

今週の話題：

＜メジナ虫症根絶—地球規模の監視の概要、2005年＞

メジナ虫症根絶のための地球規模の取り組みは、2005年に重要な前進を遂げた。流行国は11ヶ国(2004年)から9ヶ国(2005年)に減少し、2004年にはベナンとモーリシャスでの流行がなくなった。

1989年から2005年の間にメジナ虫症は劇的に減少した(図1)。2005年では、スーダンに続いてガーナでの症例数が多い。2005年の残存する流行国9ヶ国と前根絶証明段階7ヶ国の症例報告総数は10674件、その内の90%をガーナ(3981例)とスーダン(5569例)が占め、残りの10%をマリ(659例)、ニジェール(183例)、ナイジェリア(120例)、トーゴ(73例)の4ヶ国で占めている。残存する流行国であるブルギナ・ファソ、コートジボアール、エチオピアの3ヶ国は計77例を報告し、世界の報告数の1%未満であった。また前根絶証明段階の3ヶ国(ウガンダ、ケニア、ベナン)は12例であった(表1)。

エチオピアとマリを除く全ての国において、2005年は2004年と比較して国内発症症例数が減少し、全世界の減少率は33%であった。スーダンでは23%(2004年7266例→2005年5569例)、ガーナでは45%(2004年7268例→2005年3981例)の減少である。一方、エチオピアとマリの2ヶ国では国内発症症例数が増加し、マリは85%(2004年354例→2005年656例)、エチオピアは86.7%(2004年3例→2005年29例)の増加であった。残存する流行国(ブルギナ・ファソ、コートジボアール、ニジェール、ナイジェリア、トーゴ)5ヶ国は、平均61%(2004年1015症例→2005年399例)の減少を報告した。国内発症症例数はナイジェリアで76%、トーゴで70%、コートジボアールで55%、ブルギナ・ファソで31%、ニジェールで25%減少した。

2005年、国家の根絶プログラムは10674例のうち3484例(33%)から伝播阻止を報告し、2004年に報告された42%より減少した。各国の封じ込め症例数は、ベナン(1)、ブルギナ・ファソ(21)、コートジボアール(4)、エチオピア(32)、ケニア(2)、ガーナ(2405)、マリ(508)、ウガンダ(9)である。他の症例封じ込め率の高い国は、ニジェール(92%)、エチオピア(86%)、トーゴ(79%)、マリ(77%)、ブルギナ・ファソ(70%)、ナイジェリア(65%)であり、スーダンは症例封じ込め率が低く3.5%である。スーダンを除いて2005年の伝染封じ込め率は高かった。

計2114の流行村が1症例以上報告した(2004年は3625村:42%の減少)。ブルギナ・ファソ(12)、コートジボアール(5)、エチオピア(12)、ガーナ(734)、マリ(140)、ニジェール(58)、ナイジェリア(40)、スーダン(1087)、トーゴ(26)である。前根絶証明段階の3ヶ国では、3村と2つの難民キャンプ(ベナン1村、ケニアのカクマ難民キャンプ、ウガンダの2村とバマ難民キャンプ)で1症例以上が報告された。表3は1症例以上を報告した村の数の増減であり、表2の国内発症症例数の増減と一致している。地図1は、メジナ虫症のエチオピアとスーダンの行政地区別症例分布図であり、地図2は2005年の西アフリカでの分布図である。

国際的にも地域的にも、輸入メジナ虫症症例の疫学的な意味は、過去5年間で大きくなってきている。輸入症例は、2004年は114例であったが、2005年は10ヶ国45例の報告にとどまった。これはスーダンなどの流行国での症例数が減少したためである。2005年の国際的輸入症例の多く(26)は、西アフリカで報告された。ニジェール(8)、ブルギナ・ファソ(6)、ガーナ(4)、トーゴ(3)、マリ(3)、コートジボアール(1)、ベナン(1)である。輸出症例については、マリの7例がアフリカ西部の大部分を占めている。東アフリカでは、スーダンから前根絶証明段階の2ヶ国:ウガンダ(9)、ケニア(2)と流行国1ヶ国:エチオピア(8)への輸出症例があった。2005年のこの報告書によって、高流行地域から近年感染症例がなくなった国に輸入がなされていることが証明された。

近隣の同時流行のある国境地域において情報交換促進や協調介入努力を増強するための国家間会議が開催された。ブルギナ・ファソ、マリおよびニジェールにおける遊牧民の国境や国内移動は、特に重要な疾患の伝播要因である。時期的な移動・症例数・性別・年齢・職業・感染源はもちろんであるが、遊牧民に対する疾患の早期発見や封じ込めは、伝播阻止に重要である。流行村や場所の地図を示すことや移住パターンを発見することにより、メジナ虫症根絶を目標とした取り組みが進展した。遊牧民地域において周期的に国家間で調整会議を行うことによって、プログラムがより効果的な介入研究となった。

