



Contents

- 49 Outbreak news
– Ebola Reston in pigs and humans, Philippines
- 50 Cholera outbreak, Zimbabwe
- 52 Case definitions for the 4 diseases requiring notification to WHO in all circumstances under the International Health Regulations (2005)
- 56 Corrigendum
- 56 WHO web sites on infectious diseases

Sommaire

- 49 Le point sur les épidémies
– Découverte du virus Ebola Reston chez le porc et chez l'homme, Philippines
- 50 Flambée de choléra, Zimbabwe
- 52 Définitions de cas relatives aux 4 maladies devant être notifiées à l'OMS en toutes circonstances en vertu du Règlement sanitaire international (2005)
- 56 Rectificatif
- 56 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

★ OUTBREAK NEWS

Ebola Reston in pigs and humans, Philippines

On 23 January 2009, the Government of the Philippines announced that a person thought to have come into contact with sick pigs had tested positive for Ebola Reston Virus (ERV) antibodies (IgG). On 30 January 2009, the Government announced that a further 4 individuals had been found positive for ERV antibodies: 2 farm workers in Bulacan and 1 farm worker in Pangasinan – both farms in northern Luzon are under quarantine because ERS infection was found in pigs – and one butcher from a slaughterhouse in Pangasinan. The person announced on 23 January to have tested positive for ERV antibodies is reported to be a backyard pig farmer from Valenzuela City – a neighbourhood within Metro Manila.

The Philippine Department of Health has said that the people who tested positive appear to be in good health and have not experienced any significant illnesses in the past 12 months. The investigation team reported that it was possible that all 5 individuals had been exposed to the virus as a result of direct contact with sick pigs. The use of personal protective equipment is not common practice among these animal handlers.

These observations and previous studies of ERV demonstrate that the virus can be transmitted to humans without resulting in illness. However, the evidence available relates only to healthy adults; it would be premature to conclude the health effects of the virus on all population groups. The threat to human health is likely to be low for healthy adults but is unknown for all other population groups, such as immunocompromised subjects, persons with underlying medical conditions, pregnant women and children.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Découverte du virus Ebola Reston chez le porc et chez l'homme, Philippines

Le 23 janvier 2009, le Gouvernement des Philippines a annoncé qu'une personne, dont on pense qu'elle a été en contact avec des porcs malades, avait donné des résultats positifs à la recherche d'anticorps (IgG) contre le virus Ebola Reston. Le 30 janvier, le gouvernement a annoncé que 4 autres personnes avaient donné des résultats positifs à la recherche de ces anticorps: 2 agriculteurs à Bulacan, un autre agriculteur à Pangasinan – ces deux fermes, situées dans le nord de Luzon sont actuellement en quarantaine à cause de l'infection à virus Ebola Reston découverte chez les porcs – et un boucher de l'abattoir de Pangasinan. La personne dont on a annoncé les tests positifs le 23 janvier élève, selon les informations, des porcs chez lui à Valenzuela City, un quartier dans la zone métropolitaine de Manille.

Le Ministère de la Santé des Philippines a déclaré que les personnes ayant donné des tests positifs semblent en bonne santé et n'ont pas eu de maladies notables au cours des 12 derniers mois. L'équipe chargée de l'enquête a indiqué qu'il était possible que ces 5 personnes aient été exposées au virus à la suite d'un contact direct avec des porcs malades. L'utilisation d'équipement de protection individuelle n'est pas courante chez ceux qui s'occupent de ces animaux.

Ces observations ainsi que des études antérieures démontrent que le virus Ebola Reston peut se transmettre à l'homme sans provoquer de maladie. Toutefois, les données actuelles ne couvrent que des adultes en bonne santé et il serait prématuré de tirer des conclusions pour l'ensemble de la population. Il est probable que la menace soit faible pour les adultes en bonne santé mais elle est inconnue pour les autres groupes de la population, comme les sujets immunodéprimés, les personnes souffrant d'autres maladies, les femmes enceintes et les enfants.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

02.2009
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

The Government of the Philippines is conducting contact tracing of the 5 individuals who tested positive for antibodies. In addition, testing is ongoing for other people who could have come into contact with sick pigs on the 2 quarantined farms in the provinces of Bulacan and Pangasinan where pigs coinfecting with the porcine respiratory and reproductive syndrome and ERV were reported in 2008. The 2 farms remain under quarantine; the Philippine Government is maintaining its voluntary hold of exports of live pigs as well as fresh and frozen pork meat.

