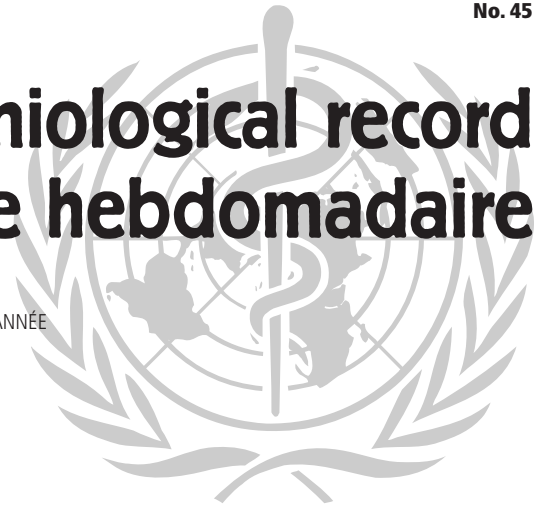


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 NOVEMBER 2006, 81st YEAR / 10 NOVEMBRE 2006, 81^e ANNÉE

No. 45, 2006, 81, 425–432

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

Contents

- 425 Outbreak of type-1 wild poliovirus in adults, Namibia, 2006
- 430 Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB): recommendations for prevention and control
- 432 International Health Regulations

Sommaire

- 425 Flambée de poliovirus sauvage de type 1 chez des adultes, Namibie, 2006
- 430 Tuberculose à bacilles ultrarésistants (tuberculose UR): recommandations en matière de prévention et de lutte contre la maladie
- 432 Règlement sanitaire international

Outbreak of type-1 wild poliovirus in adults, Namibia, 2006

After a 10-year period during which no cases of wild poliovirus (WPV) infection were detected in Namibia, an outbreak of type-1 WPV occurred in 2006; this outbreak occurred after importation of India-derived WPV from Angola. To date, 19 cases with onset of paralysis occurring between early May and the end of June were confirmed by isolation of type-1 WPV, primarily among young adult males. This report describes outbreak and response activities and provides an update on routine and supplementary immunization activities (SIAs) with oral polio vaccine (OPV) as well as information on surveillance of acute flaccid paralysis (AFP) in Namibia.

The 2006 outbreak

On 8 May 2006, a 39-year-old man from the Hardap region, approximately 400 km south-east of the capital Windhoek (*Map 1, Fig. 1*), was admitted to a hospital in Windhoek following the onset of AFP on 6 May 2006. On 5 June, the poliovirus laboratory at the National Institute for Communicable Diseases in South Africa reported detection of type-1 WPV in stool specimens from this patient. As of 2 October 2006, 306 cases of AFP had been reported in 2006, including 295 cases reported since May 2006 (*Fig. 1*). Of the 306 cases of AFP reported in 2006, 19 were confirmed as polio through isolation of WPV; onset of paralysis occurred in the most recent confirmed case on 26 June. Of the 19 confirmed cases, 6 died. Of the remaining 287 AFP cases, the national polio expert committee classified 7 cases as polio-compatible and discarded 201 cases as non-polio AFP. Another

Flambée de poliovirus sauvage de type 1 chez des adultes, Namibie, 2006

Après une période de 10 ans au cours de laquelle aucun cas d'infection par le poliovirus sauvage n'a été détecté en Namibie, une flambée d'infection à poliovirus sauvage de type 1 s'est produite en 2006. Cette flambée a fait suite à l'importation depuis l'Angola d'un poliovirus sauvage originaire d'Inde. A ce jour, 19 cas avec une paralysie survenue entre le début mai et la fin juin ont été confirmés par l'isolement du poliovirus sauvage de type 1, touchant principalement de jeunes hommes adultes. Le présent rapport décrit la flambée et les activités de riposte engagées et fournit une mise à jour concernant les activités de vaccination systématique et supplémentaire par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), ainsi que des données sur la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) en Namibie.

La flambée de 2006

Le 8 mai 2006, un homme de 39 ans de la région de Hardap, située à environ 400 km au sud-est de Windhoek, la capitale (*Carte 1, Fig. 1*), a été admis dans un hôpital de Windhoek suite à l'apparition d'une PFA le 6 mai 2006. Le 5 juin, le laboratoire du *National Institute for Communicable Diseases* en Afrique du Sud signalait la détection d'un poliovirus sauvage de type 1 dans les échantillons de selles de ce patient. Au 2 octobre 2006, 306 cas de PFA avaient été notifiés en 2006, dont 295 cas depuis le mois de mai 2006 (*Fig. 1*). Sur les 306 cas de PFA notifiés en 2006, 19 ont été confirmés comme étant des cas de poliomyélite par l'isolement d'un poliovirus sauvage; le début de paralysie s'est produit le 26 juin pour le cas le plus récemment confirmé. Sur les 19 cas confirmés, 6 sont décédés. Sur les 287 cas de PFA restants, le Comité national d'experts de la poliomyélite a classé 7 cas comme étant compatibles avec une poliomyélite et écarté 201 cas comme

