



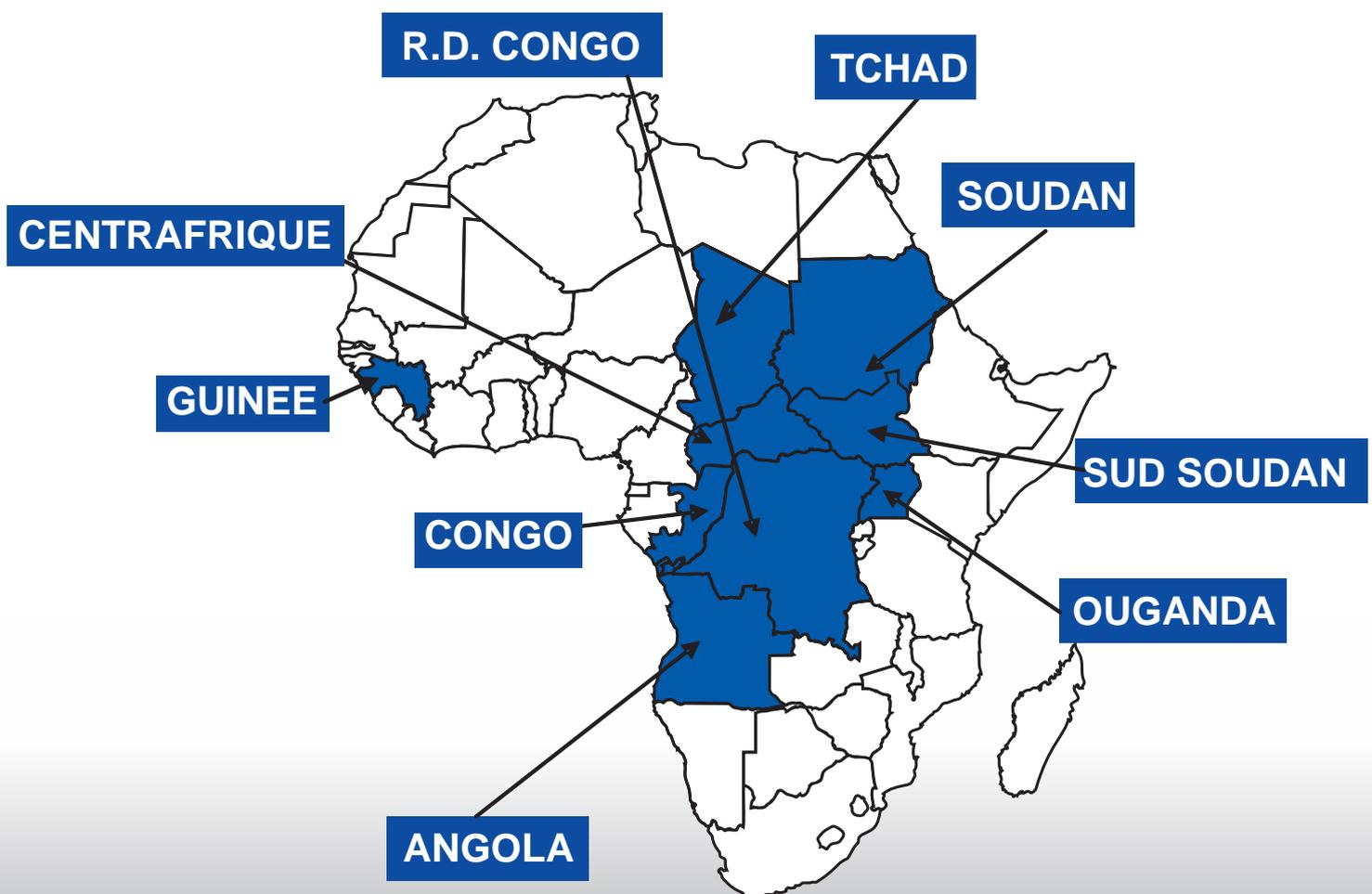
Plateforme

PLATEFORME RÉGIONALE DE RECHERCHE CLINIQUE

THA

Bulletin d'information N° 17, Juin 2016

PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LA THA : LES PAYS MEMBRES



Partenaires



Autres partenaires:

Groupes de Recherche nationaux et internationaux: ITMA, INRB, CDC, TRC-KARI, etc.

COMITÉ DE RÉDACTION:

Rédacteur en chef :

Florent Mbo Kuikumbi

Membres :

Olaf Valverde, Charles Wamboga, Pierre Marie Douzima,
Josenando Théophile, Richard Laku, Victor Kande

Conseillers :

José Ramon Franco, Sonja Bernard et Laurence Flévaud.

COORDINATION DE LA PLATEFORME THA

Avenue Milambo, N° 4, Quartier SOCIMAT Kinshasa, Gombe
République Démocratique du Congo

Email :

fmbo@dndi.org

Tél :

00243 81 4313838

*Nos remerciements à Violaine Dallenbach et Louise Burrows
pour la relecture de ce Bulletin*



Sommaire

- p3. Éditorial
- p4. Rapport de la réunion du comité directeur de la plateforme régionale de la THA
- p6. 33ème conférence du Conseil Scientifique International pour la Recherche et la Lutte contre les Trypanosomiasés (CSIRLT)
- p9. Mise à jour sur le programme clinique de DNDi sur la THA
- p10. Formation sur les bonnes pratiques cliniques et de laboratoire dans les pays membres de la plateforme THA
- p12. Présentation du centre de Dubréka
- p13. Réunion des investigateurs fexinidazole, juillet 2015
- p15. Réunion Comité scientifique PNLTHA RDC, septembre 2015
- p18. Nouvelle stratégie de dépistage de la THA développée par FIND en Ouganda et RDC
- p20. Formation sur la rédaction articles scientifiques
- p22. Publications scientifiques récentes
- p24. Nécrologie
- p25. Visites et réunions
- p26. Naissances dans les familles du personnel impliqué dans les essais cliniques

Éditorial

Édito

Présentation du nouveau coordonnateur

Chers membres de la plateforme THA et chers lecteurs, Je suis le Dr. Florent MBO KUIKUMBI, le nouveau coordonnateur de la plateforme THA.

Pour commencer, je voudrais rendre un hommage au Dr. Augustin Ebeja, premier coordonnateur de la plateforme THA, pour son travail de qualité réalisé depuis la création de la plateforme en 2005.

Avant d'occuper ce nouveau poste, j'ai travaillé pendant 12 ans comme médecin coordonnateur provincial du Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine en RDC. J'ai aussi coordonné comme investigateur ou co-investigateur les essais cliniques et les études de recherche opérationnelle dans le cadre de la trypanosomiase humaine africaine.

“ La plateforme régionale THA est une plateforme de renforcement des capacités en matière de recherche clinique ou opérationnelle sur la trypanosomiase humaine africaine dans les pays endémiques les plus touchés.”



La plateforme régionale THA est une plateforme de renforcement des capacités en matière de recherche clinique ou opérationnelle sur la trypanosomiase humaine africaine dans les pays endémiques les plus touchés, et dont l'objectif est de mettre à la disposition des populations de ces pays des outils tant diagnostiques (simples, sensibles et adaptés) que thérapeutiques (efficaces et adaptés aux deux stades de la maladie).

Le bulletin de la plateforme THA a pour but de partager les informations concernant les activités de lutte et de recherche qui se déroulent dans les différents pays avec tous les membres de la plateforme THA, nos partenaires et nos lecteurs.

Je m'engage à travailler en collaboration avec tous les points focaux des pays membres et tous les partenaires de la plateforme THA.

Je souhaite beaucoup de succès à notre plateforme THA.

Dr. Florent Mbo Kuikumbi

Rapport de la réunion du comité directeur de la plateforme régionale de la trypanosomiase humaine africaine, N'Djamena, le 13 septembre 2015



Membres du comité directeur de la plateforme THA le 13 septembre 2015 à N'Djamena au Tchad

Le comité directeur, qui veille au bon fonctionnement de la plateforme, s'est réuni le 13 septembre 2015 à N'Djamena au Tchad en marge de la 33^{ème} Conférence Scientifique Internationale pour la Recherche et la Lutte Contre les Trypanosomiasis. Tous les représentants des pays endémiques membres, à savoir l'Angola, la République Centrafricaine, la République Démocratique du Congo, la République du Congo, le Soudan, le Sud Soudan, la Guinée et l'Ouganda étaient présents. Six de nos partenaires ont pris part à cette réunion (IRD, Université d'Édimbourg, OMS, MSF, DNDi, et FIND).

