

## **Avian influenza, Indonesia – update<sup>1</sup>**

On 6 June 2006, the Ministry of Health in Indonesia confirmed the country's 49th case of human infection with the H5N1 avian influenza virus.

The case, a 15-year-old boy from Tasikmalaya District (West Java Province), developed symptoms on 24 May, was hospitalized on 26 May and died on 30 May.

An investigation conducted by provincial health authorities found a history of contact with sick and dying chickens in the boy's household during the week preceding the onset of his symptoms. Monitoring of family members and close contacts has detected no cases of influenza-like illness.

Of the 49 cases confirmed to date in Indonesia, 37 have been fatal.

The H5N1 virus is considered firmly entrenched in poultry throughout much of Indonesia. Unless this situation is urgently and comprehensively addressed, sporadic human cases will continue to occur.

The newly confirmed case is one of several where exposure occurred despite a clear signal of a high-risk situation arising from poultry deaths. Pending better control of the disease in animals, WHO and officials in the Ministry of Health see an urgent need to improve public awareness of this disease, the risk factors for infection and the behaviours that should be avoided.

---

<sup>1</sup> See No. 23, 2006, p. 189.

## **Cholera, Angola – update<sup>1</sup>**

As of 6 June 2006, Angola had reported a total of 43 076 cases and 1642 deaths (overall case-

---

<sup>1</sup> See No. 21, 2006, p. 209–210.

## **Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour<sup>1</sup>**

Le 6 juin 2006, le Ministère de la Santé indonésien a confirmé le quarante-neuvième cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire dans le pays.

Le cas s'est produit chez un garçon de 15 ans du district de Tasikmalaya, dans la province de Java-Ouest. Les symptômes sont apparus le 24 mai, il a été hospitalisé le 26 et il est décédé le 30.

L'enquête menée par les autorités sanitaires de la province a révélé que, dans la semaine précédant l'apparition des symptômes, le garçon avait été en contact à son domicile avec des poulets malades ou morts. Le suivi des membres de la famille et des proches contacts n'a pas mis à jour de cas de syndrome grippal.

Sur les 49 cas confirmés à ce jour en Indonésie, 37 ont été mortels.

On considère que le virus H5N1 s'est solidement implanté dans les populations de volailles d'une grande partie de l'Indonésie. Si l'on ne remédie pas à cette situation de manière urgente et globale, des cas humains sporadiques continueront de se produire.

Pour ce nouveau cas confirmé comme pour plusieurs autres, l'exposition a eu lieu malgré des signaux très clairs d'un risque élevé dû à des morts de volailles. En attendant d'avoir mieux maîtrisé l'épizootie chez l'animal, l'OMS et les responsables du Ministère de la Santé considèrent qu'il y a un besoin urgent de faire mieux connaître au grand public la maladie, les facteurs de risque d'infection et les comportements à éviter.

---

<sup>1</sup> Voir No. 23, 2006, p. 189.

## **Choléra, Angola – mise à jour<sup>1</sup>**

Au 6 juin 2006, l'Angola avait notifié un total de 43 076 cas, dont 1642 mortels (taux de létalité

---

<sup>1</sup> Voir No. 21, 2006, p. 209–210.

**WORLD HEALTH  
ORGANIZATION**  
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ**  
Genève

---

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

06.2006

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

fatality rate (CFR) 3.8%). On one day alone (5 June), 280 new cases including 8 deaths were reported. Fourteen out of 18 provinces are affected; 51% of all cases occurred in Luanda and 18% in Benguela province. The CFR, broken down by province, ranges between 1% and 30%. Even if current trends show a decline in most provinces, a daily incidence of around 200–280 cases is still being reported.

The declining trend continued to be observed in the provinces of Bengo, Kwanza Norte, Luanda and Malange. The provinces with higher number of daily cases are Luanda (48%), Namibe (17.6%), Kwanza Sul (4.9%), Huila (4.9%) and Uige (4.4%).

A plan of action for cholera was drawn up and agreed upon by all partners at country level, for a short-, medium- and long-term response.

With the Ministry of Health, WHO continues to provide support for surveillance, water and sanitation, social mobilization and logistics.

## **Poliomyelitis, Namibia**

Since 7 June 2006, 34 suspect cases with sudden paralysis have been under investigation, mostly in the Windhoek area of Namibia. Three cases have been confirmed as wild poliovirus. What is thought to be the first case, a 39-year old man with onset of paralysis on 8 May, was later confirmed as infected with wild poliovirus type-1. The majority of suspect cases are over 20 years old; 7 of whom have died.

