

流行ニュース：

< エボラ出血熱、南スーダン >

2004年 5月 26日現在、スーダン南部の Equatoria西部の Yambioで 5例の死亡例を含む 20例のエボラ出血熱が報告されている。エボラウイルス（スーダン亜型）は疾病管理予防センター（CDC）とケニア中央医学研究所（KEMRI）の研究室により確認された。WHO スーダン南部早期警戒対応ネットワーク（EVARN）は WHO本部のチームと共に活動を続け、国境なき医師団（MSF）フランスは Yambio病院で隔離病棟と症例管理を支援している。隣国コンゴ民主主義共和国とウガンダは国境地域の監視を強化した。

今週の話題：

< 西および中央アフリカにおける野生型ポリオウイルスの輸入、2003年 1月 -2004年 3月 >

1988年の世界保健総会でのポリオ根絶決議以来、WHOの 3地域（アメリカ、ヨーロッパ、西部太平洋）はポリオ根絶を証明している。ポリオ流行国の数は、1988年の 125ヶ国から 2003年には 6ヶ国（アフガニスタン、エジプト、インド、ニジェール、ナイジェリア、パキスタン）へと減少した。2003年と2004年の上四半期に、以前はポリオの根絶国であった 8ヶ国に野生型ポリオウイルス（WPV）の輸入があった。そのうち 5ヶ国は西アフリカ地区、3ヶ国は中央アフリカ地区の国であり、63例のポリオが発症している。

* 定期的および補足的な予防接種：

定期的な経口ポリオワクチン（OPV）を 3回実施しているのは、西・中央アフリカ地区の 23ヶ国（73%）であった。西・中央アフリカ地区の全ての国は 1999-2002年まで毎年補足的な予防接種活動（SIAs）が行われていた。2002年にはアルジェリア以外の国で全国ワクチン接種日（NIDs）が設けられ、結果として、3060万人の 5歳未満の子どもが少なくとも 2回の OPVを受けた。

* 急性弛緩性麻痺（AFP）の監視：

急性弛緩性麻痺の監視の質評価は、毎年報告される比率（目標：非ポリオ AFP率が 15歳未満の子ども 10万人当たり 1症例以上）と完全な検体収集（目標：全ての AFP患者の 80%以上から 2回の適切な便検体を採取）という 2つのキーとなる指標により行われている。2002年、これらの目標は 6ヶ国を除く西・中央地区の国々で達成されていたが、2003年、目標を達成していない国は 8ヶ国に増加した。

* 野生型ポリオウイルス（WPV）の輸入と蔓延：

63症例のポリオは、2003年 1月 -2004年 3月の間に西・中央アフリカのポリオ根絶国への野生型ポリオウイルス 1型の輸入により起こった（表 1 地図 1）。2003年 8月にナイジェリア東部のチャドでナイジェリア北東部からの最初の輸入があり、ここから 29例のポリオが発生した。この流行はカメルーン（2例）、中央アフリカ共和国（1例）と近隣国へ広まった。

ナイジェリア西部では、2003年末から 2004年初めにナイジェリアの異なる地域からベナン（5例）への 3回の輸入があった。遺伝子配列情報により、WPVは 2003年初めにブルキナファソからガーナへ感染が広がったことが判明した。類似型が 2003年にはガーナ（8例）で、2003年と 2004年にはブルキナファソ（13例）で広がり続けた。コートジボアール（4例）とトーゴ（1例）で分離された WPVはブルキナファソとガーナで蔓延している株種と遺伝子的に密接に関連しており、この地域より感染が広がったことを示していた。これらにより、他地域と無関係な WPV感染が 2003-2004年初めにブルキナファソで再流行していることが示唆される。

WPVの 1型および 3型の国境を越えた伝染は、2003-2004年初めにナイジェリア北部とニジェール南部で続いた。輸入症例のうち、76%の症例は 2003年 6-12月に発生し、ナイジェリアとニジェールの国内感染の WPV1型の伝播ピークと同時に起こった。これらの症例の年齢は、13%が 12ヶ月未満、20%が 12-23ヶ月、49%が 24-59ヶ月、17%が 59ヶ月以上だった。予防接種状況がわかっている 52例のうち、16例は OPV未接種、26例は 1-2回 OPVを接種、10例は 3回以上 OPVを接種していた。

* 野生型ポリオウイルス（WPV）の輸入への対応：

WHOアフリカ地域の WHO認定研究所から WPV分離の結果が報告され、現地調査は 8ヶ国のうち 4ヶ国で初発症例の届出から 2日以内に始められた。現地調査の間に、指針症例の調査からの医学的、疫学的情報は正しいことが証明され、渡航歴の情報の追加、直接接触した人から糞便検体の収集、未報告の AFP症例の調査が強化された。8例の指針症例のうち 2例は、流行国への渡航歴があったが、残りの 6例は渡航歴とも流行地へ旅行した人との直接の接触とも関連がなかった。全ての症例が流行国と貿易している商業中心地の近隣に居住していた。

8ヶ国全てが輸入された WPVの発見に対応して予防接種キャンペーンを実施した。その結果、西・中央アフリカの約 2170万人の 5歳未満の子どもが少なくとも 2回の OPVを受けた。

