



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

17 FEBRUARY 1995 • 70th YEAR

70^e ANNÉE • 17 FÉVRIER 1995

CONTENTS		SOMMAIRE	
Human plague in 1993	45	La peste humaine en 1993	45
Dracunculosis eradication – Update, Sudan	48	Eradication de la dracunculose – Mise à jour, Soudan	48
Testing for HIV infection among individuals with tuberculosis – A Joint Statement of the WHO Tuberculosis Programme and the Global Programme on AIDS	50	Recherche de l'infection à VIH chez les tuberculeux – Déclaration conjointe du programme de la tuberculose et du programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS	50
Influenza	52	Grippe	52
Diseases subject to the Regulations	52	Maladies soumises au Règlement	52

Human plague in 1993

In 1993, 2 065 cases of human plague (including 191 deaths) recorded in 10 countries were notified to WHO. The number of cases exceeds those for 1992 (1 758 cases, 198 deaths), and the average annual number (1 212 cases, 130 deaths) for the previous 10 years (1983-1992) (*Table 1*). In 1993, the global case-fatality rate was 9.2% as compared with 11.3% in 1992 and an average of 10.8% per year in the previous 10 years.

Table 1 shows the global incidence and distribution of plague from 1979 to 1993. During this period 16 312 cases with 1 668 deaths were recorded in 21 countries, with the highest number of plague cases notified in 1991-1993 and the lowest number (200 cases) being reported in 1981. Over the last 15 years (1979-1993), 55.8% of cases (9 102) and 75% of deaths (1 250) were reported from Africa.

Africa

In 1993, human plague was registered in 3 countries: Madagascar, Uganda and Zaire, with a total number of 950 cases, including 130 deaths, representing 46% and 68% of the corresponding figures recorded in the world respectively.

Madagascar

A total of 147 cases and 23 deaths were reported from 3 provinces: Antananarivo, Fianarantsoa and Toamasina. As in previous years, the majority of cases occurred in the Provinces of Antananarivo (64 cases, 15 deaths) and Fianarantsoa (67 cases, 6 deaths). Sporadic cases occurred in the Province of Toamasina (16 cases, 2 deaths). The main peak in the incidence of plague was in January-February (35.4% of all cases) and the second peak in November-December (23.8% of the annual total).

La peste humaine en 1993

En 1993, 2 065 cas de peste humaine (dont 191 mortels) enregistrés dans 10 pays ont été notifiés à l'OMS. Ce nombre dépasse celui de 1992 (1 758 cas dont 198 mortels) ainsi que le nombre annuel moyen de cas (1 212 dont 130 mortels) pour les 10 années précédentes (1983-1992) (*Tableau 1*). En 1993, le taux de létalité dans le monde a été de 9,2%, contre 11,3% en 1992 et une moyenne annuelle de 10,8% au cours des 10 années précédentes.

Le *Tableau 1* indique l'incidence et la distribution de la peste dans le monde de 1979 à 1993. Au cours de cette période, 16 312 cas dont 1 668 mortels ont été enregistrés dans 21 pays, le nombre maximal étant déclaré en 1991-1993 et le nombre minimal (200 cas) en 1981. Au cours des 15 dernières années (1979-1993), 55,8% des cas (9 102) et 75% des décès (1 250) ont été enregistrés en Afrique.

Afrique

En 1993, des cas de peste humaine ont été enregistrés dans 3 pays: Madagascar, Ouganda et Zaïre, avec un total de 950 cas dont 130 mortels. Ces chiffres correspondent respectivement à 46% et 68% des chiffres enregistrés dans l'ensemble du monde.

Madagascar

Un total de 147 cas dont 23 mortels ont été signalés dans 3 provinces: Antananarivo, Fianarantsoa et Toamasina. Comme au cours des années précédentes, ces cas se sont produits en majorité dans les provinces d'Antananarivo (64 cas, 15 décès) et de Fianarantsoa (67 cas, 6 décès). Des cas sporadiques se sont produits dans la province de Toamasina (16 cas, 2 décès). L'incidence de la peste a atteint son pic principal en janvier-février (35,4% de l'ensemble des cas), le pic secondaire ayant eu lieu en novembre-décembre (23,8% du total annuel).

Table 1 Human plague. Number of cases (and deaths) reported in the world, 1979-1993
 Tableau 1 Peste humaine. Nombre de cas (et de décès) notifiés dans le monde, 1979-1993

