

NOBODY LEFT BEHIND

لن نترك أحداً

أهمية إدماج متعاطي المخدرات بالحقن في برامج علاج فيروس
الالتهاب الكبدي سي

نقاش انطلاقاً من منظوري الصحة العامة وحقوق الإنسان



أطلقت منظمة الصحة العالمية على فيروس التهاب الكبد سي اسم "القنبلة الموقوتة الفيروسية". واعترفت خلال قمة جمعية الصحة العالمية 2010 بكون وباء التهاب الكبد الفيروسي "مشكلة صحية عالمية"، وأوصت بإطلاق برامج متكاملة تهدف إلى "تحسين الوصول إلى علاج مقبول الكلفة في البلدان النامية". كما اعتمدت المنظمة قرارا جديدا بهذا الخصوص خلال القمة العالمية للصحة 2014، وأقرت للمرة الأولى أن "فيروس التهاب الكبد سي يصيب بشكل غير متناسب متعاطي المخدرات بالحقن"². ودعت الدول الأعضاء إلى تنفيذ "برامج متكاملة للوقاية من التهاب الكبد لدى متعاطي المخدرات بالحقن وتشخيص حالاتهم وعلاجهم، بما في ذلك التدخلات التسعة الأساسية". ويعيش أغلب المصابين بهذا الفيروس إصابة مزمنة في بلدان ذات دخل منخفض أو متوسط، حيث يكون الحصول على العلاج المناسب صعبا ومحدودا. وعلى الرغم من أنه سيتحسن الحصول على علاج فيروس التهاب الكبد سي خلال السنوات القادمة، إذا تواصلت التوجهات الحالية، إلا أنه سيتواصل إقصاء متعاطي المخدرات بالحقن من برامج العلاج بشكل منتظم.

وتُبين هذه الوثيقة الحجج والتصورات الأساسية من منظوري الصحة العامة وحقوق الإنسان التي توضح لماذا سيكون من المناسب والممكن والمصيري كذلك إدماج متعاطي المخدرات بالحقن في الإرشادات القومية الخاصة بمواجهة فيروس التهاب الكبد سي وبرامج علاجه.

وباء الالتهاب الكبدي سي

منظور الصحة العامة. وتكون مخاطر الإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي سي أكثر لدى متعاطي المخدرات بالحقن، كما يحرمون في أغلب الأحيان من الحصول على خدمات تقليص المخاطر، لكن المخاطر أكبر بالنسبة للمبتدئين منهم، حيث يكونون أقل خبرة فيما يخص تقنيات الحقن الآمن وممارسات تقليص المخاطر.

وأخيراً وليس آخراً، فإن الإصابة المتزامنة بالإيدز والالتهاب الكبدي سي هي مشكلة شائعة لدى متعاطي المخدرات بالحقن¹³. حيث تقدر في واقع الأمر نسبة متعاطي المخدرات بالحقن المصابين بفيروس الإيدز والالتهاب الكبدي سي بـ 80 في المائة. وأصيب معظم هؤلاء في الحقيقة بسبب عدم حصولهم على أدوات حقن معقمة. وبينما أدت العلاجات عبر مضادات فيروسات النسخ العكسي إلى تمديد أمد حياة الأشخاص المتعاضين مع فيروس الإيدز، مازال هؤلاء عرضة لأمراض كبدية ناجمة عن فيروس الالتهاب الكبدي سي.

جدول 1: معطيات حول انتشار مضادات الالتهاب الكبدي سي في 11 بلداً

البلد	معدل الإصابة بالالتهاب الكبدي سي بين البالغين متعاطي المخدرات بالحقن ⁶	معدل الإصابة بالالتهاب الكبدي سي بين البالغين من جمهور السكان ⁷
البرازيل	39.5-69.6%	1.4%
إستونيا	90%	5%
ألمانيا	75%	0.75%
الهند	92%	1.5%
إندونيسيا	60-98%	3.9%
موريشيوس	95%	2.1%
نيوزلندا	70%	0.3%
باكستان	89%	5.9%
تايلاند	90%	2.2%
أوكرانيا	70-90%	4%
الولايات المتحدة	50-80%	1.8%

يؤدي التهاب الكبد إلى موت مليون و400 ألف شخص سنوياً عبر العالم، وهو مجموعة من الأمراض الفيروسية، ويشبه على نحو كبير الإيدز والسل. وتنجم معظم هذه الوفيات عن فيروس الالتهاب الكبدي بي و سي.

ويتسبب فيروس الالتهاب الكبدي سي منفرداً في موت نصف مليون نسمة سنوياً في وقت يمكن فيه علاج معظم حالاته. ويقدر عدد حاملي هذا الفيروس بشكل مزمن عبر العالم بحوالي 150 مليون شخص. وينتشر هذا الوباء في البلدان المتوسطة الدخل بشكل أساسي، حيث تسجل فيها 73 في المائة من حالات الأشخاص المصابين بالتهاب مزمن بسبب فيروس الالتهاب الكبدي سي⁵.

ويلاحظ أن معدلات الإصابة بهذا الوباء غير متناسبة في أوساط مستعملي المخدرات، وخصوصاً بالحقن، وأنهم الأكثر معاناة من فيروس الالتهاب الكبدي سي. إذ يقدر عدد متعاطي المخدرات بالحقن في العالم بنحو 16 مليون نسمة، 10 ملايين منهم حاملون للعدوى⁸، و8 ملايين مصابين بالتهاب كبدي مزمن⁹. أضف أن الالتهاب الكبدي سي أكثر انتشاراً من فيروس الإيدز بثلاثة أضعاف على الأقل لدى متعاطي المخدرات بالحقن¹⁰.

