Dracunculiasis

Progress towards global eradication¹

Formerly more widespread, dracunculiasis was known to be endemic in 16 African countries, India and Pakistan at the start of the eradication campaign in 1980. It had been eradicated in the southern part of the former USSR in the 1930s, and from the Islamic Republic of Iran in the 1970s. Although advocacy for eradication began in 1980, only India had begun a national eradication programme that year. Most other national programmes started after 1986, when the national eradication programme began in Pakistan. In 1991, the Forty-fourth World Health Assembly declared its commitment to the goal of eradicating dracunculiasis by the end of 1995 (Resolution WHA44.5). The endemicity of the disease was confirmed in Yemen in 1994.²

The total number of cases has been reduced by 97% in the past decade, from an estimated 3.5 million cases in 1986 to a projected total of about 100 000 cases in 1995 (*Fig. 1*). A total of 89 709 cases were reported in the first 9 months of 1995 (*Fig. 2*). The cases reported so far in 1995 represent a reduction of 32% from the 131 607 cases reported in the same period of 1994. Moreover, the number of endemic villages (reporting 1 or more cases in the past year) has been reduced from over 23 000 at the end of 1992 to less than 8 000 at the end of 1995.

Pakistan has reported no cases since October 1993, and Kenya has had no indigenous cases since April 1994. Cameroon (2 indigenous cases in 1995), India (59 cases), and Senegal (34 cases) have probably halted local transmission of dracunculiasis in 1995. With fewer than

(continued on page 2)

¹ See No. 18, 1995, pp. 125-132.

² See No. 11, 1995, pp. 77-78.

Dracunculose

Progrès réalisés vers l'éradication mondiale¹

Au début de la campagne d'éradication de la dracunculose, en 1980, on savait que la maladie, jusque-là très répandue, était encore endémique dans 16 pays d'Afrique, en Inde et au Pakistan. Elle avait été éradiquée de la partie méridionale de l'ex-URSS dans les années 30 et de la République islamique d'Iran dans les années 70. Bien que les actions de plaidoyer en faveur de l'éradication aient commencé en 1980, seule l'Inde avait entrepris un programme national d'éradication cette année-là. La plupart des autres programmes nationaux ont démarré après 1986, année du début du programme national d'éradication au Pakistan. En 1991, la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré son engagement en faveur de l'éradication de la dracunculose à la fin de 1995 (résolution WHA44.5). L'endémicité de la maladie a été confirmée au Yémen en 1994.²

Le nombre total de cas, qui a diminué de 97% pendant la dernière décennie, a été ramené de 3,5 millions de cas estimés en 1986 à quelque 100 000 cas pour 1995 (*Fig. 1*). Au total, 89 709 cas ont été déclarés pour les 9 premiers mois de 1995 (*Fig. 2*). Les cas signalés jusqu'ici pour 1995 correspondent à une réduction de 32% par rapport aux 131 607 cas notifiés au cours de la même période de 1994. De plus, le nombre des villages d'endémie (1 ou plusieurs cas déclarés au cours de l'année écoulée) est tombé de plus de 23 000 à la fin de 1992 à moins de 8 000 à la fin de 1995.

Le Pakistan n'a notifié aucun cas depuis octobre 1993, et le Kenya n'a observé aucun cas autochtone depuis avril 1994. Le Cameroun (2 cas autochtones en 1995), l'Inde (59 cas) et le Sénégal (34 cas) ont probablement arrêté la transmission locale de la dracunculose en 1995. L'Éthiopie, la Mauritanie, le Tchad et le

(suite page 2)

¹ Voir N° 18, 1995, pp. 125-132.

² Voir N° 11, 1995, pp. 77-78.

800 cases each expected in 1995, Chad, Ethiopia, Mauritania, and Yemen appear to be the next closest to achieving eradication (*Fig. 2*). Ghana and Nigeria, formerly the 2 most highly endemic countries, are also rapidly approaching the goal of eradication.

Yémen, où le nombre de cas prévus en 1995 devrait être, pour chacun, inférieur à 800, sont apparemment les prochains pays sur la liste de ceux qui ont éradiqué la maladie (*Fig. 2*). Le Ghana et le Nigéria, qui étaient auparavant les pays où l'endémicité était la plus forte, progressent eux aussi rapidement vers l'éradication.

Fig. 1 **Number of cases of dracunculiasis reported, by year, 1986,^a 1989-1994,^b and 1995^c**

Fig. 1 **Nombre de cas de dracunculose déclarés, par année, 1986,^a 1989-1994,^b et 1995^c**

Of the 89 709 cases reported between January and September 1995, 68% were reported from only 3 countries: Niger, Nigeria, and Sudan. In Sudan, which reported less than 3 000 cases in 1993, but which counted over 53 000 cases after its programme began active surveillance in 1994, an unprecedented 4-month-long "Guinea Worm Cease-Fire" allowed control measures to be accelerated during March-July 1995.

For the first time, all endemic countries have begun implementing the "case-containment" strategy, in which village-based health workers (VBHWs) seek to detect each patient infected and begin control measures within 24 hours of emergence of the worm. In at least 80% of known endemic villages, workers had been trained and provided with supplies for the implementation of that strategy as of July 1995 (compared with 52% in December 1994). Reportedly, about 33% of the 89 709 cases reported in the first 9 months of 1995 were fully contained, although the criteria used to measure such containment varied among the endemic countries. Over 90% of endemic villages have 1 or more trained VBHWs, and nearly all have received donated nylon cloth filters and health education about dracunculiasis. Except in Sudan, most endemic villages are also reporting cases of dracunculiasis monthly. About 15% of endemic villages are using Abate for vector control, since that intervention is not

Sur les 89 709 cas déclarés entre janvier et septembre 1995, 68% l'ont été par 3 pays seulement: le Niger, le Nigéria et le Soudan. Au Soudan, qui avait notifié moins de 3 000 cas en 1993, mais qui a dénombré plus de 53 000 cas une fois que son programme a commencé une surveillance active en 1994, une campagne sans précédent de 4 mois, le «Cessez-le-feu du ver de Guinée», a permis d'accélérer les mesures de lutte entre mars et juillet 1995.

