منظمـــة الصحـــة العالميـــة

المجلس التنفيذي **م ت١١٣/٤٠**
الدورة الثالثة عشرة بعـد المائة **٢٧ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٣**
البند ٣-٤ من جدول الأعمال المؤقت **EB113/40**

ترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرّحة* (قرحة بورولي)

تقرير من الأمانة

١- إن قرحة بورولي من الأمراض التي تتلف الجلد وتتسبب فيه *المتفطرة المقرّحة*، وهـي مسـبب مـن مسببات الأمراض ينتمي إلى أسرة الكائنات ذاتها التي تسبب الإصابة بالسل والجذام. وعلى النقيض من هذين المرضين فإن قرحة بورولي لا تحظى إلا بقدر ضئيل من الفهم وظهرت ظهوراً مروعـا منـذ الثمانينـات. وللعامل المسبب لهذا المرض سمات فريدة من نوعها ومازالت طريقة انتقاله غير معروفة بدقـة. ولا توجـد اختبارات تشخيص سريعة لهذا المرض كما أن ترصده والتبليغ عنه يتمان على نحو رديء وأثـر المضـادات الحيوية في علاجه قليل. وعلى الرغم من أن معدل الوفيات المرتبط بقرحة بورولي منخفـض فإنـها كثـيراً ما تسبب العجز، كما أن تكاليف العلاج والتأهيل المرتبطين بها تحول دون اللجوء إليهما في معظـم المنـاطق الموبوءة بهذا المرض. وعلى الرغم من هذه العقبات هناك تقدم وطيد يتحقق في هذا الميدان.

٢- وفي أوائل عام ١٩٩٨ استجابت منظمة الصحة العالمية لاستفحال هذا المرض وتنامي تأثيره بإطلاقها المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي، التي تجمع شركاءً متعددين على أهداف مشتركة واستراتيجيات تقنية ومبادئ عمل متفق عليها. وبدعم من فرقة خبراء جمَّعت هذه المبادرة خبرات عالمية وقـادت عمليـة تعبئـة الموارد. وفي عام ١٩٩٨ أيضاً قامت منظمة الصحة العالمية بتنظيم المؤتمر الدولي الأول المعنـي بمكافحـة قرحة بورولي وببحوثها في كوت ديفوار. واسترعى إعلان ياموسوكرو بشأن قرحة بورولي، الذي ترتـب على ذلك، الاهتمام إلى وخامة المرض باعتباره مشكلة مستجدة من مشاكل الصحة العمومية، وأعرب عـن القلق إزاء سماته الكثيرة التي لا يفهم منها سوى القليل. وأقر المشاركون في المؤتمر بقيمة البحوث المتعـددة التخصصات وتعهدوا ببذل قصارى جهدهم من أجل ترسيخ أنشطة الترصد وتوفير التسهيلات اللازمة للعلاج المبكر، وشددوا على ضرورة إقامة الشراكات وتطوير النظم الصحية.

الأهمية بالنسبة إلى الصحة العمومية

٣- تنتشر قرحة بورولي على نطاق واسع في المناطق المدارية وشبه المدارية. وحددت حالات منها فيما يربو على ٣٠ بلدا في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية وغرب المحيط الهادئ وأستراليا، ولكن منطقـة غـرب أفريقيا هي الأسوأ تأثرا من غيرها بكثير، حيث يبلغ كل عام الآن عن آلاف الحالات. وفي بعض مـن بلـدان أفريقيا أصبحت قرحة بورولي ثاني أكثر الأمراض الفطرية انتشارا بعد السل: في كوت ديفوار سـجل نحـو ١٥ ٠٠٠ حالة منذ عام ١٩٧٨ حيث بلغت نسبة المصابين ١٦٪ في بعض القرى؛ وفي بنـن سـجلت ٤٠٠٠

حالة منذ عام ١٩٨٩؛ وحدد مسح وطني أجري في غانا عام ١٩٩٩، ٦٠٠٠ حالة. وأُبلغ عن بضع حالات في مناطق لا يتوطنها هذا المرض في أمريكا الشمالية وأوروبا نتيجة لحركة السفر الدولي. وكثيراً ما يؤدي، عدم المعرفة بقرحة بورولي إلى تأخر كبير في تشخيص هذه الحالات وعلاجها.

