

流行ニュース:

<小児麻痺(ポリオ)の集団発生がイエメン中に拡大; インドネシアで症例確認>

2005年4月29日、ポリオの新症例18例がイエメンで確認され、国の報告発生総数は22症例となった。1996年の急性弛緩性麻痺(AFP)サーベイランスの開始以来この流行までイエメンでは野生型ポリオウイルスが検出されなかった。研究所の調査により、イエメンに発生を招いたウイルスはスーダンで現在流行している野生型ポリオウイルスに遺伝子的に類似していることを確認した。集団発生の最初の徴候は、紅海海岸の国の南西部 Hudeida での 2005年4月20日のポリオ4症例の確認であった。最新の18症例は、首都サヌアを含む5つの州機関から報告され、現在調査されている。保健省とWHO疫学者のチームは、最近開発された一価の経口ポリオワクチン1型(mOPV1)の使用を計画している。この新ワクチンは、ポリオウイルス1型に正確に免疫応答をする。一般に使用される三価OPVと比較して、mOPV1はより少しの量で野生型ポリオウイルス1型により強い免疫を誘導する。

2005年4月21日、インドネシアのBandungの国立ポリオ研究所によって野生型ポリオウイルス1型が検出され報告された。2005年5月2日、この結果はインドのMumbaiのウイルスバンクで確認された。この症例はWest JavaのSukabumi地区の18カ月の小児で、2005年3月13日に麻痺を発症した。インドネシア保健省はWHOの支援を受けて即ちこの地区と周辺地域を厳密に調査し、集団発生対応の予防接種を実施した。最近の調査結果では最近の野生型ポリオウイルスの導入が示された。ウイルスの遺伝学的分析により、アフリカ西部を起源とし、この地域における2003-2004年の集団発生の原因となったウイルスと同様であることを示唆した。さらなる分析により、ウイルスがスーダンを通過してインドネシアに向かったこと、さらに最近サウジアラビアとイエメンで分離されたウイルスと同様であることを示唆した。インドネシアは、1995年以降ポリオはなかった。ポリオ根絶の経験により、5歳以下の全ての子供にむけた高い質の予防接種キャンペーンが、集団発生を迅速に制圧しうることを証明している。世界的な根絶活動は1988年の年間350000症例から2004年に1267症例までポリオ症例数を減少させた。6ヶ国がいまだにポリオ流行国でありさらに6ヶ国でポリオの伝播が再確立している。

<マールブルグ出血熱、アンゴラ¹⁾>

2005年4月27日、アンゴラ保健省はマールブルグ出血熱275症例を報告した。そのうち255症例が死亡した。集団発生の中心であるUigeでは、266症例が4月28日に報告され、そのうち246症例が死亡した。Uigeにおける制圧活動では、最近数回の挫折を経験した。2週間前、Uigeの病院の医師らは、適切な感染対策をしていない一般病棟で治療されていたマールブルグ出血熱患者の血液に直接さらされた。それらの医師は現在監視下にある。最近の出来事では、死亡患者の体が8時間以上もの間、病棟に放置されていた。他の出来事では、小児病棟に入院した重症の新生児が、この疾患で死亡した他の新生児が移動させられたすぐ後に消毒せずに寝かせられた。文化的慣行により、母親は小児病棟で重症の子供のケアをし、自らも危険に曝されている。このような条件下で、感染の拡大は非常に起こりやすくなっている。安全基準が、国際チームによって設定され遂行されたなら、これらの出来事は何も起こらなかったであろう。2005年4月28日、保健担当大臣は、アンゴラの事務次官らと状況を調査し、解決策を見つけ、監督するためにUigeを訪れた。事態を修正する最初のステップが2005年4月29日に実施され、内閣官僚、WHOおよび国境なき医師団の協力も含まれた。

WHOは感染症対策において専門的な国際スタッフをUigeに滞在させることを決定した。Uigeにおける最近の死亡調査は、安全でない注射器を使用しての在宅ベースの治療とウイルスの拡大との明確な関連を示している。関連した危険性を住民に知らせ、安全でない注射器を集めて破棄するために大規模な戸別訪問キャンペーンが、2005年4月28日から開始された。参照: ¹⁾No.16, 2005, pp.141-142

今週の話題:

<アチェ特別州、インドネシアにおける津波後の伝染病サーベイランスと対応>

インドネシアのアチェ(人口480万人)は、2004年12月26日の地震とそれに続く津波によって最も深刻な影響を受けた地域であった。その地域の21区のうち14区における生命・財産・生計の大量損失は、人口の大部分を、生活必需品をもたない伝染病の起こりやすい状況にした。2005年3月22日、インドネシアは、126,602人の遺体の埋設、93,638人の行方不明、514,150人のNanggroe Aceh Darussalam地方の20の自治体や市への配置を報告した。公的部門では、244の保健施設のうち53ヶ所が破壊され収容不能になった。481人の保健専門家のうち42人は死亡した。この大惨事は、その地域にとって深刻な社会的・経済的重要性を持つ。アチェ衛生事務所(PHO)は、ジャカルタの保健省(MOH)からのスタッフと国際的感染症対策ネットワーク(GOARN)からの共同パートナーを含むWHOからのチームによって補強された。目的は、PHOが伝染病発見のために早期警告・対策ネットワーク(EWARN)を開発することを支援すること。病因、伝播様式および危険な状態にある個人を確認することによって集団発生を調査し、適切な制圧対策を模索すること。集団発生管理と対策に備えることである。