The Government of the Philippines has announced a combined (Department of Health and Department of Agriculture) strategy to limit the animal and human health risks of ERV and emphasized that local governments, the pig farming industry and the public will play a critical role in the strategy.

Together with its international partners, WHO will continue to support the Government of the Philippines in its efforts to better understand ERV, its effects on humans and the measures that need to be taken to reduce any risks to human health. ■

Cholera outbreak, Zimbabwe

Zimbabwe's cholera outbreak, one of the world's largest ever recorded, is far from being brought under control. An enhanced response is needed to urgently reverse an epidemic that has so far infected more than 60 000 people and killed more than 3100 since August 2008.

WHO and other international and local partners are supporting the Ministry of Health and Child Welfare's (MoHCW) efforts to control the epidemic. However, unless drastic action is taken by all players in this crisis, more Zimbabweans will succumb to the outbreak, and other countries in the southern African region will face the continued threat of spill-over epidemics.

Urgent measures needed in Zimbabwe include:

- increasing awareness, particularly at grassroots level, prevention and treatment measures. Most recorded deaths have occurred at home, which means that more effective messaging directed at all communities, particularly the remotest parts of the country, is crucial for the Zimbabwean public to be best prepared to act against the epidemic.
- making available at community level more medicines, particularly oral rehydration salts (ORS) and chlorine tablets, so that health-care workers and the general public have the means of treating cholera cases as they emerge. One of the greatest challenges is ensuring people can access health services. As this is not possible for many people, due to limited access to transport or money to pay for the trip to the health facility, stocks of simple yet life-saving supplies, such as ORS and chlorine tablets, must be provided to each community.

Le gouvernement des Philippines procède à la recherche des contacts des 5 personnes ayant donné des tests positifs. En outre, des analyses sont en cours pour d'autres personnes qui auraient pu être en contact avec des porcs malades sur les deux exploitations placées en quarantaine dans les provinces de Bulacan et Pangasinan, où l'on a signalé en 2008 des porcs infectés simultanément par le syndrome dysgénésique et respiratoire du porc et le virus Ebola Reston. Ces deux exploitations restent en quarantaine et le gouvernement philippin maintient sa suspension volontaire des exportations de porcs vivants, ainsi que de viande de porc fraîche ou congelée.

Le gouvernement des Philippines a annoncé l'adoption d'une stratégie commune des Ministères de la Santé et de l'Agriculture pour limiter les risques du virus Ebola Reston pour la santé humaine et animale et il a souligné que les autorités locales, le secteur de l'élevage porcin et le grand public allait jouer un rôle essentiel dans son application.

Avec ses partenaires internationaux, l'OMS continuera d'apporter son aide au gouvernement philippin dans ses efforts pour mieux comprendre le virus Ebola Reston, ses effets sur l'être humain et les mesures à prendre pour réduire tout risque pour la santé. ■

Flambée de choléra, Zimbabwe

La flambée de choléra au Zimbabwe, l'une des plus importantes jamais observée au monde, est loin d'avoir été maîtrisée et il faut d'urgence intensifier l'action nationale et internationale pour venir à bout de cette épidémie qui a touché jusqu'ici, plus de 60 000 personnes et fait plus de 3100 morts depuis août 2008.

L'OMS et ses partenaires internationaux et locaux aident le ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance dans ses efforts pour maîtriser l'épidémie. Mais si tous les intervenants dans cette crise ne prennent pas des mesures drastiques, il y aura davantage de victimes encore au Zimbabwe et les autres pays d'Afrique australe seront confrontés à la menace constante d'une propagation de l'épidémie chez eux.

Les mesures urgentes à prendre au Zimbabwe sont les suivantes:

- Augmenter la sensibilisation aux mesures de prévention et de traitement, en particulier dans les populations. La plupart des décès recensés se sont produits à domicile, ce qui signifie qu'il est essentiel d'adresser des messages plus efficaces à toutes les communautés, notamment dans les régions les plus isolées du pays, pour préparer le mieux possible la population zimbabwéenne à faire face à l'épidémie.
- Mettre à disposition davantage de médicaments, notamment des sels de réhydratation orale (SRO) et des comprimés de chlore, au niveau communautaire, de façon à ce que tout un chacun et les soignants en particulier aient les moyens de traiter rapidement les cas de choléra quand ils surviennent. L'une des grandes difficultés est de veiller à ce que la population ait accès aux services de santé. Comme ce n'est pas possible pour de nombreuses personnes, en raison du manque de transports et d'argent pour payer le déplacement vers un établissement de santé, des stocks de fournitures de base, mais pouvant sauver des vies, comme les SRO et les comprimés de chlore, doivent être fournis à chaque communauté.

