

Hépatite C, les nouveaux traitements

Dr Ghassan Riachi

CHU de Rouen

QDN 2014



Revue de presse



Libération

Accueil > Société > La santé au quotidien

Hépatite C : tollé autour du prix d'un cachet miracle

ERIC FAVEREAU 29 SEPTEMBRE 2014 À 18:56



Le Monde

Le gouvernement s'attaque au coût exorbitant d'un médicament innovant contre l'hépatite C

14-year-old girl steals her mother's husband (BWNToday)



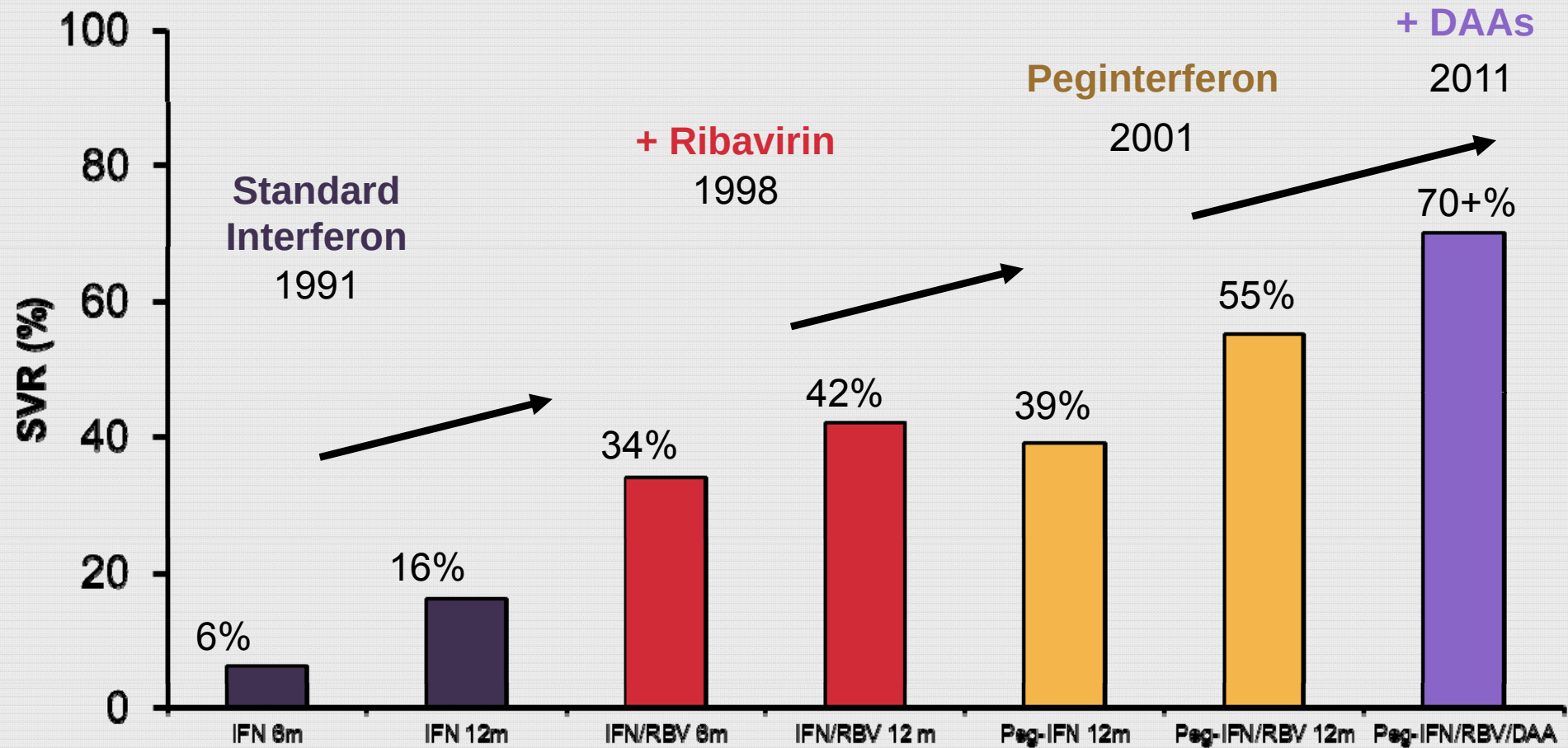
LE FIGARO

Hépatite C: le gouvernement ne veut pas dépenser plus d'un milliard en 2015

🏠 > ECONOMIE > CONJONCTURE Par 🇫🇷 Armelle Bohineust | Mis à jour le 29/09/2014 à 21:22 | Publié le 29/09/2014 à 20:01

Hépatite C : le médicament qui bouleverse la Sécu

L'hépatite C est une maladie curable



Pr Raymond Colin : Président du premier Réseau Hépatite en France (1996)

Revue professionnelle de santé publique

réseaux hépatites

N°8 - Trimestriel - Mai 1998 - 20 F

Pr M. Bruguera
Les Hépatites virales B et C en Espagne

Dr O. Mouterde
Hépatite virale B chronique et enfant : de la maison à l'école

Réseau Hépatite C de Haute-Normandie
Premiers résultats



Actualités

Réseau Hépatite C de Haute-Normandie

Entretien avec le Pr Raymond COLIN

Le Réseau Hépatite C de Haute-Normandie a été l'un des premiers à se mettre en place, dès 1996. Particulièrement dynamique, il s'est fait remarquer lors des Journées Francophones de Pathologie Digestive par une communication portant sur les résultats d'une enquête de dépistage de l'hépatite C en médecine générale en Haute-Normandie. Nous avons demandé au Pr Raymond Colin, CHU de Rouen, de nous présenter les activités de ce réseau.

Réseaux Hépatites : Quels ont été les principes fondateurs du Réseau Hépatite C de Haute-Normandie ?

Pr Raymond Colin : Ce réseau a été l'un des premiers à voir le jour, le 16 janvier 1996, à la suite d'une circulaire de la Direction des Hôpitaux. Le principe fondateur en a été le travail coopératif où chacun joue son rôle. Un conseil scientifique de 22 membres, garant de ce principe a été mis en place, réunissant des représentants de toutes les professions de santé concernées dans le respect d'une parité public - privé : hépatogastroentérologues, généralistes, biologistes, anatomopathologistes, représentants des hôpitaux généraux, médecins du travail, médecins des prisons, infirmières, pharmaciens. Ce conseil scientifique se réunit trois fois par an ; l'assiduité de ses membres reflète le dynamisme de ce réseau, lequel s'est fixé cinq objectifs principaux :

- l'information des professionnels de santé et du grand public ;
- la formation de tous les professionnels concernés ;
- le dépistage ;
- le suivi ;
- l'évaluation des actions du réseau.

