

今週の話題：

<最新版世界ハンセン病、2013：疾病負担の減少>

多剤併用療法 (MDT) はハンセン病管理の方法として導入されて以来、30 年間基幹であり続けている。世界保健総会 (WHA 44) において国際的なレベルの公衆衛生問題として 2000 年までにハンセン病を根絶するために推奨された MDT 導入により、その後の数年でハンセン病の有病率は 45% も急激に減少した。ハンセン病の根絶は有病率が 10000 人中 1 症例未満まで減少することと定義されている。ハンセン病の根絶の要請は、ハンセン病が風土病である国においては政治的意思を強くし、国家的もしくは国際的な出資者の援助を集めた。結果として、国際的なレベルでのハンセン病の根絶の目標は 2000 年までに達成された。何国かの例外を除いた全ての国においても、国家レベルでの根絶の目標は 2005 年までに達した。

ハンセン病の早期発見および全症例における MDT による治療は未だにハンセン病のコントロールの主要原理である。ハンセン病の疾病負担を減らすことを目的として、最近の二つの世界戦略はハンセン病サービスの質と範囲に着目した。ハンセン病 (2011-2015) の疾病負担をさらに減少させるために強化された世界戦略は、2010 年に新規のケースにおける明らかな変形の減少あるいは障害がグレード 2 の症例 (G2D) を 35% 減らす目標を設定した

*ハンセン病の疾病負担：

WHO5 地域に属する 103 개국から、2013 年にハンセン病の年間統計が得られた。データはアフリカ地域 (AFR) の 20 개국、アメリカ地域 (AMR) の 25 개국、東地中海地域 (EMR) の 14 개국、東南アジア地域 (SEAR) の 11 개국、西太平洋地域 (WPR) の 32 개국から得られ、ヨーロッパ地域 (EUR) からは報告は無かった。報告されたデータは調査プログラムの計画や実行のために設けられた期間である 12 か月間のデータをカバーしている。プログラムはその期間に基づいて進められ、いくつかの国では 2013 年の 12 月 31 日、その他の国では 2014 年の 12 月 31 日を終了の日付としている。集められた情報は登録済みの症例およびその年に新たに報告された症例や多細菌型、少菌型の症例の詳細、小児における新たな症例、新たな G2D の症例などの情報を含んでいた。新たな症例についてのデータはその絶対数および全体における割合、100,000 人あたりの割合を含んでいた。分析による推定は国家および WHO の地域、世界的なハンセン病のコントロールの評価の助けとなった。各国や WHO 地域における罹患率や新たな症例の発見、G2D の計算のための分母として、国連の経済・社会情勢部の人口部門が公表しているデータを引用して推定された 2013 年の年央人口が用いられた。

表 1 は 2014 年の第 1 四半期末における各 WHO 地域のハンセン病の有病率と 2013 年に発見された新たな症例について示している。報告年の終わりにおいて、治療中の 180,464 人のハンセン病患者が記録に残っている。有病率は 10,000 人当たり 0.32 と推定されている。前年 (189,018 症例) と比較したとき、8,554 症例の減少が記録されていた。報告年の間に、103 개국から、新たな 215,557 症例が報告されていた。前年に報告された新しい症例 (232,857 症例) と比較すると、17,201 人の新たな症例の減少が記録された。新たな患者の発見の割合は 100,00 人当たり 3.81 人であった。

表 1：2013 年の WHO 地域の 103 개국における、登録済みのハンセン病の有病率と新たに発見された症例数 (WER 参照)

表 2 は、WHO 地域における 2006 年から 2013 年までの各年の新しい症例数を示している。前年と比較した際に、2013 年のすべての WHO 地域において新たな症例数の減少が見られた。これは EMR において最も多くみられ、前年度の 4,235 人から 1,680 人まで減少した。理由として、南スーダンが EMR から AFR に移動したことやその他の運営上の問題が挙げられる。WPR においては、新たな症例の報告の減少はより一般化され、あらゆる国に広がっていった。

表 2：2006 から 2013 年の WHO 地域における新たなハンセン病の発見の傾向 (WER 参照)

図1 WHO地域の103개국において報告された新たな症例の内訳 2013 年

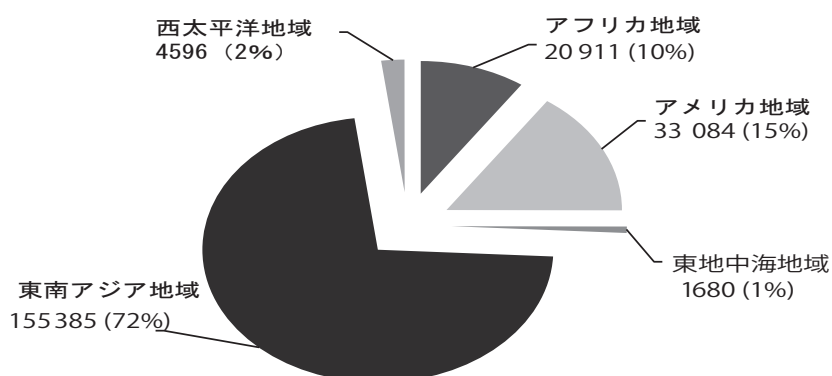


図1は2013年に発見された新たな症例のWHO地域による内訳である。前年と同様に、SEARはハンセン病の疾病負担が72%と地域内における有病率が最も高かった。この地域においては、6か国が毎年1,000人未満の症例を報告する一方で、インドだけが疾病負担の58.85%を占めていたことは言及すべきである。

