

流行ニュース：<コレラ、イラク（更新¹）>

コレラの集団発生は、2007年8月14日にイラク北部のKirkukで最初に発見され、現在も18省のうち9省で拡大している。WHOは、30,000人以上が急性水様性下痢に罹患していると予測し、うち3315人は、コレラ菌テストで陽性であった。分かっているだけで14人が死亡したが、死亡率は低く、適時に適切な治療が受けられていることを示している。

コレラの拡大は継続中で、現在の未流行地域への拡散の可能性が依然として高い。多くの研究室で確認された症例が生じたKirkuk (2309) と Sulaymaniah (870) 省では、疫学曲線が依然上昇し続けている。バグダッドに隣接するDiala省においても、急性水様性下痢の症例数の増加が報告されている。コレラ菌がまだ研究室で確認されていなくとも、臨床症状によりコレラであることが示唆される。症例数はバグダッド、Basra, Dahuk, Mosul および Tikrit で今の所安定している。一方、これまでに集団発生のなかったWasit省で症例が検出された。

イラク政府は、集団発生に対し多分野の対応を実行した。未流行地域への伝播リスクを軽減させるために、特別な制圧対策が強化され、予防措置が実施された。しかし、飲料水や衛生設備全般の質は非常に悪く、多くはコレラ菌伝播促進の要因となっている。WHOは、5,000,000個の水処理用の錠剤を調達し、2人の国際的な疫学者を配置した。現在まで旅行や貿易等、伝染地域への出入り制限を勧告していない。またWHOは、コレラの流行阻止に効果がないこと、安全と誤った感覚を与える等の理由により、抗コレラ多量化学予防法を強く阻止している。さらに2回分服用量投与管理、防御効力の発揮に要する時間、コストの高さ、物流システム、共同的な後方支援の必要性等の理由から、国際的に使用可能な未承認の経口ワクチンの使用を推奨していない。また防御効力が低く深刻な副作用の発生率が高いという理由から、非経口ワクチンの使用も推奨してこなかった。参照¹：No. 37, 2007, pp. 321-322

今週の話題：

<世界のインフルエンザ>

2006年9月から2007年8月の間、インフルエンザの活動は緩やかであった。北アメリカでは11月に始まり12月に増加したのに対して、アジアやヨーロッパでは12月に始まり1月に増加した。北半球全域で、4-5月にかけて下降した。南半球では、4月に南アメリカで始まり、5月に増加し、7月中は高値で推移し、8月に下降した。オセアニアと南アフリカでは、6月に始まり、7-8月にかけてピークとなり、9月に下降した。

A(H1N1)型は、アジア、東ヨーロッパ、北アメリカ、オセアニアを循環し、集団発生の原因となった。赤血球凝集抑制テストでは、大部分の古いウイルスが抗原的にA/New Caledonia/20/99と密に関連すること、最近のウイルスの大多数が抗原的にA/Solomon Islands/3/2006と類似していることを示した。

A(H3N2)型は、アジア、ヨーロッパ、南アメリカ、オセアニアで循環し、集団発生の原因となった。A/Wisconsin/67/2005と抗原的に類似するウイルスもあるが、ワクチンウイルスと明確に区別できて、A/Brisbane/10/2007と抗原的に類似するウイルスの割合が増えている。

B型は、アジア、東ヨーロッパ、南アメリカを循環し、集団発生の原因となった。B/Victoria/2/87とB/Yamagata/16/88系統の両方のウイルスが、多くの国で検出されたが発生比率は異なっていた。

最近、オーストラリア、チリ、香港、ニュージーランド、アジア諸国でB/Yamagata/16/88系統のウイルスが優勢なことが観測されている。

2006年9月から2007年8月の間、WHOに報告されたインフルエンザの活動性の内訳は、計84の国と地域（アフリカ：10、アメリカ：16、アジア：19、ヨーロッパ：35、オセアニア：4）であった。このうち44の流行の報に、A(H1N1)型、A(H3N2)型とB型のウイルスが関連していた。全世界の季節ごとのインフルエンザの活動の範囲と型を表1に要約した。

表1：ウイルス分離によって確認された全世界のインフルエンザ活動の範囲と型、2007年2月-8月（WER参照）

<タイカンボジア国境沿いのアルテミシニン誘導体に対する耐性>

アルテミシニン・ベース混合療法（ACTs）は、薬物耐性の熱帯熱マラリア原虫による感染症に対し、WHOが推奨する最も効果的な薬剤である。しかし、この疾患の抑制には、潜在的に重大かつ差し迫った脅威が存在する。

タイ南東のカンボジアとの国境は、何十年もの間、薬物耐性マラリアの発生地であり、数年前からクロロキン耐性が始まり、続いてスルファドキシシン-ピリメタミン合剤耐性、最終的にメフロキン耐性にまで及んでいる。多剤耐性の熱帯熱マラリア原虫がこれらの地域に多数存在し、これに対し当然、ACTsが使用されてきた。タイでは1995年よりメフロキンとアルテスネイトを組み合わせた2日間コースが、第一選択薬として用いられていた。しかし、最近この治療方針がWHOの勧告に従い変更された。カンボジアでは、2000年にアルテスネイト-メフロキン合成剤の使用が採用された。

タイとカンボジアのマラリアコントロールプログラムによって、治療の有効性とモニタリングが定期的に実施されている。アルテスネイトーメフロキン合成剤と、アーテメターールメファントリン合成剤による、寄生虫の排除の遅延と、高い失敗率の両方が両国で報告され、試験管内実験では、アルテミシニン誘導体とそのパートナー薬により、相対的に感染を縮小することが示された。

ACTs の失敗率が高いのは、地域的、世界的な危機に等しい。ハイリスクのアルテミシニン耐性の拡散は他の大陸にも存在し、特にアフリカでは、マラリアによる疾病負担が非常に高く、他の抗マラリア薬に対する耐性が観察されている。

2007年1月に、WHOはメコンマラリアプログラムの援助のもと、国家マラリアコントロールプログラムの非公式会議を開催した。カンボジア、タイ、関係国当局のみならずコントロールを実行するパートナーや国際専門家が参加した¹。会期中、アルテミシニン耐性に対する懸念が高まったが、その明確なエビデンスは得られていない。専門家は、アルテミシニン単独使用の有効性、誤ったACTsの用量や、質の低い薬剤などが、治療の失敗や耐性の進行の重要な要因となる可能性があるということで合意した。協議は(1)アルテミシニンもしくはその誘導体耐性の確認に対し研究計画を立てる事(2)薬物耐性伝播を予防する多部門を包含した包括的方略を展開することで合意した。

参照¹: カンボジア-タイ国境における多薬耐性マラリアの予防。非公式会議の報告、2007年1月29-30日、プノンペン。
(文献 SEA-MAL-246; 、参照 <http://www.who.int/malaria/docs/drugresistance/ReportThaiCam.pdf>)

(小林裕和、喜多淳子、宇賀昭二)