

今週の話題：

<成人における野生型ポリオウイルス（WPV）1型の集団発生、ナミビア、2006年>

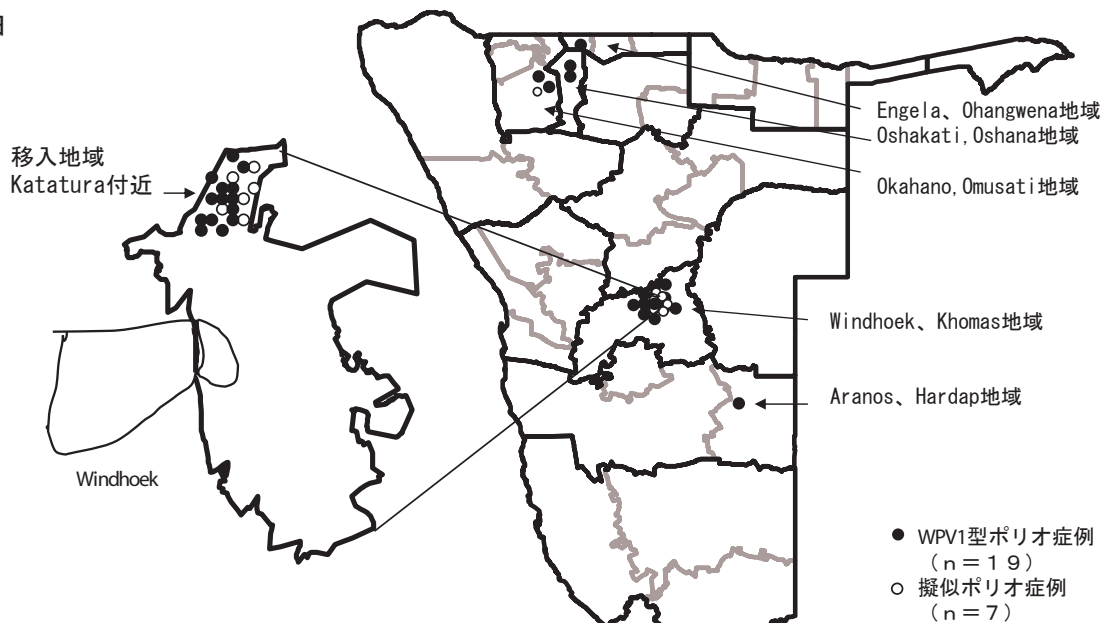
* 2006年集団発生：

ナミビアの首都ウィントフックの南東に位置するHardap州（地図1、図1）の39歳男性が、2006年5月6日に急性弛緩性麻痺（AFP）を発症し、5月8日ウィントフックの病院に入院した。6月5日、南アフリカ国立感染症研究所のポリオウイルス研究室は、この患者の便検体からWPV1型の検出を報告した。10月2日に、AFPは306例（5月以降295例）報告され（図1）、306例の内19例はWPVから分離したポリオと確定され、19例の内6例が死亡した。残り287例のAFP症例は、7例が擬似ポリオAFP症例、201例が非ポリオAFP症例であると分類された。便検体が不十分であった66例AFP症例はウイルス陰性であるが最終診断は未定である。検査結果待ちがあと13例ある。

WPV確定症例は、国で最も人口密度の高い地域2地域（地図1、図1）から主に報告された。全症例は14歳-51歳であり、確定症例19例のうち14例が15-29歳、17例が男性であった。

ナミビアのMinistry of Health and Social Servicesは集団発生対応活動を指導し調整するためにNational Health Emergency Management Committeeを始動させた。3回の全国規模のSIAsが2006年6月21-23日、7月18-20日、8月22-24日に実施された。戸別訪問と固定免疫所で、2回は全住民対象に1価のOPV、3回目は5歳未満の子供を対象に3価のOPV、麻疹ワクチン、ビタミンAを接種し、全対象の100%近くに接種した。 図1：急性弛緩性麻痺（AFP）症例、発症日および分類状況別、野生型ポリオウイルス1型集団発生中、ナミビア、2006年1月1日-10月2日（WER参照）

