

今週の話題：

<オンコセルカ症制御のためのアフリカプログラム：経過報告、2014-2015>

* 緒言：

回旋糸状虫であるフィラリア虫 (*Onchocerca volvulus*) が原因で発症するヒト・オンコセルカ症は、ブユに刺されることにより感染する。オンコセルカ症 (河川盲目症) は、予防化学療法が実施される顧みられない熱帯病 (PC-NTD) の一つであり、可能な場でその疾病を撲滅することが目標とされる。

アフリカ・オンコセルカ症対策計画 (APOC) は健康のための最大かつ最古の半官半民の共同の一つであり、アフリカで最も成功したプログラムの一つとして認識される。プログラムの実施機関である WHO は 31 カ国の政府の保健省および非政府開発組織連合と連携し、20 の寄付団体がオンコセルカ症の制御活動に資金援助を提供している。世界銀行がアフリカ・オンコセルカ症対策計画 (APOC) の財政支援代表である。そして、予防化学療法 (PC) を必要とする人々への治療は、Merck & Co 社からのイベルメクチンの寄贈により可能になっている。

このレポートは、疾病地図作成の経過、イベルメクチンによる地域主導型治療 (CDTI)、他の保健対策との共同実行、リンパ系フィラリア症 (IF) とオンコセルカ症の治療数の増加を意図する計画の実行、およびオンコセルカ症の治療の影響評価を含むプログラム実施の重要な側面を強調する。

* 疾病地図作成：

・イベルメクチン治療境界の描画：

イベルメクチン治療境界を描画するために、以前オンコセルカ症の低流行地として分類された地域を含んだ疫学的地図作成調査が 14 カ国に計画されたが、予算制限のため 8 カ国に修正された。それらの国は、アンゴラ、チャド、コンゴ共和国 (Congo)、コンゴ民主共和国 (DRC)、ガボン、赤道ギニア (本土)、ナイジェリア、およびモザンビークであった。アンゴラ、チャド、コンゴ、ガボン、赤道ギニア (本土) における調査はすでに完了し、コンゴ民主共和国とナイジェリアは進行中、モザンビークへの調査は 2015 年 12 月に実施される予定である。

アフリカにおけるオンコセルカ症撲滅において、2 つの異なるアフリカ・オンコセルカ症対策計画国 (南スーダンとスーダン) は 2015 年に地図作成調査を実施する予定であったが、現在の治安状況を考慮し、地図作成調査は 2016 に検討されることになった。さらに、1995 年にプログラムを実施以来アフリカ・オンコセルカ症対策計画に含まれていないナミビアとザンビアの 2 カ国は、アンゴラ、コンゴ民主共和国、マラウィとタンザニア連合共和国 (URT) の流行国に囲まれるため、オンコセルカ症の歴史的な記録の欠如にも関わらず、地図作成される必要がある。その調査は 2016 年に実施する予定である。

アンゴラ (ビエ州、ウアンボ州とルアンダ州)、チャド、コンゴ共和国、ガボン、赤道ギニア (本土) における調査はすでに完了し、コンゴ民主共和国 (バンドウンドウ州、エクアトール州とオリエンタル州) とナイジェリアにおける調査も進行している。

オンコセルカ症のための皮膚生検、およびロア糸状虫のための厚層血液塗抹標本の検査 (チャドを除く) が方法として含まれている。ガボン、コンゴ民主共和国、モザンビークでは、0v-16 の血清学検査の結果と皮膚スニップの結果を比較するような研究内容も含まれた。この研究は、分析の最終段階はる数カ国におけるグローバルヘルスのためのタスクフォースと共同で行われる。アンゴラ、コンゴ共和国、ガボンと赤道ギニアにおける調査の結果は、次項で示される。

・アンゴラ：

アンゴラでは、16 の州の 82 地域から 177 村が抽出された。しかし、行政的制限のため、活動の第 1 相は 3 つの州 (ビエ州、ウアンボ州とルアンダ州) の 19 地区からの 35 村に実施された。ルアンダでは、調査対象の 2 村には感染は見られなかった。一方、観察されたマイクロフィラリア症 (mf) の有病率は、ビエ州では 0-63% であり、ウアンボ州では 0-34% までの範囲であった。河川流域に基づく分析によると、ビエ州の 8 地区とウアンボの 4 地区にいる人々は治療が必要である。