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

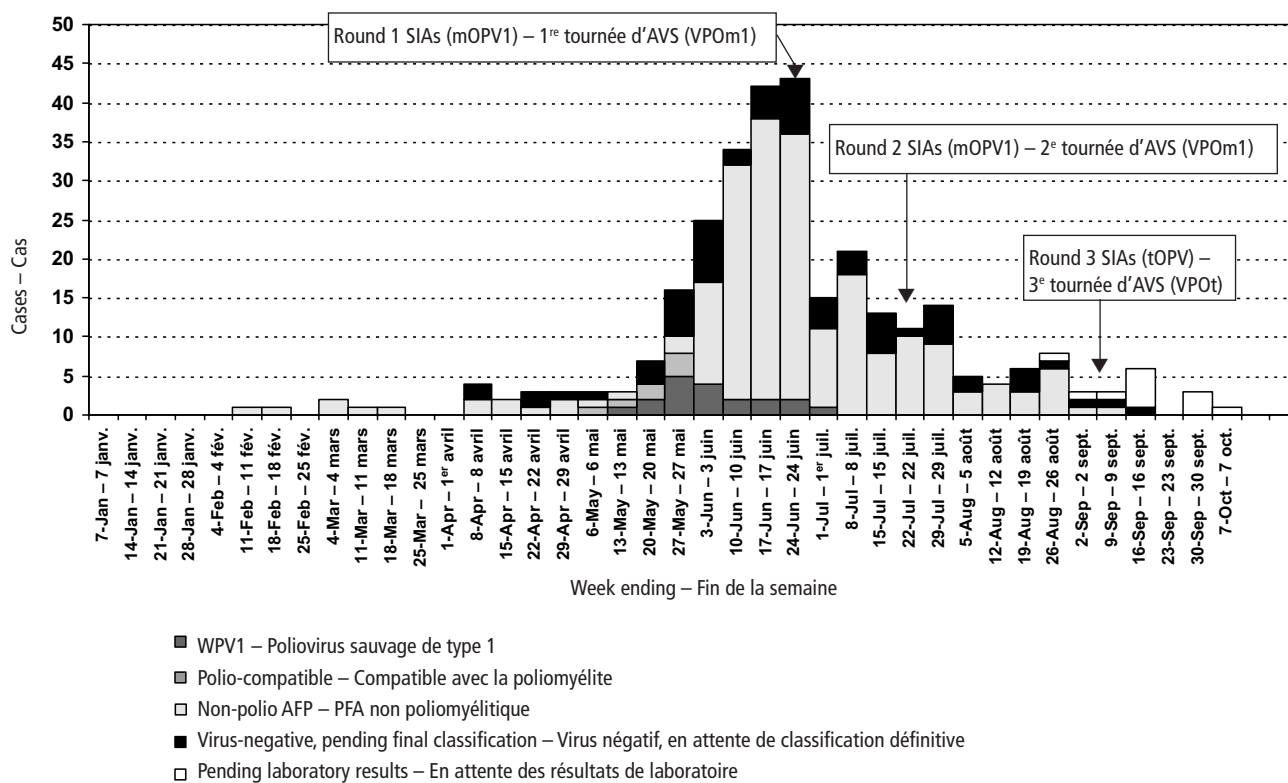
ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

11.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Fig. 1 Acute flaccid paralysis (AFP) cases by date of onset and classification status, during outbreak of type-1 wild poliovirus (WPV-1), Namibia, 1 January–2 October 2006

Fig. 1 Nombre de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) par date d'apparition et par type au cours de la flambée à poliovirus sauvage de type 1, Namibie, 1^{er} janvier-2 octobre 2006



during 21–23 June, 18–20 July and 22–24 August 2006, using both house-to-house and fixed-post vaccine-delivery strategies. Because of the age distribution of cases, the first 2 rounds targeted the entire population, while the third round targeted children aged <5 years. Type-1 monovalent OPV was used during the first 2 rounds, while trivalent OPV, measles vaccine and vitamin A were used in the third round.

Based on the number of vaccine doses used and current population estimates, close to 100% of the target population was reached during all 3 rounds. Results of post-campaign monitoring, conducted in 9 of 13 regions for the June and July rounds, also suggest coverage rates >95%. Both the second and third rounds of SIAs were conducted well after the last reported case, which occurred on 26 June, 5 days after the first nationwide SIAs were conducted (Fig. 1).

