



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

5 NOVEMBER 1993 • 68th YEAR

68^e ANNÉE • 5 NOVEMBRE 1993

CONTENTS	SOMMAIRE
Influenza in the world – 1 October 1992–30 September 1993	La grippe dans le monde – 1 ^{er} octobre 1992–30 septembre 1993
329	329
Global Programme on AIDS – Sentinel HIV surveillance, Nigeria	Programme mondial de lutte contre le SIDA – Surveillance du VIH par réseau sentinelle, Nigéria
332	332
Meningococcal meningitis, South Africa	Méningite à méningocoques, Afrique du Sud
335	335
Influenza	Grippe
336	336
Yellow-fever vaccinating centres for international travel – Amendments to 1991 publication	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux – Amendements à la publication de 1991
336	336
Diseases subject to the Regulations	Maladies soumises au Règlement
336	336

Influenza in the world

1 October 1992–30 September 1993

Overview

With few exceptions, the 1992-1993 influenza season was mild or moderately severe. Influenza B predominated in Europe and North America and influenza A in Africa, Asia, South America and Oceania. Most influenza A viruses further identified were influenza A(H3N2), the H1N1 subtype being very rare this season. In many parts of the world both influenza types co-circulated or one appeared as outbreaks of the other were waning. All age groups were affected but mainly children: the epidemic caused absenteeism in schools and forced classes to close but had less impact on work absenteeism and mortality data.

The global picture of the 1992-1993 influenza season is based on reports received from the National Influenza Centres and other virus laboratories reporting to WHO on influenza in 48 countries in the world. The type and intensity of influenza activity diagnosed by virus isolation or detection of the virus antigen each month are shown in *Table 1*. The relative importance of the two influenza A subtypes and influenza B is illustrated in *Fig. 1*, which shows the number of countries reporting on each virus type during the season.

Africa

Influenza A(H3N2) virus was isolated in all 5 African countries reporting on influenza this season: Egypt, Madagascar, South Africa, Tunisia and Zambia. A few cases of influenza B were detected in Madagascar and South Africa. Influenza A(H3N2) virus was isolated during outbreaks in Tunisia in February, in Madagascar from April to June, in South Africa from May to August and in Zambia from June to August. Influenza viruses continued to be isolated in Zambia in September during an outbreak in a boarding school.

La grippe dans le monde

1^{er} octobre 1992–30 septembre 1993

Synopsis

A quelques exceptions près, la grippe a été bénigne ou modérément grave durant la saison 1992-1993. C'est la grippe B qui a prédominé en Europe et en Amérique du Nord, et la grippe A en Afrique, en Asie, en Amérique du Sud et en Océanie. La plupart des virus A que l'on a identifiés appartenaient au sous-type H3N2, le sous-type H1N1 étant très rare cette saison. Dans de nombreuses régions du monde, les deux types circulaient simultanément, ou bien l'un apparaissait lorsque l'autre était sur le déclin. Tous les groupes d'âge ont été touchés, mais plus spécialement les enfants: l'épidémie a provoqué l'absentéisme à l'école et contraint à fermer des classes, mais son impact sur l'absentéisme au travail et la mortalité a été moindre.

Le tableau général de la saison grippale 1992-1993 a été dressé grâce aux notifications émanant des centres nationaux de la grippe et autres laboratoires de virologie qui font rapport à l'OMS sur la grippe dans 48 pays du monde. Le *Tableau 1* donne le type et l'intensité de l'activité grippale diagnostiquée chaque mois par isolement du virus ou mise en évidence de l'antigène viral. La *Fig. 1* fait ressortir l'importance relative des deux sous-types A et de la grippe B, et indique le nombre de pays ayant signalé chacun des types de virus au cours de la saison.

Afrique

Le virus grippal A(H3N2) a été isolé dans chacun des 5 pays d'Afrique ayant déclaré des cas de grippe cette saison: Afrique du Sud, Egypte, Madagascar, Tunisie et Zambie. Quelques cas de grippe B ont été repérés en Afrique du Sud et à Madagascar. Le virus grippal A(H3N2) a été isolé lors de poussées en Tunisie en février, à Madagascar d'avril à juin, en Afrique du Sud de mai à août et en Zambie de juin à août. On a continué à isoler des virus grippaux en Zambie, pendant le mois de septembre, lors d'une flambée qui a touché un internat.