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
AFRICA — AFRIQUE															
Angola	—	21	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	(—)	(4)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Botswana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	103	70	—	—	—
	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(9)	(3)	(—)	(—)	(—)
Kenya	227	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44	—	—	—
	(1)	(2)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(8)	(—)	(—)	(—)
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Madagascar*	23	11	44	38	24	39	85	29	23	93	170	226	137	198	147
	(13)	(5)	(13)	(19)	(10)	(18)	(18)	(6)	(4)	(19)	(41)	(55)	(30)	(26)	(23)
Mozambique	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
South Africa — Afrique du Sud	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	(—)	(—)	(—)	(1)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Uganda — Ouganda	—	—	—	153	—	—	—	340	—	—	—	—	—	—	167
	(—)	(—)	(—)	(3)	(—)	(—)	(—)	(27)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(18)
United Republic of Tanzania* République-Unie de Tanzanie*	—	49	9	76	569	603	129	360	356	647	31	364	1 293	—	—
	(—)	(11)	(6)	(18)	(49)	(41)	(22)	(57)	(34)	(33)	(4)	(32)	(60)	(—)	(—)
Zaire* — Zaïre*	1	—	—	1	—	—	—	—	474	369	1	—	289	390	636
	(1)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(160)	(86)	(—)	(—)	(28)	(140)	(89)
Zimbabwe	—	—	—	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	(—)	(—)	(—)	(2)	(—)	(—)	(1)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Total	251	86	59	290	594	650	215	729	853	1 109	305	704	1 719	588	950
	(15)	(22)	(19)	(43)	(59)	(59)	(41)	(90)	(198)	(138)	(54)	(98)	(118)	(166)	(130)
AMERICAS — AMÉRIQUES															
Bolivia — Bolivie	10	26	21	1	21	12	—	94	2	2	—	10	—	—	—
	(—)	(2)	(1)	(—)	(4)	(2)	(—)	(15)	(1)	(—)	(—)	(2)	(—)	(—)	(—)
Brazil — Brésil	—	98	59	151	82	37	64	58	43	25	26	18	10	25	—
	(—)	(—)	(—)	(1)	(—)	(2)	(2)	(4)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Ecuador — Equateur	—	—	8	—	65	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—
	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(1)	(2)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Peru — Pérou	—	—	27	11	17	413	44	—	31	10	—	18	—	120	611
	(—)	(—)	(7)	(—)	(2)	(31)	(3)	(—)	(6)	(5)	(—)	(4)	(—)	(4)	(31)
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	13	18	13	19	40	31	17	10	12	15	4	2	11	13	10
	(2)	(5)	(4)	(3)	(6)	(6)	(2)	(—)	(2)	(—)	(—)	(—)	(—)	(2)	(1)
Total	23	142	128	182	225	500	128	162	88	52	30	48	21	158	621
	(2)	(7)	(12)	(4)	(12)	(42)	(9)	(19)	(9)	(5)	(—)	(6)	(—)	(6)	(32)
ASIA — ASIE															
China — Chine	8	30	1	—	25	—	6	8	7	6	10	75	29	35	13
	(6)	(20)	(—)	(—)	(15)	(—)	(2)	(3)	(2)	(4)	(6)	(2)	(11)	(6)	(1)
Kazakhstan	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	1	—	3
	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(1)	(2)	(—)	(—)	(1)
Mongolia — Mongolie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	12	2	12	21
	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(3)	(5)	(—)	(4)	(7)
Myanmar	73	73	1	165	96	10	35	6	5	8	34	6	100	528	87
	(2)	(4)	(—)	(1)	(3)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(2)	(—)	(1)	(3)	(—)
Viet Nam*	306	180	11	116	127	196	137	104	107	196	374	405	94	437	370
	(8)	(5)	(—)	(—)	(3)	(6)	(6)	(3)	(6)	(6)	(37)	(20)	(3)	(13)	(20)
Total	387	283	13	281	248	206	178	118	119	210	425	502	226	1 012	494
	(16)	(29)	(—)	(1)	(21)	(6)	(8)	(6)	(8)	(10)	(49)	(29)	(15)	(26)	(29)
WORLD TOTAL — TOTAL MONDIAL															
	661	511	200	753	1 067	1 356	521	1 009	1 060	1 371	760	1 254	1 966	1 758	2 065
	(33)	(58)	(31)	(48)	(92)	(107)	(58)	(115)	(215)	(153)	(103)	(133)	(133)	(198)	(191)

Figures not available. — Chiffres non disponibles

* Includes suspected cases — Comprend les cas présumés

Uganda

Cases of human plague had only been recorded twice over the last 15 years: in 1982 (153 cases, 3 deaths) and 1986 (340 cases, 27 deaths). During 1993, plague was reported in Nebbi District, Western Region, where 167 cases (18 deaths) were registered during the April-May period.

Zaire

In this country, 636 cases of plague (89 deaths) were reported during 1993 in Ituri Sub-Region (Upper Zaire Province). Plague distribution by rural health zones was the following: Rimba (292 cases, 9 deaths), Logos (170 cases, 43 deaths), Nyarambe (65 cases, 9 deaths), Rethy (50 cases, 17 deaths), Bunia (51 cases, 5 deaths) and Fataki (8 cases, 6 deaths). It should be noted that an increased incidence of human plague in Ituri Sub-Region has been notified since 1991. Cases of plague occurred throughout the year.

The Americas

In 1993, 2 countries (Peru and the United States of America) reported a total of 621 cases of human plague with 32 deaths, representing 30% of the world total number of cases and 16.8% of fatal cases.

Peru

A total of 611 cases and 31 deaths were reported in 1993 in 4 departments. The current outbreak started in October 1992 in Bolivar District, San Miguel Province in Cajamarca Department and later spread to areas in the Departments of Piura, Lambayeque and La Libertad.¹

A large outbreak of plague occurred in this country in 1984, with 413 cases (31 deaths) in the Departments of Cajamarca and Piura.

United States of America

In 1993, 10 cases of human plague (1 death) were recorded in 4 states. Texas (Kent County) and Utah (Salt Lake County) reported 1 case each. In Colorado State, 2 cases of plague were registered in Boulder and La Plata Counties. In the State of New Mexico, 2 cases were recorded in Rio Arriba County, and 1 case of plague was reported in each of Sandoval, Bernalillo (fatal case), San Juan and Santa Fé Counties.

Five cases occurred during June-August, 3 during March-May, and 2 in October. Seven persons were exposed at their home sites, and 1 (a veterinarian) was exposed at work; exposure sites could not be determined for 2 cases. Seven cases were bubonic plague; 2, primary septicaemic, and 1, primary pneumonic (veterinarian infected by a domestic cat).

