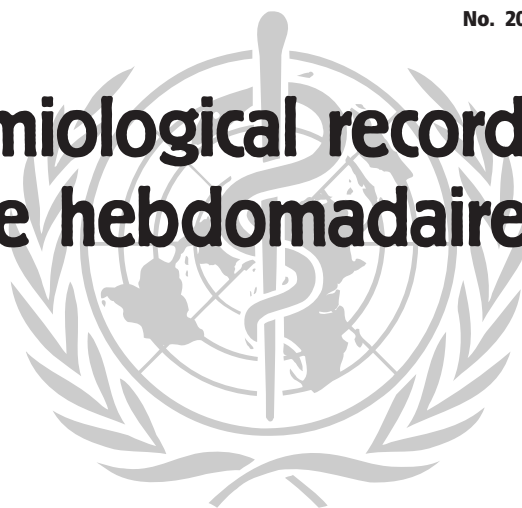


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

18 MAY 2001, 76th YEAR / 18 MAI 2001, 76^e ANNÉE

No. 20, 2001, 76, 149–156

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 149 Lymphatic filariasis
- 154 Malaria information service, Kenya
- 155 Leprosy – Global target attained
- 156 Influenza
- 156 International Health Regulations

Sommaire

- 149 Filariose lymphatique
- 154 Service d'information sur le paludisme, Kenya
- 155 Lèpre – Objectif mondial atteint
- 156 Grippe
- 156 Règlement sanitaire international

Lymphatic filariasis¹

In 1997, WHO and its Member States made a commitment to eliminate lymphatic filariasis (LF) as a public health problem through World Health Assembly resolution WHA50.29. Lymphatic filariasis has already been eliminated from several countries, both as a result of targeted programmes (e.g. in Japan and part of China) and improved sanitation (e.g. in Australia and the United States of America).

In the past 2 decades, new tools have become available that have enabled the elimination of lymphatic filariasis to become a realistic goal; these include: (a) safe, single-dose, 2-drug coadministration regimens capable of drastically reducing microfilarial numbers in the blood for more than 12 months, to levels so low that interruption of transmission by mosquitos can be expected; and (b) simple, powerful diagnostic techniques for field diagnosis (antigen detection in finger-prick blood) and clinical diagnosis (ultrasound detection of the living adult parasite). The International Task Force for Disease Eradication (1993), taking into account these techniques and the results of other studies, considered lymphatic filariasis to be one of only 6 “eradicable or potentially eradicable” diseases.

Infection and disease

Lymphatic filariasis is a disease caused by the parasitic worms *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *B. timori*. Infection with these parasites leads to a variety of clinical manifestations, including lymphoedema and elephantiasis of the limbs, genital dis-

Filariose lymphatique¹

En 1997, l'OMS et ses Etats Membres se sont engagés par la résolution WHA50.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. La filariose lymphatique a déjà été éliminée dans plusieurs pays, à la suite de programmes ciblés (par exemple au Japon et dans une partie de la Chine) et d'un effort d'assainissement (par exemple en Australie et aux Etats-Unis d'Amérique).

Au cours des 2 dernières décennies, de nouveaux outils sont apparus qui ont permis de faire de l'élimination de la filariose lymphatique un but réaliste; ce sont: a) des schémas sûrs de coadministration monodose de 2 médicaments, capables de faire baisser radicalement pendant plus de 12 mois le nombre de microfilaries présentes dans le sang, jusqu'à des niveaux si bas qu'on peut espérer une interruption de la transmission par les moustiques; et b) des techniques diagnostiques simples et efficaces utilisables sur le terrain (détection d'antigènes sur du sang prélevé par ponction digitale) et en clinique (détection des filaires adultes vivantes par ultrasonographie). Le Groupe spécial international pour l'éradication des maladies (1993), prenant en compte ces techniques et les résultats d'autres études, a estimé que la filariose lymphatique était l'une des seules 6 maladies «éradicables ou potentiellement éradicables».

Infestation et maladie

La filariose lymphatique est une maladie provoquée par *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori*, des vers parasites. L'infestation par ces vers entraîne toutes sortes de manifestations cliniques, notamment un lymphoedème et un éléphantiasis d'un membre, des affections génitales

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

7.000 1.2001
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ WHO documents and other information on lymphatic filariasis are available at <http://www.who.int> and <http://www.filariasis.org>.

