



Des synergies se créent également dans les couloirs... En effet, la représentante de la République Centrafricaine (Mariette Dethoua), chercheuse à l'Institut Louis Pasteur de Bangui, a profité de cette occasion pour visiter l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) de Kinshasa. Cette visite a contribué à des échanges très fructueux et intéressants pour l'avenir, ce dont nous nous réjouissons.

NECT : 1000 traitements disponibles en République démocratique du Congo

Lors du 5ème Congrès International des Pathologies Infectieuses et Parasitaires (CIPIPS) à Kinshasa, le Dr. Père Sirmarro a annoncé, le 6 novembre 2009, que le lot de 1000 kits de traitement NECT envoyés par l'OMS via MSF-Logistique étaient arrivés au port de Matadi, en République démocratique du Congo. Les bonnes nouvelles ne se sont cependant pas arrêtées là. En effet, Dr. Sirmarro a également officialisé que le Ministre de la Santé Publique de la République démocratique du Congo avait signé le matin même le document qui permettrait l'utilisation de NECT dans son pays. En effet, plus de 70% des malades de trypanosomiose humaine africaine proviennent de la République démocratique du Congo. Il s'agit d'un succès résultant de l'implication et de la volonté de nombreux partenaires, que nous souhaitons saluer. Voici ci-dessous l'illustration des efforts dans le temps des uns et des autres qui ont mené à la magnifique réussite de ce processus :

Essais Cliniques	Temps
Protocoles Comité d'Ethique	1 an (08/2002 à 08/2003)
Inclusion - Résultat	5 ans (08/2003 à 08/2008)
Inclusion sur la Liste des Médicaments Essentiels (LME) OMS	9 mois (08/2008 à 05/2009)
TOTAL	6 ANS et 9 MOIS
Implémentation	
Kit NECT	1 mois (05/2009 à 06/2009)
Accord Bayer	4 mois (05/2009 à 09/2009)
Formation 8 pays	2 mois (09/2009 à 11/2009)
Distribution	2 mois (09/2009 à 11/2009)
TOTAL	6 MOIS

Tableau inspiré de la présentation faite par le Dr. Père Sirmarro lors du 5ème Congrès International des Pathologies Infectieuses et Parasitaires. Nous espérons pouvoir compter très prochainement d'autres pays africains dans lesquels l'utilisation de NECT s'est généralisée, comme en République démocratique du Congo. Nous pensons ainsi pouvoir réduire au maximum le nombre de personnes encore traitées avec le Melarsoprol, ce médicament très toxique et dont l'administration possède de nombreux effets secondaires désagréables.

L'OMS organise en collaboration avec le PNL-THA de la RDC une formation des infirmiers des pays francophones sur l'utilisation de l'association Nifurtimox + Eflornithine.



© Photo W. Namanda

Par sa note pour les médias numéro 15 du 22 novembre 2009, le bureau du représentant de l'OMS en République démocratique du Congo (RDC) a annoncé : « Avec l'appui de l'OMS, la RDC organise un atelier international de formation technique sur un traitement combiné contre la trypanosomiose humaine africaine (THA) à partir du lundi 23 novembre 2009 ». Ledit « traitement combiné » est bel et bien le nifurtimox-éflornithine (NECT) dont nous parlons largement dans ce bulletin d'information. Cette formation est une étape importante dans le processus que l'OMS a mis en place pour appuyer les Etats Membres qui décident d'utiliser cette association dans leur politique nationale de traitement de la THA. La formation a concerné les infirmiers et médecins responsables de la prise en charge des malades trypanosomés. Les pays ayant répondu sont la République du Congo (2 participants), le Gabon (1), le Tchad (2), la République Centrafricaine (1), le Cameroun (1) et la Côte d'Ivoire (1), avec un total de sept infirmiers et un médecin. Les participants ont la tâche d'aller former leurs collègues impliqués dans la prise en charge des malades trypanosomés dans leurs pays respectifs. L'OMS a bien organisé le contenu de la formation qui s'est appuyée sur les facilitateurs congolais de la RDC, ainsi que sur un infirmier et un médecin expérimentés ayant travaillé dans l'étude NECT. Le Dr. Kande, chef du PNL-THA a déclaré : « C'est une expérience pilote jamais expérimentée auparavant dans le monde de la lutte contre la maladie du sommeil ». La RDC se sent très fière de partager cette expérience et pouvoir la mettre à disposition des collègues d'autres pays africains, afin de contribuer à améliorer leur formation dans le domaine du traitement de la maladie du sommeil.

