



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

13 JUNE 2008, 83rd YEAR / 13 JUIN 2008, 83^e ANNÉE

No. 24, 2008, 83, 217–224

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

Contents

217 Trends in the epidemiology of leprosy – Viet Nam, 1983–2006

224 Corrigendum

Sommaire

217 Tendances concernant l'épidémiologie de la lèpre – Viet Nam, 1983–2006

224 Rectificatif

Trends in the epidemiology of leprosy – Viet Nam, 1983–2006

Introduction

Leprosy has been a major public health problem in Viet Nam. Many patients have been ostracized by their communities because the disease is disfiguring, was considered incurable and was wrongly thought to be highly infectious. Given the strong stigma attached to leprosy, many patients who had successfully completed treatment and been cured were nonetheless leading segregated lives. Some of them congregated in leprosy villages or colonies, where people who have been affected by leprosy and face similar social problems have remained for a long time. In 1982, in order to improve the situation of people with leprosy, the Ministry of Health established the national leprosy control programme; multidrug therapy (MDT) was introduced in some pilot districts 1 year later.

Since 1982, new cases have been detected mainly through voluntary reporting, mass surveys and examination of contacts. A diagnosis of leprosy is made if a person has 1 of the following conditions: (i) a definite loss of sensation in a pale or reddish skin patch; (ii) an enlarged and thickened peripheral nerve with loss of sensation or weakness, or both, of the muscles supplied by that nerve; (iii) acid-fast bacilli present in a slit-skin smear. Classification of disease is made based on the number of skin lesions. Leprosy is classified as paucibacillary if the person has <5 skin lesions; and as multibacillary (MB) if the person has ≥6 skin lesions. All patients with positive slit-skin smears are classified as MB regardless of the number of skin lesions.

All newly diagnosed cases are treated and followed by a health worker. Supervision is carried out by dermatologists once every 3 months. Individual records are kept, and annual reports are analysed in order to collect information on the prevalence of registered cases, the number of

Tendances concernant l'épidémiologie de la lèpre – Viet Nam, 1983–2006

Introduction

La lèpre a été un problème de santé publique majeur au Viet Nam. De nombreux malades ont été écartés par leur communauté en raison d'une maladie défigurante qui est considérée comme incurable et, à tort, comme très infectieuse. En raison d'une forte stigmatisation sociale, de nombreux malades qui ont mené à bien avec succès le traitement et se sont rétablis ont dû continuer à vivre à l'écart. Certains se sont regroupés dans des villages ou des colonies où les personnes touchées par la lèpre et confrontées aux mêmes types de problèmes sociaux ont longtemps séjourné. En 1982, afin d'améliorer la situation des personnes atteintes de la lèpre, le Ministère de la Santé a mis sur pied un programme national de lutte antilépreuse; et la polychimiothérapie a été introduite dans certains districts pilotes l'année suivante.

Depuis 1982, les nouveaux cas ont été principalement dépistés par la notification volontaire, par des enquêtes de masse et par l'examen des contacts. Un diagnostic de lèpre est posé si une personne présente l'une des caractéristiques suivantes: i) lésion cutanée hypopigmentée ou rougeâtre accompagnée d'une hypoesthésie sensible; ii) atteinte des nerfs périphériques se manifestant par un net épaississement cutané accompagné d'hypoesthésie et/ou de faiblesse musculaire; iii) présence de bacilles acido-résistants dans les frottis cutanés. La classification de la maladie se fait en fonction du nombre de lésions cutanées. On distingue la lèpre paucibacillaire lorsque le sujet présente <5 lésions cutanées et la lèpre multibacillaire (MB) en présence de ≥6 lésions. Tous les sujets présentant des frottis cutanés positifs sont classés comme cas multibacillaires quel que soit le nombre des lésions cutanées.

Tous les nouveaux cas diagnostiqués sont traités et suivis par un agent de santé, avec supervision par un dermatologue tous les 3 mois. On tient des dossiers individuels, et des rapports annuels sont analysés pour réunir des informations sur la prévalence des cas enregistrés, le nombre de nouveaux cas dépis-

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.2008
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

new cases detected annually, the sex of people with new cases, the age of those diagnosed, the classification of disease and the disability status.

