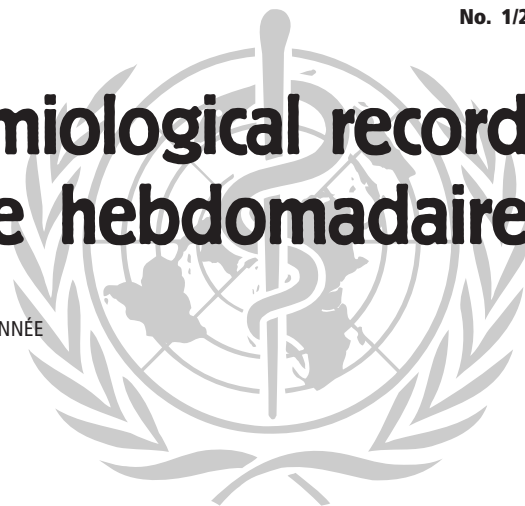


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 JANUARY 2003, 78th YEAR / 10 JANVIER 2003, 78^e ANNÉE

No. 1/2, 2003, 78, 1-8

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

Contents

- 1 Outbreak news
 - Acute respiratory syndrome, Democratic Republic of the Congo
 - Cholera, Côte d'Ivoire
 - Pertussis, Afghanistan
- 2 Rotavirus vaccines, an update
- 3 Dracunculiasis eradication, Africa
- 7 International Health Regulations
- 8 WHO websites on infectious diseases

Sommaire

- 1 Le point sur les épidémies
 - Syndrome respiratoire aigu, République démocratique du Congo
 - Choléra, Côte d'Ivoire
 - Coqueluche, Afghanistan
- 2 Vaccins antirotavirus, mise à jour
- 3 Eradication de la dracunculose, Afrique
- 7 Règlement sanitaire international
- 8 Sites web de l'OMS sur les maladies infectieuses

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

6.500 1.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Acute respiratory syndrome, Democratic Republic of the Congo - update¹

Cases of acute respiratory syndrome continue to be reported in the Democratic Republic of the Congo. By 22 November 2002, an influenza-like illness had been reported in Bosobolo, Djolu, Genema and Karawa health districts (Equateur Province), with Bosobolo being the most affected area.

Six nasopharyngeal swabs taken from patients with influenza-like illness in Bosobolo after 12 December 2002 have been tested at the Institut Pasteur, Paris (a partner in the Global Outbreak Alert and Response Network). Influenza A/Panama/2007/99(H3N2)-like viruses have been isolated from 4 of them. A/Panama/2007/99 is the representative strain of A/H3N2 currently circulating worldwide and closely related to the vaccine strain. Further genetic identification of the virus is under way.

WHO and *Médecins sans Frontières* continue to assist the Ministry of Health with technical support and medicines.

¹ See No 49, 2002, p. 417.

Cholera, Côte d'Ivoire

Between 22 December 2002 and 5 January 2003, WHO has reported a total of 70 cases, including 15 deaths in the village of Tabléguikou-gly in the district of Divot. Cholera has been laboratory confirmed by the Institut Pasteur, Côte d'Ivoire. Control measures are in place and appropriate medication is available.

Pertussis, Afghanistan

WHO has reported 115 cases of pertussis and 17 deaths in Khwahan district, the provincial capital of Badakhshan, north-eastern Af-

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Syndrome respiratoire aigu, République démocratique du Congo - mise à jour¹

Des cas de syndrome respiratoire aigu ont été signalés en République démocratique du Congo. Au 22 novembre 2002, un syndrome grippal était signalé dans les districts de santé de Bosobolo, Djolu, Genema et Karawa (Province d'Equateur), la région de Bosobolo étant la plus affectée.

Après le 12 décembre 2002, six prélèvements nasopharyngés ont été effectués sur des patients présentant ce syndrome grippal et vivant dans la région de Bosobolo; les prélèvements ont été testés à l'Institut Pasteur de Paris (l'un des partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie). Un virus grippal de souche identique à A/Panama/2007/99(H3N2) a été isolé chez 4 d'entre eux. A/Panama/2007/99 est la souche représentative de A/H3N2, qui circule actuellement dans le monde et qui est très proche de la souche vaccinale. Une identification génétique plus poussée est en cours.

L'OMS et *Médecins sans Frontières* continuent à aider le Ministère de la santé, notamment en apportant une assistance technique et médicale.

¹ Voir N° 49, 2002, p. 417.

Choléra, Côte d'Ivoire

Entre le 22 décembre et le 5 janvier 2003, l'OMS a signalé un total de 70 cas de choléra dont 15 décès, dans le village de Tabléguikou-gly (district de Divot). Le choléra a été confirmé en laboratoire par l'Institut Pasteur en Côte d'Ivoire. Des mesures de contrôle sont en place et la médication appropriée est disponible.

