

事務連絡  
平成 27 年 10 月 21 日

各 { 都道府県  
保健所設置市  
特別区 } 衛生主管部（局）  
感染症対策担当課 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

急性弛緩性麻痺（AFP）を認める症例の実態把握について（協力依頼）

標記について、今年 8 月以降、小児を中心にポリオ様麻痺に類似した原因不明の急性弛緩性麻痺（AFP: Acute Flaccid Paralysis）の症例が相次いで国立感染症研究所（以下「感染研」という）に報告されており、その一部にエンテロウイルス D68（EV-D68）が咽頭スワブから検出される例が含まれていました。

また、EV-D68 については、昨年米国において、EV-D68 感染に伴う小児の重症呼吸不全症例が 1,000 例を超えて報告され、その一部に、急性弛緩性麻痺症状が見られたとの報告がありました。

日本においては、平成 17 年以降、主に呼吸器症状を呈する患者の検体から、EV-D68 が検出された症例が 200 例以上報告されていますが、急性弛緩性麻痺を呈する症例はほとんど報告されていませんでした。

感染研及び日本小児科学会等の専門家の見解では、標記症例については、届出疾患であるポリオとの鑑別が必要であること、また、米国の事例を踏まえれば、ポリオウイルス以外の感染症の可能性も示唆されること等から、本件に関する原因究明のための実態調査が重要とされております。

以上の状況を踏まえ、当分の間、本件に係る調査を積極的疫学調査の一環として感染研にて行うこととしましたので、貴課におかれましては、以下の対応につき御協力いただくとともに、関係機関に周知いただきますよう、よろしくお願いいたします。

## 記

1. 本年 8 月 1 日以降、症例定義（別紙 1）に該当する急性弛緩性麻痺を認める症例について医療機関から報告があった場合には、別添様式への記入依頼とともに、可能な限

り、地方衛生研究所等において、ポリオウイルスを含む病原体を検出するための検査を実施されたい。なお、地方衛生研究所における当該検査費用については、感染症発生動向調査事業負担金の対象となることを申し添える。

2. 上記1の検査を実施し、病原体が確認された場合には、その検査結果等について、別添様式により、感染研に報告されたい。また、必要に応じて感染研の助言に基づき検体を送付し、感染研において原因究明に係る詳細な解析を行うこと。
3. 上記1の検査を実施し、病原体が確認されない場合又は地方衛生研究所等での検査が困難と判断された場合等については、感染研において詳細な解析を行うことができるので、以下の連絡先に連絡されたい。
4. 本依頼により報告された症例については、後日、厚生労働省又は感染研から都道府県及び医療機関等に対し、検体の送付を依頼し、原因究明のための追加調査等を行う場合があるので、可能な限り、別紙2の方法による検体の保存にご協力いただきたい。

#### 感染研連絡先

- (1) 別添様式の送付先及び症例定義（症状）に関する問い合わせ先

多屋馨子（たやけいこ）

研究機関：国立感染症研究所 感染症疫学センター

連絡先：TEL 03-5285-1111（代） FAX 03-5285-1129

Email: ktaya@niid.go.jp

- (2) 検体送付に関する問い合わせ先

藤本嗣人（ふじもとつぐと）

研究機関：国立感染症研究所 感染症疫学センター

連絡先：TEL 03-5285-1111（代） FAX 03-5285-1129

Email: fujimo-t@niid.go.jp

- (3) 検査方法に関する問い合わせ先

清水博之（しみずひろゆき）

研究機関：国立感染症研究所 ウイルス第二部

連絡先：TEL042-561-0771（代） FAX042-561-4729

Email: hshimizu@niid.go.jp

## 参考資料

別紙1 : 症例定義について

別紙2 : 病原体検査のために必要な検体採取、保存方法について

別添様式 : 医療機関記入様式

- IASR 2015年10月

エンテロウイルス D68 型が検出された、急性弛緩性脊髄炎を含む 8 症例—さいたま市

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/entero/entero-iasrs/6004-pr4286.html>

