

World Health Organization  
Geneva



Organisation mondiale de la Santé  
Genève

# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

## RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address. EPIDNATIONS GENEVA Telex 415416 Fax 791 07 46

Adresse télégraphique. EPIDNATIONS GENÈVE Telex 415416 Fax 791 07 46

Automatic Telex Reply Service  
Telex 415768 Geneva with ZCZC and ENGL for reply in English

Service automatique de réponse par télex  
Télex 415768 Genève suivi de ZCZC de FRAN pour une réponse en français

14 December 1990

65th YEAR - 65<sup>e</sup> ANNÉE

14 décembre 1990

### DRACUNCULIASIS

**NIGERIA.** — The Third National Conference on Dracunculiasis (guinea worm disease) in Nigeria met in Lagos on 19 March 1990. It was sponsored by the Federal Ministry of Health (FMOH), UNICEF, the Bank of Credit and Commerce International, and Global 2000. Its theme was "Better life for rural communities through clean water". About 150 registered participants attended the conference.

The conference objectives were to:

- present a situation report on the second active case search for all 21 states and the Federal Capital Territory (FCT) Abuja;
- review the Nigerian Guinea Worm Eradication Programme's (NIGEP) activities and progress since last year's National Conference,<sup>1</sup> including feedback on state plans of action and ongoing initiatives to implement intervention strategies; and
- formally launch the implementation phase of the nationwide intervention programmes, namely the distribution of cloth filters, health education materials, provision of safe drinking-water and use of chemicals to treat unsafe drinking-water sources.

The most important outcome of the conference was the official announcement that henceforth primary health care facilities in the Local Government Areas (LGAs) should treat dracunculiasis cases; since many victims are incapacitated, the health care workers should visit the affected villages to do so. In addition, the FMOH supplied 20 000 doses of tetanus toxoid to each state for dracunculiasis cases. Experience suggests that communities are more receptive to later visits, interventions and recording of cases when they perceive an immediate benefit.

One highlight of the conference was a lengthy discussion with the State Commissioners of Health about the NIGEP, which identified programme strengths and weaknesses, and provided insight into state management of the programme. In general, the State Commissioners were supportive but identified inadequate transport as the greatest problem of both surveillance and intervention.

#### Results of the active case search

Another highlight of the conference was the state presentations of the results of the active case search begun in December 1989 and completed, with the exception of 1 state, in March 1990.

<sup>1</sup> See No. 27, 1989, pp. 207-210.

### DRACUNCULOSE

**NIGÉRIA.** — La Troisième Conférence nationale sur la Dracunculose (maladie due au ver de Guinée) s'est tenue à Lagos le 19 mars 1990. Parrainée par le Ministère fédéral de la Santé, l'UNICEF, la *Bank of Credit and Commerce International* et *Global 2000*, la Conférence avait pour thème «Un approvisionnement en eau saine pour améliorer les conditions de vie des communautés rurales». Environ 150 participants inscrits y ont assisté.

Les principaux objectifs de la conférence étaient les suivants:

- présenter un rapport sur la deuxième opération de dépistage actif dans les 21 Etats du Nigéria et dans le Territoire de la capitale fédérale, Abuja;
- passer en revue les activités et les progrès du programme nigérian d'éradication du ver de Guinée depuis la conférence nationale de l'année précédente,<sup>1</sup> y compris la rétro-information sur les plans d'action des Etats et les initiatives en cours pour mettre en œuvre les stratégies d'intervention; et
- lancer officiellement la phase d'exécution des programmes d'intervention à l'échelle du pays: distribution de filtres en tissu et de matériels d'éducation pour la santé, approvisionnement en eau de boisson saine et utilisation de produits chimiques pour traiter les sources d'eau de boisson infectées.

Le résultat le plus important de cette conférence a été l'annonce officielle que les centres de soins de santé primaires dans les zones d'administration locale (LGA) traiteraient dorénavant les cas de dracunculose et que, la plupart des victimes étant dans l'impossibilité de se déplacer, les agents de santé se rendraient dans les villages infectés. Le Ministère fédéral de la Santé a fourni en outre 20 000 doses d'anatoxine tétanique à chaque Etat pour les cas de dracunculose. L'expérience a montré en effet que les communautés sont plus favorables aux visites et interventions ultérieures et aux enregistrements des cas lorsqu'elles peuvent en tirer un avantage immédiat.

Un des moments marquants de la conférence a été la longue discussion avec les commissaires de la santé des Etats sur le programme nigérian d'éradication du ver de Guinée qui a permis d'identifier les points forts et les faiblesses du programme et de fournir des éclaircissements sur la gestion du programme dans les Etats. D'une façon générale, les commissaires des Etats ont été coopératifs, tout en considérant que l'insuffisance des moyens de transport restait le principal obstacle aux activités de surveillance et d'intervention.

#### Résultats du dépistage actif

Un autre point marquant de la conférence a été la présentation par les Etats des résultats de l'opération de dépistage actif commencée en décembre 1989 et achevée en mars 1990 dans tous les Etats sauf un. Des

<sup>1</sup> Voir No. 27, 1989, pp. 207-210.

Epidemiological notes contained in this issue:

Blood transfusion services, dracunculiasis, hepatitis A, influenza, trypanosomiasis.

List of newly infected areas, p. 392.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Dracunculose, grippe, hépatite A, services de transfusion sanguine, trypanosomiase.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 392.

