June and have since recovered. These individuals are being investigated as a matter of priority. All the miners under investigation for MHF had been at the mine for approximately 8 months with no movements outside the mining area during that time. To date, there have been no reported cases among health care workers.

The MoH has requested WHO to coordinate international assistance to support the MoH in its outbreak response and containment activities. WHO, along with partners in the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN), will also be providing ongoing support in epidemiology, ecological studies, field communications, supplies and logistics. The containment and control measures that have been implemented by the MoH to date are in accordance with international best practice. WHO advises that there is no indication of the need for any restrictions on travel or trade with Uganda.

Further information can be found at the WHO Marburg haemorrhagic fever website: <http://www.who.int/csr/disease/marburg/en/index.html> ■

groupe spécial national comprenant des responsables politiques de haut niveau.

Les entretiens avec les responsables de la mine ont permis de retrouver un autre cas suspect ainsi que 2 personnes tombées malades au milieu du mois de juin et rétablies depuis. Elles font l'objet d'une enquête prioritaire. Tous les mineurs chez qui l'on recherche la fièvre hémorragique de Marburg se trouvent à la mine depuis 8 mois environ et n'ont pas quitté la zone de la mine au cours de cette période. A ce jour, aucun cas n'a été signalé au niveau du personnel de santé.

Le Ministère de la Santé a prié l'OMS de coordonner l'aide internationale concernant les activités de riposte et d'endiguement qu'il mène. L'OMS et ses partenaires du Groupe d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) apporteront aussi leur appui en matière d'épidémiologie, d'études écologiques, de communication sur le terrain, de fourniture de matériel et de logistique. Les mesures d'endiguement et de lutte appliquées par le Ministère de la Santé sont conformes aux meilleures pratiques internationales. De l'avis de l'OMS, il n'y a pas lieu de limiter les déplacements en Ouganda, ni les échanges commerciaux avec ce pays.

De plus amples renseignements sont disponibles (en anglais seulement) sur le site OMS sur la fièvre hémorragique de Marburg: <http://www.who.int/csr/disease/marburg/en/index.html> ■

Summary of discussions and recommendations of the 13th informal consultation of the WHO Global Polio Laboratory Network, June 2007

Summary of discussions

The WHO Global Polio Laboratory Network (GPLN) held its 13th informal consultation at WHO headquarters in Geneva, Switzerland, from 28 to 29 June 2007. The network has expanded from 145 to 146 laboratories following the recent inclusion of the Instituto Nacional de Salud laboratory, Chile. Participants at the consultation represented 27 network laboratories, 6 WHO regions and WHO headquarters. The GPLN reviewed its activities in support of polio eradication, including evidence for transmission of wild and Sabin vaccine-derived polioviruses (VDPVs), timeliness of reporting and laboratory quality assurance. The informal consultation was preceded by a one-day small working group discussion among 14 participants (representing 7 global specialized laboratories, WHO headquarters and the WHO regional offices for Europe and the Eastern Mediterranean), which focused on the development and evaluation of new molecular-based laboratory procedures and reagents for more rapid detection of polioviruses.

In 2006, the GPLN tested approximately 137 000 faecal samples from cases of acute flaccid paralysis (AFP) and confirmed transmission of wild poliovirus in 17 countries. Endemic serotype 1 and 3 polioviruses were transmitted in 4 countries (Afghanistan, India, Nigeria and Pakistan). Analysis of VP1 nucleotide sequences of

Résumé des discussions et recommandations de la treizième consultation informelle du réseau mondial OMS de laboratoires pour la poliomyélite, juin 2007

