

Sommaire



Page 2
 NECT, un résultat concret et une amélioration thérapeutique pour la maladie de sommeil, appliqué sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS

Page 3
 Synthèse de la Réunion annuelle 2008 de la Plateforme de renforcement des capacités pour les essais cliniques sur la THA, Brazzaville (Congo)

Page 4
 L'indicateur de Brazzaville, la fabrication de médicaments essentiels pour la maladie de sommeil : l'histoire d'un désir partagé.

Page 5
 Pharmacovigilance au Programme National de Lutte contre le Trypanosomisme Humain Africain (PNLTHA) (MFA, Gabon)

Page 6
 CATT D10 pour le diagnostic de la Trypanosomose Humaine Africaine (THA) (MFA, Malawi)

Page 8
 Récentes événements scientifiques et informations diverses

Page 9
 Les publications récentes sur la THA

Plateforme THA

Coze, d'Ivoire, Gabon, Guinée, Kenya, Malawi, Nigeria, et Tanzanie) ainsi que les différents partenaires scientifiques et politiques impliqués dans ce programme. Chaque pays a présenté son plan de plaidoyer visant aussi bien la sensibilisation et la mobilisation des ressources pour la lutte contre cette maladie négligée.

La recherche étant un des moyens importants pour la réalisation de l'objectif ultime du PATTEC (Contrôle et élimination), notre plateforme tout comme les autres plateformes scientifiques ont été dirigées de collaborer et de mettre à profit les compétences et les résultats pour l'atteinte des objectifs que les chefs d'Etats Africains ont assignés au PATTEC.

8. Les prochains rendez-vous

- La 2ème Assemblée Annuelle de DNDI et la 3ème réunion DNDI/Afrique, du 23 au 24 juin à Nairobi/Kenya.
- La réunion du comité directeur de la plateforme THA se 25 juin à Nairobi / Kenya
- 66^{ème} Congrès Européen de Médecine Tropicale et Santé Internationale (ECT/THI), du 6 au 10 Septembre 2009 à Verona en Italie
- 39^{ème} Année Congrès International Scientifique de Recherches et Contrôle des Trypanosomes (GISRCT) du 21 au 25 Septembre à Ennebse/Ouganda + la réunion annuelle de la Plateforme THA conjointement avec EANNET et la deuxième réunion du comité directeur
- 58^{ème} Congrès International de Pathologie Infectieuse et Parasitaire (CIP) du 4 au 6 novembre 2009 à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

9. Les publications récentes sur la THA

- 1) Balasegaran, M., H. Young, et al. (2009), «Effectiveness of sleeping sickness in nine Malienian Sans Frontières programmes». *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e301.
- 2) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 3) Human African Trypanosomiasis (Tb. gambiense) with Respect to the Disease Stage and Antiparasitic Treatment. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e383.
- 3) Cecchi, G., M. P. Rhone, et al. (2009), «Towards the Atlas of human African trypanosomiasis». *Int J Health Geogr* 8:15.
- 4) Checchi, F., J. A. Filipe, et al. (2008), «The natural progression of gambiense sleeping sickness: what is the evidence?». *PLoS Negl Trop Dis* 2(7):e310.
- 5) Ferris, E. P., B. V. Wisniamann, et al. (2008), «The burden of human African trypanosomiasis in the Congo Basin». *PLoS Negl Trop Dis* 2(12):e333.
- 6) Koenig, P. G. (2008), «The control of human African trypanosomiasis (sleeping sickness)». *Ann Neurol* 64(2):116-26.
- 7) Kennedy, P. G. (2009), «Cycloheximide in central nervous system trypanosomiasis: cause, effect or both?». *Trans R Soc Trop Med Hyg* 103(3):213-4.
- 8) Mumba Ngyoy, D., V. Lajon, et al. (2009), «Comparison of operational criteria for treatment outcome in gambiense human African trypanosomiasis». *Trop Med Int Health* 14(10):338-44.
- 9) Rodgers, J. (2009), «Human African trypanosomiasis, chemotherapy and CNS disease». *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 10) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 11) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 12) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 13) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 14) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 15) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 16) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 17) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 18) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 19) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 20) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 21) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 22) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 23) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 24) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 25) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 26) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 27) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 28) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 29) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 30) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 31) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 32) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 33) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 34) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 35) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 36) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 37) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 38) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 39) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 40) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 41) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 42) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 43) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 44) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 45) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 46) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 47) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 48) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 49) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 50) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 51) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 52) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 53) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 54) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 55) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 56) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 57) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 58) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 59) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 60) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 61) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 62) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 63) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 64) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 65) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 66) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 67) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 68) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 69) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 70) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 71) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 72) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 73) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 74) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 75) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 76) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 77) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 78) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 79) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 80) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 81) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 82) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 83) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 84) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 85) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 86) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 87) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 88) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 89) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 90) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 91) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 92) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 93) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 94) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 95) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 96) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 97) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 98) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 99) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 100) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.

