



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Epidemiological Surveillance of Communicable Diseases
Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Service de la Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles
Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

Automatic Telex Reply Service
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse
Télex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

7 AUGUST 1981

56th YEAR - 56^e ANNÉE

7 AOÛT 1981

ENDEMIC TREPONEMATOSES

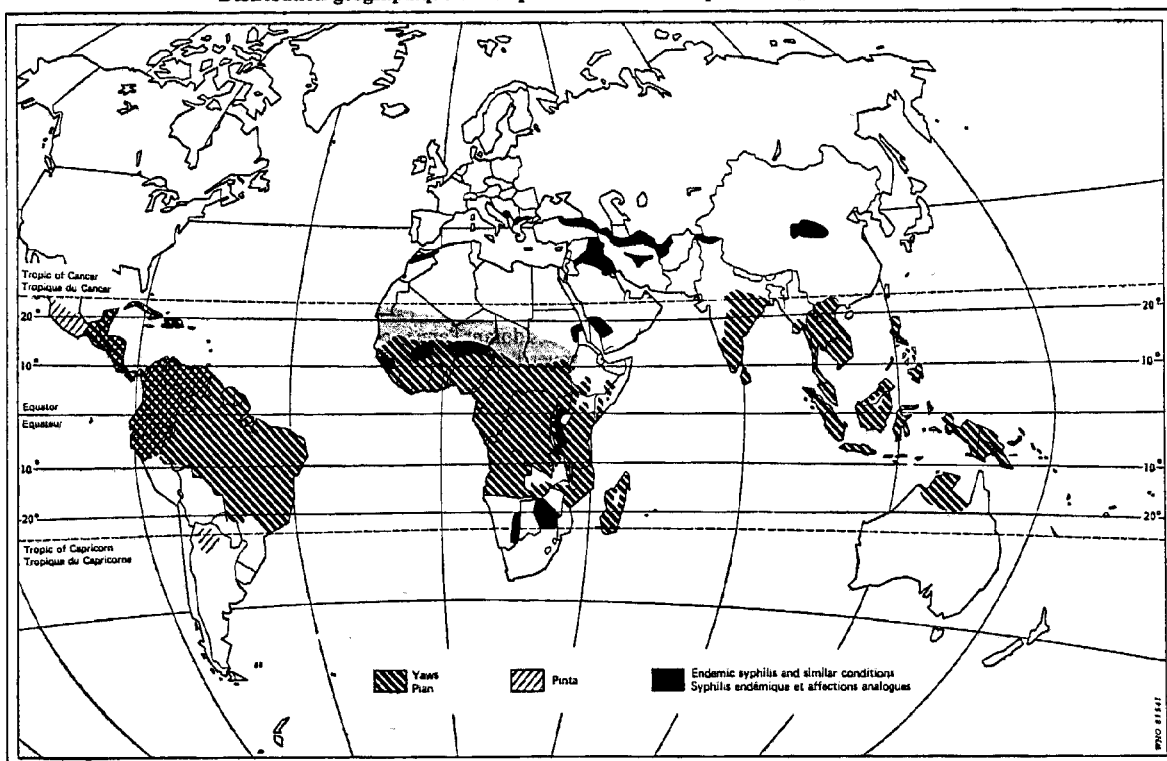
Mass penicillin treatment campaigns from 1952 to 1969 were very successful in decreasing the prevalence of the endemic treponematoses (i.e., yaws, endemic syphilis (bejel), pinta) throughout the world. Yaws and endemic syphilis were eradicated from many areas and pinta approached the point of extinction (Fig. 1 and 2). Small foci of active disease were still present in 1970 when these control programmes entered the surveillance phase.

TRÉPONÉMATOSES ENDÉMIQUES

Les campagnes de traitement de masse par la pénicilline menées de 1952 à 1969 ont eu de très bons résultats en faisant baisser la prévalence des tréponématoses endémiques (pian, syphilis endémique ou bétel, pinta) dans le monde entier. L'éradication du pian et de la syphilis endémique a été réalisée dans de nombreuses régions et la pinta a approché son point d'extinction (Fig. 1 et 2). Il existait encore de petits foyers de maladie évolutive en 1970, au moment où les programmes de lutte sont entrés dans leur phase de surveillance.

Fig. 1

Geographical Distribution of the Endemic Treponematoses in the early 1950's
Distribution géographique des tréponématoses endémiques au début des années 1950



In many countries the mobile teams which conducted the yaws treatment campaigns were dismantled or given other assignments and, although an effort was made to incorporate yaws control into the primary health care system, little active case finding and prophylactic treatment of contacts was done. This has led to the persistence or resurgence of endemic foci from where the infection is again spreading thus threatening the gains made by previous mass treatment campaigns. This applies particularly to areas of West and Central Africa and to a lesser extent to Asia and the Americas (Table 1).