ونقدر عدد متعاطي المخدرات المحتاجين للعلاج الفوري عبر العالم بمليوني شخص⁹ بالاستناد على نتائج إحدى دراسات منظمة أطباء العالم وعلى معطيات سريرية ووبائية أخرى¹¹.

وتجدر الإشارة علاوة على معطيات انتشار هذا الوباء إلى كون متعاطي المخدرات بالحقن معرضون على وجه الخصوص للعدوى بشكل قوي في مختلف السياقات عبر العالم. وتقدر نسبة متعاطي المخدرات بالحقن من مجموع الإصابات الجديدة بفيروس الالتهاب الكبدي سي في البلدان ذات الدخل المرتفع بـ 80 في المائة¹². ولا توجد في المقابل أي معطيات حول الإصابات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، لكن احتمال كون النسبة أقل كبير، بسبب وجود أسباب عدوى أخرى أكثر أهمية. وهناك اختلافات وبائية مهمة بين القارات والبلدان. ويبدو على العموم أن انتقال فيروس الالتهاب الكبدي سي في أوساط متعاطي المخدرات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أكثر أهمية من

توثيق متطلبات العلاج بين متعاطي المخدرات بالحقن في تبليسي، جورجيا

تقييمات الحجم القائمة فقد خلص المؤلفين إلى أن نحو 5 آلاف من متعاطي المخدرات بالحقن بحاجة إلى العلاج الفوري من الالتهاب الكبدي سي في تبليسي، جورجيا. وأخيراً فقد أظهرت الدراسة حاجة الحكومات إلى الاعتراف بأهمية علاج وباء الالتهاب الكبدي سي بين متعاطي المخدرات بالحقن وتطوير برنامج تقليص المخاطر وخيارات العلاج لهذه الفئة.

قامت منظمة أطباء العالم في أكتوبر 2012 بإجراء دراسة مستعرضة في جورجيا بهدف الوقوف إلى دليل جديد وإضافي يتعلق بوباء الالتهاب الكبدي سي بين متعاطي المخدرات بالحقن في تبليسي. هذا وقد أكد العمل على ضرورة إدماج هذه الفئة الضعيفة والموصومة في برامج علاج الالتهاب الكبدي سي القادمة. ومن بين المشاركين البالغ عددهم 216 (متوسط أعمارهم 39.6، و7.9% منهن إناث)، ظهرت الأجسام المضادة للالتهاب الكبدي سي لدى 91.9% وكانت نسبة الإصابة بوباء الالتهاب الكبدي سي المزمن هي 82.0%. وتم تقييم مستوى التليف الكبدي بواسطة فحص مطاطية الكبد (الفيبروسكان). ويعتبر المشاركون بحاجة إلى العلاج الفوري إذا كانت مستويات التليف لديهم هي F3 أو F4. وأظهرت الدراسة أن نحو ربع المشاركين (24.2%) من متعاطي المخدرات بالحقن بحاجة إلى العلاج الفوري. واستناداً إلى

جدول 2: معدل الإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي سي، تليف الكبد الحاد، وتوزيع النمط الجيني بين متعاطي المخدرات بالحقن

معدل الإصابة (%)	ع		
91.9	199	الأجسام المضادة لفيروس الالتهاب الكبدي سي	
82.0	180	الإصابات الحالية	
24.2	40	التليف الكبدي الحاد	من بين الإصابات الحالية
22.0	32	النمط الجيني 1	
20.3	42	النمط الجيني 2	
66.9	126	النمط الجيني 3	
10.4	20	النمط الجيني المختلط	
ع: عدد المشاركين			

يحتاج ما يناهز مليوني شخص من متعاطي المخدرات بالحقن عبر العالم للعلاج الفوري

الثاني 2013 ونظيرتها الأمريكية شهر ديسمبر/كانون الأول 2013. وتبلغ كلفة جيليد 84 ألف دولار أمريكي لفترة 12 أسبوعا بالسوفوسوفير، أي ما يعادل ألف دولار في اليوم الواحد. ولا ننسى في هذا الباب أن العلاج بالسوفوسوفير يحتاج تناول أدوية أخرى، وذلك طوال 24 أسبوعا في بعض الحالات. ويمكن في المقابل صناعة هذا الدواء والكثير من مضادات فيروسات النسخ العكسي الأخرى في صيغة أدوية جنيسة، بكلفة منخفضة، شأنها في ذلك شأن أدوية فيروس الإيدز. ويمكن أن يكلف العلاج بنسخة جنيسة من السوفوسوفير ما بين 68 و136 دولارا أمريكيا. ويحدد بذلك ثمن الدواء هل علاج فيروس التهاب الكبد سي إجراء مربح بالنسبة للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أم لا.

ندرة خدمات تقليص المخاطر وبرامج العلاج

تبين المعطيات المتاحة حجم العقبات التي يواجهها مستعملو المخدرات بالحقن من أجل الحصول على خدمات الوقاية والعلاج. وقد أظهرت دراسة منتظمة أن متعاطي المخدرات بالحقن يحصلون على حقنتين شهرياً وأن 8 في المائة منهم يحصلون على العلاجات التعويضية بالأفيونيات، وهذه معدلات غير كافية تماما من أجل الوقاية من العدوى بفيروس التهاب الكبد سي¹⁷. ويجب اللجوء إلى منطلق "حقنة واحدة عند كل جرعة"، التي كانت فعالة في مكافحة الإيدز عند تطبيقها بنحو كاف، من أجل محاربة التهاب الكبد سي. ويجدر أن يأخذ بعين الاعتبار خطر العدوى عبر مجموع أدوات الحقن، علاوة على الحقن، حيث يبقى فيروس التهاب الكبد سي معديا طوال ستة أسابيع في آثار الدم¹⁸، ويجب التعامل كذلك مع بقية ممارسات استهلاك المخدرات علاوة على تلك التي يتم تعاطيها بالحقن.

