

ترصد ومكافحة داء المتفطرة المقرحة (قرحة بورولي)

تقرير من الأمانة

١- قرحة بورولي مرض من الأمراض الجلدية المريعة تسببه المتفطرة المقرحة، وهي إحدى مسببات الأمراض من فصيلة الكائنات الحية ذاتها التي تسبب الإصابة بالسل والجذام. وعلى النقيض من هذين المرضين فإن قرحة بورولي مازالت تستعصي على الفهم التام، حيث إنها ظهرت بصورة مفاجئة منذ الثمانينات. وللعامل المسبب لهذا المرض سمات فريدة من نوعها ومازالت طريقة انتقاله غير معروفة بدقة. ولا توجد اختبارات تشخيص سريعة لهذا المرض، كما أن ترصده والتبليغ عنه لا يفيان بالغرض ولا تترك المضادات الحيوية أثراً يذكر في علاجه. وعلى الرغم من أن معدل الوفيات المرتبط بقرحة بورولي منخفض فإنها كثيراً ما تسبب العجز، كما أن تكاليف العلاج والتأهيل المرتبطين بها باهظة إلى حد يحول دون اللجوء إليهما في معظم المناطق الموبوءة بهذا المرض. وعلى الرغم من هذه العقبات هناك تقدم وطيء 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 فريق عمل من الخبراء، استقطبت هذه المبادرة خبرات عالمية وكان لها أثر رائد في عملية حشد الموارد. وفي عام ١٩٩٨ أيضاً قامت منظمة الصحة العالمية بتنظيم المؤتمر الدولي الأول المعني بمكافحة قرحة بورولي وبيحوثها في كوت ديفوار. واسترعى إعلان ياموسوكرو بشأن قرحة بورولي، الصادر عن المؤتمر، الاهتمام إلى وخامة المرض باعتباره مشكلة مستجدة من مشاكل الصحة العمومية، وأعرب عن القلق إزاء سماته الكثيرة المستعصية على الفهم التام. وأقر المشاركون في المؤتمر بقيمة البحوث المتعددة التخصصات وتعهدوا ببذل قصارى جهدهم من أجل ترسيخ أنشطة الترصد وتوفير التسهيلات اللازمة للعلاج المبكر، وشددوا على ضرورة إقامة الشراكات وتطوير النظم الصحية لهذا الغرض.

الأهمية بالنسبة للصحة العمومية

٣- تنتشر قرحة بورولي على نطاق واسع في المناطق المدارية وشبه المدارية. ووجدت حالات منها فيما يربو على ٣٠ بلداً في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية وغرب المحيط الهادئ وأستراليا، ولكن منطقة غرب أفريقيا هي الأشد تأثراً من غيرها بكثير، حيث يُبلغ كل عام الآن عن آلاف الحالات. و أصبحت قرحة بورولي

في بعض من بلدان أفريقيا ثاني أكثر الأمراض الفطرية انتشاراً بعد السل. ففي كوت ديفوار سُجل نحو ٥٧٠٠ حالة منذ عام ١٩٧٨ حيث بلغت نسبة المصابين ١٦٪ في بعض القرى. وفي بنن سُجلت ٥٧٠٠ حالة منذ عام ١٩٨٩؛ وحدد مسح وطني أجري في غانا عام ١٩٩٩، ٦٠٠٠ حالة. سجل بعدها نحو ٢٨٠٠ حالة جديدة. وجاء آخر إخطار من الكاميرون في عام ١٩٧٧ حيث شار إلى وقوع ٤٧ حالة في منطقتي ايوس واكونولنجا. ولم تنقل أية معلومات جديدة عن هذا المرض منذ ذلك الوقت وكان من المفترض أن قرحة بورولي قد اختفت من الكاميرون. وفي آب/ أغسطس من عام ٢٠٠١ أي بعد أربع وعشرين سنة أظهر مسح أجري في هاتين المنطقتين وجود ما مجموعه ٤٢٨ حالة منتشرة. وفي عامي ٢٠٠٢ و ٢٠٠٣ سُجلت ٣٥٤ حالة جديدة في هاتين المنطقتين. وأُبلغ عن بضِع حالات في مناطق لا يتوطنها هذا المرض في أمريكا الشمالية وأوروبا نتيجة لحركة السفر الدولي. وكثيراً ما يؤدي عدم المعرفة الكافية بقرحة بورولي إلى تأخر كبير في تشخيص هذه الحالات وعلاجها.

٤- وتشييع 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 دور ما تلعبه بعض 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 توطنه والاحتكاك الدائم بمياه ملوثة، والرضوح الموضوعية التي تصيب البشرة.

٥- ويزيد قصور الترصد، وربما النقص الهائل في التبليغ، من 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 المرضى المصابين به يلحقهم كثير من العار من جرائه كما أن المعتقدات الثقافية بشأن أسبابه غير الطبية تجعل الناس يلتزمون الصمت ويتوارون عن الأنظار ويحجمون عن التماس الرعاية.