Dans de nombreux pays, les équipes mobiles qui ont réalisé les campagnes de traitement contre le pian ont été dissoutes ou affectées à d'autres tâches et, bien qu'un effort d'intégration de la lutte contre le pian dans le système de soins de santé primaires ait été fait, il n'a été effectué que peu de dépistages actifs et de traitements prophylactiques des contacts. Cette situation a conduit à la persistance ou à la résurgence de foyers endémiques d'où la maladie recommence à se répandre, mettant en péril les bénéfices retirés des campagnes de traitement de masse antérieures. Ceci s'applique particulièrement

Epidemiological notes contained in this number:

Comparative Oncology, Dengue Surveillance, Endemic Treponematoses, Enterovirus Surveillance, Expanded Programme on Immunization, Rubella Surveillance, Surveillance of β -Lactamase Producing *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG).

List of Newly Infected Areas, p. 248.

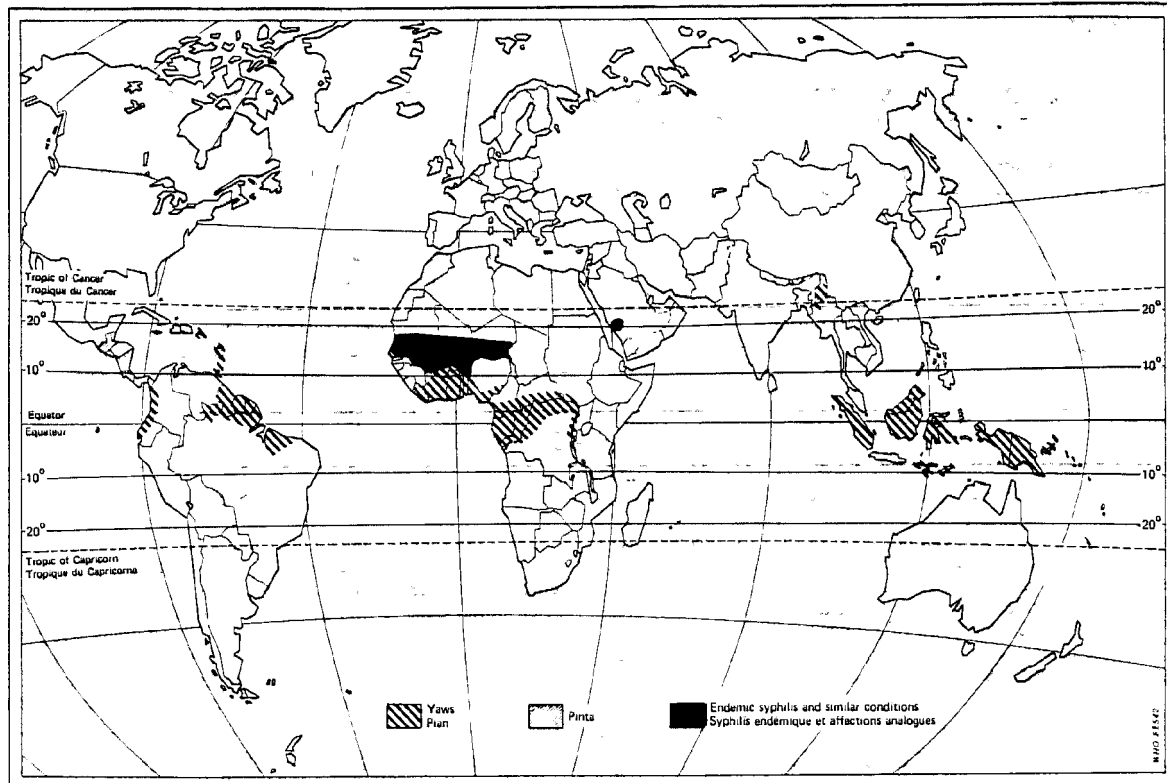
Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Oncologie comparée, programme élargi de vaccination, surveillance de la dengue, surveillance de la rubéole, surveillance des entérovirus, tréponématoses endémiques, surveillance de *Neisseria gonorrhoeae* productrice de β -lactamase (PPNG).

Liste des zones nouvellement infectées, p. 248.

Fig. 2

Geographical Distribution of the Endemic Treponematoses in the early 1980's
Distribution géographique des tréponématoses endémiques au début des années 1980



The incidence of endemic syphilis in the Sahel region of Africa approaches that of yaws in West Africa (Table 2). Recent WHO surveys in countries of the Sahel found approximately 2.8 million of the region's 30 million inhabitants at risk of endemic syphilis. Reports suggest that pinta has virtually disappeared from countries of Latin America (Table 3).

