



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

24 SEPTEMBER 1999 • 74th YEAR

<http://www.who.int/wer>74<sup>e</sup> ANNÉE • 24 SEPTEMBRE 1999

## Global leprosy situation, September 1999<sup>1</sup>

In 1991, WHO and its Member States committed themselves to eliminate leprosy as a public health problem by the year 2000, elimination being defined as prevalence <1 case per 10 000 population. At the beginning of 1999, out of 122 countries which were considered highly endemic in 1985, 98 had reached the elimination target at the national level. Leprosy prevalence had thus been reduced by 85% over the past 15 years.

As shown in *Table 1*, at the beginning of 1999, 731 369 leprosy cases were registered for treatment in the world (as reported by 82 countries). *Table 2* shows the latest available information from all countries and indicates that the registered global prevalence of leprosy is around 1.4 per 10 000 population. Almost all leprosy patients registered for treatment are now being treated with MDT, even in countries facing difficult practical problems. These figures clearly indicate that at the global level the leprosy elimination process has made tremendous progress, and the main elements of the elimination strategy remain valid.

However, unlike the prevalence rate, the numbers of new cases detected annually remain constant or are increasing. In 1998, 755 305 new cases were detected (as reported by 82 countries). The trend of increase in detection of leprosy cases may be attributed to a number of factors, such as intensified case detection efforts, high transmission of the disease in certain areas, and overdiagnosis or reregistration of previously treated cases. Although the contribution of individual factors to the increased detection may vary widely from country to country, the increase was mostly caused by a combination of factors.

Today, a great majority of the global leprosy burden is concentrated in certain limited geographical areas. While leprosy remains a public health problem in 24 countries situated mainly in the intertropical belt, around 735 000 registered cases and 750 000 new cases, as shown in *Table 3*, were found in the top 11 endemic countries, which represent 90% of the prevalence and detection worldwide. In these top endemic countries, the aggregate prevalence rate is still 4.5 per 10 000, more than 4 times the elimination level, just 1 year before the target date.

<sup>1</sup> Latest available information.

## La situation de la lèpre dans le monde, septembre 1999<sup>1</sup>

En 1991, l'OMS et ses Etats Membres se sont engagés à éliminer d'ici l'an 2000 la lèpre en tant que problème de santé publique, l'élimination étant définie comme une prévalence <1 cas pour 10 000 habitants. Au début de 1999, sur les 122 pays que l'on considérait comme fortement endémiques en 1985, 98 avaient atteint leur objectif en matière d'élimination au niveau national. La prévalence de la lèpre a donc été réduite de 85% au cours des 15 dernières années.

Comme le montre le *Tableau 1*, 731 369 cas de lèpre figuraient au début de 1999 sur les registres de traitement dans l'ensemble du monde (notifications émanant de 82 pays). Le *Tableau 2*, qui donne les renseignements les plus récents provenant de l'ensemble des pays, indique qu'on enregistre désormais dans le monde une prévalence hansénienne d'environ 1,4 pour 10 000 habitants. Presque tous les malades de la lèpre qui figurent sur les registres de traitement bénéficient désormais d'une polychimiothérapie (PCT), même dans les pays où elle pose de difficiles problèmes pratiques. Ces chiffres indiquent clairement qu'au niveau mondial le processus d'élimination de la lèpre a considérablement progressé et que les principaux éléments de la stratégie d'élimination demeurent valables.

Toutefois, contrairement au taux de prévalence, le nombre de cas nouveaux dépistés chaque année demeure constant ou même augmente. En 1998, 755 305 cas nouveaux ont été dépistés (selon les notifications de 82 pays). Cette tendance à l'augmentation du nombre de cas dépistés peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs comme un plus grand effort de recherche des cas, une transmission plus importante de la maladie dans certains secteurs, un surdiagnostic ou un réenregistrement de cas antérieurement traités. Même si la contribution des divers facteurs à l'augmentation du taux de dépistage peut varier largement d'un pays à l'autre, la plupart du temps ils interviennent tous plus ou moins dans l'augmentation constatée.

A l'heure actuelle, la vaste majorité de la charge hansénienne mondiale est concentrée dans quelques zones géographiques limitées. S'il est vrai que la lèpre pose encore un problème de santé publique dans 24 pays situés pour la plupart dans la zone intertropicale, les 11 premiers pays d'endémie regroupent, comme le montre le *Tableau 3*, environ 735 000 cas enregistrés et 750 000 cas nouveaux, soit 90% du nombre total de cas et du nombre de cas nouvellement dépistés dans le monde. Le taux de prévalence de l'ensemble de ces principaux pays d'endémie est encore de 4,5 pour 10 000 habitants, plus de 4 fois le taux correspondant à l'élimination juste 1 an avant la date butoir.

<sup>1</sup> Dernières données disponibles.

### CONTENTS

|  |     |
|--|-----|
| Global leprosy situation, September 1999                           | 313 |
| Progress towards poliomyelitis eradication, Afghanistan, 1994-1999 | 316 |
| Diseases subject to the Regulations                                | 320 |

### SOMMAIRE

|   |     |
|---|-----|
| La situation de la lèpre dans le monde, septembre 1999                | 313 |
| Progrès vers l'éradication de la poliomyélite, Afghanistan, 1994-1999 | 316 |
| Maladies soumises au Règlement  | 320 |