¹ Des documents de l'OMS et d'autres informations sur la filariose lymphatique se trouvent à <http://www.who.int> et <http://www.filariasis.org>.

ease (especially hydrocoele, chylocoele and elephantiasis of the scrotum and the penis), and acute, recurrent secondary bacterial infections also known as "acute attacks". The majority of infected people are asymptomatic, but virtually all of them have subclinical lymphatic damage, as many as 40% also having renal involvement with proteinuria and haematuria.

When an infected mosquito takes a blood meal, the larval-stage parasites enter the skin, migrate to the lymphatic vessels and develop, over a period of 6-12 months, into adult worms which cause damage and dilatation of the lymphatic vessels. Fertile adult female worms, during their 4-6-year lifespan, release millions of microfilariae into the blood, which are taken up by mosquitos. The parasite further develops inside the mosquitos before becoming infectious to man.

Current burden

Although lymphatic filariasis causes death very infrequently, it is a major cause of clinical suffering, disability and handicap. WHO² has estimated the burden of the disease as 4 918 000 disability-adjusted life years (DALYs) – the highest of all tropical diseases after malaria. Furthermore, a recent study suggests that in India alone economic losses due to lost man-days of work and decreased productivity approach US \$1 billion annually.

More than 1.1 billion people, approximately 18% of the world's population, live in areas at risk of infection with lymphatic filarial parasites (Table 1). Approximately 120 million people in tropical and subtropical areas of the world are infected (Map 1). Of these infections, 90% are caused by *W. bancrofti* and 10% by *B. malayi* (limited to Asia and parts of the Pacific). Almost 25 million men suffer from genital disease (most commonly hydrocoele); an estimated 15 million people – the majority of them women – have lymphoedema or elephantiasis of the leg. The magnitude of infection in children has become much better understood in recent years; indeed, most infections appear to be acquired in childhood, with a long period of subclinical disease that progresses to the characteristic overt clinical manifestations of adults. The re-evaluation of the previous underestimations of lymphatic filariasis in children will certainly play a role in redefining the global burden of the disease.

Countries endemic for lymphatic filariasis

While lymphatic filariasis is endemic in 80 countries situated in the tropical and subtropical belt (Tables 2 & 3), an estimated 70% of infected cases are concentrated in India, Nigeria, Bangladesh and Indonesia.

The strategy of the Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (PELF)

The PELF has 2 main goals: (i) to interrupt transmission of infection and (ii) to alleviate and prevent both the suffering and disability caused by the disease.

(plus spécialement une hydrocèle, un chylocèle et une éléphantiasis du scrotum et du pénis) et des surinfections bactériennes aiguës récurrentes donnant lieu à des «crises violentes». La plupart des personnes infestées sont asymptomatiques, mais presque toutes présentent des lésions lymphatiques infracliniques et près de 40% présentent également une atteinte rénale accompagnée de protéinurie et d'hématurie.

Lorsqu'un moustique infesté prend un repas de sang, les larves de filaires pénètrent dans la peau, migrent jusqu'aux vaisseaux lymphatiques où elles se développent en 6 à 12 mois avant de devenir adultes et de provoquer des lésions et des dilatations de vaisseaux lymphatiques. Les femelles adultes fécondes, au cours des 4 à 6 ans de leur durée de vie, libèrent des millions de microfilaries dans le sang, qui sont ensuite ingérées par les moustiques. Les microfilaries effectuent une partie de leur développement chez le moustique avant de devenir infestantes pour l'homme.

Fardeau de morbidité actuel

Si la filariose lymphatique provoque très rarement le décès, c'est une cause importante de souffrance clinique, d'incapacité et de handicap. L'OMS² a estimé à 4 918 000 années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) le fardeau de morbidité dû à cette maladie – soit la plus importante de l'ensemble des maladies tropicales après le paludisme. En outre, une étude récente laisse à penser que, simplement en Inde, les pertes économiques chiffrées en journées de travail et en baisse de productivité représentent chaque année près de US \$1 milliard.