Plateforme THA

Il y a eu d'autres contributions des membres de la plateforme à cette occasion par Mala Ma Bilenge présentant l'ARCEAU-RDC et Christian Burri pour STI qui a discuté les défis de la réalisation des recherches cliniques sur la THA.

7.2) Appui de la plateforme pour l'inscription du NECT sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS



La recherche étant un des moyens importants pour la réalisation de l'objectif ultime du PATTEC (Contrôle et élimination), notre plateforme tout comme les autres plateformes scientifiques ont été dirigées de collaborer et de mettre à profit les compétences et les résultats pour l'atteinte des objectifs que les chefs d'Etats Africains ont assignés au PATTEC.

8. Les prochains rendez-vous

La 2ème Assemblée Annuelle de DNDI et la 3ème réunion DNDI/Afrique, du 23 au 24 juin à Nairobi/Kenya.

La réunion du comité directeur de la plateforme THA se 25 juin à Nairobi / Kenya

66^{ème} Congrès Européen de Médecine Tropicale et Santé Internationale (ECT/THI), du 6 au 10 Septembre 2009 à Verona en Italie

39^{ème} Année Congrès International Scientifique de Recherches et Contrôle des Trypanosomes (GISRCT) du 21 au 25 Septembre à Ennebse/Ouganda + la réunion annuelle de la Plateforme THA conjointement avec EANNET et la deuxième réunion du comité directeur

58^{ème} Congrès International de Pathologie Infectieuse et Parasitaire (CIP) du 4 au 6 novembre 2009 à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

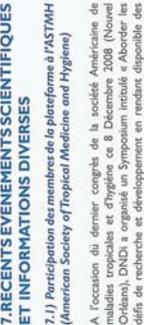
9. Les publications récentes sur la THA

- 1) Balasegaran, M., H. Young, et al. (2009), «Effectiveness of sleeping sickness in nine Malienian Sans Frontières programmes». *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e301.
- 2) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 3) Human African Trypanosomiasis (Tb. gambiense) with Respect to the Disease Stage and Antiparasitic Treatment. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e383.
- 3) Cecchi, G., M. P. Rhone, et al. (2009), «Towards the Atlas of human African trypanosomiasis». *Int J Health Geogr* 8:15.
- 4) Checchi, F., J. A. Filipe, et al. (2008), «The natural progression of gambiense sleeping sickness: what is the evidence?». *PLoS Negl Trop Dis* 2(7):e310.
- 5) Ferris, E. P., B. V. Wisniamann, et al. (2008), «The burden of human African trypanosomiasis in the Congo Basin». *PLoS Negl Trop Dis* 2(12):e333.
- 6) Koenig, P. G. (2008), «The control of human African trypanosomiasis (sleeping sickness)». *Ann Neurol* 64(2):116-26.
- 7) Kennedy, P. G. (2009), «Cycloheximide in central nervous system trypanosomiasis: cause, effect or both?». *Trans R Soc Trop Med Hyg* 103(3):213-4.
- 8) Mumba Ngyoy, D., V. Lajon, et al. (2009), «Comparison of operational criteria for treatment outcome in gambiense human African trypanosomiasis». *Trop Med Int Health* 14(10):338-44.
- 9) Rodgers, J. (2009), «Human African trypanosomiasis, chemotherapy and CNS disease». *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 10) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 11) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 12) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 13) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 14) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 15) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 16) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 17) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 18) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 19) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 20) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 21) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 22) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 23) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 24) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 25) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 26) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 27) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 28) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 29) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 30) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 31) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 32) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 33) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 34) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 35) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 36) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 37) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 38) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 39) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 40) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 41) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 42) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 43) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 44) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 45) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 46) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 47) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 48) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 49) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 50) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 51) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 52) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 53) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 54) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 55) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 56) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 57) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 58) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 59) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 60) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 61) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 62) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 63) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 64) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 65) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 66) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 67) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 68) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 69) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 70) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 71) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 72) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 73) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 74) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 75) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 76) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 77) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 78) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 79) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 80) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 81) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 82) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 83) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 84) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 85) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 86) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 87) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 88) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 89) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 90) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 91) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 92) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 93) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 94) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 95) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 96) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 97) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 98) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 99) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 100) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.