وأصبح فيروس التهاب الكبد سي أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأشخاص المتعاشين مع الإيدز. ويؤدي الإيدز إلى تطور التهاب الكبد سي بشكل أسرع، ويضعف بأكثر من ثلاثة أضعاف خطر الإصابة بأمراض الكبد والفشل الكبدي. بيد أن علاج فيروس التهاب الكبد سي بشكل مستقل عن وضع الإصابة بالإيدز ممكن، ويوصى بتوفير العلاج لكل الأشخاص المصابين بالفيروسين معا. حيث لا يسمح هذا الأمر بتقليل مخاطر الوفاة بسبب الإيدز أو أمراض الكبد فقط، بل يحد من الوفيات الناجمة عن أسباب غير فيروسية أخرى¹⁴.

الحصول على الوقاية والعلاج حق من حقوق الإنسان

لا يحصل الأشخاص المتواجدون في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تقريبا على أية معلومات أو خدمات مرتبطة بالوقاية من التهاب الكبد سي وتشخيصه وعلاجه، باستثناء حالات نادرة مثل مصر.

كلفة علاج فيروس التهاب الكبد سي الباهظة

يتم استعمال العلاج المزدوج بمضادات الفيروسات المحتوية على الأنترفيرون ألفا الممتد المفعول مع الريبافيرين في حالات التهاب الكبد سي، أو هذا هو الحال على الأقل بالنسبة للأشخاص القلائل الذين يتمكنون من الحصول على العلاج عبر العالم. ويمكن بلوغ معدلات شفاء تتراوح بين 50 و80 في المائة حسب نوع الإصابة بفضل هذا العلاج. رغم ذلك تبلغ كلفة علاج مماثل لفترة 48 أسبوعا في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ما يعادل 18 ألف دولار أمريكي. وقد تساوي كلفة العلاج في بعض الأحيان ضعف متوسط الدخل الفردي السنوي 10 مرات.

وفي وقت يشهد فيه علاج التهاب الكبد سي ثورة وتطورا سريعا، حيث بلغت نسبة الشفاء عند العلاج بالجيل الجديد من الأدوية المضادة لفيروسات النسخ العكسي أكثر من 90 في المائة، يبدو أن كلفة العلاج سترتفع في المستقبل القريب. وينطبق هذا الأمر على مضاد فيروسات النسخ العكسي ذي التأثير المباشر جيليد، سوفوسوفير، الذي اعتمدته الوكالة الأوروبية للأدوية لشهر نوفمبر/تشرين

وبحكم التجارب التي تراكمت لدينا خلال العقود الأخيرة، ولاسيما في مجال الحصول على العلاج من فيروس الإيدز عند متعاطي المخدرات بالحقن، ننخوف من أن تبقى التصورات النمطية قدر هؤلاء الأشخاص وأن تستمر العقبات والعراقيل التي تحول دون استفادتهم من برامج العلاج في بلدانهم، في حين يحملون الشق الأكبر من وزر هذا الوباء وتكون مخاطر إصابتهم عبر العدوى بسبب انعدام أدوات الحقن المعقمة أكبر.

وقد قامت حركة دولية من النشطاء من أجل مواجهة مشاكل الحصول على العلاج والوقاية. وتضم في صفوفها أشخاصا معنيين بفيروس الالتهاب الكبدي سي وفيروس الإيدز، وأشخاصا يحقنون أنفسهم بالمخدرات ويستهلكونها بشكل غير قانوني، ومجموعة من الباحثين ومهنيي الصحة والفاعلين في مجال تقليص المخاطر. وتطالب هذه الحركة بضمان الوقاية والتشخيص والعلاج للجميع مع مراعاة خصوصيات هذه الفئة من المجتمع.

الحاجة إلى سياسيات أخرى غير سياسة تجريم المخدرات

يشكل الانتشار الحالي للسياسات القمعية في مجال محاربة المخدرات، والمرتبطة بتجريم مستعمليها، عاملا بنيويا رئيسيا من عوامل الإصابات بالإيدز وفيروس الالتهاب الكبدي سي لدى متعاطي المخدرات بالحقن. ولا تجرم هذه القوانين مستعملي المخدرات فحسب، بل تجرم في العديد من الحالات أيضا برامج تقليص المخاطر الكفيلة بالحفاظ على صحتهم ووقايتهم. وأشار تصريح Science addressing drugs and HIV: State of the Art، الذي تم تقديمه خلال المشاورات العلمية التي نظمها مكتب الأمم المتحدة المكلف بمكافحة الجريمة والمخدرات في فيينا شهر مارس/ آذار 2014، أن "تجريم استعمال المخدرات وسياسات ردع المخدرات والتطبيق الحرفي والضيق للقانون من العوامل الرئيسية لتفشي وبائي الإيدز والالتهاب الكبدي الفيروسي عند متعاطي المخدرات بالحقن". ويشكل الإصلاح الواسع للتشريعات الخاصة بالمخدرات والتخلي عن السياسات القمعية لمراقبة المخدرات شرطين مسبقين من أجل مكافحة وباء الالتهاب الكبدي سي عند متعاطي المخدرات بالحقن. ولن تكون برامج تقليص المخاطر فعالة بالكامل إلا إذا تم

