

Buruli ulcer: first programme review meeting for west Africa – summary report

WHO established the Global Buruli Ulcer Initiative in 1998. Since then, a number of countries in which the disease is endemic have established national programmes for its control. Progress and experiences vary among countries. Programme review meetings are to be held periodically to share country experiences.

On 21–23 October 2008, WHO, the Carter Center and the Government of Benin co-funded and co-hosted in Cotonou (Benin) the first programme review meeting of the 4 countries in west Africa where Buruli ulcer disease is most highly endemic: Benin, Côte d'Ivoire, Ghana and Togo. Nigeria attended as an observer as it is in the process of assessing the burden of the disease and in establishing activities for its control. A number of local and international nongovernmental organizations (NGOs) support activities to control Buruli ulcer in these countries. The meeting was attended by 25 participants. The objectives were: (i) to review the status of epidemiology, surveillance and programmatic interventions to control Buruli ulcer in the selected countries; (ii) to discuss related problems and their potential solutions; and (iii) to recommend future actions in the

Ulcère de Buruli: première réunion d'examen de programme pour l'Afrique de l'Ouest – rapport récapitulatif

L'OMS a mis en place l'Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli en 1998. Depuis lors, un certain nombre de pays, dans lesquels cette maladie est endémique, ont créé des programmes nationaux de lutte. Les progrès et les expériences varient d'un pays à l'autre. Des réunions d'examen de programme seront organisées régulièrement afin de partager ces expériences.

Du 21 au 23 octobre 2008, l'OMS, le Centre Carter et le Gouvernement du Bénin ont financé et organisé conjointement à Cotonou (Bénin) la première réunion d'examen de programme pour les 4 pays d'Afrique de l'Ouest où l'ulcère de Buruli est le plus fortement endémique, à savoir le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo. Le Nigéria y a participé en qualité d'observateur, dans la mesure où il est en train d'évaluer la charge de morbidité de la maladie sur son territoire et de mettre en place des activités de lutte. Un certain nombre d'organisations non gouvernementales (ONG) locales et internationales soutiennent les activités de lutte dans ces pays. Avec ses 25 participants, la réunion avait pour objectifs: i) d'examiner la situation épidémiologique, la surveillance et les interventions des programmes pour lutter contre l'ulcère de Buruli dans les pays concernés; ii) de discuter des problèmes qui en ressortent et des solutions potentielles à y apporter; iii) de recommander des actions à

subregion. The 3-day meeting included 2-days of technical presentations and discussions and a 1-day field visit. In general, review meetings serve to assess progress in and recommend specific actions for each country; to raise awareness of the disease in the host country; to obtain or refine indicators for measuring the effectiveness of control programmes; and to disseminate the findings through publication.

Country presentations

Country representatives shared the status of implementing the WHO strategy for control of Buruli ulcer.¹

Benin

The national Buruli ulcer control programme is integrated with the leprosy control programme; both programmes are supported by the same NGOs. Benin shared its experiences in early case detection and cases management during 1997–2007. This decade can be divided into 2 periods: before and after 2003.

Before 2003, passive case detection was carried out only in Buruli ulcer treatment centres, whereas active case detection took place in some villages of areas identified as highly endemic. During this period, the disease was diagnosed at an advanced stage, and patients with large ulcers were hospitalized for several months and had many surgical interventions.

The introduction of antibiotic treatment in 2004 expanded treatment coverage and enhanced activities for active and passive case detection at peripheral-level health centres, where training sessions were organized for health workers, school teachers and village volunteers. Information, education and communication activities (IEC) were intensified at the community level to encourage early reporting of cases. These efforts have made control of Buruli ulcer sustainable in Benin. Community-based case detection and case management in 35 decentralized health centres have improved rates of early case detection. In 2007, approximately 70% of cases were detected at an early stage of the disease (categories I and II) according to the new WHO classification. Some 35% of cases are treated as outpatients in decentralized health centres and 65% require hospitalization in the major Buruli ulcer treatment centres. *Table 1* summarizes the main indicators for 2007. Between 1 January 2003 and 31 December 2007, surveillance activities in Benin yielded 4988 cases. On average, 80 new cases were reported each month, with no monthly variation in the number of cases recorded. The BU 02 form was used to collect basic information on each case.

