



**World Health
Organization**

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

5 OCTOBER 2018, 93th YEAR / 5 OCTOBRE 2018, 93^e ANNÉE

No 40, 2018, 93, 521–540

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

Contents

- 521 Surveillance of leishmaniasis in the WHO European Region, 2016
- 530 Global leishmaniasis surveillance update, 1998–2016

Sommaire

- 521 Surveillance de la leishmaniose dans la Région européenne de l'OMS, 2016
- 530 Le point sur la situation mondiale de la leishmaniose, 1998–2016

Surveillance of leishmaniasis in the WHO European Region, 2016

Leishmaniasis is a neglected disease that is endemic in all WHO regions. The WHO European Region (EUR) has the lowest proportion of the global burden, at approximately 2%, yet most countries in the Region have acknowledged an underestimated or undetermined burden of the disease. The disease is considered complex in the Region, as there is a variety of *Leishmania* species, phlebotomine vectors and hosts, necessitating understanding of the epidemiological contexts within and among countries. Zoonotic leishmaniasis is the primary form of the disease in the Region and is of substantial public health importance.

Immigration and forced displacement due to war in or close to the Region are increasing the number of leishmaniasis cases in countries with no or few previous cases. HIV infection has also contributed to the increasing number of cases, as co-infection with HIV increases the risk for visceral leishmaniasis (VL) by 100–2320 times.¹

The World Health Assembly resolution on leishmaniasis (WHA60.13)² highlighted an urgent need for updated information on the extent of the problem of leishmaniasis in the EUR to ensure adequate regional and national policies and strategies to control the disease.³

Epidemiological surveillance of leishmaniasis is being strengthened in the Region by collaboration at country, regional and

Surveillance de la leishmaniose dans la Région européenne de l'OMS, 2016

La leishmaniose est une maladie négligée endémique dans toutes les Régions de l'OMS. La Région européenne (EUR) porte la part la plus faible de la charge mondiale de morbidité, environ 2%, mais la plupart des pays de la Région ont reconnu que cette charge était sous-estimée ou mal déterminée. La leishmaniose est considérée comme une maladie complexe dans la Région, car il existe différentes espèces de *Leishmania*, de phlébotomes vecteurs et d'hôtes; il faut donc comprendre les contextes épidémiologiques au sein des pays et d'un pays à l'autre. La leishmaniose zoonotique est la forme la plus répandue de la maladie dans la Région et constitue une question à ne pas négliger pour la santé publique.

L'immigration et les déplacements forcés dus aux guerres dans la Région ou à proximité augmentent le nombre de cas de leishmaniose dans des pays où la maladie n'était pas du tout ou peu présente auparavant. La prévalence du VIH a également contribué à l'augmentation du nombre de cas, dans la mesure où une co-infection avec le VIH augmente le risque de leishmaniose viscérale (LV) de 100 à 2320 fois.¹

La résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé portant sur la leishmaniose (WHA60.13)² a mis en lumière combien il était urgent de collecter des informations à jour sur l'étendue du problème dans la Région européenne afin de mettre en place des politiques et des stratégies régionales et nationales adaptées pour lutter contre la maladie.³

La surveillance épidémiologique de la leishmaniose est en train d'être renforcée dans la Région grâce à une collaboration à tous les

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva**

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève**

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

10.2018
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ Alvar J, Aparicio P, Aseffa A et al. The relationship between leishmaniasis and AIDS: the second 10 years. Clin Microbiol Rev. 2008;21(2):334–59.

² Resolution WHA60.13 (http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_60.13_Eng.pdf, accessed September 2018).

³ See <http://www.who.int/leishmaniasis/resolutions/en/>, accessed September 2018.

¹ Alvar J, Aparicio P, Aseffa A et al. The relationship between leishmaniasis and AIDS: the second 10 years. Clin Microbiol Rev. 2008;21(2):334–59.

² Résolution WHA60.13 (http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_60.13_Fr.pdf, consulté en septembre 2018).

³ Voir <http://www.who.int/leishmaniasis/resolutions/en/>, consulté en septembre 2018.

global levels and among ministries of health in endemic and non-endemic countries. The objectives have been to identify changes in the trends of the disease, detect outbreaks, establish appropriate prevention measures, control planning and resource allocation and evaluate the effectiveness of strategies and interventions in control programmes. Surveillance has been further strengthened by consultation and collaboration on a standardized approach to case management, case definitions and reporting tools⁴ and by promoting collection of data on individual patients and use of an online platform for data collection, use and dissemination at national, regional and global levels.

Leishmaniasis reporting in the WHO European Region

Data reported in the Global Health Observatory

Twenty-five Member States in the EUR (47%) are classified as endemic for the cutaneous form of the disease, and 27 (51%) are classified as endemic for the visceral form.⁵ All endemic countries have both forms of the disease, except for Romania and Ukraine, which are endemic for the visceral form only. Ukraine has previously reported cutaneous leishmaniasis (CL) cases, and Serbia has previously reported VL cases.⁶

As of 12 September 2018, 21 of 25 CL-endemic countries (84%) and 21 of 27 VL-endemic countries (78%) had reported data to the global leishmaniasis programme⁶ for 2016. The reporting rate is similar to that in 2015 but was achieved with greater timeliness. Reporting of imported cases started only in 2013, and the reporting rate has been consistently lower than that for all cases. In 2016, 12 countries in the Region provided data on imported CL and 17 on imported VL.