Most of the data compiled in Tables 1-3 were reported by national health administrations and often do not distinguish active from latent infections and sometimes may include the number of treatments applied in endemic treponematoses control at that year. Thus, these data may only indicate the existence of foci of endemic treponematoses in given countries and the intensity of case finding and reporting.

Clinical cases constitute only a fraction of all the persons infected with treponemes who themselves develop clinical lesions and form new sources for disease transmission. Consequently, only clinical-serological surveys will provide a valid measurement of the endemicity level of endemic treponematoses and against which progress in control can be measured. Table 4 provides some examples of such surveys carried out in mesoendemic foci of endemic syphilis.

Typically, foci of endemic treponematoses have a patchy distribution and are located in medically underserved population groups away from the network of health centres. Control activities, to be effective, have to be carried to the community.

Such community control of yaws and other endemic treponematoses by mass treatment is based on the following observations:

- Treatment with single injections of long-acting penicillin will cure infection.
- Simultaneous treatment of both active and latent cases will interrupt disease transmission in the community.
- Clinical lesions may relapse 2-3 times or more during the first five years of infection and serve as a source for new infections. Although latent cases can only be diagnosed by serological testing, this is seldom practical or necessary in treatment campaigns. Most latent (incubating) cases are found in clusters centered around an infectious case.

aux régions de l'Afrique occidentale et centrale et, dans une moindre mesure, à l'Asie et aux Amériques (Tableau 1). L'incidence de la syphilis endémique dans la région du Sahel en Afrique approche de celle du pian en Afrique occidentale (Tableau 2). Des enquêtes récemment réalisées par l'OMS dans les pays du Sahel ont révélé que, sur les 30 millions d'habitants de la région, environ 2,8 millions sont exposés au risque de syphilis endémique. Les notifications permettent de penser que la pinta a pratiquement disparu des pays d'Amérique latine (Tableau 3).

La plupart des données regroupées dans les Tableaux 1-3 ont été notifiées par les administrations nationales de santé et, dans bien des cas, ne font pas la distinction entre les infections latentes et évolutives; de plus, elles peuvent parfois inclure le nombre de traitements appliqués dans le cadre de la lutte contre les tréponématoses endémiques durant l'année considérée. Elles peuvent donc se borner à indiquer l'existence de foyers de tréponématoses endémiques dans des pays déterminés et à refléter l'intensité du dépistage et de la notification des cas.

Les cas cliniques ne représentent qu'une fraction de l'ensemble des sujets infectés par les tréponèmes; ces sujets développent des lésions cliniques et constituent de nouvelles sources de transmission de la maladie. Par conséquent, seules les enquêtes cliniques-sérologiques donneront une mesure valable du niveau d'endémicité des tréponématoses endémiques, par rapport à laquelle on pourra mesurer les progrès de la lutte. Le Tableau 4 donne quelques exemples de telles enquêtes réalisées dans des foyers mésoendémiques de syphilis endémique.

Les foyers de tréponématoses endémiques ont typiquement une distribution irrégulière et se trouvent chez des groupes de population dépourvus de couverture médicale, à l'écart du réseau de centres médico-sanitaires. Pour être efficaces, les activités de lutte doivent être réalisées dans la collectivité elle-même.

Cette lutte au niveau de la collectivité contre le pian et les autres tréponématoses endémiques par traitement de masse s'appuie sur les observations suivantes:

- Le traitement par une injection unique de pénicilline à effet prolongé guérira l'infection.
- Le traitement simultané des cas latents et évolutifs interrompra la transmission de la maladie dans la collectivité.
- Les lésions cliniques peuvent rechuter 2-3 fois ou plus pendant les cinq premières années de l'infection, et peuvent constituer une source de nouvelles infections. Bien que les cas latents ne puissent être diagnostiqués que par épreuve sérologique, il est rarement pratique, ou nécessaire, d'appliquer de telles épreuves au cours des campagnes de traitement. La plupart des cas latents (en incubation) se trouvent dans des grappes centrées autour d'un cas infectueux.

