



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

## RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

24 MAY 1996 • 71st YEAR

71<sup>e</sup> ANNÉE • 24 MAI 1996

### Cholera in 1995

#### Summary

In 1995, *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor was reported from all regions of the world (Map 1). In all, 208 755 cases were officially reported to WHO, an almost 50% decrease over 1994.<sup>1</sup> A total of 5 034 deaths were reported in 1995. The case-fatality rate (CFR) was reduced globally to 2.4% from 2.8% in the previous year. The number of countries reporting decreased from the record high number of 94 in 1994 to 78 in 1995 (Table 1 and Figs. 1-3).

The incidence of cholera in the Americas continues to fall but, ironically, the continent accounted in 1995 for the largest proportion of all reported cases worldwide. Africa reported a decline in the number of cases but an increased incidence was noted in the western countries of the continent. Asia reported a 52% decrease in cholera cases compared with 1994. The European Region was less affected than in previous years. Three countries accounted for almost all the indigenous cholera cases in the Region.

The new *V. cholerae* strain O139 (Bengal) appears to have declined and in 1995 only 1 country reported cases.

#### Patterns of transmission

##### Africa

The number of cases reported from Africa in 1995, totaling 71 081 and 3 024 deaths, represented about 44% of the cases reported in 1994. The CFR was 4.3% in the region, compared with 5% in 1994. Increased numbers of cases were observed in Burundi, Cape Verde and Liberia. A dramatic decrease in Zaire, from 58 057 in 1994 to 553 in 1995, reflected the stabilization of the movement of refugees, who in the previous year had been highly susceptible to the disease and accounted for the high number of cases. In Guinea and Guinea-Bissau, there was a considerable decline in the number of reported cases.

<sup>1</sup> See No. 28, 1995, pp. 201-208 and No. 29, 1995, pp. 209-211.

### Le choléra en 1995

#### Résumé

En 1995, on a signalé la présence de *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor dans toutes les régions du monde (Carte 1). Au total, 208 755 cas ont été officiellement déclarés à l'OMS, soit près de 50% de moins qu'en 1994.<sup>1</sup> Le nombre total de décès consécutifs au choléra signalés en 1995 a été de 5 034. Au niveau mondial, le taux de létalité est tombé à 2,4% contre 2,8% l'année précédente. Le nombre de pays ayant signalé des cas est passé du chiffre record de 94 en 1994 à 78 en 1995 (Tableau 1 et Fig. 1-3).

Dans les Amériques, l'incidence du choléra continue à baisser, mais, par une ironie du sort, c'est sur ce continent qu'on a signalé en 1995 la plus importante proportion de cas au monde. En Afrique, si le nombre de cas a diminué, l'incidence a en revanche augmenté dans les pays de l'Afrique occidentale. En Asie, le nombre de cas a diminué de 52% par rapport à 1994. La Région européenne a été moins touchée que les années précédentes. Presque tous les cas autochtones de choléra recensés dans la Région se situaient dans 3 pays.

La nouvelle souche de *V. cholerae* O139 (Bengal) a apparemment reculé en 1995, puisqu'un seul pays a signalé des cas.

#### Modes de transmission

##### Afrique

En 1995, le nombre de cas signalés en Afrique, qui a atteint un total de 71 081, dont 3 024 mortels, a représenté environ 44% des cas signalés en 1994. Le taux de létalité a été de 4,3% dans la région, contre 5% en 1994. Un accroissement du nombre de cas a été observé au Burundi, au Cap-Vert et au Libéria. La chute spectaculaire du nombre de cas constatée au Zaïre, leur nombre passant de 58 057 en 1994 à 553 en 1995, traduit la stabilisation de l'afflux de réfugiés, extrêmement vulnérables à la maladie l'année précédente et qui constituaient la masse des cas. En Guinée et en Guinée-Bissau, il y a eu une baisse considérable du nombre de cas signalés.

<sup>1</sup> Voir N° 28, 1995, pp. 201-208 et N° 29, 1995, pp. 209-211.

### CONTENTS

Cholera in 1995	157
Scientific Consultation on human and animal spongiform encephalopathies	163
Outbreak of suspected Lassa fever, Sierra Leone	163
Influenza	164
Cholera, Malaysia	164
Diseases subject to the Regulations	164

