



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

16 DECEMBER 1994 • 69th YEAR

69^e ANNÉE • 16 DÉCEMBRE 1994

CONTENTS		SOMMAIRE	
Influenza in the world — 1 October 1993 - 30 September 1994	373	La grippe dans le monde — 1 ^{er} octobre 1993 - 30 septembre 1994	373
Expanded Programme on Immunization — Progress towards poliomyelitis eradication, 1990-1994, China	377	Programme élargi de vaccination — Progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite, 1990-1994, Chine	377
Yellow fever, Nigeria	379	Fièvre jaune, Nigéria	379
Influenza	380	Grippe	380
Diseases subject to the Regulations	380	Maladies soumises au Règlement	380

Influenza in the world

1 October 1993 - 30 September 1994

Overview

The 1993-1994 influenza season was associated to a very large extent with influenza A(H3N2) which started to spread in October-November and caused severe epidemics in parts of northern Europe. Elsewhere in Europe, in North and South America, and in Oceania, the H3N2 viruses were associated with more moderate epidemics. Influenza B viruses were also widely distributed and were more common than the A(H3N2) viruses in parts of Asia and in southern Africa. As in the previous seasons, influenza A(H1N1), although uncommon, has continued to circulate.

The review of the 1993-1994 influenza season is based on reports received from the National Influenza Centres and other virus laboratories in 46 countries reporting to WHO. The type and intensity of influenza activity diagnosed by virus isolation or detection of the virus antigen each month are shown in *Table 1*. The relative importance of influenza A and influenza B is illustrated in *Fig. 1*, which shows the number of countries reporting on each virus type during the influenza year.

Africa

Four countries in southern Africa reported on influenza in the 1993-1994 influenza season: Madagascar, Senegal, South Africa and Zambia — all countries with active influenza surveillance programmes. Influenza was confirmed by isolation of the virus in South Africa and Zambia. Influenza B was the most common influenza type in both countries. Zambia reported sporadic cases of influenza B in May, June and July 1994. A few influenza A(H3N2) viruses were isolated in October and November 1993 in the wake of the outbreaks which occurred in September 1993. The early part (June-July 1994) of the influenza season in South Africa was also mainly asso-

La grippe dans le monde

1^{er} octobre 1993 - 30 septembre 1994

Synopsis

La grippe A(H3N2) a très largement prédominé au cours de la saison 1993-1994. Celle-ci a commencé en octobre-novembre, provoquant de graves épidémies dans certaines régions de l'Europe du Nord. Dans les autres régions d'Europe ainsi qu'en Amérique du Nord, en Amérique du Sud et en Océanie, les virus A(H3N2) ont entraîné des épidémies plus modérées. On a également noté une large distribution des virus grippaux B, d'ailleurs plus fréquents que les virus A(H3N2) dans certaines régions d'Asie et en Afrique australe. Comme lors des dernières saisons, le virus grippal A(H1N1), bien que rare, a continué néanmoins de circuler.

L'examen de la saison grippale 1993-1994 a été dressé sur la base de notifications émanant des Centres nationaux de la Grippe et autres laboratoires de virologie de 46 pays qui font rapport à l'OMS. Le *Tableau 1* donne le type et l'intensité de l'activité grippale diagnostiquée chaque mois par isolement du virus ou mise en évidence de l'antigène viral. La *Fig. 1* fait ressortir l'importance relative de la grippe A et de la grippe B et indique le nombre de pays ayant signalé chacun des types de virus au cours de la saison.

Afrique

Quatre pays d'Afrique australe ont envoyé des rapports sur la grippe au cours de la saison 1993-1994: l'Afrique du Sud, Madagascar, le Sénégal, et la Zambie — pays qui possèdent tous des programmes actifs de surveillance de la grippe. En Afrique du Sud et en Zambie, la grippe a été confirmée par isolement du virus. C'est le type B qui était le plus courant dans les deux pays. La Zambie a signalé des cas sporadiques de grippe B en mai, juin et juillet 1994. Quelques virus grippaux A(H3N2) ont été isolés en octobre et en novembre 1993 dans le sillage des flambées qui avaient éclaté en septembre. En Afrique du Sud, le début de la saison grippale (juin-juillet 1994) a été principalement marqué par la grippe B. Pendant cette période, l'absentéisme a augmenté

Table 1 Extent and type of influenza activity, October 1993-September 1994

Country/area Pays/territoire	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	September Septembre
Africa - Afrique												
Adagoscari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
South Africa - Afrique du Sud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zambia	H3	H3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Americas - Amériques												
Brazil - Brésil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canada	A	A	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3
Chile	A	A	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3
Colombia	A	A	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3
Costa Rica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guatemala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mexico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicaragua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Panama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peru	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uruguay	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asia - Asie												
China	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hong Kong	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
India	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iran (Islamic Republic of) - Iran (République islamique d')	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Israel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Japan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaysia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Singapore	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thailand	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Europe												
Austria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Belgium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bulgaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Croatia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Czech Republic - République tchèque	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Denmark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Finland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
France	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Germany	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Greece	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hungary	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iceland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ireland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Italy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Netherlands	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norway	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Portugal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Romania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Russian Federation - Fédération de Russie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Slovakia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Slovenia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sweden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Switzerland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
United Kingdom - Royaume-Uni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yugoslavia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oceania - Océanie												
Australia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
New Zealand	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Number of countries reporting to WHO (46) - Nombre de pays faisant rapport à l'OMS (46)