Coqueluche, Afghanistan

L'OMS a signalé 115 cas de coqueluche dont 17 décès dans le district de Khwahan, la capitale de la province de Badakhshan, au nord-est de

ghanistan. A team consisting of staff members from the Afghan Ministry of Health, WHO and the Aga Khan Development Network have been flown to the field on an Afghan Ministry of Defence helicopter. A United Nations helicopter will follow later with extra supplies of erythromycin, vaccines, and vaccination equipment provided by UNICEF. ■

l'Afghanistan. Une équipe composée de membres du personnels du Ministère de la santé afghan, de l'OMS et l' *Aga Khan Development Network* a été déposée sur place par un hélicoptère du Ministère de la défense afghan. Un hélicoptère des Nations Unies suivra plus tard, avec des réserves supplémentaires d'érythromycine, de vaccins et d'équipement de vaccination, le tout mis à disposition par l'UNICEF. ■

Rotavirus vaccines, an update

In 1999, WHO published a position paper on rotavirus vaccines.¹ However, for reasons described below, no rotavirus vaccine is currently available internationally. This note provides a brief update on recent developments in this field. As soon as new rotavirus vaccines have been licensed and become available on the international market, a fully revised position paper will be published in this journal.

Background

Rotavirus is the most common cause of severe diarrhoeal disease in infants and young children worldwide and an important public health problem, particularly in developing countries. Vaccination is the only control measure likely to have a significant impact on the incidence of severe dehydrating rotavirus disease.

Although several different groups and serotypes of rotavirus may cause disease, group A rotaviruses, which infect the young of both humans and animals, are the most important from a public health standpoint. Cross-reactivity occurs between some rotavirus antigens of different groups and serotypes. A child's first rotavirus infection apparently results in a serotype-specific immune response to outer capsid antigens (VP7 or G-antigens). This response is broadened by subsequent exposures and protects against later rotavirus infections with different serotypes. Rapid development of immunity following natural infection encouraged the development of rotavirus vaccines.

In August 1998, a tetravalent, rhesus-human reassortant rotavirus vaccine was licensed in the United States. This vaccine consists of VP7-serotype antigens (G1-G4) representing the most common human rotaviruses. After inclusion of this vaccine in the immunization schedule for infants in the USA, and immunization of almost 1 million individuals, several cases of vaccine-associated intussusception were reported. The period of greatest risk of intussusception was shown to be 3-10 days after the first of three oral doses. Although the true overall incidence of this adverse event proved difficult to assess, a group of international experts suggested a consensus rate of 1 per 10 000 vaccinated infants. The pathogenic mechanisms involved are currently unknown.

As a consequence of this rare but potentially dangerous adverse effect, the manufacturer withdrew the vaccine from the US market 9 months after its introduction. Although still licensed, the vaccine has not been tested since then or licensed in other parts of the world.

¹ See No. 5, 1999, p. 33-38.

Vaccins antirotavirus, mise à jour

En 1999, l'OMS a publié une note d'information sur les vaccins antirotavirus.¹ Cependant, pour les raisons indiquées ci-dessous, aucun vaccin antirotavirus n'est actuellement disponible à l'échelle internationale. La présente note fait brièvement le point de la situation. Dès que de nouveaux vaccins antirotavirus auront reçu une autorisation et seront disponibles sur le marché international, une note de synthèse entièrement révisée sera publiée dans le Relevé.

Généralités

Le rotavirus est la cause la plus fréquente de maladie diarrhéique grave chez le nourrisson et le jeune enfant partout dans le monde, surtout dans les pays en développement. La vaccination est la seule mesure de lutte susceptible d'avoir un impact important sur l'incidence des rotaviroses graves à l'origine de déshydratations.

Si plusieurs groupes et sérotypes différents de rotavirus peuvent être pathogènes, les rotavirus de groupe A sont les plus importants du point de vue de la santé publique dans la mesure où ils infectent préférentiellement les jeunes, enfants et animaux. Il existe une réactivité croisée entre certains antigènes de rotavirus appartenant à des groupes et à des sérotypes différents. La primo-infection de l'enfant par un rotavirus entraîne apparemment une réponse immunitaire spécifique de sérotype vis-à-vis des antigènes de capsid externe (VP7 ou antigènes G). La réponse est renforcée par les expositions successives et protège contre les infections ultérieures à rotavirus de sérotype différent. L'acquisition rapide de l'immunité après infection naturelle est favorable à la mise au point de vaccins antirotavirus.