Table 1 Extent and type of influenza activity, October 1992-September 1993
 Tableau 1 Etendue de l'activité grippale, et type de virus, octobre 1992-septembre 1993

Country Pays	October Octobre	November Novembre	December Décembre	January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	September Septembre
Africa - Afrique												
Egypt - Égypte	0	0	0	H3 B			H3	H3	H3	H3	H3	
Madagascar												
South Africa - Afrique du Sud												
Tunisia - Tunisie												
Zambia - Zambie												
Americas - Amériques												
Argentina - Argentine	0	0	0	H1 B	A H3	A H3	A H3	A H3	A H3	A H3	A H3	
Brazil - Brésil												
Canada												
Chile - Chili												
Mexico - Mexique												
United States of America - États-Unis d'Amérique	B	A B	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H1 H3	H3
Asia - Asie												
China - Chine												
Hong Kong	0	B	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Iran (Islamic Republic of) - Iran (République islamique d')												
Japan - Japon												
Malaysia - Malaisie												
Singapore - Singapour												
Thailand - Thaïlande	H3 H1	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	H3 B	B
Europe												
Austria - Autriche	0	0	0	0	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Belgium - Belgique	0	0	B	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Bulgaria - Bulgarie												
Croatia - Croatie												
Czech Republic - République tchèque												
Denmark - Danemark												
Finland - Finlande												
France	B	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Germany - Allemagne												
Greece - Grèce												
Hungary - Hongrie												
Ireland - Irlande												
Italy - Italie												
Lithuania - Lituanie												
Netherlands - Pays-Bas												
Norway - Norvège	0	B	H1	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Poland - Pologne	0	B	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Portugal												
Romania - Roumanie												
Russian Federation - Fédération de Russie	0	B	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Slovak Republic - République slovaque												
Spain - Espagne	0	0	B	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Sweden - Suède												
Switzerland - Suisse												
United Kingdom - Royaume-Uni	0	0	0	H1	H3	H3	H3	H3	H3	H3	H3	
Yugoslavia - Yougoslavie	0	0	0	B								
Oceania - Océanie												
Australia - Australie												
New Zealand - Nouvelle-Zélande												
Popou New Guinea - Papouasie-Nouvelle-Guinée	A											

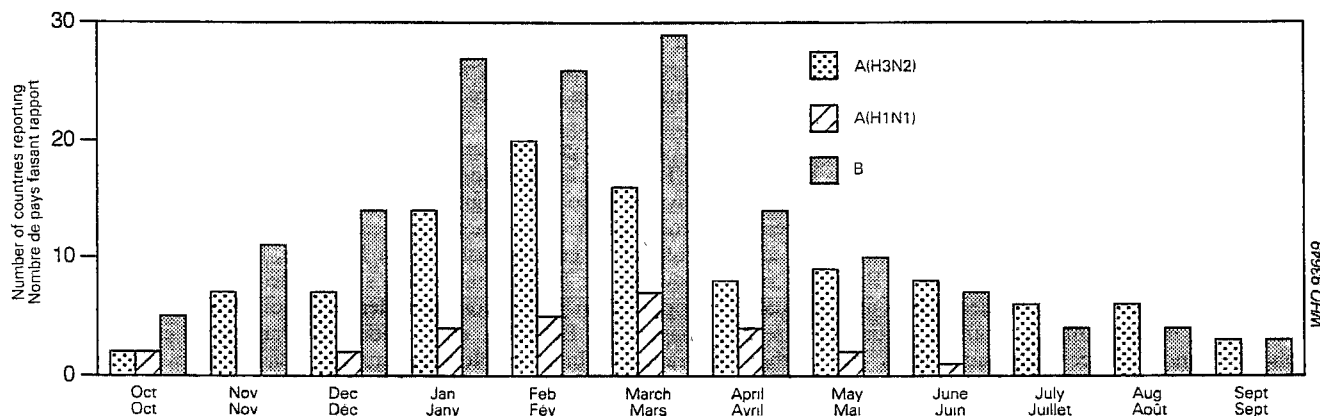
Number of countries reporting to WHO (48) - Nombre de pays faisant rapport à l'OMS (48)

0 = Reports received indicating absence of influenza activity - Rapports reçus indiquant l'absence d'activité grippale
 A = Influenza A, untyped - Groupe A, n'ayant pas fait l'objet d'un typage
 B = Influenza B - Groupe B
 H1 = Influenza A(H1N1) - Groupe A(H1N1)
 H3 = Influenza A(H3N2) - Groupe A(H3N2)

• = Sporadic case(s) - Cas sporadiques(s)
 •• = More than sporadic activity, local outbreaks - Activités plus que sporadiques, foyers locaux
 ••• = Widespread activity, epidemics - Activités étendues, épidémies