Résumé des discussions

Le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite a tenu sa treizième consultation informelle au Siège de l'OMS à Genève, les 28 et 29 juin 2007. Le nombre de laboratoires le composant est passé de 145 à 146 suite à la récente admission du laboratoire de l'*Instituto nacional de Salud* du Chili. Ont participé à la consultation des représentants de 27 laboratoires du réseau, des 6 Régions de l'OMS ainsi que du Siège de l'Organisation. Le réseau a fait le point sur ses activités en faveur de l'éradication de la poliomyélite: recherche de preuves de la transmission du poliovirus sauvage et de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale Sabin (PVDV), notification des cas dans les délais et assurance de la qualité des examens de laboratoire, notamment. La consultation informelle a été précédée d'une discussion dans le cadre d'une journée d'un groupe de travail plus restreint réunissant 14 participants (représentant 7 laboratoires spécialisés mondiaux, le Siège de l'OMS et les Bureaux régionaux de l'Europe et de la Méditerranée orientale), qui ont mis l'accent sur la mise au point et l'évaluation de nouvelles méthodes relevant de la biologie moléculaire et de réactifs pour la détection plus rapide des poliovirus.

En 2006, le réseau a analysé quelque 137 000 échantillons coprologiques provenant de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et confirmé la transmission du poliovirus sauvage dans 17 pays. La transmission des poliovirus appartenant aux sérotypes 1 et 3 se poursuivait de manière endémique dans 4 pays (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan). L'analyse des séquences nucléotidiques

virus isolates showed that imported viruses of Nigerian origin were transmitted in 8 countries (Cameroon, Chad, Ethiopia, Indonesia, Kenya, Niger, Somalia and Yemen). Imported viruses of Indian origin were transmitted in an additional 5 countries (Angola, Bangladesh, Democratic Republic of the Congo, Namibia and Nepal). In 2007, imported polioviruses have also been detected in Myanmar. The majority of importations were due to polioviruses of serotype 1. Single-case importations of serotype 3 viruses occurred in 2006 in Cameroon, Chad and Niger (2 separate episodes).

Between January 2006 and June 2007, VDPVs were isolated from AFP cases in Guangxi (China), Myanmar and Nigeria; from a healthy child in Shanghai (China); from sewage waters in Israel and the Czech Republic; and from immunodeficient people in Egypt, Islamic Republic of Iran, Syrian Arab Republic and Tunisia (the AFP case was diagnosed in France). Data from the GPLN suggest that the current screening approach for detection of VDPVs of serotypes 2 and 3 is inadequate. There is urgent need to address this issue to increase the sensitivity of VDPV detection. In the interim, a systematic analysis of surveillance data to monitor trends in geographical and temporal clustering of AFP cases with Sabin isolates of the same serotype has proven to be a useful complement to laboratory-based screening to flag programmatically important Sabin strains for more detailed genetic characterization.

The performance of network laboratories is monitored through a laboratory accreditation programme that is administered by WHO. Elements of the programme are proficiency testing, on-site performance reviews conducted at least once every 3 years by expert virologists, and ongoing monitoring of accuracy and timeliness of reporting. Of the network laboratories, 94% were fully accredited in 2006.

Delays in referring isolates for intratypic differentiation (ITD) were identified as the main deficiency in performance for 8 provisionally-accredited laboratories. One non-accredited laboratory is testing samples in parallel with an accredited reference laboratory until its performance weaknesses are corrected. Updated accreditation data were not received for 2 laboratories in 2006.

Rapid confirmation of transmission of wild polioviruses and VDPVs is an essential first step towards implementing interventions to prevent the spread of polioviruses. The GPLN has developed a strategic plan to decrease laboratory reporting times without compromising the sensitivity of poliovirus detection. Key elements of the plan include introducing a new test algorithm that has been proven through field evaluation in 3 locations to reduce reporting times by 50% without compromising poliovirus detection sensitivity; increasing the number of facilities with on-site capacity for virus isolation and ITD, thereby decreasing the need for inter-country shipment of virus isolates for analysis; and developing new diagnostic procedures and reagents.