Un vaccin antirotavirus réassorti humain-simien (rhésus) tétravalent a été autorisé sur le marché aux Etats-Unis d'Amérique en août 1998. Ce vaccin comporte VP7 et les antigènes de sérotype G1-G4 représentant les rotavirus humains les plus fréquents. Après inclusion de ce vaccin dans le calendrier vaccinal des nourrissons aux Etats-Unis d'Amérique et la vaccination de près d'un million de sujets, plusieurs cas d'invagination intestinale postvaccinale ont été signalés. Les 3 à 10 jours qui suivent la première des trois doses orales semblent être ceux où le risque d'invagination est maximal. L'incidence globale réelle de cet événement indésirable a été difficile à évaluer; un groupe d'experts internationaux a cependant proposé une fréquence de 1 sur 10 000 nourrissons vaccinés. Les mécanismes pathogènes en cause sont encore inconnus.

Suite à la survenue de ces effets indésirables, rares mais potentiellement dangereux, le fabricant a retiré le vaccin du marché des Etats-Unis d'Amérique 9 mois après son introduction. Disposant toujours de son autorisation de mise sur le marché, le vaccin n'a cependant pas été testé ou autorisé ailleurs.

¹ Voir N° 5, 1999, p. 33-38.

Different strategies for new rotavirus vaccines

A lamb rotavirus vaccine is licensed and used in China, but no rotavirus vaccines are currently available on the international market. Of the several candidate vaccines under development, only two have reached phase III trials.

A pentavalent vaccine based on a bovine rotavirus strain reassorted with the common VP7 and VP4 genes of human rotaviruses has been well tolerated in phase II and III studies and provided good protection both against severe rotavirus disease and against any rotavirus disease. This vaccine is currently undergoing large-scale safety trials to exclude any potential association with serious adverse events such as intussusception.

A monovalent human rotavirus vaccine candidate is now in phase II and phase III evaluation. It represents the most common of the human rotavirus VP7 and VP4 antigens. In early trials, this candidate vaccine showed high protective efficacy both against any rotavirus diarrhoea and against very severe rotavirus disease. Large-scale safety and efficacy trials are in progress in developing countries.

Other vaccine candidates under development include a human neonatal rotavirus strain and two human-bovine reassortant vaccines. Subunit rotavirus vaccines are also being investigated.

WHO position

WHO strongly recommends the rapid development of new and safe vaccine candidates against rotavirus disease and parallel evaluation of new candidates in developed and developing countries. WHO also encourages measures to establish the burden of rotavirus disease in developing countries in order to provide the necessary information for advocacy and risk-benefit analyses, the outcome of which may vary with the epidemiological and socioeconomic setting. ■

Stratégies envisagées pour la mise au point de nouveaux vaccins antirotavirus

Un vaccin utilisant un rotavirus ovin est autorisé sur le marché et utilisé en Chine; aucun vaccin antirotavirus n'est cependant disponible actuellement sur le marché international. Parmi plusieurs vaccins expérimentaux en cours de mise au point, deux seulement ont atteint la phase III.

Un vaccin pentavalent utilisant une souche bovine de rotavirus réassortie comportant les gènes VP7 et VP4 communs aux rotavirus humains a été bien toléré dans les études de phase II et III et a conféré une bonne protection contre les formes graves et toutes les autres formes de rotavirose. Ce vaccin est actuellement testé dans un essai d'innocuité à grande échelle pour exclure toute association éventuelle à des événements indésirables graves comme l'intussusception intestinale.

Un vaccin expérimental monovalent utilisant un rotavirus humain est arrivé en phase II et III de l'évaluation. Il représente les antigènes les plus fréquents des rotavirus humains, VP7 et VP4. Dans les premiers essais, ce vaccin expérimental s'est montré très protecteur contre toutes les formes de rotaviruses, y compris contre les formes très graves. Des essais d'innocuité et d'efficacité de grande ampleur sont en cours dans des pays en développement.

D'autres vaccins expérimentaux sont à l'étude: l'un d'eux utilise une souche humaine de rotavirus néonatal et deux autres sont réassortis humains-bovins. Des vaccins antirotavirus sous-unités sont aussi à l'étude.

