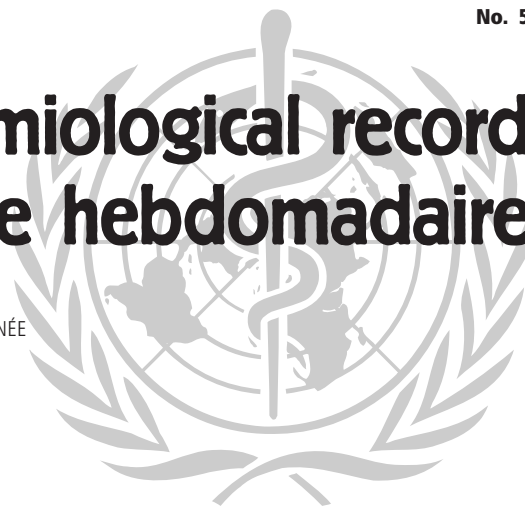


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

4 FEBRUARY 2005, 80th YEAR / 4 FÉVRIER 2005, 80^e ANNÉE

No. 5, 2005, 80, 41–48

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

Contents

- 41 Outbreak news:
- Avian influenza, Viet Nam – update
 - Meningococcal disease, Chad – update
- 42 Progress towards poliomyelitis eradication – Poliomyelitis outbreak in Sudan, 2004
- 47 Dracunculiasis eradication status, 2004
- 48 International Health Regulations

Sommaire

- 41 Le point sur les épidémies:
- Grippe aviaire, Viet Nam – mise à jour
 - Méningococcie, Tchad – mise à jour
- 42 Progrès vers l'éradication de la poliomyélite – flambée de poliomyélite au Soudan, 2004
- 47 Situation de l'éradication de la dracunculose, 2004
- 48 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

5.000 2.2005
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, Viet Nam – update¹

On 28 January 2005, WHO received reports that laboratory tests undertaken in Viet Nam have confirmed 2 further cases of human infection with H5N1. WHO is seeking confirmation from the Ministry of Health.

The first newly detected case is a 10-year-old girl from the southern province of Long An. She developed symptoms on 13 January, was hospitalized on 20 January, and is presently in critical condition.

The second case is a 13-year-old girl from Dong Thap Province, also in the south. She developed symptoms on 20 January and was hospitalized on 22 January. She is also critically ill.

The child from Dong Thap Province is the daughter of a confirmed case² announced previously. The 35-year-old mother developed symptoms on 14 January and died on 21 January.

WHO understands that Vietnamese authorities are launching investigations into this newly detected family cluster. The investigation will explore possible sources of exposure and look for signs of illness in family members, other close contacts, and the general community.

In view of the 6-day interval between dates of symptom onset in the mother and her child, limited human-to-human transmission, as seen during similar events in the past, cannot be ruled out at this stage. All such clusters of cases, closely related in place and time, require urgent investigation to determine

¹ See No. 4, 2005, pp. 29–30.

² See http://www.who.int/csr/don/2005_01_26/en/

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Viet Nam – mise à jour¹

Le 28 janvier 2005, l'OMS a reçu des informations selon lesquelles des analyses de laboratoire effectuées au Viet Nam ont confirmé deux autres cas humains d'infection par le virus H5N1. L'OMS a demandé confirmation au Ministère de la Santé.

Le premier de ces cas concerne une jeune fille de 10 ans originaire de la province de Long An, au sud du pays. Elle a développé les symptômes le 13 janvier, a été hospitalisée le 20 et se trouve actuellement dans un état critique.

Le deuxième cas concerne une jeune fille de 13 ans originaire de la province de Dong Thap, également dans le sud du pays. Elle a développé les symptômes le 20 janvier, a été hospitalisée le 22 et se trouve également dans un état critique.

L'enfant de la province de Dong Thap se trouve être la fille d'un cas confirmé² déjà signalé: la mère, âgée de 35 ans, avait développé les symptômes le 14 janvier et elle est morte le 21.

Selon les informations de l'OMS, les autorités vietnamiennes ont entrepris une enquête sur ce nouveau groupe familial de cas. Les investigations porteront sur les causes possibles de l'exposition et rechercheront des signes de la maladie dans la famille, les relations proches et la communauté dans son ensemble.

Compte tenu de l'intervalle de 6 jours qu'il y a eut entre l'apparition des symptômes chez la mère et chez l'enfant, on ne peut exclure à ce stade une transmission interhumaine limitée, comme on a déjà pu l'observer dans des situations similaires par le passé. Lorsque de tels regroupements temporels et géographiques de cas se produisent,

¹ Voir N° 4, 2005, pp. 29-30.

² Voir http://www.who.int/csr/don/2005_01_26/fr/index.html

whether the epidemiological behaviour of the virus might be changing in ways that could favour the onset of a pandemic.

If confirmed by the Ministry of Health, these latest 2 cases will bring the total in Viet Nam reported since mid-December 2004 to 12. To date, nine of these cases have been fatal.

WHO is again emphasizing the need for family members caring for H5N1 patients to follow recommended protective measures.³

Since human cases of H5N1 were first reported in January 2004, no cases have been reported in health-care workers or in professionals undertaking culling activities. Their continued adherence to recommended protective measures is equally important.