Asia

As in previous years, human plague was recorded in 5 countries: China, Kazakhstan, Mongolia, Myanmar and Viet Nam, with a total number of 494 cases (24% of the world total), including 29 deaths.

China

The total number of plague cases reported from this country was 13, with 1 death. No epidemiological details were provided.

Kazakhstan

In 1993, 3 cases of human plague (1 death) were reported. No epidemiological details were provided.

Mongolia

A total of 21 cases with 7 deaths were recorded in Khovd *Aimak* (province), Bayanulgi, Hentii, Uvurhangai and

Ouganda

On n'avait enregistré qu'à 2 reprises des cas de peste humaine au cours des 15 dernières années: en 1982 (153 cas, 3 décès) et en 1986 (340 cas, 27 décès). En 1993, la peste a été signalée dans le district de Nebbi, Région occidentale, où 167 cas (dont 18 mortels) ont été enregistrés au cours de la période d'avril-mai.

Zaire

En 1993, 636 cas de peste dont 89 mortels ont été signalés dans la sous-région d'Ituri (province du Haut-Zaïre). La répartition par zones sanitaires rurales était la suivante: Rimba (292 cas, 9 décès), Logos (170 cas, 43 décès), Nyarambe (65 cas, 9 décès), Réthy (50 cas, 17 décès), Bumia (51 cas, 5 décès) et Fataki (8 cas, 6 décès). Il convient de noter que depuis 1991 on signale une augmentation de l'incidence de la peste humaine dans la sous-région d'Ituri. Des cas de peste se sont déclarés tout au long de l'année.

Amériques

En 1993, 2 pays (le Pérou et les Etats-Unis d'Amérique) ont notifié un total de 621 cas de peste humaine dont 32 mortels, soit 30% du total mondial et 16,8% des cas mortels.

Pérou

Un total de 611 cas dont 31 mortels ont été signalés en 1993 dans 4 départements. La flambée actuelle a commencé en octobre 1992 dans le district de Bolivar, province de San Miguel, département de Cajamarca, et s'est propagée ensuite à certains secteurs des départements de Piura, de Lambayeque et de La Libertad.¹

Une importante flambée de peste avait éclaté dans ce pays en 1984, provoquant 31 décès sur 413 cas dans les départements de Cajamarca et Piura.

Etats-Unis d'Amérique

En 1993, 10 cas de peste humaine dont 1 mortel ont été enregistrés dans 4 Etats. Le Texas (comté de Kent) et l'Utah (comté de Salt Lake) ont signalé chacun 1 cas. Dans l'Etat du Colorado, 2 cas de peste ont été enregistrés dans les comtés de Boulder et de La Plata. Dans l'Etat du Nouveau-Mexique, 2 cas ont été enregistrés dans le comté de Rio Arriba et 1 cas a été signalé dans chacun des comtés de Sandoval, Bernalillo (cas mortel), San Juan et Santa Fé.

Cinq cas se sont déclarés au cours de la période de juin à août, 3 de mars à mai et 2 en octobre. Sept personnes ont été contaminées à leur domicile et 1 (un vétérinaire) sur son lieu de travail; dans 2 cas, il n'a pas été possible de savoir à quel endroit la contamination avait eu lieu. Dans 7 cas il s'agissait de peste bubonique, dans 2 d'une septicémie primitive et, dans 1 cas (vétérinaire contaminé par un chat), le foyer infectieux primitif se situait au niveau pulmonaire.

Asie

Comme au cours des années précédentes, on a enregistré des cas de peste humaine dans 5 pays: en Chine, au Kazakhstan, en Mongolie, au Myanmar et au Viet Nam avec un total de 494 cas (24% du total mondial), dont 29 mortels.

Chine

Le nombre total de cas de peste déclarés par ce pays a été de 13 dont 1 mortel. Aucun détail épidémiologique n'a été fourni.

Kazakhstan

En 1993, on a enregistré 3 cas de peste humaine dont 1 mortel. Aucun détail épidémiologique n'a été fourni.

Mongolie

Un total de 21 cas dont 7 mortels ont été enregistrés dans l'*aimak* (province) de Khovd et dans les *aimaks* de Bayanulgi, Hentii,

¹ See No. 29, 1994, p. 220 and No. 30, 1994, p. 226

¹ Voir N° 29, 1994, p. 220 et N° 30, 1994, p. 226

Zavkhan *Aimak*. The majority of cases occurred during July-September.

Myanmar

In this country, 87 cases of plague were reported from the Divisions of Magway (84 cases) and Sagaing (3 cases).

Viet Nam

In 1993, 370 human cases of plague with 20 deaths were registered in 5 provinces: Daklak (192 cases, 3 deaths), Gialai (110 cases, 16 deaths), Quang Ngai (38 cases, 1 death), Binh Dinh (25 cases) and Kontum (5 cases).

Dracunculiasis eradication

Update

Sudan. This country (1987 population: 23 million) conducted a nationwide search for cases of dracunculiasis (guinea-worm disease) in 1992 and 1993. A total of 2 447 cases were registered in 180 endemic villages.¹ Pilot interventions were begun in 3 highly endemic villages in Central State in 1993, but systematic control measures, including on-going active surveillance for cases, only began in the other endemic areas in 1994. This report summarizes what is now known about the status of the disease in Sudan and control measures being taken to eradicate it.

