



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

21 JULY 1995 • 70th YEAR

70^e ANNÉE • 21 JUILLET 1995

CONTENTS		SOMMAIRE	
Cholera in 1994 – Part II	209	Le choléra en 1994 – Partie II	209
Influenza	211	Grippe	211
Yellow-fever vaccinating centres for international travel – Amendments to 1991 publication	212	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux – Amendements à la publication de 1991	212
Change in Automatic Telex Reply Service – WHO Epidemiological Bulletin	212	Modification du Service automatique de réponse par télex – Bulletin épidémiologique de l'OMS	212
Diseases subject to the Regulations	212	Maladies soumises au Règlement	212

Cholera in 1994

Part II¹

Proven measures in cholera control

Cholera is definitively linked to poverty and is likely to occur when there is overcrowding coupled with lack of adequate sanitation and safe water. Therefore, the best long-term strategy to prevent cholera is elimination of the factors that favour its transmission, especially by improvement of the water supply and sanitation.

When cholera does occur, it is highly treatable and, with appropriate rehydration treatment, the CFR should be less than 1%. The establishment of rehydration centres that are adequately equipped and staffed with suitably trained doctors and other health workers remains an essential and critical life-saving step. To combat cholera, even during major outbreaks, the best strategy is early provision of effective case management for all patients and the promotion of appropriate hygiene measures. Cholera control measures are described in detail in the WHO publication *Guidelines for cholera control*.

Cholera vaccine

During the past 15 years considerable progress has been made in the development of new oral vaccines against cholera.

Two oral cholera vaccines, which have been evaluated in volunteers from industrialized countries and in regions with endemic cholera, are commercially available in a few countries.

- One of these vaccines consists of killed whole-cell *V. cholerae* O1 in combination with purified recombinant B-subunit of cholera toxin (WC/rBS). This vaccine is licensed in Sweden by SBL Vaccins AB under the name Cholrix. The vaccine is safe and no signifi-

¹ Part I appeared in No. 28 of 14 July.

Le choléra en 1994

Partie II¹

Mesures de lutte anticholérique d'efficacité prouvée

En dernière analyse, le choléra est une maladie de la pauvreté que l'on peut s'attendre à rencontrer là où la surpopulation voisine avec un assainissement insuffisant et une eau de qualité douteuse. Dans ces conditions, la meilleure stratégie à long terme pour prévenir le choléra consiste à éliminer les facteurs qui en favorisent la transmission, c'est-à-dire à améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

S'il se produit tout de même des cas de choléra, ils sont tout à fait curables, moyennant une réhydratation convenable, et le taux de létalité doit rester inférieur à 1%. La mise en place de centres de réhydratation bien équipés et dotés d'un personnel convenablement formé (médecins et autres) est d'une nécessité vitale. Pour combattre le choléra, même lors de flambées importantes, la meilleure stratégie consiste à prendre en charge efficacement et sans délai tous les malades et à encourager le respect de mesures d'hygiène appropriées. Les mesures de lutte contre le choléra sont décrites en détail dans une publication de l'OMS intitulée *Guide pour la lutte contre le choléra*.

Vaccin anticholérique

Au cours des 15 années écoulées, des progrès considérables ont été réalisés dans la mise au point de nouveaux vaccins oraux contre le choléra.

Deux vaccins anticholériques oraux, qui ont été expérimentés sur des volontaires de pays industrialisés et de régions d'endémie cholérique, existent sur le marché dans quelques pays.

- L'un de ces vaccins est constitué de *V. cholerae* O1 entiers tués associés à la sous-unité B de la toxine cholérique obtenue sous forme purifiée par génie génétique (WC/rBS). Ce vaccin est produit sous licence en Suède par SBL Vaccins AB sous le nom de Cholrix. Le vaccin est sans danger et des études effectuées

¹ La Partie I a paru dans le N° 28 du 14 juillet.

cant side effects have been detected in studies in Bangladesh, Colombia, Peru and Sweden. The vaccine is given with a buffer solution and 2 doses are required, separated by at least 7 days; protection occurs 1 week after the second dose. Field trials in Bangladesh and Peru have shown that the vaccine confers a high level of protection (85%) for 4-6 months against El Tor cholera. In Bangladesh, protection declined after that time, averaging about 50% in all ages at 3 years. Protection was poorer in children under 5 years of age, disappearing after 1 year, but was sustained in older children and adults. Long-term protection was also poorer for persons with O blood group than other blood groups and against disease caused by *V. cholerae* El Tor rather than the classical biotype.