National health authorities are planning a response to an outbreak of wild poliovirus in Namibia, which has been polio-free since 1996. An investigation of the outbreak – which unusually appears to be affecting mostly adults – is currently under way. Genetic sequencing data confirm that the virus is consistent with an importation from Angola, of Indian origin. Angola, polio-free since 2001, was reinfected last year by a virus from India.

The government is planning an immunization response consisting of 3 national immunization days (NIDs), using monovalent oral polio vaccine type 1. The first NID could be conducted as early as 21 June, and will aim to reach the entire population of the country (2 million), rather than the usual population aged under 5 years. The age of any further cases will dictate the target age groups for the 2 subsequent NIDs. An international team is in the country to assist the national authorities.

Namibia began routine immunization for polio in 1990. While the cause of the largely adult outbreak has yet to be determined, it is likely that those who fell ill did not receive immunization as children. Routine immunization coverage within Namibia today varies from 60% to 80% across regions.

Further information can be found at <http://www.polioeradication.org/> (Global Polio Eradication Initiative web site). ■

moyen de 3,8 %). Au cours de la seule journée du 5 juin, 280 cas, dont 8 mortels, ont été signalés. Quatorze des 18 provinces sont touchées; 51 % des cas se sont produits à Luanda et 18 % dans la province de Benguela. En fonction de la province, le taux de létalité va de 1 à 30 %. Bien que l'on constate actuellement une tendance à la baisse dans la plupart des provinces, on continue de signaler une incidence quotidienne de 200 à 280 cas.

La tendance à la baisse se poursuit dans les provinces de Bengo, Kwanza Norte, Luanda et Malange. Les provinces où l'on observe le plus grand nombre quotidien de cas sont Luanda (48 %), Namibe (17,6 %), Kwanza Sul (4,9 %), Huila (4,9 %) et Uige (4,4 %).

Tous les partenaires au niveau du pays se sont mis d'accord sur un plan d'action contre le choléra pour la riposte à court, moyen et long terme.

Avec le Ministère de la Santé, l'OMS continue d'apporter son aide en matière de surveillance, d'eau, d'assainissement, de mobilisation sociale et de logistique.

## **Poliomyélite, Namibie**

Depuis le 7 juin 2006, une enquête est en cours sur 34 cas suspects qui ont présenté une paralysie soudaine, la plupart dans la région de Windhoek en Namibie. Pour 3 d'entre eux, le poliovirus sauvage a été confirmé. Celui que l'on pense être le premier cas est un homme de 39 ans, chez qui la paralysie est apparue le 8 mai et qui a ensuite été confirmé comme étant infecté par le poliovirus sauvage de type 1. Dans leur majorité, les cas suspects ont plus de 20 ans et 7 sont morts.

Les autorités sanitaires nationales planifient une riposte à la flambée épidémique du poliovirus sauvage en Namibie, d'où il avait disparu depuis 1996. Une enquête sur cette flambée qui, de façon inhabituelle, semble surtout toucher les adultes, est en cours. Le séquençage génétique confirme que le virus est compatible avec l'importation d'Angola d'un virus d'origine indienne. L'Angola, indemne de la poliomyélite depuis 2001, a été réinfecté l'année dernière par un virus indien.

Le gouvernement planifie une campagne de vaccination comportant 3 journées nationales de vaccination (JNV) avec le vaccin antipoliomyélique buccal monovalent de type 1. La première JNV pourrait avoir lieu dès le 21 juin. Elle visera à vacciner toute la population du pays (2 millions d'habitants) et ne se limitera pas comme d'habitude au moins de 5 ans. L'âge des nouveaux cas éventuels déterminera les tranches d'âge ciblées lors des 2 JNV suivantes. Une équipe internationale se trouve dans le pays pour aider les autorités nationales.

La Namibie a entrepris la vaccination systématique contre la poliomyélite en 1990. S'il reste encore à déterminer la cause de cette flambée touchant en grande partie des adultes, il est probable que ceux qui ont été atteints n'ont pas été vaccinés au cours de leur enfance. La couverture de la vaccination systématique en Namibie est aujourd'hui de 60 à 80 % selon les régions.

De plus amples informations peuvent être trouvées sur <http://www.polioeradication.org/> (site Internet de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite). ■