Le Dr. José Ramon Franco en charge de cette formation déclarait que les efforts déployés pour cette formation confirment l'engagement de l'OMS dans sa volonté d'appuyer les pays dans leur effort pour combattre la Trypanosomiose Humaine Africaine.

Dr. K. Ebeja Augustin, Coordinateur Plateforme THA

Bienvenue à la nouvelle équipe THA de DNDI !!!

Elle a ma qualité de coordinateur de la plateforme THA, j'ai le privilège de dire au revoir à Els Torreal, ancienne chef de projet pour la THA au sein de DNDI, qui après plus de cinq ans à ce poste, est appelée à relever de nouveaux défis scientifiques sous d'autres horizons. Tous nos partenaires se souviendront de son dynamisme, de sa présence sur le terrain et de sa contribution très importante dans la mise en place de notre plateforme.

Oui, s'il est vrai que les hommes passent et se succèdent, sans forcément se rassembler, il est tout aussi vrai que les institutions restent. Pour aller toujours de l'avant sur la route du succès, DNDI a engagé des forces nouvelles pour son projet dans la lutte contre la trypanosomiose. Nous avons donc l'honneur et le plaisir de vous présenter Olaf Valverde et Séverine Blesson, à qui je désire souhaiter très chaleureusement la bienvenue au sein de la plateforme THA et je saisis cette occasion pour une brève présentation :

Olaf Valverde, Chef de Projet

Dr. Olaf Valverde Mordt a rejoint DNDI en tant que chef de projet clinique le 22 juin 2009. Le Dr. Valverde, ancien coordinateur local pour Médecins du Monde en Indonésie, bénéficie de plus d'un



© Photo DNDI

vingtaine d'années d'expérience dans les pays en voie de développement, dont 4 ans passés sur le terrain pour la campagne d'accès aux médicaments essentiels de Médecins Sans Frontières, au Guatemala et en Indonésie. Il a notamment participé aux premières étapes de la mise en œuvre de l'accès aux traitements contre le SIDA en Amérique Centrale.

De 1987 à 2006, Olaf Valverde a occupé divers postes au sein de Médecins Sans Frontières en Amérique latine, en Afrique et en Asie, dans lesquels il a eu l'opportunité de superviser de nombreuses études d'efficacité pour ACT et de la recherche épidémiologique, particulièrement sur la malaria. Il a occupé la fonction de directeur général de la section espagnole de Médecins Sans Frontières de 1996 à 1997. Olaf fut confronté à la trypanosomiose humaine africaine en Ouganda en 1989, en Angola en 1995 et en République démocratique du Congo en 2009. Dans ces deux derniers pays, il a exploré et préparé deux propositions d'intervention dans des régions comportant des seuils épidémiologiques de la trypanosomiose.

Il a obtenu son doctorat en médecine à l'Université Complutense

de Madrid en 1984, puis un diplôme en Médecine Tropicale de l'Université de Barcelone en 1988. Il a ensuite obtenu un master de Sciences en Santé Publique dans les pays en voie de développement à la London School of Hygiene and Tropical Medicine en 1994.



© Photo DNDI

Séverine Blesson, Coordinatrice des Projets Cliniques

Dr. Séverine Blesson a rejoint DNDI en juillet 2009 en tant que coordinatrice de projets THA. Sa mission consiste à coordonner les essais cliniques du traitement de la trypanosomiose humaine africaine (maladie du sommeil) en Europe et en Afrique.

Auparavant, elle était responsable de projet à l'Agence Nationale Française pour la Recherche sur le SIDA et l'Étiologie virale (ANRS) et s'occupait plus particulièrement de la gestion des essais cliniques et épidémiologiques en Afrique et en Asie du Sud-Est. Dr. Séverine Blesson a obtenu son doctorat en médecine vétérinaire à l'École Nationale Vétérinaire d'Alfort, en France. Elle a ensuite complété un master en Immunologie à l'Université René Descartes à Paris et un diplôme en statistiques appliquées à la médecine.