٤- وتشيع الإصابة بالمرض أكثر ما تشيع في المجتمعات المحلية الفقيرة في المناطق الريفية النائية. ويشكل الأطفال دون سن الخامسة عشرة نسبة ٧٠٪ تقريباً من المصابين بالعدوى. وكثيراً ما تحدث الإصابة بالمرض في بؤر جغرافية تقع قرب الكتل المائية مثل الأنهار والبحيرات والمستنقعات. وعلى الرغم من أن طريقة الانتقال غير معروفة بدقة فإن الاستنتاجات تشير إلى أن هناك دوراً لبعض الحشرات المائية في دورة انتقال المرض. ولا توجد قرائن تدل على الانتقال من شخص إلى آخر. ومن عوامل الاختطار التي تم تحديدها حتى الآن الإقامة قرب البؤر التي يتوطنها المرض، والسفر إلى مناطق يتوطنها المرض، والاتصال ببيئة مائية ملوثة، والجروح الموضعية في الجلد.

٥- وقصور الترصد، وربما النقص الهائل في التبليغ، يعزز احتمال أن يكون عدد الحالات أكبر بكثير وتوزعها الجغرافي أوسع بكثير مما يُبلغ عنه رسمياً. وتؤدي قلة معرفة العاملين الصحيين بالمرض إلى نقص كبير في تمييز الحالات وفي التبليغ عنها. وبالإضافة إلى ذلك فإن الوصم الشديد يكتنف المرض، والمعتقدات الثقافية بشأن أسبابه غير الطبية تجعل الناس يلتزمون الصمت ويحجمون عن التماس الرعاية.

٦- وكثيراً ما يبدأ المرض بظهور عُقيدة غير مؤلمة. وإذا ما اكتشفت هذه العُقيدة مبكراً يصبح الاستئصال الجراحي البسيط لهذه العُقيدة علاجاً شافياً. أما إذا تُركت دون علاج فإن المرض يتطور إلى تلف شامل في الجلد، ويحدث أحياناً تلفاً في العظام والصدر والعينين والأعضاء التناسلية، حيث تبلغ نسبة حالات العجز الدائم ٢٥٪ من الحالات. وتُعد *المتفطرة المقرّحة* متفطرة فريدة من نوعها بين المتفطّرات وذلك في أنها تفرز أثناء تكاثرها سماً ناخراً يتلف الأنسجة ويكبت الجهاز المناعي. وبسبب هذا الكبت للجهاز المناعي يتطور المرض عموماً دون علامات تحذيرية، مثل الحمى أو الألم، وهو الأمر الذي يفسر عدم التماس المصابين العلاج المبكر الذي تكون معه فرص الشفاء عالية.

٧- ومن سمات تلف الجلد أنه يحدث غالباً في الأطراف وليس في الجذع. ويمكن أن يحد موضع ومدى الضرر اللاحق بالجلد أو العظم من حركة الطرف، مما يعوق أداء الأنشطة اليومية أو يتسبب في حالات عجز دائم أكثر وخامة. وحتى عند التئام الجلد يمكن أن تحد الندوب على الدوام من حركة الطرف.

عناصر المكافحة

٨- يشكل الكشف والعلاج المبكران حجري الزاوية في استراتيجية المكافحة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، والتي تستهدف الحد مما يسببه المرض من معاناة وعجز وضرر اجتماعي اقتصادي. ومن العناصر الأخرى تدريب العاملين الصحيين على تحسين التشخيص والعلاج والتبليغ، وحملات التوعية الجماهيرية المكثفة في المجتمعات المحلية الموبوءة من أجل الحد من الوصم وتشجيع الاتصال المبكر بمقدمي الخدمات الصحية. وتتطلب المكافحة أيضاً توفير معدات جراحية وأدوية وإمدادات طبية لأغراض الرعاية الأساسية للمرضى وتدخلات التأهيل بغية الوقاية من العجز أو التدبير العلاجي له. وعلاوة على هذا فإنه، مثلما ورد ذلك في إعلان ياموسوكرو، يتطلب تحسين المكافحة وجود مرافق جراحية على مستوى المناطق الطرفية لعلاج العُقيدة والمرض التقرحي في مرحلة مبكرة. ومن الضروري تعزيز كل هذه الأنشطة.