In 2016, 4046 CL cases were reported, 2862 (71%) of which were autochthonous and 1184 (29%) of which were imported (*Map 1*); 391 VL cases were reported in 2016, 353 (90%) of which were autochthonous and 38 (10%) of which were imported (*Map 2*).

The total number of cases of CL was similar between 1998 and 2001 but then increased by two times, from 1658 cases in 2001 to 3366 cases in 2002, and by 1.5 times to a peak of 5305 cases between 2002 and 2004. The number of cases then decreased to pre-2002 levels until 2013, when there was another peak in the total number of cases. Autochthonous and imported cases contributed almost equally to the total burden in 2013, with 3399 (51%) and 3222 (48%) cases reported, respectively. The numbers were similar in 2014, but the proportion of imported cases then decreased in 2015 and 2016.

niveaux (national, régional et mondial) et entre les ministères de la santé des pays d'endémie ou de non-endémie. Les objectifs suivants ont été fixés: décrire l'évolution de la maladie, détecter les flambées épidémiques, mettre sur pied les mesures de prévention adaptées, contrôler la planification et l'allocation des ressources, et évaluer l'efficacité des stratégies et des interventions dans le cadre des programmes de lutte. La surveillance a été renforcée par des consultations et une collaboration portant sur une standardisation de la prise en charge des cas, des définitions des cas et des outils de notification,⁴ ainsi que par la promotion de la collecte des données sur des patients individuels et l'utilisation d'une plateforme en ligne pour la collecte, l'utilisation et la diffusion des données à l'échelle nationale, régionale et mondiale.

Notification des cas de leishmaniose dans la Région européenne de l'OMS

Données issues de l'Observatoire mondial de la santé

Dans la Région européenne, 25 États Membres (47%) sont classés parmi les pays d'endémie pour la forme cutanée de la maladie et 27 (51%) le sont pour la forme viscérale.⁵ Tous les pays d'endémie sont concernés par les deux formes de la maladie, à l'exception de la Roumanie et de l'Ukraine où seule la forme viscérale est endémique. Par le passé, l'Ukraine a notifié des cas de leishmaniose cutanée (LC) et la Serbie des cas de leishmaniose viscérale (LV).⁶

Au 12 septembre 2018, 21 des 25 pays d'endémie de la LC (84%) et 21 des 27 pays d'endémie de la LV (78%) avaient notifié des données au programme mondial de lutte contre la leishmaniose⁶ pour 2016. Le taux de notification est semblable à celui de 2015, mais les délais de notification ont été raccourcis. La notification des cas importés n'a démarré qu'en 2013 et le taux de notification a toujours été inférieur à celui de l'ensemble des cas. En 2016, 12 pays de la Région ont fourni des données sur les cas de LC importés, contre 17 pour ceux de LV.

En 2016, 4046 cas de LC ont été notifiés, dont 2862 (71%) étaient des cas autochtones et 1184 (29%) des cas importés (*Carte 1*). De même, 391 cas de LV ont été notifiés en 2016, dont 353 (90%) autochtones et 38 (10%) importés (*Carte 2*).

Le nombre total de cas de LC est resté stable entre 1998 et 2001, mais il a ensuite été multiplié par deux, passant de 1658 cas en 2001 à 3366 cas en 2002, puis par 1,5 pour atteindre un pic de 5305 cas entre 2002 et 2004. Le nombre de cas a ensuite chuté pour revenir aux niveaux antérieurs à 2002 jusqu'en 2013, lorsqu'un nouveau pic du nombre total de cas a été enregistré. Les cas autochtones et importés ont contribué presque à parts égales à la charge de morbidité totale en 2013, avec 3399 (51%) et 3222 (48%) cas notifiés respectivement. Les chiffres ont été sensiblement les mêmes en 2014, mais la part des cas importés a ensuite baissé en 2015 et 2016. La Turquie assume réguliè-

⁴ Gradoni L, López-Vélez R, Mokni M. Manual on case management and surveillance of leishmaniasis in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/341970/MANUAL-ON-CASE-MANAGEMENT_FINAL_with-cover-and-ISBN.pdf?ua=1, accessed September 2018).

⁵ Global Health Observatory. Leishmaniasis (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.NTDLEISH?lang=en>, accessed September 2018).