Fig. 1 Influenza virus types reported during the 1992-1993 season (by number of countries)

Fig. 1 Types de virus grippaux signalés au cours de la saison 1992-1993 (par nombre de pays)



Americas

Influenza B predominated in the early part of the season in Canada and the United States of America. The virus caused many outbreaks in schools but had little impact on the mortality from influenza and pneumonia. Beginning in February, influenza A(H3N2) virus became more commonly detected in both countries and, towards the end of the season, it was the most common influenza type in the eastern states of the United States. The increase in influenza A(H3N2) was also reflected in increasing mortality from influenza and pneumonia, and during 10 weeks starting in mid-February the number of deaths from these two diseases exceeded the expected levels. A few influenza A(H1N1) viruses were isolated in Canada, Mexico and the United States during the 1992-1993 season.

Influenza A was the most common influenza type in South America. It was the only influenza type reported in Argentina and Brazil. In Chile, influenza A and influenza B were about equally common.

In August-September, influenza A made an unusual appearance in North America, causing 3 local outbreaks in the south of the United States. The viruses were identified as influenza A(H3N2).

Asia

Influenza A(H3N2) and influenza B viruses were about equally common and widespread in Asia during the 1992-1993 season. Japan was the only country reporting a widespread, severe epidemic. The outbreaks started as from October 1992, with the spread of influenza B. In December 1992, the influenza A(H3N2) virus became more common and eventually spread all over the country. The epidemic caused many outbreaks in schools and forced 5 times more classes to close than during the 1991-1992 season. Outbreaks occurred in northern China in November, December and January. In Beijing, all age groups were affected but particularly the young, with 10-20% absenteeism observed in some primary and secondary schools and 3 000 new cases per day in one hospital for children. The epidemic was first mainly associated with influenza A(H3N2) viruses, but later influenza B viruses were more commonly detected. Some outbreaks of influenza were reported in Israel in February-March. Most viruses detected were influenza B, but a few were influenza A(H3N2). Influenza A and influenza B viruses were isolated from sporadic cases in Hong Kong, Malaysia, Singapore and Thailand and influenza B viruses from a few cases in the Islamic Republic of Iran. The influenza A isolates reported in Thailand were mainly of H3N2 subtype, except a few in October 1992, which were influenza A(H1N1).

Amériques

C'est la grippe B qui a prédominé au début de la saison au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique. Le virus a provoqué de nombreuses flambées en milieu scolaire, mais n'a guère eu d'impact sur la mortalité par grippe ou pneumonie. A partir de février, le virus A(H3N2) a été plus fréquemment mis en évidence dans les deux pays et, vers la fin de la saison, c'était le virus grippal le plus courant dans les Etats de l'est des Etats-Unis. Cet accroissement de la grippe A(H3N2) s'est également traduit par une augmentation de la mortalité par grippe et pneumonie et, à partir de la mi-février, les décès imputables à ces deux maladies ont été supérieurs, pendant 10 semaines, au nombre attendu. Quelques virus grippaux A(H1N1) ont été isolés au Canada, au Mexique et aux Etats-Unis au cours de la saison 1992-1993.

C'est la grippe A qui a été la plus fréquente en Amérique du Sud. C'est d'ailleurs le seul type qui ait été signalé en Argentine et au Brésil. Au Chili, la grippe A et la grippe B présentaient une fréquence à peu près équivalente.

En août-septembre, la grippe A a fait une apparition inhabituelle en Amérique du Nord, provoquant 3 flambées locales dans le sud des Etats-Unis. Les virus appartenaient au sous-type A(H3N2).

Asie

Les virus A(H3N2) et B ont présenté une fréquence sensiblement égale en Asie au cours de la saison 1992-1993. Le Japon a été le seul pays à faire état d'une épidémie grave et généralisée. Les flambées ont commencé dès octobre 1992 avec la propagation de la grippe B. En décembre 1992, le virus grippal A(H3N2) est devenu plus fréquent et a fini par se répandre dans tout le pays. L'épidémie s'est traduite par de nombreuses flambées en milieu scolaire et a contraint à fermer 5 fois plus de classes qu'au cours de la saison 1991-1992. Des poussées ont eu lieu en Chine du nord en novembre, décembre et janvier. A Beijing, tous les groupes d'âge ont été touchés, mais plus spécialement les jeunes, avec un absentéisme de 10% à 20% dans certains établissements scolaires primaires et secondaires et 3 000 nouveaux cas par jour dans un hôpital pédiatrique. Cette épidémie était la première essentiellement liée à la grippe A(H3N2), mais, ultérieurement, on a décelé plus fréquemment les virus B. Quelques flambées ont été signalées en Israël en février-mars. La plupart des virus étaient du type B, avec quelques virus A(H3N2). Les virus A et B ont été isolés de cas sporadiques à Hong Kong, en Malaisie, à Singapour et en Thaïlande, et des virus B dans quelques cas en République islamique d'Iran. Les isolements de grippe A signalés en Thaïlande appartenaient principalement au sous-type H3N2, mis à part quelques cas de grippe A(H1N1) en octobre 1992.