報告された予防接種普及率は、実施された全ての全国ワクチン接種日（NIDs）・地域別ワクチン接種日（SNIDs）で 90%を超えた。それまで未接種であった子どもの割合を特定するために、キャンペーンで初めて OPVを接種したのかどうかを尋ねた。中央アフリカ共和国とコートジボアールは 3%以上の子

供がこの最近のキャンペーンで初めて OPV を接種したと報告した。

* 編集ノート：

1999-2000 年に WHO の西・中央アフリカ地区の国々は全国ワクチン接種日の同時期実施を強化し始めた。そのことにより、流行国の数は 1999 年の 13 ケ国から 2001 年の 1 ケ国に減少した。2003 年 1 月-2004 年 3 月まで、以前のポリオ根絶国の 8 ケ国が WPV の輸入を報告した。それらの国の多くが定期的な予防接種普及率の低さや予防接種活動の質の低下に関連して輸入後の継続した伝播を経験している。西・中央アフリカは WPV 伝播の阻止がナイジェリアとニジェールで達成されるまで伝播のリスクがあるであろう。

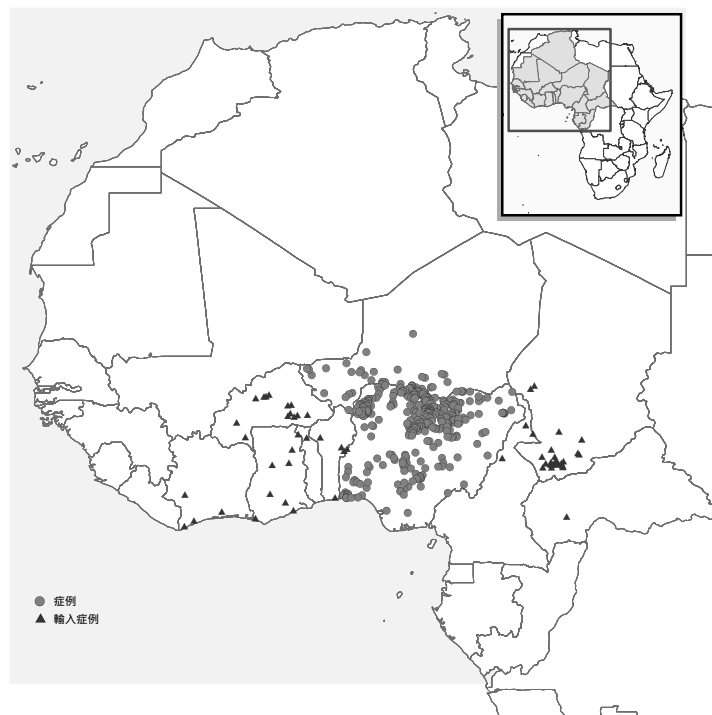
対応する予防接種ができるだけ早く実施されるために、WHO はポリオのない地域への WPV 輸入の調査を届け出の 48 時間以内に行うことを推奨している。しかし中央アフリカでは 8 ケ国中 4 ケ国でのみ 48 時間以内に実施された。この予防接種キャンペーンは WPV 輸入確認後 4 週間以内に開始されるべきである。これは 8 ケ国中 1 ケ国のみで達成されている。

数ヶ国では、拡大した政治の関与、予防活動のより強い監視や管理の結果、輸入後の対策としての予防接種活動の質が向上した。2003 年と 2004 年に行われた予防接種活動は、質の高い接種活動への計画改善と敏速な実践につながる重大な経験となった。

南アジアでの経験は、質の高い予防接種活動と改善された定期的な予防接種を普及させることで、ポリオ根絶国に輸入される WPV の蔓延を防ぐことができることを示した。質が証明された急性弛緩性麻痺の監視により、バングラデシュとネパールでは 2002 年にインドでポリオが再流行したとき、WPV を検出しなかった。西・中央アフリカでのポリオ根絶を保持するためには、ナイジェリアとニジェールにおける WPV の伝播を阻止しなければいけないが、この目標が達成されるためには、2004 年と 2005 年で定期的な予防接種普及率が改善されること、予防接種活動の質が高くなることにより、近隣国に十分な免疫による障壁を作っておかなければならない。さらに監視基準は WPV の輸入の敏速な発見を保証するために実行され、維持されなければならない。

表 1：野生型ポリオウイルス輸入数と時期、西・中央アフリカの国 2003 年 1 月-2004 年 3 月（WER 参照）

図 1：野生型ポリオウイルス 1 型の流行地からの蔓延、2003 年 1 月-2004 年 3 月



< アジアと太平洋沿岸地域の食物の安全性と危険 >

食物が媒介する病気はアジアや太平洋沿岸の人口密集地域において深刻な脅威を引き起こしている。毎年、世界では約 1/3 の人が、食物が媒介する病気で苦しみ、食物および水が媒介する激しい下痢によって 180 万人が死亡している。同地域では、ヒト・動物の居住近接性や植物の生産法・運搬法の問題のため特に本疾患流行の危険性が高い。貿易という側面では、食物の質の保証ができないために輸出を拒絶されることが増加しつつあり、大きな経済的打撃を受けている。

国連食料農業機関（FAO）と世界保健機構（WHO）共催の食品安全地区会議で、地域の監視・対応体制の問題点改善を含んだ、植物安全性改善に役立つ実用的な行動計画が明示されることが期待されている。（萬谷ゆりあ、田中恵子、川又敏男）