٩- ويعتمد التشخيص اعتماداً رئيسياً على التقدير السريري للأعراض. ولا يتاح حالياً أي اختبار تشخيصي بسيط للاستعمال الميداني. ويمكن اكتشاف العُصيات الصامدة للحمض في اللطاخات من قاعدة القرحة الناخرة باستخدام ملوِّن زيهل نيلسين (Ziehl-Neelsen)، ولكن المختبرات المجهزة لأداء إجراءات أكثر تعقيداً، مثل استزراع *المفطرة المقرّحة* واختبارات تفاعل البولميريز السلسلي وإجراءات علم أمراض الأنسجة، توجد دائماً في مراكز من المرتبة الثالثة ومراكز بحثية نائية عن المناطق الموبوءة.

١٠- ومازالت القيمة العلاجية المحتملة للمضادات الحيوية في مراحل الدراسة المبكرة. وفي الوقت الحاضر يعتمد العلاج على الجراحة، والتي كثيرا ما تنطوي على عملية استئصال كبيرة وعلى ترقيع الجلد. وفي الحالات الوخيمة يتعين بتر الأطراف إنقاذا للحياة. وتقدر تكلفة العلاج الجراحي للعقيدة والمراحل المبكرة من المرض التقرحي بمبلغ يتراوح بين ٢٠ و٣٠ دولارا أمريكيا، ويتطلب دخول المستشفى لمدة قصيرة فحسب. بيد أن الغالبية الكاسحة من الحالات يتم تحديدها بعد أن يكون الوقت الذي يصلح فيه العلاج البسيط قد فات، مما يستدعي الإقامة في المستشفى لمدة طويلة تبلغ في المتوسط ثلاثة أشهر أو أكثر، مما يسهم في تكاليف العلاج العالية المتفاوتة ويعطل الأطفال عن التعليم والبالغين عن العمل. ويقدر متوسط تكلفة علاج المريض في المراحل المتقدمة من المرض بمبلغ ٧٨٠ دولارا أمريكيا في غانا و٩٦٢ دولارا أمريكيا في توغو و١٢٠٠ دولار أمريكي في كوت ديفوار.

١١- وفي معظم الحالات تتطلب الوقاية من التقفع أو الحد منه إجراءات خاصة بالعلاج الطبيعي، تتضمن أخذ الوضع الملائم والتحريك المبكر عن طريق التمرينات والأنشطة التي يمكن تعليمها للأسر وممارستها في المنزل. والتدخلات الخاصة بالتأهيل ضرورية أيضا في حالات العجز الدائم، بما في ذلك حالات بتر الأعضاء.

١٢- وفي معظم المناطق التي يتوطنها المرض تعد فرص الاستفادة من هذه التدخلات محدودة، سواء كانت تدخلات سابقة للجراحة أو لاحقة لها، كما يعد المستوى المناسب من المهارات الجراحية محدودا هو الآخر. وفضلا عن ذلك يعتمد العلاج الناجع اعتمادا تاما على توافر الأسرة في المستشفيات، وهي نادرة إلى أقصى حد في المناطق الريفية. وتتراوح نسبة الانتكاس بعد العلاج الجراحي بين ١٦٪ و٢٨٪، حسب مرحلة المرض عند التشخيص وحسب خبرة الطبيب.

١٣- ويمكن لإعطاء جرعة واحدة من لقاح البي سي جي في مرحلة الطفولة أن يستحث مناعة واقية يستمر تأثيرها ستة شهور، أو يؤخر ظهور تلف الجلد. وبالإضافة إلى هذا توحي القرائن الحديثة بأن لقاح البي سي جي يمكن أن يوفر بعض الحماية من انتشار داء *المتفطرة المقرحة*، بما في ذلك العدوى التي تصيب العظم.

