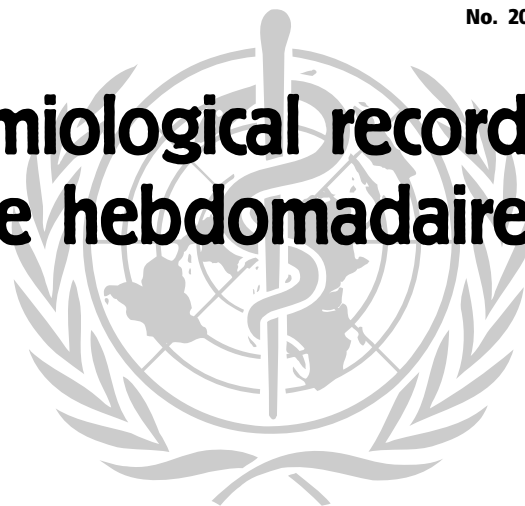


# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

20 MAY 2005, 80th YEAR / 20 MAI 2005, 80<sup>e</sup> ANNÉE

No. 20, 2005, 80, 177-180

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

### Contents

#### 177 Outbreak news:

- Avian influenza, Cambodia – update
- Cholera, Senegal – update
- Marburg haemorrhagic fever, Angola – update
- Meningococcal disease, India

#### 179 Influenza

#### 180 Corrigendum

#### 180 Ports designated in application of the International Health Regulations

#### 180 International Health Regulations

### Sommaire

#### 177 Le point sur les épidémies:

- Grippe aviaire, Cambodge – mise à jour
- Choléra, Sénégal – mise à jour
- Fièvre hémorragique de Marburg, Angola – mise à jour
- Méningococcie, Inde

#### 179 Grippe

#### 180 Rectificatif

#### 180 Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international

#### 180 Règlement sanitaire international

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**  
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**  
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.000 5.2005

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

### ★ OUTBREAK NEWS

#### Avian influenza, Cambodia – update<sup>1</sup>

On 4 May 2005, the Ministry of Health in Cambodia confirmed that a 20-year-old woman from Kampot province who died on 19 April 2005 in a hospital in Viet Nam was the country's fourth reported case of avian influenza.

The woman, a secondary-school student, was from Kompong Trach district in Kampot province, the same district as the first case reported from Cambodia in February 2005. Samples taken from the woman tested positive for avian influenza A(H5) virus by the Pasteur Institute in Ho Chi Minh City, Viet Nam.

Staff from the Ministry of Health, Cambodia, conducted active case-finding in the village where the woman attended school and also provided education sessions to the students at the school. The Ministry of Agriculture is conducting an investigation into poultry deaths in the area of the school.

<sup>1</sup> See No. 15, 2005, pp. 133-134.

#### Cholera, Senegal – update<sup>1</sup>

In the week 2-8 May 2005, the Ministry of Health, Senegal, reported a total of 509 cases and 6 deaths (case-fatality rate, 1.2%). Diourbel is still the most severely affected region with 288 cases and 2 deaths. The number of cases is reported to be decreasing in the city of Touba, with an average of 10 cases per day compared with an average of 33 cases per day 2 weeks ago.

The Ministry of Health has implemented several measures for prevention and response, including dissemination of health messages, repositioning of supplies and ensuring a safe and adequate water supply.

<sup>1</sup> See No. 17, 2005, p. 149.

### ★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

#### Grippe aviaire, Cambodge – mise à jour<sup>1</sup>

Le 4 mai 2005, le Ministère de la Santé cambodgien a confirmé qu'une jeune femme de 20 ans, originaire de la province de Kampot et décédée le 19 avril 2005 dans un hôpital vietnamien, était le quatrième cas notifié de grippe aviaire au Cambodge.

Cette jeune femme, lycéenne, était originaire du district de Kompong Trach dans la province de Kampot, le même district que celui du premier cas notifié au Cambodge en février 2005. Les tests pratiqués par l'Institut Pasteur de Ho Chi Minh Ville (Viet Nam) ont établi que les échantillons prélevés sur la jeune femme étaient positifs au virus A(H5) de la grippe aviaire.