³ See http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/infectioncontrol1/en/

Meningococcal disease, Chad – update¹

From 6 to 25 January 2005, a total of 14 suspected cases of epidemic meningitis disease were reported from Brejing, Farchana and Trejing refugee camps in northern Chad. Out of the 12 specimens tested by latex, 5 were positive for *Neisseria meningitidis* W135 by latex, 2 for *Haemophilus influenzae* B, 1 for *Streptococcus pneumoniae*; and 4 were negative.

The International Coordinating Group on Vaccine Provision for Epidemic Meningitis Control has provided 178 000 doses of trivalent vaccine for the vaccination of the refugee camps and surrounding villages. The mass immunization campaign, which began on 26 January 2005 and continued until 30 January 2005 was carried out by the Ministry of Health with the support of WHO, UNHCR, UNICEF, Médecins Sans Frontières–Holland and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

¹ See No. 4, 2005, p. 30.

Progress towards poliomyelitis eradication – poliomyelitis outbreak in Sudan, 2004

Following the 1988 World Health Assembly resolution to eradicate poliomyelitis globally, the number of countries endemic for polio declined from 125 to 6 by the end of 2003. However, in 2004, polio cases caused by poliovirus originating from northern Nigeria were reported from 11 countries (Benin, Botswana, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Guinea, Mali, Saudi Arabia and Sudan), re-establishing transmission¹ in 5 countries (Burkina Faso, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire and Sudan). Polio eradication activities in Sudan, a Member State of the WHO Eastern Mediterranean Region, were initiated in 1994 in north-central Sudan, and in 1998 in southern Sudan. Since 1998, substantial progress

¹ Continued wild poliovirus transmission >6 months after importation.

il est impératif de procéder d'urgence à des investigations pour savoir si le comportement épidémiologique du virus évolue d'une manière qui pourrait favoriser l'apparition d'une pandémie.

Si le Ministre de la Santé confirme ces informations, le total des cas notifiés au Viet Nam depuis la mi-décembre 2004 s'élèvera à 12 dont, à ce jour, 9 mortels.

L'OMS souligne de nouveau la nécessité pour les familles qui s'occupent de patients infectés par le virus H5N1 d'appliquer les mesures de protection³ recommandées.

Depuis que des cas humains ont été notifiés pour la première fois en janvier 2004, aucun cas n'a été signalé chez les professionnels de la santé ou chez ceux qui ont procédé aux abattages. Il est tout aussi important pour eux d'appliquer en permanence les mesures de protection recommandées. ■

³ Voir http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/infectioncontrol1/en/ (disponible en anglais seulement)

Méningococcie, Tchad – mise à jour¹

Du 6 au 25 janvier 2005, on a signalé 14 cas suspects de méningite épidémique dans les camps de réfugiés de Brejing, Farchana et Trejing, au nord du pays. Sur 12 échantillons, le test d'agglutination au latex a donné 5 résultats positifs pour *Neisseria meningitidis* W135, 2 positifs pour *Haemophilus influenzae* B, 1 positif pour *Streptococcus pneumoniae* et 4 négatifs.

Le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique a fourni 178 000 doses du vaccin trivalent pour la campagne de vaccination dans les camps de réfugiés et les villages voisins. Cette campagne, qui a commencé le 26 janvier et s'est poursuivie jusqu'au 30, est menée par le Ministère de la Santé avec l'aide de l'OMS, du HCR, de l'UNICEF, de Médecins Sans Frontières–Hollande et de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC).

¹ Voir N° 4, 2005, p. 30.

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite – flambée de poliomyélite au Soudan, 2004

Depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a résolu, en 1988, d'éradiquer la poliomyélite dans le monde, le nombre de pays d'endémie est passé de 125 à 6 fin 2003. Toutefois, en 2004, des cas de poliomyélite provoqués par des poliovirus originaires du nord du Nigeria ont été signalés par 11 pays (Arabie saoudite, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, République centrafricaine, Soudan et Tchad), rétablissant la transmission¹ dans 5 pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, Soudan et Tchad). Les activités d'éradication de la poliomyélite au Soudan, Etat Membre de la Région OMS de la Méditerranée orientale, remontent à 1994 pour le centre et le nord et à 1998 pour le sud du pays. Depuis 1998, des progrès importants ont été faits en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite au

¹ Poursuite de la transmission du poliovirus sauvage plus de 6 mois après l'importation.

has been made in polio eradication in Sudan, with no reported wild poliovirus transmission for 3 years (May 2001–April 2004).² However, in May 2004, a wild poliovirus case was detected in West Darfur State,³ and an outbreak currently affects 17 of Sudan's 26 states.⁴ This report provides an update on acute flaccid paralysis (AFP) surveillance, supplementary immunization activities (SIAs) and a description of the current outbreak.

Routine immunization

In 2003, the proportion of infants who had received 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) was reported to be 74%, whereas WHO and UNICEF estimated national OPV3 coverage to be 50% for the same year; OPV3 coverage in conflict-affected southern Sudan is estimated to be significantly lower than national estimates.

Supplementary immunization activities

From 1998 to 2002, two nationwide rounds of national immunization days (NIDs)⁵ were conducted annually in the spring, reaching an estimated 7 million children < 5 years during the later years. Nationwide campaigns were discontinued in 2003.

From 2000 to 2004, several large subnational immunization days (SNIDs), reaching more than 1 million children < 5 years, were conducted each year in both north and south Sudan (see Fig.1). SNIDs in north Sudan in the

Soudan puisque aucun cas de transmission de poliovirus sauvage n'avait été signalé depuis 3 ans (mai 2001-avril 2004).² Cependant, en mai 2004, un cas de poliovirus sauvage a été détecté dans l'Etat du Darfour ouest,³ et une flambée touche actuellement 17 Etats soudanais sur 26.⁴ Le présent rapport fait le point de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et des activités de vaccination supplémentaires, et décrit la flambée actuelle.