Plateforme THA

Il y a eu d'autres contributions des membres de la plateforme à cette occasion par Mala Ma Bilenge présentant l'ARCEAU-RDC et Christian Burri pour STI qui a discuté les défis de la réalisation des recherches cliniques sur la THA.

7.2) Appui de la plateforme pour l'inscription du NECT sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS



La recherche étant un des moyens importants pour la réalisation de l'objectif ultime du PATTEC (Contrôle et élimination), notre plateforme tout comme les autres plateformes scientifiques ont été dirigées de collaborer et de mettre à profit les compétences et les résultats pour l'atteinte des objectifs que les chefs d'Etats Africains ont assignés au PATTEC.

8. Les prochains rendez-vous

La 2ème Assemblée Annuelle de DNDI et la 3ème réunion DNDI/Afrique, du 23 au 24 juin à Nairobi/Kenya.

La réunion du comité directeur de la plateforme THA se 25 juin à Nairobi / Kenya

66^{ème} Congrès Européen de Médecine Tropicale et Santé Internationale (ECT/THI), du 6 au 10 Septembre 2009 à Verona en Italie

39^{ème} Année Congrès International Scientifique de Recherches et Contrôle des Trypanosomes (GISRCT) du 21 au 25 Septembre à Ennebse/Ouganda + la réunion annuelle de la Plateforme THA conjointement avec EANNET et la deuxième réunion du comité directeur

58^{ème} Congrès International de Pathologie Infectieuse et Parasitaire (CIP) du 4 au 6 novembre 2009 à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

9. Les publications récentes sur la THA

- 1) Balasegaran, M., H. Young, et al. (2009), «Effectiveness of sleeping sickness in nine Malienian Sans Frontières programmes». *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e301.
- 2) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 3) Human African Trypanosomiasis (Tb. gambiense) with Respect to the Disease Stage and Antiparasitic Treatment. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e383.
- 3) Cecchi, G., M. P. Rhone, et al. (2009), «Towards the Atlas of human African trypanosomiasis». *Int J Health Geogr* 8:15.
- 4) Checchi, F., J. A. Filipe, et al. (2008), «The natural progression of gambiense sleeping sickness: what is the evidence?». *PLoS Negl Trop Dis* 2(7):e310.
- 5) Ferris, E. P., B. V. Wisniamann, et al. (2008), «The burden of human African trypanosomiasis in the Congo Basin». *PLoS Negl Trop Dis* 2(12):e333.
- 6) Koenig, P. G. (2008), «The control of human African trypanosomiasis (sleeping sickness)». *Ann Neurol* 64(2):116-26.
- 7) Kennedy, P. G. (2009), «Cycloheximide in central nervous system trypanosomiasis: cause, effect or both?». *Trans R Soc Trop Med Hyg* 103(3):213-4.
- 8) Mumba Ngyoy, D., V. Lajon, et al. (2009), «Comparison of operational criteria for treatment outcome in gambiense human African trypanosomiasis». *Trop Med Int Health* 14(10):338-44.
- 9) Rodgers, J. (2009), «Human African trypanosomiasis, chemotherapy and CNS disease». *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 10) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 11) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 12) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 13) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 14) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 15) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 16) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 17) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 18) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 19) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 20) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 21) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 22) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 23) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 24) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 25) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 26) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 27) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 28) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 29) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.
- 30) B. C. S. Trov. *PLoS Negl Trop Dis* 3(2):e333.