Des employés du Ministère de la Santé cambodgien ont entrepris un dépistage actif des cas dans le village où la jeune femme allait à l'école et ont organisé des séances d'information pour les élèves de cet établissement. De son côté, le Ministère de l'Agriculture mène une enquête sur les décès de volailles dans cette zone.

<sup>1</sup> Voir N° 15, 2005, pp. 133-134.

#### Choléra, Sénégal – mise à jour<sup>1</sup>

Dans la semaine du 2 au 8 mai 2005, le Ministère de la Santé sénégalais a notifié au total 509 cas, dont 6 mortels (taux de létalité de 1,2%). Diourbel reste la région la plus touchée avec 288 cas, dont 2 mortels. On signale que le nombre des cas diminue dans la ville de Touba, avec en moyenne 10 cas par jour, contre 33 par jour 2 semaines auparavant.

Le Ministère de la Santé a appliqué plusieurs mesures de prévention et de riposte, notamment la diffusion de messages sanitaires, la mise en place anticipée de matériel et l'approvisionnement en eau saine et en quantité suffisante.

<sup>1</sup> Voir N° 17, 2005, p. 149.

## Ebola haemorrhagic fever,<sup>1</sup> Congo

As of 17 May 2005, a total of 11 cases (1 laboratory-confirmed and 10 epidemiologically linked) including 9 deaths have been reported in Etoumbi and Mbomo in Cuvette Ouest Region. The Centre international de recherches médicales de Franceville (CIRMF) and the Institut de recherche pour le développement (IRD), Gabon, has confirmed the presence of Ebola virus in 1 sample.

A total of 81 contacts are being monitored in Etoumbi (68) and Mbomo (13).

The Ministry of Health, the WHO Regional Office for Africa and Médecins Sans Frontières-Holland are in the field, carrying out surveillance, following up contacts and raising awareness of the disease in the affected districts.

<sup>1</sup> See fact sheet on Ebola haemorrhagic fever, No. 49, 2004, pp. 435–439.

## Marburg haemorrhagic fever, Angola – update<sup>1</sup>

As of 17 May 2005, the Ministry of Health in Angola has reported 337 cases of Marburg haemorrhagic fever. Of these cases, 311 were fatal. The vast majority of cases have occurred in Uige Province, where 326 cases and 300 deaths have been reported. No cases have been reported outside Uige for the past 5 weeks.

Infrastructures and protocols for controlling the outbreak are in place and functioning well. The isolation unit at Uige's provincial hospital is being used, infection control in the hospital has improved, and safe burial practices are now being followed. Portable field laboratories continue to provide rapid diagnostic support. A campaign to stop home treatment of patients using unsafe injections has resulted in the collection and safe disposal of a large number of needles and syringes. The campaign, which has been supported by religious and community leaders and volunteers from the local Red Cross, is thought to have raised public awareness of the associated risks considerably.

Support from religious and community leaders has also allowed the work of mobile surveillance teams to run more smoothly, increasing the efficiency of case-finding and contact tracing. However, some new cases continue to be linked to exposure in homes and at funerals, indicating that public understanding of the disease still needs to be improved.

As transmission of the virus requires close personal contact with an ill or recently deceased patient, the risk to international travellers<sup>2</sup> to Angola is considered to be very low. WHO does not recommend any restrictions on travel or trade to or from Angola.

<sup>1</sup> See No. 18, 2005, pp. 158–159.

<sup>2</sup> See [http://www.who.int/csr/don/2005\\_04\\_13/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2005_04_13/en/index.html)

## Meningococcal disease, India

As of 16 May 2005, 303 cases, with 26 deaths, of meningococcal disease have been reported in Delhi, India. The majority of cases and all deaths have occurred in young adult populations, in people aged between 16 and 30 years. The National Institute of Communicable Diseases (NICD) has demonstrated the presence of *Neisseria meningitidis* serogroup A in cerebrospinal fluid obtained from 18 cases. Most of the reported cases are from the walled city of Old Delhi and Shahdara.