VP1 virales sur des isolements a mis en évidence la transmission de virus importés du Nigéria dans 8 pays (Cameroun, Ethiopie, Indonésie, Kenya, Niger, Somalie, Tchad et Yémen). Des virus importés d'origine indienne se transmettaient dans 5 autres pays (Angola, Bangladesh, Namibie, Népal et République démocratique du Congo). En 2007, des poliovirus importés ont également été détectés au Myanmar. La majorité des cas importés étaient dus à des poliovirus du sérotype 1. Des cas isolés dus à un poliovirus importé de sérotype 3 ont été observés en 2006 au Cameroun, au Niger (2 épisodes distincts) et au Tchad.

Entre janvier 2006 et juin 2007, des PVDV ont été isolés chez des cas de PFA au Guangxi (Chine), au Myanmar et au Nigéria; chez un enfant bien portant à Shanghai (Chine); dans des eaux usées en Israël et en République tchèque; et chez des sujets immunodéprimés en Egypte, en République arabe syrienne, en République islamique d'Iran et en Tunisie (le cas de PFA a été diagnostiqué en France). Les données du réseau font penser que l'approche actuellement utilisée pour détecter les PVDV de sérotypes 2 et 3 est inadéquate et il faut d'urgence régler ce problème en améliorant la sensibilité de la détection des PVDV. En attendant, une analyse systématique des données de surveillance pour suivre les tendances en matière de regroupement dans le temps et dans l'espace des cas de PFA fournissant des isolements de virus Sabin du même sérotype a complété utilement le dépistage en laboratoire pour attirer l'attention sur des souches Sabin importantes du point de vue programmatique en vue d'une caractérisation génétique plus détaillée.

Les performances des laboratoires du réseau sont suivies par un programme d'accréditation administré par l'OMS. Le programme prévoit des essais d'aptitude, des bilans de performances sur site, effectués au moins tous les 3 ans par des experts en virologie, et la surveillance de l'exactitude et de la rapidité des notifications. Parmi les laboratoires du réseau, 94% étaient pleinement accrédités en 2006.

Les retards constatés dans l'acheminement des isolements en vue de la différenciation intratypique (DIT) ont été reconnus comme la principale carence dans les performances de 8 laboratoires accrédités à titre provisoire. Un laboratoire n'ayant pas obtenu l'accréditation analyse des échantillons parallèlement à un laboratoire de référence accrédité, en attendant d'avoir amélioré ses points faibles. En 2006, le programme d'accréditation n'a pas reçu de données mises à jour pour 2 laboratoires.

La confirmation rapide de la transmission des poliovirus sauvages et des PVDV est une première étape essentielle vers la mise en place d'interventions destinées à éviter la propagation des poliovirus. Le réseau a développé un plan stratégique pour réduire le délai de notification des laboratoires sans compromettre la sensibilité de la détection du poliovirus. Les principaux volets de ce plan sont: l'introduction d'un nouvel algorithme de test, éprouvé avec succès sur le terrain en 3 endroits et visant à réduire les délais de notification de 50% sans compromettre la sensibilité de détection du poliovirus; l'accroissement du nombre d'installations disposant sur place des moyens d'isoler le virus et de pratiquer des différenciations intratypiques (DIT), réduisant ainsi la nécessité d'expédier à l'étranger des isolements de virus pour analyse d'un pays à un autre; et la mise au point de méthodes et de réactifs nouveaux pour le diagnostic.

Priority is being given to implementing the new test algorithm in remaining polio-endemic regions (African, Eastern Mediterranean and South-East Asia). As of June 2007, 42 of 43 laboratories in these regions had already switched to using the new test algorithm, and 18 of these laboratories have on-site capacity for both virus isolation and ITD. Work has begun to train staff and improve the infrastructure of an additional 9 laboratories to upgrade them to perform ITD tests by December 2007. The main operational challenges associated with the new test algorithm are the increased workload and costs of ITD tests as well as the availability of sufficient ELISA reagents to meet demands. The mean time for completing laboratory analyses in 2006 was approximately 36 days in the South-East Asia Region, 32 days in the African Region and 21 days in the Eastern Mediterranean Region; compared with the equivalent reporting times of 31, 31 and 16 days in the first 3 months of 2007.