- IASR 2015年10月

エンテロウイルス D68 型が検出された小児 4 症例—東京都

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/entero/entero-iasrs/5966-pr4281.html>

- IASR Vol. 35 p. 250: 2014年10月号

エンテロウイルス D68 に関連した重症呼吸器疾患、2014年—米国ミズーリ州とイリノイ州

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/id/980-disease-based/a/entero/idsc/iasr-out/5031-fr4161.html>

- IASR Vol. 35 p. 295- 296: 2014年12月号

エンテロウイルス D-68 型が検出された小児・乳児の 4 症例—広島県

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/id/981-disease-based/a/entero/idsc/iasr-in/5219-kj4184.html>

- IASR Vol. 30 p. 12-13:2009年1月号

CODEHOP PCR によるエンテロウイルス同定

<http://idsc.nih.go.jp/iasr/30/347/dj3478.html>

## 別紙1 症例定義について

### 症例定義：

平成27年8月1日以降、同年12月31日までに、急性弛緩性麻痺を認めて、24時間以上入院した者

ただし、血管障害、腫瘍、外傷などの確定診断がなされ、明らかに感染性とは異なる症例は除外する。

### 補足説明：

- 1) 症例定義の「急性弛緩性麻痺」には、急性弛緩性麻痺（ポリオ様麻痺）、急性弛緩性脊髄炎、急性脳脊髄炎、急性脊髄炎、ギラン・バレー症候群、急性横断性脊髄炎、単麻痺、Hopkins 症候群等と診断されている症例を含む。
- 2) 年齢を問わないが、小児での報告例が多いと考えられている。

## 別紙2 病原体検査のために必要な検体採取、保存方法について

### 検査のために必要な検体

1. 麻痺初発日の5点セット（麻痺初発日が望ましい。遅くとも発症後数日以内）
  - 1) 急性期の血液（EDTA 加血）
  - 2) 髄液検体
  - 3) 呼吸器由来検体（後鼻腔ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、後鼻腔吸引液、下気道由来検体など：可能であれば複数）
    - \*人工呼吸管理中の場合は、気管内吸引液等
  - 4) 便
  - 5) 尿
2. 急性期と回復期のペア血清（ $\gamma$ グロブリン製剤を投与する場合は、投与前、投与後1, 3, 6か月）

### 検体採取時の留意点

1. 髄液・呼吸器由来検体・便・尿は、採取後できる限りベッドサイドですぐに氷上に置いて保冷し、EDTA 加血は、採取後固まらないように室温で混和する。
2. 検体採取容器については、各医療機関の採取容器（滅菌）を使用。
  - 1) 血液（EDTA 加血）・・・各医療機関の採取容器を使用。1mL 程度採取する。
  - 2) 髄液検体・・・各医療機関の採取容器（滅菌スピッツ）を使用。1mL 程度採取する。
  - 3) 呼吸器由来検体・・・滅菌綿棒で咽頭あるいは後鼻腔を十分にぬぐい、1mL の生理食塩水（あるいは PBS、VTM：ウイルス搬送用培地）を滅菌スピッツに入れてその中でよく攪拌する。スワブの綿球部分が乾燥しない様に棒部分を折って短くし、入れたままにする。スピッツ管を立てて凍結する。鼻腔吸引液、人工呼吸管理中は気管支吸引液を滅菌容器に吸引する。採取後可能な限り速やかに氷上に置く。
    - (ア)複数検体の採取が望ましい。
    - (イ)滅菌綿棒は、もしあればフロックドスワブが望ましい。
    - (ウ)生理食塩水（もしあれば PBS）追加は乾燥防止目的。希釈されるため必要最小限（1 mL 未満）が望ましい。
    - (エ)抗菌薬や、BSA（ウシ血清）等のキャリア蛋白が入った VTM（ウイルス搬送用培地）はウイルス分離、PCR には適しているが、次世代シーケンサーによる解析は困難となる。

