

流行ニュース：

< コレラ、西アフリカ(更新!) >

2005年9月23日現在、数週間前に始まったコレラの集団発生は未だ西アフリカにおいて継続中である。特に激しい雨季のような季節要因は、地域での人口移動の増加とともに、コレラの異常に高い発生率の原因となっている。WHOは技術支援を提供し、監視活動の強化に取り組み、症例管理のための援助物資や水の塩素処理も数ヶ国に提供している。 参照：¹No.35, 2005. pp297-298

* 国別内訳：

ベナン：6月初旬にCotonouで始まった集団発生は、現在Oueme地域まで拡大している。4例の死亡を含む計210症例（6月6日 - 9月4日）が報告された。情報が地域社会に提供され、給水地では水の塩素処理が行われている。

ブルキナ・ファソ：9例の死亡を含む計615症例（致命率(CFR)：1.5%、8月8日 - 9月4日）がOuagadougouで報告され、安全でない水質と衛生状況の悪い地区において発生している。市民に関連情報を提供することを主とした効果的な防御手段が行われている。集団発生は現在制圧下にあるようである。

ギニア：72例の死亡を含む計1956症例（CFR：3.7%、7月中旬 - 9月4日）が報告された。制御活動は、最も患者の多いConakryとKindiaの環境管理を重点的に、進行中である。

ギニア・ビサウ：252例の死亡を含む14303症例（CFR：1.8%、6月6日 - 9月11日）が報告された。BissauとBimbo地域が症例数の77%を占め、コレラは国内の11の全地域に広がっている。WHOのチームは現在厚生省に対し現場の援助を提供している。

マリ：20例の死亡を含む158症例（CFR：12.65%、6月20日 - 7月24日）が報告された。状況は制圧下のように見えるが、コレラは引き続きマリにおける課題である。

モーリタニア：55例の死亡を含む計2640（CFR：2%、7月20日 - 9月21日）が6地域から報告された。全症例の89%をNouakchottが占めている。

ニジェール：9例の死亡を含む72例（9月10日 - 19日）がTahoua地域から報告され、Bouza地区が最もひどい影響を受けた。集団発生はTilaberi地域まで拡大し、Tera地区から3症例を報告した。現在まで44例の死亡を含む計431症例（CFR：10%、7月13日 - 9月19日）が報告された。

セネガル：今年の初めに始まったコレラの集団発生の再来が最近起こった。Dakarは異常な豪雨のため最もひどく影響を受けている。現在まで303例の死亡を含む計23325症例（1月 - 3月下旬）が報告されている。

< 黄熱、ブルキナ・ファソとコートジボアール >

2005年9月22日、WHOは、コートジボアールとの国境にあるブルキナ・ファソの南西に位置するBanfora、BatieおよびGaoua地区で黄熱の集団発生の報告を受けた。1例の死亡を含む4症例はCentre Murazおよびセネガルのパスツール研究所にあるWHOの黄熱に関する共同センターにより確定診断された。死亡例はコートジボアールのBouna地域の患者である。

ブルキナ・ファソの厚生省とWHOからなるチームとコートジボアールの厚生省、WHOおよびユニセフからなるチームは、増加した人口移動によって特徴付けられるこの国境地域での黄熱の発生を迅速に調査した。大規模な予防接種キャンペーンが、人々を保護し、人口過密の都市への疾患の進入を防ぐために準備されている。

WHOアフリカ事務所は、国境地域の疾病の鎮圧に対する最適な戦略を決定すること、集団発生対応のための資金を集めることを目的として両国の厚生省とともに活動している。

今週の話題：

< 野生型およびワクチン由来のポリオウイルスに対する研究所の監視、2004年1月 - 2005年6月 >

145ヶ所のウイルス研究所の世界的ネットワークは、世界的なポリオ根絶計画の監視活動を支援するためにWHOによって設立された。ネットワークは、ポリオウイルスの存在を調べるために急性弛緩性麻痺（AFP）症例の人々から便検体を分析している。感度の良い監視システムは15歳以下の100000人につき少なくとも1例の非ポリオAFP症例を検出し、AFP患者の少なくとも80%から適切な便検体を収集することになっている。WHO認定の研究所におけるサンプルのウイルス学的検査は、高水準の性能に達している。

* 研究所ネットワークの実績：

ポリオ研究所ネットワークは6つのWHO全地域で作動し、123の国家研究所、15の地域委託研究所と7つの世界的な特別基準研究所からなる。各研究所は、WHOが採用する報告の正確性と適時性を測る基準を使用してその品質が保証され続けている。2004年、ネットワークに参加する研究所の97%は、WHOによって十分に認定されていた。

研究所ネットワークは、2004年1月 - 2005年6月の期間に134855例の検体をテストし、作業量は前回より37%増加した。ウイルス分離の結果は95%以上の検体について受け取り後28日以内に利用できるようになった（計画目標：28日以内に80%以上）。ポリオウイルス分離のAFP症例の83%に対して同一血清型内分化（ITD）テストにより、麻痺発症の60日以内に野生型かワクチン由来の性質を持つ分離株かを確認した。

