

Ebola haemorrhagic fever

A summary of the outbreak in Gabon¹

The current outbreak in Gabon started on 13 July 1996 with the death of a 39-year-old hunter in a logging camp between the city of Ovan and Koumameyong, near Booué, Ogooué-Ivindo Province. The second case, a close friend of the hunter, became ill and died in August, and the third and fourth deaths were in a traditional healer and his assistant who treated him. They occurred late in September and blood specimens from them were confirmed Ebola-positive on 4 October by the *Centre international de Recherches médicales de Franceville* (CIRMF), Gabon. The outbreak was brought under control and by 13 November 1996, it numbered 24 cases (clinical and epidemiological case definition used in the Kikwit epidemic, Zaire, 1995) including 17 deaths and only 1 known contact still requiring surveillance. However on 27 October, a doctor infected in Libreville by a case linked to the Booué outbreak, went to South Africa for medical care after having developed symptoms. Subsequently, this led to transmission of infection to a nurse in Johannesburg. The nurse became ill on 2 November and died on 24 November.²

On 26 November, a previously unidentified contact in Gabon died in the village of Djidjii, near Booué, and his burial was attended by his brother and his family from Libreville. His brother came back to Libreville with his 3 children as well as the children of the deceased. All were regularly followed up and 3 developed symptoms of Ebola infection and died in a Libreville hospital. One of them, who became ill on 21 December and died on 30 December, is the last recorded case. As of 7 January 1997, this outbreak has caused 54 cases including 41 deaths; 3 cases are hospitalized and 10 have recovered. The 3 hospitalized cases are in Booué, none in Libreville. There has been no documented secondary transmission in Libreville other than that of the doctor who flew to South Africa. A total of 167 contacts are still under daily surveillance. All known contacts have been located and are followed up daily. It is possible that a few of them may have been infected and will therefore develop disease.

International travel

WHO does not recommend any travel restriction either to or from Gabon or any other Ebola-endemic country. However, it is recommended for all travellers going to an Ebola-endemic area, with the specific intention to provide health care or perform laboratory tests from human or animal specimens, that they be aware of the risk of infection from Ebola and other pathogens and adhere strictly to good hygiene and biosafety practices. Travellers arriving from an Ebola-endemic area who have been in physical contact with a case should inform the health authority immediately on their arrival to ensure daily temperature check up for a period of 3 weeks.

There is no epidemiological evidence that persons infected but asymptomatic are infectious to others. Only symptomatic persons (e.g. contact subject with fever) should be considered as suspect cases and, consequently, potentially infectious. Since severely ill patients excreting abundant body fluids are not likely to travel, the risk to travellers of becoming infected by the Ebola virus during

¹ See No. 48, 1996, p. 366.

² See No. 47, 1996, p. 359.

Fièvre hémorragique à virus Ebola

Résumé de la flambée au Gabon¹

La poussée actuelle au Gabon a commencé le 13 juillet 1996 par la mort d'un chasseur de 39 ans dans un camp d'exploitation forestière situé entre Ovan et Koumameyong près de Booué dans la province d'Ogooué-Ivindo. Le deuxième cas, un proche du chasseur, est tombé malade et décédé en août, et le troisième et le quatrième décès étaient ceux d'un praticien traditionnel et de son assistant qui avaient soigné le deuxième cas. Ces cas remontent à la fin du mois de septembre et la présence du virus Ebola a été confirmée dans les prélèvements sanguins le 4 octobre par le Centre international de Recherches médicales de Franceville (CIRMF) au Gabon. La poussée a été maîtrisée et, au 13 novembre 1996, on avait dénombré 24 cas (selon la définition du cas sur le plan clinique et épidémiologique élaborée pour l'épidémie de Kikwit, Zaire, 1995) dont 17 mortels, un seul contact connu devant alors encore rester sous surveillance. Toutefois, le 27 octobre, un médecin infecté à Libreville par un cas lié à la flambée de Booué a été se faire soigner en Afrique du Sud après l'apparition de symptômes, ce qui a conduit à la transmission de l'infection à une infirmière de Johannesburg. L'infirmière est tombée malade le 2 novembre et elle est décédée le 24 novembre.²

