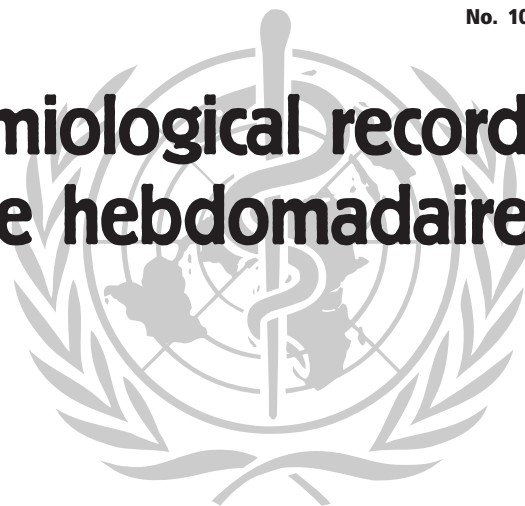


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

9 MARCH 2001, 76th YEAR / 9 MARS 2001, 76^e ANNÉE

No. 10, 2001, 76, 73–76

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

Contents

- 73 Outbreak news
- 74 Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections
- 76 Influenza
- 76 International Health Regulations

Sommaire

- 73 Le point sur les épidémies
- 74 Schistosomiase et helminthiases d'origine tellurique
- 76 Grippe
- 76 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Yellow fever, Brazil. A total of 9 cases of yellow fever has been reported in the region of Divinópolis (Minas Gerais state). The counties affected are Bom Despacho, Leandro Ferreira, Martinho Campos, Nova Serana and Santo Antônio do Monte. Six cases have been laboratory-confirmed (IgM ELISA), all of which have died. Laboratory studies are under way for the other cases.

A team of epidemiologists from the National Epidemiology Centre in Brazil is working with local health authorities to investigate the outbreak. A vaccination campaign has begun.

Ebola, Uganda (update).¹ The outbreak was declared officially over on 28 February. The last person to be infected by the virus recovered 42 days previously, twice the maximum incubation period for Ebola to develop. The international response in support of the government of Uganda helped to break the cycle of transmission of the virus which killed 224 people, including health workers and the medical officer who first identified the outbreak.

WHO is working to mobilize the international community to strengthen epidemic alert and response and raise awareness of the global threat of infectious diseases.

Cholera, South Africa (update).² As of 3 March, the Kwazulu-Natal Department of Health has reported 62 607 cases and 131 deaths since the start of the outbreak in mid-August 2000. In addition to the areas mentioned in previous reports, the area of Pietermaritzburg/Ndlovu is also affected. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre jaune, Brésil. Au total 9 cas de fièvre jaune ont été notifiés dans la région de Divinópolis (état de Minas Gerais). Les régions touchées sont Bom Despacho, Leandro Ferreira, Martinho Campos, Nova Serana et Santo Antônio do Monte. Six cas ont été confirmés en laboratoire (IgM ELISA), tous décédés. Des tests de laboratoire sont en cours pour les autres cas.

Une équipe d'épidémiologistes du Centre national d'épidémiologie du Brésil étudie la flambée en collaboration avec les autorités sanitaires locales. Une campagne de vaccination a débuté.

Ebola, Ouganda (mise à jour).¹ La fin de la flambée a été officiellement annoncée le 28 février. La dernière personne infectée par le virus avait guéri 42 jours auparavant, soit deux fois la période maximum d'incubation de la fièvre. L'action internationale, en soutenant les efforts du gouvernement d'Ouganda, a aidé à briser le cycle de transmission du virus, qui a tué 224 personnes, dont des agents de santé et le médecin qui fut le premier à déceler la flambée.

L'OMS s'attache à mobiliser la communauté internationale pour renforcer la vigilance et l'action face aux épidémies et pour faire prendre conscience de la menace mondiale que représentent les maladies infectieuses.

Choléra, Afrique du Sud (mise à jour).² Au 3 mars, les autorités sanitaires du Kwazulu-Natal ont notifié 62 607 cas et 131 décès depuis le début de la flambée mi-août 2000. Outre les zones mentionnées dans les rapports précédents, la zone de Pietermaritzburg/Ndlovu est aussi touchée. ■

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

6.500 1.2001
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See No. 6, 2001, pp. 41–46.

² See No. 7, 2001, p. 49.

¹ Voir N° 6, 2001, pp. 41–46.

