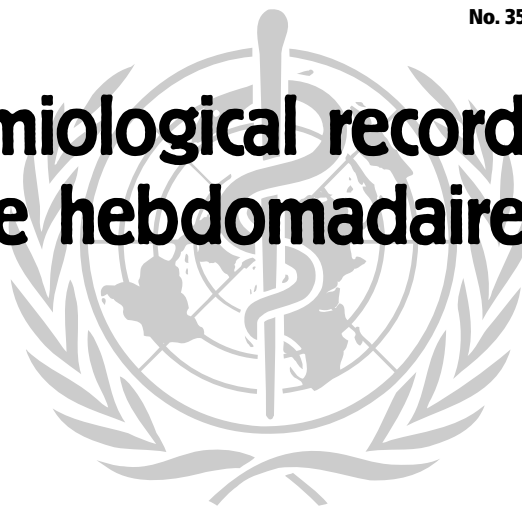


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

27 AUGUST 2004, 79th YEAR / 27 AOÛT 2004, 79^e ANNÉE

No. 35, 2004, 79, 313–320

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

Contents

- 313 Outbreak News:
– Hepatitis E, Chad
- 314 Hepatitis E fact sheet
(revised August 2004)
- 316 Progress towards poliomyelitis
eradication in Egypt, January
2003 to June 2004
- 319 WHO action in Afghanistan
aims to control debilitating
leishmaniasis
- 320 International Health
Regulations

Sommaire

- 313 Le point sur les épidémies:
– Hépatite E, Tchad
- 314 Hépatite E – Aide-mémoire
(révisé en août 2004)
- 316 Progrès vers l'éradication
de la poliomyélite en Egypte,
janvier 2003 à juin 2004
- 319 Action de l'OMS contre
la leishmaniose, Afghanistan
- 320 Règlement sanitaire
international

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.500 8.2004

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Hepatitis E, Chad

Between 26 June and 13 August 2004, a total of 672 cases and 21 deaths of acute jaundice syndrome were reported in Goz Amer, a camp of Sudanese refugees, by a WHO/Ministry of Health (MOH) joint mission. Antibodies to hepatitis E virus (HEV) were confirmed in 7 samples by the laboratory of Val de Grâce, Paris, France.

A HEV outbreak of similar characteristics has been confirmed among internally displaced people (IDP) in the Greater Darfur region, Sudan.¹ Both outbreaks are related to an insufficient supply of clean water and poor sanitary conditions in refugee and IDP camps on both sides of the Chad–Sudan border.

Hepatitis E is a waterborne disease usually transmitted by faecally contaminated water that can provoke major outbreaks in settings with poor sanitation. Refugees and IDPs residing in overcrowded camps are at highest risk of disease. Case-fatality rates can vary from 1 to 4%, but may be as high as 20% in pregnant women, who are more susceptible to severe forms of the disease.

WHO, the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees and nongovernmental organizations present in the area are currently supporting the MOH in the implementation of control measures including water chlorination, safe disposal of excreta and community health education, as well as in strengthening disease surveillance. WHO is planning to send a multidisciplinary team to the affected areas to reinforce outbreak control activities and to conduct additional epidemiological investigations. ■

¹ See http://www.who.int/csr/don/2004_08_10/en/

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Hépatite E, Tchad

Entre le 26 juin et le 13 août 2004, 672 cas d'ictère aigu, dont 21 mortels, ont été signalés par la mission commune de l'OMS et du Ministère de la Santé à Goz Amer, camp de réfugiés soudanais. Le laboratoire du Val de Grâce à Paris (France) a confirmé la présence d'anticorps contre le virus de l'hépatite E (VHE) dans 7 échantillons.

Une épidémie d'hépatite E aux caractéristiques similaires a été confirmée dans les populations de personnes déplacées de la région du Grand Darfour, au Soudan.¹ Dans les deux cas, on associe ces flambées à un approvisionnement insuffisant en eau propre et aux mauvaises conditions sanitaires régnant dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées des deux côtés de la frontière entre le Soudan et le Tchad.

Le HEV se transmet en général par de l'eau contaminée par des fèces et il peut être à l'origine de flambées importantes lorsque les conditions sanitaires sont mauvaises. Les réfugiés et les personnes déplacées résidant dans des camps surpeuplés sont les plus exposés au risque. Le taux de létalité varie entre 1 et 4% mais peut atteindre 20% chez la femme enceinte, plus sensible aux formes les plus sévères de la maladie.

L'OMS, le Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et les organisations non gouvernementales présentes dans la région continuent de prêter assistance au Ministère de la Santé pour renforcer la surveillance épidémiologique et mettre en œuvre les mesures de lutte nécessaires, telle la chloration de l'eau, l'élimination correcte des excréta et l'éducation sanitaire dans les communautés. L'OMS prévoit d'envoyer une équipe pluridisciplinaire dans les régions touchées pour renforcer les activités de lutte et mener des enquêtes épidémiologiques complémentaires. ■

¹ Voir http://www.who.int/csr/don/2004_08_10/fr/

Hepatitis E fact sheet (revised August 2004)

Hepatitis is a general term meaning inflammation of the liver. Hepatitis is a disease that can be caused by a variety of different viruses¹ such as hepatitis A, B, C, D and E. Since the development of jaundice² is a characteristic feature of liver disease, a correct diagnosis can only be made by testing patients' blood.

Hepatitis E was not recognized as a distinct human disease until 1980. It is caused by infection with the hepatitis E virus, a single-stranded RNA virus.

Although humans are considered the natural host for human hepatitis E virus (HEV), antibodies to HEV or closely related viruses have been detected in primates and several other animal species suggesting that hepatitis E may be a zoonosis (i.e. a disease that animals can transmit to humans).