- An attenuated live oral cholera vaccine, containing the genetically manipulated *V. cholerae* O1 strain CVD 103-HgR, is available in a few countries for use by travellers. This vaccine is licensed in Switzerland by the Swiss Serum and Vaccine Institute under the name Orochol Berna. The safety and immunogenicity of CVD 103-HgR have been established in trials in a number of countries. Studies of volunteers in the United States of America have shown that a single oral dose of CVD 103-HgR confers substantial protection against cholera caused by *V. cholerae* of either classical or El Tor biotype and either Inaba or Ogawa serotype. Protection is evident 1 week after immunization and lasts at least 3 months. A large-scale trial of the vaccine is presently being carried out in Indonesia to determine its efficacy in an area where cholera is endemic. Results of the trial will be available at the end of 1996.

The appearance of *V. cholerae* O139 has redirected efforts to develop an effective and practical cholera vaccine. None of the current cholera vaccines, based on *V. cholerae* O1, is effective against this new strain of *V. cholerae*. Current research is aimed at developing a bivalent vaccine, effective against both O1 and O139 strains. Both live and killed vaccines are being developed.

Use of new vaccines in travellers

These new oral cholera vaccines have recently become available in a few countries for use by travellers. Although WHO has not yet formulated recommendations on their public health use, a statement relative to their efficacy and potential value for travellers has recently been published in the WHO *Weekly Epidemiological Record* (7 April 1995).¹

Use of new vaccines in acute emergency situations

Recommendations on the potential role of new cholera vaccines in the prevention and control of cholera outbreaks that occur during acute emergencies, such as refugee crises or natural disasters, were developed at a WHO consultative meeting in February 1995. Below is a brief summary of key recommendations:

- Two new oral cholera vaccines were considered: (i) a non-living, 2-dose vaccine containing killed *V. cholerae* O1 and the B subunit of cholera toxin (CHOLERIX) and (ii) a live, single-dose vaccine based on an avirulent mutant strain of *V. cholerae* (OROCHOL BERNA). Both are promising, but only CHOLERIX has been evaluated for efficacy in field trials and was therefore the only one considered for possible use in emergencies at this time.

¹ See No. 14, 1995, pp 103-104.

au Bangladesh, en Colombie, au Pérou et en Suède n'ont pas permis de mettre en évidence d'effets secondaires importants. Le vaccin est administré en solution tampon et 2 doses sont nécessaires, à au moins 7 jours d'intervalle; la protection commence 1 semaine après l'administration de la deuxième dose. Des essais effectués sur le terrain au Bangladesh et au Pérou ont montré que le vaccin conférerait un degré élevé de protection (85%) contre le choléra El Tor pendant 4-6 mois. Au Bangladesh, on a constaté que la protection diminuait à la fin de cette période jusqu'à environ 50% dans l'ensemble des tranches d'âge au bout de 3 ans. La protection était moins bonne chez les moins de 5 ans, et disparaissait au bout d'une année, mais elle se maintenait chez les enfants plus âgés et les adultes. La protection à long terme était également moins bonne chez les personnes du groupe O que chez les personnes appartenant à d'autres groupes sanguins et le vaccin était également moins efficace contre *V. cholerae* El Tor que contre le biotype classique.

- Un vaccin anticholérique atténué vivant, administrable par voie orale et contenant la souche CVD 103-HgR de *V. cholerae* O1 manipulée génétiquement, est disponible dans quelques pays à l'usage des voyageurs. Ce vaccin est fabriqué sous licence en Suisse par l'Institut suisse des Sérums et des Vaccins sous le nom d'Orochol Berna. Des essais effectués dans un certain nombre de pays ont permis d'établir que la souche CVD 103-HgR était immunogène et sans danger. Des études menées aux Etats-Unis d'Amérique sur des volontaires ont montré qu'une dose orale unique de CVD 103-HgR conférerait une protection substantielle contre le choléra à *V. cholerae*, biotype classique ou biotype El Tor, quel que soit le sérotype (Inaba ou Ogawa). La protection est évidente une semaine après la vaccination et dure au moins 3 mois. Un essai de grande envergure est en cours en Indonésie afin d'établir l'efficacité de ce vaccin dans une région où le choléra est endémique. Les résultats en seront connus fin 1996.