The prevalence rate is expressed as the number of registered patients at the end of the year per 10 000 population. The new-case detection rate is expressed as the number of new cases detected during the year per 100 000 population.

Organization

At the national level, the National Institute of Dermatology and Venereology is the department in the Ministry of Health responsible for skin diseases, sexually transmitted infections and leprosy control. In each province, there is a Dermatology and Venereology Centre, which is administered vertically under the National Institute of Dermatology and Venereology. This centre covers the relevant diseases at the provincial level. At the district level, there are Social Disease Units in which 1 staff member supervises the leprosy programme. In each commune – comprising approximately 2–5 villages with 1000–3000 – inhabitants, leprosy and other communicable diseases are managed by 1 health worker, whose task is to refer suspected cases for confirmation, provide treatment and regularly follow up with patients. Drugs used for MDT are stored at health-centre pharmacies at all levels. All activities of the national leprosy control programme are systemically managed from the central level to local levels with this network of health workers.

In 1983, WHO's MDT was introduced, but it covered only a limited area. Coverage reached 50% in 1985 but was almost 100% by 1991.

Prevalence trends

Table 1 shows the decreasing trend in the absolute number and rate of registered prevalences (that is, cases on the treatment register) by the end of each year as well as the decrease in the annual number and rate of newly detected cases from 1983 to 2006. As a result of the efforts undertaken by the national programme, Viet Nam reached the goal of elimination at the national level in 1995, reporting a prevalence rate of 0.7 cases/10 000 population.

In order to promote community awareness and to increase case-finding activities in selected parts of the country, several special projects were carried out, including health education campaigns, a special action project for the elimination of leprosy, leprosy elimination campaigns and mini-elimination campaigns (Table 2). These activities were conducted during 1991–1997.

During the 1980s, the case-load in terms of registered prevalence was high, mainly because of the re-registration of a large number of patients who had been previously treated with dapsone. These patients were treated again with MDT. Also during this period, patients with MB leprosy were treated for a period of 24 months or until their bacteriological index was negative. This explains the high prevalence rate occurring from 1983 to 1991. However, starting in 1992, the number of registered cases declined. The rapid reduction in prevalence was due to factors that included increased coverage of MDT throughout the country, which shortened the duration of treatment; the use of a standard case definition

tés annuellement, la répartition des nouveaux cas selon le sexe et l'âge, la classification de la maladie et le niveau d'incapacité.

Le taux de prévalence est exprimé en fonction du nombre de cas inscrits à la fin de l'année pour 10 000 personnes. Le taux de dépistage de nouveaux cas est exprimé en fonction du nombre de nouveaux cas dépistés pendant l'année pour 100 000 personnes.

Organisation

Au niveau national, l'Institut national de Dermatologie et de Vénérologie est le Département du Ministère de la Santé chargé des affections cutanées, des infections sexuellement transmissibles et de la lutte antilépreuse. Chaque province est dotée d'un centre de dermatologie et de vénéréologie administré verticalement par l'Institut national de Dermatologie et de Vénérologie et couvrant les maladies pertinentes au niveau provincial. Au niveau du district, des unités sociales de lutte contre la maladie sont dotées d'un membre du personnel chargé de superviser le programme de lutte antilépreuse. A l'échelle communale – chaque commune regroupant 2 à 5 villages peuplés de 1000 à 3000 habitants –, la lèpre et les autres maladies transmissibles relèvent d'un agent de santé qui doit faire procéder à la confirmation des cas suspects, fournir un traitement et assurer régulièrement le suivi des malades. Les médicaments utilisés pour la chimiothérapie sont stockés dans des pharmacies centrales de la santé à tous les niveaux. Toutes les activités du programme national de lutte antilépreuse sont systématiquement gérées du niveau central jusqu'au niveau local avec ce réseau d'agents de santé.

En 1983, la polychimiothérapie de l'OMS a été introduite, mais uniquement dans une zone limitée. Son niveau de couverture a atteint 50% en 1985, et pratiquement 100% en 1991.