### SOMMAIRE

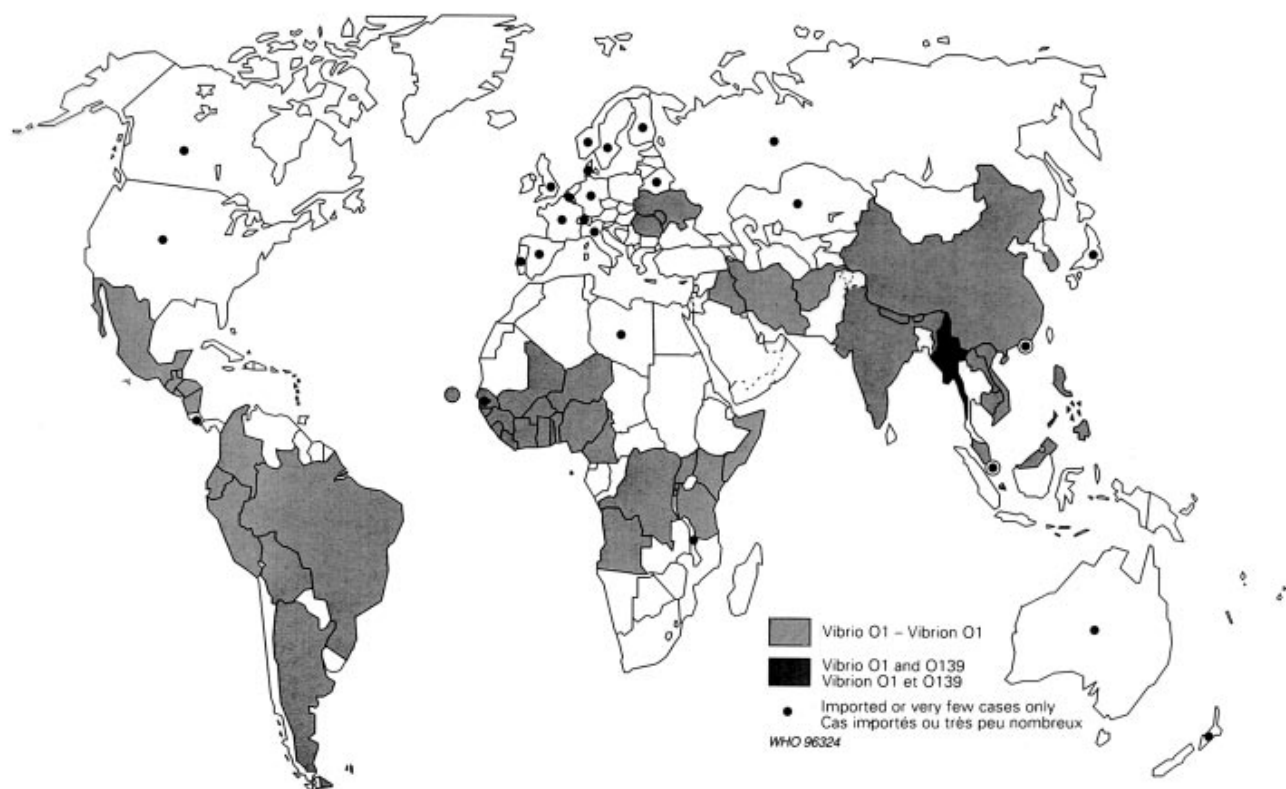
Le choléra en 1995	157
Consultation scientifique sur les encéphalopathies spongiformes humaines et animales	163
Flambée suspecte de fièvre de Lassa, Sierra Leone	163
Grippe	164
Choléra, Malaisie	164
Maladies soumises au Règlement	164

The repatriation of refugees in several countries and improvements in the surveillance and control of diarrhoeal diseases by governments and collaborating agencies may now be reflected in the lower numbers of cases and reduced CFR. The initiatives taken in regional collaboration may further confirm this trend.

Il est possible que la réduction du nombre de cas et le moindre taux de létalité que l'on observe actuellement soient à mettre au compte des améliorations apportées à la surveillance et aux mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques par les pouvoirs publics et les organismes collaborateurs. Les initiatives prises en matière de collaboration régionale pourraient encore confirmer cette tendance.

Map 1 Countries or areas reporting cholera in 1995

Carte 1 Pays ou zones signalant le choléra en 1995



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

## Americas

A total of 85 809 cases of cholera were reported by 15 countries in the Americas in 1995 compared with 113 684 cases in 1994. This decrease in the number of cases reported continues a trend that has been observed each year since 1992. Only 5 countries (Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Nicaragua) reported more cases in 1995 than in 1994.

In 1995, the CFR in Latin America was 1%, as it has been since 1991, which indicates that cholera case management continues to be effective in most countries in the region.

However, cholera has become established in a number of countries, serving as a reminder of the deficiencies in water quality, sanitation and hygiene that will continue to challenge governments and health agencies into the next century.

Finally, although cholera has not sustained its epidemic levels of 1991, a strong regional commitment to the surveillance, prevention and control of the disease should be maintained.