Vaccination systématique

En 2003, la proportion de nourrissons qui avaient reçu 3 doses de vaccin antipoliomyélique buccal (VPO3) était de 74% tandis que l'OMS et l'UNICEF estimaient à 50% la couverture nationale par le VPO3 pour cette même année; dans le sud du Soudan, où sévit le conflit, elle est jugée sensiblement inférieure aux estimations nationales.

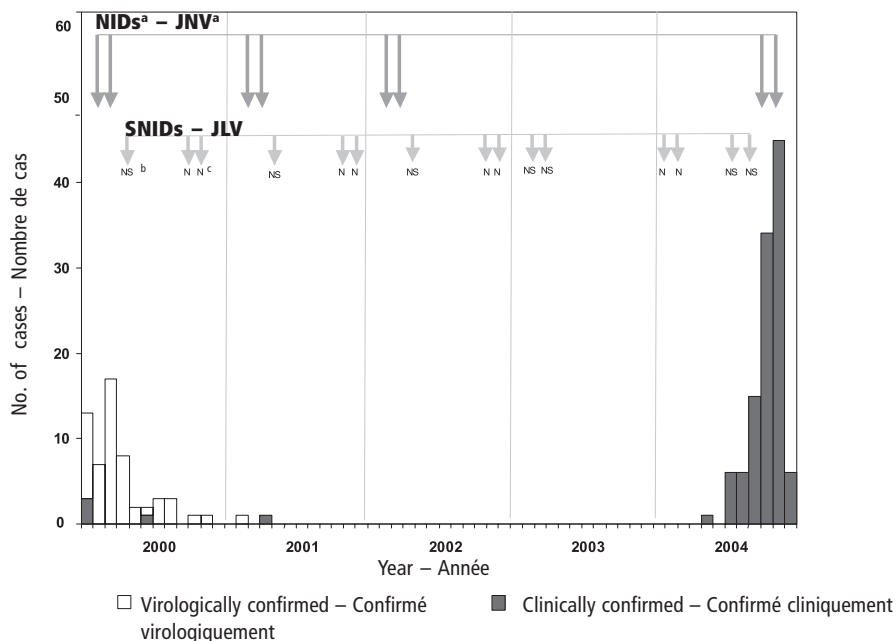
Activités supplémentaires de vaccination

Entre 1998 et 2002, deux tournées de journées nationales de vaccination (JNV)⁵ ont été organisées chaque année au printemps, atteignant, selon les estimations, 7 millions d'enfants de moins de 5 ans au cours des dernières années. Les campagnes nationales de vaccination ont cessé en 2003.

Entre 2000 et 2004, plusieurs grandes campagnes de vaccination locales (JLV) ont été organisées chaque année à la fois au nord et au sud du Soudan, atteignant plus d'un million d'enfants de moins de 5 ans (Figure 1). Les JLV qui ont eu lieu dans le nord du Soudan au

Fig. 1 Clinically and virologically confirmed polio cases and national immunization days (NIDs) and subnational immunization days (SNIDs), by month, Sudan, 2000–2004

Fig. 1 Cas de poliomyélite confirmés cliniquement et virologiquement et journées nationales de vaccination (JNV) et journées locales de vaccination (JLV), par mois, Soudan, 2000–2004



^a Only SNIDs vaccinating > 1 million children are shown; some SNIDs may have extended over a 4-week period. – Seules les JLV ayant pour objectif la vaccination de plus d'un million d'enfants sont montrées; certaines JLV se sont prolongées sur une période de 4 semaines.
^b NS = SNIDs in areas of both the north and south. – JLV ayant lieu tant dans des zones du nord que dans des zones du sud.
^c N = SNIDs in the north. – JLV ayant lieu dans le nord du pays.

² See No. 44, 2003, pp. 381–385.

³ See No. 27, 2004, pp. 245–246.

⁴ See No. 1, 2005, pp. 2–3.

⁵ Mass immunization campaigns over a short period (days) in which OPV is administered to all children aged <5 years.

² Voir N° 44, 2003, pp. 381-385.

³ Voir N° 27, 2004, pp. 245-246.

⁴ Voir N° 1, 2005, pp. 2-3.

⁵ Campagnes de vaccination de masse sur une courte période (quelques jours) au cours desquelles le VPO est administré à tous les enfants de moins de 5 ans.

autumn of 2000, 2001 and 2002 were large and reached > 5 million children each; north Sudan SNID rounds in early 2003 and 2004 were much smaller, reaching only between 1.1 and 1.4 million children. SNID rounds in the south in March and April of 2003 covered >1.7 million children each in all accessible areas.

Following the detection of wild poliovirus type 1 (PV1) in May 2004, state-wide SNIDs were conducted in North, South and West Darfur states in July and August 2004 (West Kordofan State was also included in August 2004), immunizing 1 million and 1.4 million children, respectively. NID rounds conducted in October and November 2004 reached 7.6 million children. Despite high estimated coverage for the 2004 rounds, some areas of southern and western Sudan were inaccessible as a result of conflict.