## Fièvre hémorragique à virus Ebola,<sup>1</sup> Congo

Au 17 mai 2005, 11 cas au total (1 confirmé en laboratoire et 10 ayant un lien épidémiologique), dont 9 mortels, ont été notifiés à Etoumbi et à Mbomo, dans la Région de la Cuvette Ouest. Le Centre international de recherches médicales de Franceville (CIRMF) et l'Institut de recherche pour le développement (IRD), au Gabon, ont confirmé la présence du virus Ebola dans un échantillon.

Au total, 81 contacts sont surveillés à Etoumbi (68) et à Mbomo (13).

Le Ministère de la Santé, le Bureau régional OMS de l'Afrique et Médecins Sans Frontières-Hollande sont sur le terrain pour la surveillance, le suivi des contacts et la sensibilisation à la maladie dans les districts affectés.

<sup>1</sup> Voir aide-mémoire sur la fièvre hémorragique à virus Ebola, N° 49, 2004, pp. 435–439.

## Fièvre hémorragique de Marburg, Angola – mise à jour<sup>1</sup>

Au 17 mai 2005, le Ministère de la Santé angolais avait notifié 337 cas, dont 311 mortels. Dans leur très grande majorité, les cas se sont produits dans la province d'Uige, où l'on a recensé 326 cas, dont 300 mortels. Aucun cas n'a été signalé en dehors d'Uige au cours des 5 dernières semaines.

Les infrastructures et les protocoles de lutte contre la flambée sont en place et fonctionnent bien. Le service pour les soins en isolement à l'hôpital provincial d'Uige est utilisé, la lutte anti-infectieuse s'est améliorée dans cet établissement et les règles pour enterrer sans risque les victimes sont respectées. Des laboratoires portables contribuent toujours à la rapidité du diagnostic sur le terrain. Une campagne pour mettre fin au traitement à domicile des patients et aux injections à risque a permis de collecter et d'éliminer un grand nombre de seringues et d'aiguilles. On pense que cette campagne, qui a bénéficié de l'appui des chefs religieux et des responsables locaux, ainsi que des bénévoles de la Croix-Rouge locale, a grandement sensibilisé le public aux risques.

Le soutien des chefs religieux et des responsables locaux a facilité le travail des équipes mobiles de surveillance et renforcé leur efficacité pour dépister les cas et rechercher les contacts. On continue cependant d'associer quelques cas à des expositions dans les habitations ou lors des funérailles, ce qui indique qu'il faut encore améliorer la compréhension qu'a le public de la maladie.

Comme le virus ne se transmet que s'il y a un contact rapproché avec un malade ou un patient récemment décédé, on considère que le risque pour les voyageurs internationaux<sup>2</sup> est très faible. L'OMS ne recommande donc pas de restrictions aux voyages ou au commerce à destination ou en provenance de l'Angola.

<sup>1</sup> Voir No 18, 2005, pp. 158–159.

<sup>2</sup> Voir [http://www.who.int/csr/don/2005\\_04\\_13/fr/index.html](http://www.who.int/csr/don/2005_04_13/fr/index.html)

## Méningococcie, Inde

Au 16 mai 2005, 303 cas de méningococcie, dont 26 mortels, avaient été notifiés à Delhi. La majorité des cas et tous les décès se sont produits parmi la population adulte jeune, chez les 16-30 ans. L'Institut national des maladies transmissibles (NICD: National Institute of Communicable Diseases) a confirmé la présence de *Neisseria meningitidis*, sérogroupe A, dans le liquide céphalorachidien prélevé sur 18 cas. La plupart des cas notifiés se sont produits dans la vieille ville de Delhi et à Shahdara.