Côte d'Ivoire

Côte d'Ivoire is the most highly endemic country in west Africa, with an annual number of new cases >2000. In 2007, 2191 new cases were recorded from 22 health districts, of whom 26.6% had nodules, plaque and

menor à l'avenir dans la sous-région. Il y avait à l'ordre du jour de cette réunion 2 jours d'exposés techniques et de discussions ainsi qu'une visite d'une journée sur le terrain. En général, les réunions d'examen servent à évaluer les progrès et à recommander des mesures spécifiques dans chaque pays; à sensibiliser à la maladie dans le pays hôte; à obtenir ou à perfectionner les indicateurs pour mesurer l'efficacité des programmes de lutte; à diffuser les résultats en les publiant.

Exposés des pays

Les représentants des pays se sont informés mutuellement de la mise en œuvre de la stratégie OMS de lutte contre l'ulcère de Buruli.¹

Bénin

Le programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli est intégré dans le programme de lutte contre la lèpre et les deux activités sont soutenues par les mêmes ONG. Le Bénin a présenté ses expériences relatives à la détection précoce et à la prise en charge des cas de 1997 à 2007. On peut diviser ces 10 années en 2 périodes: avant et après 2003.

Avant 2003, la détection passive des cas se limitait aux centres de traitement de l'ulcère de Buruli, tandis que la détection active avait lieu dans quelques villages des zones où on savait la maladie fortement endémique. Au cours de cette période, elle était diagnostiquée à un stade avancé et les patients, présentant des ulcères étendus, étaient hospitalisés pendant plusieurs mois et subissaient de nombreuses interventions chirurgicales.

L'introduction du traitement antibiotique en 2004 a permis d'étendre la couverture du traitement et a renforcé les activités pour la détection active et passive des cas dans les centres de santé au niveau périphérique. Des sessions de formation y ont d'ailleurs été organisées à l'intention des personnels soignants, des enseignants et des bénévoles locaux. Les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) se sont intensifiées au niveau communautaire pour favoriser la notification précoce des cas. Ces efforts ont permis de pérenniser la lutte contre l'ulcère de Buruli au Bénin. La détection et la prise en charge à base communautaire dans 35 établissements de santé décentralisés a permis d'améliorer les taux de détection précoce des cas. En 2007, environ 70% des cas ont été détectés à un stade précoce de la maladie (catégories I et II), selon la nouvelle classification de l'OMS. Quelque 35% des cas sont traités en ambulatoire dans des établissements décentralisés et 65% doivent être hospitalisés dans les grands centres de traitement de l'ulcère de Buruli. Le *Tableau 1* offre un récapitulatif des principaux indicateurs pour 2007. Entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2007, les activités de surveillance ont recensé 4988 cas au Bénin. En moyenne, 80 nouveaux cas ont été notifiés chaque mois, et l'on n'a pas observé de variation mensuelle dans le nombre des cas enregistrés. Le formulaire BU 02 a été utilisé pour collecter les informations fondamentales sur chacun des cas.

Côte d'Ivoire

En Afrique de l'Ouest, c'est en Côte d'Ivoire que l'endémicité est la plus forte, avec un nombre annuel de cas >2000. En 2007, on a recensé dans 22 districts sanitaires 2191 nouveaux cas, dont 26,6% présentaient des nodules, des plaques ou des

¹ See No. 17, 2008, pp. 145–154.

¹ Voir N° 17, 2008, p. 145–154.

Table 1 **Indicators for reporting the effectiveness of national control programmes in 4 countries of west Africa most highly endemic for Buruli ulcer**

Tableau 1 **Indicateurs pour notifier l'efficacité des programmes nationaux de lutte dans les 4 pays de plus forte endémicité de l'ulcère de Buruli en Afrique de l'Ouest**