Adjustments are being made to the GPLN's accreditation and quality assurance programme in line with the requirements of the new test algorithm: revision of the WHO polio laboratory manual is already under way; laboratories will be expected to meet the new targets for reporting times starting in January 2008; and new proficiency test panels are being prepared to evaluate performance.

The GPLN is already examining the needs for surveillance of polioviruses in the future: enterovirus surveillance was discussed as one non-AFP based approach that can be evaluated in polio-free areas to assess relevance and comparative sensitivity to AFP surveillance.

Recommendations

General

- 1) WHO should advocate with national authorities and partner agencies for continued support to the GPLN. Laboratory services must be maintained in polio-free regions for early detection of wild poliovirus importations or VDPV circulation. Improvements in AFP surveillance in remaining endemic regions and the recent introduction of a new test algorithm have increased laboratory workload and resource needs in the 3 remaining regions that are endemic for polio.

New algorithm

- 2) WHO headquarters should revise and redistribute the supplement to its *Polio laboratory manual*, which describes the new test algorithm that was recommended for implementation in 2006. Revisions are required to the flowchart, guidelines on interpreting results and advice on follow-up testing for laboratories with an interest in characterizing non-polio enteroviruses (NPEVs). These changes should be discussed at already scheduled training workshops and regional laboratory network meetings. An electronic version of the revised supplement should be distributed to all network laboratories by September 2007 and made accessible on the Internet.

La priorité est donnée à l'application du nouvel algorithme de test dans les Régions où la poliomyélite reste endémique (Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale). En juin 2007, 42 des 43 laboratoires de ces Régions avaient déjà adopté ce nouvel algorithme et 18 d'entre eux disposaient sur place de moyens pour isoler les virus et pour pratiquer des DIT. Des efforts ont été entrepris pour former le personnel et améliorer l'infrastructure de 9 laboratoires supplémentaires afin qu'ils puissent eux aussi pratiquer des DIT d'ici décembre 2007. Les principales difficultés de fonctionnement liées au nouvel algorithme sont l'augmentation de la charge de travail et des coûts de réalisation des DIT, ainsi que la disponibilité de réactifs pour test ELISA en quantités suffisantes pour faire face à la demande. La durée moyenne pour effectuer les analyses au laboratoire qui en 2006 était environ de 36 jours dans l'Asie du Sud-Est, de 32 jours dans la Région africaine et de 21 jours dans la Région de la Méditerranée orientale a été ramenée à 31, 31 et 16 jours respectivement au cours des 3 premiers mois de 2007.

Des modifications sont apportées au programme d'accréditation et d'assurance de la qualité pour répondre aux exigences du nouvel algorithme de test: la révision du *Polio laboratory manual* de l'OMS est déjà en cours; les laboratoires devraient être en mesure d'atteindre les nouveaux objectifs en ce qui concerne les délais de notification à partir de janvier 2008; et de nouvelles batteries d'essais d'aptitude sont en cours de préparation pour évaluer les performances des laboratoires.

Le réseau étudie déjà les besoins pour la surveillance dans l'avenir: la surveillance des entérovirus a été examinée comme l'une des approches ne reposant pas sur la surveillance de la PFA qui pourrait être évaluée dans les zones exemptes de poliomyélite en vue de comparer son intérêt et sa sensibilité à ceux de la surveillance des cas de PFA.

