

今週の話題：

<住血吸虫症：2011年の治療者数>

* 背景：

2011年に住血吸虫症の流行国と考えられる国は78カ国であった。そのうち広域治療が実施されている国または地域は52、感染率が低い国は7、伝播阻止検証の必要がある国は19であった。特にアフリカでは、本疾患は未だ主要な公衆衛生上の問題であり、全世界で治療が必要な者は、2010年は少なくとも237,216,451人、2011年は243,192,887人と推定された(表1)。

住血吸虫症の主要課題は、依然として、治療の拡大、治療プログラムを行うリソースの増加、飲用水の供給、適切な衛生設備、衛生教育、および巻貝のコントロールである。

積極的な管理プログラムや社会経済状況の変化により感染が阻止されてきた国もある。2012年に世界保健総会(WHA)は、いくつかの国で住血吸虫症コントロールの進歩を認め、第65回WHA決議で、住血吸虫症の掃滅、多数のアプローチによる疾患コントロールへの投資の増加の要求、排除プログラムを開始する国の必要に応じたサポート、伝播阻止を検証するプロセスの作成について採択した。

治療に関するデータは、住血吸虫症コントロールの進歩を評価するために集められる。2001年の第54回WHA決議で、2010年までに罹患リスクのある学齢期の小児の少なくとも75%を治療する目標を採択したが、この目標は達成されなかったものの、過去数年間に進歩があり治療の規模は拡大した。今回の報告は、2011年の治療者数に関するデータに基づいたものである。

プラジカンテルの保証(表2)および、住血吸虫症コントロールを行うリソースの増加に伴い、2011年は最大4,240万人が治療を受けたと推定された。

* データソースと方法：

住血吸虫症治療に関するデータは予防的薬療法が認可されている52の流行国(アフリカ地域40、アメリカ地域2、東地中海地域5、東南アジア地域1、西太平洋地域4)から得られる。データは、WHOの地域、国および連絡事務所からの保健省や他の住血吸虫症コントロール支援機関に対する要請で集められた。世界的レベルでのデータは、プラジカンテルおよび実施のためのリソースを供給している主要なパートナーから要請される。治療に関するデータは、WHO予防的薬療法および感染症管理データバンクで要約され、報告された。WHOを通じたプラジカンテル配給によって支援されている国は、翌年の投薬の申請報告を行うが、住血吸虫症に関する報告データは、依然として散発的で、治療者数は過小評価されていると思われる。2010年の治療者数は35,026,572人であった。

表1：住血吸虫症の予防的薬療法を必要とする人数と治療数、WHO地域別、2011年(WER参照)

表2：資金提供と物資提供に基づくプラジカンテル需要の5年間の要約(WER参照)

* 結果：

・ 全世界：

2011年の治療に関するデータは、予防的薬療法が認可されている52カ国中24カ国(46.2%)から得られた。2011年の治療者数は、28,140,136人だった。学齢期の小児(5~14歳)の少なくとも16,476,421人が治療を受けていた(全治療者の58.6%。全治療者の集計から学齢期の小児を分けて報告している国のみのデータ)。全治療者の79%は、アフリカ地域のデータであった。世界的には、治療者数は予防的薬療法が必要な者の10.2%である。

2011年の治療者数は、2010年と比較して20%減少した(図1)。治療の報告がある国は、2010年の30カ国から、2011年は24カ国に減少し、2010年に治療の報告があった8カ国はおそらく管理上の理由とリソースの制約のため、2011年には報告がなかった。13カ国の報告で2010年よりも2011年の治療者数が減少していた。2012年11月1日現在、WHOデータバンクのオンラインによる報告では、2011年に1,320万人が治療を受けた。追加報告で、2013年1月では1,050万人に関するデータがアフリカ地域で住血吸虫症コントロールを支援している2つの主要なパートナーから得られた。

・ アフリカ地域：

予防的薬療法が認可されている40カ国中14カ国(35%)から治療に関する報告があり、2010年より4カ国少なく、治療者は、22,238,892人で、前年より23%減少していた。15,418,316人の学齢期の小児が治療を受けた(全世界の治療を受けた同年齢層の94%でアフリカ地域の全治療者の69.3%)。学齢期の小児も治療の対象としている国では、学齢期の小児の治療者数に隔年で大きな差があるところがある。例えば、ブルキナ・ファソは、2009年、2010年、2011年に1,287,840人、3,292,625人、1,322,504人であった。このような変動は、ガーナ、マリとウガンダでもみられた。

