

流行ニュース:

< E 型肝炎、チャド >

2004年6月26日から8月13日の間、Goz Amer のスーダン難民キャンプにおいて、急性黄疸性肝炎の計672症例と死亡例21例が報告された。E型肝炎は水から感染する病気で、一般的に排泄物で汚染された水によって伝播し、衛生状態の悪い所で大流行する。難民と国内避難民が居住する密集したキャンプにおいてこの疾患発生の危険が最も高い。死亡率は1-4%であるが、妊婦は重症型になりやすいために20%ぐらいになる可能性がある。WHOは、制圧活動の強化および追加の流行調査を実施するために感染地域に多くの専門チームを派遣することを計画している。

< E 型肝炎の概況報告書 (2004.8改訂) >

肝炎は肝臓の炎症を意味する一般的な言葉である。肝炎はA、B、C、D、およびE型肝炎ウイルスなど様々なウイルスによって起こる病気である。黄疸は肝炎の特徴であるので、患者の血液検査によるのみ正確な診断が可能である。

ヒトがヒトのE型肝炎ウイルス(HEV)の自然宿主と考えられているが、HEVに対する抗体あるいは近縁のウイルスが霊長類や他の数種の動物から発見されたことによって、E型肝炎は人畜共通感染症であることが示唆されている。(すなわちこの病気は動物から人に感染しうる)

* HEVはどうやって感染するか?

HEVは飲料水媒介性の疾患であり、多くの感染は汚染された水や食べ物の供給が関係している。排泄物によって飲用水が汚染され、流行が増加し、ある地域では生の貝類を食べることによって流行地域における散発症例の原因となる。動物からウイルスを広げる可能性がある。なぜなら、ヒト以外の何種類かの霊長類、豚、牛、羊、およびげっ歯類が感染しやすいからである。HEV感染の危険因子は世界の大部分の地域における悪い衛生状況と関連している。

ヒトからヒトへの感染は一般的ではなく、性交あるいは輸血による伝播に対する確証はない。

* HEVはどこで問題となっているか?

E型肝炎の流行は中央および東南アジア、北および西アフリカ、メキシコの特に飲用水が排泄物によって汚染されているところで報告されている。しかし、散発症例が他の場所でも報告され、血清学的調査により無症候性または軽度の症状をもつE型肝炎の世界的分布が示唆されている。

* いつE型肝炎は命を脅かすか?

一般的に、E型肝炎は自己限定的なウイルス感染症であり回復する。糞便への長期のウイルス排出はなく、慢性感染も生じない。概して患者の死亡率は0.5-4.0%である。時に急性で重篤な肝炎は肝細胞まで壊死し、その後、肝臓が縮小して死に至る。このような肝炎は劇症肝炎として知られており、妊娠中に最も頻繁に発生し、妊娠第3期での死亡率は20%である。

* 疾患および診断:

HEVに感染後の潜伏期間は3-8週間である。感染者が潜伏期に病気を伝播することができるかどうかは不明である。肝炎の代表的な症状は黄疸、食欲不振、肝腫、腹痛、圧痛、悪心、および発熱である。症候性のHEV感染は15-40歳の人に最も一般的である。子供のHEV感染は頻発するが、ほとんどが無症候性あるいは黄疸がない軽い症状で診断されずに経過する。

E型肝炎ウイルスに特異的な抗体レベルの上昇、またはRT-PCRによって検査診断する。

* ワクチン:

現在、E型肝炎には市販のワクチンがない。しかし、E型肝炎に対して有効なワクチン開発の研究が順調に進んでいる。

* 予防:

ほとんどのHEV感染は排泄物から口へのルートで広がる。個人レベルの良好な衛生状態、質の高い飲用水の提供および適切な排泄物の処理がE型肝炎の予防には一番重要な公衆衛生的措置である。

* 流行をコントロールするための指針:

1. 感染源を確認する。
2. 感染の可能性が高い人々を確認する。
3. 感染源を排除する。
4. 食べ物や飲料水への排泄物の汚染を排除するため、衛生的慣習を向上させる。
5. 水を塩素消毒して、安全な水を提供する。

< エジプトにおけるポリオ根絶への進展 (2003年1月-2004年7月) >

1988年以来、世界の野生型ポリオウイルス陽性の症例数は99%減少し、WHOの3地域(アメリカ、ヨーロッパ、西太平洋)では、現在ポリオがないことが証明された。WHO東地中海地域では、22ヶ国中18ヶ国でポリオがなくなり、3ヶ国(アフガニスタン、エジプト、パキスタン)においてのみポリオウイ

