

standard. Surveillance training sessions targeting district and regional staff were held in July, August and September. Maintaining high-quality surveillance at subnational levels in Namibia and surrounding countries is critical in order to rapidly detect circulation of WPV.

WHO's Advisory Committee on Polio Eradication recommends<sup>5</sup> that any polio-free country that detects imported WPV conduct at least 3 large-scale house-to-house immunization campaigns using type-specific monovalent OPV, initiating the first round within 28 days of confirmation and continuing with at least 2 SIA rounds after the last case of infection with the virus is detected. Namibia is to be commended for rapidly planning and implementing comprehensive response activities. The first round of SIAs targeting the entire population was conducted within 3 weeks of confirmation of the first case (46 days after the onset of paralysis of the first case).

The last known confirmed case of WPV infection occurred <1 week after the first round, and no WPV-confirmed cases have been reported since then. It is of concern that 66 cases had inadequate stool specimens collected (8 with dates of onset occurring >14 days after the second SIA); these results are pending review and classification by the national polio expert committee. Additional SIA rounds will be needed in Namibia if more WPV cases are detected.

The risk of WPV spreading from Angola to both the Democratic Republic of the Congo and Namibia remains high until circulation in Angola has been interrupted. In Angola, additional SIAs are planned for early December 2006. The increase in the number of WPV cases reported from endemic countries (particularly India and Nigeria) in 2006 indicates that the threat of importation from endemic countries will require constant vigilance by all polio-free countries until poliovirus transmission is interrupted globally. ■

<sup>5</sup> See No. 38, 2005, pp. 330–331.

13 ont satisfait à ce jour à la norme de 80% d'échantillons de selles conformes. Des séances de formation à la surveillance destinées au personnel de santé des districts et des régions se sont tenues en juillet, août et septembre. Il est essentiel de maintenir une surveillance de qualité à l'échelle régionale en Namibie et dans les pays voisins pour pouvoir détecter rapidement la circulation d'un poliovirus sauvage.

Le Comité consultatif OMS sur l'Éradication de la Poliomyélite recommande<sup>5</sup> que tout pays exempt de poliomyélite qui détecte un poliovirus sauvage importé mène au moins 3 campagnes de vaccination porte-à-porte à grande échelle au moyen du VPO monovalent spécifique, en démarrant la première tournée dans les 28 jours suivant la confirmation du cas et en la faisant suivre d'au moins 2 tournées d'activités de vaccination supplémentaire après que le dernier cas d'infection par le virus a été détecté. Il faut féliciter la Namibie pour avoir rapidement planifié et mis en oeuvre des activités de riposte. La première tournée d'activités de vaccination supplémentaire ciblant l'ensemble de la population a été effectuée dans les 3 semaines suivant la confirmation du premier cas (46 jours après le début de paralysie du premier cas).

Le dernier cas confirmé d'infection à poliovirus sauvage connu s'est produit moins d'une semaine après la première tournée, et aucun cas confirmé n'a été notifié depuis. Il est préoccupant de constater que, dans 66 cas, il n'a pas été possible de recueillir des échantillons de selles dans de bonnes conditions (dont 8 avec des débuts de paralysie survenus plus de 14 jours après la deuxième tournée d'activités de vaccination supplémentaire); ces résultats sont en cours d'examen et de classification par le Comité national d'experts de la poliomyélite. D'autres tournées d'activités de vaccination supplémentaire seront nécessaires en Namibie si l'on détecte d'autres cas d'infection à poliovirus sauvage.

Le risque d'une propagation du poliovirus sauvage depuis l'Angola vers la République démocratique du Congo et la Namibie reste élevé tant que la circulation du virus n'a pas été interrompue en Angola. Dans ce pays, d'autres activités de vaccination supplémentaire sont prévues pour le début décembre 2006. L'augmentation du nombre de cas d'infection à poliovirus sauvage notifiés dans les pays d'endémie (en particulier en Inde et au Nigéria) en 2006 indique que la menace d'une importation à partir des pays d'endémie exige une vigilance constante de la part de tous les pays exempts de poliomyélite jusqu'à ce que la transmission du poliovirus ait été interrompue partout dans le monde. ■

<sup>5</sup> Voir N° 38, 2005, pp. 330-331.

