

流行ニュース：< コレラ、セネガル（更新<sup>1</sup>） >

セネガル保健省によると、2005年7月4日 - 10日、コレラの計532症例および6例の死亡を報告し、先週に比べわずかに増加した。WHOのアフリカ地域事務所とセネガル事務所は、コレラの集団発生コントロールの援助として、800万CFAを超える薬品と備品を保健省に供給した。 参照<sup>1</sup>No.28,2005,p.241

< マールブルグ出血熱、アンゴラ（更新<sup>1</sup>） >

2005年7月13日現在、アンゴラ保健省は7月10日付でマールブルグ出血熱の計351症例および312例の死亡例を報告した。感染コントロールに対して行われている援助は、Uige州の病院および保健センターに対して引き続き行われる予定である。 参照<sup>1</sup>No.23,2005,p.201

## &lt; 2004年度のアフリカおよび南アメリカにおける黄熱の状況 &gt;

2004年、アフリカおよび南アメリカにおける黄熱の状況が報告された。13の感染国は、全体で65例の死亡を含む235例の黄熱の疑い例をWHOに報告した。公表された感染例は、実数よりもかなり少ない可能性がある。その理由は、発熱を伴う黄疸や原因不明の死亡例が、検査の及ばない地域で生じ、黄熱として扱われていない多くの症例があるためである。

黄熱は、1969年に採択された国際保健規則における3つの主要な感染症のうちの1つである。2005年5月、この保健規則は改訂されたが、改定以後、黄熱は現在まで国際的関心の高い、公衆衛生上の緊急を要する重要な感染症であると考えられている。

## \* 南アメリカ：

## ・ 2004年の黄熱に関する疫学データ

2004年、南アメリカで報告された黄熱のうち、111例（47%）と52例の死亡（80%）が、ボリビア、ブラジル、コロンビア、ペルー、ベネズエラの5ヶ国から報告された。南アメリカにおける全体の致死率は47%で、これはアフリカにおける致死率（11%）よりもはるかに高い値を示している。最も高い感染率を示した3つの国は、アンデスの周辺国である（表1）。

2004年に黄熱を報告した国は、各国の定期的な予防接種計画に黄熱の予防接種を含んでいた。

表<sup>1</sup>：2004年に南アメリカにおいて報告された黄熱：症例数、死亡数、致死率（WER参照）

## \* コロンビア：

## ・ 2003年12月 - 2004年1月、Cesar、MagdalenaおよびLa Guajira

この期間検査された850のサンプルのうち、28例（11例が死亡・致命率39%）が黄熱であると研究室において確認された。これらの症例は、旅行者が多く訪れるSierra Nevada de Santa Marta地域で発生し、Cesar州のLos Besotes国立公園のサルの間で人畜感染症を引き起こした。

## \* ベネズエラ：

## ・ 2004年8月、Merida州

2症例（死亡1例）の黄熱がSucre市の検査によって確認された。保健省は、この地域の農村地帯における黄熱予防接種キャンペーンを急速に強化し、その接種率は74%に達した。

## ・ 2004年10月、Merida州

研究室で確認された3症例（死亡2例）は、Meridaの北西部、BolivarおよびMaturin市において報告された。家畜流行病の集団発生が引き金となって、9月末から始まった予防接種キャンペーンは、これらの症例が報告された後強化された。1998 - 2004年の黄熱の予防接種率はBolivarで65%、Maturinで50%に達した。

## \* アフリカ：

## ・ 2004年の黄熱に関する疫学データ

アフリカは、2004年に最大の症例数が報告された地域であった：全症例のうち、8ヶ国が124の症例（53%）と13例の死亡（20%）（表2）。カメルーンを除いて全ての感染国は西アフリカであった。

黄熱の診断を行うアフリカの研究室のネットワークが発達した2002年以来、黄熱疑診例よりも発熱を伴う黄疸の例のサンプルがより多く持ち込まれている。国立研究所で陽性とされたものは確定診断のためにDakarのパスツール研究所に移送される。