・コンゴ共和国：

オンコセルカ症の流行地があるコンゴ民主共和国のエクアトール州と隣接するリクアラ州の保健地域の 16 村で、疫学的な評価方法を用いたイベルメクチン治療境界を描写する地図作成が実施された。1 つの村の一人のみ感染が認められ、移住調査により、この人はコンゴ民主共和国のエクアトール州の出身であることが明らかとなった。彼は元々村のイベルメクチンのコミュニティ配布者となっていたが、副作用のために治療を中止していた。

・チャド：

チャドでは、地域主導型治療下にあると思われる地域の 6 村が選ばれ、調査され、感染は見られなかった。これらの結果は、第 1b 相の疫学評価の成果の一部として含まれるだろう。

・ガボン：

2014 年には、すべての州にある 27 村への調査が行われ、9 村における皮膚マイクロフィラリア症の有病率は 12% から 50% までの範囲であった。治療が必要とされる地域をより詳細に描画するために、2015

年7月に、さらに69村が選ばれ、9州のうち8州に調査がなされた。69村を対象とされた調査の結果はまだ分析中である。

2014年と2015年に河川系統に基づき調査された90村の調査結果を重ね合わせて、下流域の調査に用いることによって、治療の延長のための閾値、10%のミクロフィラリア症の有病率に達した地域が特定された。その結果に基づいて、治療を5つの州（オートオゴウェ州、ングニエ州、ニヤンガ州、オゴウェ・イヴィンド州とオゴウェ・ロロ州）の22の保健地域で開始することを勧告した。71,000人と算定された農村人口を使いこれらの地域には514,000人が住んでいることが推定される。

ロア糸状虫 (*Loa loa*) に関する調査結果によると、全ての地域では感染が見られ、5州のうち4州には5%以上が感染という高い有病率上の村がある。結果として、これらの新しい地域における治療は、重篤な有害事象の発生の危険性を最小にするために、代替の治療戦略を積極的に用いる必要がある。

・赤道ギニア：

赤道ギニアでは、オンコセルカ症の感染を検討するために、カメルーンおよびガボンと国境を接する地域にある26村を対象として調査した。その結果、全ての村には感染が見られなかった。2014年と2015年に赤道ギニアにおける調査の全体的な結果からみると、赤道ギニアの本土では感染はなかったため、オンコセルカ症の撲滅のための薬の集団配布を実施する必要はない。

以前にオンコセルカ症の低流行地として分類された地域で局所的な感染が起こり、介入が開始される必要がある地域を描画する調査が、2013年から進められている。主な課題は、アンゴラ、中央アフリカ共和国 (CAR)、コートジボワール、コンゴ民主共和国 (バンドゥンドウ州、カタンガ州、北キヴ州と南キヴ州)、ナミビア、南スーダン、スーダン、ザンビア、において2015年に予定通りにこれらの調査を完了することである。

* オンコセルカ症の治療普及率：

2014年に報告が期待される26カ国（全部では28カ国）の流行国の中の22カ国は、オンコセルカ症のための予防化学療法が必要とされる1205か所の保健地域の治療データを報告した（表1）。

表1：各国におけるオンコセルカ症へのイベルメクチン治療の概要、2014年（WER参照）

全体で、172,291,582人の人口集団のうち予防化学療法が必要であると推定された112,455,191人が治療を受けて、65.3%の広範囲なカバー率を示した。2013年に治療を受けた人数と比べてみると、2014年にはカメルーン、コートジボワール、エチオピア、ギニアビサウ、タンザニア連合共和国で治療を受けた人数は10%以上増加していた。コートジボワールにおける86%の増加は、予防化学療法の共同実施の計画と資金をアフリカ・オンコセルカ症対策計画とパートナーが提供した支援のおかげである。9カ国（ベナン、ブルキナファソ、カメルーン、コートジボワール、リベリア、ナイジェリア、シエラレオネ、トーゴとタンザニア連合共和国）は、この3年の間に彼らの最終治療目標の少なくとも95%を達成した。