Uvurhangai et Zavkhan. La majorité des cas se sont produits de juillet à septembre.

Myanmar

Dans ce pays, 87 cas de peste ont été signalés dans les divisions de Magway (84 cas) et de Sagaing (3 cas).

Viet Nam

En 1993, on a enregistré 370 cas de peste humaine dont 20 mortels dans les 5 provinces suivantes: Daklak (192 cas, 3 décès), Gialai (110 cas, 16 décès), Quang Ngai (38 cas, 1 décès), Binh Dinh (25 cas) et Kontum (5 cas).

Eradication de la dracunculose

Mise à jour

Soudan. Ce pays, qui comptait 23 millions d'habitants en 1987, a conduit en 1992 et 1993 une campagne nationale de dépistage des cas de dracunculose (maladie due au ver de Guinée). Au total, 2 447 cas ont été enregistrés dans 180 villages d'endémie.¹ Des interventions pilotes ont été entreprises en 1993 dans 3 villages à forte endémicité de l'Etat du Centre et des mesures de lutte systématique comportant une surveillance active continue n'ont débuté dans les autres zones d'endémie qu'en 1994. Le présent rapport résume les données actuellement disponibles sur la situation de la maladie au Soudan et les mesures prises pour l'éradiquer.

Table 1 **Dracunculiasis: number of reported cases and endemic villages, Sudan, 1993-1994**

Tableau 1 **Dracunculose: nombre de cas notifiés et de villages d'endémie, Soudan, 1993-1994**

States - Etats	Incidence in 1993 - Incidence en 1993		Incidence in 1994 ^a - Incidence en 1994 ^a	
	Cases - Cas	Villages	Cases - Cas	Villages
Khartoum	27	17	19	4
Gazira	26	8	1	1
Sennar	1 481	27	295	10
Blue Nile - Nil bleu	14	5	..	..
White Nile - Nil blanc	23	15	17	8
Northern Kordofan - Kordofan septentrional	3	2	55	4
Southern Kordofan - Kordofan méridional	231	39	153	23
Western Kordofan - Kordofan occidentale	99	21	..	..
Northern Darfur - Darfour septentrional	70	10	..	..
Southern Darfur - Darfour méridional	45	33	..	..
Western Darfur - Darfour occidentale	5	5	2	2
Upper Nile - Haut Nil	149	16	4 064	41
Jonglei	..	..	64	57
Unity - Unité	..	..	18	14
Northern Bahr Al-Ghazal - Bahr Al-Ghazal septentrional	..	..	9 041	170
Western Bahr Al-Ghazal - Bahr Al-Ghazal occidentale	473	29	1 295	29
Warab	..	..	99	49
Buheirat	..	..	117	1
Bahr Al-Jabal	308	14	7 533	201
Eastern Equatoria - Equatoria orientale	..	..	5 774	124
Western Equatoria - Equatoria occidentale	..	..	352	34
Red Sea - Mer rouge	0	0	0	0
Kassala	0	0	0	0
Gadart	3	3	0	0
Northern - Nord	3	3	0	0
Nahr Al-Niel	5	2	0	0
Total	2 965	249	28 899	772

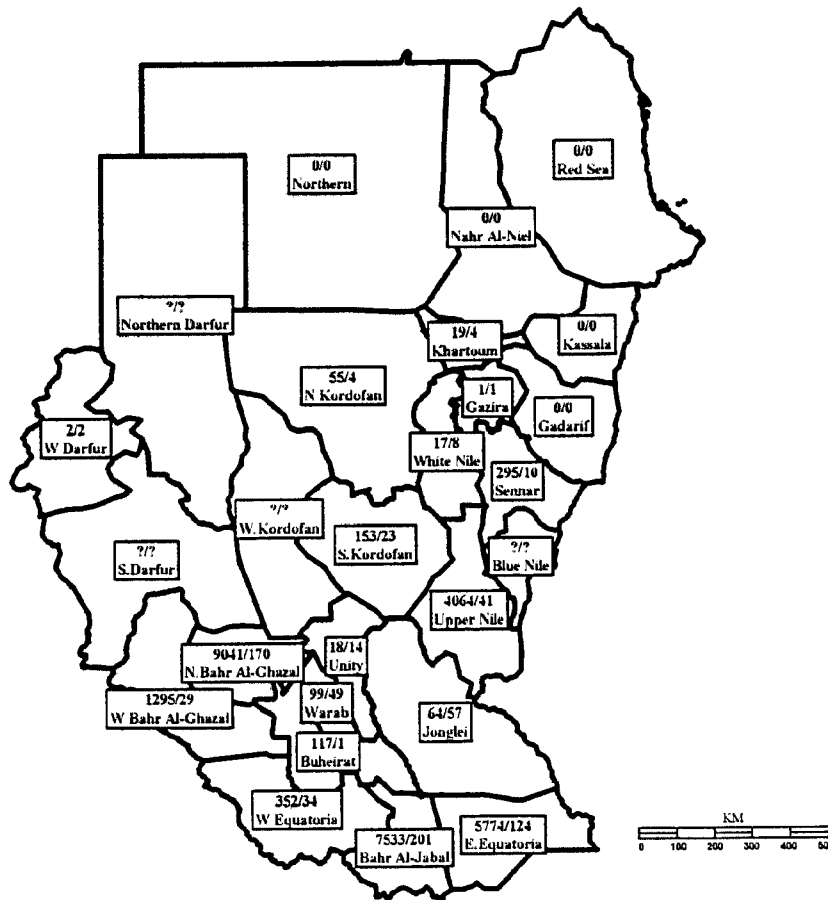
^a January-November 1994 - Janvier-novembre 1994
No data available - Pas de données disponibles.

