

Cholera, Liberia – update¹

The cholera outbreak in Monrovia remains a public health concern. By 5 October 2003, the total number of cases since the beginning of the year had reached 22 604, with 22 127 cases occurring since the beginning of the epidemic in June. Between 22 and 28 September, 2502 cases – including 181 severe cases and 2 deaths – were reported by 12 of the 22 organizations participating in the emergency surveillance system developed by WHO. The case-fatality rate (CFR) is low (below 1%) in the cholera treatment centres run by Médecins Sans Frontières France and Belgium and by MERLIN. Many nongovernmental organizations have opened oral rehydration corners to increase the coverage of the population.

The worst affected areas of Monrovia are Central Monrovia, Paynesville and Sinkor. The caseload seems to be declining in Paynesville and Sinkor, probably as the result of the widespread chlorination of wells undertaken over the past month by WHO and UNICEF. In Central Monrovia, however, poor access to safe water and adequate sanitation remains a critical factor that limits the effectiveness of control measures. An increase in cholera cases has also occurred in Buchanan (Grand Bassa County) and in Bong County, with 39 cases reported during week 39 and 113 during week 40.

Additional concern is being caused by the increase in cases of bloody diarrhoea, which may prove to be shigellosis; 1123 cases have been reported since 18 August 2003, with a regular increase in the weekly number of cases (218 in week 39; 231 in week 40), mainly in Central Monrovia and Paynesville. Laboratory tests are currently under way but results are not yet available. The number of reported deaths is very low (CFR = 0.18%), which is not typical of a dysentery outbreak

¹ See No. 36, 2003, pp. 313–314.

Choléra, Libéria – mise à jour¹

La flambée de choléra à Monrovia demeure un problème de santé publique. Au 5 octobre 2003, le nombre total de cas depuis le début de l'année était de 22 604, dont 22 127 sont survenus depuis le début de la flambée en juin. Entre les 22 et 28 septembre, 2502 cas – dont 181 cas graves et 2 décès – ont été signalés par 12 des 22 organisations participant au système de surveillance d'urgence mis au point par l'OMS. Le taux de létalité (TL) est faible (en dessous de 1%) dans les centres de traitement du choléra gérés par Médecins sans Frontières France et Belgique et par MERLIN. De nombreuses organisations non-gouvernementales ont ouvert des postes de réhydratation orale afin d'augmenter la couverture de la population.

Les endroits les plus touchés de Monrovia sont Monrovia centre, Paynesville et Sinkor. Le nombre de cas semble diminuer à Paynesville et Sinkor, probablement suite à la chloration générale des puits entreprise par l'OMS et l'UNICEF au cours des quatre dernières semaines. A Monrovia centre, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement reste critique et limite l'efficacité des mesures de lutte. Une augmentation des cas est également survenue à Buchanan (comté de Grand Bassa) et dans le comté de Bong, avec 39 cas signalés au cours de la semaine 39 et 113 au cours de la semaine 40.

L'augmentation du nombre de cas de diarrhée sanglante est un sujet de préoccupation supplémentaire (1123 cas ont été signalés depuis le 18 août, avec chaque semaine une augmentation régulière du nombre de cas – 218 pendant la semaine 39 et 231 pendant la semaine 40 –, principalement à Monrovia centre, et Paynesville), lesquels pourraient être dus à la shigellose. On procède actuellement à des examens biologiques dont les résultats ne sont pas encore disponibles. Le nombre de décès signalés est

¹ Voir N° 36, 2003, pp. 313-314.

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva**

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève**

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 10.2003
ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

among a malnourished population. No conclusion has been reached yet on whether the cases of bloody diarrhoea have a cause other than *Shigella* or whether there is under-reporting of deaths.

Poliomyelitis in west Africa: Burkina Faso, Ghana and Togo

A case of poliomyelitis due to wild poliovirus was confirmed in Togo; date of onset was 22 July 2003.

This case – as well as cases reported in 2003 from Burkina Faso and Ghana – was found to be due to wild poliovirus type 1, which is genetically related to a lineage of wild poliovirus circulating in southern Niger and northern Nigeria.

So far this year, 1 case of poliomyelitis following importation of wild poliovirus has been reported in Burkina Faso, 6 cases in Ghana, and 1 case in Togo.