Table 1. - Reported Cases of Yaws

Tableau 1. - Cas notifiés de pian

Country - Pays	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Africa									
Angola	..	..	..	75	..	17	..	..	..
Benin - Bénin	..	6 830	4 969	4 006	7 666 ^{MFU/UMT}	10 378	22 980 ^{MFU/UMT}	11 683	10 455
Cent. Afr. Rep. (inf.)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rép. centrafricaine (inf.)	..	131	340	194	274	125	318	237	348
Chad - Tchad	..	127	186	81	165	216	199	68	..
Congo (inf.)	..	301	1 179 ⁽⁹⁾	390	1 759	1 074	815	579	171 ⁽⁴⁾
Gabon (inf.)	..	935	1 015	1 053	981 ⁽¹¹⁾	566	126	277	82
Ghana (inf.)	12 747	22 199	43 766	51 432	59 926	71 765	53 875	44 836	47 944
Guinea - Guinée	..	823 ⁽¹⁰⁾	1 104	660	305	267	337	359	109
Guinea-Bissau	..	..	..	..	..	5	30	16	11
Ivory Coast (inf.)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Côte d'Ivoire	..	17 376	17 098	14 176	14 887	15 506	13 018	10 671	13 200 ^(est.)
Mali (inf.)	..	439	318	282	379	377	320	266	164
Niger	..	..	5	2 ⁽¹¹⁾	13 ⁽⁸⁾	2	..	..	..
Nigeria - Nigéria	..	902	1 030	981	521	279	1 197	277	326
Rwanda	..	..	..	1 172	649	659	..	..	..
Senegal - Sénégal	..	..	..	..	106	91	45	200	193
Sierra Leone	..	52*	29*	32*	..	..	..	..	..
Togo (inf.)	..	4 251	3 991	2 463	2 868	4 864	5 497	4 062	2 670
Uganda - Ouganda	..	..	..	6 934	..	10	219	..	..
Upper Volta	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Haute-Volta	..	405	284	156	1 131	1 230	934	1 428	706
Americas - Amériques									
Guatemala	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	-	-	1	..	..
Colombia - Colombie	18	67	71	22	55	131	144	127	64
Ecuador - Equateur	437	756	-	857	868	185	100	53	2
Peru - Pérou	23	3	8	1	3	1	2	2	2
Guyana - Guyane	-	-	-	-	-	-	11	19	..
Suriname	..	..	..	..	..	29	..	..	..
Brazil - Brésil	581	1 124	18	118	131	17	..	..	..
Jamaica - Jamaïque	1	62	-	-	-	-	-	-	-
Haiti - Haïti	123	14	12	26	13	20	11	11	31
Dominican Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rép. dominicaine	9	1	-	-	-	-	-	-	-
Antigua	-	9	-	-	1	2	1	..	..
Dominica - Dominique	351	206	72	32	7	3	28	7	28
Martinique	..	..	..	..	40	..	..	..	..
St Lucia - Ste Lucie	26	10	5	-	2	1	2	-	1
St Vincent	40	96	79	-	-	-	-	1	1
Grenada - Grenade	15	8	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad and Tobago	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Trinité-et-Tobago (latent)	256	421	604	1 048	825	606	513	346	123
Asia and Pacific									
Asie et Pacifique									
Tuvalu	..	..	..	..	26	..	..	..	..
Papua New Guinea	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Papouasie-Nouvelle-Guinée	135	416	954	504	..	..	930	1 800	77
Indonesia - Indonésie	37 644	14 599	9 113	5 237	3 506	2 781	..	..	..
Malaysia - Malaisie	..	..	..	..	92	..	..	..	..
Sri Lanka	..	..	3	19	-	-	9	6	6
Thailand - Thaïlande	..	16	10	7	10	3	2	-	-

- Nil report / Aucun cas notifié .. No information available to WHO / Aucune donnée soumise à l'OMS () Number of months reported in the year / Nombre de mois notifiés
 * Unofficial report by Endemic Diseases Control Unit, 1975 / Rapport non officiel par le Service de lutte contre les maladies endémiques, 1975 (inf.) Infectious cases only / Cas infectieux seulement MFU Reports by Mobile Field Units / UMT Notification par les unités mobiles de terrain.

Table 2. Reported Cases of Endemic Syphilis: Africa
Tableau 2. Cas notifiés de syphilis endémique: Afrique

Country - Pays	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Mauritania - Mauritanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Senegal - Sénégal	..	..	..	..	86	..	..	..	..
Mali	..	..	..	..	..	31 476	21 423	19 352	15 567
Niger	..	..	..	..	..	454	1 578 ^(9m.)	..	..
Upper Volta - Haute-Volta	10 528	4 658	4 061	6 148	4 705	3 890	1 849	949	2 486

¹ Number of months reported in the year - Nombre de mois notifiés pendant l'année.

Table 3. Reported Cases of Pinta: The Americas
Tableau 3. Cas notifiés de pinta: Amériques

Country - Pays	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Mexico - Mexique	503	377	357	248	122	99	81	32	..
Colombia - Colombie	257	199	191	149	..	..	..	..	..