How is HEV transmitted?

Hepatitis E is a waterborne disease, and contaminated water or food supplies have been implicated in major outbreaks. Consumption of faecally contaminated drinking water has given rise to epidemics,³ and the ingestion of raw or uncooked shellfish has been the source of sporadic cases in endemic⁴ areas. There is a possibility of spread of the virus from animals, since several non-human primates, pigs, cows, sheep, goats and rodents are susceptible to infection. The risk factors for HEV infection are related to poor sanitation in large areas of the world.

Person-to-person transmission is thought to be uncommon. There is no evidence for sexual transmission or for transmission by transfusion.

Where is HEV a problem?

Epidemics of hepatitis E have been reported in Central and South-East Asia, North and West Africa, and in Mexico, especially where faecal contamination of drinking water is common. However, sporadic cases of hepatitis E have also been reported elsewhere and serological surveys suggest a global distribution of strains of hepatitis E which cause asymptomatic or mild disease (low pathogenicity).

When is an HEV infection life-threatening?

In general, hepatitis E is a self-limiting⁵ viral infection followed by recovery. Prolonged shedding of the virus in faeces is unusual and chronic infection does not occur.

Overall, patient population mortality rates range from 0.5% to 4.0%. Occasionally, a sudden and severe form of hepatitis develops in which cells of the liver die, the liver shrinks and death can follow. This form of the disease, known as fulminant hepatitis, occurs more frequently in pregnancy and is associated with a mortality rate of 20% among pregnant women in the 3rd trimester.

¹ See <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/virus>

² See <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/jaundice>

³ See <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/epidemic>

⁴ See <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/endemic>

⁵ See <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/self-limited>

Hépatite E – Aide-mémoire (révisé en août 2004)

L'hépatite est un terme général désignant une inflammation du foie. Il s'agit d'une maladie qui peut être provoquée par toute une série de virus distincts tels que les virus¹ de l'hépatite A, B, C, D ou E. L'apparition d'une jaunisse² étant une caractéristique de l'hépatite, le diagnostic correct ne peut être porté qu'au moyen d'un examen sanguin.

L'hépatite E n'était pas reconnue comme une maladie humaine distincte avant 1980. Elle résulte d'une infection par le virus de l'hépatite E, un virus à ARN monocaténaire.

Si l'homme est considéré comme l'hôte naturel du virus de l'hépatite E humaine (HEV), des anticorps anti-HEV ou dirigés contre des virus étroitement apparentés ont été mis en évidence chez les primates et chez plusieurs autres espèces animales, ce qui fait penser qu'on est peut être en présence d'une zoonose (c'est-à-dire d'une maladie pouvant être transmise de l'animal à l'homme).

Transmission du HEV

L'hépatite E est une maladie à support hydrique et on a mis en cause l'eau ou des produits alimentaires contaminés dans le cas de flambées majeures. La consommation de l'eau de boisson ayant subi une contamination fécale a provoqué des épidémies³ et la consommation de fruits de mer crus a été à l'origine de cas sporadiques dans les zones d'endémie.⁴ Il est possible que le virus se propage à partir d'animaux car plusieurs primates non humains, de même que le porc, la vache, le mouton, la chèvre et les rongeurs sont sensibles à l'infection. Les facteurs de risque de l'infection à HEV sont liés à des conditions d'assainissement médiocres dans une grande partie de la planète.

On estime que la transmission interhumaine n'est pas courante. Rien n'indique que la transmission puisse se faire par les voies sexuelle ou transfusionnelle.

Répartition géographique

On a signalé des épidémies d'hépatite E en Asie centrale et en Asie du Sud-Est, en Afrique du Nord et de l'Ouest ainsi qu'au Mexique, surtout en présence d'une contamination fécale fréquente de l'eau de boisson. Toutefois, des cas sporadiques d'hépatite E ont aussi été signalés ailleurs et les enquêtes sérologiques font penser à une répartition mondiale de souches d'hépatite E provoquant une infection asymptomatique ou faiblement pathogène.

Létalité

En général, l'hépatite E est une infection virale limitée⁵ dont on guérit spontanément. Une élimination prolongée du virus dans les selles est inhabituelle et on n'observe pas d'infection chronique.

Dans l'ensemble, le taux de létalité s'établit entre 0,5 et 4,0%. On observe parfois une forme soudaine et sévère d'hépatite entraînant la mort des hépatocytes avec atrophie du foie qui peut être suivie du décès. Cette forme de la maladie connue sous le nom d'hépatite fulminante touche le plus souvent la femme enceinte ; elle est associée à un taux de létalité de 20% au cours du troisième trimestre de la grossesse.

¹ Voir <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/virus>

² Voir <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/jaundice>

³ Voir <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/epidemic>

⁴ Voir <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/endemic>

⁵ Voir <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/self-limited>

The disease

The incubation period following exposure to HEV ranges from 3 to 8 weeks. The period during which an infected person can transmit the disease is unknown.

Typical signs and symptoms of hepatitis include jaundice (yellow discoloration of the skin and sclera of the eyes, dark urine and pale stools), anorexia (loss of appetite), an enlarged, tender liver (hepatomegaly), abdominal pain and tenderness, nausea and vomiting, and fever, although the disease may range in severity from mild to life-threatening.

Symptomatic HEV infection is most common in young adults aged 15–40 years. Although HEV infection is frequent in children, it is mostly asymptomatic or causes a very mild illness without jaundice that goes undiagnosed.

Diagnosis

Since cases of hepatitis E are not clinically distinguishable from other types of acute viral hepatitis, diagnosis is made by blood tests which detect elevated levels of specific antibodies to hepatitis E in the body or by detecting small portions of genetic material through a test known as reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR). Unfortunately, such tests are not widely available.