地図1：野生型ポリオウイルス1型（WPV1）感染および擬似ポリオ症例、ナミビア、2006年5月1日-10月2日



* 過去のWPV罹患率とポリオ集団発生：

ナミビアでは1990年1月-1993年5月までポリオの報告はなく、1993年に79%が5歳未満であった53例のWPV1型の集団発生（ウイルス学的確認27例、臨床的確認26例）と1994-1995年に27例のWPV1型の小規模集団発生があった。いずれもアンゴラからの流入であった。

* 定期的・補足的OPV予防接種：

ナミビアの拡大予防接種計画（EPI）は、南アフリカから独立した1990年6月に設置された。乳幼児の経口ポリオワクチンの3回接種（OPV3）の普及率は、1989年の37%から2000年の76%に増加し、1993年は人口密度の高い北西部の州での1歳未満児の約半数のみであったが、州を超え、さらに対象を5歳未満に拡大し、全国年間平均も2000年には83%へ増加した。

* AFP監視：

AFP監視は、報告の感度（目標：非ポリオAFP率が15歳未満の子供10万人あたり1例以上）と、検体収集の完全性（目標：全AFP症例の80%以上から適切な2つの便検体）の2つの指標で評価される。2001-2005年、ナミビアの非ポリオAFP率は1/10万を超え（2004年2.6、2005年2.0）、2006年は2/10万を超えた。便検体収集は、2003-2005年に80%以上に達したが、2006年は全国平均67%、全13州中4州のみ80%に達している。ナミビアで発生したウイルスは、遺伝子解析によると、2005年インドから輸入されてアンゴラとコンゴで見つかったものと同型であった。2005年にアンゴラでWPV1型が10例報告されて以来、2006年6月27日まで、サーベイランスの差によって未検出であったが、南西アフリカに1つの感染源から蔓延していたことが分かる。

* 編集ノート：この集団発生は、WPV 未発症区域への伝播の危険の増強、年齢に無関係で広がる拡大能力、ポリオ未発症国が適時に確実に発見できる高レベルの警戒を維持する必要性を示唆している。

アンゴラからのウイルス輸入はアンゴラとの国境付近で生活する人々の頻繁な接触の結果である。この集団発生は、1990 年以前に生まれた予防接種未接種か不完全接種の若い青年男性に最初に感染した。ナミビアの集団発生は免疫が低ければ年齢に関係なく発症することを示している。成人のポリオ集団発生は、1996 年アルバニア（138 例の麻痺症例、69 例が WPV1 型症例で 19-25 歳、罹患率：10/10 万）で宗教的に予防接種を受けていなかった。グループで生じたナミビアの WPV 症例 19 例中 6 例が死亡（致死率 31%）したが、延髄麻痺が高い致死率に寄与する。成人の高い致命率は、カーボヴェルデ共和国の 15 歳以上の 57%、アルバニアの 19-25 歳の 18%と、以前にも報告がある。2004-2005 年、アンゴラとナミビア両国の全国 AFP の監視では非ポリオ AFP 例は基準に達していたが、この 2 年間検出されなかった州での流行は、州レベルでの AFP 監視の質の差があることを示し、スタッフの訓練を 7-9 月に行った。ナミビアと周辺諸国で質の高い監視を維持することは、WPV の流行を迅速に検知するために重要である。

WHO のポリオ根絶委員会は、WPV 輸入症例を発見したポリオのない国は、少なくとも 3 回の大規模戸別予防接種活動を実施することを奨励している。最後のウイルス検出報告後 28 日以内に初回を実施し、その後少なくとも 2 回継続することとしている。ナミビアでは、全人口対象の初回 SIAs は 3 週間以内であった。最後の WPV 感染例は初回巡回後 1 週間以内で、それ以後 WPV の確認症例はないが、66 例に適切な便検体がなかったため、もし WPV 症例が検出されたら、追加の SIA が必要となる。