全部で、20カ国はWHOの合同報告様式（JRF）を用いて、オンコセルカ症の治療データを報告した。アンゴラと南スーダンは合同報告様式を使わずに、アフリカ・オンコセルカ症対策計画の技術諮問委員会に提出される年次技術報告を文献として用いて報告した。しかし、リベリアとシエラレオネではエボラ出血熱が流行していたため、予防化学療法は実施していなかった。赤道ギニアはイベルメクチンによる地域主導型治療を実施せず、スーダンは治療データを報告しなかった。

国のカバー率は、その国でオンコセルカ症への予防化学療法を必要とする人数と予防化学療法を必要とする総人口の中で治療した人数の割合で算出される。予防化学療法を必要とする総人口は、制御前の地図作成の結果に基づいた推定値である。そして、それぞれの国の実際の数は、オンコセルカ症の地図作成の描画がすべての国で完了することにより把握することができる。

カバー率を報告した22カ国のうち、7カ国はオンコセルカ症撲滅のための最低要件を達成した。すなわち、80%の国のカバー率に達したのはベナン、ブルキナファソ、カメルーン、ガーナ、ナイジェリア、トーゴとタンザニア連合共和国であり、11カ国（アンゴラ、ブルンジ、中央アフリカ共和国、コンゴ共和国、コンゴ民主共和国、ギニア、ギニアビサウ、マリ、セネガル、南スーダンとウガンダ）の国のカバー率は制御活動の閾値の65%未満であった。そのため、治療を拡大し、必要な閾値に到達するためには特別な支援を必要とする。

* 共同実施：

イベルメクチンによる地域主導型治療と並行で他の保健介入を共同実施することは、国々がこの報告期間の間に、アフリカ・オンコセルカ症対策計画の地域の中で行った大きな活動の1つであった。通常共同実施されている主要な介入は以下のものを含む：リンパ系フィラリア症、住血吸虫症（SCH）、土壌伝播蠕虫（STH）とトラコーマ（TRA）のための予防化学療法；マラリア制御活動（長期間作用する殺虫剤蚊帳の配布とマラリアの自宅制御）；ビタミンAの栄養補助剤の配布；HIV/エイズに関する意識向上、およびプライマリ眼科診療プログラムにおける白内障の識別。そして、報告期間の間にデータ報告した4カ国で合計3,490万人に保健介入が行われた。

* 3カ国におけるオンコセルカ症治療とリンパ系フィラリア症治療の拡大：

2014年に、アフリカ・オンコセルカ症対策計画は3カ国（コートジボワール、コンゴ民主共和国、ナイジェリア）で、アフリカ・オンコセルカ症対策計画、それらの国の保健省およびパートナーが技術的・財政的支援を提供し、さらに2000万人にリンパ系フィラリア症の治療を行うという大きな目標を設定した。そしてこれらの3カ国での実施の結果の概要は次のとおりである。

・コートジボワール：

2014年の全般的な目標は、合計55カ所のオンコセルカ症とリンパ系フィラリア症の共通の流行地をカバーすることである。しかし、モニター村への評価を完了することと有効期限が近づいていたイベルメクチンをすぐに使用することが必要であるため、その目標は見直された。後のリンパ系フィラリア症をモニタリングするためベースラインデータを収集するためのモニター村の設定を待っている間に、後者は流行地でオンコセルカ症の治療をしなければならなくなった。

オンコセルカ症について、全体として国の59の流行地区にある4,865コミュニティのうち、42地区の合計3,397のコミュニティが治療を受けて、地理的カバー率は70%である。2014年にイベルメクチンを受けた総人数は6,175,211人で、そのうち1,865,273人はオンコセルカ症の治療を必要とした人であり、国のカバー率が65%となった。リンパ系フィラリア症に関しては、国の61の流行地区のうちの33地区で治療を実施し、地理的カバー率は54%である。リンパ系フィラリア症治療を受けた総人口は5,793,572人で、2013年に9%増加し33%の国のカバー率に達した。