Position de l'OMS

L'OMS recommande vivement de mettre au point rapidement des vaccins expérimentaux nouveaux et sans danger contre les rotaviruses et d'effectuer l'évaluation des nouveaux vaccins expérimentaux en parallèle dans les pays développés et ceux en développement. L'OMS est en outre favorable à une estimation de la charge de morbidité des rotaviruses dans les pays en développement pour pouvoir disposer des données permettant de mener à bien les actions de sensibilisation et les analyses risques-bénéfices, dont l'issue dépend de la situation épidémiologique et socio-économique. ■

Dracunculiasis eradication in endemic French-speaking African countries

Surveillance: January–September 2002

National coordinators of dracunculiasis eradication programmes of 8 French-speaking African countries (Benin, Burkina Faso, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritania, Niger, and Togo) met in Nouakchott, Mauritania, from 28 to 30 October 2002, to review progress in dracunculiasis eradication during the first 9 months of 2002. The meeting was attended by representatives from partners who sponsored the meeting, including The Carter Center/Global 2000, UNICEF, and WHO. In parallel with this meeting, at which the national coordinators presented epidemiological and intervention data, WHO conducted follow-up technical support sessions on HealthMap for data managers of the national programmes.

A total of 2317 dracunculiasis cases were reported from 452 villages and 26 hamlets in the 8 countries (*Table 1*). This is similar to the number of cases noted by these coun-

Eradication de la dracunculose dans les pays d'Afrique d'expression française et où la maladie est endémique

Surveillance: janvier-septembre 2002

Les coordonnateurs nationaux des programmes d'éradication de la dracunculose de 8 pays africains francophones (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine et Togo) se sont réunis à Nouakchott (Mauritanie), du 28 au 30 octobre 2002, pour faire le point des progrès accomplis au cours des 9 premiers mois de l'année en vue de l'éradication de la dracunculose. Les partenaires parrainant la réunion, notamment le *Carter Center/Global 2000*, UNICEF et l'OMS ont envoyé des représentants. Parallèlement à cette réunion à laquelle les coordonnateurs nationaux ont présenté des données concernant l'épidémiologie et les interventions, l'OMS a organisé des séances d'appui technique de suivi sur *HealthMap* à l'intention des responsables des données des programmes nationaux.

Au total, 2317 cas de dracunculose ont été déclarés dans 452 villages et 26 hameaux des 8 pays (*Tableau 1*), c'est-à-dire à peu près autant qu'au cours de la période correspondante de 2001

tries for the same period in 2001, when 2332 cases were reported.¹ The 3 countries that reported the highest numbers of cases were Togo (921 cases), Mali (552), and Burkina Faso (419). Côte d'Ivoire and Niger reported 191 and 115 cases, respectively. Benin and Mauritania each reported less than 100 cases (85 and 34, respectively), and no cases were reported by the Central African Republic. The data included 76 cases reported as imported – 27 in Togo, 15 in Benin, 11 each in Burkina Faso and Côte d'Ivoire, 8 in Niger, and 4 in Mali.

(2332 cas).¹ Les 3 pays ayant signalé le plus de cas sont le Togo (921 cas), le Mali (552) et le Burkina Faso (419). La Côte d'Ivoire a signalé 191 cas et le Niger 115. Le Bénin et la Mauritanie ont tous deux signalé moins de 100 cas (85 et 34 respectivement) alors qu'aucun cas n'a été signalé par la République centrafricaine. Au total, 76 cas ont été déclarés comme importés – 27 au Togo, 15 au Bénin, 11 au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, 8 au Niger et 4 au Mali.

Table 1. **Dracunculiasis: monthly reporting of cases January–September 2002**

Tableau 1. **Dracunculose: déclaration mensuelle des cas de janvier à septembre 2002**

Country Pays	Reported by end September 2001 ¹ Cas déclarés à fin septembre 2001 ¹	Monthly reported cases in 2002 Cas déclarés mensuellement en 2002										Containment (%) Cas isolés (%)
		January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	September Septembre	Total	
		Benin – Bénin	49	28	11	8	5	1	4	2	7		19	85	91
Burkina Faso	826	10	29	21	32	83	86	46	48	64	419	78
Central African Republic – République centrafricaine	13											
Côte d'Ivoire	185	91	52	24	10	3	5	1	3	2	191	96
Mali	392	5	5	5	0	6	9	43	178	301	552	53
Mauritania – Mauritanie	80	0	0	0	0	0	3	5	12	14	34	56
Niger	299	6	0	0	0	4	5	40	30	30	115	71
Togo	488	191	103	40	27	92	81	236	81	70	921	55
Total	2332	331	200	98	74	189	193	373	359	500	2317	65

The yearly numbers of dracunculiasis cases reported by these countries from 1992 to 2002 are shown in *Fig. 1*. The highest number of cases (88 283) was reported in 1993, when most countries started village-based surveillance activities. Sharp reductions were seen in the following 3 years, with 15 163 cases reported in 1996. Thereafter, the reduction in the number of cases was much smaller.