アンゴラでの蔓延が阻止されるまでは、アンゴラからコンゴ共和国とナミビア両国への WPV の拡大の危険性は高く、アンゴラでは、12 月初めに SIA が計画されている。2006 年に流行国（特にインドやナイジェリア）で報告された WPV 症例の増加は、ポリオウイルス感染が地球規模で根絶されるまで、すべてのポリオのない国は流行国からの輸入の脅威に継続的に警戒する必要があることを示唆している。

<超多剤耐性結核菌 (XDR-TB)：予防とコントロールの勧告>

2006 年 10 月 9-10 日、ジュネーブで、XDR-TB に対する WHO の国際特別対策本部が開かれた。データは XDR-TB 発生の最初の世界的編纂と感染国であるエストニア、ラトビア、レソト、ペルー、フィリピン、南アフリカ、スワジランドからの報告であった。会議の目的は (i) 短期的に処理されるべき重要な問題と取るべき行動を確認する、(ii) 世界、地域、国レベルでの適切な対応のための長期計画を立てることであった。

XDR-TB は、通常 TB 管理の悪さと多剤耐性結核 (MDR-TB) の悪化によるもので死亡率が高い。HIV 感染患者は特に罹患しやすい。多くの国の研究所は薬剤耐性 TB の診断能力が乏しく、その拡がりや程度に関する情報が不十分である。治療は困難で、適切な第 2 世代薬剤は普遍的に入手困難である。

XDR-TB の診断定義は、「XDR-TB は、少なくともリファンピシンとイソニアジド (MDR-TB の定義)、さらにあらゆるフルオロキノロン、また、抗 TB 治療で使用するカプレオマイシン・カナマイシン・アミカシンの注射薬剤 3 剤のうち少なくとも 1 つに対する耐性を示す結核である」と改定された。

以下の 9 つの緊急勧告がなされた：

1. 世界的 TB コントロール；TB の世界的コントロールを HIV 治療の全世界的な拡大と連動して迅速に強化する。結核根絶国際計画に、XDR-TB の脅威を反映させ、WHO のガイドラインを改訂する。
2. 患者管理；MDR-TB および XDR-TB のリスク患者の診断と管理のアルゴリズムと改定版ガイドラインを完成し、迅速に各国で評価する。リファンピシン耐性の迅速テストが広く入手できるようにする。
3. 計画的な管理；薬剤耐性 TB の計画的な管理の WHO ガイドラインを、XDR-TB と TB/HIV の共同管理に対処できるよう更新し、出来るだけ早く実行する。各国が高品質で低価格な第 2 世代薬剤を入手できるようにする Green Light Committee の体制を利用する。
4. 研究所サービス；WHO は XDR-TB の改定された研究所の症例定義を普及させる。全ての結核患者が適時に安定した質の研究所の診断サービスを確実に受ける目的で、世界・国レベルで研究所強化の予算計画を強化する。この計画には、迅速診断試験や第 2 世代薬剤感受性試験を含める。
5. 感染コントロール；薬剤耐性 TB の伝播を減少するために、感染コントロールの対策が医療ケア区域や刑務所のようなハイリスク地域で実施する。感染コントロールに関する WHO ガイドラインを改正する。
6. サーベイランス；XDR-TB の地域分布を把握するために、ハイリスク患者に集中して迅速にサーベイランスし、今後 XDR-TB サーベイランスを既存の薬剤耐性監視システムに含める。
7. AGSM；XDR-TB の効果的な予防、治療、管理のために、特に HIV 流行地において、提言、伝達、社会的な動員 (advocacy、communication、social mobilization：AGSM) を、世界・国レベルで強化する。
8. 資源動員；WHO は世界・地域・国レベルで XDR-TB に短期的また長期的に対応するために十分な資源動員のための予算計画を作成する。
9. 研究開発；WHO は XDR-TB に関連した研究開発問題を概説するために、できるだけ早く専門家の協議を召集する。

(齋藤奈緒、宮脇郁子、高田哲)