Hepatitis E should be suspected in outbreaks of waterborne hepatitis occurring in developing countries, especially if the disease is more severe in pregnant women, or if hepatitis A has been excluded. If laboratory tests are not available, epidemiological evidence can help in establishing a diagnosis.

Vaccines

At present, no commercially available vaccines exist for the prevention of hepatitis E. However, several studies for the development of an effective vaccine against hepatitis E are in progress.

Prevention

As almost all HEV infections are spread by the faecal–oral route, good personal hygiene, high quality standards for public water supplies and proper disposal of sanitary waste are the most important public health interventions in the prevention of hepatitis E.

For travellers to highly endemic areas, the usual food and water hygiene precautions are recommended. These include avoiding drinking water and/or ice of unknown purity and eating uncooked shellfish, uncooked fruits or vegetables that are not peeled or prepared by the traveller.

Treatment

Hepatitis E is a viral disease, and as such, antibiotics are of no value in the treatment of the infection. There is no hyperimmune hepatitis E globulin available for pre- or post-exposure prophylaxis.⁶ HEV infections are usually self-limited, and hospitalization is generally not required.

La maladie

La période d'incubation suivant l'exposition au HEV est de 3 à 8 semaines. On ignore toutefois pendant combien de temps un sujet infecté peut transmettre la maladie.

Les signes et symptômes typiques de l'hépatite sont les suivants : jaunisse (coloration jaunâtre de la peau et de la sclérotique, urines sombres et selles pâles), anorexie (perte d'appétit), hépatomégalie (hypertrophie du foie qui est douloureux au toucher), douleurs abdominales et sensibilité à la palpation, nausées et vomissements, et fièvre. On observe des cas de gravité différente, aussi bien des affections bénignes que des cas engageant le pronostic vital.

L'infection symptomatique à HEV touche surtout le jeune adulte entre 15 et 40 ans. Fréquente chez l'enfant, l'infection est le plus souvent asymptomatique ou très bénigne et sans jaunisse; elle n'est alors pas diagnostiquée.

Diagnostic

Comme il n'y a pas de distinction clinique entre l'hépatite E et les autres types d'hépatite virale aiguë, le diagnostic résulte d'examens sanguins mettant en évidence des taux élevés d'anticorps spécifiques de l'hépatite E dans l'organisme ou des fragments de matériel génétique par un test appelé RT-PCR qui n'est malheureusement pas largement disponible.

On doit suspecter l'hépatite E en cas de flambée d'origine hydrique dans un pays en développement, surtout si l'affection est plus grave chez la femme enceinte ou si l'hépatite A a été exclue. En l'absence de tests de laboratoire, les données épidémiologiques peuvent contribuer à l'établissement du diagnostic.

Vaccins

Il n'existe actuellement aucun vaccin disponible dans le commerce permettant d'éviter l'hépatite E. Plusieurs études en vue de la mise au point d'un vaccin efficace sont cependant en cours.

Prévention

La quasi-totalité des infections à HEV étant propagées par la voie féco-orale, une bonne hygiène personnelle et des normes élevées de qualité concernant l'approvisionnement en eau et l'évacuation des eaux usées sont les interventions les plus importantes concernant la santé publique pour la prévention de l'hépatite E.

Pour les voyageurs qui se rendent dans des zones à forte endémicité, les précautions d'usage en matière d'hygiène concernant l'eau et les produits alimentaires sont recommandées. Il s'agit notamment d'éviter l'eau de boisson et/ou la glace de qualité inconnue et de consommer des fruits de mer crus et des fruits ou des légumes crus qui ne sont pas pelés ou apprêtés par le voyageur lui-même.

Traitement

L'hépatite E est une maladie virale et, par conséquent, les antibiotiques ne sont d'aucune utilité pour le traitement de l'infection. Il n'y a pas d'immunoglobulines anti-hépatite E hyperimmunes disponibles pour la prophylaxie avant ou après l'exposition.⁶ Les infections à HEV sont habituellement autolimitées et l'hospitalisation n'est en général pas nécessaire.

⁶ See <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/prophylaxis>

⁶ Voir <http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/prophylaxis>

Hospitalization is required for fulminant hepatitis and should be considered for infected pregnant women.

No available therapy is capable of altering the course of acute infection, and therefore prevention is the most effective approach against the disease.

Guidelines for epidemic control

1. Identification of sources of infection.
2. Identification of the population exposed to increased risk of infection.
3. Elimination of common source of infection.
4. Improvement of sanitary and hygienic practices to eliminate faecal contamination of food and water.
5. Provision of safe water through chlorination of water supply.

This document is based on the following

<http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/index.html>

L'hospitalisation s'impose en cas d'hépatite fulminante et doit être envisagée pour la femme enceinte infectée.

On ne dispose d'aucun traitement permettant d'infléchir l'évolution de l'infection aiguë, et par conséquent la prévention constitue l'approche la plus efficace contre la maladie.

Lignes directrices pour la lutte contre les épidémies

1. Identification des sources d'infection.
2. Identification de la population exposée à un risque accru d'infection.
3. Élimination des sources courantes à l'infection.
4. Amélioration des dispositions sanitaires et de l'hygiène pour éliminer la contamination fécale de l'eau et des aliments.
5. Approvisionnement en eau saine par chlorination de l'eau.