Past WPV incidence and polio outbreaks

Namibia did not report any polio cases between January 1990 and May 1993, when an outbreak of 53

organisées dans tout le pays du 21 au 23 juin, du 18 au 20 juillet et du 22 au 24 août 2006, à l'aide de stratégies faisant appel à la vaccination de porte en porte et à des postes de vaccination fixes. En raison de la distribution des âges des cas recensés, les 2 premières tournées ont ciblé l'ensemble de la population, tandis que la troisième ciblait les enfants âgés de <5 ans. On a utilisé un VPO monovalent de type 1 au cours des 2 premières tournées, tandis qu'un VPO trivalent, un vaccin antirougeoleux et de la vitamine A ont été utilisés pour la troisième tournée.

D'après le nombre de doses de vaccin utilisées et les estimations démographiques actuelles, près de 100% de la population cible a été atteinte au cours de ces 3 tournées. Les résultats de la surveillance après campagne, effectuée dans 9 des 13 régions pour les tournées de juin et juillet, laissent également penser que les taux de couverture ont été supérieurs à 95%. La seconde et la troisième tournée d'activités de vaccination supplémentaire ont eu lieu bien après la notification du dernier cas le 26 juin, c'est-à-dire 5 jours après la fin des premières activités de vaccination supplémentaire dans l'ensemble du pays (Fig. 1).

Incidence du poliovirus sauvage et flambées de poliomyélite antérieures

La Namibie n'a signalé aucun cas de poliomyélite entre janvier 1990 et mai 1993, lorsqu'une flambée de 53 cas de

cases of type-1 WPV occurred (27 cases virologically confirmed and 26 clinically confirmed). Altogether, 79% of 53 cases in the 1993 outbreak occurred among children aged <5 years. A smaller outbreak of 27 cases of type-1 WPV occurred in the northern regions of Namibia during 1994–1995. Both outbreaks were linked to WPV imported from Angola. Prior to 2006, the most recent case of WPV reported in Namibia occurred in September 1995.

Routine and supplementary OPV immunization

The Namibian Expanded Programme on Immunization (EPI) was established in June 1990, the year in which Namibia gained independence from South Africa. Independence ended a long period of conflict that had started in 1966; during this time, public health services, including immunization, were severely disrupted. Immunization services improved rapidly after 1990, with survey estimates for coverage of infants with 3 doses of OPV (OPV3) increasing from 37% in 1989 to 76% in 2000. However, coverage estimates varied widely between regions. For example, in 1993 only about half of children aged <1 year in the more densely populated north-west regions received OPV3. Since 2000, reported national annual coverage of OPV3 has ranged from 64% to 83%, with continued variation at the subnational level. Annual SIAs have been implemented since 1996 to target children aged <5 years; these have reported coverage rates of >90%.

AFP surveillance

AFP surveillance is evaluated by 2 key indicators: sensitivity of reporting (target: non-polio AFP rate of ≥ 1 case per 100 000 children aged <15 years) and completeness of specimen collection (target: 2 adequate stool specimens from >80% of all AFP cases). Between 2001 and 2005, national non-polio AFP rates in Namibia exceeded 1/100 000 children aged <15 years (2004, 2.6/100 000; 2005, 2.0/100 000). With the increase in AFP reporting during the outbreak, non-polio AFP rates in 2006 have exceeded 2/100 000 children aged <15 years in all regions. Nationally, adequate stool specimens were obtained from >80% of AFP cases occurring between 2003 and 2005. However, adequate stool specimen collection in 2006 to date was 67%, and exceeded 80% in only 4 of Namibia's 13 regions.

Genetic sequencing of the viral genome indicates the virus that caused the outbreak in Namibia belongs to the same virus cluster as virus detected since 2005 in Angola and the Democratic Republic of the Congo; this virus was imported into Angola from India. Sequencing data also suggest that the outbreak virus had been circulating in the south-west Africa subregion without detection for up to 2 years. Angola reported 10 cases of type-1 WPV infection in 2005 but none in 2006 until a case with onset on 27 June was reported; this is consistent with recent undetected circulation and surveillance gaps in Angola occurring in early 2006. Relationships in genetic sequences among the Namibian isolates show that spread occurred recently from a single source of infection.

poliovirus sauvage de type 1 s'est déclarée (27 cas confirmés virologiquement et 26 cas confirmés cliniquement). Au total, 79% des 53 cas de la flambée de 1993 ont touché des enfants âgés de moins de 5 ans. Une flambée plus petite de 27 cas dus au poliovirus sauvage de type 1 s'est produite dans les régions du nord de la Namibie en 1994–1995. Ces deux flambées ont été liées à des poliovirus sauvages importés d'Angola. Avant 2006, les cas les plus récents de poliovirus sauvage signalés en Namibie remontaient à septembre 1995.