¹ See No. 18, 1993, p 130

¹ Voir N° 18, 1993, p 130

Map 1 **Dracunculiasis: number of reported cases and villages, by state, Sudan, 1994**

Carte 1 **Dracunculose: nombre de cas notifiés et de villages d'endémie, par Etat, Soudan, 1994**



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 designations 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.

Sudan was divided administratively into 26 new states in February 1994, 21 of which are endemic for dracunculiasis. State coordinators for the Sudan Guinea-Worm Eradication Programme (SGWEP) met in February 1994 to review results of the case search and to plan for interventions. At a meeting held in Sennar in May, specific operational plans were reviewed for each of the 21 endemic states, and 26 trainers were trained in case-containment methods and in the use of Abate® for vector control. Village volunteers began to be deployed to the field in July and August. By September, 435 village volunteers had been trained to report cases, conduct health education, and distribute cloth filters.

The results of improved reporting of dracunculiasis are summarized in Table 1. A total of 28 899 cases were reported in 772 endemic villages during the period January–November 1994. Over 95% of the cases were reported from only 5 of the endemic states: Northern Bahr Al-Ghazal, Bahr Al-Jabal, Eastern Equatoria, Upper Nile, and Western Bahr Al-Ghazal. Most of the known endemic villages are also clustered in a few states (Map 1). Dracunculiasis occurs throughout the year, with an apparent seasonal peak of cases in May–June. Previously reported attack rates in endemic villages of Kordofan have sometimes ranged as high as 79% of a village's population.¹

¹ See No. 18, 1987, pp. 127-129.

En février 1994, le Soudan a été divisé en 26 nouveaux Etats; la dracunculose est endémique dans 21 d'entre eux. Les coordonnateurs du programme d'éradication du ver de Guinée pour chacun des Etats se sont réunis en 1994 afin de faire le point des résultats de la campagne de dépistage et de planifier les interventions nécessaires. Lors d'une réunion tenue à Sennar au mois de mai, des plans opérationnels précis ont été examinés pour chacun des 21 Etats d'endémie et 26 formateurs ont appris à appliquer les méthodes d'isolement des cas et à utiliser de l'Abate® aux fins de la lutte antivectorielle. Des volontaires recrutés dans les villages ont commencé à être déployés sur le terrain en juillet en août. En septembre, 435 volontaires avaient ainsi été formés à la notification des cas, à la conduite d'activités d'éducation sanitaire et à la distribution de filtres en tissu.

Les résultats du système amélioré de notification des cas de dracunculose sont résumés dans le Tableau 1. Un total de 28 899 cas a été notifié dans 772 villages d'endémie entre janvier et novembre 1994. Plus de 95% des cas ont été déclarés dans 5 seulement des Etats d'endémie: Bahr Al-Ghazal septentrional, Bahr Al-Jabal, Equatoria orientale, Haut-Nil et Bahr Al-Ghazal occidental. La plupart des villages d'endémie connus sont également groupés dans quelques Etats (Carte 1). La dracunculose sévit toute l'année avec, semble-t-il, un pic saisonnier en mai-juin. Dans les villages d'endémie du Kordofan, il est arrivé que les taux d'attaque notifiés représentent jusqu'à 79% de la population du village.¹

¹ Voir N° 18, 1987, pp 127-129

In addition to health education talks undertaken by village volunteers, health education materials such as posters, pamphlets and calendars were distributed by the SGWEP in 1994. Cloth with a guinea-worm logo and message was also distributed in some areas. States were encouraged to develop their own specific health education strategies. More than 50 000 monofilament filters donated through Global 2000 have been distributed: 36 000 in northern and 14 000 in southern sectors of the country. However, the extent of coverage of endemic villages and households by cloth filters is unknown. UNICEF assisted the government in developing some new sources of water supplies in a few of the endemic areas. Use of Abate® for vector control, and of the case-containment strategy have not yet begun.

Operation Lifeline Sudan is actively working from Nairobi, Kenya in cooperation with various non-governmental organizations to help provide control measures in southern areas of the country that are not accessible to the government. To facilitate coordination with this southern sector, a Joint Task Force comprising representatives of the secretariat of the SGWEP, Operation Lifeline Sudan, UNICEF/Khartoum, and WHO was established late in 1994.

In December 1994, state coordinators from 12 of the endemic states met in the Federal Ministry of Health to finalize state plans of action for 1995. Major constraints facing the programme include poor infrastructure, difficult access to the rural areas concerned, and inadequate transport.

A National Conference on Dracunculiasis is being planned to be held in Khartoum on 27 March 1995. The main purposes of this conference are to increase awareness of the disease and how to prevent it, and to mobilize additional resources for the eradication programme.

(Based on: A report from the Federal Ministry of Health.)

Editorial Note (WHO Collaborating Center for Research, Training and Eradication of Dracunculiasis, Atlanta): This report reflects a considerable improvement in control measures being taken in Sudan since 1993, when only 2 984 cases were officially reported to WHO¹ (a number since revised to 2 965), and control measures were largely limited to 3 "pilot villages". It is very likely, however, that even the number of cases now reported for the first 11 months of 1994 still underestimates the extent of dracunculiasis in Sudan by at least one-half, and maybe by much more than that. With the rapid reduction of cases in Nigeria,² it appears that Sudan now has more cases of dracunculiasis remaining than any other country. Moreover, population movements associated with the civil war, as well as normal seasonal migrations, are probably the source of increasing reports of persons from Sudan found to be suffering from dracunculiasis in neighbouring countries. Sudan thus represents a major challenge to the global goal of eradicating dracunculiasis.