Table 1 Prevalence and detection of leprosy, by WHO region, in countries having reported to WHO in 1999

| WHO region – Région OMS                        | Number of countries reporting<br>(total number of countries)<br>Nombre de pays ayant fait rapport<br>(nombre total de pays) | Cases on treatment as of 1 January 1999<br>(rate per 10 000)<br>Cas en traitement au 1 <sup>er</sup> janvier 1999<br>(taux pour 10 000 habitants) | Number of new cases detected during 1998<br>(rate per 100 000)<br>Nombre de cas nouveaux détectés en 1998<br>(taux pour 100 000 habitants) |
|--|---|---|--|
| Africa – Afrique                               | 24 (50)   | 62 583 (1.4)  | 48 411 (10.8)  |
| Americas <sup>a</sup> – Amériques <sup>a</sup> | 6 (52)  | 4 321 (0.7)   | 1 466 (2.3)  |
| Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale | 17 (24)   | 9 466 (0.2)   | 5 860 (5.3)  |
| Europe   | 9 (58)  | 150 (–)   | 73 (–)   |
| South-East Asia – Asie du Sud-Est              | 9 (11)  | 635 719 (4.3)   | 689 069 (46.6)   |
| Western Pacific – Pacifique occidental         | 17 (35)   | 19 130 (0.1)  | 10 426 (0.7)   |
| <b>Total</b>                                   | <b>82 (230)</b>   | <b>731 369 (1.8)</b>  | <b>755 305 (18.3)</b>  |

<sup>a</sup> Brazil, a major endemic country, is not included. – Le Brésil, l'un des principaux pays d'endémie, ne figure pas dans le tableau.

Tableau 1 Prévalence et détection de la lèpre, par région OMS, dans les pays qui ont fait rapport à l'OMS en 1999

Table 2 Prevalence and detection of leprosy, by WHO region, latest available information

| WHO region – Région OMS                        | Cases on treatment<br>(rate per 10 000)<br>Cas en traitement<br>(taux pour 10 000 habitants) | Number of new cases detected during the last year of reporting<br>(rate per 100 000)<br>Nombre de nouveaux cas détectés au cours de la dernière année de notification<br>(taux pour 100 000 habitants) |
|--|--|--|
| Africa – Afrique                               | 68 457 (1.1)   | 51 530 (8.3)   |
| Americas – Amériques                           | 86 029 (1.1)   | 47 218 (5.8)   |
| Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale | 9 748 (0.2)  | 5 923 (1.2)  |
| Europe   | 765 (–)  | 92 (–)   |
| South-East Asia – Asie du Sud-Est              | 635 719 (4.3)  | 689 069 (46.5)   |
| Western Pacific – Pacifique occidental         | 19 487 (0.1)   | 10 617 (0.6)   |
| <b>Total</b>                                   | <b>820 205 (1.4)</b>   | <b>804 449 (13.5)</b>  |

Tableau 2 Prévalence et détection de la lèpre, par région OMS, dernières données disponibles

Table 3 Registered prevalence of leprosy and detection rate in the top endemic countries, 1999<sup>a</sup>

| Country – Pays  | Registered cases on 1 January<br>Cas enregistrés le 1 <sup>er</sup> janvier | Prevalence per 10 000<br>Prévalence pour 10 000 habitants | Newly detected cases during the year<br>Cas nouvellement dépistés au cours de l'année | Detection rate (per 100 000)<br>Taux de détection (pour 100 000 habitants) |
|---|---|---|---|--|
| India – Inde  | 577 200   | 5.9   | 634 901   | 64.3   |
| Brazil <sup>b</sup> – Brésil <sup>b</sup>                           | 72 953  | 4.3   | 43 933  | 25.9   |
| Indonesia – Indonésie   | 23 378  | 1.1   | 18 367  | 8.9  |
| Madagascar  | 12 989  | 8.0   | 8 957   | 55.2   |
| Myanmar   | 11 906  | 2.4   | 14 357  | 29.0   |
| Nepal – Népal   | 8 446   | 3.6   | 6 570   | 27.8   |
| Ethiopia – Éthiopie   | 7 764   | 1.3   | 4 457   | 7.4  |
| Mozambique  | 5 861   | 3.3   | 3 764   | 21.1   |
| Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo | 5 853   | 1.2   | 3 781   | 7.9  |
| Niger   | 2 885   | 2.9   | 2 549   | 25.2   |
| Guinea – Guinée   | 2 388   | 3.3   | 3 684   | 50.3   |
| <b>Total</b>  | <b>734 853</b>  | <b>4.5</b>  | <b>748 855</b>  | <b>46.0</b>  |

<sup>a</sup> The top endemic countries included here have the following characteristics: (i) they have a prevalence >1 in 10 000 population; (ii) the number of prevalent leprosy cases is >5 000, or the number of newly detected cases is >2 000. Ranking of countries is based on the number of registered cases. – Les principaux pays d'endémie qui figurent dans le tableau présentent les caractéristiques suivantes: (i) ils ont une prévalence >1 cas pour 10 000 habitants; (ii) ils ont un nombre total de cas de lèpre >5 000 ou un nombre de cas nouvellement dépistés >2 000. Les pays sont classés en fonction du nombre de cas enregistrés.

<sup>b</sup> 1998 information. – Données pour 1998.

Table 4 Registered prevalence of leprosy, detection and cumulative number of persons cured with multidrug therapy (MDT), by WHO region and by countries with more than 100 registered cases, 1999 or latest available information

Tableau 4 Prévalence enregistrée de la lèpre, taux de détection et nombre cumulé de personnes guéries par la polychimiothérapie (PCT), par région OMS et par pays ayant plus de 100 cas enregistrés, 1999 ou données les plus récentes