Table 4. Endemic Syphilis, Sahelian Regions of Africa - Clinical-Serological Assessment
Tableau 4 Syphilis endémique, Région du Sahel, Afrique - Evaluation clinique-sérologique

Mali	<i>Active Clinical Cases</i> <i>Cas cliniques évolutifs</i>	<i>Serology +</i> <i>Sérologie +</i>
Mopti	6.4%	21.0%
Say	1.4%	12.0%
Djeuné }		
Diré	1.29%	14.7%
Gao	8.5%	24.6%
Biangagara	11.0%	35.0%
Nioro	3.7%	44.6%
Yélimané	14.0%	40%
Mauritania - Mauritanie	<i>Active Clinical Cases</i> <i>Cas clinique évolutifs</i>	<i>Serology +</i> <i>Sérologie +</i>
	2.7%	9.8%
Niger	<i>Active Clinical Cases</i> <i>Cas cliniques évolutifs</i>	<i>Serology +</i> <i>Sérologie +</i>
Stationary population - Population sédentaire	2-6%	8-19%
Nomadic population - Population nomade	8-15%	18-26%
Senegal - Sénégal	<i>Active Clinical Cases</i> <i>Cas cliniques évolutifs</i>	<i>Serology +</i> <i>Sérologie +</i>
	<14 years/ans >14 years/ans	<14 years >14 years
Department of Dagana - Département de Dagana	0 0	3.7-14.8% 20-74.5%
Department of Podor - Département de Podor	2.1% 0-1.1%	21.1% 78%
Department of Matam - Département de Matam	4.5% 0.4%	15.6% 70.3%
Upper Volta - Haute-Volta	<i>Active Clinical Cases</i> <i>Cas cliniques évolutifs</i>	<i>Serology +</i> <i>Sérologie +</i>
Nomadic and seminomadic populations	0-14 years/ans 10.0%	48.4%
Populations nomades et semi-nomades	15+ years/ans 2.4%	62.1%
Chad - Tchad		
It can be estimated that these diseases show 8-26% positive serologies and 2-15% clinical cases - On peut estimer que ces maladies présentent 8-26% de cas de sérologie positive et 2-15% de cas cliniques.		

Owing to the large number of latent cases with relapse potential surrounding the often few cases with clinical lesions, the simultaneous treatment of all clinical cases and their likely contacts in the community would be a critical factor in the interruption of disease transmission.

The WHO Scientific Group on Treponemal Infections recently recommended the following treatment regimes:

- benzathine penicillin G, 1.2 million units for all cases and contacts and half that dose for children under ten years of age.

The following treatment policies were drawn up by WHO:

1. In areas of high prevalence (above 10%) of active endemic treponematoses, all cases and the remainder of the population (*total mass treatment or TMT*) should be treated.
2. In areas of medium prevalence (5-10%) of active endemic treponematoses; all cases and all children under 15 years of age and the other obvious contacts of infectious cases (*juvenile mass treatment or JMT*) should be treated.
3. In areas of low prevalence (under 5%) of active endemic treponematoses; all cases, their household and other obvious contacts of infectious cases should be treated (*selective mass treatment or SMT*).

To interrupt transmission the mass treatment approach should be followed by periodical screening surveys of the child (6 months to 19 years) population. These surveys should be continued until the level of endemicity is reduced to a level at which a well prepared rural health service is able to absorb surveillance activities.

Realizing that the mass treatment approach including subsequent surveys at the community level, whether it be carried out by itinerant teams or village health workers, would require additional financial resources, wherever practicable, treponematoses control activities should be integrated into other public health programmes directed at the same target population. Thus, Ghana initiated a new yaws control programme in January 1981 and combined these activities with a nationwide yellow fever vaccination campaign. This initiative conducted by the Ghanaian Ministry of Health is also being supported in part by WHO, UNICEF, USAID and the European Economic Community.

Le nombre des cas latents susceptibles de rechuter dépassant de très loin celui des quelques cas présentant des lésions cliniques, le traitement simultané de tous les cas cliniques et de leurs contacts probables dans la communauté serait d'importance critique pour l'interruption de la transmission.

Le Groupe scientifique OMS sur les infections à tréponèmes a récemment recommandé le protocole de traitement suivant:

- benzathine pénicilline G: 1,2 million d'unités pour tous les cas et contacts, et la moitié de cette dose pour les enfants de moins de dix ans.

