

# LA LETTRE DU RESEAU VHCO

Bulletin d'information du réseau hépatite C Ouest

Mai 2000

# 8

## SOMMAIRE

### Editorial

Dr Claude EUGENE, CHI Poissy

### Projets du Réseau

Dr Jacques DOLL, CH Versailles

L'Hépatite C dans les congrès  
La ribavirine en ville (Rebetol™)  
Le réseau VHCO sur Internet

Dr Antoine GRANVEAU, CHI Poissy

## PROCHAINE REUNION

**Le thème et la date de notre prochaine réunion ne sont pas encore définis. Vous pouvez nous faire part de vos SUGGESTIONS par courrier, fax ou e-mail (coordonnées plus loin)**

## EDITORIAL

Dr Claude EUGENE

Je voudrais aborder 3 points qui me paraissent positifs : a) Les progrès du traitement de l'hépatite C, b) L'approche consensuelle des malades infectés par le VHC (qu'on appelle maintenant travail en « en réseau »...), c) le réseau VHCO lui-même.

### 1. **Les résultats du traitement de l'hépatite C sont bien meilleurs avec la bithérapie.**

Je rappellerai simplement les faits suivants.

L'association interféron + ribavirine est devenue le traitement de référence. La monothérapie est réservée aux contre-indications de la ribavirine (problèmes cardio-vasculaires, anémie...).

Chez le malade naïf (traité pour la 1<sup>ère</sup> fois) les résultats de la bithérapie (éradication virale prolongée, c'est à dire confirmée 6 mois après l'arrêt du traitement) vont de 28% (12 mois de bithérapie pour un génotype 1 avec virémie élevée) à 80% (12 mois de bithérapie dans les

cas les plus favorables), en passant par 64% (6 mois de bithérapie pour un génotype 2 ou 3).

Chez le malade qui a répondu puis rechuté, une bithérapie de 6 mois donne en moyenne 50% de réponse virale prolongée (avec des extrêmes de 25% à 100% selon le génotype et la charge virale).

L'interféron pegylé donne à lui seul des résultats approchant ceux de la bithérapie. Les résultats de l'association IFN pegylé seront sans doute encore supérieurs. A suivre !

**Il est donc temps de dépister les patients *transfusés* avant 1991 et les anciens *toxicomanes* !**

### 2. **L'approche en commun ('en réseau') du malade infecté par le VHC se développe.**

Plusieurs arguments pour étayer cette impression.

Les 2 dernières réunions organisées sur la co-infection VHC-VIH ont été fort appréciées. La première a été organisée par Jacques DOLL à VERSAILLES et avait le Pr Stanislas POL comme orateur. La seconde a été organisée, avec talent, par les médecins généralistes de la FMC de POISSY, le 27/01/2000. Les intervenants étaient des généralistes (François CORDONNIER, Christian FASANINO) et des spécialistes hospitaliers, hépatologues (Claude EUGENE et Antoine GRANVEAU) ou impliqués dans la prise en charge du VIH (Hélène MASSON et Yves WELKER).

J'ai pu constater personnellement que le nombre de généralistes qui souhaitent participer activement au traitement (surveillance et prescription de la bithérapie) augmente régulièrement.

3. Les actions du réseau VHCO se diversifient. Jacques DOLL vous en fait part ci-dessous. Par ailleurs, notre site internet est (enfin !) plus facilement accessible sur le site

<http://www.remisy-ressy.org>, que nous remercions et tout particulièrement son « webmaster », le Dr Alain SICHEL.

Vous pouvez aussi joindre notre « attaché réseau », le Dr Antoine Granveau, à l'adresse suivante : [attachervhco@free.fr](mailto:attachervhco@free.fr) On vous attend !

## Projets du Réseau Dr Jacques DOLL

Un projet déposé par le Réseau VHCO dans le cadre de la circulaire DGS/DH 99/299 du 21/5/99 a été retenu pour budgétisation à partir de l'année 1999. Il consiste à mettre à la disposition des structures toxicomanies (CSST) et alcoologie (CCAA) qui en ont fait la demande, une consultation mixte avancée d'un médecin spécialiste hospitalier et d'une infirmière afin d'améliorer :

- le dépistage in situ de l'hépatite C et du VIH,
- la prise en charge et le suivi des traitements pour les patients ne disposant pas ailleurs de cette possibilité,

- les relations entre services hospitaliers spécialisés référents et structures de prises en charge extra hospitalières pour faciliter et développer le travail en réseaux de soins.