Acute flaccid paralysis surveillance

The key WHO-recommended indicators for monitoring AFP surveillance quality are the rate of non-polio AFP cases reported per 100 000 population aged <15 years (target: ≥ 1) and the proportion of AFP cases from whom adequate specimens were collected⁶ (target: $\geq 80\%$). Both north-central and southern Sudan exceeded the targets for AFP surveillance quality in 2002 (Table 1; AFP rate = 2.6; AFP cases with adequate specimens = 90%), although population denominators for southern Sudan are uncertain. Surveillance quality indicators at the national level continued to be maintained at high levels in 2003 and 2004; however, several states (6 of 26 states in 2003 and 5 states in 2004) were below recommended levels.

cours des automnes 2000, 2001 et 2002 étaient de grande envergure et ont chacune atteint plus de 5 millions d'enfants de moins de 5 ans; les tournées de JLV qui ont eu lieu au nord du Soudan début 2003 et 2004, étaient elles plus modestes, atteignant seulement entre 1,1 et 1,4 million d'enfants. Les tournées de JLV qui ont eu lieu en mars et avril 2003 dans le sud du pays ont chacune couvert 1,7 million d'enfants dans toutes les zones accessibles.

Suite au dépistage du poliovirus sauvage de type 1 (PV1) en mai 2004, des journées locales de vaccination (JLV) à l'échelle des Etats ont été organisées dans les Etats du nord, du sud et de l'ouest de Darfour en juillet et août 2004 (l'Etat de Kordofan Ouest a également été concerné en août 2004), ce qui a permis de vacciner 1 million et 1,4 million d'enfants respectivement. Les séries de JNV organisées en octobre et novembre 2004 ont permis de vacciner 7,6 millions d'enfants. Malgré une couverture estimative élevée pour les campagnes organisées en 2004, certaines zones du sud et de l'ouest du Soudan sont inaccessibles suite au conflit.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

Les principaux indicateurs recommandés par l'OMS pour contrôler la qualité et la surveillance de la PFA sont le taux de PFA non poliomyélitique signalé pour 100 000 habitants de moins de 15 ans (cible: ≥ 1) et la proportion de cas de PFA pour lesquels des échantillons adéquats ont été recueillis⁶ (cible: $\geq 80\%$). Tant les parties nord et centre que la partie sud du Soudan ont dépassé les cibles pour la qualité de la surveillance de la PFA en 2002 (Tableau 1; taux de PFA=2,6; cas de PFA assortis d'échantillons adéquats=90%), bien que les dénominateurs de population pour le sud du Soudan ne soient pas connus avec certitude. Les indicateurs de qualité de la surveillance au niveau national ont été maintenus à un niveau élevé en 2003 et 2004; en revanche, plusieurs Etats (6 Etats sur 26 en 2003 et 5 en 2004) se situent au-dessous des niveaux recommandés.

Table 1 **Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance quality and confirmed polio cases, Sudan, 2000–2004^a**

Tableau 1 **Qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et cas de poliomyélite confirmés, Soudan, 2000-2004^a**

Year – Année	No. of reported AFP cases – Nombre de cas de PFA notifiés	Non-polio AFP rate – Taux de PFA non poliomyélitique	% of AFP cases with adequate specimens – % de cas de PFA assortis d'échantillons adéquats	Wild-virus confirmed polio cases – Cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage confirmés
1999	121	0.4	37	10
2000	269	1.4	49	4
2001	303	2.2	74	1
2002	371	2.6	90	–
2003	394	2.7	90	–
2004	598	3.2	87	109

^a As of 14 January 2005. – Au 14 janvier 2005.

Wild poliovirus incidence

The last wild PV1 in Sudan before the current outbreak occurred in April 2001 in Unity State, southern Sudan. The current outbreak was first detected in May 2004 in West Darfur State and has resulted in 109 reported PV1 cases from a total of 15 states, as of 14 January 2005 (Map 1). In addition to the PV1 cases, a total of 3 wild poliovirus type 3 (PV3) cases have been reported from 3 states; 1 state