وإضافة إلى ما سبق، يبقى المعدل السنوي لإدماج علاج فيروس الالتهاب الكبدي سي عند متعاطي المخدرات بالحقن منخفضا في الدول ذات الدخل المرتفع نفسها، ويترأخ بين 1 و2 في المائة. بيد أن المعدلات في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط أقل بكثير، وذلك ناجم عن كون هذه الفئة عرضة لمختلف أشكال التمييز والتصورات النمطية وانتهاكات حقوق الإنسان. ويمكن أن تدفع التمثلات الاجتماعية مهنيي الصحة إلى الاعتقاد بضعف قابلية أصحاب هذا المرض للعلاج واحتمال ظهور الأعراض الجانبية غير المرغوب فيها لديهم وظهور الالتهابات مرات جديدة لديهم. كما يعتقدون أن الخدمات الملائمة لاحتياجات هذه الفئة قليلة.

برنامج التدخلات التسعة الأساسية التابع للأمم المتحدة 20

برنامج التدخلات الأساسية التابع لمنظمة الصحة العالمية/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/برنامج الأمم المتحدة المشترك لفيروس نقص المناعة البشرية للوقاية من فيروس الإيدز وعلاجه وتوفير الرعاية من أجل متعاطي المخدرات بالحقن 20

- 1 برامج الحقن والسررنجات وغيرها من الأدوات المستخدمة في حقن المخدرات.
- 2 العلاجات التعويضية بالأفيونيات وغيرها من العلاجات التي تعتمد على المخدرات.
- 3 اختبار الإيدز والاستشارات.
- 4 العلاجات عبر مضادات فيروسات النسخ العكسي.
- 5 الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها.
- 6 برامج الواقي الذكري لمتعاطي المخدرات بالحقن وشركائهم في العلاقة الجنسية.
- 7 المعلومات الهادفة والتوعية والتواصل مع متعاطي المخدرات بالحقن وشركائهم في العلاقة الجنسية.
- 8 التطعيم ضد الالتهاب الكبدي الفيروسي وتشخيصه وعلاجه.
- 9 الوقاية من الدرن وتشخيصه وعلاجه.

فعالية علاج الالتهاب الكبدي سي عند متعاطي المخدرات بالحقن

يهدف علاج الالتهاب الكبدي سي إلى استئصال الفيروس، وذلك ما يتم حسابه عبر قياس الاستجابة الفيروسية المتواصلة^{23 24 25}. وتقر مجموعة من الدراسات صراحة أنه لا يوجد خطر في استعمال العلاج المزدوج²⁶ بالأنترفيرون ألفا ممتد المفعول مع الريبافيرين وأنه فعال ونجيب لدى متعاطي المخدرات بالحقن. وحسب تحاليل حديثة، تبلغ معدلات الاستجابة الفيروسية المتواصلة مستويات جيدة لدى مستعملي المخدرات. وتتعلق هذه التحاليل بنتائج ست دراسات كل المشاركين فيها (أو جزء منهم) يتعاطون مخدرات محظورة بالحقن. وقد بلغ متوسط معدل الاستجابة الفيروسية

تعد سياسيات قمع المخدرات أحد العوامل الرئيسية لانتشار وبائي الإيدز والالتهاب الكبدي سي.

المتواصلة 55,9 في المائة لدى المشاركين من متعاطي المخدرات بالحقن الخاضعين لعلاج الالتهاب الكبدي سي المزمّن عبر الأنترفيرون ألفا ممتد المفعول مع الريبافيرين. وكان هذا المعدل أضعف بعض الشيء من ذلك المسجل في التجارب السريرية الرئيسية للعلاج بالأنترفيرون ألفا ممتد المفعول مع الريبافيرين لدى عدم مستعملي المخدرات، بيد أنه قابل للمقارنة مع نتائج الدراسات المنجزة في شروط "عادية". واستنتج أصحاب الدراسة أن فعالية العلاج "قد تكون أقل بعض الشيء لدى مستهلكي المخدرات ومتعاطي المخدرات بالحقن. لكن الفرق في الشروط العادية ضعيف". ويقترحون: "اتخاذ القرارات المرتبطة بالعلاج بغض النظر عن استهلاك المريض للمخدرات من عدمه".

تنظيمها في إطار قانوني مناسب. وهذا يعني أن يعلم متعاطو المخدرات بالحقن أنهم غير معرضين لمخاطر الاعتقال والتحرش من طرف رجال الشرطة عندما يغادرون هذه البرامج²². ويعتبر إصلاح سياسات مراقبة المخدرات واحترام حقوق الإنسان ومكافحة التمييز لبنات أساسية من أجل مواجهة وبائي الإيدز والالتهاب الكبدي سي المنتشرين بشكل كبير بين متعاطي المخدرات بالحقن.