En effet, des rencontres préalables avec certaines de ces équipes avaient permis de constater que le dépistage de ces deux pathologies était loin d'être **systématiquement proposé** ainsi qu'il aurait dû l'être dans ces populations à risque, que nombre de patients ne faisaient pas la démarche de se rendre sur les lieux de dépistage quand il était prescrit et qu'une partie de la file active n'était suivie par aucune autre structure.

La mise à disposition d'intervenants « extérieurs » spécialisés était un moyen de rendre plus efficace le système de soins ainsi que cela avait été réalisé à partir de 1988 avec les consultations VIH avancées en milieu carcéral.

Ce projet a donc été présenté aux équipes des 3 CEDAT et des 6 Centres (5 publics, 1 privé) d'Alcoologie des Yvelines. Après travail de réflexion, les 3 CEDAT ont accepté cette proposition avec une évaluation de fréquence de consultation mixte hebdomadaire. Sur les 5 Centres d'Alcoologie publics, 3 ont accepté avec une fréquence de consultation mensuelle, le Centre Privé d'Alcoologie a demandé une fréquence hebdomadaire.

La consultation se fera sous la forme d'une vacation médicale couplée à une vacation infirmière assurées par du personnel de l'hôpital le plus proche, un temps étant prévu pour assurer des réunions trimestrielles de synthèse avec les équipes bénéficiaires. L'évaluation se fera sur l'étude des files actives en termes de dépistage et de taux de patients suivis par pathologie dépistée.

Un budget de 281800 Francs a donc été accordé, l'avancement du projet étant actuellement au niveau du passage des conventions entre les hôpitaux publics concernés.

Dans le cadre de la programmation des actions déconcentrées de lutte contre le VHC pour l'année 2000, le réseau a déposé, pour budgétisation, trois demandes. La première concerne une action de formation pour les médecins et les pharmaciens, la seconde la poursuite de l'animation du réseau inter

disciplinaire et la troisième l'élaboration d'un répertoire des ressources départementales et sa diffusion. Ces demandes seront évaluées après transmission avant le 30 juin par le Bureau de la Division SIDA de la Sous Direction de la Veille Sanitaire.

### L'HEPATITE C DANS LES CONGRES

#### American Association for the Study of Liver Disease ( Docteur J DOLL)

La 50ème édition de l'AASLD a eu lieu début novembre 99 à Dallas.

#### Premiers résultats de l'Interféron Retard (Pegylé) :

- En **monothérapie** durant 48 semaines chez des patients à fibrose évoluée (F3 - F4), Heathcote a montré, dans une étude multicentrique chez 271 patients, une supériorité significative de la dose la plus forte sur l'IFN « classique » en termes de réponse virologique à long terme (29 % versus 6 %) mais cette réponse reste faible en cas de génotype 1 (10 %) versus 0 %. La tolérance plaquettaire est un peu moins bonne mais les arrêts dans les 3 groupes sont comparables.
- En **bithérapie** avec la Ribavirine, les premiers résultats d'un essai montpellierain de phase 2 sont encourageants avec 80 % de réponse virologique à long terme sur un petit nombre de 72 patients.

#### Traitement des patients rechuteurs :

- L'étude multicentrique française d'Isabelle Portal sur 223 patients a confirmé l'intérêt d'un retraitement par bithérapie versus monothérapie, sans utilité de poursuivre la Ribavirine au delà des 24 premières semaines, quels que soient le génotype et la charge virale initiale. On peut regretter que cette étude, cependant déjà complexe dans son schéma ne puisse répondre à la question de la durée de traitement par IFN (24 ou 48 semaines).
- Deux autres essais, sur de petits nombres de patients (60 et 50) ont montré l'intérêt de porter de 24 à 48 semaines la durée du traitement chez les patients à génotype 1 et la supériorité de la bithérapie dans ce cas.