## Amériques

En 1995, 85 809 cas de choléra au total ont été notifiés par 15 pays des Amériques, contre 113 684 en 1994. Cette réduction du nombre de cas signalés marque la poursuite d'une tendance que l'on observe chaque année depuis 1992. Seuls 5 pays (Colombie, Equateur, Guatemala, Mexique et Nicaragua) ont signalé plus de cas en 1995 qu'en 1994.

Le taux de létalité due au choléra en Amérique latine a été de 1% en 1995, tout comme les années précédentes depuis 1991, ce qui indique que la prise en charge des cas continue à être efficace dans la plupart des pays de la région.

Toutefois, le choléra est désormais enraciné dans un certain nombre de pays, rappelant aux pouvoirs publics et aux organismes sanitaires que les insuffisances qui subsistent dans le domaine de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène seront encore un des défis du siècle prochain.

Enfin, même si la situation n'a plus les proportions épidémiques qu'elle avait en 1991, il faut que la région continue à surveiller et à combattre la maladie aussi résolument que par le passé.

Table 1 Cases of cholera and deaths notified to WHO, 1995

Tableau 1 Cas de choléra et décès notifiés à l'OMS, 1995

Country/Area – Pays/Territoire	Cases – Cas	Deaths – Décès
<b>Africa – Afrique</b>		
Angola .....	3 295	248
Benin – Bénin .....	203	12
Burkina Faso .....	1 451	113
Burundi .....	2 297 *	61
Cameroon – Cameroun .....	615	11
Cape Verde – Cap-Vert .....	12 913	240
Côte d'Ivoire .....	4 993	184
Gambia – Gambie .....	15 i	0
Ghana .....	4 698	93
Guinea – Guinée .....	6 506	565
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau .....	119	0
Kenya .....	1 543	38
Liberia – Libéria .....	3 420	126
Libyan Arab Jamahiriya – Jamahiriya arabe libyenne .....	22 **	2
Malawi .....	1	0
Mali .....	2 048	307
Niger .....	264	15
Nigeria – Nigéria .....	1 059	87
Rwanda .....	3	0
Senegal – Sénégal .....	3 222	137
Sierra Leone .....	10 285	447
Somalia – Somalie .....	9 255	191
Togo .....	65	4
Uganda – Ouganda .....	538	66
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie .....	1 698 *	55
Zaire – Zaïre .....	553 *	22
<b>Total .....</b>	<b>71 081</b>	<b>3 024</b>

**Americas – Amériques**

Argentina – Argentine .....	188	1
Belize .....	19	1
Bolivia – Bolivie .....	2 293	54
Brazil – Brésil .....	15 915	85
Canada .....	7 i	0
Colombia – Colombie .....	1 922	35
Costa Rica .....	24 (17i)	0
Ecuador – Equateur .....	2 160	23
El Salvador .....	2 923	2
Guatemala .....	7 970	95
Honduras .....	4 717	77
Mexico – Mexique .....	16 430	137
Nicaragua .....	8 825	164
Peru – Pérou .....	22 397	171
United States of America – Etats-Unis d'Amérique .....	19 i	0
<b>Total .....</b>	<b>85 809</b>	<b>845</b>

**Asia – Asie**

Afghanistan .....	19 903 s	624
Bhutan – Bhoutan .....	25	0
Cambodia – Cambodge .....	4 190	123
China – Chine .....	10 344	87
Hong Kong .....	6 (4i)	0
India – Inde .....	3 315	5
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d') .....	2 177	59
Iraq .....	820	3
Japan – Japon .....	311 (295i)	1
Kazakhstan .....	8 i	0
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao .....	1 365	174
Malaysia – Malaisie .....	116	0
Myanmar .....	1 296 ***	6
Nepal – Népal .....	157	0

Table 1 (continued)

Tableau 1 (suite)

Country/Area – Pays/Territoire	Cases – Cas	Deaths – Décès
<b>Asia (cont'd) – Asie (suite)</b>		
Philippines .....	847	4
Republic of Korea – République de Corée .....	74 (6i)	0
Singapore – Singapour .....	14 (3i)	0
Viet Nam .....	5 953	59
<b>Total .....</b>	<b>50 921</b>	<b>1 145</b>
<b>Europe</b>		
Belarus – Bélarus .....	3 i	0
Denmark – Danemark .....	3 i	0
Finland – Finlande .....	1 i	0
France .....	5 i	0
Germany – Allemagne .....	1 i	0
Italy – Italie .....	1 i	0
Netherlands – Pays-Bas .....	9 i	0
Norway – Norvège .....	1 i	0
Portugal .....	1 i	0
Republic of Moldova – République de Moldova .....	240 (8i)	5
Romania – Roumanie .....	118 (1i)	3
Russian Federation – Fédération de Russie .....	9 (1i)	2
Spain – Espagne .....	6 i	0
Sweden – Suède .....	2 i	0
Switzerland – Suisse .....	2 i	0
Ukraine .....	525	10
United Kingdom – Royaume-Uni .....	10 i	0
<b>Total .....</b>	<b>937</b>	<b>20</b>
<b>Oceania – Océanie</b>		
Australia – Australie .....	5 i	0
New Zealand – Nouvelle-Zélande .....	2 i	0
<b>Total .....</b>	<b>7</b>	<b>0</b>
<b>World total – Total mondial .....</b>	<b>208 755</b>	<b>5 034</b>

i = Imported. – Importé. s = Suspect.