علاج دون مخاطر وفعال بالنسبة متعاطي المخدرات بالحقن

يبقى حصول متعاطي المخدرات بالحقن على العلاج من الالتهاب الكبدي سي بالغ الصعوبة بسبب التمييز الهيكلي الشديد والتجريم والتصورات النمطية التي يواجهونها. فطالما دافع مهنيو الصحة والمسؤولون السياسيون عن كون علاج متعاطي المخدرات بالحقن قليل الفعالية وأن فيه الكثير من المجازفة، لأنه يكون مصحوبا بالكثير من الآثار الجانبية غير المرغوب فيها، خصوصا لدى الأشخاص المصابين بأمراض نفسية. كما يشيرون أيضا إلى مخاطر احتمال الإصابة من جديد بالالتهاب، بعد علاج ناجح، عند الأشخاص الذين يستمرون في حقن أنفسهم بالمخدرات، ويدافعون عن كون نسبة العود مرتفعة. لا تعد هذه الحجج جديدة، فقد استعملت مرارا وتكرارا وطوال سنوات عديدة عند الحديث عن مكافحة فيروس الإيدز، غير أنها لا تستند على أي معطيات علمية بل هي ناجمة عن التصورات النمطية ونقص المعلومات.

صحيح أن علاج متعاطي المخدرات بالحقن يصطدم بعقبات كبيرة، خصوصا حالات الوفيات للإصابة بأمراض أخرى (الإيدز أو السل) والأمراض النفسية، بيد أن الصعوبات في بعض الأحيان تكون اجتماعية، ومن بينها غياب مسكن ثابت وانعدام الدعم الأسري. هذا وتبين الأدلة العلمية أنه لا مبرر لهذه التمثلات وهذا الخوف، وأن علاج متعاطي المخدرات بالحقن ممكن وفعال وأنه حق من حقوق الإنسان وأولوية من أوليات الصحة العامة. ويشكل رفض علاج هذه الفئة في كل الأحوال انتهاكا لحق كل في فرد في الاستمتاع بأعلى مستويات الصحة، وهو واحد من الحقوق الأساسية.

الامتثال العلاجي وانقطاع العلاج والآثار الجانبية

بالأنترفيرون ألفا". ويشكل تقييم التاريخ النفسي قبل العلاج بالأنترفيرون ألفا ممتد المفعول أولوية من الأولويات، بيد أنه يمكن تدبير الصعوبات العصبية والنفسية قبل أو خلال العلاج بمضادات الفيروسات.

تكرار الإصابة بالتهاب

يعتبر خطر تكرار الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي بعد علاج ناجح لدى متعاطي المخدرات بالحقن حجة أخرى من الحجج المنتشرة لدى أصحاب الخطاب الرفض لحق حصولهم على العلاج. رغم ذلك أظهرت تحاليل منتظمة وتحاليل على عينات كبيرة أن التردد الجماعي لتكرار الإصابة لدى 100 شخص لا يتجاوز 2,35 من مجموع المشاركين و6,44 لدى الأشخاص الذي أقروا باستهلاك منتظم للمخدرات بالحقن بعد العلاج³⁰. ويتبين من ذلك أن خطر تكرار الإصابة منخفض حتى لدى الأشخاص الذين يواصلون حقن أنفسهم بالمخدرات بعد علاج ناجح. وتجدر دراسة هذه النقطة بشكل أدق، بيد أن معدل تكرار الإصابة الحالي لا يبرر في أي حال من الأحوال حرمان متعاطي المخدرات بالحقن من العلاج باسم الصحة العامة.

توضح التحاليل المنتظمة ذاتها أن معدل الامتثال العلاجي يناهز 82 في المائة في مجموع الدراسات المعتمدة. بينما تظهر دراسات أخرى أن معدل الانقطاع عن العلاج بسبب الآثار الجانبية منخفض بالمقارنة مع تجارب سريرية أخرى ومع معطيات متجمعة في شروط عادية^{27 28}. وتظهر الأرقام بشكل مستدام، وكما هو الحال بالنسبة لأمراض أخرى، قدرة متعاطي المخدرات بالحقن على العناية بصحتهم وأنهم يرغبون مواصلة العلاج وأنهم قادرين على قبول مشاكل العلاجات المعقدة.

علاوة على ذلك، أثبتت البحوث أنه ليس هناك مبررات للمخاوف المرتبطة بالوفيات الناجمة عن أسباب نفسية لدى متعاطي المخدرات بالحقن والمخاطر المحتملة الناجمة عن الآثار الجانبية العصبية للعلاج بالأنترفيرون ألفا ممتد المفعول. حيث أقر شايفير في مقال أخير أنه لا وجود "لأدلة كافية عن كون متعاطي المخدرات بالحقن معرضون لمخاطر الاكتئاب الشديد عند العلاج بمضادات فيروسات النسخ العكسي المشتملة على الأنترفيرون ألفا. أضف أنه لا يوجد ارتباط بين الوفيات الناجمة عن أسباب نفسية والتوقف عن العلاج والامتثال العلاجي ومعدلات استجابة فيروسية متواصلة أكثر انخفاضاً وظهور حالات الاكتئاب عند العلاج



العلاج: لبنة برامج تقليص المخاطر الأساسية

علاج متعاطي المخدرات بالحقن هو وقاية من أمراض أخرى

العلاج خير سبيل للوقاية

لم يتم إثبات التأثير الوقائي لعلاج الالتهاب الكبدي سي في إطار تجارب سريرية خلافاً لفيروس الإيدز. رغم ذلك، بما أن علاج فيروس الالتهاب الكبدي يضمن الشفاء في أغلب الأحيان وبما أنه لا يدوم العمر كله، فمن المحتمل جداً، من وجهة النظرية والفيروسية، أن يكون علاج المرضى المصابين بهذا الوباء خير سبيل لإنجاح جهود الوقاية الكفيلة بتقليص مخاطر انتقال الفيروس بين بقية أعضاء المجموعة، إضافة على آثاره الإيجابية على صحة المريض. ولا يجب اعتبار التأثير الوقائي الناجم عن العلاج تدخلاً تكميلياً إلا عند وضع برامج لتقليص المخاطر ومراجعة القوانين القمعية. ولا يجدر أن تؤدي الحلول الدوائية إلى التراجع عن برامج الوقاية الجماعية التي أثبتت فعاليتها.