Trained enumerators used new forms developed at the central level to identify all villages with active dracunculiasis cases between June 1988 and July 1989. The forms were developed in cooperation with Global 2000 and UNICEF to facilitate computerization, reduce interview time and incorporate the data needs of the various water projects to facilitate their compliance with the recommendation of last year's conference that all national and international water projects should make endemic villages a priority for water supply.<sup>1</sup>

Based on available returns, the provisional results of the 1988-1989 dracunculiasis active case search show more than 640 000 cases, and over 6 000 endemic villages (Table 1). The disease is present in every state (cases in Akwa Ibom were all imported), a fact first reported at the First National Conference<sup>2</sup> and subsequently documented by the first active case search and reported at the Second National Conference. State reports indicate that this second search was more complete than the first one last year. Declines in incidence are already apparent in 10 states, where there was a combined reduction of total cases from 329 132 cases for 1987-1988 to 221 786 cases for 1988-1989, or 32.7%.

recenseurs qualifiés ont utilisé les nouveaux formulaires préparés au niveau central pour identifier tous les villages présentant des cas de dracunculose active entre juin 1988 et juillet 1989. Les formulaires ont été mis au point en coopération avec *Global 2000* et l'UNICEF en vue de faciliter le traitement informatique des données, de réduire la durée des entretiens et d'incorporer les données relatives aux divers projets d'approvisionnement en eau pour en faciliter l'exécution, conformément à la recommandation de la dernière conférence selon laquelle tous les projets nationaux et internationaux d'approvisionnement en eau devraient donner la priorité aux villages où la maladie est endémique.<sup>1</sup>

Les résultats provisoires du dépistage actif des cas de dracunculose en 1988-1989, basés sur les données reçues à ce jour, font apparaître plus de 640 000 cas et plus de 6 000 villages endémiques (Tableau 1). La maladie est présente dans tous les Etats (les cas notifiés dans l'Etat d'Akwa Ibom sont tous importés), situation signalée pour la première fois lors de la Première Conférence nationale<sup>2</sup> puis confirmée par la suite par la première opération de dépistage actif dont les résultats ont été présentés à la Deuxième Conférence nationale. Les rapports des Etats indiquent que cette deuxième opération de dépistage a été plus complète que la première, réalisée l'année dernière. Une baisse de l'incidence est déjà évidente dans 10 Etats où le nombre total des cas est passé de 329 132 en 1987-1988 à 221 786 en 1988-1989, soit une baisse générale de 32,7%.

Table 1. Nigerian Guinea Worm Eradication Programme (NIGEP): active case search results, 1987-1988 and 1988-1989 (provisional data)

Tableau 1. Programme nigérian d'éradication du ver de Guinée: résultats de l'opération de dépistage actif des cas de dracunculose, 1987-1988 et 1988-1989 (données provisoires)

State — Etat	Number endemic/ total LGA 1988-1989 Nombre de LGA endémiques/ nombre total de LGA 1988-1989	Number of endemic villages Nombre de villages endémiques		Number of cases Nombre de cas	
		1987-1988	1988-1989	1987-1988 <sup>a</sup>	1988-1989 <sup>b</sup>
Abuja . . . . .	6/9	36	31	1 405	830*
Akwa Ibom . . . . .	0/20	—	—	—	6 <sup>c</sup>
Anambra . . . . .	10/29	872	1 105	175 432	208 803
Bauchi . . . . .	20/20	537	205	13 197	16 054
Bendel . . . . .	6/20	19	42	218	235
Benue . . . . .	8/19	146	245	38 317	41 225
Borno . . . . .	12/24	188	159	5 246	9 884
Cross River . . . . .	6/8	71	71	10 959	8 406*
Gongola . . . . .	12/21	59	47	319	337
Imo . . . . .	10/30	262	255	53 668	39 002*
Kaduna . . . . .	7/13	76	19	211	207
Kano . . . . .	34/46	338	130	12 987	17 357
Katsina . . . . .	20/20	182	...	12 018	26 574
Kwara . . . . .	14/14	1 005	619	50 356	16 917*
Lagos . . . . .	9/12	14	16	41	31*
Niger . . . . .	10/10	336	322	16 812	32 512
Ogun . . . . .	11/12	226	167	2 993	1 271*
Ondo . . . . .	22/22	308	595	197 391	149 455*
Oyo . . . . .	38/42	632	701	16 576	16 615
Plateau . . . . .	5/16	67	43	11 813	5 527*
Rivers . . . . .	4/14	23	12	295	140*
Sokoto . . . . .	35/37	482	1 313	33 366	48 620
<b>Total<sup>d</sup></b> . . . . .	<b>299/458</b>	<b>5 879</b>	<b>6 097<sup>e</sup></b>	<b>653 620</b>	<b>640 008</b>

<sup>a</sup> Reported cases for period June 1987-July 1988. — Cas notifiés de juin 1987 à juillet 1988

<sup>b</sup> Reported cases for period June 1988-July 1989. — Cas notifiés de juin 1988 à juillet 1989.

<sup>c</sup> All cases imported — Cas importés en totalité.

<sup>d</sup> Totals for 1988-1989 do not include data from 12 LGAs in Kano State — Les totaux pour 1988-1989 ne comprennent pas les données de 12 LGA dans l'Etat de Kano.

<sup>e</sup> Does not include data from Katsina State. — Ne comprend pas les données de l'Etat de Katsina.

\* Decrease of 10% or more — Diminution de 10% ou plus.

**Eradication activities**

The states also reported on their intervention activities. Eight states (Anambra, Borno, Gongola, Kano, Niger, Ogun, Plateau, and Sokoto) have already begun targeting endemic villages for water supply projects, with the assistance of the Directorate of Food, Roads and Rural Infrastructure, and the Japan International Cooperation Agency. Three State Commissioners of Health (Anambra, Kwara, and Niger) have visited endemic villages. Four states are distributing cloth filters (Bauchi, Borno,

<sup>1</sup> See No 27, 1989, pp. 207-210

<sup>2</sup> See No 34, 1985, pp. 263-266

**Activités d'éradication**

Les Etats ont également fait rapport sur leurs activités d'intervention. Huit d'entre eux (Anambra, Borno, Gongola, Kano, Niger, Ogun, Plateau et Sokoto) ont déjà commencé à recenser les villages endémiques en vue d'y réaliser des projets d'approvisionnement en eau avec l'aide de l'UNICEF, de la Direction de l'alimentation, des routes et de l'infrastructure rurale, et de l'Agence japonaise pour la coopération internationale. Trois commissaires d'Etat pour la santé (Anambra, Kwara, Niger) se sont rendus dans les villages endémiques. Quatre Etats ont

<sup>1</sup> Voir N° 27, 1989, pp 207-210

<sup>2</sup> Voir N° 34, 1985, pp 263-266.