・コンゴ民主共和国：

2014年には、アフリカ・オンコセルカ症対策計画、END Fund および保健省は、バ・コンゴ州、西カサイ州、東カサイ州とカタンガ州の4州での4つの顧みられない熱帯病（オンコセルカ症、リンパ系フィラリア症、住血吸虫症および土壌伝播蠕虫）に必要とする予防化学療法を拡大を支援した。支援は6つのイベルメクチンによる地域主導型治療プロジェクトと国レベル調整に及んだ。6つのイベルメクチンによる地域主導型治療プロジェクトのうち、オンコセルカ症のための介入は数年前から実施され、リンパ系フィラリア症、住血吸虫症および土壌伝播蠕虫が初めて治療の対象となった。

2014年にイベルメクチンを受けた総人数は28,251,053人で、そのうち26,049,139人はイベルメクチンを必要とした人であり、国のカバー率は60%となった。その一方、リンパ系フィラリア症の治療を受けた人は合計7,673,271人で、23%の国のカバー率を示した。6つのイベルメクチンによる地域主導型治療プロジェクトでは、13,309,247人がオンコセルカ症治療（カバー率80%）、7,673,271人がリンパ系フィラリア症治療（カバー率は56%）を受けた（表2）。

表2: コンゴ民主共和国におけるオンコセルカ症治療とリンパ系フィラリア症治療の実施概要、2014 (WER 参照)

「コンピュータ税と料金」として知られている新しい課税をコンゴ民主共和国の政府により強制的に徴収されたため、医薬品の配達遅れといった課題が現われた。しかし、政府との何回かの交渉の後、WHOによって輸入されるすべての製品には免税証明書が得られえるようになった。

・ナイジェリア：

ナイジェリアでは、2014年にイベルメクチンを投与された総人数は57,412,905人で、そのうち44,415,242人はオンコセルカ症の治療が必要とした人であり、国のカバー率が86%となった。その一方、リンパ系フィラリア症の治療を受けた人は合計42,725,649人で、23%の国のカバー率を示した。

2014年の全般的な目標は、アクワ・イボム州、ベヌエ州、クロス・リバー州、オグン州、オスン州とオヨ州の6つの州のオンコセルカ症治療およびリンパ系フィラリア症治療のカバー率を上げることである。介入の終了時、6つの州には9,637コミュニティの計8,610,418人および7,057コミュニティの計5,849,629人がオンコセルカ症治療およびリンパ系フィラリア症治療を受けた（表3）。

表3: ナイジェリアにおけるオンコセルカ症治療とリンパ系フィラリア症治療の実施概要、2014 (WER 参照)

結論として、3カ国でこの特別な取り組みが実施されたすべてのプロジェクトの地域にリンパ系フィラリア症治療が有意に増加することが観察された。この最初の取り組みにより、コートジボワールとコンゴ民主共和国にある感染地で初めてリンパ系フィラリア症治療を受けることが可能になり、コートジボワールで580万人、コンゴ民主共和国における770万人がリンパ系フィラリア症治療を受けた。また、同じ地域におけるオンコセルカ症治療も増加した。

* タンザニア連合共和国での顧みられない熱帯病共同実施：

タンザニアの本土には、5つの予防化学療法が実施される顧みられない熱帯病であるリンパ系フィラリア症、オンコセルカ症、住血吸虫症、土壌伝播蠕虫、トラコーマAが流行している。2009年にアフリカ・オンコセルカ症対策計画と米国国際開発庁 (USAID) によって創始された顧みられない熱帯病制御および撲滅のための統合的アプローチが有効に持続され、2009年の最初の6地域（41地区）から2014年の16の地域（106地区）までに拡大した。そして、この拡大はUSAID/RTI/IMA およびCNTD/SCIからの追加の資金提供によって、可能となった。また、イベルメクチンによる地域主導型治療は今もなお