Les points suivants ont été traités :

- **Bilan des activités du premier semestre 2015**
 - Diffusion du Bulletin d'information n°16
 - Formation sur la THA dans le district de Dinamadji au Tchad
 - Supervision formative au Congo Brazzaville
 - Soutien de la plateforme THA à la réunion des investigateurs et atelier de planification des activités du PNLTHA RDC
 - Recrutement du nouveau coordonnateur de la plateforme THA

• **Planification des activités pour le second semestre 2015 :**

- Préparation et finalisation du Bulletin d'information n°17
- Organisation de la formation sur la THA au Sud Soudan
- Organisation de la réunion du comité directeur de la plateforme à N'Djamena
- Organisation de la participation de la plateforme THA à la 33ème CSIRLT à N'Djamena
- Soutien de la réunion scientifique du PNLTHA RDC (28-29 Septembre 2015)
- Recueil du reste des justificatifs et des rapports de formation et de supervision formative (Tchad, Congo Brazzaville)
- Préparation d'un projet de formation sur la THA en Angola en 2016 à soumettre à la fondation Gulbenkian pour financement
- État des lieux des activités de la plateforme THA avec les pays membres au moyen de visites durant les 3 derniers mois
- Préparation du plan d'action annuel 2016
- Formation du coordonnateur (essais cliniques et autres formations, incluant anglais dans un pays anglophone)

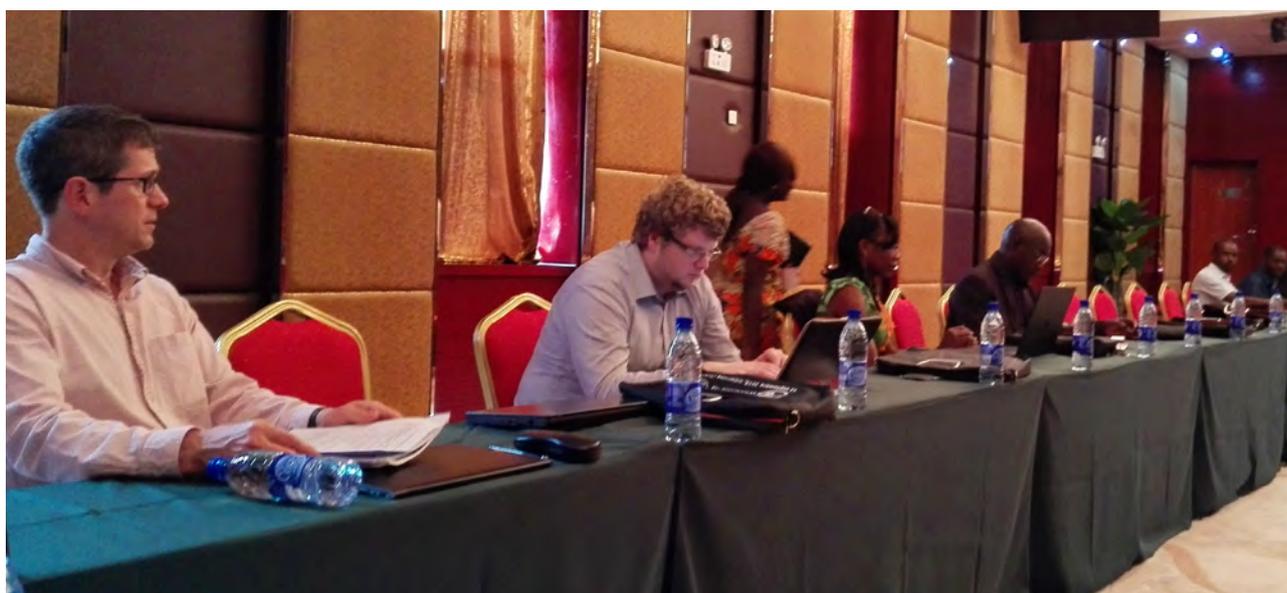
- Accompagnement post-formation du Dr Mariame Camara en Guinée

En plus de leur situation épidémiologique, les pays membres ont présenté des activités et leurs besoins en matière de recherche clinique, dont les besoins de renforcement en ce qui concerne les méthodologies de recherche.

Les recommandations suivantes ont été faites :

1. Finaliser le statut de la plateforme THA. Un délai de 3 mois a été accordé pour répondre au coordonnateur.
2. Les pays membres ont exprimé le besoin d'harmoniser et de standardiser l'algorithme de dépistage de la THA sous l'initiative ou la houlette de l'Organisation Mondiale de la Santé.
3. Renforcer les recommandations de la réunion précédente :
 - Désigner une personne pour suivre ces recommandations.
 - Définir les termes de références et planifier les rôles
4. Plaider pour un soutien des partenaires à l'Angola qui souffre de restrictions budgétaires.

Mariette Dethoua, Ayak Chol et Florent Mbo



Membres du comité directeur de la plateforme THA pendant la réunion, N'Djamena, le 13 septembre 2016, Tchad



Cette conférence s'est tenue à Ndjamena du 14 au 18 septembre 2015 dans la grande salle du Palais de Congrès, sous le haut patronage de Son excellence Monsieur le Premier Ministre de la République du Tchad, en collaboration avec l'Union Africaine, sous la coordination du Bureau Interafricain des Ressources Animales.

Participation à la 33^{ème} Conférence du Conseil Scientifique International sur la Recherche et la Lutte contre les Trypanosomiasés (CSIRLT)

a) Résumé de la conférence

- Les rapports des pays ont mis en évidence un regain d'intérêt et d'engagement de la part des gouvernements africains pour la lutte contre les glossines et les trypanosomiasés.
- Des progrès significatifs ont été réalisés dans la quantification du niveau d'infestation par les mouches tsé-tsé et de la fréquence de la maladie.
- Les outils et les méthodes développés par la communauté scientifique sont largement utilisés par les pays touchés.
- Des résultats impressionnants dans la lutte contre les glossines ont été signalés dans les pays où le contrôle des tsé-tsé a été mis en œuvre, notamment à Zanzibar, au Botswana, au Kenya, au Ghana, au Mali, en Éthiopie, en Ouganda, au Burkina Faso et au Sénégal.
- Les participants ont fait remarquer que ces avantages ne seront durables que si des actions plus solides et concertées entre les pays sont mises en œuvre.
- L'OMS a fixé un calendrier pour l'élimination de la trypanosomiasé humaine africaine due à *Trypanosoma brucei gambiense* en tant que problème de santé publique d'ici 2020, et pour l'élimination de la transmission de la maladie à l'horizon 2030.
- Un rapport de FIND (*Foundation for Innovative New Diagnostics*) souligne les progrès réalisés dans le développement d'un test pour le deuxième stade de la trypanosomiasé humaine africaine, basé sur la présence du biomarqueur neopterin dans le liquide céphalo-rachidien, et qui pourrait servir à la fois pour définir le stade de la maladie et pour vérifier la guérison.
- Plusieurs pays endémiques ont mis en œuvre des stratégies et des outils de dépistage passif intégrés avec les systèmes de soins de santé, afin de pouvoir diagnostiquer la maladie dans les villages où

vivent les populations à risque, favorisant ainsi un meilleur contrôle de la maladie.

- Les participants à la réunion ont pris note des progrès réalisés dans la lutte contre les glossines et les trypanosomiasis suite à la mise en œuvre de partenariats publics-privés.
- Les rapports des activités de recherche et de développement du secteur privé et des Organisations internationales (FAO, AIEA, ICIPE etc.) ont démontré que ces entités sont devenues plus sensibles aux besoins des pays affectés. A cet égard, il a été signalé que les tests de diagnostic rapides, les produits thérapeutiques et d'autres technologies se trouvent à divers stades de mise au point.
- Les participants ont fait aussi remarquer que la chimiorésistance reste un problème dans la prise en charge de la trypanosomiase animale africaine, mais ils ont aussi loués les investissements consentis par les partenaires en vue de la résolution de ce problème.
- La nécessité de renforcer la réglementation des importations et de l'utilisation des trypanocides a été soulignée.

b) Participation des membres de la plateforme THA au 33^{ème} CSIRLT :

Présentation par le Dr. Veerle Lejon des activités de recherche de l'Institut de Recherche pour le Développement (France)

1. Renforcement du contrôle vectoriel

L'étude comparant deux zones (avec et sans contrôle vectoriel) a montré que l'association du contrôle vectoriel et du contrôle médical a permis de réduire la transmission de la trypanosomiase à *T.b gambiense* et de progresser vers l'élimination (Courtin et al. 2015).



2. Diagnostic et stratégies de surveillance

Ce projet concerne la trypanolyse utilisée comme marqueur de contact de *T.b. gambiense*. Le taux de positivité de la trypanolyse chez les sujets suspects CATT positifs s'est révélé être proportionnel à la prévalence de la maladie dans le foyer.