الإنجازات الحديثة

١٤- لقد زاد الوعي بالمرض، ويفضي التزام البلدان التي يتوطنها المرض إلى إدخال بعض التحسينات على المرافق والمختبرات الخاصة بالجراحة. وفي بعض المناطق يقوم الترصد على نظام موضوع للاستئصال الخاص بداء التنينات يعتمد على العمال القرويين المدربين لكشف الحالات في مرحلة مبكرة. وفي نهج آخر يتم تطبيق استراتيجيات التثقيف الصحي التي ساعدت على الحد من الوصم المرتبط بالجذام على قرحة بورولي من أجل تغيير المواقف وتشجيع المرضى على التماس الرعاية المبكرة.

١٥- وشددت منظمة الصحة العالمية على عبء المرض في بلدان معينة، وقدمت دعما تقنيا وماليا إلى بعض من أشد البلدان تضررا، بما فيها بنن والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغانا

وغينيا وملاوي وتوغو وأوغندا، بهدف تدعيم البرامج الوطنية وتدريب الموظفين المحليين. ونظراً للحاجة العاجلة إلى تحسين مهارات العلاج عُقدت في عامي ٢٠٠٢ و٢٠٠٣ حلقات عملية بشأن الإجراءات الموحدة، وذلك من أجل تدريب الجرّاحين الناطقين بالإنكليزية والفرنسية والذين سينقلون بدورهم مهاراتهم إلى زملائهم من الجراحين ومن الأطباء العامين. وللمساعدة على إذكاء الوعي في البلدان التي تتوطنها قرحة بورولي وزعت المنظمة أول كراسات تعليمية بالإنكليزية والفرنسية مستهدفة العاملين المجتمعيين على مستوى المناطق وعلى مستوى القرى ووزعت كتباً هزلية تستهدف الأطفال، وهم أكثر فئة تكثر بينها الإصابة بالمرض. وتم إصدار استمارات لتعريف الحالات واستمارات للترصد والتدبير العلاجي السريري للمرضى، إلى جانب إصدار أدلة إرشادية تشرح خطوات التشخيص القياسي والتدبير العلاجي وإحالة المرضى.

١٦- ونظراً لضرورة توافر معرفة أعمق ووسائل جديدة للمكافحة يكتسي فرع البحوث في المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي أهمية خاصة. ويجتمع الفريق الاستشاري المخصص المعني بقرحة بورولي، والذي أنشئ في عام ١٩٩٨، مرة في السنة لاستعراض حالة المكافحة وإسداء المشورة إلى المنظمة بشأن سبل تكثيف أنشطة المكافحة وتسريع إجراء البحوث ذات الأولوية العالية. ومن المتوقع أن يؤدي مشروع المتوالية الكاملة لمجين *المتفطرة المقرحة*، المزمع إنجازه في أوائل عام ٢٠٠٤، إلى دفع عجلة البحوث بسرعة، وخصوصاً البحوث الخاصة بالأدوية الجديدة واللقاحات المرشحة للاستعمال. ويجري تشجيع إجراء بحوث بشأن الأولويات المحددة، ومن المقترح أن يسفر تنفيذ الاقتراحات عن إدراج باحثين جدد وأفكار جديدة.

١٧- ويشارك الآن ما يربو على أربعين منظمة غير حكومية ومؤسسة بحثية ومؤسسة وقفية في المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي. وبالتعاون مع المكتب الإقليمي لأفريقيا استُهلت في عام ٢٠٠٠ سلسلة من الاجتماعات السنوية لمديري البرامج وغيرهم من الخبراء الوطنيين. وثمة إطار للمكافحة على نطاق أفريقيا، تم وضعه واعتماده في الاجتماع الأول، جرى تطويره بعد ذلك مع خطط وطنية لآحاد البلدان. وعلى الرغم من هذا مازالت قرحة بورولي مرضاً مهملاً ولابد من اتخاذ المزيد من الإجراءات على جميع المستويات من أجل تحسين إمكانات المكافحة.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

١٨- المجلس التنفيذي مدعو إلى النظر في مشروع القرار التالي:

المجلس التنفيذي،

بعد أن نظر في التقرير الخاص بترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرحة* (قرحة بورولي)[١]،
وإذ يقر بقيادة المنظمة في المسائل الصحية؛

وإذ يشير إلى أن المؤتمر الدولي الأول المعني بمكافحة قرحة بورولي وببحوثها (ياموسوكرو، كوت ديفوار، ١٩٩٨) سجل بداية التصميم العالمي على التصدي لهذا المرض المهمل حتى الآن، وإلى ضرورة الحفاظ على قوة الدفع هذه،

١ الوثيقة م ت١١٣/٤٠.