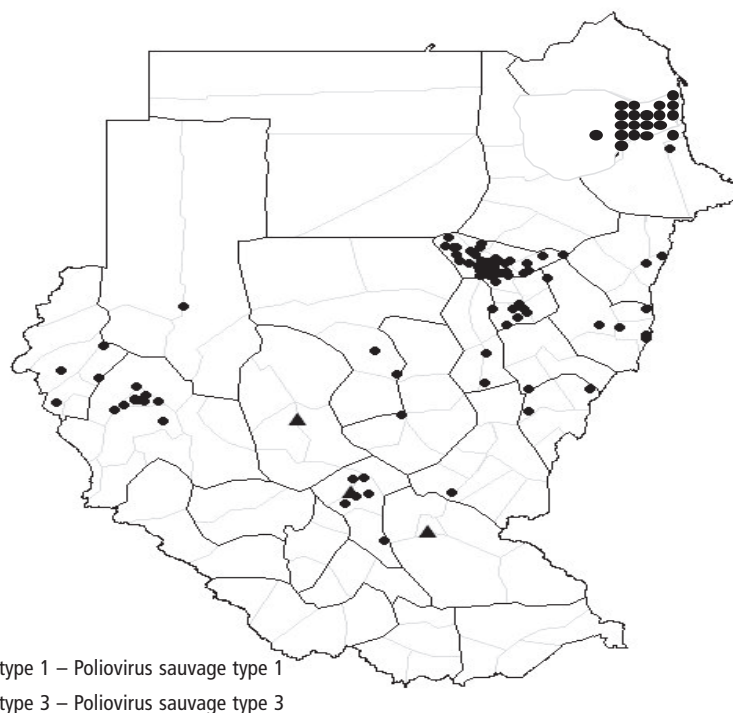
Incidence du poliovirus sauvage

Les derniers cas de poliovirus sauvage de type 1 au Soudan avant la flambée actuelle se sont produits en avril 2001 dans l'Etat d'Unity (Haut-Nil occidental), dans le sud du Soudan. La flambée actuelle a été décelée en mai 2004 dans l'Etat de Darfour Ouest, où elle a provoqué 109 cas signalés dus au PV1 sur un total de 15 Etats, au 14 janvier 2005 (Carte 1). Outre les cas dus au PV1, trois cas dus au poliovirus sauvage type 3 (PV3) ont été signalés dans trois Etats;

⁶ Two stool specimens collected ≥ 24 hours apart within 14 days of paralysis onset and received in the laboratory in acceptable condition.

⁶ Deux échantillons coprologiques recueillis à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et parvenus au laboratoire dans des conditions acceptables.

Map 1 **Distribution of cases confirmed with wild poliovirus types 1 and 3, Sudan, May–December 2004^a**
 Carte 1 **Répartition des cas confirmés de poliovirus sauvage de types 1 et 3, Soudan, mai décembre 2004^a**



^a Data in WHO headquarters as of 14 January 2005. – Données fournies par le siège de l'OMS au 14 janvier 2005.

(Unity) has had both PV1 and PV3 detected, for a total of 17 infected states. Although 6 cases in 6 states were reported after the second NID round in November 2004, the epidemic curve suggests a waning of the outbreak after accounting for reporting and laboratory delays (*Fig. 1*). As of 14 January 2005, the most recent wild poliovirus case detected had onset of paralysis on 14 December 2004.

The first case of PV1 in 2004 had paralysis onset in West Darfur State on 20 May 2004. Seven weeks later, 2 cases were reported from South Darfur State, and a total of 10 cases have been reported from this state to date. By the end of 2004, 2 other major clusters of PV1 cases had occurred in 2 additional states (Khartoum and Red Sea). The first PV1 case from Khartoum State had date of paralysis onset on 31 August 2004, followed by rapid spread within Khartoum State, resulting in a total of 41 cases reported as of 14 January 2004. The first case reported from Red Sea State had paralysis onset on 20 October 2004. This introduction also spread rapidly, with 22 cases reported to date.

Genetic sequencing results show that most PV1 isolates (98% of the cases) were closely related to polioviruses originating in northern Nigeria and Chad. Isolates from 4 PV1 cases from Karary and Umbada localities of Khartoum State belong to a different genetic lineage with an undetermined geographical source.

Before the 3 PV3 cases detected during the current outbreak, PV3 was last detected in Sudan in 1999 in River Nile State. The first PV3 case in 2004 had paralysis onset in West Kordofan State on 9 July. Subsequently, 2 more cases were reported from Unity (29 July 2004) and Jonglai (7 Septem-

dans 1 Etat (Unity), on a décelé à la fois des PV1 et des PV3, pour un total de 17 Etats infectés. Bien que 6 cas aient été signalés dans 6 Etats après la deuxième série de JNV en 2004, la courbe de l'épidémie fait apparaître un déclin de la flambée une fois pris en compte les délais de notification et d'examen en laboratoire (*Figure 1*). Au 14 janvier 2005, le cas le plus récent de poliovirus sauvage détecté avait donné lieu à une paralysie le 14 décembre 2004.

Le premier cas de PV1 en 2004 avait donné lieu à une paralysie le 20 mai 2004 dans l'Etat de Darfour Ouest. Sept semaines plus tard, 2 cas étaient notifiés dans l'Etat de Darfour Sud, et un total de 10 cas ont été signalés par cet Etat jusqu'ici. Fin 2004, deux autres grappes importantes de cas de PV1 avaient été observées dans deux Etats supplémentaires (Khartoum et Mer rouge). Le premier cas de PV1 dans l'Etat de Khartoum avait donné lieu à une paralysie le 31 août 2004, puis à une propagation rapide dans l'Etat de Khartoum, avec au total 41 cas notifiés au 14 janvier 2005. Le premier cas signalé dans l'Etat de la Mer rouge avait donné lieu à une paralysie le 20 octobre 2004. Ce cas a été rapidement suivi d'autres, avec 22 cas notifiés à ce jour.

Les résultats du séquençage génétique montrent que la plupart des isolaments de PV1 (98% des cas) étaient étroitement liés aux poliovirus originaires du nord du Nigéria et du Tchad. Les isolaments provenant de 4 cas dus au PV1 dans les localités de Karary et Umbada, dans l'Etat de Khartoum, appartiennent à une lignée génétique différente de source géographique non déterminée.

Avant les 3 cas dus au PV3 décelés au cours de la présente flambée, le PV3 avait été décelé pour la dernière fois au Soudan en 1999 dans l'Etat du Nil. Le premier cas dû au PV3 en 2004, observé dans l'Etat de Kordofan Ouest, avait donné lieu à une paralysie le 9 juillet. Par la suite, deux autres cas ont été signalés dans les Etats de Unity

ber 2004) states. Genetically, all 3 PV3 isolates found in 2004 belong to the same PV3 genotype (east Africa), which includes the PV3 case from River Nile State in 1999, suggesting undetected PV3 transmission.

