

## 今週の話題：

## &lt; コレラ、2003年 &gt;

Vibrio cholerae によって引き起こされるコレラは、オセアニアを除く全ての大陸から報告されている(地図1)。2003年に、45ヶ国から、計111,575症例、1,894の死亡例がWHOに正式に報告された(表1)。症例数と死亡例は前年と比べ減少した(図1)。全体の致命率(CFR)も1.74%に減少したが、危険性の高い地域の感染しやすい集団では41%まで達している。アフリカは計108,067症例を報告し、全世界のコレラ症例数の96%を占めている。アメリカとアジアにおける症例数は減少し続けており、ヨーロッパからは輸入感染症例のみ報告されている。しかし、過少申告や監視システムの限界、易感染集団の増加により、実際の症例数はより多いと推測される。

2002年に比べ、アフリカにおけるコレラ症例は減少しているが、2003年に、コレラの大規模集団発生が、コンゴ民主主義共和国、リベリア、モザンビーク、ソマリアで起きた。28ヶ国における57の急性水様性下痢の集団発生に対する原因調査にWHOは参加したが、そのうち73%はコレラであることが確認された。31の集団発生のうち20は中部・中央アジア、南・西アフリカ地域で発生した。

概して、2003年は2002年と比較して、世界中からWHOに報告された症例数は減少した(図1)。アフリカからの報告数は、依然として他大陸からの報告数をはるかに上回っていた。全体の致命率は、2002年と比較し50%減少したが、本当にそうなのか、コレラの診断基準の不均一性を考慮するべきである。

2002年と比較してアメリカとアジアからの症例報告数は減少している。コレラの蔓延を阻止するための多くの国の多大な努力により、全症例数は減少へと向かっている。しかし、コレラの危険性にさらされている集団の増加や、他の感染性下痢疾患の集団発生への懸念が高まっている。

不当な旅行、貿易関連の制裁を恐れての過少申告、および監視報告システムの限界のため、正式に報告された症例数は、疾病の全体像を表すものではない。危険性の高い地域や感染を受けやすい集団において、コレラ発生の抑制に効果的な公衆衛生の手段を特定することが重要である。

表1：WHOに報告されたコレラ症例と死亡、2003年、図1：コレラを報告している国及び地域と報告症例数、年度別、1993-2003年(WER参照)

地図1：2003年にコレラの報告があった国および地域



## \* 伝播と流行のパターン

アフリカ：29ヶ国で108,067症例の報告があり、前年と比べ21%下がった。全体の致命率は1.74%で、2002年と比べ50%減少した。2003年の大多数の症例は、コンゴ、リベリア、モザンビーク、ソマリアでの集団発生によるものであった。この4ヶ国は計86,790例を報告し、アフリカ全報告数の80%を占めた。

リベリアのモンロビアでは、社会不安の最中に難民集団においてコレラの集団発生があった。計34,740例がWHOによって設置された緊急システムから報告された。

コンゴ共和国は、計27,272例、アフリカ全報告数の25%を報告した。致命率は3.51%だった。

南アフリカの一部地域から計22,485例の報告があり、これはアフリカ全報告数の21%を占めた。モザンビークの数州では13,758例が報告され、2002年と比べ44%減少した。

ソマリアはコレラ症例11,020例を報告、2002年の4倍に増えた。一方、コレラによる死亡例は56例のみであり、そのコレラによる死亡の定義に疑問がある。

東アフリカ沿岸では発症数の著減があった。タンザニアとコモレスでは766例で、2002年の6%に低下した。

ウガンダでは計4377例にのぼる集団発生があった。さらに、西アフリカではマリでおこった大きな集団発生は、Niger川沿いに広がり1455例にのぼった。

アメリカ：4ヶ国からのみ報告された。特定の地方における発生がエクアドル(25)、グアテマラ(17)から報告された。アメリカ大陸では1990年代初頭にコレラが最初に出現して以来、その発症数は大幅に減少しているが、強力な監視、準備態勢を維持すべきである。一方、検査で確認された症例のみ計数し、糞便検体が採取されていない症例を除外する現行の監視システムの精度に関して懸念がある。カナダからは5例の報告があり、うち2例は輸入症例であった。アメリカからは2例の輸入症例のみの報告があった。