L'apparition de *V. cholerae* O139 a conduit à recentrer les efforts sur le développement d'un vaccin anticholérique efficace et pratique. Aucun des vaccins anticholériques actuels, à base de *V. cholerae* O1, n'est efficace contre cette nouvelle souche de *V. cholerae*. Les recherches actuelles visent à mettre au point un vaccin bivalent, qui soit efficace à la fois contre les souches O1 et les souches O139. L'effort de développement porte sur des vaccins vivants et des vaccins tués.

Nouveaux vaccins à l'usage du voyageur

Ces nouveaux vaccins anticholériques oraux ont été récemment mis sur le marché dans certains pays à l'intention des voyageurs. L'OMS n'a pas encore émis de recommandations quant à leur utilisation en santé publique, mais une mise au point relative à leur efficacité et à leur intérêt potentiel pour les voyageurs est récemment parue dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de l'OMS (7 avril 1995).¹

Utilisation des nouveaux vaccins en situation d'extrême urgence

Lors d'une réunion consultative tenue sous les auspices de l'OMS en février 1995, on a préparé des recommandations sur le rôle potentiel des nouveaux vaccins anticholériques dans la lutte contre les flambées de choléra en situation d'extrême urgence comme, par exemple, un afflux de réfugiés ou une catastrophe naturelle. On trouvera ci-dessous un bref récapitulatif des principales recommandations:

- Deux nouveaux vaccins anticholériques oraux ont été examinés: (i) un vaccin non vivant, administrable en 2 doses et contenant des *V. cholerae* O1 tués ainsi que la sous-unité B de la toxine cholérique (CHOLERIX) et (ii) un vaccin vivant administrable en une seule dose et contenant une souche mutante avirulente de *V. cholerae* (OROCHOL BERNA). Ces deux vaccins sont prometteurs, mais seul le CHOLERIX a fait l'objet d'une évaluation d'efficacité lors d'essais sur le terrain et c'est donc l'unique vaccin qui soit actuellement envisagé pour une utilisation éventuelle en situation d'urgence.

¹ Voir N°14, 1995, pp. 103-104.

- During the acute phase of an emergency, when crude death rates due to cholera exceed 1-2/10 000 persons/day, cholera immunization is *not* recommended, either to prevent possible outbreaks or to control ones that are under way. Control measures of highest priority are the provision of effective treatment, sufficient clean water and safe disposal of human waste.
- Cholera immunization *may* be appropriate for stable refugee or displaced populations, when crude death rates due to cholera are below 1-2/10 000/day and the population is located in, or comes from, areas where cholera is endemic. In these situations, there is a substantial risk that cholera outbreaks will eventually occur. More study is required, however, to identify conditions in which immunization would be cost-effective so that specific recommendations could be made as to when and how the vaccine should be used.

Use of new vaccines for control of endemic cholera

A consultative meeting will be organized by WHO in the near future to define the potential use of new oral cholera vaccines in endemic situations. At present, no cholera vaccine is recommended for public health use to control endemic cholera.

Influenza

Australia (14 July 1995).¹ Sentinel practice reports of influenza-like illness and laboratory-confirmed cases of influenza continued to increase throughout June with the highest level of activity in the southern states. A number of school outbreaks with high levels of absenteeism were reported in Victoria and South Australia. Of 54 isolates investigated during June, 47 were influenza A of H1N1 subtype, 1 was of H3N2 subtype and 5 were influenza B viruses.

South Africa (11 July 1995).² A surveillance programme in Cape Town based on absenteeism among about 21 000 persons in workplaces, health care facilities and schools registered absenteeism above the expected levels in schools and in a municipal health department from the second half of May to around mid-June. Anecdotal reports on influenza-like illness in the community also increased in May. Specimens collected in May and June from 23 patients aged from 3 to 43 years yielded 5 influenza A viruses. Two of them were identified as influenza A(H1N1) – the first isolates of this subtype detected in the Cape area since 1987.