中央アフリカ共和国とセネガルでは、プラジカンテルの十分な配給があったが、メルク社のプラジカンテル提供プログラムからWHOを通じて配給を受けたため、2011年は治療を行わなかった。他のプログラムで2011年にプラジカンテルで治療を受けたナイジェリアの連邦保健省やマダガスカル保健省は、2010年と比較して、治療者数はそれぞれ70%、49%に減少した。2011年のアフリカ地域における治療者の割合は、治療が必要な者のわずか9.8%で、2010年の12.7%よりも低かった。

・ アメリカ地域 :

2011年に、治療に関して唯一報告があったブラジルでは、26,677人が22の州で治療を受け、前年の報告より35%減少した。

・ 東地中海地域 :

エジプト、ソマリア、南スーダンとイエメンから治療についての報告があった。2011年度の2,145,919人の治療報告の86.8%はイエメンからであり、そのうち、953,736人(51.2%)は、学齢期の小児であった。2010年と比較して2011年に治療者はイエメンで13%減少した。

・ ヨーロッパ地域 :

2011年は症例報告が無かった。

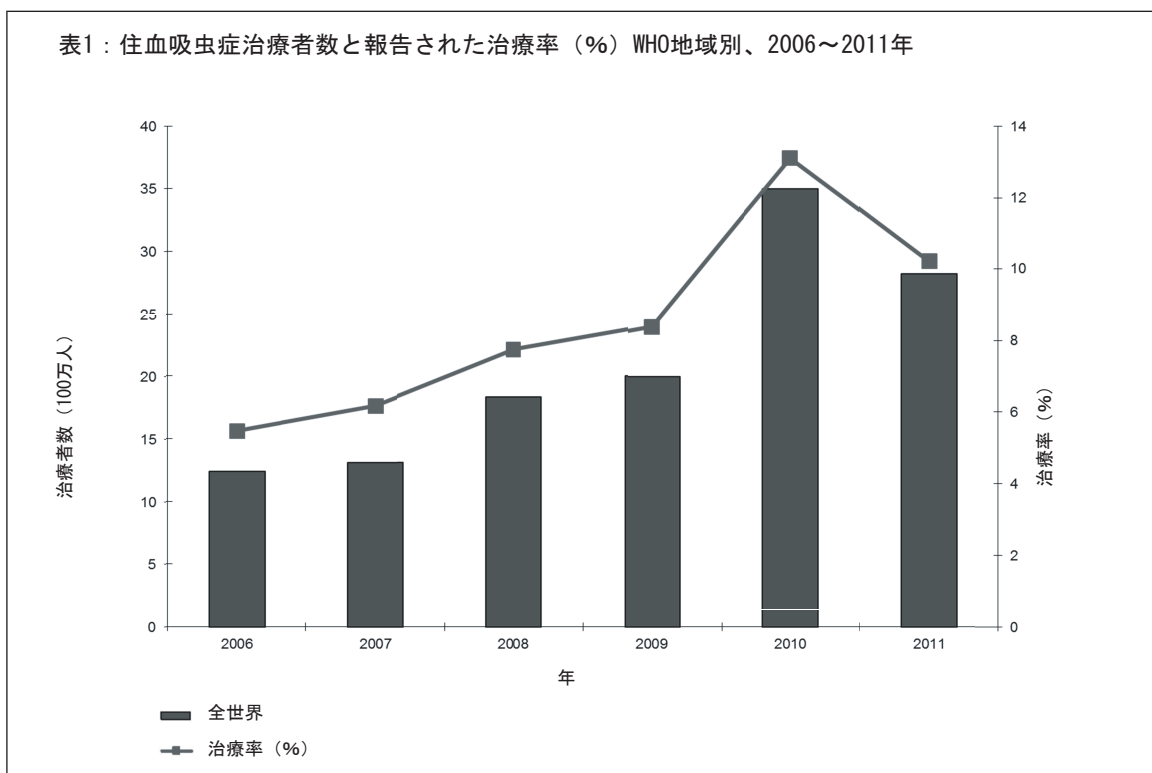
・ 東南アジア領域 :

インドネシアは、2011年に14,102人が治療を受けたことを報告した。

・ 西太平洋地域 :

予防的薬学療法を必要としている全4カ国で2011年に3,714,546人が治療を受けた。中国が2,675,921人(72%)、フィリピンが892,246人(24%)であった。毎年予防的薬学療法を必要としている全ての者がカバーされていると予測される。

表1：住血吸虫症治療者数と報告された治療率(%) WHO地域別、2006~2011年



* 考察 :