0 = Reports received indicating absence of influenza activity - Rapports reçus indiquant l'absence d'activité grippe
 A = Influenza A, untyped - Grippe A, n'ayant pas fait l'objet d'un typage
 B = Influenza B, untyped - Grippe B, n'ayant pas fait l'objet d'un typage
 H1 = Influenza A(H1N1) - Grippe A(H1N1)
 H3 = Influenza A(H3N2) - Grippe A(H3N2)

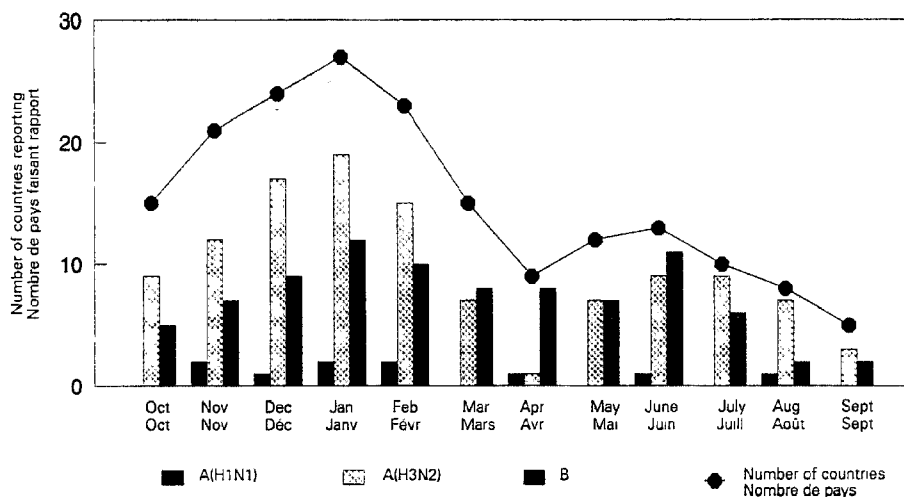
● = Sporadic case(s) - Cas sporadiques(s)
 ●● = More than sporadic activity, local outbreaks - Activité plus que sporadique, foyers locaux
 ●●● = Widespread activity, epidemics - Activité épidémique, épidémies

ciated with influenza B. During that time absenteeism increased in schools enrolled in influenza monitoring. As the season progressed, influenza A(H3N2) viruses became more common and it was the only influenza virus type detected in South Africa in August and September. The active influenza surveillance programme in Madagascar registered an increasing proportion of patients with influenza-like illness from mid-March through September. However, no influenza viruses could be isolated from the approximately 700 specimens investigated.

dans les écoles incluses dans le réseau de surveillance de la grippe. Plus tard dans la saison, les virus grippaux A(H3N2) sont devenus plus fréquents et c'est le seul type de virus grippal que l'on ait observé en Afrique du Sud en août et septembre. Le programme actif de surveillance de la grippe qui est en place à Madagascar a enregistré une proportion croissante de syndromes grippaux entre la mi-mars et fin septembre. Cependant, aucun des quelque 700 prélèvements examinés n'a permis d'isoler de virus grippal.

Fig. 1 Influenza virus types reported in the 1993-1994 season (by number of countries reporting)

Fig. 1 Type de virus grippaux signalés au cours de la saison 1993-1994 (par nombre de pays faisant rapport)



Americas

Brazil, Canada, Chile, Jamaica and the United States of America provided reports on influenza activity to WHO in the 1993-1994 season. The most common influenza type diagnosed was influenza A and, where it was further investigated, it was mostly of the H3N2 subtype. Sporadic cases of influenza B were reported in most countries whereas only one country, the United States, reported a small number of isolates of influenza A(H1N1) virus.

The influenza season started unusually early, when a few localized outbreaks occurred in the United States in August and September. These were followed by a quiet month of October and it was not until November that some localized outbreaks were again reported. Influenza became widespread towards the end of November and continued to spread to all states during December and January. The season reached a peak in early January and was almost over by the first week of March. It was accompanied by increased mortality from influenza and pneumonia from the second week of December through February. The influenza season in Canada followed a similar pattern; it was almost entirely due to influenza A(H3N2), with only a few cases of influenza B detected from January to April and with peak activity during December and early January.

In South America, Brazil reported sporadic cases of influenza A in almost each month from January to July, and influenza B in March, April, June and July. The influenza A viruses further investigated were of the H3N2 subtype. An outbreak of influenza A(H3N2) was reported in Santiago, Chile from June to the end of August. Influenza B was diagnosed in 2 other regions of the country.

Amériques

Du Brésil, du Canada, du Chili, des États-Unis et de la Jamaïque, des rapports sont parvenus à l'OMS concernant l'activité grippale au cours de la saison 1993-1994. C'est la grippe A qui a été la plus fréquemment diagnostiquée et lorsqu'un examen plus approfondi a été pratiqué, il a, la plupart du temps, révélé la présence du sous-type H3N2. Des cas sporadiques de grippe B ont été signalés dans la plupart des pays, les États-Unis étant les seuls à faire état d'un petit nombre d'isollements du virus A(H1N1).

La saison grippale s'est montrée d'une précocité inhabituelle, quelques foyers localisés s'étant déclarés aux États-Unis dès août et septembre. Par la suite, le mois d'octobre a été calme et ce n'est qu'en novembre que des flambées localisées ont été de nouveau signalées. La grippe s'est généralisée vers la fin novembre et a continué à se propager à tous les États en décembre et janvier. Après être passée par son maximum début janvier, la saison grippale s'est pratiquement achevée au cours de la première semaine de mars. Elle s'est accompagnée d'une augmentation de la mortalité due à la grippe et à la pneumonie, de la deuxième semaine de décembre jusqu'à fin février. Au Canada, la saison grippale a suivi une tendance analogue; il s'agissait presque exclusivement de la grippe A(H3N2) avec seulement quelques cas de grippe B de janvier à avril et une activité maximale en décembre et au début janvier.