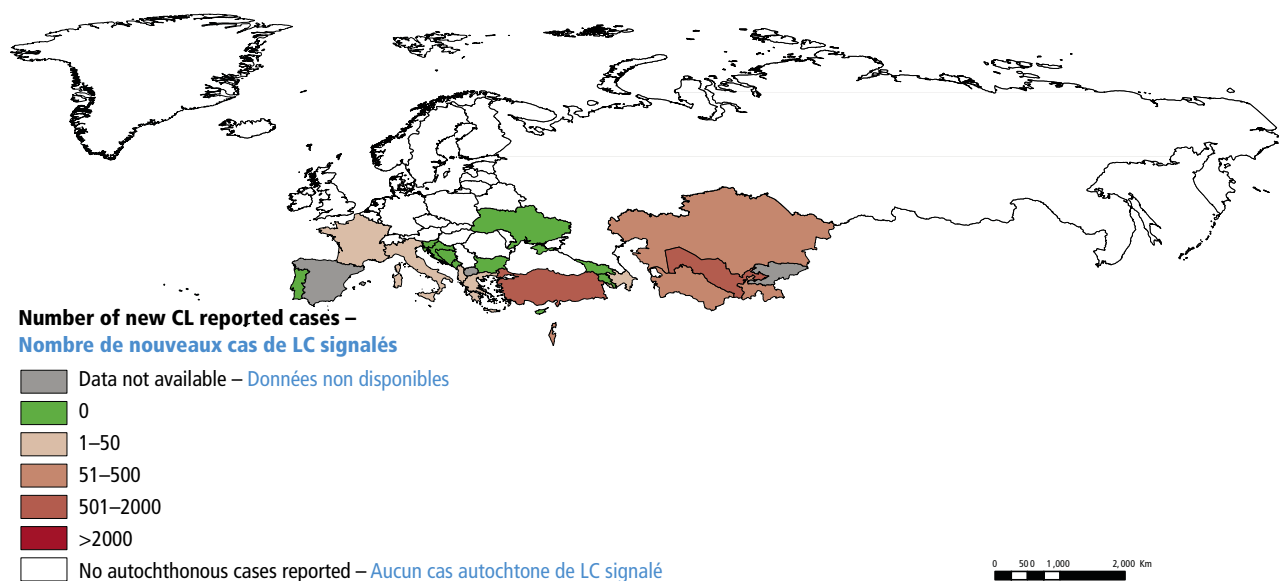
⁶ See definitions in the Global leishmaniasis surveillance update, 2016.

⁴ Gradoni L, López-Vélez R, Mokni M. Manual on case management and surveillance of the leishmaniasis in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/341970/MANUAL-ON-CASE-MANAGEMENT_FINAL_with-cover-and-ISBN.pdf?ua=1, consulté en septembre 2018).

⁵ Observatoire mondial de la santé. Leishmanioses (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.NTDLEISH?lang=en>, consulté en septembre 2018).

⁶ Voir les définitions données dans le document faisant le point en 2016 sur la situation mondiale de la surveillance de la leishmaniose.

Map 1 **Morbidity from cutaneous leishmaniasis (CL), WHO European Region, 2016**
 Carte 1 **Morbidité imputable à la leishmaniose cutanée (LC), Région européenne de l'OMS, 2016**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Source: Ministries of Health. – Ministères de la Santé.

Map production – Production de la carte: WHO/HTMN/NTD/IDM

© World Health Organization (WHO), 2018. All rights reserved. – © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2018. Tous droits réservés.

Turkey has consistently borne over half the burden of CL since 1998, with a peak of 4187 cases in 2004. With Uzbekistan (766 cases), Israel (232 cases) and Kazakhstan (185 cases), these 4 countries accounted for over 90% of the CL burden in the Region in 2016.

In contrast to CL, the number of VL cases reported between 1998 and 2001 increased, from 578 to 817 cases, and then decreased until 2003, when 725 cases were reported. The numbers peaked again in 2004 (879 cases), 2007 (868 cases) and 2013 (801 autochthonous cases and 23 imported cases), with small decreases (2004–2007) or stable periods (2008–2012) in between. In 2013, when the origin of cases was first reported, there were 23 imported cases, accounting for less than 3% of the total number of VL cases. The rate increased to 38 imported cases in 2016, representing almost 10% of all VL cases. Azerbaijan, Georgia, Greece, Italy and Uzbekistan accounted for over 70% of VL cases reported in 2016; data have not yet been reported for Spain, which has previously reported the most VL cases in the Region.

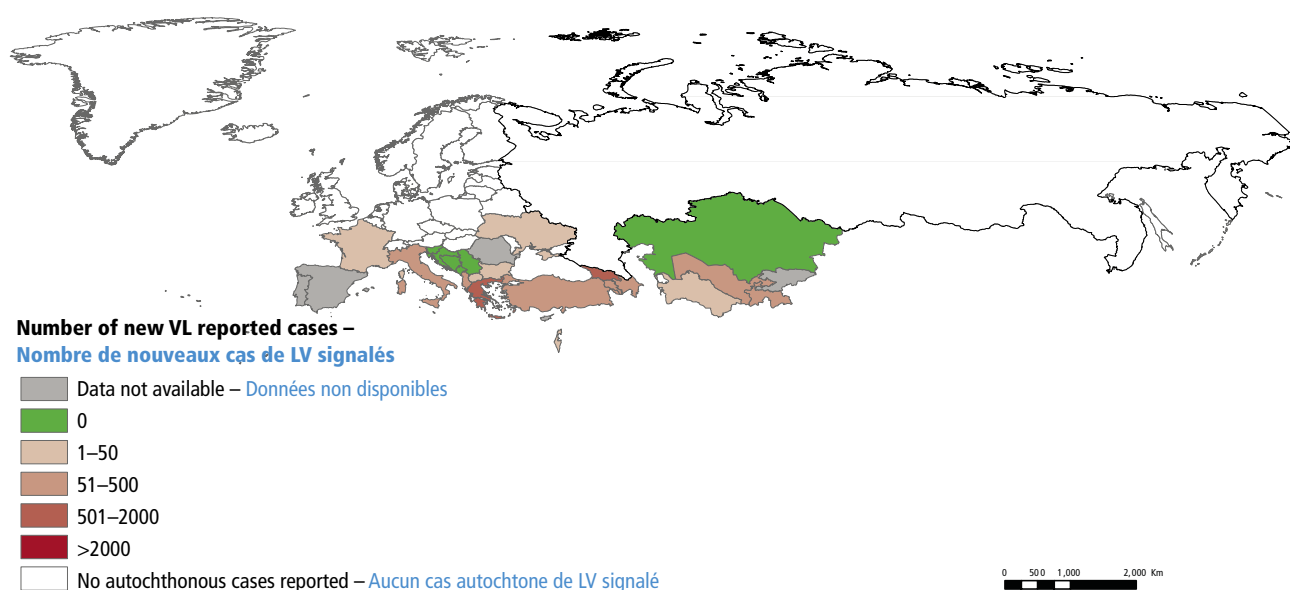
France and Turkey bear most of the burden of reported imported cases of both CL and VL. In 2016, Turkey reported 1089 imported CL cases, representing more