Les principes de traitement ci-dessous ont été établis par l'OMS:

1. Dans les zones de forte prévalence (plus de 10%) de tréponématose endémique évolutive, tous les cas et toute la population restante devront être traités (*traitement de masse total ou TMT*).
2. Dans les régions de prévalence moyenne (5-10%) de tréponématose endémique évolutive, tous les cas et tous les enfants de moins de 15 ans ainsi que les autres contacts notoires des cas infectieux devront être traités (*traitement de masse juvénile ou TMJ*).
3. Dans les régions de faible prévalence (moins de 5%) de tréponématose endémique évolutive, tous les cas, toutes les personnes vivant sous le même toit et les autres contacts notoires des cas infectieux devront être traités (*traitement de masse sélectif ou TMS*).

Pour interrompre la transmission, l'approche par traitement de masse devra être suivie d'enquêtes périodiques de dépistage chez la population infanto-juvénile (6 mois à 19 ans). Ces enquêtes devront être poursuivies jusqu'à ce que l'endémicité soit descendue à un niveau tel qu'un service de santé rurale bien préparé soit apte à absorber les activités de surveillance.

L'approche par traitement de masse avec enquêtes ultérieures au niveau de la collectivité, qu'elle soit réalisée par des équipes itinérantes ou par des travailleurs sanitaires du village, exigeant un supplément de ressources financières, les activités de lutte contre les tréponématoses devront être chaque fois que cela sera possible intégrées dans d'autres programmes de santé publique visant la même population cible. Ainsi, le Ghana a démarré un nouveau programme de lutte contre le pian en janvier 1981, en combinant les activités avec une campagne nationale de vaccination contre la fièvre jaune. Cette initiative, conduite par le Ministère ghanéen de la Santé, est également financée en partie par l'OMS, le FISE, l'USAID et la Communauté économique européenne.

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION

Coverage Evaluation

GABON. - In order to estimate the progress of the national immunization programme, a survey on immunization coverage was carried out in 1980. The survey included Libreville, a suburban area of Libreville and a rural area. The survey teams visited the households and inspected immunization cards. For BCG and DPT-polio vaccines children aged three months to four years were surveyed while for measles vaccine the age of surveyed children was limited to 9-30 months.

In Libreville town ten areas were selected by random representing a total population of 32 000. Survey teams visited 15-20 households in each quarter. Altogether 175 families were visited and 592 children surveyed.

In the suburban area of Libreville 15 households and 44 eligible children, and in the rural area 25 households and 94 eligible children were surveyed.

The survey revealed that the knowledge about the immunization programme was satisfactory and that the majority of families knew about its existence. (Table 1). Only eight families, totaling 21 children, did not know about the programme and no child from these families was immunized.

Table 1. Knowledge of Immunization Programmes in Three Areas of Gabon, 1980

Tableau 1 Connaissance des programmes de vaccination dans trois zones du Gabon, 1980

Area - Zone	Estimated Total Population Population totale estimative	Number of Households Visited Nombre de ménages visités	Number of Households Knowing about the Programme Nombre de ménages au courant du programme
Libreville Urban - Libreville zone urbaine . . .	32 000	175	167
Libreville Suburban - Libreville zone suburbaine	1 500	15	15
Rural - Zone rurale	1 000	25	25
Total	34 500	215	207 (96%)

However, what is more important, children from the remaining 207 families, who knew about the programme, were not all fully immunized. The percentage of immunization coverage was higher and drop-out rates for DPT-polio immunization were lower in suburban and rural areas than in Libreville itself (Table 2).

A lack of motivation or certain obstacles may be responsible for inadequate coverage. To determine the reasons for this lack of participation a further survey is required.

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION

Evaluation de la couverture vaccinale

GABON. - Afin d'évaluer les progrès du programme national de vaccination, on a procédé en 1980 à une enquête sur la couverture vaccinale à Libreville, dans un quartier suburbain de Libreville et dans une zone rurale. Les équipes d'enquête ont visité les ménages et inspecté les fiches de vaccination. Pour les vaccinations BCG et DCT-polio, l'enquête a porté sur les enfants de trois mois à quatre ans et pour la vaccination anti-rougeoleuse, sur les enfants de neuf à 30 mois.

Dans la municipalité de Libreville, dix zones, représentant un total de 32 000 habitants, ont été choisies au hasard. Les équipes d'enquête ont visité de 15 à 20 ménages dans chaque zone. Au total, 175 familles ont été visitées et 592 enfants enquêtés.

Dans le quartier suburbain de Libreville, 15 ménages et 44 enfants remplissant les conditions requises ont été enquêtés, et dans la zone rurale l'enquête a porté sur 25 ménages et 94 enfants.

L'enquête a montré que la majorité des familles connaissaient l'existence du programme de vaccination et en avaient une connaissance satisfaisante (Tableau 1). Huit familles seulement, comptant au total 21 enfants, n'étaient pas au courant de l'existence du programme; aucun de ces 21 enfants n'était vacciné.