Plateforme THA

2. NECT: un résultat concret et une amélioration thérapeutique pour la maladie du sommeil, ajouté sur la Liste de Médicaments Essentiels de L'OMS

En Torreele

Comme il a été rapporté lors de la réunion annuelle de la Plateforme THA à Brazzaville, les résultats de l'étude clinique de phase III démontrent que la Combinaison Thérapeutique de Nifurtimox et d'Éfornithine (NECT) est bien tolérée et efficace dans le traitement de la maladie du sommeil à T.b. gambiense au stade avancé, une maladie mortelle qui menace 60 millions de personnes en Afrique Sub-saharienne



En 2003, Epicentre et Médecins Sans Frontières ont lancé l'étude à Niay, République du Congo, avec le Programme National de Lutte contre la THA. L'étude, conduite selon les standards internationaux de bonnes pratiques cliniques (BPC), fut étendue dès 2004 par DNDI à des sites supplémentaires en République Démocratique du Congo (RDC) avec Epicentre, MSF, l'Institut Tropical Suisse (ITS) et le Programme National de Lutte contre la THA de la RDC comme principales partenaires pour l'étude. Les résultats finaux sont maintenant disponibles, et se montrent très prometteurs.

de Lutte contre la THA. L'étude, conduite selon les standards internationaux de bonnes pratiques cliniques (BPC), fut étendue dès 2004 par DNDI à des sites supplémentaires en République Démocratique du Congo (RDC) avec Epicentre, MSF, l'Institut Tropical Suisse (ITS) et le Programme National de Lutte contre la THA de la RDC comme principales partenaires pour l'étude. Les résultats finaux sont maintenant disponibles, et se montrent très prometteurs.

L'étude clinique a duré cinq ans et a recruté 287 patients sur 4 sites différents. Elle a comparé la tolérabilité et l'efficacité de NECT - un traitement associant le nifurtimox par administration orale et l'éfornithine par voie intraveineuse - à l'éfornithine en monothérapie qui est actuellement le traitement de première intention contre la THA à T. b. gambiense au stade avancé. Les patients ont été suivis pendant 18 mois après traitement, afin de produire des résultats statistiquement pertinents en terme d'efficacité médicamenteuse. En dépit de défis considérables pour mettre en place une étude clinique dans le contexte difficile que présente la maladie du sommeil, l'étude NECT est l'un des rares essais cliniques contrôlés et randomisés ayant abouti, et dont plus de 90% des patients ont été activement suivis sur une période de 18 mois après leur traitement.

Comme présenté durant la réunion (Brazzaville) par nos membres de l'équipe de l'hôpital de Dipumba en RDC, l'engagement personnel de l'équipe de terrain incluant les investigateurs des sites, infirmiers, laborantins et autres agents du centre de santé a été l'instrument du succès ayant conduit à l'accomplissement de cette étude qui s'est réalisée dans un standard de qualité international dans les conditions de ressources limitées

Les conclusions de l'étude ont démontré que NECT est aussi bien toléré et efficace que l'éfornithine en monothérapie. Mais NECT est bien plus facile à administrer que l'éfornithine en monothérapie (qui nécessite 36 perfusions lentes pendant 14 jours), puisque le nombre de perfusions est réduit à 14, leur fréquence est diminuée de moitié et la durée du traitement est limitée à 10 jours. NECT s'adapte mieux au fonctionnement des centres de santé car elle ne requiert que deux perfusions quotidiennes, sans perfusions de nuit.

En Avril 2009, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a inclus NECT dans sa liste des médicaments essentiels.