表3は2013年に新規のケースが1,000人より多く報告された14か国の新たな症例の発見傾向である。これらの国々は、AFRからは6か国、SEARからは6か国、AMRおよびWPRからは1か国ずつが含まれている。これらの主な固有の14か国から206,107症例が新たに報告されており、これは全体における新規症例発見の96%を占めるものであった。コートジボワールやコンゴ民主共和国、エチオピア、マダガスカルにおいては前年度に比べ2013年の新たな症例発見数はわずかではあるが増加した。インドは最も多くの新たな症例(126,913例)を報告し、次いでブラジル(31,044例)、インドネシア(16,856例)であった。新たな症例を前年度は1,000人より多く報告した国で次年度は1,000人未満の報告であったのは4か国であった。中華人民共和国は2013年に924人の新たな症例を報告した(2012年は1,206人)。南スーダンは2013年に677人の新たな症例を報告し(2012年は1,801人)、アンゴラとスーダンは2012年に1,000人未満の報告をした。

表3: 過去5年間で新規症例の報告が1000人を超える国における新たなケース発見の傾向(WER参照)

表4は2013年に新たな症例の報告が100人を上回る国々を示しており、各国の新たなMBの症例や小児や女性における症例、G2D症例に関するさらなる解析も示している。新たな症例のうち、MBの症例が占める割合はナイジェリアにおいて93.6%で、キリバスにおいては24.1%であった。WHO地域におけるMBの症例の割合は以下のとおりである。AFRにおいてはナイジェリアの93.6%からコモロの50.4%、AMRにおいてはキューバの81.9%からアメリカの62.8%、EMRにおいてはパキスタンの80.7%からイエメンの56%、SEARにおいてはインドネシアの83.4%からバングラデシュの43.9%、WPRにおいてはフィリピンの92.7%からキリバスの24.1%を示している。

表4: 2013年のWHO地域の新規症例が100人を超える国における新たな症例の報告のうち、最も高い割合の国と低い割合の国についての詳細(WER参照)

新規症例が100人を上回る国における症例中の女性の割合の各WHO地域における範囲は以下のとおりである。AFRでは、南スーダンにおける新たな女性の症例は、56.4%でマダガスカルにおいては24.2%であった。AMRでは、キューバにおいては47.8%でアルゼンチンにおいては28.5%であった。EMRでは、スーダンにおいては30.3%、パキスタンにおいては0.5%であった。SEARでは、スリランカにおいては40.8%、東ティモールにおいては16.7%であり、WPRでは、キリバスにおいて52.6%、マレーシアにおいて28.4%であった。

新規症例を100人以上報告した国における症例中の小児の割合の各WHO地域における範囲は以下のとおりである。AFRにおいてはコモロの29.0%からニジェールの0.9%、AMRにおいてはドミニカ共和国の9.4%からアルゼンチンとメキシコの0.6%、EMRにおいてはイエメンの12.3%からスーダンの2.1%、SEARにおいてはインドネシアの11.9%からネパールの4.1%、WPRにおいてはミクロネシア連邦の39.5%から中国の1.5%であった。

新たな症例におけるG2Dの割合は、地域における意識レベルと障害が発展する前に初期に発見するための医療制度のキャパシティを示す。新規症例を100人以上報告した国における症例中のG2Dの割合の各地域における範囲は以下のとおりである。AFRにおいてはブルキナファソの33.2%からコモロの2.1%で、AMRにおいてはコロンビアおよびパラグアイの12.3%からメキシコの5.2%、EMRにおいてはスーダンの16.2%からイエメンの7.3%、SEARにおいてはミャンマーの14.3%からネパールの2.7%、WPRにおいては中国の20.3%からミクロネシア連邦の0.55%であった。

プログラムの機能評価のための新規G2D症例についての情報はその絶対数や100,000人中の割合として表される。各地域および全体における2007年から2013年のG2D症例のデータは表5に示されている。過去5年間における新規G2D症例の数や100,000人中の割合は全体的にほぼ同じ範囲にあった。EMRにおけるG2Dの割合や数は2012年における700(0.12)から2013年における191(0.05)に明らかな減少を示した。ハンセン病に関する強化された世界戦略の目標を達成する可能性はこの地域において高い。WPRにおけるG2Dの数は、2012年における568(0.03)から2013年における386(0.02)にわずかな減少があり、G2Dの割合に関しては過去5年間にわたって変化がなかった状態であった。

ハンセン病の再発は治療の失敗の重要な基準で、不適切な治療や不適当な投薬によるものと考えられる。再発率は治療効果の間接的な指標であり、新たな治療計画のための結果の指標として使用される。再発率は、治療の失敗の反映に加え、ハンセン病の薬剤耐性の見込みの割合の指標として示される。表6は全体における再発の数の情報および、再発を報告した国の数を示している。顕著なものとして、スリランカにおける再発増加の割合が挙げられ、2012年の11例から2013年の59例を示している。

