

流行ニュース：

< ポリオ：スーダンにおける輸入症例、ナイジェリア北部の状況 >

2004年 6月 22日、スーダンの Darfur地域の子供がポリオによる麻痺に罹患していることが確認された。スーダンにおいて 3年以上前にこの疾患が発生して以来初の発生である。このウイルスは現在ナイジェリア北部で広く蔓延している野生型ポリオウイルスに遺伝的に密接に関連している。ポリオの予防接種はワクチンの安全性への根拠のない噂の中で 2003年 8月にこの地域で中止された。それ以来、ナイジェリアを発端としたポリオウイルスは、アフリカの 10ヶ国で小児麻痺を蔓延させた¹。そのうちスーダンは極最近の感染例である。ナイジェリアでは、雨季に週ごとに小児麻痺の子供は増加し、同時に伝播も増加する。2004年初頭以来、今年ポリオに罹患した 76.4にあたる 259人のナイジェリアの子供達がこの野生ポリオウイルスにより麻痺を罹患している。

疫学的証拠によると、野生型ポリオウイルスは国境を移動する人々によりナイジェリアから西・中央アフリカ諸国に拡大してきている。このウイルスは無症候性キャリアーにより運ばれ、200の感染例のうちわずか 1例のみ症候性である。このことから、ナイジェリア北部での野生型ポリオウイルスの広範囲の蔓延はポリオ根絶への重大な脅威に発展する可能性がある。

旅行者の感染予防と他国への伝染拡大を防ぐため、WHOはナイジェリア北部への旅行者は出国前にポリオの予防接種を受けるよう、政府を通じて強く勧告している。ポリオワクチンの国際ガイドラインの詳細は、WHOの発刊物「International Travel and Health²」を参照。

ポリオワクチンは安全で高い疾病予防効果を持つ。しかし、ポリオウイルスはワクチンを受けた人々の腸内に寄生し、病気を引き起こすことなく他へ伝染させてしまう。ポリオに感染した旅行者が媒介となり、ポリオのない国々へウイルスを持ち込む可能性がある。これらのこととナイジェリアの状況から、WHOはこれまでポリオがなかった国々への感染拡大に関する最近の疫学的証明について再検討するため近々臨時顧問委員会を招集する予定である。

参照¹：ベニン、ボツワナ、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、スーダン、トーゴ。参照²：http://www.who.int/ith/chapter06_07.htm。

今週の話題：

< Darfur地域の人道的危機における流行性疾患の早期警告システムの構築 >

Darfur地域 (スーダン) で、100万人以上が国内避難民 (IDPs) であり人道的危機に直面している。2004年 4-5月に、WHOは地方自治体・国連の人道的な機関および NGOと共同で、流行を初期に検知するための早期警告監視システム (EVARs) を構築した。

スーダンでは、新しい EVARS の容認度を改善するために 3つの原則を立てた。

1. 国の保健指導者はプロセスの最初から関与すること。
2. 全ての国際保健のパートナーが参加すること。
3. EVARSは自国の公衆衛生プログラムに可能な限り統合すること。

そのため国・国際保健パートナーを含むワーキンググループが、EVARsプロトコルを開発するために組織された。

* EVARSプロトコル：

設置目的；

- ・ IDPs間の集団発生を局地レベルで早期検知することにより、対応しコントロールすること。
- ・ 公衆衛生活動を行うため伝染性疾患の動向を監視すること。
- ・ 合理的に資源を配当するために異なるヘルスユニットの仕事を概算すること。

決められた書式により、IDPsに付随するヘルスユニットは州の疫学者に報告し、そのデータは連邦レベルに送られる。

噂の検証プロセスはキャンプ内のあちこちにあり、保健の異常事態の発生や集団発生の疑いがあればコミュニティリーダーが速やかにヘルスユニットへ報告し、噂の事実確認、必要あれば処置を講じる。

集団発生の可能性の警戒閾値は症例数に基づく。無償のコンピューターのアプリケーションが、データ入力、データ分析、フィードバックの作成のために州、連邦レベルに設置されている。

迅速な検査業務のためのプロトコルが確立されている。EVARsが設置される前に、その簡易性、実現可能性、受容性、柔軟性は最前線ヘルスワーカーおよび NGOに紹介された。

< 25年間のハンセン病多剤併用療法の歴史 >

ハンセン病多剤併用療法の開発と実施の歴史は、WHOによって最近公表され、(Multidrug therapy against leprosy, Development and implementation over the past 25 years. Geneva, WHO, 2004) この記事はその歴史の概略を記している。

ハンセン病は古くからの疾病であるが、その制圧の歴史は 20世紀後半から始まり、すばらしい成功

をおさめた。多剤併用療法 (MDT)として知られている 3剤併用療法は、WHOの研究チームによって 1981年に推奨された。それは、ハンセン病コントロールの公算とそれを実行する組織の双方に革新をもたらし、ついに一般保健サービスの中にハンセン病コントロールを統合することを促進した。