Le présent aide-mémoire est fondé sur le document suivant

<http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscsredc200112.html/index.html>

Progress towards poliomyelitis eradication in Egypt, January 2003 to July 2004

Since 1988, the estimated number of wild poliovirus-positive cases worldwide has decreased >99%, and three WHO regions (Americas, European and Western Pacific) are now certified polio free. Substantial progress has been made in the WHO Eastern Mediterranean Region, where 18 of the 22 countries are currently polio free and only 3 countries (Afghanistan, Egypt and Pakistan) remain endemic for poliovirus. One country, Sudan, recently reported an imported case of wild poliovirus type 1 (P1), genetically linked to virus from Nigeria. This report summarizes progress towards polio eradication in Egypt from January 2003 to July 2004.

Routine vaccination

Since 1994, reported routine vaccination coverage of infants with ≥ 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV) has remained >90%. During 2003, reported routine coverage of infants with ≥ 4 doses was >95% nationwide in 234 (93.6%) of 250 districts, and was 90–95% in the remaining 16 districts.

Supplementary immunization activities (SIAs)

In 2003, Egypt conducted 4 rounds of national immunization days (NIDs)¹ and 3 rounds of subnational immunization days (SNIDs).² During 2004 to date, Egypt has conducted 2 NID rounds (March and April) and 1 SNID round (February). In addition, 2 mop-up rounds were conducted in June and July in response to a confirmed polio case in May. SNIDs implemented in 2003 and 2004 targeted mainly Greater Cairo³ and governorates in Upper Egypt that were the focus of wild poliovirus circulation in 2003 and 2004. All

¹ Mass campaigns during a short period (usually a few days) in which 2 doses of OPV are administered in 2 rounds 4–6 weeks apart to all children in the target group (usually those aged <5 years) regardless of previous vaccination history.

² Campaigns similar to NIDs but confined to part of the country.

³ Greater Cairo is defined as Cairo, Giza and Kalioubia governorates. Upper Egypt is defined as governorates located on the River Nile south of Giza and Cairo from Fayoum to Aswan. Lower Egypt is defined as governorates located north of Cairo and Giza, including Suez Governorate and excluding Matrouh and North and South Sinai governorates.

Progrès vers l'éradication de la poliomyélite en Égypte, janvier 2003 à juillet 2004

Depuis 1988, le nombre estimé de cas à poliovirus sauvage dans le monde a diminué >99% et trois Régions de l'OMS (les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental) sont désormais certifiées exemptes de poliomyélite. D'importants progrès ont été faits dans la Région de la Méditerranée orientale où 18 pays sur 22 sont actuellement exempts de poliomyélite, avec seulement 3 pays d'endémie, l'Afghanistan, l'Égypte et le Pakistan. Un pays, le Soudan, a récemment signalé un cas importé de poliovirus sauvage de type 1 (P1), génétiquement lié à celui du Nigeria. Le présent article fait le point des progrès accomplis sur la voie de l'éradication de la poliomyélite en Égypte de janvier 2003 à juillet 2004.

Vaccination systématique

Depuis 1994, la couverture vaccinale systématique des nourrissons par ≥ 3 doses de vaccin antipoliomyélique oral est restée >90%. En 2003, le taux déclaré de couverture systématique des nourrissons par ≥ 4 doses était >95% pour l'ensemble du pays et dans 234 districts (93,6%) sur 250; dans les 16 autres districts la couverture par le VPO4 était située entre 90 et 95%.

Activités de vaccination supplémentaire

En 2003, l'Égypte a organisé quatre tournées de journées nationales de vaccination (JNV)¹ et trois tournées de journées locales de vaccination (JLV).² Jusqu'ici en 2004, deux tournées de JNV (mars et avril) et une tournée de JLV (février) ont été organisées. En outre, deux opérations de ratissage ont eu lieu en juin et en juillet à la suite d'un cas de poliomyélite confirmé en mai. Les JLV organisées en 2003 et en 2004 concernaient principalement l'agglomération du Caire³ et les gouvernorats de Haute Égypte qui constituaient le foyer à partir duquel le poliovirus sauvage circulait en 2003 et 2004. Toutes les activités de vac-

¹ Campagnes de masse de quelques jours au cours desquelles deux doses de VPO sont administrées à tous les enfants du groupe cible (en général <5 ans) quels que soient les antécédents vaccinaux, l'intervalle entre les deux tournées étant de quatre à six semaines.

² Campagnes comparables aux JNV mais limitées à une partie du pays.

³ L'agglomération du Caire regroupe les gouvernorats du Caire, de Gizeh et de Kalioubia. La haute Égypte regroupe les gouvernorats situés sur le Nil au sud de Gizeh et du Caire de Fayoum à Assouan. La basse Égypte est représentée par les gouvernorats situés au nord du Caire et de Gizeh et comprennent le gouvernorat de Suez, mais à l'exclusion des gouvernorats de Matrouh et du Sinaï du Nord et du Sud.

SIA in 2003 and 2004 were conducted using an intensified, essentially house-to-house, approach. Further improvements in SIA quality were introduced in 2004, with revised tally sheets, improved supervisory guidelines and checklists, and revised training materials. The increasingly high quality of these SIA rounds was documented by international observers and independent monitoring surveys. Administrative data indicate that the number of children vaccinated during NIDs increased by approximately 15% from 9.8 million in the December 2002 round to 11.3 million in the April 2004 round.