- mobilizing resources to pay thousands of Zimbabwean doctors, nurses and other health staff who have been unable to obtain salaries and have not had enough money to cover basic needs, such as buying a bus ticket to get to work. This vacuum in availability of national health staff is a prime factor in the increasing number of cholera cases dying.
- opening access to more nongovernmental organizations (NGOs) to respond to the cholera outbreak in more areas of the country. NGOs, such as Médecins Sans Frontières, are operating large numbers of cholera treatment centres and units in areas where other support, including governmental support, is not available. Such activities must be promoted in order to increase access to health care, particularly at the district level.
- strengthening the multisectoral response being provided by all players – United Nations, NGOs, governments and donors – is vital. More effort is needed in multiple areas, including improved case management, water and sanitation, social mobilization, provision of financial resources to health providers operating in Zimbabwe, and increasing numbers of health staff in the field.

As of 29 January 2009, the number of cases had reached 60 401, with 3161 deaths, and the disease showed no signs of abating. All 10 provinces, as well as neighbouring countries, have been affected. Although the case fatality-rate has decreased slightly, it is still >5%, with about 3 times more deaths being recorded at community level than within health facilities. The acceptable level should be <1%. Neighbouring South Africa has reported 3000 cases, but the strength of its health care and water and sanitation systems have kept the case fatality rate <1%.

To date, WHO and its partners have worked efficiently with the MoHCW to respond to the outbreak, including by:

- establishing a Cholera Command and Control Centre in the capital, Harare, to coordinate and strengthen alert, response, case management, social mobilization and logistic activities.
- mobilizing an outbreak response team of >40 experts, including national and international disease control specialists from across WHO. This team has been working on technical coordination, early warning alerts, social mobilization activities, case management and training, outbreak logistics, laboratory support and critical response activities in the provinces most affected.
- deploying 10 experts from public health institutions as well as technical partners in the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) to support technical coordination at the Cholera Command and Control Centre, and provide technical support to the MoHCW for outbreak response. These include the Burnet Institute in Australia; the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) and Health

- Mobiliser des ressources pour payer les milliers de médecins, infirmiers et autres professionnels de santé zimbabwéens qui n'ont pas perçu de salaires et n'ont pas suffisamment d'argent pour couvrir les premières nécessités, comme simplement d'acheter un ticket de bus pour se rendre au travail. Cette absence des personnels de santé nationaux est le principal facteur à l'origine du nombre croissant de malades mourant du choléra.
- Autoriser davantage d'organisations non gouvernementales (ONG) à lutter contre l'épidémie dans de plus nombreuses régions du pays. Actuellement, des ONG comme Médecins Sans Frontières, font fonctionner un grand nombre de centres de traitement et de services contre le choléra dans des endroits où il n'y a aucune autre aide, y compris des pouvoirs publics. Il faut promouvoir ces activités pour améliorer l'accès aux soins de santé, en particulier au niveau des districts.
- Il est vital de renforcer l'action multisectorielle de tous les intervenants, Nations Unies, ONG, gouvernement et donateurs. Il faut faire davantage d'efforts dans de multiples domaines, amélioration de la prise en charge des cas, eau et assainissement, mobilisation sociale, ressources financières apportées aux prestataires de santé opérant au Zimbabwe, augmentation du nombre des professionnels de santé sur le terrain.

Au 29 janvier 2009, on avait atteint 60 401 cas, dont 3161 décès, sans le moindre signe d'amélioration de la situation. Les 10 provinces du pays et les États limitrophes sont désormais touchés. Bien que le taux de létalité ait légèrement baissé, il reste >5%, et l'on recense 3 fois plus de décès dans les communautés que dans les établissements de santé. Pour être acceptable, ce taux devrait être <1%. L'Afrique du Sud, pays voisin, a signalé également 3000 cas, mais grâce à l'efficacité de ses systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le taux de létalité est resté <1%.