Editorial note. Sudan has shown strong commitment to implementing polio eradication activities under difficult conditions; as a result, no wild poliovirus cases were detected in 2001–2004, despite high-quality surveillance in most states. The continuing polio outbreak first detected in May 2004 illustrates that the cessation of NIDs after 2002, despite sporadic smaller-scale SIAs, was followed by a significant increase in the susceptibility of young children to poliovirus infection. The outbreak confirms the importance of continuing SIAs in polio-free countries with low routine immunization coverage, even in areas with moderate to very low population density, such as those found in Sudan.

The outbreak also highlights the need to maintain uniformly high-quality AFP surveillance throughout the country, especially in areas with continued armed conflict and difficult access, as genetic sequencing suggests that continued PV3 transmission may not have been detected for >36 months.

Despite a long period without detecting poliovirus or conducting nationwide SIAs, the Ministry of Health of Sudan and national and international polio partners responded rapidly and efficiently to the outbreak. Large-scale subnational SIAs were planned and implemented in a timely manner in western Sudan under geographically and politically difficult conditions. Surveillance data showing a possible waning of the outbreak suggest that the 2004 SIAs may have had a substantial impact on breaking chains of poliovirus transmission.

It is of great strategic importance for the Global Polio Eradication Initiative to stop transmission in Sudan in order to prevent further spread into neighbouring countries, especially to the Democratic Republic of the Congo and Ethiopia. An NID round conducted in January 2005 will be followed by 2 additional NID rounds in February and April 2005. The peace agreement signed by the Sudanese Government and the country's main southern rebel group in January 2005 offers hope of increased accessibility to children living in conflict-affected areas in the south. However, there is a continued need to ensure safe access to reach highly vulnerable groups of children, especially in the western and southern parts of the country.

The reinfection of many western and central African countries and the outbreak in Sudan dramatically illustrate the high continued risk of wild poliovirus reimportation and spread posed by remaining hyperendemic areas such as northern Nigeria. ■

(29 juillet 2004) et Jonglai (7 septembre 2004). Génétiquement, les 3 isolements dus au PV3 décelés en 2004 appartiennent au même génotype PV3 (Afrique de l'Est), y compris le cas dû au PV3 dans l'Etat du Nil en 1999, ce qui laisse supposer que la transmission du PV3 serait passée inaperçue.

Note de la rédaction. Le Soudan a fait preuve d'une forte volonté de mettre en œuvre les activités d'éradication de la poliomyélite dans des conditions difficiles; de ce fait, aucun cas dû au poliovirus sauvage n'a été dépisté entre 2001 et 2004, malgré une surveillance de haute qualité dans la plupart des Etats. La flambée de poliomyélite qui se poursuit depuis mai 2004 montre que l'arrêt des journées nationales de vaccination après 2002, malgré l'organisation ponctuelle de journées locales de vaccination à plus petite échelle, a été suivi d'une augmentation non négligeable de la vulnérabilité des jeunes enfants à l'infection par le poliovirus. La flambée confirme l'importance qu'il y a à poursuivre les activités de vaccination supplémentaires dans les Etats exempts de poliomyélite où la couverture par la vaccination systématique est faible, même dans les zones à densité de population modérée à très faible comme on en trouve au Soudan.

La flambée illustre également la nécessité de maintenir une surveillance de la PFA de qualité uniforme dans tout le pays, en particulier dans les zones où le conflit armé se poursuit et difficiles d'accès, car le séquençage génétique suggère que la poursuite de la transmission du PV3 pourrait être passée inaperçue pendant plus de 36 mois.

Malgré une longue période pendant laquelle le poliovirus n'a pas été détecté et aucune activité supplémentaire de vaccination n'a été conduite au niveau national, le Ministère de la Santé soudanais et ses partenaires nationaux et internationaux pour la lutte contre la poliomyélite ont réagi rapidement et efficacement face à la flambée. Des activités supplémentaires de vaccination de grande envergure ont été prévues et organisées au niveau local rapidement dans l'ouest du Soudan, dans des conditions géographiquement et politiquement difficiles. Les données de la surveillance faisant apparaître un déclin possible de l'épidémie suggèrent que les activités de vaccination supplémentaires entreprises en 2004 pourraient avoir eu un impact important en interrompant les chaînes de transmission du poliovirus.

Il est stratégiquement extrêmement important pour l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite de stopper la transmission au Soudan pour éviter toute propagation dans les pays voisins, en particulier en Ethiopie et en République démocratique du Congo. Une série de JNV organisées en janvier 2005 sera suivie de deux autres séries de JLV en février et avril 2005. L'accord de paix signé par le Gouvernement soudanais et le principal groupe rebelle du sud du pays en janvier 2005 offre l'espoir d'une accessibilité accrue aux enfants vivant dans les zones de conflit du sud. Toutefois, il reste encore à assurer la sécurité d'accès afin d'atteindre les groupes d'enfants les plus vulnérables, surtout dans les parties ouest et sud du pays.

La réinfection de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et la flambée observée au Soudan illustrent de façon spectaculaire le risque élevé persistant de réimportation du poliovirus sauvage et de propagation que posent les zones d'hyperendémie restantes telles que le nord du Nigéria. ■

Dracunculiasis eradication status, 2004

Dracunculiasis (guinea-worm disease) is the largest tissue parasite in humans. It is a painful and disabling parasitic disease largely confined to poor rural communities lacking access to safe drinking-water supplies. The disease is characterized by the emergence of a female worm, measuring 0.6–0.9 metres in length, from the body of the sufferer, usually the legs. Each infection lasts approximately 1 year and gives no protective immunity. A strong association exists between infection and impaired socioeconomic development, expressed as reduced agricultural productivity and food security.