| Country – Pays   | Registered cases<br>(1 January)<br>Cas enregistrés<br>(1 <sup>er</sup> janvier) | Prevalence<br>per 10 000<br>Prévalence<br>pour 10 000 | Cases detected<br>(during the year)<br>Cas dépistés<br>(au cours de l'année) | Detection<br>rate per 100 000<br>Taux de détection<br>pour 100 000 | Cured with MDT<br>(cumulative total)<br>Malades guéris<br>par la PCT<br>(nombre cumulé) |
|--|---|---|--|--|---|
| <b>Africa – Afrique</b>  |   |   |  |  |   |
| Angola   | 2 839   | 2.3   | 1 595  | 13.0   | 2 697   |
| Benin – Bénin  | 533   | 0.9   | 713  | 12.1   | 11 449  |
| Burkina Faso   | 1 062   | 0.9   | 791  | 7.1  | 15 912  |
| Cameroon – Cameroun  | 833   | 0.6   | 392  | 10.4   | 16 516  |
| Central African Republic – République centrafricaine                   | 850   | 2.4   | 502  | 14.1   | 8 380   |
| Chad – Tchad   | 982   | 1.4   | 641  | 9.3  | 11 398  |
| Congo  | 539   | 1.9   | 539  | 19.2   | 3 165   |
| Côte d'Ivoire  | 1 978   | 1.3   | 1 719  | 11.0   | 27 255  |
| Democratic Republic of the Congo –<br>République démocratique du Congo | 5 853   | 1.2   | 3 781 <sup>a</sup>   | 7.9  | 53 924  |
| Eritrea <sup>a</sup> – Erythrée <sup>a</sup>                           | 198   | 0.5   | 8  | 0.2  | 100   |
| Ethiopia – Éthiopie  | 7 764   | 1.3   | 4 457  | 7.4  | 73 156  |
| Gabon  | 132   | 0.9   | 18   | 1.3  | 3 965   |
| Gambia <sup>a</sup> – Gambie <sup>a</sup>                              | 132   | 1.1   | 115  | 9.4  | 2 771   |
| Ghana  | 1 418   | 0.7   | 1 550  | 8.1  | 31 275  |
| Guinea – Guinée  | 2 388   | 3.3   | 3 684  | 50.3   | 38 108  |
| Guinea-Bissau <sup>a</sup> – Guinée-Bissau <sup>a</sup>                | 150   | 1.3   | 56   | 4.9  | 2 254   |
| Kenya <sup>a</sup>   | 546   | 0.2   | 233  | 0.8  | 3 958   |
| Liberia <sup>a</sup> – Libéria <sup>a</sup>                            | 330   | 1.0   | 200  | 6.0  | 689   |
| Madagascar   | 12 989  | 8.0   | 8 957  | 55.2   | 47 106  |
| Malawi <sup>a</sup>  | 631   | 0.5   | 525  | 4.5  | 30 900  |
| Mali   | 1 405   | 1.2   | 1 222  | 10.3   | 16 890  |
| Mozambique   | 5 861   | 3.3   | 3 764  | 21.2   | 9 673   |
| Niger  | 2 885   | 2.9   | 2 549  | 25.2   | 7 019   |
| Nigeria – Nigéria  | 7 534   | 0.6   | 7 230  | 5.9  | 65 085  |
| Senegal – Sénégal  | 596   | 0.7   | 430  | 4.8  | 8 000   |
| Sierra Leone <sup>a</sup>  | 1 481   | 3.1   | 413  | 8.5  | 12 434  |
| United Republic of Tanzania –<br>République-Unie de Tanzanie           | 3 230   | 1.0   | 3 535  | 11.0   | 49 802  |
| Togo <sup>a</sup>  | 304   | 0.7   | 255  | 5.6  | 5 352   |
| Uganda <sup>a</sup> – Ouganda <sup>a</sup>                             | 1 322   | 0.6   | 826  | 3.6  | 11 242  |
| Zambia – Zambie  | 768   | 0.8   | 198  | 1.9  | 7 094   |
| <b>Americas – Amériques</b>  |   |   |  |  |   |
| Argentina – Argentine  | 2 624   | 0.7   | 569  | 1.6  | 14 007  |
| Bolivia <sup>a</sup> – Bolivie <sup>a</sup>                            | 116   | 0.2   | 73   | 0.9  | 740   |
| Brazil – Brésil  | 72 953  | 4.3   | 43 933   | 25.9   | 181 763   |
| Colombia <sup>a</sup> – Colombie <sup>a</sup>                          | 2 933   | 0.8   | 607  | 1.7  | 6 744   |
| Costa Rica <sup>a</sup>  | 142   | 0.4   | 13   | 0.4  | 214   |
| Cuba   | 597   | 0.5   | 246  | 2.2  | 7 176   |
| Ecuador <sup>a</sup> – Equateur <sup>a</sup>                           | 233   | 0.2   | 73   | 0.6  | 1 700   |
| Haiti <sup>a</sup> – Haïti <sup>a</sup>                                | 103   | 0.1   | 45   | 0.6  | 650   |
| Mexico <sup>a</sup> – Mexique <sup>a</sup>                             | 2 318   | 0.2   | 146  | 0.2  | 10 869  |
| Paraguay   | 652   | 1.2   | 357  | 6.7  | 5 565   |
| Peru <sup>a</sup> – Pérou <sup>a</sup>                                 | 262   | 0.1   | 63   | 0.3  | 215   |
| Dominican Republic – République dominicaine                            | 332   | 0.4   | 220  | 2.7  | 6 614   |
| Venezuela <sup>a</sup>   | 1 384   | 0.6   | 534  | 2.3  | 11 522  |
| <b>Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale</b>                  |   |   |  |  |   |
| Afghanistan <sup>a</sup>   | 236   | 0.1   | 48   | 0.2  | –   |
| Egypt – Égypte   | 3 218   | 0.5   | 1 716  | 2.6  | 16 024  |
| Iran (Islamic Rep. of) – Iran (République islamique d')                | 200   | 0.1   | 74   | 0.1  | 7 586   |
| Morocco – Maroc  | –   | –   | 100  | 0.4  | 2 051   |
| Pakistan   | 2 049   | 0.1   | 972  | 0.6  | 19 427  |
| Sudan – Soudan   | 2 911   | 1.0   | 2 077  | 6.8  | 14 735  |
| Yemen – Yémen  | 709   | 0.4   | 734  | 4.6  | 4 756   |
| <b>South-East Asia – Asie du Sud-Est</b>                               |   |   |  |  |   |
| Bangladesh   | 10 481  | 0.8   | 12 351   | 9.6  | 94 630  |
| India – Inde   | 577 200   | 5.9   | 634 901  | 64.3   | 8 124 158   |
| Indonesia – Indonésie  | 23 378  | 1.1   | 18 367   | 8.9  | 221 049   |
| Myanmar  | 11 906  | 2.4   | 14 357   | 29.0   | 183 731   |
| Nepal – Népal  | 8 446   | 3.6   | 6 570  | 27.8   | 55 666  |