#### Traitement des patients non répondeurs :

- Une dizaine de travaux, sur des nombres variables de patients comportant cependant parfois des rechuteurs avec des durées de bithérapie de 24 à 48 semaines, donnent des taux de réponses soutenues proches de 20 % avec un avantage pour la durée de 48 semaines, même s'il n'apparaît pas à l'évidence significatif.

#### Rôle de la race

- Mac Hutchison, sur les 1744 patients des deux grandes études internationales, a montré que les patients de race noire avaient des réponses virologiques à long terme significativement

moins fréquentes que les caucasiens après bithérapie (27 % versus 37 %), et ce de façon indépendante du génotype pourtant presque exclusivement de type 1 chez ces patients.

#### Patients avec fibrose avancée (F3-F4)

- Ils ont plus souvent une réponse virologique prolongée (33 % versus 22 % non significatif), avec un taux intéressant de 28 % en cas de cirrhose, s'ils sont traités par bithérapie plutôt qu'en monothérapie dans l'étude multicentrique française d'Abergel alors que la Ribavirine n'était prise que durant les 24 premières des 48 semaines de traitement.

#### Patients à transaminases normales :

- 105 des 1744 patients des deux études internationales de Poynard et Mac Hutchison à ALAT < ou = à 1,3 N ont présenté des taux de réponse prolongée comparables, dans les 4 groupes de traitement, à celles des patients avec transaminases > ou = à 1,3 N. La seule variable associée au chiffre bas de transaminases était le poids < ou = à 75 kilos.
- D'autres études ont confirmé le caractère globalement moins avancé de l'hépatopathie, tant en termes d'activité que de fibrose, et la possibilité de lésions évoluées de fibrose dans 20 % des cas malgré la normalité des ALAT.

#### Hépatite minime

- La réponse virologique prolongée est comparable à celle des patients avec hépatite plus importante.
- Le suivi sur 28 mois, à partir d'une étude de cohorte de 1149 patients, a montré une aggravation de la fibrose dans 26 % des cas avec les facteurs de risque suivants : âge, alcool, sexe masculin.
- Dans une étude de modélisation médico-économique comparant 4 attitudes (pas de traitement, traitement des patients biopsiés avec cirrhose, traitement des patients biopsiés avec hépatite modérée, traitement d'emblée), c'est le traitement initial d'emblée des hépatites modérées qui s'est avéré le plus efficace en termes de risque de cirrhose, d'augmentation d'espérance de vie et de diminution des coûts.

#### Qualité de la réponse virologique prolongée :

- Plusieurs études, dont une sur un grand nombre de patients à partir de 4 essais multicentriques internationaux, ont confirmé que le taux de rechute virologique tardif, au delà des 6 premiers mois de suivi, était faible, < 3 %, et un peu plus important en cas de monothérapie par IFN (non significatif) sans différence selon le statut naïf ou rechuteur, la durée de suivi, la charge virale ou, de façon significative, le génotype. La persistance du virus de l'hépatite C dans le foie 6 mois après la fin du traitement semble, par contre, prédictive de rechute mais elle peut être faussement négative.

#### Date et valeur prédictive de la PCR pour la réponse prolongée

- Il a été indiqué qu'il fallait attendre le résultat de la 24ème semaine de traitement par bithérapie, car la détermination à la 12ème semaine aurait classé 9 % des patients avec

réponse prolongée comme non répondeurs, contre 2 % seulement pour la détermination effectuée à 24 semaines.

#### Transmission materno-fœtale

- Une étude de 252 enfants nés de mères séropositives pour le VHC et négatives pour le VIH, a montré un taux de transmission de 4 % chez les mères virémiques et 0 % chez les mères non virémiques (2,8 % globalement), tous les enfants non infectés étant redevenus séro-négatifs au contrôle du 24ème mois. 3 des 7 enfants virémiques ont éliminé spontanément leur virus, 2 étant restés séronégatifs. Les facteurs de risque indépendants de transmission, étaient la charge virale maternelle élevée, la rupture de la poche des eaux depuis plus de 6 heures, l'utilisation d'un monitoring interne du fœtus per-partum. La voie d'accouchement et l'allaitement n'intervenaient pas.