\* = Includes cases which occurred in Rwanda. – Comprend des cas survenus au Rwanda.

\*\* = Cases limited to one sector of Ejadabia City among an expatriate community. – Cas limités à un secteur de la ville d'Ejadabia, dans une communauté d'expatriés.

\*\*\* = Includes 75 cases of *V. cholerae* O139. – Comprend 75 cas à *V. cholerae* O139.

## Asia

A total of 50 921 cases and 1 145 deaths were reported from 18 countries in Asia in 1995. The number of countries reporting declined from 26 in 1994. The highest numbers were reported from Afghanistan, China, India, the Islamic Republic of Iran and Viet Nam. Compared with previous years, a decline was observed all over the region. The CFR increased from 1.3% in 1994 to 2.2% in 1995.

The important efforts made by the governments in the region and WHO, as well as the positive response from the donor community, may have contributed to the decrease in the incidence of cholera cases, especially in the Lao People's Democratic Republic.

Cases of *V. cholerae* O139 were reported only from Myanmar. The number of countries reporting this strain has declined from 10 in 1992 to 1 in 1995. No countries reported imported cases of *V. cholerae* O139 in 1995.

## Asie

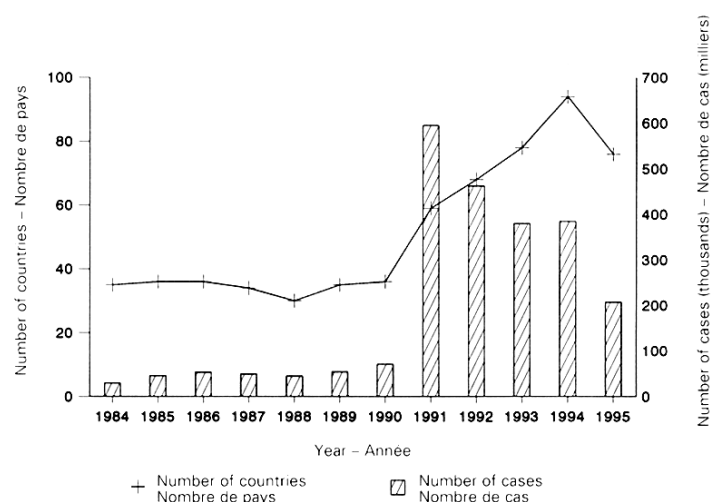
En Asie, ce sont 50 921 cas au total, dont 1 145 mortels, qui ont été notifiés par 18 pays en 1995, soit un recul par rapport aux 26 qui avaient annoncé des cas en 1994. Les nombres les plus élevés ont été enregistrés en Afghanistan, en Chine, en Inde, en République islamique d'Iran et au Viet Nam. Par rapport aux années précédentes, on a observé une diminution dans l'ensemble de la région. Le taux de létalité est passé de 1,3% en 1994 à 2,2% en 1995.

Il est possible que les efforts importants déployés par les gouvernements de la région et l'OMS, ainsi que la réaction positive de la communauté des donateurs, aient leur part dans la diminution de l'incidence des cas de choléra, en particulier en République démocratique populaire lao.

Le Myanmar est le seul pays où l'on a signalé des cas à *V. cholerae* O139. Le nombre de pays ayant signalé la présence de cette souche est tombé de 10 en 1992 à 1 en 1995. En 1995, aucun pays n'a signalé de cas importés à *V. cholerae* O139.