وأظهرت مجموعة من النماذج الوبائية في بلدان مرتفعة الدخل^{35 36 37 38}، وكذا في نموذج فييتنام، انخفاض الانتشار على الأمد الطويل عند متعاطي المخدرات بالحقن بفضل برامج العلاج. وتأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار مشكلة تكرار الإصابة وفرصيات معدلات الاستجابة الفيروسية المتواصلة عند العلاج بالإنترفيرون/الريبافيرين. وحسب هذه النماذج، ترتبط إمكانات الوقاية أساساً بمدى الانتشار الأولي لدى متعاطي المخدرات بالحقن في بلد معين ومدى تغطية العلاج في الجماعات المعرضة للمخاطر. ويجب ضمان استمرار البرامج 10 سنوات على الأقل من أجل بلوغ تأثير وقائي مهم. ويمكن أن يتعزز هذا إذا كان الطرازان العرقيان 2 و3 هما السائدان لدى متعاطي المخدرات بالحقن أو عند الحصول على علاجات دون الإنترفيرون بمضادات الفيروسات ذات الفعل المباشر⁴¹.

يشكل الحصول على علاج فيروس الالتهاب الكبدي سي من وجهة نظر عامة أهم لبنات أي نظام للرعاية الصحية. وعلى غرار فيروس الإيدز والسل، يعتبر الحصول على العلاج أهم دافع لإطلاق برنامج لتقليص المخاطر أو أي خدمات طبية واجتماعية أخرى. حيث لا يضمن تقليص الوفيات فقط، بل يمثل فرصة من أجل الربط بين خدمات الرعاية الصحية لفائدة المدمنين والمرضى الراغبين في ذلك، وقلّة توفير هذه الخدمات للعلاجات الملائمة.

وتثبت المعطيات العلمية المتاحة أن علاج متعاطي المخدرات بالحقن المصابين بفيروس الالتهاب الكبدي المزمن بواسطة الأنترفيرون ممتد المفعول والريبافيرين فعال ودون مخاطر. وتقرب معدلات الامتثال العلاجي والانقطاع عن العلاج لدى متعاطي المخدرات بالحقن من تلك المسجلة لدى غير متعاطي المخدرات. وتجدر الإشارة أن خطر تكرار الإصابة ضعيف نسبياً لهذه الفئة وأنه لا يشكل عاملاً مبرراً للإقصاء من العلاج. وأوصت منظمة الصحة العالمية بناء على هذه المعطيات "بتوفير الرعاية والعلاج عبر مضادات الفيروسات لكل الأطفال والراشدين المصابين بالتهاب مزمن بسبب فيروس الالتهاب الكبدي سي، بما في ذلك متعاطي المخدرات بالحقن"³¹.

ومن أجل تحسين الامتثال ونتائج العلاج، يجب أن يكون علاج ورعاية متعاطي المخدرات بالحقن مبنياً على مقاربات متعددة التخصصات³³. ويتعين أن تشمل هذه الأخيرة الدعم الاجتماعي من أجل الامتثال للعلاج وتطوير التدخلات عبر النظراء من أجل حقن بأقل المخاطر ونشر التربية العلاجية³³.

ويجب أن تنصب الدراسات في المستقبل على وسائل تحسين الامتثال وبلوغ أفضل النتائج في أفضل الشروط. ويجب أن تهتم الدراسات أيضاً بمسألة تكرار الإصابة³⁴.

وأقل خطراً. وسيؤكد العلاج عبر الأدوية الفموية المضادة للفيروسات ذات الفعل المباشر لدى متعاطي المخدرات بالحقن النتائج المتحصل عليها مسبقاً بفضل العلاجات بالإنترفيرون الممتد المفعول. وستساهم الأدوية المضادة للفيروسات ذات الفعل المباشر في الرفع من معدلات الامتثال العلاجي وتقليل الآثار الجانبية، وستكون أكثر فعالية حتى في حالة الإصابة بأمراض أخرى أو في حالة وجود أمراض كبدية في مراحل متقدمة. وسيجعل تناول الفموي للأدوية العلاج أكثر مرونة وسهولة، خصوصاً في إطار برامج تقليل المخاطر والعلاجات التعويضية عبر الأفيونيات، وربما يصير أطباء الطب العام قادرين على وصف هذه العلاجات للمرضى.

رغم ذلك لا يمكن استئصال هذا الفيروس حقيقة إلا إذا تم تبني مقاربة مبنية على تصورات الصحة العامة وحقوق الإنسان. ويجب أن تشمل هذه المقاربة تخفيض أثمان العلاجات المتاحة حالياً، وأن تنصب على إزالة العقبات التي تحول دون الحصول على علاجات الالتهاب الكبدي سي لدى متعاطي المخدرات بالحقن، وخصوصاً تلك المرتبطة بالإطارات القانونية القمعية. ونقصد هنا إصلاح سياسات التعاطي مع المخدرات ومشاركة متعاطي المخدرات بالحقن في برامج العلاج عبر العالم. وتقتضي أيضاً أن يتم اعتبار مبادرات تقليل المخاطر خير سبيل للوقاية من فيروس الالتهاب الكبدي سي.