(オ)後鼻腔/咽頭をぬぐった綿棒は、細菌培養用の寒天培地には入れない。

- 4) 便・・・各医療機関の採取容器（採便用容器）を使用。十分量採取する。
- 5) 尿・・・各医療機関の採取容器を使用（滅菌スピッツ）。5mL程度採取する。
- 6) 血清・・・各医療機関の採取容器（血清分離剤入りの容器）に1～2mL程度採血し、遠心分離したのち上清（血清成分）を採取する。

#### 検体保管・送付時の留意点

1. 保管容器：血清保管チューブ（スクリーキャップチューブ）等を用い、検体採取日、検体の種類（検体採取部位）、各医療機関で照合可能な識別番号を記載。
2. 各検体ともに小分けで（できれば3個以上） $-70^{\circ}\text{C}$ 以下に凍結保管する。 $-70^{\circ}\text{C}$ 以下の冷凍庫がない場合は、 $-20^{\circ}\text{C}$ 以下に保管する。家庭用冷蔵庫の冷凍室は霜取り装置がついており保管には不適。
  - 必要量（全血：各0.2mL以上、髄液：各0.2mL以上、尿：各0.2mL以上、便：各0.5g程度、乳剤にしても可。）
3. すぐに検査部・検査（研究）機関に搬送可能な場合は、凍結せずに、冷蔵のまま速やかに搬送する場合もあるが、長期間の冷蔵保存、室温保存は不可。
4. 凍結融解が繰り返された検体、長期間冷蔵保管あるいは室温保管された検体は、ウイルス（遺伝子）の分離（検出）が困難となる。

※ 可能な限り上記での送付が望ましいが、難しい場合は感染研にお問い合わせ下さい。

医療機関記入様式

- 一つの医療機関で複数の患者さんがいらっしゃる場合は、患者さんお一人につき一枚ご回答ください  
(なお、13. の項目については、医療機関で代表してお一人の患者さんの様式にご記入ください。)

1. 発症日：((1) と (2) の両方について御記入ください)

(1) 症状初発日： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (初発症状の種類： \_\_\_\_\_ )

(2) 麻痺症状発現日： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 年齢 (0 歳の場合は月齢)： \_\_\_\_\_ 歳 (0 歳の場合は、 \_\_\_\_\_ か月)

3. 性別： \_\_\_\_\_

4. 患者さんの居住都道府県名： \_\_\_\_\_ 都・道・府・県

5. 臨床診断名： \_\_\_\_\_

6. 麻痺の部位： ①発症時： 単麻痺 (上肢・下肢)、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺

②症状ピーク時：単麻痺 (上肢・下肢)、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺

7. 筋委縮の有無： 有り ・ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後 )

8. 髄液細胞数の増加の有無： 有り ・ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後 )

9. 脊髄 MRI の異常所見の有無： 有り ・ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後 )

10. 発熱の有無： 有り ・ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後 )

11. 喘息様症状の有無： 有り ・ 無し (有りの場合麻痺の 前 ・ 後 )

12. ポリオワクチン接種歴の有無： IPV \_\_\_\_\_ 回 DPT-IPV \_\_\_\_\_ 回 OPV \_\_\_\_\_ 回

13. 2013年1年間、2014年1年間、2015年1-7月に同じ病院に急性弛緩性麻痺で入院された患者さんの数

(ア) 2013年1年間： \_\_\_\_\_ 例 (脊髄性 \_\_\_\_\_ 例、ギラン・バレー症候群 \_\_\_\_\_ 例)

(イ) 2014年1年間： \_\_\_\_\_ 例 (脊髄性 \_\_\_\_\_ 例、ギラン・バレー症候群 \_\_\_\_\_ 例)

(ウ) 2015年1-7月： \_\_\_\_\_ 例 (脊髄性 \_\_\_\_\_ 例、ギラン・バレー症候群 \_\_\_\_\_ 例)

(エ) 2015年8月以降： \_\_\_\_\_ 例 (脊髄性 \_\_\_\_\_ 例、ギラン・バレー症候群 \_\_\_\_\_ 例)

14. 主治医の先生のお名前、貴病院名、診療科名、連絡先

お名前： \_\_\_\_\_

貴病院名： \_\_\_\_\_ 診療科名： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

以上です。ご協力どうもありがとうございました。