

流行ニュース：

<ポリオ、ニジェール>

2013年1月の通知以降、ニジェールにおいてポリオウイルスタイプ1 (WPV1) 流行が続いている。

ニジェールにおけるWPV1は、2012年11月15日の麻痺の発症より、タウア地域から発見された。ニジェール政府は、世界保健総会 (WHA) 決議案、WHA59.1 に従い対応している。二価経口ポリオワクチン (OPV) を約200万人の小児に届けるために、2013年1月15日の最初の補足的な予防接種活動 (SIA) 後も、三価OPVを500万人以上の小児を対象に投与する全国的なSIAが2013年2月2~5日に行われた。疫学者と公衆衛生の専門家の国家的、国際的共同チームはアフリカのWHO地域オフィスに配置され、調査にあたりニジェール政府の対応活動を援助し、麻痺性ポリオ症例の探索を支援している。

WHOはナイジェリアからさらに国際的に蔓延する危険性があると判断している。現在マリで、危険地帯での大規模な住民移動によってこのリスクは拡大している。このリスクを最小にするために、多くの国で同時進行するSIAでは、二価と三価OPVの組合せを使用している。

地域の監視を強化するためにすべてのグループと地域、特にハイリスク集団が高品質の監視によって保護されることを保証するための対応策が実行されている。

WHO発行の「国際旅行と健康」(*International travel and health*)での推奨に従い、ニジェールやポリオ発生国への渡航者あるいはそれらの国からの旅行者は、予防接種により完全に保護されなければならない。

新しいポリオウイルスの侵入を早く見つけ、迅速な対応を容易にするためには、全ての国々、特にWPV発生国に渡航する機会の多い国や隣国では、急性の弛緩性麻痺の監視を強化することが重要である。予防接種活動のキャッチアップを指導し、それによって新しいウイルスの伝来の影響を最小にするため、集団免疫の地域別の差を確認するために、国々は定期的な予防接種率データも分析すべきである。

<ポリオウイルス分離、エジプト>

エジプトでは、近郊を含むカイロの2つの地域で、2012年12月2日と6日に集められた汚水サンプルから、野生型ポリオウイルスタイプ1 (WPV1) が分離された。

これら分離されたウイルス発見の後、エジプトの政府は、世界保健総会 (WHA) 決議案 WHA59.1 に従い、国際集団発生ガイドラインによる包括的な対応を実行している。2013年2月2~6日に、サンプルを集めた2つの地域でSIAが実施され、三価経口ポリオワクチン (OPV) が155,000人以上の小児に投与された。3月上旬にSIAは単価OPVタイプ1を300万人の小児に接種し、続いて4月には全国規模のSIAによって1,200万人の小児に三価OPVの接種が計画されている。

国々はまた、定期的な予防接種の普及率データも分析しなければならない。伝来の危険性が高い地域とOPV3/DPT3普及率が80%未満である地域が、優先される。

2004年5月以来、エジプト由来のWPVの外国への伝播は起きていないが、インド北部シンド州やパキスタン、スーダン由来のWPVがエジプトへ伝播している。

今週の話題：

<疾病撲滅国際特別委員会の会議—2012年11月>

疾病撲滅国際特別委員会 (ITFDE) の20回目の会議は、イチゴ腫の根絶の可能性と、イスパニョーラ島からのマラリアとリンパ系フィラリア症 (LF) に関する最新進捗情報を理解するために、2012年11月27日に米国ジョージア州アトランタのカーターセンターに招集された¹。

* イチゴ腫の根絶：

イチゴ腫は、*Treponema pertenue* を病原体とする風土病のトレポネーマ症である。アフリカ、アジア/太平洋諸島とラテンアメリカの特定の多湿熱帯区域で、不衛生な人々の間で、性に関係のない皮膚から皮膚への直接の接触によって伝染する。

2歳から15歳の小児は最も多く影響を受け、赤らんだ乳頭腫の病変を有する者が最も伝染性が高い。イチゴ腫がある人々の血清学的なテスト結果は、性感染梅毒での人々のそれらと区別がつかない。