Pour la première fois, tous les pays d'endémie ont commencé à appliquer la stratégie d'isolement des cas, c'est-à-dire que les agents de santé de village s'efforcent de détecter chaque patient infecté et d'entamer des mesures de lutte dans les 24 heures suivant l'émergence du ver. Dans au moins 80% des villages d'endémie connus, des agents avaient été formés et avaient reçu les moyens nécessaires pour appliquer cette stratégie en juillet 1995 (contre 52% en décembre 1994). Il a été indiqué qu'environ 33% des 89 709 cas déclarés pendant les 9 premiers mois de 1995 ont été totalement isolés, encore que les critères utilisés pour mesurer cet isolement aient varié d'un pays d'endémie à l'autre. Plus de 90% des villages d'endémie comptent 1 ou plusieurs agents de santé formés, et presque tous se sont vu donner des filtres en nylon et ont reçu une éducation sanitaire sur la dracunculose. Sauf au Soudan, la plupart des villages d'endémie ont également signalé mensuellement les cas de dracunculose. Quelque 15% des villages d'endémie emploient l'Abate dans le cadre de la lutte antivectorielle, car ce type d'intervention n'est pas adapté à tous les villages touchés.

suitable in all affected villages. Forty-four per cent of the currently endemic villages already have or are scheduled to receive soon at least 1 safe source of drinking-water. Cameroon, India, Pakistan, and Yemen are offering cash rewards of varying amounts for reporting a case of dracunculiasis. A few other African countries are expected to begin doing so in 1996. Increasingly, imported cases are being cross-notified to the country of origin through WHO.

Quarante-quatre pour cent des villages actuels d'endémie disposent déjà ou devraient disposer sous peu d'une source d'eau potable au moins. Le Cameroun, l'Inde, le Pakistan et le Yémen offrent une récompense en espèces plus ou moins importante pour chaque cas de dracunculose signalé. Quelques autres pays africains devraient le faire également en 1996. De plus en plus, les cas importés sont signalés au pays d'origine par l'intermédiaire de l'OMS.

Fig. 2 **Distribution of 89 709 cases of dracunculiasis reported during January-September 1995**

Fig. 2 **Répartition des 89 709 cas de dracunculose déclarés de janvier à décembre 1995**

Editorial Note: Considering the gradual commitment of political and financial support and implementation of programmes during the 1980s, it is remarkable that this global campaign is as close as it is to having achieved its goal. Intensification of surveillance and case containment during 1995 strongly suggests that far fewer cases of dracunculiasis are likely to occur in 1996. Most national eradication programmes now have the capacity to rapidly detect and contain residual cases. Both the global Smallpox Eradication Programme and the regional Poliomyelitis Eradication Programme in the Americas did not achieve their target dates for eradication exactly (1976 and 1990 respectively), but succeeded in doing so within 10 and 8 months thereafter, respectively. Without a drug to cure the infection and with an incubation period of 12 months, dracunculiasis is likely to require a slightly longer "grace period", notwithstanding the considerable momentum that is evident in this report. Exactly how long will depend on whether the countries concerned are willing to intensify their commitment, and whether appropriate technical, financial, and diplomatic resources are deployed soon with the help of their international partners. It will also require significant political will in certain key countries.

Note de la Rédaction: Si l'on considère que le soutien politique et financier a été graduel, de même que la mise en œuvre des programmes dans les années 80, il est remarquable que cette campagne mondiale soit aussi proche de son aboutissement. L'intensification de la surveillance et l'isolement des cas en 1995 permettent largement de penser que le nombre des cas de dracunculose sera probablement beaucoup plus faible en 1996. La plupart des programmes nationaux d'éradication ont maintenant les moyens de détecter rapidement les cas résiduels et de les isoler. Le programme mondial d'éradication de la variole et le programme régional d'éradication de la poliomyélite dans les Amériques n'ont atteint leurs objectifs fixés pour 1976 et 1990 qu'avec 8 et 10 mois de retard, respectivement. Comme il n'existe pas de médicaments pour traiter l'infection et que la période d'incubation s'étend sur 12 mois, il est probable que le «délai de grâce» pour la dracunculose sera un peu plus long, malgré le rythme des progrès accomplis, comme le montre bien le présent rapport. L'importance de ce délai dépendra de la volonté manifestée par les pays concernés de redoubler d'efforts, ainsi que des ressources techniques, financières et diplomatiques qu'ils sont prêts à investir avec l'aide de leurs partenaires internationaux. Il faudra également que certains pays clés fassent preuve d'une importante volonté politique.

There is no doubt that this disease can be completely eradicated very soon. The fact that it has already helped to lay the foundation for improved surveillance and other primary health care components which will benefit poliomyelitis eradication and other disease control activities in parts of Africa is an additional cause for satisfaction.

(Updated from: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44, No. 47, 1995; *US Centers for Disease Control and Prevention*.)

Il ne fait plus aucun doute que cette maladie sera sous peu totalement éradiquée. Le fait qu'elle ait fourni l'occasion de jeter les bases d'une meilleure surveillance et d'autres composantes de soins de santé primaires qui seront utiles pour l'éradication de la poliomyélite et la lutte contre d'autres maladies dans diverses parties de l'Afrique est un motif de satisfaction supplémentaire.

(Mise à jour de: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44, N° 47, 1995; *US Centers for Disease Control and Prevention*.)