Fig. 1 Number of countries reporting cholera and number of cases reported, by year, 1984-1995

Fig. 1 Nombre de pays ayant signalé des cas de choléra et nombre de cas signalés, par année, 1984-1995



## Europe

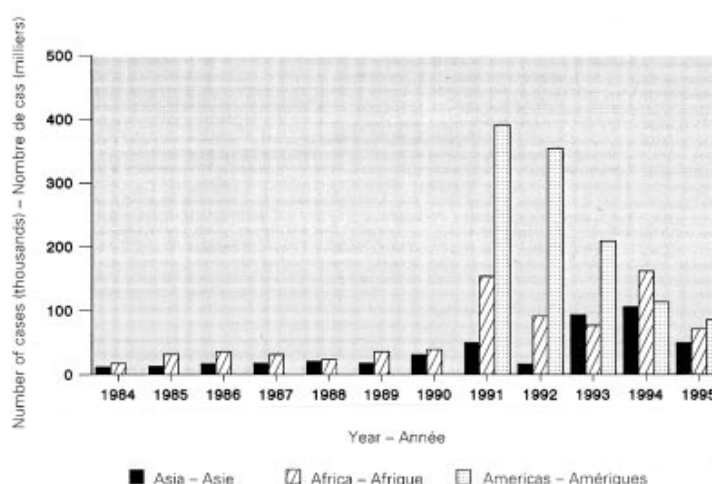
A total of 937 cases and 20 deaths were reported in 1995 from European countries. This represents 36% of the number reported in the previous year. Four countries reported autochthonous cholera cases. The numbers declined in most countries. The CFR was 2.1% as compared with 2.4% in 1994. The number of imported cases in European countries was not significantly different from the previous year. As a result of the occurrence of cholera in Europe, surveillance and control measures have been intensified. Public awareness has also increased international collaboration, and WHO has taken several initiatives to strengthen the response to outbreaks and control in the region.

## Europe

En 1995, les pays d'Europe ont déclaré un total de 937 cas, dont 20 mortels, soit 36% du nombre annoncé l'année précédente. Quatre pays ont fait état de cas autochtones. Le nombre de cas a reculé dans la plupart des pays. Le taux de létalité a été de 2,1% contre 2,4% en 1994. Le nombre de cas importés dans des pays européens n'a pas sensiblement varié d'une année à l'autre. Par suite de la présence du choléra en Europe, les mesures de surveillance et de lutte ont été intensifiées. La collaboration internationale s'est également développée grâce à une plus grande sensibilisation du public à ce problème, et l'OMS a pris un certain nombre d'initiatives visant à renforcer la lutte et à réagir aux flambées régionales.

Fig. 2 Number of cases of cholera reported to WHO, by continent and by year, 1984-1995

Fig. 2 Nombre de cas de choléra signalés à l'OMS, par continent et par année, 1984-1995



## Trends in the reported CFR

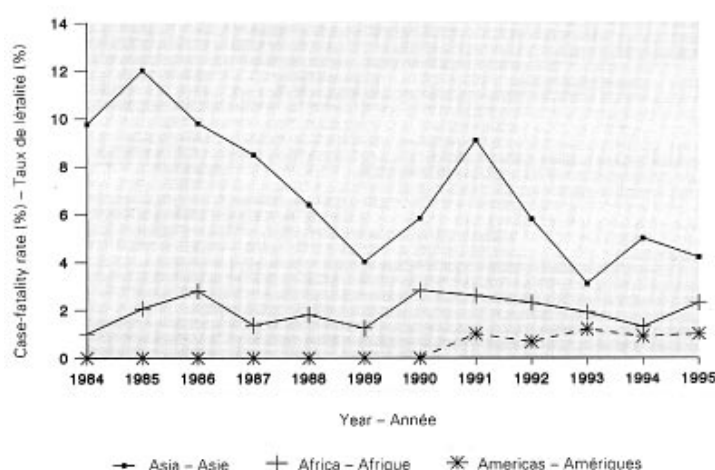
The overall CFR of 2.4% represents a decrease from 2.8% in 1994. This is attributable to less problematic refugee movements during the year, and increased surveillance and control measures by governments. An increase from 1.3% to 2.2% was noted in Asia. Globally the intensified diarrhoeal disease control programmes may have influenced improved case management.

## Evolution du taux de létalité

En 1994, le taux global de létalité a reculé à 2,4% contre 2,8% en 1994. Cette évolution peut s'expliquer par le fait que les mouvements de réfugiés ont posé moins de problèmes au cours de l'année, et par une surveillance et des mesures de lutte renforcées de la part des pouvoirs publics. Il est à noter que le taux de létalité est passé de 1,3% à 2,2% en Asie. Au niveau mondial, il est possible que l'intensification des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques ait amélioré la prise en charge des malades.

Fig. 3 Cholera case-fatality rates, by continent, 1984-1995

Fig. 3 Taux de létalité due au choléra, par continent, 1984-1995



### *V. cholerae* O139

The spread of *V. cholerae* O139 (Bengal) appears to have stopped. Although the strain was extensively introduced into several countries since 1992, the epidemic character of this strain does not appear to be confirmed by the data reported officially to WHO. However, surveillance and monitoring should continue and the control strategies remain the same.

