

流行ニュース：

<鳥インフルエンザ—新たな国々へのウイルスの波及>

\* ウイルスの急速な地理的拡大 (2006年2月21日現在)：

インドにおける発症は、2006年2月18日に報告された。マレーシアは2006年2月20日、新たな家禽類への集団発生を報告した。アゼルバイジャンではウイルスの発見と家禽の大量死が同時に起った。エジプトでは、家禽類における集団発生が現在10県で確認されており、外来種の動物園における鳥の死亡も報告されている。イラクでは、鳥におけるウイルスの存在は、国が最初のヒト症例を確認した後初めて見つかった。ナイジェリアでは、最初の症例はインドと同様に大きな商業用農場で検出され、発症は明らかであり、集団発生は見落とし難かった。

イラク以外では、2月に新たな感染国でヒトの発症を報告した国はなかった。イラクは2例のヒト症例を報告し、2例とも死亡した。他の患者検体は現在も検討中である。

ヒトの健康に対しては、過去2年にわたる経験より、最も大きなリスクは、ウイルスが小さな裏庭の家禽の群れに浸透し、ヒトへの接触、暴露、感染が継続的に起こる機会がある場合に生じることが明らかになってきている。入手できるすべての証拠により、ウイルスは家禽類からヒトへは簡単には広がらないことが示されている。今日、ほんのわずかな症例が、家禽労働者、家禽処分者、獣医から検出されている。ほぼすべての症例は、家禽を食用に解体し、羽をむしり、食肉処理する過程での、死んだ家庭用の家禽との密接な接触に関係している。適切に調理された家禽類の肉や卵の消費に関連する症例はなく、それは鳥インフルエンザが家禽に存在することが明らかな家庭においても同様である。

<鳥インフルエンザ、インド>

インドの農業当局は、2006年2月18日、家禽類における高病原性のH5N1型鳥インフルエンザの国内初の集団発生を確認した。疾患は、西部のMaharashtra州にあるNavapur小地区にあるいくつかの商業用農場から検出された。集団発生は現在、1月27日に始まったと考えられている。影響を受けた農場での鳥の大規模な処分が続いている。

政府は、起こりうるヒトの症例を隔離して管理するためにNavapur病院を整備した。WHOは2月21日、Navapur小地区において熱および呼吸器疾患のある12人の患者が、予防措置としての観察のために入院したという通知を受けた。更に3人の患者がGujarat州に隣接するVaira小地区において、観察のために入院した。

<鳥インフルエンザ、インドネシア (更新<sup>1</sup>) >

インドネシア保健省は2006年2月20日、ヒトへのH5N1型鳥インフルエンザウイルス感染の新たな症例を確認した。この新たに確認された症例により、インドネシアの全症例数は26例となり、そのうち19例が致死性であった。参照<sup>1</sup>：No. 7, 2006, p. 62.

<鳥インフルエンザ、イラク (更新<sup>1</sup>) >

イラク保健省は2006年2月17日、国内第2例目のヒトへのH5N1型鳥インフルエンザウイルス感染を確認した。その症例は、Sulaimaniyah州北部の39歳の男性であり、1月18日に症状が発現し、1月27日に死亡した。外部で確定診断するための、患者検体搬送の問題は解決されてきている。感染可能性を調査している最初の15人の患者からの標本は、カイロ(エジプト)にある米国海軍医学研究ユニットで検査された。39歳の致死性な症例以外の、全テスト結果は陰性であった。

同じサンプルが、WHOと共同研究している英国の研究室へ送られ、更に進んだ試験と分析が行われている。参照<sup>1</sup>：No. 6, 2006, pp. 50-51.

今週の話題：

<ヒトアフリカトリパノソーマ症(睡眠病)：最新疫学情報>

\* 導入：

1995年11月21-27日ジュネーブにおける会議で、アフリカトリパノソーマ症の制御と監視に関するWHO専門委員会は、多くの流行国での主要な再発を含む疾患の再燃だけでなく、疾患の状況認識の決定的な欠如が強調された。その後の監視下では、年に約25,000の新症例報告があり、感染レベルの評価では新症例が約300,000に達すると推定される。社会的混乱の中断により渦中の国々へのアクセスが可能になり、Sanofiaventis社とWHOとの協同により2001年に薬物投与による対策が進んだことなどがあり、新たな状況に展開された。その結果、過去4年間で監視活動が拡大し、積極的なサーベイランスを通じて検査されるヒトの件数が増加し(表1)、新症例数は一貫して低下している(表2、3)。表1：活発な症例発見調査により検査された人数、1997-2004年(*T. b. gambiense*流行国)表2：ヒトアフリカトリパノソーマ症の報告新症例数、1990-2004年(*T. b. gambiense*流行国)(WER参照)