Vaccination systématique et supplémentaire par le VPO

Le Programme élargi de vaccination (PEV) namibien a été créé en juin 1990, année au cours de laquelle l'Afrique du Sud a reconnu l'indépendance de la Namibie. Cette indépendance a mis fin à une longue période de conflit qui avait débuté en 1966 et au cours de laquelle les services de santé publique, notamment les services de vaccination, avaient été profondément désorganisés. Les services de vaccination se sont rapidement améliorés après 1990, les estimations de la couverture des nourrissons par les 3 doses de VPO (VPO3) passant, d'après les enquêtes, de 37% en 1989 à 76% en 2000. Cependant, les estimations de la couverture montrent des variations importantes d'une région à l'autre. Par exemple, en 1993, près de la moitié seulement des enfants <1 an des régions du nord-ouest, lesquelles sont les plus densément peuplées, recevaient les 3 doses de VPO. Depuis 2000, la couverture annuelle nationale rapportée est passée de 64% à 83%, avec toujours des variations à l'échelle régionale. Des activités de vaccination supplémentaire ont été mises en œuvre annuellement depuis 1996 afin de cibler les enfants de <5 ans; celles-ci ont rapporté des taux de couverture supérieurs à 90%.

Surveillance de la PFA

La surveillance de la PFA a été évaluée au moyen de 2 indicateurs importants: la sensibilité de la notification (cible: taux de PFA non poliomyélitique ≥ 1 cas pour 100 000 enfants âgés de <15 ans) et le recueil d'échantillons de selles conformes (cible: 2 échantillons de selles appropriés dans plus de 80% des cas de PFA). Entre 2001 et 2005, les taux de PFA non poliomyélitique enregistrés en Namibie dépassaient 1 pour 100 000 enfants âgés de <15 ans (2004, 2,6 pour 100 000; 2005, 2,0 pour 100 000). Avec l'augmentation de la notification de cas de PFA pendant la flambée, les taux de PFA non poliomyélitique ont dépassé 2 pour 100 000 enfants âgés de <15 ans dans l'ensemble des régions en 2006. A l'échelle nationale, des échantillons de selles conformes ont été obtenus dans plus de 80% des cas de PFA survenus entre 2003 et 2005. Toutefois, en 2006, les échantillons de selles recueillis dans de bonnes conditions ont été de 67% à ce jour et n'ont dépassé 80% que dans 4 des 13 régions de Namibie.

Le séquençage du génome viral indique que le virus ayant provoqué la flambée en Namibie appartient au même groupe de virus que celui détecté depuis 2005 en Angola et dans la République démocratique du Congo; ce virus a été importé en Angola depuis l'Inde. Les données du séquençage laissent également à penser que le virus de la flambée a circulé pendant 2 ans dans le sud-ouest de l'Afrique sans être détecté. L'Angola a rapporté 10 cas d'infection à poliovirus sauvage de type 1 en 2005 mais aucun en 2006, jusqu'à ce qu'un cas déclaré le 27 juin soit notifié; cela correspond à la circulation de virus non détectée et aux lacunes de la surveillance observées en Angola au début de l'année 2006. La parenté des séquences génétiques des isolements namibiens montre que la propagation s'est faite récemment à partir d'une source unique d'infection.

Editorial note. This outbreak underscores the ongoing threat of importation of WPV into polio-free areas, the ability of WPV to spread in any susceptible population regardless of age, and the need for polio-free countries to maintain high levels of preparedness to ensure the timely detection of and response to possible importations.

Virus importation from Angola is suggested not only on the basis of sequencing data but also as a likely result of frequent cross-border contacts among population groups living on both sides of the border. Compared with non-polio cases of AFP, Namibia's WPV cases more often reported having had contact with Angolan nationals during the 3 months preceding onset of paralysis ($P = 0.004$).

This outbreak primarily affected young adult males born before 1990, a group that either was not vaccinated or was incompletely vaccinated. This group would also not have been covered by EPI acceleration campaigns held between 1990 and 1995 that targeted children aged <5 years. Increasing the coverage of vaccination among younger children in the early 1990s reduced transmission of WPV and, in turn, reduced opportunities for older, unvaccinated individuals to acquire natural immunity, which may be one of the factors contributing to the high rate of infection among older age groups during this outbreak. The Namibia outbreak illustrates that populations of any age with low immunity against poliovirus are at risk. Previous polio outbreaks in adults include a large outbreak in Albania in 1996 (138 paralytic cases; 69 confirmed type-1 WPV cases with an attack rate of 10/100 000 among adults aged 19–25 years).² Outbreaks affecting adults have occurred among religious groups with low acceptance of vaccination.³

Of the 19 WPV-confirmed cases, 6 died, giving a case-fatality rate (CFR) of 31%. The fact that 4 of the 6 had respiratory symptoms requiring ventilator support, and at least 1 other developed respiratory difficulty shortly before death, suggests that bulbar paralysis may have contributed to the high CFR. High CFRs among young adults have been reported previously. In an outbreak in the Cape Verde islands,⁴ the CFR was 57% among those aged >15 years. The CFR in the Albania outbreak was highest among those aged 19–25 years (18%).