### Activities and initiatives of the Global Task Force on Cholera Control

The Global Task Force on Cholera Control was created by the Director-General in 1991.<sup>1</sup> Its principal aims are to enhance information exchange, to review and revise cholera control policies, to activate global technical resource networks, to improve assistance to national cholera control activities, to intensify research efforts and to mobilize financial resources.

To meet these goals, the Task Force has developed and implemented subregional initiatives, in collaboration with governments (with the financial support of the international donor community) and WHO Regional Offices, aimed at improving preparedness and response to cholera and other epidemic diarrhoeal diseases.

Relevant material on environmental sanitation, food safety and a training course on epidemic preparedness and control at district level have been developed within the framework of the Task Force. Important intercountry workshops and cholera coordination meetings have been conducted in all the WHO Regions. In addition, many countries affected by cholera outbreaks have received direct emergency support. Since the end of 1995, the Global Task Force has been under the authority of the recently created Division of Emerging and other Communicable Diseases Surveillance and Control.

For the future, there is a need to intensify commitment to the prevention and control of cholera, to strengthen intercountry collaboration, as well as to develop skills to improve the capacity of countries to prepare for and to respond to cholera outbreaks.

<sup>1</sup> See No. 19, 1991, pp. 136-137.

### *V. cholerae* O139

Il semble que la propagation de *V. cholerae* O139 (Bengal) se soit interrompue. Bien que l'introduction de cette souche soit importante dans un certain nombre de pays depuis 1992, il ne semble pas que son caractère épidémique se confirme, à en juger par les données officielles communiquées à l'OMS. Toutefois, il convient de continuer à surveiller et à suivre de près la situation et de ne rien changer aux stratégies arrêtées en matière de lutte.

### Activités et initiatives du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra

Le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra a été créé par le Directeur général en 1991.<sup>1</sup> Il a pour finalités essentielles de stimuler l'échange d'informations, d'examiner et de réviser les politiques en matière de lutte anticholérique, de mettre en activité les réseaux mondiaux d'information technique, d'améliorer l'assistance aux activités nationales de lutte anticholérique, d'intensifier les efforts de recherche et de mobiliser des ressources financières.

Pour parvenir à ces buts, le Groupe spécial a lancé des initiatives au niveau sous-régional, en collaboration avec les gouvernements (et avec le soutien financier de la communauté internationale des donateurs) ainsi qu'avec les bureaux régionaux de l'OMS, afin d'améliorer la préparation et la réaction aux épidémies de choléra et de maladies diarrhéiques en général.

Une documentation relative à l'assainissement du milieu et à la salubrité des produits alimentaires ainsi qu'un cours de formation sur la lutte contre les épidémies et la manière de s'y préparer au niveau du district ont été mis au point dans le cadre des travaux du Groupe spécial. D'importants ateliers interpayes et des réunions de coordination sur le choléra ont été organisés dans toutes les Régions de l'OMS. En outre, de nombreux pays touchés par des flambées de choléra ont bénéficié d'une aide d'urgence directe. Depuis la fin de 1995, le Groupe spécial mondial est placé sous l'autorité de la Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles – Surveillance et Lutte, récemment créée.

Il sera nécessaire, à l'avenir, de s'engager davantage dans la lutte contre le choléra, de renforcer la collaboration interpayes et de faire en sorte que les pays sachent mieux se préparer à faire face aux flambées de choléra.

<sup>1</sup> Voir N° 19, 1991, pp. 136-137.

Although the 1995 downward trend in the incidence of cholera is encouraging, epidemic cholera is likely to persist if improvements in water quality and distribution, sewage treatment systems, hygiene education and food safety are not achieved and sustained.

Cholera is likely to continue to be a challenge into the next century.

### Scientific Consultation on human and animal spongiform encephalopathies

A scientific Consultation of 18 human and animal neurologists, neuropathologists and scientists from 14 countries, all expert in the transmissible spongiform encephalopathies (TSEs), met at WHO headquarters in Geneva from 14 to 16 May 1996. The Consultation examined in detail the clinical, neurological and neuropathological findings associated with the newly recognized variant of Creutzfeldt-Jakob Disease (V-CJD), compared these findings with data on other human TSEs, and further examined their relationship to the animal TSEs including bovine spongiform encephalopathy (BSE). In addition, the Consultation evaluated the need for worldwide surveillance of CJD, and reviewed TSE research to date, including diagnostic tests, in order to identify areas where further research is required.

The group considered that this recently described disorder is part of the CJD spectrum; it is a new variant form of CJD on grounds of its unique clinical and pathological features. BSE has been transmitted naturally and experimentally to a range of other animal species by the oral route, and it has been suggested that the emergent cluster of the new variant form of CJD may be a consequence of exposure of the human population to the BSE agent. It should be emphasized that such a link has not been proven on epidemiological grounds. After a thorough review of the characteristics of natural and experimental TSEs, the consultation concluded that the type of lesions and clinical presentation of the new variant form of CJD do not provide information on the possible origins of this disorder. Further data are urgently required from scientific studies on these variant cases, including animal transmission and strain typing experiments.