Fig. 2 shows the percentage increase/decrease by country from January to September 2002 compared with the same period in 2001. In Mali and Togo, the countries with the most cases, the numbers of reported cases have increased by 40% and 57%, respectively, compared with the previous year. Moreover, this is the second consecutive year in which increases have occurred in these two countries. An increase of 62% was noted for Benin, but the actual number of cases was low. In Côte d'Ivoire, there was an increase of only 3% in the number of indigenous cases. The three remaining countries reported reductions in the number of cases – a 50% reduction in Burkina Faso, 58% in Mauritania, and 68% in Niger.

Le nombre annuel de cas de dracunculose déclarés par ces pays de 1992 à 2002 apparaît à la *Figure 1*. Le nombre le plus élevé de cas (88 283) remonte à l'année 1993, quand la plupart des pays ont commencé les activités de surveillance dans les villages. Des réductions importantes ont été constatées au cours des 3 années suivantes, le nombre de cas déclarés ayant été ramené à 15 163 en 1996. Par la suite, la réduction a été beaucoup moins sensible.

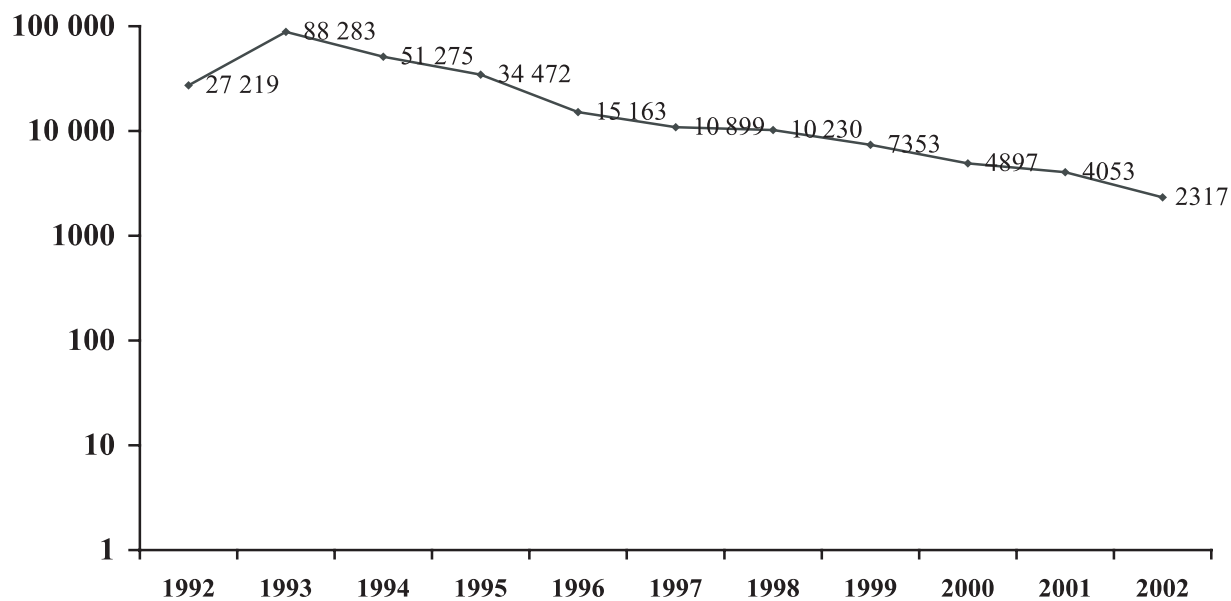
La *Figure 2* montre l'augmentation/diminution en pourcentage par pays de janvier à septembre 2002 comparativement à la même période de 2001. Au Mali et au Togo – pays enregistrant le plus grand nombre de cas – le nombre de cas signalés a augmenté respectivement de 40% et de 57%, par rapport à l'année précédente. Il s'agit là de la deuxième année consécutive au cours de laquelle le nombre de cas a augmenté dans ces 2 pays. On a également enregistré une augmentation de 62% au Bénin, mais pour un nombre de cas plus faible. En Côte d'Ivoire, l'augmentation du nombre de cas autochtones n'a été que de 3%. Dans les 3 autres pays, le nombre des cas signalés a diminué de 50% au Burkina Faso, de 58% en Mauritanie et de 68% au Niger.

¹ See No. 2, 2002, p. 9–16.

¹ Voir N° 2, 2002, p. 9-16.