1950年代初期からイチゴ腫は、長時間作用するペニシリンの一回の注射によって治療可能であることが知られており、数時間以内に感染性を除き、数日以内に劇的に進行中の病変を減少させる。1952年から1964年までWHOとユニセフによって行われた世界的な運動では、46カ国で5,000万以上の治療を行い、イチゴ腫の有病率は約95% (250万人まで) 減少した。しかしながら1970年代にはイチゴ腫の再流行がみられるようになった。

この課題を最初に取り上げた 1993 年の ITFDE では、ペニシリン耐性の出現の可能性、感染病原体保有動物の存在の可能性、血清学的に性感染梅毒とイチゴ腫を識別できないことが再流行の理由として考えられたが、科学的な問題ではなく、政治的経済的問題が、イチゴ腫の伝染を阻止することの主要な障害であると結論を下した。

2007 年の ITFDE では、2003 年にイチゴ腫を撲滅したインドの例を称賛するとともに、この顧みられない熱帯病 (NTDs) の掃滅のために、世界的な情宣活動を促進することは WHO と UNICEF の役割であると結論が下された。2012 年に、WHO は、顧みられない熱帯病 (NTDs) の世界的な影響を克服し、研究を促進するためのロードマップを開始し、同年 1 月には経口アジスロマイシン (30mg/kg 体重; 最大 2g) の一回の服用が長時間作用性のペニシリンの標準的な注射と同程度、イチゴ腫の治療に効果的であることを公表した。

イチゴ腫に関する WHO 協議は 2012 年 3 月にスイスのモルジュで行われ、イチゴ腫の新しい根絶戦略を推奨した。以下の戦略に基づき、計画は進められた。(1) 活動性の患者のいる地域では (症例の数にかかわらず) アジスロマイシンにて全員治療する。(2) 再調査の間は、活動性の患者と、患者と接触のある全員を治療すべきである。

2012 年 11 月の会議で、ITFDE は 2007 年に話題としてあがって以来、イチゴ腫とたたかう努力の多くが実り、イチゴ腫を発症した数は減少しているように見えるが、その広がりについての情報は乏しいことを承認した。例えば、2012 年 9 月のコンゴ共和国のピグミーの人里離れた人々の国境なき医師団による調査では、15 歳未満の 6,728 人の小児の間で、183 症例が確認された。かつて流行していた 36 カ国のうち、最近では 11 カ国 (2010 年あるいは 2011 年に 2 万人以上の報告があったガーナ、パプアニューギニア、ソロモン諸島を含む) のみで、イチゴ腫が WHO に報告されている (表 1)。他の有利な要因として、トラコーマ掃滅の大規模運動でのアジスロマイシン (20mg/kg) の使用の増加と、アフリカの地域でオンコセルカ症に立ち向かいメジナ虫症を根絶する大規模な運動で経験を積んだ村のボランティアの存在があげられる。数日以内で効果のある単純かつ有効な治療の存在により、理論上、イチゴ腫の撲滅が早急に出来るはずである。不利な点は、血清学的テストでイチゴ腫と性感染性梅毒の区別が未だ出来ないことである。

表 1: 世界規模のイチゴ腫発生状況の過去と現在 (WER 参照)

<イスパニョーラ島におけるマラリアおよびリンパ系フィラリア症の掃滅>

イスパニョーラ島はマラリアが残存する唯一のカリブ海の島であり、アメリカ地域に残る LF 症例の 90% 以上はそこで発見された。ITFDE が 2006 年にドミニカ共和国とハイチからこれら 2 つの病気の掃滅を最初に推奨した後、カーターセンターはこれらの国 (ドミニカ共和国のダハボンと、ハイチのワナムント) の国境にある 2 つの隣接地域でマラリアを防ぐ際に、2 国間の協力を促進するために 2008 年 10 月に 18 ヶ月の実証計画に資金を提供した。

