

流行ニュース：

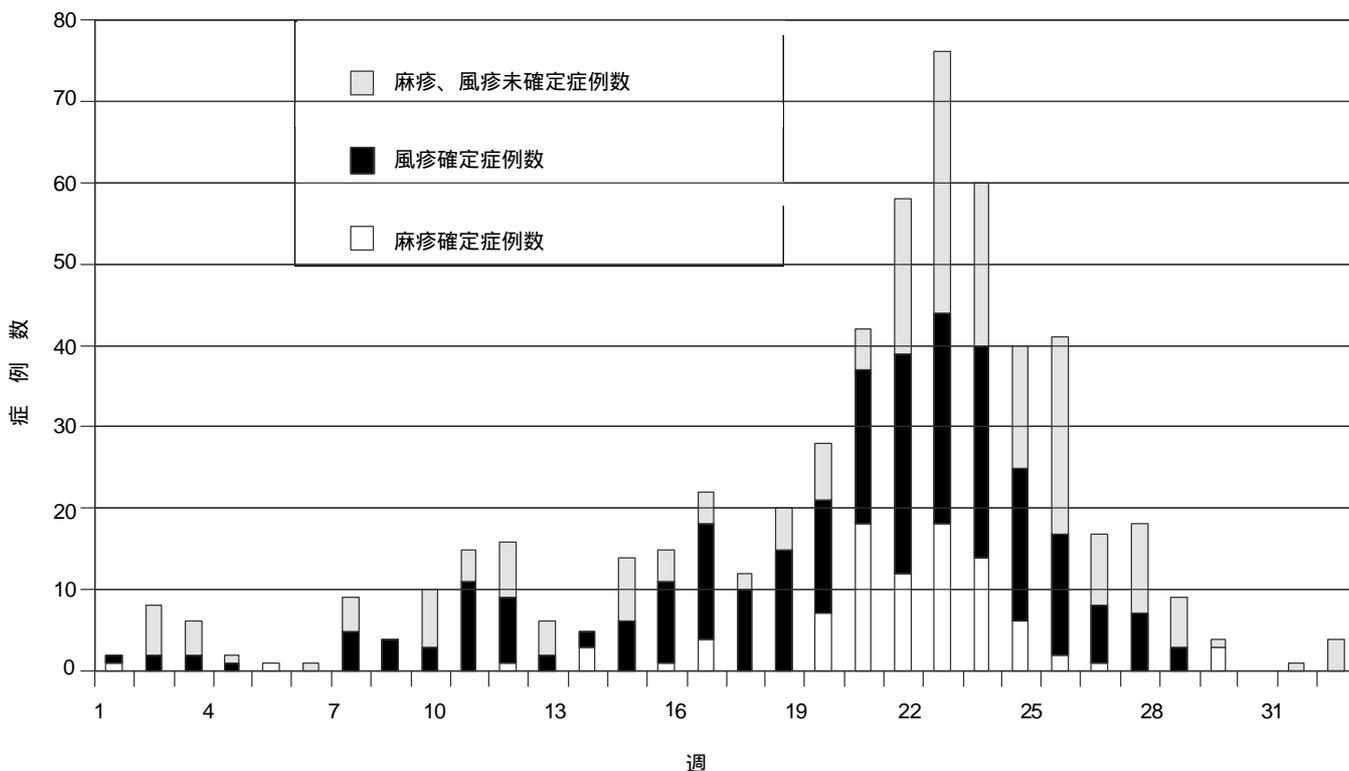
<黄熱、セネガル>

セネガル厚生省は住民80万人の都市Toubaを含むMbacke地区で黄熱の12症例を確認した。流行防止のためワクチン・キャンペーンを10月に始め、ベクターコントロールキャンペーンも実施されている。パスツール研究所の国際調査チームと昆虫学者たちが集団発生評価のためToubaに派遣され、WHOは援助を申し出た。

<麻疹の限定的発生、チュニジア、2002年>

チュニジアにおける国家予防接種プログラムは約20年前に始まり、1990年代初めまでに90%以上の地域で2回のワクチン投与が達成された。その結果、発病率は減少し、発症年齢も上昇した。1998年、チュニジアはサーベイランス強化など麻疹撲滅の行動計画を開始し、伝播率が極めて低くなり、2002年に発疹性発熱の主因は風疹となった。(表1)

表1：麻疹、風疹の確定症例数の週間分布 チュニジア、2002年1月 - 7月



2002年春、Sfax病院において麻疹の確定症例群が確認された。最初の症例から病院スタッフに感染し、次に入院乳幼児患者、その両親へと拡大した。

5月には症例数が急増し、院外に広がり始めた。5月後半にピークに達し、6月に徐々に減少した。合計約60例が臨床検査により確認され、更に31例が疫学上この症例に関係するとされた。流行は、Sfaxに限られ、Gabesで分離された2例が報告されたのは流行が始まってから3ヵ月後であった。

生後16ヵ月~20歳までの患者が集団発生の1/10であったことから、定期的なワクチン接種や集団予防接種キャンペーン対象外の年齢に主に感染した事実に注目すべきである。20歳以上の症例の比率は1992年に5%以下だったが、2002年の集団発生では55%となり、麻疹発症年齢の上昇は明白である。 図2：麻疹症例の年令集団とワクチン接種状況による分布、2002年、チュニジア (WER参照)