Plus de 1,1 milliard de personnes, soit près de 18% de la population mondiale, vivent dans des régions où existe un risque d'infestation par les filaires (Tableau 1). Dans les régions tropicales et subtropicales du monde, près de 120 millions de personnes sont infestées (Carte 1). Parmi ces infestations, 90% sont dues à *W. bancrofti* et 10% à *B. malayi* (limitée à l'Asie et à certaines parties du Pacifique). Près de 25 millions d'hommes souffrent d'atteintes génitales (le plus souvent d'hydrocèle); on estime à 15 millions le nombre de personnes – en majorité des femmes – qui sont atteintes de lymphoedème ou d'éléphantiasis de la jambe. L'importance de l'infestation chez l'enfant est mieux comprise depuis quelques années; en effet, la plupart des infestations semblent être contractées au cours de l'enfance, la maladie restant infraclinique pendant une longue période au cours de laquelle elle évolue avant de présenter les manifestations cliniques caractéristiques rencontrées chez l'adulte. La réévaluation de la sous-estimation antérieure des atteintes de la filariose lymphatique chez l'enfant jouera certainement un rôle pour redéfinir le fardeau mondial de morbidité dû à cette maladie.

Pays d'endémie de la filariose lymphatique

Si la filariose lymphatique est endémique dans 80 pays situés dans la ceinture tropicale et subtropicale (Tableaux 2 & 3), on estime que 70% des cas d'infestation sont concentrés en Inde, au Nigéria, au Bangladesh et en Indonésie.

La stratégie du Programme d'élimination de la filariose lymphatique (PEFL)

Le PEFL a 2 objectifs principaux: i) interrompre la transmission de l'infestation et ii) prévenir et soulager les souffrances et les incapacités dues à cette maladie.

² World Health Report-2000. Geneva, WHO, 2000.

² Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Genève, OMS, 2000.

Map 1. **Countries endemic for lymphatic filariasis, 2001**
 Carte 1. **Pays d'endémie de la filariose lymphatique, 2001**



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.

Table 1. **Population at risk of lymphatic filariasis, by WHO region**
 Tableau 1. **Filariose lymphatique: population à risque, par région OMS**

WHO region / Région OMS	Population at risk Population à risque	%
South-East Asia – Asie du Sud-Est	700 750 000	62,9
Africa – Afrique	327 530 000	29,4
Western Pacific – Pacifique occidental	49 352 580	4,4
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	30 400 000	2,7
Americas – Amériques	6 631 000	0,6
Total	1 114 663 580	100,0

To interrupt transmission of infection, the entire population at risk must be treated for a period long enough to ensure that levels of microfilariae in the blood remain below those necessary to sustain transmission. Two drug regimens are prescribed: 400 mg albendazole plus 6 mg/kg diethylcarbamazine (DEC); or 400 mg albendazole plus 150 µg/kg ivermectin once a year for a period of 4-6 years, corresponding to the reproductive lifespan of the parasite. A third option is to follow a treatment regimen using DEC-fortified cooking salt daily for a period of 6-12 months.

To alleviate and prevent suffering and to reduce the disability and handicap caused by the chronic consequences of lymphatic filariasis, the principal strategy focuses on decreasing secondary bacterial and fungal infections of limbs or genitals where the lymphatic function has already been compromised by filarial infection. Secondary infection is the primary determinant of the worsening of lymphoedema and elephantiasis. Scrupulous hygiene and local care are dramatically effective in preventing painful, debilitating and damaging episodes of lymphangitis. These consist of regular washing with soap and water, daily exercising of the limbs, wearing of comfortable footwear and carrying out other simple procedures at home, and at very low cost.

Mapping the problem

An essential first step in implementing programmes to eliminate lymphatic filariasis is to define just where mass drug administration should be carried out. Mapping of these "implementation units" for lymphatic filariasis was initiated in Africa in 2000, and has already been completed in Benin, Burkina Faso, Ghana and Togo. Progress is also now being made in other countries in Africa, the Americas (Dominican Republic and Haiti), Eastern Mediterranean (Egypt and Yemen), South-East Asia (Myanmar and Thailand) and the Western Pacific (Cambodia, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Philippines, Viet Nam and the Pacific island countries grouped as the "PacELF" countries). It is estimated that this mapping of all the countries endemic for lymphatic filariasis, by implementation units, will be completed in 2003.