Evolution de la prévalence

Le Tableau 1 montre une tendance à la baisse du nombre de cas et du taux de prévalence des cas enregistrés (correspondant au nombre de cas inscrits sur le registre de traitement) à la fin de chaque année, ainsi qu'une diminution du nombre annuel et du taux de cas nouvellement dépistés de 1983 à 2006. A la suite des efforts entrepris par le programme national, le Viet Nam a atteint le but de l'élimination au niveau national en 1995, signalant un taux de prévalence de 0,7 pour 10 000 personnes.

Afin de promouvoir la sensibilité communautaire et d'accroître les activités de recherche des cas dans des parties déterminées du pays, plusieurs projets spéciaux ont été appliqués, notamment des campagnes d'éducation pour la santé, un projet spécial d'action pour l'élimination de la lèpre, des campagnes d'élimination de la lèpre et des mini-campagnes d'élimination (Tableau 2). Ces activités ont été menées de 1991 à 1997.

Au cours des années 80, la charge de morbidité selon la prévalence des cas enregistrés était élevée, principalement en raison du réenregistrement d'un grand nombre de sujets ayant précédemment reçu un traitement à la dapsone. Ces sujets ont été traités à nouveau par la polychimiothérapie. Egalement pendant cette période, les cas de lèpre MB ont été traités pendant une période de 24 mois ou jusqu'à ce que l'indice bactériologique devienne négatif, ce qui explique le taux de prévalence élevé entre 1983 et 1991. Toutefois, à partir de 1992, le nombre de cas enregistrés a diminué. La réduction rapide de la prévalence était due à des facteurs comprenant l'accroissement de la couverture de la polychimiothérapie dans l'ensemble du pays qui a réduit la durée du traitement, l'utilisation d'une définition

Table 1 **Prevalence and new-case detection of leprosy, Viet Nam, 1983–2006**
 Tableau 1 **Prévalence de la lèpre et nouveaux cas dépistés, Viet Nam, 1983-2006**

Year – Année	Prevalence – Prévalence		Cases detected – Cas dépistés	
	Number – Nombre	Rate (per 10 000) – Taux (pour 10 000 personnes)	Number – Nombre	Rate (per 100 000) – Taux (pour 100 000 personnes)
1983	38 652	6.78	2 021	3.74
1984	36 226	6.14	2 103	3.77
1985	32 483	5.36	2 062	3.59
1986	29 219	4.79	2 292	3.88
1987	27 401	4.42	2 183	3.61
1988	24 570	3.90	1 847	2.98
1989	23 612	3.69	2 073	3.26
1990	24 081	3.65	1 995	3.47
1991	18 418	2.71	2 500	3.69
1992	9 245	1.36	3 142	4.53
1993	7 090	1.01	3 185	4.38
1994	7 104	1.00	3 173	4.29
1995	5 277	0.70	2 591	3.45
1996	4 827	0.68	2 883	3.83
1997	4 665	0.61	2 808	3.65
1998	3 482	0.44	2 162	2.74
1999	2 087	0.27	1 795	2.35
2000	1 718	0.23	1 477	1.94
2001	1 532	0.2	1 336	1.73
2002	1 269	0.16	1 158	1.44
2003	1 204	0.15	949	1.18
2004	828	0.1	858	1.04
2005	642	0.1	746	0.9
2006	572	0.1	666	0.75

Table 2 **Special projects to promote community awareness and increase case-finding of leprosy in Viet Nam, 1991–1997**
 Tableau 2 **Projets spéciaux visant à promouvoir la sensibilité communautaire et à accroître la recherche des cas de lèpre au Viet Nam, 1991-1997**

Project – Projet	No. of projects implemented – Nombre de projets appliqués	Population covered – Population couverte	No. of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés
Leprosy elimination campaign – Campagnes d'élimination de la lèpre	8	1 100 200	603
Special project for the elimination of leprosy – Projets spéciaux d'élimination de la lèpre	6	872 000	154
Others – Autres	18	1 030 000	663
Total	32	3 002 200	1 420

for treatment; and improvements in registration practices (removing from treatment registers patients who had completed treatment, died, moved to another area or defaulted). The prevalence rate continued to decline after the introduction in 1998 of 12-month fixed-duration treatment for patients with MB leprosy.