| Country – Pays  | Registered cases<br>(1 January)<br>Cas enregistrés<br>(1 <sup>er</sup> janvier) | Prevalence<br>per 10 000<br>Prévalence<br>pour 10 000 | Cases detected<br>(during the year)<br>Cas dépistés<br>(au cours de l'année) | Detection<br>rate per 100 000<br>Taux de détection<br>pour 100 000 | Cured with MDT<br>(cumulative total)<br>Malades guéris<br>par la PCT<br>(nombre cumulé) |
|---|---|---|--|--|---|
| Sri Lanka   | 1 238   | 0.7   | 1 376  | 7.2  | 29 481  |
| Thailand – Thaïlande  | 2 974   | 0.5   | 1 111  | 1.8  | 48 967  |
| <b>Western Pacific – Pacifique occidental</b>                               |   |   |  |  |   |
| Cambodia – Cambodge   | 984   | 0.9   | 1 609  | 14.5   | 11 426  |
| China – Chine   | 40 482  | 0.0   | 2 051  | 0.2  | 71 595  |
| Federated States of Micronesia –<br>Micronésie (Etats fédérés de)           | 112   | 5.8   | 39   | 34.8   | 1 090   |
| Lao People's Democratic Republic –<br>République démocratique populaire lao | 718   | 1.4   | 236  | 4.4  | 3 899   |
| Malaysia – Malaisie   | 1 125   | 0.5   | 148  | 0.7  | 6 644   |
| Marshall Islands – Iles Marshall  | 130   | 22.4  | 126  | 217.2  | 220   |
| Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée                                | 933   | 2.0   | 479  | 10.4   | 3 429   |
| Philippines   | 7 005   | 0.9   | 3 490  | 4.9  | 79 184  |
| Republic of Korea – République de Corée                                     | 595   | 0.1   | 39   | 0.1  | 28 783  |
| Viet Nam  | 3 482   | 0.4   | 2 162  | 2.7  | 53 072  |

– Data not available. – Données non disponibles.

<sup>a</sup> Latest available information. – Dernières données disponibles.

## Progress towards poliomyelitis eradication, Afghanistan, 1994-1999

In 1988, the World Health Assembly adopted a resolution to eradicate poliomyelitis globally by the year 2000. In the same year, the Regional Committee of WHO's Eastern Mediterranean Region resolved to eradicate polio from the region by the year 2000. Significant progress in reaching this goal has been made globally and in countries of the Eastern Mediterranean. This article describes the current status of polio eradication in Afghanistan, where eradication efforts began in late 1994, have been remarkably successful, but continue to face particular challenges.

### Routine immunization

Routine immunization services have been maintained throughout more than 20 years of civil disorder in the country. In 1996, national coverage with 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV) among infants aged <1 year was estimated at 30%. Coverage surveys conducted during the 1998 Expanded Programme on Immunization (EPI) review suggested that immunization coverage levels differed widely by region. Coverage levels <30% were reported in several regions; in the northern areas, coverage levels were even lower because of access problems due to the ongoing conflict.

Supplemental campaigns to accelerate overall EPI coverage, using diphtheria-pertussis-tetanus vaccine (DPT) and measles vaccine (MV) for children and tetanus toxoid (TT) for women of childbearing age, have been conducted annually since 1997. The 1999 EPI acceleration campaigns provided catch-up immunization to children aged <2 years (n = 82 000) and women of reproductive age (n = 206 000) in 14 urban areas.

### Supplementary OPV immunization

Supplementary immunization for polio eradication began with 3 multi-antigen immunization campaigns (MICs) conducted during 1994 and 1996. MICs provided DPT, MV and OPV for children aged <5 years, as well as TT for women of childbearing age. Reported MIC coverage levels were >80% in most targeted areas; however, MICs tar-

## Progrès vers l'éradication de la poliomyélite, Afghanistan, 1994-1999

En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution visant à éradiquer la poliomyélite dans le monde d'ici l'an 2000. La même année, le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a décidé d'éradiquer la poliomyélite dans la région d'ici l'an 2000. Des progrès importants sur la voie de la réalisation de cet objectif ont été faits dans le monde et dans les pays de la Méditerranée orientale en particulier. Le présent article décrit la situation actuelle en Afghanistan, où les efforts d'éradication de la poliomyélite remontent à fin 1994 mais où l'action, bien que remarquablement efficace, continue de se heurter à des problèmes particuliers.

### Vaccination systématique

Des services de vaccination de routine ont été maintenus pendant plus de 20 années de guerre civile dans le pays. En 1996, la couverture nationale par 3 doses de vaccin antipoliomyélique buccal (VPO) notifiée chez les enfants de <1 an était estimée à 30%. Des enquêtes relatives à la couverture effectuées dans le cadre de l'examen du Programme élargi de vaccination (PEV) de 1998 ont laissé supposer que les taux de couverture vaccinale différaient considérablement selon les régions. Des taux de couverture <30% ont été signalés dans plusieurs régions; dans les régions du nord, la couverture était même inférieure en raison des problèmes d'accès imputables au conflit en cours.