Cette étude suggère que la trypanolyse peut être utilisée pour la prise en charge des cas individuels et pour définir les stratégies de contrôle.

En ce qui concerne la surveillance passive, un projet est mené en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'intégration de la surveillance et du contrôle de la THA dans les services de santé de plusieurs pays (Burkina Faso, Guinée, RDC, Mali et Niger). Dans le cadre de ce projet, les centres de santé périphériques adressent les cas suspects (suspicion clinique) aux centres de santé de référence, qui réalisent alors un dépistage sérologique avant de diriger les patients vers un centre de diagnostic et de traitement, et un centre de référence pour la trypanolyse.

3. Connaissances épidémiologiques

Les chercheurs ont travaillé sur la guérison spontanée et les porteurs asymptomatiques dans la trypanosomiase humaine africaine. Ils estiment que, sur la base de leur expérience de terrain en Afrique de l'Ouest, du suivi de certains patients ayant refusé le traitement pendant 10 ans en Côte d'Ivoire, et du suivi des cas suspects trypanolyse positifs (plus de 10 ans en Côte d'Ivoire et 2 ans en Guinée), la diversité des issues de l'infection est probablement plus complexe qu'il n'y paraît. Ils ont aussi décrit l'évolution naturelle de l'infection en montrant que la THA n'est pas fatale à 100%, et que certains individus sont capables de contrôler l'infection.

Ils ont insisté sur l'importance des porteurs asymptomatiques non traités et de leur impact sur la transmission ou sur une résurgence éventuelle de l'infection.

Florent Mbo

La microscopie permet de valider le diagnostic dans les études cliniques

Présenté lors de la 33^{ème} Conférence du Conseil Scientifique International sur la Recherche et la Lutte contre les Trypanosomiasés (CSIRLT), le 15 septembre 2015 à N'Djamena au Tchad par Sophie Delhomme, Antoine Tarral, Jodès Dinanga, Wilfried Mutombo, Digas Ngolo, Patent Pati Pyana, Pascal Carpentier, Olaf Valverde Mordt et Nathalie Strub Wourgaft.

Le microscope iLED doté d'une caméra permet de prendre des photos et des petites séquences vidéos afin de documenter et d'archiver le diagnostic et le suivi des cas de THA, car il est impossible de stocker des préparations fraîches. Pour classer ces documents, nous utilisons l'application PowerFolder, une bibliothèque électronique qui permet de sauvegarder et de stocker des photos et des vidéos.

Pour valider le diagnostic de THA, on peut utiliser des photos du parasite sur lame après coloration, et la chambre de Fuchs-Rosenthal pour la numération des globules blancs dans le LCR. Il est également possible d'enregistrer

une courte séquence vidéo de 2-5 secondes montrant un trypanosome dans une préparation fraîche (CTC, mAECT, SCM, ganglion lymphatique sur lame).

Pour visualiser des exemples de courts-métrages, cliquez sur les liens suivants :

Clip 1 : (100X mAECT)

<https://www.youtube.v=7s2zvVGyzdE&feature=youtube>

Clip 2 : (200X chambre de Fuchs-Rosenthal) <https://www.youtube.v=bnsDmJISf2Q&feature=youtube>

Clip 3 : (400X ponction ganglionnaire) https://www.youtube.com/watch?v=EeXilh_xGg&feature=youtube

Comment archiver les photos ?

Les photos sont sauvegardées sur une carte mémoire SD. Chacune d'entre elles contient une série de chiffres et de lettres attribués directement à partir du microscope:

Exemple d'une photo :

F911BA_20140106_120808_432

Exemple d'une vidéo :

/2014-09-04/20140904_182440_227.h264

Ces codes sont uniques et ne doivent pas être modifiés afin d'assurer une bonne traçabilité.

Au laboratoire, des photos pertinentes sont prises



Microscope iLED avec la caméra

lors de chaque visite du patient au cours des essais cliniques. Un registre est créé et maintenu pour relier les photos et les vidéos avec les codes et les visites du patient correspondant. Ces photos sont ensuite envoyées à l'investigateur et au registre. L'investigateur

a ensuite créé sur son ordinateur un fichier pour chaque patient et chaque visite (par ex : 607001-V12M) et sauvegarde les photos et les vidéos de chaque patient séparément pour chacun des essais.

Olaf Valverde



Mise à jour sur le programme clinique de DNDi sur la THA

Fexinidazole

Il y a 3 essais cliniques en cours :

- FEX04 : étude pivot de phase II/III sur la THA au stade 2 chez l'adulte (n=394). Inclusions achevées en avril 2015. Le critère d'évaluation principal est mesuré après 18 mois de suivi, mais les visites des patients sont maintenues jusqu'à 24 mois.
- FEX05 : patients adultes souffrant de la THA au stade 1 ou stade 2 précoce (n=230). Inclusions achevées en septembre 2015.
- FEX06 : enfants de 6 à 14 ans, tous les stades (n=125). Inclusions achevées en janvier 2016.

Le critère d'évaluation principal pour les deux derniers essais est mesuré 12 mois après la fin du traitement, et le suivi est maintenu jusqu'à 18 mois.

Le dossier réglementaire, contenant les données des trois essais, devrait être soumis début 2017, même si la dernière visite de suivi n'aura lieu que mi-2017. Le processus de soumission commencera avec l'Agence Européenne des Médicaments et, une fois leur avis scientifique obtenu, une demande d'autorisation sera déposée pour le fexinidazole auprès des autorités nationales des pays endémiques, en commençant par la République Démocratique du Congo.

Les essais cliniques nécessitent un effort de dépistage très important, comme en 2014, afin d'inclure 153 patients au stade 2. DNDi a financé les activités de dépistage actif qui ont permis à 9 équipes mobiles d'examiner 409,730 personnes, et aux sites d'essais cliniques et aux structures de santé locales d'en examiner 62,047.

Un nouvel essai sur le fexinidazole est en phase de planification avancée :

- FEX009 : Efficacité et sécurité du fexinidazole administré en milieu hospitalier et en traitement ambulatoire à une cohorte ouverte composée d'adultes et d'enfants (n=174). Début prévu en juillet 2016.

La plus grande différence entre cet essai et les précédents est le traitement au domicile pour une partie des patients. Ceci permettra d'étudier la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire de la maladie lorsque l'état clinique des patients ne nécessite pas une hospitalisation.

D'autres patients qui avaient été exclus des essais précédents seront inclus : les femmes enceintes et allaitantes, les patients sous-alimentés ou les patients atteints de maladies concomitantes. Cependant, ces nouveaux groupes de patients resteront hospitalisés pendant toute la durée du traitement. Les patients recevront leur traitement dans un nouveau conditionnement développé par Sanofi. Lorsque le médicament aura été autorisé, c'est ce même conditionnement qui sera utilisé dans les pays par les programmes nationaux de lutte et les systèmes de santé. Cet essai se déroulera dans cinq sites en RDC.

Oxaborole : SCYX-7158 (nom provisoire)

- OXA002 est une étude pivot sur une nouvelle entité chimique, qui sera menée chez des adultes souffrant de la THA au stade 2 (n=210). L'étude débutera en juin 2016.

Cette molécule a récemment terminé avec succès les essais de Phase I menés chez des personnes volontaires ayant reçu une dose unique de trois comprimés de 320 mg (dose totale 960 mg). L'étude sera réalisée dans au moins sept sites en RDC. Si l'analyse de futilité menée sur les 20 premiers patients met en évidence une efficacité initiale adéquate et une sécurité suffisante, l'étude sera étendue aux patients souffrant de la THA au stade 1. L'étude sera ensuite étendue aux enfants dans la seconde moitié de 2017.

Olaf Valverde

Formation sur les bonnes pratiques cliniques et de laboratoire dans les pays membres de la plateforme THA

Formation sur la trypanosomiase humaine africaine dans le district sanitaire de Dinamadji au Tchad

L'atelier de formation du personnel de santé impliqué dans la lutte contre la THA dans le district sanitaire de Danamadji au Tchad s'est déroulé du 19 au 21 août 2015 grâce au soutien financier de la plateforme THA. Cette formation faisait suite à la recrudescence de nouveaux cas dans la sous-préfecture de Maro, où 23 nouveaux cas ont été diagnostiqués ces trois dernières années (1 cas en 2013, 5 cas en 2014 et 17 cas lors d'un dépistage actif en février 2015). L'objectif de cet atelier était de renforcer les capacités des prestataires du district sanitaire de Danamadji pour la prise en charge de la trypanosomiase humaine africaine. La formation a regroupé les médecins, les infirmiers et les laborantins exerçant dans les formations sanitaires implantées dans la zone de transmission dudit district. Au total, 20 participants ont pris part à la formation.