Figure 1 shows the trends in prevalence data from 1983–2006; this reveals that prevalence has dropped significantly, from 6.76 cases/10 000 in 1983 to 0.1/10 000 in 2006. The prevalence of leprosy declined by a factor of 98%.

Since the introduction of MDT, an improvement has been observed also in the epidemiological situation.

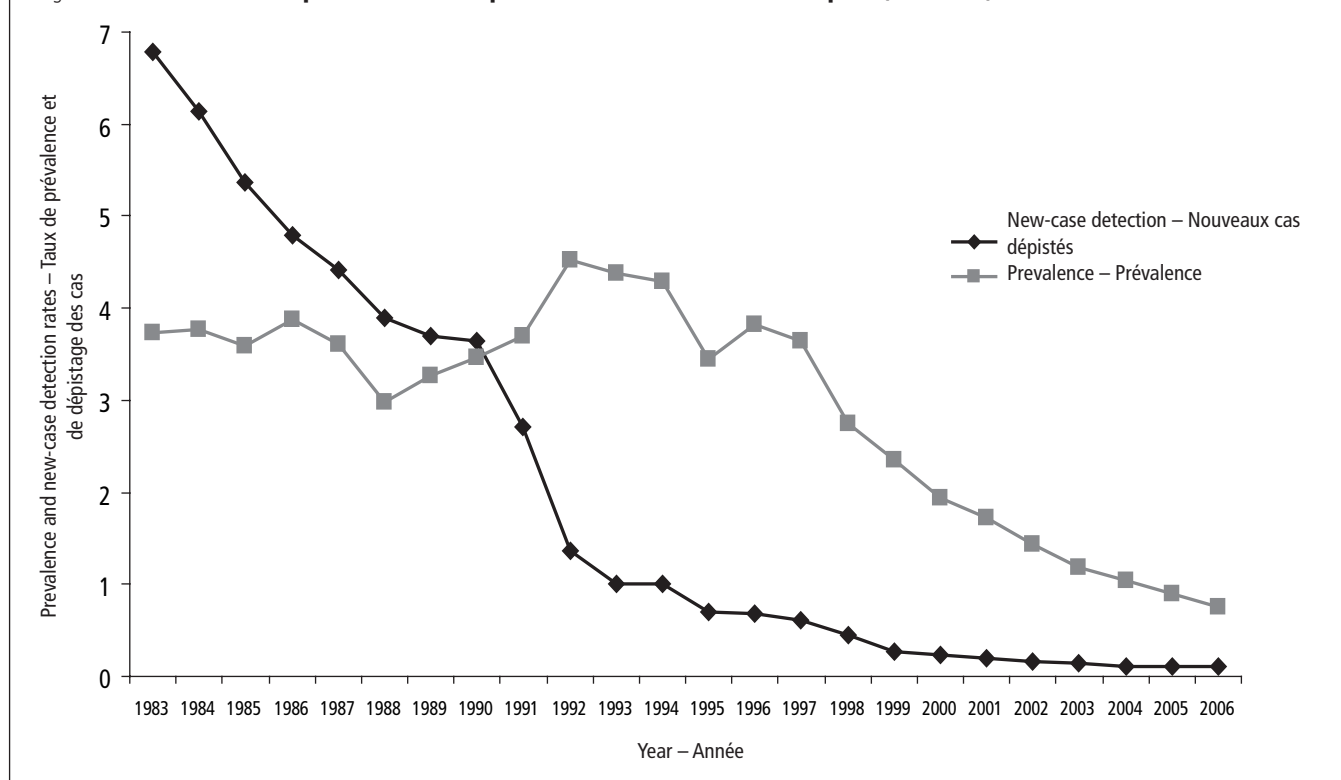
standard du cas pour le traitement et des améliorations des pratiques d'enregistrement (consistant à retirer des registres de traitement les sujets qui avaient terminé leur traitement, étaient décédés ou avaient quitté la zone ou abandonné le traitement). Le taux de prévalence a continué à diminuer après l'introduction en 1998 du traitement à durée fixe de 12 mois pour les sujets atteints de lèpre MB.

La Figure 1 montre l'évolution des données de prévalence de 1983 à 2006 et permet de constater une diminution significative de la prévalence de 1983 à 2006, puisque l'on est passé de 6,76 à 0,1 cas pour 10 000. La prévalence de la lèpre a donc diminué de 98%.