コミュニティに顧みられない熱帯病薬を配布するための優れたモデルである。

WHO/アフリカ・オンコセルカ症対策計画は、オンコセルカ症、リンパ系フィラリア症とトラコーマの撲滅、6地域での住血吸虫症と土壌伝播蠕虫の制御のために必要となる援助を続けて提供している。アルベンダゾールおよびアジスロマイシン錠剤はイベルメクチンによる地域主導型治療を通じてイベルメクチンと同時に投与され、そしてプラジカンテルは学校で投与される。

WHO/アフリカ・オンコセルカ症対策計画は、予防化学療法を実施するために、2014年に国の保健省に資金援助を提供した。保健省の調整により、アルベンダゾールおよびイベルメクチン錠は2014年10月18日-24日に開催された麻疹風疹予防接種キャンペーンの間に配布され、合計2,060万人のうち、約740万人分の治療は6つのアフリカ・オンコセルカ症対策計画サポート地域において投与され、カバー率は71%である。さらに、1,485,707人分のプラジカンテルと164,120人分のアジスロマイシンの投与はキャンペーンの後に実施された(表4)。

表4: タンザニア連合共和国の6つの地域における予防化学療法の実施概要、2014 (WER 参照)

顧みられない熱帯病プログラムは、今後の予防化学療法の実施に利用できるような革新的な協同から新たな経験を得たことを認めた。そのような新たな経験は、一日ごとのデータ収集と実施の管理のためのデータ集約ツールの使用、綿密な指揮、および合同検討会の活用を含む。

* アフリカにおけるオンコセルカ症の撲滅:

・ いくつかの流行地における治療中止に関する進捗状況

2008年に、共同行動フォーラム(JAF)はアフリカ・オンコセルカ症対策計画管理部門、エビデンスに基づいた意思決定を行った上で、かつての流行地のどこで、いつイベルメクチン治療を中止するかを決定するといった新しい目的を含むように指示した。この新しい再設定をうけて、特に疫学的、昆虫学的な評価など多数の活動を実施した。

疫学的指標が全国的または限局的範囲にオンコセルカ症の感染の撲滅を示したような疫学的評価からのエビデンスの一部が要約された(表5、表6)。

表5: 全国的範囲におけるオンコセルカ症の撲滅がほぼ達成できた国 (WER 参照)

表6: 限局的範囲におけるオンコセルカ症の撲滅がほぼ達成できた国 (WER 参照)

表5は撲滅がほぼ達成できたいくつかの国におけるオンコセルカ症撲滅の進捗について概説され、これらの国ではイベルメクチン治療を中止する前に着手する必要がある次のステップも示した。

アフリカ・オンコセルカ症対策計画によって行われる疫学的評価に基づいたオンコセルカ症の撲滅、およびそれに関するイベルメクチン治療の中止が潜在的に可能な国はベナン、ブルンジ、チャド、ギニアビサウ、マラウィ、マリ、ニジェール、セネガル、トーゴであり、限局的にそれらを実施できる国はエチオピア、ナイジェリア、タンザニア連合共和国、ウガンダである。また、ケニアでは、オンコセルカ症が発症していないことを証明できる撲滅証明書が必要とされる。いくつかの国におけるオンコセルカ症撲滅の状況は以下に明示した。

* 全国的範囲におけるオンコセルカ症の感染の撲滅:

・ ブルンジ

2005年以来、オンコセルカ症を制御するために、ブルンジはイベルメクチンによる地域主導型治療戦略を用い、イベルメクチンの年一回の大規模な配布を実施した。統合した顧みられない熱帯病と盲目プログラムは、住民の17%が暮らしているところで3つのイベルメクチンによる地域主導型治療プロジェクト(ブルリ州、チビトケ・ブバンザ州、ルタナ州)におけるプログラムの実施を調整した。2012と2013年に、3つの中心地の60村にある流行地に生活している合計23,436人を対象に第1a相と第1b相を合わせた疫学的評価を行い、2つの村で3人陽性症例のみ確認された。その結果は有病率が予測されたモデルより早く、その3つの中心地でオンコセルカ症がすでに撲滅されたことを示した。例えば、第1a相の評価データおよびオンコセルカ症撲滅の時間枠に基づき、チビトケ・ブバンザ州の中心地で予測されたマイクロフィラリア症の有病率は2012年が17%である。一旦昆虫学的な評価結果が疫学的な結果を確証すると、その国は治療を中止するように助言される。