#### Co-infections VIH-VHC

- Elles ont été abordées dans une quinzaine de travaux. Le travail rétrospectif de l'équipe de la Pitié sur une série de 162 patients a montré que l'utilisation d'antiprotéases et la durée de celle-ci dans un traitement antirétroviral, était associée à un score de progression de fibrose plus faible sans que les facteurs étudiés, notamment le taux de CD4, puissent expliquer cette constatation.

#### Journées Francophones de Pathologie Digestive (Nice 18-22 mars 2000) (Dr A GRANVEAU)

Sur le plan diagnostique, le **dépistage** par les généralistes est souhaitable, suivant les recommandations « strictes », chez les patients aux antécédents de transfusion avant 1991 ou de toxicomanie intra-veineuse, l'élargissement des critères de dépistage a multiplié par deux le coût par cas dépisté (Gournay, Galmiche).

Le rôle des **endoscopies digestives** dans la contamination est actuellement probablement nul, les mesures de désinfection sont efficaces sur le virus, mais certaines équipes ont retrouvé que les antécédents d'endoscopie digestive étaient un facteur de risque indépendant de contamination. (Ardizzone, Gaudin, Guyader)

La **vaccination contre l'hépatite A** chez les VHC positifs sera proposée après confirmation d'une sérologie Ac anti-VHA totaux négative car elle est plus coût-efficace qu'une vaccination systématique à l'aveugle (Rufat).

La **guérison spontanée de l'hépatite C** est plus fréquente chez les femmes, lors d'une contamination par toxicomanie ou chez les porteurs de l'allèle DQB1\*0301 du système HLA-II. Le sérotype viral n'influe pas sur cette guérison (Alric).

L'essentiel de la **fibrose** se constitue chez les patients infectés après l'âge de 50 ans (Poynard).

L'existence d'une cirrhose lors du diagnostic initial apparaît liée à l'activité histologique, à l'ancienneté de la maladie, mais pas

au génotype (Bastie). La vitesse de progression de la fibrose semble liée à l'activité histologique initiale, en l'absence de traitement (Bastie).

**L'alcool**, en l'absence complète de **stéatose**, n'est pas un facteur de progression de la fibrose, mais le devient de façon prépondérante si une stéatose même minime est présente (Serfaty).

Sur le plan thérapeutique, l'interféron seul n'est pas efficace sur **les hépatites à transaminases normales** (Hézode), ni sur les **hépatites minimes** qui peuvent même s'aggraver secondairement au traitement (Castéra). Chez les porteurs de **génotype 1b**, une **étude pilote** comportant un bras avec interféron quotidien montre une négativation précoce de la PCR mais 3/6 patients ont rechuté précocement après l'arrêt du traitement, et l'adjonction de ribavirine à ce traitement quotidien reste à évaluer (Hézode). Chez les répondeurs à 12 mois d'IFN seul, il n'est pas utile d'arrêter progressivement l'IFN (Alic). **L'interféron** améliore le score de **fibrose** chez 19% des répondeurs et chez 10% des non-répondeurs (Bastie).

La bithérapie IFN-ribavirine semble être efficace dans la prévention de l'hépatite chronique sur greffon chez les **transplantés hépatiques** pour cirrhose virale C.

**Commentaires (A Granveau) :** Pas de révolution annoncée cette année, les résultats thérapeutiques présentés concernent surtout l'interféron en monothérapie et tendent à confirmer sa faible efficacité virologique à long terme, avec néanmoins un probable effet stabilisant ou retardant la fibrose qui pourrait être intéressant chez les patients non répondeurs. Aucun résultat concernant le PEG-Interféron n'a été communiqué...

Sur le plan épidémiologique, une polémique prend forme entre partisans d'un dépistage coût-efficace qui risque de méconnaître 30 à 40% des patients infectés et ceux qui préfèrent un dépistage élargi, plus cher mais plus apte à dépister les patients sans facteur de risque patent (transfusion avant 1991, toxicomanes). La contamination per endoscopique semble inexistante depuis l'instauration de recommandations strictes de désinfection du matériel, mais le risque ne semble pas exclu si l'examen a été effectué avant ces recommandations en 1996, ce qui pourrait expliquer les divergences de conclusion entre différentes équipes, certaines études épidémiologiques ayant conclu à l'absence de risque de transmission lié aux antécédents d'endoscopie.