En Amérique du Sud, on a rapporté des cas sporadiques de grippe A au Brésil, presque chaque mois de janvier à juillet, et des cas de grippe B en mars, avril, juin et juillet. Une étude plus poussée des virus A isolés a montré qu'ils appartenaient au sous-type H3N2. Un foyer de grippe A(H3N2) a sévi à Santiago du Chili de juin à la fin août. Des cas de grippe B ont été diagnostiqués dans 2 autres régions du pays.

Asie

Nine countries in Asia reported on influenza in the 1993-1994 season: China, Hong Kong, India, the Islamic Republic of Iran, Israel, Japan, Malaysia, Singapore and Thailand. Of the two countries in western Asia, the Islamic Republic of Iran reported a few cases of influenza B and Israel a few cases of influenza A(H3N2) in February. In eastern Asia, influenza virus isolates were reported nearly every month and influenza A(H3N2) and influenza B viruses were about equally common. No country reported widespread influenza but local outbreaks of influenza B occurred in Beijing, China in December and of influenza A(H3N2) in Japan during the winter season. The epidemic in Japan was much less severe than in the preceding season as indicated by the ten-fold lower number of school and class closures, case notifications, absenteeism and number of virus isolates. Influenza A(H3N2) viruses predominated in Japan throughout the epidemic period and also during a resurgence of cases noted from April through July. Sporadic cases of influenza A(H3N2) and influenza B were confirmed in Hong Kong, Singapore and Thailand in most months of the 1993-1994 influenza year.

Europe

Twenty-six countries in Europe reported influenza during the 1993-1994 season. This season was one of the most severe recorded in Scandinavia in the past few decades and was quite remarkable also in western Europe, whereas the east and south appeared to have escaped, with a mild to moderately severe epidemic. Influenza A(H3N2) was by far the most common influenza type detected in these countries.

The season started very early with a severe outbreak on a university campus in Scotland in September-October. Influenza was soon registered among the general population in Scotland and the various influenza monitoring schemes in England and Wales showed a marked increase towards the end of October up to a peak in the first 2 weeks of November and in December. The outbreak in England and Wales was less severe than that which occurred during the 1989-1990 season but more severe than the outbreaks observed during the 3 subsequent winters. Of the more than 470 isolates received for characterization, only 13 were influenza B and the remainder were influenza A(H3N2).

Denmark, Norway and Sweden experienced one of the worst epidemics for decades. It started in November, culminated around mid-December and was over about a month later. At the peak, the weekly incidence rate approached 500 cases per 100 000 population in Denmark and Norway and one county in Norway reported 810 per 100 000. Between 5% and 15% of the population in Sweden was estimated to have been affected and probably every child under 5 years of age. Much of western Europe was affected during the same period with outbreaks reported in Belgium, France, Netherlands and Switzerland.

Countries in eastern Europe (Bulgaria, Croatia, the Czech Republic, Hungary, Poland, Romania, the Russian Federation, Slovakia, Yugoslavia) reported signs of increasing activity in January-February. Influenza A(H3N2) accounted for most laboratory-confirmed cases in eastern Europe, but one of the few influenza A(H1N1) isolates this season was from Hungary; influenza B was more common than the H3N2 viruses in the Asian part of the Russian Federation.

Océanie

Influenza A(H3N2) was the predominant influenza type in both Australia and New Zealand, but some influenza B

Asie

Neuf pays d'Asie ont signalé des cas de grippe au cours de la saison 1993-1994: Chine, Hong Kong, Inde, République islamique d'Iran, Israël, Japon, Malaisie, Singapour et Thaïlande. En ce qui concerne la partie occidentale du continent asiatique, on a signalé quelques cas de grippe B en République islamique d'Iran et quelques-uns de grippe A(H3N2) en Israël au cours du mois de février. En Asie orientale, on a fait état d'isolements de virus grippaux pratiquement chaque mois, les types A(H3N2) et B étant en proportion sensiblement égale. Aucun pays n'a signalé de généralisation de la grippe mais des foyers ont été observés à Beijing, Chine, en décembre (grippe B) et au Japon au cours de la saison d'hiver (grippe A(H3N2)). Dans ce dernier pays, l'épidémie a été beaucoup moins grave que lors de la saison précédente, comme le montre le nombre 10 fois moins élevé de fermetures d'écoles et de classes, de déclarations de cas, d'absences au travail et d'isolements de virus. Les virus grippaux A(H3N2) ont prédominé au Japon pendant toute la durée de l'épidémie avec d'ailleurs une résurgence des cas d'avril à juillet. Pendant presque toute la durée de la saison grippale 1993-1994, des cas sporadiques de grippe A(H3N2) et de type B ont été confirmés à Hong Kong, à Singapour et en Thaïlande.

Europe

Des cas de grippe ont été signalés dans 26 pays d'Europe au cours de la saison 1993-1994. En Scandinavie, elle a revêtu un caractère de gravité qu'elle n'avait pas eu depuis plusieurs décennies et elle a été assez remarquable également en Europe occidentale alors que l'ouest et le sud du continent y ont échappé, l'épidémie ayant été bénigne à modérément grave cette année. Dans tous ces pays, c'est la grippe A(H3N2) qui a été de loin la plus couramment observée.