ment plus de la moitié de la charge de morbidité de LC depuis 1998, avec un pic de 4187 cas en 2004. Quatre pays – la Turquie, l'Ouzbékistan (766 cas), Israël (232 cas) et le Kazakhstan (185 cas) – représentaient plus de 90% de la charge de morbidité de LC dans la Région en 2016.

À l'inverse de la LC, le nombre de cas de LV notifiés entre 1998 et 2001 a augmenté, passant de 578 à 817 cas, puis a baissé jusqu'en 2003, année au cours de laquelle 725 cas ont été notifiés. Les chiffres ont à nouveau connu des pics en 2004 (879 cas), 2007 (868 cas) et 2013 (801 cas autochtones et 23 cas importés), entrecoupés de légers reculs (2004–2007) ou de périodes de stabilité (2008–2012). En 2013, lorsque l'origine des cas a été précisée pour la première fois, 23 cas étaient des cas importés, soit moins de 3% du nombre total de cas de LV. Ce taux a augmenté pour atteindre 38 cas importés en 2016, soit presque 10% de l'ensemble des cas de LV. L'Azerbaïdjan, la Géorgie, la Grèce, l'Italie et l'Ouzbékistan concentraient plus de 70% des cas de LV notifiés en 2016; les données pour l'Espagne, qui a notifié par le passé la plupart des cas de LV dans la Région, n'ont pas encore été transmises.

La France et la Turquie sont les pays notifiant le plus de cas importés de LC et de LV. En 2016, la Turquie a notifié 1089 cas importés de LC, ce qui représente plus de 90% des cas

Map 2 **Morbidity from visceral leishmaniasis (VL), WHO European Region, 2016**
 Carte 2 **Morbidité imputable à la leishmaniose viscérale (LV), Région européenne de l'OMS, 2016**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Source: Ministries of Health. – Ministères de la Santé.

Map production – Production de la carte: WHO/HTM/NTD/IDM

© World Health Organization (WHO), 2018. All rights reserved. – © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2018. Tous droits réservés.

than 90% of imported CL cases globally. The number fluctuated from a high of 3094 imported cases reported in 2013 to a low of 815 in 2015. France reported 74 imported CL cases in 2016 (6.2% of the global burden), which was the lowest number of cases reported since 2013, with a peak of 105 imported cases in 2015. France reported 16 imported cases of VL (42% of the global burden), followed by Turkey, which reported 14 imported cases (7% of the global burden).

Overall, the total numbers of cases of CL and VL have been decreasing since a peak in 2013; however, there was a slight increase in 2016 owing to an increase in imported cases over the previous year (*Figures 1a and 1b*).⁷

Data from high-burden countries and additional priority countries in the European Region

Aggregate data

Since 2014, 2 countries in the Region, Georgia and Spain, have been designated by the global leishmaniasis

importés de LC dans le monde. Ce nombre a varié entre un maximum de 3094 cas importés notifiés en 2013 et un minimum de 815 cas importés notifiés en 2015. La France a notifié 74 cas importés de LC en 2016 (6,2% de la charge mondiale de morbidité), soit le nombre de cas le plus faible notifié depuis 2013, un pic de 105 cas importés ayant été enregistré en 2015. La France a en outre notifié 16 cas importés de LV (42% de la charge mondiale), contre 14 cas importés en Turquie (7% de la charge mondiale).

Globalement, le nombre total de cas de LC et de LV est en baisse depuis le pic de 2013. Il n'en reste pas moins qu'une légère augmentation a été enregistrée en 2016 en raison de la hausse des cas importés tout au long de l'année précédente (*Figures 1a et 1b*).⁷

Données concernant les pays à forte charge de morbidité et les autres pays prioritaires dans la Région européenne