Surveillance for acute flaccid paralysis (AFP)

Performance of AFP surveillance in Egypt improved substantially in 2003 and 2004 (*Table 1*) in response to recommendations from the Egyptian Technical Advisory Group meeting held in March 2002 that included strengthening central-level supervision and data management, and increased awareness of reporting. Nationwide, the non-polio AFP rate per 100 000 children aged <15 years reached 2.5 in 2003 and increased further to 3.3 in 2004 (annualized, as of June 2004). In 2004, 23 governorates achieved a non-polio AFP rate of >2 compared with 21 governorates in 2003. The 4 governorates with rates <2 in 2003 were all low-population governorates. Adequate stool samples were collected within 14 days of paralysis onset from 93% and 96% of AFP cases in 2003 and 2004, respectively, with all governorates achieving >80% in both years.

cination supplémentaire en 2003 et 2004 ont été menées sur la base d'opérations intensifiées essentiellement porte à porte. D'autres améliorations ont été apportées en 2004 à la qualité des activités de vaccination supplémentaire avec des feuilles récapitulatives mieux présentées, de meilleures directives et listes récapitulatives pour l'encadrement, ainsi que des matériels de formation révisés. Grâce à des observateurs internationaux et à des enquêteurs de surveillance indépendants, on a pu se rendre compte de la qualité croissante des activités de vaccination supplémentaire. Les données administratives révèlent que le nombre d'enfants vaccinés au cours des JNV a augmenté d'environ 15% pour passer de 9,8 millions au cours de la tournée de décembre 2002 à 11,3 millions au cours de la tournée d'avril 2004.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA)

La qualité de la surveillance de la PFA en Egypte s'est sensiblement améliorée en 2003 et 2004 (*Tableau 1*) à la suite des recommandations de la réunion du Groupe consultatif technique égyptien de mars 2002 tendant notamment à renforcer la supervision et la gestion des données au niveau central ainsi qu'à assurer une meilleure sensibilisation à la notification. Au plan national, le taux de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants de < 15 ans a atteint 2,5 en 2003 et 3,3 en 2004 (données annualisées en juin 2004). En 2004, 23 gouvernorats ont atteint un taux de PFA non poliomyélitique >2 contre 21 en 2003. Les 4 gouvernorats où le taux était <2 en 2003 étaient tous faiblement peuplés. Des échantillons de selles adéquats ont été recueillis dans les 14 jours suivant le début de la paralysie chez 93% et 96% respectivement des cas de PFA en 2003 et 2004, tous les gouvernorats ayant atteint un niveau >80% pour les 2 années.

Table 1 **Number of reported cases of acute flaccid paralysis (AFP), number of confirmed poliovirus cases and key surveillance indicators, Egypt, January 2002-June 2004^a**

Tableau 1 **Nombre de cas signalés de paralysie flasque aiguë (PFA), nombre de cas confirmés dus au poliovirus et indicateurs de surveillance fondamentaux, Egypte janvier 2002-juin 2004^a**

Year Année	No. of AFP cases Nombre de cas de PFA	No. of laboratory- confirmed poliovirus cases Nombre de cas de PFA	Non-polio AFP rate ^b Nombre de cas dus au poliovirus confirmés au laboratoire	% of AFP cases with adequate stool specimens collected ^c % de cas de PFA avec des échantillons de selles adéquates ^c	% of AFP cases detected within 1 week of onset % de cas de PFA détectés dans la semaine suivant le début de la paralysie	% of stool samples with non-polio enterovirus isolates % d'échantillons de selles avec des isoléments d'entérovirus non poliomyélitiques
2002	576	7	2.4	91	78	19
2003	608	1	2.46	93	84	19
2004	454	1	3.29 ^d	96	91	18

^a Data reported as of June 2004. – Données signalées au en juin 2004.

^b Number of persons with AFP per 100 000 population aged <15 years. The minimum expected rate for Egypt has been set at 2 cases of non-polio AFP per 100 000 per year since 2002. Before 2002, the expected rate was 1 case of non-polio AFP per 100 000 per year. – Nombre de personnes présentant une PFA pour 100 000 personnes âgées de <15 ans. Le taux minimal attendu pour l'Egypte a été fixé à 2 cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 par an depuis 2002. Avant 2002, le taux escompté était d'un cas de PFA non poliomyélitique pour 100 000 par an.

^c Two stool samples collected at an interval of at least 24 hours apart within 14 days of paralysis onset, and properly shipped to the laboratory (target ≥80%). – Deux échantillons de selles recueillis à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant le début de la paralysie et envoyés au laboratoire dans les conditions voulues (cible ≥80 %).

^d Annualized, as of June 2004. – Données annualisées en juin 2004.

Environmental surveillance (i.e. collecting and testing wastewater samples for the presence of wild poliovirus) in Egypt began in July 2000 as a supplement to AFP surveillance. The environmental surveillance network encompassed 11 sites in 8 governorates in 2001, and expanded to 33 sites in 18 governorates by June 2004.

La surveillance de l'environnement (qui consiste à recueillir et à analyser des échantillons d'eaux usées pour vérifier la présence du poliovirus sauvage) en Egypte a commencé en juillet 2000 pour compléter la surveillance de la PFA. Le réseau de surveillance de l'environnement qui comprenait 11 sites de 8 gouvernorats en 2001 et a été étendu à 33 sites de 18 gouvernorats en juin 2004.

Incidence of wild poliovirus

Wild poliovirus type 2 (P2) was last detected in Egypt in 1987; wild poliovirus type 3 (P3) was last detected in December 2000. In 2002, 7 polio cases were identified in Egypt: 6 from Greater Cairo and Lower Egypt and 1 from Upper Egypt. In 2003, only 1 case was reported from Abu Korkas District, Menia Governorate (Upper Egypt) in June (*Fig. 1*). This was followed by isolation of wild poliovirus from a contact of an AFP case from the same district in October 2003. In 2004, 1 case was identified from Dairut District, Assiut Governorate (Upper Egypt, bordering Menia Governorate) in May. Wild poliovirus was also isolated from 2 of the close contacts of this case. All cases and positive contacts in 2003 and 2004 had received >10 valid doses of OPV before paralysis onset. All isolates from polio cases and contacts were wild poliovirus type 1 (P1).