ルスが存在し続けている。

* 定期的な予防接種：

2003年、幼児への4回以上の定期的ワクチン接種率は250地区中234地区において95%以上であり、残りの16地区においては90-95%であった。

* 補足的な予防接種活動（SIAs）

2003年、4回の全国ワクチン接種日（NIDs）、3回の地域別ワクチン接種日（SNIDs）を実施した。2004年現在、2回のNID（3、4月）と1回のSNIDs（2月）を実施している。更に、2回のモップアップ活動が1月と7月に実施された。2003、2004年に実施されたSNIDsは、野生型ポリオウイルスが蔓延する大カイロと上エジプトを主に対象として実施した。2003年と2004年のSIAsは、強化された戸別訪問予防接種法で実施された。2004年には、更なるSIAの質の改善が導入され、計算シートの修正、管理指針とチェックリストの改良、人材の訓練法の改善などがなされた。管理データによりNIDs期間に予防接種を受けた子供の数は2002年12月の980万から2004年4月の1130万人に増加したことが示唆された。

* 急性弛緩性麻痺（AFP）の監視：

2003年と2004年にエジプトにおけるAFPの監視が十分に改良された（表1）。全国的に15歳以下の子供10万人に対する非ポリオAFP率は2003年に2.5%、2004年に3.3%と増加した。2004年、23県（2003年は21県）において非ポリオAFP率が2以上となった。適切な便検体が麻痺発症の14日以内に2003年はAFP症例の93%から、2004年は96%から収集された。

表1：AFPの報告症例数、確定ポリオウイルス症例数および主な監視の指針、エジプト、2002年1月 - 2004年6月

年	AFP症例数	研究所で 確認された ポリオウイルス 症例数	非ポリオ AFP率	適切な便検体 をもつ AFP症例の割合	発症の 週間以内に 検出された AFP症例の割合	非ポリオ エンテロウイルス 分離株をもつ 便検体の割合
2002	576	7	24	91	78	19
2003	608	1	2.46	93	84	19
2004	454	1	3.29	96	91	18

* 野生型ポリオウイルスの罹患率：

1996年以来、遺伝子解析が全ての野生型ポリオウイルスに対し定期的実施された。結果、1型のクラスター数は2001年の12から2004年の1に激しく減少した。2004年の全ての分離株は密接に関連した1つのクラスターによるものであった。

図1：AFP症例と陽性の環境上のサンプル（汚水）の発生地、エジプト、2003年1月 - 2004年1月（WER参照）

* 編集ノート：

根絶活動の質と頻度の向上、特に2002年末からのSIAの強化により、2003、2004年のエジプトにおけるポリオウイルス1型流行の地理的分布と遺伝的多様性が著しく減少した。また、過去2年間のSFP監視の質が相当向上したことは明らかである。エジプトは、現在野生型ポリオウイルス伝播阻止の達成が近づいている。

<アフガニスタンでのリーシュマニアのコントロール>

皮膚リーシュマニア症はサンショウバエに刺されて感染し、通常顔や手の外観をそこねる病気である。2004年10月にWHOとそのパートナーが早急に介入し、2年以内にアフガニスタンにおいてリーシュマニアの発生率を減少させることとした。緊急措置をとらないと、現在の流行のコントロールができなくなるだろう。この緊急措置は現在の感染者を治療するだけでなく疾患伝播の予防も目的としている。カブールは世界的に皮膚リーシュマニア症の最大の感染地である。リーシュマニア症に対する効果的なコントロール計画がかつてアフガニスタンで存在したが、過去20年間の立て続け紛争のために保健インフラの大部分が非常に弱体化した。環境破壊と衛生状態の悪化はサンショウバエの繁殖につながった。同時に避難民の流入によってこの病気の流行レベルが上がる恐れがある。症例数の激増を防ぐためにWHOとそのパートナーはカブールにおける緊急措置を講じ、薬物を提供し、さらに殺虫ネットを配る予定である。

この緊急措置は国のリーシュマニア症をコントロールする1年計画の第一段階である。もしカブールでの最初の計画が成功すれば、アフガニスタンの他の場所にも適用するだろう。

（胡立志、渡邊信、小西英二）