L'OMS et ses partenaires ont collaboré efficacement jusqu'à maintenant avec le ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance pour lutter contre la flambée:

- Un centre de commandement et de lutte contre le choléra a été établi à Harare, la capitale, pour coordonner l'alerte, l'intervention, la prise en charge des cas, la mobilisation sociale et la logistique.
- Une équipe d'intervention de >40 experts a été mobilisée; elle rassemble des spécialistes nationaux et internationaux de la lutte épidémiologique venus de l'ensemble de l'Organisation. Elle a travaillé sur la coordination technique, les alertes précoces, les activités de mobilisation sociale, la prise en charge des cas, la formation, la logistique, l'appui des laboratoires et des activités essentielles pour intervenir dans les provinces les plus touchées.
- Dix experts d'institutions de santé publique et de partenaires techniques du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ont été déployés pour contribuer à la coordination technique au centre de commandement et de lutte contre le choléra et fournir une assistance technique au Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance. Il s'agit du *Burnet Institute* en Australie, de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et de la

Protection Agency in the UK; the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B); the US Centers for Disease Prevention and Control; and the National Board of Health and Welfare, Sweden.

- delivering medicines and other health equipment to health centres treating cholera patients.
- working with the donor community to raise much-needed resources for cholera response activities, as well as for overall strengthening of Zimbabwe's health sector.

The challenge is not just in Harare, but in remote, hard-to-access parts of the country where the effective implementation of control measures to contain Zimbabwe's cholera epidemic is very difficult. In addition to the issue of staff shortages, there is a need for increased awareness about how to treat cholera, filling the gaps in medical supplies, providing reliable logistic support and capacity to deliver supplies, and increasing access to health services and safe water supply in remote areas where NGOs are not operating. Combined, these factors present a major challenge to bringing this outbreak quickly under control. ■

Health Protection Agency au Royaume-Uni, de l'*International Centre for Diarrhoeal Disease Research* au Bangladesh; des *Centers for Disease Prevention and Control* des États-Unis et du Conseil national des Affaires sanitaires et sociales de Suède.

- Des médicaments et du matériel médical ont été livrés aux centres de santé traitant des malades du choléra.
- La communauté des donateurs a été sollicitée pour lever les fonds manquant cruellement pour les interventions contre le choléra, ainsi que pour le renforcement général du secteur de la santé au Zimbabwe.

Le défi n'est pas qu'à Harare, mais aussi dans les zones isolées du pays, difficiles d'accès, où il est très compliqué de mettre en œuvre efficacement les mesures de lutte pour endiguer l'épidémie de choléra. En plus du problème des pénuries de personnel, il faut sensibiliser davantage aux moyens de traiter le choléra, combler les pénuries de fournitures médicales, assurer une aide logistique fiable et des moyens de délivrer les fournitures et améliorer l'accès aux services de santé et d'approvisionnement en eau salubre dans les zones isolées où les ONG ne travaillent pas. Tout cela constitue un immense défi à relever si l'on veut endiguer rapidement cette épidémie. ■

Case definitions for the 4 diseases requiring notification to WHO in all circumstances under the International Health Regulations (2005)

Under the terms of the *International Health Regulations* (2005) (IHR (2005)), WHO is to establish case definitions for the following 4 critical diseases that are deemed always to be unusual or unexpected and may have serious public health impact, and hence must be notified to WHO in all circumstances: smallpox, poliomyelitis due to wild-type poliovirus, human influenza caused by a new subtype and severe acute respiratory syndrome (SARS).

- These case definitions are specifically for purposes of notification under the IHR (2005) and may not apply to other surveillance or reporting systems, which may have their own definitions.
- The IHR (2005) also require notification of all (public health) events that may constitute a public health emergency of international concern, in accordance with the Decision Instrument (contained in Annex 2).

Human influenza caused by a new subtype

Case definition for notification of human influenza caused by a new subtype under the IHR (2005)

States Parties to the IHR (2005) are required to notify WHO immediately of any laboratory-confirmed case of a recent human infection caused by an influenza A virus

Définitions de cas relatives aux 4 maladies devant être notifiées à l'OMS en toutes circonstances en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

Aux termes du *Règlement sanitaire international* (2005) (RSI (2005)), il appartient à l'OMS d'établir les définitions de cas des quatre maladies essentielles ci-après qui sont censées être toujours inhabituelles ou inattendues et peuvent avoir d'importantes répercussions pour la santé publique et doivent donc être notifiées dans tous les cas: variole, poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, grippe humaine causée par un nouveau sous-type et syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

- Noter cependant que ces définitions de cas sont spécifiquement destinées à la notification en vertu du RSI (2005) et peuvent ne pas être applicables aux autres systèmes de surveillance ou de notification, qui disposent peut-être de leurs propres définitions.
- Le RSI (2005) exige également que soient notifiés tous les événements de santé publique pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, conformément à l'instrument de décision figurant dans l'annexe 2.

Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

Définition de cas pour la notification de la grippe humaine causée par un nouveau sous-type conformément au RSI (2005)

Les États Parties au RSI (2005) sont tenus de notifier immédiatement à l'OMS tout cas confirmé au laboratoire d'infection humaine récente due à un virus grippal A susceptible de provo-

with the potential to cause a pandemic. Evidence of illness is not required for this report.

An influenza A virus is considered to have the potential to cause a pandemic if the virus has demonstrated the capacity to infect a human and if the haemagglutinin gene (or protein) is not a variant or mutated form of those, i.e. A/H1 or A/H3, circulating widely in the human population.

An infection is considered recent if it has been confirmed by positive results from polymerase chain reaction (PCR), virus isolation, or paired acute and convalescent serological tests. An antibody titre in a single serum is often not enough to confirm a recent infection and should be assessed by reference to valid WHO case definitions for human infections with specific influenza A subtypes.

Poliomyelitis due to wild-type poliovirus

Case definition for notification of poliomyelitis due to wild-type poliovirus under the IHR (2005)

Under the IHR (2005), a notifiable case of poliomyelitis due to wild-type poliovirus is defined as a suspected case, with isolation of wild poliovirus in stool specimens¹ collected from the suspected case or from a close contact of the suspected case.

A suspected case is defined as a child aged <15 years presenting with acute flaccid paralysis (AFP²), or as an individual of any age presenting with paralytic illness if poliomyelitis is suspected.

Note concerning notification of wild-type or vaccine-derived poliovirus from sources other than AFP cases

In addition to notification of laboratory-confirmed cases of poliomyelitis due to wild-type poliovirus (a disease designated in Annex 2 of the IHR (2005) as “unusual or unexpected and that may have serious public health impact”), the isolation of wild-type or vaccine-derived poliovirus from other human or non-human sources (from people without paralysis, or from environmental samples) must generally also be notified to WHO under the separate notification requirement for “events that may constitute a public health emergency of international concern” as they fulfill at least 2 of the 4 criteria for notification.

¹ As a standard procedure, 2 stool specimens are collected from an AFP case within 14 days of paralysis onset. Since virus excretion in the stool decreases beyond 2 weeks after paralysis onset, and to increase the sensitivity of virus detection, additional stool specimens from up to 5 close contacts are taken from AFP cases for whom 2 specimens collected within 14 days of paralysis onset are not available.

² Poliomyelitis cannot be diagnosed reliably on clinical grounds because other conditions presenting with acute paralysis can mimic poliomyelitis. Surveillance for polio eradication therefore requires the reporting of all children aged <15 years with acute onset flaccid paralysis, with subsequent laboratory testing of stool specimens.

quer une pandémie. Les preuves de la maladie ne sont pas nécessaires pour cette déclaration.

Un virus grippal A est considéré comme susceptible de provoquer une pandémie s’il a montré sa capacité à infecter l’homme et si son gène de l’hémagglutinine (ou sa protéine) n’est pas un variant ni une forme mutée de ceux qui circulent très largement dans la population humaine, à savoir A/H1 ou A/H3.

Une infection est considérée comme récente si elle a été confirmée par des résultats positifs de l’amplification génique (PCR), de l’isolement viral ou des tests sérologiques appariés réalisés en phase aiguë et en phase de convalescence. Un titre d’anticorps obtenu dans un sérum unique n’est souvent pas suffisant pour confirmer une infection récente et doit être évalué en se référant aux définitions de cas OMS en vigueur pour les infections humaines par des sous-types particuliers du virus grippal A.

Poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage

Définition de cas pour la notification de la poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage en vertu du RSI (2005)

En vertu du RSI (2005), un cas de poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage qui doit être notifié est défini comme un cas présumé, un poliovirus sauvage ayant été isolé dans les échantillons de selles¹ de ce cas ou dans ceux d’un de ses contacts proches.

Un cas présumé est défini comme suit: enfant de <15 ans présentant une paralysie flasque aiguë (PFA²), ou toute personne quel que soit son âge présentant une maladie paralytique si l’on soupçonne une poliomyélite.

