



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

13 SEPTEMBER 1996 • 71st YEAR

71<sup>e</sup> ANNÉE • 13 SEPTEMBRE 1996

## Onchocerciasis

### Progress towards elimination in the Americas

In 1991, ministers of health of the countries of the Americas, at their XXXVth Directive Council Meeting, adopted a resolution to "eliminate onchocerciasis as a public health problem in the Americas" by the year 2007. The primary tool available for this effort is broad administration of the oral microfilaricidal drug Mectizan<sup>®</sup> (ivermectin), which is provided free of charge by its manufacturer, to treat eligible persons at risk (i.e., in good health, over 5 years of age [or 90 cm height, or 15 kg body weight], for women, not pregnant or lactating in the first week after delivery, and living in a community sufficiently endemic for onchocerciasis to qualify for active community-wide treatment). Beginning in 1991, representatives of the 6 countries where onchocerciasis is endemic in the Americas (Brazil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico, and Venezuela) (*Map 1*) have met annually, with representatives of interested nongovernmental development organizations and other parties, at the InterAmerican Conferences on Onchocerciasis (IACOs). All 5 such conferences have been cosponsored by the Pan American Health Organization (PAHO), the last 3 in partnership with the Onchocerciasis Elimination Program for the Americas (OEPA), which is a multinational, multiagency, regional coalition providing technical and administrative support to the 6 national programmes. OEPA has received funding from the River Blindness Foundation, the Global 2000 River Blindness Program of the Carter Center, the InterAmerican Development Bank, and the United States Agency for International Development (USAID). The fifth conference (IACO'95) met at the offices of PAHO in Brasilia, Brazil, on 6-11 November 1995, and reviewed the status of the disease in each of the 6 countries. A grant from the World Bank helped fund the latest meeting. This report summarizes key programmatic data presented at the IACO'95 meeting, and updated by OEPA staff.

## Onchocercose

### Progrès vers l'élimination de la maladie dans les Amériques

En 1991, les ministres de la santé des pays des Amériques ont adopté, lors de la réunion de leur XXXV<sup>e</sup> Conseil de Direction, une résolution visant à éliminer l'onchocercose en tant que problème de santé publique dans les Amériques d'ici 2007. Le principal moyen dont ils disposent à cette fin consiste à généraliser l'administration par voie orale d'un médicament microfilaricide, le Mectizan<sup>®</sup> (ivermectine), qui est fourni gratuitement par son fabricant et permet de traiter les personnes exposées répondant à certains critères (c'est-à-dire être en bonne santé, avoir plus de 5 ans [ou bien mesurer plus de 90 cm, ou peser plus de 15 kg], pour les femmes, ne pas se trouver enceinte ni allaiter [au cours de la première semaine suivant l'accouchement], et vivre dans une communauté où l'onchocercose est suffisamment endémique pour justifier un traitement actif au niveau communautaire). Depuis 1991, les représentants des 6 pays où l'onchocercose sévit à l'état endémique dans les Amériques (Brésil, Colombie, Equateur, Guatemala, Mexique et Venezuela) (*Carte 1*) se sont réunis chaque année avec des représentants des organisations non gouvernementales de développement et d'autres parties intéressées, dans le cadre des conférences interaméricaines sur l'onchocercose (CIAO). Les 5 CIAO ont été coparrainées par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), les 3 dernières en partenariat avec le programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA), coalition régionale regroupant plusieurs pays et plusieurs institutions et qui fournit un appui technique et administratif aux 6 programmes nationaux. Ce programme est financé par la *River Blindness Foundation*, le *Global 2000 River Blindness Program* du *Carter Center*, la Banque interaméricaine de Développement et l'*Agency for International Development* (AID) des Etats-Unis d'Amérique. La Cinquième Conférence s'est réunie dans les locaux de l'OPS à Brasilia (Brésil), du 6 au 11 novembre 1995, pour faire le point de la situation dans chacun des 6 pays. Une subvention de la Banque mondiale a aidé à financer cette dernière réunion. Le présent rapport résume les principales données programmatiques présentées lors de la Cinquième Conférence et mises à jour par le personnel de l'OEPA.