٦- وكثيراً ما يبدأ المرض بظهور عقيدة غير مؤلمة. ولو اكتشفت هذه العقيدة مبكراً لأمكن علاجها بالاستئصال الجراحي البسيط. أما إذا تركت 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. وتعد المتفطرة المقرحة متفطرة فريدة من نوعها بين المتفطرات وذلك في أنها تفرز أثناء تكاثرها سماً ناخراً يثلف الأنسجة ويكبت الجهاز المناعي^١. 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 آفات الجلد أنها تحدث 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. بل إن الندوب قد تحد، حتى عند التئام الآفات الجلدية، من حركة الأطراف بشكل دائم.

عناصر المكافحة

٨- يشكل الكشف والعلاج المبكران حجرى الزاوية فى استراتيجية المكافحة التى وضعتها منظمة الصحة العالمية، والتى تستهدف الحد مما يسببه المرض من معاناة وعجز وضرر اجتماعى اقتصادى. ومن العناصر الأخرى تدريب العاملين الصحيين على تحسين التشخيص والعلاج والتبليغ، وحملات التوعية الجماهيرية المكثفة فى المجتمعات المحلية الموبوءة من أجل الحد من الوصم وتشجيع الاتصال المبكر بمقدمى الخدمات الصحية. وتتطلب المكافحة أيضاً توفير معدات جراحية وأدوية وإمدادات طبية لأغراض الرعاية الأساسية للمرضى وتدخلات التأهيل بغية الوقاية من العجز أو التمييز العلاجى له. وعلاوة على هذا فإنه، مثلما ورد ذلك فى إعلان ياموسوكرو، يتطلب تحسين المكافحة وجود مرافق جراحية على مستوى المناطق الطرفية لعلاج العقيدة والمرض القرحة فى مرحلة مبكرة. ومن الضرورى تعزيز كل هذه الأنشطة.

٩- ويعتمد التشخيص اعتماداً رئيسياً على التقدير السريرى للأعراض. ولا يتاح حالياً أى اختبار تشخيصى بسيط للاستعمال الميدانى. ويمكن اكتشاف العُصيات الصامدة للحمض فى اللطاخات من قاعدة القرحة الناخرة باستخدام ملون زيهل نيلسين (Ziehl-Neelsen)، ولكن المختبرات المجهزة لأداء إجراءات أكثر تعقيداً، مثل زرع المتقطرة المقرحة واختبارات تفاعل البوليمريز السلسلى وإجراءات مرضيات الأنسجة، توجد دائماً فى مراكز متخصصة ومراكز بحثية نائية عن المناطق الموبوءة.

١٠- وما زالت الأهمية العلاجية المحتملة للمضادات الحيوية فى مراحل الاستقصاء المبكرة. وفى الوقت الحاضر يعتمد العلاج على الجراحة، والتى كثيراً ما تطوى على عملية استئصال كبيرة وعلى ترقيع الجلد. وفى الحالات الوخيمة يتعين بتر الأطراف إنقاذاً للحياة. وتقدر تكلفة العلاج الجراحى للعقيدة والمراحل المبكرة من المرض القرحة بمبلغ يتراوح بين ٢٠ و٣٠ دولاراً أمريكياً، ويتطلب دخول المستشفى لمدة قصيرة فحسب. بيد أن الغالبية العظمى من الحالات يتم تحديدها بعد أن يكون الوقت الذى يصلح فيه العلاج البسيط قد فات، مما يستدعى الإقامة فى المستشفى لمدة طويلة تبلغ فى المتوسط ثلاثة أشهر أو أكثر، ويسهم فى تكاليف العلاج الباهظة ويعطل الأطفال عن التعليم والبالغين عن العمل. ويُقدر متوسط تكلفة علاج المريض فى المراحل المتقدمة من المرض بمبلغ ١٢٠٠ دولاراً أمريكياً فى كوت ديفوار و٧٨٠ دولاراً أمريكياً فى غانا و٩٦٢ دولاراً أمريكياً فى توغو. وقد تكبدت الأسر المتأثرة بهذا الداء فى غانا فى عام ٢٠٠٣ - بالإضافة إلى تكاليف العلاج فى المراكز الاستشفائية - تكاليف وخسرت إنتاجاً يتراوح متوسطاهما بين ٣٤ دولاراً أمريكياً للمرضى الذين تظهر عليهم العقيدات و٣١٢ دولاراً أمريكياً للمرضى الذين لديهم قرحة كبرى.

١١- وفى معظم الحالات تتطلب الوقاية من التفتُّع أو الحد منه ما أمكن الخضوع للعلاج الطبيعى الأساسى الذى يقتضى أخذ الوضع الملائم والتحرك المبكر عن طريق التمرينات والأنشطة التى يمكن تعليمها للأسر وممارستها فى المنزل. وتعدّ التدخلات الخاصة بالتأهيل ضرورية أيضاً فى حالات العجز الدائم، بما فى ذلك حالات بتر الأعضاء.