Niger, and Plateau). Anambra State is using temephos (Abate) donated for vector control by the American Cyanamid Company. The south-east zone developed jingles based on old folk songs for easy dissemination, and initiated an annual essay contest for primary school children. Niger State's Ministries of Health and Education are working together to print dracunculiasis messages on covers of exercise notebooks for schoolchildren.

The following recommendations made at the Second National Conference in 1989 have been or are being implemented:

- Greater priority is given to endemic villages for rural water supply.
- The use of health education and the promotion of increased LGA participation in the dracunculiasis campaign have been intensified. Every LGA has conducted at least 1 health education workshop on dracunculiasis.
- The dracunculiasis eradication programme is now being officially integrated into primary health care programmes at the state and LGA level.
- The second annual active case search was conducted and the experience of the first contributed significantly to the improved quality of the second.
- The National Conference on Dracunculiasis in Nigeria is now an annual event.

Among the recommendations, the following were adopted by the 1990 conference:

- The conference reiterated its earlier recommendation that the provision of safe drinking-water to affected villages is the optimum solution to dracunculiasis. Recognizing this, the conference recommends that alternative water schemes be considered such as improving existing natural sources, provision of new supplies, rehabilitation of broken-down pipes and increasing community-based maintenance capacity.
- Health education is an indispensable strategy for controlling dracunculiasis. Therefore, the mass media and the Federal Government mass mobilization agency should be more involved in the production of jingles, distribution of posters and filters so as to maximize community awareness of the dracunculiasis eradication effort.
- There is general consensus among the states that transport is their greatest challenge to conducting an active case search or an intervention programme. Therefore, the conference recommends that a solution to this problem be given immediate priority.
- Recognizing the numerous agencies involved in the dracunculiasis eradication programme, inter-sectoral cooperation and integration are essential. The conference recommends that all water projects be coordinated to avoid duplication and ensure maximum efficiency and effectiveness of this intervention.
- The conference underscores that this is an eradication programme, not a control programme. Therefore, each state/LGA should make substantial provision in the annual budget for its implementation. If necessary, the respective State Task Force, zonal facilitator or the National Secretariat should be consulted using the state plan of action as a guide.
- While commending the activities of the Better Life Programme, the conference recommends that it adopt dracunculiasis eradication as its priority strategy for pursuing its goals and aspirations for improving the lives of rural women and their families.
- The conference recommends that the data collection and information system be improved to facilitate planning, coordination of interventions, and programme monitoring and analysis.

distribué des filtres en tissu (Bauchi, Borno, Niger et Plateau). L'Etat d'Anambra utilise du téméphos (Abate) offert pour la lutte antivectorielle par l'American Cyanamid Company. Dans la région du sud-est, des slogans chantés ont été rédigés en s'inspirant du folklore afin d'en faciliter la diffusion, et un concours annuel de rédaction a été lancé parmi les élèves du primaire. Les ministres de la santé et de l'éducation de l'Etat de Niger travaillent ensemble à l'impression de messages sur la dracunculose sur les couvertures des cahiers d'exercices distribués aux élèves.

Les mesures ci-après, recommandées par la Deuxième Conférence nationale en 1989, ont déjà été prises ou sont en cours d'application:

- Les villages touchés par l'endémie sont désormais prioritaires pour l'approvisionnement rural en eau.
- Le recours à l'éducation pour la santé et les encouragements en vue d'une participation active des zones d'administration locale (LGA) dans la campagne contre la dracunculose sont intensifiés. Chaque LGA a organisé au moins un atelier d'éducation sanitaire sur la dracunculose.
- Le programme d'éradication de la dracunculose est aujourd'hui officiellement intégré au programme de soins de santé primaires au niveau des Etats et des LGA.
- La deuxième opération annuelle de dépistage actif est en cours et l'expérience de la première a beaucoup contribué à améliorer la qualité de la seconde.
- La conférence nationale sur la dracunculose au Nigéria se tient désormais chaque année.

Parmi les recommandations adoptées par la conférence de 1990, on peut mentionner les suivantes:

- La conférence a réitéré sa recommandation selon laquelle l'approvisionnement en eau saine des villages touchés constitue la solution optimale au problème de la dracunculose. La conférence recommande donc l'étude d'autres systèmes d'approvisionnement en eau, tels que l'amélioration des sources naturelles existantes, la fourniture de nouveaux équipements, la réparation des conduites détériorées et le renforcement de la capacité d'entretien par la communauté.
- L'éducation pour la santé est une stratégie indispensable à la lutte contre la dracunculose. Aussi les médias et l'organisme fédéral de mobilisation des masses devraient-ils participer à l'élaboration de slogans et à la distribution d'affiches et de filtres afin d'associer au maximum la communauté à l'effort d'éradication de la dracunculose.
- Tous les Etats s'accordent à penser que les problèmes de transport constituent le principal obstacle à l'organisation d'une opération de dépistage actif ou d'un programme d'intervention. La conférence recommande donc que l'on s'attache immédiatement à résoudre ce problème.
- Compte tenu du grand nombre d'institutions impliquées dans le programme d'éradication de la dracunculose, la coopération et l'intégration intersectorielles sont essentielles. La conférence recommande la coordination de tous les projets d'approvisionnement en eau pour éviter les chevauchements d'activités et garantir une efficacité et une efficience optimales.
- La conférence souligne qu'il s'agit d'un programme d'éradication et non de lutte. Par conséquent, chaque Etat et chaque LGA devraient prévoir des crédits suffisants dans leur budget annuel pour son exécution. Si nécessaire, on consultera le groupe de travail de l'Etat considéré, l'animateur de zone ou le Secrétariat national en s'inspirant du plan d'action de l'Etat.
- Tout en se félicitant des activités du programme pour l'amélioration des conditions de vie, la conférence recommande que ce programme fasse de l'éradication de la dracunculose une stratégie prioritaire pour réaliser ses objectifs et ses aspirations en matière d'amélioration de la vie des femmes et de leur famille en milieu rural.
- La conférence recommande d'améliorer la collecte des données et le système d'information pour faciliter la planification et la coordination des interventions, la surveillance continue et l'analyse du programme.