Je voudrais souligner le rôle majeur joué par le Pr P. Czernichow (Santé Publique) et le Dr O. Giora dans la mise en place et le fonctionnement du réseau.

DOSSIER CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

LETTRE DU RESEAU HEPATITE C DE HAUTE-NORMANDIE

6 • Réseaux Hépatites n°8 - Mai 98

Avec la participation de



Sociétés savantes copromotrices



FÉDÉRATION NATIONALE
DES POLES DE RÉFÉRENCES
ET RÉSEAUX HÉPATITES

Conférence de consensus Traitement de l'hépatite C

Mercredi 27 et jeudi 28 février 2002

Maison de la Chimie - Paris

Avec le soutien de



Traitement de l'hépatite C

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes).
Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'Anaes.

COMITÉ D'ORGANISATION

D. DHUMEAUX, président : hépato-gastro-entérologue, Créteil
P. MARCELLIN, secrétaire : hépato-gastro-entérologue, Clichy
J.-P. BRONOWICKI : hépato-gastro-entérologue, Vandœuvre-lès-Nancy
P. CACOUB : interniste, Paris
P. CALES : hépato-gastro-entérologue, Angers
C. CHIDIAC : infectiologue, Lyon
P. COUZIGOU : hépato-gastro-entérologue, Pessac
J.-C. DESENCLOS : épidémiologiste, Saint-Maurice
H. DESMORAT : hépato-gastro-entérologue, Toulouse
É. DORVAL : hépato-gastro-entérologue, Chambray-lès-Tours
P. DOSQUET : méthodologie Anaes, Paris
P. HILLON : hépato-gastro-entérologue, Dijon
É. LEREBOURS : hépato-gastro-entérologue, Rouen
F. LUNEL-FABIANI : virologue, Angers
L. PIROTH : infectiologue, Dijon
S. POL : hépato-gastro-entérologue, Paris
B. RIVOAL : généraliste, Voves
D. SAMUEL : hépato-gastro-entérologue, Villejuif

JURY

E. LEREBOURS, président, hépato-gastro-entérologie, Rouen

D. CARO : journaliste médicale, Levallois-Perret
P. CHAVANET : infectiologue, Dijon
P. CORDEIN : généraliste, Fecamp
A. DEGODET : association SOS hépatites, Collectif hépatites virales, Corcelles-les-Monts
J. DENIS : hépato-gastro-entérologue, Evry
T. FONTANGES : hépato-gastro-entérologue, Bourgoin-Jallieu
M. GARRE : infectiologue, Brest
J.-J. GIRARD : interniste, Loches
M. KOPP : généraliste, Illkirch-Graffenstaden
B. POZZETTO : virologue, Saint-Etienne
R. SYSTCHENKO : hépato-gastro-entérologue, Igny
M.-J. VIAUD : infirmière, Angers



Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C

RAPPORT DE RECOMMANDATIONS 2014

Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux
et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF



Comité de validation et de synthèse

Xavier Aknine, Cabinet médical, Gagny
Michel Bonjour, Fédération SOS Hépatites, Paris
Olivier Chazouillères, Hôpital Saint-Antoine, Paris
Pierre Czernichow, Hôpital Charles Nicolle, Rouen
Daniel Dhumeaux, Université Paris-Est, Créteil
Véronique Doré, ANRS, Paris
Serge Erlinger, Université Paris-Diderot, Paris
Dominique Franco, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart
Jean-Paul Galmiche, Consultant, Rouen
Bertrand Hanslik, Cabinet médical, Montpellier
Christine Jestin, Inpes, Saint-Denis
Daniel Kamelgarn, AFD, Paris
Christine Larsen, InVS, Saint-Maurice
Bruno Lesgourgues, Groupe hospitalier intercommunal,
Le Raincy-Montfermeil

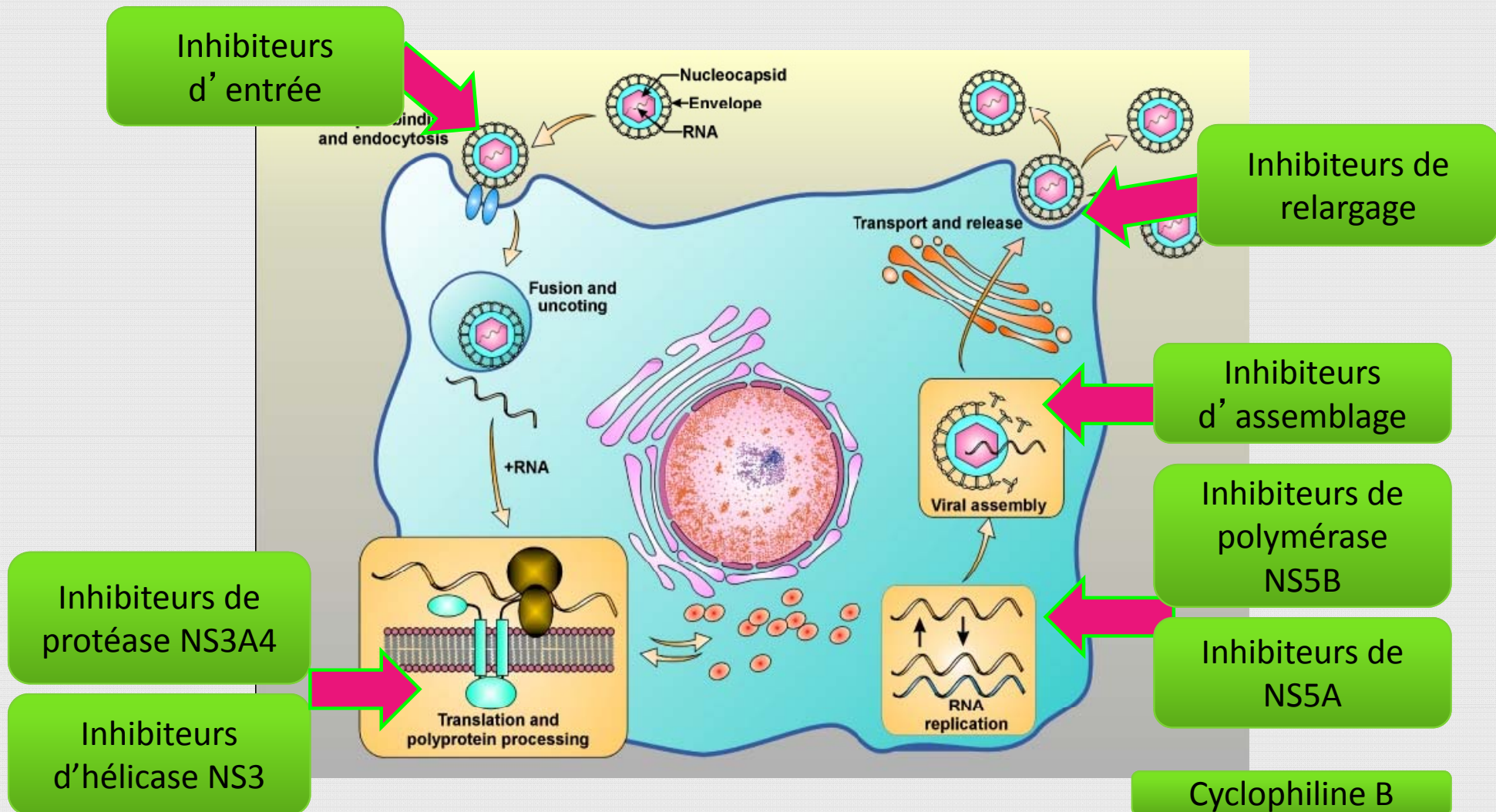
Pierre Michel, Hôpital Charles Nicolle, Rouen

Nathalie Morgensztejn, ANSM, Saint-Denis
Georges-Philippe Pageaux, Hôpital Saint-Eloi, Montpellier
Dominique Salmon, Hôpital Cochin, Paris
Didier Sicard, Université Paris-Descartes, Paris
Christine Silvain, Hôpital de la Milétrie, Poitiers
Dominique Thabut, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
Dominique Valla, Hôpital Beaujon, Clichy
Bruno Varet, Hôpital Necker-Enfants malades, Paris
Jessica Zucman-Rossi, Inserm, Paris

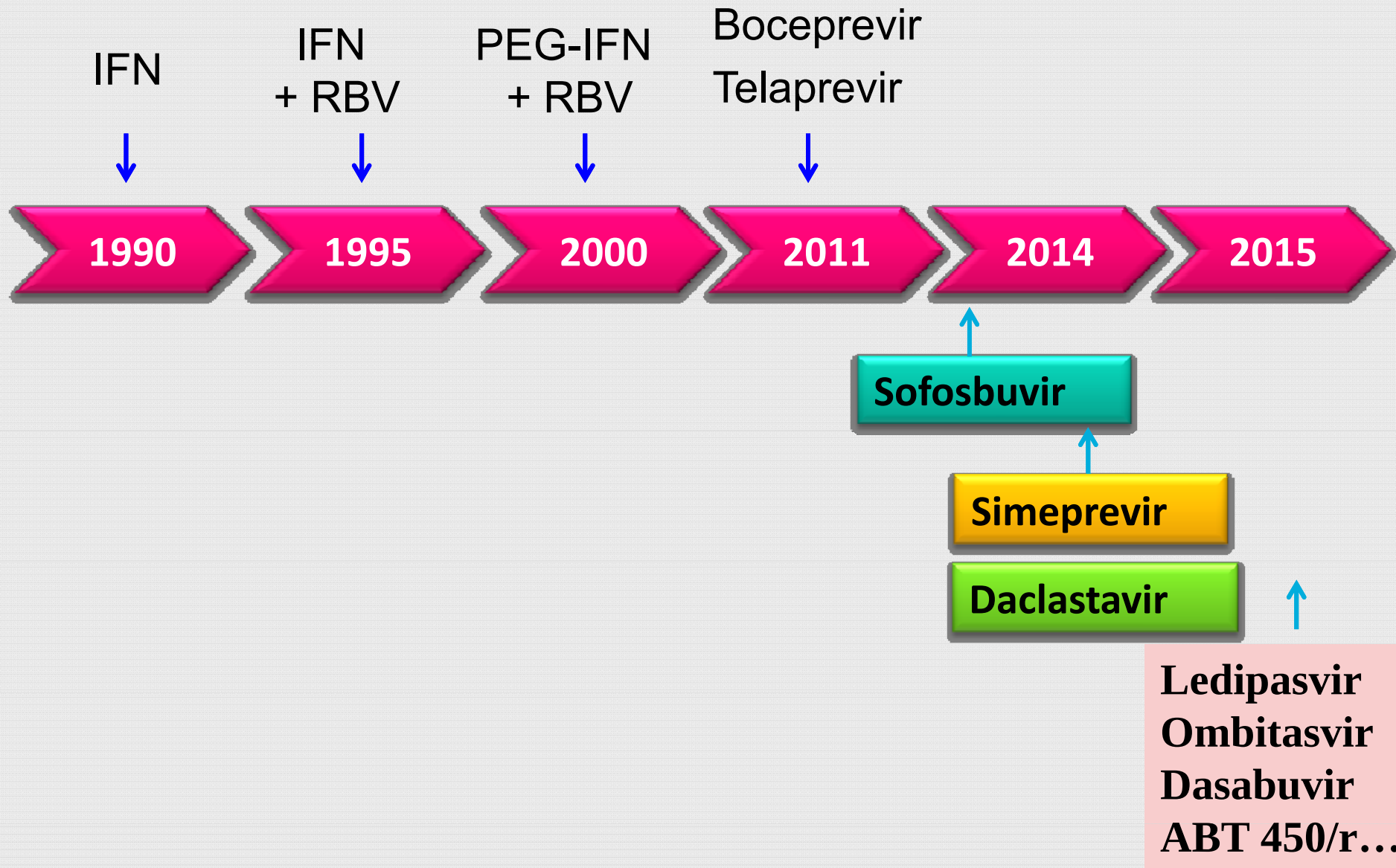
VHC en France

- **0.8% de la population**
- **280 000 porteurs chroniques**
- **1/3 non encore dépistés**

Le cycle viral et les cibles des agents antiviraux

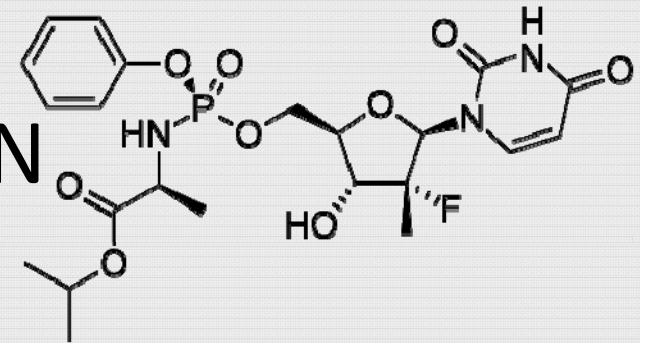


2014 : AAD



Sofosbuvir (Sovaldi®)

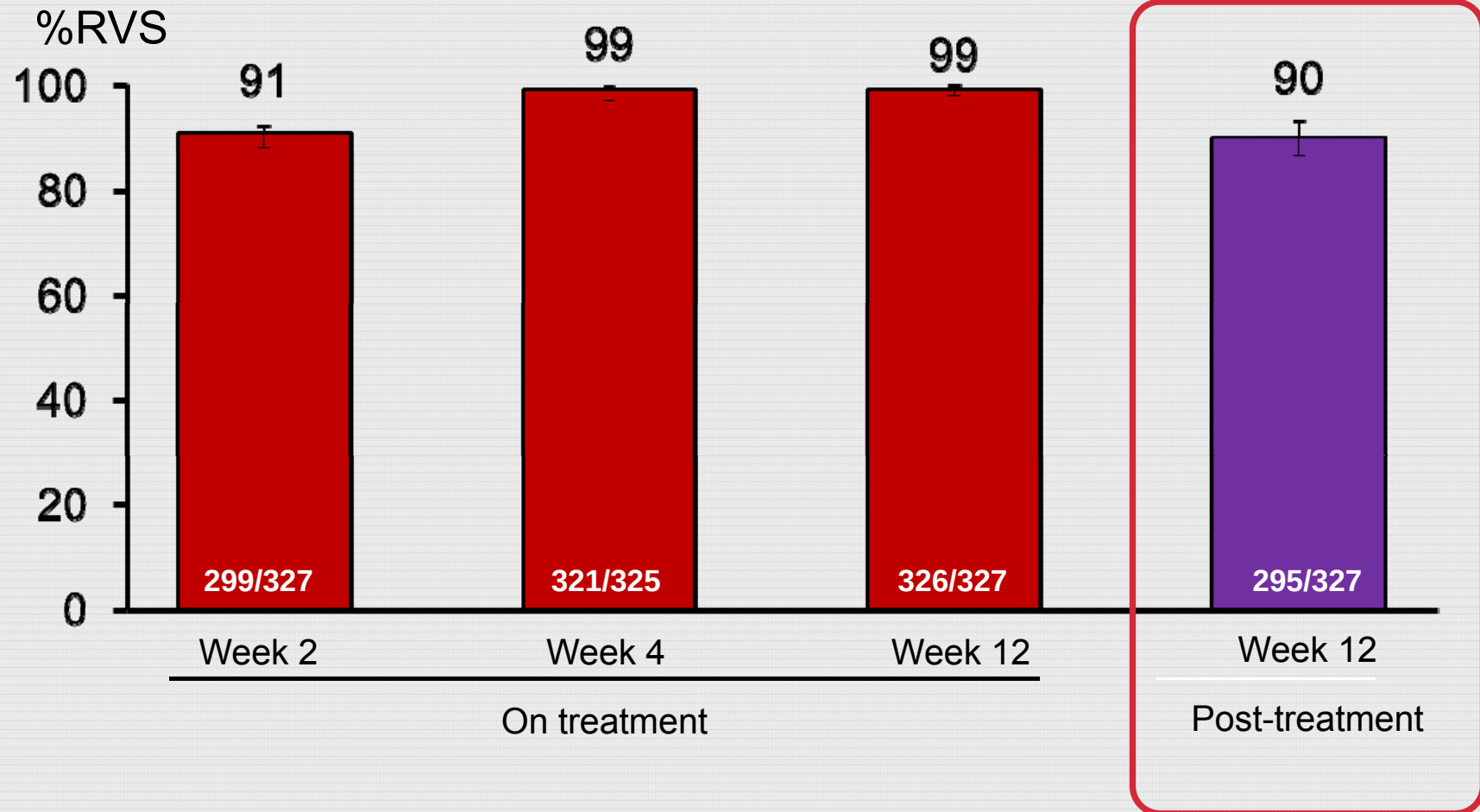
- Inhibiteur pan-génotypique de l'ARN polymérase NS5B du VHC



- Profil d'administration très favorable
 - Un cp par jour
 - Pas d'interaction médicamenteuse
 - Pas de résistance détectée

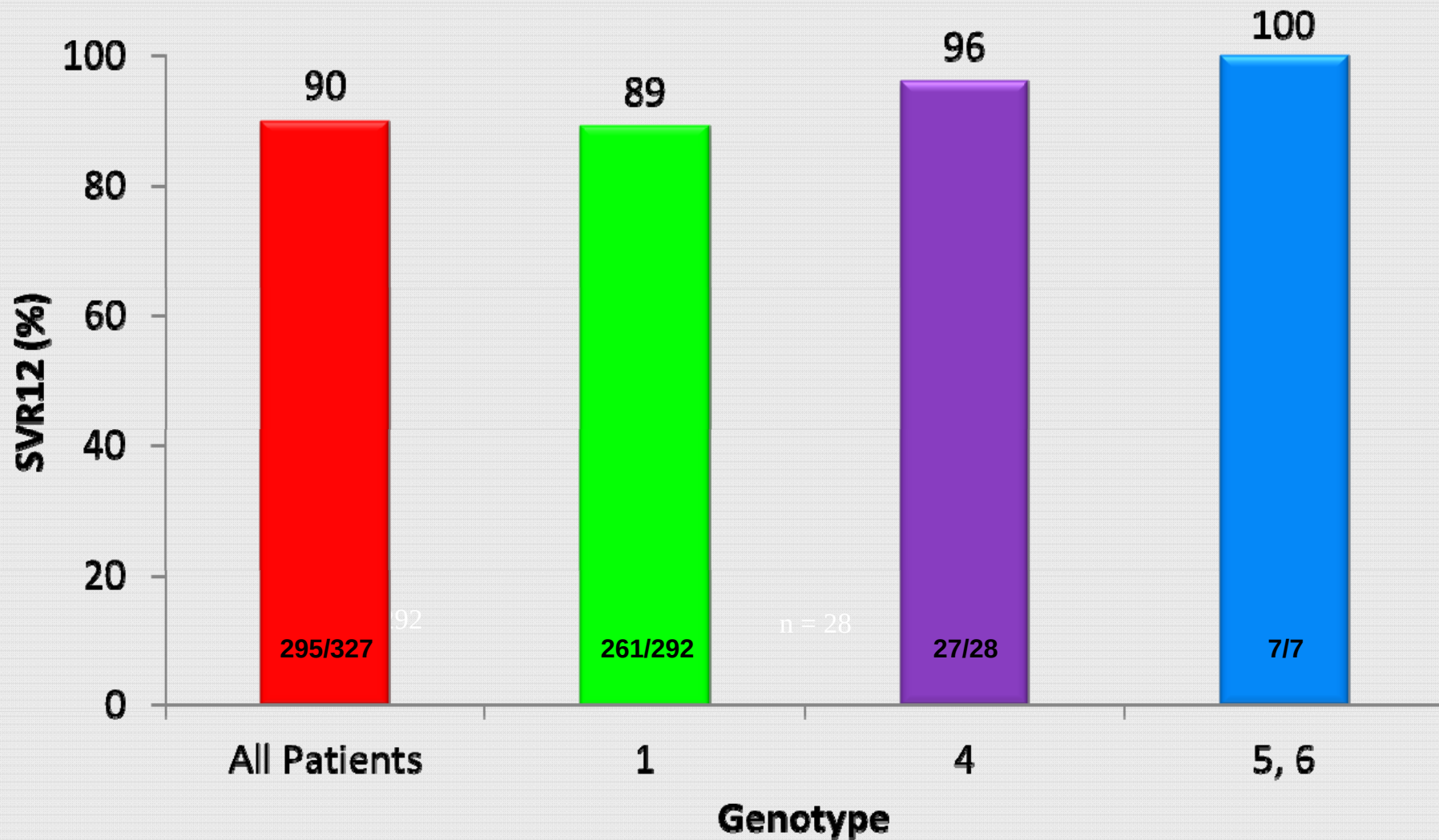
Etude NEUTRINO

Sofosbuvir 400 mg /j; Ribavirine 1000/1200 mg/j; Peg-INF alfa-2a 180 mcg/sem

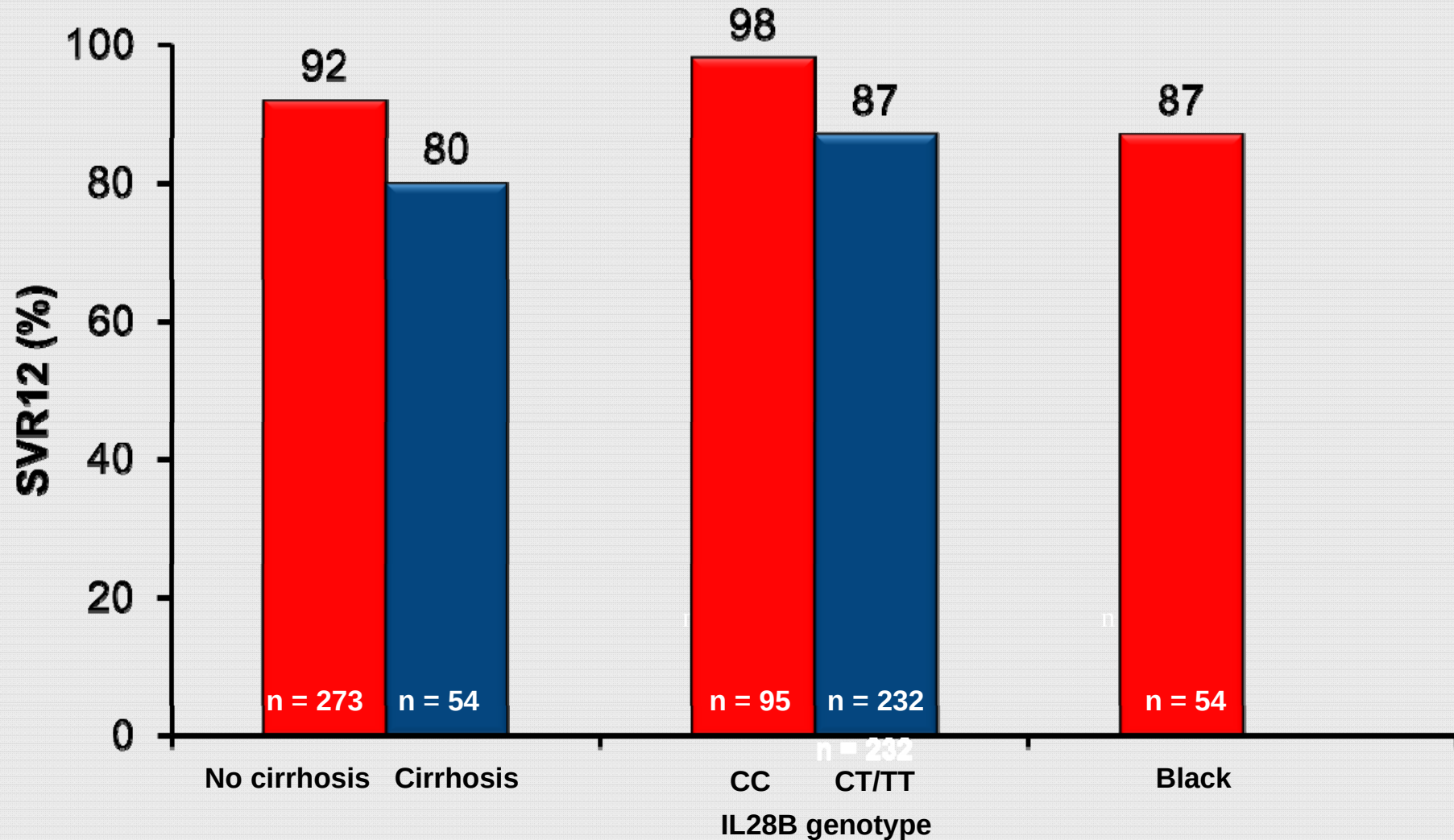


>90% des patients ont une charge virale indetectable après 2 sem et ont obtenus une RVS

NEUTRINO: RVS selon Genotype

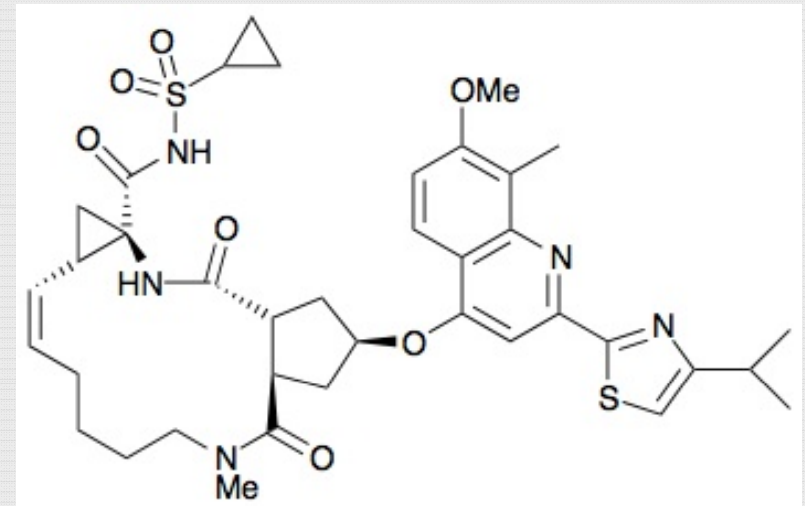


NEUTRINO: RVS selon Sous groupes

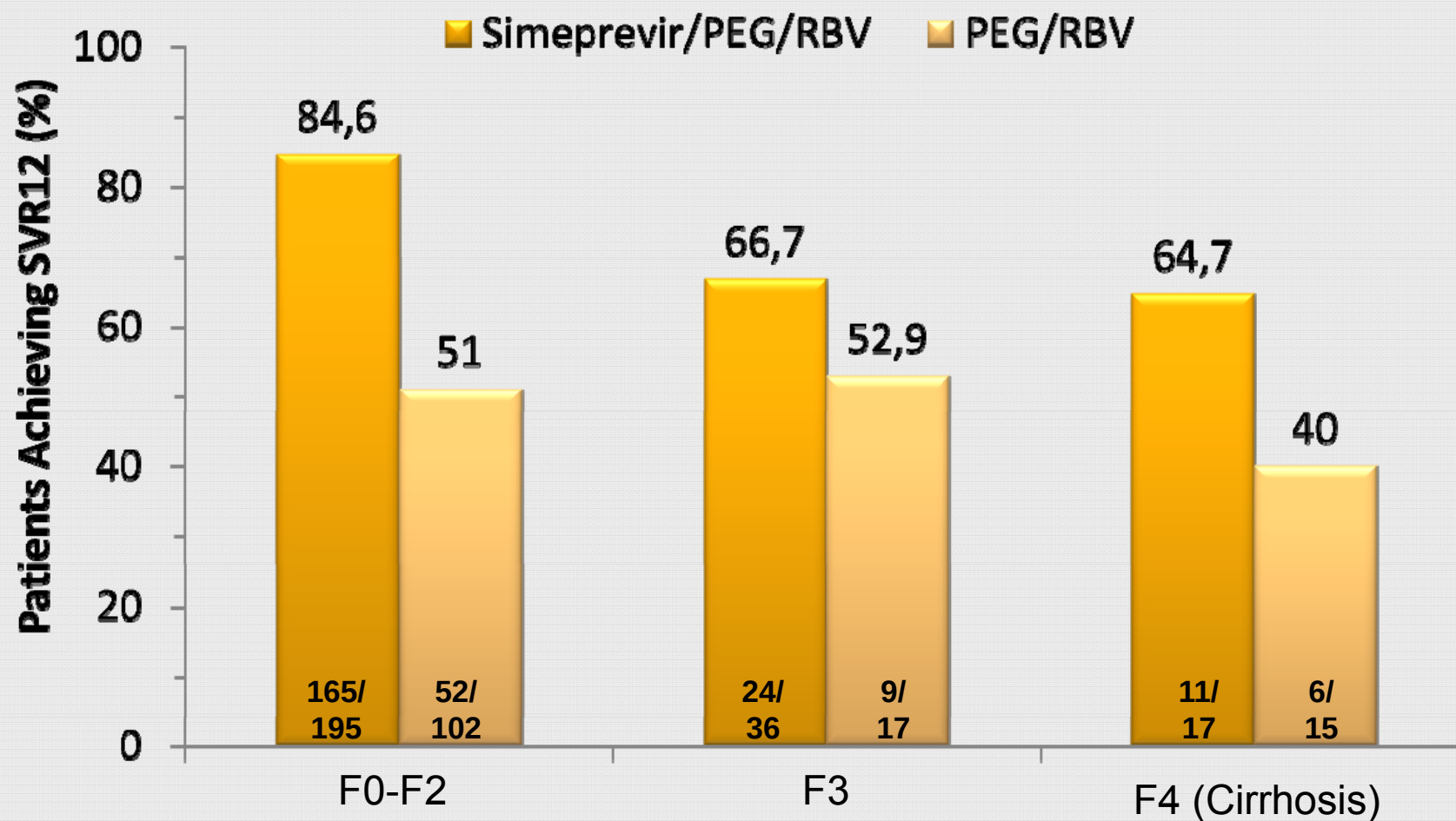


Simeprevir (Olysio ®)

- Inhibiteur spécifique protéase NS3/4A du VHC
- Activité anti virale contre GT 1, 2, 4, 5 and 6
- Un comprimé, une fois par jour