* 野生型ポリオウイルスの血清型の検出：

野生型ポリオウイルス血清型2型の流行は収まっているように思われる。2型の流行は1999年10月にインドのUttar Pradesh西部で最後に検出された。野生型ポリオウイルスは、2004年1月 - 2005年6月（表2）に22ヶ国で確認された。14ヶ国では、血清型1型ウイルスのみが発見された。1型と3型のポリオウイルスはアフガニスタン、カメルーン、チャド、インド、ニジェール、ナイジェリア、パキスタン、スーダンで検出された。

* 野生型ポリオウイルスの遺伝子型の検出：

ポリオ研究所ネットワークは、(a)すべての野生型ポリオウイルスおよび(b)ITDテストで全てのポリオウイルスについて、ポリオウイルスゲノムのVP1部位の遺伝子解析データを日常業務として作成する。遺伝子は、ポリオウイルス遺伝子型を確認して、様々な場所からのウイルス伝播を調査するために分析される。7つの野生型ポリオウイルス遺伝子型が2004年1月 - 2005年6月に検出され、3つの1型の遺伝子型と4つの3型の遺伝子型を含む。

* ワクチン由来のポリオウイルス（VDPVs）の検出：

VDPVsは、同じ血清型のサーベインウイルスに対して99%以上のVP1配列同一性を示すウイルスであると定義される。VDPVsは、過去にエジプト、ヒスパニア、マダガスカルおよびフィリピンで流行したことがわかっている。1型のVDPVの集団発生は、2004年に中国、また、2005年にインドネシアで検出された（表3）。2型のVDPVsは、2004年にラオス人民民主共和国、2005年に香港とサウジアラビアのAFPの各1症例から検出された。2型のVDPVの集団発生が、マダガスカルで調査中である。3型のVDPVsは、2005年にマダガスカルでAFPの1症例と8人の接触者に確認された。調査は、未完了である。

AFPを発症していない人からのVDPVsもまたネットワーク研究所によって報告されている。2型のVDPVsが最も頻りに検出され、スロバキア、エジプト、イスラエルの下水から断続的に分離されている。イスラエルとスロバキアのフォローアップ調査では、麻痺性症例は確認されず、VDPVsの原因も確認できなかった。2型のVDPVは、2004年に日本の便調査の一部として健康な子供から分離された。3型のVDPVsは、日本でAFPをもつ成人およびポリオ予防接種を受けた同じ家庭の子供から2005年に分離された。

* 編集ノート：

ポリオ研究所世界ネットワークは、流行地におけるポリオウイルス流行を監視すること、野生型ポリオウイルスの流行の原因となる集落を特定すること、野生型ポリオウイルスの発生源を確認すること、生活環境（汚水など）の中での野生型ポリオウイルスとVDPVsの存在を監視すること、最も近縁と考えられるVDPVsとの遺伝子学的な開きからAFP監視の限界を確かめること、VDPVsを特徴付けること、その出現の原因となっている要因を調査することによって、世界的なポリオ根絶計画に欠くことのできない支援を提供している。

2004年 - 2005年に野生型ポリオウイルスの流行国は著しく増加した。

プログラムは強力な後方支援を提供し、研究所作業負担を再分配し、同施設内でウイルス分離とITDの両方を実行する研究所の数を増やすことによってこの問題に対応した。作業負担の最も大きな増加のあったネットワーク研究所では、仕事で7日の週労働時間で二交代制を実践し、手順を合理化し、新しい迅速な技術を取り入れることによって対応した。インドネシア、インド、ナイジェリア、オマーン、スーダンの国家研究所は、増加する作業負担への効果的対応において卓越していた。他のネットワーク研究所は、作業の性能を向上させ続けている。ネットワーク研究所のいくつかは、共同または独立して作業し、VDPVsを検出した。最も懸念されるのはマダガスカルの2つの独立したVDPVの流行（cVDPV）であり、インドネシアの1型のcVDPVである。

世界的なポリオ根絶計画のこの重要な最終段階は、AFP発症及びその同定、効果的な免疫対応の実施に至る時間差である。できるだけ短縮しなければならない。今後の数ヶ月間においてネットワークの優先事項は、ポリオウイルスを確認するのにかかる時間を減らすために可能性がある技術と手順を評価することであろう。ネットワークのパフォーマンスの維持と必要な強化には、WHOとパートナーの継続的な参加と支援が必要とされる。

表1：AFP症例やポリオウイルス（PV）分離株をもつ人々からの便検体数、分離された非ポリオエンテロウイルス（NPEV）をもつ検体の割合および結果のタイミング、WHO地域・年別、2004年1月 - 2005年6月、表2：急性弛緩性麻痺患者からの野生型ポリオウイルス（WPV）分離株の数、WHO地域・国別、2004年1月 - 2005年6月、表3：急性弛緩性麻痺の患者からのワクチンウイルス分離株の数、2004年1月 - 2005年6月（すべてWER参照）

（冬野寛子、正井栄一、中園直樹）