## CONTENTS

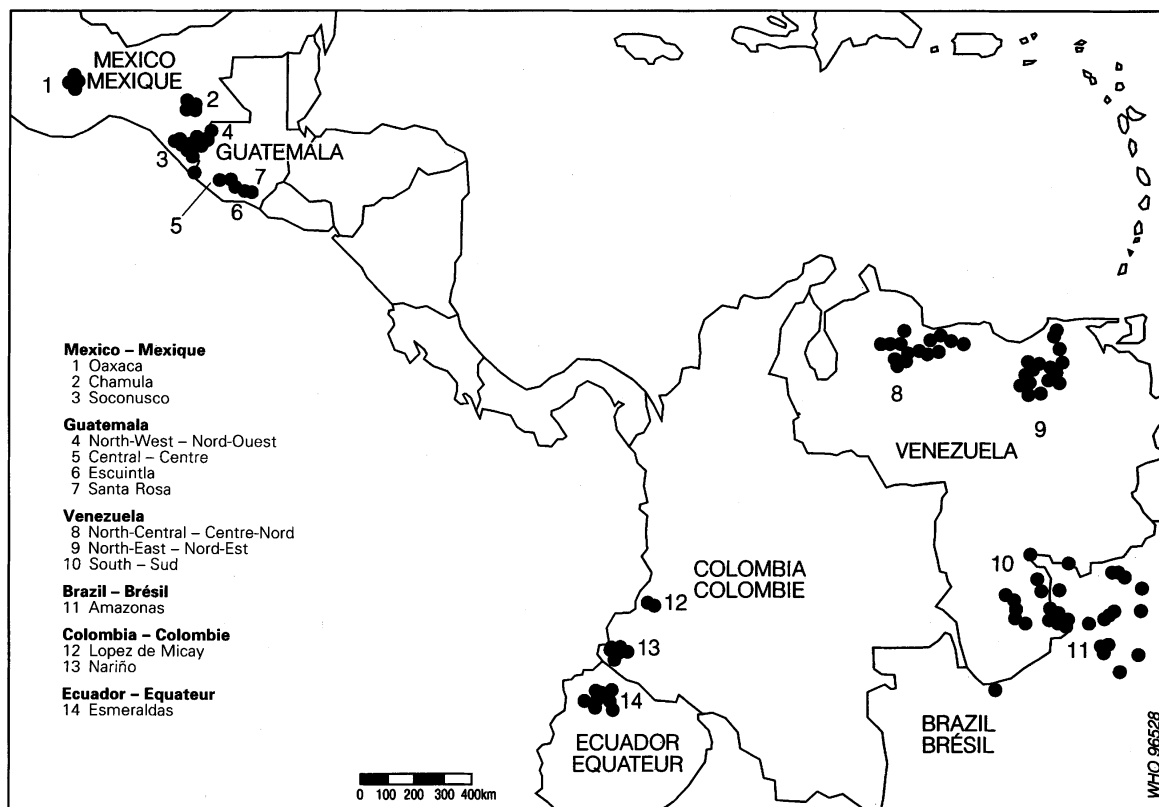
Onchocerciasis – Progress towards elimination in the Americas	277
Influenza	280
Yellow-fever vaccinating centres for international travel – Amendments to 1991 publication	280
Diseases subject to the Regulations	280

## SOMMAIRE

Onchocercose – Progrès vers l'élimination de la maladie dans les Amériques	277
Grippe	280
Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux – Amendements à la publication de 1991	280
Maladies soumises au Règlement	280

Map 1 Geographical distribution of endemic onchocerciasis in the Americas, 1995

Carte 1 Répartition géographique des foyers d'onchocercose dans les Amériques, 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.