Europe

During the last 3 months of 1992, sporadic cases and localized outbreaks of influenza were reported all over Europe, but many countries did not experience influenza until late January or February 1993. The epidemic was, in general, mild or moderately severe. By early April, influenza had decreased in most countries and was limited to sporadic cases.

Influenza B was the most common influenza type, but influenza A(H3N2) was also relatively frequently isolated in certain countries or regions whereas influenza A(H1N1) was rarely encountered. Influenza B was the only influenza type diagnosed in Greece, Hungary, Iceland, Poland and Yugoslavia. Bulgaria, Romania, the Slovak Republic and Spain reported influenza A and influenza B as about equally important while in Belgium, Denmark, Croatia, the Czech Republic, Finland, France, Germany, Italy, the Netherlands, Norway, the Russian Federation, Sweden, Switzerland and the United Kingdom influenza A viruses co-circulated with, but were less common than influenza B viruses. One outbreak in Portugal was associated with influenza A(H1N1) and this influenza virus type predominated among isolates obtained in Scotland during March 1993.

Océania

Influenza started to spread in New Zealand in May and in June outbreaks were reported all over the country. The outbreaks continued in the North Island in July and August. Influenza A(H3N2) predominated during the first months of the epidemic, but in August influenza B became the most common influenza type. The influenza season in Australia was moderately severe and predominantly associated with influenza B viruses although influenza A(H3N2) was common. Influenza A(H1N1) was isolated from several cases in New Zealand in April, and also from a few cases in Australia. Influenza A was diagnosed in Papua New Guinea in October and January and influenza B in January and May.

Global Programme on AIDS

Sentinel HIV surveillance

Nigeria. Sentinel HIV surveillance can provide useful information on HIV infection trends in different areas and groups, thus assisting public health authorities in targeting HIV/AIDS and sexually transmitted diseases (STD) prevention and control activities. To estimate HIV prevalence in selected subgroups of the population, as well as to monitor trends over time and place among these subgroups in geographically different areas of Nigeria, sentinel HIV surveillance was instituted by the Nigeria National AIDS Programme (NAP) in 4 states initially. This was expanded to 11 states across the country for the most recent surveys, in late 1991 to early 1992. Subgroups selected for sentinel surveillance were: (a) women attending antenatal clinics; (b) STD clinic attenders; (c) female prostitutes; and (d) tuberculosis clinic outpatients. Criteria for sentinel site selection were: (a) provision of health care to the selected "sentinel" groups; (b) sufficient clinic attendance rates to provide desired sample sizes; (c) availability of reliable field staff; (d) geographical location.

For the antenatal and STD clinics, blood was collected for sentinel HIV surveillance purposes by the unlinked anonymous method. This technique uses residual blood originally obtained for other purposes (e.g. syphilis screen-

Europe

Au cours des 3 derniers mois de 1992, des cas sporadiques et des flambées localisées de grippe ont été signalés dans toute l'Europe, mais nombre de pays n'ont pas connu la grippe avant la fin janvier ou février 1993. L'épidémie a été en général bénigne ou modérément grave. Début avril, la grippe avait reculé presque partout et se limitait à des cas sporadiques.

C'est la grippe B qui a été la plus fréquente, mais le virus grippal A(H3N2) a été également isolé avec une certaine fréquence dans des pays ou régions où la grippe A(H1N1) était rare. La grippe B a été la seule à avoir été diagnostiquée en Grèce, en Hongrie, en Islande, en Pologne et en Yougoslavie. La Bulgarie, l'Espagne, la République slovaque et la Roumanie ont signalé des cas de grippe A et de grippe B en proportion sensiblement équivalente, alors qu'en Allemagne, en Belgique, en Croatie, au Danemark, en Finlande, en France, en Italie, en Norvège, aux Pays-Bas, en République tchèque, au Royaume-Uni, en Fédération de Russie, en Suède et en Suisse il y a eu cocirculation des virus A et B, les premiers étant moins fréquents. Au Portugal, une flambée a été attribuée à la grippe A(H1N1) et c'est ce type viral qui prédominait dans les isolements obtenus en Ecosse, en mars 1993.