2010年の住血吸虫症治療に関する報告で2006年以降有意な上昇傾向を認めたが、2011年は治療者数が20%減少し(28,140,136人)、前年より国の数も減少した。2011年は治療が必要な者は10.2%で、2010年の13%に近いが、治療者数の差が実際は重要である。学齢期の小児の治療者数はわずか16,476,421人(14.8%)で、この年齢層の治療率を75%にするという目標からは程遠い。

2011年に大半の流行国に保証され、配給されるプラジカンテルの量は増加しているが(表3)、前年と比較して治療者数が減少した。プラジカンテルへの限られたアクセスがアフリカにおける住血吸虫症のコントロールが不十分な要因と考えられてきたが、いくつかの流行国に配給された1億200万個のプラジカンテル錠は、4,000万人以上の住血吸虫症の治療に十分な量であった。薬の配給から広域的治療プログラムの開始までは通常遅れが生じる。例えば、薬の到着が雨季のように実施が困難な時期であったり、実施計画の日が過ぎていたり、実施予算が既に無くなっていたりする場合もある。メルク社のプラジカンテル提供プログラムで提供を受けた国のほとんどが、次年度に薬を使っている点は注目すべきである。そのうち、中央アフリカ共和国やセネガルなどの国は、実施のための信頼できる資金が無く、2011年の治療計画を先延ばしせざるを得なかった。実際には実施能力が限られている国もある。治療を受けられる推計970万人の住血吸虫症患者に、2,440万のプラジカンテル錠がWHOを通して配給されたが、2011年には、わずか7,740,556人しか治療を受けられなかった。ブルキナ・ファソとニジェールで請負業者の変更により2011年に遅れが生じた。

アフリカ地域の特定の国にみられる隔年の小児治療数の有意な変動は、中等度リスク地域において毎

年学齢期の小児のわずか 50%だけを対象にしている予防的薬学治療のアルゴリズムの使用を反映していると思われる。

アフリカの流行国は実施上の課題に直面しているが、治療者全体で最大の割合を占めるのはアフリカ地域であった。この地域で予防的薬学療法が必要な残りの 90%の者に行き届かせるため多くのことがなされる必要がある。問題は、プラジカンテルへのアクセスに限らず、実施のためのリソースと管理能力にもある。

アメリカ地域で 2011 年に治療に関して唯一報告があったブラジルでは、治療は個別の診断に基づいて提供されていた。2012 年に始まる国家の行動計画に基づいて予防的薬学療法が流行地域で行われることが期待される。進行中の全国調査によりこれらの地域は決定されるであろう。

東地中海地方での治療者は比較的少なかったが、この地域の不安定な政治情勢が住血吸虫症コントロールプログラムに及ぼした影響は明らかでない。イエメンでは 2011 年の市民の不服従により治療プログラムに遅れが生じ、その結果治療者が減少した。ヨーロッパ地域からの症例が無いことから、トルコが住血吸虫症流行国であることを再考する必要がある。

中国は、西太平洋地域で治療者数が最も多く、2011 年はこの地域の全症例の約 72%を占めていた。中国で 2,675,921 人が治療されたことは、予防的薬学療法は、感染者や、治療が必要な者の推定数よりかなり広範囲に求められていることを示している。2011 年のフィリピンの治療者数の有意な増加 (58.9%) は、コントロールプログラムの実施が強化されたことを意味していると思われる。

治療報告は、2010 年の 30 カ国に対して、2011 年は 24 カ国しかなく、引き続き問題を抱えている。プラジカンテルへのアクセスは著しく増加したにも関わらず、それが治療者数の増加に結び付いていない。多くの流行国、例えばコンゴ、エチオピア、ケニア、ナイジェリア、タンザニアでは、プラジカンテルへのアクセスにまだ制約があり、提供支援の制限が反映されている。

中東では不安定な政治情勢が問題である。しかし他の地域では管理能力とリソースの問題が治療者数に制約を加えていると思われる。

* 結論 :

2006 年から 2010 年にかけて住血吸虫症の治療者の数およびカバー率は上昇傾向にあったが、2011 年には有意に減少し、報告を行う国の数が減少しただけでなく、治療者数が減少した国もあった。

流行国には治療に必要な量以上の大量のプラジカンテルが保証され、配給されており、プラジカンテルへのアクセスが、制約要因ではなかった。

これまで議論してきたように、持続する住血吸虫症コントロールプログラムの実施を確実にするためには、プラジカンテルへのアクセスの増加と共に実施能力強化やそのためのリソースの増加が必要である。

表 3 : プラジカンテルの供給、2011 年 (WER 参照)

(今野佳子、中西泰弘、宇佐美眞)