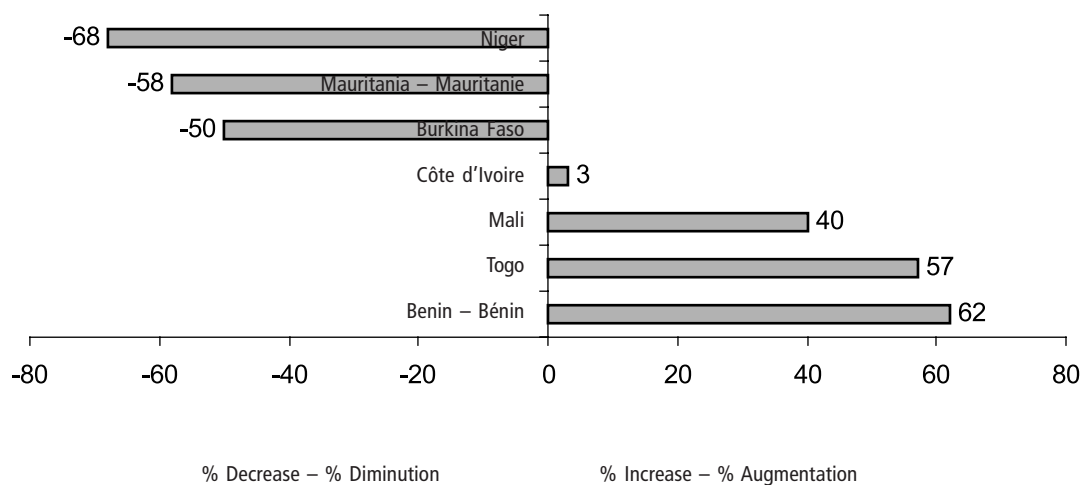
Figure 1. **Dracunculiasis cases in endemic French-speaking African countries, 1992-2002***

Figure 1. **Cas de dracunculose dans les pays d'Afrique d'expression française et où la maladie est endémique, 1992-2002***



* Data from January to September 2002. – * Données de janvier à septembre 2002

Figure 2. **Decrease/increase in dracunculiasis cases, January-September 2002, compared with the same period in 2001**
Diminution/augmentation des cas de dracunculose de janvier à septembre 2002 par rapport à la même période en 2001



Benin: A total of 85 dracunculiasis cases were reported from 22 villages during the period January–September 2002; this included 15 imported cases (4 from Ghana and 11 from Togo). Of the 85 cases, 77 (91%) were reported as contained. Compared with 2001, the number of indigenous cases has increased by 62%. Since peak transmission usually occurs during first and last quarters of the year, it is expected that the total number of cases reported for 2002 will be double the current figure if the increase is similar to that which occurred in 2001. A single district (Savalou) in the south-west of the country accounted for most (74) of the reported cases.

Burkina Faso: A total of 419 cases were reported from 80 villages between January and September 2002; this included 11 imported cases – 5 from Ghana, 3 from Mali, and 1 each from Côte d'Ivoire, Niger, and Togo. 78% of cases were reported as contained. The number of indigenous cases has fallen by 50% compared with the number of cases reported during the first 9 months of 2001. Since peak transmission usually occurs between May and September, the number of cases that will be reported during the final quarter of 2002 is not expected to be large. The cases were reported from 25 districts, but most (85%) were reported from Gaoua (158 cases), Kaya (99), Ouahigouya (59), and Dori (39).

Central African Republic: No cases of dracunculiasis were reported during the first 9 months of 2002.

Côte d'Ivoire: From January to September 2002, 191 cases were reported from 25 villages, including 5 imported from neighbouring countries – 4 from Burkina Faso and 1 from Ghana. 96% of cases were reported as contained. Compared with the same period in 2001, the number of indigenous cases has increased by 3%. Of the 191 cases, 177 (93%) were reported from Tanda District in the east of the country. It is expected that a significant number of cases will be reported for the final quarter of 2002 since peak manifestation of the disease usually occurs between August and November.

Mali: Mali reported 552 dracunculiasis cases from 125 villages during the first 9 months of 2002, including 4 cases imported from other countries. Containment of cases (53%) was modest. Compared with the 392 cases reported for the same period of 2001, there has been an increase of 40% in the number of indigenous cases. Peak transmission season is usually between July and September, so that the total additional number of cases for 2002 is not expected to be significant. Most cases (93%) were reported from districts of Gao (287 cases), Ansongo (129), and Ghourma Rharous (100).

Mauritania: For the first 9 months of 2002, Mauritania reported 34 dracunculiasis cases from 13 villages, of which 17 (56%) were contained. Compared with the same period in 2001, there has been a 58% reduction in the number of cases. The total number of cases is not expected to rise substantially by the end of 2002 since the main season of infection has passed. Most cases (82%) were reported from the regions of Gorgol (16 cases) and Assaba (12 cases) in the south of the country.