Océanie

La grippe a commencé à s'étendre en mai en Nouvelle-Zélande et, en juin, on signalait des flambées dans tout le pays. Ces flambées se sont poursuivies dans l'île du Nord en juillet et août. La grippe A(H3N2) a prédominé au cours des premiers mois de l'épidémie, mais en août, c'est la grippe B qui est devenue la plus fréquente. En Australie, la saison grippale a été d'une gravité modérée et dominée par les virus B, encore qu'on ait fréquemment rencontré des cas de grippe A(H3N2). Le virus A(H1N1) a été isolé chez plusieurs cas en Nouvelle-Zélande en avril ainsi que chez quelques cas en Australie. On a diagnostiqué la grippe A en Papouasie-Nouvelle-Guinée en octobre et en janvier, puis la grippe B en janvier et en mai.

Programme mondial de lutte contre le SIDA

Surveillance du VIH par réseau sentinelle

Nigéria. La surveillance du VIH par réseau sentinelle peut livrer d'utiles renseignements sur les tendances de l'infection à VIH dans différentes zones et dans différents groupes, permettant ainsi aux autorités de la santé publique de cibler les activités destinées à prévenir et à lutter contre l'infection à VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (MST). Pour évaluer la prévalence de l'infection à VIH dans certains sous-groupes de population et suivre les tendances dans le temps et dans l'espace parmi ces sous-groupes dans différentes zones géographiques du Nigéria, le Programme national de lutte contre le SIDA a commencé par mettre en place une surveillance du VIH par réseau sentinelle dans 4 Etats. Cette surveillance a ensuite été élargie à 11 Etats pour les enquêtes les plus récentes menées fin 1991 et début 1992. Les sous-groupes retenus pour la surveillance par réseau sentinelle étaient les suivants: a) les femmes enceintes vues dans les centres de consultations prénatales; b) les patients des dispensaires pour MST; c) les prostituées; et d) les patients ambulatoires des centres antituberculeux. Plusieurs critères ont été retenus pour le choix des postes sentinelles: a) prestation de soins aux groupes «sentinelles» sélectionnés; b) taux de consultation suffisant pour fournir les tailles d'échantillons souhaitées; c) existence d'un personnel de terrain fiable et d) emplacement géographique.

Pour les centres de consultations prénatales et les dispensaires MST, des prélèvements de sang ont été pratiqués aux fins de la surveillance du VIH par réseau sentinelle à l'aide de la méthode du dépistage anonyme non corrélé. Cette méthode prévoit que l'on

ing of pregnant women), which is tested for HIV antibody after removal of all information that might identify the person ("unlinked").¹

It was not possible to compare the results of the 1989-1990 serological surveys of HIV infection, conducted in 4 states of Nigeria, with the results of the present round of surveys, as no written protocol existed for the previous surveys. Furthermore, the methods used differed greatly, both between groups and states *within* the 1989-1990 surveys, and *between* the 1989-1990 and the 1991-1992 surveys.

The results of the late 1991 to early 1992 round of surveys for the selected antenatal and STD clinics are summarized in *Table 1*. The geographical distribution of the sentinel sites is given in *Map 1*.

The 1991-1992 surveys encountered the following difficulties:

- (a) *logistic problems* with timely transport of specimens from sentinel sites to laboratories, as well as timely provision of HIV tests and other laboratory consumables to states;

utilise du sang résiduel prélevé au départ à d'autres fins (par exemple, pour le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes) pour pratiquer un test de dépistage des anticorps anti-VIH après élimination de toute indication permettant d'identifier la personne («non corrélé»).

Il n'a pas été possible de comparer les résultats des enquêtes sérologiques faites sur l'infection à VIH en 1989-1990 dans 4 Etats du Nigéria et ceux de la présente série d'enquêtes car il n'existait pas de protocole écrit pour les enquêtes initiales. De surcroît, les méthodes utilisées différaient considérablement d'un groupe et d'un Etat à l'autre aussi bien *dans le cadre* des enquêtes de 1989-1990 qu'*entre* ces dernières et les enquêtes de 1991-1992.

Les résultats de la série d'enquêtes menées fin 1991 et début 1992 pour les centres de consultations prénatales et les dispensaires MST retenus sont résumés dans le *Tableau 1*. La répartition géographique des postes sentinelles est indiquée sur la *Carte 1*.