² Voir N° 7, 2001, p. 49.

Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections

Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections remain the most prevalent parasitic infections in the world. Both groups of infections are invariably more widespread among the poorest populations in the least developed countries, who live in conditions that favour transmission and who have no access to proper care or effective prevention measures. The occurrence of schistosomiasis is particularly linked to agricultural and water-development schemes.

The burden of disease associated with schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections is enormous. About 2 billion people are affected worldwide, of whom 300 million suffer associated severe morbidity. In 1999, WHO estimated that schistosomiasis and soil-transmitted helminths represented more than 40% of the disease burden due to all tropical diseases, excluding malaria. Indirect morbidity is particularly important in children, including malnutrition, anaemia, growth retardation, irritability and cognitive impairment, as well as increased susceptibility to other infections and acute complications such as intestinal obstruction due to roundworm. It is estimated that 400 million school-age children are infected with soil-transmitted helminths or with schistosomes. Women and adolescent girls are likely to bear a particular burden of iron deficiency anaemia due to hookworm infections, as they are generally more heavily infected and more prone to anaemia. Chronic irreversible sequelae, such as liver fibrosis, urinary tract obstruction and bladder cancer, become apparent in schistosomiasis during adulthood, as a result of persistent heavy infections during childhood.

Individual suffering and the global burden of disease due to these infections can be significantly reduced through adequate and easy treatment with single-dose drugs. Moreover, these drugs are inexpensive: a single-dose treatment against soil-transmitted helminth infections costs less than US \$0.03, and a treatment with praziquantel against schistosomiasis currently costs between US \$0.20 and US \$0.30. Praziquantel can also be used against other helminth infections, such as most foodborne trematodes and cestodes.

A number of countries have recognized the public health importance of schistosomiasis and soil-transmitted helminths, and have sustained control activities for many years. This has led to impressive achievements. In Brazil, China, Egypt and Philippines, morbidity and mortality due to schistosomiasis have been reduced to very low levels. Other countries, such as the smaller Caribbean islands, the Islamic Republic of Iran, Japan, Mauritius, Morocco, Puerto Rico, Tunisia and Venezuela, are nearing the elimination of schistosomiasis or have already achieved this goal. Japan, Oman, Republic of Korea and Seychelles have eliminated the public health consequences of soil-transmitted helminth infections. Political commitment, social development, epidemiological intelligence and sustained, integrated strategies carried out through permanent health services are the key factors to success.

Schistosomiase et helminthiases d'origine tellurique

La schistosomiase et les helminthiases d'origine tellurique continuent à être les parasitoses les plus répandues dans le monde. Ces deux groupes d'infestations se retrouvent immanquablement chez les populations les plus démunies des pays les moins développés qui vivent dans des conditions favorables à la transmission et qui n'ont accès ni à des soins appropriés ni à des mesures de prévention efficaces. Les cas de schistosomiase sont particulièrement fréquents dans les projets de développement agricole et de mise en valeur des ressources en eau.

La charge de morbidité associée à la schistosomiase et aux helminthiases d'origine tellurique est énorme. Environ 2 milliards de personnes sont touchées de par le monde, dont 300 millions gravement. L'OMS a estimé, en 1999, que la schistosomiase et les helminthiases d'origine tellurique représentaient plus de 40% du fardeau de morbidité imputable aux maladies tropicales, le paludisme non compris. Les enfants sont le plus touchés de façon indirecte, la maladie se présentant sous forme de malnutrition, d'anémie, de retard de croissance, d'irritabilité et de détérioration de la fonction cognitive, ainsi que de sensibilité accrue à d'autres infections, voire à des complications telles qu'une occlusion intestinale aiguë due aux nématodes. On estime que 400 millions d'enfants d'âge scolaire sont infestés par des helminthiases d'origine tellurique ou par des schistosomes. Les femmes et les adolescentes risquent de supporter une charge particulière d'anémie ferriprive due aux ankylostomes étant donné qu'elles présentent des infestations plus fortes et qu'elles sont plus prédisposées à l'anémie. Des séquelles chroniques irréversibles telles que la fibrose hépatique, l'obstruction des voies urinaires et le cancer de la vessie apparaissent à l'âge adulte pour la schistosomiase du fait de fortes infestations persistantes pendant l'enfance.