**Brazil** has 1 endemic area, covering a vast, sparsely populated region of about 200 000 km<sup>2</sup> in the Amazon Basin, near the border with Venezuela. Only about 7 200 persons, living in 147 itinerant (nomadic) endemic communities, are believed to be at risk. The first round of mass treatment with Mectizan<sup>®</sup> began as a pilot project in the Xeitei area (14 communities) in 1995.

**Colombia** has undertaken recent epidemiological studies that show that onchocerciasis is confined to a single, small endemic area in the Department of Cauca. Only about 670 persons are at risk in the only known endemic community, and only 51 persons are known to be infected in the entire country. Epidemiological evaluations carried out in the Nariño focus have shown no evidence of remaining infection there. Plans are being made to undertake an integrated programme of Mectizan<sup>®</sup> treatment and vector control to eliminate onchocerciasis from Cauca.

**Ecuador** has an endemic focus of 15 200 km<sup>2</sup>, with 20 000 persons at risk living in 123 known endemic communities. Some 14 568 persons of the 16 104 (90.5%) eligible persons at risk have been treated with Mectizan<sup>®</sup> twice a year since 1990. Studies of children less than 5 years old born in the 33 hyperendemic communities on the Rio Santiago in 1990-1995, since Mectizan<sup>®</sup> distribution started, show a dramatic reduction in the prevalence of microfilaria in skin snips (from 64% to 0%) and in

Le **Brésil** comprend une zone d'endémie qui couvre une vaste région (environ 200 000 km<sup>2</sup>) à faible densité de population dans le bassin amazonien, à proximité de la frontière avec le Venezuela. On estime qu'environ 7 200 personnes seulement, vivant dans 147 communautés itinérantes (nomades), sont actuellement exposées à la maladie. La première tournée de traitement de masse par le Mectizan<sup>®</sup> a eu lieu dans le cadre d'un projet pilote dans la région de Xeitei (14 collectivités) en 1995.

La **Colombie** a entrepris récemment des études épidémiologiques, d'après lesquelles l'onchocercose se limite à une seule petite zone d'endémie dans le département de Cauca. Il semble que seulement 670 personnes soient exposées au risque d'onchocercose dans la seule communauté dont l'endémicité est connue, et que 51 personnes seulement soient infectées dans tout le pays. Les évaluations épidémiologiques effectuées dans le foyer de Nariño n'ont mis en évidence aucune trace d'infection. Il est prévu d'entreprendre un programme intégré de traitement par le Mectizan<sup>®</sup> et de lutte antivectorielle pour éliminer l'onchocercose dans le foyer de Cauca.

L'**Equateur** comprend un foyer d'endémie couvrant 15 200 km<sup>2</sup>, et 20 000 personnes vivant dans 123 collectivités dont l'endémicité est connue. Sur les 16 104 personnes à risque concernées, 14 568 (soit 90,5%) ont été traitées par le Mectizan<sup>®</sup> 2 fois par an depuis 1990. Les études effectuées sur les enfants de moins de 5 ans nés dans les 33 communautés d'hyperendémie sur le Rio Santiago entre 1990 et 1995, depuis que la distribution de Mectizan<sup>®</sup> a commencé, montrent une réduction spectaculaire de la prévalence de microfilaria dans les biopsies cutanées exsangues

detectable nodules (from 9% to 0%) compared with prevalence rates in children born in 1980-1985, before Mectizan<sup>®</sup> was available.