・ チャド

アフリカ・オンコセルカ症対策計画および非政府組織の支援を受けて、8-11の範囲で効果的な治療のラウンド数があるイベルメクチンによる地域主導型治療は1998年からチャドに実施された。チャドでは、合計7つの評価エリアで疫学的評価を行い、そのうち、ロゴン・オクシデンタル州、ロゴン・オリエンタル州、東マヨ・ゲッビ州、西マヨ・ゲッビ州とモワイヤン・シャリ州の5つの地域では第1a相は独立して行われた。これらの地域には制御前にメゾ(中程度)とハイパー(高い)の範囲の風土性レベルがあり、し38%-63%の範囲と評価された村における結節の有病率は制御前は最大であった。合計54村で、17,145人はオンコセルカ症の感染の有無を検査して、平均の有病率は0.2%であり、マイクロフィラリア症の有病率の0-2.1%の範囲内のため、疾病の事実上の撲滅を示した。その結果をモデル予測と比較すると、その結果は予測された通りで、第1a相と第1b相を合わせた評価の結果は撲滅に向けた進展

がオンコセルカ症撲滅のための疫学的基準を満たしたことを示した。

その国での良好な調査結果が得られたら、治療を中止することを助言される前に、その病気が国で流行しているかどうかを判断するリンパ系フィラリア症の地図作成と同様に、昆虫学的な評価、追加評価が中央アフリカ共和国とカメルーンの国境を越えた地域で実施されるだろう。

・マラウィ

オンコセルカ症感染のアセスメントは、2011年と2012年に低流行地域を含むすべての流行地の60の村で実施された。その結果は1.05%、8.18%と8.67%の有病率をもつ3つの村を除き、非常に良好であった(57村の有病率は0%)。、そして、オンコセルカ症の大規模な治療をまだ実施していなかったモザンビークと近い地域は主な流行地域である。しかし、1999年のオンコセルカ症のための迅速疫学地図作成(REMO)の結果によると、その地域は低流行地として分類されていた。したがって、モザンビークに隣接した地域(ニアサ州)のオンコセルカ症の現状をできるだけ早くアセスメントすることは重要不可欠である。今年、アフリカ・オンコセルカ症対策計画はモザンビーク国境の近くにある多くの村で疫学的状況の評価し、評価された20村のいずれにも感染が見られなかった。しかし、モザンビーク側での状況をまだ調べる必要がある。

マラウィでは、オンコセルカ症の感染地域のすべてがリンパ系フィラリア症の感染もみられるので、イベルメクチン治療を中止する前にリンパ系フィラリア症の状況をアセスメントする必要がある。リンパ系フィラリア症プログラムはこの6年間にこれらの地域の住民に治療を実施しており、そして、感染評価予備調査(pre-TAS)と感染評価調査はリンパ系フィラリア症の伝染がオンコセルカ症との共同流行地を含む全国範囲で防げたことを確認した。

良い疫学的結果を得たので、2014年には昆虫学的評価がマラウィで開始された。合計15カ所の媒介動物を収集する場所は、繁殖地への大規模な調査の次に続く評価のために選定された。シムリウム・ダムノスム(*Simulium damnosum s. l.*)と同類の2014年の媒介動物を収集した標本が感染率を測定するために処理された。結果として、シムリウム・ダムノスムの標本から入手できたすべての部位では感染が0であった。現在、2年目の媒介動物のデータの収集と処理が進行中で、さらに、新しいWHOの撲滅ガイドラインに従って、10歳未満の小児における血清学的な研究も進行している。

* 西アフリカにおける全オンコセルカ症対策計画(OCP) :