¹ See No. 17, 1994, p. 127.

² See No. 22, 1994, pp. 162-163.

Testing for HIV infection among individuals with tuberculosis

A Joint Statement of the WHO Tuberculosis Programme and the Global Programme on AIDS

This statement is intended to assist policy-makers and programme managers in developing programmatic guidance on testing individual patients with tuberculosis for HIV infection. Guidelines on unlinked, anonymous HIV testing of tuberculosis patients for surveillance purposes

Outre les activités d'éducation sanitaire, les volontaires de village ont organisé des débats afin d'informer la population et l'on a également procédé en 1994 à la distribution de matériels tels que des affiches, des brochures et des calendriers. Dans certaines régions, on a également distribué des tissus portant un logo et un message sur l'éradication du ver de Guinée. Chaque Etat a été encouragé à élaborer sa propre stratégie d'éducation sanitaire. Plus de 50 000 filtres monofilament donnés par Global 2000 ont été distribués: 36 000 dans les zones nord et 14 000 dans les zones sud du pays. Toutefois, on ne sait pas dans quelle mesure les villages et les ménages des zones d'endémie sont équipés en filtres de tissu. L'UNICEF a aidé le Gouvernement à installer de nouvelles sources d'approvisionnement en eau dans quelques régions d'endémie. Le recours à des épandages d'Abate® aux fins de la lutte antivectorielle et la mise en œuvre de la stratégie d'isolement des cas n'ont pas encore débuté.

A partir de Nairobi, Kenya, l'organisation *Operation Lifeline Sudan* collabore avec plusieurs organisations non gouvernementales à la mise en place de mesures de lutte dans les zones sud du pays auxquelles le Gouvernement n'a pas accès. Afin de faciliter la coordination des opérations avec cette zone sud, un groupe spécial commun, composé de représentants du secrétariat du programme d'éradication du ver de Guinée au Soudan, d'*Operation Lifeline Sudan*, de l'UNICEF/Khartoum et de l'OMS, a été créé à la fin de 1994.

En décembre 1994, les coordonnateurs de 12 des Etats d'endémie se sont réunis au Ministère fédéral de la Santé pour achever les plans d'action qu'il est prévu de mettre en œuvre dans les Etats en 1995. Les principaux obstacles auxquels se heurte le programme sont notamment la médiocrité des infrastructures, les difficultés d'accès aux zones rurales touchées, et l'insuffisance des transports.

Une conférence nationale sur la dracunculose aura lieu à Khartoum le 27 mars 1995. Elle vise avant tout à sensibiliser la population à la maladie et aux moyens de la prévenir et à mobiliser des ressources supplémentaires pour le programme d'éradication.

(D'après: Un rapport du Ministère fédéral de la Santé.)

Note de la Rédaction (Centre collaborateur OMS d'Atlanta pour la dracunculose [recherche, formation et lutte]): Le présent rapport témoigne d'une amélioration considérable des mesures de lutte mises en œuvre au Soudan depuis 1993, année où 2 984 cas seulement avaient été officiellement déclarés à l'OMS¹ (chiffre qui a été établi depuis à 2 965) et où les opérations ont en grande partie été limitées à 3 «villages pilotes». Cela étant, il est très vraisemblable que même le nombre des cas notifiés à l'heure actuelle pour les 11 premiers mois de 1994 soit encore inférieur de la moitié au moins, et peut-être de beaucoup plus encore, au nombre réel des cas de dracunculose au Soudan. Avec la diminution rapide du nombre des cas au Nigéria,² peut-être le Soudan est-il maintenant le pays où la prévalence de la dracunculose est la plus élevée. En outre, les mouvements de population associés à la guerre civile ainsi que les migrations saisonnières normales sont peut-être la cause du nombre croissant de rapports faisant état de cas de dracunculose chez des personnes en provenance du Soudan et se trouvant dans des pays voisins. Le Soudan représente donc un défi majeur pour l'objectif mondial de l'éradication de la dracunculose.

¹ Voir N° 17, 1994, p. 127

² Voir N° 22, 1994, pp. 162-163

Recherche de l'infection à VIH chez les tuberculeux

Déclaration conjointe du programme de la tuberculose et du programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS

La présente déclaration vise à aider les décideurs et administrateurs de programme à préparer des directives en vue de la recherche de l'infection à VIH chez les malades atteints de tuberculose. L'OMS a déjà rédigé des recommandations pour la pratique de tests VIH anonymes non corrélés chez les tuberculeux aux fins de

have been developed earlier by WHO. A statement on isoniazid preventive therapy for persons with tuberculosis and HIV coinfection has also been issued jointly with the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.¹

It is now well established that infection with the human immunodeficiency virus (HIV) is the most potent factor promoting the development of tuberculosis in individuals infected with *Mycobacterium tuberculosis*. The annual risk of tuberculosis in persons with HIV and tuberculosis coinfection is 5-10%, with a lifetime risk estimated to be as high as 50%. In areas where both infections are common, this has led to significant increases in the incidence of tuberculosis. It was estimated that in 1990, 4% of new tuberculosis cases were attributable to HIV coinfection. However, by the year 2000, this may increase to 14% of new tuberculosis cases worldwide.