National authorities have established a coordination mechanism and a group of experts comprising the Ministry of Health and Family Welfare in India, Municipal Corporation of Delhi, New Delhi Municipal Committee, hospitals, NICD, WHO and other relevant institutions. This group is chaired by the Director General of Health Services, Union Ministry of Health and Family Welfare.

Surveillance for early detection of cases, case management and prevention of spread of the disease have been stepped up. A 24-hour control room has been established in NICD. Technical guidelines are being distributed. A newsletter (*CD Alert*) focusing on meningococcal disease is being made available to physicians. Media briefs are regularly released. Chemoprophylaxis of close contacts and vaccination of high-risk population groups is ongoing. Health professionals and workers are being instructed on prevention, appropriate case management and infection control practices.

WHO is working closely with the national authorities and providing technical support to the health authorities in the form of guidelines and tools, in monitoring of the situation, and epidemiological investigations.

### **Past outbreaks of meningococcal meningitis in the WHO South-East Asia Region – a brief overview**

Meningococcal disease is endemic in Delhi and sporadic cases of meningococcal meningitis have occurred in Delhi in previous years. In addition, outbreaks of meningococcal meningitis in and around Delhi were documented during 1966 and 1985. In 1966, 616 cases of meningitis were reported, with a case-fatality rate of 20.9%. The highest proportion of cases and deaths occurred in children aged under 1 year followed by those aged 1–4 years. The male to female ratio of cases was almost 3:1. Because reagents were unavailable, grouping of *N. meningitidis* could not be performed.

The outbreak in 1985 was larger in magnitude, both in terms of the number of cases and the geographical area affected. A total of 6133 cases with 799 deaths (13%) were reported. The male to female ratio of cases was 3:1. All the isolates of *N. meningitidis* belonged to subgroup A.

Isolated cases of meningococcal meningitis during 1985 were also reported from several other parts of India, namely Haryana, Uttar Pradesh, Rajasthan, Sikkim, Gujarat, Jammu and Kashmir, West Bengal, Chandigarh, Kerala and Orissa.

Bhutan was also hit by meningitis at that time: 247 cases with 41 deaths were reported between September 1985 and March 1986. During 1982–1984, 1475 cases occurred in Kathmandu valley, Nepal, with the highest mortality and morbidity in children aged under 1 year.

For more information, please see the update of the Communicable Diseases Department, WHO Regional Office for South-East Asia.<sup>1</sup> ■

<sup>1</sup> See <http://w3.whoasia.org/EN/Section10/Section1973.htm>

## **Influenza**

**Canada.**<sup>1</sup> Overall influenza activity continued to decline in weeks 17–18. Localized activity was reported in 2 provinces, while in the rest of Canada activity remained low. Of the influenza viruses detected during week 18, 19% were influenza A\* viruses and 81% were B viruses.

\* A = non-subtyped viruses.

<sup>1</sup> See No. 16, 2005, pp. 147–148.

Les autorités nationales ont mis en place un groupe de coordination formé de représentants du Ministère indien de la Santé et de la Protection de la Famille, de la Municipalité de Delhi, du Comité municipal de New Delhi, des hôpitaux, de l'OMS et d'autres institutions concernées. Il est présidé par le Directeur général des Services de Santé au Ministère de l'Union indienne pour la Santé et la Protection de la Famille.

La surveillance a été intensifiée pour dépister rapidement les cas, les prendre en charge et prévenir la propagation. Une salle de contrôle opérationnelle 24 heures sur 24 a été installée au NICD. Des directives techniques sont distribuées. Un bulletin (*CD Alert*) sur les méningocoques a été mis à la disposition des médecins. Des notes d'information pour les médias sont publiées régulièrement. La chimioprophylaxie des contacts rapprochés et la vaccination des populations exposées à un risque élevé sont en cours. Les professionnels de santé et les soignants sont informés de la prévention, de la prise en charge des cas et des mesures de lutte anti-infectieuse à mettre en œuvre.

L'OMS travaille en étroite collaboration avec les autorités nationales et apporte son assistance technique aux autorités sanitaires en leur donnant des lignes directrices et des outils, en surveillant la situation et en menant des enquêtes épidémiologiques.