* サーベイランスおよび早期警告・対策ネットワークシステム：

EWARN システムは急速に確立された。対象人口は、住民と国内非難民（IDPs）を含んだ。情報源は保健施設や国内外の政府や非政府組織（NGOs）により運営されている。症候群サーベイランス・システムは、疾患や可能性のある伝染病の状態（急性水溶性下痢、出血性下痢、デング、原因不明の発熱、黄疸、麻疹、髄膜炎およびマラリア）と急性呼吸器感染症と破傷風の確認を目標とした。罹患率と死亡率の集積データは、年齢群（5歳未満と5歳以上）別に週単位で集計された。これは、毎日の電話、携帯メール、eメールによる特定疾患の疑い例の報告により即座に警告システムにより補完された。確認、調査および対応につながるいかなる警告も PHO と WHO により共同で実施された。Banda Aceh の WHO インドネシア国内事務所は、必要に応じ検体収集の上で検体サンプリング・キットと訓練を提供した。データ管理と分析が実施され、その結果と活動は、毎週二回の健康分野会議で議論された。

* 結果：

最も緊急を要する時期（2005年第4-10週）には、10地区の83から123の報告ユニット（衛生施設）で構成される19-27機関が報告した。最大数の機関とその報告ユニットが第7週の間報告した。2005年3月27日（第12週）に累積合計184,864の診察が報告された：0-4歳児が33,148人（18%）、5歳以上が151,716人（82%）であった。12,001症例（29%）は、0-4歳児の報告であった（表1）。急性呼吸器感染症（62%）、急性水様性下痢（23%）、原因不明の発熱（11%）が診断された最も頻度の高い疾患/状態であった。表1：流行病の累計罹患率および死亡率、Aceh、インドネシア、2005年3月27日現在（WER参照）

* 集団発生：

警報の内容は、出血性下痢(11)、急性水様性下痢(1)、デング(5)、腸チフス(3)、黄疸(11)、マラリア(4)、髄膜炎(4)、脳炎(1)、草原熱(1)、麻疹(24)であった。調査の結果、誤警報（コレラ、マラリア、脳炎）集団感染（破傷風、デング、出血性下痢、腸チフス、草原熱、A・E型肝炎）または明白な流行（麻疹）のどれかであった。破傷風の症例群は、津波後即時に発生した。2004年12月30日から2005年1月26日の間に、106症例（女性39人、男性67人）が4地区から入院した。年齢の中央値は40歳（年齢幅1-70歳）であった。死亡率は18.9%、ピークは1月中旬であった。

5ヶ月から15歳までの35例の麻疹の集団発生は、2005年1月8日から2月19日に発疹が始まり、Aceh Utara地区から報告された（図1）。大部分の症例（86%）は潜伏期間中IDPキャンプに居住しており、60%は男性で平均年齢は4歳であった。麻疹症例管理指針が地元の医療センターとNGOsに配布された。表1：麻疹症例、発疹開始日、Aceh Utara地区、インドネシア、2005年1-2月（WER参照）

* 編集ノート：

2004年12月26日の津波後、50万人以上のIDPsが一時収容施設に居住するか、アチェから移動したが、伝染病の大きな発生は起こらなかった。しかし、水媒介疾患、（コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、A・E型肝炎）は発生した。ベクター媒介性疾患（マラリア、デング熱）も発生し、麻疹、急性呼吸器感染症、インフルエンザおよび髄膜炎が広まった。大きな集団発生が記録されなかったことにはいくつかの理由がある。第1に、大規模な伝染病の集団発生は自然災害後にはめったに見られず、最適ではない生活状況、安全な水と衛生の欠如、環境変化および医療の欠如に関係する。第2にアチェの人々は、手洗いと飲水を沸騰させる習慣があった。さらに、一般的に健康であったからである。EWARNシステムが集団発生の可能性に直ちに対応し、水・衛生状態の改善、適切な投薬や石鹼などの配給、健康教育、接触者の追跡調査などもその役割を担ったかもしれない。成功するEWARNシステムを確立する鍵は、国内外のNGO、国連機関およびMOHの間での良好な連携にあった。疫学サーベイランス班と健康調整班の会議は、情報を広めフィードバックするのに有効であった。批判的な要素は、EWARNスタッフによって実施された監視の行動的体質であった。システムは脆弱で強度を保つためには相当のインプットが必要であった。

大規模な人口移動があるので、介入に優先されるのは、十分な水と衛生設備、住居と食料の供給および麻疹免疫を含む一次医療の再構築である。高感度の疾患サーベイランスシステムには、伝染病の発見、制御および影響下の人々への更なる負担の回避が要求される。しかしながら、いくつかの要因が緊急事態におけるEWARNシステムの実施と維持を困難にさせている。その要因は短期間の現地滞在の結果としての一貫性のない週間報告、IDPが早く移動することによる正確な人口の標準化の欠如、地方へ到達することの困難さ、疑い症例における研究所の一定した感染確認の欠如、保健サービスの複数の情報源からの個人の患者の複数報告などである。

Banda AcehのWHOインドネシア国内事務所は、少なくとも来年には能力開発および集団発生へのサーベイランスと早期対応を強化するインフラという形で、必要とされる技術援助をアチェ地域に供給するために強化された。細菌性赤痢、腸チフス、肝炎、コレラ、麻疹、マラリアおよびデング熱の集団発生に対する警戒の必要は、人口密度の高いキャンプや居住地に避難民が収容される限り主要な優先事項であり続ける。このように、サーベイランスシステムの早期警告の要素はIDPが永久的な住居に移されるまで集中的に維持されなければならない。

（七里展子、古川宏、小西英二）