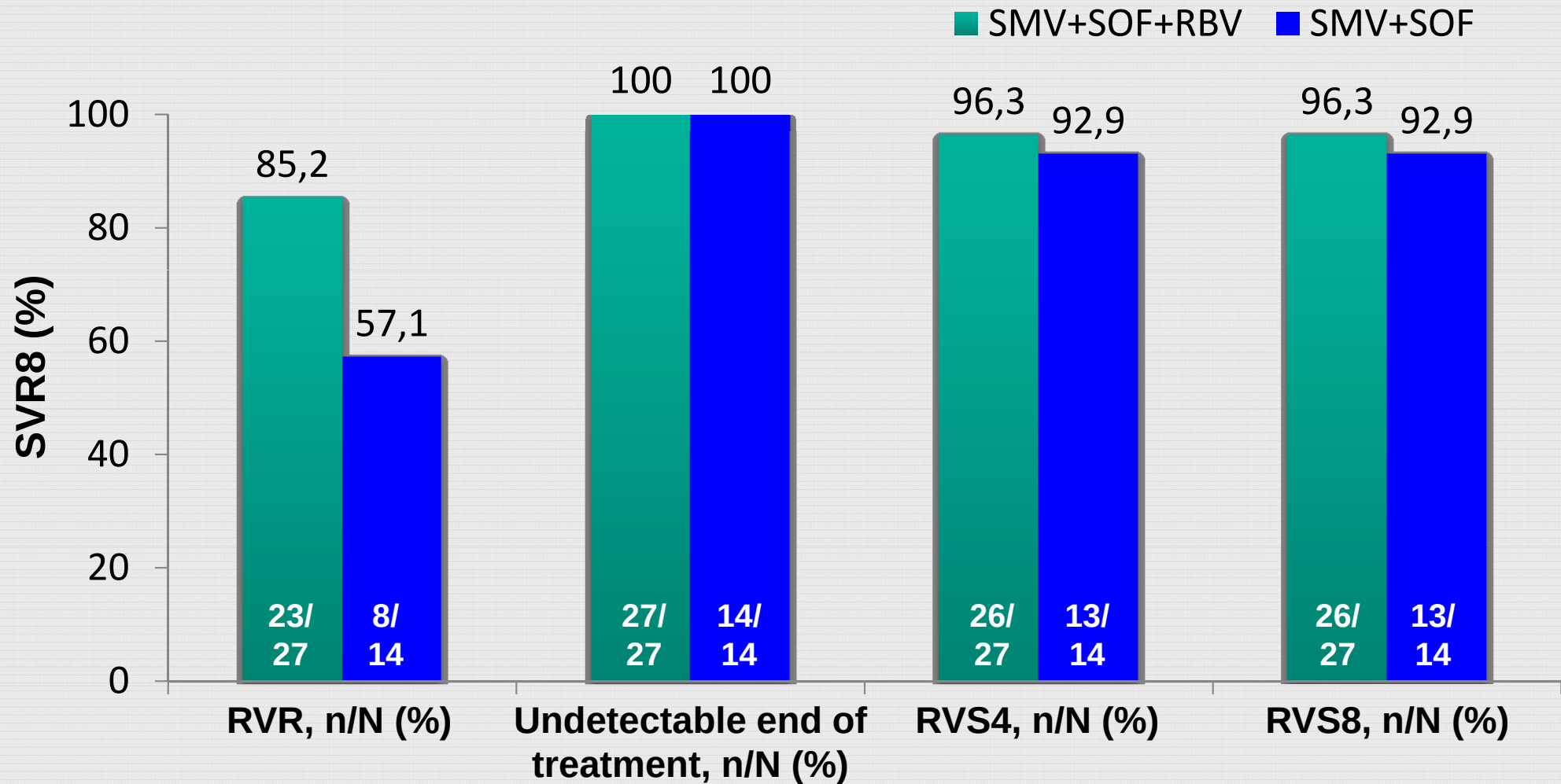
Etude QUEST 2



RVS élevée dans le groupe avec Simeprevir quelque soit le score de fibrose

SOFOSBUVIR (Sovaldi®)
+
SIMEPREVIR (Olysio®)

COSMOS: Réponses virologiques



SOFOSBUVIR (Sovaldi®)

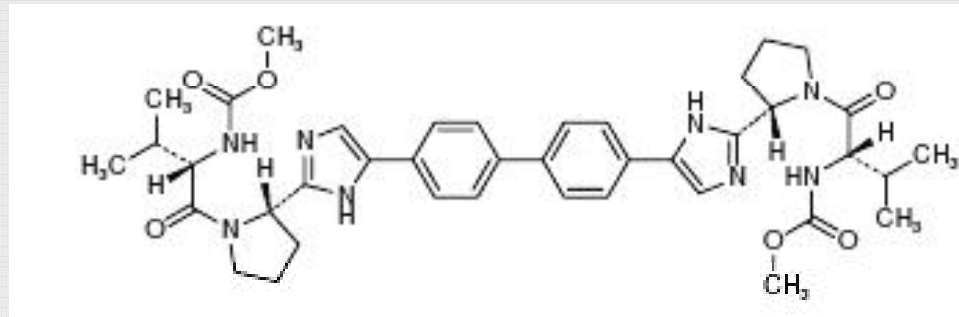
+

DACLATASVIR (Daklinza®)