6) Rendez-vous avec la science

Clinical Trials in Emerging Markets, 1-2 mars 2010, Prague, République tchèque
14th International Congress on Infectious Diseases (ICID), 9-12 mars 2010, Miami, Floride, USA
Geneva Health Forum, 19-21 avril 2010, Genève, Suisse
Epicentre Scientific Day, juin 2010, Paris, France
EANETT meeting, Septembre 2010 Mombassa Kenya
HATcap platform meeting Septembre 2010 Mombassa Kenya
2ème conférence THA en République du Congo, Novembre 2010, Brazzaville,
ICOPA (Xlth International Congress of Parasitology), 15-20 août 2010, Melbourne, Australie

7) Les publications récentes sur la trypanosomiose humaine africaine (THA)

1. Bacchi, C. J. (2009). «Chemotherapy of human african trypanosomiasis.» Interdiscip Perspect Infect Dis 2009: 195040.
2. Brun, R., J. Blum, et al. (2009). «Human African trypanosomiasis.» Lancet, online publication 13.10.2009.
3. d'Alessandro, E. (2009). «Medecins Sans Frontières (MSF) and sleeping sickness control. From bush to international health space.» Bull Soc Pathol Exot 102(1): 41-8.
4. Hotez, P. J. and A. Kamath (2009). «Neglected tropical diseases in sub-saharan Africa: review of their prevalence, distribution, and disease burden.» PLoS Negl Trop Dis 3(8): e412.
5. Kuepfer, J. and C. Burri (2009). «Reflections on clinical research in sub-Saharan Africa.» Int J Parasitol.
6. Louis, F. J., N. A. Djimdoum, et al. (2009). «The Mandoul human African trypanosomiasis focus in Chad: from evaluation to control.» Med Trop (Mars) 69(1): 7-12.
7. Opigo, J. and C. Woodrow (2009). «NECT trial: more than a small victory over sleeping sickness.» Lancet 374(9683): 7-9.
8. Prittoo, G., S. Kasparian, et al. (2009). «Nifurtimox-eflornithine combination therapy for second-stage African Trypanosoma brucei gambiense trypanosomiasis: a multicentre, randomised, phase III, non-inferiority trial.» Lancet 374(9683): 56-64.
9. Rosenblatt, J. E. (2009). «Laboratory diagnosis of infections due to blood and tissue parasites.» Clin Infect Dis 49(7): 1103-8.
10. Voelker, R. (2009). «Attention sought for neglected diseases.» Jama 301(17): 1755-6.
11. Büsher, P., D. Mumba Ngyoi et al. (2009) «Improved Models of Mini Anion Exchange Centrifugation Technic (mAECT) and Modified Single Centrifugation (MSC) for sleeping sickness diagnosis and staging» PLoS Negl Trop. Dis 3(11): e 471



EDITORIAL



Dr Augustin Kadima Ebeja, Coordinateur Plateforme THA

Fidèle au rendez-vous, voici déjà le numéro six de notre bulletin d'information. Les échos positifs que nous avons reçus de nos éditions précédentes nous encouragent. Les scientifiques, les décideurs politiques, les acteurs de la lutte contre la THA, les malades et tout citoyen qui nous lit trouveront une information enrichissante. L'élargissement de notre plateforme THA nous fait découvrir deux pays que sont la République centrafricaine (RCA) et le Tchad. Nous présentons dans ce numéro une partie des avancées réalisées par l'INRB Kinshasa, qui peuvent être exploitées dans le cadre de la plateforme THA. Plusieurs recherches sont en cours dans les différents pays de la plateforme, mais les deux que nous mettons en exergue ici ont franchi des caps importants et sont prometteuses. Nous encourageons nos membres à participer aux divers rendez-vous scientifiques et à consulter les publications récentes (cf. notre liste non exhaustive).

Ce numéro se publiant ce dernier mois de l'année 2009 nous donne l'occasion de remercier tous nos partenaires et membres de la plateforme THA pour leur engagement durant l'année qui s'est écoulée. Nous aurons vœux à tous pour l'année 2010 que nous souhaitons être une année de continuité dans la réussite.

Sommaire

P2 La plateforme Trypanosomiose Humaine Africaine (THA) s'élargit

P3 Les avancées dans la lutte contre la trypanosomiose humaine africaine à l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) à Kinshasa

P4 Point sur la recherche : quelle actualité ?