20世紀初頭では、ハンセン病の診断は一生の監禁を意味し、「大風子油」が唯一の治療薬であったがほとんど効果はなかった。1950年代の初めにダブソンが、*M. leprae*(レプラ菌)に効果のあることが発見された。ダブソンは経口投与が可能なこと、安価であること、週 1回の投与で効果的であることから発症予防と病気の進展予防に寄与した。

最初の取り組みは成功裏に運び、この時期世界中のハンセン病患者の合計は 1000 1500万人と推定され、ダブソンの投与プログラムは、政府および任意機関の支援のもとに広がった。ダブソン単一療法の正確な評価はないが、何万人という患者は治癒し、感染は衰退することが期待された。

次の大きな変化は 1960年で、クロファミジンとリファンピシンの開発である。WHOは免疫学と化学療法領域の研究のために 1976年に「THELEP」というワーキンググループを設立した。

1974年に 12年間ダブソンによる治療を受けていた患者に *M. leprae*菌が生き続けることが報告された。臨床家や研究者はダブソン抵抗性のハンセン病患者に新薬の使用を始めハンセン病の治療法の混乱や薬剤耐性菌出現の恐れがあるため、WHOは信頼できる標準治療法の確立を期待されるようになった。

1979年に WHOは国際的なハンセン病のエキスパート (THELEP研究者およびハンセン病研究者)を集め、基礎的な研究を開始した。ハンセン病コントロールにはダブソン、クロファジミンおよびリファンピシンが有効であったが、単独使用はどれも効果的でなかった。ダブソンには抵抗性のある菌があり、クロファジミンは高用量で皮膚変色を引き起こし、リファンピシンは厳密な管理を要求し高価だったので、流行諸国の主要な薬にはなりえなかった。しかし各々の特性から殺菌作用因子は併用によってより効果的になるかもしれないと認識された。しかし背景には多菌性・少数桿菌性のハンセン病に対し、その使用方法には多くの疑問を抱えていた。ハンセン病研究者のさまざまな提案により、少数桿菌性ハンセン病の短期併用投与法は著効を示し、ダブソン抵抗性ハンセン病へも併用療法が推奨された。

標準治療法のコンセンサスを得て、研究グループは 2つのジレンマに直面した。1つ目は治療法を評価するフィールド・データが欠けており、ダブソン抵抗性の罹患率の増加は、30年にわたるハンセン病治療の努力を危険にさらした。その結果研究グループは、多菌性および少数桿菌性患者に標準多剤併用療法の適用を推奨した。この重要な決定はハンセン病衰退ののちに正当と評価された。

第 2のジレンマは MDTの普及はより効果的な治療となったが、これまでの運用システムの変更を要す、厳密な管理が必要となったことである。リファンピシンの毎月の投与を含む、コスト管理、仕事量の増加は薬剤コストを超過した。しかしこれは MDTの普及が流行諸国で受け入れられる方法で進めなければならないことを予想してのことだった。

そして新しい治療法は急速に普及し、全世界において 1997年においては 100%の適応率となった。そして注目を集めたのは政府や WHO その他の任意団体、資金援助団体がそれぞれ政治的、技術的、資金繰りに協力し、一斉に普及したことである。これらによって患者は激減し、治療は短期間で終了、再発例・多剤耐性菌は出現しなかった。

その後システムは現場に基づき MDT療法の適用基準として、皮膚斑数によるガイドラインの作成、薬物療法をスムーズにさせるためのプラスチックバッグ化を進め、治療期間は 2年とされていたのが 1993年には 12ヶ月となった。

1991年世界保健総会においてハンセン病は公衆衛生問題から除外するという目標が設定された。1985年以來の罹患率を 90%減少させた (Report on the sixth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy, Geneva, WHO, 2004)。WHOは 80ヶ国以上に無料の MDTを供給しており、この取り組みは最終段階に来ていることが最近の報告にある。

この成功の過程は他のコントロールに応用できる。第 1に信頼できる事項に焦点を当て、方向性を統一し標準ケアの提供をすること、第 2に開発途上の国の現実的なヘルスケアサービスを科学的根拠に基づき安全性と有効性を踏まえた指標を出すこと、第 3に徐々に後方支援作業の合理化を図ること、第 4に国内の献身が強力な場合は、一時的に高いコストを支払っても、長期的に患者の利益となること、そして最後に MDTのようにコントロールツールのあることが成功に繋がるのではなく、科学団体や多数のパートナーに堅く支持されること自体が成功を確実にすること、である。

(渡邊光子、津田紀子、小西英二)