NECT en bref

L'étude clinique de phase III montre que, en comparaison avec l'éfornithine en monothérapie, NECT est:

- Non inférieur en terme d'efficacité: 97% à 98% (selon l'approche analytique) pour NECT
- Bien toléré, avec un taux de mortalité bas pour les deux traitements
- Moins contraignant pour le personnel médical
- Moins de risques d'infections
- Plus pratique pour le patient
- Plus accessible. La durée du traitement passe de 14 à 10 jours, donc:
- Moins onéreux pour les systèmes de santé disposant de peu de moyens
- Plus de capacité d'accueil pour les centres de traitement
- Plus court. Le nombre de perfusions quotidiennes passe de 4 (toutes les 6 heures) à 2 (toutes les 12 heures), donc:
- Plus court. Le nombre de perfusions quotidiennes passe de 4 (toutes les 6 heures) à 2 (toutes les 12 heures), donc:
- Plus pratique pour le patient
- Plus pratique. Les contraintes logistiques sont réduites:
- Un kit de traitement peut contenir 4 traitements complets au lieu de 2, dans un seul paquet d'environ 35 kilos
- Poids et volumes réduits (transport moins coûteux)
- Plus efficace. Des résistances au traitement ont moins de chances de se développer car les deux médicaments agissent différemment et probablement se protègent mutuellement.



Plateforme THA

Selon l'OMS, NECT peut dorénavant être utilisé et représente une opportunité de meilleure prise en charge des cas de maladie du sommeil. L'OMS a déjà pris des dispositions en vue de l'arrivée de NECT et apportera le soutien nécessaire pour assurer l'accès des patients à cette amélioration thérapeutique. Elle fournira la formation appropriée au personnel médical, les médicaments et les équipements requis dans les pays endémiques.

"NECT offrira aux patients une amélioration thérapeutique pour le traitement de la maladie du sommeil au stade 2 et réduira l'utilisation du melarsoprol, un médicament toxique qui tue 1 patient sur 20." remarque Bernard Pécou, Directeur Exécutif de DNDI. «Pourtant, on est encore loin du traitement idéal, car des perfusions et un personnel médical formé sont nécessaires. DNDI reste déterminé dans ses efforts de recherche de traitements innovants qui répondront mieux aux besoins des patients les plus négligés.»

«Nous avons réalisé des progrès considérables en matière de contrôle de la maladie du sommeil et d'accès aux médicaments, donnés à l'Organisation Mondiale de la Santé par sanofi-aventis et Bayer Healthcare. Pourtant, le risque croissant de résistance et la complexité d'administration de ces médicaments peuvent menacer la viabilité des mesures de contrôle actuelles. Le Département de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées de l'OMS est bel et bien déterminé à faire tout son possible pour l'inclusion rapide de NECT dans la liste des médicaments essentiels (LME) de l'OMS et pour fournir les recommandations adéquates d'utilisation de cette combinaison thérapeutique. Une fois ces recommandations émises, la distribution et la mise en application seront assurées par l'OMS. Nous sommes en partenariat avec le DNDI depuis sa création et nous considérons que la mise à disposition de cette nouvelle association médicamenteuse est une grande réussite pour les patients, et un appel clair pour les partenaires, à poursuivre la recherche et le développement de traitements nouveaux et plus sûrs.» a déclaré le Dr. Lorenzo Savioli, Directeur du Département de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées de l'OMS.

"Les résultats de l'étude NECT donnent de l'espoir aux patients et aux médecins en Afrique subsaharienne", remarque le Dr. Constantin Maki Bilenge, Conseiller Spécial auprès du Programme National de Lutte contre la THA en RDC. "Nous recherchons un traitement simple permettant d'améliorer la prise en charge des patients sur le terrain, et NECT nous offre cette amélioration pratique."

3. Synthèse de la Réunion annuelle 2008 de la Plateforme de renforcement des capacités pour les essais cliniques sur la THA. Brazzaville (Congo)

N.MBONGO, S.NGAMPO, H.J PARRA

La réunion annuelle de la Plateforme de renforcement des capacités pour les essais cliniques sur la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) s'est tenue à Brazzaville du 18 au 19 novembre 2008 à l'hôtel Laico, Maya Maya.

Elle était destinée aux membres de la Plateforme mais aussi aux médecins, pharmaciens, enseignants chercheurs et ONGs partenaires impliqués dans la maladie du sommeil. Trois ans après le lancement de la plateforme THA cette réunion

avait pour objectif général d'échanger sur les activités de renforcement des capacités réalisées dans chaque pays membre et sur l'état d'avancement des recherches scientifiques en cours pour améliorer la prise en charge de la maladie de sommeil. Au total plus de 50 participants venus d'Angola, Soudan, DR Congo, Suisse, Belgique, France, Italie et de la R. Congo ont pris part à la rencontre.