La souffrance individuelle et le fardeau mondial de morbidité dus à ces infestations peuvent être réduits considérablement au moyen de l'administration simple et adéquate d'une dose unique de médicaments. Ces médicaments sont par ailleurs peu chers: un traitement en dose unique contre les helminthiases d'origine tellurique coûte moins de US \$0,03 et un traitement au praziquantel contre la schistosomiase coûte actuellement de US \$0,20 à US \$0,30. On peut aussi utiliser le praziquantel contre d'autres helminthiases, notamment la plupart des trématodes d'origine alimentaire et des cestodes.

Conscients des effets importants sur la santé publique de la schistosomiase et des helminthiases d'origine tellurique, un certain nombre de pays ont poursuivi sur plusieurs années des activités de lutte dont les résultats ont été remarquables. Au Brésil, en Chine, en Egypte et aux Philippines, les taux de morbidité et de mortalité imputables à la schistosomiase ont été réduits à des niveaux très bas. D'autres pays comme les petites îles des Caraïbes, le Japon, le Maroc, Maurice, Porto Rico, la République islamique d'Iran, la Tunisie et le Venezuela sont sur le point d'éradiquer la schistosomiase ou ont déjà atteint ce but. Le Japon, Oman, la République de Corée et les Seychelles ont éliminé les conséquences pour la santé publique des helminthiases d'origine tellurique. L'engagement politique, le développement social, la veille épidémiologique et des stratégies durables intégrées exécutées par l'intermédiaire de services de santé permanents sont les facteurs clés du succès.

Despite these encouraging results, control of schistosomiasis and helminths is still weak or even nonexistent in many countries in which the infections are highly endemic. This has led, in many parts of the developing world, to situations in which the poorest sections of the population suffer high morbidity, yet scarcely have access to essential anthelmintic drugs.

Based on the positive experience from countries that have implemented appropriate control measures, accumulated scientific evidence and a broad consensus of key partners, WHO has defined a simple and comprehensive package to reduce the public health impact of schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections. The cornerstone of the strategy for the control of morbidity due to these infections is chemotherapy. Clinical cases should at all times and in all places find adequate diagnosis and treatment, and if necessary referral, in the primary health care system. Diagnostic algorithms and anthelmintic drugs should be part of the routine operations, supply and cost-recovery mechanisms of health care services in all endemic areas. Repeated chemotherapy at regular intervals in high-risk groups can ensure that levels of infection are kept below those associated with morbidity. High-risk groups for schistosomiasis are school-age children and specific occupational groups such as fishermen, irrigation workers or other groups using infested water for their domestic purposes. High-risk groups for soil-transmitted helminth infections are women of childbearing age and children. These groups can be reached through existing health care and educational structures and approaches. Even in areas where school enrolment rates are low, outreach activities can be designed to ensure good coverage. Control interventions targeted at school-age children not only yield an immediate benefit for these children, but also have a long-lasting effect on morbidity at a later age. Depending on the local epidemiology, interventions can be combined with the control of other helminthic infections, such as food-borne trematodes, cysticercosis and lymphatic filariasis. Within control programmes, approaches should be designed to ensure and monitor drug quality and efficacy.

The control of disease due to schistosomiasis and helminth infections thus deserves more and renewed attention and commitment. Simple and sustainable control measures can relieve a generally underestimated (and unnecessary) disease burden in high-transmission areas. The following minimal targets, aimed at reducing morbidity by 80%, can be achieved by all countries in which such disease is endemic, as an integral part of the primary health care system:

- access to adequate diagnosis and essential anthelmintic drugs in all health services in all endemic areas, even at peripheral level, for the treatment of symptomatic cases, and of children, women and other groups at risk of morbidity;
- regular administration of chemotherapy to at least 75% of all school-age children at risk of morbidity by 2010;
- sustained, community-based efforts to improve sanitation, clean water supply and health education.

En dépit de ces résultats encourageants, la lutte contre la schistosomiase et les helminthiases est encore faible voire inexistante dans grand nombre de pays à forte endémie. Cela a donné lieu, dans plusieurs parties du monde en développement, à des situations où les segments les plus pauvres de la population souffrent de morbidité élevée et ont cependant difficilement accès aux anthelminthiques essentiels.