During 2004 and 2005, AFP surveillance systems at the national level in both Angola and Namibia reached non-polio AFP rates of around 2/100 000 aged <15 years or higher, with stool specimen adequacy levels exceeding 80% in both countries. However, poliovirus circulation in the subregion escaped detection for approximately 2 years, suggesting there are considerable gaps in the quality of AFP surveillance at the subnational level. During the 2006 outbreak to date, only 4 of Namibia's 13 regions have met the 80% stool specimen adequacy

Note de la rédaction. Cette flambée souligne la menace toujours présente d'importation du poliovirus sauvage dans des zones exemptes de poliomyélite, la capacité du poliovirus sauvage à se propager dans n'importe quelle population sensible quel que soit l'âge et la nécessité pour ces pays exemptes de poliomyélite de maintenir un haut degré de préparation pour pouvoir détecter à temps les importations éventuelles et engager une riposte en temps voulu.

Une importation de virus en provenance d'Angola est évoquée non seulement à partir des données du séquençage, mais aussi comme le résultat probable des contacts transfrontaliers fréquents entre groupes de population vivant de chaque côté de la frontière. Par comparaison avec les cas de PFA non poliomyélique, les cas de poliovirus sauvage en Namibie ont plus souvent signalé avoir eu des contacts avec des Angolais au cours des 3 mois ayant précédé le début de la paralysie ($p = 0,004$).

Cette flambée a principalement touché les jeunes hommes adultes nés avant 1990, un groupe non vacciné ou incomplètement vacciné. Ce groupe n'a pas non plus été couvert par les campagnes d'accélération du PEV organisées entre 1990 et 1995, qui visaient les enfants âgés de <5 ans. Le fait d'augmenter la couverture vaccinale chez les jeunes enfants au début des années 90 a permis de réduire la transmission du poliovirus sauvage et a, de ce fait, réduit les occasions pour les sujets plus âgés non vaccinés d'acquérir une immunité naturelle, ce qui constitue probablement un des facteurs ayant favorisé le taux élevé d'infection dans les groupes plus âgés au cours de cette flambée. La flambée namibienne illustre le fait que des populations de tous âges dont l'immunité contre le poliovirus est faible sont à risque. Les flambées antérieures de poliomyélite ayant touché des adultes comprennent une importante flambée survenue en Albanie en 1996 (138 cas paralytiques; 69 confirmés comme étant dus au poliovirus sauvage de type 1, avec un taux d'attaque de 10 pour 100 000 adultes âgés de 19 à 25 ans).² Des flambées touchant les adultes se sont également produites dans des groupes religieux acceptant mal la vaccination.³

Sur les 19 cas confirmés à poliovirus sauvage, 6 patients sont décédés, ce qui donne un taux de létalité de 31%. Le fait que 4 d'entre eux aient eu des symptômes respiratoires nécessitant une ventilation assistée et qu'au moins un autre ait présenté des difficultés respiratoires peu avant son décès laisse à penser qu'une paralysie bulbaire peut être à l'origine de ce taux de létalité élevé. Des taux de létalité élevés chez de jeunes adultes ont été rapportés auparavant. Dans une flambée survenue dans les îles du Cap-Vert,⁴ ce taux était de 57% chez les >15 ans. Dans la flambée survenue en Albanie, il était le plus élevé chez les 19-25 ans (18%).

En 2004 et 2005, les systèmes de surveillance de la PFA à l'échelle nationale en Angola comme en Namibie ont atteint des taux de PFA non poliomyélique d'environ 2 pour 100 000 enfants de <15 ans ou davantage, avec des échantillons de selles recueillis dans de bonnes conditions dans plus de 80% des cas dans les deux pays. La circulation du poliovirus dans cette sous-région a cependant échappé à la détection pendant près de 2 ans, ce qui laisse à penser qu'il existe des failles considérables dans la qualité de la surveillance de la PFA à l'échelle infranationale. Au cours de la flambée de 2006, seules 4 régions de Namibie sur

² See No. 39, 1996, pp. 293–295.

³ See No. 46, 1992, pp. 341–344.