**Guatemala** has 4 endemic foci, covering 4 900 km<sup>2</sup>. About 400 000 persons are at risk, living in 552 communities. For more than 50 years, a vertical effort in the Ministry of Health (MOH) controlled onchocerciasis through a community-based, mass nodulectomy programme. Mass treatment of endemic communities with Mectizan<sup>®</sup> began in 1988, with community-based trials sponsored by the WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. In 1994, 122 815 persons, or 98% of the eligible at-risk population in the most important focus (Central), were treated twice, including all the 52 known hyperendemic communities in the country. A similar proportion of the eligible at-risk population was reached in 1993, and about 75% in 1992. However, decentralization of MOH activities in 1995 resulted in a marked decrease in treatment activities, with only about 22 000 persons (18% of the eligible at-risk population in the Central focus) being treated with Mectizan<sup>®</sup>. In 1996, efforts are being made to redesign the programme to function better in the decentralized environment.

**Mexico** has 3 endemic foci, 2 in the State of Chiapas and 1 in Oaxaca, covering an endemic area of approximately 16 900 km<sup>2</sup>. About 252 000 persons are at risk, living in 849 communities. The government began a campaign to control onchocerciasis in the 1940s by means of mass nodulectomies and diethylcarbamazine (DEC) treatments. Distribution of Mectizan<sup>®</sup> began in 1991, expanding in 1994 and 1995 to twice-yearly treatment of some 88% of the 146 000 persons at risk living in hyper- and mesoendemic communities.

**Venezuela** has 3 main endemic foci, 1 in the south of the country adjoining the focus in Brazil, and 2 in the north. The endemic areas of about 76 000 km<sup>2</sup> include about 894 600 persons at risk of infection living in about 3 445 communities, most of which (96%) are found in the north. The estimated numbers of persons at risk in the north are expected to drop significantly after epidemiological assessments currently under way in these foci are completed. Mectizan<sup>®</sup> treatment activities in 1995 were carried out in 50 of 136 (37%) known endemic communities in the southern focus.

(Based on: A report from the Onchocerciasis Elimination Program for the Americas, Guatemala City, Guatemala.)

**Editorial Note:** Onchocerciasis in the Americas represents only a small part of the global problem of river blindness, the overwhelming majority of which occurs in Africa. However, the disease remains a significant cause of morbidity in some endemic countries of Latin America. The data summarized here strongly suggest that the focus in Colombia/Ecuador, 1 of 3 such bilateral foci in the Americas (Mexico/Guatemala and Venezuela/Brazil are the others), is already on the brink of elimination, even though transmission in Colombia/Ecuador involves one of the most efficient vectors in the Americas (*Simulium exiguum*). Continued expansion and support of community-based Mectizan<sup>®</sup> distribution in the region is needed, as is mapping of disease prevalence in northern Venezuela. Additional epidemiological and entomological data are required to document the reduction or elimination of morbidity and transmission in Ecuador, Guatemala, and Mexico.

(de 64% à 0%) et dans les nodules décelables (de 9% à 0%), par comparaison aux taux de prévalence chez les enfants nés entre 1980 et 1985, c'est-à-dire avant la mise à disposition du Mectizan<sup>®</sup>.

Le **Guatemala** compte 4 foyers d'endémie, couvrant une superficie de 4 900 km<sup>2</sup>. Près de 400 000 personnes, vivant dans 552 collectivités, sont exposées à la maladie. Depuis plus de 50 ans, un effort vertical du Ministère de la Santé a permis de maîtriser l'onchocercose grâce à un programme de nodulectomie de masse à base communautaire. Le traitement de masse des communautés d'endémie par le Mectizan<sup>®</sup> a commencé en 1988, avec des essais communautaires parrainés par le programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. En 1994, 122 815 personnes, soit 98% de la population à risque concernée dans le principal foyer (Centre), avaient été traitées à 2 reprises, y compris les 52 communautés présentant une hyperendémicité connue. Une proportion analogue de la population à risque concernée a été couverte en 1993, et environ 75% en 1992. Toutefois, la décentralisation des activités du Ministère de la Santé en 1995 s'est traduite par une nette diminution des activités thérapeutiques, et par le traitement de 22 000 personnes seulement par le Mectizan<sup>®</sup> (soit 18% de la population à risque concernée dans le foyer du Centre). En 1996, l'on s'efforce de réorganiser le programme afin d'en accroître l'efficacité, compte tenu de la décentralisation.