Thailand. Influenza viruses were isolated from sporadic cases during the period March-June 1995. Isolates in April and May have been identified as influenza A virus, and in June both influenza A and influenza B viruses were reported. Some influenza A isolates have been identified as H1N1.

¹ See No. 23, 1995, p. 167.

² See No. 41, 1994, p. 304.

- Lors de la phase aiguë d'une situation d'urgence, c'est-à-dire quand le taux brut de décès dus au choléra dépasse 1-2/10 000 personnes par jour, il n'est pas recommandé de vacciner contre le choléra, pour éviter d'éventuelles flambées ou circonscrire celles qui ont déjà éclaté. En ces circonstances, la première priorité est à donner à des mesures telles qu'un traitement efficace, la fourniture d'eau potable en quantité suffisante et l'évacuation hygiénique des déchets d'origine humaine.
- La vaccination anticholérique *peut* se révéler utile pour des populations déplacées ou des populations de réfugiés stables, lorsque le taux brut de décès dus au choléra est inférieur à 1-2/10 000 par jour et que la population se trouve dans une région d'endémie cholérique ou en arrive. En pareils cas, il y a un risque non négligeable de flambées de choléra. Toutefois, il faut étudier de manière plus approfondie les conditions dans lesquelles une vaccination serait rentable avant d'émettre des recommandations sur le calendrier et les modalités d'utilisation du vaccin.

Utilisation de nouveaux vaccins pour la lutte contre le choléra endémique

L'OMS va prochainement organiser une réunion consultative afin d'établir quelles sont les possibilités d'utilisation des nouveaux vaccins anticholériques oraux en situation d'endémie. A l'heure actuelle, aucune vaccination anticholérique n'est recommandée en tant que mesure de santé publique pour lutter contre le choléra endémique.

Grippe

Australie (14 juillet 1995).¹ Les rapports des médecins sentinelles sur les syndromes grippaux et les cas de grippe confirmés en laboratoire ont continué à s'accroître pendant tout le mois de juin, l'activité la plus élevée étant enregistrée dans les Etats méridionaux. Plusieurs flambées scolaires avec des niveaux d'absentéisme élevés ont été signalés dans les Etats de Victoria et de l'Australie-Méridionale. Sur les 54 isolements étudiés en juin, 47 étaient des virus grippaux A du sous-type H1N1, 1 du sous-type H3N2, et 5 étaient des virus B.

Afrique du Sud (11 juillet 1995).² Un programme de surveillance au Cap, basé sur l'absentéisme parmi près de 21 000 personnes sur les lieux de travail, dans les établissements de soins de santé et dans les écoles, a enregistré un absentéisme se situant au-dessus des niveaux attendus dans les écoles et dans un département de santé municipal, de la seconde quinzaine de mai aux environs de la mi-juin. Les rapports anecdotiques sur le syndrome grippal au sein de la communauté se sont aussi accrus en mai. Des spécimens recueillis en mai et juin sur 23 patients âgés de 3 à 43 ans ont révélé la présence de virus grippaux A dans 5 cas. Deux d'entre eux ont été identifiés comme étant des virus A(H1N1) – les premiers isolements de ce sous-type détectés dans la région du Cap depuis 1987.

Thaïlande. Des virus grippaux ont été isolés de cas sporadiques au cours de la période de mars à juin 1995. Les isolements effectués en avril et en mai ont été identifiés comme des virus A, et en juin des virus grippaux A et B ont été signalés. Quelques isolements de virus A ont été caractérisés comme appartenant au sous-type H1N1.

¹ Voir N° 23, 1995, p. 167.

² Voir N° 41, 1994, p. 304.