Recommandations

Recommandation générale

- 1) L'OMS doit encourager les autorités nationales et les partenaires à continuer de soutenir le réseau. Il faut maintenir dans les Régions exemptes de poliomyélite des services de laboratoire capables de détecter les importations de poliovirus sauvage ou la circulation de PVDV. Les améliorations apportées à la surveillance de la PFA dans les dernières zones d'endémie de la poliomyélite et l'introduction récente d'un nouvel algorithme de test ont accru la charge de travail des laboratoires et leurs besoins en termes de moyens dans les 3 dernières régions d'endémie poliomyélitique.

Nouvel algorithme

- 2) Le Siège de l'OMS doit réviser et rediffuser le supplément à son *Polio laboratory manual*, qui décrit le nouvel algorithme de test qu'il était recommandé d'appliquer en 2006. Des révisions doivent être apportées à l'organigramme, aux lignes directrices pour l'interprétation des résultats et aux conseils sur les tests de suivi pour les laboratoires qui souhaitent caractériser les entérovirus non poliomyélitiques. Ces modifications devront être examinées dans le cadre des ateliers de formation qui ont déjà été prévus, ainsi qu'à l'occasion de réunions régionales du réseau de laboratoires. Une version électronique du supplément révisé devrait être diffusée à tous les laboratoires du réseau d'ici septembre 2007 et être accessible sur Internet.

- 3) Laboratories using the new test algorithm should immediately revise their standard operating procedures, as follows:
 - a) The category of “inconclusive” should be removed as a choice for reporting L+R- and R+L+R- culture results; these should be reported as “negative”.
 - b) The results of virus isolation should be tracked separately for each “arm” of the test algorithm and for each specimen.
 - i) If isolates are obtained from both the “L20B arm” (LR) and the “RD arm” (RLR) of the algorithm, the virus isolation laboratory should refer both isolates to the ITD laboratory.
 - ITD testing should be performed only on the isolate from the L20B arm (LR isolate).
 - ITD testing should be performed on the isolate from the RD arm (RLR isolate) only if the result from the L20B arm (i.e. LR isolate) is non-enterovirus (NEV) or NPEV.
 - ii) If only one arm is positive (and the other arm negative), the laboratory performing the isolation should always forward the available positive arm isolate for ITD testing.
 - c) Laboratory databases should be changed to reflect the new recommendations to remove “inconclusive” as a reporting choice and to separately record results for both arms of the new test algorithm.
- 4) The use of the new test algorithm should be expanded in polio-endemic regions. The upgrading of 9 laboratories to provide on-site ITD capacity should be completed by December 2007, including documenting performance in ITD proficiency tests and parallel testing of isolates with an accredited reference laboratory.
- 5) The new test algorithm should be recommended for use in polio-free regions/countries, where there is interest, existing ITD capacity and sufficient resources.

Revisions to the WHO Polio laboratory manual

- 6) Electronic versions of 2 proposed supplements to the manual should be distributed to all network laboratories by September 2007 and should be made accessible on the Internet.
- 7) Revisions should be made to accreditation checklists, as follows:
 - a) The number of separate checklists should be reduced from 3 to 2 for evaluating 2 categories of laboratories: “virus isolation” and “ITD”.
 - b) The checklists should be made accessible on the Internet, distributed in electronic format to network laboratories for comment and pilot tested by 30 September.
 - c) The accreditation criteria and scoring matrix should be modified to reflect adoption of the new test algorithm and greater emphasis placed on laboratory management and biosafety.
 - d) The target timelines for testing and reporting of results by laboratories using the new algorithm