يوصي جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين باعتماد القرار التالي:

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بترصد ومكافحة *المتفطرة المقرّحة* (قرحة بورولي)؛

وإذ تعرب عن بالغ قلقها إزاء انتشار قرحة بورولي، وخصوصاً بين الأطفال، وإزاء ما لها من تأثير على الصحة وتأثير اجتماعي اقتصادي في المجتمعات الريفية الفقيرة؛

وإذ تعي أن الكشف والعلاج المبكرين يقللان إلى أدنى حد من العواقب الضارة المترتبة على المرض؛

وإذ تشير مع الارتياح إلى التقدم الذي تحرزه المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي منذ استهلالها في عام ١٩٩٨ في تنسيق المكافحة والبحوث والأنشطة فيما بين الشركاء؛

وإذ تعرب عن قلقها لوجود عدة عوامل، بما فيها التأخر في كشف الحالات وعدم توافر وسائل فعالة للتشخيص والعلاج والوقاية، تعوق إحراز المزيد من التقدم؛

وإذ تدرك أن إنجاز هدفين من الأهداف الإنمائية للألفية الصادرة عن الأمم المتحدة – ألا وهما القضاء على الفقر المدقع والجوع، وتحقيق تعميم التعليم الابتدائي – قد يعوقه الأثر السلبي لأمراض مهملة تصيب الفقراء، بما فيها قرحة بورولي،

١- **تحث** الدول الأعضاء التي تتوطنها قرحة بورولي أو تهدد بتوطنها على ما يلي:

(١) تقدير عبء قرحة بورولي والقيام عند الاقتضاء بإنشاء برنامج لمكافحتها؛

(٢) تسريع الجهود الرامية إلى كشف الحالات وعلاجها في مرحلة مبكرة؛

(٣) إقامة التعاون، حيثما أمكن، مع الأنشطة الأخرى المناسبة الخاصة بمكافحة المرض؛

(٤) القيام، في إطار تطوير النظم الصحية، بإنشاء ومساندة شراكات على المستوى القطري لمكافحة قرحة بورولي؛

(٥) ضمان توافر موارد وطنية كافية لتلبية متطلبات المكافحة، بما في ذلك الحصول على خدمات العلاج والتأهيل؛

٢- **تشجع** جميع الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) المشاركة في المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بوروليي؛

(٢) تكثيف البحوث الرامية إلى تطوير وسائل لتشخيص المرض وعلاجه والوقاية منه؛

٣- **تدعو** المجتمع الدولي ومنظمات وهيئات منظومة الأمم المتحدة والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات البحثية إلى ما يلي:

(١) التعاون مباشرة مع البلدان التي يتوطنها المرض من أجل تعزيز أنشطة المكافحة والبحوث؛

(٢) إقامة الشراكات وتعزيز التعاون مع المنظمات والبرامج المعنية بتطوير النظم الصحية لضمان إمكانية وصول التدخلات الفعالة إلى كل من يحتاجون إليها؛

(٣) تقديم الدعم إلى المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بوروليي؛

٤- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(١) مواصلة تقديم الدعم التقني إلى المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بوروليي، وخصوصاً من أجل تحقيق تقدم في فهم عبء المرض وتحسين الاستفادة المبكرة من التشخيص والعلاج، عن طريق تدعيم البنية الأساسية للصحة؛

(٢) تدعيم التعاون التقني مع البلدان كوسيلة من وسائل تعزيز خدمات الترصد والمكافحة والتأهيل؛

(٣) التشجيع على إجراء البحوث الخاصة بتحسين وسائل التشخيص والعلاج والوقاية.

= = =