P4 La science au centre : événements récents et information

P6 Rendez-vous avec la science

P6 Les publications récentes sur la trypanosomiose humaine africaine (THA)





2) La plateforme Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) s'élargit



Equipe Plateforme THA à Ndjamena TCHAD, Août 2009

La plateforme Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), initiée par DNDI en 2005, à Kinshasa, en République démocratique du Congo, est un réseau visant à renforcer la recherche clinique pour combattre la maladie dans les pays endémiques. La plateforme rassemble les représentants des autorités de santé et des programmes nationaux, les chercheurs, cliniciens et experts de ces régions, des spécialistes au niveau international. Le réseau constitué par notre plateforme est ouvert à tout partenaire souhaitant partager son expérience et ses capacités, en apprenant de nouvelles ou échangeant dans le but d'atteindre les objectifs de la plateforme, à savoir le renforcement des essais cliniques sur la THA dans les pays endémiques.

La République Centrafricaine et le Tchad sont des pays que l'on peut considérer comme endémiques à juste titre. En effet, l'OMS a classé ces deux nations dans la catégorie des pays déclarant entre 100 et 1000 personnes atteintes par ce mal chaque année. Ces deux pays ne faisant jusqu'alors pas partie de notre plateforme, les responsables du programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA) des deux pays ont décidé de prendre contact avec la coordination de notre plateforme. Nos représentants se sont ensuite également rendus sur place pour pérenniser le partenariat entre notre



Equipe Plateforme THA à Bangui RCA, Juillet 2009

plateforme et ces deux pays. Les représentants de la plateforme ont examiné, en étroite collaboration avec les autorités médicales et les partenaires locaux impliqués dans la lutte et la recherche contre la THA, les modalités de la mise en œuvre concrète des activités de la plateforme dans leurs régions.

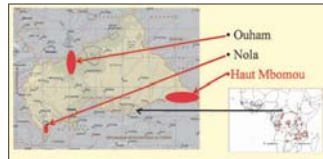
Puis, lors des deux réunions du comité coordinateur de la plateforme - qui ont eu lieu respectivement en juin à Nairobi, Kenya et en septembre à Kampala, Ouganda - l'intégration de ces deux nouveaux pays au sein de la plateforme a été adoptée par l'ensemble des membres du comité directeur. « Nous sommes très heureux d'accueillir ces deux nouveaux pays dans le pôle de compétences nécessaires pour lutter contre la maladie », a déclaré à Kampala Augustin Kadima Ebeja, Coordinateur de la 'Plateforme Régionale de la THA'. « C'est en unissant nos efforts avec les principaux pays endémiques que nous ferons des avancées décisives dans la recherche et la lutte contre la THA. »

Grâce à leur intégration dans notre plateforme THA, ces deux pays vont notamment bénéficier, dès le début de l'année 2010, d'une formation de base pour les membres des comités d'éthique. De plus, l'accompagnement et la coordination pour optimiser la lutte contre la THA dans ces pays à travers notre plateforme leur a déjà permis de lancer le processus du changement de politique thérapeutique visant à adopter l'utilisation de la combinaison Nifurtimox-Eflornithine (NECT).

« Nous sommes très fiers de pouvoir compter au sein de notre plateforme deux pays de plus, et donc d'être présents, dès aujourd'hui, dans sept pays au lieu de cinq », déclare Augustin Kadima Ebeja. « Nous espérons qu'elle s'élargira encore dans les régions endémiques pour le bien des personnes affectées par cette maladie. »

La République Centrafricaine

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé et dépourvu d'accès à la mer. Elle partage ses frontières avec cinq pays : le Cameroun, le Tchad, le Soudan, la République démocratique du Congo et la République du Congo. Elle est dotée d'une superficie de 622 984 km², possède une population estimée à 4,5 millions d'habitants avec une densité de 6,01 habitants au km².



En termes d'épidémiologie de la THA, il est important de noter que la population exposée à une contamination est estimée à plus de 180'000 habitants sur l'ensemble de la population de la RCA. Le taux de prévalence de la maladie varie de 0,1% à 3% selon les foyers et la situation des villages. Les foyers hyper-endémiques - signalés en rouge sur la carte - à caractère épidémique sont Batangafo et Matikoulou (>3%) et les régions frontalières avec le sud du Tchad. Un foyer méso-endémique se situe au Haut-Mbomou (prévalence de 1%), région qui partage une frontière avec le Soudan. Ce foyer s'appelle le foyer de



Tambourah. Les foyers hyper-endémiques se situent à Nola et à la Lobaye (prévalence de 0%), voisins avec le foyer de l'Equateur en République démocratique du Congo.