Des campagnes de vaccination supplémentaire destinées à accélérer la couverture globale du PEV au moyen des vaccins DTC (diphthérie-tétanos-coqueluche) et antirougeoleux pour les enfants et de l'anatoxine tétanique pour les femmes en âge de procréer ont été organisées annuellement depuis 1997. Les campagnes d'accélération du PEV de 1999 ont permis une vaccination de rattrapage pour les enfants âgés de <2 ans (n = 82 000) et les femmes en âge de procréer (n = 206 000) dans 14 zones urbaines.

### Vaccination supplémentaire par le VPO

La vaccination supplémentaire en vue de l'éradication de la poliomyélite a commencé par l'organisation de 3 campagnes de vaccination pluriantigéniques (CVP) menées en 1994 et 1996. Dans le cadre de ces campagnes, il s'agissait de vacciner les enfants âgés de <5 ans par le DTC, le vaccin antirougeoleux et le VPO et les femmes en âge de procréer par l'anatoxine tétanique. Des taux de

geted only ~70% of the total population. Beginning with MICs and continuing with national immunization days (NIDs),<sup>1</sup> intense efforts were made by United Nations agencies, specifically UNICEF and WHO, to arrange periods of ceasefire between warring parties in conflict areas to allow unhindered immunization of children.

The first NIDs using OPV only were conducted nationwide in April and May 1997, repeated during the same months in 1998 and in May and June 1999. In 1997, an estimated 80% of children aged <5 years (>3.5 million) received 2 doses of OPV during the NIDs.

In 1998, NIDs were not conducted in northern Afghanistan owing to the active conflict situation, excluding about one-third of the target group from NID immunization. Nevertheless, 1998 NID coverage for the accessible areas was >85%. The first round of 1999 NIDs was delayed in 3 provinces owing to conflict; surveys following both rounds confirmed that between 83% and 87% of targeted children had been immunized. Following a recommendation from the global Technical Consultative Group on polio eradication, Afghanistan will conduct 2 additional NID rounds in late October and November 1999, concurrently with NIDs in Pakistan. In 1998 and 1999, supplemental OPV immunization campaigns were conducted in districts of Afghanistan that border Pakistan and the Islamic Republic of Iran, simultaneously with respective NIDs conducted in those countries.

#### Surveillance for acute flaccid paralysis (AFP)

No national disease surveillance system is in place in Afghanistan. In 1997, AFP surveillance was established at major health facilities in regional capitals. Local staff were trained in AFP surveillance procedures, in particular to conduct regular active surveillance visits to surveillance sites in order to identify and investigate AFP cases. Local offices of WHO and UNICEF facilitate the collection, storage and shipment of stool specimens to Islamabad for laboratory analysis. Specimens are transported to the WHO Afghanistan support office in Islamabad (Pakistan) and forwarded for processing to the regional polio network laboratory at the National Institutes of Health in Islamabad.

All 3 poliovirus serotypes were isolated within a few months after the establishment of AFP surveillance. Poliovirus has been detected in many parts of the country, including Herat, Kandahar, Kabul and Nangahar (*Map 1*). While all 3 serotypes were detected in 1997, type 2 virus has not been isolated during 1998, nor in 1999. Type 2 virus has previously been shown in other areas to be the first virus type to be eradicated.

The sensitivity of AFP surveillance is measured by the rate of AFP not due to polio per 100 000 population aged <15 years (non-polio AFP rate, target: 1 per 100 000), while quality is assessed by the percentage of cases from which 2 stool specimens are taken within 14 days of paralysis onset (adequate stool specimens, target: 80%). Both performance indicators continue to improve. The non-polio AFP rate was 0.62 in 1998 and is projected to further increase in 1999. The proportion of AFP cases for which 2 adequate stool specimens was 52% in 1998 and 61% in 1999 (*Table 1*).

<sup>1</sup> Mass campaigns over a short period (5 days) in which 2 doses of oral poliovirus vaccine are administered to all children in the target age group (0-4 years) regardless of previous vaccination history, with an interval of 4-6 weeks between doses.

couverture >80% ont été notifiés pour les CVP dans la plupart des zones visées; toutefois, ces campagnes ne visaient qu'environ 70% de la population totale. D'abord dans le cadre des CVP, puis dans le cadre des journées nationales de vaccination (JNV),<sup>1</sup> des efforts importants ont été consentis par les institutions des Nations Unies, et plus particulièrement l'UNICEF et l'OMS, pour organiser des cessez-le-feu entre les parties en conflit et faciliter ainsi la vaccination des enfants.

Les premières JNV utilisant seulement le VPO ont été organisées dans tout le pays en avril et mai 1997, puis à nouveau en avril et mai 1998 et en mai et juin 1999. En 1997, on estime que 80% des enfants âgés de <5 ans (>3,5 millions) ont reçu 2 doses de VPO au cours des JNV.

En 1998, aucune JNV n'a pu être organisée dans le nord de l'Afghanistan en raison du conflit en cours, privant de vaccination près d'un tiers du groupe cible. Néanmoins, la couverture des JNV pour 1998 dans les zones accessibles a été >85%. La première tournée de JNV de 1999 a été retardée dans 3 provinces en raison du conflit; les enquêtes organisées à la suite des deux tournées de vaccination ont confirmé que de 83% à 87% des enfants visés avaient été vaccinés. Conformément à une recommandation du Groupe consultatif technique mondial pour l'éradication de la poliomyélite, l'Afghanistan organisera 2 séries supplémentaires de JNV à la fin d'octobre et en novembre 1999, qui coïncideront avec les JNV organisées au Pakistan. En 1998 et 1999, des campagnes de vaccination supplémentaire par le VPO ont été organisées dans les districts de l'Afghanistan frontaliers avec le Pakistan et la République islamique d'Iran, en même temps que les JNV respectives dans ces pays.

#### Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA)

Aucun système national de surveillance de la maladie n'existe en Afghanistan. En 1997, une surveillance de la PFA a été mise en place dans les principaux centres de santé des capitales régionales. Le personnel local a été formé aux techniques de surveillance de la PFA, et en particulier à l'organisation de visites régulières de surveillance active dans les sites de surveillance afin de repérer et d'étudier les cas de PFA. Les bureaux locaux de l'OMS et de l'UNICEF facilitent la collecte et le stockage des échantillons de selles et leur expédition à Islamabad pour les analyses en laboratoire. Les échantillons sont transportés jusqu'au bureau OMS d'appui à l'Afghanistan à Islamabad (Pakistan), puis acheminés vers le laboratoire du réseau régional de la poliomyélite de l'Institut national de la santé à Islamabad.

Les 3 sérotypes de poliovirus ont été isolés dans les quelques mois qui ont suivi l'établissement d'une surveillance de la PFA. Le poliovirus a été décelé dans de nombreuses régions du pays, y compris Herat, Kandahar, Kaboul et Nangahar (*Carte 1*). Si les 3 sérotypes ont été décelés en 1997, le type 2 n'a pas été isolé en 1998, ni en 1999. Le sérotype 2 est déjà apparu précédemment dans d'autres régions comme le premier sérotype viral à être éradiqué.

La sensibilité de la surveillance de la PFA se mesure au taux de PFA non poliomyélitique pour 100 000 habitants de <15 ans (taux de PFA non poliomyélitique, cible: 1 pour 100 000), tandis que la qualité de la surveillance se mesure au pourcentage de cas pour lesquels 2 échantillons de selles ont été prélevés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie (échantillons coprologiques conformes, cible: 80%). Les deux indicateurs continuent de s'améliorer. Le taux de PFA non poliomyélitique était de 0,62 en 1998 et devrait encore augmenter en 1999. La proportion de cas de PFA pour lesquels 2 échantillons coprologiques conformes ont été recueillis était de 52% en 1998 et de 61% en 1999 (*Tableau 1*).

<sup>1</sup> Campagnes de masse sur une période courte (5 jours) au cours desquelles 2 doses de vaccin antipoliomyélitique oral sont administrées à tous les enfants du groupe d'âge cible (0-4 ans), quels que soient leurs antécédents vaccinaux, avec un intervalle de 4-6 semaines entre chaque dose.

Table 1 Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and NID coverage, Afghanistan, 1997, 1998 and 1999

Tableau 1 Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et couverture par les JNV, Afghanistan, 1997, 1998 et 1999

|   | 1997<br>(Sep.-Dec) – (sept.-déc.) | 1998 | 1999<br>(Jan.-20 August) – (janvier-20 août) |
|---|-----------------------------------|------|--|
| Total AFP cases – Nombre total de cas de PFA  | 28                                | 121  | 111  |
| Total confirmed polio cases – Nombre total de cas de poliomyélite confirmés   | 19                                | 59   | 43   |
| Non-polio AFP rate <sup>a</sup> – Taux de PFA non poliomyélique <sup>a</sup>  | 0.26                              | 0.62 | 1.2  |
| Cases with wild virus confirmed –<br>Cas dans lesquels la présence de virus sauvage a été confirmée   |                                   |      |  |
| Wild virus type 1 – Virus sauvage type 1  | 6                                 | 27   | 17   |
| Wild virus type 2 – Virus sauvage type 2  | 4                                 | 15   | 11   |
| Wild virus type 3 – Virus sauvage type 3  | 2                                 | 0    | 0  |
| Wild virus type 3 – Virus sauvage type 3  | 0                                 | 12   | 6  |
| Percentage AFP cases with stool collection within 14 days of onset –<br>Pourcentage de cas de PFA dans lesquels des échantillons de selles<br>ont été prélevés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie | 50%                               | 52%  | 61%  |
| Number of children immunized (millions) – Nombre d'enfants vaccinés (en millions)   |                                   |      |  |
| NID round 1: – JNV première tournée   | 3.66                              | 2.64 | 4.02   |
| NID round 2: – JNV deuxième tournée   | 3.84                              | 2.65 | 4.01   |

<sup>a</sup> Non-polio AFP rate: number of non-polio AFP cases per 100 000 children <15 years; the non-polio AFP rate is projected for 1997 and 1999. – Taux de PFA non poliomyélique: nombre de cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 enfants de <15 ans; projection du taux de PFA non poliomyélique pour 1997 et 1999.

AFP surveillance was introduced in northern Afghanistan in early 1999 and is not yet functional in all areas of that region. Improved AFP surveillance has detected an outbreak of polio in Kunduz,<sup>2</sup> an area in northern Afghanistan that borders Tajikistan, with a total estimated population of 0.9 million. Between 10 May (before the first NID round in 1999) and mid-August 1999, a total of 26 AFP cases were reported. Of these, 6 cases have been confirmed as poliomyelitis with isolation of wild poliovirus type 1 from 5 cases and type 3 from 1 case. To determine the extent of the outbreak, health facilities and nongovernmental organizations providing health care have been alerted to the outbreak and requested to report all suspected cases. Health authorities in the neighbouring countries of Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan have been notified. A large-scale house-to-house immunization campaign, targeting more than 130 000 children aged <5 years, was conducted in the outbreak areas.

**Editorial note.** Polio remains the leading cause of permanent disability in Afghanistan. A recent survey conducted by the University of Leiden (Netherlands) in the Kandahar region found that up to 30% of severe disability among children aged <15 years can be attributed to paralytic polio. Successful eradication of polio from Afghanistan, a country which has been in a complex emergency situation for more than 20 years, is an urgent regional and global priority. Poliovirus transmission must be interrupted rapidly in Afghanistan, both to prevent morbidity, mortality and permanent disability among the Afghan population and to reach the year 2000 global polio eradication target.

Limited ceasefire agreements were effective between fighting parties during MICs and NIDs, allowing health workers to immunize children in areas with ongoing conflict. While NIDs since 1997 achieved relatively high coverage rates among the target population, additional immunization campaigns will be necessary to make up for low routine immunization coverage rates and to interrupt virus transmission as soon as possible.