Les enquêtes faites en 1991-1992 se sont heurtées à plusieurs obstacles:

- a) *difficulté logistique* à envoyer à temps aux laboratoires les échantillons prélevés dans les postes sentinelles et à fournir à temps aux Etats le matériel nécessaire pour les tests de dépistage du VIH et autres activités de laboratoire;

Table 1 Sentinel HIV surveillance, Nigeria, 1991-1992

Tableau 1 Surveillance du VIH par réseau sentinelle, Nigéria, 1991-1992

A. Antenatal clinics — Centres de consultations prénatales				
State — Etat	Number of sites Nombre de postes	Sample size range Intervalle de variation de la taille des échantillons	HIV prevalence (%) Prévalence du VIH (%)	
			Mean Moyenne	Range Intervalle de variation
Kano (N)	3	165-205	1.9	1.2-2.5
Jigawa (N)	1	208	5.8	NA ^a — SO ^a
Kaduna (N)	3	190-240	0.9	0-2.3
Benue (E)	3	239-250	1.6	0.4-3.7
Cross River (E)	3	42-278	—	—
Enugu (E)	3	95-200	1.8	0.5-4.2
Lagos (S)	4	109-517	1.7	0-3.4
Edo (SE)	2	173-263	—	—
Delta (SE)	2	191-206	0.8	0-1.6
Oyo (SW-SO)	2	200-611	0.1	0-0.2
Osun (SW-SO)	2	110-440	—	—

B. STD clinic attenders — Patients des dispensaires MST				
State — Etat	Number of sites Nombre de postes	Sample size range Intervalle de variation de la taille des échantillons	HIV prevalence (%) Prévalence du VIH (%)	
			Mean Moyenne	Range Intervalle de variation
Kano (N)	2	203-221	12.6	10.3-14.9
Jigawa (N)	1	165	22.1	NA ^a — SO ^a
Kaduna (N)	3	41-115	0.6	0-1.7
Benue (E)	3	44-73	4.5	0-6.8
Cross River (E)	1	26	3.8	NA ^a — SO ^a
Enugu (E)	2	77-146	5.3	4.1-6.5
Lagos (S)	1	26	7.7	NA ^a — SO ^a
Edo (SE)	2	187-211	—	—
Delta (SE)	2	173-194	0.5	0.5-0.6
Oyo (SW-SO)	2	40-300	1.6	0.7-2.5
Osun (SW-SO)	2	25-125	—	—

^a = NA = not applicable. — SO = sans objet

¹ Recommendations on unlinked anonymous testing are given in further detail in the unpublished document GPA/SFI/89.3 — *Proposed International Guidelines: Unlinked Anonymous Screening for the Public Health Surveillance of HIV Infections* (available on request from the Global Programme on AIDS, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

¹ On trouvera plus de détails sur les recommandations concernant le dépistage anonyme non corrélé dans le document GPA/SFI/89.3 — *Dépistage anonyme non corrélé pour la surveillance des infections à VIH dans le cadre de la santé publique. propositions de directives internationales* (disponible sur demande au Programme mondial de lutte contre le SIDA, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

- (b) problems with *training* and *supervision*, where despite initial training of field workers on operational procedures to be followed, considerable problems were encountered with correct coding of samples, as well as with the collection of demographic data such as age, or age group;
- (c) lack of information on the *reliability of HIV testing laboratories* involved in sentinel surveillance;
- (d) *inconsistency of methods* used to contact female prostitutes.

Based on the above results, as well as the major problems identified, the following recommendations were made by the technical advisory committee on HIV/AIDS epidemiology and surveillance of the Nigeria NAP:

- (1) Convene a national training workshop on sentinel surveillance before the next round of surveys, to review the problems encountered in the 1991-1992 surveys. Particular emphasis should be placed on operational procedures.
- (2) Based on the experience gained from the 1991-1992 surveys, prepare a revised protocol on sentinel surveillance, to be distributed to field staff and AIDS programme coordinators of the states selected for sentinel surveillance.
- (3) Select laboratories for sentinel surveillance purposes, and coordinate with them standard procedures for HIV testing to be followed by all the selected laboratories.