La saison a débuté de très-bonne heure par une importante flambée dans un campus universitaire d'Écosse en septembre-octobre. La grippe s'est rapidement propagée ensuite à l'ensemble de la population écossaise et les différents systèmes de surveillance de la grippe mis en place en Angleterre et au pays de Galles ont révélé un accroissement marqué des cas vers la fin octobre, le maximum se situant au cours des 2 premières semaines de novembre ainsi qu'en décembre. La flambée qui a touché l'Angleterre et le pays de Galles a été moins grave qu'en 1989-1990 mais plus importante qu'au cours des 3 hivers suivants. Sur les quelque 470 isolements qui ont été reçus pour caractérisation, seuls 13 appartenaient au type B, les autres étant du sous-type A(H3N2).

Le Danemark, la Norvège et la Suède ont connu l'une de leurs plus graves épidémies depuis des décennies. Elle a commencé en novembre, et a culminé vers la mi-décembre pour s'achever environ un mois plus tard. Lors du maximum, le taux d'incidence hebdomadaire a approché les 500 cas pour 100 000 habitants au Danemark et en Norvège, et même 810 pour 100 000 dans un district de ce dernier pays. On estime que 5% à 15% de la population suédoise ont été touchés et en tout cas très probablement tous les enfants de moins de 5 ans. Une grande partie de l'Europe occidentale a été également touchée au cours de cette période et des flambées ont été signalées en Belgique, en France, aux Pays-Bas et en Suisse.

Certains pays de l'Europe de l'Est (Bulgarie, Croatie, Fédération de Russie, Hongrie, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Yougoslavie) ont observé les signes d'un accroissement de l'activité grippale en janvier et février. Là aussi, c'est la grippe A(H3N2) qui constituait la plupart des cas confirmés en laboratoire; toutefois l'un des rares isolements du virus A(H1N1) obtenus cette saison provenait de Hongrie et la grippe B a été plus communément observée que le virus H3N2 dans la partie asiatique de la Fédération de Russie.

Océanie

En Australie comme en Nouvelle-Zélande, c'est la grippe A(H3N2) qui a prédominé mais on y a également observé le type

was also detected in these two countries. New Zealand reported small outbreaks in the North Island in May, which by June had spread to most parts of the country. The incidence continued to increase in the South Island in July and reached a peak in the third week of August when the North Island was most affected. Cases were observed in all age groups but most of those confirmed in the laboratory were in patients over 15 years of age, with half in the age group from 20 to 59 years. The season had a slower start in Australia with only sporadic cases and small local outbreaks reported in June. Increasing activity was noted towards the end of June, followed by a marked increase in July.

Expanded Programme on Immunization

Progress towards poliomyelitis eradication, 1990-1994

China. In 1988, the WHO Western Pacific Region adopted a resolution to eradicate poliomyelitis from the Region by the end of 1995. Since then, China (1993 population: 1 200 million) has made substantial progress towards the eradication of poliomyelitis by initiating supplementary vaccination activities with oral poliovirus vaccine (OPV) in 1990. This report updates these efforts and describes the impact of China's first National Immunization Days (NIDs)¹ during 1993-1994.²

National Immunization Days

During the first NIDs on 5 and 6 December 1993 and 5 and 6 January 1994, the numbers of children aged 0-47 months vaccinated in 29 of 30 provinces in China were 82 million and 83 million, respectively. NIDs specifically targeted children with no previous history of OPV administration. As a result, 31% of children aged less than 1 year, 6% of children aged 1 year, 4% of children aged 2 years, and 2% of children aged 3 years who were vaccinated during NIDs had not previously received OPV.

During September-October 1994, 2 rounds of additional supplemental vaccinations targeting all children aged less than 4 years were conducted in 7 high-risk provinces in southern and western China where type 1 wild poliovirus was detected in 1993 (Fujian, Guangdong, Guizhou, Hainan, Qinghai and Xinjiang) or where continued transmission was suspected (Yunnan). Provincewide vaccination rounds were conducted in Fujian, Guangdong, and Hainan, and in selected counties in the remaining provinces. However, of 8 counties in Guizhou with a wild poliovirus isolated in 1993, 5 were not included in the supplemental vaccination rounds because of a shortage of funds.

Surveillance for poliomyelitis

Eradication of disease requires a surveillance system that can detect a single case. China and many other poliomyelitis-endemic countries have developed a system in which any case of acute flaccid paralysis (AFP) in a person aged less than 15 years is reported as a suspected case of poliomyelitis. Effective AFP surveillance can detect an annual incidence of at least 1 case of AFP per 100 000 persons aged less than 15 years. Two stool specimens are collected from each suspected case at an interval of 24-48 hours to determine the presence of poliovirus; however, the stan-

B. En mai, de petites flambées ont été observées dans l'Île du Nord, en Nouvelle-Zélande, la plupart des régions du pays étant touchées dès le mois suivant. L'incidence a continué à progresser dans l'Île du Sud en juillet avant de passer par un maximum au cours de la troisième semaine d'août, quand l'Île du Nord a été le plus touchée. On a dénombré des cas dans toutes les classes d'âge; toutefois la plupart de ceux qui ont été confirmés au laboratoire étaient âgés de plus de 15 ans et appartenaient pour moitié à la tranche d'âge 20-59 ans. La saison a démarré plus lentement en Australie avec seulement des cas sporadiques et quelques foyers restreints observés en juin. L'activité a progressé vers la fin juin puis a augmenté fortement en juillet.