Note relative à la notification des poliovirus sauvages ou dérivés de souches vaccinales provenant de sources autres que les cas de PFA

En plus de la notification des cas de poliomyélite dus à un poliovirus de type sauvage confirmés au laboratoire (maladie désignée dans l’annexe 2 du RSI (2005) comme étant «inhabituelle ou inattendue et qui peut avoir d’importantes répercussions pour la santé publique»), l’isolement de poliovirus sauvages ou dérivés de souches vaccinales à partir d’autres sources humaines ou non humaines (auprès de personnes ne présentant pas de paralysie, ou dans des échantillons prélevés dans l’environnement) doit en général aussi être notifié à l’OMS dans le cadre de la notification séparée exigée pour des «événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale» puisqu’ils remplissent au moins 2 des 4 critères de notification.

¹ La procédure standard consiste à recueillir 2 échantillons de selles d’un cas de PFA dans les 14 jours suivant l’apparition de la paralysie. Comme l’excrétion virale dans les selles diminue au-delà de 2 semaines après le début de la paralysie, pour accroître la sensibilité de la détection virale, des échantillons de selles supplémentaires provenant de jusqu’à 5 contacts proches sont prélevés pour les cas de PFA pour lesquels on ne dispose pas de 2 échantillons de selles recueillis dans les 14 jours suivant l’apparition de la paralysie.

² La poliomyélite ne peut être diagnostiquée de façon fiable à partir des seuls signes et symptômes cliniques parce que d’autres affections peuvent provoquer une paralysie aiguë ressemblant à la poliomyélite. La surveillance exercée dans le cadre de l’éradication de la poliomyélite exige donc la notification de tous les cas d’enfants <15 ans présentant brutalement une paralysie flasque et pour lesquels des tests de laboratoire sont ensuite réalisés sur des échantillons de selles.

Severe acute respiratory syndrome (SARS)

Case definition for notification of SARS under the IHR (2005)

In the period following an outbreak of SARS, a notifiable case of SARS is defined as an individual with laboratory confirmation of infection with SARS coronavirus (SARS-CoV) who either fulfils the clinical case definition of SARS or has worked in a laboratory handling live SARS-CoV or storing clinical specimens infected with SARS-CoV.

Clinical case definition of SARS

1. A history of fever, or documented fever
AND
2. One or more symptoms of lower respiratory tract illness (cough, difficulty breathing, shortness of breath)
AND
3. Radiographic evidence of lung infiltrates consistent with pneumonia or acute respiratory distress syndrome (ARDS) or autopsy findings consistent with the pathology of pneumonia or ARDS without an identifiable cause
AND
4. No alternative diagnosis fully explaining the illness.

Diagnostic tests required for laboratory confirmation of SARS

a) Conventional reverse transcriptase PCR (RT-PCR) and real-time reverse transcriptase PCR (real-time RT-PCR) assay detecting viral RNA present in:

1. At least 2 different clinical specimens (e.g. nasopharyngeal and stool specimens)
OR
2. The same clinical specimen collected on 2 or more occasions during the course of the illness (e.g. sequential nasopharyngeal aspirates)
OR
3. a new extract from the original clinical sample tested positive by 2 different assays or repeat RT-PCR or real-time RT-PCR on each occasion of testing
OR
4. virus culture from any clinical specimen.

b) Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and immunofluorescent assay (IFA)

1. Negative antibody test on serum collected during the acute phase of illness, followed by positive antibody test on convalescent-phase serum, tested simultaneously
OR
2. A 4-fold or greater rise in antibody titre against SARS-CoV between an acute-phase serum specimen and a convalescent-phase serum specimen (paired sera), tested simultaneously.

Editorial note. In the absence of known SARS-CoV transmission to humans, the positive predictive value of a SARS-CoV diagnostic test is extremely low; therefore, the diagnosis should be independently verified in

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Définition de cas pour la notification du SRAS en vertu du RSI (2005)

Dans la période qui suit une flambée de SRAS, un cas de SRAS qui doit être notifié est défini comme étant le cas d'un sujet présentant une confirmation au laboratoire d'une infection par le coronavirus du SRAS qui **soit** correspond à la définition clinique du cas de SRAS **soit** a travaillé dans un laboratoire manipulant des coronavirus du SRAS vivants ou conservant des échantillons infectés par le coronavirus du SRAS.

Définition d'un cas clinique de SRAS

1. Des antécédents de fièvre, ou une fièvre documentée
ET
2. Un ou plusieurs symptômes d'une affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté respiratoire, essoufflement)
ET
3. Des signes radiographiques d'infiltrats pulmonaires correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), ou des résultats d'autopsie correspondant à l'anatomopathologie de la pneumonie ou du SDRA sans qu'il y ait de cause identifiable
ET
4. Aucun autre diagnostic ne peut complètement expliquer la maladie.

