

今週の話題：**<リンパ系フィラリア症、2001年集団薬剤投与の進展報告>**

リンパ系フィラリア症は世界80ヶ国に分布する風土病で、11億人以上に感染の危険性があると推定される。2001年末にはリンパ系フィラリア排除プログラム(Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis, PELF)の参加国22ヶ国において、25,478,136人が集団薬剤投与を受けた。12ヶ国のみが参加し300万人を対象とした2000年と比較するとその数は著しく増加した。2001年にPELFが対象とした22ヶ国の内、バングラデシュ、インド、ナイジェリア、ミャンマーの4カ国は世界で最も流行値が高く、4カ国で感染危険のある人口は6億7百万人以上と推定され、世界の約半数を占める。

*** 流行地：**

PELFの世界的な地域別活動の過程で、著しい進展が見られた。この活動プログラムは第8回世界プログラム評価グループ(Programme Review Group)の会合で採択されたものである。プログラムがより効果的に機能し、国境を越えた移住に関する問題も考慮できるよう、発症国が6つの地域に分類された；アフリカ、アメリカ、東地中海、メコン川、インド亜大陸、太平洋諸島である。

表2 リンパ系フィラリア、感染危険人口および薬剤投与達成人口、地域別、2001年

地域	22カ国の感染危険人口 (100万)	薬剤投与達成国	2001年までに達成された人口 (100万)	達成国における感染危険人口の割合
アフリカ ^a	104.3	6	2.85	2.7%
アメリカ ^b	6	1	0.11	1.8%
東地中海 ^c	2.4	1	2.33	97.1%
メコン ^d	73.6	2	3.75	5.1%
インド亜大陸 ^e	498.4	3	15.91	3.2%
太平洋諸島 ^e	0.9	9	0.54	60.0%
計	685.6	22	25.48	3.7%

^a ブルキナ・ファソ、コモロス、ガーナ、ナイジェリア、トーゴ、タンザニア

^b ハイチ

^c エジプト

^d フィリピン、ミャンマー

^e バングラディッシュ、インド、スリランカ

^e アメリカサモア、クック諸島、フランス領ポリネシア、キリバチ、ニウエ、サモア、トンガ、チュバル、バヌアツ

*** プログラム評価グループによる国別分析：****アフリカ**

ブルキナファソ：PELFは、リンパ系フィラリア症の分布地図を既に完成させ、この国の1200万人の住民に感染の危険があると推定した。オンコセルカ症が存在するため、採用された治療法は2薬剤(イベルメクチンとアルベンダゾル)の共投与が基本。2001年12月から2002年1月の間、南部のGaouaの4地区において431,399人が集団薬剤投与の治療を受けた。この地区の発症率は34%~74%で、マイクロフィラリア濃度は462~723mf/mlであった。77.2%が配布運動で処置されたと推定される。コモロ：人口全体(約60万人)に感染危険がある。フィラリア感染はイムノクロマト試験(ICT)により10%から17%に変化した。マイクロフィラリアの血液検査は75mf/mlを越える濃度を示した。2001年7月、diethylcarbamazine(DEC)とアルベンダゾルの配給が3島で始まり、53,308名の人々が集団薬剤投与を受け、85.7%を処置したと推定される。ガーナ：2001年のフィラリア分布地図によれば、約657万の人々が感染危険にある。2000年に第1回の薬剤集団投与を始まり、第2回目は2001年2月に41地区のうち5地区で実施された。イベルメクチンとアルベンダゾルが393,677名に配給され、処置率は68.5%と推定される。ナイジェリア：アフリカ大陸で感染危険人口が最も多く(世界では第2位)9の自治区の感染危険性住民は8千万人である。2州では既に地図が完成、基金入手のため最近全国的な調査が提案された。2001年9月、集団薬剤投与は675,701人に及んだ。タンザニア連合共和国(本土)：国内風土病エリア地図は作成済み。現在、33地区が流行地である。2001年10月に675,087人が集団薬剤投与を受けたと推定される。ICTによって感染率が38%~64%であると評価された5地域の住民は、イベルメクチンとアルベンダゾルの併用で治療された。今日までに3地域316,494人が治療を受けた。ザンジバル：12地域の941,546名に感染危険がある。2001年10月の集団薬剤投与は危険性のある638,909人を対象とし、投与率は警戒地区の76%に対し67.9%であった。トーゴ共和国：国内のマッピングは2000年に完成。感染危険人口は7地区に住む約110万人。2001年4月の集団薬剤投与は7地域の342,398名を対象とし、投与率は74.7%であった。

アメリカ大陸

ハイチ：73の地方自治体の6百万人に感染危険があると推定された。フィラリアの国内地図は2002

年末までに完成予定。2001年10月、有病率が10～50%と推測されるレオガン地域の4地方自治体の105,750人に集団薬剤投与した。投与率は警戒地域の62%に対し70.5%と推定された。

東地中海

エジプト：DECとアルベンダゾルの集団薬剤投与は2年連続で実施され、25自治区と178村落で241万人が治療を受けた。2001年9月の集団薬剤投与は2,325,724人を対象とし、率は96.4%と推測された。