**TRYPANOSOMIASIS**

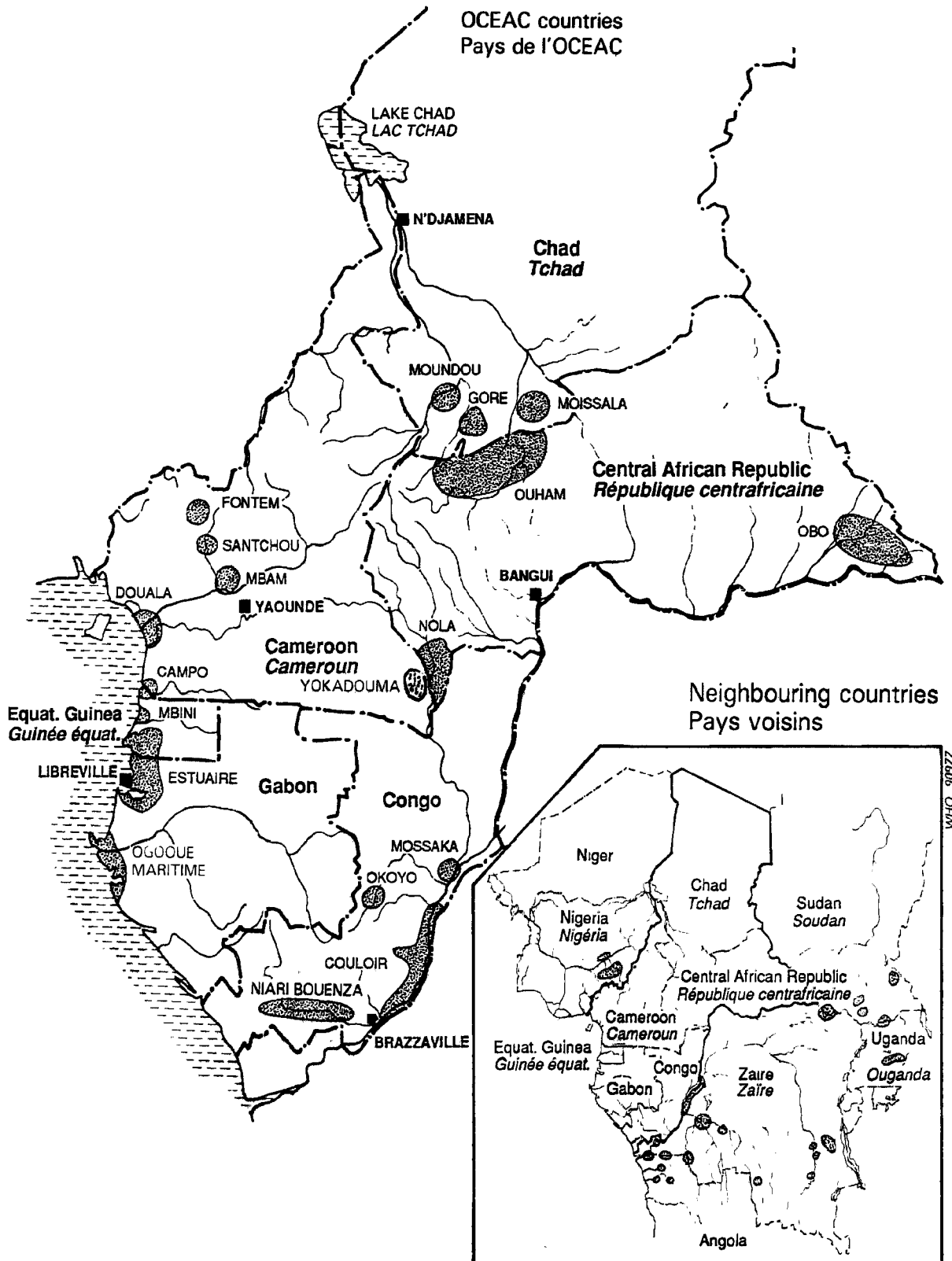
**Situation in the OCEAC Member States**

All Member States of the Organization for Coordination in the Control of Endemic Diseases in Central Africa (OCEAC) are faced to varying degrees with trypanosomiasis (sleeping sickness). If the situation is no longer what it used to be a few decades ago, when thousands of cases were diagnosed each year, it still remains a major concern for these states as well as for some neighbouring areas (Map 1)

**TRYPANOSOMIASE**

**Situation dans les Etats Membres de l'OCEAC**

Tous les Etats Membres de l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC) sont confrontés, à divers degrés, à la trypanosomiase (maladie du sommeil). Si la situation n'est plus ce qu'elle était il y a quelques décennies, époque à laquelle des milliers de cas étaient dépistés chaque année, elle reste encore très préoccupante aujourd'hui dans ces pays ainsi que dans certaines régions avoisinantes (Carte 1).