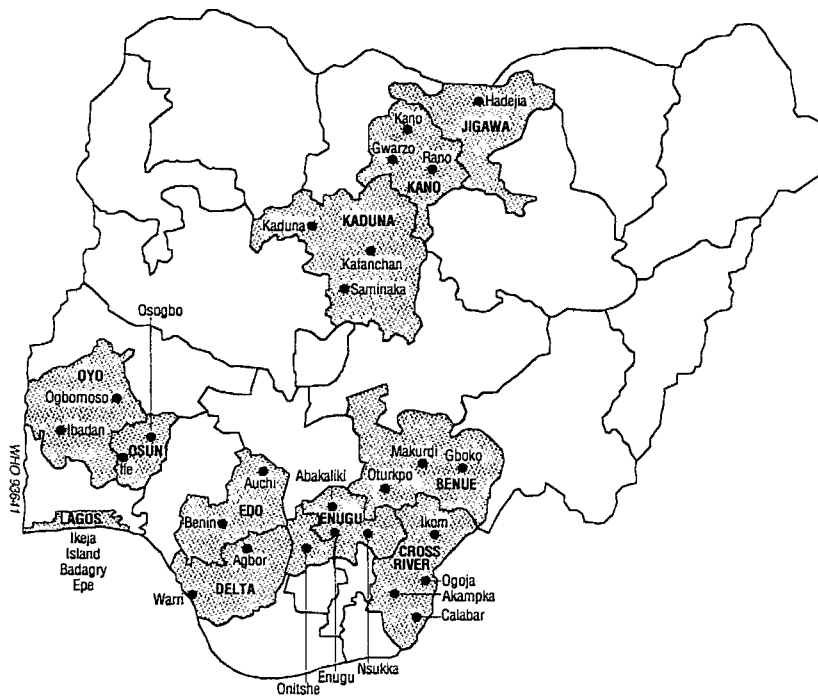
- b) problèmes de *formation* et d'*encadrement*; bien que les agents de terrain aient été dans un premier temps familiarisés avec les procédures opérationnelles à suivre, le codage des échantillons, ainsi que la collecte de données démographiques telles que l'âge ou le groupe d'âge, ont posé d'énormes problèmes;
- c) manque d'information sur la *fiabilité des laboratoires de dépistage du VIH* participant à la surveillance par réseau sentinelle;
- d) *manque d'uniformité* des méthodes utilisées pour établir le contact avec les prostituées.

Compte tenu de ces résultats et des principaux problèmes identifiés, le comité consultatif technique pour l'épidémiologie et la surveillance du VIH/SIDA, qui relève du Programme national de lutte contre le SIDA, a formulé les recommandations suivantes:

- 1) Organiser un atelier national de formation à la surveillance par réseau sentinelle avant la prochaine série d'enquêtes pour faire le point sur les problèmes rencontrés lors des enquêtes de 1991-1992. Il faudrait insister tout particulièrement sur les méthodes opérationnelles.
- 2) Sur la base de l'expérience acquise pendant les enquêtes de 1991-1992, établir un protocole révisé pour la surveillance par réseau sentinelle qui sera distribué au personnel de terrain et aux coordonnateurs du programme de lutte contre le SIDA des Etats retenus pour la surveillance par réseau sentinelle.
- 3) Sélectionner des laboratoires pour la surveillance par réseau sentinelle et assurer la coordination pour que tous les laboratoires retenus suivent les mêmes méthodes types pour le dépistage du VIH.

Map 1 HIV sentinel states and sites, Nigeria, November 1991-March 1992

Carte 1 Etats et postes retenus pour la surveillance du VIH par réseau sentinelle, Nigeria, novembre 1991-mars 1992



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

The results of the 1991-1992 surveys represent one of the few systematically collected sets of data on the distribution and spread of HIV infection in Nigeria. The data show that Nigeria has not been spared the HIV/AIDS epidemic, and that the infection has achieved a broad distribution across the country. It also appears of little doubt that HIV is in the rapid phase of transmission in the country. Action

Les résultats des enquêtes de 1991-1992 représentent l'un des rares ensembles de données systématiquement recueillis sur la répartition et la propagation de l'infection à VIH au Nigeria. Ils montrent que ce pays n'a pas été épargné par l'épidémie de VIH/SIDA et que l'infection s'y est largement répandue. D'autre part, il semble ne faire aucun doute que le VIH se trouve dans une phase de transmission rapide dans le pays. Il faut agir pour mieux sensibiliser les

must be taken to increase awareness among Nigerians of the seriousness of the situation, and to increase people's knowledge of appropriate measures for preventing or controlling this epidemic.

(Based on: A report of the Epidemiological Division, Disease Control and International Health Department, Federal Ministry of Health and Human Services.)

Editorial Note: Until the results reported above became available, assessment of the epidemiological HIV/AIDS situation in Nigeria, a country with approximately 20% of the entire population of sub-Saharan Africa, was hampered by the lack of systematically collected data in different risk populations and geographical regions of the country. The challenge for the Nigeria NAP will be to limit the epidemic spread of HIV infection through appropriate prevention and control measures, using sentinel surveillance data as incontrovertible proof of the dangers, as well as a means to help target interventions to the appropriate risk populations and areas.