Indicator – Indicateur	Benin – Bénin	Côte d'Ivoire	Ghana	Togo
Population (millions) – Population (en millions d'habitants)	8	20.6	20	5.5
No. of cases (2007) – Nombre de cas (2007)	1203	2191	668	141
Cases per 100 000 population – Cas pour 100 000 habitants	15.04	10.64	3.34	2.56
Cases females (%) – Cas de sexe féminin (%)	47	51	46	51
Cases aged ≤15 years (%) – Cas ≤15 ans (%)	43	55	38	57
Category I & II cases (%) – Cas des catégories I et II (%)	70	73	59	7
Laboratory PCR-confirmed cases (%) – Confirmés en laboratoire par PCR (%)	61.5	10.4	28	67
Patients treated with antibiotics (%) – Patients traités par antibiotiques (%)	100	100	100	100
Patients treated without surgery (%) – Patients traités sans chirurgie (%)	47	N/A – ND	N/A – ND	N/A – ND
Patients in whom disease recurred (%) – Patients victimes de rechutes (%)	4	0	0	0
Patients permanently disabled (%) – Patients victimes d'incapacités permanentes (%)	N/A – ND	N/A – ND	N/A – ND	N/A – ND
Annual budget (US\$) – Budget annuel (en US\$)	N/A – ND	N/A – ND	N/A – ND	N/A – ND

N/A, data not available. – ND, pas de données disponibles.

oedema and 73.4% had ulcers. Antibiotic treatment is implemented in 49 decentralized health centres, and severe cases are hospitalized in 11 localities. MAP International, an NGO partner of the national control programme, presented its most recent activity, "Irish One", a 3-year project initiated in 2007 that aims to improve early detection and treatment of cases in 7 health districts. Several health and village health workers are being trained as part of this project, and health systems are being strengthened to allow integrated management of Buruli ulcer cases.

Ghana

Buruli ulcer is endemic in 5 regions of the south (in the Ashanti, Central, Eastern, Greater Accra and Western regions). Ashanti is the most highly endemic region. In 2007, the national programme reported 676 new cases to WHO from 22 endemic districts. Its main challenges are the late reporting of cases and high treatment costs. Implementation of control activities is guided by the WHO strategy. A report on a 3-year (2005–2007) early detection project in Amansie West District, one of the most highly endemic districts in Ghana, was presented. This project was supported by ANESVAD, Spain. Principal activities include intensified education in communities; active and passive case detection; community health education; public gatherings; and screening of the documentary on Buruli ulcer in villages; decentralized management of cases; and training of health workers, village health workers and schoolteachers. Case management has been strengthened at the district hospital and in decentralized health centres. Implementation of the project has generated constructive collaborations with other sectors, such as the district assembly and the Millennium Villages Project, and contributed towards health-system strengthening. A total of 1201

œdèmes et 73,4% des ulcères. L'antibiothérapie est mise en œuvre dans 49 établissements de santé décentralisés et les cas graves sont hospitalisés dans 11 localités. MAP International, ONG partenaire du programme national de lutte, a présenté son activité la plus récente, «Irish One», un projet de 3 ans qui a commencé en 2007 et vise à améliorer la détection et le traitement précoces des cas dans 7 districts sanitaires. Des agents sanitaires et communautaires sont en cours de formation dans le cadre de ce projet et les systèmes de santé sont renforcés pour permettre une prise en charge intégrée des cas d'ulcère de Buruli.

Ghana

L'ulcère de Buruli est endémique dans 5 régions du sud (Ashanti, Centrale, Orientale, Grand Accra et Occidentale). L'endémicité est la plus forte dans la région d'Ashanti. En 2007, le programme national a notifié à l'OMS 676 nouveaux cas dans 22 districts d'endémie. Les principales difficultés rencontrées sont la notification tardive des cas et le coût élevé des traitements. Les activités de lutte sont mises en œuvre en suivant la stratégie de l'OMS. Un rapport sur un projet de 3 ans (2005–2007) concernant la détection précoce dans le district d'Amansie West, l'un des districts de plus forte endémicité, a été présenté. Ce projet est soutenu par l'ANESVAD–Espagne. Les activités principales ont été les suivantes: éducation intensifiée dans les communautés; détection active et passive des cas; réunions publiques; dépistage dans les villages où il y avait des informations concernant des cas d'ulcère de Buruli; prise en charge décentralisée des cas; formation des agents de santé, des agents communautaires et des enseignants. La prise en charge des cas a été renforcée dans l'hôpital de district et dans des établissements décentralisés. La mise en œuvre du projet a suscité des collaborations constructives avec d'autres secteurs, comme l'assemblée de district ou le Projet des Villages du Millénaire et elle a contribué à un renforcement du système de santé. Au total, 1201 personnes ont été formées (Tableau 2), 27 communautés visi-

Table 2 **Selected categories of personnel trained in activities to control Buruli ulcer, Amansie West Project, 2005–2007**
 Tableau 2 **Catégories de professionnels formés aux activités de lutte contre l'ulcère de Buruli au cours du projet d'Amansie West (2005-2007)**