Programme élargi de vaccination

Progress réalisés vers l'éradication de la poliomyélite, 1990-1994

Chine. En 1988, la Région OMS du Pacifique occidental a adopté une résolution visant à l'éradication de la poliomyélite dans cette Région d'ici la fin de 1995. Depuis lors, la Chine (population en 1993: 1,2 milliard d'habitants) a notablement progressé dans cette direction, grâce aux initiatives qu'elle a prises en 1990 en vue de campagnes supplémentaires de vaccination au moyen du vaccin antipoliomyélique oral (VPO). On trouvera dans ce qui suit une mise à jour de ces activités ainsi qu'un bilan de l'impact qu'ont eu en 1993 et 1994 les premières journées nationales de vaccination¹ en Chine.²

Journées nationales de vaccination

Au cours des premières journées nationales de vaccination, à savoir les 5 et 6 décembre 1993 et les 5 et 6 janvier 1994, on a vacciné respectivement 82 et 83 millions d'enfants âgés de 0 à 47 mois dans 29 des 30 provinces de Chine. Étaient spécialement visés les enfants n'ayant jamais reçu de VPO. En l'occurrence, ont été vaccinés au cours de ces journées 31% des enfants âgés de moins d'un an, 6% des enfants âgés d'un an, 4% des enfants de 2 ans et 2% des enfants de 3 ans.

En septembre et octobre 1994, 2 tournées supplémentaires de vaccination visant la totalité des enfants de moins de 4 ans ont été menées dans 7 provinces à haut risque du sud et de l'ouest de la Chine où l'on avait décelé en 1993 la présence du virus poliomyélique sauvage du type 1 (Fujian, Guangdong, Guizhou, Hainan, Qinghai et Xinjiang) ou dans lesquelles on soupçonnait une poursuite de la transmission (Yunnan). Des tournées de vaccination à l'échelon de la province ont été menées au Fujian, au Guangdong et à Hainan ainsi que dans un certain nombre de districts des autres provinces. Toutefois, sur les 8 districts du Guizhou où l'on avait isolé des virus sauvages, 5 n'ont pas bénéficié de ces campagnes complémentaires de vaccination en raison de l'insuffisance des fonds.

Surveillance de la poliomyélite

Pour éradiquer la maladie, il faut disposer d'un système de surveillance capable de déceler chaque cas. La Chine, comme nombre d'autres pays où la poliomyélite est endémique, a mis au point un système qui consiste à déclarer comme cas suspect de poliomyélite tout cas de paralysie flasque aiguë (PFA) chez une personne âgée de moins de 15 ans. Une surveillance efficace de la PFA permet de déceler une incidence d'au moins 1 cas de PFA pour 100 000 personnes âgées de moins de 15 ans. Chez chaque cas suspect, on prélève 2 échantillons de selles à intervalle de 24 à 48 heures afin d'y rechercher la présence du virus poliomyélicite-

¹ Mass campaigns over a short period (days to weeks) in which 2 doses of OPV are administered to all children in the target age group, regardless of prior vaccination history, with an interval of 4-6 weeks between doses.

² See No. 7, 1994, pp. 45-47.

¹ Il s'agit de campagnes de vaccination de masse concentrées sur une courte période (quelques jours à quelques semaines) au cours de laquelle 2 doses de VPO sont administrées à tous les enfants de la tranche d'âge visée, quels que soient leurs antécédents de vaccination, avec un intervalle de 4 à 6 semaines entre chaque dose.

² Voir N° 7, 1994, pp. 45-47.

dard WHO case definition¹ permits an AFP case to be confirmed as poliomyelitis if it meets any of 4 criteria, including the isolation of poliovirus from a stool specimen.

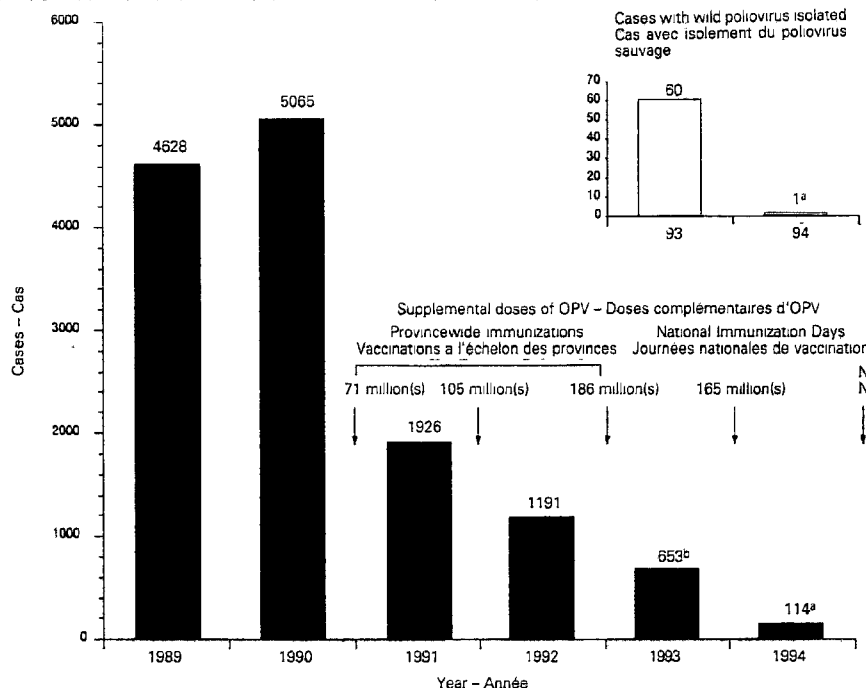
Following a nationwide outbreak during 1989-1990, reported cases of confirmed poliomyelitis¹ reached a historical low of 653² in 1993 (Fig. 1). Of 1 818 persons reported with AFP in 1993, 64% had at least 1 stool specimen collected; wild polioviruses were isolated from 60 persons in 5 southern provinces (Fujian, Guangdong, 1 county in Hunan Province bordering Guangdong, Hainan, and Guizhou) and 2 western provinces (Qinghai and Xinjiang). Among the 56 persons for whom age was known, 42 (75%) were children aged 0-23 months and 54 (96%) were children aged less than 4 years; among the 52 persons for whom vaccination status was known, 37 (71%) had received either no doses or 1 previous dose of OPV.