١٢- وفى معظم المناطق التى يتوطنها المرض تُعد فرص الاستفاضة من هذه التدخلات محدودة، سواء كانت تدخلات سابقة للجراحة أو لاحقة لها، كما يعدّ المستوى المناسب من المهارات الجراحية محدوداً هو الآخر. وفضلاً عن ذلك يعتمد العلاج الناجع اعتماداً تاماً على توافر الأسرة فى المستشفيات، وهى نادرة الوجود جداً فى المناطق الريفية. وتتراوح نسبة الانتكاس بعد العلاج الجراحى بين ١٦٪ و٢٨٪، حسب مرحلة المرض عند التشخيص وحسب خبرة الطبيب.

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

الإجازات الحديثة

١٤- لقد تزايد الوعي بالمرض وبدأ التزام البلدان التي يتوطنها المرض يسفر عن بعض التحسينات في المرافق الجراحية والمختبرات. وفي بعض المناطق يقوم الترصد على نظام أنشئ لاستئصال داء التينيات ويعتمد على العمال القرويين المدربين لكشف الحالات في مرحلة مبكرة. وفي إطار نهج آخر يتم تطبيق استراتيجيات التنقيف الصحي التي ساعدت على الحد من الوصم المرتبط بالجذام على قرحة بورولي من أجل تغيير المواقف وتشجيع المرضى على التماس الرعاية المبكرة.

١٥- وعمدت منظمة الصحة العالمية إلى تقدير عبء هذا الداء في بلدان مختارة، وقدمت دعماً تقنياً ومالياً إلى بعض من أشد البلدان تضرراً، بما فيها بنن وبوركينا فاصو والكاميرون والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغابون وغانا وغينيا وملاوي وبابوا غينيا الجديدة وتوغو وأوغندا، بهدف تدعيم البرامج الوطنية وتدريب الموظفين المحليين. ونظراً للحاجة الملحة لتحسين مهارات العلاج عُقدت في عامي ٢٠٠٢ و ٢٠٠٣ حلقات عملية بشأن الإجراءات الموحدة، وذلك من أجل تدريب الجراحين الناطقين بالإنكليزية والفرنسية والذين سينقلون بدورهم مهاراتهم إلى زملائهم من الجراحين ومن الأطباء العاميين. وللمساعدة على إذكاء الوعي في البلدان التي تتوطنها قرحة بورولي وزعت المنظمة أول كراسات تعليمية بالإنكليزية والفرنسية تستهدف الاختصاصيين المجتمعين 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 المعياري والتدبير العلاجي وإحالة المرضى.

١٦- وبالنظر إلى الحاجة الماسة للتوصل إلى 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 المقرر أن ينجز مشروع المتواليات الكاملة لمجين المتقطرة المقرحة في منتصف عام ٢٠٠٤. وقد قام هذا المشروع من قبل باكتشاف المخطط الوراثي لإنتاج اللاكتون المتقطر، وهو النيفان المتعدد الكيتيد المضاد للمتقطرة المقرحة، ونتيح اكتشافات من هذا القبيل للمحققين فرصة رئيسية لفهم العامل المسبب فهماً أعمق للعامل الممرض على الصعيد العالمي وتشكل معينا لا ينضب يساعد على الإسراع في تطوير استراتيجيات المداواة والتشخيص. ويتم تشجيع إجراء البحوث بشأن الأولويات المحددة، ومن المقترح أن يسفر تنفيذ الاقتراحات عن استقطاب باحثين جدد وتوليد أفكار جديدة.

١٧- ويشارك الآن ما يربو على أربعين منظمة غير حكومية ومؤسسة بحثية ومؤسسة في المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي. وفي عام ٢٠٠٠ استهلّت بالتعاون مع المكتب الإقليمي لأفريقيا سلسلة من الاجتماعات السنوية لمديري البرامج وغيرهم من الخبراء الوطنيين لهذا الغرض. وثمة إطار للمكافحة على نطاق أفريقي، تم وضعه واعتماده في الاجتماع الأول، وجرى تطويره بعد ذلك مع وضع خطط وطنية لأحاد البلدان. وعلى

الرغم من هذا مازالت قرحة بورولي مرضاً مهملًا ولا بد من اتخاذ المزيد من الإجراءات على جميع المستويات من أجل تحسين إمكانات مكافحة.

١٨- وأعرب أعضاء المجلس التنفيذي، أثناء الدورة الثالثة عشرة بعد المائة، عن قلقهم حيال قصور جهود مكافحة داء كهذا له آثار اقتصادية واجتماعية كبيرة على المجتمعات الفقيرة. وطلب الأعضاء بشكل خاص إلى منظمة الصحة العالمية أن تستكشف إمكانات التنسيق والدعم للبحوث بصدد قرحة بورولي من خلال البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية. واعتمد المجلس القرار م ت ١٣ ا ق ١ بهذا الصدد.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٩- جمعية الصحة مدعوة إلى النظر في مشروع القرار الوارد في القرار م ت ١٣ ا ق ١.

= = =