## **Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB): recommendations for prevention and control**

The WHO Global Task Force on XDR-TB met in Geneva, Switzerland, on 9–10 October 2006 to review available information on the emergence of XDR-TB and to recommend measures to prevent and control this serious international public health threat. Data were presented from the first global compilation on the emergence of XDR-

## **Tuberculose à bacilles ultrarésistants (tuberculose UR) : recommandations en matière de prévention et de lutte contre la maladie**

Le Groupe spécial mondial OMS sur la tuberculose UR s'est réuni à Genève (Suisse) les 9 et 10 octobre 2006 afin d'examiner les informations disponibles concernant l'émergence de la tuberculose UR et de recommander des mesures en matière de prévention et de lutte contre cette grave menace pour la santé publique internationale. Les données de la première compilation mondiale

TB and from several affected countries: Estonia, Latvia, Lesotho, Peru, the Philippines, South Africa and Swaziland. The objectives of the meeting were (i) to identify the key issues to be addressed in the short term and action to be taken and (ii) to develop longer-term plans for appropriate response at global, regional and country levels.

XDR-TB stems from poor general TB control and the consequent development of multidrug-resistant TB (MDR-TB); it is associated with high mortality rates. HIV-infected patients are particularly vulnerable. Since many countries do not have laboratory capacity to diagnose drug-resistant TB, information on its distribution and magnitude is incomplete. Treatment is difficult, and appropriate second-line drugs are not universally available, raising concern that epidemics of MDR-TB and XDR-TB may jeopardize TB control efforts, as well as antiretroviral treatment programmes.

The following revised laboratory case definition for XDR-TB was approved:

“XDR-TB is TB showing resistance to at least rifampicin and isoniazid, which is the definition of MDR-TB, in addition to any fluoroquinolone, and to at least 1 of the 3 following injectable drugs used in anti-TB treatment: capreomycin, kanamycin and amikacin.”

The following 9 summary recommendations were made:

- 1. Global TB control.** Control of TB globally should be strengthened immediately and concurrently with scaling up universal access to HIV treatment and care. The Global Plan to Stop TB should reflect the threat of XDR-TB, and WHO guidelines revised accordingly.
- 2. Management of patients.** The algorithm and revised guidelines for diagnosis and management of patients at risk for MDR-TB and XDR-TB should be finalized and evaluated in countries without delay. Rapid tests for rifampicin resistance should be made widely available.
- 3. Programmatic management.** WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant TB should be updated to address XDR-TB and TB/HIV co-management, and implemented as soon as possible. Countries should consider using the Green Light Committee mechanism to facilitate access to high-quality low-priced second-line anti-TB drugs. WHO good practice in legislation and regulations for TB control should be reviewed for adoption and adaptation at country level.
- 4. Laboratory services.** WHO should disseminate the revised laboratory case definition for XDR-TB. A stra-

sur l'émergence de la tuberculose UR et celles en provenance de plusieurs pays touchés (Afrique du Sud, Estonie, Lettonie, Lesotho, Pérou, Philippines et Swaziland) y ont été présentées. Les objectifs de la réunion étaient i) de recenser les principaux problèmes auxquels il faut faire face à court terme et les actions à mener et ii) d'élaborer des plans à plus long terme pour apporter une réponse appropriée à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

La tuberculose UR est le résultat d'efforts de lutte insuffisants contre la tuberculose qui ont débouché sur l'apparition d'une tuberculose multirésistante (tuberculose MR); elle est associée à des taux de mortalité élevés. Les sujets infectés par le VIH y sont particulièrement sensibles. Comme de nombreux pays ne disposent pas de la capacité de laboratoire voulue pour diagnostiquer la tuberculose pharmacorésistante, les données relatives à sa distribution et à son ampleur sont incomplètes. Son traitement est difficile et les médicaments de deuxième intention appropriés ne sont pas disponibles partout, ce qui suscite des préoccupations relatives au fait que des épidémies de tuberculose MR et de tuberculose UR risqueraient de remettre en cause non seulement tous les efforts de lutte contre la tuberculose, mais aussi les programmes de traitement par les antirétroviraux.

La définition révisée du cas de tuberculose UR au laboratoire suivante a été approuvée:

«La tuberculose UR est une tuberculose résistante au moins à la rifampicine et à l'isoniazide, ce qui correspond à la définition de la tuberculose MR, en plus d'une résistance à une fluoroquinolone quelle qu'elle soit et à au moins un antituberculeux injectable sur les 3 utilisés pour le traitement: capréomycine, kanamycine et amikacine».