Category of personnel – Catégories professionnelles	Year I (2005) – Année I (2005)	Year II (2006) – Année II (2006)	Year III (2007) – Année III (2007)
Health workers – Agents de santé	40	56	16
Chemical sellers – Vendeurs de médicaments	60	90	0
Village health workers – Bénévoles locaux	80	126	120
Teachers – Enseignants	200	300	0
Traditional healers – Tradipraticiens	50	63	0
Total	430	635	136

people have been trained (*Table 2*), 27 communities visited, 2258 people screened and 399 suspected cases detected. At the end of the third year, the percentage of ulcerative cases had reduced from 80% (132/164) in year 1 to 47% (39/83).

Nigeria

Nigeria participated in the meeting as an observer. Although cases were reported in the 1970s, no further cases were notified to WHO until 2006, when a rapid assessment of 5 states confirmed the presence of the disease.² Every year, a number of patients from Nigeria are treated at Buruli ulcer treatment centres in Benin. As recommended by the assessment team in 2006, Nigeria has integrated activities to control the disease within its tuberculosis and leprosy control programme and in the steering committee of neglected tropical diseases. In 2009, the national programme plans to carry out an in-depth assessment of Buruli ulcer in the 5 states visited in 2006, to assess whether the disease is present in 31 other states and in the Federal City Territory. Other planned activities in 2009 include training of health workers and village health workers, creating greater awareness of the disease and strengthening advocacy, social mobilization and partnerships with other programmes. The programme will also consolidate the Buruli ulcer surveillance system using the network of leprosy and tuberculosis programmes and conduct targeted active case detection.

Togo

Togo participated in the Yamoussoukro conference in 1998 and established its national control programme one year later, in 1999. In 2004, a nationwide survey found about 800 suspected cases of Buruli ulcer. Although the national programme has been operational for almost a decade, limited resources and unstable leadership have hampered progress compared with other endemic countries in the subregion. However, this situation is likely to improve following the collaboration with partner NGOs (DAHW, Germany³ and Handicap international, France). A 5-year strategic plan was developed in 2007 to intensify education, early detection and treatment activities in the Maritime Region.

tées, 2258 personnes ont passé un dépistage et 399 cas suspects ont été détectés. À la fin du projet, le pourcentage des cas au stade de l'ulcère avait baissé de 80% (132/164) la première année à 47% (39/83) la troisième année.

Nigéria

Le Nigéria a participé à la réunion en qualité d'observateur. Bien que des cas aient été notifiés dans les années 1970, aucun nouveau cas n'a été signalé à l'OMS jusqu'en 2006, date à laquelle une évaluation rapide dans 5 états a confirmé la présence de la maladie.² Chaque année, un certain nombre de patients du Nigéria sont soignés dans les centres de traitement de l'ulcère de Buruli au Bénin. Comme l'a recommandé l'équipe d'évaluation en 2006, le Nigéria a intégré les activités de lutte contre cette maladie dans son programme de lutte contre la tuberculose et la lèpre et dans le comité d'orientation sur les maladies tropicales négligées. En 2009, le programme national prévoit de procéder à une évaluation approfondie de l'ulcère de Buruli dans les 5 états visités en 2006 et de voir si la maladie est présente dans les 31 autres états et sur le territoire de la capitale fédérale. Les autres activités prévues pour 2009 sont la formation de soignants et d'agents de santé dans les villages, la sensibilisation à la maladie, le renforcement du plaidoyer, la mobilisation sociale et des partenariats avec d'autres programmes. Le programme va également consolider le système de surveillance de l'ulcère de Buruli en se servant du réseau des programmes de lutte contre la lèpre et la tuberculose et il mènera une détection des cas active et ciblée.

Togo

Le Togo a participé à la conférence de Yamoussoukro en 1998 et il a mis en place son programme national de lutte l'année suivante, en 1999. En 2004, une enquête nationale a découvert environ 800 cas suspects d'ulcère de Buruli. Bien que le programme national soit opérationnel depuis près de 10 ans, les ressources limitées et l'instabilité au niveau de la direction ont entravé les progrès par rapport à d'autres pays d'endémie de la sous-région. La situation devrait cependant s'améliorer avec la collaboration d'ONG partenaires (DAHW – Allemagne³ et Handicap International – France). Un plan stratégique sur 5 ans a été élaboré en 2007 pour intensifier l'éducation, la détection précoce et le traitement dans la région Maritime. Handicap International apportera son appui à la formation des agents de

² Chukwuekezie O et al. Buruli ulcer, Nigeria [letter]. *Emerging Infectious Diseases* [serial on the Internet], 2007, 13(5) (available at <http://www.cdc.gov/EID/content/13/5/782.htm>; accessed January 2009).

³ German Leprosy Relief Association.

² Chukwuekezie O et al. Buruli ulcer, Nigeria [letter]. *Emerging Infectious Diseases* [serial on the Internet], 2007, 13(5) (accessible sur <http://www.cdc.gov/EID/content/13/5/782.htm>; consulté en janvier 2009).

³ Association allemande d'aide aux lépreux.

Handicap International will provide support for training of village health workers, IEC activities, prevention of disability and rehabilitation. DAHW will support antibiotic and surgical treatment, laboratory confirmation of cases using polymerase chain reaction (PCR) and training of health workers. Both NGOs are contributing to strengthening the regional hospital in Tsevie as a national reference centre. The impact of these activities will be presented at future programme review meetings.

Conclusions

The following conclusions arose from the meeting.

- Countries are implementing activities to control Buruli ulcer in line with the recommended WHO strategy, but progress is varied.
- The success of national control programmes is dependent on strong governmental commitments (political and financial).
- Indicators agreed at the meeting for reporting the effectiveness of national programmes in controlling Buruli ulcer should form the bases of presentations at future meetings (*Table 1*).
- Available village-based data should be used to map comprehensively the distribution of Buruli ulcer in west Africa.
- Cross-border sharing of surveillance information should be encouraged (information-sharing between Benin and Nigeria was cited as an example of good practice).
- Activities to control Buruli ulcer should be integrated with other health programmes to enhance efficiencies.
- Programme review meetings should be held regularly to exchange country experiences and accelerate progress to control the disease in endemic countries. A second programme meeting may be convened in late 2009 in Lomé (Togo) to review progress in affected west African countries. WHO may also convene a review meeting of other endemic countries in central Africa.

Recommendations

The meeting recommended as follows.

To WHO and its partner NGOs

santé communautaires, aux activités d'IEC, à la prévention des incapacités et à la réadaptation. La DAHW soutiendra les traitements antibiotiques et chirurgicaux, la confirmation des cas en laboratoire, à l'aide de l'amplification génique (PCR), et la formation des personnels soignants. Les deux ONG participent au développement de l'hôpital régional de Tsevie pour en faire le centre national de référence. Les effets de ces activités seront présentés à de prochaines réunions d'examen de programme.

Conclusions

La réunion a dégagé les conclusions suivantes.

- Les pays mettent en œuvre des activités de lutte contre l'ulcère de Buruli conformes à la stratégie préconisée par l'OMS, mais les progrès sont variables.
- Le succès des programmes nationaux de lutte dépend de la fermeté des engagements gouvernementaux (sur le plan politique comme financier).
- Aux réunions ultérieures, les exposés doivent se baser sur les indicateurs acceptés à la réunion pour informer sur l'efficacité des programmes nationaux dans la lutte contre l'ulcère de Buruli (*Tableau 1*).
- Les données disponibles sur les villages devraient être utilisées pour dresser une cartographie complète de la répartition de l'ulcère de Buruli en Afrique de l'Ouest.
- Il faut encourager la communication transfrontalière des informations de la surveillance (les échanges d'informations entre le Bénin et le Nigéria ont été cités comme un exemple de bonne pratique).
- Pour améliorer l'efficacité, les activités de lutte contre l'ulcère de Buruli doivent s'intégrer avec d'autres programmes de santé.
- Les réunions d'examen de programme devraient être organisées régulièrement pour que les pays partagent leurs expériences et que les progrès de la lutte s'accélèrent dans les pays d'endémie. Une seconde réunion pourrait être convoquée fin 2009 à Lomé (Togo) pour examiner les progrès dans les pays touchés en Afrique de l'Ouest. L'OMS pourrait également convoquer une autre réunion d'examen avec des pays d'endémie en Afrique centrale.

Recommandations

La réunion a fait les recommandations suivantes:

À l'OMS et à ses ONG partenaires:

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_29304