- 3) Les laboratoires utilisant le nouvel algorithme de test doivent immédiatement réviser les modes opératoires normalisés de la manière suivante:
 - a) La catégorie «non concluant» doit être supprimée comme option pour notifier les résultats des cultures L+R- et R+L+R; ces résultats doivent être rapportés comme «négatifs».
 - b) Il faut garder trace des résultats de l'isolement du virus séparément pour chaque bras de l'algorithme et pour chaque échantillon.
 - i) Si l'on obtient des isolements à partir du «bras L20B» (LR) et du «bras RD» (RLR) de l'algorithme, le laboratoire chargé d'isoler le virus doit acheminer les deux isolements au laboratoire effectuant les DIT.
 - Une DIT doit être effectuée uniquement sur l'isolement provenant du bras L20B (isolement LR).
 - Une DIT doit être effectuée sur l'isolement du bras RD (isolement RLR) uniquement si le résultat pour l'isolement LR est «absence d'entérovirus» (NEV) ou «entérovirus non poliomyélitique» (NPEV).
 - ii) Si un seul bras donne un résultat positif (l'autre bras étant négatif), le laboratoire procédant à l'isolement devra toujours acheminer l'isolement du bras positif disponible en vue d'une DIT.
 - c) Les bases de données des laboratoires doivent être modifiées pour refléter les nouvelles recommandations visant à supprimer l'option de la notification d'un résultat «non concluant» et à indiquer séparément les résultats pour les deux bras du nouvel algorithme de test.
- 4) L'utilisation du nouvel algorithme de test doit être développée dans les régions d'endémie. La modernisation de 9 laboratoires pour qu'ils soient capables de pratiquer des DIT sur place devrait s'achever en décembre 2007, avec notamment l'attestation de la réalisation avec succès des essais d'aptitude aux DIT et d'analyses d'isolements en parallèle avec un laboratoire de référence accrédité.
- 5) L'utilisation du nouvel algorithme de test doit être recommandée dans les Régions et pays exempts de poliomyélite qui sont intéressés et disposant de moyens pour pratiquer des DIT et de ressources suffisantes.

Révisions du *Polio laboratory manual* de l'OMS

- 6) Les versions électroniques de 2 additifs proposés doivent être distribuées à l'ensemble des laboratoires du réseau d'ici septembre 2007 et être accessibles sur Internet.
- 7) Les révisions ci-après doivent être apportées aux listes des laboratoires agréés:
 - a) Le nombre de listes distinctes doit être ramené de 3 à 2 avec 2 catégories de laboratoires, à savoir: «isolement de virus» et «DIT».
 - b) Les listes doivent être accessibles sur Internet, diffusées sous format électronique aux laboratoires du réseau pour qu'ils formulent des observations, et faire l'objet d'un test pilote d'ici le 30 septembre.
 - c) Les critères d'accréditation et la matrice de notation doivent être modifiés pour refléter l'adoption du nouvel algorithme, et l'accent doit davantage être mis sur la gestion et la sécurité biologique au laboratoire.
 - d) Les délais visés pour la réalisation des tests et la notification des résultats par les laboratoires utilisant le nouvel

should be 14 days for virus isolation and 7 days for ITD tests.

- e) The new accreditation checklists should be finalized and distributed to network laboratories by 30 November.

Quality assurance

- 8) Adjustments should be made to the proficiency test panel for virus isolation and identification to evaluate performance with the new test algorithm. The proficiency test panel should be pilot tested by November 2007 and finalized for introduction in 2008.
- 9) The new accreditation checklists and criteria should be adopted by the GPLN in January 2008.

VDPV issues

- 10) The laboratory network should implement plans to improve the sensitivity of VDPV detection, particularly for serotype 2 and 3 viruses, including:
 - a) Collecting and reviewing available sequence data of type 2 and type 3 Sabin-related viruses detected by the GPLN since January 2006, to identify "hot spots" for mutations associated with antigenic changes.
 - b) Performing retrospective genetic characterization of type 2 and type 3 Sabin-related viruses that show clustering in time or place and expanding this activity to include other isolates as appropriate.
 - c) Developing guidelines on virological and immunological investigations (including frequency of sampling, choice of immunological methods) to be performed in response to possible iVDPV detection.
 - d) Completing laboratory and field evaluation of molecular-based methods, under development, for VDPV screening.