Les principaux thèmes étaient les suivants :

- Situation épidémiologique de la THA au Tchad
- Épidémiologie de la THA
- Prise en charge de la THA
- Stratégie de lutte contre la THA
- Lutte antivectorielle
- Politique nationale de lutte contre la THA au Tchad

Supervision formative sur la trypanosomiase humaine africaine en République du Congo

La direction du Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine a effectué des visites de supervision formative des activités auprès des agents de santé des centres de dépistage et de traitement périphériques. Tous les centres de dépistage et de traitement actuellement opérationnels en République du Congo étaient concernés :

- Cuvette : Loukoléla, Mossaka
- Plateaux : Gamboma, Mpouya
- Pool : Ngabé, Mindouli, Brazzaville (base du programme)
- Bouenza, Madingou, Nkayi, Loudima

L'objectif principal était d'évaluer les aptitudes techniques et l'attitude des agents de santé en poste dans les CSI/CDT des foyers de la maladie du sommeil.

La méthodologie utilisée était basée sur :

- Des entretiens avec les agents pour répondre à un certain nombre de questions prévues dans la grille de supervision
- La consultation des supports de données (registres, fiches, etc.) par les superviseurs
- La visite des dépôts de médicaments et des intrants de laboratoire.



Lors de ces visites de supervisions, les capacités des personnels de santé des CSI/CDT ont été renforcées en ce qui concerne le diagnostic, le traitement, la notification et la déclaration des cas, le remplissage des formulaires de déclaration et la surveillance épidémiologique. Les outils de diagnostic et de traitement ont été évalués.

Au vu des constats effectués, le programme envisage d'organiser des formations/recyclages des agents en poste dans les centres de santé sur les méthodes de base de la lutte contre la THA, afin de renforcer leur intégration. Cet effort de décentralisation va être soutenu par des supervisions régulières.

Formation clinique sur la trypanosomiase humaine africaine au Sud Soudan

Une formation sur le diagnostic et la prise en charge de la trypanosomiase humaine africaine, organisée par le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine du Sud Soudan, a eu lieu du 23 au 25 novembre 2015, sous la houlette de l'Organisation Mondiale de la Santé et avec le soutien de la plateforme THA. L'OMS a participé à cette formation par le biais de leur point focal MTN Sud Soudan, qui a fait un exposé sur les outils de recueil des données.

Au total, 36 personnes ont participé à cette formation. Il s'agissait de médecins, d'infirmiers et de techniciens de laboratoire travaillant dans les zones endémiques sur la trypanosomiase dans les comtés et les centres de traitement principaux (centre hospitalier universitaire de Juba, hôpital de Yei, et centre de traitement de Nimule). Cette formation était aussi soutenue par deux facilitateurs du programme national de la République

Démocratique du Congo : Patrice Kabangu, chargé de la prise en charge, et Jean Kwete, chef de service de laboratoire et coordonnateur de la Plateforme.

L'objectif de cette formation était d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de la trypanosomiase humaine africaine. La méthodologie consistait en des séances plénières et des sessions pratiques.

Les résultats suivants ont été obtenus :

- Les participants ont été sensibilisés pour détecter des cas cliniques suspects de trypanosomiase humaine africaine, d'orienter les cas suspects cliniques ou sérologiques vers les structures de confirmation, et de gérer correctement des cas de la THA.
- Ils ont été sensibilisés sur la tenue des outils de recueil des données et de déclaration. Des notions sur l'éducation sanitaire de la population et les techniques de communication leur ont été expliquées.
- Des démonstrations sur la pose d'un cathéter veineux et sur l'exécution des techniques sensibles de diagnostic ont été réalisées et reproduites ensuite par certains participants.

A l'issue de la formation, il a été recommandé que deux techniciens du Sud Soudan suivent une formation pratique sur la THA avec leurs partenaires du PNLTHA au sein d'une unité mobile en République Démocratique du Congo, afin de renforcer leurs connaissances pratiques et d'acquérir des compétences pour assurer la supervision et la formation continue des autres prestataires du programme au Sud Soudan.

Peka Mallaye, Stephane Ngampo, Richard Lako et Florent Mbo



Présentation du centre de Dubréka

L'hypno-léproserie de Dubréka, communément appelée trypano ou Macompo par les habitants de la ville, est située à 50 km de Conakry dans la préfecture de Dubréka. C'est un centre d'une grande renommée qui date de l'époque coloniale.

L'hypnosérie de Dubréka est un centre de référence pour la prise en charge des maladies tropicales, telles que la lèpre, la tuberculose, la trypanosomiase humaine africaine (THA) et l'onchocercose, d'où son nom de centre LTO (Lèpre, tuberculose, onchocercose)

En 2014 et 2015, ce centre a pris en charge 61 malades malgré l'épidémie d'Ebola sur le littoral guinéen.

Ce centre comprend un médecin, trois laborantins et deux infirmiers, formés pour la prise en charge des maladies tropicales. Il reçoit également des infirmiers stagiaires.

Le centre est composé de douze bâtiments comprenant deux bureaux pour les médecins, deux salles de consultation, deux laboratoires, dont un destiné à la biologie moléculaire entièrement équipé par FIND, huit salles d'hospitalisation, dont quatre récemment réhabilitées, une pharmacie, une salle de réunion et de formation, et des bâtiments pour les anciens lépreux. Il pourrait devenir un centre de recherche clinique.

Mariame Camara



Une vue du Centre de Dubréka

Réunion des investigateurs fexinidazole, juillet 2015



Une réunion des investigateurs des sites de l'essai clinique sur le fexinidazole a été organisée à Kinshasa du 07 au 08 juillet 2015. L'ouverture a été faite par le médecin directeur du PNLTHA RDC.

Les points suivants ont été abordés :

- Rappel sur l'étude pivot sur l'oxaborole SCYX-7158
- État d'avancement des études FEX04, FEX05 et FEX006
- Audit de certains sites
- Procédures de gestion des produits étudiés
- Microscope iLED à caméra
- Visites de suivi des patients dans les essais cliniques
- Aspect financier: comment améliorer la fluidité ? Rapport financier et utilisation des fonds pour achats locaux
- Gestion des effets indésirables graves

Les échanges sur la faisabilité de l'étude pivot du SCYX-7158 ont porté sur le suivi du traitement ambulatoire ou en milieu hospitalier, et sur l'utilisation des relais communautaires pour la surveillance ou la déclaration des effets indésirables. Toutefois, une équipe a été créée pour réfléchir sur les critères à prendre en compte pour l'inclusion des patients (ambulatoires ou hospitalisés).

Un rappel a été effectué à l'intention des investigateurs sur la gestion des intrants des études et sur l'importance de respecter les étapes allant de la commande à la distribution. L'importance du microscope à caméra pour documenter le diagnostic de la maladie et les

examens de suivi des patients a aussi été rappelée. Un accent particulier a été mis sur la gestion des patients lors des visites de suivi dans les essais cliniques afin d'éviter de les perdre de vue. Des solutions ont été proposées pour améliorer leur adhésion au suivi, par ex. le relevé précis de leur adresse, des explications sur l'importance de la ponction lombaire, et une

bonne communication entre l'équipe soignante et les patients.

Les deux dernières séances ont été consacrées aux justificatifs des fonds et aux échanges sur les effets indésirables graves rapportés dans les différents sites de l'étude.

Patrice Kabangu, Digas Ngolo et Florent Mbo



Réunion du comité scientifique du PNLTHA RDC, septembre 2015



Les membres du comité scientifique du PNLTHA RDC

Le Conseil Scientifique Consultatif du Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine de la République Démocratique du Congo s'est réuni du 28 au 30 septembre 2015 à Kinshasa dans les locaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, avec la participation des experts de la maladie du sommeil du PNLTHA et du Ministère de la Santé de la RDC, l'OMS, DNDi, FIND, la plateforme THA, IRD, INRB, MSF, la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa etc. Les objectifs de la réunion étaient de :

1. Formuler des recommandations pour la révision de la politique de lutte contre la THA en RDC, au vu de l'évidence scientifique et de la situation actuelle de la THA dans le pays.
2. Définir les bases du plan stratégique de lutte contre la THA en RDC, au vu du plan d'élimination d'ici 2020 fixé par l'OMS.

Sept thèmes ont été abordés par des groupes de travail au cours de cette réunion :

- Participation communautaire
- Lutte antivectorielle
- Outils diagnostiques et modalités de dépistage
- Traitement et suivi post-thérapeutique
- Intégration
- Surveillance
- Suivi des séropositifs

Après plusieurs discussions en séance plénière, les recommandations suivantes ont été retenues :



Des experts lors de la réunion du comité scientifique du PNLTHA RDC

1. Participation communautaire

- Vulgariser le message sur l'élimination de la THA à toutes les parties prenantes (communauté, autorités politico-administratives, experts, etc.)
- Développer la campagne d'IEC sur la THA selon les méthodes prouvées de la promotion de la santé (modèle de croyances en matière de santé ou autres)
- Privilégier la combinaison des communications interpersonnelles avec les agents proches des communautés et les médias de masse (radio) qui sont leur principale source d'information
- Recycler les unités mobiles sur l'importance d'une bonne participation

2. Lutte antivectorielle (LAV)

- Établir un programme systématique de LAV
- Révision des informations sur la LAV :
 1. Distribution des mouches tsé-tsé selon les espèces, mais seulement celles qui sont des vecteurs de la THA, c'est-à-dire, *G. palpalis* et *G. fuscipes* (par *remote sensing*, GIS, vérification sur le terrain).

2. Évaluation des outils de lutte selon les espèces, le biotope et le budget, en considérant les petits écrans pièges imprégnés, etc.
- Les outils les moins chers et les mieux adaptés sont les petits écrans : 80 USD/km² en Ouganda. L'écran en lui-même coûte 1 USD, mais le déploiement est cher, même si une personne peut en poser 50 par jour.

En RDC :

- La LAV doit cibler les foyers les plus actifs en fonction du budget disponible et des considérations logistiques.
- Il faut fixer la durée souhaitable des campagnes de LAV à 3 ans + une durée indéterminée avec des barrières.

3. Outils diagnostiques et modalités de dépistage

Dépistage

Le dépistage actif (DA) et le dépistage passif (DP) sont complémentaires pour détecter et traiter les cas le plus précocement possible et réduire le réservoir humain. Dans tous les contextes épidémiologiques, le DA et le DP doivent agir en synergie et la planification de l'un n'exclut pas la présence de l'autre.



Dépistage actif

Le village, choisi en fonction de son statut épidémiologique, est l'unité géographique utilisée pour planifier les activités d'itinérance des unités mobiles.

Le PNLTHA devra explorer la possibilité d'utiliser de nouvelles approches alternatives de dépistage actif afin d'augmenter non seulement la couverture de la population à risque, mais aussi de la rendre plus efficace.

Le CATT est toujours considéré comme l'outil de dépistage sérologique le plus adapté pour le dépistage actif.

Dépistage passif

Le test de dépistage rapide est recommandé pour le dépistage de la population qui se présente aux structures fixes de santé polyvalentes avec des signes d'appel de la maladie du sommeil.

Le diagnostic parasitologique

Les méthodes de concentrations, telles que la CTC ou mAECT, sont recommandées pour diagnostiquer la présence du parasite dans le sang. Elles priment sur les techniques de Sang à frais et Goutte Epaisse.

4. Traitement et suivi post-thérapeutique

La décision de traiter un patient doit toujours être basée sur une confirmation parasitologique.

Les tests sérologiques rapides individuels (RDT) sont des tests de dépistage et un résultat positif ne constitue pas une indication de traitement.

La recherche des trypanosomes dans le liquide céphalorachidien doit se faire avec une centrifugation simple modifiée (CSM). En cas de ponction lombaire traumatique, il faut la refaire !

Traitement recommandé

Il n'y a pas d'arguments pour changer le schéma actuel basé sur la pentamidine pendant 7 jours pour le stade 1 et sur NECT (association nifurtimox 10 jours et eflornithine 7 jours, 2 fois/jour) pour le stade 2.

En cas de rechute après un traitement par NECT, on a recours à un traitement compassionnel parce qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune recommandation thérapeutique unique et standardisée. En cas de rechute avec le schéma actuel de NECT, le PNLTHA doit fournir les deux options :

1. NECT en traitement long (eflornithine pendant 14 jours, 4 fois/jour + nifurtimox pendant 10 jours) : efficacité assumée et estimée à 98% mais avec toxicité.
2. Mélarsoprol : toxicité importante (assurer la disponibilité).

5. Intégration

Il n'existe pas de recette unique standardisée pour l'intégration, il faut donc adapter les modalités d'intégration selon les régions.

6. Surveillance

Réviser les approches utilisées pour la surveillance active et passive, simplifiée et flexible.

7. Suivi des séropositifs

Les connaissances actuelles sur la séropositivité sont insuffisantes. Des études approfondies doivent être réalisées pour mieux comprendre le rôle épidémiologique des patients séropositifs (porteurs asymptomatiques) et les cas d'auto-guérison.

Nous espérons que ces recommandations pourront être exploitées par d'autres programmes nationaux, afin qu'ils puissent réviser leur politique nationale. Pour plus de détails, se référer au PNLTHA RDC.

Marleen Boelart et Crispin Lumbala

Nouvelle stratégie de dépistage de la THA développée par FIND en Ouganda et en République Démocratique du Congo

A. RÉSULTATS DU PROJET EN OUGANDA

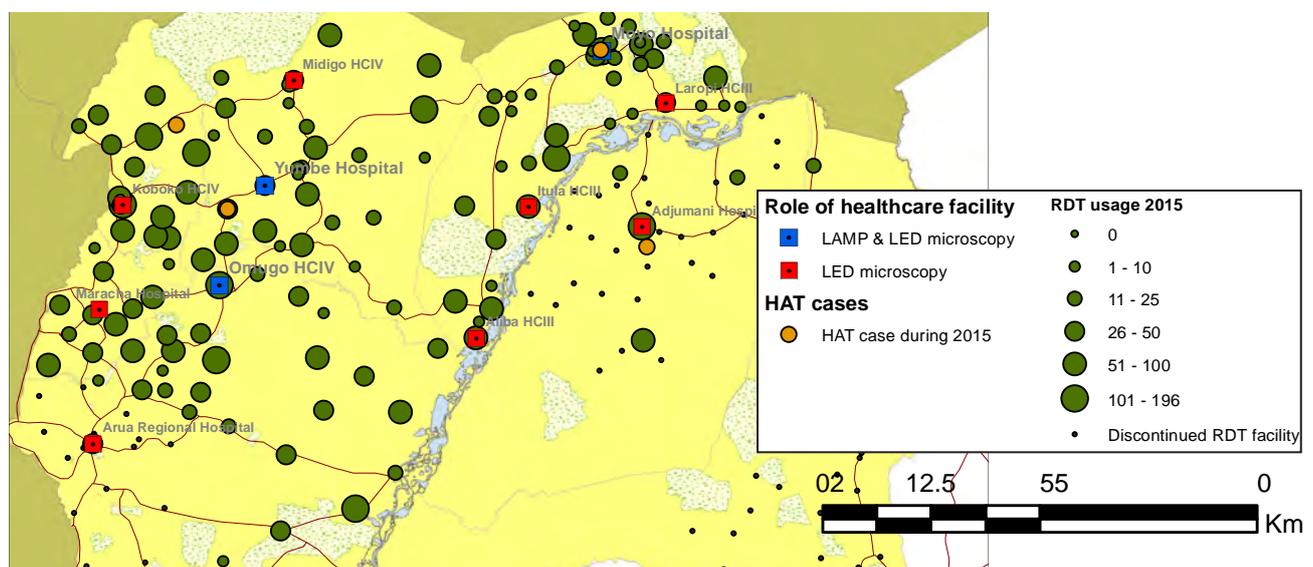
Accélération de l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine à *T.b. gambiense* : la dernière ligne droite

L'ISSEP (*Intensified Sleeping Sickness Elimination Programme*) est une initiative du gouvernement de l'Ouganda, de FIND et de l'OMS visant à intensifier l'élimination de la maladie du sommeil. Le programme couvre les sept districts en Ouganda où sévit la THA à *T.b. gambiense*, qui correspondent à une superficie de 16.460 km² dans le nord-ouest du pays et où vivent 2,22 millions d'habitants.

Au cours des deux dernières années, le programme a augmenté de manière significative l'accès aux

outils diagnostiques pour la THA dans les districts concernés, en fournissant des tests de diagnostic rapide à 200 centres de santé ruraux et urbains afin que le diagnostic initial soit établi près du domicile. Les capacités de diagnostic de confirmation ont été augmentées avec la création de neuf centres de microscopie à fluorescence LED (MF LED) et trois laboratoires équipés avec le test moléculaire LAMP pour effectuer des analyses de contrôle sur sang frais ou séché, après un résultat négatif au microscope chez des cas suspects.

Dans le cadre de l'ISSEP, les patients testés positifs par TDR et ceux présentant des signes cliniques fortement évocateurs sont dirigés vers l'installation équipée avec MF LED la plus proche. Si un suspect est toujours négatif au microscope, un échantillon de sang est prélevé et séché sur du papier filtre afin d'être transporté par les motocyclistes du programme dans le centre effectuant l'analyse par LAMP le plus proche



Les établissements mettant en œuvre l'ISSEP dans le nord-ouest de l'Ouganda. Les points verts clairs représentent les établissements exclus en juillet 2014.



(sauf si le test au microscope a été effectué dans l'un des trois centres LAMP).

Les patients testés positifs par LAMP sont considérés comme des suspects sérieux et des tests supplémentaires au microscope sont effectués, la démonstration des parasites étant actuellement requise pour la confirmation d'un cas.

Le programme ISSEP a été lancé en août 2013 et en juin 2014. 5,748 personnes avaient été testées pour la THA en utilisant les tests de diagnostic rapides (TDR). Sur 200 cas suspects identifiés, 6 ont été confirmés comme des cas de THA. Les données mettent en évidence un recul de la région endémique, et en juillet 2014, la zone couverte par le programme a été réduite à 125 installations effectuant des TDR, focalisées sur les zones où des TDR positifs avaient été signalés. Entre juillet 2014 et septembre 2015, 8,368 patients supplémentaires ont été testés pour la THA avec des TDR, et sur les 180 suspects identifiés, 6 cas supplémentaires ont été confirmés. Seulement 3 cas de THA ont été détectés entre janvier et septembre 2015, ce qui indique clairement que la THA transmise par *T.b. gambiense* continue de régresser en Ouganda. Pendant ce temps, le gouvernement ougandais mène un dépistage actif et ciblé dans les villages où les cas les plus récents ont été trouvés. Le modèle ISSEP se révèle être un grand succès pour accélérer l'élimination de la maladie du sommeil en identifiant les très rares cas restants.

B. RÉSULTATS DU PROJET DANS LA PROVINCE DU KONGO CENTRAL

Éliminer la trypanosomiase humaine africaine dans une région transfrontalière complexe

La République Démocratique du Congo (RDC) enregistre le plus grand nombre de cas de THA au niveau mondial, avec 84,5% des 3,206 cas déclarés en 2014. Parmi les provinces de la RDC où la THA est endémique, celle du Kongo Central (anciennement Bas Congo) est l'une des plus petites, et son foyer de THA est isolé des autres foyers du pays. Au cours des dix dernières années, seul un nombre relativement faible de cas de THA a été signalé chaque année, ce qui en fait un bon candidat pour l'élimination de la maladie grâce à un contrôle intensifié.

Les limites extérieures de ce foyer de THA se prolongent dans deux pays voisins, l'Angola et la République du Congo, ce qui rend la collaboration transfrontalière essentielle pour atteindre l'objectif de l'élimination.

La THA est endémique dans 23 des 31 zones de santé de la province du Kongo Central, représentant une superficie d'environ 33,800 km², avec plus de 4,5 millions de personnes exposées au risque d'infection. Au cours des dernières années, la surveillance de la maladie dans cette vaste province consistait en un dépistage actif avec le CATT effectué par une seule équipe mobile, et un dépistage passif réalisé dans seulement 36 centres de santé.

La topographie de la province présente de nombreux cours d'eau difficiles à naviguer, ce qui signifie que l'équipe mobile ne peut pas accéder aux villages les plus endémiques, et que les centres de santé qui offrent le dépistage sont souvent éloignés de la population à risque. L'élimination de la THA au Kongo Central requiert une stratégie permettant de dépister les cas le plus près possible de ces villages, tout en optimisant le rapport coût-efficacité, ainsi qu'une harmonisation des activités avec l'Angola et la République du Congo.

Grâce aux nouveaux outils de diagnostic développés conjointement par FIND et ses partenaires, le dépistage de la THA au Kongo Central a été radicalement amélioré. Des formations pour effectuer le test de diagnostic rapide de la THA ainsi que des kits de test ont été fournis à 597 centres de santé, qui sont maintenant responsables de la première étape du dépistage. Pour confirmer la maladie chez les suspects de la THA, 23 de ces centres ont été équipés pour effectuer les tests de parasitologie, y compris la microscopie à fluorescence LED, et cinq d'entre eux ont aussi été équipés pour effectuer le test moléculaire LAMP. Une remise à niveau des centres de santé a été lancée en 2014, tandis que la mise en œuvre de la stratégie a commencé en juillet 2015. À la fin octobre 2015, tous les 597 centres participaient au projet.

De juillet à novembre 2015, 3,609 TDR ont été effectués et sur les 119 positifs, 10 cas ont été confirmés. Parmi ces 10 cas, 7 avaient été dépistés dans les centres qui précédemment ne testaient pas la THA, et l'un de ces cas venait de l'Angola. Il est important de noter que 7 des cas diagnostiqués étaient au stade 1 ou au stade 2 précoce de la maladie, moins dangereux et plus faciles à traiter que le stade avancé lorsque le cerveau est affecté.

Joseph Ndungu et Sylvain Bieler

Formation sur la rédaction d'articles scientifiques

Tout scientifique doit faire connaître ses travaux et partager ses résultats en publiant des articles dans des revues scientifiques. Cependant, il n'est pas facile de rédiger un bon article scientifique, même pour des scientifiques expérimentés. Bien que chaque manuscrit soit différent, la plupart des articles sont écrits selon un format bien défini qui facilite le travail. Le 1 octobre 2015, le Dr. Veerle Lejon, directrice de la recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) a tenu un séminaire sur la rédaction d'articles scientifiques à l'Institut National de Recherche Biomédicale à Kinshasa, en République Démocratique du Congo. Le séminaire est résumé ci-dessous.

Une première étape importante dans le processus de rédaction d'un article est de définir le message principal. Tout ce que vous écrivez doit être lié à ce message. Ensuite, faites un plan basé sur des mots clés. Donnez les raisons pour lesquelles l'étude a été réalisée et dressez une liste des méthodes utilisées. Présentez les résultats en gardant à l'esprit qu'ils doivent soutenir le message principal. Enfin, donnez vos conclusions, les nouveautés et les limites de l'étude, ainsi que ses implications pour la pratique actuelle. Assurez-vous que vous avez rassemblé toutes les données nécessaires, tous les articles de référence et tous les tableaux et toutes les figures prévus. Maintenant vous êtes prêt à rédiger votre article!

Il faut ensuite reprendre les idées de votre plan sous forme d'un texte selon le modèle IMRAD (Introduction, Matériel et méthodes, Résultats et Discussion) qui est utilisé par la plupart des revues. Chacune de ces sections joue un rôle spécifique et possède sa propre structure.

L'introduction doit être courte (300-500 mots), fournissant les informations nécessaires pour comprendre l'article. Elle introduit la littérature du général au particulier et explique pourquoi le sujet est important. Elle reprend le problème ou les questions de recherche non résolues, et elle explique ce qui manquait dans les travaux précédents et ce qui est nouveau dans la présente recherche. A la fin de l'introduction, l'hypothèse de la recherche et/ou les objectifs de l'étude sont donnés.

La section sur le matériel et les méthodes explique comment les expériences ont été effectuées afin que des collègues puissent évaluer, voire reproduire les travaux. Cette section est généralement organisée chronologiquement ou par type de procédure. Le défi principal est de trouver un équilibre entre le détail et une longueur maximale d'environ 800 mots.

La section des résultats présente les résultats de l'étude, sans interprétation, sous forme de texte, de chiffres, de tableaux et de figures. La présentation est la même que celle de la section matériel et méthodes. Il n'est pas

nécessaire de donner tous les résultats, ce qui ferait perdre de vue le message principal. Cependant, tous les résultats liés au message principal, confirmant ou infirmant l'hypothèse initiale de recherche doivent être fournis.

La section sur la discussion contient les interprétations, les opinions et les implications de l'étude. La discussion doit répondre aux questions de recherche indiquées dans l'introduction et expliquer comment les résultats confirment les connaissances actuelles ou non. Les résultats doivent être expliqués et ne pas être répétés, et les questions secondaires non liées au message principal doivent être évitées. La discussion commence par une description des principaux résultats en une ou deux phrases. Ensuite, l'importance et la signification des résultats doivent être discutées, ainsi que les explications alternatives, y compris les doutes éventuels. Le contexte de la recherche internationale doit être au cœur de la discussion.