厚生省の対応策は、・患者周辺の調査と病院スタッフ、住民、訪問者など接触者へのワクチン接種、・6 - 15ヶ月の小児や20歳代など風疹にかかりやすい年代へのワクチン接種、・増加した発疹性発熱の徹底調査(訪問)と、開業医への情報フィードバックの普及である。

流行は原因である麻疹ウイルス属を分離、同定する好機となった。集団発生の特徴分析で各国が感染症対策を変更する場合には、・定期的なワクチン接種や他のキャンペーン対象年代層の間で十分な免疫があること、・必要な血清学的検査を含む効果的な調査の実施、・病院職員や通常の対象年齢以上の大人へのワクチン接種の確認や拡大が肝要である。

\* 編集ノート：

麻疹管理戦略で、今後の流行を視野に入れた徹底分析が必要であろう。

< 2003年の流行シーズンに推奨されるインフルエンザワクチンの組成 >

本勧告は南半球の次期冬期(2003年5月~10月)用であり、北半球の冬期(2003年11月~2004年4月)用は2003年2月に勧告される。赤道付近の国々には疫学情報を元に9月か2月の勧告が用いられる。

\* インフルエンザ活動、2002年3月 - 9月：

アフリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで報告された。軽度から中等度の集団発生が北半球の国々で報告された。南半球では、5月にニューカレドニア、6~8月にオーストラリア、アルゼンチン、ブラジル、チリ、ニュージーランドで発生した。高死亡率の大流行が7~8月にマダガスカルで起こった。A、B型ウイルスが多くの国で循環した。A(H3N2)型ウイルスが優勢な国やB型が多い国もある。この間、A(H1N1)型とA(H1N2)型の有病率は減少した。

A(H1N2)型：チリで集団発生し、アフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで分離された。

A(H1N2)型：アフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで分離された。

A(H3N2)型：集団発生がアフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアで報告され、アフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパでウイルスが分離された。

B型：集団発生がアメリカ、ヨーロッパ、オセアニアで報告され、アフリカ、アメリカ、アジア、ヨーロッパ、オセアニアでウイルスが分離された。

\* 最近分離されたインフルエンザA(H1N1)型とA(H1N2)型ウイルスの抗原性の特徴：

感染後フェレット血清による赤血球凝集抑制(HI)テストにおいて、大部分のA(H1N1)型とA(H1N2)型ウイルスは抗原的にA/NewCaledonia/20/99と、また、H1N2ウイルスのノイラミニダーゼは1999年当時のH3N2ウイルスと密接に関連していた。

\* インフルエンザA(H3N2)型ウイルス：

HIテストにより、A(H3N2)型ウイルスの多くがA/Moscow/10/99とA/Panama/2007/99と密接に関連していた。かなりの分離ウイルスは異なっていたが、抗原性、遺伝子解析で新たな変種の出現はなかった。

\* インフルエンザB型ウイルス：

大部分のB(H3N2)型は抗原的にB/HongKong/330/2001に関連していた。B/Sichuan/379/99様のウイルスも分離された。

\* 不活化インフルエンザウイルスワクチンによる研究：

A/New Caledonia/20/99(H1N1)、A/Panama/2007/99(H3N2)とB/Shandong/7/97(B/HongKong/330/2001様)ウイルスの抗原を含む3価の不活化ワクチンの被投与者血清で抗体価がHIテストにより測定された。A/NewCaledonia/20/99(H1N1)を含むワクチンは被接種者の成人の89%、老人の79%でA(H1N1)型に対して40力価以上でHI抗体産生を刺激した。H1N2を含む最近の分離株について、抗体の出現頻度や力価は同様であった。

A/Panama/2007/99(H3N2)を含むワクチンは、成人の93%、老人の92%に対して40力価以上でHI抗体産生を刺激した。B/Shandong/7/97を含むワクチンでは成人の84%、老人の89%に対して抗体産生を刺激した。B/HongKong/330/2001様ウイルスの場合も同様だった。B/Sichuan/379/99様ウイルスの場合、抗体力価は低かった。

\* インフルエンザウイルスのワクチン組成に関する勧告：

2002年3月~9月の間、A(H1N1)型、A(H1N2)型、A(H3N2)型、B型ウイルスが広がった。A(H1N1)型、A(H1N2)型は多くの国で広まり、A/NewCaledonia/20/99に類似していた。

A(H3N2)型ウイルスは多くの国での流行と関係し、その大部分はA/Moscow/10/99とA/Panama/2007/99(H3N2)に類似していた。A(H3N2)型ウイルスは、HIテスト上それらと異なるものの抗原性と遺伝子は多様だった。A/Panama/2007/99を含む現在のワクチンは、最近の分離株に対する抗体を誘導した。B型ウイルスは広範囲に広がり、北と南半球両方で集団発生や散発的な症例を引き起こし、ほとんどの分離株はB/HongKong/330/2001に似ていた。それを含む現在のワクチンは、最近の分離株に対する抗体を誘導した。B/Sichuan/379/99様ウイルスは小規模ながら拡散し続けている。国家的な公衆衛生管理者はワクチンウイルスの使用を認め、ワクチン投与の勧告をするべきである。多くの人々はA(H1N1)型、A(H3N2)型とB型インフルエンザにおそらく感染歴がある。幼児を除き、不活化インフルエンザワクチンの1回投与は全ての年代層に必要であり、ワクチン接種歴のない小児は4週間以上あけてワクチン2回投与を受けるべきである。

参照：No.8、2002、pp62-66

(幸絵美加、川又敏男)