Pour interrompre la transmission de l'infestation, l'ensemble de la population à risque doit être traité pendant une période suffisamment longue pour que les concentrations de microfilaries dans le sang restent au-dessous du seuil nécessaire pour maintenir la transmission. On prescrit pour cela 2 schémas thérapeutiques: 400 mg d'albendazole plus 6 mg/kg de diéthylcarbamazine (DEC); ou 400 mg d'albendazole plus 150 µg/kg d'ivermectine, une fois par an pendant 4 à 6 ans, durée correspondant à la période pendant laquelle les filaires se reproduisent. Une troisième option consiste à suivre un schéma thérapeutique faisant appel à du sel de cuisine enrichi en DEC, utilisé quotidiennement pendant 6 à 12 mois.

Pour prévenir et soulager les souffrances et réduire les incapacités et les handicaps dus aux conséquences chroniques de la filariose lymphatique, la principale stratégie consiste à réduire les surinfections bactériennes et fongiques des membres ou des organes génitaux dans lesquels la fonction du système lymphatique a déjà été altérée par l'infestation filarienne. La surinfection est le déterminant principal de l'aggravation d'un lymphoedème ou d'un éléphantiasis. Une hygiène et des soins locaux scrupuleux sont extrêmement efficaces pour prévenir les épisodes de lymphangite douloureuse, débilitants et dommageables. Ce sont: un lavage régulier à l'eau et au savon, un exercice quotidien des membres, le port de chaussures confortables et le fait de prendre d'autres mesures simples à domicile et ce à très peu de frais.

Cartographie du problème

Une première étape indispensable pour mettre en œuvre les programmes d'élimination de la filariose lymphatique consiste à définir où exactement l'administration de masse des médicaments doit être effectuée. Le recensement de ces «unités de mise en œuvre» a été lancé en Afrique pour la filariose lymphatique en 2000 et a déjà été achevé au Bénin, au Burkina Faso, au Ghana et au Togo. Des progrès sont également enregistrés à l'heure actuelle dans d'autres pays d'Afrique, des Amériques (Haïti et République dominicaine), de la Méditerranée orientale (Égypte et Yémen), de l'Asie du Sud-Est (Myanmar et Thaïlande) et du Pacifique occidental (Cambodge, Malaisie, Philippines, République démocratique populaire lao, Viet Nam et pays insulaires du Pacifique groupés sous l'appellation «PacELF»). On estime que cette cartographie de tous les pays d'endémie de la filariose lymphatique, par unité de mise en œuvre, sera achevée en 2003.

Table 2. **Number of countries/areas reporting lymphatic filariasis, by WHO region**Tableau 2. **Nombre de pays/territoires signalant la filariose lymphatique, par région OMS**

WHO region / Région OMS	Number of countries Nombre de pays
Africa – Afrique	38
Western Pacific – Pacifique occidental	24
South-East Asia – Asie du Sud-Est	8
Americas – Amériques	7
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3
Total	80

Table 3. **Countries/areas reporting lymphatic filariasis, by WHO region**Tableau 3. **Pays/territoires signalant la filariose lymphatique, par région OMS**

Africa		Afrique	
Angola	Guyana	Angola	Haïti
Benin	Haiti	Bénin	République dominicaine
Burkina Faso	Suriname	Burkina Faso	Suriname
Burundi	Trinidad and Tobago	Burundi	Trinité-et-Tobago
Cameroon	Eastern Mediterranean	Cameroun	Méditerranée orientale
Cape Verde	Egypt	Cap-Vert	Egypte
Central African Republic	Sudan	Comores	Soudan
Chad	Yemen	Congo	Yémen
Comoros	South-East Asia	Côte d'Ivoire	Asie du Sud-Est
Congo	Bangladesh	Ethiopie	Bangladesh
Côte d'Ivoire	India	Gabon	Inde
Democratic Republic of the Congo	Indonesia	Gambie	Indonésie
Equatorial Guinea	Maldives	Ghana	Maldives
Ethiopia	Myanmar	Guinée	Myanmar
Gabon	Nepal	Guinée-Bissau	Népal
Gambia	Sri Lanka	Guinée équatoriale	Sri Lanka
Ghana	Thailand	Kenya	Thaïlande
Guinea	Western Pacific	Libéria	Pacifique occidental
Guinea-Bissau	American Samoa	Madagascar	Brunéi Darussalam
Kenya	Brunei Darussalam	Malawi	Cambodge
Liberia	Cambodia	Mali	Chine
Madagascar	China	Maurice	Fidji
Malawi	Cook Islands	Mozambique	Iles Cook
Mali	Fiji	Niger	Iles Salomon
Mauritius	French Polynesia	Nigéria	Kiribati
Mozambique	Kiribati	Ouganda	Malaisie
Niger	Lao People's Democratic Republic	République centrafricaine	Micronésie (Etats fédérés de)
Nigeria	Malaysia	République démocratique du Congo	Nouvelle-Calédonie
Réunion	Micronesia (Federated States of)	République-Unie de Tanzanie	Niue
Rwanda	New Caledonia	Réunion	Papouasie-Nouvelle-Guinée
Senegal	Niue	Rwanda	Philippines
Seychelles	Papua New Guinea	Sénégal	Polynésie française
Sierra Leone	Philippines	Seychelles	République de Corée
Togo	Republic of Korea	Sierra Leone	République démocratique populaire lao
Uganda	Samoa	Tchad	Samoa américaines
United Republic of Tanzania	Sao Tome and Principe	Togo	Samoa
Zambia	Solomon Islands	Zambie	São Tomé-et-Príncipe
Zimbabwe	Tonga	Zimbabwe	Tonga
Americas	Tuvalu	Amériques	Tuvalu
Brazil	Vanuatu	Brésil	Vanuatu
Costa Rica	Viet Nam	Costa Rica	Viet Nam
Dominican Republic	Wallis and Futuna	Guyana	Wallis et Futuna

The Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis

A worldwide coalition, the Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis, was created in 2000 to include many organizations, each with a different mandate but all having the common goal of tackling the wide-ranging and complex process of science and practice that will result in the elimination of lymphatic filariasis as a public health problem globally. The partnership, initially formed around the contributions of GlaxoSmithKline (including all the albendazole required worldwide) and of Merck & Co., Inc. (ivermectin in countries where onchocerciasis is co-endemic), has since broadened to include 37 organizations to date from various sectors of society including the public and private sectors, academia, government bodies and non-governmental development organizations. Indeed, the Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis can now envisage the elimination of the disease as the focus of a widely beneficial public health intervention organized through existing or strengthened national health infrastructures.

Progress to date

By the end of 2000, 25 countries had developed national plans of action to eliminate LF and/or set up national task forces: in Africa (Ghana, Kenya, Nigeria, Togo, Uganda and United Republic of Tanzania); in the Americas (Dominican Republic); in the Eastern Mediterranean (Egypt); in South-East Asia (Bangladesh, India, Maldives, Myanmar and Sri Lanka); and in the Western Pacific (American Samoa, Cook Islands, Fiji, French Polynesia, Kiribati, Niue, Philippines, Samoa, Tokelau, Tonga, Vanuatu and Viet Nam). Fourteen countries already have active LF programmes in place for single-dose, 2-drug, yearly mass drug administration. In these programmes (many of which were still in a pilot phase), over 3.2 million people were targeted for treatment in 2000; for 2001, the expectation is coverage of 39.8 million people in 27 country programmes. ■

Malaria information service, Kenya

Malaria continues to pose a major public health threat to most of Kenya's population. In recognition of the importance of malaria as an impediment to development, the Ministry of Health of Kenya has launched a new coordinated effort to support malaria prevention and control across the country.

Information is critical for effective planning of control or research at national and district levels. The Division of Malaria Control at the Ministry of Health has developed a web-enabled information tool, KMIS, for partners in the government's efforts to roll back malaria in Kenya.

The planning tool provides information on:

- Which partners are working on malaria in each district and which activities they are involved in. This should improve the rapid dissemination of new information to the wider partner audience and help prevent duplication of effort. It can be used as a directory, for example, to locate suppliers of antimalarial drugs, nets or insecticides.

L'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique

Une coalition mondiale, l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique, a été formée en 2000 par de nombreuses organisations, chacune ayant un mandat différent mais toutes un objectif commun – s'atteler aux opérations complexes et diversifiées qui, sur le plan scientifique et pratique, entraîneront l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique partout dans le monde. Ce partenariat, constitué au départ autour des contributions de GlaxoSmithKline (fourniture de tout l'albendazole nécessaire dans le monde) et de Merck & Co., Inc. (fourniture de l'ivermectine dans les pays de coendémie de l'onchocercose), s'est élargi depuis et comprend aujourd'hui 37 organisations appartenant à divers secteurs de la société: secteurs public et privé, universités, organes publics et organisations non gouvernementales de développement. En effet, l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique peut désormais considérer l'élimination de cette maladie comme l'axe principal d'une intervention de santé publique extrêmement utile, organisée à l'aide des infrastructures de santé nationales existantes ou renforcées.

Progrès enregistrés à ce jour

A la fin de l'année 2000, 25 pays avaient élaboré des plans d'action nationaux pour l'élimination de la filariose lymphatique et/ou mis en place des groupes spéciaux nationaux: en Afrique (Ghana, Kenya, Nigéria, Togo, Ouganda et République-Unie de Tanzanie); dans les Amériques (République dominicaine); en Méditerranée orientale (Égypte); en Asie du Sud-Est (Bangladesh, Inde, Maldives, Myanmar et Sri Lanka); et dans le Pacifique occidental (Samoa américaines, Îles Cook, Fidji, Kiribati, Niue, Philippines, Polynésie française, Samoa, Tokelau, Tonga, Vanuatu et Viet Nam). Quatorze pays ont déjà des programmes actifs en place pour l'administration de masse annuelle des 2 médicaments en monodoses. Dans ces programmes (dont beaucoup en sont toujours à la phase pilote), on avait ciblé le traitement de plus de 3,2 millions de personnes en 2000; en 2001, la couverture attendue est de 39,8 millions de personnes dans le cadre de 27 programmes nationaux. ■

Service d'information sur le paludisme, Kenya

Le paludisme continue de représenter une grave menace de santé publique pour la plus grande partie de la population du Kenya. Reconnaissant l'importance du paludisme en tant qu'obstacle au développement, le Ministère de la santé du Kenya a lancé une nouvelle initiative coordonnée pour soutenir la prévention et la lutte contre le paludisme dans tout le pays.

L'information est un élément critique pour la planification efficace de la lutte et de la recherche aux niveaux national et de district. La Division pour la lutte contre le paludisme au Ministère de la santé a développé un outil d'information basé sur le web, KMIS, à l'intention des partenaires du gouvernement dans ses efforts pour faire reculer le paludisme au Kenya.

L'outil de planification donne les informations suivantes:

- Les partenaires s'occupant du paludisme dans chaque district, et leurs activités. Ceci devrait améliorer la rapidité de diffusion de nouvelles informations au plus large public des partenaires, et aider à éviter des efforts inutiles. Ceci peut servir par exemple de registre pour identifier les fournisseurs de médicaments antipaludiques, de moustiquaires ou d'insecticides.

- Population estimates of the target groups within each district. Statistical information, such as the number of people a given control or prevention service should cover, is pivotal for health planners and can be generated from the baseline 1999 Kenya census data.
- Malaria research publications and abstracts (including conference proceedings and government reports). KMIS provides a database of literature related to malaria in Kenya published since 1920. Research provides the basis for evidence-based choices for disease control and management.
- Parasite survey data. One useful, and widely used, measure of malaria risk is the prevalence of infection in a community. Various parasite survey results conducted all over Kenya are now available in a single database.
- Malaria vectors survey data. The data on malaria vectors has been limited to community names and districts of the study sites, and information on whether a species is present or absent at the site is given in the database.
- Antimalarial drug resistance survey data. Drug sensitivity testing has been undertaken by researchers, the Ministry of Health or nongovernmental organizations on many antimalarial drugs. This rich source of information on drug sensitivity is available in the database.
- Guidelines and resource materials which include details on malaria risk in Kenya, malaria guidelines and strategic plans.

For more information on the service visit: <http://www.kmis.org>. ■

- Des estimations du nombre d'habitants dans les groupes cibles de chaque district. Des informations statistiques, telles que le nombre de personnes devant bénéficier d'un service donné de lutte ou de prévention, sont d'importance capitale pour les planificateurs de services sanitaires, et peuvent être obtenues en se basant sur les données de recensement du Kenya en 1999.
- Des publications et des résumés sur la recherche portant sur le paludisme (y compris les rapports de conférences et du gouvernement). Le KMIS fournit une base de données sur les ouvrages concernant le paludisme au Kenya publiés depuis 1920. La recherche aide à faire des choix à base factuelle pour la lutte contre la maladie et sa gestion.
- Données de surveillance des parasites. Une mesure très utile et largement exploitée du risque de paludisme est la prévalence de l'infection au sein de la communauté. Divers résultats d'études des parasites effectuées dans tout le pays sont désormais disponibles dans une même base de données.
- Données d'études sur les vecteurs du paludisme. Les données concernant les vecteurs du paludisme ont été limitées aux noms des communautés et aux districts des lieux d'étude, et des informations sur la présence ou l'absence d'une espèce sur ces sites est disponible dans la base de données.
- Données d'études sur la pharmacorésistance aux antipaludiques. Des tests de sensibilité ont été effectués par les chercheurs, le Ministère de la santé ou des organisations non gouvernementales sur de nombreux antipaludiques. Cette riche source d'information sur la sensibilité aux médicaments est disponible dans la base de données.
- Des lignes directrices et autres documents comprenant des détails sur le risque de paludisme au Kenya, des lignes directrices sur le paludisme et des plans stratégiques.

Pour de plus amples informations concernant ce service, prière de consulter: <http://www.kmis.org>. ■

Leprosy

Global target attained

In 1991, WHO Member States resolved to decrease the level of leprosy in the world by over 90%. This has now been accomplished, and the overall target for the global elimination of leprosy as a public health problem has been attained.

Leprosy is an ancient disease, first mentioned in writing over 2 500 years ago. Modern science has achieved a major breakthrough recently with the mapping of the genome of the bacillus *Mycobacterium leprae*. This has opened up new avenues for developing diagnostic tests for leprosy, which can incubate in the human body for up to 20 years, before the telltale signs – insensit patches on the skin – are observed.

Today, diagnosis and treatment of leprosy is easy. Essential work is being carried out to integrate leprosy services into existing, general health services. This is especially important for communities at risk for leprosy, which are often the poorest of the poor and underserved.

Treatment with multidrug therapy is highly effective. It stops transmission of the disease starting with the first

Lèpre

Objectif mondial atteint

En 1991, les Etats Membres de l'OMS ont résolu de faire diminuer de 90% le nombre des cas de lèpre dans le monde. C'est maintenant chose faite, et l'objectif général pour l'élimination mondiale de la lèpre en tant que problème de santé publique a été atteint.

La lèpre est une maladie ancienne, mentionnée pour la première fois dans des écrits vieux de 2 500 ans environ. La science moderne a accompli récemment une avancée décisive en cartographiant le génome du bacille de la lèpre *Mycobacterium leprae*. De nouvelles voies sont maintenant ouvertes pour le développement de tests permettant de diagnostiquer une maladie dont la durée d'incubation peut atteindre 20 ans chez l'être humain, avant que n'apparaissent les symptômes évocateurs que sont les tâches cutanées insensibles.

Aujourd'hui, le diagnostic et le traitement de la lèpre sont aisés. Un travail essentiel est mené pour intégrer aux services de santé généraux les services de soins de la lèpre. C'est particulièrement important pour les communautés, souvent les plus démunies et les plus mal desservies, qui sont exposées au risque.

La polychimiothérapie est très efficace: elle arrête la transmission dès l'administration de la première dose et elle permet d'éviter les

dose, and prevents disabilities. Over the past 15 years, about 11 million leprosy patients have been cured with this treatment. Multidrug therapy consists of 3 drugs which need to be taken by the patient for 6 or 12 months, depending on the severity of the disease.