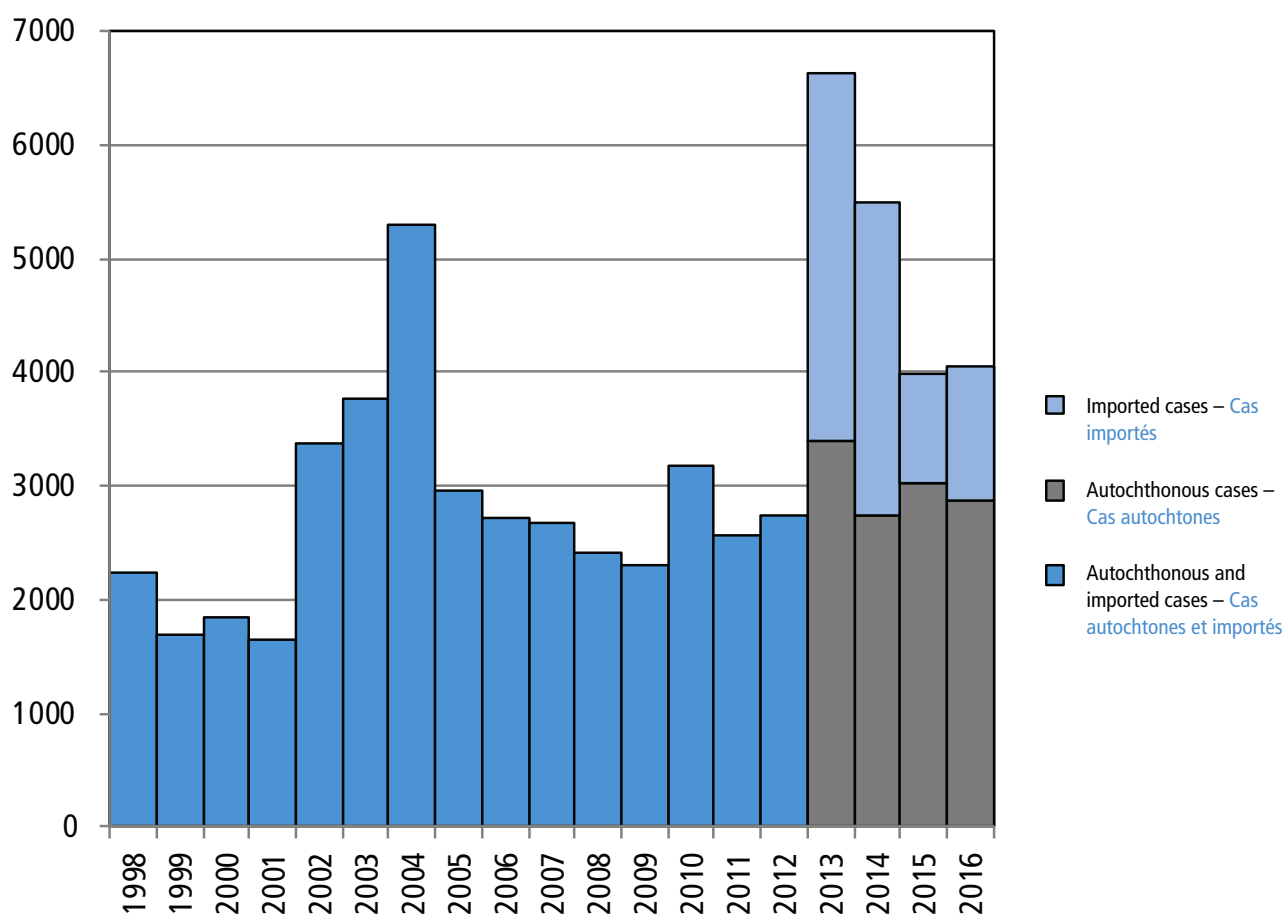
Données agrégées

Depuis 2014, 2 pays de la Région, la Géorgie et l'Espagne, ont été désignés par le programme mondial de lutte contre la leish-

⁷ See supplementary tables S1 and S2 in the Global leishmaniasis surveillance update for detailed country data between 1998 and 2016 (http://www.who.int/leishmaniasis/resources/WER_9340_Tables_S1_S2.pdf, accessed October 2018).

⁷ Voir les tableaux supplémentaires S1 et S2 dans le document faisant le point sur la situation mondiale de la surveillance de la leishmaniose pour connaître les données détaillées par pays entre 1998 et 2016 (http://www.who.int/leishmaniasis/resources/WER_9340_Tables_S1_S2.pdf, consulté en octobre 2018).

Figure 1a **Numbers of reported cases of cutaneous leishmaniasis, WHO European Region, 1998–2016**
 Figure 1a **Nombre de cas de leishmaniose cutanée notifiés, Région européenne de l'OMS, 1998–2016**



programme as high-burden countries for VL, and one country, Turkey, has been designated a high-burden country for CL. This resulted in strengthened surveillance by WHO and the ministries of health, greater standardization of reporting and better quality and quantity of the indicators reported. WHO publishes detailed annual country profiles on the leishmaniasis burden and control in high-burden countries in all regions.⁸

In Spain, VL occurs mainly along the Mediterranean coast and in Madrid. The number of cases has been increasing: VL cases accounted for 20% of the global burden in 1998 and 34% in 2013. The number of cases reported in 2014, however, returned to 20% of the global burden. There are insufficient data to determine whether this is the beginning of a decreasing trend.

Georgia reported a steady increase in the number of VL cases, from 83 in 1998 to a peak of 182 in 2007; however, there has since been a decrease. Between 2013 and 2016, 3–4 imported VL cases were reported each year, representing less than 6% of all cases. Few CL cases are reported; however, both CL and VL are considered to be underreported in the country.

maniose comme des pays à forte charge de morbidité pour la LV et un pays, la Turquie, l'a été pour la LC. Cela a entraîné un renforcement de la surveillance par l'OMS et les ministères de la santé, une plus grande normalisation de la notification et une amélioration de la qualité et de la quantité des indicateurs notifiés. L'OMS publie chaque année des profils de pays détaillés relatifs à la charge de morbidité et à la lutte contre la leishmaniose dans les pays à forte charge de morbidité de toutes les Régions.⁸