Le **Mexique** compte 3 foyers d'endémie, 2 dans l'Etat du Chiapas et 1 à Oaxaca, couvrant une zone d'endémie d'environ 16 900 km<sup>2</sup>. Environ 252 000 personnes vivant dans 849 collectivités sont exposées à la maladie. Les pouvoirs publics ont entamé une campagne de lutte contre l'onchocercose dans les années 40 en procédant massivement à des nodulectomies et en dispensant un traitement par la diéthylcarbamazine (DEC). La distribution de Mectizan<sup>®</sup> a commencé en 1991 puis s'est développée en 1994 et 1995, avec le traitement semestriel de 88% des 146 000 personnes exposées vivant dans des communautés d'hyperendémicité ou de mésoendémicité.

Le **Venezuela** compte 3 foyers d'endémie, 1 dans le sud du pays, adjacent au foyer brésilien, et 2 dans le nord. Les zones d'endémie couvrent environ 76 000 km<sup>2</sup>, et environ 894 600 personnes vivant dans 3 445 collectivités, dont la plupart (96%) se situent dans le nord, sont exposées à l'infection. Les évaluations épidémiologiques actuellement en cours dans les foyers du nord devraient faire apparaître une diminution sensible du nombre de personnes exposées. En 1995, 50 des 136 communautés d'endémie connues (37%) dans le foyer méridional ont été traitées par le Mectizan<sup>®</sup>.

(D'après: Un rapport du Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques, ville de Guatemala, Guatemala.)

**Note de la Rédaction:** La situation de l'onchocercose dans les Amériques ne représente qu'une petite partie du problème mondial que constitue la maladie, qui frappe principalement l'Afrique. Toutefois, l'onchocercose demeure une cause importante de morbidité dans certains pays d'endémie d'Amérique latine. Les données résumées ici montrent visiblement que le foyer de Colombie/Equateur, l'un des 3 foyers bilatéraux des Amériques (les 2 autres étant le Mexique/Guatemala et le Venezuela/Brésil) est sur le point d'être éliminé, même si la transmission en Colombie/Equateur implique l'un des vecteurs les plus efficaces dans les Amériques (*Simulium exiguum*). Il faudrait poursuivre et développer la distribution de Mectizan<sup>®</sup> au niveau de la communauté dans cette région et cartographier la prévalence de la maladie dans le nord du Venezuela. Des données épidémiologiques et entomologiques supplémentaires seront nécessaires pour mettre en évidence la réduction ou l'élimination de la morbidité et de la transmission en Equateur, au Guatemala et au Mexique.

**Influenza**

**Argentina** (29 August 1996). Reports in the network of sentinel physicians indicated that the incidence of influenza-like illness started to increase in the second week of July and continued to increase in the first week of August. Influenza A has been diagnosed by immunofluorescence in 8 cases and influenza A(H3N2) by isolation of the virus in 3 cases.

**New Zealand** (6 September 1996).<sup>1</sup> The weekly numbers of consultations for influenza-like illness and laboratory-confirmed cases declined rapidly after the peak in the first week of July. Only 36 influenza viruses were isolated during August, and none in the last week of the month. Influenza A(H3N2) predominated throughout the outbreak.

<sup>1</sup> See No. 33, 1996, p. 251.

**Grippe**

**Argentine** (29 août 1996). Des notifications du réseau de médecins sentinelles indiquaient que l'incidence des affections de type grippal a commencé à augmenter au cours de la deuxième semaine de juillet et continué d'augmenter pendant la première semaine d'août. On a mis en évidence le virus grippal A par immunofluorescence dans 8 cas alors que le virus grippal A(H3N2) a été isolé dans 3 cas.