Because of this association and the fact that HIV coinfection may complicate the management of tuberculosis (e.g., atypical case presentation, decreased sensitivity of diagnosis by sputum smear examination, increased frequency of adverse drug reactions, increased mortality from other infections during tuberculosis treatment), it has been suggested that patients with tuberculosis at risk of HIV be offered HIV testing.

Possible benefits of testing for HIV-positive tuberculosis patients include improved clinical management of both tuberculosis and other HIV-associated conditions, as well as provision of prophylaxis against certain infections. At present, treatment of tuberculosis for persons with HIV infection is similar to that for patients without HIV infection with a single exception: thioacetazone should be avoided in HIV-infected persons because of the increased probability of severe and sometimes fatal skin reactions. Otherwise, the treatment regimens and length of therapy are the same.

Some authorities have recommended that HIV-infected tuberculosis patients receive maintenance treatment ("post-treatment" or secondary prophylaxis) for an extended period, perhaps lifelong, following completion of a standard tuberculosis treatment regimen. However, further research on this question is required. Until such time as data are available, post-treatment prophylaxis is not recommended.

Whenever HIV testing is considered for individual patients with tuberculosis, this should include HIV pre-test counselling to provide full information to patients and seek their explicit consent prior to being tested. Any provision of an HIV test should be accompanied by post-test counselling. Guidelines on voluntary HIV testing have been published and are available from the WHO Global Programme on AIDS.

There is no public health rationale for mandatory testing of tuberculosis patients who refuse voluntary testing. On the contrary, routine or mandatory testing of tuberculosis patients for HIV infection might dissuade patients from seeking appropriate care and impair the efficiency of tuberculosis control efforts, especially case finding in populations at greatest risk of tuberculosis.

In resource-poor countries, priority for use of available resources for tuberculosis control should be given to treatment of tuberculosis cases, and especially the provision of short-course therapy for all smear-positive tuberculosis patients. In addition, programmes should be achieving a high cure rate for new smear-positive cases before considering funding of voluntary HIV testing for tuberculosis patients out of tuberculosis programme resources. However, when resources are available, patients with tuberculosis potentially at risk of HIV infection should be offered **voluntary and confidential** HIV serological testing and

la surveillance. Une déclaration sur le traitement préventif par l'isoniazide des personnes simultanément infectées par le bacille tuberculeux et le VIH a également été publiée conjointement avec l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires.¹

Il est désormais bien établi que l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est l'agent qui concourt le plus activement à l'apparition d'une tuberculose chez les sujets porteurs d'une infection à *Mycobacterium tuberculosis*. Le risque annuel de tuberculose chez les sujets porteurs d'une infection concomitante à VIH et à *M. tuberculosis* est de 5% à 10%, le risque estimatif sur toute la durée de la vie atteignant 50%. Là où les deux infections sont communes, cet état de choses conduit à un accroissement sensible de l'incidence de la tuberculose. On estime qu'en 1990, 4% des nouveaux cas de tuberculose pouvaient être attribués à une co-infection par le VIH, mais d'ici l'an 2000, la proportion pourrait passer à 14% dans l'ensemble du monde.

En raison de cette association, et comme une co-infection par le VIH est susceptible de compliquer le traitement de la tuberculose (par exemple du fait d'un tableau clinique atypique, d'une diminution de la sensibilité du diagnostic par examen des frottis d'expectoration, d'un accroissement de la fréquence des réactions indésirables aux médicaments, ou encore d'une mortalité plus importante due à d'autres infections en cours de traitement antituberculeux), il semble indiqué de proposer un test VIH aux tuberculeux exposés au risque de co-infection.

La recherche d'une séropositivité VIH chez les tuberculeux pourrait permettre à ceux-ci de bénéficier d'une meilleure prise en charge clinique de leur maladie ainsi que d'autres affections associées au VIH, avec en outre la possibilité d'un traitement préventif contre certaines infections. Actuellement, le traitement de la tuberculose chez les malades porteurs d'une infection à VIH ne se distingue pas du traitement antituberculeux ordinaire, à cette exception près qu'il faut éviter d'administrer de la thioacétazone aux sujets infectés par le VIH en raison de la probabilité accrue de réactions cutanées graves, voire mortelles. Cela mis à part, les schémas thérapeutiques et la durée du traitement sont identiques.

Un certain nombre de spécialistes recommandent de soumettre les tuberculeux infectés par le VIH à un traitement d'entretien (prophylaxie «post-thérapeutique» ou secondaire) pendant une période prolongée et même à vie, une fois achevé le traitement antituberculeux classique. Il s'agit toutefois là d'une question qui doit être étudiée plus à fond. La prophylaxie post-thérapeutique n'est pas recommandée faute actuellement de données suffisantes.

Chaque fois que l'on envisage un test VIH chez un tuberculeux, il faut envisager un conseil préalable afin de donner au malade toutes les explications nécessaires et d'obtenir son accord explicite pour le test. Après le test, un nouveau conseil sera proposé aux patients. Des recommandations pour le test VIH volontaire ont été publiées et peuvent être obtenues auprès du programme mondial OMS de lutte contre le SIDA.

Rien ne justifie, du point de vue de la santé publique, que l'on fasse subir un test VIH à un tuberculeux contre son gré. Au contraire, la pratique systématique et obligatoire de ce test chez les tuberculeux pourrait dissuader les malades de se faire soigner et compromettre l'efficacité de la lutte antituberculeuse, notamment le dépistage de la maladie dans les populations les plus exposées.