The achievement at the global level now needs to be reproduced at every national level, as a few countries still need to drive the prevalence of leprosy down further. The biggest challenges of the leprosy elimination programme lie ahead: reducing the leprosy burden in the remaining endemic countries, and bringing leprosy services closer to all communities in need.

Full control of leprosy has eluded mainly 6 countries: Brazil, India, Madagascar, Mozambique, Myanmar and Nepal. These countries are committed to stepping up leprosy control activities.

The main priority now is to urgently improve access to multidrug therapy for communities that have not yet been reached because of poor coverage of leprosy services, lack of infrastructure, isolation or war.

Information campaigns about leprosy in high-risk areas are crucial so that patients and their families, who were historically ostracized from their communities, are encouraged to come forward and receive treatment. ■

incapacités. Elle a permis de guérir environ 11 millions de patients au cours des 15 dernières années. Elle comporte 3 médicaments devant être pris par le malade pendant 6 ou 12 mois suivant la gravité de l'affection.

Cette réussite au niveau mondial doit être reproduite dans chaque pays, une poignée d'entre eux devant encore réduire la prévalence de la lèpre. Il reste au programme d'élimination à surmonter le défi le plus ardu: diminuer le fardeau de la lèpre dans les derniers pays d'endémie et rapprocher les services de soins de toutes les communautés qui en ont besoin.

La lèpre n'a pas été complètement maîtrisée dans 6 pays en particulier: le Brésil, l'Inde, Madagascar, le Mozambique, Myanmar et le Népal. Ceux-ci se sont engagés à intensifier les activités de lutte.

Désormais, la principale priorité consiste à améliorer d'urgence l'accès à la polychimiothérapie dans les communautés qui n'ont pas encore été atteintes à cause de l'insuffisance de la couverture des services de soins de la lèpre, du manque d'infrastructures, de l'isolement ou de la guerre.

Les campagnes d'information sur la lèpre dans les zones à haut risque sont essentielles pour que les patients qui, au cours de l'histoire, ont toujours été rejetés par leur famille et leur communauté, aient le courage de se mettre en avant et de recevoir leur traitement. ■

Influenza

Australia (5 May 2001).¹ During the first week of May, an influenza B virus was isolated from a patient who recently returned from Singapore.

Chile (5 May 2001). Two influenza A cases have been detected in Valparaiso, the central coastal region of the country, by immunofluorescence tests. ■

¹ See No. 46, 2000, p. 376.

Grippe

Australie (5 mai 2001).¹ Au cours de la première semaine de mai, on a isolé le virus grippal B chez un patient récemment rentré de Singapour.

Chili (5 mai 2001). Deux cas de grippe A ont été dépistés à Valparaiso, la région côtière centrale du pays, suite à des tests d'immunofluorescence. ■

¹ Voir N° 46, 2000, p. 376.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 11 to 17 May 2001 / Notifications de maladies reçues du 11 au 17 mai 2001

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		
Ghana	1.I-14.IV	
.....	1 089	46
Madagascar	12.III-19.IV	
.....	1 393	121
Mozambique	27.III-28.IV	
.....	959	8

	Cases / Deaths Cas / Décès	
South Africa / Afrique du Sud	16.II-13.III	
.....	239	7
Asia / Asie		
India / Inde	28.I-10.III	
.....	65	1

Yellow fever / Fièvre jaune

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		
Ghana	11-17.II	
.....	1	1

Newly infected areas from 11 to 17 May 2001 / Zones nouvellement infectées entre le 11 et le 17 mai 2001

For criteria used in compiling this list, see No. 13, 2001, p. 100. X/ Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 13, 2001, p. 100.X

Yellow fever / Fièvre jaune

Africa / Afrique
Ghana
Upper East Region
Bawku East District

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message subscribe wer-reh to majordomo@who.int

Fax: (+41-22) 791 48 21/791 42 85

Editor: vallanjonm@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message subscribe wer-reh to majordomo@who.int

Fax: (+41-22) 791 48 21/791 42 85

Rédactrice: vallanjonm@who.int