For these countries, where the quality of surveillance is high, the appearance of cases in 2003 follows long periods with no isolation of wild poliovirus. Burkina Faso has been polio-free since 2001 with the exception of one case following importation of wild poliovirus in 2002. Ghana has been polio-free since 2001 and Togo since 2000.

However, proximity to Nigeria, one of the three main poliovirus reservoirs in the world, means that the risk of importations remains high.

Starting on 22 October, health ministries in Burkina Faso, Ghana and Togo – as well as those in Benin, Chad, Cameroon and Niger – will organize synchronized National Immunization Days, targeting children aged under 5 years. It is critical that every child is reached during these activities to ensure that population immunity is sufficiently high to stop any transmission of wild poliovirus and to protect against further importations.

Yellow fever, Burkina Faso

On 10 October 2003, WHO received reports of an outbreak of yellow fever in the district of Gaoua in the south-west of the country, near the border with Côte d'Ivoire. One case has been laboratory-confirmed by Centre Muraz (Burkina Faso) and by the WHO Collaborating Centre for Yellow Fever, the Institut Pasteur in Dakar (Senegal). Additional samples are being tested.

A team from the Ministry of Health and WHO quickly investigated the outbreak. The Crisis Committee of Gaoua met and a rapid vaccination campaign was carried out, covering all individual over the age of 6 months old living within 20 km of Gaoua. Surveillance has been intensified. ■

très faible (TL = 0,18%), ce qui n'est pas représentatif d'une flambée de dysenterie parmi une population sous-alimentée. Il n'a pas encore été établi si les cas de diarrhée sanglante avaient une autre origine que *Shigella* ou si l'on ne signalait pas tous les décès.

Poliomyélite en Afrique occidentale: Burkina Faso, Ghana et Togo

Un cas de poliomyélite causé par un poliovirus sauvage a été confirmé au Togo; il est apparu le 22 juillet 2003.

Il s'est avéré que ce cas, ainsi que ceux signalés en 2003 au Burkina Faso et au Ghana, ont été causés par un poliovirus sauvage type 1 qui est génétiquement apparenté à une lignée de poliovirus sauvages circulant dans le nord du Nigéria et au sud du Niger.

A ce jour, cette année, 1 cas de poliomyélite faisant suite à une importation de poliovirus sauvage a été signalé au Burkina Faso, 6 cas au Ghana, et 1 cas au Togo.

Pour le Burkina Faso, le Ghana et le Togo, où la surveillance est de qualité, l'apparition de ces cas en 2003 fait suite à de longues périodes où il n'y a eu aucun isolement de poliovirus sauvage. Le Burkina Faso est exempt de poliomyélite depuis 2001, à l'exception d'un cas faisant suite à l'importation de poliovirus sauvage en 2002. Le Ghana en est exempt depuis 2001 et le Togo depuis 2000.

Etant donné la proximité du Nigéria, l'un de trois réservoirs principaux de poliovirus au monde, le risque d'importations continues reste élevé.

Les ministères de la santé du Burkina Faso, du Ghana et du Togo ainsi que ceux du Bénin, du Cameroun, du Niger et du Tchad, effectueront à partir du 22 octobre 2003 des journées nationales de vaccination synchronisées visant les enfants âgés de moins de 5 ans. Il est crucial que chaque enfant puisse être vacciné au cours de ces activités afin de s'assurer que l'immunité de la population est suffisamment élevée pour stopper toute autre transmission de poliovirus sauvage et pour se protéger contre de nouvelles importations.

Fièvre jaune, Burkina Faso

Le 10 octobre 2003, on a signalé à l'OMS une flambée de fièvre jaune dans le district de Gaoua, au sud-ouest du pays, près de la frontière avec la Côte d'Ivoire. Un cas a été confirmé en laboratoire par le Centre Muraz (Burkina Faso) et par le Centre collaborateur de l'OMS pour la fièvre jaune, à savoir l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). Des échantillons supplémentaires sont en train d'être testés.

Une équipe composée de membres du ministère de la santé et de l'OMS a rapidement enquêté sur la flambée. Le Comité de crise de Gaoua s'est réuni et une campagne de vaccination a rapidement eu lieu, couvrant tous ceux âgés de plus de 6 mois vivant à 20 km à la ronde autour de Gaoua. La surveillance a été renforcée. ■