Niger: A total of 115 cases were reported from 26 villages and 26 hamlets for the period January–September 2002,

Bénin: au total, 85 cas de dracunculose ont été signalés dans 22 villages au cours de la période de janvier à septembre 2002, dont 15 cas importés (4 du Ghana et 11 du Togo). Sur les 85 cas, 77 (91%) ont été déclarés comme isolés. Par rapport à 2001, le nombre de cas autochtones a augmenté de 62%. Comme le pic de la transmission intervient généralement au cours du premier et du dernier trimestres de l'année, on peut s'attendre à un nombre total de cas déclarés en 2002 deux fois plus important que le nombre enregistré jusqu'ici si l'augmentation est du même ordre que celle de 2001. La plupart des cas (74) proviennent d'un seul district (Savalou) du sud-ouest du pays.

Burkina Faso: au total, 419 cas ont été signalés dans 80 villages de janvier à septembre 2002, dont 11 cas importés – 5 du Ghana, 3 du Mali et 1 de Côte d'Ivoire, du Niger et du Togo. La proportion des cas déclarés comme isolés est de 78%. Le nombre de cas autochtones a diminué de 50% par rapport aux cas signalés au cours des 9 premiers mois de 2001. Le pic de la transmission se situe généralement entre mai et septembre, ce qui fait que le nombre de cas déclarés au dernier trimestre de 2002 ne devrait pas être très important. Des cas ont été signalés par 25 districts, mais la plupart (85%) provenaient des districts de Gaoua (158 cas), Kaya (99), Ouahigouya (59) et Dori (39).

République centrafricaine: aucun cas de dracunculose n'a été déclaré au cours des 9 premiers mois de 2002.

Côte d'Ivoire: de janvier à septembre 2002, 191 cas ont été signalés dans 25 villages, dont 5 cas importés de pays voisins – 4 du Burkina Faso et 1 du Ghana. La proportion des cas déclarés comme isolés est de 96%. Comparativement à la même période de 2001, le nombre de cas autochtones a augmenté de 3%. Sur les 191 cas déclarés, 177 (93%) proviennent du district de Tanda dans l'est du pays. Il faut s'attendre à un nombre significatif de cas déclarés pour le dernier trimestre de 2002, car le pic de la maladie survient généralement entre août et novembre.

Mali: le Mali a déclaré 552 cas de dracunculose enregistrés dans 125 village au cours des 9 premiers mois de 2002, dont 4 cas importés d'autres pays. Le taux d'isolement des cas (53%) est modeste. Comparativement aux 392 cas signalés pour la même période de 2001, on enregistre une augmentation de 40% du nombre des cas autochtones. Le pic de la transmission intervient généralement entre juillet et septembre, ce qui fait que le nombre supplémentaire de cas à la fin de 2002 ne devrait pas être significatif. La plupart des cas (93%) concernent les districts de Gao (287 cas), Ansongo (129) et Ghourma Rharous (100).

Mauritanie: au cours des 9 premiers mois de 2002, la Mauritanie a déclaré 34 cas de dracunculose concernant 13 villages, dont 17 (56%) ont été isolés. Comparativement à la même période de 2001, on constate une réduction de 58% du nombre des cas. Le nombre total des cas ne devrait pas subir d'augmentation marquée à la fin de l'année 2002, car le pic saisonnier est déjà passé. La plupart des cas signalés (82%) proviennent des régions de Gorgol (16 cas) et d'Assaba (12 cas) au sud du pays.

Niger: au total, 115 cas ont été signalés dans 26 villages et 26 hameaux au cours de la période de janvier à septembre 2002, dont

including 8 cases considered to have been imported from neighbouring countries – 4 from Nigeria, 2 from Ghana, and 1 each from Burkina Faso and Mali. This represents a sharp decline of 68% in the number of cases compared with reports for the same period in 2001. The eradication programme reported that 71% of cases were contained. Most cases (73%) were reported from the south-west of the country, mainly from the districts of Mirriah (30 cases), Tillabery (30 cases), and Tera (24 cases).

Togo: From January to September 2002, Togo reported 921 dracunculiasis cases in 161 villages, including 27 imported cases – 24 from Ghana, 2 from Nigeria, and 1 from Benin. Reported containment was 55%. Compared with the same period in 2001, the number of reported cases has risen by 57%. If this trend in incidence continues to the end of 2002, the total number of cases for the year will be more than double the number for the first 9 months of 2001. This disease is distributed throughout the country, but 70% of cases were concentrated in the south-east, mainly in Haho (298 cases) and Ogou (160 cases) districts, and in central areas, with 191 cases in Sotouboua district.

Editorial note. It is disappointing that the number of dracunculiasis cases in Côte d'Ivoire, Mali, and Togo – and to some extent Benin – has not declined significantly over the past 3 years. In Mali and Togo, the number of cases has risen for the second consecutive year. Benin was expected to report fewer than 100 cases during 2002, but the rising trend indicates that this target is unlikely to be reached. Côte d'Ivoire has reported a small increase in the number of cases. The status of dracunculiasis eradication in Central African Republic is uncertain, and intensified efforts are required to clarify the situation.

