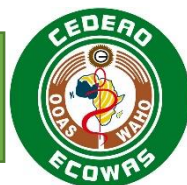


BULLETIN D'INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUE



EPIDEMIOLOGICAL NEWSLETTER

Semaine / Week 20 (13 au 19/05/2019)

27 Mai 2019 / May 27, 2019

Contenu

- Orthopoxvirose simienne ou variole du singe (Thème Focus)
- Situation Épidémiologique de la Fièvre de Lassa
- Situation Épidémiologique de la rougeole
- Mise à jour de la situation de l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo.

Contents

- Monkeypox (Theme Focus)
- Epidemiological situation of Lassa fever
- Epidemiological situation of Measles
- Update of the Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo.

Orthopoxvirose simienne (ou variole du singe) dans l'espace CEDEAO

Depuis l'éradication mondiale de la variole, l'orthopoxvirose simienne a émergé pour devenir l'infection à orthopoxvirus la plus fréquente chez l'homme(1). Il sévissait sporadiquement dans certaines régions des forêts tropicales humides de l'Afrique centrale et de l'Ouest. Deux clades distincts du virus ont été identifiés, celui du Bassin du Congo (plus virulent) et celui d'Afrique de l'Ouest. Cependant, depuis les années 2010, nous avons noté une recrudescence des cas signalés notamment dans l'espace CEDEAO (voir figure 1).

Jusqu'à cette récente recrudescence, les derniers cas d'orthopoxvirose simienne (variole du singe) ont été signalés en 1970 au Libéria et en Sierra-Leone; et en 1978 au Nigeria. Depuis 2014, ces pays ont recommencé à notifier des cas. En 2017, la Sierra Leone a encore notifié 01 cas, le Libéria 01 cas, tandis que le Nigéria enregistré la plus grande épidémie documentée en Afrique de l'Ouest. En effet, lors de cette épidémie (qui a duré de septembre 2017 à septembre 2018) 115 cas dont 07 décès ont été confirmés dans 16 États.

A la semaine 18 de 2019, Le Nigéria a rapporté **04** nouveaux cas suspects (Cross River 1, Lagos 1, Zamfara 1, Delta 1). Les 03 ont été confirmés (Cross River 1, Lagos 1, Delta 1) et le quatrième (celui de Zamfara) n'était pas concluant. Ces cas se rajoutent aux 03 cas confirmés en janvier 2019 soit un total de 6 cas confirmés depuis le début de 2019.

Monkeypox in the ECOWAS region

Since the global eradication of smallpox, simian orthopoxvirus has emerged as the most common orthopoxvirus infection in humans. It was sporadic in some areas of the tropical rainforests of Central and West Africa. Two distinct groups of the virus have been identified, the Congo Basin (more virulent) and West Africa. However, since 2010, we have noted an increase in the number of reported cases, particularly in the ECOWAS region (see Figure 1).

Until this recent upsurge, the last cases of simian orthopoxvirus (monkey pox) were reported in 1970 in Liberia and Sierra Leone; and in 1978 in Nigeria. Since 2014, these countries have started reporting cases again. In 2017, Sierra Leone still reported 01 cases, Liberia 01 cases, while Nigeria recorded the largest documented epidemic in West Africa. During this epidemic (which lasted from September 2017 to September 2018), 115 cases were confirmed, including 07 deaths in 16 states.

At week 18 of 2019, Nigeria reported **4** new suspected cases (Cross River 1, Lagos 1, Zamfara 1, Delta 1). The 03 were confirmed (Cross River 1, Lagos 1, Delta 1) and the fourth (Zamfara) was inconclusive. These cases are in addition to the 03 cases confirmed in January 2019, a total of 6 cases confirmed since the beginning of 2019.

Source d'informations : OoAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OoAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho/> / <https://www.facebook.com/oaswaho>

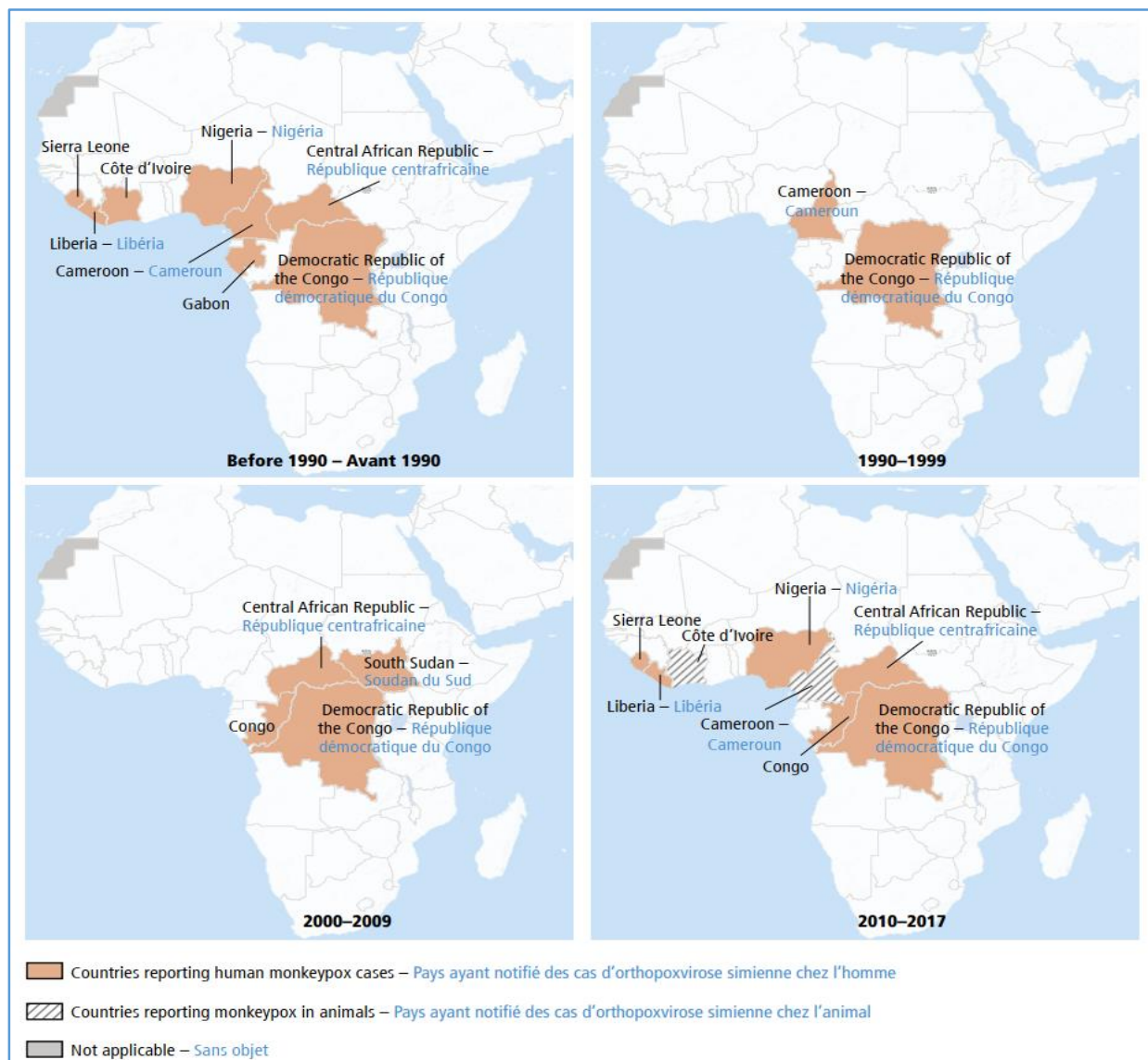


Fig 1: Pays africains ayant notifié des cas humains d'orthopoxvirose simienne, 1970-2017 / African countries reporting human monkeypox cases, 1970-2017

L'orthopoxvirose simienne, appelée aussi monkeypox ou variole du singe, est une maladie infectieuse virale zoonotique. Le virus de l'orthopoxvirose simienne (qui appartient au genre *Orthopoxvirus* de la famille des *Poxviridae*) est similaire à celui de la variole humaine, maladie éradiquée en 1980.

L'orthopoxvirus simien a été reconnu pour la première fois en 1958 comme agent pathogène du singe *cynomolgus* d'où le nom de "variole du singe". Le premier cas humain de variole du singe a été signalé en 1970 en République démocratique du Congo au cours d'une période d'efforts intensifiés pour éliminer la variole.

Simian orthopoxvirus, also known as monkeypox, is a zoonotic viral infectious disease. The simian orthopoxvirus virus (which belongs to the genus *Orthopoxvirus* of the *Poxviridae* family) is similar to that of human smallpox, a disease eradicated in 1980.

Simian orthopoxvirus was first recognized in 1958 as a pathogen of the *cynomolgus* monkey, hence the name "monkeypox". The first human case of monkeypox was reported in 1970 in the Democratic Republic of Congo during a period of intensified efforts to eliminate smallpox.

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho> / <https://www.facebook.com/oaswaho>

La transmission du virus de la variole du singe se produit lorsqu'une personne entre en contact avec le virus à partir d'un animal, d'un être humain ou de matériaux contaminés par le virus. Le virus pénètre dans l'organisme par la peau abîmée (même si elle n'est pas visible), les voies respiratoires ou les muqueuses (yeux, nez ou bouche). La transmission de l'animal à l'homme peut se produire par morsure ou égratignure, par contact direct avec du sang, des liquides biologiques ou des lésions cutanées ou muqueuses d'animaux infectés. On pense que la transmission interhumaine peut résulter de contacts étroits avec des sécrétions infectées des voies respiratoires, des lésions cutanées d'un sujet infecté ou d'objets récemment contaminés par des liquides biologiques ou des matières provenant des lésions d'un patient. La transmission se produit principalement par les particules des gouttelettes respiratoires et nécessite en général un contact face à face prolongé, ce qui expose l'entourage proche. Elle peut également survenir par inoculation ou par voie placentaire (orthopoxvirose simienne congénitale). Bien que des anticorps aient été détectés chez divers petits mammifères (rongeurs), les espèces réservoirs de l'orthopoxvirose simienne n'ont pas encore été identifiées.

Le tableau clinique chez l'homme ressemble à celui de la variole, se distinguant toutefois de ce dernier par un symptôme supplémentaire d'adénopathie. Après un début constitué d'un syndrome infectieux (fièvre, myalgies, arthralgies), on observe une éruption maculopapulaire à distribution centrifuge, donnant souvent lieu à des lésions sur la paume des mains et la plante des pieds. L'infection peut durer jusqu'à 4 semaines, jusqu'à ce que les croûtes tombent et qu'une nouvelle couche épidermique se forme. Des complications peuvent survenir à type d'infections bactériennes secondaires, de détresse respiratoire, d'atteinte gastro-intestinale, de déshydratation, d'encéphalite et d'infections oculaires pouvant laisser des cicatrices cornéennes permanentes (voir figure 2).

Bien que beaucoup moins grave que la variole, l'orthopoxvirose simienne peut être mortelle. Selon l'OMS, le taux de létalité lors des flambées d'orthopoxvirose simienne s'est établi entre 1% et 10%, la plupart des décès survenant chez les plus jeunes.

Selon l'OMS, il est possible que la présence de contacts plus étroits entre l'homme et l'animal, résultant de la déforestation, de l'évolution démographique, du changement climatique, de la chasse et des mouvements de population, explique la recrudescence récente des cas signalés et l'expansion de la zone géographique concernée (Soudan du Sud en 2005). Compte tenu de cette situation, une expansion géographique est également à craindre dans l'espace CEDEAO.

Monkeypox virus transmission occurs when a person comes into contact with the virus from an animal, a human being or materials contaminated with the virus. The virus enters the body through damaged skin (even if it is not visible), the respiratory tract or mucous membranes (eyes, nose or mouth). Transmission from animal to human can occur through bites or scratches, direct contact with blood, body fluids or skin or mucous membrane wounds of infected animals. It is thought that human-to-human transmission may result from close contact with infected respiratory tract secretions, skin injury of an infected subject or objects recently contaminated with biological fluids or materials from a patient's wounds. Transmission occurs mainly through the particles of respiratory droplets and usually requires prolonged face-to-face contact, exposing the immediate environment. It can also occur by inoculation or by placental route (congenital simian orthopoxvirosis). Although antibodies have been detected in various small mammals (rodents), reservoir species of simian orthopoxvirosis have not yet been identified.

The clinical picture in humans is similar to that of smallpox, but differs from smallpox by an additional symptom of adenopathy. After an initial infectious syndrome (fever, myalgia, arthralgia), a maculopapular rash with centrifugal distribution is observed, often resulting in injuries on the palms of the hands and soles of the feet. The infection can last up to 4 weeks, until the scabs fall off and a new epidermal layer forms. Complications can occur with secondary bacterial infections, respiratory distress, gastrointestinal damage, dehydration, encephalitis and eye infections that can leave permanent corneal scars.

Although much less severe than smallpox, simian orthopoxvirus can be fatal. According to WHO, the case-fatality rate during simian orthopoxvirosis outbreaks was between 1% and 10%, with most deaths occurring in the youngest age groups.

According to WHO, it is possible that the presence of closer human-animal contact resulting from deforestation, demographic change, climate change, hunting and population movements may explain the recent increase in reported cases and the expansion of the geographical area concerned (Southern Sudan in 2005). In view of this situation, there is also a risk of geographical expansion in the ECOWAS region.



Fig 2: Exemple de manifestation Clinique de l'orthopoxvirose / Example of a Clinical manifestation of Monkeypox.

À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement sûr et éprouvé contre l'orthopoxvirose simienne. La prise en charge des cas se limite à l'isolement des malades et au traitement symptomatique. Il a été prouvé que la vaccination antivariolique avait une efficacité de 85% pour la prévention de la maladie mais le vaccin n'est plus disponible pour le grand public après l'arrêt de sa fabrication suite à l'éradication mondiale de la variole.

Un certain nombre de mesures peuvent être prises pour prévenir l'infection par le virus de la variole du singe :

- ✓ Éviter tout contact avec des animaux qui pourraient être porteurs du virus, y compris les animaux malades ou morts dans les régions où des cas de variole du singe se sont produits.
- ✓ Éviter tout contact avec des matériaux qui ont été en contact avec un animal malade.
- ✓ Isoler les animaux potentiellement infectés des autres animaux.
- ✓ Mettre en quarantaine tous les animaux susceptibles d'avoir été en contact avec un animal infecté, les manipuler avec les précautions d'usage et observer les symptômes de la variole du singe pendant 30 jours.
- ✓ Se laver les mains à l'eau et au savon après contact avec des animaux infectés.
- ✓ Bien cuire tous les produits d'origine animale avant de les consommer.
- ✓ Isolement des patients infectés, y compris l'utilisation d'équipement de protection individuelle et la mise en œuvre des précautions standard de contrôle des infections par les agents de santé.
- ✓ Se laver régulièrement les mains après avoir soigné ou visité des personnes malades.
- ✓ Éducation en matière de santé publique sur les mesures préventives.

At present, there is no safe and proven treatment for simian orthopoxvirosis. Case management is limited to patient isolation and symptomatic treatment. Smallpox vaccination has been shown to have an 85% efficacy in preventing the disease, but the vaccine is no longer available to the general public after its manufacture ceased due to global smallpox eradication.

A number of measures can be taken to prevent infection with monkeypox virus:

- ✓ Avoid contact with animals that may carry the virus, including sick or dead animals in areas where monkeypox has occurred.
- ✓ Avoid contact with materials that have been in contact with a sick animal.
- ✓ Isolate potentially infected animals from other animals.
- ✓ Quarantine all animals that may have been in contact with an infected animal, handle them with the usual precautions and observe monkeypox symptoms for 30 days.
- ✓ Wash hands with soap and water after contact with infected animals.
- ✓ Cook all animal products thoroughly before eating them.
- ✓ Isolation of infected patients, including the use of personal protective equipment and the implementation of standard infection control precautions by health workers.
- ✓ Wash hands regularly after treating or visiting sick people.
- ✓ Public health education on preventive measures.

L'OOAS va poursuivre son appui aux Etats membres pour l'amélioration de la préparation et de la riposte aux épidémies notamment le renforcement des capacités de surveillance épidémiologique et de laboratoires. L'OOAS recommande par ailleurs :

- ✓ D'informer et de former le personnel soignant sur le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- ✓ D'améliorer la coordination des interventions entre les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale, avec un partage systématique de l'information.
- ✓ D'enrichir les connaissances actuelles sur la maladie et de renforcer les efforts de préparation.

WAHO will continue to support Member States in improving epidemic preparedness and response, including strengthening epidemiological and laboratory surveillance capacity. WAHO also recommends the following:

- ✓ Inform and train Health workers on diagnosis, therapeutic management and the application of infection prevention and control measures.
- ✓ Improve the coordination of interventions between the human, animal and environmental health sectors, with systematic sharing of information.
- ✓ Increase current knowledge about the disease and strengthen preparedness efforts.

Situation épidémiologique de la Fièvre de Lassa dans la zone CEDEAO

A la semaine 20 (2019), le Nigéria, seul pays dans l'espace CEDEAO où l'infection reste active avec une transmission modérée, a notifié **06** nouveaux et **01** décès. Les autorités sanitaires poursuivent la mise en œuvre de la riposte à travers le déploiement d'équipes de réponse rapide et la coordination multisectorielle à tous les niveaux.

Du 1er janvier au 19 Mai 2019, le nombre de cas de fièvre de Lassa, s'élevait à **602** cas confirmés (**575 au Nigéria, 19 au Libéria, 09 au Bénin, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée**) et à **136** décès parmi les cas confirmés (**129 au Nigéria, 04 au Libéria, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée**).

Epidemiological Situation of Lassa Fever in the ECOWAS zone

At week 20 (2019), Nigeria, the only country in the ECOWAS region where infection remains active with moderate transmission, reported **06** new cases and **01** deaths. Health authorities continue to implement the response through the deployment of rapid response teams and multisectoral coordination at all levels.

From 1 January to 19 May 2019, the number of confirmed Lassa fever cases was **602** (**575 in Nigeria, 19 in Liberia, 09 in Benin, 02 in Sierra Leone, 01 in Togo and 01 in Guinea**) and **136** deaths among confirmed cases (**129 in Nigeria, 04 in Liberia, 02 in Sierra Leone, 01 in Togo and 01 in Guinea**).

Situation épidémiologique de la rougeole dans la zone CEDEAO

A la semaine 19 (2019), **2.838** cas suspect de rougeole dont **74** confirmés en laboratoire et **02** décès ont été rapportés dans 10 pays de la CEDEAO (tous sauf Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée-Bissau et Togo). Les pays qui ont rapporté plus de cas sont le Nigéria, le Niger et la Guinée.

Entre les semaines 1 et 19 (2019), **43.929** cas suspects dont **170** décès ont été rapportés. Pendant la même période en 2018, **22.496** cas suspects dont **124** décès ont été notifiés dans 14 Etats Membres (tous Sauf Cap-Vert).

L'OOAS recommande aux Etats Membres de poursuivre les efforts de renforcement global des systèmes de santé surtout en améliorant l'accès à des services de vaccination de qualité.

Epidemiological Situation of Measles Fever in the ECOWAS zone

At week 19 (2019), **2,838** suspected measles cases, **74** of which were laboratory confirmed and **02** deaths reported in 10 ECOWAS countries (all except Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambia, Guinée-Bissau and Togo). The countries that reported more cases were Nigeria, Niger and Guinea.

Between weeks 1 and 19 (2019), **43,929** suspected cases with **170** deaths reported. During the same period in 2018, **22,496** suspected cases, including **124** deaths, were reported in 14 Member States (all except Cabo Verde).

WAHO recommends that Member States continue efforts to strengthen health systems globally, especially by improving access to quality immunization services.

Source d'informations : OOAS, OMS Website, NCDC Website, Ministère de la Santé du RDC Website.

Pour plus d'information sur l'OOAS, prière visiter : <http://www.wahooas.org> / <https://twitter.com/OoasWaho> / <https://www.facebook.com/ooaswaho>

10^{ème} Epidémie à Virus Ebola en République Démocratique du Congo (RDC) : Mises à jour

La situation épidémiologique en date du 25 Mai 2019 se présentait comme suit :

- ✓ **1.912** cas rapportés dont **1.818** confirmés et **94** probables.
- ✓ **1.277** cas de décès soit une létalité de **66,7%**.
- ✓ Sur les **1.818** cas confirmés, **1.183** sont décédés, **496** sont guéris et **139** sont en cours de traitement.
- ✓ La létalité parmi les cas confirmés est de **65% (1.183/1.818)**.
- ✓ **277** cas suspects étaient en cours d'investigation.

En date du 21 mai, 56 % des personnes atteintes étaient des femmes et 30 % des enfants âgés de moins de 18 ans.

Depuis notre dernière mise à jour du 11 Mai 2019, 90 nouveaux cas ont été confirmés et 62 décès signalés parmi les cas confirmés. La semaine écoulée a été marquée par une diminution relative du nombre et de la gravité des cas et la plupart des activités d'intervention ont été menées comme prévu. Toutefois, malgré cette accalmie, la situation reste très imprévisible car d'autres attaques ou tentatives d'attaque demeurent probables en particulier dans les points chauds Butembo/Katwa en raison des menaces qui continuent d'être proférées contre les équipes et les installations d'intervention.

Un autre aspect particulièrement préoccupant est le refus de certains travailleurs de la santé de porter les équipements de protection individuelle et à prendre des mesures critiques pour prévenir les infections dans les établissements de soins de santé, en raison de menaces de violence exercées sur eux ou les établissements sanitaires où ils travaillent par les membres de la communauté.

Cette situation peut aggraver les transmissions liées à une infection nosocomiale et accentuer la réticence des populations à recourir aux structures de soins

Le Ministère de la santé du RDC et d'autres autorités nationales de la République démocratique du Congo, l'OMS, Africa CDC et leurs partenaires, malgré les difficultés, continuent de répondre à l'épidémie et de s'assurer que la riposte reste adaptée à l'évolution des circonstances.

10th epidemic Ebola in Democratic Republic of Congo (DRC): Update

The epidemiological situation as of 25 May 2019 was as follows:

- ✓ **1,912** cases reported, of which **1,818** confirmed and **94** probable.
- ✓ **1,277** cases of death, representing a case fatality of **66.7%**.
- ✓ Of the 1,818 confirmed cases, **1,183** have died, **494** are cured and **139** are being treated.
- ✓ Case fatality among confirmed cases is 65% (**1,183/1,818**).
- ✓ **277** suspected cases were under investigation.

As of May 21, 56% of those affected were women and 30% were children under the age of 18.

Since our last update on May 11, 2019, **90** new cases have been confirmed and **62** deaths reported among the confirmed cases. The past week has seen a relative decrease in the number and severity of cases and most response activities have been carried out as planned. However, despite this calm, the situation remains very unpredictable as further attacks or attempted attacks remain likely, particularly in Butembo/Katwa hot spots, due to continued threats to response teams and facilities.

Another concern is the refusal of some health workers to wear personal protective equipment and to take critical measures to prevent infections in health care facilities, due to threats of violence against them or the health facilities where they work by community members.

This situation can aggravate transmissions related to nosocomial infection and increase people's reluctance to use health care facilities

The Ministry of Health of the DRC and other national authorities in the Democratic Republic of the Congo, WHO, Africa CDC and their partners, despite the challenges, continue to respond to the epidemic and ensure that the response remains appropriate to changing circumstances.

Le risque de propagation, à d'autres provinces voisines de la RDC et aux pays voisins, reste très élevé. L'OOAS exhorte les Etats membres de la CEDEAO à renforcer les capacités de base du Règlement Sanitaire International notamment la mise en œuvre des mesures prioritaires recommandées pour les points d'entrées (PoE) après la dernière évaluation externe conjointe. L'OOAS renouvelle sa disponibilité à fournir un appui dans ce processus de mise à niveau.

L'OOAS maintient sa recommandation sur la vigilance aux niveaux des portes d'entrée avec la prise systématique de la température des voyageurs en provenance de la RDC dans tous les pays de la CEDEAO.

The risk of spread to other provinces neighboring the DRC and neighboring countries remains very high. WAHO urges ECOWAS Member States to strengthen the basic capacities of the International Health Regulations, including the implementation of the recommended priority measures for entry points (PoEs) following the last Joint External Evaluation. WAHO reiterates its willingness to provide support in this upgrade process.

WAHO maintains its recommendation on vigilance at the entry points with systematic temperature monitoring of travellers from the DRC in all ECOWAS countries.