Cependant, - constatation plus importante - les enfants de 207 familles connaissant le programme n'étaient pas tous complètement vaccinés. Les taux de couverture vaccinale étaient plus élevés, et les taux d'abandon pour la vaccination DCT-polio plus faibles dans les zones suburbaine et rurale que dans la municipalité de Libreville (Tableau 2).

Le manque de motivations ou certains obstacles pourraient être responsables de cette couverture insuffisante. Une nouvelle enquête s'impose pour déterminer les raisons de ce manque de participation.

Table 2 Percentage of Children Aged Three Months-Four Years Immunized with BCG and DPT-Polio Vaccines and Children Aged 9-30 Months Immunized with Measles Vaccine in Three Different Areas of Gabon, 1980

Tableau 2 Pourcentage d'enfants de trois mois à quatre ans ayant reçu les vaccinations BCG et DCT-polio, et pourcentage d'enfants de 9 à 30 mois ayant reçu la vaccination anti-rougeoleuse, dans trois zones différentes du Gabon, 1980

Area - Zone	Number of Children Surveyed Nombre d'enfants enquêtés	Percentage of Children Immunized Pourcentage d'enfants vaccinés				
		BCG	DPT-Polio I DCT-polio I	DPT-Polio II DCT-polio II	DPT-Polio III DCT-polio III	Measles Rougeole
Libreville Urban - Libreville zone urbaine . . .	592	74	65	48	40	53
Libreville Suburban - Libreville zone suburbaine	44	82	80	61	57	57
Rural - Zone rurale	94	100	95	95	90	82
All Areas - Ensemble des zones	730	77	69	55	48	57

(Based on/D'après: Rapport du Ministère de la Santé publique et de la Population, Gabon, 27 janvier/January 1981.)

ENTEROVIRUS SURVEILLANCE

Echovirus Type 30

FRANCE. - Reports from virus laboratories indicate that echovirus type 30 was unusually frequent in most parts of the country during 1980. In Lyons it accounted for 50% of all enteroviruses isolated in the period November 1979-September 1980 and from other parts of the country over 500 isolates were reported during 1980. Most isolations were from cases of meningitis of which outbreaks occurred, especially in the north-eastern part of the country and during June-July 1980. The cases of meningitis were mainly in children, and especially those in the age group 5-9 years.

SURVEILLANCE DES ENTÉROVIRUS

Echovirus de type 30

FRANCE. - Les rapports des laboratoires de virologie indiquent que l'échovirus de type 30 a été anormalement fréquent dans la plus grande partie du pays en 1980. A Lyon, il représentait 50% de tous les isoléments d'entérovirus pendant la période novembre 1979-septembre 1980 et, dans les autres régions, plus de 500 isoléments ont été notifiés au cours de l'année 1980. La plupart des isoléments provenaient de cas de méningite dont des flambées se sont produites en particulier dans la partie nord-est du pays et en juin-juillet 1980. Les cas de méningite touchaient principalement les enfants, notamment dans le groupe d'âge 5-9 ans.

(Based on/D'après: Bulletin de Virologie médicale, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, France, Nos. 1-12, 1980, Nos. 1-2, 1981.)

COMPARATIVE ONCOLOGY

One of the objectives of comparative oncology is to investigate spontaneous tumours in animals in order to gain knowledge of value to the control of cancer in man. Naturally occurring tumours of animals parallel neoplasms in man more closely than the experimentally-induced tumours. It is felt that the medical profession can learn much from studies of animal models. For example, while most human immunotherapy trials show negative results, several veterinary trials in this field (notably on eye cancer in cattle) have shown positive results. The term "comparative oncology" is used in the sense of allowing extrapolation from animal tumours to human tumours and not only comparing tumours of one animal with those of another.

The first WHO project in this field involved the preparation of the WHO International Histological Classification of Tumours of Domestic Animals,¹ which complemented the classification of tumours of man. This has been of considerable value in providing standardization of procedures and offering possibilities to compare results in international research on comparative oncology, as for some years now there has been a more scientific approach to the treatment of tumours in domestic animals, and techniques have become more sophisticated.

The next step has been the TNM² Classification of Tumours in Domestic Animals.³ This has been adapted, as closely as possible, allowing for the many anatomical and pathological differences, to the TNM Classification of Malignant Tumours in Man, published by the International Union against Cancer (UICC) (Third Edition, 1978), which has been in international use for some time. The TNM system of classification based on extent of disease represents a kind of shorthand notation for the description of a malignant tumour and its principal purpose is to provide a method of conveying one person's clinical observations to others without ambiguity. Apart from providing this essential communication and information exchange device, it is a useful guide for prognosis and therapy.