New procedures

- 11) New molecular based procedures under development for ITD testing and VDPV detection should be evaluated in pilot study sites in endemic and non-endemic regions. Proficiency test panels for evaluating performance with these procedures should also be developed and pilot tested.
- 12) Efforts should continue to develop and evaluate an IgM serology assay to supplement AFP surveillance during the late stages of the eradication programme and the post-eradication period. Existing, well-characterized specimens should be used in the evaluation. ■

algorithmes doivent être de 14 jours pour l'isolement des virus et de 7 jours pour les DIT.

- e) Les nouvelles listes de laboratoires agréés doivent être finalisées et distribuées aux laboratoires du réseau d'ici le 30 novembre.

Assurance de la qualité

- 8) Des ajustements doivent être apportés à la batterie d'essais d'aptitude pour l'isolement et l'identification des virus afin d'évaluer les performances obtenues avec le nouvel algorithme de test. La nouvelle batterie d'essais d'aptitude devra faire l'objet d'un essai pilote d'ici novembre 2007 et être mise au point de manière définitive en vue de son introduction en 2008.
- 9) Les nouvelles listes de laboratoires agréés et les critères d'accréditation modifiés doivent être adoptés par le réseau en janvier 2008.

Questions concernant les PVDV

- 10) Le réseau de laboratoires doit appliquer des plans visant à améliorer la sensibilité de la détection des PVDV, en particulier pour les virus des sérotypes 2 et 3, notamment en ce qui concerne:
 - a) la collecte et l'examen des données de séquençage disponibles sur les virus apparentés à la souche Sabin de types 2 et 3 détectés par le réseau depuis janvier 2006 afin d'identifier les «points chauds» des mutations associées aux changements antigéniques;
 - b) la caractérisation génétique rétrospective des virus apparentés à la souche Sabin des types 2 et 3 pour lesquels on a trouvé des regroupements de cas dans le temps ou dans l'espace et l'extension de cette activité, le cas échéant, à d'autres virus isolés;
 - c) la mise au point de principes directeurs sur les enquêtes virologiques et immunologiques (y compris la fréquence de l'échantillonnage et le choix des méthodes immunologiques) à effectuer en réponse à la détection éventuelle d'un PVDVi;
 - d) l'achèvement de l'évaluation au laboratoire et sur le terrain des méthodes de biologie moléculaire en cours de mise au point pour le dépistage des PVDV.

Nouvelles procédures

- 11) Les nouvelles méthodes de biologie moléculaire en cours de mise au point pour la DIT et la détection des PVDV doivent être évaluées dans des sites d'études pilotes aussi bien dans des régions d'endémie que dans des régions épargnées par l'endémie. Des batteries d'essais d'aptitude visant à évaluer les performances obtenues avec ces méthodes doivent également être mises au point et faire l'objet d'études pilotes.
- 12) Les efforts doivent être poursuivis pour mettre au point et évaluer un titrage sérologique IgM pour compléter la surveillance de la PFA au cours des derniers stades de l'éradication et pendant la période succédant immédiatement à l'éradication. Des échantillons existants bien caractérisés doivent être utilisés pour évaluer le succès de l'éradication. ■

WHO Clinical trial registry platform: addition of China and India

On 25 July 2007, WHO announced the expansion of its clinical trial registry platform to include trial registers from China and India. This is a major step for policy-makers and scientists, who can now track local research activities, improve the quality of that research, and meet global standards for transparency. The general public also benefits from free access to a more complete picture of clinical research on diseases of interest in their own countries.

Both China and India have a rapidly expanding clinical trial research sector. The Chinese Clinical Trial Register was established in 2005 and has now met the criteria to submit its trial registry data to WHO's web search portal. The Clinical Trials Registry in India is the most recent of the world's 5 primary registries, and was built to meet WHO's reporting requirements.

The addition of these 2 clinical trial registers is a milestone in a growing international movement for more transparency and accountability in research involving people. This development will contribute to improving the ethical conduct of and public trust in clinical trials, which are vital for testing new life-saving treatments.