que. Toutefois, la définition normalisée OMS du cas de poliomyélite permet de confirmer qu'un cas de PFA est dû à la poliomyélite s'il satisfait à l'un ou l'autre de 4 critères, parmi lesquels l'isolement du virus à partir d'un échantillon de selles.¹

Après la flambée épidémique qui a sévi sur l'ensemble du territoire en 1989-1990, les cas déclarés de poliomyélite confirmée¹ sont tombés à un minimum historique de 653² en 1993 (Fig. 1). Sur 1 818 personnes déclarées atteintes de PFA en 1993, 64% avaient subi au moins un prélèvement de selles, et des virus poliomyélitiques sauvages avaient été isolés sur 60 personnes originaires de 5 provinces méridionales (Fujian, Guangdong, un district de la province de Hunan le long du Guangdong, Hainan et Guizhou) et de 2 provinces de l'ouest (Qinghai et Xinjiang). Sur les 56 personnes dont on connaissait l'âge, 42 (75%) étaient des enfants âgés de 0 à 23 mois et 54 (96%) des enfants âgés de moins de 4 ans. Sur les 52 dont on connaissait les antécédents de vaccination, 37 (71%) n'avaient jamais reçu le VPO ou n'en avaient pris qu'une dose.

Fig. 1 Reported cases of poliomyelitis, supplemental doses of oral poliovirus vaccine (OPV) administered and cases of laboratory-confirmed wild poliovirus infection, China, 1983-1994

Fig. 1 Nombre de cas déclarés de poliomyélite, de doses complémentaires de vaccin antipoliomyélite oral (VPO) administrées et de cas d'infection par un virus sauvage confirmés en laboratoire, Chine, 1989-1994



^a Provisional data until 12 October 1994. - Données provisoires jusqu'au 12 octobre 1994.
^b AFP reporting system - Système de déclaration de la PFA.
 NA = data not available yet. - ND = données non encore disponibles

During January-October 1994, a provisional total of 114 cases of confirmed poliomyelitis were reported; of 1 234 persons reported with AFP, 72% had at least 1 stool specimen collected. During this period, 1 wild type 1 poliovirus was found in a child aged 1 year from Kashgar Prefecture in Xinjiang Autonomous Region (Province), with onset of paralysis on 20 February 1994.

The rate of reported AFP patients per 100 000 children aged less than 15 years increased from 0.3 in 1993 to 0.8 during January-September 1994. However, in 11 of 30 provinces, the rate of reported AFP cases per 100 000 children aged less than 15 years was <0.5, below the reference rate of ≥1.0 per 100 000 children aged less than 15 years used to define a sensitive AFP surveillance system. In addition, the percentage of reported AFP patients

Durant la période de janvier à octobre 1994, on a signalé un total provisoire de 114 cas de poliomyélite confirmée; sur 1 234 personnes déclarées atteintes de PFA, 72% avaient subi au moins un prélèvement de selles. Au cours de cette période, on a mis en évidence le virus poliomyélitique sauvage du type 1 chez un enfant âgé d'un an originaire de la préfecture de Kashgar, dans la région autonome du Xinjiang (province), sa paralysie s'étant déclarée le 20 février 1994.

Le taux de déclaration des malades atteints de PFA (pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans) est passé de 0,3 en 1993 à 0,8 au cours de la période de janvier à septembre 1994. Toutefois, dans 11 des 30 provinces, ce taux était inférieur à 0,5, c'est-à-dire en dessous du taux de référence ≥1,0 pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, qui permet de considérer qu'un système de surveillance de la PFA est suffisamment sensible. En outre, le pourcentage de patients atteints de PFA chez qui on avait prélevé

¹ A confirmed case of poliomyelitis is defined as AFP and at least one of the following: (1) laboratory-confirmed wild poliovirus infection, (2) residual paralysis at 60 days, (3) death, or (4) no follow-up investigation at 60 days. The data reported from China are from the national AFP reporting system (provisional data until 12 October 1994).

¹ On considère qu'un cas de poliomyélite est confirmé par la présence d'une PFA et d'au moins un des éléments suivants: 1) infection par un poliovirus de type sauvage confirmée en laboratoire, 2) paralysie persistante au bout de 60 jours; 3) décès; ou 4) absence de contrôle au bout de 60 jours. Les données en provenance de Chine émanent principalement du système de notification de la PFA (données provisoires jusqu'au 12 octobre 1994).

² AFP reporting system.

² Système de notification de la PFA.

with at least 1 stool specimen collected increased from 64% in 1993 to 72% in 1994. In 1994, 55% of AFP patients had 1 stool specimen collected within 0-14 days of onset of paralysis, and 44% had 2 stool specimens.

