

Hep C BC

présente

La FAQ de Peppermint Patti

Version 8, canadienne française

*Ce projet de traduction a été financé en partie grâce à une subvention
de la Direction générale des programmes d'appui
aux langues officielles du ministère du Patrimoine canadien.*

*Un gros merci au HCV Advocate qui nous a autorisé à utiliser les mises à jour
des recherches actuelles et à tous les groupes de soutien qui nous ont aidé,
et particulièrement à Patricia Johnson pour son inspiration.*

*HepCBC 306-630 View Street, Victoria, BC V8W 1J6
(250) 595-3892 info@hepcbc.ca
www.hepcbc.ca*

© HepCBC Hepatitis C Education and Prevention Society, 2008

Lorsqu'une personne est infectée par le virus de l'hépatite C (VHC), le virus peut parfois résider dans le foie pendant des dizaines d'années avant de se manifester. Il y a souvent peu de symptômes que le virus a pénétré le système sanguin ou qu'il attaque le foie. Jusqu'à 80 % des personnes atteintes du VHC ne démontrent aucun symptôme.

Le virus a atteint une proportion épidémique, on estime que quatre millions d'Américains et 170 millions de personnes à l'échelle internationale en sont infectées. Le VHC est la principale cause de la cirrhose et du cancer du foie. De plus, il est la raison la plus courante des transplantations de foie aux États-Unis.

Il faut parfois attendre une décennie pour que les symptômes, comme l'ictère, une coloration foncée de l'urine, des douleurs abdominales, une perte d'appétit et des nausées ne surviennent et à ce moment-là le foie est terriblement endommagé. Lorsque le foie ne fonctionne plus, la seule option possible est souvent une transplantation du foie. Il est important de subir des tests avant l'apparition des symptômes, pour être traité rapidement avant qu'il n'y ait trop de dommages.

Les personnes suivantes sont celles qui risquent le plus de contracter le VHC : les personnes atteintes d'hémophilie, les utilisateurs de drogues injectables, les patients qui ont suivi ou qui suivent un traitement de dialyse, les patients qui ont reçu une transfusion ou une transplantation, les travailleurs de la santé et les personnes qui ont des activités sexuelles à risque élevé. Selon le CDC (centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis) le VHC est responsable de huit à dix mille décès par année. On prédit que ces chiffres vont tripler au cours des dix prochaines années.

Source : Ortho-Clinical Diagnostics; Johnson & Johnson, 28 sept. 2001 et les membres du personnel de la Clinique Mayo, 22 juillet 2005.

FAQ v8.0 de HepCBC - HEPV-L HEPATITIS C

Nov-07

[\(Cliquez ici pour télécharger\)](#)

La FAQ est dédiée à la mémoire de David H. Kehrer. LTC John Heintz (Peters) et son épouse Patricia, Daniel Bodiford, Dr. Horst Irmeler, Jude Saucier, Capt. Kevin Donnelly, Ron Thiel, «oncle» Dave Lang, Guy Thisdelle, "Apache" Pat Davis, Frank Darlington et Dave FitzGerald.

PARTIE 0 : NOUVELLES ADMINISTRATIVES

- 0.01 [Introduction](#)
- 0.02 [Avis de non responsabilité](#)

PARTIE I: LES NOTIONS ÉLÉMENTAIRES

- I.0.1 [Qu'est-ce que l'hépatite?](#)
- I.0.2 [Quelles sont les différentes formes d'hépatite?](#)
- I.0.3 [Qu'arrive-t-il au corps?](#)
- I.0.4 [Combien de temps dure la période d'incubation?](#)
- I.0.5 [Comment se déclare habituellement le VHC?](#)
- I.0.6 [Quelle est la fonction du foie?](#)
- I.0.7 [L'hépatite C \(VHC\)](#)
- I.0.7a [Quand a-t-on découvert l'hépatite C?](#)
- I.0.8 [Qui peut contracter l'hépatite C?](#)
- I.0.9 [Comment ce virus est-il transmis?](#)
- I.0.9a [Comment ce virus N'EST PAS transmis?](#)
- I.1.0 [Le VHC et la transfusion sanguine](#)
- I.1.1 [Le VHC et l'usage de drogue injectable](#)

- I.1.2 Le VHC et l'immunoglobuline intraveineuse
- I.1.3 La transmission du VHC à un nouveau-né
- I.1.4 Autres moyens de transmission du VHC
- I.1.4a Les transmissions sexuelles
- I.1.4b Exposition professionnelle (travailleurs de la santé)
- I.1.4c Brosses à dents/rasoirs/coupe-ongles
- I.1.4d Hémodialyse
- I.1.5 Autres moyens de transmission hautement hypothétiques
- I.1.5a Larmes, salive, urine, autres liquides organiques
- I.1.5b Griffures de chats
- I.1.5c Piqûres de moustiques
- I.1.5d Médecines douces
- I.1.5e Transmissions intrafamiliales
- I.1.5f Causes inconnues
- I.1.5g Est-ce que le VHC est comme le VIH?
- I.1.6 Prévention
- I.1.6a Quand le VHC est-il propagé et combien de temps dure la propagation?
- I.1.6b Comment la propagation du VHC peut-elle être évitée?
- I.1.6c Nettoyer les saignements
- I.1.6d Que faire si l'on se pique accidentellement
- I.1.7 À qui devrais-je le dire?
- I.1.8 Peut-on contracter l'hépatite plus d'une fois?

PARTIE II : QUESTIONS MÉDICALES

- II.0.1 Comment trouver de bons soins pour traiter l'hépatite?
- II.0.2 Hépatologues et gastro-entérologues (consultez l'Annexe D pour obtenir une liste régionale)
- II.1.0 Comment ce virus est-il diagnostiqué?
- II.1.1 Test de détection des anticorps
- II.1.2 Qu'est-ce que le PCR?
- II.1.2a Qu'est-ce que le génotype?
- II.1.3 Est-ce que le test peut être fautif?
- II.2.0 Biopsie
- II.2.0a Qu'est-ce qu'une biopsie du foie
- II.2.0b Quels sont les dangers liés à une biopsie du foie?
- II.2.0c Est-ce douloureux?
- II.2.1 Hépatite chronique active et hépatite chronique persistante
- II.2.2 Quels sont les principaux symptômes du VHC?
- II.2.2a Fatigue
- II.2.2b Douleur au côté droit
- II.2.2c Perte de libido
- II.2.2d Paumes des mains rouges
- II.2.2e Nausée
- II.2.2f Idées embrouillées (confusion/perde de mémoire)
- II.2.2g Démangeaison
- II.2.2h Troubles visuels
- II.2.2i Étourdissement
- II.3.0 Vous n'imaginez rien!
- II.3.1 Comment évolue la maladie?
- II.4.0 Quels autres problèmes médicaux sont liés au VHC?
- II.4.0a Cryoglobulinémie
- II.4.0b Troubles auto-immunes et thyroïdiens
- II.4.0c Arthrite rhumatoïde et symptômes similaires
- II.4.0d Fibromyalgie
- II.4.0e Manifestations dermatologiques
- II.4.0f Porphyries
- II.4.0g Lichen plan
- II.4.0h Neuropathie périphérique
- II.5.0 Cycles et poussées actives
- II.6.0 Est-ce que je devrais me faire vacciner contre d'autres types d'hépatite?
- II.7.0 Le VHC et les problèmes féminins
- II.7.1 Comment le VHC agit sur une grossesse?
- II.8.0 Comment le VHC affecte les enfants?
- II.9.0 Quels sont les différents symptômes cliniques du VHC?

- II.9.1 Augmentation des enzymes hépatiques
- II.9.1a Niveaux élevés d'alpha-foetoprotéines
- II.9.2 Ictère
- II.9.3 Hépatomégalie/splénomégalie
- II.9.4 Angiome stellaire
- II.9.5 Ascite
- II.9.6 Hypertension portale/varices
- II.9.7 Encéphalopathie hépatique
- II.9.8 Cirrhose
- II.9.9 Hépatite fulminante
- II.9.10 Est-ce que le VHC augmente les risques de développer un cancer?
- II.10.0 Combien sommes-nous?
- II.11.0 Pronostic à long terme (Vais-je mourir?)

PARTIE III : TRAITEMENT (médecine traditionnelle)

- III.1.0 TRAITEMENT HABITUEL
- III.1.1 Traitement combinant l'Interféron/PEG-Interféron et la Ribavirine
- III.1.2 Effets secondaires et autres considérations
- III.1.3 Est-ce que le traitement est valable?
- III.1.4 Dans quelles circonstances le traitement à l'interféron n'est pas conseillé?
- III.1.5 Traitement à l'Interféron : percée, pas de réponse et rechute.
- III.1.6 Renouvellement du traitement
- III.1.7 Transplantation et la période qui suit une transplantation
- III.2.0 INTERFÉRONS
- III.2.1 Monothérapie à l'interféron
- III.2.2 PEG-Interféron
- III.2.2a PEG-Intron A
- III.2.2b PEG-Interféron Alpha-2a (Pegasys)
- III.2.3a Interféron consensus
- III.2.3b Alferon
- III.2.3c Multiféron
- III.2.3d Interféron oméga
- III.2.3e Albuféon
- III.2.3f Belerofon
- III.2.3g Maxygen
- III.2.3h Locteron
- III.2.3i PEG-interféron lambda oral (IL-29)
- III.3.0 STRATÉGIES DE TRAITEMENTS
- III.3.1 Dosage
- III.3.1a Méga-dosage
- III.3.1b Posologie d'entretien
- III.3.1c Dosage d'induction
- III.3.1d Traitement prolongé
- III.3.2 Traitement à faible teneur en fer

PARTIE IV : RECHERCHE

- IV.1.0 TRAITEMENTS DU VHC À BASE DE PROTÉINES
- IV.1.1 Inhibiteurs de protéase
- IV.1.1a Telaprevir (VX-950)
- IV.1.1b Boceprevir (SCH 503034)
- IV.1.1c IDN-6556
- IV.1.1d ITMN-191
- IV.1.1e Tibotec
- IV.1.2 Inhibiteurs de polymérase
- IV.1.2a R7128
- IV.1.2b R1626
- IV.1.2c PSI-6130
- IV.1.2d Le 7-deaza et le 2'-C-méthyl-adenosine
- IV.1.2e VCH-759
- IV.1.2f GS-9190
- IV.1.2g PF-868.554
- IV.1.2h BILB 1941
- IV.1.2i Autres
- IV.1.3 Inhibiteurs d'hélicase

- IV.1.4 Le traitement génique à l'interféron alpha
- IV.1.5 Inhibiteurs de séquence IRES
- IV.1.6 Traitements antisens
- IV.1.7 Traitements à base d'ARNi
- IV.2.0 VACCINS
- IV.2.1 ChronVac-C
- IV.2.2 Vaccin de Chiron
- IV.2.3 Chimigen
- IV.2.4 Vaccin de VIDO
- IV.2.5 Vaccin de Toray
- IV.2.6 Vaccin TG4040
- IV.2.7 Vaccin de la société Intercell (IC41)
- IV.2.8 Vaccin à base de peptide de l'université Kurume
- IV.2.9 Tarmogen (GI-5005)
- IV.2.10 Vaccin PeviPROTM/PeviTERTM
- IV.3.0 D'AUTRES TRAITEMENTS
- IV.3.1 Viramidine
- IV.3.2 Thymosin
- IV.3.3 Amantadine
- IV.3.4 Alinia
- IV.3.5 Suvus (anciennement Virostat)
- IV.3.6 MBI-3253 (Celgosivir)
- IV.3.7 Anticorps monoclonal du VHC (AcM)
- IV.3.8 IMO-2125
- IV.3.9 DEBIO-025
- IV.3.10 Hepaconda
- IV.3.11 PYN17
- IV.3.12 Inhibiteurs NS5A
- IV.3.13 Oglufanide
- IV.3.14 NOV-205
- IV.3.15 JKB-122
- IV.3.16 CB5300
- IV.3.17 Interleukines
- IV.4.0 Tableau de référence rapide

PART V : TRAITEMENT (médecines douces)

- V.0.0 Interactions connues des plantes médicinales
- V.0.1 L'acupuncture
- V.0.2 La chiropratie
- V.0.3 La guérison par l'énergie
- V.0.4 La réflexologie
- V.0.5 L'homéopathie
- V.0.6 Le reticulose
- V.0.7 La médecine traditionnelle chinoise
- V.0.8 L'ozonothérapie
- V.1.0 Traitements par des plantes médicinales et des vitamines
- V.1.1 Thé de Kombucha
- V.1.2 Champignons à usage médicinal (reishi, shitake)
- V.1.3 Pissenlit officinal
- V.1.4 L'artichaut sauvage
- V.1.5 L'artichaut
- V.1.6 Racine de réglisse
- V.1.7 Spiruline
- V.1.8 Ail
- V.1.9 Facteurs thymiques
- V.1.10 Vitamine C
- V.1.11 Vitamine B12
- V.1.12 Vitamine E
- V.1.13 Rehausseurs naturels d'interféron
- V.1.14 Autres plantes ou vitamines
- V.1.15 Eau
- V.2.0 Exercice
- V.3.0 Gestion du stress

- V.4.0 Attitude positive
- V.5.0 Tai chi/Chi kung/ Yoga/Méditation
- V.5.1 Tai Chi
- V.5.2 Yoga
- V.6.0 D'autres moyens pour vous aider à rester en santé

PARTIE VI : NUTRITION

- VI.1.0 Que dois-je faire au sujet de la nutrition?
- VI.1.1 Aliments à éviter
- VI.2.0 Nutrition et cirrhose
- VI.3.0 Café, thé, caféine et d'autres stimulants
- VI.4.0 Sel

Partie VII : DROGUES ET ALCOOL

- VII.1.0 Alcool
- VII.2.0 Tabac
- VII.3.0 Marijuana
- VII.3.1 Cocaïne
- VII.4.0 Quels sont les effets des drogues à usage récréatif?
- VII.4.1 Précautions à l'égard des drogues injectables
- VII.4.2 Nettoyage des seringues
- VII.4.3 Méthadone

PARTIE VIII : COMMENT LE VHC AFFECTE MA VIE ÉMOTIVE?

- VIII.1.0 Quel est le lien entre la dépression et l'hépatite?
- VIII.2.0 Traiter une maladie chronique
- VIII.2.0a Acceptation
- VIII.2.0b Comment gérer une baisse d'énergie
- VIII.2.0c Irritabilité
- VIII.3.0 Comment le VHC peut affecter ma vie sexuelle?
- VIII.4.0 Aider un ami ou un membre de la famille atteint de l'hépatite C
- VIII.4.0a Qu'est-ce que je ne dois pas dire?
- VIII.4.0b Que je dois dire?

PARTIE IX : VIVRE AVEC LE VHC

PARTIE X : SUIVRE UN TRAITEMENT À L'INTERFÉRON

- X.1.0 Conseils d'ordre général de Schering
- X.2.0 Comment l'Interféron agit-il?
- X.2.1 Ce que l'interféron accomplira?
- X.2.2 Essais cliniques
- X.2.3 Vais-je pouvoir continuer à travailler?
- X.2.4 Comment vais-je savoir si l'Interféron agit bien?
- X.3.0 Effets secondaires
- X.3.0a Nausée
- X.3.0b Perte de cheveux
- X.3.0c Fatigue
- X.3.0d Problèmes buccaux
- X.3.0e Infections
- X.4.0 Importance de l'eau
- X.5.0 Voyager tout en suivant un traitement à l'interféron
- X.6.0 Horaire des injections
- X.7.0 Conseils au sujet des injections
- X.8.0 À l'aide! Je pense que je viens d'atteindre une veine!
- X.9.0 Que dois-je faire si je trouve que l'Interféron est trop dispendieux?

PARTIE XI : Le travail et l'invalidité

- XI.1.0 La sécurité du revenu : Emploi et prestation d'invalidité
- XI.1.1 Comment puis-je traiter les problèmes au sujet de mon travail?
- XI.1.2 Les problèmes entourant les demandes de prestations d'invalidité
- XI.1.3 Faire une demande de SSI / SSDI
- XI.1.4 Comment faire approuver votre demande d'invalidité : 15 Mistakes You Cannot Afford to Make (Quinze erreurs dont vous ne pouvez pas vous permettre de faire)

XI.1.5 Faire une demande de prestation d'invalidité en Colombie-Britannique

PARTIE XII : RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- XII.1.0 Quels sont les autres points importants à savoir au sujet du VHC?
- XII.2.0 Les groupes de soutien et les sources d'information sur le VHC
- XII.2.1 É.-U.
- XII.2.2 Canada
- XII.2.3 Argentine
- XII.2.4 Australie
- XII.2.5 Autriche
- XII.2.6 Belgique
- XII.2.7 Bulgarie
- XII.2.8 Colombie
- XII.2.9 Croatie
- XII.2.10 Égypte
- XII.2.11 France
- XII.2.12 Allemagne
- XII.2.13 Israël
- XII.2.14 Italie
- XII.2.15 Pays-Bas
- XII.2.16 Nouvelle-Zélande
- XII.2.17 Pologne
- XII.2.18 Portugal
- XII.2.19 Roumanie
- XII.2.20 Espagne
- XII.2.21 Suède
- XII.2.22 Uruguay
- XII.2.23 Royaume-Uni
- XII.2.24 Autres
- XII.3.0 Ressources sur Internet et réseau Usenet au sujet du VHC
- XII.4.0 Bibliographie : Lecture suggérée :
- XII.5.0 Bulletins, revues et vidéos

ANNEXE A : Où puis-je obtenir la version actuelle de la FAQ?

ANNEXE B : Les abréviations médicales et les termes médicaux les plus courants

ANNEXE C : Certains sites Internet recommandés

ANNEXE D : Une liste des médecins canadiens spécialisés dans le traitement du VHC

ANNEXE E : Histoire sur la sécurité du sang, dossier du Canada et problèmes d'indemnisation

ANNEXE F : La coinfection au VIH/VHC un double défi

ANNEXE G : Qu'entend-on par un essai clinique?

Sujet : Partie 0 : Nouvelles administratives

Sujet : 0.00 Droit d'auteur

La FAQ de Peppermint Patti V8.0 est protégée par le droit d'auteur© 1996-2007 par C.D. Mazoff, Ph.D., Patricia Johnson et Joan King au nom de : HepCBC, la liste HepCAN et la liste d'envoi HEPV-L. HEPV-L et HepCBC autorisent de retransmettre ou d'utiliser ce document à des fins non commerciales à condition d'en citer la source, d'inclure l'une de ces adresses CLOTHO@BELLATLANTIC.NET, INFO@HEPCBC.CA ou HEPVL-REQUEST@MAELSTROM.STJOHNS.EDU, le numéro et la date de la version de la FAQ et au moins deux endroits où une version actuelle de cette FAQ peut être obtenue (consultez l'Annex A). Pour tout autre usage, une autorisation doit être obtenue par écrit auprès de Joan King (jking@hepcbc.ca) ou de Patricia Johnson (clotho@bellatlantic.net).

Il s'agit d'un document où le développement est en cours. Veuillez nous faire part de vos commentaires pour nous aider à l'améliorer. Veuillez envoyer vos suggestions au sujet d'ajouts, de corrections ou de modifications confidentiellement aux auteurs : Patricia Johnson (clotho@bellatlantic.net) ou Joan King (jking@hepcbc.ca)

Si vous désirez que votre contribution demeure anonyme, veuillez l'indiquer.

=====
HEPV-L est une liste destinée aux personnes atteintes d'une hépatite chronique et d'autres maladies du foie. Son adresse est la suivante HEPV-L@listserv.icors.org ; il est possible de contacter HepCBC par le biais du site www.hepcbc.ca.

Inscrivez-vous en envoyant un message à : listserv@listserv.icors.org et en inscrivant dans le corps du message, sur la première ligne : INSCRIPTION HEPV-L PRÉNOM et NOM DE FAMILLE (en vous identifiant à l'aide de votre prénom et de votre nom de famille). Pour toute question ou tout problème d'ouverture de session ou pour annuler votre inscription, veuillez communiquer avec l'un des propriétaires de listes à HEPV-L-request@listserv.icors.org

HepCBC (www.hepcbc.ca) est une association composée d'organismes indépendants de la Colombie-Britannique et d'ailleurs, elle vise à fournir des renseignements et des moyens préventifs sur l'hépatite C. Elle produit le *hepc.bull.*

0.01 INTRODUCTION

Ce document répond aux questions les plus fréquemment posées (FAQ) au sujet du virus de l'hépatite C (VHC), ses traitements et les complications possibles. Nous avons tout mis en oeuvre pour fournir les renseignements les plus actuels et les plus précis.

La mise à jour de la version (FAQ v8.0) tient compte de la nature internationale de la collectivité des personnes atteintes de l'hépatite C. Bien que la liste HEPV-L provienne des États-Unis, bon nombre de ses membres viennent des quatre coins du monde. Patricia Johnson (Peppermint Patti), l'auteur initial de la FAQ a demandé à David Mazoff (squeeky) du HCV Advocate de San Francisco de s'occuper de la révision et de la mise à jour de la FAQ, par la suite il a passé le flambeau à Joan King. Elle habite au Canada, par conséquent cette version contient beaucoup de renseignements pour les Canadiens. Pour rendre la FAQ plus accessible à ceux qui vivent ailleurs qu'au Canada, les renseignements spécifiques au Canada ont été placés en annexe à la fin du document.

Grâce à une subvention du Legal Services Society de la Colombie-Britannique, cette édition contient de l'information sur les prestations d'invalidité pour les résidents de la Colombie-Britannique. Cette section va s'élargir pour inclure tous les résidents du Canada. Le lecteur notera également qu'il n'y a pas de liste de médecins des États-Unis, comparativement à la liste des médecins du Canada répertoriés à l'annexe D. Toute personne qui désire compiler une telle liste est invitée à le faire. Veuillez contacter les auteurs de la FAQ.

0.02 AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document contient des renseignements qui ont été écrits et élaborés par des patients et des membres de la liste d'envoi HEPV-L.

Il représente un catalogue officiel de données recueillies par des personnes qui pour la plupart ne sont pas des professionnels de la santé. Au fur et à mesure que ce document évolue, nous espérons inclure des références et des citations qui documenteront davantage les énoncés qui y sont formulés. La plupart des renseignements contenus dans cette FAQ ont été compilés à partir d'expériences personnelles variées et d'opinions écrites sur le HEPV-L et les listes d'envoi HepCAN, ainsi que d'une recherche initialement publiée dans le *hepc.bull.* Aussi utile que ces renseignements peuvent être, ils ne doivent pas être perçus comme conseils médicaux et ils ne doivent pas être utilisés comme substituts à des conseils médicaux. Et bien sûr, n'oubliez pas de faire preuve de bon jugement. Il est important que toute personne atteinte du VHC, ou qui pense avoir contracté ce virus, devrait consulter un médecin qui connaît bien les maladies du foie et les troubles systémiques.

Il faut remercier beaucoup de collaborateurs pour la réalisation de la nouvelle version officielle de la FAQ. Ci-dessous, sans ordre précis :

Alan Franciscus (HCV Advocate), Brad Kane (HepCBC), Andi Thomas (Hep-C-Alert), Anne Karim, Bruce Bennett, Bryce Brogan, Paul Harvey, Cindy Torchin, David Lang† (HEP Seattle), Frank Smith, Joe Shaw, Joan King (HepCBC), Kathryn Morse, Eileen Caldwell-Martin (FHCQ), Ken Benjamin, Kevin, Kunga Palmo (USHA), Sue White (Mid Island HepC), capt. Kevin Donnelly†, Bruce Devenne (HepCNS), Leslie Gibbenhuck (Children's Liver Alliance), Marjorie Harris (HepCure), Darlene Morrow (HepC VSG), Lucinda Porter, Pat Buchanan (LiverHope), ****Peppermint Patti,**** Sara Amber (HEP Seattle), Scott Warren (aka Reezer), C.D. Mazoff, alias squeeky (HepCBC), Rivaud (Hepv-I), Sheree Martin (Hep B List), Sybil†, Smilin' Sandi, Marie Stern, Brian D. Klein (HAAC), John et Matti Kirk, Rick Crane et nos mères pour nous avoir créés.

=====

PARTIE I – LES NOTIONS ÉLÉMENTAIRES

I.0.1 QU'EST-CE QUE L'HÉPATITE?

L'hépatite est une inflammation du foie. Plusieurs maladies et conditions différentes se partagent ce symptôme. Les poisons, les virus, les bactéries, les parasites, les troubles auto-immunes et les drogues peuvent tous causer l'hépatite.

Parmi les formes d'hépatite virale, il y a l'hépatite A, B et C. Bien que leurs noms se ressemblent, il s'agit de virus très différents qui causent des symptômes différents et qui nécessitent des traitements différents. Les autres virus qui causent l'hépatite sont l'hépatite D, E et G, ils sont moins courants et ils ont été découverts plus récemment que l'hépatite A, B et C.

Les formes d'hépatite non virales peuvent être provoquées par des agents toxiques ou une maladie auto-immune. En présence d'une maladie auto-immune, le corps s'attaque lui-même, il traite ses propres tissus comme étant des corps étrangers envahisseurs. Une hépatite toxique est le résultat de la détérioration des cellules hépatiques causée par les produits chimiques, l'alcool, les drogues ou d'autres composés industriels. Le terme hépatite toxique est une autre manière de parler de l'inflammation du foie suite à un empoisonnement. L'abus d'alcool est l'une des causes les plus fréquentes de dommages toxiques au foie.

I.0.2 QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES FORMES D'HÉPATITE?

Les différentes formes d'hépatite sont les suivantes :

- A (anciennement appelée hépatite infectueuse ou ictère)
- B (hépatite du sérum)
- C (anciennement appelée hépatite non-A non-B)
- D (hépatite delta)
- E (transmise par les selles d'une personne infectée)
- G (un virus transmis par le biais de produits sanguins infectés)
- CRYPTOGÉNIQUE (ou Non-A,B,C,D,E,G)

D'autres virus de l'hépatite sont découverts, mais ils peuvent être moins courants. D'autres virus, comme la fièvre jaune, la mononucléose, le virus cytomégalovirus, ainsi que des parasites et des bactéries peuvent provoquer une hépatite comme effet secondaire.

Les formes d'hépatite NON VIRALES sont les suivantes :

maladie auto-immune (le corps attaque ses propres tissus)

maladie de Wilson (une maladie génétique caractérisée par une accumulation de cuivre dans le foie ou le cerveau)

hémochromatose (une maladie génétique caractérisée par une accumulation de fer dans le système sanguin)

hépatite médicamenteuse, hépatite chimique ou hépatite provoquée par la consommation d'alcool

I.0.3 QU'ARRIVE-T-IL AU CORPS?

Les différentes formes d'infections hépatites pénètrent dans le corps par des voies différentes. Les virus de l'hépatite A et de l'hépatite E entrent par les voies intestinales, alors que les virus des hépatites B, C, D et G entrent par le système sanguin. Toutes les formes d'hépatite virale attaquent le foie et se reproduisent dans les cellules hépatiques.

Les hépatites A et E se développent dans les conditions non hygiéniques. Il y a un vaccin pour l'hépatite A. Habituellement, elle se résorbe d'elle-même, cependant cette forme d'hépatite peut être fatale chez les enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique. L'hépatite A s'avère être fatale chez les personnes atteintes de l'hépatite C. Les cas d'hépatite se retrouvent principalement dans les pays du tiers monde. Cette forme d'hépatite se résorbe également d'elle-même, mais elle peut être dangereuse chez les femmes enceintes.

Étant donné que le virus des hépatites B, C, D et G infecte les cellules hépatiques, le corps les attaque, ce qui cause de l'inflammation au foie. Dans le cas de l'hépatite B, le foie récupère de lui-même et il laisse des anticorps. Les anticorps sont des protéines produites par le corps pour se défendre contre les virus. Si vous avez seulement les anticorps d'une maladie, soit que vous l'avez soit maintenant ou soit que vous l'avez eu et que vous en êtes guéri.

Des études récentes indiquent que l'hépatite B peut revenir plusieurs années plus tard chez les individus chez qui, semble-t-il, le virus avait été éradiqué, un peu comme le syndrome de post-poliomyélite. Jusqu'à 90 % des personnes infectées par le VHB sont en mesure d'éliminer le virus. Il y a un vaccin pour l'hépatite B.

Il n'existe aucun vaccin pour l'hépatite C. Chez bien des personnes qui contractent l'hépatite C, le système immunitaire n'éradique pas le virus. Plus souvent qu'autrement, les anticorps ne réussissent pas à identifier le virus de l'hépatite C correctement. L'infection reste à long terme. La plupart des personnes ne savent pas qu'elles ont l'hépatite C. Parce que certaines personnes sont asymptomatiques et que chez d'autres le virus peut prendre 13 ans pour se développer. Certaines personnes ont l'hépatite C pendant plus de 20 ans avant qu'elles ne découvrent qu'elles l'ont contractée. L'hépatite C affecte différentes personnes de manières différentes.

En se basant sur ce que nous savons, si 100 personnes contractent l'hépatite C :

- 15 à 20 personnes auront une infection aiguë. Ces personnes élimineront le virus de la même manière qu'une grippe.
- 80 à 85 personnes auront une infection chronique. Cette infection ne s'élimine pas sans traitement.

Parmi ces personnes atteintes d'une infection chronique :

- 60 d'entre elles ne présenteront de dommages au foie qu'à des niveaux modérés, si elles en démontrent.
- 20 à 25 personnes développeront une grave maladie du foie.

Parmi les personnes qui développeront une grave maladie du foie :

- 10 demeureront à un état stable
- 15 développeront une insuffisance hépatique ou un cancer du foie, au bout de cinq ans. Selon un article paru dans *Gut* (2000; 47:131-136) le taux de cinq ans pour la progression en un cancer hépatocellulaire est de 13,4% et le taux de cinq ans pour la progression vers les décès est de 15,3%.

L'hépatite C ne rend pas toujours les gens malades. Lorsqu'une personne devient malade, les symptômes peuvent prendre beaucoup de temps pour se développer (environ 13 ans). Même lorsqu'une personne présente des symptômes, étant donné que l'évolution des symptômes diffère d'une personne à l'autre, la condition peut être confondue avec quelque chose d'autre. Souvent les personnes vont passer des tests seulement lorsqu'elles démontrent des symptômes indiquant une maladie hépatique à un stade avancée. Il est important de passer des tests si vous avez **toute** raison de croire que vous **pouvez** avoir été mis en contact direct avec le sang d'une autre personne. **Tout le monde devrait prendre des mesures préventives pour ne pas transmettre l'hépatite C, même les personnes qui ne pensent pas l'avoir contractée.**

Des études qui suivent la progression de la maladie sont rares, elles étudient un nombre relativement faible de sujets et elles suivent seulement ces personnes pendant une courte période de temps. En règle générale, elles suivent seulement les personnes dont la date de l'infection peut être facilement documentée (par ex. transfusion sanguine et piqûre accidentelle). La progression de la maladie semble être différente selon les facteurs suivants : la géographie, la consommation d'alcool, les caractéristiques du virus (génotype, charge virale), la co-infection avec d'autres virus, l'âge, l'âge au moment de l'infection, les sexes, le poids, et autres facteurs non expliqués. - National Institutes of Health Statement on Hepatitis C 1997 et *Gut* 2004; 53:451-455

I.0.4 QUELLE EST LA PÉRIODE D'INCUBATION?

Le temps que les symptômes prennent à se développer varie selon les différentes formes d'hépatite. Les personnes ayant contracté l'hépatite A ou E peuvent commencer à présenter des symptômes aussi tôt que deux semaines après leur exposition au virus, mais habituellement ce n'est qu'au bout de quatre semaines que les symptômes sont perceptibles. Dans les cas d'hépatite B et C, c'est généralement plus long. La moyenne pour l'hépatite B est de deux à trois mois. Lors d'essais sur les chimpanzés, l'hépatite D s'est développée en une période de deux à dix semaines après l'infection.

L'ARN du VHC peut être détecté dans le sang, de une à trois semaines après l'exposition initiale au virus. Presque tous les patients développent des atteintes aux cellules hépatiques dans une période de 15 à 150 jours (en moyenne 50 jours). Ils vérifient le niveau des dommages au foie en cherchant une élévation de l'alanine aminotransférase (ALT) dans le sang, l'ALT est une enzyme qui s'écoule dans le système sanguin lorsque des cellules hépatiques sont endommagées. La majorité des patients sont asymptomatiques (ne

présentent pas de symptômes) et ils sont anictériques (le blanc de l'oeil est clair). Seulement 25 à 35 % d'entre eux présentent des signes d'inconfort, de faiblesse ou d'anorexie et certains ont le blanc de l'oeil jaune. L'apparition rapide d'une insuffisance hépatique suite à une infection au VHC a été signalée, mais en de rares cas. Invariablement, les anticorps au VHC (anti-VHC) sont détectables pendant l'évolution de la maladie. Il est possible de détecter les anticorps au VHC chez 50 à 70% des patients à l'apparition des symptômes et chez 90 % des patients trois mois après le début de l'infection. Lorsqu'une maladie disparaît sans traitement il s'agit d'une maladie révolutive; l'hépatite C est résolutive dans 15% des cas. Le rétablissement se caractérise par la disparition de l'ARN du VHC dans le sang et le retour des enzymes hépatiques à la normale. - Énoncé de la National Institutes of Health sur l'hépatite C, 1997.

I.0.5 COMMENT SE DÉCLARE HABITUELLEMENT L'HÉPATITE C?

Les personnes réagissent différemment au VHC. Pour quelques patients, la maladie commence soudainement comme une grippe, mais ils ne semblent pas guérir complètement de cette grippe. Pour plusieurs autres patients, l'apparition se fait graduellement pendant une longue période de temps. Souvent, les bébés et les jeunes enfants ne présentent pas de symptômes du tout.

Plusieurs autres symptômes peuvent être présents, ils sont habituellement différents parmi différents patients. Ils comprennent notamment : la fatigue, de la fièvre peu élevée, des maux de tête, un léger mal de gorge, de la perte d'appétit, de la nausée, des vomissements, une légère sensibilité au soleil, de raideur ou de la douleur articulaire.

Plusieurs personnes développent une douleur au côté droit, au-dessus de la région du foie.

L'urine peut devenir foncée et les selles peuvent être pâles. Dans les cas d'infections aiguës, certaines personnes peuvent développer un ictère où la peau et le blanc des yeux deviennent jaunes.

La gravité des symptômes peut grandement différer d'un patient à l'autre et ces symptômes peuvent aussi varier avec le temps sur le même patient. Habituellement, ceci peut aller de la fatigue suite à des événements stressants, jusqu'à être alité et complètement invalide. Les symptômes ont tendance à se diffuser avec le temps.

I.0.6 QUELLE EST LA FONCTION DU FOIE?