アジア：2002年と比べ報告症例は22%減少した。8ヶ国から3458の発症例、18の死亡例が報告された。インドは2893例の発症と2例の死亡例を報告している。

1992年末にベンガル湾に現れた0-139コレラ菌は、今でも東南アジアで確認され、アジアのコレラ流行国では、菌の存在が確認された例の約15%を占める。東南アジア諸国ではコレラ菌を診断する時、0-1型と0-139型の両方を検査することが奨励される。現在のところ、この株が新しい脅威になるかどうかを示す証拠はない。

ヨーロッパ：4ヶ国から12例の輸入症例の報告があった。

オセアニア：報告はなかった。

\*最新情報：経口コレラワクチン

背景：

免疫原性、安全性、有効性が確認された3種類の経口コレラワクチン(OCVs)がある。これらのワクチンは数ヶ国で使用が許可されていて、主に旅行者で使用されている。OCVsは公衆衛生面での使用も考慮されている。これまで世界の異なる地域で、コレラ発生の危険性が大きい人々への免疫に使用されている。

0-1型コレラ死菌と変性毒素の精製組み換えBサブユニットからなるワクチン、(WC/rBS)は、実地実験で85-95%の防御効果を示した。

Bサブユニットを含まない変異型WC/rBSワクチンが作り出され、実地試験では66%の防御効果が示された。このワクチンはベトナムのみで使用が許可された。

もうひとつのワクチンは弱毒化コレラ0-1株からなる経口生ワクチンである。このワクチンは古典型コレラ菌に対して95%の高い防御効果を、エルトル型コレラ菌に対して65%の効果を示した。

\*経口コレラワクチン使用の可能性

コレラの抑制手段は基本的な清潔・衛生に重点を置くものであり、適切に適用された場合効果的である。しかし、十分に実行することは難しいことも事実である。それ故コレラに対する伝統的に推奨される予防策を補う新しい効果的な方法を同定することは重要である。現在、流行地におけるOCVs使用に対する特別な指標はなく、公衆衛生の手段としての有効性を実証するために介入調査が必要である。

2002年12月、WHOはOCVsの専門家会議を開き、3つの重要な問題点に対する提言を発表した。

1. 一般に使用可能なOCVsは安全であり、満足のいく期間、優れた予防効果を示す。しかし、生OCVsについては有効性をしめす追加データが必要である。更に0-139型菌は東南アジアにおけるコレラの一因であるのでOCVsに含まれるべきである。

2. OCVsは特定の流行地、状況において使用されるべきである(現在、作成中のガイドラインに定義されるように)。OCVsの使用は、現行のコレラをコントロールするための戦略の補助手段である。

3. 下痢症とコレラに対する現行の監視システムは強化されるべきであり、そのようなシステムのない地域では提供されるべきである。この監視システムは疾患の実態や危険性の高い地域を評価するために、また、コレラの集団発生をできるだけ早期の段階で見出すために必要である。

\*編集ノート：抑制と今後の試み

・コレラは依然として世界的脅威であり、社会発達の一つの尺度である。発展途上国ではコレラの集団発生やコレラの蔓延に直面している。・コレラを抑制する取り組みでは、中長期の予防活動の重要性は重視されるべきである。・コレラ制圧活動を改善するための新たな公衆衛生的手段としてのOCVsの役割は、よくデザインされた実地計画によってさらに評価される必要がある。・コレラワクチンの産生と管理の指針が作成され、新ワクチンの効力測定のための国際的に合意された方法が示された。・国際レベルで情報を共有するため、適切な報告機構を含む統合監視システムの一部として効率的なコレラ監視システムは重要である。集団発生が起こる季節と発生地の正確な理解はコレラ抑制活動を改善する。また、これはOCVs使用のための目安を生み出すために寄与する。・各国はコレラの症例を報告するにあたってWHOが定める定義を使用すべきである。・コレラは個人に苦痛を与え、深刻な公衆衛生上の問題を引き起こすだけでなく、社会的、経済的な混乱を引き起こす。更に、コレラの集団発生は不適当な対応(旅行、貿易の制限、極端な隔離、集団の化学予防)を伴いがちなパニックを引き起こす。これらの対応は、適時適切な情報で避けることができる。・OCVsの適切な使用を含む新しい戦略に関する研究支援に対してと同様に、環境管理の強化、とくに給水、衛生の改善には、財政的支援が必要である。

(川岸万佑子、置村康彦、宇佐美眞)