**35<sup>th</sup> Annual Meeting of the European  
Association for the Study of Liver Disease  
29 avril-3 mai 2000, Rotterdam**

Les résumés de ce congrès étaient disponibles sur Internet, avant même le début de la réunion... Les communications suivantes ont attiré notre attention :

**-Interféron pégylé :** 2 études ont concerné les 2 molécules existantes.

**Zeuzem et al** ont étudié le PEGASYS<sup>o</sup> 180 mcg/sem pendant 48 semaines (267 patients) versus IFN alfa 2a 6 MU trois fois par semaine pendant 12 semaines puis 3 MU trois fois par semaine les 36 semaines restantes (264 patients). Une réponse virologique prolongée 6 mois après l'arrêt du traitement était observée dans respectivement 39% et 19% des cas.

**Trépo et al** ont comparé le PEG-Intron à **0,5, 1**, et **1,5** mcg/kg/semaine chez respectivement 315, 297, et 304 patients, à l'interféron alfa 2b aux doses de 3 MU trois fois par semaine durant 48 semaines. Les réponses prolongées étaient respectivement de 18%, 25%, 23%, versus 12%.

Les résultats entre les deux interférons pégylés semblent en faveur du Pegasys<sup>o</sup>, mais on peut noter que dans les deux études le taux de réponse prolongée est doublé par le PEG interféron par rapport à l'interféron standard. L'analyse des populations de patients dans les 2 études montre un pourcentage de génotype 1 plus important dans l'étude Peg-Intron (70% vs 63%), les autres facteurs de non réponse semblent de fréquence similaire dans les 2 études.

Plutôt que de conclure à la supériorité d'une molécule sur l'autre, il faut surtout retenir un doublement du taux de réponse prolongée quand on traite en monothérapie par interféron pégylé, et nous attendons avec impatience les résultats de la thérapie combinée avec PEG-interféron et ribavirine...

**-Autres résumés :**

**-Epidémiologie :**

-La distribution des génotypes est en évolution, le génotype 1a semble émerger chez les toxicomanes, et la transmission par transfusion de dérivés du sang est en constante diminution (Bourlière *et al*)

-Dix ans après contamination, 13,3% des porteurs sont symptomatiques, dont un tiers présentent des symptômes sévères d'hépatopathie (Harris *et al*).

**-Traitements :** de nombreux résumés présentent des résultats partiels d'études en cours, que nous ne citerons pas. On pourra néanmoins noter :

**-Patients naïfs :** Le traitement par interféron seul chez les patients à transaminases normales est confirmé inefficace par 2 équipes (Hézode *et al*, Coll *et al*). Une étude chez ces patients traités par bithérapie est en cours.

**-Rechuteurs (RR) et non-répondeurs(NR) :** L'équipe de Marseille confirme l'intérêt de la bithérapie chez les RR pendant 24 semaines, sans bénéfice quand le traitement est prolongé 48 semaines chez les patients avec virémie forte (Portal *et al*). Andreone *et al* confirme l'absence de bénéfice à prolonger au delà de 6 mois la bithérapie chez les NR initiaux. A l'inverse Gallego *et al* préconise une bithérapie de 48 semaines chez les patient virémiques à S 12 mais ayant normalisé les ALAT. Salmeron *et al* confirment cette durée et retrouvent 25 % de réponse prolongée chez les NR initiaux à l'interféron seul, et 64 % chez les RR initiaux.

-**Amantadine**: Plusieurs études pilotes ou essais en cours évaluent l'intérêt d'ajouter cette molécule à la bithérapie interféron-ribavirine, sans résultats définitifs pour l'instant.

-**Divers** : La réponse prolongée 6 mois après arrêt du traitement est le plus souvent définitive (Fontaine *et al*). 8% des cirrhoses (stade METAVIR F4) régressent après traitement (Pol *et al*).