Les fonctions hépatiques sont les suivantes :

- Stocker les réserves de fer, ainsi que les vitamines et les minéraux
- Détoxifier les produits toxiques, dont l'alcool et les médicaments (ordonnances et en vente libre, ainsi que les substances illégales). Agir comme filtre pour les convertir en substances qui peuvent être utilisées par le corps ou qui peuvent être excrétées du corps.
- Convertir les aliments que nous mangeons en énergie, et nutriments nécessaires pour vivre et grandir.
- Fabriquer des produits sanguins
- Fabriquer de nouvelles protéines
- Produire des facteurs de coagulation pour aider le sang à coaguler
- Produire de la bile, un enzyme utilisé dans le métabolisme des graisses et dans l'élimination des toxines.

I.0.7 LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC)

L'hépatite C est une forme d'hépatite qui est causée par un virus à ARN (RNA) de la famille des flavivirus qui cible le foie. Le VHC représente la majorité des cas d'hépatite anciennement désignés comme des hépatites non A non B, ce virus est responsable de 150 000 à 250 000 nouveaux cas d'hépatite chaque année.

Ce virus, qui a habituellement une période d'incubation de six à neuf mois, présente des symptômes comme la fatigue, la nausée, la perte d'appétit, les urines foncées et l'ictère. S'il n'est pas traité ce virus peut causer des insuffisances hépatiques, le cancer du foie et même la mort. Le VHC est aussi un élément déclencheur de troubles auto-immunes et d'autres maladies diverses, comme le diabète, les lymphomes non hodgkinien, des troubles rétinien et les thyroïdites (inflammation de la glande thyroïde). Selon une étude récente d'un comité subventionnée par le National Institutes of Health, près de quatre millions d'Américains sont infectés par le VHC. Ce rapport révèle également que les médicaments actuels utilisés pour traiter cette maladie donnent des résultats décevants et il est estimé que le nombre de décès aux États-Unis dus au VHC pourrait tripler au cours des 10 ou 20 prochaines années.

I.0.7a QUAND LE VIRUS DE L'HÉPATITE C A-T-IL ÉTÉ DÉCOUVERT?

En 1987, Michael Houghton et ses collègues à la Corporation Chiron en Californie ont découvert une partie du matériel génétique du VHC en utilisant la technologie moléculaire recombinée. Cette découverte a permis de développer des tests visant à détecter des anticorps spécifiques. Le premier test immuno-enzymatique (EIA) créé en 1989 utilisait seulement une seule protéine recombinée pour détecter les anticorps et il a produit un nombre important de résultats faux positifs ou faux négatifs. Un test de détection d'anticorps qui peut être utilisé pour augmenter la sûreté des réserves de sang et des banques de dons d'organes et de tissus était disponible à partir de 1990.

Au milieu de l'année 1995, le virus de l'hépatite C a été décelé pour la première fois par des chercheurs avec l'aide d'un microscope électronique. Il s'agit d'un virus monocaténaire à ARN (acide rubonucléique) d'une dimension de 40 à 50 nanomètres.

Il est couvert d'une enveloppe lipidique et il est protégé par des glycoprotéines peplomers ou «pointes».

Selon Bruce Devenne de Hepatitis Nova Scotia, les gouvernements et les communautés médicales étaient au courant de l'épidémie d'hépatite C bien avant 1987 et il aurait été possible de prévenir le décès de milliers de personnes. Mais ils n'ont rien fait. En Irlande et en France, il y a eu des cas de VHC transmis par du sang contaminé, où les tribunaux ont clairement établi la responsabilité criminelle de certains distributeurs de sang et gouvernements. Regardons aussi l'histoire de la sûreté du sang au Canada et le récent scandale de distribution du sang en Arkansas (voir l'annexe E, ci-dessous).

I.0.8 QUI PEUT CONTRACTER L'HÉPATITE?

Vous devez passer un test de dépistage de l'hépatite C si :

- Vous avez reçu une transfusion de sang ou de produit sanguin avant que le système de dépistage ne soit instauré (en 1986 aux États-Unis et en 1990 au Canada)
- Vous avez partagé du matériel d'injection de drogues
- Vous avez eu un tatouage ou un perçage corporel.
- Vous avez été accidentellement piqué par une aiguille ou vous avez effectué des pratiques vous exposant à des risques.

Les personnes dont les tests démontrent une fonction hépatique anormale sans cause apparente, auraient avantage à subir un test de dépistage d'anticorps à l'hépatite C. Nous (HepCBC) recommandons également que toute personne ayant reçu des soins dentaires où il y avait présence de sang ou toute personne ayant reçu des soins de manucure ou de pédicure devrait passer un test. Des études récentes (Minerva Urol Nefrol. 2005 sept.; 57(3):175-97) démontrent que les personnes recevant des traitements d'hémodialyse sont toujours à risque, comme bon nombre de patients atteints du cancer en voie de guérison.

L'hépatite C est actuellement la cause d'environ 150 000 et 250 000 nouveaux cas d'infections chroniques chaque année aux États-Unis. Les hémophiles et les utilisateurs de drogues intraveineuses sont les plus à risque, mais toute personne, de tout groupe social, de tout groupe d'âge ou de tout horizon social risque de contracter le virus de l'hépatite C. Les chercheurs ont découvert que bon nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C ne savent pas qu'elles le sont. Entre 20 et 40% des patients des hôpitaux des grands centres urbains sont infectés, ainsi que 80 % des utilisateurs de drogues intraveineuses.

I.0.9 COMMENT SE TRANSMET CE VIRUS?

«Relaxez-vous...vous êtes infecté...mais ce n'est pas si terrible que ça.» - Cindy Torchin : cindy@cpcug.org
Propriétaire de la liste HEPV-L

La plupart de personnes ayant l'hépatite C ont contracté ce virus soit en ayant reçu une transfusion de sang contaminé (ou de plasma, gammaglobulin, etc) ou en partageant des aiguilles contaminées. Avant 1990, il était officiellement impossible d'analyser le sang au Canada pour déceler la présence du VHC (voir, *annexe E : Historique de la sécurité du sang*) Grâce aux méthodes modernes utilisées pour dépister le VHC, les risques de contracter l'hépatite suite à une transfusion sanguine sont maintenant inférieures à 1%. Parmi les autres personnes qui ont contracté l'hépatite C il y a les travailleurs de la santé qui ont été exposés à une aiguille ou un instrument contaminé, les personnes qui ont reçu des soins médicaux ou dentaires, des patients qui ont reçu un traitement d'hémodialyse, des personnes qui ont eu un perçage corporel oui qui ont partagé un rasoir, une brosse à dents, ou un coupe ongles et les personnes qui ont eu un tatouage ou des

soins de manucure effectués avec de l'équipement qui n'était pas stérilisé adéquatement. Les mères infectées peuvent transmettre le virus au fœtus in utero. Les statistiques de transmission du virus de la mère à l'enfant s'élèvent à environ 5%. Les risques de transmission sont plus grands si la mère est également infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui cause le SIDA où le taux de transmission est de 16 %.

Les cas d'hépatite C où il n'y a pas d'exposition évidente au virus par le biais de transfusions sanguines, de piqûres ou de partages d'aiguilles sont des cas dits «sporadiques». Personne ne sait comment ces personnes ont été infectées. Dès 1956, le *Merck Manual* mentionnait que l'hépatite Non-A Non-B pouvait se transmettre par le biais de seringues en verre et d'autres instruments servant aux tests médicaux et aux programmes de vaccination systématique.

Quarante pour cent de tous les cas d'hépatite C ont été contractés d'une manière inconnue par des personnes qui ne font partie d'aucune catégorie de risque connu.

Ceci veut dire que nous avons **tous** des risques de contracter l'hépatite C.

1. Le virus est présent dans le sang d'une personne infectée.
2. L'hépatite C peut se transmettre en utilisant quelque chose contaminée par du sang infectée :
 - a. rasoirs, coupe-ongles ou ciseaux
 - b. brosse à dents et irrigateur buccal
 - c. aiguilles pour le tatouage ou le perçage corporel
 - d. aiguilles pour drogues intraveineuses illicites et accessoires (tampon d'ouate, cuiller, etc.)
 - e. tampons ou serviettes hygiéniques
3. Le virus doit entrer par une coupure ou par une muqueuse.

1.0.9a COMMENT LE VHC N'EST PAS TRANSMIS

1. Le virus de l'hépatite C N'EST PAS aérogène
2. Il NE se transmet PAS en :
 - a. éternuant ou en toussant
 - b. en se donnant une poignée de main
 - c. en s'embrassant (sauf s'il s'agit d'un baiser profond et qu'il y a des plaies ouvertes)
 - d. en utilisant le même siège de toilette
 - e. en mangeant de la nourriture préparée par une personne ayant le VHC
 - f. en tenant un enfant dans ses bras
 - g. en se baignant dans la même piscine

I.1.0 LE VHC ET LES TRANSFUSIONS SANGUINES

Toute personne qui a reçu une transfusion de sang ou d'un produit sanguin avant 1992 est considérée comme faisant partie d'un groupe à risque élevée. Dès 1986, les banques de sang avaient commencé à faire des tests de dépistage de certains marqueurs, mais du sang contaminé a quand même été donné aux patients. En mai 1990, les tests de dépistage du virus de l'hépatite C furent introduits et les risques se situent maintenant à 1 sur 3 300 ou 0,12% chez une personne recevant une transfusion habituelle. Une personne recevant une transfusion habituelle est une personne qui ne présente pas d'autres conditions le prédisposant à contracter le virus (comme une infection au VIH)). - *California at Berkeley Wellness Letter, mai 1993* (voir l'annexe E : *Historique de la sécurité du sang*)

Le VHC transmis lors d'une transfusion sanguine tend à être plus grave que les autres modes de transmission.

I.1.1 LE VHC ET L'USAGE DE DROGUE INJECTABLE

Des chercheurs à Johns Hopkins rapportent que les utilisateurs de drogue injectable ont des risques élevés de contracter l'hépatite B et C et que bon nombre d'entre eux sont infectés au cours de la première année d'utilisation de drogue injectable.

Le docteur David Vlahov et ses collègues ont étudié 716 participants qui ont utilisé des drogues injectables pendant six ans ou moins. Soixante-dix-sept pourcent d'entre eux ont été infectés par le VHC et 65,7 % ont été infectés par le VHB. Environ 20 % d'entre eux étaient VIH positifs. L'hépatite C était plus courante parmi ceux qui affirmaient faire l'usage de drogue injectable depuis moins de quatre mois que parmi ceux qui utilisaient ces drogues depuis neuf à 12 mois. (*Am J Pub Health 1996; 86:642-646.*)

Des études menées en Colombie-Britannique (en 1999) indiquent que 90 % des mâles de la population carcérale sont infectés par le VHC.

I.1.2 LE VHC ET L'IMMUNOGLOBULINE INTRAVEINEUSE (GAMMAGARD/POLYGAM/FACTEUR D)

Des milliers de personnes aux États-Unis peuvent avoir contracté le VHC en utilisant des lots contaminés de Gammagard et de Polygam, des drogues intraveineuses utilisées dans les traitements d'immunoglobuline intraveineuse. Plusieurs de ces personnes infectées par le Gammagard étaient des enfants. Le Gammagard est principalement utilisé pour accroître le système immunitaire d'un patient. En Irlande, un grand nombre de femmes ont été infectées après avoir utilisé un Facteur D contaminé suite à leur accouchement.

Les patients qui ont reçu un traitement d'immunoglobuline devraient consulter leur médecin immédiatement que passer des tests sur leur fonction hépatique.

I.1.3 TRANSMISSION NÉONATALE DU VHC

Le texte suivant est tiré du livret conçu par l'HepCBC, sur leVHC et la grossesse. Réduire les risques de transmission pendant et après une grossesse

Une femme qui a contracté l'hépatite C et qui désire avoir un enfant devrait s'inquiéter de la santé de son bébé. Les chances que le virus soit transmis au bébé sont de 0 à 10 %, mais elles sont plus élevées chez les personnes ayant le VIH ou qui utilisent des drogues injectables. Si une mère a aussi le SIDA, les chances peuvent augmenter jusqu'à 36 sur 100. Le risque peut être encore plus grand si les mères sont infectées à la fois par le VHB et le VHC.

La transmission du virus au bébé peut se faire avant ou pendant la naissance.

Les informations actuelles indiquent que la transmission peut être légèrement plus probable chez le nourrisson né d'une mère ayant le génotype 1.

La plupart des médecins et des sages-femmes encadreront les mères ayant l'hépatite C qui désirent avoir un enfant. La grossesse n'est pas officiellement déconseillée dans les cas d'hépatite C.

Une femme peut suivre un traitement contre l'hépatite C avant sa grossesse. Elle DOIT cependant attendre au moins six mois après avoir arrêté le traitement avant d'être enceinte, pour éviter toute anomalie congénitale. Les hommes infectés qui suivent un traitement doivent utiliser une méthode contraceptive, pendant au moins six après le traitement pour la même raison.

Un accouchement par césarienne ne réduit habituellement pas les risques de transmission. Cependant, il est possible, si la mère a une infection aiguë d'hépatite C ou si elle est co-infectée par le VIH, qu'il y ait plus de risques d'infecter que son bébé.

La charge virale et la transmission mère-enfant

La charge virale représente la quantité du VHC dans le sang. Si une mère infectée par le VHC a une charge virale peu élevée (moins de 1 million copies/ml), il est peu probable que le virus se transmette au bébé, comparativement à une charge virale élevée, cependant il y a quand même des chances que le VHC soit transmis. Si la mère n'a aucun virus, le bébé ne sera pas infecté.

Il semblerait que les bébés filles soient deux fois plus à risque d'être infectées que les bébés garçons.

(www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20060115_181536_2940 17 janvier 2006 volume 42 numéro 02)

Allaitement

Il est impossible de savoir jusqu'à présent si le lait maternel d'une mère infectée par le VHC peut contenir le virus en quantité assez suffisante pour infecter le bébé lors de la période d'allaitement. Généralement, les mères qui ont contracté le VHC ne doivent pas allaiter. Aucune étude n'a documenté la transmission du VHC aux enfants par le biais de l'allaitement. Selon une étude, les bébés allaités avaient moins de chance de contracter le VHC. Les mères ne devraient pas allaiter lorsque leurs mamelons sont gercés ou saignent, par mesure de précaution.

Une étude européenne portant sur 1 479 paires mères-enfants et une étude américaine qui a effectué le suivi de 244 nourrissons dont la mère était infectée par le VHC ont publié leur conclusion que l'allaitement ne pose pas de risque dans le *Journal of Infectious Diseases*.

(www.medicalpost.com/mpcontent/article.jsp?content=20060115_181536_2940 17 janvier 2006 volume 42 numéro 02)

Les enfants ayant contracté l'hépatite C (consulter également : Comment le VHC affecte les enfants?)

Chez les enfants, une infection virale est souvent silencieuse, malgré le fait que les enfants aussi jeunes que huit ans peuvent être sérieusement malades s'ils contractent le VHC.

Contrairement aux adultes, les enfants ont tendance à ne pas présenter de symptômes lorsqu'ils sont infectés par le virus de l'hépatite C, ainsi ils peuvent transmettre le virus sans le savoir.

L'hépatite C ne semble pas affecter la croissance d'un enfant.

Qu'ils soient infectés ou non par le VHC, tous les enfants devraient connaître les règles d'hygiène.

Les enfants souffrant d'une maladie hépatique avancée

L'hépatite C chronique peut causer la cirrhose ou le cancer du foie. Cependant, il peut s'écouler de 10 à 20 ans avant qu'une cirrhose survienne. Les enfants ont rarement le cancer du foie.

Le traitement chez les enfants (Consulter également II.7.1)

L'AASLD recommande :

1. Le diagnostic, l'administration de tests et la biopsie du foie des enfants pouvant avoir le VHC.
2. En raison du taux de néotatation spontanée au cours de la première année de vie, les enfants des mères infectés par le VHC devraient être testés à l'âge de 18 mois ou après.
3. Les enfants en santé âgés de trois à 17 ans qui ont le VHC peuvent recevoir de l'interféron-alpha 2b et de la ribavirine par les médecins spécialistes qui traitent les enfants
4. Les enfants de moins de trois ans ne devraient pas être traités.

Il y a plusieurs questions au sujet de l'hépatite C chez les enfants. Des recherches supplémentaires doivent être faites pour en savoir davantage sur la manière dont la maladie progresse et comment les différents traitements agissent.

Parler aux travailleurs de santé

Les médecins et les sages-femmes peuvent se montrer utiles et coopératifs envers une femme ayant l'hépatite C qui désire avoir un enfant. Il peut être très difficile pour une femme ayant l'hépatite C de dire à son médecin qu'elle est enceinte ou qu'elle désire l'être, si elle pense qu'il va essayer de la dissuader. Les travailleurs de la santé ayant de l'expérience à aider les femmes qui ont l'hépatite C seront mieux informés et ils offriront un meilleur soutien.

I.1.4 AUTRES MOYENS DE TRANSMISSION DU VHC

Comme l'hépatite B, l'hépatite C se transmet en ayant été en contact avec le sang d'une personne infectée, soit en recevant une transfusion ou en partageant des aiguilles contaminées. Il n'y a aucune évidence que le virus de l'hépatite C puisse se transmettre par de simples contacts, par le biais d'aliments, par la toux ou par l'éternuement.

I.1.4a TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE

Est-ce que le VHC est transmis sexuellement? La réponse n'est pas aussi simple que nous le voudrions. La transmission chez les couples monogames, hétérosexuelles est de 3 % ou moins. En Europe, mais pas aux États-Unis, il y a eu des épidémies de VHC principalement chez les hommes porteurs du VIH qui pratiquent l'homosexualité (MSM).

Un article publié en mai 2007 dans le *HIV Medicine* signalait 352 cas de VHC contractés au cours des trois années précédentes chez des MSM examinés entre 2002 et 2006, ce qui correspond à une augmentation de 20 % pendant cette période. Une autre étude publiée dans le numéro du 11 mai 2007 de *AIDS* soulignait 111 cas similaires chez les MSM et des recherches ont été effectuées pour déterminer si les souches du virus étaient apparentées. Sept groupes d'infections ont été identifiés, tous provenant des personnes porteuses du VIH. Le VHC était associé aux facteurs de risques de transmission sexuelle plutôt qu'à l'injection de drogues (UDI). Les facteurs de risque étaient le nombre de partenaires sexuels, les pratiques sexuelles à risque, le partage de drogues par voie nasale ou anale et les relations à plusieurs personnes, qui étaient le meilleur prédicteur de l'infection par le VHC, particulièrement lorsque combinées à des pratiques à risque élevé.

Dans l'étude américaine, le seul prédicteur d'une co-infection VIH/VHC était l'utilisation de drogues injectables (UDI). Le numéro du 1er juin 2007 du *Journal of Infectious Diseases* publiait un rapport qui

concluait que «Nos résultats se conforment à une recherche précédente selon laquelle les relations sexuelles jouent un rôle peu important dans la transmission du VHC.» (www.hivandhepatitis.com/hiv_hcv_co_inf/2007/050107_a.html)

La pratique de relations sexuelles protégées est toujours une bonne solution pour les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels. Les personnes qui se livrent à des activités sexuelles à risque élevé sont plus à risque de contracter des MTS qui peuvent causer des plaies et des lésions. Les plaies et les lésions représentent un risque élevé de contact sanguin et un risque plus élevé de contracter l'hépatite C. Si vous avez de l'herpès, vous êtes plus à risque de contracter l'hépatite C. Il peut être possible que le VHC se mêle au virus de l'herpès génital par voie de lésions génitales. Si vous avez plusieurs partenaires, utilisez des condoms. Les personnes souffrant d'une maladie aiguë ou ayant un système immunitaire compromis devraient être plus vigilantes étant donné que ces conditions peuvent augmenter la concentration du virus dans le système sanguin, ce qui pourrait représenter un plus grand risque d'infection. Les relations sexuelles lors des menstruations devraient être évitées, étant donné de la présence du sang dans le liquide menstruel. Un rapport de Santé Canada «Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique» juin 1999, p. 6, recommande que :

1. Les personnes ayant plusieurs partenaires sexuelles devraient avoir des relations sexuelles protégées.
2. Les personnes vivant une relation monogame stable n'ont pas à changer leurs pratiques sexuelles actuelles, lorsque l'un des membres du couple est infecté par le VHC.

I.1.4b EXPOSITION PROFESSIONNELLE

En règle générale, le VHC représente une plus grande menace pour les travailleurs de la santé que le VIH. Les risques qu'un travailleur de santé soit infecté par le VHC suite à une piqûre accidentelle sont de 20 à 40 fois plus élevés que les risques d'une infection par le VIH. (Selon les données présentées à la conférence internationale sur les maladies infectieuses émergentes, subventionnée par les US Centers for Disease Control and Prevention and the American Society for Microbiology qui a eu lieu en juillet 2000.

Une exposition au VHC est possible dans toute occupation où il est possible d'être en contact avec du sang contaminé (par ex. infirmières, phlébotomistes, techniciens ambulanciers, pompiers et policiers, pour n'en nommer que quelques-uns). Les risques d'une infection par le VHC suite à une piqûre accidentelle avec une aiguille ayant du sang contaminé par le VHC peuvent être aussi élevés que 10 %. Cependant, les risques que les travailleurs de la santé contractent le VHC lors d'activités professionnelles sont beaucoup moins importants que ceux du VHB.

Ils est actuellement recommandé que «les travailleurs de la santé des secteurs publics et privés soient conscients des risques et qu'il est important que toutes les personnes qui soignent les patients passent un test de dépistage du VHC. (docteur Robert T. Ball www.hepnet.com/hepc/news072000.html)

I.1.4c BROSSE À DENTS/RASOIRS/COUPE-ONGLES

Il est possible que des articles personnels tels que rasoirs, brosses à dents, pinces à épiler ou coupe-ongles aient été mis en contact avec du sang infecté. Il est préférable de ne pas partager d'articles personnels, particulièrement dans le cas des personnes infectées par le VHC. Récemment une inquiétude a été exprimée au sujet du partage de rasoirs électriques dans un hôpital d'anciens combattants. Une étude publiée dans la revue *Hepatology* révèle que 19 % des anciens combattants ayant passé un test dans un hôpital de San Francisco étaient infectés par le VHC.

I.1.4d HÉMODIALYSE

Les patients suivant un traitement d'hémodialyse ont des risques plus élevés de contracter une infection virale de l'hépatite C. Il est primordial que les hôpitaux respectent des mesures de contrôle d'hygiène strictes et que les patients suivant un traitement d'hémodialyse passent régulièrement des tests de dépistage du VHB et du VHC. (*Minerva Urol Nefrol. sept., 2005;57(3):175-97.*)

I.1.5 AUTRES MOYENS DE TRANSMISSION DU VHC HAUTEMENT HYPOTHÉTIQUES

Ces moyens sont hautement hypothétiques, car ils ont fait l'objet d'aucune étude ou d'une étude contradictoire. Il peut aussi y avoir d'autres raisons scientifiques qui portent à croire qu'ils ne sont pas des moyens de transmission possibles, mais par manque de preuve il est impossible de ne pas les considérer.

I.1.5a LARMES, SALIVE, URINE ET AUTRES LIQUIDES ORGANIQUES

«La présence d'ARN dans les larmes n'est pas liée à la gravité de l'hépatite et de la charge virale, telle que mesurée par l'essai sur le DNS ramifié...Ces résultats suggèrent que les larmes transmettent le VHC, mais il faut mieux comprendre la source du VHC d'ARN dans ce liquide organique.» (*Med Virol. mars 1997; 51(3):231-3.*)

Le VHC se trouvait dans tous les liquides organiques, mais pas chez tous les patients et à des quantités variées. Il reste à savoir si le virus peut se transmettre ou non par ces liquides. Le sang dans ces liquides peut définitivement propager la maladie, comme la salive des patients dont les gencives saignent. Un autre facteur est de déterminer la présence de cellules réceptrices dans la paroi bucale et de déterminer si le système immunitaire combat le virus contenu dans ces quantités. (*Oral Dis. juillet 2005; 11(4):230-5.*)

Un rapport suggère qu'un travailleur de la santé a contracté le VHC et le VIH d'un patient. Le travailleur avait les mains gercées, il ne portait pas de gants et il était fréquemment en contact avec l'urine et les selles du patient. (*Am J Infect Control. mai 2003; 31(3):168-75*)

I.1.5b GRIFFURES DE CHAT

Il n'y a aucune évidence que le virus de l'hépatite C puisse se transmettre par les griffes d'un chat qui grifferait une personne infectée puis grifferait immédiatement une autre personne.

I.1.5c PIQÛRES DE MOUSTIQUES

Des études ont déterminé que l'hépatite C ne pouvait pas se transmettre par les piqûres de moustiques. Il manque des preuves épidémiologiques ou physiques à l'effet qu'une piqûre de moustique pourrait transmettre le VHC et il y a eu échec dans toute répllication du VHC dans les cellules du moustique.

Il existe deux façons par lesquelles les moustiques pourraient transmettre la maladie aux humains.

Il s'agit d'une transmission mécanique où des traces de sang peuvent être présentes sur la trompe du moustique.

Ce type de transmission ne survient pas dans le cas des graves maladies humaines comme le VHC, VHB ou le VIH. La seconde manière que les moustiques transmettent une maladie s'appelle la transmission biologique. Des études révèlent que les moustiques peuvent envahir des virus, mais une fois en eux le virus meurt, puis il est digéré de la même manière que nous digérons les aliments, en le transformant en acide.

I.1.5d AUTRES TRAITEMENTS MÉDICAUX

Les autres traitements médicaux où des procédures invasives sont utilisées, particulièrement celles effectuées dans un environnement non médical (par ex. l'acupuncture) ou impliquant du sang autologue (comme l'ozonothérapie pour oxygéner le sang) peuvent transmettre le virus de l'hépatite C. (*"Transmission of Hepatitis C par Ozone Enrichment of Autologous Blood," Lancet, 1996; 347:541*). Une enquête ponctuelle effectuée au Japon a découvert une augmentation des risques de transmission de l'hépatite C avec les traitements d'acupuncture (*BMJ 2000; 320:513, 19 février*).

I.1.5e TRANSMISSION INTRAFAMILIALE

La transmission intrafamiliale de l'hépatite C est rare. Elle peut survenir lors d'un contact sanguin direct. Ce contact se fait lorsque le saignement d'une personne entre en contact avec une personne qui a une coupure, ou lors d'un partage de lames de rasoir, de brosses à dents ou d'articles personnels piquants. Il est préférable de nettoyer tous les saignements avec un essuie-tout et de l'eau de Javel, de ranger les rasoirs et les brosses à dents à l'écart des autres articles de toilette des autres membres de la famille. Il est également

possible de tuer les virus en essuyant les articles avec de l'alcool isopropylique et en les laissant sécher à l'air libre. (Voir l. 1.6c Nettoyer les saignements)

Une personne ne peut pas transmettre le virus en embrassant, touchant, éternuant, toussant ou en partageant des aliments, de la vaisselle ou des toilettes.

I.1.5f CAUSES INCONNUES

Il y a une proportion de personnes infectées par le VHC qui ne font pas partie d'un groupe à risque actuellement reconnu. Cependant, dans certains de ces cas, il y a des personnes qui ont été exposées à des drogues injectables ou qui ont partagé des accessoires de drogues illicites plusieurs années auparavant et qu'elles ne s'en souviennent pas ou qu'elles ne veulent en parler. Il est possible que plusieurs personnes aient été infectées au début des années cinquante lors des programmes de vaccination systématique dans les écoles et les camps. Une transmission a également été possible lors des programmes destinés aux pauvres, où par mesure d'économie, du matériel a été recyclé (seringues, aiguilles) au lieu d'être jeté. De plus, des produits sanguins qui ont été utilisés pour fabriquer plusieurs vaccins dans les années cinquante et soixante ne subissaient pas de test de dépistage du VHC.

I.1.5g EST-CE QUE LE VHC EST COMME LE VIH?

Le VIH et le VHC sont tous les deux des virus de l'ARN. Leur code génétique est transmis dans les brins d'ARN au lieu du DNS, comme les autres virus. Le VHC ressemble plus au VIH que les autres formes d'hépatite, mais il vient d'une famille complètement différente. Ils ont des stratégies de reproduction et de survie complètement différentes.

Le VIH est un rétrovirus et une fois que ce virus dans une cellule humaine il se reproduit dans l'ADN et il migre dans le noyau et il s'intègre au génome hôte, il est alors reproduit à chaque fois que la cellule copie son ADN. Le terme rétro signifie que le virus retourne à la forme de virus à ADN une fois qu'il est dans la cellule. Parmi d'autres rétrovirus il y a le virus du lymphome humain à cellules T qui est responsable de certains types de leucémie.

Le VHC est un flavivirus. Il est apparenté aux virus de la fièvre jaune et de la dengue. Il se reproduit en créant des brins d'ARN positifs et négatifs et il ne produit pas d'AND et ne s'intègre pas dans le génome hôte.

Il existe d'autres différences de structure et d'enveloppe entre ces deux virus, mais le point principal à retenir c'est que le VIH et le VHC NE se ressemblent PAS du tout, sauf que ces deux virus détruisent le système immunitaire et qu'il n'existe aucune cure connue. (Consultez *Double Jeopardy: The HIV/HCV Co-Infection Handbook*).

I.1.6 PRÉVENTION

Prévention : évitez les comportements à risque. Les injections de gamma globuline (maintenant sécuritaire heureusement) après avoir été exposé à une aiguille contaminée ne semblent pas fonctionner. Il n'y a aucun vaccin contre le VHC. Grâce aux méthodes modernes utilisées pour dépister le VHC, les risques de contracter l'hépatite suite à une transfusion sanguine sont passés de 10 % (en 1970) à moins de 1 %. «*Prevention, Diagnosis, and Management of Viral Hepatitis*,» AMA.

I.1.6a LORSQU'UNE PERSONNE EST INFECTÉE PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC), QUAND ET PENDANT COMBIEN DE TEMPS EST-ELLE CAPABLE DE TRANSMETTRE LE VIRUS DE L'HÉPATITE C?

Chez toutes les personnes porteuses du VHC, entre 85 % à 90 % d'entre elles auront le virus toute leur vie, ou jusqu'à la découverte d'une cure. Il existe encore un débat à savoir si les personnes qui ont eu un taux de réponse après le traitement contre le virus, s'ils sont guéris ou s'ils sont seulement en rémission. Tous les porteurs du VHC peuvent transmettre la maladie à d'autres par leur sang. Cette maladie peut survenir dans sa forme aiguë, puis être suivi par un rétablissement, mais dans la majorité des cas la maladie devient chronique et causer des symptômes pendant plusieurs années.

Une étude menée aux États-Unis par le Center for Disease Control and Prevention à Atlanta suggère le VHC se trouvant sur du sang séché peut survivre sur des surfaces environnementales à une température ambiante pendant au moins 16 heures mais pas plus que quatre jours. (www.hepatitisresources-calif.org/news Krawczynski, Kris, et al, Centers for Disease Control and Prevention, *Environmental stability of hepatitis C virus (HCV): Viability of dried/stored HCV in chimpanzee infectivity studies*. 11/25/2003)

I.1.6b COMMENT ÉVITER LA PROPAGATION DE L'HÉPATITE C?

Les personnes qui ont contracté l'hépatite C doivent demeurer conscient que leur sang et possiblement d'autres liquides organiques peuvent être infectants, même lorsque la personne porteuse du virus est asymptomatique. Il faut prendre soin d'éviter d'exposer son sang aux autres, par le partage de brosses à dents, de rasoirs, d'aiguilles, etc. Les personnes infectées ne doivent pas donner leur sang, leur plasma ou leur sperme et elles doivent informer leur dentiste ou leur médecin afin que des mesures préventives soient suivies.

I.1.6c NETTOYER LES SAIGNEMENTS

Une solution de 10 % d'eau de Javel (trempage pendant 30 minutes) doit être utilisée sur toutes les surfaces contaminées. Rien ne prouve que cette solution est EFFICACE pour tout, cependant vous ne pouvez pas mettre le monde en vase clos. Il y a aussi certains désinfectants chimiques qui contiennent du phénol et d'autres ingrédients dispendieux, mais comme usage domestique l'eau de Javel est le mieux. L'eau de Javel peut être **très très** corrosive sur certaines surfaces... il faut alors être faire attention lorsque vous l'utilisez. Pour nettoyer du sang séché sur la peau, utilisez de l'alcool isopropylique.

Vous pouvez utiliser le désinfectant Dispatch Hospital Cleanser Disinfectant avec javellisant (www.caltechind.com/dispatch/index.asp) et le produit Spartan Chemical's HDQ NEUTRAL7 (www.spartanchemical.com) qui affirment tous les deux pouvoir tuer le VHC.

Tiré du hepc.bull. déc 1999, numéro 18.

«ÉCLABOUSSURES DE SANG : DO YOU KNOW HOW TO SAFELY CLEAN UP A SPILL OF BLOOD OR BODY FLUID? (SAVEZ-VOUS COMMENT NETTOYER EN TOUTE SÉCURITÉ UNE ÉCLABOUSSURE DE SANG OU DE LIQUIDE ORGANIQUE ?) THIS ARTICLE WILL TELL YOU HOW”, (CETTE ARTICLE VOUS DIRA COMMENT), par Mark Bigham, MD, FRCPC, British Columbia Centre for Disease Control

Le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet principalement par une exposition à du sang contaminé par le VHC. Une infection au VHC n'est pas généralement associée à une exposition à d'autres liquides organiques, comme la salive, l'urine, les selles ou les vomissements. Cependant si du sang contaminé par le VHC est présent dans ces autres liquides organiques, le risque d'infection sera alors plus grand. Par conséquent, il est important de traiter toute contamination environnemental de sang ou de liquide organique comme étant des risques d'infection. Les simples principes de nettoyage et de désinfection qui sont efficaces contre le VHC, le sont également contre les micro-organismes.

Les virus peuvent seulement se reproduire à l'intérieur des cellules et le VHC ne survivra pas longtemps à l'extérieur du corps humain (habituellement pas plus que quelques heures). La survie du VHC dans l'environnement est limitée par des facteurs comme la température plus froide et la sécheresse. Le VHC peut facilement être tué avec l'utilisation de produits domestiques comme l'eau de Javel à 5 % et l'alcool isopropylique à 70 %.

Si vous êtes en présence d'éclaboussure de sang ou de liquides organiques, le principe le plus important pour prévenir l'infection est d'éviter d'entrer en contact. Il est facile de respecter ce principe en portant des gants en caoutchouc, préférablement des gants en vinyle jetables ou même des gants en caoutchouc pour faire le ménage. Les débris comme le verre brisé doivent être ramassés en premier. Ne manipulez pas de morceaux de verre brisé qui pourraient déchirer les gants. Utilisez des feuilles de carton rigides ou des feuilles de journal repliées par dessus le verre brisé pour le ramasser. Lorsque vous jetez du verre, enveloppez-le dans du papier journal avant de le mettre à la poubelle pour protéger les travailleurs du centre municipal de réception des déchets pour ne pas qu'ils ne se coupent lorsqu'ils manipuleront le sac.

