

今週の話題：

<オンコセルカ症（河川盲目症）、第15回オンコセルカ症アメリカ国家間会議の報告、ベネズエラ・カラカス>

オンコセルカ症（河川盲目症）は、フィラリア性寄生虫である回旋糸状虫（*Onchocerca Volvulus*）によって起こり、アメリカ大陸のブラジル、コロンビア、エクアドル、グアテマラ、メキシコ、ベネズエラの6ヶ国に流行地を持つ。アメリカオンコセルカ症撲滅計画（OEPA）は、本症の眼病根絶とこの地域の13の流行地での寄生虫伝播阻止を目的とした地域運動である。OEPAの戦略は、安全かつ効果的な経口マイクロフィラリア殺虫薬アイバメクチン（メルク社より寄贈）での大規模治療を6ヶ月毎に継続的に供給し、6ヶ国の流行国の保健省を強化することである。国家治療計画は、流行地として知られている1950地域の治療がある住民の、少なくとも85%に達することを目指している。OEPAには、流行国、WHO、カーター・センター、ライオンズクラブ、アメリカ疾病管理予防センター（CDC）、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、メルク社が共同参画している。

第15回オンコセルカ症アメリカ国家間会議（IACO 2005）は2005年11月16-18日、ベネズエラのカラカスで行われた。この報告書は2005年のIACOによる国家計画に対する進展を述べ、この会議以降にOEPAが受領した報告を補完している。

## \* 2005年の治療活動：

治療が必要な総数（454,426）（最終治療目標人口（UTG））は流行地の前年治療活動を基に決定された。非活動であった84地域（うち39%がベネズエラ南部）では最新入手可能データを用いて推定した。年2回投与とし、治療率は1年間に行われた治療数をUTGの2倍（UTG(2)）で割った数として算出され、パーセンテージで表された。

2005年、885,202のアイバメクチンが投与され、UTG(2) 908,852の94.1%に達し、3年連続ですべての国で目標の85%を超えたことが報告された。また、流行集中地域13を含む1950地域のうち、1648地域（85%）で85%以上であった。目標に達しなかった218地域（11%）のうち84地域（4%）ではまったく投与されなかった。85%以上に治療が行われた地域の割合は、ベネズエラの南部、ブラジルのアマゾナス地域、グアテマラの中部およびEscuintlaで低いことが明らかになった（図2）。

- ・ブラジル：アメリカ地域で治療が必要な人口の1.8%（ベネズエラ隣接部（アマゾナス・ロマイナ地域）に居住）が存在する。15,044のUTG(2)中13,483（90%）を治療。5年連続で目標の85%を達成。
- ・コロンビア：アメリカ地域で治療の必要な人口の1%以下が存在する。全員が1地域（カウカ県・Luz de Micay地域）に居住。2,358のUTG(2)中2,209（95%）に達成。7年連続で目標の85%を達成。
- ・エクアドル：アメリカ地域で治療の必要な人口の4.5%が存在する。エスメラルダス州（エスメラルダス/ピテンチャ州一さらに6戦略地域に分割）に集中している。40,042のUTG(2)中39,385（98%）を治療。5年連続で目標の85%を達成。
- ・グアテマラ：アメリカ地域で治療の必要な人口の39%が4つの流行地（中央部、メキシコ南チアパス州に隣接したCuilco、エスクイントラグアテマラ、サンタロサ）に居住する。349,624のUTG(2)中326,646（94%）を治療。4年連続で目標の85%を達成。
- ・メキシコ：アメリカ地域で治療の必要な人口の33%が3つの流行地（オアハカ、北チアパス、南チアパス）に居住する。304,606のUTG(2)中287,856（95%）を治療。5年連続で目標の85%を達成。メキシコでは本症排除促進を目指す試みとして、2003年より南チアパス州の最大流行地域50カ所毎年4回（3ヵ月毎）アイバメクチン治療を行っている。
- ・ベネズエラ：アメリカ地域で治療の必要な人口の22%が存在する。3つの流行地（北中央部、北東部、南部—ブラジル国境隣接部）に居住。アメリカ地域で治療を必要とする人口の1.3%は貧しく影響を受けやすい南部に集中している。ベネズエラはOEPAに最後に参加し、南部では目標未達成だが、国全体では3年連続で85%の目標を達成。197,178のUTG(2)中185,623（94%）を治療。