メコン川

ミャンマー：全国地図は2002年末までに完成予定。4650万人の感染危険が見込まれ、2001年11月にDECとアルベンダゾルは投薬が計画された324の実施単位のうち、10単位の1,803,306名に投与された。その投与率は警戒地域の74.3%に対し93%と推定された。投与前の調査ではマイクロフィラリア保有率が1.1%から7.1%の範囲であった。フィリピン：フィラリアの分布地図は現在作成中。危険人口は2350万と見積もられている。疾患は290自治区で風土病化している。2001年8月にDECとアルベンダゾルの併用による集団薬剤投与が実施され、92自治体の1,945,121人を対象とし、投与率は73.4%と推測された。

インド大陸

バングラデシュ：総人口1億2千万人のうち3400万人にリンパ系フィラリア症が蔓延していると推定される。2001年11月、Pangchar地区の808,697人がDECとアルベンダゾルの集団投与を受けた。警戒地域が93%で、実施地区は95.5%と推測された。インド：261地区の4億5400万人にリンパ系フィラリア症の危険があり、2001年2月にDECとアルベンダゾルの集団投与が13,433,322人に行われ、他の約1千万人がDECの単独投与を受けた。警戒地域は59.3%で、実施率は88%と見込まれた。スリランカ：フィラリアの分布地図は2000年に完成した。危険人口は8地区950万人。2001年5月の薬剤投与運動によりコロンボ地域の1,666,389人がDECとアルベンダゾルの併用投与を受けた。投与率は推定76.7%。

太平洋諸島

クック諸島：第1回のDECとアルベンダゾルの配布運動が2000年に始まった。2001年2月に11,562名への薬剤配布に成功し、投与率は77.8%であった。キリバス：85,778名にフィラリア症の危険がある。第1回のDECとアルベンダゾルの配布運動は2001年8月に始まり、46,097名が治療を受けた。Niue：DECとアルベンダゾルの第1回の配布運動が2000年に始まり、2001年2月に再開し1,706名に投与した。投与率は89.2%であった。ポリネシア：総人口230,000名はフィラリア症の危険がある。2年目の2001年3月に第2回目のDECとアルベンダゾルの集団配布が214,149名に行われ、95%が処置された。アメリカサモア：PELFを始めた最初の国の一つ。ICTによりフィラリア症の有病率は16.5%と推定。2001年9月に29,991人へのDECとアルベンダゾルの集団投与を行ない、投与率は52.3%と推定。サモア：PELFとして2000年に第1回のDECとアルベンダゾルの配布運動を始めた。第2回の配布は2001年10月に行われ、結果はすぐに出る予定にある。トンガ王国：風土病化している。感染を防止するために第1回のDECとアルベンダゾルの集団投与が2001年4月に行われ、合計79,969名が治療を受けた。処置率は81.8%。ツバル：2001年8月にツバルの9島はDECとアルベンダゾルの集団投与運動を終えた。バヌアツ：住民187,828人全てにフィラリア感染の危険性がある。第2回のDECとアルベンダゾルの再投与運動が2001年6月に実施された。155,517人が治療され83.3%を処置した。

* 公衆衛生問題としてのリンパ系フィラリア症排除の戦略：

この戦略は、1、危険地域での伝染の防止、2、急性や慢性疾患の無力患者の防止や軽減、の2つから成る。伝染を防止するには薬剤投与は危険地域を全てカバーしなければならない。ほとんどの国においてこのプログラムの内容はDECとアルベンダゾル2薬剤の年1回再投与である。オンコセルカ症の存在する地域では、イベルメクチンとアルベンダゾルの併用が必要。年1回の集団投与は、少なくとも4～6年必要である。数滴の血液中の抗原を検出する診断とスクリーニング技術の発達は診断へのアプローチを完全に变化させた。この技術によりフィラリア症の分布の正確なマッピングが始まった。

* 結論：集団薬剤投与のために疾患排除が進展。22カ国の何カ国かはすでに集団薬剤投与が始まっており、感染の危険性がある人々の薬剤投与率は良好。多くの新しい国々を毎年登録させるための資金をPELFで集めることがこれからの大きな挑戦の一つである。2002年には新規加入する国は少数であると思われる。経験を強化し、集団薬剤投与を受けるPELF加入人口の比率を増加する努力が要求されている。薬剤投与のための十分な人口を保持するためには、社会動員を増加させ、副作用を処置するためのより一層の努力が必要。苦痛の軽減と無力患者の防止はPELFが強化する必要がある分野である。これは社会の動員と予防手段に貢献するだろう。参照：表1：PELF、集団薬剤投与、2001年 地図1：リンパ系フィラリア流行国、図1：PELFが達成された感染危険人口、表3：PELF22カ国における集団薬剤投与の開始日 WER 参照

流行ニュースの続報：＜インフルエンザ＞

イラン（2002年4月9日）：冬季、インフルエンザ様疾患は全地域で全年齢層に影響を与えた。A型とB型が流行。B/北京/1/97株が13歳と41歳の男性患者から分離された。韓国（4月12日）¹：2月以降、A型が僅かに散発的に残った。参照¹No. 4、2002、p. 30 （戸田圭三、松村末夫、小西英二）