Nous reviendrons sur les communications les plus intéressantes, au fur et à mesure de leur publication sous forme d'articles, dans les prochains numéros de « La Lettre du Réseau VHCO »

## LES NOUVEAUTES THERAPEUTIQUES

**Rébetol° en ville** : Rappelons que depuis le début du mois de février le Rébetol° (ribavirine) est délivré en officine, que la prescription initiale reste hospitalière mais que le renouvellement peut être effectué par le médecin traitant avec les précautions maintenant « classiques » que sont le contrôle préalable du taux d'hémoglobine, et l'absence de toute grossesse évolutive attestée par un dosage mensuel négatif des bêta-HCG chez les femmes traitées en âge de procréer, la mention de la réalisation de ce test devant être écrite sur l'ordonnance, et le renouvellement des recommandations de contraception efficace pour les conjoints chez les hommes traités.

**PEG-Interféron** : Les deux laboratoires leaders ont élaboré chacun une forme pégylée d'interféron, respectivement **Pegasys°** pour Roche et **Viraféron-PEG°** pour Schering-Plough. Aucun résultat n'est encore publié, mais des abstracts ou des résultats préliminaires non publiés encourageants commencent à circuler.

Les avantages de ces formes « retard » sont, outre une injection unique hebdomadaire, une efficacité virologique accrue, grâce à un relargage continu de l'interféron permettant des taux sanguins en plateau tout au long de la semaine. Les résultats préliminaires de réponse virologique font mention de taux d'efficacité compris entre 25 et 39 % (PCR négative 6 mois après l'arrêt du traitement), tous génotypes et charges virales confondus, les facteurs de moins bonne réponse restant les génotypes 1 et une forte charge virale. Il est probable que l'adjonction de ribavirine au PEG-Interféron améliorera encore le taux d'éradication. Plusieurs protocoles étudiant l'association sont en cours ou en préparation (*cf* protocoles en cours).

Les effets secondaires liés à cette forme retard semblent, outre les effets secondaires de l'interféron standard, être surtout d'ordre hématologique, avec une baisse plus marquée du taux de leucocytes, de polynucléaires neutrophiles, et de plaquettes qu'avec l'interféron aux doses usuelles, et qui peut nécessiter des diminutions de dose assez fréquentes voire l'arrêt du PEG-IFN. Il est également signalé des éruptions plus fréquentes au point d'injection.

Le PEG-interféron en monothérapie devrait être disponible dans peu de temps en ATU pour les malades non répondeurs à un premier traitement par IFN standard +/- ribavirine et porteurs d'une fibrose importante (F3 ou F4), ces critères devant être confirmés par l'AFSSAPS, et l'AMM est annoncée pour la fin de l'année 2000 par les laboratoires. Nous ne savons pas actuellement si les patients naïfs pourront être traités d'emblée par l'interféron pégylé.

**Co-infection VIH-VHC** : Nous avons abordé le sujet dans le Numéro 7 de « La Lettre » et lors de la réunion organisée conjointement avec la FMC de Poissy le 27 janvier dernier, qui a rassemblé une trentaine de généralistes. En complément de ce que nous avons déjà dit et écrit, il faut noter la mise en place d'un protocole ouvert randomisé sous l'égide de l'Association Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS), intitulé **RIBAVIC**, et qui vise à étudier la réponse et la tolérance à un traitement de l'hépatite C, chez les patients VIH-positifs, par PEG-Interféron 2b et ribavirine versus Interféron 2b et ribavirine. Les critères d'inclusions sont stricts, et comportent la nécessité d'une maladie VIH stable sans immunodépression marquée (CD4 > 200/mm cube), traitée ou non, et l'absence préalable d'hépatopathie autre que le VHC. Les centres investigateurs dans notre région sont :

- Service des Maladies Infectieuses (Dr TREMOLIERES) à Mantes
- Service d'HGE (Dr EUGENE) à Poissy
- Service de Médecine Interne (Dr MORNET) à St Germain

## LES PROTOCOLES EN COURS ET A VENIR

**Poissy** : Les protocoles auxquels nous allons participer proposent d'étudier l'efficacité et la tolérance du PEG-Interféron dans différentes populations de patients.

**Non-répondeurs** : Protocole ANGH **RIBAPEG-NR**, concernant les non-répondeurs à un premier traitement par IFN seul ou IFN-Ribavirine, en cours de mise en place. Les deux groupes seront traités par des posologies différentes de PEG-IFN 2b, associé à 800 mg/j de ribavirine. Les premières inclusions pourraient débuter avant l'été.