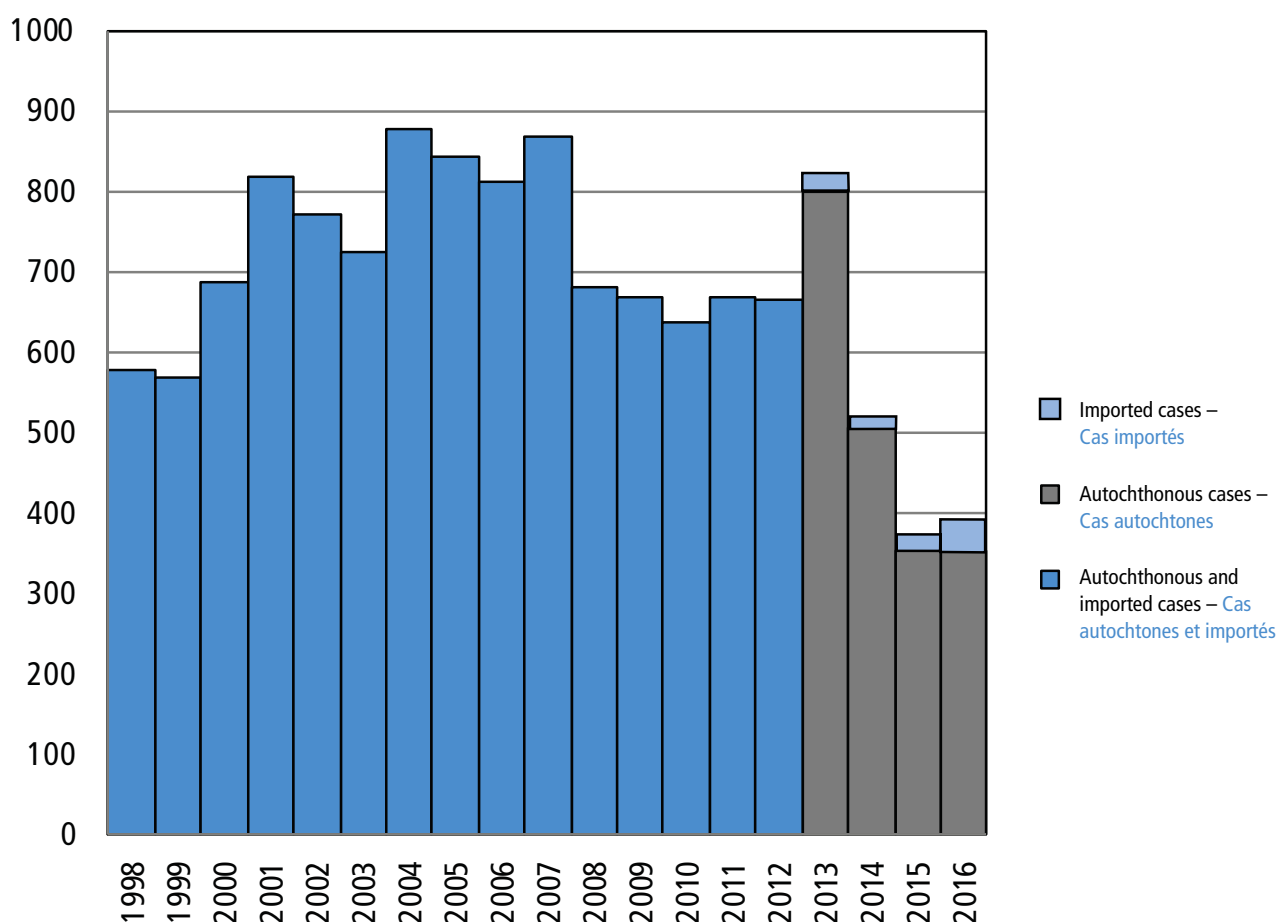
En Espagne, la LV sévit principalement le long de la côte méditerranéenne et à Madrid. Le nombre de cas est en hausse: les cas de LV représentaient 20% de la charge mondiale de morbidité en 1998 et 34% en 2013. Le nombre de cas notifiés en 2014 (20% de la charge mondiale) a néanmoins supposé un recul. Les données sont insuffisantes pour déterminer s'il s'agit du début d'une tendance à la baisse.

La Géorgie a notifié une augmentation régulière du nombre de cas de LV, passant de 83 en 1998 à un pic de 182 en 2007; néanmoins, les chiffres sont depuis en baisse. Entre 2013 et 2016, 3 à 4 cas importés de LV ont été notifiés chaque année, ce qui représente moins de 6% de l'ensemble des cas. Peu de cas de LC sont notifiés, mais les deux formes de la maladie (LC et LV) sont considérées comme sous-notifiées dans le pays.

⁸ See <http://www.who.int/leishmaniasis/burden/endemic-priority-alphabetical/en/>

⁸ Voir <http://www.who.int/leishmaniasis/burden/endemic-priority-alphabetical/en/>

Figure 1b **Numbers of reported cases of visceral leishmaniasis, WHO European Region, 1998–2016**
 Figure 1b **Nombre de cas de leishmaniose viscérale notifiés, Région européenne de l'OMS, 1998-2016**



In Turkey, the number of cases increased from 1498 in 1998 to 4187 cases in 2004 and then decreased until 2012. The number then peaked again, with 2268 cases reported in 2013, and has since been slowly decreasing. There was a decrease in the number of imported cases between 2013 and 2016, from 3094 to 1089; however, the number and proportion of cases continue to be high, which is considered to be due largely to the Syrian conflict.