Of 20 countries that were endemic when the dracunculiasis eradication initiative began in the early 1980s, only 11 were still endemic in 2004, and all are in Africa: 5 countries (Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia and Mauritania) reported fewer than 100 cases in 2004; 6 countries (Ghana, Mali, Niger, Nigeria, Sudan and Togo) reported more than 100 cases. Ghana and Sudan accounted for more than 90% of the total number of the global cases reported in 2004. A further 5 countries (Cameroon, Chad, Central African Republic, Kenya and Uganda) had interrupted transmission earlier and were in the precertification stage in 2004. The number of cases was reduced by nearly half, from 32 193 in 2003 to about 15 000 in 2004 (Fig. 1).

WHO support to the dracunculiasis eradication initiative

- Assist countries with fewer than 100 cases per year to interrupt transmission; support surveillance activities in countries in the precertification stage.
- Provide support to endemic countries with >100 cases to strengthen surveillance systems.

Situation de l'éradication de la dracunculose, 2004

La dracunculose (ou maladie due au ver de Guinée) est la principale parasitose des tissus chez l'homme. Douloureuse et incapacitante, cette maladie sévit essentiellement dans les communautés rurales pauvres qui n'ont pas accès à des approvisionnements suffisants en eau de boisson saine. Elle se manifeste par l'émergence d'un ver femelle, de 0,6 à 0,9 mètre de long, du corps du malade, généralement au niveau des jambes. L'infestation dure environ 1 an et ne confère aucune immunité protectrice. Il existe une corrélation étroite entre l'infestation et un faible niveau de développement socio-économique, caractérisé par une productivité agricole et une sécurité alimentaire réduites.

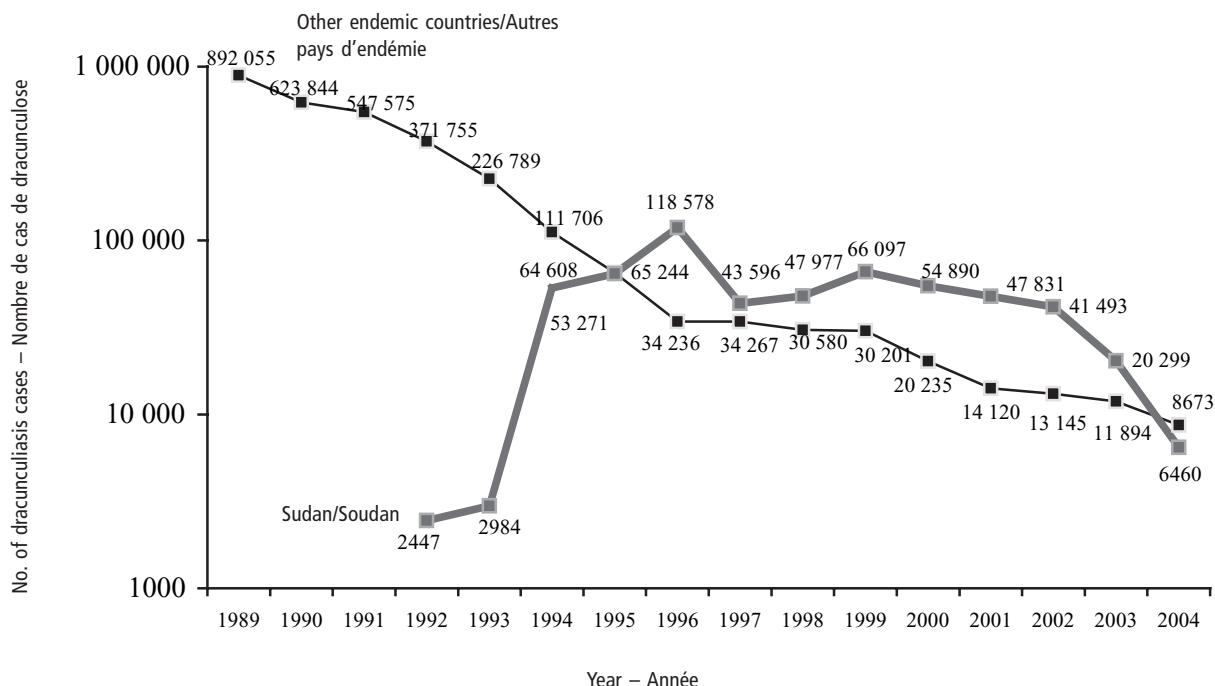
Sur les 20 pays d'endémie recensés au moment où a débuté l'initiative pour l'éradication de la dracunculose au début des années 80, il n'en restait plus que 11 en 2004, tous en Afrique: 5 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie et Mauritanie) ont notifié moins de 100 cas en 2004 et 6 (Ghana, Mali, Niger, Nigéria, Soudan et Togo) en ont déclaré plus de 100. Le Ghana et le Soudan ont totalisé plus de 90% de l'ensemble des cas déclarés dans le monde en 2004. Cinq autres pays (Cameroun, Kenya, Ouganda, République centrafricaine et Tchad) avaient déjà réalisé l'interruption de la transmission et étaient en phase de précertification en 2004. Le nombre des cas a été réduit de près de moitié, passant de 32 193 en 2003 à environ 15 000 en 2004 (Fig. 1).