وفي نماذج أخرى، قام مارتين وفريق عمله بدراسة تأثير الجمع بين علاجات فيروس الالتهاب الكبدي سي والعلاجات التعويضية بالأفيونيات وتغطية واسعة لبرامج تغيير الحقن على انتشار الفيروس وتأثير لدى متعاطي المخدرات بالحقن. وأظهرت نتائج تلك الأبحاث أنه بالإمكان بلوغ انخفاض مهم (أكثر من 45 في المائة) في انتشار الإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي سي في عشر سنوات إذا كانت معدلات علاج الالتهاب الكبدي سي واقعية وإذا تم الجمع بين العلاجات والعلاجات التعويضية بالأفيونيات وبرامج تغيير الحقن.

وتثبت أفضل الأعمال العلمية المتاحة أنه لا يجب منع متعاطي المخدرات بالحقن من الحصول على علاج الالتهاب الكبدي سي، بل يتعين أن يكون هذا الأمر على رأس الأولويات بحكم تأثيره الإيجابي على إمكانيات الوقاية وبحكم علاقة الكلفة بالفعالية. ويجب رغم ذلك اعتبار فوائد العلاج على صحة المريض أول الأولويات، بينما يشكل التأثير الوقائي هدفاً ثانوياً. أضف أن الحصول على العلاج رهين بإرادة المريض وعزمته.

يشير الكثيرون اليوم إلى إمكانية استئصال فيروس الالتهاب الكبدي سي، وخصوصاً عبر العلاجات الفموية فقط. حيث ستصل إلى السوق في القريب العاجل مضادات الفيروسات ذات فعل مباشر من الجيل الجديد، وسيصير العلاج بذلك أقصر وأكثر بساطة، وسيصبح في الوقت ذاته أكثر فعالية