Depuis l'introduction de la polychimiothérapie, on a également observé une amélioration de la situation épidémiologique. La

Fig. 1 Trends in prevalence rate and new-case detection rate for leprosy, Viet Nam, 1983–2006

Fig. 1 Evolution du taux de prévalence de la lèpre et du taux de nouveaux cas dépistés, Viet Nam, 1983–2006



MDT has had a large effect in reducing the burden of disease. Prevalence continues to decline in all provinces and, at the end of 2000, the elimination target was also reached at the provincial level.

Trends in new-case detection

As seen in *Table 1*, there were fluctuations in new-case detection in Viet Nam between 1983 and 2006. From 1983 to 1990, case detection remained relatively stable with only slight changes, but in 1991–1997, the number of new cases detected annually increased, mainly due to an acceleration of various activities aimed at increasing case detection. Many activities were implemented to promote case-finding (*Table 2*). These projects led to an increase in the detection of new cases and helped to clear the remaining backlog in endemic pockets, mainly in the high plateau areas and in the southern provinces.

This is the most likely explanation for why case detection peaked during the period 1991–1997. However, since then, in parallel with the decline in prevalence, the annual new-case detection rate also declined. Despite sustained case-finding efforts, the number of new cases detected annually continues to decline, and in 2006 it was reported to be 666 cases, with a case-detection rate of 0.75/100 000 population.

Grade-2 disabilities among new cases

As shown in *Table 3*, the proportion of new cases with grade-2 disabilities was highest in 1983 (40.82%). It declined in 1984 and reached 17.86% in 1993. It then increased again, reaching 31.59% in 1996. This increase may be due to intensive case-finding efforts carried out between 1991 and 1997. These efforts (*Table 2*) detected

polychimiothérapie a eu un important effet de réduction de la charge de morbidité. La prévalence continue de diminuer dans toutes les provinces et, fin 2000, la cible de l'élimination a également été atteinte au niveau provincial.

Evolution du nombre de nouveaux cas dépistés

Comme on le voit au *Tableau 1*, le nombre annuel de nouveaux cas dépistés a fluctué au Viet Nam entre 1983 et 2006. De 1983 à 1990, il est resté à un niveau relativement stable avec des changements peu prononcés, mais, de 1991 à 1997, il a augmenté, principalement à cause d'une accélération de différentes activités visant à améliorer le dépistage. De nombreuses activités ont été appliquées pour promouvoir la recherche de cas (*Tableau 2*). Ces projets ont conduit à une augmentation du nombre de nouveaux cas dépistés et contribué à réduire le nombre des anciens cas non mis à jour dans les poches d'endémie, principalement dans les hauts plateaux et les provinces méridionales.

C'est là l'explication la plus plausible du pic des cas dépistés atteint au cours de la période 1991–1997. Depuis, parallèlement à la baisse de la prévalence, on a également assisté à une diminution du taux des nouveaux cas annuels dépistés. Malgré le maintien des efforts de recherche des cas, le nombre annuel de nouveaux cas dépistés continue de diminuer et, en 2006, seuls 666 cas ont été notifiés, ce qui correspond à un taux de dépistage des cas de 0,75/100 000 habitants.

L'incapacité de niveau 2 parmi les nouveaux cas

Comme on le voit au *Tableau 3*, la proportion des nouveaux cas présentant une incapacité de niveau 2 a atteint un maximum en 1983 (40,82%). Elle a diminué à partir de 1984, s'établissant à 17,86% en 1993. Puis elle est repartie à la hausse, atteignant 31,59% en 1996, peut-être suite aux efforts intensifs de recherche des cas consentis entre 1991 et 1997, qui ont permis (*Tableau 2*)

a large number of previously undiagnosed cases, most of whom probably became disabled as a result of delayed diagnosis. It may also be the result of re-registering patients, especially those with disabilities, who had been registered and treated previously (a recycling of old cases). However, as shown in *Figure 2*, the proportion of new cases with grade-2 disabilities started to decline beginning in 1997; in 2006, it was 16.20%. This declining trend is a good indicator, but further declines are needed. The delay in detecting cases, as reflected by the high proportion of grade-2 disabilities among new cases, may be the result of strong stigma in the community and low awareness of the disease among the general public.