AFP surveillance systems require a well-coordinated and sustained effort to identify suspected cases, collect, store and ship stool specimens, and collect, tabulate and analyse data. Despite the prevailing conflict, AFP surveil-

La surveillance de la PFA a été mise en place dans le nord de l'Afghanistan début 1999 et n'est pas opérationnelle dans la totalité de cette région. Une meilleure surveillance de la PFA a permis de déceler une flambée de poliomyélite à Kunduz,<sup>2</sup> une région du nord de l'Afghanistan qui borde le Tadjikistan, et dont l'on estime la population totale à 900 000 habitants. Entre le 10 mai (avant la première tournée de JNV de 1999) et la mi-août 1999, un total de 26 cas de PFA ont été signalés. Sur ce chiffre, 6 cas ont été confirmés comme des cas de poliomyélite, le poliovirus sauvage type 1 ayant été isolé chez 5 sujets et le type 3 chez 1 sujet. Afin de déterminer l'étendue de l'épidémie, les centres de santé et les organisations non gouvernementales dispensant des soins de santé ont été alertés et invités à signaler tous les cas suspects. Les autorités sanitaires des pays voisins – Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan – ont été informées. Une vaste campagne de vaccination au porte-à-porte visant plus de 130 000 enfants âgés de <5 ans a été organisée dans les zones touchées.

**Note de la rédaction.** La poliomyélite demeure la principale cause d'incapacité permanente en Afghanistan. Une récente étude conduite par l'Université de Leyde (Pays-Bas) dans la région de Kandahar a révélé que jusqu'à 30% des incapacités graves chez les enfants de <15 ans pouvaient être imputées à la poliomyélite paralytique. L'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, pays qui connaît une situation d'urgence complexe depuis plus de 20 ans, est une priorité absolue aux niveaux régional et mondial. La transmission du poliovirus doit être interrompue d'urgence en Afghanistan, à la fois pour prévenir la morbidité, la mortalité ou les incapacités permanentes dans la population afghane et pour atteindre l'objectif de l'éradication de la poliomyélite dans le monde d'ici l'an 2000.

Des accords de cessez-le-feu temporaires ont été appliqués entre les parties en conflit au cours des CVP et des JNV, permettant aux agents de santé de vacciner les enfants dans les zones de conflit. Si, depuis 1997, les JNV ont permis d'atteindre des taux de couverture relativement élevés parmi la population cible, des campagnes de vaccination supplémentaires seront nécessaires pour compenser les taux de couverture vaccinale de routine faibles et interrompre la transmission du virus dès que possible.

Les systèmes de surveillance de la PFA exigent un effort soutenu et bien coordonné permettant de repérer les cas suspects, de recueillir, de stocker et d'expédier les échantillons de selles, et de recueillir, mettre en tableaux et analyser les données. Malgré le

<sup>2</sup> See No. 35, 1999, pp 295-296.

<sup>2</sup> Voir N° 35, 1999, pp. 295-296.

lance has improved rapidly in Afghanistan, and is becoming the model for establishing AFP surveillance in other countries under difficult circumstances, such as the Democratic Republic of the Congo, Somalia and southern Sudan. As a first step towards integrating disease surveillance systems, reporting of measles and neonatal tetanus cases has been added to the AFP reporting system in Afghanistan. Contributing to the remarkable success in establishing surveillance is the exemplary cooperation among national health services, WHO, UNICEF and NGOs, as well as the support of the international donor community. Although the quality of AFP surveillance in Afghanistan is better than in some other polio-endemic countries, it must improve further to establish more precisely the degree of virus transmission and to target areas for supplemental immunization activities.

Polio eradication activities, particularly mass immunization during NIDs, can play a key role in initiating and revitalizing health services in countries where conflict has taken a toll on the infrastructure. Investment in immunization may serve as an example to restore other basic health services in the country. As demonstrated in other countries, critical elements of the polio eradication strategy implemented in Afghanistan – political commitment, international partnerships, capacity for surveillance and integration of preventive services – now serve as a platform for strengthening immunization and other preventive health services. Social mobilization and additional resources available for polio eradication (i.e. cold chain equipment, training, additional staff) are likely to lead to increased awareness and utilization of routine immunization services.

Increasingly, polio eradication activities are coordinated between and among countries and WHO regions to ensure effective supplementary immunization activities

conflit en cours, la surveillance de la PFA s'est améliorée rapidement en Afghanistan et est en train de devenir un modèle dont pourraient s'inspirer d'autres pays en proie à des conditions difficiles, comme la République démocratique du Congo, la Somalie ou le Soudan méridional. Afin de franchir une première étape vers l'intégration des systèmes de surveillance des maladies, la notification des cas de rougeole et de tétanos néonatal a été ajoutée au système de notification des cas de PFA en Afghanistan. L'un des facteurs qui a contribué au remarquable succès de la surveillance a été la coopération exemplaire entre les services de santé nationaux, l'OMS, l'UNICEF et les ONG, ainsi que l'appui de la communauté internationale des donateurs. Bien que la qualité de la surveillance de la PFA en Afghanistan soit meilleure que dans certains autres pays d'endémie poliomyélitique, elle doit encore être améliorée afin que l'on puisse établir plus précisément le degré de transmission du virus et cibler les zones devant faire l'objet d'activités de vaccination supplémentaires.

Les activités d'éradication de la poliomyélite, et en particulier la vaccination de masse lors de JNV, peuvent jouer un rôle essentiel en permettant de mettre en place ou de revitaliser les services de santé dans des pays où les conflits ont mis à mal les infrastructures. Investir dans la vaccination peut servir d'exemple pour le rétablissement d'autres services de santé de base dans le pays. Comme cela a été démontré dans d'autres pays, les éléments vitaux de la stratégie d'éradication de la poliomyélite mise en œuvre en Afghanistan – engagement politique, partenariats internationaux, moyens de surveillance et intégration des services préventifs – servent désormais de plate-forme au renforcement de la vaccination et d'autres services de santé préventifs. La mobilisation sociale et les ressources supplémentaires disponibles pour l'éradication de la poliomyélite (matériel de chaîne du froid, formation, personnel supplémentaire) déboucheront sans doute sur une sensibilisation et une utilisation accrues des services de vaccination systématiques.

