

流行ニュース：

## &lt;急性水溶性下痢症候群：アフガニスタン&gt;

アフガン厚生省は、過去3週間にわたり6,691例（カブールの3死亡例を含む）の下痢疾患が発生したと報告した。パキスタンのイスラマバード国立衛生研究所により、これらのケースのうち3例でビブリア・コレラが確認されている。厚生省は、政府代表、国連機関、非政府組織からなるコレラ対策チームを再開させ、健康教育や飲料水の塩素処理などの予防策を講じている。サーベイランス活動は進行中である。コレラを含む下痢疾患ケースの増加はこの時期この地域では通常であるが、WHOと厚生省は共同してこの状況をモニタリングしている。

## &lt;コレラ&gt;

\*ブルンジ：2002年7月15日現在、厚生省は集団発生が始まった6月17日以来、死者2名を含む計217例を報告した。その大部分はBujumbura Ruraleで発生し、特にRushubi、Nyambuye、Gihosha、Gikunguが被害を受けている。集団発生の主な原因は、不適切な飲料水や汚染された地元の水源の利用である。厚生省は集団発生を封じ込めるため技術者委員会を設置。WHOやNGO協力のもと、治療センターの設立や水浄化剤の配布及びNyakabugu川の長期浄化計画が進行中である。

\*ニジェール：厚生省は、6月9日から7月22日にかけてGaya地方と南部のDosso地域における死者8名を含む合計104例（死亡率7.70%）を報告した。ニジェール国立調査資料研究所によりエルトル型コレラ菌が確認されている。厚生省と民間保健当局は、サーベイランス、健康教育キャンペーン、井戸の塩素処理そして衛生状態を向上させる活動の強化など、集団発生に対する対策を実施している。WHOは治療薬を配布し、健康教育や住民参加を促す活動チームのため交通の便宜をはかるなど、この努力を支援している。

## &lt;デング/出血性デング熱&gt;

\*ホンジュラス：2002年6月29日現在、死者8名及び545例の出血性デング熱を含む3,993例のデング熱の報告を受けた。出血性デング熱汚染地域は、10地域である。

デング集団発生に対する対策は、地域参画とコミュニケーション戦略に焦点があてられている。サーベイランスと病毒媒介昆虫コントロールのため、エルサルバドルとの国境付近の地域において協力が開始されている。エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラスの各厚生大臣が近々デングのサーベイランス、予防、コントロールのための方策について話し合う予定である。

\*エルサルバドル 2002年7月6日現在、エルサルバドル厚生省は死者6名及び出血性デング熱156例を含む2,249例のデング熱を報告した。流行曲線から集団発生はピークにあると推測している。

今週の話題：

## &lt;Buruli 潰瘍 Mycobacterium ulcerans 感染&gt;

\*背景：Buruli 潰瘍（BUD）はMycobacterium ulceransが原因で引き起こされ、近年西アフリカ、特に遠隔地域からの報告が急増している。世界中の30カ国以上で確認又はその疑いの報告があるが、医療関係者や一般市民にも限られた認識しかなく、意識の低下や報告もれに繋がっていると考えられる。

標準治療は、外科的治療（病変組織の摘出と皮膚移植）であるが費用が高い。このことから、人口の22%までが被害を受けている国々もあり、結核やらい病に替わって最も多い細菌感染症となっている。しかし、入院期間・治療範囲・後遺症・深刻な罹患率・死亡率・費用等を縮小するために早期発見及び治療を目指した現在のBUD抑制戦略では限界がある。前潰瘍（小結節）状態における外科的処置は治癒の効果があるとされているが、この段階の患者はほとんどいない。ネズミを使った最近の研究で、リファンピシンとアミカシン/ストレプトマイシンの組み合わせにより初期段階のBUDが治ることが示唆されている。ヒトにおけるパイロット調査も進行中である。

\*疫学：BUDの伝播経路、感染源、危険因子は殆ど知られていない。リスクがあるのは、よどんだ水源にさらされた熱帯地方に居住する人々である。オーストラリアとナイジェリアにおける人工湖を作るためのダムのおせき止めやウガンダにおける洪水はBUDの流行と関連している。環境に対する人工的変更は、現在の西アフリカのBUD非常事態とも関連していると推測されている。被害で苦しんでいる人の大部分が貧しく、湿地環境に住む農業地域の人達である。性差はないが、2歳から15歳の子供で特に被害を受けている。この理由や感染経路は明らかでない。細菌が皮膚の外傷を通して侵入すると仮定されている。ヒトからヒトへ感染するという確たる証拠はない。

\*臨床症状：臨床症状から経験的にBUDは診断できる。典型的な臨床スペクトルは、無痛性の皮下小結節または斑点から潜蝕する潰瘍へと進み、たいてい全身症状がない。治療せずにおくと、前潰瘍病変が数週間から数ヶ月で潰瘍に進行する。共通した後遺症は、広範囲な癬痕形成、拘縮、骨髄炎、四肢欠損、失明である。死亡は敗血症、壊疽、破傷風など二次感染が原因で起こる。