By participating as primary registers in WHO's International Clinical Trials Registry Platform, these 2 registers will ensure that researchers, whether in the public or private sector in their respective countries, will be more accountable to the people who consent to participate in trials and to those who may benefit from research results.

Both registers will work closely with the medical journals in their region. They will build on the requirement of the International Committee of Medical Journal Editors that clinical trials be publicly registered before the first participants are enrolled. This publication requirement gives companies and other research institutions a strong incentive to register their trials.

Through the WHO web search portal, the public have access to a global picture of planned, ongoing and completed clinical trials. ■

Système OMS d'enregistrement international des essais cliniques: intégration de la Chine et de l'Inde

Le 25 juillet 2007, l'OMS a annoncé le développement de son système d'enregistrement des essais cliniques, qui va désormais intégrer les registres de la Chine et de l'Inde. C'est une étape majeure pour les décideurs et les chercheurs, qui peuvent désormais suivre les travaux de recherche locaux, améliorer leur qualité et satisfaire aux normes mondiales de transparence. Le grand public bénéficiera également du libre accès à un panorama plus complet des recherches cliniques sur les maladies importantes dans les pays.

Le secteur de la recherche clinique se développe rapidement, en Chine comme en Inde. Le Registre chinois des essais cliniques a été créé en 2005 et remplit désormais les critères pour soumettre ses données au portail OMS de recherche sur le Web. Le registre des essais cliniques en Inde, est le plus récent des 5 grands registres du monde et a été créé pour satisfaire aux normes de l'OMS en matière de rapports et de notifications.

L'adjonction de ces 2 registres d'essais cliniques marque une étape dans l'expansion du mouvement international pour la transparence et l'obligation de rendre des comptes dans les milieux de la recherche. Cette évolution va contribuer à améliorer l'éthique des essais cliniques et la confiance du public, deux éléments cruciaux pour tester de nouveaux traitements indispensables.

En devenant des registres essentiels au sein du Système OMS d'enregistrement international des essais cliniques, ces deux registres garantiront que les chercheurs, qu'ils travaillent dans le secteur public ou dans le secteur privé de leurs pays respectifs, auront davantage de comptes à rendre aux personnes qui accepteront de participer à leurs essais et à celles qui seront susceptibles de bénéficier des résultats de leurs travaux.

Les deux registres travailleront en étroite collaboration avec les revues médicales de leur région. Ils se fonderont sur l'exigence du Comité international des rédacteurs de revues médicales d'enregistrer publiquement les essais cliniques avant de recruter les premiers patients. Cette condition incite fortement les sociétés privées et les autres instituts de recherche à faire enregistrer leurs essais.

Grâce au portail de recherche de l'OMS sur le Web, le public peut accéder à un panorama mondial des essais cliniques prévus, en cours ou achevés. ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: **<http://www.who.int/wer/>**
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to **listserv@who.int**. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line: subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: **<http://www.who.int/wer/>**
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à **listserv@who.int** en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

WHO web sites on infectious diseases
Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

Avian influenza	http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/cholera/	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://who.int/denguenet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	http://www.who.int/topics	La santé de A à Z
Influenza	http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/	Grippe
Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illness	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International Health Regulations	http://www.who.int/csr/ihr/en/	Règlement sanitaire international
International travel and health	http://www.who.int/ith/	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis	Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Lymphatic filariasis	http://www.who.int/lymphatic_filaria.org/en/	Filariose lymphatique
Malaria	http://www.who.int/malaria	Paludisme
Neglected diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies négligées
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.polioeradication.org/casecount.asp	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
Report on infectious diseases	http://www.who.int/infectious-disease-report/	Rapport sur les maladies infectieuses
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Varirole
Schistosomiasis	http://www.schisto.org	Schistosomiase
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/tb/ and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/immunization/en/	Vaccins
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer/	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/index.html	Fièvre jaune