表 3：ヒトアフリカトリパノソーマ症の報告新症例数、1990-2004 年（*T. b. rhodesiense* 流行国）

|                | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ボツワナ           | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| ブルンジ           | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| エチオピア          | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| ケニヤ            | 91   | 8    | 4    | 2    | 1    | 0    | 2    | 5    | 14   | 22   | 12   | 14   | 13   | 0    | 0    |
| マラウイ           | 228  | 195  | 143  | 53   | 31   | 15   | 8    | 7    | 10   | 11   | 35   | 38   | 43   | 70   | 47   |
| モザンビーク         | 3    | 7    | 24   | 10   | 16   | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 1    | -    | 1    |
| ナミビア           | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| ルワンダ           | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 8    | 27   | 5    | 22   |
| スイス            | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| タンザニア<br>連合共和国 | 187  | 177  | 366  | 262  | 319  | 422  | 400  | 354  | 299  | 288  | 347  | 258  | 226  | 111  | 157  |
| ウガンダ           | 1417 | 832  | 606  | 503  | 342  | 497  | 178  | 217  | 283  | 283  | 266  | 426  | 328  | 321  | 318  |
| ザンビア           | 7    | -    | 4    | 1    | 1    | 1    | 3    | -    | -    | 15   | 9    | 6    | 17   | 7    | 35   |
| ジンバブエ          | -    | -    | -    | -    | 1    | -    | -    | 9    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |
| 報告新症例数<br>合計   | 1933 | 1219 | 1147 | 831  | 711  | 935  | 591  | 592  | 606  | 619  | 669  | 750  | 655  | 514  | 580  |

## \* 国別再調査：

I. *T. b. gambiense* による流行国

- 年間で 1500 例以上の新症例を報告している国  
アンゴラ：伝播は北西部の 7 州で発生している。  
コンゴ民主主義共和国：伝播は 10 州で発生している。  
スーダン：伝播は赤道地域で発生している。
- 年間で 50-1500 例の新症例を報告している国  
中央アフリカ共和国：伝播は 4 県で発生している。  
チャド：伝播が Bodo という伝播の中心地がある 1 つの省で発生している。  
コンゴ：伝播は主にコンゴ川に沿って 4 地域で発生している。  
コートジボワール：伝播は 1 地域で発生している。  
ギニア：伝播は Basse Guinee で発生し、そこには Boffa、Dubreka および Forecariah という伝播の中心地があり、Guinee Forestiere では Nzerekore 地域が主な伝播の中心である。  
ウガンダ：伝播は国の北西部で発生し、4 地区が影響を受けた。HAT の制圧活動は、地区の保健当局によって分散され、管理された。それは *T. b. gambiense* と *T. b. rhodesiense* の重複が生じ、2 形態の疾患（ウガンダ地域の *T. b. rhodesiense* を参照）の間の疫学的相違による理由で、制御問題がかなり困難となった。
- 年間で 50 例より少ない新症例を報告している国：  
ブルキナ・ファソ：伝播が南部、南東部で現在発生しているかどうか確信がなく、最近の全症例が、コートジボワールから帰国した出稼ぎ労働者の中で確認されている。伝播の局所的な中断は、その地域で実施された最後の検査で診断された症例の中に、その土地固有の症例がないという事実によって示される（2005 年 2 月）。  
カメルーン：伝播は 1 州で発生している。  
赤道ギニア（共和国）：伝播は 1 州で発生している。  
ガボン：伝播は 1 州で発生している。  
ナイジェリア：伝播は 1 州で発生している。しかし、積極的な監視活動の欠如した国では、伝播が国のどこか他のところからもたらされたのかどうかを評価するのは難しい。
- 監視活動は実行されているが、年間に 0 症例を報告している国  
ベニン：症例は散発的に 2 省で診断され、最終の症例発見調査は、2004 年 5 月に行われた。その間、検出された症例はなかった。  
ガーナ：最後の症例が Takoradi（西部地域）から 2000 年に報告された。活発な症例発見調査は、後