表<sup>2</sup>：2004年にアフリカにおいて報告された黄熱：症例数、死亡数、致死率（WER参照）

## \* ブルキナ・ファソ：

## ・ 2004年1月、Gaoua地区

黄熱2例（うち死亡1例、致死率50%）が研究室での検査で確認された。集団発生への対応の一部として8万人の人々が予防接種を受けた（地図1）。

地図<sup>1</sup>：ブルキナ・ファソにおいて報告された黄熱症例、2004年（WER参照）

## \* ギニア：

・2004年10月、Dinguiraye 州

12歳の子どもに感染した黄熱2症例が、Maliとの国境にあるConakryという町から約545km離れた国の北部にあるDinguiraye (Faranah 地域)にて確認された。WHOの援助を受けて、疫学調査団が保健省によって構成された。

\*リベリア：

・2004年2月、Bong、Gbarpolu、Grand Bassa、Grand Cedeh、Margibi、Montserrado、Nimba、Gee川  
42例の疑い例(死亡8例)が国の15地域のうち8地域で確認され、BongとNimba地域から送られてきた4症例は研究所において確認された検査された。

\*マリ：

・2004年11月、Kita 地区

Kita 地区において、黄熱に罹患した15歳の女児の死亡が報告された。保健省、WHO および IPD が共同で疫学的、昆虫学的調査を行い、23例の疑い例を発見し、うち1例は研究室確認された。

\*アフリカにおける黄熱の疫学的状況：

アフリカの黄熱ウイルス流行は過去5年で急速に拡大した。これは以下の証拠から明らかである。

黄熱が発見された国が増加。

管理下であっても急速に起こる小規模な発生が増えている。

年間発生数の増加。

2000年から2004年に、アフリカでリスクの高い国とされているうち18ヶ国(25ヶ国中18ヶ国、72%)が黄熱の症例を報告した。西アフリカは、最も感染が多かった地域であり、14ヶ国中、13ヶ国(93%)が症例報告し、8ヶ国(43%)が少なくとも2年連続で症例報告をした。

西アフリカにおける黄熱ウイルス伝播の拡大は、予防接種を受けていない多くの人々の存在と関わっている。その拡大は、強制入植および自然にリスクの高い地域に集まってきた人々により悪化している。西アフリカにおける黄熱の再発生は、主に次の国々に影響を及ぼしている。ベニン、ブルキナ・ファソ、コートジボアール、ギニア、セネガル、トーゴである。これらの国の人口は1933年から1961年にかけて行われた大規模予防接種の有効期間から徐々に抜けつつある。

現在の黄熱コントロールの戦略は、大規模予防接種キャンペーンと連携しての定期的な予防接種計画に黄熱ワクチンの導入を行うことに依存している。

流行を抑えるためには、人口の60%から80%の人々がワクチン接種後もしくは自然に免疫を獲得する必要があるとされているが、現在の予防接種率は、きわめて低い状態であると予測される。

アフリカでは、都市部で年間4.8%の人口増加が起こっている。2005年現在、39%の人口が都市部に住んでいるが、2020年には、サハラ以南の人口の63%が都市に住むと予想されている。都市自体の数も増加しており、同様に黄熱の疫学上の罹患リスクは高まっている。このような都市の発生の放置により、水の供給の十分でなく、不衛生な規制の行き届かない都市部周辺のスラム化が生じている。

予防接種が可能になるまでは、黄熱は都市部の疫病として大きな位置を占めていた。

2000年以降、西アフリカでは5つの都市型の流行を経験している。これらの集団発生は、過去に起こった発生と比較して大きな衝撃はなかった。その理由は、緊急に行われた大規模予防接種のためである。ただし、都市部の人々は今や免疫を獲得しているが、小さな町に住む人々は免疫を獲得しておらず、黄熱に対する疫学的な保護が十分でない。

主要都市部でのリスクが高まっていることとは別に、近年の流行国での黄熱ウイルスの伝播拡大は、主要な国際的脅威となっている。ほとんどの巨大都市は交通の要の場所(飛行機、車、船舶)に位置し、黄熱が他の地域や国々へ拡大することを容易にしている。従って、アジア圏に黄熱のウイルスが輸入されることや、2世紀前に絶滅した地域に、再び黄熱ウイルスが現れることをもはや無視できない状況になっている。

(浅井剛、中村美優、中園直樹)