

流行ニュース：< エボラ出血熱、南スーダン（更新¹） >

2004年6月10日、Yambio郡保健当局は、南スーダンのEquatoria西部のYambioにおいて、エボラ出血熱(致命率23%)による7例の死亡を含む合計30例を報告し、現在、157人の接触者が追跡されている。参照¹：No.24,2004,p.221

今週の話題：

< 世界的なポリオ根絶への進展、2003年と2004年1-4月 >

1988年、世界保健総会にて世界的なポリオ根絶が決議された。それ以来、根絶戦略の実行は、ポリオの流行国数を、1988年の125ヶ国以上から2003年の6ヶ国へと減少させた。しかし2003年には、西・中央アフリカの8ヶ国と、南アフリカ(ボツワナ)の1ヶ国、そして中東(レバノン)の1ヶ国、今までに報告のなかった10ヶ国から野生型ポリオウイルス(WPV)の輸入感染が報告された。この報告では、2003年と2004年1-4月までの世界的なポリオ根絶への進展と、残存する課題の概略、そして2004年末あるいは2005年初めまでに、WPVの伝播を阻止するための行動の必要性を説明する。

* 定期的な予防接種：

世界的に、幼児期の定期的な経口ポリオウイルスワクチンの3回接種(OPV3)の接種率は、2000年の82%および2001年の75%と比較して、2002年に75%と評価された。ポリオ流行国の、2002年のOPV3接種率は次のとおりである。アフガニスタン：48%、エジプト：97%、インド：70%、ニジェール：25%、ナイジェリア：25%、パキスタン：63%。

* 補足的な予防接種活動(SIAs)：

2003年に、強化されたSIAsは、55ヶ国157回の巡回活動により、5歳未満の4億1500万人の子供達に接種された。ポリオ流行国では、2003年に全国ワクチン接種日(NIDs)および地域別ワクチン接種日(SNIDs)の増加を行った。同じ日にNIDsを行うという試みは、2003年末からWPVの輸入感染例の報告のある西・中央アフリカの8ヶ国で、2500万人の子供達を対象として実施された。

* 急性弛緩性麻痺(AFP)の監視：

急性弛緩性麻痺(AFP)は、WPVに起因しないAFP症例の割合(「非ポリオAFP率」；目標：15歳未満の100,000例につき1例以下)と、十分な数の糞便標本(目標80%以上)によるAFP症例の割合との2つの指標によって監視される。世界的に、非ポリオAFP率は2003年に1.9、2004年は1.5である。十分な数の糞便標本によるAFP症例の割合は2002年の84%から2003年の86%、2004年(1-4月)の87%へと増加した(表1)。全ての流行国は監視の質の基準を達成したか維持しているが、地域差が残っている。

* 野生型ポリオウイルス(WPV)の罹患：

全世界のポリオ症例数は、2002年の1918例から2003年の784例、2004年4月までには185例に減少した。

インド：2002年、症例数1600例(全世界症例数の83%)であった。うち59%はイスラム教コミュニティの子供で、インド総人口の約20%を占める。2002年の流行に対し、2003年にSIAsを強化し、国民のOPV受容を増大させるために、社会的な動員活動を拡大した。症例数は、2003年に225例まで減少、2004年は8例(2003年同時期：77例)であった。

パキスタン：症例数は2002年の90例から2003年の103例に増加した。2003年後半のピークにおける感染は、これまでで最も低かった。2004年は12例(2003年同時期：23例)であった。

アフガニスタン：国境を横断する貯水池を、パキスタンと共有している。症例数は2002年に10例、2003年に8例、2004年は2例であった。

エジプト：症例数は2002年に7例、2003年に1例であった。WPV陽性の標本割合は、2001年の57%から2003年の4%まで減少した。SIAsが強化され、OPV3を受けた子供達の割合は2002年の74%から2003年の89%まで増大した。

ナイジェリア：症例数は2002年の202例から2003年の355例、2004年4月に133例(2003年同時期：32例)と著しく増加した。2003年は世界的に最も多くのWPV症例数を報告した。全体的なSIAsの不十分な質と、北部の数州におけるOPVの安全性についての噂のため、2003年中頃以来、SIAsは延期か中断され、結果としてこれらの地域でWPVの激しい感染が生じた。

ニジェール：国境をナイジェリアと共有している。症例数は2002年の3例から2003年の40例に増加した。2004年に112例(2003年同時期：1例)が報告されている。

2003年は、51例のポリオ症例が西・中央アフリカ(ベナン、ブルキナファソ、カメルーン、中央アフリカ共和国、チャド、コートジボアール、ガーナ、およびトーゴ)の以前に感染がなかった8ヶ国から