Le 26 novembre, un contact au Gabon, qui n'avait pas été identifié auparavant, est décédé au village de Djidjii près de Booué et son frère et sa famille sont venus de Libreville pour la cérémonie funèbre. Le frère est ensuite rentré à Libreville avec ses 3 enfants et les enfants du défunt. Tous ont été suivis régulièrement et des symptômes caractéristiques ont été observés chez 3 d'entre eux qui sont ensuite décédés dans un hôpital de Libreville. L'un de ceux-ci, tombé malade le 21 décembre et décédé le 30, constitue le dernier cas enregistré. Au 7 janvier 1997, cette poussée a provoqué 54 cas dont 41 mortels; 3 cas sont hospitalisés et 10 ont guéri. Les 3 cas hospitalisés sont à Booué et il n'y en a aucun à Libreville. Rien n'indique qu'il y ait eu transmission secondaire à Libreville, en dehors du médecin qui s'est rendu en Afrique du Sud par avion. Au total, 167 contacts font encore l'objet d'une surveillance quotidienne. Tous les contacts connus ont été retrouvés et sont suivis quotidiennement. Il est possible que certains d'entre eux aient été infectés et qu'ils développeront la maladie.

Voyages internationaux

L'OMS ne recommande aucune restriction concernant les voyages en direction ou en provenance du Gabon ou d'autres pays d'endémie pour le virus Ebola. Il est toutefois recommandé à tout voyageur à destination d'une zone d'endémie avec l'intention spécifique de donner des soins de santé ou procéder à des essais de laboratoire sur des prélèvements humains ou animaux d'être conscient du risque d'infection par le virus Ebola et d'autres agents pathogènes et de respecter scrupuleusement les bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité biologique. Les voyageurs en provenance d'une zone d'endémie pour le virus Ebola qui ont été en contact physique avec un cas doivent informer les autorités sanitaires dès leur arrivée en vue d'assurer un suivi quotidien de leur température pendant 3 semaines.

Rien du point de vue épidémiologique n'indique que les sujets infectés mais asymptomatiques soient infectieux. Seuls les cas symptomatiques (par exemple les contacts devenus fébriles) doivent être considérés comme des cas suspects et par conséquent potentiellement infectieux. Comme les déplacements de sujets gravement malades – avec excréments abondants de liquides organiques – sont peu probables, le risque de contamination de voya-

¹ Voir N° 48, 1996, p. 366.

² Voir N° 47, 1996, p. 359.

travel is considered negligible. However, the risk of health care providers becoming infected through close physical contact with an Ebola patient should be considered, even if statistically low. This is particularly important for health workers in areas receiving a significant number of passengers from Ebola-endemic areas. For individuals entering the country from an infected area, a simple information leaflet can be used to inform arriving travellers of the need to report any febrile illness occurring up to 21 days after arrival. A questionnaire may be proposed to help tracing if necessary. Such procedures are at the discretion of governments and are not required under the International Health Regulations.

- Updates on this outbreak are posted on the World Wide Web at the following address: <http://www.who.ch/programmes/emc/news.htm>.

geurs par le virus Ebola est considéré comme négligeable. Toutefois, le risque auquel sont exposés les agents de santé en cas de contact physique étroit avec un malade doit être pris en considération même s'il reste statistiquement faible, et ce particulièrement dans les zones où arrivent de nombreux voyageurs en provenance de zone d'endémie. Une note d'information simple peut être distribuée aux personnes venant d'une zone infectée pour les informer à leur arrivée de la nécessité de signaler tout épisode fébrile survenant dans les 21 jours qui suivent. Un questionnaire peut être proposé s'il y a lieu pour faciliter une enquête éventuelle. Ces procédures sont à la discrétion des gouvernements et ne sont pas exigées par le Règlement sanitaire international.

- Des mises à jour sont diffusées sur le *World Wide Web* à l'adresse suivante: <http://www.who.ch/programmes/emc/news.htm>.

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization by telegram, fax or telex *within 24 hours* of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

In addition, they should notify the Organization by telegram, fax or telex *within 24 hours* of being informed of an imported or transferred case of such a disease into a non-infected area including all information available on the origin of infection.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation par télégramme, fax ou par télex *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

En outre, elles doivent adresser une notification à l'Organisation, par télégramme, fax ou par télex *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées d'un cas importé ou transféré dans une zone non-infectée, y compris tous les renseignements disponibles sur l'origine de l'infection.