• The operational constraints on implementing sentinel HIV surveillance, and recommendations as to their solution, are given in the unpublished GPA document GPA/CNP/EVA/92.2: *Report of the Meeting on Sentinel HIV Surveillance, Dakar, Senegal, 14-18 December 1991* (available on request from the Global Programme on AIDS, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

Meningococcal meningitis

South Africa. The annual number of notified cases of meningococcal meningitis over the period 1983 to May 1993 is shown in *Table 1*. This number reached a peak in 1989 and has subsequently shown a consistent decline. Notified deaths also reached a maximum in 1989, although the numbers between 1990 and 1992 have remained fairly constant. This has led to an increase in the case-fatality rate, from an average of 11.0% for the years 1983 to 1991, to 16.3% in 1992. Thus far in 1993, the case-fatality rate is of the same magnitude as last year.

Table 1 Meningococcal meningitis, South Africa, 1983-1993 (as on 27 May 1993)

	Cases - Cas	Deaths - Décès	Case-fatality rate Taux de létalité (%)
1983	612	74	12.1
1984	588	70	11.9
1985	528	62	11.7
1986	501	54	10.8
1987	664	69	10.4
1988	934	98	10.5
1989	873	110	12.6
1990	850	84	9.9
1991	760	76	10.0
1992	510	83	16.3
1993	87	14	16.1

The disease shows a definite seasonal pattern, with the highest incidence during winter and spring.

In 1992, 259 (55.5%) of the cases whose age was known (n = 467) were children under the age of 5 years.

(Based on: Epidemiological Comments, Volume 20, Number 5, May 1993; Department of National Health and Population Development.)

Nigériens à la gravité de la situation et mieux les informer des mesures à prendre afin de prévenir ou de lutter contre cette épidémie.

(D'après: Un rapport de la Division d'Epidémiologie, Disease Control and International Health Department, Federal Ministry of Health and Human Services.)

Note de la Rédaction: Jusqu'à ce que l'on dispose des résultats ci-dessus, l'évaluation de la situation épidémiologique concernant le VIH/SIDA au Nigéria — pays où vit environ 20% de toute la population de l'Afrique subsaharienne — s'est avérée difficile, faute de données recueillies systématiquement dans différents groupes à risque et différentes zones géographiques du pays. Pour les responsables du Programme national de lutte contre le SIDA, le défi consistera à freiner la propagation épidémique de l'infection à VIH par des mesures appropriées de prévention et de lutte, en utilisant les données de la surveillance par réseau sentinelle comme preuve incontestable du danger et comme moyen d'aider à cibler les interventions sur les groupes à risque et les zones concernées.

• Les problèmes opérationnels soulevés par l'organisation de la surveillance du VIH par réseau sentinelle ainsi que les mesures recommandées pour les résoudre font l'objet du document non publié GPA/CNP/EVA/92.2: *Rapport de la réunion sur la surveillance du VIH par réseau sentinelle, Dakar, Sénégal, 14-18 décembre 1991* (disponible sur demande au Programme mondial de lutte contre le SIDA, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

Méningite méningococcique

Afrique du Sud. Le nombre annuel de cas déclarés de méningite méningococcique au cours de la période allant de 1983 à mai 1993 est indiqué au *Tableau 1*. Ce nombre est passé par un pic en 1989 et n'a cessé de reculer depuis. Le nombre de décès déclarés a également atteint son maximum en 1989, encore que les chiffres soient restés relativement constants entre 1990 et 1992, représentant un accroissement du taux de létalité, qui est passé de 11,0% en moyenne pour les années 1983 à 1991 à 16,3% en 1992. Jusqu'ici, le taux de létalité pour 1993 est du même ordre de grandeur que l'année précédente.

Tableau 1 Méningite méningococcique, Afrique du Sud, 1983-1993 (au 27 mai 1993)

	Cases - Cas	Deaths - Décès	Case-fatality rate Taux de létalité (%)
1983	612	74	12.1
1984	588	70	11.9
1985	528	62	11.7
1986	501	54	10.8
1987	664	69	10.4
1988	934	98	10.5
1989	873	110	12.6
1990	850	84	9.9
1991	760	76	10.0
1992	510	83	16.3
1993	87	14	16.1

La maladie présente un net caractère saisonnier, avec une incidence maximum en hiver et au printemps.

En 1992, 259 (55,5%) cas dont on connaissait l'âge (n = 467) étaient des enfants de moins de 5 ans.

(D'après: Epidemiological Comments, Volume 20, Number 5, mai 1993; Department of National Health and Population Development.)