**Table 1. New trypanosomiasis cases detected in OCEAC Member States between 1982 and 1988**  
**Tableau 1. Nouveaux cas de trypanosomiase dépistés dans les Etats Membres de l'OCEAC de 1982 à 1988**

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Cameroon — Cameroun	773	1 000	3 113 <sup>a</sup>	1 038	1 102	585 <sup>b</sup>	...
Central African Republic — République centrafricaine	407	52	43	132	60	150	148
Congo	256	439	436	561	391	302	567
Gabon	70	89	63	59	31	32	28
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	82	76	71	291	366	82	63
Chad — Tchad	19	51	43	175	212	333	340
<b>Total</b>	<b>1 607</b>	<b>1 707</b>	<b>3 769</b>	<b>2 256</b>	<b>2 162</b>	<b>1 484</b>	<b>...</b>

<sup>a</sup> Figure includes serologically suspect cases — Chiffre comprenant les suspects sérologiques

<sup>b</sup> Incomplete figure — Chiffre partiel

### Trypanosomiasis situation by country (Table 1)

#### Cameroon

The historical foci of trypanosomiasis are still present in this country. The population at risk is estimated at almost 1 million. In 1982, the National Trypanosomiasis Control Programme detected 773 cases among 126 045 persons visited in the course of surveys; in 1983, 1 000 new cases were detected among the 142 232 persons visited. The foci of Mbam and Fontem are the most active ones, accounting together for almost 95% of the cases detected in Cameroon. The disease has made its appearance in the Mamfe Region in the west of the country, but 2 other regions would also require monitoring:

- the Northern Province, bordering Chad, where refugee populations, originating in majority from the Tapol region, have lived for extensive periods;
- the Eastern Province, specifically the Yokadouma region, in direct contact with the Nola focus in the Central African Republic, where there has been a resurgence of the disease for a number of years.

#### Central African Republic

Trypanosomiasis flared up in the 1980s. It is essentially present in 3 regions:

- Nola-Bilolo, a small focus in the south-west of the country near the border with Cameroon. It was first noticed in 1982, when 2 cases were detected by a health centre; between 11 000 and 20 000 persons are estimated to be exposed to the risk of the disease in this area; in 1987, almost 60 cases were detected.
- the Ouham area, in the north of the country, where 404 cases were detected in 1982. This widespread focus, often difficult to reach, is important because of its proximity to the foci in southern Chad with which it constitutes a single geographical entity; in 1985, 30 new cases were reported in this focus, followed by 16 in 1986 and 150 in 1987; all were confirmed parasitologically;
- Upper M'Bomou, where the numbers of new cases have been fluctuating for the last few years. As for other regions, these figures probably do not reflect the real situation. This focus, which is difficult to reach, is in contact with foci of southern Sudan and Upper Zaire.

The national health authorities estimate that the total number of persons exposed to the risk of trypanosomiasis in all these foci is approximately 120 000. All are in need of regular surveillance.

#### Chad

The foci are located in the south of the country. They are the 2 sectors of Moundou and Sarh, which correspond to the Logone and Chari valleys.

The whole of southern Chad has always been an area of sleeping sickness transmission. Around the 1970s, the situation seemed to be under control. Routine screening using the indirect fluorescent antibody test (IFAT) was undertaken in 1976 and revealed a resurgence of the disease in the foci of Timberi, Ranga and Goré. Unfortunately, this screening was interrupted by the

### Situation de l'endémie par pays (Tableau 1)

#### Cameroun

Les foyers historiques de trypanosomiase persistent dans ce pays. On estime la population à risque à près d'un million. En 1982, le programme national de lutte contre la trypanosomiase a dépisté 773 malades parmi les 126 045 personnes visitées au cours d'enquêtes; en 1983, 1 000 nouveaux malades ont été mis en évidence parmi les 142 232 personnes visitées. Les foyers du Mbam et de Fontem sont les plus actifs; ensemble ils sont à l'origine de près de 95% des cas dépistés au Cameroun. La maladie a fait son apparition dans la région de Mamfé, à l'ouest du pays. Par ailleurs, 2 autres régions mériteraient d'être contrôlées et surveillées:

- dans la Province du Nord, la région frontalière avec le Tchad, où ont vécu pendant longtemps des populations réfugiées et provenant en particulier de la région de Tapol;
- dans la Province de l'Est, la région de Yokadouma, en contact direct avec le foyer centrafricain de Nola, en recrudescence depuis plusieurs années.

#### République centrafricaine

La trypanosomiase, dont la recrudescence se situe dans les années 80, est essentiellement présente dans 3 régions:

- le foyer de Nola-Bilolo, dans le sud-ouest du pays, à proximité de la frontière camerounaise, s'est manifesté discrètement en 1982 avec 2 cas dépistés par un poste fixe; de 11 000 à 20 000 personnes seraient exposées au risque de la maladie dans cette zone, où près de 60 malades ont été dépistés en 1987;
- le foyer de l'Ouham situé dans le nord du pays où, en 1982, 404 cas étaient dépistés; étendu et d'accès parfois difficile, ce foyer est important en raison de sa proximité avec les foyers du sud tchadien, constituant en fait la même unité géographique; en 1985, 30 nouveaux cas ont été déclarés dans ce secteur, puis 16 en 1986 et 150 en 1987, tous confirmés parasitologiquement;
- le foyer du Haut M'Bomou, dont les chiffres fluctuants des dernières années ne reflètent probablement pas la réalité sur le terrain, comme pour les autres régions d'ailleurs; d'accès difficile, ce foyer est en contact avec les foyers du sud Soudan et du Haut-Zaire.

Les autorités sanitaires nationales estiment à 120 000 le nombre de personnes exposées au risque de trypanosomiase pour l'ensemble de ces foyers, qui devraient être régulièrement contrôlés.

#### Tchad

Les foyers tchadiens sont localisés dans le sud du pays. Ils intéressent les 2 secteurs de Moundou et de Sarh, qui correspondent aux vallées du Logone et du Chari.