Proportion of females among new cases

Figure 3 shows the proportion of females among new cases detected from 1983 to 2006; this proportion has increased by around 35–38% since 1995. Similar findings have been observed in other countries in the region, such as Thailand.

Proportion of children among new cases

As shown in *Table 4*, the proportion of children aged <15 years among new cases has always been <10%. The proportion of children fluctuated between 3.95% and 9.57% during 1983–1995. However, following the decline in the number of new cases detected annually, a similar

de dépister un grand nombre de cas non diagnostiqués auparavant, l'incapacité résultant probablement souvent du diagnostic tardif. L'augmentation a peut-être aussi résulté du réenregistrement de certains malades, notamment ceux atteints d'incapacité, qui avaient été inscrits et traités antérieurement (recyclage d'anciens cas). Toutefois, comme le montre la *Figure 2*, la proportion des nouveaux cas présentant une incapacité de niveau 2 a recommencé à diminuer en 1997 et, en 2006, elle n'était plus que de 16,20%. Cette tendance est un bon indicateur, mais d'autres diminutions sont nécessaires. Le retard dans le dépistage des cas, reflété par la proportion élevée des sujets présentant une incapacité de niveau 2 parmi les nouveaux cas, peut être le résultat d'une forte stigmatisation dans la communauté et d'une faible sensibilisation à la maladie dans le grand public.

Proportion de femmes parmi les nouveaux cas

La *Figure 3* montre la proportion des femmes parmi les nouveaux cas dépistés de 1983 à 2006; cette proportion a augmenté d'environ 35% à 38% depuis 1995. Des constatations similaires ont été observées dans d'autres pays de la Région, comme la Thaïlande.

Proportion d'enfants parmi les nouveaux cas

Comme le montre le *Tableau 4*, la proportion d'enfants âgés de <15 ans parmi les nouveaux cas a toujours été <10%, variant entre 3,95% et 9,57% au cours de la période 1983-1995. Toutefois, suite à la diminution du nombre de nouveaux cas annuels dépistés, on a observé au cours de la période 1995-2006 (*Fig. 4*)

Table 3 **Proportion of females and proportion of grade-2 disabilities among new cases with leprosy, Viet Nam, 1983–2006**

Tableau 3 **Proportion des femmes et proportion des incapacités de niveau 2 parmi les nouveaux cas de lèpre, Viet Nam, 1983-2006**

Year – Année	Female – Femmes		Grade 2 disabilities – Incapacité de niveau 2	
	Number – Nombre	Proportion among new cases – Proportion parmi les nouveaux cas	Number – Nombre	Proportion among new cases – Proportion parmi les nouveaux cas
1983	612	30.28	825	40.82
1984	622	29.50	625	29.70
1985	504	24.40	655	31.77
1986	646	28.20	683	29.80
1987	642	29.40	605	27.70
1988	509	27.60	517	27.99
1989	466	22.50	577	27.83
1990	463	23.20	551	27.62
1991	494	19.80	606	24.20
1992	739	23.50	685	21.80
1993	1 114	35.00	569	17.86
1994	872	27.50	641	20.20
1995	926	35.70	789	30.50
1996	1 017	35.20	909	31.53
1997	1 011	36.00	854	30.40
1998	803	37.10	626	28.95
1999	676	37.70	450	25.07
2000	571	38.70	309	20.92
2001	497	37.00	267	19.99
2002	437	37.74	225	19.43
2003	339	35.72	179	18.86
2004	322	37.53	145	16.90
2005	269	36.06	121	16.22
2006	245	36.79	108	16.20

Fig. 2 **Proportion of grade-2 disabilities among new cases of leprosy, Viet Nam, 1983–2006**

Fig. 2 **Proportion des cas d'incapacité de niveau 2 parmi les nouveaux cas de lèpre, Viet Nam, 1983 2006**