De plus en plus, les activités d'éradication de la poliomyélite sont coordonnées entre les pays et entre ceux-ci et les régions de l'OMS afin d'assurer l'efficacité des activités de vaccination sup-

Map 1 Location of polio cases confirmed through wild poliovirus isolation, Afghanistan, September 1997 to July 1999

Carte 1 Localisation des cas de poliomyélite confirmés par isolement du poliovirus sauvage, Afghanistan, septembre 1997 à juillet 1999



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

across borders, targeting mobile population groups. Cross-border coordination of polio eradication activities must be further intensified between Afghanistan and its neighbours, in particular the Islamic Republic of Iran, Pakistan and the central Asian republics of Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan.

Continued support and additional funds are essential to eradicate polio in Afghanistan. End-stage acceleration of polio eradication in Afghanistan means adding extra rounds of NID, and using house-to-house immunization activities to administer OPV, which will require significant additional external funding.<sup>3</sup> In the final phase of polio eradication, increased efforts are necessary, especially in countries with continuing wild virus transmission. Unless polio eradication succeeds even under the most challenging circumstances, a few countries will continue to be polio-endemic, potentially exporting poliovirus into neighbouring as well as distant polio-free areas, and delaying regional and global polio eradication.

<sup>3</sup> Polio eradication in Afghanistan is supported by the national government; external support is provided by the global polio eradication partnership, most notably Rotary International, UNICEF, WHO and the European Community, as well as the governments of Denmark, Germany, Luxembourg, Netherlands, Norway, Sweden, the United Kingdom and the United States.

plémentaires à travers les frontières, lorsque sont ciblés des groupes de population mobiles. La coordination transfrontières des activités d'éradication de la poliomyélite doit être encore intensifiée entre l'Afghanistan et ses voisins, en particulier avec le Pakistan et la République islamique d'Iran et les républiques d'Asie centrale – Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan.

Un appui continu et des fonds supplémentaires sont indispensables pour éradiquer la poliomyélite en Afghanistan. L'accélération finale de l'éradication en Afghanistan suppose que l'on organise des séries supplémentaires de JNV et que l'on ait recours à des activités de vaccination porte-à-porte pour administrer le VPO, ce qui nécessitera un financement extérieur supplémentaire considérable.<sup>3</sup> Lors de la phase finale de l'éradication, des efforts accrus sont nécessaires, surtout dans les pays où la transmission du virus sauvage n'a pas été interrompue. A moins que l'on ne parvienne à éradiquer la poliomyélite même dans les conditions les plus difficiles, la maladie restera endémique dans certains pays, qui risqueront d'exporter le poliovirus vers des pays voisins ou même des zones plus éloignées exemptes de poliomyélite, et de retarder ainsi les efforts d'éradication aux niveaux régional et mondial.

<sup>3</sup> L'éradication de la poliomyélite en Afghanistan est soutenue par le gouvernement; une aide extérieure est fournie dans le cadre du partenariat mondial pour l'éradication de la poliomyélite, notamment par le Rotary International, l'UNICEF, l'OMS et la Communauté européenne, ainsi que par les gouvernements des pays suivants: Allemagne, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

### Renewal of paid subscriptions

To ensure that you continue to receive the *Weekly epidemiological record* without interruption, do not forget to renew your subscription for 2000. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Marketing and Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: [41-22] 791 48 57; e-mail: bookorders@who.ch). Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label.

The annual subscription rate will remain unchanged, at Sw.fr. 230.– (in developing countries: Sw.fr. 161.–).

### Renouvellement des abonnements payants

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 2000. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où un dépositaire n'a pas été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Marketing et Diffusion, 1211 Genève 27, Suisse (fax: [41-22] 791 48 57; e-mail: bookorders@who.ch). N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Le prix de l'abonnement annuel restera inchangé, à Fr.s. 230.– (dans les pays en développement: Fr.s. 161.–).

### DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

### MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

#### Notifications received from 17 to 23 September 1999

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

#### Cholera • Choléra

Africa • Afrique

|                     | C             | D  |
|---------------------|---------------|----|
| <b>Madagascar</b>   | 30.VIII-14.IX |    |
| .....               | 752           | 58 |
| <b>Niger</b>        | 6-16.IX       |    |
| .....               | 190           | 20 |
| <b>Sierra Leone</b> | 7-13.IX       |    |
| .....               | 251           | 3  |

Europe

|                               | C       | D |
|-------------------------------|---------|---|
| <b>Netherlands – Pays-Bas</b> | 17.VIII |   |
| .....                         | 1i      | 0 |

#### Notifications reçues du 17 au 23 septembre 1999

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

#### Plague • Peste

Africa • Afrique

|  | C       | D |
|--|---------|---|
| <b>United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie</b> | 1-14.IX |   |
| <i>Tanga Region</i>  |         |   |
| Lushoto District .....   | 48      | 2 |

WWW access: <http://www.who.int/wer>  
 E-Mail: send message **subscribe wer-reh** to [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)  
**Telex:** 415416 **Fax:** (41-22) 791 41 98  
**Price of the Weekly epidemiological record**  
 Annual subscription Sw. fr. 230.–

Accès WWW: <http://www.who.int/wer>  
 Courrier électronique: envoyer message **subscribe wer-reh** à [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)  
**Télex:** 415416 **Fax:** (41-22) 791 41 98  
**Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire**  
 Abonnement annuel Fr. s. 230.–