2009 年に目標とされた地域の約 66% で LF に対する一年の集団薬剤投与 (MDA) を提供したハイチは、2011 年 10 月に初めてポルトープランスで MDA を開始し、2012 年に危険にさらされていた全人口に LF に対する MDA を効果的に広げた。ハイチの 6 つ監視用地で行われる循環する抗原に対する免疫クロマトグラフィー検査では、MDA 以前と比較して、MDA の 2~5 年後に LF の流行の有意な減少が示された。ドミニカ共和国では全米保健機構 (PAHO) と WHO の援助で、2013 年の 3 月と 4 月に東部の最終根絶地域で MDA を開始する。

ドミニカ共和国は、2010~2011 年の間に、マラリアの 35% の減少を報告した。同期間に、ハイチはマラリアの 13% の減少を報告した。ハイチは、世界エイズ・結核・マラリア対策基金からの資金提供で、2012 年に 340 万枚の長期間効果のある殺虫剤入りの防虫ネットを配布した。両国は、カーターセンターが供給する支援でマラリアに立ち向かい、経験を共有し、2012 年に年 4 回の 3 つの二国会議を招集し、協力を続けている。

* 結論と勧告 :

1. WHO は現在、NTDs 公式リストに根絶を目標とするたった 2 つの病気として、イチゴ腫とメジナ虫症を含めている。どちらも早く根絶されるかもしれない。しかし根絶を目標とする疾病には、十分な資金や政治的支援はもちろんのこと拡大を防ぐプログラムよりも、大々的で熱心な呼びかけを必要とする。
2. 疾病発生地の情報に空白部分がある場合、イチゴ腫の現在の発生分布図を迅速に確かめる必要がある。WHO はイチゴ腫を直ちに公式に報告義務のある疾病にするよう国々に要求するべきである。

3. WHO はできるだけ早く、追加情報により修正することを条件として、イチゴ腫を根絶するための概算経費を暫定で算出し、国家的プログラムを実行するのにふさわしい国々を援助するための資金を調達すべきである。病気の負担を減らすには、蔓延予防対策の効果を評価することが役立つだろう。
4. イチゴ腫撲滅のための戦略修正版では、健康教育とコミュニティの動員、主な介入と監視が重要であることを強調すべきである。メジナ虫症根絶とオンコセルカ症拡大予防のためのアフリカプログラムでの村のボランティアや指導者の経験は、この試みにおいて役立つかもしれない。
5. 適切な国の計画では、トラコーマ管理計画によりアジスロマイシンを使った MDA がイチゴ腫にも効果がある可能性を調査すべきであり、両方の病気への介入計画を援助するため、イチゴ腫とトラコーマの現地の分布地図を作るべきである。2 つの病気に対するアジスロマイシンの推奨用量の違い（トラコーマ 20mg/kg 対 イチゴ腫は 30mg/kg）は、研究されるべきテーマである。
6. 他の研究の必要性は、イチゴ腫の負担を記録し、性感染梅毒とイチゴ腫の原因となるトレポネーマのアジスロマイシンに対する耐性を監視し、ヒト以外の霊長類におけるイチゴ腫の根拠がヒトの伝染に対して疫学的に有意かどうかを明らかにすることである。
7. WHO は、イチゴ腫の根絶のためにアジスロマイシンの寄付を集めるべきである。
8. ハイチとドミニカ共和国は、過去数年の間 LF の掃滅に向けていくらかは前進したが、マラリアの掃滅に関しては明らかに小さなものだった。両国の保健従事者は、技術的なプロトコルを共有し、国境で共同の介入を行い、マラリアに関して相互的な協同を継続している。
9. 2020 年までにマラリアと LF を掃滅するために、ハイチとドミニカ共和国での計画は、すぐに開始し、全期間を通じて十分な資材を入手可能にすることが必要である。
10. ドミニカ共和国とハイチの保健省は、全島のマラリアと LF の現在の分布に関する両国合同の地図とグラフを準備すべきであり、現在までの意味のある進展の証拠を発表すべきである。

（松本直樹、野田和恵、駒井浩一郎）