**Répondeurs-rechuteurs** : un protocole en provenance du CHU de Marseille, **RR2**, est en cours de mise en place. Il concerne les patients rechuteurs après un ou plusieurs traitements par interféron et ribavirine. Seront comparées deux posologies de PEG interféron 2b, 50 µg/sem pendant 48 semaines ou 100 µg/sem pendant 8 semaines puis 50 µg/sem pendant 40 semaines, les deux groupes seront traités conjointement avec 800 mg/j de ribavirine. Ce protocole réclame une PBH de moins de 1 an.

**RIBAVIC-ANRS** : (cf ci-dessus) Les inclusions pourront débuter mi-avril, le suivi des patients co- infectés sera assuré conjointement avec les docteurs Hélène MASSON et François CORDONNIER pour la pathologie VIH et Antoine GRANVEAU pour le VHC.

### **Le Réseau VHCO sur Internet**

Depuis la fin du mois d'Octobre, le site web du Remisy-Ressy héberge le réseau VHCO. Les pages du réseau sont désormais accessibles à partir de la page de présentation du site Remisy-Ressy. Vous trouverez sur ce site un dossier très complet, élaboré par Claude EUGENE, exposant les données actuelles sur le VHC, et les différents numéros déjà publiés de la « Lettre du Réseau ». Remercions pour leur assistance technique le docteur Philippe Rocher, et tout particulièrement le docteur Alain Sichel, « webmaster » du site hôte. L'adresse Internet :

<http://www.remisy-ressy.org/>

**Adresse e-mail : [attachervhco@free.fr](mailto:attachervhco@free.fr)**

### **Nouvelles brèves :**

**-Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) de Saint-Germain-en-Laye** : Ce centre a récemment ouvert et permet l'information et le dépistage des infections par VIH et hépatite C. Renseignements au 01 39 27 41 21.

Autres CDAG existants dans la région :

Le Chesnay tél : 01 39 63 80 90

Rambouillet tél : 01 34 83 79 07

Les Mureaux tél : 01 30 22 09 60

## **REMERCIEMENTS**

**Les Laboratoires Schering Plough qui assurent régulièrement le soutien logistique de nos réunions.**

**Les Laboratoires Roche qui, outre leur soutien logistique, permettent une large diffusion de ce bulletin.**

## RESEAU HEPATITE C OUEST (VHCO)

✉ Réseau VHCO  
Service de Gastro-entérologie et d'Hépatologie  
CHI Poissy / Saint Germain-en-Laye  
10 rue du Champ Gaillard  
78303 Poissy.Cédex

**Attention : nouveaux numéros**  
☎ Secrétariat : 01 39 27 59 23 ou 53 06  
Hôpital : 01 39 27 40 50  
FAX : 01 39 27 44 27  
e-mail : attachervhco@free.fr  
site web : <http://www.remisy-ressy.org>

## RESEAU HEPATITE C ILE DE FRANCE NORD

Hôpital Beaujon  
Pavillon Abrami  
100 Bd du Gal Leclerc  
92118 CLICHY Cedex  
Tél. 01 40 87 50 95  
Fax 01 47 30 94 40  
Secrétariat Jamila Sellami  
Tél. 01 40 87 53 81

## ADHESION AU RESEAU VHCO COTISATION

Si vous souhaitez adhérer au réseau VHC Ouest, merci de bien vouloir nous retourner le bulletin ci-joint, accompagné d'un chèque de 100 F à l'ordre du « réseau VHC Ouest » à l'adresse suivante :

**Dr Bruno Gaudin - Réseau VHC Ouest**  
**Unité d'Hépatogastroentérologie**  
**Hôpital de MEULAN - LES MUREAUX**  
**78 250 MEULAN**

**NOUS REMERCIONS AUSSI LES ADHERENTS DE  
PENSER A RENOUVELER LEUR COTISATION  
POUR 2000 !**



### ADHESION AU RESEAU VHCO

NOM :

PRENOM : .....

PROFESSION.....

ADRESSE.....

..

..

TEL : ..... FAX : .....

.

Libéral  Hospitalier

JE DESIRE UN RECU POUR MA COTISATION (cocher) :

oui  non