L'ensemble du sud tchadien a toujours été une zone de transmission de la maladie du sommeil. Vers les années 70, la situation paraissait maîtrisée. Un effort de dépistage systématique, appuyé sur l'immuno-fluorescence indirecte (IFI) entrepris en 1976, mettait en évidence la résurgence de la maladie dans les foyers de Timberi, Ranga et Goré. Malheureusement cet effort fut interrompu par les troubles politico-

political and military unrest between 1978 and 1983, which disorganized the work of the mobile teams and led to large-scale population movements both within the country and into neighbouring countries.

In 1985, the screening activities resumed and led to the detection of 175 patients in that year, 212 in 1986, 333 in 1987 and 340 in 1988 in the traditional foci of Goré, Timberi and Ranga including the new focus of Tapol, 40 km from Moundou, where the number of cases reported for the same years were 118, 119, 175 and 125 respectively.

In 1988, a joint OCEAC/WHO survey covering 21 villages and 4 351 persons led to the detection of almost half the new cases for that year and revealed over 350 immunologically suspect cases. The screening activities in the Moissala region revealed the persistence of sleeping sickness transmission in that area.

#### Congo

The Congo is still facing serious problems: the various foci that have been known for decades persist and even seem to be spreading. The number of new cases diagnosed remains very high. Here again, the reported figures probably do not correspond to the real situation.

The largest focus is in the Bouenza region, where between 200 000 and 250 000 persons are exposed to the risk of infection. In 1986, 198 cases (71% of the total number detected in the Congo) came from this region. The second largest focus is the Couloir, along the River Congo facing the foci in Zaïre, on the opposite bank. In the past several years this focus had rarely been investigated, but in view of past epidemics, it would seem to deserve special attention. The Léfini focus is still active, but in the absence of any systematic surveillance, no precise figure has been given.

Altogether some 340 000 to 420 000 persons are believed to be at risk from sleeping sickness in the Congo. Action is urgently needed as in the other countries. A few sporadic surveys in early 1988 revealed the extent of the problem. Thus, the field work carried out as part of the training course organized jointly by OCEAC and WHO, in which 4 406 persons were examined, has revealed 331 immunologically suspect cases, 185 of whom have already been confirmed parasitologically. In the first 6 months of 1988, almost 350 cases were detected, as many as for the whole of 1987.

#### Equatorial Guinea

The national team responsible for trypanosomiasis control has done a considerable amount of work since 1985. A high percentage of the patients detected in the course of extended surveys were in the early stage of the disease.

The trend in the number of cases diagnosed in the Luba focus clearly illustrates the amount and the quality of the work that has been done: 277 cases in 1986, 46 in 1987 and 22 in 1988.

The frequent use of immunological tests, the card agglutination trypanosomiasis test [CATT] in the field and the IFAT in a laboratory in Bata must be noted as well as the integrated vector control programme on the island of Bioco (previously Fernando-Poo).

#### Gabon

The residual foci in Gabon are located in the coastal regions, the Komo estuary around Libreville and the mouth of the Ogooué near Port-Gentil.

Only a few cases occur in these foci, but most of the patients are detected through passive surveillance in the second stage of the disease. This clearly indicates the inadequacy or present case-finding.

The most important area of transmission is on the left bank of the Komo estuary. This region has few permanent residents (7 villages with a total of 350 inhabitants), but is visited by a large number of persons (hunters, fishermen, planters) who live in Libreville.

militaires qui ont eu lieu entre 1978 et 1983, désorganisant ainsi le travail des équipes mobiles et entraînant de forts mouvements de population tant à l'intérieur du pays que vers les pays voisins.

En 1985, les activités de dépistage reprenaient et permettaient de détecter 175 malades cette année-là, 212 en 1986, 333 en 1987 et 340 en 1988 dans les foyers traditionnels de Goré, Timberi et Ranga y compris un nouveau foyer à 40 km de Moundou, Tapol, dans lequel 118, 119, 175 et 125 cas sont survenus pour les mêmes années.

En 1988, une enquête conjointe OCEAC/OMS portant sur 21 villages et 4351 personnes a permis le dépistage de près de la moitié des nouveaux malades pour cette année et la mise en évidence de plus de 350 suspects immunologiques. Les activités de dépistage dans le région de Moissala ont révélé la persistance de la transmission de la maladie du sommeil dans cette région.

#### Congo

Le Congo continue à faire face à de gros problèmes: les différents foyers de trypanosomiase connus depuis des décennies persistent et semblent même s'étendre géographiquement. Le nombre des nouveaux cas dépistés est toujours important. Là aussi, les chiffres déclarés ne correspondent pas à la réalité sur le terrain.

Le foyer le plus important se situe dans la Bouenza, où 200 000 à 250 000 personnes sont exposées au risque d'infection. En 1986, 198 malades (soit 71% du nombre total dépisté au Congo) étaient originaires de cette région. Le deuxième foyer en importance est celui du Couloir, le long du fleuve, faisant face aux foyers zaïrois sur l'autre rive. Depuis plusieurs années, il est peu exposé et, étant donné les flambées épidémiques qui y ont eu lieu autrefois, il mériterait une attention particulière. Le foyer de la Léfini est toujours actif mais par manque d'une prospection systématique, aucun chiffre exact n'a pu être avancé.

Au total, c'est une population de 340 000 à 420 000 habitants qui serait concernée par la maladie du sommeil au Congo. Il est urgent d'agir, comme dans d'autres pays. Quelques missions ponctuelles sur le terrain au début de 1988 ont permis de révéler l'ampleur du problème. Ainsi, une prospection effectuée en application du cours de formation qui a été organisé conjointement par l'OCEAC et l'OMS a permis, sur 4 406 personnes examinées, de mettre en évidence 331 suspects immunologiques dont 185 ont déjà été confirmés parasitologiquement. Au cours des 6 premiers mois de l'année 1988, près de 350 malades ont été dépistés, soit autant que pour l'ensemble de l'année 1987.