حتى يصير وباء الالتهاب الكبدي سي كابوساً من الماضي

- ملاحظات
1. منظمة الصحة العالمية "قرار بشأن التهاب الكبد الفيروسي"، يمكن الاطلاع عليه عبر: http://apps.who.int/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R16-en.pdf
 2. منظمة الصحة العالمية "قرار بشأن التهاب الكبد الفيروسي"، يمكن الاطلاع عليه عبر: http://apps.who.int/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-en.pdf
 3. لوزانو ر. ناجاقي م، فورمان ك، ليم س، شيبويكا، أويانس ف، «and Global regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2095-128. » Disease Study 2010 10.1016/S0140-6736(12)61728-0:doi
 4. منظمة الصحة العالمية "التهاب الكبد سي" يمكن الاطلاع عليه عبر: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en>
 5. لافنتشي د "Evolving epidemiology of hepatitis C virus. Clin Microbiol Infect. 2011 Feb;17(2):107-15. doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x"
 6. مصادر الجدول: كوك س، كاتفان "Global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics. London: www.ihra. International Harm Reduction Association; 2008 .net/files/2010/06/16/GSHRFullReport1.pdf
 7. لافنتشي دي "Evolving epidemiology of hepatitis C virus"
 8. نيلسون ب ك، ماتيرز ب م، كروي ب، هاجان م، ديس جارليس، هورنياك Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews». Lancet. 2011;378:571-83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0
 9. جريبيلي ج، دور ج، «Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs? Antiviral Res. 2014;104:6272. doi: 10.1016/j.antiviral.2014.01.002
 10. نيلسون ب ك، ماتيرز ب م، كروي ب، هاجان م، الوثيقة السالفة الذكر
 11. ستجدون تفاصيل أكبر حول هذا البحث العلمي في الإطار المعنون توثيق حاجيات العلاج بالنسبة لمتعاطي المخدرات بالحقن. ولا تشمل هذه الدراسة سوى المرضى المصابين إصابات متقدمة من درجة ف 3 وف 4، وأظهرت أن ربع متعاطي المخدرات بالحقن المشاركين كانوا في حاجة لعلاج فوري. وأثبتت دراسات أخرى أن ما بين 20 و 30 في المائة من المشاركين في حاجة على العموم لعلاج فوري. وقد قدرنا النسبة في هذه الوثيقة في حوالي 25 في المائة.
 12. جريبيلي ج، دور ج، هل يمكن استئصال فيروس التهاب الكبد سي
 13. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.) (Fact Sheet) «HIV and viral hepatitis». Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; Mai 2013. Disponible sur: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library_fact_sheets_HIV_and_viral_Hepatitis.pdf
 14. برينجر ج، رودريجيز، ميراليس ب، GESIDA HIV/HCV Cohort Study. «Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus». Clin Infect Dis. 2012 Sep;55(5):728-36
 15. بوسكيلو ج، شامبانيا ج، لوهمان ن، أفريل إ، إيناريز إ، ميولاني ف، «Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: An urgent need for prevention and treatment». Int J Drug Policy. 2014 Jan 23. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.01.007
 16. هيل أ، خو س، فورتناك ج، سيمونس ب، فورد ن، «Minimum costs for producing hepatitis C direct-acting antivirals for use in largescale treatment access programs in developing countries». Clin Infect Dis. 2014 Feb 13. 2014 Apr;58(7):928-36. doi: 10.1093/cid/ciu012
 17. ماتيرز ب م، ديجينهارت ل، علي ه، ويزينج ل، حكمان م، ماتيك ر ب، «HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage». Lancet 2010 Mar 20;375(9719):1014-28. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2
 18. راجع <http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/22/infdis.jit648.full.pdf+html>
 19. جريبيلي ج، دور ج، هل يمكن استئصال فيروس التهاب الكبد سي؟
 20. منظمة الصحة العالمية، مكتب الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة والمخدرات ومكتب الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز. «Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users». 2012 Revision. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2012. Disponible sur https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/CND2014/LAST_VERSION_03.04.14_Statement_Science_ad-dressing_drugs_and_HIV_State_of_the_Art.pdf
 21. راجع: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/CND2014/LAST_VERSION_03.04.14_Statement_Science_ad-dressing_drugs_and_HIV_State_of_the_Art.pdf
 22. راجع <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960702-2/abstract>
 23. هيلارد م، ساكس - ديفيس ر، جولد ج "Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. Infect Dis. 2009;49(4):561-73. doi: 10.1086/600304"
 24. ديموفار ب، زيريمسكي م، جاكوبسون إ م، هاجان م، ديجارليس د س، طلالاح «Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis». Clin Infect Dis. 2013;56:806-16. doi: 10.1093/cid/cis1007
 25. أسبينان إ ج، كورسون س، دولي ج س، جريبيلي ج، هونتشينسون س ج، دور ج ج، جولدبيرج د ج، هيلارد م إ، «Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis». Clin Infect Dis. 2013;57 Suppl 2:S80-9
 26. المرجع السالف الذكر
 27. المرجع السالف الذكر
 28. هيلسندين ر ج، ماقليل ج، جريبيلي ج، كونواي ب، لي س، «Directly observed pegylated interferon plus self-administered ribavirin for the treatment of hepatitis C virus infection in people actively using drugs: a randomized controlled trial». Clin Infect Dis. 2013;57 Suppl 2:S90-6. doi: 10.1093/cid/cit327
 29. سشافيير م، ساركاز ر، ديبزكيفيدو س، «Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction». Clin Infect Dis. 2013 Aug;57 Suppl 2:S111-7. doi: 10.1093/cid/cit266
 30. أسبينان إ ج، كورسون س، وشركاؤهم: «Treatment of hepatitis C virus infection».
 31. منظمة الصحة العالمية: توجيهات بخصوص تشخيص ورعاية وعلاج الأشخاص المصابين بالتهاب الكبد سي، 2014 جنيف، منظمة الصحة العالمية. يمكن الاطلاع عبر الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1
 32. بروجمان ب، ليتوين أ: «Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all». Clin Infect Dis. 2013;57 Suppl 2:S56-61. doi: 10.1093/cid/cit271
 33. كرافورد ب، باث ن: «Peer support models for people with a history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection». Clin Infect Dis. 2013; 57 Suppl 2:S75-9. doi: 10.1093/cid/cit297
 34. المرجع السالف الذكر.
 35. مارتن ن ك، فيكرمان ب، فوستير ج ر، هونتشينسون س ج، جولدبيرج د ج، وشركاؤهم: «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility». Journal of Hepatology. 2011;54(6):1137-44. doi: 10.1016/j.jhep.2010.08.029
 36. زيلر إ، لاجلانت، موراي ج م، رينير أ: «Optimal targeting of Hepatitis C virus treatment among injecting drug users to those not enrolled in methadone maintenance programs». Drug Alcohol Depend. 2010; 110:228-33. doi: 10.1016/j.drugaldep.2010.03.006
 37. هونتشينسون س ج، بيرد س م، جولدبيرج ج ج: «Modeling the current and future disease burden of hepatitis C among injection drug users in Scotland». Hepatology 2005;42:711-23
 38. هيلارد م إ، جينكينسون ر، هيجس ب، ستوفي م أ، ساكس دافيز ر، جولد ج، وشركاؤهم: «Modelling antiviral treatment to prevent hepatitis C infection among people who inject drugs in Victoria, Australia». Med J Aust. 2012 Jun 4;196(10):638-41
 39. دوربي ن، نجوين س، وايت ل ج: «Treatment of hepatitis C as prevention: a modeling case study in Vietnam». PLoS One. 2012; 7(4):e34548. doi: 10.1371/journal.pone.0034548
 40. مارتن ن ك، فيكرمان ب، فوستير ج ر، وشركاؤهم: «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug users? A modeling analysis of its prevention utility».
 41. مارتن ن ك، فيكرمان ب، فوستير ج ر، وشركاؤهم: «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug users? A modeling analysis of its prevention utility».
 42. مارتن ن ك، هيكرمان م، هونتشينسون س ج، جولدبيرج د ج، فيكرمان ب: «Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy». Clin Infect Dis. 2013;57 Suppl 2:S39-45

تم تطوير موجز السياسة هذه بواسطة أطباء العالم بالتعاون مع الشبكة الدولية لمتعاطي المخدرات بالحقن.

تم كتابة البحث بواسطة نيكلاس لوهمان، استشاري تقليل المخاطر ونقص المناعة المكتسبة/الإيدز، أطباء العالم. بمساهمة من: شلو فوريت، المكتب الاستشاري في تقليل المخاطر، فيروس الكبد الوبائي ومرض نقص المناعة المكتسبة، أطباء العالم؛ أوليفر ماجوت، عضو مجلس الإدارة المسؤول عن برامج أمراض القلب، أطباء العالم؛ الدكتور إبيوت روس ألبيرس، الحاصل على الدكتوراة والمدير التنفيذي، سكرتير الشبكة الدولية لمتعاطي المخدرات بالحقن.

يونيو 2014.

جهة الاتصال

نيكلاس لوهمان

المدير الطبي، الحاصل على ماجستير في الصحة العامة واستشاري أمراض القلب ونقص المناعة المكتسبة/الإيدز

niklas.luhmann@medecinsdumonde.net

+33 (0)1 44 92 13 17

www.medecinsdumonde.org