報告された。2004年、17例がこれらのうちの6ヶ国から報告されている。

* 編集ノート：

ポリオ根絶への多大な進展は、2003年に特にアジアと北アフリカのポリオ流行国でなされた。2003年、ポリオが流行しているのは世界でわずか6ヶ国のみであり、2002年の7ヶ国に比べて、これまでで最も低い数であった。ソマリアは1年以上ウイルスの検出が無く、もはや流行地であると考えられない。エジプト、インド、およびパキスタンは2003年後半にこれまでで最も低い伝播レベルを記録し、2004年1-4月は、更に低い水準である。

根絶活動は、2003年1月-2004年4月に数多くの難題に直面した。ナイジェリアの数州ではOPVの安全性に関するうわさのため、2003年半ばからSIAsの延期や中止があった。ナイジェリアにおける激しい伝播は2004年末までに世界的にWPVの伝播を阻止するという目標を危険に陥れた。これまで初めて、WPVの輸入感染報告国の数(10か国)が感染流行国の数(6ヶ国)より多くなった。WPVの輸入があった国の追加制圧活動のため、2003年には予算外の2500万ドルの出費があった。

ポリオ根絶に関する緊急会議が、課題の見直しとWPVの伝播阻止対策への合意を得るため、2004年1月にジュネーブで召集された。2004年末までの伝播阻止に向けた活動を強化するため、感染国の保健大臣は総合計画を開発した。それらの国を代表し、根絶目標を遂行する国家的かつ国際的な約束を表明するため、ポリオ根絶について先頭に立つ大臣とパートナーはジュネーブ宣言にサインした。2004年5月17日、世界保健総会で、アフガニスタン、エジプト、インド、およびパキスタンの代表者は、緊急かつ広範囲に及んだ対応キャンペーンの実施により、全新症例に対応する加速された計画を発表した。

輸入感染国である西・中央アフリカの国々での緊急対応キャンペーンは、2004年と2005年に渡り続ける必要があるだろう。

世界はポリオ根絶に近づきつつある。ポリオ流行国に多大な進展がなされ、徐々にWPVの伝播が制限されてきている。既に莫大な投資がなされているため、ポリオウイルス検出国の政府やヘルスワーカー、国際的なポリオのパートナーは出来る限り早く世界的なポリオ根絶を達成するよう協力しなければならない。表1：急性弛緩性麻痺の監視とポリオ報告症例、WHO地域と流行国、2003年と2004年1-4月、地図1：野生型ポリオウイルス、2003年と2004年1-4月(WER参照)

<メジナ虫症の根絶>

*メジナ虫症根絶に関するジュネーブ宣言、ジュネーブ、2004年：

メジナ虫症またはギニア虫症根絶に関する大臣の円卓会議は、第57回世界保健総会と連携して2004年5月19日に行われた。2003年の流行国である12ヶ国(ベナン、ブルキナファソ、コートジボアール、エチオピア、ガーナ、マリ、モーリタニア、ニジェール、ナイジェリア、スーダン、トーゴ、およびウガンダ)の保健大臣、もしくはその代理人が参加し、2009年までに病気の根絶を達成する約束を再確認して、ジュネーブ宣言を採択した。症例数を350万例から33,000例以下に減少させたメジナ虫症根絶プログラムは、開始以来すさまじい進展であり、168ヶ国はすでにメジナ虫症感染がない。宣言では、根絶プログラムの予算、サーベイランスの方法、飲料水の供給、動員や活動方法、国家の役割など8項目の取り組みが決定されている。

*編集ノート：

メジナ虫症根絶は重大な時期にある。この15年間の顕著な進展にもかかわらず、1989年の約100万例からは減少したものの、2003年にはいまだに12ヶ国から約33,000例の報告がなされている。2009年の目標日時は、何よりもまず、スーダンのために設立された。全ての流行国が、それ以前に根絶を完遂するべきである。参照2004年5月22日WHA57.9決議

流行ニュースの続報：

<インフルエンザ>

第22-23週目の流行は世界の多くの地域で低度であった。英国では、A(H1N1)型の流行が報告された。

- ・アルゼンチン：局所的なA型の流行がわずかに増加した。
- ・香港：A(H3H2)型の流行は減少傾向。
- ・英国：A(H1N1)の流行が、イギリス南部の小学校で5月に報告され、4-8歳の子供の125/216(58%)が感染した。北半球のインフルエンザシーズンでは、それほど遅くA(H1N1)型の流行が起こることは珍しい。現在、流行はベースラインレベルにある。
- ・その他の報告：ニューカレドニア¹、南アフリカ¹、タイ²、米国¹、およびウルグアイ¹で低度の流行が報告された。オーストラリア³、ニュージーランドでは、症例がほとんどない。参照¹ No.24,2004,pp.227-228、² No.8,2004,p.83、³ No.4,2004、p.40

(吉井絢子、松田宣子、宇賀昭二)