にこの地域では 2005 年 12 月に行われたが、検出された症例はなかった。

マリ：最後の症例が 2002 年に Kenieba 地区から報告された。活発な症例発見調査は、2005 年の 12 月にその地域で行われたが、検出された症例はなかった。

トーゴ：最後の症例が 1995 年に Savanes 地域から報告された。最後の調査は、2004 年 11 月に行われ、これらの調査の間、検出された症例はなかった。

#### 5. 監視が行われておらず、年間に 0 症例を報告している国

ガンビア：国の至る所で数十年間、症例の確認、報告はされていない。

ギニア・ビサウ：最後の症例が 1989 年に報告された。1990 年代に監視を中止した。

リベリア：症例は 1960 年代後半と 1970 年代前半に散発的に報告された。

ニジェール：症例は数十年間報告されていない。

セネガル：症例は 1970 年代と 1980 年代に報告されたが、それ以来報告症例はない。

シエラレオネ：症例は数十年間報告されていない。

## II. *T. b. rhodesiense* の流行国

### 1. 年間に 0-1500 例を報告した国

マラウイ：伝播は Nkhotakota と Rumphii 地区で生じた。

ウガンダ：*T. b. rhodesiense* の伝播の中心地は南東部に位置し、10 地区に影響し、*T. b. gambiense* の感染地区から隔てられている。しかしながら、*T. b. rhodesiense* の伝播地域は整然と北部へ広がっており、散発症例が 2004 年に確認された。

タンザニア連合共和国：伝播は 3 州で生じた。

### 2. 年間に 50 例より少なく新たな散発症例を報告した国

ケニア：2002 年と 2004 年の間に 1 例も検出されなかったが、1 症例が 2006 年 1 月に、Busia において診断された。

モザンビーク：最後の症例は、2002 年と 2004 年に確認された。

ルワンダ：散発症例が報告された。

ザンビア：散発症例が、2 地区から報告された。

ジンバブエ：南アフリカと大ブリテン島は散発症例を報告し、主に Kariba 湖地域を訪れた旅行者である。

### 3. 年間に報告が 0 例の国

ボツワナ：過去に伝播は生じたが、トリパノソーマ症の症例は数十年間、その地域から報告されていない。巨大なツエツエバエの制圧計画が、この地域では何年も実行されている。この国は非常に優れた保健機構を持っているが、HAT の監視システムは明確ではなく、明らかな必要性はない。

ブルンジ：伝播は以前生じたが、1979 年-1980 年の一定の監視では、新しいトリパノソーマ症の症例は何も明らかにされなかった。

エチオピア：最後の症例は、1970 年代後半と 1980 年代前半に報告され、それ以来新しい症例は報告されていない。

ナミビア：散発症例が報告されたが、その地域の伝播はそれ以来数十年間症例は報告されていないため、もはや生じていないと信じられている。

スワジランド：この国では、ツエツエバエと同時に動物のトリパノソーマ症が存在しているが、数十年間、ヒトの症例は報告されていない。

#### \* 結論：

1995 年以来、特に過去 5 年間、HAT の制圧に功績がもたらされ、実質的な減少に導いた。トリパノソーマ症調査と制圧のための国際科学会議は、2005 年 9 月にアジズアベバで 28 回目の会議として行われ、WHO は“睡眠病の排除プログラムを開始し、このゴールに向かっての戦略を採択し、全てのパートナーが永久に援助を提供することを擁護する”べきだと推奨した。

このように、睡眠病を排除する立場に達するには、公衆保健問題が予想でき、現在 WHO が直面している主な課題は、監視を強化し、排除を達成する努力を維持することである。さらに、診断に対するさらに特別で感度の高いツールを開発するにあたり WHO の主導は、

—画新的な新しい診断法を確立するための共同研究の実施

—疾患の両段階にも安全で簡単な新しい経口薬の開発

—ノースカロライナ大学 Chapel Hill Drug 協会による開発の下、ビル&メリンダ・ゲイツ財団による資金提供のようなものがあり、これらは、疾患排除の持続への重要な問題となるであろう。

(戸田まどか、喜多淳子、宇佐美眞)