Soutien de l'OMS à l'initiative pour l'éradication de la dracunculose

- Aider les pays totalisant moins de 100 cas par an à interrompre la transmission; soutenir des activités de surveillance dans les pays en phase de précertification.
- Aider les pays d'endémie totalisant plus de 100 cas par an à renforcer leurs systèmes de surveillance.

Fig. 1 Comparison of dracunculiasis cases for Sudan and other endemic countries (data for 2004 are provisional)

Fig. 1 Comparaison entre le nombre des cas de dracunculose au Soudan et dans les autres pays d'endémie (les chiffres pour 2004 sont provisoires)



- Support surveillance in areas free of the disease in Ghana, Mali, Nigeria and Togo.
- Certify countries eligible for certification.

The main partners involved in the programme are the Carter Center, the Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA), UNICEF and several nongovernmental organizations. Partners also include all endemic countries and countries in the precertification stage.

Progress during 2004

1. There has been a significant reduction in the global number of cases by about 50% in 2004 compared with 2003.
2. The number of endemic countries has been reduced from 13 in 2003 to 11 in 2004 (Central African Republic and Uganda interrupted disease transmission and are in the precertification stage).
3. Two countries (Senegal and Yemen) have successfully completed the precertification period and were certified as free from the disease in March 2004 during the 5th Meeting of the International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication; 15 other countries were also certified.¹
4. A ministerial round-table meeting was convened in Geneva, Switzerland, on 19 May 2004 and the Geneva Declaration² supporting dracunculiasis eradication by 2009 was adopted.
5. On 22 May 2004, resolution WHA57/9 to eradicate dracunculiasis was adopted by the World Health Assembly.
6. Several other meetings were held in 2004, with support from WHO in collaboration with other partners, including 9th Review Meetings of National Coordinators (April), a Review Meeting for countries in West Africa (August) and a Review Meeting for countries in East Africa (November).
7. A system for surveillance for nomads has been established in 3 endemic countries (Burkina Faso, Mali and Niger) using HealthMap.

Main challenges

- Civil unrest in Sudan and subsequent insecurity in areas bordering southern Sudan, such as Central African Republic, Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, Kenya and Uganda, and in other countries such as Guinea and Liberia.
- Preventing reintroduction of the disease from highly endemic countries such as Sudan and Ghana to neighbouring low-endemic or non-endemic countries.
- Movement of populations across and within countries, such as nomads in Burkina Faso, Mali and Niger. ■

¹ See No. 16, 2004, pp. 154-155.

² See No. 25, 2004, pp. 234-235.

- Soutenir des activités de surveillance dans les zones exemptes de la maladie du Ghana, du Mali, du Nigéria et du Togo.
- Assurer la certification de l'éradication dans les pays répondant aux conditions requises.

Les principaux partenaires du programme sont le Carter Center, les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA), l'UNICEF et plusieurs organisations non gouvernementales ainsi que tous les pays d'endémie et les pays en phase de précertification.

Progrès accomplis en 2004

1. Le nombre des cas notifiés dans le monde a accusé une baisse sensible en 2004, d'environ 50% par rapport à 2003.
2. Le nombre des pays d'endémie a été ramené de 13 en 2003 à 11 en 2004 (l'Ouganda et la République centrafricaine sont parvenus à interrompre la transmission de la maladie et sont en phase de précertification).
3. Deux pays (le Sénégal et le Yémen) sont parvenus avec succès au terme de la période de précertification et ont été certifiés exempts de la maladie en mars 2004 lors de la cinquième réunion de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose; 15 autres pays ont également été certifiés exempts de la maladie.¹
4. Une table ronde ministérielle qui s'est tenue à Genève (Suisse) le 19 mai 2004 a adopté la Déclaration de Genève² en faveur de l'éradication de la dracunculose d'ici à 2009.
5. Le 22 mai 2004, la résolution WHA57/9 sur l'éradication de la dracunculose a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé.
6. Plusieurs autres réunions ont été organisées en 2004 avec l'aide de l'OMS et en collaboration avec d'autres partenaires, notamment la neuvième réunion d'examen des coordonnateurs nationaux (avril), une réunion d'examen pour les pays d'Afrique occidentale (août) et une réunion d'examen pour les pays d'Afrique orientale (novembre).
7. A l'aide du logiciel HealthMap, un système de surveillance pour les populations nomades a été mis en place dans trois pays d'endémie (Burkina Faso, Mali et Niger).

Principaux défis

- Les troubles civils au Soudan et l'insécurité qui en découle dans les régions frontalières du sud du Soudan comme l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda, la République centrafricaine et la République démocratique du Congo, ainsi que dans d'autres pays comme la Guinée et le Libéria.
- Nécessité de prévenir la réintroduction de la maladie de pays fortement endémiques comme le Soudan et le Ghana dans des pays voisins faiblement ou non endémiques.
- Mouvements de populations entre et dans les pays, comme ceux des populations nomades du Burkina Faso, du Mali et du Niger. ■

¹ Voir N° 16, 2004, pp. 154-155.

² Voir N° 25, 2004, pp. 234-235.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 28 January to 3 February 2005 / Notifications de maladies reçues du 28 janvier au 3 février 2005

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Burundi	13-31.I
.....	179 1