Ouvert par le Directeur Général de la Santé, Dr Damase BODZONGO qui avait à ses côtés le Pr. HJ PARRA, Directeur Général de la Santé, Conseiller spécial du Président de la République du Congo et Dr Bernard Pecou, Directeur Exécutif de DNDI, les travaux ont été regroupés dans quatre sessions:

- Plateforme THA et Épidémiologie de la THA,
- Nouveau traitement pour le stade deux de la THA (Association Nifurtimox-Efornithine : NECT),
- Recherche & Développement en santé,
- Renforcement des capacités et partenariat.

Après deux jours d'échanges fructueux il en est ressorti que: Un des objectifs à long terme de la plateforme THA à savoir: favoriser la conception et la mise en place de nouveaux essais qui permettront, terme, de mettre de nouveaux outils à disposition pour le contrôle de la THA, pourra être atteint en dépit des contraintes inhérentes aux essais cliniques dans le contexte de la THA. Idéalement, un nouveau traitement sera efficace, bien toléré, facile à utiliser, et offrira de préférence aux deux stades de la maladie. Des efforts de formation du personnel dans les essais cliniques ont été consentis avec l'appui des partenaires tels que l'Union Européenne mais nécessitent d'être poursuivis. L'association NECT est très prometteuse aussi les pays d'endémie doivent appuyer l'inscription de cette combinaison sur la liste des médicaments essentiels

Hors mis l'essai clinique sur le DB289 qui devrait en mars 2009 être définitivement clôturé (non concluant pour des raisons qui étaient explicites à cette réunion), les autres recherches encourues évoluent bien, c'est le cas de:

- THARSAT: Raccourcissement du suivi post-thérapeutique
- Marqueurs de l'efficacité du traitement: situation actuelle et comment pouvons-nous faire mieux?
- Progrès et perspectives dans les nouveaux outils diagnostiques.
- Vers un « Staging » et un suivi précis de la Trypanosomiase Humaine Africaine

Les publications et ou détails de ces sujets peuvent être obtenus à la coordination de notre plateforme.

Les essais cliniques de phase une d'une nouvelle molécule, le fexinidazole vont débuter courant 2009. Cette molécule active à la fois sur Trypanosoma brucei gambiense et Trypanosoma brucei rhodesiense et capable de passer la barrière hémato-méningée représente un grand espoir pour le traitement de la maladie du sommeil.

La plateforme s'affirme comme une véritable structure pluridisciplinaire durable d'échange et de formation des acteurs impliqués dans la lutte contre la maladie du sommeil au niveau sous régional

La cérémonie de clôture a été présidée par le Dr Damase BODZONGO qui a souligné qu'après la réunion de l'OCEAC en



Plateforme THA

Septembre et celle de PATTEC en Octobre 2008 à Brazzaville, cette rencontre a permis de sensibiliser une fois de plus la communauté nationale et internationale sur le problème de santé que présente la maladie du sommeil et l'impérieuse nécessité de renforcer la mobilisation afin de contrôler cette maladie négligée.

Enfin le Directeur Général de la Santé du Congo tout en félicitant les participants, a mentionné l'importance des conclusions de cette rencontre de Brazzaville et la nécessité de les traduire en plan d'action 2009-2010.

4. L'INSTITUT PASTEUR DE BRAZZAVILLE, LE LABORATOIRE NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET LA MALADIE DU SOMMEIL : L'HISTOIRE D'UN DESTIN PARTAGÉ.

NICOLAS MBONGO, STÉPHANE NGAMPO ET HJ PARRA



Laboratoire National de Santé Publique
Cité Louis Pasteur, Brazzaville, République du Congo

L'Institut Pasteur de Brazzaville a été fondé en 1908 par les autorités de l'Afrique Equatoriale Française -AEF (Congo Brazzaville, Gabon, RCA et Tchad) et l'Institut Pasteur de Paris à l'issue de la mission d'Étude de la Maladie du sommeil qui ravageait le Congo français et une grande partie de l'Afrique coloniale (Martin, Leboeuf et Roubaud, 1906-1908).