\* M.ulcerans 感染確定検査： BUD 確定診断のために WHO が推奨しているのは以下の検査の中で 2 つが陽性になることである。1) チール-ルン染色(AFB)、2) 微生物培養、3) 組織病理、4) PCR 検査。WHO の目標は、進行性潰瘍に発展する前に M.ulcerans に感染した患者を確定できる最新かつ簡単に迅速な診断方法の開発を促進することである。

\* 予防： M.ulcerans 感染経路の基本的メカニズムに関する理解不足のため予防戦略は遅れている。BCG 予防接種は多少の効果があることが示唆されている。積極的なサーベイランスによる早期発見や外科的治療によって重症化を防ぐには限界がある。危険地域の人々に対する教育が罹患率や治療の遅れからくる死亡率を減らすには重要な戦略かもしれない。農作業における防護服の着用や外傷性の傷に対する早急な洗浄などお金のかからない予防戦略が検討されている。

\* サーベイランス： BUD は、西アフリカ、中央アフリカ、西太平洋諸国の熱帯地方で起こるが、アメリカやアジアでも症例が報告されている。サーベイランスシステムの不足や最も被害を受けている国々では報告可能な疾患ではないという事実、疑い例を確定するための日常的検査がないこと、受動的なサーベイランスシステムにより報告が不十分なことから、全世界的に被害を評価することは難しい。次のような事柄を含むいくつかの要因が、BUD 罹患サーベイランスシステムの効果に不利に影響している。

- 1) 感染者は医療とほとんど縁のないかなり奥地で発生している。
- 2) 健職員や一般市民の疾患に対する知識が不十分。
- 3) 感染者は BUD に効果的な治療法があると考えていないので、手遅れになったり医療を受けない。
- 4) 医学的治療は高価で入院期間の延長を余儀なくされる。
- 5) 治療はたいてい伝統的治療師によって行われる。
- 6) 死亡率は低いので、感染者は深刻な問題として捉えていない。

2002 年 3 月 11～14 日にジェノバで開催された WHO Buruli 潰瘍総会においてサーベイランスに関する以下のような活動指針が提唱された。

- 1) 現存する対策を強化する。また報告様式の標準化により、先進的な WHO サーベイランス方式や BUD ツールを採用する。
- 2) 既存の地域サーベイランスシステムを統合し、村や地元レベル（病院レベルでなく）で早期発見に努める。
- 3) 被害国においては、BUD が国家的に報告すべき疾患になるようにする。
- 3) BUD 調査をしている NGO や国内外の研究所は、BUD サーベイランスと管理計画とを統合するため国立や地方保健当局と協議すべきである。
- 5) 戦略の目的を達成する国家的計画をサポートするために Health Mapper software プログラム（データ管理のため WHO が開発したもの）を応用する。
- 6) 被害を受けた国すべてを重点的に取り扱い、被害地域の既存の知識を活用して目標を定めた調査、人口動態調査を行い、併せて隣接する地域を評価する。
- 7) 訓練された人材を活用するため既存のインフラストラクチャー（EPI、メジナ虫、ハンセン病、及び他の国家対策）を使って国内の流行 / 発生動向調査を開始する。： 今回は 14 カ国からの発生情報が要約されている。この情報は BUD の知識向上には役に立つが、正確な実態を反映していないので、被害を受けた国々や近隣の国々では引き続きサーベイランスの警戒が必要である。

\* 編集ノート： Buruli 潰瘍は西アフリカ諸国では劇的に増加しており、この増加は HIV 感染と関連性はない。出現理由は依然つかみどころがないままである。今後疾患の発生と流行の全容を明らかにするため医療従事者や公衆衛生関係者の意識の向上が必要である。現在、WHO の主導により様々な対策が講じられているが、この奇妙な疾患の疫学、治療、コントロール及びサーベイランスに関する理解を促すために、速く、簡便で安価な診断方法の開発は必須である。また、被害は予想以上に拡大傾向にあるため、サーベイランス地域を拡大させていくことが非常に必要である。

Web を利用したアフリカにおける早期マラリア流行予告；流行危険地域における降雨量モニタリング

アフリカでは乾燥地域及び砂漠周辺地域の降雨はマラリア伝播に影響する主な要因の一つである。流行は、大雨の後数週間発生するが、干ばつや食料不足に引き続く流行は特に深刻である。近年 RBM（マラリア撲滅政策）専門家支援ネットワーク会議にて、伝播地域における流行リスクをモニタリングするための簡単な手法の開発が決定された。結果は地図形式により Web 上で利用できるようになる。地図は 10 日ごとに更新される。地図へのアクセス <http://edcsw4.cr.usgs.gov/adds>、RBM ウェブのサイト <http://www.rbm.who.int> の伝染病ページ。また、<http://iri.columbia.edu/climate/cid/> で、季節の天気予報や多くの分野（健康を含む）の情報が得られる。

（小寺さやか、田村由美、小西英二）