Yellow-fever vaccinating centres for international travel

Amendments to 1991 publication

CANADA

Insert - Insérer:

Alberta

Calgary

Concept Health Services Ltd., Medical Clinic, Bow Valley Square 4

Ontario

Markham

Dr M. Gerson, Microbiology & Infectious Diseases, Church Street

DENMARK/DANEMARK

Insert - Insérer:

Odense

Dr A. J. Fjendbo Jorgensen, Braendekle Vaede Vej 36

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Amendements à la publication de 1991

GERMANY/ALLEMAGNE

Insert - Insérer:

Bad Oeynhausen

Dr V. Rätz, Kaiser-Wilhelm-Platz 4 (Zulassungs-Nr. 62)

Berlin

Sanitätsdienst der Bundeswehr, Zentrales Institut, Scharnhorststrasse 14 (Yellow-fever vaccinating centre No. 8)

Dessau

Anhaltische Diakonissenanstalt, Krankenhaus-Klinik für Innere Medizin, Robert-Koch-Haus

Essen

Dr C. Siggelkow, Mathilde-Kaiser-Str. 18 (Zulassungs-Nr. 57)

Hilden

Dr H.-D. Soberger, Warringtonplatz 5 (Zulassungs-Nr. 60)

Schwelm

Dr L.-P. Lührmann, Am Ochsenkamp 60 (Zulassungs-Nr. 58)

Change in Automatic Telex Reply Service (ATRS)

WHO Epidemiological Bulletin

The fax machines which will replace the Automatic Telex Reply Service have now been installed and will be in operation from 27 July 1995. The fax service (AFRS) will work in the same way as the ATRS except that the bulletin will not be numbered when the message states that there is no information of importance for international travel.

The numbers to call for this service are as follows:-

(41-22) 791-46-66 for reply in English

(41-22) 791-46-67 for reply in French

This change has already been notified in the WER (Nos. 26, 27 and 28). WHO has to date received no request that the telex service be continued. Any users of this service who do not have a fax machine available are kindly requested to contact WHO at the telex number indicated below before 15 August 1995.

The telex service (ATRS) will be continued for the time being pending any communications received.

Modification du Service automatique de réponse par télex (SART)

Bulletin épidémiologique de l'OMS

Les télécopieurs qui remplaceront le Service automatique de réponse par télex viennent d'être installés et seront mis en service dès le 27 juillet 1995. Le service de fax (SARF) fonctionnera de la même manière que le SART; le bulletin ne sera toutefois pas numéroté lorsque le message indiquera l'absence d'informations importantes pour les voyages internationaux.

Les numéros d'appel de ce service sont les suivants:

(41-22) 791-46-66 pour une réponse en anglais

(41-22) 791-46-67 pour une réponse en français

Cette modification a déjà été annoncée dans le REH (N°s 26, 27 et 28). Jusqu'ici l'OMS n'a reçu aucune demande de maintien du service par télex. Les utilisateurs de ce service qui ne disposeraient pas de télécopieurs sont priés de bien vouloir contacter l'OMS au numéro de télex indiqué ci-dessous, avant le 15 août 1995.

Le service de télex (SART) sera maintenu pour l'instant, dans l'attente de communications de la part des usagers.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÉGLEMENT

Notifications received from 14 to 20 July 1995

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

Notifications reçues du 14 au 20 juillet 1995

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

Cholera • Choléra

Africa • Afrique

	C	D
Burundi	14 ¹	1-30.VI 1
Cameroon - Cameroun	1	III-31.V 0
Zaire - Zaïre	23	I, II-26.VI 0
	95 ¹	0

¹ Includes cases which occurred in Rwandan refugee camps. - Inclut les cas survenus dans les camps de réfugiés rwandais.

América • Amérique

	C	D
Costa Rica	5 ⁱ	7.V-10.VI 0
Ecuador - Equateur	1	I, II-18.V 10

Asia • Asie

	C	D
Singapore - Singapour	3	1-14.VII 0

Europe

	C	D
Netherlands - Pays-Bas	1 ⁱ	23.VI 0
Russian Federation - Fédération de Russie	2 ³	14.VII ² 0

² Date of notification. - Date de la notification.

³ 1 case in Rostov-on-Don and 1 in Chechnya. Health authorities are carrying out intensive epidemiological investigations. - 1 cas à Rostov-sur-le-Don et 1 cas à Chechnya. Les autorités sanitaires effectuent des investigations épidémiologiques intensives.

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the Regulations)
Automatic telex reply service:
Telax 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English

Télex: 415416 Fax: 791 41 94
(À l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au Règlement)
Service automatique de réponse par télex:
Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français