Le Tchad

La République du Tchad est dotée d'une superficie de 1 284 000 km². Elle partage ses frontières avec six pays: la Libye, le Soudan, le Niger, le Nigeria, le Cameroun et la République Centrafricaine. Sa population est estimée à 9,2 millions d'habitants en 2006 avec une densité de population variable. Cette dernière est pourtant plus importante au sud du pays où elle est de 54 - 108 hab/km².

En termes d'épidémiologie de la T. b gambiense dans le pays, on compte quatre foyers situés dans le sud du pays: Moissala, Bodo, Goré et Tapol.

Le foyer de Mandoul, regroupant Moissala et Bodo, est le foyer le plus actif. En effet, on a compté 110 cas en 2007 et 194 cas en 2008.

La prévalence varie de 1%-14% dans certains villages (Source rapport PNLTHA TCHAD).

Dr K.Ebeja Augustin
Coordinateur Plateforme THA

3) Les avancées dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine à l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) à Kinshasa

L'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) est un laboratoire national de référence pour la santé publique à Kinshasa, capitale de la République démocratique du Congo. L'Institut abrite le Laboratoire National de Référence de recherche contre la trypanosomiase humaine africaine (LNRTHA).

Le laboratoire a permis plusieurs avancées notables et a contribué de façon importante à la lutte contre la maladie du sommeil. Son directeur adjoint, le Dr Karhemere, est un acteur important de la plateforme THA. Ci-dessous, quelques contributions récentes de ce laboratoire à notre combat contre la maladie:

3.1. L'étude « Trypanosomiase Humaine Africaine Raccourcissement du Suivi Après Traitement » (THARSAT) : qui, quand, comment, pourquoi ?

THARSAT, l'étude clinique lancée en mai 2005 concernant le raccourcissement du suivi après traitement des patients atteints de trypanosomiase, a été menée à bien et clôturée en mai 2008 par l'équipe du Professeur Philippe Büscher de l'IMT Anvers et celle du Dr Mumba de l'INRB. Après avoir effectué les analyses sur le terrain, les résultats de l'étude ont été soumis pour publication au Journal of Infectious Diseases. L'article mettra en lumière la proposition de ses auteurs de réduire le suivi post-thérapeutique pour les programmes de contrôle de la THA de 24 mois, recommandés actuellement, à 12 mois.

3.2. L'atelier de production des Mini Colonnes Echangeuses d'Ions (mAECT)



Carte de la RDC indiquant les centres de traitement de la THA participant à l'étude NECT-Terrain



INRB, Kinshasa RDC

L'atelier de production des mAECT, tests de dépistage permettant de détecter l'infection par le vecteur de la trypanosomiase humaine africaine, poursuit ses activités de recherche à l'Institut National de Recherche Biomédicale à Kinshasa, en République démocratique du Congo. 3000 mini-colonnes de tests sont produites par mois dans cet atelier. L'atelier met en outre à la disposition des utilisateurs un modèle de tube pour la centrifugation simple modifiée. Ce dispositif est complété par un système de contrôle de qualité interne et externe mené avec la collaboration de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Dr Dieudonné Mumba
LNRTHA INRB



4) Point sur la recherche: quelle actualité ?

A) NECT-Terrain: une étude de terrain destinée à évaluer la tolérance clinique, la faisabilité et l'efficacité de NECT dans des conditions réelles de terrain pour la THA au stade 2



Carte de la RDC indiquant les centres de traitement de la THA participant à l'étude NECT-Terrain

L'étude NECT-Terrain documente la tolérance clinique, la faisabilité et l'efficacité de l'association dans des conditions réelles de terrain, dans les conditions prescrites par le Programme National de Lutte contre la THA (et/ou les centres de traitement des ONG). Les critères d'inclusion reproduisent le plus fidèlement possible les critères d'éligibilité des patients pour le traitement de la THA au stade 2 qui sont normalement utilisés sur le terrain par les organismes chargés de la mise en œuvre du programme et des traitements. Les enfants forment une part importante de la population touchée par cette maladie, il a été décidé de les inclure dans l'étude.