Tests diagnostiques nécessaires pour la confirmation au laboratoire du SRAS

a) Réaction classique d'amplification génique au moyen de la transcriptase inverse (RT-PCR) et RT-PCR en temps réel pour la détection de l'ARN viral présent dans:

1. Au moins 2 échantillons cliniques différents (par exemple rhinopharyngé et échantillons de selles)
OU
2. Le même échantillon clinique recueilli à au moins 2 occasions au cours de la maladie (par exemple, aspirats rhinopharyngés successifs)
OU
3. Un nouvel extrait de l'échantillon clinique original testé positif par 2 dosages différents ou en refaisant la RT-PCR/RT-PCR en temps réel à chaque fois
OU
4. Une culture virale provenant de n'importe lequel des échantillons cliniques.

b) Titrage avec un immunoabsorbant lié à une enzyme (ELISA) et titrage en immunofluorescence (IFA)

1. Une recherche d'anticorps négative sur du sérum recueilli au cours de la phase aiguë de la maladie, suivie d'une recherche positive dans du sérum de convalescence, les deux étant testés simultanément
OU
2. Un titre d'anticorps contre le coronavirus du SRAS multiplié par au moins 4, entre 1 échantillon de sérum de phase aiguë et 1 échantillon de sérum de phase de convalescence (sérums appariés), testés simultanément.

Note éditoriale. En l'absence de transmission connue du coronavirus du SRAS à l'homme, la valeur prédictive positive d'un test de diagnostic du coronavirus du SRAS est extrêmement faible; par conséquent, le diagnostic doit être vérifié indépen-

≥1 WHO international SARS reference and verification network laboratories. A single case of SARS must be reported to WHO under the IHR (2005).

A detailed exposure history is an essential part of the diagnostic work-up for any person under investigation for SARS. More information on SARS surveillance can be found at: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1/en/index.html.

Infections with SARS-CoV that occur as a result of breaches in laboratory biosafety or biosecurity should be fully investigated.

Once an outbreak of SARS has been independently verified by one or more WHO international SARS reference and verification network laboratories, WHO will make the appropriate case definitions for surveillance and reporting available through its usual well-established mechanisms.

Smallpox

Case definition for notification of smallpox under the IHR (2005)

States Parties to the IHR (2005) are required to notify to WHO immediately of any confirmed case of smallpox. The case definition for a confirmed smallpox case includes the following:

Confirmed case of smallpox

An individual of any age presenting with acute onset of fever ($\geq 38.3^{\circ}\text{C}/101^{\circ}\text{F}$), malaise, and severe prostration with headache and backache occurring 2–4 days before onset of rash

AND

Subsequent development of a maculopapular rash starting on the face and forearms then spreading to the trunk and legs, and evolving within 48 hours to deep-seated, firm or hard and round well-circumscribed vesicles and later pustules, which may become umbilicated or confluent

AND

Lesions that appear at the same stage of development (i.e. all are vesicles or all are pustules) on any given part of the body (e.g. the face or arm)

AND

No alternative diagnosis explaining the illness

AND

Laboratory confirmation.

Editorial note. In contrast to the varicella (chickenpox) infection with centripetal and more superficial lesions, the majority of smallpox cases present with a characteristic rash that evolves slowly over days (with each stage lasting 1–2 days) at the same rate and is centrifugal in distribution, i.e. predominantly concentrated on the face and extremities, with usual involvement of the palms and soles of the feet.

Further information and illustrative examples to differentiate smallpox from chickenpox can be found at

damment dans un ou plusieurs des laboratoires du réseau international OMS de laboratoires de référence et de vérification pour le SRAS. Un cas unique de SRAS doit être notifié à l'OMS en vertu du RSI (2005).

Une histoire détaillée de l'exposition constitue une partie essentielle du travail diagnostique pour toute personne soumise à une recherche du SRAS. On trouvera davantage d'informations sur la surveillance du SRAS à l'adresse suivante: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1/en/index.html.

Les infections par le coronavirus du SRAS qui se produisent par suite du non-respect des règles de sécurité/sûreté biologique au laboratoire doivent faire l'objet d'une enquête approfondie.

Une fois qu'une épidémie de SRAS aura été vérifiée de façon indépendante par un ou plusieurs laboratoires du réseau international OMS de laboratoires de référence et de vérification pour le SRAS, l'OMS mettra à disposition les définitions de cas appropriées pour la surveillance et la notification par le biais de ses mécanismes habituels bien rodés.