Dans les pays qui disposent de peu de moyens, les ressources destinées à la lutte antituberculeuse doivent être consacrées en priorité au traitement des malades, et notamment au traitement à court terme de tous ceux qui présentent un frottis positif au bacille tuberculeux. En outre, il faut que les programmes antituberculeux obtiennent un taux élevé de guérison chez les nouveaux cas à frottis positif avant d'envisager de financer le dépistage volontaire de l'infection à VIH chez les tuberculeux sur leurs propres ressources. Par contre, si l'on dispose des ressources nécessaires, il faut proposer aux tuberculeux exposés au risque d'infection par le VIH un dépistage sérologique **volontaire et confidentiel** de l'infection à

¹ See No. 49, 1993, pp. 361-364

¹ Voir N° 49, 1993, pp. 361-364

counselling. Definitions of those persons at risk of HIV infection will vary from country to country. Coordination between national tuberculosis and AIDS control programmes is also essential in implementing this policy.

• A list of references is available upon request from the Tuberculosis Programme, Division of Communicable Diseases, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.

VIH, dépistage assorti d'un conseil. A cet égard on se souviendra que la définition d'un sujet à risque d'infection par le VIH varie d'un pays à l'autre. Il est également essentiel, pour la mise en œuvre de cette politique, qu'il y ait une coordination entre programme antituberculeux et programme de lutte contre le SIDA au niveau national.

• On pourra obtenir une liste de références auprès du Programme de la tuberculose, Division des Maladies transmissibles, OMS, 1211 Genève 27, Suisse.

Influenza

Finland (7 February 1995).¹ The incidence of influenza-like illness is increasing among military conscripts and was above the epidemic threshold in a garrison in early February. Influenza B has been diagnosed by virus isolation in 2 cases and influenza A by antigen detection in 2.

Netherlands (8 February 1995).² Influenza activity remained low (4 per 10 000 population) in the week ending 5 February. One further isolate of influenza A(H3N2) virus and 4 of influenza B virus were reported in that week.

Singapore (9 February 1995).³ Influenza A viruses have been isolated or diagnosed by antigen detection in an increasing number of cases since December 1994. Some of them have been further identified as influenza A(H1N1), an influenza type which had not been diagnosed for more than 2 years. Most isolates were from adults between 20 and 45 years whereas cases diagnosed by antigen detection in immunofluorescence tests were mainly in infants and children.

Switzerland (6 February 1995).⁴ Overall, the influenza activity registered by sentinel physicians has been low throughout the season, but an increase was noted in the western part of the country towards the end of January. Influenza A and B have continued to be diagnosed in sporadic cases. A few isolates from late January have been further identified as influenza A(H3N2).

¹ See No. 6, 1995, p. 43
² See No. 4, 1995, p. 28
³ See No. 44, 1994, p. 331
⁴ See No. 50, 1994, p. 380

Grippe

Finlande (7 février 1995).¹ L'incidence du syndrome grippal s'accroît parmi les recrues et se situait au-dessus du seuil épidémique dans une garnison au début février. La grippe B a été diagnostiquée par isolement du virus dans 2 cas et la grippe A par détection de l'antigène dans 2 autres cas.

Pays-Bas (8 février 1995).² L'activité grippale est restée faible (4 pour 10 000 habitants) au cours de la semaine qui s'est achevée le 5 février. Un autre isolement de virus grippal A(H3N2) et 4 de virus B ont été signalés cette semaine-là.

Singapour (9 février 1995).³ Des virus grippaux A ont été isolés ou diagnostiqués par détection de l'antigène dans un nombre accru de cas depuis décembre 1994. Certains ont été caractérisés comme appartenant au sous-type H1N1, qui n'avait pas été diagnostiqué depuis plus de 2 ans. La plupart des isolements provenaient d'adultes entre 20 et 45 ans, tandis que des cas diagnostiqués par détection de l'antigène par des tests d'immunofluorescence concernaient principalement des nourrissons et des enfants.

Suisse (6 février 1995).⁴ Globalement, l'activité grippale enregistrée par les médecins sentinelles a été faible pendant toute la saison, mais un accroissement a été noté dans la partie occidentale du pays vers la fin janvier. La grippe A et la grippe B ont continué à être diagnostiquées parmi des cas sporadiques. Quelques isolements effectués à la fin janvier ont été caractérisés comme des virus grippaux A(H3N2).

¹ Voir N° 6, 1995, p. 43
² Voir N° 4, 1995, p. 28.
³ Voir N° 44, 1994, p. 331
⁴ Voir N° 50, 1994, p. 380

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU REGLEMENT

Notifications received from 10 to 16 February 1995

C - cases, D - deaths, .. - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect

Cholera • Choléra

Africa • Afrique

	C	D
Angola	1 VII-20 XII	
.....	955	41
Cameroon - Cameroun	27.X-31 XII	
.....	94	1
Cape Verde - Cap-Vert	30 I-6 II	
.....	114	5

Notifications reçues du 10 au 16 février 1995

C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles, i - importe, r - revise, s - suspect

America • Amérique

	C	D
Brazil - Brésil	22 IX-9 XI	
.....	1 433	26

Newly infected areas as at 16 February 1995

For criteria used in compiling this list, see No. 48, 1994, p. 363

Zones nouvellement infectées au 16 février 1995

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 48, 1994, p. 363

Cholera • Choléra
 Africa • Afrique
Cape Verde - Cap-Vert
 Maio Island - Ile de Maio