Surveillance of additional countries in the Region has been strengthened in recent years to respond to the changing epidemiology of leishmaniasis. Detailed data were collected from 5 additional new EUR priority countries – Albania, Israel, Italy, Tajikistan and Uzbekistan – in order to publish country profiles for 2016. The countries were selected on the basis of endemicity and the feasibility of providing detailed data.

Leishmaniasis is a notifiable disease in all 9 countries that provided detailed data between 2014 and 2016. National control programmes have been established in Italy, Tajikistan, Turkey and Uzbekistan. Georgia and Israel did not have national programmes but had guidelines for leishmaniasis control. In 2016, Albania had not yet established a national control programme or guidelines. Spain was also yet to establish a programme or

En Turquie, le nombre de cas est passé de 1498 en 1998 à 4187 en 2004, avant d'amorcer une baisse jusqu'en 2012. L'année 2013 a supposé un nouveau pic avec 2268 cas notifiés; depuis, la tendance est doucement repartie à la baisse. Le nombre de cas importés a chuté entre 2013 et 2016, passant de 3094 à 1089; néanmoins, le nombre et le pourcentage des cas sont restés élevés, ce qui est largement dû au conflit syrien.

La surveillance d'autres pays de la Région a été renforcée ces dernières années pour répondre à l'évolution de l'épidémiologie de la leishmaniose. Des données détaillées ont été collectées dans 5 pays prioritaires supplémentaires au sein de la Région européenne – Albanie, Israël, Italie, Tadjikistan et Ouzbékistan – afin de publier des profils de ces pays pour l'année 2016. Les pays ont été choisis en raison de l'endémicité de la maladie et en se fondant sur leur capacité à fournir des données détaillées.

La leishmaniose est une maladie à déclaration obligatoire dans les 9 pays ayant fourni des données détaillées entre 2014 et 2016. Des programmes nationaux de lutte ont été mis sur pied en Italie, au Tadjikistan, en Turquie et en Ouzbékistan. La Géorgie et Israël ne disposent pas de programmes nationaux dédiés, mais ont élaboré des directives pour la lutte contre la leishmaniose. En 2016, l'Albanie n'avait encore créé ni programme national, ni directives pour lutter contre la maladie. L'Espagne était dans

guidelines when data were last reported to the global programme in 2014.

In 2016, Israel and Turkey reported outbreaks of CL. No VL outbreaks were reported in any of the high-burden or new priority countries. Spain reported outbreaks of both CL and VL in 2014. Reporting of new foci is less consistent, as this information was not collected in Italy, Spain, Tajikistan or Turkey. New foci of CL were reported in Israel and new foci of both CL and VL in Uzbekistan.

The population at risk for CL in these 8 countries ranged from 6% to 100% and that for VL from 28% to 100%, although endemic areas in the Region are still not clearly delineated. Laboratory tests were used to diagnose all CL and VL cases in Georgia, Spain, Tajikistan, Turkey and Uzbekistan. Of the countries that reported data on treatment outcomes, only Georgia reported an initial cure rate less than 100% and a case fatality rate greater than 0%. The prevalence of VL–HIV coinfection ranged from 0% (in Tajikistan and Uzbekistan) to 6% (in Georgia) and 13% (in Albania), although the laboratory diagnosis and treatment outcomes were not consistently reported to the global programme. Selected variables reported by countries are presented in *Table 1*.

For the 2017 country profiles, detailed data are also planned to be collected from Armenia, Azerbaijan and Kazakhstan.

Data on individual patients

The importance given to reporting by the countries is improving since not only do they report detailed aggregated data but they are also starting to provide data on individual patients and through online platforms. Armenia was the first country in the EUR to collaborate with WHO in reporting on cases in real time, from the time a patient presents to a health facility, through diagnosis, treatment and outcome measurement. The reporting tools have been customized to ensure that they can be used by national ministries of health for clinical and public health purposes and are also standardized to meet global leishmaniasis recommendations. Real-time data collection started in mid-2017, and retrospective data are also being entered into the system.

Canine leishmaniasis

Leishmania infantum is the etiological agent of canine leishmaniasis in Europe, dogs being considered the major reservoir of the parasite for humans and other mammalian hosts.⁹ *L. infantum* is the only *Leishmania* species responsible for autochthonous VL in the EUR. It is also responsible for most human cases of CL and VL in a large area around the Mediterranean basin, in

la même situation la dernière fois que des données ont été notifiées au programme mondial en 2014.

En 2016, Israël et la Turquie ont déclaré des flambées de LC. Aucune flambée de LV n'a été déclarée dans les pays à forte charge de morbidité ni dans les nouveaux pays prioritaires. L'Espagne a notifié des flambées de LC et de LV en 2014. La notification des nouveaux foyers est moins systématique, étant donné que cette information n'a pas été collectée en Italie, en Espagne, au Tadjikistan ou en Turquie. De nouveaux foyers de LC ont été notifiés en Israël, de même que de nouveaux foyers de LC et de LV en Ouzbékistan.

La part de la population risquant de contracter la LC dans ces 8 pays était comprise entre 6% et 100%; pour la LV, cet éventail était compris entre 28% et 100%. Pourtant, les zones d'endémie ne sont toujours pas clairement définies dans la Région. Des tests en laboratoire ont été utilisés pour diagnostiquer l'ensemble des cas de LC et de LV en Géorgie, en Espagne, au Tadjikistan, en Turquie et en Ouzbékistan. Sur les pays ayant transmis des données sur les résultats du traitement, seule la Géorgie a notifié un taux initial de guérison inférieur à 100% et un taux de mortalité des cas supérieur à 0%. La prévalence de co-infection LV-VIH était comprise entre 0% (au Tadjikistan et en Ouzbékistan) et 13% (en Albanie), la Géorgie se trouvant à mi-chemin avec 6%, même si le résultat du diagnostic en laboratoire et les issues thérapeutiques n'étaient pas notifiés au programme mondial de manière régulière. Plusieurs variables notifiées par les pays sont présentées dans le *Tableau 1*.