5) La science au centre : événements récents et information

La plateforme THA au 5ème Congrès International des Pathologies Infectieuses et Parasitaires (CIPIP) à Kinshasa RDC

Notre plateforme a également participé au 5ème Congrès International des Pathologies Infectieuses et Parasitaires (CIPIP) qui s'est déroulé du 4 au 6 novembre 2009 à Kinshasa, en République démocratique du Congo : une nouvelle occasion pour notre plateforme de se faire connaître et de contribuer aux échanges scientifiques. Le congrès a traité les pathologies infectieuses et parasitaires en général pendant les deux premières journées. La troisième journée a été consacrée à la THA. Cinq des sept pays membres de notre plateforme étaient présents : la République Centrafricaine, la République du Congo, l'Ouganda, le Soudan et la République démocratique du Congo. De plus, nos partenaires internationaux principaux étaient également présents : parmi eux : l'OMS, DNDI, STI, FIND et MSF.

Lors du congrès, nous avons présenté les réalisations de notre plateforme durant les quatre dernières années et organisé une table ronde sur NECT. Les acteurs de terrain - nous les appelons les investigateurs des sites - ont présenté au monde scientifique les résultats probants de NECT, leur expérience autour de ce projet et le modèle de collaboration réussie entre différents partenaires que représente cette étude. NECT représente, en effet, un pas important dans le traitement des patients atteints par le deuxième stade de l'infection. Toutefois, les

L'étude NECT-Terrain a été autorisée par les comités d'éthique respectifs (Bale en Suisse, Kinshasa en RDC). Les premiers patients ont été recrutés en RDC, à Djumba et Kazanda (Kasai Oriental) à la mi-avril 2009. Ensuite, à Ngandajika (Kasai Oriental), Bandundu et Kwamouth (Province de Bandundu) début juin 2009 et, finalement, à Yasa Banga (Province de Bandundu) en novembre 2009 (voir la carte).

A la fin novembre 2009, la moitié du nombre prévu de patients avaient déjà reçu leur traitement (310 patients) et le suivi à 6 mois était déjà effectué chez les premiers d'entre eux. A ce jour, 8 à 20% de tous les patients vus dans les différents centres étaient des enfants de moins de 12 ans inclus dans l'étude (moyenne 15%).

Cécile Schmid, STI

B) Le point sur le développement du Fexinidazole

DNDI a défini un profil de médicament idéal pour faciliter l'accès au traitement et permettre à terme l'éradication de la maladie. Le médicament doit pouvoir être pris par voie orale et il doit être conservé à température ambiante; efficace sur les deux stades de la maladie et doté d'une bonne sécurité d'emploi.

Le fexinidazole est un nouveau candidat médicament prometteur, redécouvert parmi plus de 500 composés de la famille des nitroimidazoles. Des modèles animaux et des études in vitro ont démontrés sa sécurité d'emploi et son efficacité sur la trypanosomiase. Après des études de toxicités approfondies, une étude clinique de phase I est en cours chez des volontaires en bonne santé depuis le 22 septembre 2009. Dans la première partie de cette étude, une dose unique croissante de fexinidazole est administrée et les concentrations sanguines sont ensuite mesurées soigneusement. La tolérance du fexinidazole est également testée afin de déterminer la dose adéquate à utiliser pour le développement du médicament. DNDI prévoit de démarrer une étude sur l'efficacité du médicament chez des patients d'ici la fin 2010.

Olaf Valverde, Chef de Projet THA DNDI

scientifiques et les participants à la table ronde ont relevé le besoin d'étayer les informations sur l'utilisation et l'impact de cette combinaison dans les conditions existantes sur le terrain. Pour ce faire, la plateforme a lancé une deuxième étude, appelée NECT-Field depuis avril 2009.

De plus, le chef de projet THA de DNDI, Dr Olaf Valverde, a présenté une autre molécule très prometteuse. Cette molécule, actuellement en phase I d'essai clinique, est le Fexinidazole (cf. 4B de cette newsletter: « Point sur la recherche », Fexinidazole).



Membres Plateforme THA à Kinshasa, 5ème CIPIP Novembre 2009