The result is a setback for the dracunculiasis eradication programme. The eradication campaign has adopted a vertical strategy, seen as the most effective means of significantly reducing the number of cases and interrupting transmission in a short period of time. Considerable efforts will be needed if the goal of eradication is to be reached soon. ■

8 considérés comme des cas importés de pays voisins – 4 du Nigéria, 2 du Ghana et 1 du Burkina Faso et du Mali. On enregistre donc une baisse sensible de 68% du nombre de cas comparativement à la même période de 2001. Le programme d'éradication signale que 71% des cas ont été isolés. La plupart des cas (73%) concernent le sud-ouest du pays, principalement les districts de Mirriah (30 cas), Tillabery (30 cas) et Tera (24 cas).

Togo: de janvier à septembre 2002, le Togo a déclaré 921 cas de dracunculose concernant 161 villages, dont 27 cas importés – 24 du Ghana, 2 du Nigéria et 1 du Bénin. Le taux d'isolement déclaré est de 55%. Par rapport à la même période de 2001, le nombre de cas déclarés a augmenté de 57%. Si cette tendance de l'incidence se maintient jusqu'à la fin de 2002, le nombre total de cas pour l'année entière représentera plus du double du nombre de cas enregistrés au cours des 9 premiers mois de 2001. La maladie touche l'ensemble du pays, mais 70% des cas sont concentrés dans le sud-est, principalement dans les districts de Haho (298 cas) et d'Ogou (160 cas), et dans les zones centrales, avec 191 cas dans le district de Sotouboua.

Note de la rédaction. Il est décevant de constater que le nombre de cas de dracunculose en Côte d'Ivoire, au Mali et au Togo – ainsi, dans une certaine mesure, qu'au Bénin – n'a pas diminué de manière significative au cours des 3 dernières années. Au Mali et au Togo, le nombre de cas a augmenté pour la deuxième année consécutive. On espérait ramener le nombre de cas déclarés en 2002 au Bénin à moins de 100, mais la tendance à l'augmentation indique qu'on risque bien de ne pas atteindre cette cible. La Côte d'Ivoire a signalé une légère augmentation du nombre de cas. La situation de l'éradication de la dracunculose en République centrafricaine est incertaine, et une intensification des efforts s'impose pour clarifier la situation.

Globalement, il s'agit là d'un revers pour le programme d'éradication de la dracunculose. La campagne d'éradication a adopté une stratégie verticale, considérée comme le moyen le plus efficace de réduire de manière significative le nombre de cas et d'interrompre rapidement la transmission. Des efforts considérables seront nécessaires si l'on veut atteindre rapidement le but de l'éradication. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 3 to 9 January 2003 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 janvier 2003

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès			Cases / Deaths Cas / Décès	Yellow fever / Fièvre jaune		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			Madagascar		1.I-4.VIII.2002		Africa / Afrique	
Benin/Bénin	5.VIII-29.IX.2002		.....	13	0	Senegal/Sénégal		13.XII.2002
.....	39	2	Mali	1.I-4.VIII.2002	2	.....	3	1
Gabon	1.I-13.X.2002		.....	17				
.....	6	0	Niger	29.VIII-8.IX.2002				
Kenya	1.I-13.X.2002		.....	3	0			
.....	291	10						

WWW access • <http://www.who.int/wer>
E-mail • send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.int
Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85
Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>
Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.int
Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85
Contact: wantzc@who.int

**WHO websites on infectious diseases –
Sites web de l'OMS sur les maladies infectieuses**

Antimicrobial resistance information bank	http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/emc/diseases/cholera	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/emc/deliberate_epi.html	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems	http://www.who.int/emc/healthmap/healthmap.html	Systèmes d'information géographique
Health topics	http://www.who.int	La santé de A à Z
Infectious diseases	http://www.who.int/health-topics/idindex.htm	Maladies infectieuses
Influenza network (FluNet)	http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International travel and health	http://www.who.int/ith/	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	http://www.who.int/ctd/intpara	Parasites intestinaux
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Malaria	http://www.rbm.who.int	Paludisme
Newsletter (<i>Action against infection</i>)	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Bulletin (<i>Agir contre les infections</i>)
Outbreaks	http://www.who.int/disease-outbreak_news	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://oms.b3e.jussieu.fr/rabnet/	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv/	Réseau de surveillance de la salmonellose
Surveillance and response	http://www.who.int/emc/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/gtb/ http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly epidemiological record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO pesticide evaluation scheme (WHOPES)	http://www.who.int/ctd/whopes/	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)