Based on the recommendations of the Consultation, WHO will coordinate an intensified worldwide system for CJD surveillance and ensure training in clinical and neuropathological diagnosis on CJD and the other human TSEs at selected collaborating centres throughout the world. In collaboration with the *Office international des Epizooties* (OIE), WHO will likewise ensure worldwide surveillance for the animal TSEs. Underlying these activities, WHO will continue to provide a scientific forum for exchange on research issues related to the TSEs as well as stimulate and facilitate research.

### Outbreak of suspected Lassa fever

**Sierra Leone.** On 9 May 1996, a team from the Ministry of Health and Sanitation and WHO was sent to investigate an outbreak in Kenema and other towns from where reports of 14 deaths of suspected Lassa fever had been received. A rapid assessment identified 76 suspected cases with 46 deaths from 1 January to 10 May in the Kenema Districts (mainly Tongo, Panguma and Segbwema), Eastern Region. Most cases were in adolescent females. Almost

Même s'il est encourageant de constater que l'incidence du choléra tend à reculer, les épidémies de choléra vont vraisemblablement se poursuivre si l'on ne parvient pas à améliorer durablement la qualité et la distribution de l'eau, les systèmes de traitement des effluents, l'apprentissage de l'hygiène et la salubrité des aliments.

Il est probable que le problème du choléra se posera encore au siècle prochain.

### Consultation scientifique sur les encéphalopathies spongiformes humaines et animales

Une Consultation scientifique réunissant 18 spécialistes des encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST) humaines et animales – neurologues, neuropathologistes et scientifiques de 14 pays – s'est tenue du 14 au 16 mai 1996 au Siège de l'OMS, à Genève. Ces spécialistes ont examiné en détail les observations cliniques, neurologiques et neuropathologiques effectuées sur la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (V-MCJ) récemment mise en évidence; ils les ont comparées aux données dont ils disposaient sur d'autres EST chez l'homme, en étudiant de manière approfondie les relations de ces affections avec les EST animales, et notamment l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). En outre, les participants se sont demandé dans quelle mesure il serait nécessaire de mettre en place une surveillance de la MCJ à l'échelle mondiale et fait le bilan des recherches actuelles sur les EST, notamment en ce qui concerne les épreuves de diagnostic, afin de voir dans quels secteurs la recherche doit être approfondie.

Le groupe estime que cette maladie récemment décrite est une pathologie du type Creutzfeldt-Jakob dont elle constitue une nouvelle variante, eu égard au caractère unique de ses manifestations cliniques et anatomo-pathologiques. L'ESB se transmet naturellement et expérimentalement par la voie orale à diverses espèces animales et on a émis l'opinion que les groupes de cas de cette nouvelle variante qui font leur apparition pourraient être la conséquence d'une exposition de la population humaine à l'agent étiologique de l'ESB. Il est toutefois à souligner qu'aucune preuve épidémiologique n'a été apportée à l'appui de cette hypothèse. Après une étude approfondie des caractéristiques des EST, les participants à la Consultation ont conclu que le type de lésions et le tableau clinique de cette nouvelle forme de MCJ ne permettaient pas de se prononcer sur son origine. Il est urgent que l'on puisse disposer des résultats des études scientifiques effectuées sur ces cas d'un type nouveau, notamment en ce qui concerne la transmission animale et le typage des souches.

Sur la base des recommandations formulées lors de cette Consultation, l'OMS va coordonner la mise en place d'un système renforcé de surveillance de la MCJ au niveau mondial et assurer une formation au diagnostic clinique et neuropathologique de cette affection et des autres EST chez l'homme dans un certain nombre de ses centres collaborateurs dans le monde entier. En collaboration avec l'Office international des Epizooties (OIE), l'OMS assurera également la surveillance mondiale des EST chez l'animal. En arrière-plan de ces activités, l'OMS continuera à jouer le rôle de forum scientifique où pourront s'échanger les résultats des recherches sur les EST, tout en stimulant et en facilitant la recherche.

### Flambée suspecte de fièvre de Lassa

**Sierra Leone.** Le 9 mai 1996, une équipe mise sur pied par le Ministère de la Santé et de l'Assainissement et par l'OMS a été envoyée à Kenema et dans d'autres villes afin d'enquêter sur 14 décès suspects de fièvre de Lassa. Une investigation rapide a permis de recenser 76 cas suspects, dont 46 mortels, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 10 mai dans les districts de Kenema (essentiellement Tongo, Panguma et Segbwema), dans la Région orientale. Il s'agissait, dans la plupart des cas, d'adolescentes. Presque toutes

all who were pregnant aborted and most of these women died.