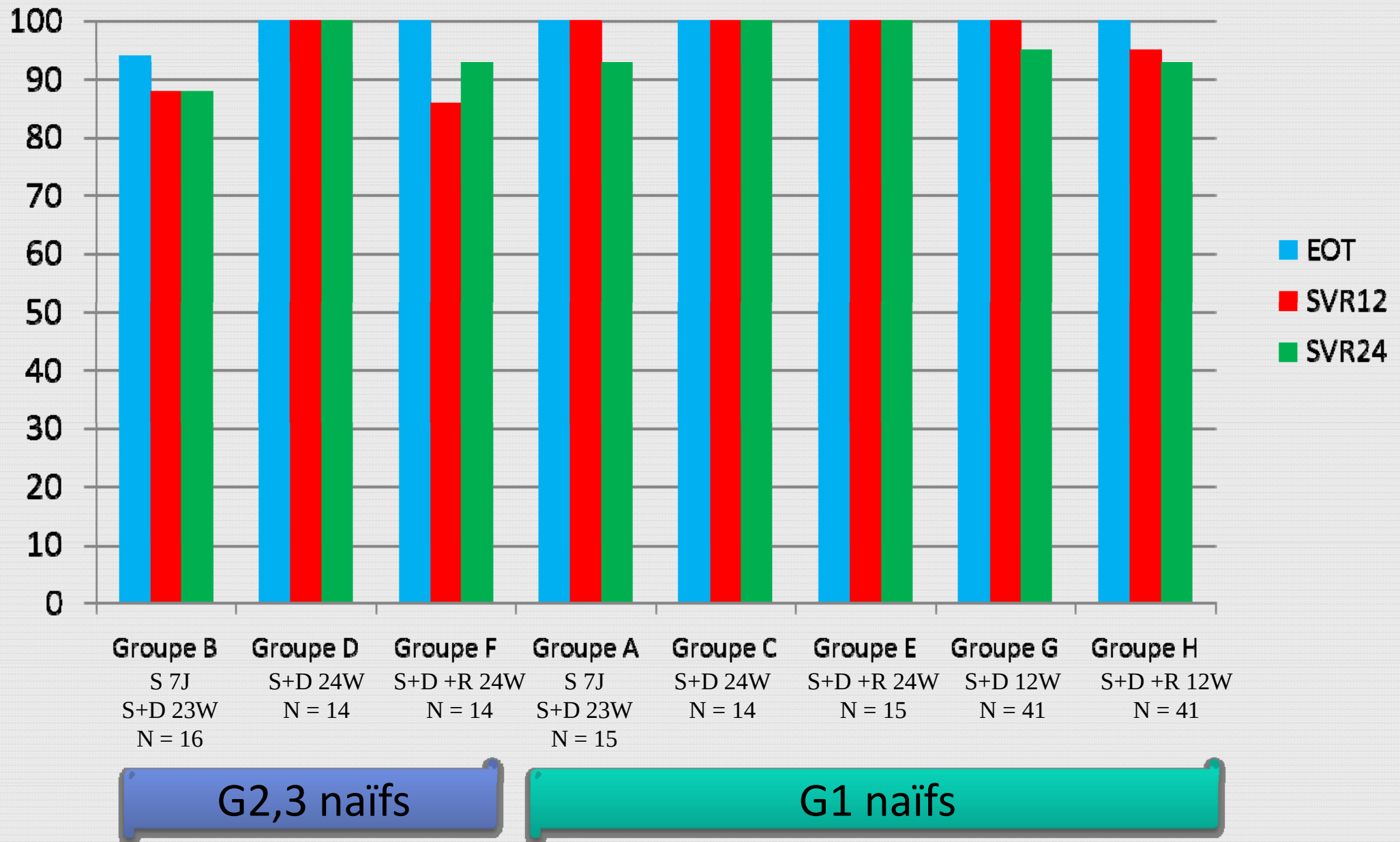
Inhibiteur de NS5A

Un comprimé par jour

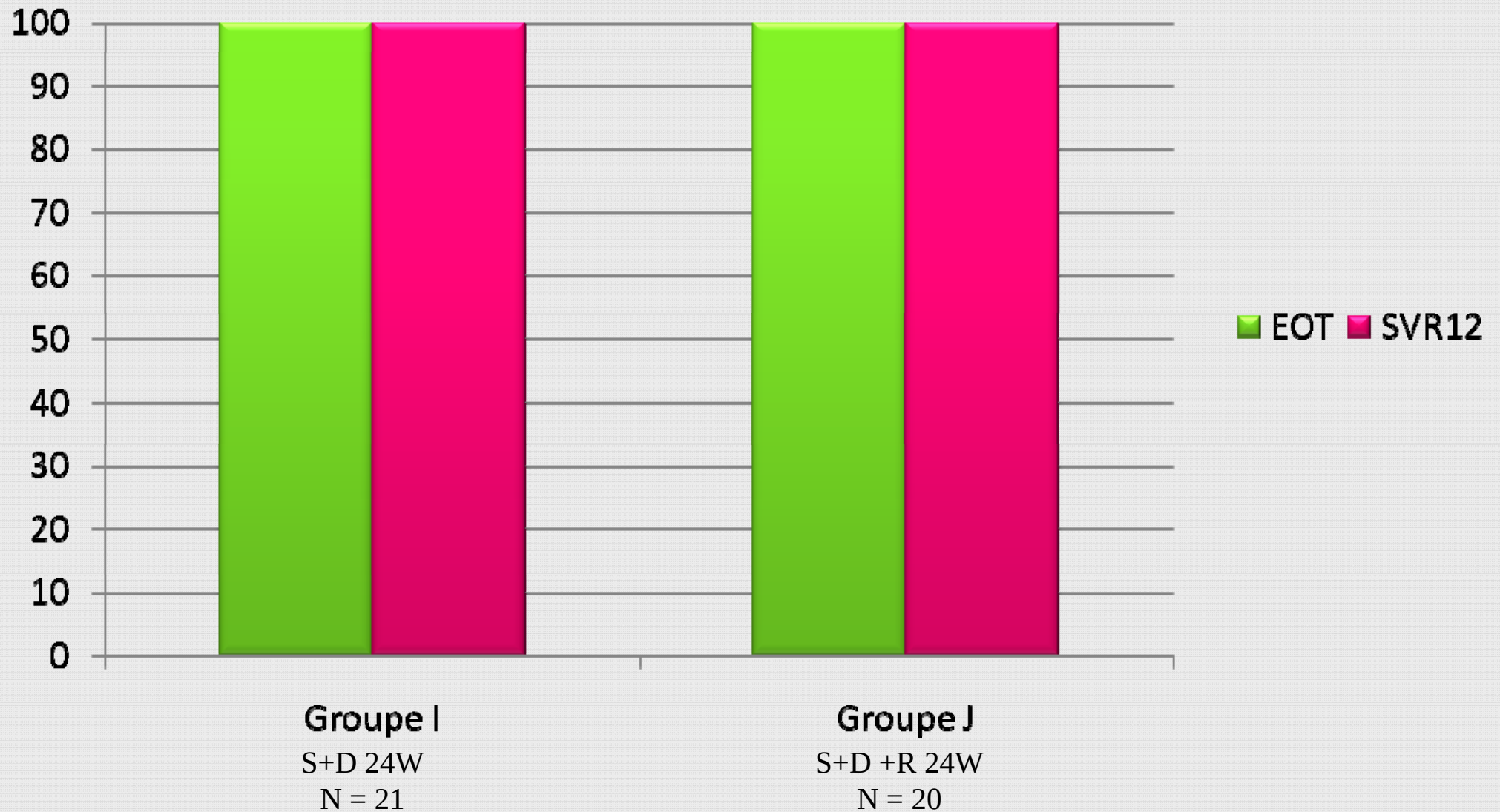
Inter action médicamenteuse avec HAART



Réponse virologique : Patients naïfs



Réponse virologique : Patients G 1 NR



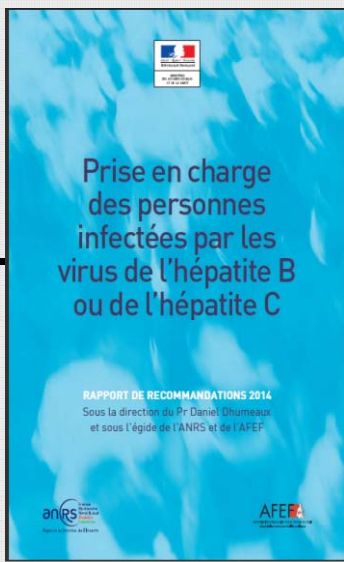
- SOF+PR 12 sem : G1a/b naïfs, G2 (en échec PR), G3-4-5-6
- SOF+DCV 12-24 sem : G1a/b naïfs et en échec trithérapie;
G2-3-4-5-6
- SOF+SIM 12 sem : G1/G4 naïfs et en échec PR
- SOF+RBV 12/16 sem : G2 naïfs /en échec PR
- SOF+RBV 24 sem : G3-4

Ne sont plus recommandées les combinaisons suivantes :

- SIM+PR (12 +12) : G4
- TVR +PR (12 + 12 ou 36) G1
- BOC + PR (24, 36 ou 48) G1

Au total

- L'arrivée de nouveaux antiviraux permet d'obtenir une éradication virale chez l'immense majorité des patients
- La tolérance de ces nouvelles molécules est globalement très bonne.
- Coût très élevé des AAD est actuellement un obstacle « relatif » à la diffusion de ces molécules à grande échelle



Rapport de recommandations, mai 2014

« Traiter en priorité, non seulement en fonction de l'atteinte hépatique, mais en tenant compte du contexte clinique :

- les patients ayant un score de fibrose $\geq$ F2 ;
- quel que soit le degré de fibrose :
 - les patients ayant des manifestations extra-hépatiques,
 - les patients en attente de transplantation d'organe,
 - les femmes ayant un désir de grossesse,
 - les usagers de drogues
 - les personnes détenues.»

Faut il traiter toutes les hépatites C



- Oui en théorie
- En pratique :
 - Renforcer le dépistage car la guérison est attendue
 - Renforcer l'accès aux soins
 - Prioriser les traitements pour les plus sévères
 - Faciliter un bon traitement et non un traitement pour tous

ATTENTION!

- Guérison virale ne veut pas dire guérison de la maladie du foie (F3-F4).
- Ne pas oublier le dépistage des VO et du CHC dont le risque persiste.
- Garder un suivi prolongé des patients car :
 - Evolution de la fibrose avec l'âge et les co-morbidités (obésité, alcool, etc. etc...)
 - Politique de réduction de risque afin d'éviter une nouvelle contamination par le virus de l'hépatite C





Merci

Pour

Votre

Attention

!