### **Bref aperçu des flambées de méningites à méningocoques en Asie du Sud-Est dans le passé**

Les méningocoques sont endémiques à Delhi, où l'on a observé des cas sporadiques de méningites à méningocoques ces dernières années. On a en outre enregistré des flambées de méningites à méningocoques à Delhi et dans les alentours en 1966 et 1985. En 1966, on a signalé 616 cas de méningite avec un taux de létalité de 20,9%. Les plus fortes proportions de cas et de décès ont été constatées en premier lieu chez les enfants de moins de 1 an, puis dans le groupe des 1 à 4 ans. Le rapport garçon/fille était presque de 3 pour 1. Ne disposant pas de réactifs, il a été impossible de procéder au groupage de *N. meningitidis*.

La flambée de 1985 a pris encore plus d'ampleur, du point de vue du nombre des cas comme de la zone géographique affectée. Au total, 6133 cas, dont 799 mortels (taux de létalité de 13%), ont été notifiés. Le rapport hommes/femmes était de 3 pour 1. Tous les *N. meningitidis* isolés appartenaient au sous-groupe A.

En 1985, on a aussi signalé des cas isolés de méningite à méningocoques dans plusieurs autres régions de l'Inde: Haryana, Uttar Pradesh, Rajasthan, Sikkim, Gujârât, Jammu et Cachemire, Bengale Occidental, Chandigarh, Kerala et Orissa.

Cette année-là, le Bhoutan a aussi été touché par la méningite avec 247 cas, dont 41 mortels, entre septembre 1985 et mars 1986. De 1982 à 1984, 1475 cas se sont produits dans la vallée de Katmandou (Népal), avec un pic de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins d'un an.

Pour plus d'informations, se reporter au bulletin publié par le département des Maladies transmissibles, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.<sup>1</sup> ■

<sup>1</sup> Voir <http://w3.whoasia.org/EN/Section10/Section1973.htm> (en anglais seulement)

## **Grippe**

**Canada.**<sup>1</sup> D'une manière générale, l'activité grippale a continué de baisser au cours des semaines 17-18. On a signalé une activité localisée dans 2 provinces, alors qu'elle se maintenait à un faible niveau dans le reste du pays. Sur tous les virus grippaux dépistés au cours de la semaine 18, 19% étaient de type A\* et 81% de type B.

\* A = non-subtyped viruses. Virus non-sous-typés.

<sup>1</sup> Voir N° 16, 2005, pp. 147-148.

**Hong Kong SAR.**<sup>1</sup> Influenza activity remained high in weeks 17–18. The majority of influenza viruses isolated were A(H3N2) viruses.

**Japan.**<sup>1</sup> Localized activity of influenza continued to be reported in weeks 17–18.

**United States.**<sup>1</sup> Overall influenza activity continued to decline and was reported as sporadic in weeks 17–18. The overall consultation rate of influenza-like illness remained below the national baseline and the proportion of deaths attributable to pneumonia and influenza remained below the epidemic threshold. Three influenza-associated paediatric deaths were reported to the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, during weeks 17–18. Of the influenza viruses detected in week 18, 44% were influenza A viruses and 56% were B viruses.

**Other reports.** During weeks 17–18, low influenza activity was detected in Argentina (H3 and A),<sup>1</sup> Australia (A),<sup>1</sup> Brazil,<sup>1</sup> Chile (H3, A and B),<sup>2</sup> Colombia (B), Denmark (A),<sup>1</sup> France (A),<sup>1</sup> Italy,<sup>1</sup> Latvia (H1, H3, A and B),<sup>1</sup> New Zealand (B), Paraguay (A), South Africa (H1 and A), Thailand (H3) and the United Kingdom (H3 and B).<sup>1</sup> Mexico,<sup>1</sup> Portugal<sup>1</sup> and Spain<sup>1</sup> reported no influenza activity. ■

**Hong Kong RAS.**<sup>1</sup> L'activité grippale s'est maintenue à un niveau élevé pendant les semaines 17-18. La majorité des virus grippaux ayant été isolés était de type A(H3N2).