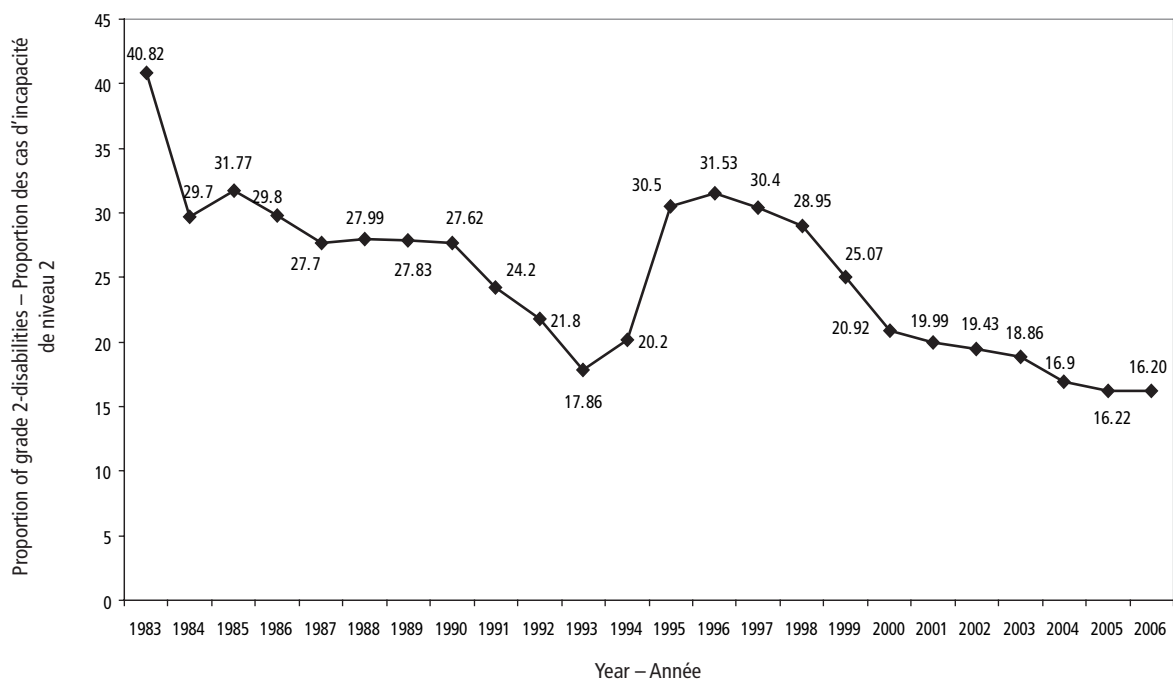
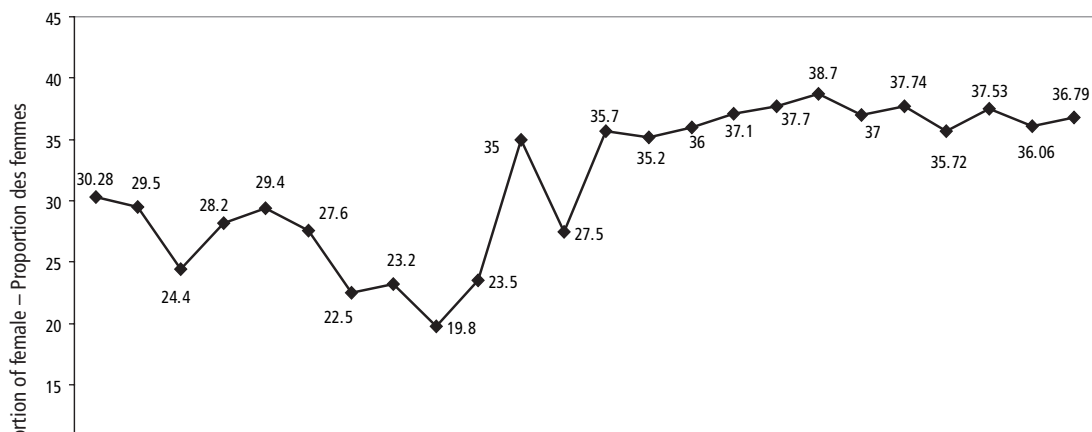


Fig. 3 **Proportion of females among new cases of leprosy, Viet Nam, 1983–2006**

Fig. 3 **Proportion des femmes parmi les nouveaux cas de lèpre, Viet Nam, 1983-2006**



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_29411