Il faut comparer et contraster les résultats observés avec ceux d'autres publications, expliquant les résultats inattendus et citer les forces et les faiblesses de l'étude, en accordant la même attention aux deux. La discussion est terminée en reprenant le message principal, suivi d'un paragraphe sur les applications, les recommandations et les implications pour les différentes parties prenantes, et en citant les perspectives de recherche.

Les références fournissent la source des informations utilisées dans le manuscrit. Ce que vous écrivez doit être original. Vous ne pouvez reproduire des expressions ou des phrases à partir d'autres articles que si vous citez l'article original. Pour ces raisons, le plus simple est d'inclure les citations déjà lors de la rédaction. Les citations et les références sont présentées généralement sous forme de numérotation, ou en fonction du premier nom de l'auteur et de l'année de publication. Le format dépend de la revue et il est décrit dans les lignes directrices données à l'intention des auteurs.

Une fois que ces sections ont été finalisées, l'essentiel de la rédaction est terminé. Il faut ensuite réviser l'article et vérifier si son message est clair, si chaque paragraphe représente une seule idée, si les phrases sont claires, en veillant à

supprimer les mots redondants. Le document doit être relu jusqu'à ce que vous sentiez que rien ne peut plus être amélioré. Pour cela, il faut souvent le relire plusieurs fois. Vérifier si toutes les citations et les références sont données et si elles correspondent. Vous pouvez ensuite faire circuler le manuscrit parmi vos co-auteurs. Si vous êtes un rédacteur inexpérimenté, n'attendez pas d'avoir terminé la rédaction avant de faire relire votre texte section par section par votre superviseur afin de gagner du temps.

Maintenant, il reste deux tâches importantes. Tout d'abord, trouver un bon titre qui attire l'attention des lecteurs potentiels. Le titre doit être court, avec environ 10 mots clés qui caractérisent le contenu de l'article. Il faut ensuite créer un abstract qui doit être une version condensée

de l'article, et qui donnera envie au lecteur de poursuivre la lecture et à l'éditeur de la revue d'envisager la publication de votre manuscrit. Un abstract comporte généralement 250 à 300 mots, et il peut être structuré ou non structuré en fonction de la revue. Pour le premier avant-projet de votre abstract, commencez par une phrase décrivant l'hypothèse de recherche. Reprenez ensuite des phrases de votre texte décrivant les grands objectifs, la méthodologie, les résultats et les conclusions, en vous limitant à deux ou trois phrases pour chaque section. Ensuite, supprimer tous les mots et les phrases non essentiels. Compte tenu de son importance, le résumé ne doit jamais être écrit à la hâte.

Lorsque toutes ces sections sont finalisées, votre manuscrit est prêt pour être soumis.

Bonne chance !

La présentation complète, conçue comme un manuel pour l'écriture de l'article, peut être consultée à : <http://umr-intertryp.cirad.fr/content/download/4411/32981/version/1/file/Scientificwriting-15-10-01.pdf>

Les sources suivantes ont été consultées pour préparer le séminaire:

- Writing Workshop: PLoS and PLoS Neglected Tropical Diseases. <http://journals.plos.org/plosntds/s/commitment-to-capacity>
- San Francisco edit newsletters: www.sfedit.net
- Docherty & Smith. The case for structuring the discussion of scientific papers. *BMJ* 1999;318:1224-5.
- Kallestinova E.D. How to Write Your First Research Paper. *Yale Journal of Biology and Medicine* 84 (2011), pp.181-190.



Dr. Veerle Lejon
Directrice de
recherche, IRD,
France

Publications scientifiques récentes lues pour vous

1. Simo G, Rayaisse JB. Challenges facing the elimination of sleeping sickness in west and central Africa: sustainable control of animal trypanosomiasis as an indispensable approach to achieve the goal. *Parasit Vectors*. 2015 Dec16;8(1):640

Résumé

Les trypanosomiasés africaines sont des maladies infectieuses provoquées par les trypanosomes. La trypanosomiase animale africaine (TAA) reste une menace importante pour la production de bétail dans certaines zones touchées, tandis que l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine (THA) est prévue pour 2020. En Afrique occidentale et centrale, il a été démontré que les parasites responsables de ces maladies peuvent coexister chez la mouche tsé-tsé ou chez le même animal. Dans ces milieux complexes, le contrôle de ces maladies doit être replacé dans le contexte général de la lutte contre la trypanosomiase, ou du concept « une santé » où la coordination des opérations de contrôle sera bénéfique pour les deux maladies. Ainsi, la mise en œuvre des activités de contrôle sur la TAA aidera à maintenir le contrôle de la THA. Elle aura également un impact positif sur la santé animale et le développement économique des régions. La formation des habitants sur la façon de mettre en œuvre et de maintenir les outils de lutte antivectorielle assurera une viabilité à long terme des opérations de contrôle qui conduiront à l'élimination de la THA et de la TAA.

2. Rodgers J, Bradley B, Kennedy PG, Sternberg JM. Central Nervous System Parasitosis and Neuroinflammation Ameliorated by Systemic IL-10 Administration in *Trypanosoma brucei*-Infected Mice. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 Oct 27;9(10)

Résumé

L'invasion du système nerveux central (SNC) par les trypanosomes africains représente une étape cruciale dans le développement de la trypanosomiase humaine africaine. Dans la clinique avec les deux stades de la maladie et dans le modèle d'infection expérimentale chez la souris, il a été démontré que la prédisposition à l'invasion du système nerveux central est associée à un type de réponse inflammatoire systémique.

En utilisant le modèle d'infection expérimentale à *Trypanosoma brucei brucei* GVR35, les auteurs ont démontré que l'administration systémique de la cytokine anti-inflammatoire IL-10 réduit les taux plasmatiques d'IFN- γ et de TNF- α et la concentration des parasites dans le SNC, et qu'elle améliore la pathologie inflammatoire neuronale et les symptômes cliniques de la maladie. Ces résultats démontrent que l'invasion du système nerveux central peut être sensible à l'atténuation des réponses immunitaires.

Florent Mbo

Autres publications scientifiques récentes

1. Bonnet J, Boudot C, Courtioux B. Overview of the Diagnostic Methods Used in the Field for Human African Trypanosomiasis: What Could Change in the Next Years? *Biomed Res Int*. 2015;2015:583262
2. Burri C, Yeramian PD, Allen JL, Merolle A, Serge KK, Mpanya A, Lutumba P, Mesu VK, Bilenge CM, Lubaki JP, Mpotu AM, Thompson M, Mu-nungu BF, Manuel F, Josenando T, Bernhard SC, Olson CA, Blum J, Tidwell RR, Pohlig G. Efficacy, Safety, and Dose of Pafuramidine, a New Oral Drug for Treatment