**Japon.**<sup>1</sup> On a continué de signaler une activité grippale localisée pendant les semaines 17-18.

**Etats-Unis.**<sup>1</sup> L'activité grippale a continué de baisser et a été signalée comme sporadique pendant les semaines 17-18. Le taux de consultations pour syndromes grippaux est resté en dessous du seuil épidémique et la proportion de décès imputables à la pneumonie et à la grippe s'est maintenue en dessous du niveau du seuil épidémique. Au cours de ces deux mêmes semaines, 3 cas de grippe associés à un décès infantile ont été signalés aux *Centers for Disease Control and Prevention* d'Atlanta. Sur tous les virus grippaux déposé pendant la semaine 18, 44% étaient de type A et 56% de type B.

**Autres rapports.** Au cours des semaines 17-18, une faible activité grippale a été signalée en Afrique du Sud (H1 et A), en Argentine (H3 et A),<sup>1</sup> en Australie (A),<sup>1</sup> au Brésil,<sup>1</sup> au Chili (H3, A et B),<sup>2</sup> en Colombie (B), au Danemark (A),<sup>1</sup> en France (A),<sup>1</sup> en Italie,<sup>1</sup> en Lettonie (H1, H3, A et B),<sup>1</sup> en Nouvelle-Zélande (B), au Paraguay (A), au Royaume-Uni (H3 et B)<sup>1</sup> et en Thaïlande (H3). L'Espagne<sup>1</sup>, le Mexique<sup>1</sup> et le Portugal<sup>1</sup> n'ont signalé aucune activité grippale. ■

<sup>2</sup> See No. 12, 2005, pp. 110–111.

<sup>2</sup> Voir N° 12, 2005, pp. 110-111.

CORRIGENDUM TO No 19, 2005

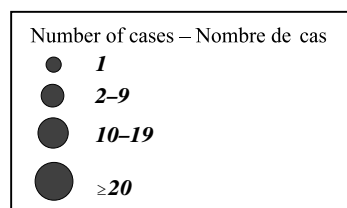
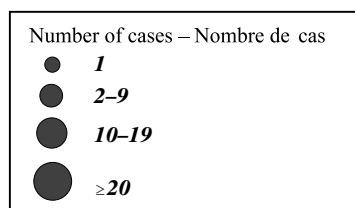
RECTIFICATIF AU No 19, 2005

## Dracunculiasis eradication – global surveillance summary, 2004

## Eradication de la dracunculose – bilan de la surveillance mondiale, 2004

Please read as follows (changes shown in **bold italics**), legend, Fig. 3, p. 169. et Fig. 3, p. 170.

Prière de lire comme suit (changements indiqués en **gras italique**), légende, Fi. 3 p. 169 et Fig. 3 p. 170.



### Ports designated in application of the International Health Regulations / Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international

Amendments to 1998 publication / Amendements à la publication de 1998

Insert – Insérer:

**Turkey – Turquie**

	D	EX
Aliaga .....		x
Antalya .....		x
Eregli .....		x
Hopa .....		x
Iskunderun .....		x
Istanbul .....	x	x
Izmir .....		x
Izmit .....		x
Marmaris .....		x
Mersin .....		x
Samsun .....		x
Trabzon .....		x
Urla (quarantine/quarantaine) .....	x	x
Zonguldak .....	x	x

D: issue of deratting certificates. – Délivrance de certificats de dératisation.

EX: issue of deratting exemption certificates. – Délivrance des certificats d'exemption de la dératisation.

## INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

### Notifications of diseases received from 13 to 19 May 2005 / Notifications de maladies reçues du 13 au 19 mai 2005

#### Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Cameroon / Cameroun	25.IV-8.V
.....	20 0

Asia / Asie	Cases / Deaths Cas / Décès
India / Inde	20.II-30.IV
.....	64 0