全オンコセルカ症対策計画のデータベースからの情報および最近の疫学的評価と昆虫学的なサーベイランスに基づいて、ベナン、ギニアビサウ、マリ、ニジェール、セネガル、トーゴなど多くの全オンコセルカ症対策計画の国々では、オンコセルカ症の撲滅が完成またはほぼ完成できた。JAF-18は全オンコセルカ症対策計画の国々が必要な評価を行うように支えることをアフリカ・オンコセルカ症対策計画に要求し、その結果、アフリカ・オンコセルカ症対策計画は、昆虫学的な評価活動に提供していた通常のサポートに加えて、疫学的評価のためにいくつかの国に支援を提供した。

2014年と2015年は技術支援の提供および活動の資金提供のためのパートナーとの協働を得ることに焦点をあてた。対象国と実施される活動は以下のとおりである。

-ギニアビサウ：昆虫学的・疫学的活動および血清学的検査

-マリ：昆虫学的・疫学的評価およびニジェール川流域で迅速診断テストと酵素結合免疫吸着法(ELISA)を用いた血清学的検査

-ニジェール：リンパ系フィラリア症のアセスメントを含む疫学的・昆虫学的評価および迅速診断テストと酵素結合免疫吸着法を用いたオンコセルカ症Ov-16血清学的検査

-セネガル：血清学的検査と昆虫学的評価

* 限局的範囲におけるオンコセルカ症の感染の撲滅：

・エチオピア

2011年と2013年に、北ゴンダールのイベルメクチンによる地域主導型治療プロジェクトは40村でオンコセルカ症感染の有病率について評価し、オンコセルカ症の感染はみられなかった。昆虫学的評価は2015年以前の流行中心地で進行している。また、全地域がオンコセルカ症に感染していないことを確認するために、疫学的評価はスーダンのガラバット区域の国境を越えた地域で行う必要がある。この感染地でイベルメクチン治療を中止するという決定をする前に、リンパ系フィラリア症の状況の評価も重要である。

・ウガンダ

ウガンダでは、異なる中心地における伝染の状況の再調査では、以前に疾病が流行し、そして治療が中止された17か所のうち、10か所は伝染を防ぐことができたことを示し、他の6か所も治療を中止する決定を周知するための評価を受けている。

要約すると、上述の利用できる情報に基づいて、計画された次の段階が来年オンコセルカ症へのイベルメクチン治療を中止する方向であれば、オンコセルカ症への3,000万以上の治療は数年以内に無事にアフリカで中止させることができるかもしれない。

* 結論：

2014年-2015年のアフリカ・オンコセルカ症対策計画のレポートには、イベルメクチン治療境界の描画、イベルメクチンによる地域主導型治療の実施、他の顧みられない熱帯病のための介入の共同実施、およびオンコセルカ症撲滅のためのイベルメクチン治療の影響評価など、様々な分野での数多くの成果を記載している。2014年の1年間、22カ国の1億1,200万人以上の人々がオンコセルカ症の治療を受けて、65.3%の世界的なカバー率となった。そして、3,400万人以上の人々は訓練を受けた医療従事者とCDDsとのネットワークを使用し、付加的な保健介入を受けた。コートジボワール、コンゴ民主共和国、ナイジェリアは、公衆衛生上の問題としてリンパ系フィラリア症を撲滅するために、イベルメクチンによる地域主導型治療の実施を拡大している。また、タンザニア連合共和国はアフリカ・オンコセルカ症対策計画が積極的にサポートしている9地域のうちの6地域で顧みられない熱帯病への共同での実施を続けた。

数年間にわたって実施した様々な疫学的評価からのエビデンスで明らかになったように、アフリカ大陸でのオンコセルカ症の撲滅は可能である。しかし、予防化学療法を中止するために必要な最後の努力は、次の段階対処する必要があり、そのためには高い特異性と敏感度の使いやすく、ケアにも使える優れた診断ツールを使用すべきである。予防化学療法を中止するために国を支援することと、オンコセルカ症とリンパ系フィラリア症の撲滅を確認するために疫学的・昆虫学的評価を重視すべきである。

<急性弛緩性麻痺（AFP）サーベイランスの実行と灰白髄炎の発生率、2015年11月17日WHO本部データ>WER参照

（易草秋子、森正弘、和泉比佐子）