During January-October 1994, 23 contiguous provinces in China with a total population of 982 million persons reported no wild polioviruses. During this period, stool specimens from 2 039 AFP patients were collected and tested for poliovirus.

(Based on: A report from the WHO Regional Office for the Western Pacific, also published in *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, No. 46, 1994; US Centers for Disease Control and Prevention.)

Editorial Note: The findings in this report suggest that the NIDs in China during 1993-1994 were highly effective in reducing circulating wild poliovirus to low levels in China. Before the NIDs, wild poliovirus was documented in 5 southern provinces and 2 western provinces. Following the NIDs, wild poliovirus has been detected in only 1 prefecture in the remote western part of China. The decline in reported cases of poliomyelitis and in the number of cases with wild poliovirus has occurred despite improvement in the sensitivity of surveillance. Collaborative efforts involving Rotary International, the United Nations Children's Fund (UNICEF), and other private organizations and government agencies have been integral to the poliomyelitis-eradication strategies in China.

Continued progress towards achieving poliomyelitis eradication in China will require at least 5 strategies: (1) improving reporting of AFP patients to achieve a rate of ≥ 1.0 per 100 000 children aged less than 15 years; (2) increasing to 80% in all provinces the percentage of AFP patients with 2 stool specimens within 0-14 days of onset of paralysis; (3) intensifying surveillance and supplemental vaccination in areas that might have circulating wild poliovirus (i.e., Guizhou Province and Kashgar Prefecture); (4) using a more specific surveillance case definition based on virological confirmation of AFP cases (a strategy already being implemented in China); and (5) preventing reimportation of wild poliovirus into China from other neighbouring poliomyelitis-endemic countries. The second annual NIDs were scheduled for 5 and 6 December 1994, and 5 and 6 January 1995.

The successful eradication of wild poliovirus in the Americas and the experience in China suggest that a rapid reduction of wild poliovirus circulation can occur in virtually any geographical area if appropriate strategies and sufficient efforts are applied.¹ The progress towards poliomyelitis eradication in China indicates that the goal of eradicating wild poliovirus from the Western Pacific Region can be achieved.

¹ See No. 40, 1994, pp. 293-295.

Yellow fever

Nigeria. The Ministry of Health in Lagos has reported an outbreak of yellow fever. This outbreak occurred in Imo State. As of 12 December 1994, 120 cases and 80 deaths have been reported. An investigation is in progress, with case finding still under way. Blood samples from affected individuals have been transported to the Virology Department, University of Ibadan, for analysis.

In response to this outbreak, 42 000 individuals in affected villages and surrounding areas have received yellow fever vaccine.

All travellers to Nigeria are advised to be vaccinated against yellow fever.

au moins un échantillon de selles est passé de 64% en 1993 à 72% en 1994. En 1994, 55% des malades atteints de PFA avaient subi un prélèvement de selles dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, et 44% en avaient subi 2.

Au cours de la période de janvier à octobre 1994, 23 provinces contiguës d'une population totale de 982 millions d'habitants ont signalé n'avoir décelé aucun virus poliomyélique sauvage. Au cours de cette période, on a procédé à des prélèvements d'échantillons de selles sur 2 039 malades atteints de PFA pour y rechercher la présence du virus poliomyélique.

(D'après: Un rapport du Bureau régional OMS du Pacifique occidental, également publié dans *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, N° 46, 1994; US Centers for Disease Control.)

Note de la Rédaction: Les observations rapportées tendent à démontrer que les journées nationales de vaccination qui se sont déroulées en Chine en 1993 et 1994 ont permis, avec beaucoup d'efficacité, de ramener à un faible niveau la circulation du virus poliomyélique sauvage dans ce pays. Avant ces initiatives, la présence du virus sauvage était attestée dans 5 provinces du sud et 2 provinces de l'ouest. A l'issue de ces campagnes, on n'a plus observé de virus sauvage que dans une préfecture d'une lointaine région située dans l'ouest de la Chine. Le déclin des cas déclarés de poliomyélite ainsi que celui du nombre de cas porteurs du virus sauvage se poursuit, et ce, bien que la surveillance ait gagné en sensibilité. Cet effort collectif, qui regroupe le Rotary International, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et d'autres organismes privés et publics, est indissociable de la stratégie d'éradication de la poliomyélite menée en Chine.

Pour continuer à progresser vers l'éradication de la poliomyélite en Chine, il faudra que 5 conditions au moins soient satisfaites, à savoir 1) améliorer la déclaration des malades atteints de PFA jusqu'à obtention d'au moins 1 pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans; 2) obtenir que dans toutes les provinces on prélève, sur au moins 80% des malades atteints de PFA, 2 échantillons de selles dans les 14 jours suivant le début de la paralysie; 3) intensifier la surveillance et les vaccinations complémentaires dans les zones où il pourrait encore y avoir circulation du virus sauvage (par exemple, dans la province du Guizhou et la préfecture de Kashgar); 4) utiliser, aux fins de la surveillance, une définition spécifique du cas de poliomyélite basée sur la confirmation virologique de la PFA (stratégie déjà mise en place en Chine) et enfin 5) empêcher la réimportation du virus sauvage en Chine à partir de pays voisins où la poliomyélite est endémique. Les prochaines journées nationales de vaccination ont été fixées aux 5 et 6 décembre 1994 et 5 et 6 janvier 1995.