⁴ See No. 19, 2000, p. 401.

² Voir N° 39, 1996, pp. 293-295.

³ Voir N° 46, 1992, pp. 341-344.

⁴ Voir N° 19, 2000, p. 401.

standard. Surveillance training sessions targeting district and regional staff were held in July, August and September. Maintaining high-quality surveillance at subnational levels in Namibia and surrounding countries is critical in order to rapidly detect circulation of WPV.

WHO's Advisory Committee on Polio Eradication recommends⁵ that any polio-free country that detects imported WPV conduct at least 3 large-scale house-to-house immunization campaigns using type-specific monovalent OPV, initiating the first round within 28 days of confirmation and continuing with at least 2 SIA rounds after the last case of infection with the virus is detected. Namibia is to be commended for rapidly planning and implementing comprehensive response activities. The first round of SIAs targeting the entire population was conducted within 3 weeks of confirmation of the first case (46 days after the onset of paralysis of the first case).

The last known confirmed case of WPV infection occurred <1 week after the first round, and no WPV-confirmed cases have been reported since then. It is of concern that 66 cases had inadequate stool specimens collected (8 with dates of onset occurring >14 days after the second SIA); these results are pending review and classification by the national polio expert committee. Additional SIA rounds will be needed in Namibia if more WPV cases are detected.

The risk of WPV spreading from Angola to both the Democratic Republic of the Congo and Namibia remains high until circulation in Angola has been interrupted. In Angola, additional SIAs are planned for early December 2006. The increase in the number of WPV cases reported from endemic countries (particularly India and Nigeria) in 2006 indicates that the threat of importation from endemic countries will require constant vigilance by all polio-free countries until poliovirus transmission is interrupted globally. ■

⁵ See No. 38, 2005, pp. 330–331.

13 ont satisfait à ce jour à la norme de 80% d'échantillons de selles conformes. Des séances de formation à la surveillance destinées au personnel de santé des districts et des régions se sont tenues en juillet, août et septembre. Il est essentiel de maintenir une surveillance de qualité à l'échelle régionale en Namibie et dans les pays voisins pour pouvoir détecter rapidement la circulation d'un poliovirus sauvage.

Le Comité consultatif OMS sur l'Éradication de la Poliomyélite recommande⁵ que tout pays exempt de poliomyélite qui détecte un poliovirus sauvage importé mène au moins 3 campagnes de vaccination porte-à-porte à grande échelle au moyen du VPO monovalent spécifique, en démarrant la première tournée dans les 28 jours suivant la confirmation du cas et en la faisant suivre d'au moins 2 tournées d'activités de vaccination supplémentaire après que le dernier cas d'infection par le virus a été détecté. Il faut féliciter la Namibie pour avoir rapidement planifié et mis en oeuvre des activités de riposte. La première tournée d'activités de vaccination supplémentaire ciblant l'ensemble de la population a été effectuée dans les 3 semaines suivant la confirmation du premier cas (46 jours après le début de paralysie du premier cas).

Le dernier cas confirmé d'infection à poliovirus sauvage connu s'est produit moins d'une semaine après la première tournée, et aucun cas confirmé n'a été notifié depuis. Il est préoccupant de constater que, dans 66 cas, il n'a pas été possible de recueillir des échantillons de selles dans de bonnes conditions (dont 8 avec des débuts de paralysie survenus plus de 14 jours après la deuxième tournée d'activités de vaccination supplémentaire); ces résultats sont en cours d'examen et de classification par le Comité national d'experts de la poliomyélite. D'autres tournées d'activités de vaccination supplémentaire seront nécessaires en Namibie si l'on détecte d'autres cas d'infection à poliovirus sauvage.

Le risque d'une propagation du poliovirus sauvage depuis l'Angola vers la République démocratique du Congo et la Namibie reste élevé tant que la circulation du virus n'a pas été interrompue en Angola. Dans ce pays, d'autres activités de vaccination supplémentaire sont prévues pour le début décembre 2006. L'augmentation du nombre de cas d'infection à poliovirus sauvage notifiés dans les pays d'endémie (en particulier en Inde et au Nigéria) en 2006 indique que la menace d'une importation à partir des pays d'endémie exige une vigilance constante de la part de tous les pays exempts de poliomyélite jusqu'à ce que la transmission du poliovirus ait été interrompue partout dans le monde. ■

⁵ Voir N° 38, 2005, pp. 330-331.

Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB): recommendations for prevention and control

The WHO Global Task Force on XDR-TB met in Geneva, Switzerland, on 9–10 October 2006 to review available information on the emergence of XDR-TB and to recommend measures to prevent and control this serious international public health threat. Data were presented from the first global compilation on the emergence of XDR-

Tuberculose à bacilles ultrarésistants (tuberculose UR) : recommandations en matière de prévention et de lutte contre la maladie

Le Groupe spécial mondial OMS sur la tuberculose UR s'est réuni à Genève (Suisse) les 9 et 10 octobre 2006 afin d'examiner les informations disponibles concernant l'émergence de la tuberculose UR et de recommander des mesures en matière de prévention et de lutte contre cette grave menace pour la santé publique internationale. Les données de la première compilation mondiale

TB and from several affected countries: Estonia, Latvia, Lesotho, Peru, the Philippines, South Africa and Swaziland. The objectives of the meeting were (i) to identify the key issues to be addressed in the short term and action to be taken and (ii) to develop longer-term plans for appropriate response at global, regional and country levels.

XDR-TB stems from poor general TB control and the consequent development of multidrug-resistant TB (MDR-TB); it is associated with high mortality rates. HIV-infected patients are particularly vulnerable. Since many countries do not have laboratory capacity to diagnose drug-resistant TB, information on its distribution and magnitude is incomplete. Treatment is difficult, and appropriate second-line drugs are not universally available, raising concern that epidemics of MDR-TB and XDR-TB may jeopardize TB control efforts, as well as antiretroviral treatment programmes.

The following revised laboratory case definition for XDR-TB was approved:

“XDR-TB is TB showing resistance to at least rifampicin and isoniazid, which is the definition of MDR-TB, in addition to any fluoroquinolone, and to at least 1 of the 3 following injectable drugs used in anti-TB treatment: capreomycin, kanamycin and amikacin.”

The following 9 summary recommendations were made:

- 1. Global TB control.** Control of TB globally should be strengthened immediately and concurrently with scaling up universal access to HIV treatment and care. The Global Plan to Stop TB should reflect the threat of XDR-TB, and WHO guidelines revised accordingly.
- 2. Management of patients.** The algorithm and revised guidelines for diagnosis and management of patients at risk for MDR-TB and XDR-TB should be finalized and evaluated in countries without delay. Rapid tests for rifampicin resistance should be made widely available.
- 3. Programmatic management.** WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant TB should be updated to address XDR-TB and TB/HIV co-management, and implemented as soon as possible. Countries should consider using the Green Light Committee mechanism to facilitate access to high-quality low-priced second-line anti-TB drugs. WHO good practice in legislation and regulations for TB control should be reviewed for adoption and adaptation at country level.
- 4. Laboratory services.** WHO should disseminate the revised laboratory case definition for XDR-TB. A stra-

sur l'émergence de la tuberculose UR et celles en provenance de plusieurs pays touchés (Afrique du Sud, Estonie, Lettonie, Lesotho, Pérou, Philippines et Swaziland) y ont été présentées. Les objectifs de la réunion étaient i) de recenser les principaux problèmes auxquels il faut faire face à court terme et les actions à mener et ii) d'élaborer des plans à plus long terme pour apporter une réponse appropriée à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

La tuberculose UR est le résultat d'efforts de lutte insuffisants contre la tuberculose qui ont débouché sur l'apparition d'une tuberculose multirésistante (tuberculose MR); elle est associée à des taux de mortalité élevés. Les sujets infectés par le VIH y sont particulièrement sensibles. Comme de nombreux pays ne disposent pas de la capacité de laboratoire voulue pour diagnostiquer la tuberculose pharmacorésistante, les données relatives à sa distribution et à son ampleur sont incomplètes. Son traitement est difficile et les médicaments de deuxième intention appropriés ne sont pas disponibles partout, ce qui suscite des préoccupations relatives au fait que des épidémies de tuberculose MR et de tuberculose UR risqueraient de remettre en cause non seulement tous les efforts de lutte contre la tuberculose, mais aussi les programmes de traitement par les antirétroviraux.

La définition révisée du cas de tuberculose UR au laboratoire suivante a été approuvée:

«La tuberculose UR est une tuberculose résistante au moins à la rifampicine et à l'isoniazide, ce qui correspond à la définition de la tuberculose MR, en plus d'une résistance à une fluoroquinolone quelle qu'elle soit et à au moins un antituberculeux injectable sur les 3 utilisés pour le traitement: capréomycine, kanamycine et amikacine».