Ensuite, rincez toute trace de sang ou de liquide organique visible avec de l'eau et des essuie-tout. L'utilisation de l'eau pour diluer les renversements de sang ou de liquides organiques, réduit son infectuosité et facilite le nettoyage du renversement. Le nettoyage de tout renversement visible enlèvera aussi matière organique qui pourrait réduire l'efficacité des désinfectants. Les essuie-tout jetables peuvent être jetés dans un sac de plastique (dans un sac double s'ils sont très mouillés) qui sera jeté avec les ordures ménagères habituelles.

Un désinfectant doit alors être utilisé. L'eau de Javel domestique à 5,25 % est un excellent choix de désinfectant, qui est économique, peu toxique et habituellement peu irritant pour la peau. Son action est rapide et efficace, non seulement contre le VHC mais aussi contre les autres virus transmis par le sang (par ex le VIH et le VHB), les bactéries et les champignons. Il est possible de le diluer avec de l'eau pour faire une solution d'eau de Javel 1 pour 10 ou 1 pour 100. La solution diluée doit être fraîche, car l'eau de Javel se

dégrade avec le temps lorsque exposée à l'air ou à la lumière. Il est possible d'essuyer la surface avec un linge imbibé et de laisser sécher à l'air, ou de verser la solution sur la région infectée, de laisser agir pendant 10 minutes, puis d'éponger avec des essuie-tout. L'alcool isopropylique à 70 % est un autre désinfectant efficace, qui peut être utilisé à l'état pur et sans danger sur les tissus de couleurs et qui s'applique de la même manière décrite pour l'eau de Javel.

Après l'application, les gants peuvent être retirés avec soin, puis être jetés avec les ordures ménagères avec les essuie-tout. Les gants réutilisables doivent être rincés à l'eau et être désinfectés, en les plongeant ou en les épongeant) pour les laisser sécher à l'air. N'oubliez pas de laver vos mains par la suite.

I.1.6d QUE FAIRE L'ON SE PIQUE ACCIDENTELLEMENT

Comme il n'existe pas de vaccin ou d'anticorps neutralisant contre le VHC, le VHC peut être transmis aux travailleurs de la santé suite à une piqûre accidentelle. Dans une étude publiée dans le journal *Clinical Infectious Diseases*, après l'apparition clinique d'hépatite aiguë, deux travailleurs de la santé qui s'étaient piqués accidentellement ont reçu un traitement à l'interféron (une dose totale, similaire à 300 méga-unités). Aucun de ces travailleurs n'a développé d'hépatite chronique. Cette étude indique qu'un traitement d'interféron à faible dose est possible suite à une piqûre accidentelle, même après l'apparition clinique de l'hépatite. – (“Early Therapy with Interferon for Acute Hepatitis C Acquired Through a Needlestick.” *Clinical Infectious Diseases*, mai 1997;24(5):992-994.)

Une autre étude a démontré une réponse totale sur une période de 2 ans à une monothérapie à l'alpha interféron pour l'hépatite C aiguë. Lors d'une étude sur un groupe de sept patients, qui ont reçu un traitement à dose élevée pendant un an (5 mil/jour pendant 12 semaines, puis 3 MIU 3 fois par semaine pendant 40 semaines). Pour une dose totale d'alpha interféron de 780 MIU. Les résultats indiquent que tous les sept patients traités pour une infection aiguë du VHC ont eu une réponse virale deux après la fin du traitement. Comparativement, seulement deux des dix (20 %) patients ayant l'hépatite C chronique traités d'une manière comparative ont eu une réponse virale. La différence est statistiquement importante (*Digestive Disease Week 2000*).

Un travailleur de la santé a été traité avec succès avec un traitement à court terme d'interféron alpha et de ribavirine pendant trois mois. (*Acta Gastroenterol Belg. Jan.-mars 2005;68(1):104-6.*)

I.1.7 À QUI DEVRAIS-JE EN PARLER?

Si vous avez l'hépatite C, vous n'êtes pas tenu par la loi de le dire aux autres. Cependant la loi peut changer. Présentement, vous avez le choix de le dire ou non que vous avez l'hépatite C. Certaines personnes (et malheureusement, certains travailleurs de la santé aussi) peuvent porter un jugement ou avoir une peur exagérée d'être infectés. À la lumière de cette discrimination possible, les personnes infectées devraient considérer avec soin à qui elles en parlent. Comment la personne a attrapé le virus n'est pas important. Les personnes qui ont contracté l'hépatite C sont protégées par les lois sur la non discrimination.

Des cas récents où des patients ont été infectés par des médecins ont soulevé des questions d'éthique sur le fait que les médecins infectés devraient être interdits ou non d'effectuer des procédures invasives. Jusqu'à présent, qui n'a été fait à ce sujet (*Milbank Q 1999;77(4):511-29*) *Infected physicians and invasive procedures: national policy and legal reality; Rev Med Virol 2000 Mar;10(2):75-78* *Surgeons who test positive for hepatitis C should be transferred to low risk duties*). Surgeons infected with HCV in Germany are allowed to perform surgery with approval of a committee of experts which takes into account the individual situation, such as viral load. (*Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2004 Apr;47(4):369-78.*)

I.1.8 PEUT-ON CONTRACTER L'HÉPATITE PLUS D'UNE FOIS?

Après une guérison complète de l'hépatite A ou B, vous ne pouvez plus contracter ce virus. Cependant, chez certaines personnes l'infection devient chronique. Mais comme il y a au moins cinq différents types de virus qui causent l'hépatite, vous pouvez en contracter un autre type (mais pas l'hépatite D si vous êtes immunisé contre l'hépatite B). Contracter à la fois l'hépatite B et C peut être un cas d'hépatite plus grave et plus dangereux. Une personne qui s'est rétablie d'un cas d'hépatite virale pourrait aussi contracter l'hépatite de nouveau, en raison d'autres causes, comme l'usage d'alcool ou de drogues.

Si vous avez contracté l'hépatite C et que vous en êtes guéri, vous **pouvez être** infecté de nouveau ou vous pouvez être co-infecté par plus d'un génotype. Parce qu'il existe un nombre important de génotypes différents de l'hépatite C et parce que le virus se modifie si rapidement, l'immunité naturelle n'est pas développée. Des études sur des chimpanzés qui se sont rétablis de l'hépatite C aiguë indiquent qu'ils l'ont contracté de nouveau lorsqu'ils ont été exposés à la même souche du virus.

PARTIE II – QUESTIONS MÉDICALES

II.0.1 COMMENT TROUVER DE BONS SOINS MÉDICAUX POUR TRAITER L'HÉPATITE?

Il est très important de trouver un médecin qui est familier avec cette maladie. Les symptômes de l'hépatite peuvent ressembler ceux d'autres maladies, comme les maladies auto-immunes, le cancer, le syndrome de fatigue chronique, le lupus, l'arthrite, etc. Si vous avez en effet une autre maladie qui n'a pas été diagnostiquée correctement, vous n'allez pas recevoir le traitement qui serait efficace pour vous.

Il est toujours difficile de trouver un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'hépatite C. Un hépatologue spécialiste des maladies du foie représente le meilleur choix, vous pouvez aussi consulter un gastroentérologue (spécialiste du système digestif) ou un spécialiste en maladies infectieuses. S'il y a près de chez vous un groupe de soutien, ce peut-être une excellente source d'informations pour identifier les médecins de votre région qui sont familiers avec l'hépatite. Vous pouvez également entrer en contact avec l'American Liver Foundation (ALF), la HEP project de Seattle, le Hepatitis C Support Project de San Francisco, l'HepCBC de Victoria, en Colombie-Britannique ou un représentant d'un autre organisme visant à aider les victimes de l'hépatite C, où vous obtiendrez une liste des médecins près de chez-vous qui ont de l'expérience dans le traitement de l'hépatite C, vous pouvez également aller ailleurs et obtenir de l'aide de votre organisme local pour traiter l'hépatite C. Pour obtenir une liste des organismes traitant l'hépatite C dans votre région, veuillez consulter la partie XII de la FAQ.

Si votre propre médecin sympathise avec vous, mais n'a pas l'expertise nécessaire pour traiter l'hépatite C, vous pouvez monter un dossier sur des articles médicaux sur l'hépatite et les traitements de l'hépatite et vous pouvez encourager votre médecin à les étudier. Vous pouvez aussi lui remettre un exemplaire de la FAQ.

Consultez l'annexe D pour obtenir une liste des hépatologues et des gastroentérologues qui pratiquent au Canada.

II.0.2 QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UN GASTROENTÉROLOGUE ET UN HÉPATOLOGUE?

Un hépatologue se spécialise dans le traitement des maladies du foie. Un gastroentérologue se spécialise dans le traitement du tube digestif. Les hépatologues vont être au courant des derniers renseignements au sujet du traitement de l'hépatite C. Malheureusement, les hépatologues sont peu nombreux au Canada en particulier.

II.1.0 COMMENT SE DIAGNOSTIQUE CE VIRUS?

Trois tests sont utilisés pour dépister le VHC.

- 1) L'épreuve immuno-enzymatique dépiste les anticorps au virus.
- 2) Le test RIBA est le test de confirmation de l'anticorps de l'hépatite C.
- 3) Le test PCR ou TMA permet de mesurer la quantité de virus circulant dans le système sanguin d'une personne.

Alors que les nouveaux tests de détection des anticorps sont mieux qu'avant, de faux résultats positifs peuvent survenir. Un autre test devrait être utilisé pour confirmer le test de dépistage d'anticorps. Un nouveau test TMA peut maintenant être disponible dans votre région. Avec ce test, presque toutes les personnes souffrant du VHC chronique auront un résultat positif. Les tests de fonctions hépatiques anormales (LFT) indiquent qu'il y a une maladie chronique, mais il n'y a pas de lien entre le niveau de ces tests et le degré de sévérité de la maladie. Plusieurs médecins (particulièrement les médecins de premiers recours) pensent encore que les personnes dont le niveau de LFT est faible n'ont pas de maladie grave. Cette erreur a causé des complications graves et même des décès en raison d'un mauvais diagnostic. Des études indiquent que l'épreuve sur l'élévation du niveau d'enzyme n'est pas un diagnostic précis pour dépister la présence de l'hépatite C (*Digestive Disease Week 2000*).

Avant 1990, les médecins pouvaient diagnostiquer le VHC seulement en éliminant les autres possibilités (ce qui explique l'ancien nom du VHC «hépatite non A, non B»).

Les anticorps de l'hépatite C peuvent ne pas se développer pendant une période de deux à six mois après l'infection. Alors, patients possiblement infectés par le VHC ne sont pas tous diagnostiqués immédiatement par les tests sanguins. Le diagnostic peut être exclu d'autres raisons possibles des symptômes, comme le VHA, le VHB, le cytomégalovirus, le virus Epstein-Barre, ainsi que des problèmes hépatiques non viraux, comme une stéatose hépatique, des maladies liées à l'alcool ou à des drogues.

Les tests de suivi sont très importants pour déterminer si la maladie est devenue chronique. Les tests sanguins pour dépister les anticorps sont habituellement répétés trois mois et six mois après le diagnostic initial.

II.1.1 TEST DE DÉTECTION DES ANTICORPS

Les tests de détection des anticorps indiquent si le sang a été exposé au virus et s'il a produit des anticorps pour le combattre. Ils ne déterminent pas si la personne a le virus ou depuis combien de temps la personne est infectée. Les tests de détection des anticorps sont la méthode la plus courante pour diagnostiquer l'hépatite C. Cependant le test peut indiquer de faux résultats, par conséquent, un test de confirmation est nécessaire pour trouver des évidences que l'hépatite C est actuellement dans le sang à l'aide réaction en chaîne de la polymérase (PCR).

II.1.2 QU'EST-CE QUE LE PCR?

Les tests par réaction en chaîne de la polymérase (PCR) du VHC ont commencé à la fin de 1994. Ils détectent la présence du VHC dans le sang. Des renseignements obtenus par le PCR du VHC peuvent être utiles dans l'interprétation des résultats de test d'anticorps qui ne sont pas clairs.

Le PCR du VHC ne peut pas indiquer depuis combien de temps une personne est infectée.

Une petite quantité de votre échantillon de sang est divisée en parties et elle est nettoyée. Un peu de l'ARN viral est prélevé. Ce prélèvement passe par la procédure du PCR. Une partie de l'ARN spécifique à l'hépatite C est divisée en la chauffant et de nouvelles copies sont fabriquées à cet endroit. Cette étape se fait un million de fois en seulement deux heures. Votre échantillon peut ensuite être analysé à l'aide de différentes méthodes, incluant la lumière UV, ce qui produit de belles petites feuilles rayées comme l'on voit dans les films policiers, Maury Povich et au procès d'OJ. (*Viola Vatter, Victoria, BC*)

Il y a au moins trois séries : deux pour le contrôle, soit un VHC positif et un VHC négatif et l'autre est le vôtre. Si votre échantillon correspond à l'échantillon positif, vous avez le virus.

II.1.2a QU'EST-CE QU'UN GÉNOTYPE?

Un génotype est la «famille» à laquelle votre virus appartient. Notre génotype ne change pas, mais nous pouvons être réinfectés par un génotype différent. Les génotypes les plus courants sont : 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 et 5. Le 3a a le taux de réponse le plus élevé à l'interféron. Les personnes ayant ce génotype sont habituellement plus jeunes et généralement des utilisateurs de drogues injectables. Les patients ayant le génotype 1 ont besoin d'un traitement plus long pour répondre au traitement.

II.1.3 EST-CE QUE LE TEST PEUT ÊTRE FAUTIF?

Les tests de détection d'anticorps sont habituellement positifs ou négatifs, mais parfois le résultat peut être imprécis. Les tests dont les résultats sont positifs sont effectués de nouveau pour confirmer leur exactitude. Les résultats imprécis sont répétés et ils demeurent imprécis, d'autres types de tests sanguins sont effectués. Si le résultat de votre test est positif et que vous n'avez pas d'antécédents de risque (par exemple des transfusions sanguines ou l'usage de drogues) il serait bon de vérifier auprès de votre médecin pour que le laboratoire fasse une contre-vérification à l'aide de tests de confirmation.

II.2.0 BIOPSIE

Souvent, les patients souffrant d'une hépatite chronique ne présentent pas de symptôme. Par ailleurs, d'autres patients se plaignent de fatigue excessive, de faiblesse et d'une capacité réduite à faire de l'exercice.

Étant donné qu'un dommage au foie peut survenir d'une manière asymptomatique, sans que le patient se plaigne de douleur, il est important de procéder à une biopsie et de déterminer s'il y a des dommages au foie. Au fur et à mesure que l'hépatite chronique progresse, les dommages aux cellules du foie peuvent nuire aux fonctions hépatiques. Une biopsie du foie endommagé indique le degré de nécrose (cellules hépatiques

mortes), l'inflammation (infiltration et oedème), et la cicatrisation (le tissu cicatriciel qui commence à remplacer les cellules hépatiques actives). - "Understanding Chronic Hepatitis" - Schering - 10/92 INH-001/17098403

II.2.0a QU'EST-CE QUE LA BIOPSIE DU FOIE?

La biopsie du foie est un diagnostic utilisé pour obtenir un échantillon du tissu hépatique, qui peut être examiné sous un microscope pour aider à identifier la cause ou le stade de la maladie du foie.

La manière la plus courante de prélever un échantillon du foie consiste à insérer une aiguille dans le foie pendant une fraction de seconde. Cette procédure peut se faire à l'hôpital avec une anesthésie locale, le patient peut retourner à la maison de trois ou six heures après s'il n'y a pas de complication.

Le médecin détermine le meilleur endroit, la profondeur et l'angle de l'aiguille à l'aide d'un examen physique ou d'ultrason. La peau et la région sous-cutanée sont anesthésiées, puis une aiguille est rapidement introduite dans le foie. Près de la moitié des patients n'éprouvent pas de douleur par la suite. Alors que l'autre moitié peut éprouver pendant un bref instant une douleur localisée qui peut se prolonger jusqu'à l'épaule droite.

Toutefois, certaines personnes doivent être hospitalisées après l'intervention, en raison d'une douleur extrême, d'un état de choc ou de la perforation d'un autre organe. Plusieurs patients ont dit avoir pris de l'ativan, un calmant, avant la procédure pour les aider à moins sentir la douleur, car ce médicament relaxe les muscles internes et il prévient les spasmes musculaires.

Les patients sont sous observation pendant plusieurs heures après la biopsie, pour vérifier qu'aucun saignement grave ne soit survenu. Certains patients ont parfois une baisse de pression artérielle après une biopsie qui est causée par un réflexe vagal et non par une perte de sang; cet état est causé par une irritation soudaine de la membrane péritonéale. Les caractéristiques qui distinguent cet état d'un saignement sont les suivantes : 1) pouls lent au lieu d'être rapide, 2) sudation et 3) nausée.

II.2.0b QUELS SONT LES DANGERS LIÉS À UNE BIOPSIE DU FOIE ?

Les risques d'une biopsie du foie sont minimes. Le risque principal est un saignement à l'endroit où l'aiguille est entrée dans le foie, bien que ce risque touche moins de 1% des patients. D'autres complications possibles comprennent la perforation d'autres organes, comme un rein, un poumon ou le côlon.

Une biopsie, par erreur, de vésicule biliaire au lieu du foie peut être associée à une fuite de bile dans la cavité abdominale et causer une péritonite. Heureusement, les risques de décès suite à une biopsie du foie sont très faibles, de 0,01% à 0,1%.

Une biopsie ne doit pas être faite si : 1) vous avez pris de l'aspirine depuis les cinq ou sept derniers jours, 2) votre taux d'hémoglobine est inférieur à 9-10 grammes/dl, 3) les plaquettes sont inférieures à 50 000-60 000, ou 4) le temps de Quick est supérieur à 1,4. Les patients ayant des problèmes de saignement, comme l'hémophilie, qui peuvent être corrigés temporairement par une transfusion de facteur de coagulation, peuvent subir une biopsie en toute sécurité, ou ils peuvent avoir une biopsie transjugulaire du foie.

II.2.0c EST-CE DOULOUREUX?

La plupart des médecins ne vont pas effectuer de biopsie à aiguille percutanée sous anesthésie. C'est parce que le foie est directement placé sous le diaphragme et qu'il bouge lorsque vous respirez. Lorsqu'une aiguille est introduite dans la peau et dans la paroi corporelle, le foie ne doit pas bouger, sinon il y a danger de lacération. Pour empêcher le foie de bouger, le patient doit arrêter de respirer pendant un instant. Les médecins préfèrent que vous soyez alerte pour être en mesure de suivre les directives, mais il est possible de lui demander un calmant pour vous aider à relaxer.

Les injections de l'anesthésie locale et la ponction elle-même peuvent être douloureuses pour certains patients, mais la procédure ne dure que quelques instants et elle est faite rapidement. D'autres patients ne ressentent aucune douleur et ils s'aperçoivent que la procédure est terminée seulement lorsque le médecin leur dit que c'est terminé.

Parfois, il y aura un peu de douleur par la suite. Si vous éprouvez un inconfort, votre médecin vous fera une ordonnance pour un léger antidouleur immédiatement après la biopsie. La douleur peut être très loin de la région de la biopsie, possiblement dans le creux de votre estomac ou à l'épaule droite. Soyez conscient que certains médecins hésitent à donner des analgésiques aux patients atteints de l'hépatite C. Il est préférable d'en parler à votre médecin avant la biopsie pour éviter des malaises inutiles.

Le foie n'a pas de fibre nerveuse en tant que tel, mais une petite quantité de sang dans la cavité abdominale ou sous le diaphragme peut être irritant et douloureux. Parfois, de petites adhésions (tissu cicatriciel)

peuvent se former près du site de la biopsie et causer une douleur chronique qui persiste près du foie après la biopsie.

II.2.1 CHRONIQUE CONTINUE OU CHRONIQUE ÉVOLUTIVE – QUELLE EST LA DIFFÉRENCE?

L'hépatite C est considérée comme étant «chronique» si l'hépatite persiste depuis plus de six mois. Le terme «chronique continue» était utilisé pour définir une hépatite qui persistait depuis plus de six mois, mais qui ne causait pas activement de dommage au foie. Le terme «chronique évolutive» était utilisé pour définir une hépatite qui persistait depuis plus de six mois et qui causait activement des dommages au foie. La distinction entre «continue» et «active» ne se fait habituellement plus, avec l'hypothèse que si le virus est présent, il y a des dommages.

Près de 85% des personnes infectées ne réussissent pas à éliminer le virus au bout de six mois et elles développent une hépatite chronique avec une virémie constante parfois intermittente. Cette capacité à produire l'hépatite chronique est l'une des caractéristiques les plus frappantes de l'infection par le VHC. La majorité des patients ayant une infection chronique ont des niveaux anormaux de SGPT qui peuvent changer beaucoup. La présence d'anticorps au VHC ou d'ARN viral circulant peut être démontrée chez presque tous les patients souffrant d'hépatite C chronique.

Le VHC chronique est un processus insidieux, la progression, s'il y a lieu, se fait à un rythme lent sans symptômes ou signes physiques chez la majorité des patients au cours des deux premières décennies après l'infection.

Une petite proportion des patients souffrant de l'hépatite C chronique, peut-être 20 pourcent, développe des symptômes non spécifiques, incluant une légère fatigue intermittente et un malaise. Les symptômes apparaissent en premier chez plusieurs patients souffrant d'hépatite C chronique au moment du développement du stade avancé de la maladie hépatique. Si par avancé nous voulons dire cirrhose, alors ce n'est définitivement pas le cas. Les symptômes peuvent survenir bien avant l'apparition de la cirrhose.

Bien que les patients infectés par le VHC et ayant des niveaux normaux de SGPT soient considérés comme étant des porteurs «sains» du VHC, les biopsies du foie peuvent indiquer une évidence histologique d'une hépatite chronique chez bien de ces patients. - *National Institutes of Health Consensus Statement on Hepatitis C 1997*

Il est alors possible d'avoir des niveaux peu élevés d'enzymes et d'avoir peu ou pas de symptômes et cependant, avoir une maladie du foie à un stade dangereusement avancé. Le problème dans ce cas-ci, c'est que le porteur ne sait pas qu'il est malade et il ne modifie pas ses habitudes —consommation d'alcool, protection sexuelle, aliments gras, etc.

II.2.2 QUELS SONT LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES DE L'HÉPATITE C?

L'hépatite C aiguë ne se distingue presque pas d'une infection aiguë au virus de l'hépatite B. Les patients souffrant d'une hépatite C aiguë sont souvent asymptomatiques (ils ne présentent habituellement pas de symptôme), même lorsque les tests hépatiques sont anormaux. - "Hepatitis C & E: how much of a threat?" Numéro spécial : *Emerging Infectious Diseases*, Brown, Edwin A., 15 mai 1994, v28, n9, p.105(8). how much of a threat?" Numéro spécial : *Emerging Infectious Diseases*, Brown, Edwin A., 15 mai 1994, v28, n9, p105(8).

Peu de temps après avoir contracté l'infection, plusieurs personnes souffrent d'une affection pseudo-grippale accompagnée de fatigue, de fièvre, de douleurs musculaires, de nausée et de vomissement. Près de 10% des patients développent un ictère (leur peau devient jaune). Habituellement, ces symptômes se résorbent et le patient n'a aucun symptôme d'une maladie du foie pendant plusieurs années. Les symptômes peuvent survenir dans une période de deux semaines à six mois après l'exposition au virus, mais habituellement dans une durée de deux mois.

Les symptômes d'une infection chronique varient entre l'absence de symptôme vers graduellement, une fatigue progressive et une perte d'énergie à une invalidité complète. Les effets du virus varient grandement d'une personne à une autre.

Les symptômes d'une cirrhose comprennent une fatigue progressive, un ictère (jaunissement de la peau), de l'urine foncée (la couleur d'un cola), un gonflement abdominal, une perte musculaire, des démangeaisons, un état de confusion, une perte d'appétit et une facilité à faire des ecchymoses.

Dans le cadre d'un sondage informel sur les symptômes de l'hépatite C, Scott Warren swarren@idir.net a interrogé 50 personnes de la liste HEPV-L et il a compilé les résultats suivants :

FATIGUE, FAIBLESSE – 72 %

DOULEURS AUX ARTICULATIONS ET AUX MUSCLES - 52%
PERTE DE MÉMOIRE, CONFUSION MENTALE - 50%
PROBLÈMES DE PEAU - SÉCHERESSE\DÉMANGEAISONS\IRRITATIONS\TACHES – 44 %
DÉPRESSION, ANXIÉTÉ, IRRITABILITÉ, ETC – 44 %
INDIGESTION, NAUSÉE, VOMISSEMENT, GAZ – 34 %
INSOMNIE – 32 %
DOULEUR OU INCONFORT À L'ABDOMEN – 32 %
FRISSONS, SUDATION, BOUFFÉES DE CHALEUR – 26 %
TROUBLES OCULAIRES OU VISUELS- 24 %
SENSIBILITÉ À LA CHALEUR OU AU FROID –22 %
AUCUN SYMPTÔME –20 %
VERTIGE, ÉTOURDISSEMENT, MANQUE DE COORDINATION – 18 %
SYMPTÔMES QUI RESSEMBLENT À CEUX D'UNE GRIPPE – 18 %
MAUX DE TÊTE - 18%
TROUBLES URINAIRES, ODEUR, COLORATION-16 %
FIÈVRE - 16%
CICATRISATION LENTE ET RÉTABLISSEMENT LENT – 14 %
TENDANCE À ATTRAPPER DES RHUMES OU DES GRIPPES – 14 %
AUGMENTATION DE POIDS, RÉTENTION D'EAU – 10 %
PROBLÈMES MENSTRUELS – 10 %
PERTE D'APPÉTIT \ PERTE DE POIDS – 8 %
OEDÈME À L'ESTOMAC, AUX JAMBES OU AUX PIEDS – 8 %
PROBLÈMES ORAUX OU ULCÉRATIONS BUCCALES – 8 %
SAIGNEMENT EXCESSIF – 4 %

II.2.2a FATIGUE

Le symptôme principal de la majorité des personnes atteinte de l'hépatite C est la fatigue chronique, allant de la simple fatigue à la fatigue extrême débilante. La fatigue n'est souvent pas reconnue comme étant un symptôme. Plusieurs personnes souffrant de cette «fatigue» n'ont pas le désir de se coucher parce qu'elles sont fatiguées. Ils vont plutôt souffrir d'une faible douleur musculaire (qu'ils ne perçoivent généralement pas) qui va les fatiguer. Faire des siestes aide réellement. Ça m'a pris des années pour parvenir à comprendre que c'était de la douleur. Lorsque les infirmières me disaient que j'avais l'air fatigué, je ne comprenais pas ce qu'elles voulaient dire. Je ne voulais pas toujours faire des siestes. Maintenant, bien des choses ont changé. Je me sens fatigué et je fais souvent des siestes. (*squeeky*).

Une étude menée par Goh J, Coughlan B, Quinn J, O'Keane JC, Crowe J du département d'hépatologie de l'hôpital Mater Misericordiae et de l'université de Dublin en Irlande a révélé que la fatigue ne correspondait pas avec le degré d'hépatite ou avec la présence de troubles auto-immunes d'une infection chronique de l'hépatite C. Les médecins ont conclu que l'effet fonctionnel de la fatigue sur la qualité de vie est significativement plus élevé chez les patients souffrant d'une infection chronique de l'hépatite C du génotype 1b comparativement aux contrôles sains. Toutefois, ce n'est pas relié au degré d'hépatite et ne peut pas être attribuable seulement à la co-existence des troubles auto-immunes. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 11 août 1999 (8):833-8

II.2.2b DOULEUR QUADRANT SUPÉRIEUR DROIT (QSD) DOULEUR AU CÔTÉ DROIT

Bien que le foie ne contienne pas de terminaison nerveuse et ne ressente pas la douleur, plusieurs personnes infectées par le VHC ressentent de la douleur au côté supérieur droit de leur corps, juste au-dessous des côtes. La douleur varie d'une douleur sourde et d'une sensation de contusion à une douleur exquise qui est très différente d'une douleur provenant de gaz.

Certains pensent qu'il s'agit d'une douleur projetée provenant de la capsule du foie à cause du processus morbide. Cette douleur peut aussi être projetée à l'épaule droite ou vers le dos entre les omoplates.

II.2.2c PERTE DE LIBIDO

Plusieurs patients infectés par l'hépatite C trouvent que les relations sexuelles ne les intéressent plus. Cette situation est particulièrement vraie chez les patients qui suivent des traitements à l'interféron. Elle n'est pas nécessairement liée directement à l'hépatite, mais elle est fort probablement due au stress, à l'inconfort et à la grande fatigue provenant de la lutte contre la maladie chronique.

II.2.2d PAUMES DES MAINS ROUGES

Le rougissement de la paume des mains peut survenir dans le cas de toute maladie du foie chronique et ce n'est pas particulièrement causé par le virus. La cause du rougissement est inconnue, mais l'on spécule que cette condition peut provenir d'un déséquilibre du métabolisme hormonal ou de changements microcirculaires.

II.2.2e NAUSÉE

Parmi les remèdes les plus populaires contre la nausée l'on retrouve : mâcher du gingembre confit, mettre une petite goutte d'huile de menthe poivrée sur le bout de la langue, manger de petits repas fréquents, manger des biscuits secs, boire du thé faible, sucer des sucettes glacées. Parfois la nausée est causée par un trouble de l'oreille interne, dans un tel cas, votre médecin peut vous prescrire un traitement. Bon nombre de personnes de la liste ont développé une maladie auto-immune de l'oreille interne comme complication de l'hépatite C.

II.2.2f CONFUSION

Certaines personnes ont les idées floues et des pertes de mémoire. Ce n'est pas comme l'encéphalopathie et cet état semble survenir à toutes les étapes de la maladie. Certaines personnes trouvent utile de prendre du CoEnzyme Q10, aussi connu sous CoQ10, (2 capsules de 30mg par jour). Un autre membre de la liste recommande de prendre du gingko biloba.

II.2.2g DÉMANGEAISON

L'accumulation de bilirubine dans la peau peut causer des démangeaisons.

Les démangeaisons peuvent être traitées à l'aide d'antihistamines ou de cholestyramine (qui lie la bile dans les intestins). L'Actigall et le Questran sont deux médicaments qui peuvent aider ce problème.

Récemment bon nombre de nos membres ont commencé à utiliser du «Bag Balm» une crème antibactérienne utilisée sur les pis de vaches. Elle semble être efficace et sûre. Il est possible de s'en procurer dans les centres équestres, dans les magasins d'approvisionnement agricole et parfois dans les meilleures pharmacies.

II.2.2h TROUBLES VISUELS

Certains patients atteints de l'hépatite se plaignent d'avoir une vision floue et une sécheresse oculaire. Cette situation est particulièrement vraie chez les patients qui suivent des traitements à l'interféron. Le traitement à l'interféron peut produire des complications à la rétine, comme des hémorragies, ainsi que des détachements de la rétine, des taches blanches, des cataractes, et même des accidents vasculaires cérébraux (infarctus). Faites examiner vos yeux avant de commencer le traitement. Il existe des produits pour empêcher les yeux d'être secs. Si vous suivez un traitement, portez des lunettes de soleil lorsque vous allez dehors.

II.2.2i ÉTOURDISSEMENT

Certaines personnes ont découvert que le port des «Sea Bands» les aide à contrôler leur étourdissement. Les Sea Bands sont des bandes élastiques qui appuient sur les points de pression du poignet, elles sont vendues dans presque tous les magasins de sport. Leur usage était conçu pour le mal de mer.

L'hépatite C est de plus en plus associée à divers troubles auto-immunes. Certains de ces troubles affectent l'oreille interne. L'oreille interne contrôle l'équilibre. Les symptômes d'une maladie auto-immune de l'oreille interne sont : les étourdissements, un bourdonnement d'oreilles (acouphène) et la surdité.

II.2.2j BOUCHE SÈCHE

Il existe des produits (rinç-bouche, pâte dentifrice, etc.) fabriqués par Biotène, qui sont conçus pour aider les problèmes de la sécheresse de la bouche et des gencives causés par l'usage de médicaments. Plusieurs membres de la liste ont trouvé que l'utilisation de ce produit les soulageait. Les pharmacies peuvent commander ces produits s'ils ne l'ont pas en magasin.

II.3.0 CE N'EST PAS DANS VOTRE TÊTE!

Certains médecins (heureusement moins qu'avant) continuent à croire que le VHC ne produit habituellement pas de symptômes et ils ignorent les souffrances des patients en leur disant que c'est dans leur tête.

Certains patients infectés par le VHC ont été traités pour la dépression pendant plusieurs années avant que l'hépatite C ne soit diagnostiquée chez eux. Il reste beaucoup de chose à découvrir au sujet du virus de l'hépatite C et bon nombre des médecins ne possèdent pas l'expérience pour traiter ce virus. Plusieurs médecins ne sont pas tout à fait familiers avec les recherches qui tiennent compte des divers symptômes associés au virus.

Les maladies émergentes comme le VHC connaissent généralement une période de plusieurs années où elles ne sont pas acceptées par la communauté médicale et pendant cette période les patients atteints de ces nouvelles maladies dont les symptômes sont trop souvent ignorés sont considérés comme des «cas psychiatriques.» Le VHC a connu cette expérience.

II.3.1 COMMENT ÉVOLUE LA MALADIE?

Plus de cinquante neuf pourcent des personnes infectées par le VHC demeurent infectées pour la vie, mais parmi les personnes ayant le génotype 1b, cette proportion s'élève à 92%. La moitié de ces personnes développeront une cirrhose, une la nécrose du foie, et 10 000 d'entre elle décéderont pendant l'année, ont déclaré des médecins et des chercheurs lors d'une réunion à San Diego. Les derniers résultats sont encourageants, car environ 1,4% de la population américaine est infectée par le virus de l'hépatite C chronique 75 % du temps. *USA Today*, 05-15-1995

Environ 85% des personnes infectées par le VHC développeront une hépatite chronique et entre 20 et 30 % d'entre elles développeront une cirrhose. (*JAMA* Vol. 284 No. 4, 26 juillet 2000). D'autres patients, dans une proportion de 20-30 % peuvent développer une infection chronique du VHC sans élévation anormale du taux d'enzymes hépatiques dans le sang. «Prevention, Diagnosis, and Management of Viral Hepatitis,» AMA.

La progression de la maladie se fait selon plusieurs facteurs : le mode de transmission (la maladie progresse plus rapidement chez les victimes d'une transfusion sanguine), l'âge au moment de la transmission (la progression est plus rapide chez les personnes âgées), le sexe (la maladie progresse habituellement plus rapidement chez les hommes que chez les femmes) et l'usage d'alcool, ainsi que la coinfection avec d'autres virus tels que le VHB, le VHA ou le VIH.