#### Guinée équatoriale

L'équipe nationale chargée de la lutte contre la trypanosomiase a accompli depuis 1985 un travail considérable. Un pourcentage élevé de malades ont été dépistés au cours d'enquêtes, et en première période de la maladie.

L'évolution du foyer de Luba illustre bien le travail effectué: 277 cas en 1986, 46 en 1987 et 22 en 1988.

Il faut noter l'utilisation fréquente des tests immunologiques (test d'agglutination sur carte pour la trypanosomiase [CATT] sur le terrain et IFI avec un laboratoire d'analyse à Bata) et un programme de lutte antivectorielle intégré dans l'île de Bioco (précédemment Fernando-Poo).

#### Gabon

Les foyers résiduels du Gabon se situent dans les régions côtières: estuaire du Komo autour de Libreville, et embouchure de l'Ogooué à proximité de Port-Gentil.

Peu de cas sont décelés dans ces foyers, mais la plupart des malades sont dépistés de façon passive et, pour la majorité d'entre eux, en deuxième période de la maladie. Ceci montre bien l'insuffisance du dépistage actuel.

La zone de contamination la plus importante se situe sur la rive gauche de l'estuaire du Komo. Cette région compte peu de résidents permanents (7 villages totalisant 350 personnes), mais elle est fréquentée par un nombre important de personnes (chasseurs, pêcheurs, planteurs) habitant Libreville qui se fondent ainsi à la population citadine.

**Conclusion**

The old foci of the disease persist, often with a higher level of transmission and geographical spread in several regions.

Acting in close collaboration, OCEAC and WHO have helped a number of countries to improve their national services to control the disease. Several countries have also benefited from bilateral agreements providing substantial financial support for their programmes. The specific actions taken since 1988 may be summarized as follows:

- staff training course in Gabon;
- training course followed by an epidemiological survey in the Central African Republic, Chad and the Congo;
- evaluation of national programmes in Cameroon, the Central African Republic, the Congo and Equatorial Guinea;
- development, with WHO participation, of a national programme for the Central African Republic and Chad;
- bilateral agreement for the Central African Republic, Chad and Equatorial Guinea.

Nevertheless, a great deal still has to be done to control the active foci and to implement routine and systematic surveillance of the populations living in the areas at risk.

(Based on/D'après: *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, No. 87, January-March/janvier-mars 1989.)

**New WHO publication****MANAGEMENT OF BLOOD TRANSFUSION SERVICES<sup>1</sup>**

This book provides a guide to the organization and management of blood transfusion services. Addressed to senior managers and administrative staff, it aims to acquaint its readers with all the factors that can influence the ability of a transfusion service to supply adequate, safe, and biologically potent blood and blood products.

This publication is primarily intended to help developing countries establish or upgrade services on up-to-date scientific and practical principles. Basic advice on the planning of a transfusion centre, the recruitment of donors, and the calculation of needs is complemented by technical information set out in chapters on the selection, calibration and maintenance of equipment, the layout of premises, quality control of equipment and procedures, and the logistics of blood collection, transportation, storage, and use. By illustrating the technical complexities of a transfusion service, these chapters can help planners know when the purchase of sophisticated equipment is justified. Strategies to prevent the transmission of HIV and hepatitis are also discussed.

Three separate chapters cover the planning of the workforce, continuing education, and the management of personnel. Other chapters outline legal responsibilities to blood donors and recipients and provide a practical guide to methods used in capital budgeting and cost accounting. The book concludes with information on the use of automated data processing systems, followed by a discussion of sources of support available from a number of international organizations.

<sup>1</sup> World Health Organization, 1990; xii + 229 pages (French and Spanish in preparation). ISBN 92 4 154406 6; Sw.fr 41.-/US \$32.80 (in developing countries. Sw.fr 28 70), Order No 1150345.

**HEPATITIS A**

**BULGARIA.** — An epidemic of hepatitis A has been reported causing a total of 13 808 cases from August to the end of November 1990. The disease is reported from all districts; Varna and Burgas districts appear to be most severely affected; 41% of cases are children of pre-school age or schoolchildren.

Travellers to Bulgaria are advised to have a prophylactic dose of immunoglobulin.

**Conclusion**

Les anciens foyers de la maladie persistent, avec souvent une accentuation de la transmission et des extensions géographiques dans plusieurs régions.

En étroite collaboration, l'OCEAC et l'OMS ont aidé bon nombre de pays à améliorer leurs services nationaux pour maîtriser l'endémie. Plusieurs pays ont aussi bénéficié d'accords bilatéraux apportant un support financier substantiel à leur programme. Les actions concrètes prises depuis 1988 peuvent être résumées ainsi:

- cours de formation du personnel au Gabon;
- cours de formation suivi d'une enquête épidémiologique au Congo, en République centrafricaine et au Tchad;
- évaluation des programmes nationaux du Cameroun, du Congo, de la République centrafricaine et de la Guinée équatoriale;
- mise au point, avec la participation de l'OMS, d'un programme national pour la Guinée équatoriale, la République centrafricaine et le Tchad;
- accord bilatéral pour la Guinée équatoriale, la République centrafricaine et le Tchad.

Il reste cependant beaucoup à faire pour aboutir au contrôle des foyers actifs et mettre en œuvre une surveillance systématique des populations vivant dans les zones à risque.

**Nouvelle publication de l'OMS****GESTION DES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE<sup>1</sup>**

Cet ouvrage fournit un guide pour l'organisation et la gestion des services de transfusion sanguine à l'intention des gestionnaires principaux et du personnel administratif. Il a pour but de familiariser ses lecteurs avec tous les facteurs pouvant influencer sur la capacité d'un service de transfusion à fournir du sang et des produits sanguins adéquats, sûrs et biologiquement actifs.