The 11 sites classified in the booklet cover the greater part of the veterinary field for dogs and cats and most are suitable for other animals. Each site is considered in the same general manner, the following details being set out in short introductory remarks:

1. Description of the site and regions.
2. Definition of the regional and, where applicable, the juxta-regional lymph nodes for each site.
3. Where necessary, the clinical and surgical methods recommended for establishing the TNM categories.

In conjunction with the WHO Collaborating Centre for Comparative Oncology at the University of Cambridge, United Kingdom, the TNM classification is already being used in planning international clinical trials on comparative oncology. Two of these are already in progress. One is on radiotherapy of spontaneous cases of osteosarcoma in dogs, with and without a hypoxic cell sensitizer. The biological behaviour of canine osteosarcoma is sufficiently similar to that of man to provide an excellent model for control of the primary tumour and of lung metastasis. If methods can be found to control the latter effectively, it will become more important to find ways of preserving limb function. The objectives of the current study include:

ONCOLOGIE COMPARÉE

L'un des objectifs de l'oncologie comparée est d'étudier les tumeurs spontanées chez les animaux en vue d'en tirer d'utiles enseignements pour la lutte contre le cancer chez l'homme. Les tumeurs qui apparaissent naturellement chez les animaux ont un comportement plus proche de celui des néoplasmes humains que les tumeurs provoquées expérimentalement. Il semble que la médecine puisse tirer beaucoup d'utiles informations de l'étude de modèles animaux. Par exemple, alors que la plupart des essais d'immunothérapie chez l'homme donnent des résultats négatifs, plusieurs essais en médecine vétérinaire dans ce domaine (notamment pour le traitement du cancer de l'œil chez les bovins) ont donné des résultats positifs. L'expression «oncologie comparée» est utilisée dans le sens de l'extrapolation de données recueillies sur les tumeurs animales aux tumeurs humaines et non pas seulement dans le sens de la comparaison des tumeurs d'un animal avec celles d'un autre.

Le premier projet OMS dans ce domaine comprenait l'élaboration de la classification histologique internationale des tumeurs des animaux domestiques,¹ qui complète la classification des tumeurs de l'homme. Cette activité a été d'une grande valeur en fournissant l'occasion d'une normalisation des méthodes et en donnant la possibilité d'analyser les résultats de la recherche internationale en oncologie comparée car, depuis quelques années maintenant, l'approche du traitement des tumeurs chez les animaux domestiques est plus scientifique et les techniques sont devenues plus élaborées.

L'étape suivante a été la Classification TNM² des tumeurs chez les animaux domestiques.³ Cette classification a été calquée aussi étroitement que possible, compte tenu des nombreuses différences anatomiques et pathologiques sur la classification TNM des tumeurs malignes de l'homme qui a été publiée par l'Union internationale contre le Cancer (UICC) (troisième édition, 1978) qui est appliquée à l'échelon international depuis quelque temps. Le système TNM de classification fondé sur l'étendue de la maladie constitue une sorte de notation sténographique pour la description des tumeurs malignes et son principal objet est de permettre la transmission des observations cliniques d'une personne à d'autres sans ambiguïté. Outre qu'elle constitue ainsi un dispositif essentiel de communication et d'échange d'information, elle est également un guide utile pour le pronostic et le traitement.

Les 11 localisations classées dans la brochure recouvrent la plus grande part de la pathologie oncologique pour les chiens et les chats et la plupart conviennent pour les autres animaux. Chaque localisation est envisagée de la même façon d'un point de vue général, les détails suivants étant précisés dans de brèves remarques introductives:

1. Description de la localisation et des régions.
2. Définition des ganglions lymphatiques régionaux et, le cas échéant, juxta-régionaux pour chaque localisation.
3. Si nécessaire, méthodes cliniques et chirurgicales recommandées pour établir les catégories TNM.

En collaboration avec le Centre collaborateur OMS pour l'oncologie comparée situé à l'Université de Cambridge, Royaume-Uni, la TNM est déjà utilisée pour planifier les essais cliniques internationaux d'oncologie comparée. Deux de ces essais sont déjà en cours. L'un porte sur la radiothérapie des cas spontanés d'ostéosarcome chez le chien avec et sans sensibilisateur de cellules hypoxiques. L'ostéosarcome canin a un comportement biologique suffisamment semblable à celui de l'homme pour constituer un excellent modèle dans l'étude de la tumeur primitive et des métastases pulmonaires. Si l'on trouve des moyens de lutter efficacement contre ces métastases, il deviendra plus important de trouver les moyens de préserver la fonction.

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_30807

