

流行ニュース:

フィリピンにおける SARS の流行

フィリピンで単一の輸入感染症例による重症急性呼吸器症候群 (SARS) の集団発生が起こった。病院での感染対策と接触者の追跡により集団発生は計 8 例に限定された。1 例は家族の接触者で、他は院内感染であった。8 例中 2 例が死亡し、6 例が回復した。

\* 初発症例: トロントに勤務する 46 歳のフィリピン人看護助手 (A) が 2003 年 4 月 4 日にマニラに到着した。トロント在住中接触したルームメイトの母親が 4 月 4 日に SARS で入院した。看護助手は 4 月 6 日に発症し、4 月 12 日に A 病院に受診したが、SARS 感染疑い例として隔離されなかった。4 月 13 日、渡航歴によりマニラ市内の SARS 委託病院 (B 病院) へ移送された。胸部 X 線所見にて両側肺のびまん性浸潤が認められた。その後状態は悪化し、4 月 14 日に死亡した。

\* 集団発生: 二次感染の最初の徴候を示した症例は、4 月 13 日に A と接触した 39 歳の病院職員 (AA) で、完全な感染防御用具を装備していなかった。

A の家族 8 人は 4 月 18 日と 19 日に C 病院に入院した。2 歳の子供 (SARS に感染しなかった) と 73 歳の父親 (AB) を除いて入院時の体調は良好であった。

AB の入院時の胸部 X 線所見は正常で、呼吸困難も無く体温は 38 °C であった (パラセタモールを服用)。彼は 4 月 5 日から 13 日まで娘と接触していたが、4 月 21 日まで SARS 患者として認識されなかった。4 月 22 日に挿管され、数時間後に死亡した。

A の義理の兄弟 (AC) は A が帰国してからずっと接触していた。彼は入院の前日に発熱したが、それ以上の徴候は無く、胸部 X 線所見は正常であった。彼は SARS 疑い例として分類された。35 歳の看護師 (ABA) と 32 歳の医師 (ABB) は、AB が SARS を発症した 4 月 22 日に挿管し感染した。看護師は挿管を行う際、ゴーグルを装着しておらず、挿管は困難で時間がかかった (約 10 分間)。

A の家族である 3 人の接触者は厳格な隔離が実施されていなかった C 病院で感染した。

AB を看病していた 29 歳の姪 (ABC) は 4 月 13 日に A から感染したと考えられるが、4 月 18 日頃に A の父親により感染したというより高い可能性がある。A の 70 歳の母親 (ABCA) と 52 歳の兄 (ABCB) は 4 月 18 日に同時に隔離された。彼らは AB (4 月 22 日に死亡するまで) と ABC (4 月 26 日に隔離されるまで) にずっと接触していた。

\* 接触の危険性: 4 月 6 日から 12 日まで、A の症状は出現し、この時期 254 人の家族や友人と接触していた。接触者は 9 日間の自宅隔離命令が出され、一日 2 回保健師による体温検査を受けた。A の居住する小地区も隔離された。A と接触した A 病院の職員 9 名と密接な接触をもつ医療従事者も 14 日間監視下に置かれた。上記のように SARS 発症例を特定することにより、病院外での感染率を 1% 未満にした。

\* 集団発生の影響: 5 月 7 日、この集団発生を受けて、WHO はフィリピンを中等度の局所的伝播パターンを持つ地域として分類した。この疫学的分類は、地域住民やフィリピン観光客への感染危険の増大を意味してはいないが、結果として、いくつかの国々でフィリピンへの旅行制限やフィリピン人労働者の入国が禁止された。しかし、感染危険は感染症例の家族や接触者に限られた。

\* 結論: この集団発生によって、いくつかの重要な公衆衛生学的結論が導き出された。最も重要なことは SARS ウイルスの伝播が、食い止められることである。初発症例は転院するまで感染は不明であったが、病院職員が感染防御用具を装着していなかったにもかかわらず二次的感染が起きなかった。徴候の不明瞭な 3 例を除いた他の症例の早期隔離は感染の伝播を予防した。サーベイランスの基本的な公衆衛生学的手法、接触者の追跡及び早期隔離は、SARS 流行をコントロールする鍵である。

\* 感染者及び国の最新情報: 5 月 27 日に 28 ヶ国から死者 735 例、可能性例 8,221 例という累積症例数が報告されている。過去 3 日間に 73 名の感染例が報告された台湾は最も急速に集団発生が拡大している。症例数はシンガポールの 2 倍であり、最も深刻な集団発生の一つである。

今週の話題:

< ポリオ根絶への進展、南アフリカ、2001 年 - 2003 年 3 月 >

1988 年に WHO が世界的なポリオ根絶を決議して以来、アフリカ地区を含む WHO 全地区においてポリオ根絶に向けかなりの進展があった。WHO はアフリカ地区の国々を 4 つの疫学ブロックに分類した。アフリカ南部の疫学ブロック (「南部ブロック」) は 14 ヶ国あり、1 億 2 千万人の人口を有する。このレポートは 2001 年からの南部ブロックにおけるポリオ根絶の努力を要約している。

\* 定期的な予防接種の達成率: WHO / UNICEF の概算では 2001 年の経口ポリオワクチン 3 回投与 (OPV3) は 2 ヶ国 (モーリシャスとセイシェル) で 90% 以上、4 ヶ国 (ボツワナ、レソト、マライ、南アフリカ) で 80-89%、5 ヶ国 (コモロ、モザンビーク、スワジランド、ザンビア、ジンバブエ) で 70-79%、そして 3 ヶ国 (アンゴラ、ナミビア、マダガスカル) で 70% 以下であった。

\* 補足的な予防接種活動: 全ての南部ブロックの国で、1996 年から 2000 年の間の少なくとも 2 年間、OPV の補足的な予防接種活動 (SIAs) が実施された。SIAs は 0 - 59 ヶ月の幼児を対象に 5 月から 9 月の

間の冬季に2回実施された(表1)。アンゴラ、ナミビア、ザンビアでは、近年の野生ポリオウイルス伝播にともない、2002年に季節ごとの全国ワクチン接種日(NIDs)を設けた。ワクチン由来のポリオウイルスの伝播(cVDPV)により、マダガスカルも2002年に3年ぶりにNIDsを実施した。

2001年 2002年に実施されたSIAsの質は、より細分化された計画、戸別訪問予防接種、戸別訪問予防接種チームへの監視強化、そして全くOPVを受けていない小児を選別することで改善された。OPVを受けていない小児の分布の解析は、定期的な予防接種計画での地理的な優先順位や不足分を正すために必要な対策に役立つ。2002年に、SIAsはアフリカ南部ブロックの内外の国々で調整された。

\* ポリオ発生率：南部ブロックにおいて最も遅く急性弛緩性麻痺(AFP)から野生型ポリオウイルス分離のあった国は、ザンビア(2002年)、アンゴラ(2001年)、マダガスカル(1997年)、そしてナミビア(1995年)である。他の国では、1993年以前に分離されている。

\* AFPサーベイランス：2つの主要な指標が急性弛緩性麻痺(AFP)サーベイランスの質の評価に使われた。15歳以下の小児のポリオによらないAFPの年間発生率(非ポリオAFP率；目標：1/10万分以上)とAFP症例からの適切な糞便検査の実施(目標：AFP症例の80%以上から適切な糞便検査実施)である。南部ブロックにおけるAFPサーベイランスの質は、マダガスカルとモザンビークを除いて基準を満たしていた。マダガスカル、モザンビーク、ナミビア、南アフリカはAFPサーベイランスの質を保証する基準を満たしていない(表2)。

アフリカ南部ブロックのサーベイランスはアンゴラを除いて改善しつつある。

\* 地域研究ネットワーク：アフリカ南部におけるポリオ研究ネットワークは、マダガスカル、ザンビア、ジンバブエ、南アフリカにある4つの研究機関からなる。研究ネットワークは2002年に発症あるいは検査されたAFP1,088症例から抽出した総数2,114のサンプルを処理した。非ポリオエンテロウイルス(NPEV)の分離率(目標：糞便検査から10%以上)は検体の質と研究所の感度を測る指標として役立つ。NPEV分離率の変動はジンバブエの3%からナミビアの33%に及ぶ。

\* ポリオ根絶証明とポリオウイルスの研究室での封じ込め：南部ブロックの全ての国ではポリオ専門国家委員会(NPECs) ポリオが確認されたAFP症例、擬似ポリオAFP症例、非ポリオAFP症例の最終分類が課せられた専門グループが設立された。また、ポリオ根絶を証明する国家委員会(NCCs)をもち、アフリカ地域証明委員会(ARCC)と連携をとり、独立してポリオ根絶地区の最終証明に取り組んでいる。南部ブロックの全ての国にNPECsが存在するにもかかわらず、AFP症例の分類は長い間遅れており、多くのAFP症例は最終分類されるまでに6ヶ月以上かかる。2002年12月の段階で、AFP症例の1/3が分類されていない。2002年に、アンゴラと南アフリカからのAFPの13症例が“擬似ポリオ”と分類されたが、擬似ポリオAFP症例の集団はわかっていない。南部ブロックのNCCsはARCCにポリオ根絶の年間経過報告書を提出し始めた。研究所での封じ込めのためのNational Task force(NTFs)の指定に伴い、アンゴラ、ボツワナ、マダガスカル、マラワイ、ナミビア、南アフリカ、スワジランド、ジンバブエにおいて野生ポリオウイルスの最終的な研究室での封じ込めへの努力が始まった。レントとザンビアはNTFs設立の最中である。

\* 編集ノート：南部アフリカブロックにおける野生型ポリオウイルスの分離が確認された最近のポリオ症例は2002年2月にザンビアで観察された。アンゴラとザンビアを除いて野生型ポリオウイルスは過去2年間に他のブロックの国々において分離されていない。AFPサーベイランスの質は2001-2002年の間に多くの国で改善された。最も著しかったのは戦争によって大きな課題に直面していたアンゴラであった。しかし、最近(2003年上四半期)のサーベイランス実施状況はこの国のサーベイランスの不十分な性質をあらわしている。アンゴラでの最近の処置によりサーベイランスの質が急速に回復していくのは確かである。南部ブロックにおいて土着の野生型ポリオウイルス伝播を中断させることは可能であるが、マダガスカル、モザンビーク、南アフリカ、AFP症例の報告の無い地域、特にアンゴラ東部における近年のAFPサーベイランスの質の改善は、野生型ポリオウイルスの伝播を排除するには不十分である。南部ブロックにおけるAFPサーベイランスの質は、不適切なサーベイランスが根絶を遅らせないようにし、アフリカ地区の最終的なポリオ根絶証明のために早急に改善される必要がある。NPECsとNCCsの機能的な活動は明らかに目的に向かって前進しているが、特にサーベイランスの質が認定されていない国々では、より政策的なポリオ根絶戦略が必要である。アフリカ南部におけるポリオ根絶を援助することは加盟国、オランダ政府、英国、合衆国、アトランタの疾病予防センター、国際ロータリークラブの主要な役割である。ポリオ根絶のために付加的な基金が必要である。政府の基金を立ち上げるため議会の調整や将来に向けて援助する機関をNational EPI Inter-agency Coordination Committeesを通して広げるべきである。南部アフリカのポリオ根絶戦略の強化は世界的にポリオ根絶が証明されるまで、ポリオウイルスの輸入や循環を予防する。

図1：伝播連鎖、表1：昨年の野生型ポリオウイルス分離と補足的な予防接種活動(SIAs)、南アフリカ、1987-2002(WER参照)

(乾光則、中村美優、田村由美)