In 2001, 11 wastewater sites in 8 governorates (7 in Upper Egypt and 1 in Lower Egypt) identified 75 P1 isolates from

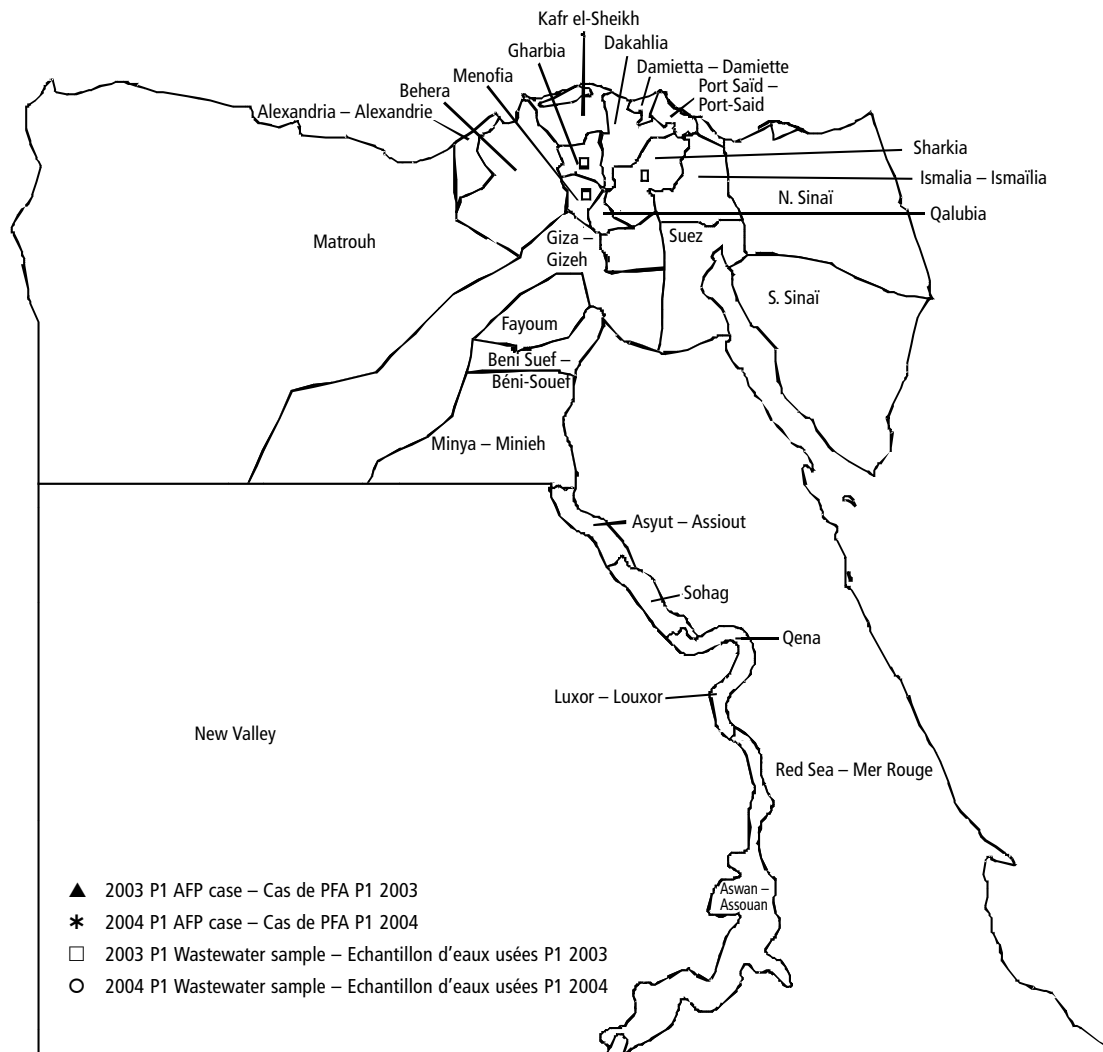
Incidence du poliovirus sauvage

Le poliovirus sauvage de type 2 (P2) a été mis en évidence pour la dernière fois en Egypte en 1987 et le poliovirus sauvage de type 3 (P3) en décembre 2000. En 2002, 7 cas de poliomyélite ont été recensés en Egypte: 6 dans l'agglomération du Caire et la Basse Egypte et un en Haute Egypte. En 2003, un seul cas a été décelé dans le district d'Abu Korkas du gouvernorat de Minieh (Haute Egypte) en juin. Ce cas a été suivi de l'isolement du poliovirus sauvage chez un contact d'un cas de PFA du même district en octobre 2003. En 2004, un cas a été identifié dans le district de Dairut du gouvernorat d'Assiout (Haute Egypte, voisin du gouvernorat de Minieh) en mai (*Figure 1*). Le poliovirus sauvage a également été isolé chez deux des contacts étroits de ce cas. Tous les cas et contacts positifs en 2003 et 2004 avaient reçu >10 doses appropriées de VPO avant la survenue de la paralysie. Tous les isolements de cas de poliomyélite et les contacts étaient dus au poliovirus sauvage de type 1 (P1).

En 2001, dans 11 sites d'eaux usées de 8 gouvernorats (7 de Haute Egypte et 1 de Basse Egypte) on a identifié 75 isolements de P1 de

Fig. 1 Location of acute flaccid paralysis (AFP) cases and positive environmental (wastewater) samples, Egypt, January 2003-July 2004

Fig. 1 Localisation des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et d'échantillons environnementaux (eaux usées) positifs, Egypte 2003-juillet 2004



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

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

all 8 governorates. By 2003, only 12 P1 isolates had been identified from 5 governorates: 3 from Cairo and 1 from Giza; 2 from Sharkia (Lower Egypt); 5 from Menia and 1 from Qena (Upper Egypt). As of June 2004, only 3 P1 isolates had been identified from two neighbouring governorates in Upper Egypt: Assiut and Menia.