Compte tenu de l'expérience positive des pays qui ont appliqué des mesures de lutte appropriées, de la masse de données scientifiques et de l'unité de vue des principaux partenaires, l'OMS a défini un programme simple et exhaustif pour réduire l'incidence sur la santé publique de la schistosomiase et des helminthiases d'origine tellurique. La chimiothérapie est la clé de voûte de la stratégie visant à réduire la morbidité imputable à ces infestations. Les cas cliniques doivent à tout moment et en tous lieux être diagnostiqués et traités, et s'il en est besoin référés, au sein du système de soins de santé primaires. Des algorithmes diagnostiques et des anthelminthiques doivent faire partie des méthodes, des fournitures et des mécanismes de recouvrement des frais de routine dans les services de santé dans toutes les zones endémiques. Grâce à une chimiothérapie administrée à intervalles réguliers chez les groupes à haut risque, l'infestation peut être maintenue à des niveaux inférieurs à ceux associés à la morbidité. Les groupes à haut risque de schistosomiase sont les enfants d'âge scolaire et certaines catégories professionnelles comme les pêcheurs, les préposés à l'irrigation ou d'autres groupes qui utilisent de l'eau contaminée pour leurs besoins domestiques. Les groupes qui présentent des risques élevés d'helminthiases d'origine tellurique sont les femmes en âge de procréer et les enfants. On pourrait atteindre ces groupes par le biais des structures sanitaires et scolaires en place. Même dans les zones où les effectifs scolaires sont faibles, il est possible de concevoir des activités extra-institutionnelles pour assurer une bonne couverture. Les mesures de lutte qui ciblent les enfants d'âge scolaire ont non seulement un effet bénéfique immédiat pour ces enfants, mais également un effet durable sur la morbidité à un âge plus avancé. Selon l'épidémiologie locale, les interventions peuvent être combinées avec la lutte contre d'autres helminthiases telles les trématodes d'origine alimentaire et les cestodes, la cysticercose et la filariose lymphatique. Dans le cadre des programmes de lutte, il faut faire en sorte que la qualité et l'efficacité des médicaments soient assurées et surveillées.

Cela étant, la lutte contre la maladie due à la schistosomiase et aux helminthiases mérite un regain d'attention et d'engagement. Moyennant des mesures simples et durables, on peut soulager, dans les zones à transmission élevée, un fardeau de morbidité évitable et généralement sous-estimé. Tous les pays où ces maladies sont endémiques peuvent, dans le cadre de leur système de soins de santé primaires, instaurer les mesures minimums ci-après qui visent à réduire la morbidité de 80%:

- accès à un diagnostic adéquat et aux anthelminthiques essentiels dans tous les services de santé dans toutes les zones endémiques, même au niveau périphérique, pour le traitement des cas symptomatiques et des enfants, des femmes et des autres groupes à risque de morbidité;
- administrer une chimiothérapie périodique à au moins 75% des enfants d'âge scolaire à risque de morbidité d'ici 2010;
- des efforts durables basés sur la communauté pour améliorer l'assainissement, la fourniture d'eau propre et l'éducation sanitaire.

As poor hygienic conditions are the underlying cause of most parasitic diseases, and of poverty-related communicable diseases in general, close collaboration with services and initiatives dealing with hygiene, water management and education will help create the synergy needed to reduce both disease and poverty in general. In specific epidemiological conditions, environmental or chemical snail control can be useful tools. Countries that have reached low levels of transmission should receive support and be encouraged to extend control objectives beyond reduction of morbidity, with the aim of permanently eliminating schistosomiasis and helminth infections as a public health problem. ■

Etant donné que les mauvaises conditions d'hygiène sont la cause première de la plupart des maladies parasitaires et des maladies transmissibles liées à la pauvreté en général, une collaboration étroite avec des services et initiatives chargés de l'hygiène, de la gestion de l'eau et de l'éducation contribuera à créer la synergie nécessaire pour réduire à la fois la maladie et la pauvreté. Dans des conditions épidémiologiques particulières, la lutte contre les mollusques par des méthodes environnementales ou chimiques peut être un outil pratique. Les pays qui sont parvenus à réduire fortement leurs taux de transmission doivent être appuyés et encouragés à aller au-delà de la réduction de la morbidité et viser à éliminer de manière permanente le problème de santé publique que présentent la schistosomiase et les helminthiases. ■

Influenza

Austria (18 February 2001).¹ Influenza activity continued to be reported in all parts of the country up to the second week of February. The influenza viruses isolated were mainly influenza A(H1N1). The following week, activity started to decline.