表5: 2007年から2013年におけるWHO地域における新規症例中のグレード2の障害を発症したハンセン病の症例の数(割合/100,000人中)

新規症例の数は、地域における感染が継続していることを示している。ハンセン病の年間統計は103

か国から集められ、2013年に発見された症例数に基づいて5カテゴリーに分類された。全体として、1,000例以上新規症例を報告した国は14か国で、0症例であったのは13か国であった。症例数を0と報告した国のうち多くは過去5年間においても同様に報告している。いくつかの国家プログラム(23)は10例未満の非常に少ない症例を報告している。この情報はプログラムの有効な立案のために国々を細分化したレベルにするのに有用となる。表7は、毎年0例もしくは1,000例以上新規症例を報告する国々の詳細を示している。

表8は、2013年に103か国から集められた登録済みの症例や新規症例、MBや女性、小児、GD2の症例を含む新規症例の詳細を示している。国家プログラムや再発症例の数の報告から判明する治療の完了率もこの表の中に示されている。

表6：世界における2006から2013年のハンセン病の再発数、表7：2013年におけるWHO地域の新規症例数の各国の分布、表8：WHO地域および国々、地域における2013年の全体的なハンセン病の状況(すべてWER参照)

*編集後記：

入念なMDTの実行は、ハンセン病を風土病とする国々における症例数を、1980年代には世界で何百万もの患者を記録していたものを2013年の終わりには180,618にまで減少させた。ハンセン病プログラムは疾病負担を減らす際に具体的な進展を示したが、2009から2013年における新規患者の発見数は215,000から245,000例の範囲の中で留まっていた。103か国から集められたデータは、ハンセン病が未だに公衆衛生問題として存在していることを示すものである。一年間での215,656もの新規症例が出ている問題は、利害関係者にとって、より重大でより焦点が当てられることが正当化されるものである。新規症例のうち13,289例がグレード2の障害を持っており、これは地域におけるハンセン病への意識の低さや病気の早期発見のための医療制度の次善の能力を反映するものである。また、新規症例の9.2%は小児に発生したものであり、これはこの病が継続的に感染していることを示している。

サービスの質はハンセン病プログラムの治療の終了割合や地域の文脈に関連する他の少数のパラメーターによって測定される。有病者と発見症例の比(P:D ratio)は一年間で発見された患者の治療のタイムリーな治療完治を反映する一つの指標で、1未満の値となることが望まれる。毎年活動として登録者を更新することは、報告年の終わりにおいて流行の拡大の理由を識別する際の助けとなるものである。

公衆衛生問題としてのハンセン病の根絶は、わずかに残っている国があったとしても、風土病としてハンセン病を持つ多くは国家レベルでなく地域レベルのもので、以前の戦略からまだ終わらない課題として表面化したものである。

強化された世界戦略の2010年におけるG2Dの割合を35%まで減らすという目標は、いまだ達成する目標を満たしているようには見えない。2013年の終わりにおけるG2Dの割合は100,000人中0.23例であり、2010年のものと同じ水準である。このことが、ハンセン病のコントロールにおいてある程度の停滞があったことを示唆するかもしれない。ハンセン病コントロールにおける残っている問題を認識するために、新規症例が1,000人を超える高い風土性を持つ国々の17人の厚生大臣が現状について議論し、2013年のインターナショナル・サミット中に“バンコク宣言”を発した。この宣言を通じて公約を再確認するためにすべての国家プログラムやパートナー組織を召集し、“ハンセン病のない世界”を達成するために増加した資源の割り付けと有効なMDTプログラムの実行をともに行った。

新規症例の大多数(81%)がブラジル、インドネシア、インドのハンセン病の高い風土性を持つ国である3か国で生じている。疾病の分布はアフリカや東南アジア、その他の地域の少数の国へと次第に局地化されるようになってきている。新規症例に限られた数か国のみでみられるという事実は、ハンセン病は世界的な健康問題ではなくなったか?という問題を提起する。

MDTはハンセン病を治療し、地域内での伝染を抑制するが、健康な人々における病気の予防には至らない。家族内での患者との接触者のようなリスクのある個人やハンセン病固有の地区/田舎/状態に住んでいるリスクのある人々をカバーする患者発見キャンペーンを通じた集中的なアプローチは、障害が進展する前に早期発見するのに役立つと考えられる。感染から有効に健常者を守る化学療法薬およびワクチンの導入はハンセン病を予防するために必要である。再発している症例の場合、抗リファピシンは重要な要因であるとは現在考えられない。しかしながら、ハンセン病の発生や薬物耐性の拡大を防ぐためにも縦断での観察は続けられるべきものである。ハンセン病の科学的予防法を決める際には、考えられる薬物耐性の発展も考慮すべきである。

国家プログラムの強固な努力およびパートナーからの有効な支援はハンセン病の疾病負担の減少やハンセン病の完全な根絶につながるだろう。

(中村凌、種村留美、亀岡正典)