The outbreak occurred in an area where Lassa fever is endemic and coincided with an unprecedented increase in the rat population in the affected towns. A special task force has been established for control activities. As the hospitals in Kenema lack the capacity for safe barrier nursing, an isolation ward with 24 beds has been made available for patient management at the Government Hospital.

Blood specimens collected by the team have been shipped for investigation to the WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Special Pathogens at the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, United States of America.

## Influenza

**Hong Kong** (14 May 1996).<sup>1</sup> The number of influenza virus isolates decreased, but remained higher than usual in April. Influenza A(H3N2) virus continued to predominate; however, influenza A(H1N1) and influenza B viruses were also isolated.

<sup>1</sup> See No. 17, 1996, p. 127.

## Cholera

**Malaysia.** On 10 May 1996, 10 people were hospitalized in Penang Hospital with diarrhoea. The first case of cholera was confirmed on 11 May. Since then a total of 1089 cases have been reported in the whole country, of which the majority were in Penang. Laboratory tests have determined that the patients were infected with *Vibrio cholerae* biotype El Tor, serotype Ogawa.

Epidemiological investigation indicates that all the reported cases in other states were among people who had recently visited and consumed food in Penang.

The Ministry of Health has taken stringent measures to control the outbreak. Visitors to the area should follow the normal recommendations regarding food, water and hygiene to avoid any risk of contracting the disease.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> See No. 10, 1996, p. 79.

celles qui étaient enceintes ont avorté et la plupart d'entre elles sont décédées.

La flambée s'est produite dans une zone où la fièvre de Lassa existe à l'état endémique et elle a coïncidé avec une augmentation sans précédent des populations de rats dans les villes touchées. Un groupe spécial a été constitué pour juguler cette flambée. Comme les hôpitaux de Kenema ne disposent pas de moyens pour assurer des soins sous haute protection, on a préparé une salle d'isolement de 24 lits pour accueillir les malades à l'Hôpital public.

Les prélèvements de sang effectués par les membres de l'équipe ont été acheminés pour investigation au Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour les agents pathogènes spéciaux aux *Centers for Disease Control and Prevention* d'Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique.

## Grippe

**Hong Kong** (14 mai 1996).<sup>1</sup> Le nombre d'isolements de virus grippaux a diminué, mais est resté plus élevé qu'habituellement en avril. Le virus grippal A(H3N2) a continué à prédominer; toutefois, des virus grippaux A(H1N1) et B ont également été isolés.

<sup>1</sup> Voir N° 17, 1996, p. 127.

## Choléra

**Malaisie.** Le 10 mai, 10 personnes ont été hospitalisées à l'Hôpital de Penang pour une diarrhée. Le premier cas de choléra a été confirmé le 11 mai. Depuis lors un total de 1089 cas ont été enregistrés dans tout le pays, dont la majorité à Penang. Des épreuves de laboratoire ont déterminé que les patients étaient infectés par *Vibrio cholerae* biotype El Tor, sérotype Ogawa.

Les recherches épidémiologiques indiquent que les cas signalés dans les autres Etats sont survenus parmi des personnes qui se sont rendues récemment à Penang et y ont consommé de la nourriture.

Le Ministère de la Santé a pris des mesures de lutte rigoureuses pour juguler l'épidémie. Les personnes qui se rendent dans la région doivent suivre les recommandations habituelles concernant la nourriture, l'eau et l'hygiène afin d'éviter tout risque de contracter la maladie.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Voir N° 10, 1996, p. 79.

### DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

### MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

#### Notifications received from 17 to 23 May 1996

##### Cholera • Choléra

##### Africa • Afrique

	C	D
<b>Niger</b>	18.IV-14.V	
.....	200	4
<b>Zambia – Zambie</b>	26.III-19.IV	
.....	401	25

#### Notifications reçues du 17 au 23 mai 1996

##### Asia • Asie

	C	D
<b>Malaysia – Malaisie<sup>1</sup></b>	10-21.V	
.....	1089	0

<sup>1</sup> See note above. – Voir note ci-dessus.

#### Newly infected areas as at 23 May 1996

For criteria used in compiling this list, see No. 45, 1995, p. 323.

#### Zones nouvellement infectées au 23 mai 1996

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 45, 1995, p. 323.

##### Cholera • Choléra

Asia • Asie

**Malaysia – Malaisie**

Penang (Island) State

#### Price of the *Weekly Epidemiological Record*

Annual subscription Sw. fr. 209.–

#### Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Abonnement annuel Fr. s. 209.–

7.300 05.96

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland