

流行ニュース:

< SARS(症例と国における更新) >

6月11日現在、累積で789例の死亡を含む、可能性例8,435例が、29ヶ国から報告された。

< 黄熱、スーダン >

WHOはスーダン南部のTorit地区における黄熱の集団発生の抑制を援助している。Toritの感染地域では緊急ワクチンキャンペーンが開始され、更にTorit地区全体と一部の近隣地区Budi、Magwiを含むより広範囲なキャンペーンが予定されている。

今週の話題:

< コレラ、イラクのBasra: 能力開発、備え、制御 >

1990年、国連安全保障理事会の決議で課された制裁措置により、イラク国民の健康状態が悪化し、流行病(EPD)による罹患率や、死亡率が増加した。イラクにおける疫学、微生物学的な対応能力の補強の必要性を認識し、WHO地中海地区はイラクがcommunicable disease cluster(CDS)のsurveillance and response department(CSR)により組織されている疫学、微生物学の2年間のプログラムに参加するよう勧告した。公衆衛生の非常事態を予期し、WHOはすでに2002年の秋にイラクの流行病に対する備えを向上させた。2003年の春よりWHOはクウェートからのイラク保健職員に対し援助を提供した。彼等の最初の調査で明らかになった事は、上水の汚染、下水の流出、予防や抑制活動の妨害の結果として下痢症の伝播のリスクが増加したことであった。このことは、下痢の診断数や入院患者数の増加により確認された。2003年5月3日にBasraでの業務が確立され、5月4日に病院の検査室でコレラの7症例が確認された。5月7日にWHOはコレラ特別委員会を設立した。これまで死亡例は報告されておらず、治療と良好な症例管理を示している。医療施設や配水プラントの安全性が補強されてきている。Basraでは、衛生を推進させる宣伝が拡声器やモスクでも行われ、下痢症の積極的な監視が設置された。5月29日にイラクの研究所においてコレラの計70症例が確認された。それらはBasraの7/8地区(64症例)、Missan(4症例)、Wasit(2症例)であった。これらの確認症例は、ほとんどの病院が検査室での確定診断を実施する事ができないので、流行の規模を反映していない。2003年の5月17日から31日までにBasraの医療機関では水様性の下痢の診断が1,283件報告され、そのうち964件が5才以下の小児であった。

流行病に対する評価と管理は不安定な安全状況とイラクの公衆衛生サービスの崩壊により阻まれた。WHOはイラクで作業可能なパートナーと連携を取り、国中のPEDの監視とBasra地区での徹底的な監視を実施している。また、健康センターへの薬剤の配布の調整や、公衆衛生の医師への監視と対応における訓練、公衆衛生研究所の再建の準備などを行っている。

< 百日咳、ブルガリア、1952年-2001年の50年間の調査 >

百日咳ワクチンは1957年にブルガリアに導入された後、現地での生産が開始された。初回接種の月齢は1957年には生後6ヶ月、1974年には生後3ヶ月、1992年には生後2ヶ月と徐々に引き下げられた。1960年から1981年の間、接種計画は18ヶ月時と4歳時にジテリア百日咳破傷風(DTP)ワクチンの2度の追加免疫投与を含んでいた。1982年以降DTPの追加投与は2歳時のみとなった。

行政のデータによると、幼児の最初の3回のDTPワクチンの投与率は1960年代の半ばから93%以上であった。一方、1回、または2回の追加免疫投与の達成率は同時期に88%以上であった。ブルガリア厚生省は、WHOが奨励する百日咳の臨床症例の定義を使用している。すなわち、医師により百日咳と診断された症例、または少なくとも2週間以上咳をしている者で次の症状が一つ以上ある者(激しい咳の発作、吸息性のゼーゼー言う咳、他に明白な原因がない咳の後の嘔吐)である。

百日咳の臨床症例の検査室での確認は直接蛍光抗体法で決定される。徴候が出てから最初の3週間を経過して鼻咽頭から採取した標本を得るものである。または急性期から回復期までの血清中の百日咳凝集抗体価が4倍かそれ以上増加したのもでもよい。または例外的に単独の回復期の血清中の百日咳凝集抗体価が640あるいはそれ以上のものでもよい。

10万人あたりの年間の百日咳症例数と死亡数の国の調査成績を示した(図1)。百日咳ワクチン導入前は年間の発生率は高く(10万人につき150-300例)約5年毎にピークがあった。1957年に幼児の百日咳予防接種が開始された後、年間の発生率に着実な減少があった。1960年から1979年には、年間の平均発生率は10万人につき2-120例(平均36.6)1980年から2001年には発生率は非常に低いレベルで10万人につき1例以下(平均0.96)に減少した。百日咳死亡率は1920年代と1930年代の間、4-9%で、1940年代に0.5-3%1950年に0.1-1.6%に減少した。1970年代には平均0.1%に減少し、その後無視できるほどのレベルになった。1993年から2001年に2例の死亡があり、両方とも予防接種をしていない幼児であった。国家監視システムに報告された症例の年齢分布が1968年から2000年の間調査された。(表1)国立監視システムは1歳未満、1-3歳、4-7歳、8-14歳、15歳以上の年齢別の分類を報告し

ている。1歳未満の幼児の症例数の比率は1968年の24%から1974年の35%も増加した。1990年代の更なる分析で12ヶ月以下の幼児について報告され、0-2ヶ月は24%、3-5ヶ月は50%、6-8ヶ月18%、9-11ヶ月は8%であった。8歳以上の小児における症例の割合の増加は明らかで、1968-1990年の9-11%から1991-2000年には16%となった。百日咳凝集抗体法では85.1%、直接蛍光抗体法では4.8%、両方は10.1%であった。(表3)1998年から2001年(表2)の間に研究所で確認された年間の平均症例数は1歳未満が37例、1-4歳が32例、5-9歳が30例である。症例の年齢分布はブルガリアにおける百日咳予防接種計画を反映している。1990年代には最初の3回のDPTワクチン投与の上限年齢(12ヶ月)が厳しく制限された。初回の接種の遅れにより百日咳の免疫が完了していない小児が増えた。このことは2000年4月に保健省が24ヶ月までの小児に最初のDPTワクチンの投与を許可したことにより改められた。

*編集ノート：ブルガリアでは小児にワクチンを広範囲に配布し、30年間以上一貫して高い接種率を維持してきたことは、結果として百日咳の制御に成功したといえる。この50年間の調査データは、調査の持続がいかに傾向の解析に重要な情報を提供できるかということと、このような分析がいかに国家の予防接種計画の調整に役立ったかを示している。ブルガリアの百日咳免疫研究所は古典的な2つの方法を用いて長い間診断サービスを維持することができた。2つの方法とは直接蛍光抗体法と百日咳凝集抗体法である。ブルガリアのような国は持続して長期間の百日咳監視データを入手してきた。この状態のもとで、注意深いデータ解析が予防接種計画に対してガイダンスを提供できるのである。

図1：年間の10万人あたりの百日咳死亡数と症例数、ブルガリア、1952-2001年、表1：百日咳症例の年齢分布、ブルガリア、1968-2000年、表2：国立監視システムに報告された百日咳の症例数と感染症と寄生虫症の国立センター内の百日咳研究所に提出された検体の数の比較、ブルガリア、1998-2001年、表3：検査室で確認された百日咳症例数、診断法別、感染症と寄生虫症の国立センター、ブルガリア、1998-2000年(全てWER参照)

流行ニュースの続報：

<インフルエンザ>

アルバニア(2003年4月26日)¹：3月と4月にインフルエンザ様疾患(ILI)の症例数の増加が記録された。A/Panama/2007/99類似のA(H3N2)型が1例、B/HongKong/330類似のB型が2例分離された。

アルゼンチン(2003年5月31日)²：20週から22週の間局所的なインフルエンザ活動が報告された。75例のA型ウイルスが22週目に検出された。

ブラジル(2003年6月7日)²：15週目からインフルエンザ流行は散発的になり、64例のA型、1例のA(H1N1)型、1例のA(H3N2)型が分離された。

カナダ(2003年5月31日)²：局所的な流行が22週目に報告され散発的な流行が他地域で続いている。ILIの率は1000件の診断につき12例であった。22週目に5例のA型と2例のB型が検出された。

チリ(2003年5月31日)²：22週目に流行は散発的になり、3例のA型が検出され、1例のA(H3N2)型が分離された。

デンマーク(2003年5月17日)³：19週目と20週目にILIの率は低くなった。デンマークの2002-2003年のインフルエンザシーズンは過ぎた。

ギリシア(2003年6月6日)⁴：3月から1ヶ月続く2002-2003年のインフルエンザシーズンは過ぎた。

香港(2003年5月31日)³：22週目に低度の流行があった。2例のA型、5例のA(H3N2)、1例のB型がこの時期分離された。

アイスランド(2003年5月31日)⁴：局所的な集団発生が20週目に報告され、21、22週目には散発的になった。この3週間で2例のA型と4例のA(H1N1)型が分離された。

インド(2003年5月29日)：今年、流行は低度で、3例のA(H3N2)型と1例のA型が分離された。

日本(2003年6月7日)³：流行は低度で19週目以来ウイルス分離はない。

ラトビア(2003年5月10日)⁵：19週目に散発的な流行があった。1例のA(H3N2)型と2例のB型が分離された。

マダガスカル(2003年5月17日)⁶：今年流行はない。ILIの割合は2週目から10%である。

メキシコ(2003年5月24日)³：流行は14週以来低く、8例のA型が検出された。

ニューカレドニア(2003年4月26日)：18週目以来、流行が減少した。17週目に12例の呼吸器系統 Syncytial ウイルスが報告された。

ロシア(2003年5月24日)³：18週目から流行は低下した。

南アフリカ(2003年5月17日)：20週目に今年最初のA(H3N2)が分離され、この時期から流行が散発的になった。

ウルグアイ(2003年5月31日)：19週目に流行が始めて報告された。6例のA型が検出された。

アメリカ(2003年5月17日)³：20週目から散発的な流行が報告されている。医師に診断したILIの割合は0.9%で肺炎、インフルエンザによる死亡は6.3%である。参照：¹No.16,2003,p.136、

²No.21,2003,p.187、³No.21,2003,p.188、⁴No.20,2003p.179、⁵No.20,2003,p.180、⁶No.45,2002,p.379

(宮本満、中西康弘、宇賀昭二)