Des avancées scientifiques sont alors réalisées sur la propagation et la répartition de la maladie du sommeil liées aux déplacements des populations (construction des chemins de fer, au commerce, à l'administration...); le rôle des insectes vecteurs (glossines) dans l'endémicité de la maladie; la nécessité du dépistage systématique ex-protée de la maladie afin d'améliorer l'efficacité du traitement (Atoxyl, Trisulfure d'arsenic, Lomidine); la description des foyers. Au Congo Brazzaville, les foyers actuels correspondent du reste à ces foyers historiques: foyer du Congo Atlantique entre Brazzaville et Pointe-Noire (Foyer de la Bouenza), foyer du Couloir sur le fleuve Congo (Foyer de Ngabé-Mpouya), foyer de la Likouala (Foyer de Louloukela-Mossaka).

À la fin de la période coloniale (1960), la prévalence de la maladie avait baissé. Mais moins d'une décennie après les indépendances, on assiste à une nouvelle flambée des épidémies avec une prévalence avoisinant 10% (foyer de la Bouenza) voire 20% (foyers du Couloir).

En 1969, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) est créé en remplacement de l'Institut Pasteur de Brazzaville. Il continu de travailler sur la maladie du Sommeil avec le Service

des Grandes Endémies et l'ORSTOM (actuel IRD). Puis après la fermeture de l'ORSTOM avec le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) créée en 1985, les activités portent alors essentiellement sur la surveillance épidémiologique.

Après les conflits armés (1993-1998), la situation de la THA s'est aggravée. Entre 1998 et 2000, près de 80% de malades sont au stade neurologique de la maladie. Le LNSP s'engage en 2002 dans un nouveau programme de recherche sur la THA avec l'appui de l'OMS/TDR et de l'OCEAC. Il comprend trois axes: (1) découverte de nouveaux médicaments potentiels à base des Plantes Médicinales, (2) Essais cliniques et (3) Formation. Des projets sont également mis en œuvre en collaboration avec des institutions internationales telles que: Kenya Agriculture Research Institute - Trypanosomiasis Research Centre (KARI-TRC), University of Cambridge, University of British Columbia School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Swiss Tropical Institute (STI), Malereer University.

(i) Étude et cartographie de la chimiosensibilité des trypanosomes et marqueurs de la chimio-résistance. 2002; (ii) Suivi des personnes CAT-positives mais apparemment sans parasitemie comparées aux individus CAT-négatifs sans parasitemie vivants dans les foyers endémiques à T.b. gambiense de la République du Congo et du Cameroun, 2004; (iii) Diagnostic du stade évolutif de la THA. 2005; 2004; (iv) Plateforme de Renforcement des Capacités dans les Essais Cliniques sur la THA. 2005; (v) Stratégie de lutte contre la THA à l'échelle sous régionale-Afrique Centrale, 2006; (vi) Développement et application des outils de surveillance de la THA pour les programmes nationaux à partir des mouches tsé-tsé, 2008

Tous ces projets bénéficient de la dynamique impulsée par les nouvelles initiatives internationales en faveur de la maladie du sommeil (OMS/Sanofi-Aventis, PAAT, PATTEC, DNDI) et d'un soutien des pouvoirs publics avec l'organisation du 1er Congrès International de Brazzaville sur la Mouche Tsé-tsé et les Trypanosomes (23-25 mars 2004).

5. PHARMACOVIGILANCE AU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE (PNLTHA)

Jacques Makabuzi, Pascal Lutumba 1,2
1 Programme National de Lutte contre la THA (PNLTHA) en RD Congo, 2, ITMA, Belgique

Depuis les années 1990, il a été rapporté des cas d'échec au melarsoprol. La proportion réelle de ces échecs a toujours été méconnue et sujette à discussion par plusieurs experts. Cette méconnaissance a eu comme conséquence la prise en charge inadéquate des cas d'échecs. Beaucoup de ces patients ont été retraités avec le melarsoprol à plusieurs reprises. Vers les années 2005 soit plus de 10 ans après, un consensus a commencé à naître sur l'existence réelle des cas d'échec au melarsoprol notamment avec plus de 50% des cas dans la province du Kasai Oriental (communication Anne Moore). Afin de mieux suivre l'évolution de