Pour ce qui est des profils de pays pour 2017, des données détaillées devraient également être collectées pour l'Arménie, l'Azerbaïdjan et le Kazakhstan.

Données relatives aux patients individuels

Les pays accordent plus d'importance à la notification, car ils déclarent non seulement des données agrégées détaillées, mais ils commencent également à fournir des données sur des patients individuels et à notifier les chiffres sur des plateformes en ligne. L'Arménie a été le premier pays de la Région européenne à collaborer avec l'OMS à la notification de cas en temps réel, dès le moment où un patient consulte dans un établissement de santé, lors du diagnostic, pendant le traitement et au moment de l'évaluation de l'issue du traitement. Les outils de notification ont été adaptés afin de faire en sorte qu'ils puissent être utilisés par les ministères nationaux de la santé à des fins cliniques et de santé publique; ils ont également été normalisés afin de respecter les recommandations mondiales relatives à la leishmaniose. La collecte des données en temps réel a commencé au milieu de l'année 2017 et des données rétrospectives sont également entrées dans le système.

Leishmaniose canine

Leishmania infantum est l'agent étiologique de la leishmaniose canine en Europe, les chiens étant considérés comme le principal réservoir du parasite pour les humains et les autres mammifères hôtes.⁹ *L. infantum* est la seule espèce de *Leishmania* responsable des cas autochtones de LV dans la Région européenne. Elle est également responsable de la plupart des cas humains de LC et de LV dans un grand territoire autour du

⁹ Maia C, Cardoso L. Spread of *Leishmania infantum* in Europe with dog travelling. *Vet Parasitol.* 2015;213:2–11.

⁹ Maia C, Cardoso L. Spread of *Leishmania infantum* in Europe with dog travelling. *Vet Parasitol.* 2015;213:2–11.

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_25576

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：



Visceral leishmaniasis (VL) and cutaneous leishmaniasis (CL) in 8 countries in the WHO European Region, 2016
La leishmaniose viscérale (LV) et la leishmaniose cutanée (LC) dans 8 pays de la Région Européenne de l'OMS, 2016

Number of autochthonous CL cases reported – Nombre de cas de LC autochtones notifiés	Number of imported CL cases reported – Nombre de cas de LC importés notifiés	VL incidence (cases/10 000 population in endemic areas) – Incidence de la LV (cas pour 10 000 habitants dans les zones d'endémie)	CL incidence (cases/10 000 population in endemic areas) – Incidence de la LC (cas pour 10 000 habitants dans les zones d'endémie)	Population at risk of VL – Population risquant de contracter la LV	Population at risk of CL – Population risquant de contracter la LC	% VL cases confirmed by laboratory test* – % de cas de LV confirmés par un test au laboratoire*	% CL cases confirmed by laboratory test* – % de cas de LC confirmés par un test au laboratoire*	% VL cases with HIV coinfection* – % de cas de co-infection LV-VIH*	% VL cases with initial cure rate* – % de cas de LV avec un taux initial de guérison*	% VL case fatality rate* – Taux de létalité de la LV* (%)
Région méditerranéenne										
0	0	0.190	0.000	70% (2 593 595/ 3 719 300)	55% (2 057 200/ 3 719 300)	100% (52/52)	N/A – 50	6% (3/52)	94% (49/52)	6% (3/62)
100	No data – Aucunes données	0.070	No data – Aucunes données	79% (37 154 139/ 46 927 000)	No data – Aucunes données	100% (106/106)	100% (100/100)	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données
1474	1089	0.050	0.620	9% (7 095 894/ 79 512 426)	52% (41 658 516/ 79 512 426)	100% (37/37)	100% (2563/2563)	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	0% (0/37)
Région européenne										
6	0	0.050	0.020	97% (2 800 138/ 2 876 101)	97% (2 800 138/ 2 876 101)	53% (8/15)	67% (4/6)	13% (2/15)	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données
47	No data – Aucunes données	0.020	0.040	52% (31 636 468/ 60 600 590)	28% (17 054 028/ 60 600 590)	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données
240	0	0.001	0.280	100% (8 547 100)	100% (8 547 100)	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données	No data – Aucunes données
60	0	0.210	0.240	13% (1 172 678/ 8 734 951)	29% (2 540 790/ 8 734 951)	100% (25/25)	100% (60/60)	0% (0/25)	100% (25/25)	0% (0/25)
766	0	0.200	0.490	6% (1 875 634/ 31 848 200)	49% (15 491 744/ 31 848 200)	100% (38/38)	62% (766/1234)	0% (0/38)	100% (38/38)	0% (0/38)
2685	1089									

* Les données comprennent les nouveaux cas et les rechutes.

* Les données ont été calculées et comprennent uniquement les nouveaux cas.

* Le programme de leishmaniose est actuellement en cours de mise à jour. Les données pour l'Espagne ne concernent que l'année 2014. Le Programme mondial de lutte contre la leishmaniose travaille actuellement