Les 9 recommandations succinctes qui suivent ont été formulées:

- 1. Lutte mondiale contre la tuberculose.** La lutte contre la tuberculose doit être immédiatement renforcée partout dans le monde en même temps que sera élargi l'accès universel à un traitement et à des soins liés au VIH. Le plan mondial Halte à la tuberculose doit tenir compte de la menace que représente la tuberculose UR, et les lignes directrices de l'OMS doivent être révisées en conséquence.
- 2. Prise en charge des malades.** L'algorithme et les lignes directrices révisées relatives au diagnostic et à la prise en charge des malades qui présentent un risque de tuberculose MR et de tuberculose UR doivent être finalisés et évalués dans les pays sans plus tarder. Des tests d'identification rapide de la résistance à la rifampicine doivent être largement mis à disposition.
- 3. Gestion programmatique.** Les lignes directrices OMS relatives à la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante doivent être mises à jour pour tenir compte de la tuberculose UR et de la prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH et mises en œuvre dès que possible. Les pays doivent envisager de faire usage du mécanisme du Comité Feu vert afin de faciliter l'accès à des antituberculeux de seconde intention de qualité à prix réduit. Les bonnes pratiques OMS en matière de législation et de réglementation pour la lutte antituberculeuse doivent être réexaminées afin d'être adoptées et adaptées à l'échelon national.
- 4. Services de laboratoire.** Il appartient à l'OMS de diffuser la définition révisée du cas de tuberculose UR au laboratoire.

tegic, budgeted plan for laboratory strengthening should be developed for global and national levels, with the aim of ensuring that all TB patients have access to timely, quality-assured laboratory diagnostic services; the plan should include deployment of rapid diagnostic tests. Access to second-line drug susceptibility testing should be increased.

5. **Infection control.** Measures for infection control should be implemented rapidly in health-care settings and other high-risk areas such as prisons, to reduce the transmission of drug-resistant TB. WHO guidelines on infection control should be revised.
6. **Surveillance.** Rapid surveys should be carried out focused on high-risk patients in order to establish the geographical distribution of XDR-TB. Thereafter, surveillance for XDR-TB must be included within existing drug-resistance surveillance systems.
7. **ACSM.** Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) should be enhanced to promote effective prevention, treatment and control of XDR-TB at global and national levels, especially in settings of high HIV prevalence.
8. **Resource mobilization.** WHO should develop a fully budgeted plan for resource mobilization to meet the short- and long-term needs to address XDR-TB at global, regional and country levels.
9. **Research and development.** WHO should convene an expert consultation as soon as possible to review research and development issues related to XDR-TB.

The full report of the meeting can be accessed at <http://www.who.int/tb/xdr/> ■

Un plan stratégique budgété pour le renforcement du potentiel de laboratoire doit être élaboré à l'échelle mondiale et nationale, dans l'intention de faire en sorte que tous les tuberculeux aient accès en temps voulu à des services de diagnostic au laboratoire de qualité; ce plan devra prévoir le déploiement des tests de diagnostic rapide. L'accès aux tests de sensibilité aux médicaments de seconde intention doit être élargi.

5. **Lutte contre l'infection.** Des mesures de lutte contre l'infection doivent être mises en oeuvre rapidement dans les établissements de santé et autres zones à haut risque telles que les prisons, afin de réduire la transmission de la tuberculose pharmacorésistante. Les lignes directrices de l'OMS relatives à la lutte contre l'infection doivent être révisées.
6. **Surveillance.** Des enquêtes rapides axées sur les malades à haut risque doivent être effectuées pour pouvoir établir la distribution géographique de la tuberculose UR. Par la suite, la surveillance de la tuberculose UR devra être intégrée dans les systèmes de surveillance de la pharmacorésistance existants.
7. **SCMS.** Sensibilisation, communication et mobilisation sociale (SCMS) doivent être renforcées pour promouvoir l'efficacité de la prévention, du traitement et de la lutte contre la tuberculose UR à l'échelle mondiale et nationale, surtout dans les endroits où la prévalence du VIH est élevée.
8. **Mobilisation des ressources.** L'OMS doit élaborer un plan de mobilisation des ressources entièrement budgété afin de répondre aux besoins à court et à long terme pour faire face à la tuberculose UR à l'échelle mondiale, régionale et nationale.
9. **Recherche et développement.** L'OMS devrait réunir dès que possible une consultation d'experts afin d'examiner les questions de recherche et de développement en rapport avec la tuberculose UR.

Le rapport in extenso de la réunion peut être consulté à l'adresse suivante: <http://www.who.int/tb/xdr/> ■

### How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int). The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

### Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int) en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

## INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

### Notifications of diseases received from 3 to 9 November 2006 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 novembre 2006

#### Cholera / Choléra

Africa / Afrique		Cases / Deaths Cas / Décès	Malawi		Cases / Deaths Cas / Décès	Europe		Cases / Deaths Cas / Décès
Burundi	02-29.X		Malawi	01.V-29.X		United Kingdom/ Royaume-Uni	01-31.X	
.....	239	1	.....	113	8	.....	2 (2i)	0
Liberia/Libéria	16-29.X		Niger	02-29.X		.....		
.....	437	0	.....	194	14			

i = imported cases. - cas importés