Egypt (23 February 2001). Influenza activity increased in January and continued in February. Influenza A/New Caledonia/20/99(H1N1)-like viruses were isolated from children and young adults. Only 1 influenza B virus was isolated, of B/Yamanashi/166/98-like strain.

Finland (25 February 2001).² A moderately severe epidemic was reported all over the country during the last week of February, affecting particularly children and young adults. Some of the influenza A viruses isolated were sub-type A(H1N1). There were fewer influenza B viruses this season, and no influenza A(H3N2).

Norway (28 February 2001).³ During the last 2 weeks of February, widespread activity of a low to moderate level was primarily reported in the southern, northern and eastern regions, while activity remained low in the western part of Norway. While the incidence of influenza-like illness was still high, virus detections have slightly decreased. Young people were the most affected.

Spain (17 February 2001). Cases of influenza-like illness for the whole country have never exceeded 30 cases per 100 000 inhabitants, with regional variations between 12-60 cases per 100 000. Compared with the 20 previous seasons, these are the lowest figures observed. The predominant virus was influenza A(H1N1). Only 1 influenza A(H3N2) virus was identified (in Madrid).

Yugoslavia, Federal Republic of (2 March 2001). An increasing number of cases of influenza-like illness has been reported since the last week of January. Schoolchildren have been the most affected. Viruses isolated were influenza A(H1N1), all A/New Caledonia/20/99-like strains. ■

Grippe

Autriche (18 février 2001).¹ Jusqu'à la deuxième semaine de février, on a continué de signaler une activité grippale dans toutes les régions du pays. Les virus grippaux isolés étaient principalement de type A(H1N1). L'activité a commencé à décliner au cours de la semaine suivante.

Egypte (23 février 2001). L'activité grippale a augmenté en janvier et s'est poursuivie en février. On a isolé des virus grippaux analogues à A/ New Caledonia/20/99(H1N1) chez des enfants et de jeunes adultes. Un seul virus grippal de type B a été isolé, de souche analogue à B/Yamanashi/166/98.

Finlande (25 février 2001).² On a signalé une épidémie relativement importante partout dans le pays au cours de la dernière semaine de février, particulièrement chez les enfants et les jeunes adultes. Certains des virus grippaux A étaient de sous-type A(H1N1). Il y a eu moins de virus grippaux B au cours de cette saison et aucun virus de type A(H3N2).

Norvège (28 février 2001).³ Au cours des 2 dernières semaines de février, on a tout d'abord signalé une activité générale avec un niveau faible à modéré dans les régions sud, nord et est alors que l'activité demeurerait faible à l'ouest de la Norvège. Bien que l'incidence des syndromes grippaux soit encore élevée, les dépistages de virus ont légèrement diminué. Les jeunes ont été les plus touchés.

Espagne (17 février 2001). Les cas de syndromes grippaux n'ont jamais dépassé les 30 pour 100 000 habitants, avec des variations sur le plan régional allant de 12 à 16 cas pour 100 000. Comparés aux 20 saisons précédentes, ce sont les chiffres les plus faibles jamais observés. Le virus A(H1N1) a été prédominant. Seul 1 virus grippal de type A(H3N2) a été identifié à Madrid.

Yougoslavie, République fédérale de (2 mars 2001). Un nombre croissant de syndromes grippaux a été signalé depuis la dernière semaine de janvier. Les écoliers ont été les plus touchés. Les virus isolés étaient de type A(H1N1), tous de souche analogue à A/New Caledonia/20/99. ■

¹ See No. 7, 2001, p. 55.

² See No. 7, 2001, p. 56.

³ See No. 5, 2001, p. 39.

¹ Voir N° 7, 2001, p. 55.

² Voir N° 7, 2001, p. 56.

³ Voir N° 5, 2001, p. 39.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 2 to 8 March 2001 / Notifications de maladies reçues du 2 au 8 mars 2001

Cholera / Choléra

| | Cases / Deaths Cas / Décès | | Cases / Deaths Cas / Décès | |
|--------------------------------------|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------|
| Africa / Afrique | | | | |
| South Africa / Afrique du Sud | 15-25.II | | Zambia / Zambie | 1.I-18.II |
| | 9 474 | 14 | | 1 078 |
| | | | | 65 |