第11回メジナ虫症根絶プログラム責任者会議は、ニジェール政府、カーターセンター、UNICEF、WHOにより共同開催され、流行地9ヶ国のプログラム管理者といくつかの国際および非政府組織の代表、組織後援者らの参加により、ニジェールのNiameyで2006年3月29日-31日に開催された。WHOは、2006年3月27日-28日に同地で開催された前根絶証明段階の5ヶ国(ベナン、カメルーン、中央アフリカ共和国、チャド、モーリタニア)の代表者会議に出席していた。2005年度の症例報告と2006年度計画が発表され、2006年度予算が協議された。

* 流行国感染状況分析:

ブルギナ・ファソ : 30例(国内発症24例:2004年と比し31%減少。輸入症例6例:コートジボアール1例、ガーナ2例、マリ1例、ニジェール2例)。そのうち21例(70%)が収容された。1村で国内発症症例の多くが発生し、残りは3地区から発生した。発生時期は6月-8月。

- コートジボアール：10例(5村)。発生時期は6月-8月。2005年は、2004年の低発生率地区から発生し、高発生率地区からの発生は減少した。
- エチオピア：37例(国内発症29例 輸入症例8例)。国内発症は、全て流行村7村から、輸入症例は5村から報告された。プログラムは、メジナ虫症と疑われている76例について調査し、31例が確認された。発生時期は4月-8月(1月にも少数ある)。ピークは6月。20村でヘルスワーカーの養成が行われた。サーベイランスシステム導入後、報告症例はなかった。
- ガーナ：3981例(国内発症3977例 [世界総数の37%]、輸入症例4例)。国内発症症例45%減少。2番目の多発国。国内発症発生村数も37%減少。19%は前年度、発生がなかった村からの報告である。症例数の多い4地区は、発生を繰り返している。60%が収容された。
- マリ：659例(国内発症症例85%増加 輸入症例3例)。増加の原因は、数村での疾患の再輸入の増加と2004年の紛争のために出入りがあったことにある。77%が収容された。ピークは8月-10月であるが、5月-11月にも起きている。19例は、国内で輸入されたものである。
- ニジェール：183例(国内発症症例25%減少、輸入症例8例)。症例は、58村から報告され、そのうち27村は2004年に症例のなかった村である。輸入症例のみの村落もあった。89%が収容された。症例は、11月が特に多かった。
- ナイジェリア：過去5年間で症例数は相当な減少をした。国内発症120例(減少率76%)、収容率は65%。これは、40村から報告された。
- スーダン：5569例(世界の52%)。減少率は23%。依然として症例数は高い。5月-10月にかけて発生が多いが、ピークは5月。2005年の輸入症例は、南部州から輸入され北部州から報告された。
- トーゴ：国内発症70例、輸入症例3例(26村)。前年比70%減少。収容率は81%。内部輸入は15例であった。
- * 前根絶証明段階の国々：**
- ベナン：2004年5月以降、症例数は報告されていないが1例のみガーナから輸入された。2006年5月に外部評価を行う予定である。
- カメルーン、チャド、中央アフリカ共和国：国内発症、輸入症例ともに報告がない。スーダンの避難民の多くが、チャド東部の難民キャンプに定住したが、症例は出なかった。
- ケニア：カクマキャンプで2例報告された。スーダン南部からの輸入症例で、キャンプのヘルスワーカーによって封じ込められた。
- モーリタニア：1993年にプログラムが開始されてから安定した症例数減少を報告しており、2005年は症例数の報告がない。2006年3月に実施された外部評価により疾患の伝播阻止が確認された。
- ウガンダ：2004年に国内発症症例はなし。2005年の外部評価にて疾患の伝播阻止が確認されたが、9例のみスーダン南部からの輸入症例があった。

*** 根絶証明された国：**

イラン・イスラム共和国：2005年2月、ロンドンの20Km南西部にあるKheyrabadに住む患者から石灰化したギニア虫症例のうわさが報告された。WHOは調査したが、ギニア虫症例は発見されなかった。

*** 編集ノート：**

メジナ虫症症例数の減少率は、2004年50%と比べ2005年33%とそれほど減少しなかった。しかし、流行村数は、2004年の3618村と比べ2005年の2112村と減少が顕著である。流行国も11ヶ国から9ヶ国に減少した(ベナン、モーリタニアは症例数ゼロ)。ブルギナ・ファソとコートジボアールは2005年の国内発症症例数が少なく、2006年にはゼロになりそうである。