Cette publication vise avant tout à aider les pays en développement à mettre en place ou à améliorer leurs services au moyen de principes scientifiques et pratiques des plus récents. Aux conseils de base concernant la planification d'un centre de transfusion, le recrutement des donneurs et le calcul des besoins s'ajoutent les informations techniques contenues dans les chapitres sur le choix, l'étalonnage et l'entretien du matériel, l'agencement des locaux, le contrôle de la qualité du matériel et des procédés et la logistique de la collecte, du transport, du stockage et de l'utilisation du sang. En illustrant les complexités techniques d'un service de transfusion, ces chapitres aideront les planificateurs à décider du moment où il convient d'acheter du matériel élaboré. Les stratégies propres à prévenir la transmission du VIH et de l'hépatite sont aussi examinées.

Trois chapitres distincts traitent de la planification de la main-d'œuvre, de la formation continue et de la gestion des personnels. D'autres chapitres portent sur la responsabilité juridique envers les donneurs et les receveurs de sang et fournissent des indications pratiques concernant les méthodes utilisées pour la budgétisation des investissements et le calcul des coûts. L'ouvrage se termine par des informations sur l'utilisation des systèmes de traitement automatique des données, suivies d'un examen de l'appui offert par un certain nombre d'organisations internationales.

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, 1990; xii + 245 pages (versions française et espagnole en préparation). ISBN 92 4 254406 6; Fr.s. 41.-/US \$32,80 (prix dans les pays en développement: Fr.s. 28,70); N° de commande 1150345.

**HÉPATITE A**

**BULGARIE.** — Une épidémie d'hépatite A a été signalée, provoquant un total de 13 808 cas du mois d'août à la fin novembre 1990. On signale la maladie dans tous les districts; les districts de Varna et Burgas semblent être les plus sévèrement touchés; 41% des cas sont des enfants d'âge préscolaire ou des écoliers.

Il est conseillé aux voyageurs se rendant en Bulgarie de prendre une dose prophylactique d'immunoglobuline.

**INFLUENZA**

FRANCE (4 December 1990). — Influenza B virus has been isolated from a 7-year-old child in Paris in the week ending 2 December. This is the first case confirmed by virus isolation this season. Previous findings<sup>1,2</sup> were reported erroneously.

HONG KONG (3 November 1990). — A sporadic case of influenza B was diagnosed in the first week of October and since then there has been no laboratory-confirmed case of influenza.

SWEDEN (2 December 1990). — Influenza A(H3N2) has been diagnosed through direct detection of antigen in a 17-year-old girl in the Stockholm area. This is the first case confirmed this season.

<sup>1</sup> See No 45, 1990, p 352  
<sup>2</sup> See No 46, 1990, p 360

**GRIPPE**

FRANCE (4 décembre 1990). — Le virus grippal B a été isolé d'un enfant de 7 ans à Paris au cours de la semaine se terminant le 2 décembre. Il s'agit du premier cas confirmé par isolement du virus cette saison. Les informations précédentes<sup>1,2</sup> ont été rapportées par erreur.

HONG KONG (3 novembre 1990). — Un cas sporadique de grippe B a été diagnostiqué la première semaine d'octobre et depuis, aucun cas de grippe confirmé au laboratoire n'a été signalé.

SUÈDE (2 décembre 1990). — Le virus grippal A(H3N2) a été diagnostiqué par détection directe de l'antigène chez une adolescente de 17 ans, dans la région de Stockholm. Il s'agit du premier cas confirmé cette saison.

<sup>1</sup> Voir N° 45, 1990, p 352  
<sup>2</sup> Voir N° 46, 1990, p 360

**RENEWAL OF PAID SUBSCRIPTIONS**

To ensure that you continue to receive the *Weekly Epidemiological Record* without interruption, do not forget to renew your subscription for 1991. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Distribution and Sales, 1211 Geneva 27, Switzerland. Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label.

We are pleased to announce that the annual subscription rate will remain unchanged, at S.Fr. 150.

**RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS PAYANTS**

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 1991. Ceci peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où un dépositaire n'a pas été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Service de Distribution et de Vente, 1211 Genève 27, Suisse. N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Nous avons le plaisir d'annoncer que le prix de l'abonnement annuel demeure inchangé, à Fr.s. 150.

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT**  
**Notifications received from 7 to 13 December 1990 - Notifications reçues du 7 au 13 décembre 1990**

C Cases - Cas  
 D Deaths - Décès  
 P Port  
 A Airport - Aéroport

Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles  
 † Imported cases - Cas importés  
 ‡ Revised figures - Chiffres révisés  
 § Suspected cases - Cas suspects

**PLAGUE - PESTE**

Africa - Afrique

	C	D
MADAGASCAR	7-13	X
<i>Fianarantsoa Province</i>		
Ambositra S. Préf. . . . .	5(4s)	0
	30 IX-6 X	
<i>Antananarivo Province</i>		
Tsiroanomandidy S Préf . . . .	1s	1
<i>Fianarantsoa Province</i>		
Manandriana S. Préf. . . . .	1s	1

**CHOLERA† - CHOLÉRA†**

Asia - Asie

	C	D
INDIA - INDE	1-30 XI	
.....	234	6

† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see below / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées, voir ci-dessous

**There have been no notifications of newly infected areas**  
**Aucune notification de zones nouvellement infectées n'a été reçue**

**Areas removed from the infected area list between 7 and 13 December 1990**  
**Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 7 et le 13 décembre 1990**

For criteria used in compiling this list, see No. 27, page 212 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 27, page 212

**CHOLERA - CHOLÉRA**

Africa - Afrique

**MOROCCO - MAROC**

Fes Province  
 Meknes Province  
 Taza Province

Europe

**ROMANIA - ROUMANIE**

Brala  
 Galati  
 Tulcea

Price of the *Weekly Epidemiological Record*  
 Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Annual subscription - Abonnement annuel . . . . . Fr. s. 150.-