## \* 編集ノート：

OEPAのイニシアティブでは、2007年までに本症による新規罹患の根絶が述べられた1991年汎米保健機関（PAHO）第35回直接協議会を受けて開始された。IACO 2005は、現在、国家計画から利用できるデータを再検討し、すべての利用可能なエビデンスは1995年以降新たなオンコセルカ症が発生していないという結論を支持したと結論付けた。アイバメクチン投与拡大の結果、全流行地域で視覚の健康が改善された。しかし、IACOは、この地域がオンコセルカ症の罹患率（OEPAはマイクロフィラリア流行地域で前眼房部有病率1%未満と定義）の終焉にどの程度近づけるかに関するPAHOへの2007年の進展レポートに備え、2006年中に13の流行地域で追加眼科学調査を行う必要性も指摘している。

また、OEPAの発議では、この地域における寄生虫伝播阻止も目標としていた。徹底的な調査が、WHOによって設立された根絶基準による指針を用いて2004-2005年にグアテマラの流行地域Santa Rosaで実施され、2005年のIACOで発表された。会議はこれらのデータにおいて伝播がないことが示されたと結論付けた。OEPAの運営委員会（PCC）は2006年5月の委員会で、さらにこれらのデータを流行地にお

ける詳細な疫学および治療経緯とともに討議し、グアテマラ政府に大規模なアイバメクチン治療を Santa Rosa において一時停止するよう推奨した。このような勧告がなされたのは、13 の流行地域で初めてのことである。PCG はまた、オンコセルカ症の再発に対する疫学的な監視が Santa Rosa において 3 年間継続されるよう勧告した。この勧告に関するグアテマラ政府の決定は未定である。

図 1. 地域別治療適合者数に対する治療率、2005 年

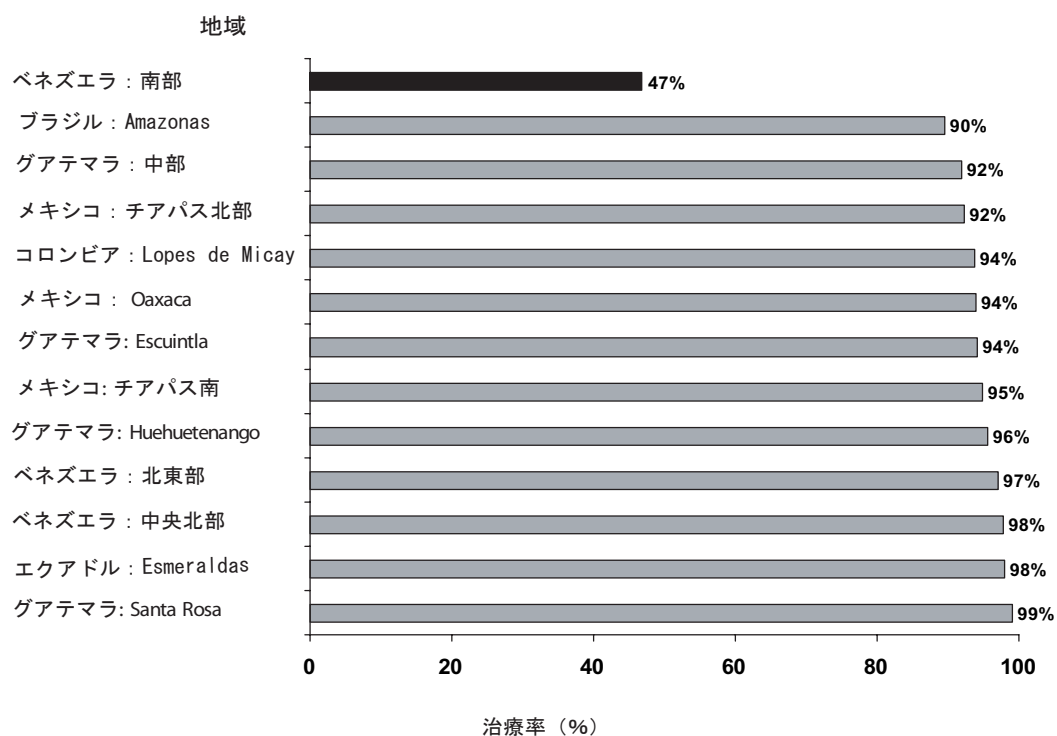


図 2. 地域別治療適合者数の 85%以上に治療が行われた地域の割合、2005 年