- of First Stage Sleeping Sickness, in a Phase 2a Clinical Study and Phase 2b Randomized Clinical Studies. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016 Feb 16;10(2)
3. Cecchi G, Paone M, Argilés Herrero R, Vreysen MJ, Mattioli RC. Developing a continental atlas of the distribution and trypanosomal infection of tsetse flies (*Glossina* species). *Parasit Vectors*. 2015 May 22;8:284
 4. Jones DC, Foth BJ, Urbaniak MD, Patterson S, Ong HB, Berriman M, Fairlamb AH. Genomic and Proteomic Studies on the Mode of Action of Oxaboroles against the African Trypanosome. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 Dec 18;9(12)
 5. Kaiser M, Mäser P, Tadoori LP, Ioset JR, Brun R. Antiprotozoal Activity Profiling of Approved Drugs: A Starting Point toward Drug Repositio- ning. *PLoS One*. 2015 Aug 13;10(8)
 6. Kato CD, Alibu VP, Nanteza A, Mugasa CM, Matovu E. Interleukin (IL)-6 and IL-10 Are Up Regulated in Late Stage *Trypanosoma brucei rhodesiense* Sleeping Sickness. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 Jun 19;9(6)
 7. Kato CD, Nanteza A, Mugasa C, Edyelu A, Matovu E, Alibu VP. Clinical profiles, disease outcome and comorbidities among *T. b. rhodesiense* sleeping sickness patients in Uganda. *PLoS One*. 2015 Feb 26;10(2)
 8. Kato CD, Matovu E, Mugasa CM, Nanteza A, Alibu VP. The role of cytokines in the pathogenesis and staging of *Trypanosoma brucei rhodesiense* sleeping sickness. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2016 Jan 22;12:4.
 9. Lamour SD, Gomez-Romero M, Vorkas PA, Alibu VP, Saric J, Holmes E, Sternberg JM. Disco- very of Infection Associated Metabolic Markers in Human African Trypanosomiasis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 Oct 27;9(10)
 10. Lumbala C, Simarro PP, Cecchi G, Paone M, Franco JR, Kande Betu Ku Mesu V, Makabuza J, Diarra A, Chansy S, Priotto G, Mattioli RC, Jannin JG. Human African trypanosomiasis in the Democratic Republic of the Congo: disease distribution and risk. *Int J Health Geogr*. 2015 Jun 6;14:20
 11. Mukadi P, Lejon V, Barbé B, Gillet P, Nyembo C, Lukuka A, Likwela J, Lumbala C, Mbaruku J, Vander Veken W, Mumba D, Lutumba P, Muyembe JJ, Jacobs J. Performance of Microscopy for the Diagnosis of Malaria and Human African Trypanosomiasis by Diagnostic Laboratories in the Democratic Republic of the Congo: Results of a Nation-Wide External Quality Assessment. *PLoS One*. 2016 Jan 20;11(1)
 12. Musaya J, Matovu E, Nyirenda M, Chisi J. Role of cytokines in *Trypanosoma brucei*-induced anaemia: A review of the literature. *Malawi Med J*. 2015 Jun;27(2):45-50
 13. Nzou SM, Fujii Y, Miura M, Mwau M, Mwangi AW, Itoh M, Salam MA, Hamano S, Hirayama K, Kaneko S. Development of multiplex serological assay for the detection of human African trypanosomiasis. *Parasitol Int*. 2016 Apr;65(2):121-7
 14. Pohlig G, Bernhard SC, Blum J, Burri C, Mpanya A, Lubaki JP, Mpotu AM, Munungu BF, N'tombe PM, Deo GK, Mutantu PN, Kuikumbi FM, Mintwo AF, Munungi AK, Dala A, Macharia S, Bilenge CM, Mesu VK, Franco JR, Dituvanga ND, Tidwell RR, Olson CA. Efficacy and Safety of Pafuramidine versus Pentamidine Maleate for Treatment of First Stage Sleeping Sickness in a Randomized, Comparator-Controlled, International Phase 3 Clinical Trial. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016 Feb 16;10(2)
 15. Simarro PP, Cecchi G, Franco JR, Paone M, Diarra A, Priotto G, Mattioli RC, Jannin JG. Mo- nitoring the Progress towards the Elimination of Gambiense Human African Trypanosomiasis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 Jun 9;9(6)
 16. Steinmann P, Stone CM, Sutherland CS, Tanner M, Tediosi F. Contemporary and emerging strategies for eliminating human African trypanosomiasis due to *Trypanosoma brucei gambiense*: review. *Trop Med Int Health*. 2015 Jun;20(6):707-18
 17. Sternberg JM, Gierliński M, Biéler S, Ferguson MA, Ndung'u JM. Evaluation of the diagnostic accuracy of prototype rapid tests for human African trypanosomiasis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014 Dec 18;8(12)

Aita Signorell

Nécrologie

Reine Gressiti (Batangafo, République Centrafricaine)

Reine était infirmière au sein de l'équipe de l'étude fexinidazole au Batangafo, zone à haute endémie de trypanosomiase en République Centrafricaine. Nous avons reçu ce commentaire pour son souvenir de la part de l'investigateur, le Dr. Francis Regongbenga:

« Alors que ta famille, ta nation toute entière et les diverses Organisations pour lesquelles tu travailles, dont DNDi, ont encore besoin de toi, voilà que la mort t'arrache suite à un incident traumatique survenu pendant que tu étais en train de sauver une vie. »

Qu'elle repose en paix.



Dosithe Mafuta : 37 ans au service de la lutte contre la maladie du sommeil en RDC

Chef de l'équipe mobile de Kwamouth avant sa mort, Mafuta nous a quitté le 21 août 2015 à l'Hôpital Général de Bandundu, suite à une longue maladie.

J'ai passé de bons moments avec Dosithe Mafuta. J'ai pu apprécier son sens managérial hors norme lors de nos réunions de l'équipe cadre de la zone (ECZ) de santé rurale de Kwamouth, et surtout durant les itinérances de l'équipe mobile et les actions d'envergure dans la zone de santé de Kwamouth. Il a rendu d'énormes services à la population de cette zone de santé. Il est parfois difficile d'oublier un être très cher qui vous a appris la maladie du sommeil et qui, de son vivant, était considéré comme le maître à bord. Chef d'unité mobile Mafuta, on se souviendra de toi.

Le chef Dosithe Mafuta, né en 1957, a obtenu son diplôme d'infirmier et s'est engagé immédiatement comme infirmier au CDTC M'poo en 1978 (Zone de santé de Sia).

Trois ans après, il a été muté comme infirmier à l'équipe mobile de Semendwa. Après quelques années, il a été muté de nouveau comme infirmier microscopiste à l'équipe mobile de Masimanimba. En 1995, a été promu chef de l'équipe mobile de Masimanimba, où il a exercé son métier avec brio. En 2004, la direction du PNLTHA l'a maintenu au poste de chef à l'équipe mobile de Kwamouth.

Il a contribué en tant que chef d'unité mobile à la formation pratique de médecins coordonnateurs provinciaux, médecins chefs de zone, biologistes médicaux, techniciens de laboratoire, et infirmiers titulaires des aires de santé endémiques dont certains sont des cadres actuellement au niveau central du PNLTHA de la RDC hyper endémique en THA. En 2006, pendant que plusieurs zones de santé de la contrée étaient endémiques en THA, mais leurs ECZs ne s'occupaient pas de cette maladie, Dosithe a suggéré d'intégrer les activités THA dans nos monitorages mensuels et annuels de la zone de santé rurale de Kwamouth. Au-delà des activités sur la THA, lors des itinérances de l'équipe mobile, Dosithe Mafuta partait vacciner les enfants dans des villages d'accessibilité difficile, non couverts par la zone de santé.

Que son âme repose en paix !!!



Digas Ngolo Tete, Investigateur Coordonnateur Fexinidazole

Visites et réunions



Visite du Coordinnateur au bureau régional de DNDi à Nairobi, Octobre 2015



Visite du Coordinnateur au KARI, Octobre 2015

Participation de plateforme THA à la conférence sur la THA, Université de Juba, Sud Soudan, Novembre 2015



Participation à la 21^{ème} session JAF-APOC, 16-17 décembre 2015, Kampala, Ouganda, et réunion de prise de contact de la délégation de DNDi Genève avec la directrice du programme onchocercose en RDC et la délégation camerounaise

Naissances dans les familles de coordonnateur fexinidazole et investigateurs des sites des essais cliniques



Annaelle Lumeya,
fille de Dr Lumeya,
investigateur, RDC



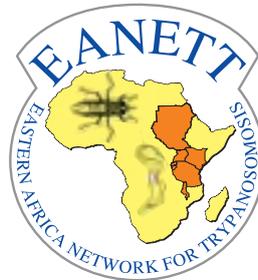
Digrace Ngolo Ofraël,
fils de Dr Digas Ngolo,
coordonnateur essai cli-
nique sur le fexinidazole,
RDC



Pavel Badibanga,
fils de Badibanga,
superviseur
laboratoire,
coordination
fexinidazole



Mike Exaucé
Mayala, Fils de
Dr Tim Mayala,
co-investigateur,
RDC .



**4ème REUNION SCIENTIFIQUE CONJOINTE
PLATEFORME THA-EANETT**

**Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine:
Un même objectif pour la recherche et le contrôle
CONAKRY, GUINEE, 20-22 SEPTEMBRE 2016**

La date limite pour l'enregistrement et la soumission
des résumés pour présentations orales et posters:
30 juin 2016

La plateforme THA et DNDi aimeraient remercier les donateurs suivants pour leur soutien depuis 2003 :

- Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID) / ESPAGNE
- Agence Française de Développement (AFD) / FRANCE
- Agence Norvégienne de Développement (NORAD) / NORVEGE
- Agence suisse pour la coopération et le développement (SDC) / SUISSE
- Département pour le développement international (DFID) / ROYAUME-UNI
- Fondation Medicor / LIECHTENSTEIN
- Gouvernement allemand BMBF à travers le KfW (faisant partie du programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne) / ALLEMAGNE
- Médecins Sans Frontières / INTERNATIONAL
- Ministère des affaires étrangères et européennes (MAEE) / FRANCE .
- Ministère des affaires étrangères de Pays-Bas (DGIS) / PAYS-BAS
- République et Canton de Genève, service de la solidarité internationale / SUISSE
- Une fondation suisse privée et des donateurs individuels
- Union européenne – 6^{ème} programme cadre

Écrire à :

Coordination de la Plateforme THA

Avenue Milambo N°4 Q/Socimat
Kinshasa, Gombe, République Démocratique du Congo
Email : fmbo@dndi.org
Tél : 00243 81 4313838