現存する流行国9ヶ国は、地域基盤の監視システムと必要な干渉計画を強化するために努力している。ガーナやスーダンの安全な水の提供や井戸の科学的処理は根絶活動における大変な難題である。前根絶証明段階にある国にとって、かつての流行村の監視は、メジナ虫症の再輸入を発見し阻止するために維持されるべきである。ジュネーブ宣言で2009年までにメジナ虫症の根絶を目指すことが決議された。

図1：世界のメジナ虫症年間報告症例数、1989-2005年、表1メジナ虫症国別月間報告症例数の分布、2005年、表2：国内発症メジナ虫症症例数の増減率、2004年と2005年の比較、表3：1症例以上のメジナ虫症を報告する村の数の増減、2004年と2005年の比較、地図1：woreda(エチオピア)とpayam(スーダン)のメジナ虫症症例数、2005年、地図2：アフリカの選ばれた国における地区別メジナ虫症症例数(すべてWER参照)

<ヒトへの鳥インフルエンザ、アゼルバイジャン、2006年2月-5月>

2006年3月4日、バクにある入院隔離のための肺疾患病院の科学調査協会に1人の重症患者を含む6

人の患者の照会があった。3月6日、アゼルバイジャンの厚生省（MoH）は、WHO にヒトへの鳥インフルエンザ（HAI）が疑われる2人の死亡を含む9症例を報告した。Daikyandに住む同家族8人、近隣家族1人であり、2週間以上罹患していた。兆候は、熱発、頭痛、咳、髄膜炎症状である。臨床的徴候は様々でありHAIの発見が遅れる。3月7日、3日間オセルタミビルを投与し、5人の患者の症状がなくなり退院した。3月13日、インフルエンザA/H5型ウイルスを検出するためにRT-PCRを装備する現地研究所が米国海軍医学研究ユニット3（NAMRU-3）、エジプトのカイロ、バクのAPSによって創設された。同日、HAIが疑われている11人の患者から咽頭用スワブ、血液標本、検死解剖標本が採取された。A/H5型ウイルスは、Daikyand（4遺体）Tarter（1遺体）からの5遺体のサンプルから見つかった。全てのサンプルも確認のために英国のMill HillにあるNational Institute for Medical Research（NIMR）にあるインフルエンザに関するWHO共同センター送られた。3月14日、MoH、APS、WHOのスタッフからなる協同チームは、Daikyandでの現地調査を行った。その日、3月4日-7日まで入院していた同家族の子ども2人が発熱で再入院した。3月18日、A/H5型ウイルスがNIMRの7名の患者（現地研究室での検査で陰性であった2名の患者を含む）のサンプルから検出された。最初のヒト症例が通知される前に、WHOチームはMoHの要請で、ヒトへのH5N1の感染拡大の危険性を検査するため1月にその国を訪れていた。理由は、H5N1がアゼルバイジャンと近隣国であるトルコの両国の野鳥や家禽に突然の発生が疑われたからである。ヒトの症例の前に、動物のH5N1ウイルス伝染の確証において、国家意識キャンペーンが始められた。この報告は、実施された抑制活動、感染地域からの疫学的および臨床的発見を要約している。

* HAI 症例集団への対応：

2006年3月15日、MoHの要請に付け加えて、WHO国際チームは、対応を支援するために3週間近くHAIの危険性がある地区に配置された。エキスパートにより強化された制圧活動は、①UNICEFによる社会動員活動②積極的な症例発見を含む疫学的サーベイランス③時機を得たインフルエンザA/H5ウイルスの研究所診断④接触者の健康モニタリング⑤安全な輸送と患者の症例管理である。

* 社会動員：

2006年2月末、アゼルバイジャンで始まった社会動員キャンペーンは、MoHとUNICEFの協働により進展を見、HAI問題について国際レベルでの管理を試みた。初めてHAI症例が確認された夜、MoHはこの情報を新聞発表し、定期的な状況報告を行っている。

* サーベイランス：

2006年5月1日、日々活動的なサーベイランスがDaikyandで始まった。3月10日、サーベイランスチームは症例を定義し、HAIが疑われる症例の調査形態を標準化した。3月13日、その形態はMoHによって認められた。サーベイランス活動は、のちに他の危険地域にも広められた。

* 検査診断：

2006年3月27日、インフルエンザA/H5にウイルス感染した20人から108の臨床検体を得た。NAMRU3は、7症例の感染とNIMR8症例を検出した。

* 患者と接触者の管理：

HAIと診断された症例や疑症例と接触した者は、サーベイランスチームによって健康モニタリングを受けさせなければならない。

（清水有里子、中村美優、片岡陳正）