Genetic sequence analyses have been performed routinely on all wild polioviruses detected in Egypt since 1996. Results indicate a dramatic decline in the number of P1 clusters from 12 in 2001 to 1 in 2004. All isolates in 2004 have been from a single cluster of closely related lineages. However, the P1 isolated from the polio case in May 2004 had >1.0% difference from any other isolate and represents an "orphan" lineage that surveillance failed to detect during the previous year.

Editorial note. Continued improvements in the quality and frequency of eradication activities, especially the intensified SIA rounds that began in late 2002, have resulted in a dramatic reduction in the geographical distribution and genetic diversity of P1 circulation in Egypt during 2003 and 2004. Efforts focused on Cairo, Giza and governorates in Upper Egypt with documented P1 transmission in 2003 and 2004 have contributed to reduced transmission. An Intersectoral SIA Task Force established by the Egyptian Ministry of Health and Population, which includes WHO and UNICEF, was instrumental in identifying and addressing problems at district and subdistrict levels and in setting strategic directions for the programme. A Task Force plan for response to isolation of wild poliovirus was developed in 2004 and implemented following detection of the polio case in May.

Substantial improvement in the performance of AFP surveillance during the past two years is evident, based on various important surveillance indicators. However, the finding of an orphan P1 lineage from the wild poliovirus case in May 2004 suggests potential gaps in AFP surveillance. Environmental surveillance, an adjunct to AFP surveillance, has been a useful source of information on virus circulation. Regaining the sensitivity and reliability it has shown in the past will therefore be important to certify future progress in poliovirus eradication.

Available evidence suggests that Egypt is now closer than ever to achieving interruption of wild poliovirus transmission. However, continuing P1 circulation in Upper Egypt demonstrates the need for sustaining very high OPV coverage to definitively interrupt transmission, given the very high population density, frequent population movement throughout the country and suboptimal sanitation. The commitment and support of the Egyptian Government and its partners to the eradication goal is critical and will continue to be needed to interrupt transmission. ■

l'ensemble des 8 gouvernorats. En 2003, seuls 12 isolements de P1 avaient été identifiés dans 5 gouvernorats: 3 du Caire et 1 de Gizeh; 2 de Sharkia (Basse Egypte); 5 de Minieh et 1 de Qena (Haute Egypte). En 2004 jusqu'en juin, seuls trois isolements de P1 avaient été identifiés dans 2 gouvernorats voisins de Haute Egypte, Assiout et Minieh.

On a procédé à des analyses systématiques de la séquence génique sur tous les poliovirus sauvages mis en évidence en Egypte depuis 1996. Les résultats font apparaître une baisse spectaculaire du nombre de groupes de P1 qui a été ramené de 12 en 2001 à un seul en 2004. Tous les isolements en 2004 proviennent d'un seul groupe de lignées étroitement apparentées. Toutefois, le P1 isolé dans le cas de poliomyélite de mai 2004 présentait une différence >1,0 % par rapport aux autres isolements et représente une lignée « orpheline » qui n'avait pas été mise en évidence par la surveillance au cours de l'année précédente.

Note de la rédaction. Les nouvelles améliorations apportées à la qualité et à la fréquence des activités d'éradication, notamment l'intensification des tournées d'activités de vaccination supplémentaire commencées à fin 2002 ont entraîné une diminution spectaculaire de la répartition géographique et de la diversité génétique des P1 circulant en Egypte en 2003 et 2004. Les efforts portent avant tout sur Le Caire, Gizeh et les gouvernorats de Haute Egypte où la transmission de P1 était avérée en 2003 et 2004 ont contribué à réduire la transmission. Une équipe spéciale intersectorielle chargée des activités de vaccination supplémentaire mise sur pied par le Ministère égyptien de la Santé et de la Population et associant l'OMS et l'UNICEF, a permis de cerner et de traiter les problèmes aux niveaux des districts et sous-districts et de fixer les orientations stratégiques pour le programme. Un plan d'action de l'équipe spéciale en cas d'isolement du poliovirus sauvage a été mis au point en 2004 et suivi après la mise en évidence du cas de poliomyélite en mai.

On observe une amélioration substantielle des résultats de la surveillance de la PFA au cours des deux dernières années sur la base d'importants indicateurs de surveillance. Toutefois, la découverte d'une lignée de P1 orpheline chez le cas de poliovirus sauvage en mai 2004 fait penser à de possibles carences dans la surveillance de la PFA. La surveillance de l'environnement, qui vient compléter à la surveillance de la PFA, s'est révélée un instrument d'information utile sur la circulation du virus. Il sera donc important de retrouver le niveau de sensibilité et de fiabilité antérieur afin de pouvoir certifier les progrès futurs accomplis en vue de l'éradication du poliovirus.

Les données disponibles font plus que jamais penser que l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage est à portée de main en Egypte. Toutefois, la poursuite de la circulation de P1 en Haute Egypte montre qu'une très forte couverture par le VPO doit être maintenue afin d'interrompre de manière définitive la transmission étant donné la très forte densité de la population, les mouvements fréquents de population dans l'ensemble du pays et les moyens d'assainissement qui laissent toujours à désirer. L'engagement et l'appui du Gouvernement égyptien et de ses partenaires en faveur de l'éradication sont cruciaux et resteront nécessaires pour interrompre la transmission. ■

WHO action in Afghanistan aims to control debilitating leishmaniasis

On 10 August 2004, a rapid intervention by WHO and its partners, the Massoud Foundation and HealthNet International, in Kabul, Afghanistan, made possible by a donation from the Belgian Government, should dramatically reduce

Action de l'OMS contre la leishmaniose, Afghanistan

Le 10 août 2004, un don du gouvernement belge a permis une intervention rapide de l'OMS et de ses partenaires, la Fondation Massoud et *HealthNet International* à Kaboul (Afghanistan), qui devrait aboutir à une diminution spectaculaire de l'incidence de la

the incidence of leishmaniasis in less than 2 years. Without immediate action, the current epidemic threatens to escalate into an uncontrollable situation. This emergency initiative aims not only to treat those currently affected in the acute phase of the epidemic, but also to prevent further transmission of the disease.