**Nouvelle-Zélande** (6 septembre 1996).<sup>1</sup> Le nombre hebdomadaire de consultations pour cause de syndrome grippal ainsi que celui des cas confirmés a rapidement régressé après le pic observé au cours de la première semaine de juillet. En août, il n'y a eu que 36 isolements du virus grippal, dont aucun pendant la dernière semaine. C'est la grippe A(H3N2) qui a prédominé au cours de cette flambée.

<sup>1</sup> Voir N° 33, 1996, p. 251.

**Yellow-fever vaccinating centres for international travel**

Amendments to 1991 publication

**SWEDEN/SUÈDE**

Insert – Insérer:

**Arvika**

Privatläkarmottagningen Arken (Official Stamp No. 101)

**Hedemora**

Hedemora vårdcentral (Official Stamp No. 106)

**Malmö**

Värnhems Vaccinationscentral (Official Stamp No. 107)

**Sandviken**

Husläkaren i Sandviken (Official Stamp No. 102)

**Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux**

Amendements à la publication de 1991

**Stockholm**

Hornstulls läkarmottagning (Official Stamp No. 108)

**Tomelilla**

Novakliniken (Official Stamp No. 100)

**Uddevalla**

Medivac (Official Stamp No. 99)

**Upplands Väsby**

Väsby läkargrupp (Official Stamp No. 103)

**Uppsala**

Familjedoktorn (Official Stamp No. 104)

**Varberg**

Läkarmottagningen (Official Stamp No. 105)

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS****MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT****Notifications received from 6 to 12 September 1996**

C – cases, D – deaths, ... – data not yet received, i – imported, r – revised, s – suspect

**Notifications reçues du 6 au 12 septembre 1996**

C – cas, D – décès, ... – données non encore disponibles, i – importé, r – révisé, s – suspect

**Cholera • Choléra****Africa • Afrique****Mali**

	C	D
29.VII-18.VIII		
.....	439	76

**Zaire – Zaïre**

	C	D
25.V-11.VIII <sup>1</sup>		
.....	1 586	45

**America • Amérique****Venezuela**

	C	D
3-15.VI		
.....	2i	0

**Asia • Asie****China – Chine**

	C	D
1.I-30.VI		
.....	312	4

**Mongolia – Mongolie**

	C	D
20-31.VIII		
.....	50	4

**Philippines**

	C	D
1-8.IX		
.....	284s	5

**Singapore – Singapour**

	C	D
9.IX		
.....	1	0

<sup>1</sup> Additional cases/deaths during this period. – Cas/décès supplémentaires signalés pour cette période.

**Plague • Peste****America • Amérique****United States of America  
Etats-Unis d'Amérique****Arizona State****Navajo County**

	C	D
30.VII <sup>2</sup>		
.....	1*	1

\* This case of plague is of no significance for international travel. – Ce cas de peste n'a pas de conséquences pour les voyages internationaux.

<sup>2</sup> Date of onset. – Date du début.

WWW access: [http://www.who.ch/wer/wer\\_home.htm](http://www.who.ch/wer/wer_home.htm)  
FTP: <ftp://ftp.who.ch/directory/pub/wer>. Username **anonymous**  
E-Mail: send message **subscribe wer-reh** to **majordomo@who.ch**

Telex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98

**Automatic fax reply service:**

Fax (41-22) 791 46 66 for reply in English

**Price of the Weekly Epidemiological Record**

Annual subscription Sw. fr. 209.–

Accès WWW: [http://www.who.ch/wer/wer\\_home.htm](http://www.who.ch/wer/wer_home.htm)

FTP: <ftp://ftp.who.ch/directory/pub/wer>. Nom de l'utilisateur **anonymous**

Courrier électronique: envoyer message **subscribe wer-reh** à **majordomo@who.ch**

Télex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98

**Service automatique de réponse par fax:**

Fax (41-22) 791 46 67 pour une réponse en français

**Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire**

Abonnement annuel Fr. s. 209.–