II.4.0 QUELS SONT LES AUTRES PROBLEMES MÉDICAUX RELATIFS AU VHC?

Une infection chronique de l'hépatite C peut causer des problèmes à d'autres parties du corps que le foie. Les organes le plus souvent affectés comprennent les vaisseaux sanguins, la peau, les articulations, la glande thyroïde, le coeur et le cerveau. Le virus, lui-même, a été décelé dans le coeur, les muscles, les nerfs et le système lymphatique. Plusieurs problèmes peuvent survenir suite à une cirrhose. Parmi les problèmes potentiels provenant d'une cirrhose il y a : accumulation de liquide dans l'abdomen, hémorragie dans l'estomac, ictère, confusion, mauvaise coagulation du sang, coma et peu de résistance aux infections.

Au cours des dernières années, plusieurs problèmes auto-immunes ont été reliés au VHC, dont la ophtalmorhinostomatose, la polyarthrite chronique, la polydermatomyosite, la fibromyalgie, la thyroïdite auto-immune, la fibrose pulmonaire et le diabète sucré. (*Curr Opin Rheumatol* janvier 2000 ;12(1):53-60)

L'hépatite présente tellement de symptômes qu'il est facile d'attribuer toutes les nouvelles anomalies à cette maladie. Cependant, les patients qui ont contracté le VHC ne sont pas immunisés contre les autres maladies, il est alors important qu'ils surveillent leur santé régulièrement et qu'ils consultent leur médecin au sujet de tout changement dans la progression de la maladie.

Hep C Illness - Outside the Liver

par Paul Harvey

En prenant en considération l'impact possible de l'hépatite C sur notre santé, nous devons tout d'abord définir ce qu'est une bonne santé pour nous. Certains médecins suggèrent qu'une bonne santé ce n'est pas tellement un état particulier comme l'absence d'une maladie ou d'un trouble. Ils pensent qu'une bonne santé c'est une approche générale : où l'on considère un certain niveau de maladie comme étant normal et où les personnes visent à surmonter les problèmes physiques et émotifs causés par la maladie (Lorig et al.). Cette approche est assez utile lorsque l'on considère que la plupart des gens vont développer une maladie

chronique dans leur vie.

Notre système biologique est complexe

Un autre facteur à considérer lors de l'examen de l'impact possible de l'hépatite C sur la santé est la complexité biologique de nos corps. Les technologies modernes ont transformé notre monde, mais elles demeurent élémentaires en comparaison avec les interactions fantastiques des processus électriques, chimiques et biologiques qui existent en nous. En tenant compte des niveaux complexes d'interaction, il n'est pas rare qu'une maladie causant des troubles visibles à un organe ou un système du corps ait d'autres répercussions à d'autres parties du corps.

Maladie VHC non hépatique

Des études suggèrent que la fatigue causée par l'hépatite C n'est pas reliée à une maladie du foie, mais à des troubles du système immunitaire (*Eur J Gastro Hept* 11 août 1999 (8):833-8) et (*Am J Gastro* mai 1999;94(5):1355-60), ou à une fonction de neurotransmission altérée (cerveau) (*Lancet* 31 juillet 1999;354(9176:397).

La fatigue est le symptôme de l'hépatite C le plus souvent signalé. Les médecins doivent confirmer s'il s'agit d'une condition extrahépatique (une maladie qui affecte d'autres parties du corps que le foie) ou s'il y a un lien avec un trouble hépatique actuel (consulter la page 16). À l'exception de la fatigue et des complications possibles de dommages hépatiques actuels, l'hépatite C a comparativement peu d'impact sur le reste du corps, bien que plusieurs conditions aient été observées. Dans la série des autres conditions reliées à l'hépatite C, certaines ont été étudiées et documentées par des cliniciens (voir ci-dessous), alors que les manifestations de plusieurs autres ont seulement été notées dans un petit nombre de cas et elles peuvent s'expliquer comme étant une simple coïncidence.

La publication Hepatitis C: a management guide for general practitioners (*Aust Family Physician* 1999;28 SI:27-31) a répertorié une liste des conditions extra hépatiques du VHC (ci-dessous). Bon nombre de ces conditions sont mentionnées dans la revue *The Hep C Review*, Ed30 septembre 2000, par le docteur Bryan Speed (page 12), le docteur Tony Jones (page 16), Doug Mellors (page 29), le docteur Ed Gane (page 30) et Tina Pirola (page 34).

Arthralgie

Cyroglobulinaémie

Diabète sucré

Glomérulonéphrite

Lichen plan

Lymphome non hodgkinien

Neuropathie périphérique

Porphyrie cutanée tardive

Ophtalmorhinostomatose

Syndrome de Sjögren

Thrombocytopénie

Troubles de la glande thyroïde

Angéite

Sommaire

La majorité des gens de notre société sont atteints d'une maladie chronique au cours de leur vie. Bien que ce soit important de jouir d'une bonne santé, il est probablement utopique d'espérer une santé parfaite. Dans un petit nombre de cas, l'hépatite C peut causer le déséquilibre et des troubles à diverses parties du corps autres que le foie. En considérant la complexité de notre corps, le fait que le VHC peut causer des conditions extrahépatiques ne doit pas être vu comme étant anormal. Ces conditions extra hépatiques ne sont pas nécessairement graves et lorsqu'elles sont diagnostiquées adéquatement, elles ne devraient pas être une source d'inquiétude si elles surviennent. Elles ne doivent certainement pas justifier des angoisses inutiles.

Toute personne qui soupçonne d'être atteint d'une condition extra-hépatique devrait consulter leur médecin et au besoin elle devrait consulter un hépatologue ou un spécialiste des maladies hépatiques. Avant une telle consultation, le patient devrait faire une investigation avec son médecin, par exemple, noter la fréquence des symptômes et effectuer des tests sanguins.

* Paul Harvey est chargé de projets spéciaux avec le Hepatitis C Council de NSW, Australie.

Source : *The Hep C Review*, Ed30 septembre 2000

II.4.0a CRYOGLOBULINEMIE

Entre un tiers et la moitié des personnes atteintes de l'hépatite C chronique souffrent de cryoglobulinémie. Il s'agit d'une condition où les anticorps rattachés au virus de l'hépatite C se solidifient lorsqu'ils sont froids. L'hépatite C est reconnue comme étant la cause la plus courante de cryoglobulinémie mixte.

La plupart des personnes souffrant de cryoglobulinémie suite à l'hépatite C avaient contracté l'hépatite depuis longtemps ou elles souffraient d'une cirrhose. Les personnes ayant un taux élevé d'ARN du VHC dans leur sang ne semblent pas avoir un risque élevé de contracter la cryoglobulinémie. Habituellement, les cryoglobulines ne sont pas en concentration élevée et ne causent pas de symptômes.

Près de 20 % des personnes atteintes du VHC et de la cryoglobulinémie ne démontrent aucun symptôme. Les symptômes le plus souvent associés à la cryoglobulinémie sont une légère fatigue, des douleurs articulaires ou des démangeaisons.

Parfois, les personnes atteintes de cryoglobulinémie développent des angéites (inflammation des vaisseaux sanguins) qui peuvent causer du purpura (lésions cutanées mauves), le phénomène de Raynaud (les mains deviennent blanches, puis bleues, puis rouges suite à des constriction et la dilatation des vaisseaux sanguins) ou engourdissement des mains et des pieds. La présence de la cryoglobulinémie n'affecte pas le traitement à l'interféron.

En fait, certaines personnes souffrant d'angéite ont vu leur angéite s'améliorer avec l'interféron qui a amélioré les tests hépatiques.

II.4.0b TROUBLES AUTO-IMMUNES ET THYROÏDIENS

Une infection chronique de l'hépatite C est également associée à plusieurs maladies auto-immunes (où le corps fabrique des anticorps qui attaquent les parties du corps). Par exemple, environ un dixième des personnes atteintes d'une infection chronique de l'hépatite C (le plus souvent les femmes et les personnes âgées) ont des anticorps de la glande thyroïde, la moitié d'entre-eux peuvent développer de l'hypothyroïdisme (une insuffisance de la glande thyroïde).

De plus, l'interféron cause l'hypothyroïdisme ou l'hyperthyroïdisme (une glande thyroïde hyperactive) chez environ un dixième des patients traités.

Les personnes atteintes d'hypothyroïdisme peuvent souffrir de fatigue, de pertes de mémoire, de faiblesse, de constipation, de gain de poids, de crampes musculaires, d'intolérance au froid, de voix rauque, d'épaississement de la peau, de cheveux secs. Les personnes atteintes d'hyperthyroïdisme peuvent souffrir d'anxiété, d'insomnie, de faiblesse, de diarrhée, de perte de poids, d'intolérance à la chaleur, de peau veloutée et d'ongles cassants. L'hypothyroïdisme peut être traité à l'aide d'hormones thyroïdiennes en cachet.

L'hyperthyroïdisme peut être traité à l'aide de comprimés qui bloquent la création d'hormones thyroïdiennes. Si la dysfonction de la glande thyroïde est causée par un traitement à l'interféron et que cette condition est diagnostiquée tôt, le fonctionnement de la glande thyroïde peut retourner à la normale à la fin du traitement à l'interféron.

II.4.0c ARTHRITE RHUMATOÏDE ET SYMPTÔMES SIMILAIRES

L'hépatite C peut avoir des symptômes miroirs de l'arthrite rhumatoïde. Les symptômes les plus importants comprennent le ténosynovite palmaire : la synovite des petites articulations et le syndrome du tunnel carpien. Les facteurs de risque comme les transfusions et l'abus de drogues prises par voie intraveineuse ou des antécédents médicaux d'hépatite ou d'ictère devraient être inclus dans le dossier médical de la maladie actuelle de tout patient souffrant de polyarthrite aiguë ou chronique ou de RF positif non expliqué. Chez de tels patients, la gamma-glutamyl-transférase, les études sérologiques pour l'hépatite C et d'autres tests appropriés pour les maladies chroniques du foie doivent être effectués. - *Journal of Rheumatology*, juin 1996;23(6):979-983; *Rev Med Chil* juin 1998;126(6):725-6.

II.4.0d FIBROMYALGIE

La fibromyalgie est le nom d'une condition qui comprend typiquement des douleurs musculaires, de la fatigue et des structures de sommeil anormales.

Jusqu'à tout récemment, les médecins appelaient cette condition la fibrosite ou le rhumatisme musculaire et ils pensaient que cette condition était psychosomatique. Aujourd'hui la fibromyalgie est reconnue par les organismes médicaux comme étant un problème réel et sérieux.

Les symptômes de la fibromyalgie comprennent généralement de la douleur dans plusieurs muscles et autour des ligaments et des tendons, une fatigue persistante, se réveiller fatigué même après une bonne nuit de sommeil, des maux de tête, des attaques de constipation et de diarrhée, des douleurs abdominales, des menstruations douloureuses, de la sensibilité au froid, des engourdissements et des picotements et de la difficulté à faire de l'exercice.

Les symptômes varient d'un patient à l'autre et ils ont tendance à se diffuser avec le temps. Une maladie, une blessure, le temps froid ou le stress émotionnel peuvent déclencher un épisode de fibromyalgie ou aggraver les symptômes actuels.

Une étude menée par l'Oregon Health Sciences University et l'hôpital Portland Adventist Hospital suggère que l'hépatite C peut déclencher la fibromyalgie (*"Fibromyalgia: A prominent feature in patients with musculoskeletal problems in chronic hepatitis C, A report of 12 patients," par A. Barkhuizen, G.S. Schoepflin, et R.M. Bennett, Journal of Clinical Rheumatology, Vol. 2, No. 4, août 1996*). Cette étude est la première à démontrer un lien entre ces deux maladies. Une étude plus récente (*Curr Opin Rheumatol 2000 Jan; 12(1):53-60*) suggère qu'un rôle de causalité du VHC semble être possible dans le développement de la fibromyalgie.

Il a été établi que le lien entre l'hépatite C et la fibromyalgie suivait trois modèles précis :

Chez neuf patients, la fibromyalgie se développe comme une complication à long terme de l'hépatite, survenant dans une moyenne de 13,4 ans après avoir contracté le virus.

Chez deux patients, la fibromyalgie survient simultanément avec l'infection de l'hépatite C.

Chez un patient, la fibromyalgie est préexistante et l'hépatite C a aggravé cette condition.

La raison du lien entre l'hépatite C et la fibromyalgie est inconnue, mais les auteurs de cette étude suggèrent que l'hépatite C cause une activation chronique du système immunitaire qui engendre des douleurs musculaires, de la fatigue, des changements émotifs, des troubles du sommeil et des changements au niveau du système neuroendocrine.

Les patients souffrant à la fois de l'hépatite C et de la fibromyalgie peuvent être distingués des autres patients souffrant seulement de fibromyalgie parce que leurs symptômes sont inhabituels à la fibromyalgie. Ces symptômes comprennent la synovite (inflammation de la membrane entourant une articulation, une bourse ou un tendon) et l'angéite (inflammation d'un vaisseau sanguin ou d'un canal lymphatique).

De plus, des découvertes en laboratoire indiquaient une maladie autre que la fibromyalgie.

II.4.0e MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES

Les principaux problèmes dermatologiques causés par le VHC comprennent : (1) angéite (principalement la cryoglobuline, causée dans la plupart des cas par le VHC et probablement certains cas de polyartérite noueuse); (2) porphyrie sporadique cutanée; (3) lichen plan cutané ou des muqueuses; (4) lésions de la glande salivaire, caractérisées par un lymphocytaire capillarite, parfois associé à un lymphome sialoadénite qui ressemble au syndrome de Sjögren.

De nombreux problèmes extrahépatiques ont été décelés en association avec une infection par le VHC, où les maladies dermatologiques occupaient une place centrale. L'angéite, la cryoglobulinémie, la porphyrie cutanée et le lichen plan sont les principales maladies de la peau qui sont souvent associées au VHC, mais d'autres problèmes cutanés peuvent être associés. Le syndrome de Behcet, l'érythème polyforme et noueux, la malacoplasie, l'urticaire et le prurit, peuvent également être associés à l'hépatite C. Des études supplémentaires sont nécessaires pour établir ou réfuter un rôle étiologique du VHC pour ces conditions. Les problèmes cutanés font également partie de l'ensemble des autres désordres extrahépatiques associés au VHC, comme la dysfonction de la glande thyroïde la thrombocytopénie associée au VHC. Les effets du traitement à l'interféron alpha (alpha-IFN) sur les maladies de la peau ne sont pas prévisibles. Chez certains patients, il y a une amélioration, chez d'autres il n'y a pas de changement et chez d'autres il y a une détérioration. (*J Eur Acad Dermatol Venereol, janvier 1998;10(1):12-21.*)

L'hépatite C est associée à divers problèmes dermatologiques, où elle peut en être la cause. Chez les patients ayant un tel problème, le VHC doit être surveillé régulièrement, car un traitement antiviral peut être bénéfique pour certains. – (*Arch Dermatol. 1995; 131:1185-1193.*)

--

II.4.0f Porphyrie cutanée tardive (PCT)

Les porphyrines sont des composés qui sont principalement synthétisés dans la moelle osseuse. Elles jouent un rôle important dans plusieurs réactions chimiques dans le corps, par exemple avec les protéines dans la

formation des hémoglobines. Elles sont ensuite transformées en bile principalement dans le foie. La porphyrinurie (augmentation des porphyrines dans l'urine) peut être causée par une maladie chronique du foie. L'hépatite C est la principale cause des porphyries dans le monde et elle peut causer plusieurs symptômes, dont un surplus de fer dans le sang, ce qui est important lors d'un traitement à l'interféron (étant donné qu'un taux de fer élevé dans le sang semble réduire l'effet de l'interféron).

La porphyrie cutanée tardive est une rare déficience d'un enzyme hépatique qui est essentiel pour le métabolisme des cellules. Une déficience d'enzyme peut causer des vésicules et des ecchymoses sur la peau exposée au soleil. Le front, les joues ou les avant-bras peuvent devenir plus pileux et l'urine peut être rosée ou brune. Il semble maintenant que l'hépatite C est le principal élément déclencheur de porphyrie chez les personnes prédisposées.

Les écrans solaires ne préviennent pas les lésions de la peau. Restreindre sa consommation d'alcool et réduire le taux de fer par la phlébotomie (saignée) ou prendre une médication qui lie le fer sont des actions qui peuvent aider. La chloroquine (un médicament contre la malaria) qui enlève une toxine produite par la déficience d'enzyme, peut également aider.

II.4.0g LICHEN PLAN

Parfois, les personnes atteintes de l'hépatite C chronique développent un problème de peau appelé le lichen plan. Cette affection de la peau est constituée d'un groupement de petites lésions, irrégulières, rougeâtres, prurigineuses, à dessus plat. Ces lésions ont souvent un réseau de fines lignes grises à la surface. Ces lésions apparaissent le plus souvent aux poignets, au menton, dans le bas du dos ou sur les parties génitales.

Le lichen plan est également fréquent dans la bouche où il ressemble à un filet de plaque blanche. Parfois, il apparaît sous la forme d'ulcérations buccales qui se traitent à l'aide d'un rince-bouche stéroïdien, appelé Dexaméthasone Elixir ou de cachets Nystatin.

II.4.0h NEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

Bon nombre de personnes infectées par le VHC souffrent de neuropathie périphérique. La neuropathie périphérique fait référence à une maladie inflammatoire (-pathie) des nerfs (neuro-) et «périphérique» fait référence aux extrémités : les pieds et les mains. La condition peut être reliée à plusieurs maladies ou problèmes comme le diabète, le syndrome de Sjögren, l'angéite, l'arthrite rhumatoïde et particulièrement la cryoglobulinémie chez les patients souffrant de l'hépatite C. Il peut s'agir d'un problème héréditaire ou auto-immune. La cause peut être la compression (tunnel carpien) ou l'usage de certaines drogues, mais lorsqu'il y a inflammation, l'hépatite C est habituellement la cause. Les symptômes sont les suivants : engourdissement, douleur ou picotement aux pieds ou aux mains. Il s'agit du symptôme le plus courant chez les patients infectés par le VHC qui ont une cryoglobulinémie mixte. La cryo répond généralement bien au traitement à l'interféron mais elle n'aide pas toujours la neuropathie.

La neuropathie périphérique peut avoir la même cause que l'encéphalopathie, qui est aussi causée par une inflammation de petits vaisseaux sanguins, mais au cerveau. Certains médecins pensent que le VHC cause notre système immunitaire à produire des facteurs rhumatoïdes, qui sont déposés dans les capillaires, causant une inflammation appelée angéite et pouvant causer une maladie rénale appelée glomérulonéphrite ou une arthralgie ou des lésions cutanées, et bien entendu la neuropathie. La neuropathie périphérique peut causer de la faiblesse et une perte de productivité, même si le foie n'est pas sérieusement endommagé.

Le diagnostic se fait simplement lorsque le médecin teste les réflexes du patient ou lorsqu'il vérifie la sensibilité des pieds. D'autres tests peuvent être faits pour confirmer le diagnostic, soit les tests sanguins, la biopsie d'un nerf, l'analyse d'urine pour un problème glomérulaire et un test des conceptions nerveuses.

Qu'est-ce qui peut être fait? Essayez de vous débarrasser de la cause, au lieu de traiter seulement les symptômes. Le traitement standard de l'hépatite C aide certains patients, l'essayer peut en valoir la peine. D'autres par contre, développent le problème lorsqu'ils suivent le traitement. Dans un tel cas, le traitement doit arrêter. Les stéroïdes peuvent aider certaines personnes, mais ils peuvent faire augmenter le taux de la charge virale du VHC. Un échange de plasma a été utilisé avec succès chez un patient dont le cas était grave.

Si vous avez de la douleur à cause d'une neuropathie, n'oubliez pas que la plupart des médicaments contre la douleur peuvent endommager le foie et éventuellement aggraver la situation. Par conséquent, vous devez parfois endurer la douleur. Tout d'abord, parlez de votre douleur à votre médecin. Il peut vous recommander de prendre de la vitamine B. Avec l'approbation de votre médecin, vous pouvez commencer des traitements alternatifs, tels que les aimants, l'acupuncture, la massothérapie, la visualisation ou le

biofeedback. Une diète saine et de l'exercice peuvent parfois retarder l'apparition des symptômes et prévenir leur progression. Le TENS (neurostimulation transcutanée) ne va pas endommager votre foie. Un simple médicament contre la douleur est l'acétaminophène Tylenol ou l'AAS aspirine, mais en quantité modérée. Vous pouvez essayer la capsacine, des piments chili, sous forme de pommade. Le Neurontin a été utilisé pour soulager la douleur avec succès, mais ce médicament produit toute une liste d'effets secondaires et il n'est pas conseillé pour les personnes ayant des problèmes rénaux. Les antidépresseurs comme Elavil et les médicaments contre l'épilepsie comme le Tegretol peuvent aider contre la douleur. Au besoin, une anesthésie tronculaire peut être envisagée.

Voici ce que vous pouvez faire :

- Vérifiez vos pieds tous les jours pour l'apparition de cloque, de callosités ou de coupures.
- Débarrassez-vous des souliers et des bas serrés.
- Utilisez un anneau d'un magasin de fournitures médicales pour que vos draps et vos couvertures ne touchent pas à vos pieds sensibles.
- Cessez de fumer
- Massez vos mains et vos pieds.
- Ne croisez pas vos genoux et ne vous accoudez pas.

N'oubliez pas, si vous consultez un podiatre pour le soin de vos pieds, d'emporter avec vous votre propre matériel de pédicure pour éviter d'être infecté et pour ne pas infecter les autres.

(<http://millercenter.uchicago.edu/learnaboutpn/typesofpn/inflammatory/index.shtml>
<http://www.med.ucla.edu/modules/wfsection/article.php?articleid=46>)

II.5.0 CYCLES ET POUSSÉES ACTIVES

Les poussées actives d'hépatite ont tendance à suivre un cycle, où pendant un certain temps vous vous sentez assez bien, puis vous vous sentez mal, peut-être pendant des jours ou des semaines pour chaque période, puis vous vous sentez bien de nouveau. Il peut être frustrant d'obtenir un certain soulagement, puis ne pas savoir si vous avez récupéré ou si vous êtes simplement entre des cycles.

Certaines personnes affirment qu'elles commencent à se sentir mieux au printemps, puis qu'elles commencent à se sentir mal de nouveau vers les mois d'août ou de septembre, en se sentant vraiment mal habituellement vers les mois de novembre ou de décembre.

II.6.0 EST-CE QUE JE DEVRAIS ME FAIRE VACCINER CONTRE D'AUTRES TYPES D'HÉPATITES?

Toutes les personnes qui ont contracté l'hépatite C devraient être vaccinées contre l'hépatite A et B. Un éditorial paru dans le *New England Journal of Medicine* écrivait un avertissement au sujet de l'hépatite fulminante qui est associée à une superinfection au virus de l'hépatite A. Ce qui signifie que les personnes atteintes de l'hépatite C qui contractent l'hépatite A sont plus à risque d'une hépatite fulminante et de mourir. De juin 1990 à juillet 1997, des chercheurs ont examiné 163 adultes atteints de l'hépatite B chronique et 432 patients atteints de l'hépatite C chronique qui étaient séronégatifs pour les anticorps du VHA. Des tests ont été effectués à tous les quatre mois pour le sérum IgM et les anticorps IgG au VHA. Pendant la période de cette étude, dix patients infectés par le VHB et 17 patients infectés par le VHC ont contracté une superinfection au VHA. Parmi ces patients, sept patients infectés par le VHC ont développé une hépatite fulminante et six d'entre eux en sont morts. Tous les patients, sauf un, infectés par le VHB qui ont contracté le VHA n'ont pas subi de complication. Étant donné que l'infection par le VHC est rarement fulminante et habituellement non fatale, les chercheurs indiquent : «que le taux élevé de décès parmi les patients atteints de l'hépatite C chronique et d'une superinfection par le VHA (35 pour cent) est alors un fait surprenant, comme l'est également le pourcentage élevé de ces patients ayant contracté une hépatite fulminante (41 pour cent).» Les auteurs suggèrent par conséquent que les patients atteints d'une infection chronique par le VHC reçoivent un vaccin contre le virus de l'hépatite A. (*Vento, Sandro, et al. New England Journal of Medicine 01/29/98 Vol. 338, No. 5, P. 286*)

Les patients atteints de l'hépatite C chronique qui sont à risque de contracter l'hépatite B devraient être vaccinés lors de leur première rencontre avec un professionnel de la santé, selon un rapport de l'Université de Cambridge en Grande-Bretagne. (*"Prospective Study of Hepatitis B Vaccination in Patients with Chronic Hepatitis C," British Medical Journal, 25 mai 1996;312:1336-1337*).

L'infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC) survient dans une proportion de 70 à 92 pour cent chez les utilisateurs de drogues intraveineuses. Ces utilisateurs de drogues intraveineuses risquent également de contracter l'hépatite B par voie parentérale ou sexuelle. Une coinfection avec le virus de l'hépatite B (VHB) peut accélérer les dommages au foie sous-jacents causés par l'hépatite C.

II.7.0 LE VHC ET LES PROBLÈMES FÉMININS

Les femmes peuvent être affectées par l'hépatite C d'une manière différente de celle des hommes. Cette différence est probablement due aux effets hormonaux et des dommages au foie. Une étude présentée à la troisième conférence internationale sur les traitements des hépatites virales du 12 au 16 décembre 1999 à Maui, aux États-Unis et qui a été publiée dans la revue *Antiviral Therapy* 1999; 4 (Supplement 4), 38, suggère que les femmes en pré-ménopause ont un meilleur taux de réponse à l'interféron alfa comme traitement à l'hépatite C chronique. Fait intéressant, les menstruations protègent les femmes contre les dommages aux organes jusqu'à la fin de la ménopause. Cet effet protecteur est semble-t-il causé par l'estrogène et le faible taux de fer dans le sang des femmes en pré-ménopause.

MENSTRUATION : Les effets hormonaux sur le VHC peuvent engendrer des irrégularités menstruelles, particulièrement si la patiente présente des symptômes importants de l'hépatite C. Il est important de savoir que l'état de santé général de la femme doit être vérifié ainsi que l'état de l'hépatite C. Les tampons et les serviettes hygiéniques doivent être placés dans des sacs de plastique avant de les jeter.

CONTRACEPTIF : Dans le cas de symptômes importants de l'hépatite C, l'usage de contraceptifs à base d'estrogène serait déconseillé.

Dans cette éventualité, les contraceptifs progestatifs ou Depo-Provera seraient préférables.

TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF : Si vous éprouvez de graves symptômes de l'hépatite, vous devez demander à votre médecin si les hormones peuvent être utilisées pour soulager les symptômes de la ménopause. Si c'est le cas, les crèmes vaginales d'usage externe et les timbres transdermiques sont probablement mieux que les comprimés. Faites attention : Des études récentes démontrent que le traitement hormonal substitutif peut causer le cancer du sein.

Ménométrorragie dysfonctionnelle et la ménopause prématurée, ainsi que la plupart des autres troubles hormonaux sont assez habituels en présence d'une maladie chronique du foie. Le foie transforme ces hormones et lorsque le foie est endommagé ces hormones ne sont pas transformées correctement.

Bon nombre de femmes qui suivent un traitement à l'interféron ont des infections aux levures coup sur coup en raison de l'immunosuppression.

Les serviettes hygiéniques et les tampons qui ont été souillés par le sang devraient être bien enveloppés et jetés d'une manière sécuritaire. Une solution de 10 % d'eau de Javel (trempage pendant 30 minutes) doit être utilisée sur toutes les surfaces contaminées, ainsi que dans la lessive pour nettoyer les vêtements et les draps qui ont été mis en contact avec le sang.

Pendant les menstruations, les relations sexuelles **ne sont pas** sécuritaires.

II.7.1 GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Si un bébé est né d'une mère VHC positive et que son sang est testé à la naissance pour les anticorps à l'hépatite C, le résultat du test devrait être positif. Parce que le bébé a un peu des anticorps de sa mère. Les anticorps disparaissent naturellement avec le temps. Lorsque le bébé est âgé de 12 mois, un test devrait habituellement être effectué pour confirmer si le bébé est porteur du virus.

Environ un tiers des bébés ont un résultat positif lorsqu'ils sont testés à l'âge de trois jours. La méthode d'accouchement fait peu ou pas de différence. Le taux d'infections foetales au VHC varie de zéro à 10%. Le taux est plus élevé si la mère est coïnfectée par le VIH. Les informations actuelles indiquent que la transmission peut être légèrement plus probable chez le nourrisson né d'une mère ayant le génotype 1. (*Obstet Gynecol Surv septembre 2005; 60(9):572-574*)

Toute femme ou le partenaire d'un homme qui prend de la ribavirine doit attendre six mois après la fin du traitement avant d'être enceinte pour éviter toute anomalie congénitale.

ALLAITEMENT : Il n'existe aucun cas documenté de VHC transmis par l'allaitement et les taux d'infection chez les bébés sont identiques chez les nourrissons allaités et ceux nourris au biberon. L'allaitement présente plusieurs avantages. Les mères qui allaitent devraient vérifier leurs mamelons avant chaque boire et elles ne devraient pas allaiter si ceux-ci sont gercés ou s'ils saignent. Elles peuvent utiliser des rondelles d'allaitement.

Nous ne savons pas si l'interféron ou la ribavirine se transmet au bébé par le lait maternel. L'ARN du VHC qui circule n'augmente pas les risques de complication lors de la grossesse.

Un nombre important de femmes enceintes ayant le virus de l'hépatite C ont l'ARN du VHC, même lorsqu'elles n'ont pas de symptôme. Toutefois ces femmes n'ont pas d'augmentation de risque de complications obstétriques et leur grossesse ne semble pas déclencher les symptômes d'une maladie du foie. Une mère anti-VHC positive peut être enceinte sans présenter de danger pendant sa grossesse ou à la naissance de l'enfant. La majorité des femmes enceintes ont des niveaux normaux de transaminase pendant leur grossesse, même si une proportion importante fait circuler l'ARN du VHC. La grossesse n'entraîne pas la détérioration d'une maladie du foie et le VHC n'augmente pas les risques de complications obstétriques. ("HCV Infection in Pregnancy," *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996;103:325- 329)

Il y a un taux élevé de mortalité parmi les patientes enceintes qui sont infectées par l'hépatite e, qui accompagne parfois l'hépatite C. Aucune étude n'a été faite sur les femmes qui prennent de l'interféron.

II.8.0 COMMENT LE VHC AFFECTE LES ENFANTS?

Les enfants souffrant d'une hépatite chronique ne peuvent pas être traités comme de simples adultes en miniature. Des problèmes précis et des questions doivent être adressés lors du traitement d'un enfant.

Contrairement aux adultes, les enfants ont tendance à ne pas présenter de symptôme lorsqu'ils sont infectés par le virus de l'hépatite C, ainsi ils peuvent transmettre le virus sans le savoir. Selon les renseignements disponibles sur l'histoire naturelle du VHC, les enfants ont un taux plus élevé de néotatation spontanée que les adultes et généralement, un taux de progression de la maladie plus lent pendant les 20 premières années d'infection. Les enfants qui sont des porteurs chroniques du VHC ont une échelle de croissance normale.

Chez 16 enfants infectés par le VHC qui ont été suivis jusqu'à l'âge de 14 ans, l'encéphalopathie (un état de confusion mentale), les ASCITES (abdomen distendu) ou des saignements ne sont pas survenus. L'absence de cirrhoses chez les enfants infectés par le VHC va de pair avec le fait qu'une période de 10 à 20 ans ou plus est nécessaire pour que la cirrhose survienne. Le cancer primitif du foie survient rarement chez les enfants.

Une étude récente (en 2005) menée par la HELIOS Children's Hospital Wuppertal en Allemagne a démontré que le traitement à la peginterféron-alfa-2b et à la ribavirine est un traitement qui est bien toléré et efficace chez les enfants atteints du VHC du génotype 2 ou 3. Le taux de réponse au virus varie chez les patients, selon le génotype du VHC, les niveaux d'enzymes hépatiques et du mode d'infection.

Tout en recevant le traitement, 64 pourcent des patients n'avaient pas de taux d'ARN du VHC pouvant être détectés et seulement cinq pour cent de ces patients ont fait une rechute pendant la période de suivi. L'étude a également démontré les points suivants :

- Tous les enfants infectés par le génotype 2 ou 3 ont atteint une réponse virale, cependant moins de la moitié des patients infectés par le génotype 1 ont eu les résultats similaires.
- Les enfants infectés par leurs mères n'ont pas eu un taux de réponse aussi fort que les enfants dont l'infection n'était pas verticale.
- Les patients dont le taux d'enzymes hépatiques était normal avant le traitement ont mieux répondu au traitement que ceux dont les taux étaient anormaux.

(Hepatology, volume 41, numéro 5, date : mai 2005, page : 1013-1018 Peginterferon alfa-2b plus ribavirin treatment in children and adolescents with chronic hepatitis C,)

De plus, le traitement cause moins d'effets secondaires chez les enfants, comparativement aux adultes.

Recommandations :

1. Le diagnostic, l'administration de tests et la biopsie du foie des enfants pouvant avoir le VHC.
2. En raison du taux de néotatation spontanée au cours de la première année de vie, les enfants des mères infectées par le VHC devraient être testés à l'âge de 18 mois ou après.
3. D'autre part, les enfants en santé âgés de trois à 17 ans peuvent recevoir de l'interféron-alpha 2b et de la ribavirine par les médecins spécialistes qui traitent les enfants
4. Les enfants de moins de trois ans ne devraient pas être traités.

(Doris B. Strader, DB, et al, HEPATOLOGY, April 2004 AASLD PRACTICE GUIDELINE, Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C p 1157-1158)

II.9.0 QUELS SONT LES DIFFÉRENTS SYMPTÔMES CLINIQUES DU VHC?

Les symptômes cliniques le plus souvent rapportés sont : la fatigue, des douleurs abdominales, une perte d'appétit, de la nausée, des vomissements et parfois un ictère (CDC).

Les médecins pensent souvent que l'hépatite C est une maladie du foie et que les seuls «vrais» symptômes

de l'hépatite C sont reliés à une maladie du foie et à une dysfonction du foie.

Le virus, lui-même, a été décelé dans le système nerveux, le système lymphatique, les muscles et le coeur, où il cause directement de l'inflammation. Malheureusement, bon nombre de médecins ne considèrent pas cette activité et le stress qu'elle nous cause. Au lieu de se tourner vers les tests et les documents les plus récents pour les aider dans leur diagnostic, ils considèrent fautivement que l'hépatite C n'est qu'une maladie du foie et si le patient ne souffre pas d'une cirrhose, ce dernier a une maladie psychosomatique.

Tout comme le VIH est souvent la cause de décès par une pneumonie reliée au SIDA, l'hépatite C est souvent la cause de décès dû à un dommage hépatique ou à un cancer du foie, mais ce n'est pas une maladie du foie. Le virus de l'hépatite C est un virus qui réside dans plusieurs autres organes du corps qu'il attaque. C'est également un virus actif qui sollicite le système immunitaire au point de l'épuiser. L'activité virale élevée s'appelle virémie.