Les 9 recommandations succinctes qui suivent ont été formulées:

- 1. Lutte mondiale contre la tuberculose.** La lutte contre la tuberculose doit être immédiatement renforcée partout dans le monde en même temps que sera élargi l'accès universel à un traitement et à des soins liés au VIH. Le plan mondial Halte à la tuberculose doit tenir compte de la menace que représente la tuberculose UR, et les lignes directrices de l'OMS doivent être révisées en conséquence.
- 2. Prise en charge des malades.** L'algorithme et les lignes directrices révisées relatives au diagnostic et à la prise en charge des malades qui présentent un risque de tuberculose MR et de tuberculose UR doivent être finalisés et évalués dans les pays sans plus tarder. Des tests d'identification rapide de la résistance à la rifampicine doivent être largement mis à disposition.
- 3. Gestion programmatique.** Les lignes directrices OMS relatives à la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante doivent être mises à jour pour tenir compte de la tuberculose UR et de la prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH et mises en œuvre dès que possible. Les pays doivent envisager de faire usage du mécanisme du Comité Feu vert afin de faciliter l'accès à des antituberculeux de seconde intention de qualité à prix réduit. Les bonnes pratiques OMS en matière de législation et de réglementation pour la lutte antituberculeuse doivent être réexaminées afin d'être adoptées et adaptées à l'échelon national.
- 4. Services de laboratoire.** Il appartient à l'OMS de diffuser la définition révisée du cas de tuberculose UR au laboratoire.

tegic, budgeted plan for laboratory strengthening should be developed for global and national levels, with the aim of ensuring that all TB patients have access to timely, quality-assured laboratory diagnostic services; the plan should include deployment of rapid diagnostic tests. Access to second-line drug susceptibility testing should be increased.

5. **Infection control.** Measures for infection control should be implemented rapidly in health-care settings and other high-risk areas such as prisons, to reduce the transmission of drug-resistant TB. WHO guidelines on infection control should be revised.
6. **Surveillance.** Rapid surveys should be carried out focused on high-risk patients in order to establish the geographical distribution of XDR-TB. Thereafter, surveillance for XDR-TB must be included within existing drug-resistance surveillance systems.
7. **ACSM.** Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) should be enhanced to promote effective prevention, treatment and control of XDR-TB at global and national levels, especially in settings of high HIV prevalence.
8. **Resource mobilization.** WHO should develop a fully budgeted plan for resource mobilization to meet the short- and long-term needs to address XDR-TB at global, regional and country levels.
9. **Research and development.** WHO should convene an expert consultation as soon as possible to review research and development issues related to XDR-TB.

The full report of the meeting can be accessed at <http://www.who.int/tb/xdr/> ■

Un plan stratégique budgété pour le renforcement du potentiel de laboratoire doit être élaboré à l'échelle mondiale et nationale, dans l'intention de faire en sorte que tous les tuberculeux aient accès en temps voulu à des services de diagnostic au laboratoire de qualité; ce plan devra prévoir le déploiement des tests de diagnostic rapide. L'accès aux tests de sensibilité aux médicaments de seconde intention doit être élargi.

5. **Lutte contre l'infection.** Des mesures de lutte contre l'infection doivent être mises en oeuvre rapidement dans les établissements de santé et autres zones à haut risque telles que les prisons, afin de réduire la transmission de la tuberculose pharmacorésistante. Les lignes directrices de l'OMS relatives à la lutte contre l'infection doivent être révisées.
6. **Surveillance.** Des enquêtes rapides axées sur les malades à haut risque doivent être effectuées pour pouvoir établir la distribution géographique de la tuberculose UR. Par la suite, la surveillance de la tuberculose UR devra être intégrée dans les systèmes de surveillance de la pharmacorésistance existants.
7. **SCMS.** Sensibilisation, communication et mobilisation sociale (SCMS) doivent être renforcées pour promouvoir l'efficacité de la prévention, du traitement et de la lutte contre la tuberculose UR à l'échelle mondiale et nationale, surtout dans les endroits où la prévalence du VIH est élevée.
8. **Mobilisation des ressources.** L'OMS doit élaborer un plan de mobilisation des ressources entièrement budgété afin de répondre aux besoins à court et à long terme pour faire face à la tuberculose UR à l'échelle mondiale, régionale et nationale.
9. **Recherche et développement.** L'OMS devrait réunir dès que possible une consultation d'experts afin d'examiner les questions de recherche et de développement en rapport avec la tuberculose UR.

Le rapport in extenso de la réunion peut être consulté à l'adresse suivante: <http://www.who.int/tb/xdr/> ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 3 to 9 November 2006 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 novembre 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique		Cases / Deaths Cas / Décès	Malawi		Cases / Deaths Cas / Décès	Europe		Cases / Deaths Cas / Décès
Burundi	02-29.X		Malawi	01.V-29.X		United Kingdom/ Royaume-Uni	01-31.X	
.....	239	1	.....	113	8	.....	2 (2i)	0
Liberia/Libéria	16-29.X		Niger	02-29.X		.....	
.....	437	0	.....	194	14			

i = imported cases. - cas importés