Kabul is the largest centre of cutaneous leishmaniasis in the world, with an estimated 67 500 cases. The figure accounts for a third of the 200 000 cases in all of Afghanistan. Cutaneous leishmaniasis is a disabling disease transmitted by the bite of the sand fly.¹ The disease leads to disfigurement usually on the face and hands, and social stigma, particularly for women and children. As an immediate measure, WHO and its partners expect to begin distributing insecticide-treated bednets soon to protect more than 30 000 people from sand flies. This initiative also reflects WHO's commitment to ensuring that diseases of neglected populations are addressed with a sense of urgency.

While effective control programmes for leishmaniasis once existed in Afghanistan, the past 2 decades of continuing conflict has gravely weakened much of the health infrastructure. Environmental damage and poor sanitary conditions have resulted in the proliferation of sand flies' breeding sites. At the same time, the influx of large numbers of displaced people threatens to increase the disease's already epidemic levels. With little immunity to leishmaniasis, displaced people, or in this case, people returning from neighbouring Pakistan, are typically more susceptible to the disease.

To avert a sharp increase in the number of cases, WHO and its partners have launched an emergency initiative in Kabul that will include not only drug treatment, but also the distribution of insecticide-treated nets. As in the past, the provision of first-line drugs has been secured by WHO in collaboration with the Afghanistan Ministry of Health. At the same time, 16 000 insecticide-treated bednets will be distributed throughout Kabul. These will help to protect nearly 30 000 people. As a result of a grant of €200 000 from the Belgian Government, this immediate initiative is a timely intervention that aims to curtail the peak transmission season from September to October.

This rapid intervention is essentially the first phase in a 1-year plan to implement a national leishmaniasis control programme. If the initial initiative is successful in Kabul, it will then be replicated in other parts of Afghanistan. ■

leishmaniose en moins de deux ans. Sans cette action immédiate, l'épidémie actuelle menace de prendre des proportions incontrôlables. Elle consiste à traiter les personnes touchées dans la phase aiguë de l'épidémie, mais aussi à éviter toute nouvelle propagation de la maladie.

A Kaboul, on observe la plus grande concentration de leishmaniose au monde, avec 67 500 cas selon les estimations. Ce chiffre représente un tiers des 200 000 cas recensés dans l'ensemble du pays. La leishmaniose cutanée est une maladie incapacitante transmise par la morsure du phlébotome.¹ Elle provoque des préjudices esthétiques, en général sur le visage et les mains, et conduit tout particulièrement les femmes et des enfants au rejet social. L'OMS et ses partenaires vont commencer, dans l'immédiat, à distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticides pour protéger plus de 30 000 personnes des phlébotomes. Avec cette initiative, on retrouve aussi la volonté de l'OMS de veiller à ce que des mesures d'urgence soient prises pour les maladies des populations abandonnées.

Si par le passé il y a bien eu des programmes de lutte efficaces contre la leishmaniose en Afghanistan, deux décennies de conflits ont profondément affaibli les infrastructures de santé. La dégradation de l'environnement et les mauvaises conditions sanitaires ont entraîné la multiplication des sites de reproduction des phlébotomes. Parallèlement, l'afflux d'un grand nombre de personnes déplacées risque de renforcer davantage la maladie, déjà à un stade épidémique. Peu immunisées contre la leishmaniose, ces personnes déplacées, en l'occurrence des Afghans de retour du Pakistan voisin, sont en général plus sensibles à la maladie.

Pour éviter une forte augmentation du nombre des cas, l'OMS et ses partenaires ont donc lancé une initiative d'urgence à Kaboul, qui ajoute au traitement médicamenteux la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Comme dans le passé, l'OMS a veillé, en collaboration avec le Ministère afghan de la Santé, à l'approvisionnement en médicaments de première intention. Parallèlement, 16 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide vont être distribuées dans tout Kaboul, protégeant environ 30 000 personnes. Grâce au don de €200 000 du gouvernement belge, cette action immédiate vient à point nommé pour enrayer le pic de la transmission qui a lieu en septembre et octobre.

Cette intervention rapide est en fait la première phase d'un plan sur un an pour mettre en place un programme national de lutte contre la leishmaniose. Si elle réussit à Kaboul, elle sera reprise dans d'autres régions du pays. ■

¹ See <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs116/en/index.html> and <http://www.who.int/leishmaniasis/en/>

¹ Voir <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs116/fr/index.html> et <http://www.who.int/leishmaniasis/en/>

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 20 to 26 August 2004 / Notifications de maladies reçues du 20 au 26 août 2004

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique				Americas / Amériques	
Benin / Bénin	1-8. VIII	Uganda / Ouganda	5-25. VII	Colombia / Colombie	11. VII
.....	18 0	83 5	2 9
Cameroon / Cameroun	4. VII-15. VIII	United Republic of Tanzania / République-Unie de Tanzanie	7-13. VII		
.....	511 5	14 0		
Chad / Tchad	2-16. VIII				
.....	683 25				
Guinea / Guinée	9.15. VIII				
.....	51 3				