Lorsque le corps est attaqué par le virus de l'hépatite C, le système immunitaire établit un mécanisme de défense qui produit des symptômes similaires à la grippe. Les principaux symptômes sont des douleurs, de la fatigue, de la confusion et parfois une légère fièvre. Ces symptômes sont le résultat du système immunitaire qui s'attaque au virus de l'hépatite C.

Pour obtenir une liste des symptômes les plus courants de l'hépatite C, veuillez consulter le sondage susmentionné. (II.2.2)

II.9.1 AUGMENTATION DES ENZYMES HÉPATIQUES

Il existe deux principaux groupes d'enzymes hépatiques. Le premier groupe comprend l'alanine aminotransférase (ALT) et l'aspartate aminotransférase (AST), parfois identifiées comme étant le SGPT et le SGOT. Ces enzymes sont les indicateurs de dommage aux cellules hépatiques. Les autres enzymes hépatiques utilisées fréquemment sont la phosphatase alcaline et la gamma-glutamyltransférase (GGT et GGTP) qui indiquent une obstruction des voies biliaires, soit à l'intérieur du foie ou dans les grands conduits biliaires à l'extérieur du foie.

L'ALT et l'AST sont des enzymes qui sont situées dans les cellules hépatiques qui s'écoulent et pénètrent dans la circulation générale lorsque les cellules hépatiques sont endommagées. L'ALT est considérée comme étant l'indicateur le plus spécifique d'une inflammation du foie, étant donné que le taux d'AST peut être élevé lorsque qu'une maladie affecte d'autres organes comme les maladies cardiaques ou les maladies des muscles.

L'ALT et l'AST sont souvent utilisées pour contrôler le cheminement de l'hépatite chronique et les réponses aux traitements, comme à la prednisone ou à l'interféron.

La phosphatase alcaline et le GGT ont des taux élevés dans un grand nombre de maladies qui affectent le drainage de la bile, comme le calcul biliaire ou une tumeur qui bloque les voies biliaires ou une maladie hépatique alcoolique ou une hépatite causée par l'usage de drogue, bloquant l'écoulement de la bile dans les petits conduits biliaires dans le foie. La phosphatase alcaline se trouve également dans d'autres organes, comme les os, le placenta et l'intestin.

C'est pour cette raison que la GGT est utilisée comme test supplémentaire pour vérifier si l'élévation de la phosphatase alcaline provient du foie ou de la voie biliaire. Contrairement à la phosphatase alcaline, la GGT n'a pas tendance à avoir des taux élevés lorsqu'il y a une maladie des os, du placenta ou de l'intestin. Une élévation légère ou modérée du taux de GGT en présence d'un taux normal de phosphatase alcaline est difficile à interpréter et elle est souvent causée par des changements dans les cellules des enzymes du foie dues à une consommation d'alcool ou de médicaments, mais sans causer de dommage au foie.

Pour certaines raisons, bon nombre de médecins continuent à penser que si les niveaux d'enzymes sont faibles ou près de la normale, qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter ou de suivre un traitement. Cependant, les études qui démontrent **QU'IL N'Y A PAS DE LIEN NÉCESSAIRE ENTRE LES TAUX D'ENZYMES DANS LE SANG ET L'ÉTAT DES DOMMAGES AU FOIE** sont trop nombreuses pour les mentionner. Plusieurs patients ont été obligés d'insister pour obtenir une biopsie du foie, pour découvrir que malgré le faible taux d'enzymes, ils avaient des dommages hépatiques de niveau 2 et de niveau 3. L'un d'eux est décédé, l'autre est Joan King. Vous pouvez lui envoyer un message au courriel suivant : jking@hepcbc.ca et elle vous racontera son histoire.

L'HÉPATITE C ET LES ALT- QU'EST-CE QUI EST NORMAL?

Alan Franciscus

Environ 20 à 30 pour cent des personnes ayant contracté le VHC ont des niveaux normaux d'alanine aminotransférase (ALT). Il est habituellement recommandé que les personnes VHC positives ayant des niveaux d'ALT normaux ne soient pas traitées à l'aide de médicaments antiviraux et qu'elles soient simplement suivies par des tests mesurant leurs niveaux d'ALT. Cependant, des nouvelles données suggèrent que ce n'est peut-être pas si simple que ça. Qu'arrive-t-il dans le cas d'un patient qui a toujours un taux normal d'ALT? Doit-il subir une biopsie et recevoir un traitement? Il s'agit d'un point «chaud» pour les chercheurs et des données récentes changent la manière dont le corps médical perçoit ce groupe de patients VHC positifs.

Nous savons que la plupart des patients VHC positifs dont les taux ALT sont constamment normaux ont une progression plus lente de la maladie et que la maladie est moins grave. Lors de conférences la National Institutes of Health (NIH) et un consensus européen ont recommandé de ne pas effectuer de biopsie du foie ni de donner un traitement à l'aide d'agents antiviraux aux patients dont les taux d'ALT sont toujours normaux, à l'extérieur des essais cliniques en raison de la progression lente de la maladie et du faible taux de réponse aux agents antiviraux actuellement utilisés. Certains médecins négligent ce groupe de porteurs sains et ils offrent un suivi médical insuffisant. Toutefois, certains de ces patients dont les taux d'ALT sont normaux ne correspondent pas exactement à cette catégorie de patients et les chercheurs découvrent qu'un faible pourcentage de ces patients peuvent avoir des dommages modérés ou sévères au foie.

L'alanine aminotransférase (ALT), anciennement appelée SGPT, est produite en réponse à une maladie du foie ou à la mort cellulaire. Cette maladie n'est pas spécifique à l'inflammation du VHC, mais elle peut provenir d'une variété d'agents comme l'alcool, les médicaments et d'autres substances pouvant endommager le foie. Habituellement, mais pas toujours, il s'agit de la première indication qu'une personne peut être infectée par le VHC. Les valeurs normales : 0- 48 UI/L

Il faut noter que plusieurs experts pensent que l'échelle des taux normaux de l'ALT devrait être moins élevée chez les femmes que chez les hommes. En effet, les femmes font largement partie de ce groupe dit normal. Les niveaux d'ALT moins élevés chez les femmes pourraient s'expliquer par la production d'œstrogène qui semble faire baisser les niveaux d'ALT.

Biopsie

Dans le cadre d'une récente étude menée par Edmund J Bini et ses collègues (résumé 485 de l'AASLD) 43 patients ayant des niveaux d'ALT toujours normaux et 96 patients dont les taux d'ALT étaient anormaux ont été suivis. Les niveaux normaux se définissaient par trois lectures normales d'ALT effectuées à une fréquence d'un mois au moins. Les chercheurs ont découvert que les patients du groupe dont les taux d'ALT étaient anormaux avaient une maladie du foie plus avancée que les patients dont les taux d'ALT étaient normaux. Toutefois, 28 % des patients dont l'ALT était normal avaient une maladie du foie à un stade avancé, ce qui a mené les chercheurs à recommander que tous les patients dont les taux d'ALT étaient normaux subissent une biopsie du foie pour établir le stade de la maladie.

Dans le cadre d'une autre étude menée par le docteur Luis Balart et ses collègues, plus de 300 patients ayant des niveaux d'ALT toujours normaux définis par trois lectures normales de taux d'ALT effectuées à une fréquence de 6 mois ont été étudiés. Il a été découvert que la plupart de ces patients avaient une légère maladie du foie, mais qu'un petit pourcentage avaient une maladie à un stade plus avancé et certains patients avaient une cirrhose. En se fondant sur son étude, le docteur Balart recommandait que d'autres facteurs soient considérés lors de l'évaluation de ces patients et qu'une biopsie soit envisagée.

Traitement

Il s'agit d'un problème beaucoup plus complexe. Dans le cadre d'une récente étude menée par le docteur Mitchell L. Shiffman et ses collègues, il a été découvert que la réponse à la monothérapie à l'interféron était similaire aux deux groupes des niveaux d'ALT normaux (58 patients) et anormaux (37 patients). Les chercheurs en sont venus à la conclusion que les patients dont les taux d'ALT étaient toujours normaux devraient subir une biopsie du foie et qu'ils devraient envisager un traitement si leur foie était endommagé. Ces résultats ont été corroborés par des études antérieures.

Cependant, certaines évidences suggèrent qu'un traitement antiviral serait contre-productif pour un petit segment de ce groupe. Certains patients ne répondent pas au traitement, mais ils développent des taux élevés d'ALT qui continuent à être élevés lorsque le traitement cesse. La question est la suivante : est-ce qu'un traitement antiviral pour ce segment de patients peut faire aggraver l'état de la maladie? C'est un problème très important qui est présentement étudié.

Ce point à l'étude prend de l'ampleur et il mérite une meilleure attention. Il est à espérer qu'un patient dont les taux d'ALT sont normaux se verra au moins offrir des tests supplémentaires pour évaluer les fonctions du

foie, ainsi qu'une biopsie au besoin, afin d'établir la présence d'une maladie grave et administrer au besoin un traitement antiviral.

Les tests habituellement utilisés pour évaluer les fonctions du foie :

Les tests sur les fonctions hépatiques comprennent une variété de test pour déterminer la santé du foie. Le calcul du taux d'ALT ne fournit pas de données complètes sur la santé du foie. Une liste des tests habituellement utilisés pour évaluer les fonctions hépatiques est indiquée à la suite des résultats normaux répertoriés. Il est important de ne pas oublier que les «résultats normaux» peuvent varier d'un laboratoire à un autre et qu'ils peuvent être influencés selon la manière dont les échantillons de sang sont manipulés. Les décisions relatives à un traitement ne devraient jamais être faites en se basant seulement sur un test et elles devraient toujours être prises après avoir consulté un médecin pour interpréter les résultats du test avec exactitude.

L'albumine est une protéine du sang synthétisée par le foie. Qui a la responsabilité de conserver les liquides et les sels dans les vaisseaux sanguins. Si le foie ne produit pas assez d'albumine, une rétention d'eau survient habituellement aux pieds et aux chevilles. **Les valeurs normales : 3,2-5,0g**

La phosphatase alcaline(PA) est une enzyme que l'on retrouve principalement dans le foie, elle métabolise le phosphore qui procure de l'énergie aux cellules. Des niveaux élevés de PA et de GGT indiquent un problème au foie. **Les valeurs normales : 35-115 UI/L**

L'aspartate aminotransférase (anciennement appelée SGOT) est une enzyme du foie utilisée pour le métabolisme des acides aminés. Des niveaux élevés indiquent une maladie du foie. Les tests pour cette enzyme et l'ALT sont les tests sanguins les plus souvent utilisés pour surveiller les changements au niveau de l'inflammation du foie. **Les valeurs normales : 0-42 UI/L**

La bilirubine est un déchet produit par le foie. Un foie en santé va convertir les sels biliaires en substances solubles à l'eau qui sont excrétées par le corps. Lorsque le foie est endommagé, il n'est pas capable de convertir les sels biliaires en substances solubles à l'eau, ce qui entraîne un stockage d'un liquide jaunâtre et toxique qui produit l'ictère (le jaunissement de la peau). Cette condition se voit dans certains cas aigus d'hépatite C et au dernier stade d'une maladie du foie. **Les valeurs normales : 0-1,3mg**

La gamma-glutamyl-transférase (GGT) est une enzyme du foie utilisée pour le métabolisme du glutamate, un acide aminé. Des niveaux élevés de GGT peuvent indiquer un blocage et un dommage aux voies biliaires. **Les valeurs normales : 30-60 UI/L**

Les plaquettes sont des cellules sanguines qui aident le sang à coaguler. Une numération plaquettaire faible indique une maladie du foie. Le taux des plaquettes est également surveillé pendant un traitement à l'interféron. **Les valeurs normales : varient entre 130 et 400 mille/MCL**

(HCV Advocate – <http://www.hcvadvocate.org/>)

Ce renseignement a été fourni par le projet le projet de soutien Hepatitis C Support Project. Toute réimpression est permise et encouragée, avec la mention du groupe Hepatitis C Support Project comme source.

II.9.1a NIVEAUX ÉLEVÉS D'ALPHA-FOETOPROTÉINE

Il est assez courant que les marqueurs de l'alpha-foetoprotéine soient élevés chez les patients souffrant de l'hépatite C. L'alpha-foetoprotéine est un marqueur pour les tumeurs, à moins que les taux soient extrêmement élevés, (dans les centaines) il n'y a pas lieu de s'alarmer. Votre médecin voudra probablement faire des examens supplémentaires, comme un ultrason ou un scanogramme pour être certain. En effet, une étude récente indiquait que chez les patients anti-VHC positifs, le taux d'AFP n'est pas une référence fiable pour diagnostiquer le CHC (carcinome hépatocellulaire - HCC). Les patients anti-VHC positifs devraient invariablement passer un test de dépistage pour le CHC à l'aide d'imagerie et le contrôle du niveau d'AFP dans le sang. (*Hepatogastroenterology* nov.-déc. 1999;46(30):3208-11)

--

II.9.2 ICTÈRE

L'ictère (jaunissement de la peau) peut survenir comme symptôme à l'occasion, mais cette condition est courante lors d'une attaque aiguë. L'ictère est causé par une accumulation de la bile qui passe du foie pour se rendre dans les intestins. Cette accumulation de bile peut également causer des démangeaisons intenses

II.9.3 HÉPATOMÉGALIE, SPLÉNOMÉGALIE

Chez certaines personnes le foie enflé (hépatomégalie) ou le volume de la rate augmente (splénomégalie)

suite à l'hépatite.

II.9.4 TÉLANGIECTASIE EN ARAIGNÉE

Les télangiectasies en araignée sont des petits capillaires perceptibles à la surface de la peau. Les branches se forment à partir d'un capillaire et elles ressemblent à une petite araignée rouge ou à une étoile (comme une araignée écrasée). Cette condition s'appelle aussi angiomes araignées. Il est considéré comme étant normal d'en avoir moins de dix, mais en avoir plus de dix, peut indiquer une maladie chronique du foie. On les retrouve seulement au-dessus de la taille, habituellement sur la poitrine, la partie supérieure des bras, les épaules, le visage, le cou et le haut du dos.

II.9.5 ABDOMEN DISTENDU

Cette condition survient dans les cas de cirrhoses, il s'agit d'une accumulation de fluide dans la cavité abdominale. L'abdomen distendu ou ascite est relié à une hypertension portale, à une réduction importante du taux d'albumine dans le sang et à une rétention de sodium dans les reins. Chez les adultes, le volume d'accumulation de fluide dans la cavité abdominale peut atteindre des niveaux aussi élevés que 10 à 12 litres (10,6 à 12.7 pintes).

Le liquide d'ascite peut s'accumuler dans le scrotum et dans la cavité abdominale, lorsque sa présence combinée à une pression montante du liquide abdominal sur le diaphragme peut grandement affecter la respiration. La distension abdominale réduit également l'appétit. L'ascite est traitée par l'évacuation du liquide directement de l'abdomen à l'aide d'une ponction pour soulager l'inconfort et la respiration.

Les patients doivent suivre une diète faible en sel et ils prennent des diurétiques pour augmenter l'évacuation de l'eau par les reins. Si ces mesures ne réussissent pas à contrôler une distension massive, il est possible de drainer l'accumulation de liquide par le système sanguin en introduisant un tube dans la cavité abdominal, sous la peau de la poitrine, dans la veine droite jugulaire interne du cou (shunt péritonéo-veineux de LeVeen).

II.9.6 HYPERTENSION PORTALE/VARICES

L'hypertension portale survient parfois lors de cirrhoses, cette condition est l'augmentation de la pression sur la veine portale et ses artères secondaires, résultant du blocage de la circulation sanguine dans le foie. Elle est habituellement causée par le processus de cicatrisation de la cirrhose. L'augmentation de la pression cause des varices ou la dilation de veines menant à la veine portale. Lorsque les varices se trouvent dans des tissus superficiels, elles peuvent se briser et provoquer un saignement important. Ces deux emplacements se trouvent dans le bas de l'oesophage et dans la région anopériale.

Les varices de l'oesophage ont tendance à saigner plus et ces saignements sont souvent associés à l'apparition d'une encéphalopathie hépatique ou d'un coma. En raison de leur emplacement à la partie inférieure de l'oesophage ou dans la partie supérieure de l'estomac, les saignements de varices sont souvent difficiles à contrôler. Si le saignement variqueux persiste, une formation chirurgicale d'un shunt ou d'un passage artificiel, à partir de la veine portale vers une veine abdominale peut être faite.

II.9.7 ENCÉPHALOPATHIE HÉPATIQUE

L'encéphalopathie hépatique fait référence aux changements au cerveau survenus chez les patients souffrant d'une maladie hépatique aiguë ou chronique. Si les cellules hépatiques sont endommagées, certaines substances qui sont normalement évacuées par le sang par un foie sain ne sont pas évacuées (principalement l'ammoniaque et possiblement certains acides gras). Un patient souffrant d'une encéphalopathie hépatique chronique peut progressivement éprouver des pertes de mémoire, une désorientation, un mauvais maintien et une fasciculation musculaire menant à une forme de démence chronique. L'ingestion de protéine aggrave invariablement ces symptômes.

Le traitement de l'encéphalopathie hépatique implique premièrement, le retrait de toutes les drogues qui nécessitent une détoxification du foie, puis deuxièmement, la réduction de la consommation de protéines. Une diète faible en protéine fait généralement baisser les niveaux d'acides aminés et d'ammoniaque dans le système sanguin et le cerveau. La plupart des médecins conseillent à leurs patients ayant cette condition de consommer seulement 40 grammes de protéine par jour et de prendre du lactulose ou du néomycine pour réduire la production d'acides aminés. Il est également recommandé de consommer des protéines non animales, comme celles que l'on retrouve dans les légumes et le lait. Certains acides aminés sont utilisés comme traitement, étant donné qu'ils ont moins tendance à causer des désordres mentaux. Un supplément alimentaire riche en acides aminés est également utilisé dans bon nombre de centres de traitement du foie.

II.9.8 CIRRHOSE

Lorsque des maladies chroniques causent des dommages permanents au foie qui se cicatrise, il s'agit d'une cirrhose. Lors d'une cirrhose, la formation de cicatrices nuit à la structure du foie et bloque la circulation sanguine vers le foie. La perte du tissu hépatique normal ralentit la transformation des nutriments, des hormones, des drogues, et des toxines par le foie. De plus la production de protéines et d'autres substances issues du foie est également ralentie.

Les personnes souffrant d'une cirrhose du foie peuvent développer des problèmes allant au-delà du foie. Lorsque le foie est cicatrisé, le sang ne peut pas circuler librement et il produit une pression plus élevée que la normale (hypertension portale). Cette condition cause souvent de l'ascite, qui est un liquide jaune qui s'échappe du système sanguin et qui va se loger dans la cavité abdominale.

Si l'ascite devient intense, une hernie ombilicale peut survenir (an nombril qui sort). L'accumulation de sang engendre souvent des varices, où la pression cause les vaisseaux sanguins entourant l'oesophage à éclater engendrant des saignements importants. Les varices peuvent être traitées avec des agents bêta-bloquants, utilisant des bandes élastiques placées par endoscopie pour les oblitérer, ou en injectant un liquide qui cause les varices à se cicatriser. Si l'endoscopie ne réussie pas à arrêter le saignement, des shunts transjugulaires intrahépatiques portosystémiques peuvent être créés en insérant un court tube métallique dans l'embouchure d'une veine dans le foie et en reliant la veine portale dans le foie à une veine régulière dans le foie. Une autre solution est de réacheminer le débit sanguin autour du foie.

Les personnes souffrant d'une cirrhose peuvent développer un ictère (le jaunissement de la peau et de la sclérotique) en raison de l'accumulation de la bilirubine dans le sang. Si la bilirubine est évacuée par l'urine, l'urine peut être foncée.

Les personnes souffrant d'une cirrhose risquent aussi de développer une encéphalopathie hépatique, qui se traduit par de la fatigue ou de la confusion causée par de l'ammoniaque et d'autres produits provenant de la digestion des protéines dont le foie n'évacue pas adéquatement du système sanguin.

Les personnes qui ont une cirrhose se font facilement des ecchymoses car leur foie fabrique des quantités réduites d'agents de coagulation. De plus, le taux des plaquettes dans le sang peut être inférieur au taux normal si la rate est gonflée.

Une rate dont le volume est augmenté en raison d'une hypertension portale peut retenir trop de plaquettes.

Une infection chronique au virus de l'hépatite C peut entraîner une cirrhose chez au moins 20 pour cent des patients au cours de deux décennies suivant l'infection. La cirrhose et une maladie hépatique en phase terminale peuvent parfois se développer rapidement, particulièrement chez les patients qui consomment de l'alcool. - *National Institutes of Health Consensus Statement on Hepatitis C 1997*

Près de 80 pour cent des patients souffrant de l'hépatite C depuis plusieurs décennies vont développer une cirrhose ou une maladie hépatique en phase terminale plus tard dans leur vie, selon une étude faite sur des patients asiatiques infectés depuis probablement plus de 60 ans. (*Clin Gastroenterol Hepatology* 2005;3:910-917.)

II.9.9 HÉPATITE FULMINANTE

En présence de cas graves, les symptômes de l'hépatite peuvent se développer rapidement et devenir très graves. Cette forme rare d'hépatite est appelée hépatite fulminante. Il s'agit d'une hépatite dont la progression est très rapide qui nécessite des soins médicaux dans les plus brefs délais. Elle peut être mortelle dans 80 pour cent des cas. Les reins peuvent cesser de fonctionner et le foie diminue étant donné que les cellules sont détruites. La personne atteinte peut tomber dans un coma et mourir. Une insuffisance hépatique fulminante suite à une infection au VHC a été signalée, mais en de rares cas.

II.9.10 EST-CE QUE LE VHC AUGMENTE LES RISQUES DE DÉVELOPPER UN CANCER?

L'infection chronique par le VHC est associée à un risque élevé du cancer du foie. L'idée courante est que l'hépatocarcinome (CHC) survient lors d'une inflammation en arrière plan et d'une régénération associée à une hépatite chronique survenant sur une période de trente ans ou plus. La plupart des cas de l'hépatite C reliés aux hépatocarcinomes surviennent en présence d'une cirrhosis. Auparavant, les statistiques plaçaient le risque d'une personne atteinte d'une hépatite C chronique de développer un hépatocarcinome à un pourcentage de un à cinq pourcent après 20 ans, avec un taux de variations importantes selon les diverses régions géographiques du monde. Une fois que la cirrhose est établie, le taux de développement de l'hépatocarcinome est de un à quatre pourcent par année. (*National Institutes of Health Consensus Statement on Hepatitis C 1997*)

Des études plus récentes indiquent cependant que le risque de développer l'hépatocarcinome chez les

patients atteints d'une maladie du foie avancée était de 13,4 % (*Gut 2000;47:131-136*). La cirrhose N'EST PAS nécessairement un signe avant coureur d'un hépatocarcinome. Il peut se développer en tout temps, comme l'étude le démontre :

"Une infection chronique de l'hépatite C (VHC) est perçue comme étant un facteur de risque pour un cancer hépatocarcinome, principalement chez les patients souffrant d'une cirrhose du foie. Nous avons cherché les génomes du VHC dans le foie des patients atteints d'un cancer hépatocarcinome qui n'avaient pas de cirrhose pour voir si le VHC ne serait pas oncogène. Le tissu hépatique cancéreux et non cancéreux et les échantillons de sérum prélevés chez 19 patients hépatite B négatifs où l'antigène de contact a été analysé par la réaction en chaîne de polymérase pour la présence du génome du VHC, de la répllication du VHC, du génotypage du VHC et du génome du VHB. Treize des 19 patients étaient positifs du VHC de l'ARN dans les tissus hépatiques cancéreux et non cancéreux et huit des 17 patients testés étaient positifs du VHC."

"Parmis les 13 patients positifs du VHC de l'ARN, 11 avaient le génotype génotype 1b et deux avaient le génotype 2a. Sept des 13 échantillons de sérum étaient positifs du VHC de l'ARN."

"Sept des 19 patients étaient positifs du VHB de l'ADN dans les tissus hépatiques cancéreux et non cancéreux et cinq de ces patients étaient VHB positifs. Quatre patients étaient à la fois positifs du VHC de l'ARN et positifs du VHB de l'ADN et trois étaient à la fois négatifs du VHC de l'ARN et du VHB de l'ADN. Les résultats indiquent l'évidence de l'association du VHC, principalement le génotype 1b, avec le cancer hépatocarcinome sans l'étape intermédiaire d'une cirrhose." (*De Mitri MS, et al. Lancet 345: 413-5, 1995, "HCV-associated liver cancer without cirrhosis"*)

"Auparavant, nous avons indiqué une prévalence élevée du virus de l'hépatite C (VHC) chez les patients atteints d'un **cancer buccal** ou d'un lichen plan buccal à Kyushu au Japon. Nous signalons maintenant le cas d'un homme de 61 ans atteint d'une infection chronique du VHC n'ayant aucune lésion buccale qui a développé un cancer de la bouche six mois après un traitement à l'interféron (interféron alpha, 6 MU par jour pendant deux semaines, puis trois fois par semaine pendant 14 semaines). Ce cas indique l'importance d'un examen périodique de la cavité buccale chez les patients atteints de l'hépatite C et il a permis de mieux comprendre le cancer buccal et le VHC." ("*Oral cancer and hepatitis C virus [HCV]: can HCV alone cause oral cancer?--a case report.*" *Kurume Medical Journal, 1996 Vol 1, numéro 43, pages 97 à 100*)

Un lien entre l'hépatite C chronique et d'un lymphome non hodgkinien a été signalé. ("*HCV Infection in Pregnancy,*" *British Journal of Obstetrics and Gynecology, 1997;2:87-89*)

Ces données sont pires pour les fumeurs atteints du VHC.

En Suède, des études ont été faites auprès de patients atteints du VHC pour déterminer si ces personnes risquaient plus de contracter différents types de cancer autre que le cancer du foie. Parmi tous les types de cancer examinés, ils ont découvert que les risques de lymphome non hodgkinien et de myélome multiple étaient supérieurs chez les patients atteints du VHC, en raison de 1,99 fois plus élevés pour le lymphome non hodgkinien et 2,54 fois plus élevés pour le myélome multiple. Il a été évalué que les patients atteints du VHC ayant contracté l'un de ces cancers étaient peut être infectés par le VHC depuis plus de 15 ans. Les chercheurs avancent que le danger des cancers reliés au VHC augmente avec la durée de l'infection du VHC. (*Ann-Sofi Duberg, et coll., Hepatology; 41:3; mars 2005, "Non-Hodgkin's Lymphoma and Other Nonhepatic Malignancies in Swedish Patients With Hepatitis C Virus Infection,"*)

Au Japon, une étude a examiné pendant 12 ans 75 patients, dont 38 avaient une SVR, et 37 avaient un taux their ALT normalisé mais chez qui le VHC était toujours détectable. Au bout de 12 ans, il restait encore 15 patients de chaque groupe pour participer aux essais. Quatre de RVS ont développé un cancer du foie, qui a été découvert pendant une période allant de un mois jusqu'à cinq ans et demie après le traitement. Aucun des patients n'ayant pas de RVS n'en a eu. = "*SVR Can Last for Years, Doctors Claim*" (*John C. Martin, Hepatitis Neighborhood 11-24-04,*

http://www.hepatitisneighborhood.com/content/in_the_news/archive_2152.aspx)

II.10.0 COMBIEN SOMMES-NOUS?

Nous tenons à remercier Ken Thomson, BC Hepatitis C Council, pour la mise à jour de cette section.

En 2005, le nombre estimé des personnes infectées par le VHC aux É.-U. incluait des membres de la population qui n'avaient pas été comptés lors de l'estimation initiale (des sans abris, des prisonniers, des personnes hospitalisées, des résidents de centre de soins infirmiers et des militaires en service).

CONCLUSIONS :

- Aux États-Unis, cinq millions de personnes (ou plus) ont le VHC anticorps.

- Au moins quatre millions ont l'ARN du VHC.
- Des systèmes de surveillance ont besoin d'échantillons représentatifs des populations privées de leurs droits.
- Les répercussions des maladies du foie sur les décennies à venir sont peut être sous évaluées.

Les estimations présentées ici sont certainement moins précises que celles de NHANES, cependant elles sont probalement plus exactes. Le nombre de personnes aux États-Unis qui sont infectées par le VHC se rapproche plus des cinq millions que des quatre millions et ce nombre peut être encore plus élevé. Il est important de se rappeler que les sondages auprès des ménages sont une source d'information incomplète au sujet de la prévalence des conditions affectant les populations privées de leurs droits. Pour être exacts, les systèmes de surveillance doivent recueillir des échantillons représentatifs des populations socialement marginalisées pour évaluer la prévalence de la maladie et pour établir les interventions pour ces groupes. Nos projections actuelles peuvent sous évaluer les répercussions des maladies du foie sur les décennies à venir. (Source : www.natap.org/2005/AASLD/aasld_49.htm, une étude présentée au AASLD en nov. 2005)

À Long Island, N.Y., des experts ont affirmé devant deux comités de l'assemblée législative de l'État que l'augmentation récente de l'hépatite C est liée au cristal méth et combinée au partage d'aiguilles. Le CDC prédit une augmentation de 279 % des dommages hépatiques, une augmentation de 528 % des besoins de transplantations et d'une augmentation de 223 % des décès reliés aux maladies du foie, aux États-Unis dans les dix prochaines années. (www.hivandhepatitis.com/hep_c/news/2005/011205_a.html 11 jan. 2005)

Selon le CDC, le nombre des nouvelles infections par année a diminué, d'une moyenne de 240 000 dans les années 1980 à environ 30 000 en 2003.

Actuellement, il y a 240 000 personnes infectées par l'hépatite C en Australie et jusqu'à 16 000 nouvelles infections par année. (University of New South Wales, Sydney, Australia, 'New hope for people with hepatitis C' 24 mai 2005) (La population d'Australie s'élève à près de 20 millions)

Au Canada, 251 000 personnes sont infectées par l'hépatite C et parce que l'infection est asymptomatique, 95 000 d'entre-elles ne le savent pas. Plus de 5 000 Canadiens, dont plusieurs sont jeunes, sont infectés par le virus de l'hépatite C chaque année. www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/aboutfacts.html)

Regradez ci-dessus. Est-ce que nous nous dirigeons vers un gros problème? L'Australie a trois fois plus de cas chaque année. Sommes-nous si différents qu'eux? Examinons aussi l'augmentation des taux de cancers :

<http://www.drugandmarket.com/default.asp?section=feature&article=012006>

Il est estimé qu'il y a présentement plus de cinq millions de personnes infectées par l'hépatite C aux États-Unis et peut être plus de 200 millions dans le monde. Ce qui de l'hépatite C la plus grande menace pour la santé publique du siècle et peut-être l'une des plus importantes menaces pour le prochain siècle. Sans une intervention rapide pour contrôler la propagation de la maladie, le taux de mortalité de l'hépatite C va surpasser celui du SIDA au tournant du siècle et les choses vont seulement empirer. Tiré du site Web du docteur Everett Koop. <http://www.epidemic.org/theFacts/theEpidemic/>

II.11.0 PRONOSTIC À LONG TERME (VAIS-JE MOURIR?)

Des études actuelles indiquent que près de 80 % des personnes infectées par l'hépatite C vont développer une infection chronique. Près de 30 % des personnes ayant l'infection chronique développeront une cirrhose du foie. La maladie semble progresser lentement. Souvent, les symptômes font surface au bout de dix ou vingt ans seulement.

Après un suivi de 18 ans en moyenne, une étude complémentaire des patients qui ont reçu des transfusions sanguines n'indiquait pas de différence dans le taux de mortalité des personnes infectées et des personnes du groupe témoin non infectées. Bien que rares, les décès causés par les maladies du foie sont deux fois plus élevés parmi ces cas (3,2 % par rapport à 1,5 %). Une étude européenne a démontré que le taux de survie des patients atteints du VHC avec une cirrhose était de 91 % au bout de cinq ans et de 79% au bout de dix ans. Cependant, parmi les patients ayant développé une cirrhose décompensée, la moitié ont survécu pendant cinq ans. - Énoncé de la National Institutes of Health sur l'hépatite C, 1997

Une étude récente indique que les incidences de décès et de cancer hépatocellulaire (CHC) causés par l'hépatite C ont presque doublé depuis quelques années. Selon un article paru dans le numéro de juillet de *Gut*, parmi les 416 patients, 60 ont développé CHC avec un taux de cinq ans de 13,4 % d'un cancer hépatocellulaire et 83 décès (incluant 34 ayant le cancer) avec un taux de mortalité de cinq ans de 15,3%. Selon les auteurs, ces résultats se démarquent des études précédentes, qui indiquent un taux de mortalité

de cinq ans et de 9 % et des taux de cancer hépatocellulaire de 5 % ou 7 %.

L'ensemble de la gravité de l'hépatite C chronique se prête à la controverse. Il n'y a pas de question à l'effet que le VHC peut causer une cirrhose et un cancer hépatocellulaire et que le stade final d'une infection chronique du VHC est maintenant la raison principale d'une transplantation du foie. Maintenant, on questionne le taux de fréquence et la rapidité de l'apparition de ces conséquences graves.

Une étude complémentaire contrôlée (Seef) a démontré qu'après 20 ans de suivi, les patients ayant reçu des transfusions associées à l'hépatite C n'ont pas eu un taux de mortalité ayant augmenté, seulement une légère augmentation du taux de mortalité liée aux maladies du foie, comparativement aux patients du groupe témoin qui n'ont pas contracté d'hépatite. Une autre étude complémentaire (Koretz) a démontré que la probabilité de développer une cirrhose clinique ou un décès dû à un trouble hépatique était de 20 % et de 5 %, respectivement après 16 ans; des données comparables étaient de 24 % et de 3 % pour les séries NIH. Le paradoxe entre un taux de mortalité relativement bénin et les résultats mortels se trouvent dans la nature indolente de la progression de l'infection du VHC.

La progression est généralement mesurée sur des périodes de dix ans et bon nombre des patients qui contractent l'infection à la quarantaine ou plus tard vont succomber de la condition sous-jacente ou de vieillesse avec qu'ils ne développent le stade final de l'hépatite C chronique. D'une manière implicite, il semblerait que le taux de mortalité du VHC est d'environ 4% au cours des vingt premières années et que le risque augmente avec le temps chez ceux qui ne succombent pas à d'autres conditions. - "Natural History and Clinical Aspects of HCV Infection." H.J. Alter. Department of Transfusion Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. *Cancer Biotechnology Weekly*, 01-29-1996, p. 20.

PARTIE III - TRAITEMENT (médecine traditionnelle)

Nous tenons à remercier Alp de Vancouver, Joan King de HepCBC et Viola Vatter de Victoria pour leur collaboration à l'élaboration des parties III et IV.

III.1.0 TRAITEMENT HABITUEL

III.1.1 Traitement combinant l'Interféron/PEG-Interféron et la Ribavirine

Ce traitement combiné utilisait l'interféron et la ribavirine avant que le PEG-Interféron n'entre en scène. Depuis 2007, le traitement est habituellement composé du PEG-Interféron et de ribavirine.

PEG-Interféron et ribavirine

Présentement, le traitement habituel pour l'infection au VHC est le PEG-interféron-alpha (Schering-Plough le commercialise sous le nom de Peg-Intron et Roche sous le nom Pegasys) ainsi que la ribavirine (sous le nom de Rebetrol chez Schering et de Copegus chez Roche). Leur dosage se fait selon le poids du patient, ainsi plus le patient pèse beaucoup, plus grande sera la quantité de médication à prendre. Les effets secondaires sont les mêmes ou légèrement moindre que ceux du traitement utilisant l'interféron et la ribavirine. Certaines études indiquent que les taux de RVS (ou les taux de guérison) pour le Peg-Intron ou le Pegasys sont légèrement différents, en ayant un taux légèrement plus élevé que l'autre ou en n'ayant presque pas de différence. Généralement, il semble que les taux de RVS avec l'un des PEG-interféron sont d'environ 40 à 50% chez les patients ayant le génotype 1 et d'environ 80% ou plus chez les patients ayant les génotypes 2 et 3 (www.hivandhepatitis.com/2007/icr/ddw/052207_a.html)

(Remarque : Cette FAQ utilise le terme «alpha» alors que certaines compagnies pharmaceutiques utilisent le terme «alfa» avec leurs produits à l'interféron qui sont brevetés ainsi.)

Ribavirine

La ribavirine est présentement le médicament le plus souvent utilisé avec l'interféron. (Décembre 2007) Il s'agit d'un médicament analogue nucléosidique qui a été découvert depuis plus de 30 ans par des chercheurs à la ICN Pharmaceuticals. Plusieurs mécanismes d'action ont été proposés pour la ribavirine. Dont l'inhibition de l'hôte inosine monophosphate déhydrogénase par la ribavirine monophosphorique, l'inhibition du coiffage viral d'enzymes, l'inhibition de la synthèse virale de l'ARN par la ribavirine triphosphate, la mutagenèse mortelle des génomes de l'ARN viral provenant de l'incorporation promiscueuse de la ribavirine triphosphate par l'ARN polymérase viral et la modulation des réponses immunitaires hôtes.

www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12458963&dopt=Citation)

Alors que la Ribavirine prise seule n'a aucun effet contre une infection au VHC, le taux de réponse est grandement amélioré lorsque la Ribavirine est prise avec de l'interféron alpha.

La Ribavirine est aussi connue sous le nom de Copegus (Roche), Rebetrol (Schering), Ribasphere (Three Rivers), Vilona, Virazole, et autres.

III.1.2 Effets secondaires et autres considérations

III.1.3 Est-ce que le traitement est valable?

Des statistiques provenant de diverses études semblent s'entendre sur le fait que les patients du génotype 1 qui ont reçu un traitement au PEG-interféron et à la ribavirine ou à l'Albuphéron et à la ribavirine, environ 40 à 50 % d'entre eux ont atteint une RVS. Les résultats sont plus élevés chez les patients des génotypes 2 et 3, avec plus de 80% de RVS.

Les patients souffrant d'une cirrhose appartiennent à un groupe qui n'obtiennent habituellement pas le même taux de RVS que les patients ne souffrant pas de cirrhose. Cependant, si un patient a une cirrhose et qu'il répond rapidement au virus, ces chances de RVS sont améliorées.

Selon les résultats périodiques d'une étude japonaise, les patients qui obtiennent une réponse soutenue à l'IFN peuvent la maintenir pendant 12 ans ou plus. Cependant, la plupart des patients ont encore de l'inflammation et 11 % d'entre eux ont développé un cancer. (Tsuda N, et al., J Med Virol 2004 Nov; 74(3): 406-13)

«Chez 215 patients souffrant de l'hépatite C chronique et de RVS qui ont été évalués jusqu'à dix ans après la fin du traitement, aucun n'a démontré des signes de rechute. L'ARN-VHC était perceptible, en une dose très petite (TMA) dans les PBMC d'un patient. Les degrés d'anticorps au VHC indiquaient une diminution marquée. Ces résultats indiquent une réponse durable à l'interféron alfa 2 b ou au PEG-interféron alfa 2b combiné à la ribavirine et ils indiquent que le RVS est associé à l'éradication du VHC.» (58e Réunion annuelle de l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Résumé 238 nov. 2007)

Des études ont également démontré qu'un traitement effectué le plus rapidement après l'infection (avec le PEG-interféron et la ribavirine) avec des chances plus élevées de RVS, même dans le cas des génotypes 1. Particulièrement, lorsque le traitement commence quelques mois après l'infection.

Les patients âgés de plus de 50 ans avaient le même taux de réponse au traitement que les patients plus jeunes, s'ils n'ont pas de fibrose avancée ou une charge virale élevée et s'ils peuvent respecter le traitement. La réduction des doses de Ribavirine est chose courante chez les patients de ce groupe d'âge, mais ces patients peuvent encore être traités efficacement.

(www.hivandhepatitis.com/2007icr/aasld/docs/113007_b.html)

Le VHC est habituellement une infection qui n'est pas mortelle. Cependant, il peut s'écouler plusieurs années et même une décennie avant que des signes de la maladie ne surviennent. Les personnes infectées ne savent peut être pas qu'elles sont malades. Cependant, certaines personnes vont réagir différemment. Certaines personnes ne se sentent pas aussi bien que d'autres, par conséquent, une infection au VHC doit TOUJOURS être surveillée peu importe quand elle a été contractée.

III.1.4 Dans quelles circonstances le traitement à l'interféron n'est pas conseillé?

Les patients souffrant d'une hépatite chronique B ou C, avec du fluide dans l'abdomen (ascite), des saignements provenant des veines dilatées dans l'oesophage (saignement variqueux), une confusion mentale (encéphalopathie), virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou les bénéficiaires d'un don d'organe traités au prednisone, cyclosporine et FK-506 sont habituellement traités en essai clinique seulement. Les autres personnes qui ne peuvent pas suivre le traitement sont les patients souffrant d'une maladie symptomatique du coeur, des poumons ou des reins, ainsi que les patients prenant des antidépresseurs ou ayant des antécédents de tentatives de suicide. L'Interféron ne devrait pas être donné aux femmes qui envisagent une grossesse dans les six mois après le traitement, ni aux futurs pères.

Il a été craint que les patients qui consommaient de façon abusive de l'alcool ou des drogues illégales ne répondraient pas au traitement, mais des études récentes démontrent le contraire.

Les utilisateurs de drogues injectables qui suivent un programme de détoxication peuvent être traités d'une manière habituelle sans subir d'effets secondaires inattendus et sans déranger le maintien du programme. L'arrêt survient habituellement pendant les quatre premières semaines du traitement. La Buprénorphine peut être plus efficace que la méthadone pour aider les patients à respecter le programme.

«Chez les actuels et anciens utilisateurs de drogues injectables (UDI), le traitement du VHC dans le cadre d'un programme multidisciplinaire DOT peut réussir et produire des RVS similaires aux essais randomisés contrôlés.»

(Dr. Jason Greebly, Vancouver, BC www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1746.2007.05032.x?cookieSet=1&journalCode=jgh)

Les patients cirrhotiques des génotypes 2 et 3 ayant une réponse virale au traitement standard à la quatrième semaine du traitement de 24 semaines ont obtenu un taux de RVS de plus de 87 %, le même taux que les patients non cirrhotiques. Cependant, les taux de réponse à la quatrième semaine sont beaucoup plus faibles chez les patients cirrhotiques, ce qui indique la nécessité de les traiter plus tôt. (www.hcvadvocate.org/news/reports/DDW_2007/Abstracts/MondayAbstracts.htm)

III.1.5 Traitement à l'Interféron : percée, pas de réponse et rechute.

Bien que le traitement indique initialement l'élimination du virus chez les patients atteints de l'hépatite C chronique, bon nombre de patients font une rechute après le traitement ou une percée (une rechute pendant le traitement).

Percée : La percée fait référence à l'apparition soudaine d'une souche résistante ou de souches du virus qui répondaient bien au traitement avant (réduction de la charge virale) ou à une augmentation soudaine du virus après un rétablissement prometteur.

(www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=9759607&cmd=showdetailview&indexed=google)

Bien que l'interféron alpha recombiné (rINF alpha 2) démontre initialement qu'il pouvait normaliser les taux d'aminotransférase chez près de la moitié des patients atteints de l'hépatite C chronique, quelques patients ont fait une rechute pendant le traitement, malgré une réponse initiale complète(percée). Même avec un dosage plus élevé, la poursuite du traitement avec le rINF alpha 2 n'a pas permis de rétablir la réponse initiale chez aucun patient. Tous ces patients ont alors reçu de l'interféron lympholastoïde naturel, ce qui a rétabli une réponse complète chez tous les patients. - "Breakthrough during recombinant interferon alpha therapy in patients with chronic hepatitis C virus infection: prevalence, etiology, and management." (*Hepatology* Vol. 21 no. 3 pp. 645-9, 1995 Mar.)

"The development of neutralizing antibodies to interferon is associated with Breakthrough in about half of the patients; other etiologic factors such as down-regulation of interferon receptors or development of virus resistance to interferon may be implicated in the remaining cases." Genotype does not seem to make a difference (*Ital J Gastroenterol Hepatol. juin 1998; 30[3]: 333-7*).

Des chercheurs (résumé 781) ont essayé divers traitements combinés pour traiter les rechutes et les percées à l'IFN combiné à la ribavirine. 124 patients ont reçu du Peg-IFN alfa-2a une fois par semaine pendant 48 semaines, combiné soit avec de la ribavirine, du Cellcept, de l'amantadine ou une autre combinaison de ribavirine et d'amantadine. Le meilleur taux de réponse était de 45,2 % chez les patients du dernier groupe. - "*What Did We Learn About Hepatitis C From AASLD 2002?*" (Alan Franciscus, HCVAdvocate)

Pas de réponse : Lorsqu'un patient suit un traitement standard et qu'il n'atteint pas une diminution de la charge virale d'au moins deux registres à la douzième semaine de traitement, il est considéré comme étant un patient non -répondeur. Les patients qui ne répondent pas au traitement ont un taux de réussite au traitement (RVS) beaucoup plus faible que ceux qui répondent au traitement, malgré le fait que certains essais indiquent qu'un traitement plus long avec des doses plus fortes pourrait améliorer leurs chances de réussite.

Rechute : Cette condition survient lorsqu'un patient exempt de virus pendant un traitement devient infecté par des traces de virus peu de temps après la fin du traitement.

III.1.6 Renouvellement du traitement

Renouvellement du traitement dans le cas des patients qui font une rechute ou qui ne répondent pas au traitement : Les patients qui n'ont pas eu de réponse virale soutenue à l'interféron alfa/ribavirine peuvent s'attendre à un taux de réponse d'environ 20 % pour les patients qui n'ont pas eu de réponse et de 50 à 60 % pour ceux qui ont fait une rechute, s'ils prennent un traitement de PEG-interféron alfa combiné à la ribavirine (www.natap.org/2001/aasld2/day17.htm Nov 2001).

Sur 499 patients, 37 % des patients étudiés ne présentaient pas de virus détectable à la douzième semaine. Parmi eux, 57 % ont atteint une RVS avec un traitement combiné de Pegintron et de ribavirine d'une durée de 48 semaines. Dans l'ensemble, 23 % des patients étudiés ont atteint une RVS. Les chercheurs recommandent de renouveler le traitement pendant 48 semaines pour tous les génotypes chez qui le virus n'est pas détectable à la douzième semaine (RVP-réponse virologique précoce). La RVP est un bon indice de la réussite du traitement.

www.hcvadvocate.org/news/newsRev/2007/NewsRev-224.html# *European Union's CHMP*

L'étude REPEAT (RÉPÉTÉE) a indiqué que chez les patients difficiles à traiter qui ne répondaient pas au traitement au PEG-interféron combiné à la ribavirine, les taux de RVS peuvent doubler s'ils sont traités pendant 72 semaines.

www. RocheUSA.com/newsroom/current/2007/pr2007110201.html)

III.1.7 Transplantation et la période qui suit une transplantation

Quand une transplantation du foie doit être faite? Il s'agit d'un problème complexe qui doit être répondu en fonction de chaque cas. Toute personne infectée par le virus de l'hépatite C doit être suivie régulièrement par un médecin. En présence de signes indiquant que la maladie progresse, la personne doit être référée à un gastroentérologue (un médecin spécialiste des maladies du système digestif et des maladies du foie). Étant donné que l'hépatite C est connue comme étant une maladie qui progresse très lentement, il est nécessaire d'avoir une transplantation du foie seulement lorsque la maladie a atteint un stade terminal.» Les facteurs à examiner comprennent le taux de progression de la maladie, s'il y a eu ou non des complications d'insuffisance hépatique, ainsi que des tests en laboratoire incluant l'albumine, la bilirubine et le temps de Quick.

Quelles sont mes chances de rétablissement avec une transplantation du foie?

Les taux de survie de trois ans après une transplantation du foie, qui ont été répertoriés entre 1991 et 2001 aux É.-U. étaient de 81,4% pour les patients non-VHC et de 78,5 % pour les patients infectés par le VHC. Les taux s'améliorent pour les patients non infectés par le VHC, mais pas pour les patients infectés par le VHC. (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/114219525/ABSTRACT>)

Pendant combien de temps un nouveau foie peut-il durer? Personne ne sait combien de temps un foie transplanté peut durer. Il est rapporté que le foie transplanté qui a survécu le plus longtemps est de 36 ans. (www.medscape.com/viewarticle/519810 2005). Habituellement le taux de survie est de dix ans. Heureusement, les améliorations apportées aux techniques et aux médicaments vont permettre à un plus grand nombre de patients de recevoir des transplantations du foie et avoir des vies plus longues et productives.

Est-ce qu'une transplantation du foie peut guérir l'hépatite C? Non. L'hépatite C peut vivre dans les cellules autres que celles du foie. Une fois que le nouveau foie est transplanté, le virus de l'hépatite s'étend de nouveau dans le foie pendant les premières semaines ou les premiers mois suivant la transplantation. Voici les mauvaises nouvelles : présentement, nous n'avons aucun moyen d'éradiquer l'hépatite C complètement. La bonne nouvelle c'est que les résultats après une transplantation du foie sont généralement bons avec l'hépatite C . Bien que la maladie revienne, elle ne semble pas causer trop de dommage au foie dans la majorité des cas. Il est possible que l'hépatite revienne d'une manière si grave que le nouveau foie échoue, mais c'est assez rare. Les résultats à long terme (dix ans) sont difficiles à interpréter étant donné que l'hépatite C est diagnostiquée seulement depuis 1990. Bon nombre de patients qui ont reçu une transplantation du foie dans les années 1980, peuvent avoir contracté l'hépatite C au moment de la transplantation, car les réserves de sang étaient alors contaminées. Ces personnes peuvent avoir différentes chances comparativement à celles qui ont reçu une transplantation en raison de l'hépatite C. En réalité, il y a peu de chance que l'hépatite C soit un problème à long terme chez les personnes infectées par le virus qui ont reçu une transplantation du foie Nous ne connaissons pas encore jusqu'à quel point le problème sera grave.

Que faut-il faire lorsque l'hépatite C revient après une transplantation du foie? traitement standard est utilisé, parfois avec succès, chez les patients ayant reçu une transplantation du foie. Des biopsies régulières sont essentielles. Lors d'une conférence consensuelle à Lyon, France, en janvier 2005, des médecins ont dit que les patients ayant subi une transplantation du foie et ayant un VHC récurrent répondaient mieux au traitement un an après la transplantation lorsque les lésions ont un résultat de \geq A1F1. Le traitement obtenait une RVS chez environ un tiers des patients. Ces médecins suggèrent que le traitement se poursuivre pendant six mois après un PCR négatif. Si le patient ne répond pas au traitement, alors le traitement cesse.

([www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/GU_LFAL-6MXLWB/\\$File/liver_transplantation.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/GU_LFAL-6MXLWB/$File/liver_transplantation.pdf?OpenElement))

J'ai l'hépatite B et l'hépatite C, est-ce que je peux recevoir une transplantation? Oui, certaines cliniques font présentement des transplantations pour cette condition.

D'où proviennent les dons de foie? Les dons de foie proviennent des personnes victimes d'une mort cérébrale, suite à un accident à la tête ou d'une hémorragie cérébrale, qui ont fait le don d'organes avec le consentement d'un proche parent. Certaines transplantations qui ont bien réussi viennent de donneurs en vie qui donne une partie de leur foie à un autre membre de la famille.

Comment puis-je donner mes organes? Si vous voulez faire un don d'organes, ayez avec vous une carte de don d'organes et apposez un collant de don d'organes sur votre carte d'assurance médicale. Au Canada, les personnes VHC positives peuvent faire le don de leurs organes à d'autres personnes VHC positives.

Quelques statistiques : États-Unis : Il y a plus de 17 000 patients en attente d'une transplantation de foie et 25 952 transplantations de tous les types ont été effectuées en 2005 aux États-Unis.

(<http://www.unos.org/data/default.asp?displayType=usData>)

Canada : Il y avait 723 patients en attente d'une transplantation en 2006 et 460 transplantations du foie ont été effectuées. 120 personnes en attente d'une transplantation du foie sont décédées en 2006...

(http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=reports_corrstats2006c_e)

En 2001, le temps d'attente moyen pour une transplantation du foie était de 245 jours pour les cas non-urgents et de six jours pour les cas urgents.

(http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_19sept2001_e)

Au Canada, le taux de survie de cinq ans d'une transplantation du foie était de 87 %.

(www.commonwealthfund.org/newsroom/newsroom_show.htm?doc_id=227234 4 mai 2004)

En général, les taux de survie s'améliorent, probablement en raison d'une expérience accrue et d'un meilleur traitement après la transplantation. Les foies des donneurs vivants sont maintenant utilisés dans plusieurs régions et ces transplantations procurent de meilleurs résultats que celles utilisant le foie de donneurs décédés.

III.2.0 INTERFÉRONS

Les interférons sont des types de protéines naturelles produites par les cellules du système immunitaire. On distingue trois groupes d'interférons :

Alfa (aussi connu sous alpha), bêta et gamma. Chaque groupe a des effets différents, mais leurs activités se chevauchent.

Ensemble, les interférons dirigent les attaques du système immunitaire contre les virus, les bactéries, les tumeurs et d'autres substances étrangères qui peuvent envahir le corps.

Le traitement standard actuel contre le VHC combine la ribavirine au PEG-interféron, un type d'interféron ayant une grande molécule de polyéthylèneglycol qui y est attachée. [Voir III.2.2] Lorsque ces deux médicaments sont combinés les taux de réponse sont grandement améliorés.

Aujourd'hui, presque tous les interférons utilisés pour traiter le VHC sont obtenus à partir de sources bactériennes recombinées (une bactérie dont l'ADN a été légèrement modifié par l'homme). Généralement, le matériel génétique provenant des leucocytes humains est divisé en matériel génétique de bactérie et la bactérie peut se reproduire et s'accroître. Le matériel génétique introduit pousse la bactérie à produire de l'interféron. Les interférons recombinés d'un type ou l'autre ont été utilisés pour combattre le VHC depuis 1991.

De nombreuses thérapies nouvelles sont utilisées en clinique pour traiter l'hépatite C. Les essais sont faits avec une combinaison de PEG-interféron et d'autres substances, avec un traitement renouvelé, avec différents types et marques d'interféron, avec des durées de traitements plus longues et des suivis à long terme.

III.2.1 Monothérapie à l'interféron

Il fut un temps où l'administration seule de l'interféron était considérée comme le traitement standard. Il est maintenant utilisé seul lorsque la condition du patient est particulière, comme l'anémie ou les problèmes cardiaques et qu'elle ne permet pas l'usage de la ribavirine.

III.2.2 PEG-Interféron

Le polyéthylène glycol (PEG-interféron [PEG]) est une substance qui a un poids moléculaire plus élevé qui est rapidement évacué par l'urine en raison de sa solubilité dans l'eau. L'adhérence du PEG à l'interféron alpha augmente la durée de la période biologique (la quantité de temps d'une concentration donnée d'un médicament dans le corps est de moitié). REMARQUE : Les substances peuvent être métabolisées ou simplement excrétées. La période biologique couvre les deux méthodes.

Des comparaisons entre les deux types de PEG-interféron disponibles le Peg-Intron et le Pegasys ont été faites. La différence de ces deux substances se trouve dans la taille de la molécule impliquée, 40 kilodaltons pour le Pegasys, 12 kilodaltons pour le Peg-Intron. Le Pegasys a une plus longue durée biologique. Par ailleurs, certaines études disent que l'une ou l'autre sont plus efficaces.

III.2.2a PEG-Intron A

Le PEG-Intron A est une forme modifiée de l'interféron A (interféron alpha-2b recombiné) de Schering-Plough élaborée par Enzon, Inc. Il a des propriétés qui agissent plus longtemps que le simple interféron. Il est habituellement administré avec la ribavirine pour traiter le VHC. Près de 52% des patients du génotype 1 atteignent une RVS avec ce traitement combiné. Près de 85% des patients du génotype 2 et près de 78% des patients du génotype 3 atteignent une RVS.

(www.hivandhepatitis.com/2005icr/aasld/docs/111405_j.html Nov 2005)

III.2.2b PEG-Interféron Alpha-2a (Pegasys)

Le Pegasys (PEG-Interféron alpha-2a) est un PEG-Interféron produit par Hoffmann-La Roche. Selon certaines études, les patients qui n'atteignent pas une RVP (une réponse à la douzième semaine) ont seulement 3 % de chance d'atteindre une RVS. Chez les patients ayant une RVP, 65% d'entre eux atteignent une RVS.

(http://hcvadvocate.org/hepatitis/About_Hepatitis_pdf/1.1.2_Training_Resources/PCP_web.pdf)

Près de 80% des patients des génotypes 2 et 3 atteignent une RVS suite à un traitement de seulement 24 semaines et près de 68 % des patients du génotype 4 atteignent une RVS. Près de 16% des patients du génotype 1 qui atteignent une RVR, plus de 96 % de ceux avec un faible taux de charge virale atteignent une RVS. (Selon plusieurs messages à

www.hcvadvocate.org/news/reports/AASLD_2007/Abstracts/Tuesday%20posters.htm)

III.2.3a Interféron consensus (CIFN, Infergen, Interféron Alfacon-1)

L'interféron alfacon-1 est un interféron du type-I recombiné non naturel. La séquence de 166 acides aminés d'interféron alfacon-1 est dérivée en numérisant les séquences de plusieurs subdivisions d'interférons alpha naturels et en attribuant l'acide aminé le plus souvent observé à chaque position correspondante. Le médicament a subi divers essais cliniques complets pour traiter l'hépatite C, la cirrhose et une forme de cancer. (www.valeant.com)

Des résultats préliminaires ont été divulgués à la conférence AASLD en novembre 2007, à partir d'un essai qui étudiait 400 patients non répondeurs, 92 % avec le génotype 1. Les patients ont pris soit le CIFN (Consensus IFN) à 9 ug par jour pendant 16 semaines ou le CIFN à 27 ug par jour pendant 4 semaines, puis pendant 12 semaines ils ont pris du CIFN à 18 ug par jour. Les deux groupes traités ont ensuite continué le traitement avec le CIFN à 9 ug par jour et du RBV basé sur leur poids pendant 32 à 56 semaines, selon le premier résultat PCR négatif pour s'assurer d'un traitement de 48 semaines PCR-négatif. Les taux de réponse soutenue (RVS) étaient de 16 % pour les non-répondeurs au PEG-interféron alfa 2b (Pegatron) et de 23 % pour les non-répondeurs au PEG-IFN a-2a (Pegasys). Les résultats étaient meilleurs avec des doses plus élevées, mais les doses plus fortes étaient moins tolérées pendant la période d'induction de la dose élevée. Le taux d'abandon était le même dans les deux groupes. Le dosage quotidien et l'induction au CIFN suivi d'un traitement combinant le RBV démontre des taux de réponse prometteurs chez les non-répondeurs. Le PEG-IFN a-2a semble être bénéfique chez les non-répondeurs qui prennent quotidiennement le CIFN comme traitement renouvelé.

(www.hcvadvocate.org/news/reports/AASLD_2007/Abstracts/Tuesday%20posters.htm Nov 2007 Sujet 1306)

III.2.3b Alféron (interféron leucocytaire humain dérivé d'une source naturelle d'interféron alpha N3)

L'Alféron, un produit d'Interferon Sciences Inc., est un interféron alpha injectable, de source naturelle, produit à partir de leucocyte du sang périphérique.

On a pensé qu'il y avait moins de risque d'une percée en utilisant de l'interféron de source naturelle, qu'en utilisant de la préparation standard d'interféron alpha 2. Il a été approuvé par la FDA et il est utilisé par les patients qui ne tolèrent pas le PEG-interféron.

www.cigna.com/customer_care/healthcare_professional/coverage_positions/pharmacy/ph_6014_coverage_positioncriteria_interferon_alfa_n3_Alferon%20N.pdf

III.2.3c Multiféron

Le multiféron est une sous-catégorie d'interféron alpha dérivée de leucocytes humains. Viragen pense que les interférons de source naturelle possèdent divers avantages par rapport aux interférons synthétiques recombinés, ils ont heureusement moins d'effets secondaires moins graves. Ce médicament est approuvé pour traiter d'autres maladies dans neuf pays, sauf aux États-Unis et au Canada. Le multiféron peut être combiné à un agent anti-viral qui semble augmenter l'efficacité du traitement de l'hépatite C.

www.viragen.com

III.2.3d Interféron oméga

Les interférons oméga et alpha sont très similaires : ils sont tous les deux des interférons de type-1, ils s'attachent au même récepteur et leur composante chimique de base est la même à 70 %. Les interférons oméga viennent d'une autre source, ce qui leur donne une meilleure stabilité à une température corporelle pendant des périodes prolongées, Intarcia a acquis les droits d'un système de livraison qui permet l'administration de l'interféron oméga pour des semaines et des mois avec une seule administration sous forme d'un implant sous-cutané. (www.intarcia.com)

Lors d'un essai à la phase I et de deux essais à phase II, impliquant plus de 200 patients infectés, Intarcia a démontré que l'interféron oméga donné par injection était plus efficace contre le VHC. Le premier essai de la Phase II avec 90 patients a indiqué que même chez les patients du génotype-1, l'interféron oméga à lui seul a produit une réponse virologique précoce (RVP) comparativement à l'interféron alpha plus favorable.

Au deuxième essai de la Phase II, 102 patients du génotype 1 ont été étudiés et ils ont été testés au hasard dans des bras différents. 67 patients ont reçu de l'oméga en plus de la ribavirine. 35 patients ont reçu seulement de l'oméga. Le taux de RVP était de 84 % chez les patients ayant reçu le traitement combiné et de 60 % chez les patients ayant reçu la monothérapie (www.intarcia.com/FinalDDW2007Phase2.htm 21 mai 2007 et www.intarcia.com/press/intarPR11_15.htm)

La phase Ib d'un essai a recruté 60 patients non-répondeurs en décembre 2007 et les résultats sont prévus pour juin 2009.

<http://clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00519792> ---

III.2.3e Albuféron

L'Albuféron, élaboré par Human Genome Sciences et Novartis sous licence de ZLB Behring, est un interféron à action prolongée qui est fusionné à une protéine albumine humaine. Plusieurs études suggèrent que l'Albuféron peut être aussi efficace que le PEG-interféron alfa-2a/2b, avec la moitié d'injections et possiblement moins d'effets secondaires.

Patients du génotype 1 : des chercheurs ont présenté des données tirées de la phase IIB qui évaluait l'interféron albumine dans 458 traitements-naïfs de patients du génotype 1 dans huit pays. Les patients devaient recevoir de une à trois doses d'interféron albumine, soit en dose de 900 ou de 1200 mcg une fois à toutes les deux semaines ou 1200 mcg une fois à toutes les quatre semaines ou le traitement standard.

Conclusion : Les chercheurs ont conclu que les données suggèrent que l'interféron d'albumine Q2W peut offrir au moins des effets comparables ou une efficacité accrue, avec un dosage amélioré et la possibilité d'effets secondaires moins fréquents, comparativement au PEG-interféron Q1W.

Patients du génotype 2 ou 3 : lors d'une deuxième étude, des chercheurs ont étudié l'interféron d'albumine dans 43 traitements-naïfs de patients du génotype 2 ou 3 dans un multicentre, à essai ouvert de la phase II.

Certains patients ont reçu des injections de 1500 mcg à toutes les deux semaines ou à toutes les quatre semaines, plus une dose de 800 mg par jour de ribavirine. Le traitement a eu une durée de 24 semaines, la même que le traitement standard pour ces génotypes.

Les taux de réponse virologique rapide à la quatrième semaine étaient de 76 % dans le premier bras et de 68 % dans le deuxième bras; après 24 semaines les taux de réponse à la fin du traitement étaient de 71 % et 82 %, respectivement. Le produit a été jugé comme étant bien toléré et sécuritaire pour les deux doses. 10 % des patients ont eu des réductions de dose dans le premier bras (une injection à toutes les deux semaines)

(www.hepatitis-central.com/mt/archives/2007/05/new_hcv_preferr.html et www.hgsi.com/products/albuferon.html)

Chez les patients qui se sont conformés au traitement, les résultats finaux de la phase IIb de l'essai clinique étaient les suivants :

Albuféron 900 mcg toutes les deux semaines : 72.3% RVS

Albuféron 1200 mcg toutes les deux semaines : 70.6% RVS

Albuféron 1200 mcg une fois par mois : 62,0% RVS

Tous les bras recevaient une dose quotidienne de ribavirine selon le poids. Le traitement avait une durée de 48 semaines. Les essais de la phase III visent à poursuivre l'évaluation des doses de 900-mcg et de 1200-mcg chez un plus grand nombre de patients qui ont rempli l'inscription avant le temps, les données sont prévues pour le printemps 2009.

(<http://money.cnn.com/news/newsfeeds/articles/prnewswire/NEM05805112007-1.htm> Nov 5, 2007)

III.2.3f Belerofon

Nautilus Biotech élabore une série d'interféron alpha amélioré avec une demi-vie prolongée sans utiliser la technologie de pegylation. Ce produit porte le nom de BELEROFON® et il est en développement préclinique. Ce médicament est élaboré pour être administré par voie orale. (www.nautilusbiotech.com).

Belerofon a reçu l'approbation de la FDA pour commencer les essais cliniques de la phase I aux États-Unis.

(www.nautilusbiotech.com/news_100507.html 14 mai 2007)

III.2.3g Maxygen

Le Maxygen (R7025) est un interféron alpha candidat qui pourrait être utilisé comme traitement pour les non-répondeurs aux médicaments actuels. Roche a lancé la phase Ia d'essais cliniques en Nouvelle-Zélande pour le candidat MAXY-alpha à la fin de 2006. Le médicament a été mis en attente pour être davantage étudié, en raison de sa perte d'efficacité et de l'apparition d'anticorps au médicament chez certains patients. On a mis un terme à son développement le 25 novembre 2007.

(www.maxygen.com/products-hep.php Nov 2007 et www.pharmatimes.com 27 nov. 2007)

III.2.3h Locteron (BLX-883)

Une étude de la phase IIa a évalué l'innocuité et l'efficacité de quatre doses de Locteron (BLX-883), une libération lente d'interféron à l'aide de la technologie OctoPlus NV, administrées par injections sous-cutanées aux patients de génotype 1 naïfs, à toutes les deux semaines pendant 12 semaines. 32 patients ont été divisés en quatre groupes, recevant des doses de 160, 320, 480 et 640 µg du médicament, plus des doses de ribavirine basées sur le poids des patients. Le groupe recevant la dose la plus élevée a été traité après que les trois premières doses se sont avérées sécuritaires. Au bout de 12 semaines, la réduction moyenne du virus pour les doses plus faibles étaient de 1.8, 4.5 et 4.2 respectivement. 63 % des patients du deuxième groupe et du troisième groupe ont eu des résultats négatifs à la douzième semaine (à la fin du traitement). Le médicament présentait de légers effets secondaires.

(www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_31.htm Nov 2007)

III.2.3i PEG-interféron lambda oral (IL-29)

Le PEG-interféron lambda (IL-29) de ZymoGenetics se transmet par le biais d'un récepteur ayant un modèle différent des interférons du type I, alpha, bêta et oméga et il a une plus grande activité anti-virale. Cette protéine humaine est produite par le corps en réponse à des infections virales et elle utilise différents récepteurs que ceux utilisés présentement par les interférons pour traiter l'hépatite C. Au début de 2007, la société a commencé un essai clinique de la phase Ia sur des sujets en santé. À la fin de cette étude en 2007, la phase Ib commencera. (www.zymogenetics.com 30 jan. 2007)

III.3.0 STRATÉGIES DE TRAITEMENTS

III.3.1 Posologie

III.3.1a Méga-dosage

Une étude menée sur des patients ayant un taux normal d'ALT a amené les chercheurs à conclure que ces patients devraient être traités avec des doses élevées d'interféron s'ils montraient une réponse favorable (*Hepatology*. 2003 Jan-Feb; 50(49): 165-9).

Plusieurs études ont été menées, principalement sur des patients non-répondeurs auxquels l'on administrait de fortes doses d'interféron, soit au début du traitement (doses d'induction) ou pendant le traitement lui-même. Les effets secondaires sont plus importants et plus de personnes quittent ces essais. Des études sont menées sur des doses élevées d'interféron consensus (www.natap.org High Dose Consensus Interferon in Peg-IFN/Ribavirin Nonresponders, par Jules Levin, mai 2003.), selon des doses variées (www.natap.org High Dose Consensus Interferon in Peg-IFN/Ribavirin) et un essai clinique de phase III a testé des doses quotidiennes d'interféron consensus prises avec de la Ribavirine.

(www.hcvadvocate.org/news/reports/AASLD_2007/Abstracts/Tuesday%20posters.htm #T1332 Voir la section **III.2.3a**)

III.3.1b Posologie d'entretien

Un traitement d'entretien avec du PEG-interféron administré en faibles doses peut réduire les risques de développer une cirrhose décompensée et un cancer du foie chez les personnes ayant une fibrose avancée. Jusqu'à 40 % de ces patients peuvent avoir une réponse histologique (réduction du dommage au foie) même si elles n'atteignent pas une charge virale non détectable. Plusieurs études cherchent à découvrir si une monothérapie au PEG-interféron peut être bénéfique pour les patients ayant une maladie du foie à un stade avancé. (<http://hepcassoc.org/news/article71.html>)

Un essai sur une faible dose d'entretien a été fait en Allemagne sur 182 non-répondeurs ayant une nécrose du foie avancée qui ont été comparés à un groupe témoin dont les participants n'ont pas reçu de traitement. Les patients ont reçu du PEG-interféron **alfa-2b en dose de 0., ug/kg une fois par semaine pendant 36 mois**. Dans le groupe témoin, une augmentation de la fibrose de 3,71 à 4,79 a été décelée au sixième mois suivant le traitement. Dans le groupe traité, une diminution de la fibrose de 3,83 à 2,05 a été décelée au sixième mois suivant le traitement. L'inflammation a diminué pendant le traitement, mais après le traitement, elle est retournée au point de départ. Le traitement a été bien toléré. Les chercheurs de cette étude pensent que ce traitement soit bénéfique pour les non-répondeurs. (*AASLD, Boston, MA, Nov 2-6, 2007* www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_19.htm)

Un autre essai de grande envergure sur le traitement d'entretien à long terme avec le PEG-interféron **alfa-2a (90 mcg/semaine)** n'a pas réduit le taux de progression de la fibrose de l'hépatite C chez les non-répondeurs, selon les résultats obtenus chez les 1 050-patients du groupe d'essai HALT-C (Hepatitis C Antiviral Long-Term Treatment against Cirrhosis/Traitement à long terme antiviral de l'hépatite C contre la cirrhose) qui ont été publiés à la conférence AASLD de 2007. Après une période de **3,5 ans**, 34,1 % des participants du groupe PEG-interféron d'entretien et 33,8 % des participants du groupe ne prenant pas de traitement (groupe témoin) ont démontré des signes de progression de la maladie, selon le médecin Adrian M. Di Bisceglie, de l'université St. Louis. Malgré une amélioration au niveau de la charge virale, la fibrose et l'inflammation, il n'y avait pas de différence à l'égard des taux de décès, de cancer, de nécrose ou de décompensation du foie. 6,6 % des participants du groupe traité sont décédés, alors que 4,6 % des participants du groupe témoin sont décédés; il y a eu une décompensation chez 14,3 % des participants du groupe traité, alors qu'il y en avait 13,2 % chez les participants du groupe témoin; le cancer du foie s'est développé chez 2,8 % des participants du groupe traité, alors qu'il y en avait 3,2 % chez les participants du groupe témoin; il y a eu des fibroses chez 28,2 % des participants du groupe traité, alors qu'il y en a eu 31,9% chez les participants du groupe témoin. 53 % des participants prenaient encore la dose totale du traitement après une période de 3,5 ans, 10 % des participants prenaient une dose réduite et 37 % des participants ont cessé le traitement. (*AASLD, Boston, MA, 5 nov. 2007; Abstract LB1* www.medpagetoday.com/MeetingCoverage/AASLDMeeting/tb/7279)

III.3.1c Dosage d'induction

Le dosage d'induction comprend l'administration d'une posologie plus élevée ou plus fréquente d'interféron pendant une certaine période avant le début du dosage régulier

Une étude indique que le dosage d'induction avec l'interféron de consensus n'améliore pas la RVS. (www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2893.2002.00376.x?journalCode=jvh)

À la conférence annuelle du AASLD à Dallas, Texas, en octobre 2000, il a été démontré qu'une dose élevée d'interféron alpha n'avait pas d'effet significatif sur les résultats à long terme si pendant le traitement l'horaire du traitement est par la suite changé pour une fréquence de trois fois semaine.

Les doses d'induction font maintenant l'objet d'essais avec les PEG-interférons et la ribavirine. L'étude REPEAT (RÉPÉTÉE) (voir la section III.3.1d ci-dessous) indique que l'induction avec le PEG-interféron Pegasys avec le Copegus n'a pas aidé les non-répondeurs.

III.3.1d Traitement prolongé

Un dosage prolongé a été utilisé chez 51 patients du génotype 1b, avec une RVS améliorée. Le traitement a duré 72 semaines. (*J Gastroenterol.* 2003;38(2):158-63.PMID: 12640530). Une étude d'une durée de trois ans a été faite au Japon sur 12 patients du non-répondeurs du génotype 1b. Ils ont reçu 6 MU d'interféron naturel trois fois par semaine. Un patient a abandonné le groupe d'étude. Pour ce qui est du reste du groupe, 36 % des participants ont démontré une réponse soutenue et 45 % ont démontré une réponse biochimique (*Hepatology Research volume 27, numéro 4, décembre 2003, 266-271*).

L'étude REPEAT (RÉPÉTÉE) de Roche qui a été menée sur 950 patients non-répondeurs pendant 72 semaines, indique que le Pegasys combiné au Copegus est une solution prometteuse. De plus, la réponse virale à la douzième semaine indique habituellement si un patient atteindra ou non une réponse virologique soutenue (RVS). Tous les patients ont pris du Copegus (ribavirine). Une RVS a été atteinte chez 16 % des patients qui prenaient du Pegasys en dose de 360 mcg par semaines pendant 12 semaines (traitement d'induction à haute dose) puis en dose de 180 mcg/par semaine pendant 60 semaines. Près de 9% des patients recevant 180 mcg/semaine de Pegasys pendant 48 semaines ont atteint une RVS. Le traitement d'induction à haute dose n'a pas aidé. Cependant, un traitement plus long a aidé les patients ayant une réponse virale à la douzième semaine, 57% de ces patients ont atteint une RVS. Les patients qui ont fait des rechutes ne participaient pas à cet essai. Ils sont plus faciles à traiter que les patients qui ne répondent pas aux traitements.

(www.rocheusa.com 2 novembre 2007)

III.3.2 Traitement à faible teneur en fer

L'idée que la réduction de la teneur en fer, par le biais d'un régime spécial ou de ponctions capillaires pouvait aider à améliorer la réponse au traitement standard a été envisagée récemment. Le fait que cette idée n'est pas acceptée ouvertement est peut être un indice de son efficacité.

Le fer est nécessaire pour la reproduction de presque tous les micro-organismes virulents. Le rôle du fer qui influence l'histoire naturelle de l'hépatite virale a été rapporté dans une étude il y a environ plus de 15 ans (Blumberg BS, Lustbader ED, Whitford PL. "Changes in serum iron levels due to infection with hepatitis B virus." *Proc Natl Acad Sci USA* 1981;78:3222-4). Dans cette étude, il a été observé que les patients infectés par l'hépatite B avec un de fer élevé dans le sang ou des taux de ferritine élevés avaient plus de chance de développer des infections chroniques que ceux dont les taux étaient plus faibles et qui le plus souvent éradiquaient leur virus de façon spontanée.

Les patients qui répondent complètement à l'interféron ont généralement des taux de fer plus faibles que ceux qui ne répondent pas au traitement. La concentration de fer hépatique comme indicateur d'une réponse au traitement à l'interféron alfa en présence d'hépatite C chronique.

(www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7698578&dopt=Citation)

Les études qui ont été faites depuis 1998 indiquent que la phlébotomie (la ponction sanguine), combinée à l'interféron réduisait l'inflammation au foie mais pas les fibroses. Elle semblerait réduire la charge virale et elle pourrait améliorer la réponse soutenue, mais il n'y a pas assez de résultats statistiquement importants (*Journal of Hepatology* 1998; 28:369-374 et *Hepatology* 2000; 31:730-736). Ces études n'ont pas été faites en combinant l'interféron et la ribavirine. La ribavirine peut causer l'anémie.

Tandon et al. (*Br. J. Nutr.* 1999) ont démontré qu'un régime végétarien spécial réduit en fer pouvait réduire

les taux de fer dans le sang et de ferritine. Kimura F, et al. s'accordent sur le fait d'un régime faible en fer pour améliorer la phlébotomie. (*Hepatogastroenterology*. 2005 mars-avril;52(62):563-6, mais une étude plus récente (2007) a démontré que la phlébotomie est mieux que le régime pour réduire les dommages au foie.

(www.hepatitis-central.com/mt/archives/2007/11/phlebotomy_gain.html?eml=hepcen43)

En traitement unique, la phlébotomie ne peut pas enlever complètement l'oxydation produite par le fer, mais avec l'apport d'un régime faible en fer il est possible d'accroître l'effet de la réduction du fer pour traiter l'hépatite C chronique. (*Hepatogastroenterology*. mars-avril 2005;52(62):563-6)

La réduction du fer améliore les niveaux sanguins d'aminotransférase et d'alpha-foetoprotéine chez les patients infectés par l'hépatite C ayant une cirrhose du foie et ce traitement est généralement sécuritaire. Toutefois, il doit seulement être utilisé chez les patients dont les concentrations d'albumine dans le sang sont supérieures à 3,6 g/dL. (*Journal of Gastroenterology*, volume 42, numéro 1, janvier 2007, pp. 49-55)

La lactoferrine de bovins prise en dose de 1,8 à 3,6 g/jour pendant huit semaines a réduit les niveaux d'ALT et la charge virale chez 3 des 11 patients étudiés. Elle peut être utilisée en combinaison avec tout traitement antiviral, incluant l'interféron jumelé à la ribavirine, sans causer d'effet secondaire (*Jpn. J. Cancer Res.* 1999; 90: 367- 71).

PART IV: RECHERCHE

IV.1.0 TRAITEMENTS DU VHC À BASE DE PROTÉINES (ou TRAITEMENT GÉNIQUE ou INHIBITEURS D'ARN)

Pour se reproduire le VHC a besoin d'un bon fonctionnement d'enzymes variées. Ces enzymes sont les cibles de certains médicaments contre le VHC de la nouvelle génération.

IV.1.1 Inhibiteurs de protéase

Lorsque le VHC pénètre dans une cellule du foie, ses gènes guident la production de protéines qui deviendront le noyau et l'enveloppe de nouvelles unités virales. En premier lieu, le VHC produit une protéine immature, une couche de matériel non finie que la protéase du VHC coupe en protéines complètes qui deviennent le revêtement externe du virus.

Les chercheurs ont développé les inhibiteurs de la protéase qui se collent à la protéase et qui arrêtent ses fonctions de découpage. Ces médicaments ont été utilisés dans le traitement du VIH depuis un certain nombre d'années et ils vont heureusement jouer un rôle important dans le traitement du VHC également. (www.veritasmedicine.com).

IV.1.1a Telaprevir (VX-950)

«Plus de 60% des patients qui ont commencé le traitement avec Telaprevir en combinaison avec deux médicaments actuels ne montrait pas de trace d'hépatite C dans leur sang 24 semaines après le traitement (y compris les personnes qui ont arrêté le traitement avant) comparativement à 40 ou 50 % des patients utilisant les médicaments conventionnels. C'est malgré le fait que les médicaments conventionnels nécessitent un an de traitement.» (www.natap.org 2 novembre 2007)

Vertex a rendu public des données tirées des études de ses deux phases II, où le VX-950, un inhibiteur protéase oral, administré à toutes les huit heures, était combiné à un traitement standard (le Pegasys une fois par semaine et une dose quotidienne de ribavirine en fonction du poids du patient) et où il était comparé à un traitement standard unique, chez les patients novices appartenant au génotype 1. Les patients ont reçu un traitement d'une durée de 24 semaines et dans l'étude appelée PROVE 1, qui comprenait seulement des taux de RVP, qui pouvaient fort probablement atteindre une RVS, 61% de ces patients ont obtenu une réponse virologique soutenue (RVS). Dans l'essai PROVE 2, 65% des patients ont eu une charge virale négative à la douzième semaine, après la fin du traitement. Le traitement triple a produit plus d'effets secondaires, nécessitant d'arrêter le traitement (10 et 13 % comparativement à 2 %). Le taux de rechute lors de l'essai Prove 1 était de 2 % et de 14 % pour l'essai Prove2. Les taux de rechute lors d'un traitement standard se situent habituellement entre 20 et 30 %.

(www.reuters.com/article/companyNewsAndPR/idUSN0145229320071102?pageNumber=2&sp=true et www.hcvadvocate.org AASLD 2007) les essais PROVE 3 se poursuivent.

IV.1.1b Boceprevir (SCH 503034)

Lors des premiers résultats de l'une des deux grandes études de la Phase II, sur les patients novices appartenant au génotype 1(SPRINT-1) révèle que dans le cas du boceprevir (800 mg TID) combiné à un traitement standard le virus n'était pas détectable chez 79% de ces patients à la douzième semaine de traitement avec le boceprevir, comparativement à 34% chez les patients qui recevaient le traitement standard seulement. Les deux études ont reçu la participation de plus de 800 patients. L'autre étude comptait la participation de patients non-répondeurs. Les problèmes gastro-intestinaux reliés à l'injection du boceprevir ont contraint certains patients à abandonner. D'autres effets secondaires étaient attribués au traitement standard.

Dans les sept bras, de l'essai clinique de la Phase II des patients non répondeurs, qui ne comprenait pas de patients ayant fait des rechutes, il a été recommandé que les patients qui prenaient des doses plus faibles de boceprevir et qui démontraient une réponse antivirale importante prennent une dose plus élevée de boceprevir avec le traitement standard pendant une période prolongée de 24 semaines. Les patients dont la réponse était faible ont pris congé de l'étude. Les patients recevant le traitement standard et qui n'ont pas eu de réponse au traitement ont eu la permission d'ajouter le boceprevir à leur traitement. De 7-14 % des patients qui ont ajouté le boceprevir à leur traitement on atteint une RVS comparativement à 2 % chez les patients du groupe témoin. La charge virale de certains patients a diminué et elle a rebondi aux niveaux de référence pendant le traitement. Certains patients ont fait des rechutes après la fin du traitement. Plusieurs types de résistances ont été observés. Les résultats pourraient avoir été différents si tous les patients avaient commencé en prenant le meilleur traitement composé de boceprevir 800 mg TID combiné au traitement standard pendant une période de 48 semaines.

(www.sch-plough.com/schering_plough/news/release.jsp?releaseID=1064540 October 18, 2007)

IV.1.1c PF-03491390 (IDN-6556)

Idun Pharmaceuticals ont conçu des inhibiteurs de petites molécules de la caspases de protéases pour bloquer les cellules mortes dans les tissus et les organes. Idun a par la suite été achetée par Pfizer. Le composé IDN-6556 a été identifié comme étant sécuritaire et il a bien été toléré à l'essai clinique de la phase I composé de 50 adultes dont certains étaient infectés par le VHC.

(PRNewswire 31 jan. 2002, *Idun Pharmaceuticals' Clinical Trial Demonstrates Safety Of Liver Disease Drug, et 20 mai 2002, IDN-6556, a caspase inhibitor completes Phase I clinical trial for HCV.*)

Les essais de la Phase II révèlent que le produit pris oralement, une fois ou deux fois par jour pendant 14 jours permettait de réduire les taux d'aminotransférases et il était bien toléré.

(www.hivandhepatitis.com/2004icr/39easl/documents/0503/050304_hcv_a.html) Il a reçu aux É.-U. le statut de médicament orphelin à utiliser chez les greffés.

Ce médicament est maintenant élaboré par Pfizer. Les résultats de la douzième semaine de l'essai clinique étudiant 204 patients VHC positifs démontrent que ce médicament bloque l'inflammation et la cicatrisation du foie tel que démontré en transformant le facteur de croissance et d'autres taux sériques chez les patients prenant le médicament, comparativement au groupe témoin qui prenait un placebo. D'autres études ont été suggérées.

(www.hcvadvocate.org/news/reports/AASLD_2007/Abstracts/Tuesday%20posters.htm Poster 1307 nov. 2007)

IV.1.1d ITMN-191

Au mois de mai 2007, la société InterMune a terminé la Phase Ia de l'essai clinique de l'ITMN-191 sur des sujets en santé et aucun effet indésirable grave n'a été rapporté.

«Des essais pré-cliniques démontrent également que l'ITMN-191 est cent fois plus efficace que les inhibiteurs de protéase dans le développement clinique» révèle le directeur général de la société InterMune Il explique que leur produit s'adresse particulièrement au protéase du VHC, sans bloquer les autres protéases du corps, comparativement aux autres composés moins sélectifs.

L'ITMN-191 semble s'attaquer aux souches mutantes du VHC, mieux que les autres produits. De plus, le VX-950 de Vertex cause des éruptions cutanées chez certains patients, mais le produit 503034 de Schering n'en cause pas. Il est trop tôt pour savoir si l'ITMN-191 en cause.

(www.fool.com/investing/high-growth/2007/07/20/intermunes-sharp-focus.aspx juillet 2007)

Un essai de la Phase 1b a commencé en septembre 2007. Les premiers résultats sur la cinétique et l'innocuité seront annoncés au premier trimestre de 2008. L'ITMN-191 sera administré comme traitement simple pendant 14 jours à trois groupes de novices VHC positifs et du génotype 1 recevant des doses ascendantes.

IV.1.1e Tibotec (TMC435350)

Un inhibiteur de la protéase du VHC, le Tibotec administré oralement en dose simple de jusqu'à 600 mg, a été bien toléré et ne présentait pas de toxicité limitant la posologie. Une dose unique de 200 mg a été administrée aux sujets sains à jeun qui l'ont bien toléré et la même dose a été administrée aux sujets qui n'étaient pas à jeun. Les résultats de l'essai suggèrent qu'une seule dose quotidienne est optimale. «Il n'y avait pas d'événement négatif ni de changement cliniquement important dans les données de bases des paramètres de laboratoire, des signes vitaux, des lectures d'ECG et des évaluations échocardiographiques. Il y a eu quelques patients qui se sont plaints de légers maux de ventre gastro-intestinaux et d'autres qui ont subi de légères éruptions cutanées après une exposition au soleil. Les données suggèrent que le Tibotec est sécuritaire lorsque prise en dose unique, jusqu'à 600 mg et d'une durée de cinq jours de dosage jusqu'à 400 mg par jour. Des essais antérieurs effectués sur des animaux ont démontré que le TMC435350 était un inhibiteur de la protéase du VHC efficace, avec une bonne biodisponibilité orale. De plus, des études *in vitro* soutiennent l'usage possible du TMC435350 combiné à d'autres inhibiteurs du VHC. (www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_42.htm nov 2007) Lors d'une phase IIa, Tibotec Pharmaceuticals se joindra à Medivir pour traiter 6 patients novices et 24 patients non-répondeurs soit avec le Tibotec ou avec le Tibotec en plus d'un traitement standard. (Nov 21, 2007 [natap.org](http://www.natap.org))

IV.1.2 Inhibiteurs de polymérase

La protéine VHC NS5B est une enzyme ARN polymérase qui dépend du virus. Sa forme ressemble à un beignet écrasé et elle contient composée de trois zones interactives, appelées doigts, paume et pouces. Ces zones forment un cercle autour du site actif, créant ainsi un trou. Ce trou ou cette crevasse est une cible pour le développement de drogues. La région de codage du NS5B est très similaire à tous les autres génotypes et elle est unique au VHC. (McHutchison, J. MD, *Hepatology*, novembre 2002)

Plusieurs sociétés pharmaceutiques sont en train d'élaborer des inhibiteurs de polymérase. Ces inhibiteurs empêchent le virus de se reproduire de l'une des deux manières. Les analogues de nucléoside bloquent l'élongation des souches d'ARN et les inhibiteurs non-nucléosidiques bloquent les polymérase. La Ribavirine est un analogue de nucléoside, mais son fonctionnement n'est pas très bien compris jusqu'à présent.

http://findarticles.com/p/articles/mi_m0EXV/is_2_10/ai_n13648061/pg_2

IV.1.2a Le R7128 est un inhibiteur de polymérase du VHC, un analogue de nucléoside inhibiteur de protéase développé par Pharmasset et Roche et il est un promédicament de PSI-6130. La partie 1 de l'essai de la phase I portait sur l'étude d'une dose unique sur 46 participants en santé. Les résultats préliminaires ont été publiés pour la partie 2 de la phase I qui traitaient 40 patients non-répondeurs avec des doses croissantes. La dose la plus élevée était de 1500 mg deux fois par jour pour une période de 14 jours, ce qui a produit une réduction de l'ARN du VHC dans une proportion supérieure à 99 % (2.7 log₁₀) et aucune rechute virale n'a été trouvée. Aucun événement n'a nécessité la modification du dosage. 15 patients ont reçu un placebo. Tous les patients ont continué à recevoir un traitement standard pendant 40 semaines après la fin du dosage du R7128. «Le R7128 a démontré avoir une activité antivirale la plus efficace de tous les nucléosides expérimentaux inhibiteurs de polymérase du VHC jusqu'à présent», nous révèle le vice-président de Pharmasset. Ce médicament prometteur a été promu rapidement par la FDA des É.-U.

(www.tvn-capital.com/pages/news/2007/pha09101.php Sept 10, 2007, www.natap.org 24 oct 24 2007 et www.medicalnewstoday.com/articles/84513.php Oct 03, 2007)

Les résultats de l'étude de 14 jours de la partie 2 de la phase I sur le R7128 comme traitement unique ont indiqué une forte activité antivirale et que le médicament a été généralement sécuritaire et bien toléré. La majorité des événements négatifs ont eu lieu dans le groupe recevant le placebo. Le médicament a prouvé qu'il pouvait de lui-même supprimer le VHC chez les non-répondeurs et qu'il devrait être encore plus efficace lorsque combiné à un traitement standard pour un traitement plus long chez les patients novices. La société a demandé la participation de 74 patients novices du génotype 1 pour un essai clinique de la phase 1 d'une durée de quatre semaines pour tester le R7128 combiné à un traitement standard. Le traitement aura une durée de 4 semaines. (www.pharmasset.com 2 nov. 2007 et www.clinicaltrials.gov)

IV.1.2b R1626

Lors d'une étude de la phase IIa, 81% des patients, tous du génotype 1, qui avaient été testés avec l'inhibiteur nucléosidique de polymérase, le R1626, combiné à un traitement standard présentaient des niveaux indétectables du VHC après une période de quatre semaines, comparativement à une proportion de 5 % chez les patients qui recevaient seulement le traitement standard. «La quantité du déclin de la charge virale est au-delà des limites que nous avons vues avec les autres inhibiteurs de polymérase et avec certains

inhibiteurs de protéase,» révèle le directeur principal médical. Une étude de la phase IIb appelée POLI 1 qui compte 500 patients est présentement en cours. Le R1626 n'a pas causé d'élévation du taux d'enzymes hépatiques ni d'effets secondaires gastro-intestinaux qui ont causé la fin du développement des autres inhibiteurs de polymérase. Il y a un problème avec la neutropénie, qui est possiblement relié au Pegasys, qui sera modifié au prochain essai. Il n'y a pas d'évidence d'une sélection de résistance au R1626 après deux semaines de monothérapie ou quatre semaines d'un traitement combiné à une thérapie standard. (www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_06.htm nov. 2007)

IV.1.2c PSI-6130

En octobre 2004, Roche et Pharmasset ont formé une association pour développer des inhibiteurs nucléosidiques de la polymérase du VHC. Le PSI-6130, un analogue nucléoside en développement pré-clinique est leur préféré. Il s'avère efficace contre le virus en laboratoire et il peut probablement être pris oralement. Ils espèrent qu'il sera efficace lorsqu'il sera combiné avec le Pegasys et le Copegus pour les non-répondeurs et ils prévoient un essai de phase I chez des participants en santé en 2006.) Roche élabore également ces inhibiteurs de polymérase : R 1270, R1479, R1626, R7128 (en collaboration avec Roche) sont étudiés avec pharmasset. Le R7128 est un promédicament de PSI-6130 (www.pharmasset.com/psi-6130.asp 2007)

IV.1.2d MK-0608 (7-deaza-2'-C-methyl-adenosine)

Deux inhibiteurs de polymérase, triphosphates de 2'-C-methyl-adenosine et 2'-C-methyl-guanosine s'avèrent être efficace contre le VHC. Dans cette étude, ces substances ont été modifiées en incluant une autre substance appelée modification 7-deaza, pour les rendre 20 fois plus puissantes. Ces substances ont été testées sur des animaux et des souris. (Olsen, DB; et al *Antimicrob Agents Chemother.* oct. 2004; 48[10]: 3944-53) (www.natap.org/2006/AASLD/AASLD_47.htm)

Le MK-0608 est un inhibiteur de polymérase analogue nucléoside qui est développé par Merck. Des tests ont été effectués sur six chimpanzés infectés par le VHC recevant le médicament par injections ou par voie orale. Le dosage par intraveineuse a montré une diminution de la charge virale de plus de cinq logs avec aucun rebond avec le traitement quotidien pendant 37 jours et un délai dans le rebond à la fin du traitement. La forme mutante du virus semble être plus faible que le virus original. La RVS n'a pas été obtenue, mais le produit semble être un excellent candidat pour être utilisé avec d'autres produits. (www.natap.org/2006/ICAAC/ICAAC_13.htm sept 2006)

IV.1.2e VCH-759

Le VCH-759 est un inhibiteur de polymérase du VHC non-nucléosidique qui semble être efficace contre certains génotypes 1a et 1b. Cette étude analyse les effets sur la cinétique virale, la résistance virale, la pharmacocinétique, l'innocuité et la tolérance du VCH-759 administré comme monothérapie pendant dix jours, avec un suivi 14 jours plus tard. Lors de l'étude, 32 patients novices du génotype 1 ont reçu soit le placebo, 400 mg, 3 fois par jours, (déclin moyen de 1.9 log 10) ou 800 mg 3 fois par jour (déclin moyen de 2.3 log 10) ou 800 mg deux fois par jour (déclin moyen de 2.5 log 10). Le VCH-759 a été bien toléré. La majorité des événements négatifs ont eu lieu dans le groupe recevant le placebo et il s'agissait de troubles gastro-intestinaux. Le VCH 759 a atteint une diminution de 2 log₁₀ ou plus dans l'ARN du VHC avec des doses de 800 mg trois fois par jours et deux fois par jour. Le VCH-759 a été bien toléré et n'a pas produit d'effet secondaire et n'a causé aucun abandon. Des études approfondies combinant le VCH-759 aux traitements actuels sont suggérées.

(www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_41.htm nov 2007)

IV.1.2f GS-9190

Le GS-9190 est un inhibiteur de polymérase du VHC NSRB non nucléosidique. Un essai clinique à deux volets de la phase-1 du GS-9190 chez les patients novices du génotype 1 démontre que le médicament a été généralement bien toléré et que l'activité anti-virale a été atteinte et maintenue pour les deux dosages administrés pendant une période de huit jours avec une réduction moyenne de 1,5 log. Dans le cadre de la partie A, cinq groupes de 31 patients ont reçu une dose simple de : 40mg, 120mg, 240mg, 240mg plus nourriture et 480mg. Les doses simples du GS-9190 ont été bien tolérées. La diminution moyenne de la charge virale, 24 heures après l'administration du dosage, était la suivante : -1,2 log pour le groupe en ayant reçu 480 mg, -1,2 log pour le groupe ayant reçu 240mg et -1,0 log pour le groupe ayant reçu 240mg avec de la nourriture. Dans le cadre de la partie B, quatre groupes de 23 patients ont reçu une dose graduelle pendant huit jours : 40mg deux fois par jour, 120 mg deux fois par jour, 240 mg une fois par jour et 240mg deux fois par jour. Le changement moyen avant la dose au huitième jour a été mesuré. La réduction maximale de la charge virale de -1,7 log pour le dosage de 120mg et de -1,4log pour le dosage de 1,40mg. (www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_39.htm nov 2007)

La partie B de l'essai a démontré la possibilité de problème cardiaque lors d'un essai standard pour la sécurité cardiaque, ce qui pourrait retarder la mise en marché du médicament. «La société a commencé une étude pour examiner les risques cardiaques possibles et les résultats seront disponibles d'ici la fin de l'année. Une résolution au sujet de ce problème de sécurité est en suspens, les données provisoires de l'essai de la phase I sont encourageantes et elles soutiennent l'évaluation complémentaire du GS-9190 chez les patients infectés par l'hépatite C», révèle Gilead. Il n'y avait pas d'autre effet secondaire important. (www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_17.htm 4 nov. 2007)

IV.1.2g PF-868,554

Le PF-868,554 de Pfizer est un inhibiteur de polymérase non-nucléosidique qui fait l'objet d'une étude de phase Ib/IIa (*"The Pink Sheet" DAILY, 17 sept. 2007*).

IV.1.2h BILB 1941

Le BILB 1941 de Boehringer Ingelheim est un inhibiteur de polymérase non-nucléosidique qui semble être efficace contre le génotype 1b du VHC. Le médicament a été administré en monothérapie par voie orale chez les patients du génotype 1, novices et non-répondeurs. Le médicament a été donné à différents degrés de dosage, allant de 10 à 450 mg, aux huit heures pendant cinq jours. L'intolérance gastro-intestinale n'a pas permis de tester le médicament à des doses plus élevées. Il y a eu cinq abandons au dosage de 450 mg, mais seuls les patients ayant reçu ce dosage ont démontré une diminution de la charge virale de 1 log ou plus. Les patients du génotype 1b ont eu une meilleure réponse que ceux du génotype 1a. (27% contre 6% ont eu une réduction de la charge virale de 1 log ou plus) Aucune différence n'a été observée entre les novices et les non-répondeurs. «Les réductions de la charge virale ont été observées avec cette catégorie d'inhibiteurs de polymérase NS5B du VHC, ce qui demande une recherche approfondie.» (www.natap.org/2007/EASL/EASL_62.htm avril 2007)

IV.1.2i Autres

Tularik est en train de développer des thérapies géniques visant à bloquer la polymérase du VHC) (www.veritasmedicine.com), (www.biocryst.com/hepatitis.htm).

Le A-848837 de Abbot s'est avéré efficace chez un chimpanzé infecté par le génotype 1. (www.natap.org/2007/EASL/EASL_18.htm avril 2007)

BioCryst a identifié un candidat clinique, un inhibiteur de polymérase, le BCX-4678.

(www.redorbit.com/news/health/474797/biocryst_to_present_at_the_ubs_global_specialty_pharmaceuticals_conference/2005/)

GlaxoSmithKline a développé le GSK625433 qui a été testé à la fois sur le rat et le chien et qui ne démontre pas d'évidence pour appuyer sa progression dans les essais pré-cliniques. Le médicament devrait être efficace lorsque combiné au traitement standard. (www.natap.org/2007/EASL/EASL_13.htm avril 2007)

R1626 + VX-950: Une étude qui a été présentée à la conférence EASL, en avril 2007 combinait l'inhibiteur de polymérase R1626 (R1479) et l'inhibiteur de protéase VX-950. Bien que le VC-950 soit très efficace en monothérapie, une nouvelle souche résistante du VHC s'est rapidement développée. La combinaison du VX-950 au traitement standard prévenait la résistance. Les chercheurs ont démontré *in vitro* que le R1626 et le VX-950 n'ont pas de résistance croisée et que le R1626 peut être une meilleure protection contre la résistance que le VX-950. Ils pensent que la combinaison des deux peut également prévenir la résistance des nouvelles souches du virus. Lors des études in-vitro, chaque produit a éliminé les souches mutantes laissées par l'autre. (www.natap.org/2007/EASL/EASL_35.htm)

IV.1.3 Inhibiteurs d'hélicase

Le NS3 hélicase est un enzyme qui se colle à l'ARN du VHC à double brin et qui le déroule de manière à ce que les souches qui en résultent puissent être utilisées pour produire plus d'ARN ou de protéines. Si ces couches ne peuvent pas se dérouler, le VHC ne peut pas être reproduit. L'hélicase est en Y, avec trois zones reliées, ce qui en font des cibles possibles pour les médicaments. Les nouveaux inhibiteurs d'hélicase du VHC contiennent des composés de thiodiazonium. Jusqu'à présent, la réduction de la charge virale n'a pas été un succès.

Une technique qui permet de suivre le processus de déroulement a été élaborée à l'université d'Illinois. Cette technique cristallise les protéines et identifie chaque molécule à l'aide d'une étiquette fluorescente apposée

sur chaque région de la souche à double brin. La distance croissante entre les souches peut alors être suivie lors du déroulement et il est possible de calculer la vitesse du processus. Les chercheurs ont découvert que l'ADN se déroule par «bonds», étant donné que les paires de nucléotides doivent se détacher avant de se dérouler. «C'est comme si l'on ajoutait de la tension à un ressort» indique le professeur Taekjip Ha, de l'université de l'Illinois. «Si vous chargez le ressort avec de petits mouvements mécaniques, jusqu'il y ait assez de tension sur le composé ADN/protéine pour provoquer un déroulement rapide à la base des trois paires.» Chaque processus de déroulement utilise la saisie de 3 molécules d'adénosine triphosphate, une source de carburant cellulaire.

(www.sciencedaily.com/releases/2007/07/070726142007.htm)

Vertex Pharmaceuticals est à l'étape d'essais pré-cliniques de l'inhibiteur d'hélicase du VHC NS3. Vertex a identifié la structure tridimensionnelle de l'hélicase NS3 et elle étudie son fonctionnement. Heureusement, cette donnée servira à développer des inhibiteurs efficaces de cet enzyme (www.vpharm.com). L'inhibiteur d'hélicase de Vertex est composé de thiodiazonium. (*Curr. Med. Chem. - Anti-Infective Agents, 2002, 1, 163-176*) Il n'y a rien au sujet de ce médicament conçu par Vertex depuis 2004.

Genelabs Technologies, Inc. Le 20 avril 2000, Genelabs annonçait la découverte d'une nouvelle catégorie d'antiviraux qui s'avère efficace contre le VHC, ainsi que d'autres flavivirus. Certains de ces composés sont des inhibiteurs d'hélicase. Genelabs mène présentement des essais *in vivo* pour évaluer l'effet antiviral sur les animaux et elle étudie également les effets antiviraux *in vitro* d'autres virus (www.genelabs.com).

QU663 est un nouveau nucléotide déguisé en inhibiteur sous enquête. «...un nouvel inhibiteur sélectif de l'hélicase qui réagit efficacement au VHC NS3 ($K(i) = 0,75$ microM), qui fait concurrence au substrat de l'acide nucléique sans affecter la fonction de l'ATP, même à des concentrations élevées.» (*Maga G, et al Biochemistry. 19 juillet 2005; 44 (28):9637-44.*)

Le chercheur Peter Borowski et ses collègues ont étudié un agent appelé le **Tropolone** (2-hydroxy-2,4,6-heptatriène-1-un) comme inhibiteur d'hélicase du VHC NS3. Les résultats étaient inattendus, ils démontraient que cet agent et ses dérivés ne déroulaient pas le virus et ne bloquaient pas site de liaison NTP. Ils occupent un site régulateur.

(<http://lib.bioinfo.pl/pmid:17542155> *Antivir Chem Chemother. 2007; 18 (2): 103-9 17542155*)

IV.1.4 Le traitement génique à l'interféron alpha

Le traitement génique à l'interféron alpha est un traitement de l'hépatite C qui libère les gènes pour l'interféron alpha-2b spécialement pour les cellules hépatiques, qui rend heureusement le traitement plus efficace.