Au vu des succès obtenus aux Amériques dans l'éradication du virus poliomyélique sauvage et de l'expérience acquise en Chine, il semble qu'il soit possible de réduire rapidement la circulation du virus sauvage dans n'importe quelle région géographique, moyennant une stratégie appropriée et un effort suffisant.¹ Les progrès accomplis dans ce sens en Chine montrent que le but d'éradication du virus que s'est fixé la Région du Pacifique occidental peut être atteint.

¹ Voir N° 40, 1994, pp. 293-295.

Fièvre jaune

Nigeria. Le Ministère de la Santé signale une flambée de fièvre jaune, survenue dans l'Etat d'Imo. Au 12 décembre 1994, 120 cas et 80 décès ont été notifiés. Une enquête est en cours, et le dépistage des cas se poursuit. Des échantillons sanguins provenant de sujets touchés ont été transportés au Département de Virologie, Université d'Ibadan, pour analyse.

Pour lutter contre la flambée, 42 000 personnes vivant dans les villages touchés et les régions avoisinantes ont reçu le vaccin antiamaril.

Il est conseillé à tous les voyageurs se rendant au Nigeria de se faire vacciner contre la fièvre jaune.

Influenza

Czech Republic (2 December 1994).¹ Morbidity from acute respiratory diseases has increased in children and was above the expected level in the age group 6-14 years in the second half of November. Incidence rates above 2 100 per 100 000 population have been registered in 5 of 76 districts. No influenza virus has been isolated but attempts are in progress. *Mycoplasma pneumoniae*, adeno- and respiratory syncytial viruses predominate.

Russian Federation (8 December 1994). The incidence of influenza-like illness increased in several parts of the country in the week ending 27 November. By 2 December, influenza B viruses had been isolated from 4 children under 3 years of age hospitalized in St. Petersburg.

Switzerland (4 December 1994).² A few sporadic cases of influenza A and B were diagnosed by virus isolation or antigen detection during November and the first week of December.

¹ See No. 45, 1994, p. 338.

² See No. 43, 1994, p. 323.

Grippe

République tchèque (2 décembre 1994).¹ La morbidité due aux affections respiratoires aiguës s'est accrue chez les enfants et se situait au-dessus du niveau attendu dans le groupe d'âge de 6 à 14 ans pendant la seconde quinzaine de novembre. Des taux d'incidence dépassant 2 100 pour 100 000 habitants ont été enregistrés dans 5 des 76 districts. Aucun virus grippal n'a été isolé, mais des essais sont en cours. *Mycoplasma pneumoniae*, les adénovirus et les virus respiratoires syncytiaux prédominent.

Fédération de Russie (8 décembre 1994). L'incidence des syndromes grippaux s'est accrue dans plusieurs régions du pays au cours de la semaine se terminant le 27 novembre. Au 2 décembre, des virus grippaux B avaient été isolés de 4 enfants de moins de 3 ans dans un hôpital de Saint-Petersbourg.

Suisse (4 décembre 1994).² Quelques cas sporadiques de grippe A et B ont été diagnostiqués par isolement du virus ou détection de l'antigène en novembre et au cours de la première semaine de décembre.

¹ Voir N° 45, 1994, p. 338

² Voir N° 43, 1994, p. 323.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 9 to 15 December 1994

C - cases, D - deaths, . . . - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect

Cholera • Choléra		C	D
Africa • Afrique			
Djibouti	30.XI-10.XII	666s	13
Tanzania, United Rep. of - Tanzanie, Rép.-Unie de	5-10.XII	3*	0
America • Amérique			
Argentina - Argentine	1.IV-1.VIII	38	0
Bolivia - Bolivie	8.VI-22.VII	112	3
Ecuador - Equateur	24.IV-22.VII	342	1

Notifications reçues du 9 au 15 décembre 1994

C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles, i - importé, r - révisé, s - suspect

		C	D
Honduras	22.V-21.VI	71	4
Mexico - Mexique	9.VI-14.IX	1 681	20
Nicaragua	10.V-7.IX	3 151	53
Peru - Pérou	1.VI-12.VIII	3 135	21
Asia • Asie			
India - Inde	23.X-12.XI	159	0
Europe			
Germany - Allemagne	8.XII ¹	1s	0

Italy - Italie		C	D
	29.X-6.XII	2	0
Portugal	6.XII ¹	1s	0

Yellow fever • Fièvre jaune

Africa • Afrique		C	D
Nigeria - Nigéria**	XI-13.XII	120	80
Imo State			

¹ Date of notification. - Date de la notification.
* These cases occurred in Rwandan refugees in Benaco camp. - Ces cas se sont produits parmi des réfugiés rwandais dans le camp de Benaco.
** See note on p. 379. - Voir note p. 379.

Newly infected areas as at 15 December 1994

For criteria used in compiling this list, see p. 363.

Zones nouvellement infectées au 15 décembre 1994

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés à la p. 363.

Yellow fever • Fièvre jaune
Africa • Afrique
Nigeria - Nigéria
Imo State

Areas removed from the infected area list between 9 and 15 December 1994

For criteria used in compiling this list, see p. 363.

Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 9 et le 15 décembre 1994

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés à la p. 363.

Cholera • Choléra

Asia • Asie
Malaysia - Malaisie
Kedah State
Kubang Pasu District
Penang State
Timor Laut District
Sabah
Tawau District
Sarawak
Simunjan District

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the Regulations)

Automatic telex reply service:
Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English

Price of the *Weekly Epidemiological Record*
Annual subscription Sw. fr. 190.-

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au Règlement)

Service automatique de réponse par télex:
Telex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français

Prix du *Relève épidémiologique hebdomadaire*
Abonnement annuel Fr. s. 190.-