Variole

Définition du cas pour la notification de la variole en vertu du RSI (2005)

Les Etats Parties au RSI (2005) sont tenus de notifier immédiatement à l'OMS tout cas de variole confirmé. La définition d'un cas de variole confirmé comprend ce qui suit:

Cas de variole confirmé:

Tout individu, quel que soit son âge, présentant un accès brutal de fièvre ($\geq 38,3^{\circ}\text{C}/101^{\circ}\text{F}$), un malaise et un état de prostration grave accompagné de céphalées et de dorsalgies survenant 2 à 4 jours avant l'apparition d'une éruption cutanée

ET

Une éruption maculopapulaire ultérieure débutant sur la face et les avant-bras puis s'étendant au tronc et aux jambes et évoluant dans les 48 heures en vésicules profondément implantées, fermes/dures et bien circonscrites donnant par la suite des pustules, qui peuvent devenir ombiliquées ou confluentes

ET

Des lésions qui apparaissent au même stade de développement (c'est-à-dire qui sont toutes des vésicules ou des pustules) sur une partie donnée du corps (par exemple, la face ou le bras)

ET

Sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie

ET

Avec confirmation au laboratoire.

Note éditoriale. Contrairement à la varicelle qui présente des lésions plus superficielles et centripètes, la plupart des cas de variole se manifeste par une éruption caractéristique qui évolue lentement en plusieurs jours (chaque stade durant 1 à 2 jours) à la même vitesse et avec une distribution centrifuge, c'est-à-dire concentrée surtout sur la face et les deux extrémités avec atteinte habituelle des paumes et des plantes des pieds.

On trouvera davantage d'informations et des exemples illustrant les différences entre variole et varicelle à l'adresse suivante:

<http://www.who.int/csr/disease/smallpox/preparedness/en/index.html>.

The risk of not identifying atypical presentations of smallpox is weighed against the extremely low risk of reintroducing of the disease and the very high risk of obtaining a false-positive laboratory result. In view of this, laboratory tests to confirm smallpox should be limited to individuals who match the above clinical case definition. Should a single, laboratory-confirmed case of smallpox ever occur, it would be considered an outbreak since smallpox no longer exists as a naturally occurring disease. ■

<http://www.who.int/csr/disease/smallpox/preparedness/en/index.html>.

On pondère le risque de ne pas identifier un tableau atypique de variole par rapport au risque extrêmement faible de réintroduction de cette maladie et du risque très élevé d'obtenir des résultats de laboratoire faussement positifs. Compte tenu de ce qui précède, les tests de laboratoire visant à confirmer un cas de variole doivent être limités à des sujets qui correspondent à la définition d'un cas clinique indiquée ci-dessus. Si un cas unique de variole confirmé au laboratoire devait se produire, il serait alors considéré comme une flambée puisque la variole n'existe plus en tant que maladie survenant naturellement. ■

CORRIGENDUM, TO No. 49, 2008

Please read as follows (changes shown in ***bold ital-ics***).

Page 444, Table 2, Eastern Mediterranean, "Djibouti, column of "% of targeted children reached"

Please replace 37 by **73**

RECTIFICATIF AU No. 49, 2008

Prière de lire comme suit (changements indiqués en ***gras ital-ique***).

Page 444, Tableau 2, Méditerranée orientale, Djibouti, colonne "% des enfants ciblés vaccinés "

Merci de remplacer 37 par **73**

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/	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Child and adolescent health and development	http://www.who.int/child_adolescent_health/en/	Santé et développement des enfants et des adolescents
Cholera	http://www.who.int/cholera/	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/deliberateagents/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://www.who.int/denguenet/	Dengue (DengueNet)
Epidemic and pandemic surveillance and response	http://www.who.int/csr/en/	Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie
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://www.who.int/flunet/	Réseau grippe (FluNet)
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/en/	Filariose lymphatique
Malaria	http://www.who.int/malaria	Paludisme
Neglected tropical diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies tropicales négligées
Outbreaks news	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/	Variole
Schistosomiasis	http://www.schisto.org	Schistosomiase
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 Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	http://www.who.int/csr/ihr/lyon/en/index.html	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction, Tunis	http://wmc.who.int/	Centre Méditerranéen de l'OMS pour la Réduction de la Vulnérabilité à Tunis (WMC)
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/	Fèvre jaune