Lors d'un essai en laboratoire le VHC a complètement été éradiqué, ce qui suggère que l'interféron alpha produit par un transfert génique bloque efficacement la reproduction du VHC dans les cellules hépatiques. Cette étude soutient le développement du traitement génique à l'interféron alpha pour traiter les maladies du foie associées au VHC. (*Biochem Biophys Res Commun. 8 août 2003; 307(4):814-9.*)

En Égypte, le transfert génique de l'interféron alpha a été étudié sur des rats pour voir s'ils seraient protégés des dommages des toxines connues. Ce transfert a été efficace dans la prévention de la fibrose du foie et du cancer. «Le traitement génique à l'interféron alpha peut être justifié lors des essais cliniques pour les candidats à risque élevé ayant une carcinogenèse hépatique.» (www.egeinfonet.i8.com/pub/2005/1.html)

IV.1.5 Inhibiteurs de séquence IRES

La séquence IRES est une partie du virus de l'hépatite C qui se trouve dans divers génotypes. Elle est une partie importante du processus de reproduction, alors les chercheurs pensent, qu'en trouvant un inhibiteur de séquence IRES, qu'il y aurait une réduction de la production du virus. Plusieurs sociétés pharmaceutiques sont en train d'élaborer des inhibiteurs de séquence IRES. Récemment, il a été découvert que les interférons étaient efficaces parce qu'ils sont des inhibiteurs de séquence IRES. (*Liver Int, 2005; 25(3):580-594*)

En novembre 2005, **VGX Pharmaceuticals** a annoncé le début des essais de la phase II sur leur inhibiteur de séquence IRES i Mifepristone (VGX-410) avec 48 patients VHC positifs+ pour établir l'activité anti-VHC de leur médicament. Les patients ont reçu 3 niveaux de doses orales pendant 28 jours. L'essai étudiera les effets sur le système immunitaire avant et pendant le traitement. La fin de l'étude était prévue en novembre 2007. L'innocuité du médicament est déjà approuvée aux É.-U. par la **FDA** pour l'avortement et le traitement de maladies malignes et bénignes, depuis un an. En utilisant les essais de cultures cellulaires, la société prévoit l'élimination du virus dans une proportion de 50 à 90 %.

(<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00255177?intr=%22Hepatitis+C+Antibodies%22&rank=5> 15 nov. 2005)

Schering-Plough utilise des ribozymes artificiels pour cibler la séquence IRES du VHC in vitro et in vivo (*Curr Opin Mol Ther.* 3 juin 2001; [3]:278-87). Schering s'est associé à PTC Therapeutics pour faire la recherche et le développement de ces traitements.

(www.schering-plough.com/schering_plough/news/release.jsp?releaseID=833484 mars 2006)

IV.1.6 Traitements antisens

Il existe deux types de virus de l'ARN, ceux ayant une souche «sens» d'ARN, comme le VHC, et ceux ayant une souche antisens, avec un code d'informations génétiques opposé. Le traitement antisens utilise les souches «thérapeutiques» de l'ARN ce qui rend impossible au virus de l'ARN de remplir ses fonctions. (<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/hepC.html>) «Les médicaments antisens sont composés de courtes molécules chimiquement modifiées d'ARN et d'ADN que les chercheurs ont conçues pour compléter un petit segment précis d'ARN messager ou d'ARNm.» (<http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=94554&p=iro/-newsArticle&ID=755950&highlight=hepatitis%20C>) L'antisens cible les parties du code génétique du VHC qui de subit probablement pas de mutation avec le temps et qui attaque le micro ARN nécessaire pour que le VHC se multiplie.

Des études ont été menées à l'**université de Stanford** sur des souris en utilisant le morpholino phosphoramidate antisens d'oligonucléotide (morpholino) qui a été prometteur dans l'inhibition du VHC (*Hepatology.* août 2003; 38(2):503-8).

Des essais cliniques sur certains produits antisens se sont avérés inefficaces jusqu'à présent. (nov. 2007)

IV.1.7 Traitements à base d'ARNi

L'ARNi (ARN interférents) est un mécanisme utilisé par les cellules du corps pour contrôler l'expression des gènes et la reproduction des virus avec l'aide de petites molécules d'ARNi. L'ARNi représente le traitement à base d'acide nucléique le plus récent pour traiter une infection par le VHC. Toutes les régions du virus sont vulnérables à l'ARNi. Le traitement a été essayé sur des souris, où la reproduction du virus a été bloquée.

Avant d'avoir été acheté par **Merck**, la société Sirna Therapeutics a présenté des données provenant d'un primate non humain infecté par le VHC. Ces données affirment la réussite du traitement chez certains animaux, mais en raison d'un problème légal au sujet du système de livraison, l'étude n'a pas progressé. Benitec avait des plans pour son programme sur l'hépatite C, dont des essais cliniques, mais les fonds se sont épuisés. Ils sont retournés en Australie et leur programme sur l'hépatite C a été repris par **Tacere**. (http://rnaitherapeutics.blogspot.com/2007_06_01_archive.html June 8. 2007)

Les sociétés **Oncolys BioPharma** et **Tacere Therapeutics** se sont associées pour développer le TT-033, un ARN interferent (ARNi) que la société Oncolys commercialisera sous le nom de OBP-701. Le produit contient trois éléments différents d'ARNi à l'intérieur d'une enveloppe de protéine AAV. Sans être toxique, l'utilisation de l'AAV pour pénétrer les cellules hépatiques s'est avérée efficace lors d'études pré-cliniques effectuées sur des animaux. Ce cocktail en un seul médicament attaque le VHC à trois sites différents et il semble agir sur tous les génotypes. Les essais cliniques de la Phase I sont prévus à la fin de 2008.

(www.newsr.com/library/newsletters/Hepatitis-Weekly/615646.html Jun 21, 2007)

IV.2.0 VACCINS

Jusqu'à présent, il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C.

Il y a eu quelques discussions sur le type de vaccin qui conviendrait le mieux contre le virus de l'hépatite C. L'idéal serait un vaccin qui préviendrait l'infection initiale (un vaccin prophylactique), Cependant, un vaccin qui empêcherait l'infection de devenir chronique serait suffisant (vaccin thérapeutique). Le problème, c'est que le virus compte trop de souches et qu'il se modifie facilement. Un bon vaccin devrait agir contre au moins un génotype du virus, préférablement le génotype 1, qui est le plus courant. D'autres problèmes se situent au niveau du développement d'un vaccin qui procure une protection durable et dans le recrutement de bons candidats pour tester le vaccin.

(www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html).

La recherche d'un vaccin a souffert d'un recul important. La découverte d'un vaccin thérapeutique pouvant guérir ceux qui sont déjà infectés est espérée. Les traitements aux anticorps thérapeutiques contre l'hépatite C n'ont pas été efficaces et maintenant, nous en connaissons peut-être la cause. Habituellement, un virus se reproduit dans le noyau d'une cellule et plusieurs virus en émergent pour recommencer le processus. Certains virus n'ont pas à quitter la cellule, ils propagent l'infection en voyageant directement d'une cellule à l'autre. Il semblerait que le VHC utilise les deux mécanismes, ainsi le virus n'a pas besoin d'être évacué par une cellule avant d'en infecter une autre. Il peut aller directement à une autre cellule et ainsi éviter la neutralisation des anticorps et des traitements médicaux. C'est peut-être pour cette raison que les anticorps du VHC ne contrôlent pas le virus. Le transfert de cellule à cellule est une route rapide pour infecter de nouvelles cellules, ce qui pourrait expliquer la propagation dramatique du VHC dans les cas aigus. Ce n'est pas de bonnes nouvelles, mais il s'agit d'un renseignement important qui peut indiquer au chercheur ce qu'il faut cibler pour élaborer de nouveaux traitements antiviraux. Il demeure toujours possible qu'une personne non infectée soit protégée par un vaccin contre le VHC.

(<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7075569.stm> et www.natap.org 2 nov, 2007)

Types de vaccins possibles :

Immunisation passive : On serait porté de croire qu'en ayant des anticorps au VHC, une personne pourrait guérir et être protégée contre une réinfection, mais ce n'est pas le cas avec le virus de l'hépatite C. Des tentatives d'essais de cette méthode sur des chimpanzés ont échoué. La globuline hyperimmune du VHC a été efficace, mais elle fut de courte durée et elle ne protégeait pas contre une réinfection éventuelle.

La société Aventis Pasteur, maintenant Sanofi-Aventis (Lyons, France) a fait la demande d'un brevet pour un vaccin de cette catégorie en mars 2003.

(<http://164.195.100.11/netacgi/nph-Parser?Sect1=PTO1&Sect2=HITOFF&d=PALL&p=1&u=/nethtml/srchnum.htm&r=1&f=G&l=50&s1='6,538,123'.WKU.&OS=PN/6,538,123&RS=PN/6,538,123>)

Vaccins de glycoprotéine d'enveloppe : C'est le vaccin qui est le plus prometteur jusqu'à présent. Ce vaccin force le corps à produire des anticorps dans les parties de l'enveloppe du virus, appelées E1 et E2. Ce vaccin semble être efficace chez les chimpanzés [Voir [IV.2.1 ChronVac-C](#)]

Vaccins à base d'épitope : Ce type de vaccin produit par ordinateur est conçu pour forcer le corps à produire une forte réponse immunitaire (CD4+ et CD8+) en utilisant des épitopes de cellule T. Il est souhaitable que cette méthode empêche les mutations de s'échapper et qu'elle couvrira plus d'un génotype. Cependant les désavantages sont les suivants : cette technologie nécessite des bases de données importantes et un vaccin efficace devra probablement inclure certaines protéines du VHC actuel.

(www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html)

Vaccins à ADN nu : Le terme ADN «nu» signifie que l'ADN n'est pas associé à un virus. Ce traitement est basé sur l'injection d'ADN dans un virus pour le disperser dans le corps. Le gène «C» du virus de l'hépatite C est souvent utilisé dans ces tests, parce qu'il est similaire dans tous les génotypes. Les effets secondaires de ce type de vaccin peuvent être problématiques et l'innocuité peut être à surveiller. Cependant, certains chercheurs allèguent qu'il n'y a pas de composant viral pouvant causer des réponses immunitaires indésirables, des infections ou des modifications permanentes dans la constitution génétique de la cellule. Les vaccins à ADN pour l'hépatite C demeurent aux stades pré-cliniques du développement et ils montrent un potentiel important, même pour le traitement thérapeutique.

(www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html)

Chiron Corporation dirige des études cliniques sur des vaccins à ADN nu. (Voir [IV.2.2 Vaccin de Chiron](#))

Vaccins à base de vecteur viral : Comme les vaccins à ADN nu, ces vaccins sont conçus pour injecter de l'ADN étranger dans une cellule pour stimuler le système immunitaire. Les vaccins à vecteur viral ont un avantage parce qu'ils permettent à des cellules hôtes spécifique d'être ciblées, ainsi le vecteur n'entre pas dans le matériel générique de la cellule. Quelques vaccins comme ceux-ci ont été étudiés et leur efficacité est inconnue.

(www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html)

Les vaccins recombinés peuvent être utilisés pour introduire l'ADN efficacement. Des tests sur des animaux ont démontré une immunité à plusieurs virus et certains tests sont effectués pour élaborer des vaccins contre le VHC L'adénovirus déficient est un virus préféré, parce que son «habitat» naturel est le foie. Cependant, la mort tragique lors d'un traitement génique utilisant des adénovirus a grandement freiné l'engouement de l'utilisation de ce vecteur viral chez les humains.

www.medscape.com/viewarticle/410848_6

Il existe un vecteur adénovirus appelé BID (BH3-interacting death domain death agonist), qui a été conçu pour causer les cellules infectées par la protéase NS3/NS4A du VHC de se détruire (apoptose), ce qui met fin à la progression de la maladie. Des études effectuées sur des souris chimériques par l'Ontario Cancer Institute, qui ont été publiées en mai 2003 dans la revue *Nature Biotechnology*, démontrent que le traitement est efficace et non toxique pour les cellules saines avoisinantes. «Une approche thérapeutique ciblée utilisant un BID modifié peut être utile comme prophylactique contre une exposition accidentelle au virus, dans les premiers stades de l'hépatite, pendant une infection se limitant au foie ou pour un traitement ex-vivo des hépatocytes. Cette approche peut également réduire les charges virales des patients infectés de manière chronique, et conjointement avec un traitement à l'interféron et à la ribavirine, elle peut éradiquer le VHC d'une cellule hôte infectée,» affirment les chercheurs (*Reuters Health 05/01/03*).

Vaccins à base de peptide : Les chercheurs pensent que ce type de vaccin contre le VHC pourrait être efficace, en raison des lymphocytes T auxiliaires («des soldats» de notre système immunitaire) qui reconnaissent les antigènes (les envahisseurs) qu'ils peuvent attaquer, dû à la présence de fragments de peptides liés aux molécules à la surface des cellules qui peuvent transmettre l'antigène (dans ce cas-ci, la polyprotéine du VHC). Les peptides qui contiennent des épitopes à partir des régions centrales du virus ont provoqué une forte réaction immunitaire chez les souris étudiées. Un peptide appelé HVR1 contient un épitope neutralisant, il devient ainsi une cible attirante pour un vaccin et cette stratégie semble avoir fonctionné lors des essais sur les chimpanzés. Malheureusement, ce peptide fait l'objet de mutations. Étant donné que le HVR1 contient un épitope neutralisant, il devient ainsi une cible attirante pour les vaccins à base de peptide, mais cette région du virus subit rapidement des mutations.

http://www.medscape.com/viewarticle/410848_7 (Voir IV.2.7 Intercell's vaccine IC41 et IV.2.8 Kurume Peptide Vaccine, et [IV.2.10](#) PeviPROTM/PeviTERTM vaccine)

Les vaccins recombinés de sous-unités protéiques : La première tentative dans l'élaboration d'un vaccin contre le VHC s'est traduite par la création d'un vaccin recombiné d'une sous-unité protéique. La société Chiron a utilisé les protéines recombinées du VHC E1 et E2 dans ces premières études sur les vaccins. Les résultats des expériences indiquent que le vaccin n'a pas protégé les chimpanzés lorsqu'ils ont été mis en contact avec le virus, mais une infection résolvative survenait plus fréquemment que chez les animaux non vaccinés. Les résultats indiquent que malgré l'absence d'immunité de stérilisation, une infection chronique pouvait être prévenue. (Voir [IV.2.2](#) Vaccin de Chiron, et [IV.2.9](#) Tarmogen)

IV.2.1 ChronVac-C

Les sociétés Innogenetics et Pharmexa se sont associées pour mener les essais cliniques de phase I sur les vaccins à base d'ADN, en utilisant le DNAVax® , un système d'administration de polymères. En octobre 2006, Inovio Biomedical Corporation a fait l'acquisition d'un système d'administration d'ADN de la société Valentis, incluant les droits provenant d'ententes entre IDM Pharma, Innogenetics et Pharmexa.

([http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=105128&p=irol-newsArticle_print&ID=917174&highlight= Oct 17, 2006](http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=105128&p=irol-newsArticle_print&ID=917174&highlight=Oct%2017%202006))

La société Inovio s'est associée à Tripep AB de Suède et a reçu l'approbation pour mener des essais cliniques de phase I et II sur son vaccin d'ADN, ChronVac-C®, administré par injection dans le tissu musculaire à l'aide du système d'administration d'ADN MedPulser®. L'essai se fait sur douze patients VHC positifs. Il s'agit de la première étude sur des sujets humains en utilisant ce type d'administration. Les essais pré-cliniques ont démontré que cette technique augmente l'efficacité des vaccins, sans avoir à recourir aux systèmes viraux. Le ChronVac-C est composé d'ADN synthétique plasmidique, qui incite les antigènes à causer une réaction immunitaire préventive ou thérapeutique à la maladie.

(http://home.businesswire.com/portal/site/google/index.jsp?ndmViewId=news_view&newsId=20070816005139&newsLang=en August 16, 2007) Le premier patient a été traité en novembre 2007. (www.natap.org)

Le ChronVac-C est identifié comme étant un vaccin thérapeutique, c'est-à-dire qu'il est administré aux personnes déjà infectées par le VHC et qu'il vise à renforcer leur réponse immunitaire. Le ChronVac-C® est également identifié comme étant un «vaccin génique», c'est-à-dire qu'en plus de contenir le vaccin, la seringue contient également le code génétique (ADN) du vaccin. Lorsque le vaccin à ADN est injecté dans le tissu musculaire, il est absorbé par les cellules musculaires qui par la suite convertissent l'ADN en protéine et qui incite le vaccin à activer la réponse immunitaire du corps.

IV.2.2 Vaccin de Chiron

La société Chiron est en train d'élaborer un vaccin génétiquement modifié contre le VHC. La société étudie deux vaccins possibles, incluant un vaccin recombiné et un vaccin à ADN de seconde génération pour inciter une réponse immunitaire cellulaire. Les chercheurs de la société espèrent avoir terminé un ou les deux vaccins vers 2010, qui pourraient être utilisés en combinaison avec un traitement standard pour améliorer le système immunitaire.

(www.chironvaccines.com/company/vaccines_hepatitis_c_vaccine.php).

Chiron fournit des antigènes au VHC et CSL fournit sa technologie Isomatrix. L'ISCOM est un complexe de stimulation du système immunitaire visant à améliorer la réponse immunitaire par les vaccins. ISCOM est fait à partir de l'écorce du quillaia qui est mélangé aux lipides. (www.csl.com.au/)

Un essai de la phase II, qui est plus grand que le précédent, a lieu à l'université de Saint Louis et compte 200 patients.

Le vaccin a été testé sur des humains lors des études précédentes, mais cette fois-ci un additif différent est utilisé (un médicament qui aide le corps à mieux répondre aux vaccins). La recherche est financée par la National Institutes of Health et la société Chiron Corp.

(www.medicalnewstoday.com/articles/42781.php)

Chiron espère pouvoir offrir un vaccin d'ici 2010, qui sera utilisé soit en monothérapie ou en combinaison avec d'autres médicaments contre le VHC.

(<http://abclocal.go.com/wabc/story?section=health&id=4091978> 16 juin 2007)

--

IV.2.3 Chimigen

Le vaccin candidat de Chimigen contre le VHC est un vaccin ciblant les cellules dendritiques produit par ViRexx (Edmonton, AB)

(www.genengnews.com/news/bnitem.aspx?name=1124489XSL_NEWSML_TO_NEWSML_WEB.xml 12/12/2005)

La société a présenté les résultats de l'étude sur le vaccin, qui démontraient que le vaccin produisait des antigènes Ly spécifiques au VHC. Le vaccin utilise un système d'expression de cellule d'insecte qui lui confère ses caractéristiques immunologiques particulières. Les chercheurs espèrent que ce soit un vaccin thérapeutique utilisé pour traiter l'hépatite C.

(<http://cnrp.ccnmatthews.com/client/virexx/release.jsp?actionFor=581279>)

En mai 2007, ViRexx annonçait sa collaboration avec le Conseil national de recherches du Canada sur les nanotechnologies (NINT), la Recherche et développement pour la défense Canada, Suffield (RDCC Suffield). Les chercheurs à NINT effectueront les études pré-cliniques du vaccin candidat thérapeutique et du vaccin prophylactique de Chimigen contre le VHC.

(www.bioalberta.com/news_details.asp?ID=69)

IV.2.4 Vaccin de VIDO

Les chercheurs de l'université de Saskatchewan espèrent avoir trouvé un vaccin contre l'hépatite C qui aidera également ceux qui sont déjà infectés (vaccin thérapeutique). Pour fabriquer le vaccin, les chercheurs ont utilisé les cellules dendritiques (cellules du système immunitaire) d'une souris pour les exposer à l'une des protéines les plus courantes qui se produisent dans tous les génotypes du VHC et ils ont traité ces cellules avec un stimulateur du système immunitaire. Ils espèrent qu'en retournant les cellules activées, qu'ils peuvent «enseigner» aux cellules initiales comment activer une réponse immunitaire. Les chercheurs ont utilisé un autre virus chez la souris pour simuler le VHC. (*The StarPhoenix*, 11 jan. 2006)

La construction a commencé en juin 2007 pour InterVac, le centre international de vaccination de l'université de Saskatchewan, voisin du VIDO (Vaccine and Infectious Disease Organization). Il s'agira du plus grand centre de recherche sur la vaccination au Canada.

(http://announcements.usask.ca/news/archive/2007/06/sodturning_cele.html)

Le projet de recherche de VIDO sur l'hépatite C comprend l'élaboration d'un régime à base d'ADN, qui utilise la protéine non structurale 3 du VHC (NS3) comme cible, l'élaboration d'un vaccin à base de cellules dendritiques et l'étude des effets du VHC sur le système immunitaire. Les essais sur les souris démontrent que les vaccins à ADN ont amélioré les réponses du système immunitaire et que le vaccin à base de la protéine NS3 active une réponse importante des anticorps.

www.vido.org/research/vaccine_dev/hepatitis.php)

IV.2.5 Vaccin de Toray

Les industries Toray (Japon) ont confirmé pour la première fois au monde que des particules inactives du VHC produites par un nouveau système de culture pourraient être utiles dans le développement d'un vaccin contre le VHC. Des expériences effectuées sur des souris infectées ont démontré que leur virus avait été supprimé, comme c'était dans des cellules hépatiques humaines, les injections ont été faites à partir de sérum prélevé de ces souris. La société va maintenant essayer d'élaborer leur produit pour une production industrielle. Le médicament est supposé protéger contre les nouvelles infections et de guérir les patients déjà infectés.

www.hepatitis-central.com/mt/archives/2007/09/future_hcv_medi.html 28 août 2007)

IV.2.6 Vaccin TG4040

Transgene a commencé ces essais de la phase I au Canada, sur des patients qui ont fait une rechute après avoir suivi un traitement standard. Les 24 patients prévus recevront une injections du vaccin TG4040 (MVA-HCV), un vaccin pouvant être thérapeutique, une fois par semaine pendant trois semaines et à la fin, ils recevront un rappel six mois plus tard. Le dosage sera augmenté pour certains patients. L'université de Montréal et le Réseau canadien pour l'élaboration de vaccins et d'immunothérapies subventionnent cet essai. La société espère publier les données à la fin de 2008. Le TG4040 utilise le virus MVA, qui est considéré comme étant sécuritaire, comme moyen de porter les protéines codées du VHC NS3, NS4 et NS5B. Les chercheurs espèrent ainsi obtenir une bonne réponse immunitaire au VHC. Un autre essai de la phase I sera effectué en France sur 15 patients VHC positifs qui n'ont jamais été traités auparavant (novices).

www.therapeuticsdaily.com/news/article.cfm?contentvalue=479710&contenttype=newsarchive&channelID=31 01 oct.2007)

IV.2.7 Vaccin de la société Intercell (IC41) contient huit antigènes de cellules T, qui sont combinés à adjuvant à base de poly-arginine (IC30). Ce médicament est élaboré en collaboration avec Novartis. Ce produit fait l'objet d'un essai de phase II qui a demandé la participation de 50 patients novices du génotype 1 qui ont reçu huit injections deux fois par semaine pendant 14 semaines, pour tester s'il y avait une réduction importante de la charge virale tout en demeurant très sécuritaire. Deux semaines après la dernière injection, une diminution de 0,2 log de la charge virale a été observée. Des données complètes seront distribuées au début de 2008. La diminution a augmenté après chaque application. Chez les patients ayant une charge virale élevée, une diminution de 0,4 log de la charge virale a été observée en moyenne.

www.biopharma-reporter.com 21/08/2007)

IV.2.8 Vaccin à base de peptide de l'université Kurume

Des chercheurs de l'université Kurume au Japon ont mené un essai de phase I pour personnaliser un vaccin à base de peptide. Cette étude comptait 12 patients du génotype 1b non répondeurs. Les patients ont reçu des cellules T et du plasma IgG et quatre vaccins à base de peptide qui ont été choisis comme des candidats possibles. Seuls les vaccins à base de peptide causant une réaction ont été administrés deux fois par semaine à des dosages différents. Il n'y a pas eu d'effets secondaires importants. Il y a eu une bonne réaction du système immunitaire à au moins un vaccin à base de peptide, après la septième dose. Les taux de sérum glutamopyruvique transaminase (SGPT) ont été réduits chez cinq patients et la charge virale a été réduite chez trois patients après la quatorzième dose.

(Vaccine, 2007; 25(42): 7429-35 www.newsrx.com/article.php?articleID=788039&f=wu22 NOV 19, 2007)

IV.2.9 Tarmogen (GI-5005)

Le GI-5005 est un vaccin recombiné utilisant les spores d'un champignon ascomycète, qui exprime une protéine hybride NS3 du VHC. GlobeImmune a recruté des participants pour des essais cliniques qui ont commencé en juillet 2005 (www.clinicaltrials.gov) Les essais cliniques de la phase Ib chez les patients VHC positifs démontrent l'innocuité et l'efficacité de leur vaccin candidat Tarmogen. Il y a eu de légères réactions au site de l'injection et quelques plaintes mineures. Le Tarmogen a généré une réponse immunitaire spécifique au VHC, et il a réduit les taux de SGPT ainsi que la charge virale. Un essai de phase II combinant le Tarmogen à un traitement standard se déroule aux États-Unis, en Europe et en Inde.

www.fdanews.com/rxti/newsletter/article?issueId=10967&articleId=100771 8 nov 2007)

IV.2.10 Vaccin PeviproTM/PeviterTM

La société Pevion Biotech a commencé un essai clinique de phase I sur son vaccin contre le VHC à base de virosome sur ses technologies Pevipro et Peviter. Le vaccin utilise des antigènes synthétiques de peptide tiré du VHC. Ce vaccin candidat déclenche une réponse immunitaire spécifique, ainsi qu'une réponse des lymphocytes T auxiliaires. Dans le cadre de la phase I, 30 participants sains recevront un dosage pour examiner l'innocuité et le taux de tolérance du vaccin synthétique et noter les effets sur le système immunitaire. La fin de l'étude était prévue à la fin de 2007.

(www.pevion.com/index.php?section=news&cmd=details&newsid=199 18 décembre 2006)

IV.3.0 D'AUTRES TRAITEMENTS

IV.3.1 Viramidine

La Viramidine est un pro-médicament à base de ribavirine produit par la société Valeant Pharmaceuticals. Un pro-médicament est un médicament qui se concentre sur un organe en particulier, comme le foie, au lieu de se distribuer sur tout le système sanguin. Le corps doit le modifier en une forme active avant de percevoir l'ensemble des effets. Les études semblent indiquer que la Viramidine est plus sécuritaire, mais moins efficace que la ribavirine.

(www.hivandhepatitis.com/hep_c/news/2006/032406_a.html)

Étant donné que la Viramidine cible directement le foie, elle est censée causer moins de cas d'anémie. Valeant a rendu public les résultats de son essai de la phase III appelé VISER2, qui comparait la Viramidine (600 mg deux fois par jour) à la ribavirine (dosage selon le poids du patient, variant entre 1000 et 1200 mg deux fois par jour) combinée au PEG-interféron alfa 2a. L'étude a demandé la participation de 962 patients novices VHC positifs, elle a duré 24 semaines pour les patients des génotypes 2 ou 3 et 48 semaines pour les patients qui n'étaient pas des génotypes 2 et 3. Les renseignements au sujet des résultats selon les génotypes, le poids et la charge virale ne sont pas encore disponibles. Le traitement à la Viramidine a résulté en un taux d'anémie plus faible, comparativement aux patients traités à la ribavirine (6 % comparativement à 22), les taux de RVS étaient de 40 % pour le groupe recevant la Viramidine, comparativement à 55% pour le groupe recevant la ribavirine. Mais il a été découvert que des quantités plus élevées de Viramidine dans le sang se traduisaient par des taux de RVS plus élevés, sans taux d'anémie plus élevés. En se basant sur cette découverte, Valeant va commencer une étude de phase 2b, qui demandera la participation de 240 patients novices ayant le génotype 1, pour évaluer les doses plus élevées de Viramidine combinées au PEG-interféron, en comparaison avec un groupe témoin qui recevra du PEG-interféron combiné à la ribavirine. Selon les résultats préliminaires obtenus à la douzième semaine de l'étude, Valeant pourrait commencer une étude de phase III avec des doses plus élevées de Viramidine et de PEG-interféron. (www.hcvadvocate.org 12 septembre 2006)

IV.3.2 Thymosin

Les chercheurs pensent que le Thymosin alpha-1 produit par la société Zadaxin SciClone est un polypeptide synthétique qui agit sur le système immunitaire du corps qui est incité à produire les lymphocytes T.

Selon une étude de phase III menée en novembre 1996 sur des patients atteints d'hépatite C chronique, qui avaient reçu dans le cadre de cette étude un traitement combinant du Thymosin alpha 1 et de l'interféron alpha-2B, près de la moitié des 65 patients ont eu une normalisation complète de SGPT, chez le groupe recevant un traitement de Thymosin combiné à l'interféron, alors qu'une normalisation est survenue chez moins de 20 % des patients recevant de l'interféron seulement. Une RVR a été également observée chez les patients recevant le traitement combiné, comparativement aux patients du groupe recevant l'interféron seulement.

Aux États-Unis, lors d'un essai sur le traitement de l'hépatite C, 41,9 % des participants traités avec le Zadaxin combiné à l'interféron ont une réponse au traitement, alors que 16,6 % des patients traités à l'interféron seulement ont eu une réponse au traitement, seulement le site Web de SciClone.

Lorsque combiné à l'interféron, des effets secondaires comme la fièvre, la fatigue, les douleurs musculaires, la neutropénie, la nausée et des vomissements ont été signalés à un taux plus élevé qu'avec l'interféron alpha 2b seulement ou avec un placebo (*Hepatology* 1998; 27:1128-35).

Le Zadaxin n'est pas encore approuvé au Canada, cependant il est actuellement disponible aux États-Unis,

en Europe et ailleurs dans le monde, y compris le Mexique (<http://www.scicloneinternational.com/>).

Selon les résultats d'une étude de phase III sur des participants non-répondeurs, qui ont reçu un traitement triple, combinant le Pegasys avec le Zadaxin, il y avait un RVR chez six participants sur 30 (20 %) à la semaine 72. Par ailleurs, 26 des patients étaient infectés par le génotype 1 et leur taux de RVR était de 23 % (6 participants sur 26).

SciClone et son partenaire européen Sigma-Tau va effectuer en Europe, un essai clinique de phase III pour évaluer le Zadaxin combiné au PEG-interféron alpha et à la ribavirine sur 553 patients VHC positifs. «Nous pensons que le ZADAXIN peut augmenter l'efficacité thérapeutique d'un traitement standard, sans produire d'effet secondaire, particulièrement chez les patients non-répondeurs infectés par un taux élevé de charge virale du génotype.» D'ici la fin de 2008, des résultats sont prévus.

(http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/hepC/HCVDrugs_2007.pdf 28 décembre 2006)

En juin 2007, SciClone a commencé un essai clinique de phase II en utilisant son composé SCV-07, un stimulateur du système immunitaire, comme monothérapie pour traiter les patients infectés par le VHC. SciClone envisage la publication des données du rapport en 2008. (www.genengnews.com/news/bnitem.aspx?name=21405115)

IV.3.3 Amantadine

Selon Younossi ZM et ses collègues, (Dig Dis Sci. 2005 May;50(5):970-5) «L'ajout de l'amantadine au PEG-interféron alpha-2b et à la ribavirine ne semble pas améliorer l'efficacité du traitement.» Dans le cadre de cette étude, 400 patients novices ont reçu un traitement soit à l'interféron et à la ribavirine, soit avec l'ajout de l'amantadine ou soit avec un placebo. «Une RVS a été observée chez 52 % des patients recevant de l'amantadine et chez 43,5 % des patients du groupe témoin. ($P = .11$). Parmi les patients infectés par le génotype 1 du VHC, les taux de RVS étaient de 39 % et de 31 %, respectivement.» (T Berg et al. *Triple therapy with amantadine in treatment-naïve patients with chronic hepatitis C: Hepatology* 37 (6): 1359-1367. juin 2003).

Si l'amantadine a un effet, c'est probablement en raison d'une médiation immunitaire, incitant la production d'interleukines et il peut y avoir un meilleur effet lorsque combiné à l'interféron et à la ribavirine pour produire un effet synergétique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires. (J. K. Lim, et al, J Viral Hepatitis sept. 2005)

Des chercheurs égyptiens étudient la possibilité d'élaborer un traitement efficace et peu dispendieux pour traiter les patients infectés par le VHC, en menant un essai sur 170 patients novices au un taux élevé de SGPT. Les participants du groupe I ont reçu une combinaison de ribavirine (600 à 800 mg) et d'amantadine (200mg) et d'acide ursodésoxycholique (AUDC) (500 mg) pendant 24 semaines. Les patients du groupe II ont reçu de l'artichaut sauvage, 450 mg par jour pendant 24 semaines. Les résultats basés sur les patients restants après 16 abandons étaient les suivants : Le taux de SGPT était normal à 58,5 % et à 15,3 %, pour les groupes I et II respectivement et la réponse virologique en fin de traitement a été atteinte à 2,4 % et 0 % pour les groupes I et II, respectivement. Vingt quatre semaines après la fin du traitement, la réponse biochimique continue (RBC) est demeurée à 28 % et 2,8 % et la RVS a été maintenue à 2,4 % et 0 % pour les groupes I et II respectivement. Des biopsies ont démontré qu'il y avait une amélioration chez les patients du groupe I (PMID: 15998425). Il semblerait que les taux de SGPT peuvent diminuer, mais probablement pas la charge virale.

(www.journals.uchicago.edu/cgi-bin/resolve?id=doi:10.1086/319220&erFrom=5516982323875455201Guest et www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1492374 juin 2004)

Deux études publiées en 2006 ont donné des résultats différents : En février 2006, le *Journal of Hepatology*, publiait les résultats d'un essai sur 200 patients novices souffrant de manière chronique du VHC du génotype 1, qui avaient été traités à l'aide d'un traitement standard et de l'amantadine et qui n'ont pas démontré d'amélioration au niveau de la réduction de la charge virale et dont la qualité de vie n'a pas été améliorée, par rapport à la prise du traitement standard uniquement. Cependant, dans une autre étude de 200 participants dirigée par Marianne Maynard, et al, publiée sur le site Web du *Journal of Hepatology*, les participants non-répondeurs qui ont reçu le traitement standard et de l'amantadine semblaient démontrer une meilleure RVS que ceux qui prenaient seulement le traitement standard. Les taux de réponse étaient de 24 % et de 16 %, respectivement. (www.hcvadvocate.org/news/newsRev/2006/HJR-3.3.html#3)

Les essais cliniques sur l'amantadine pour traiter l'infection au virus de l'hépatite C ont été annulés. (<http://hcvadvocate.org/hepatitis/hepC/HCVDrugs.html#Cancelled> nov. 2007)

IV.3.4 Alinia

L'Alinia de Romark est un thiazolide. Il bloque la synthèse des protéines structurales du virus. La société espère que ce médicament sera promu rapidement par la FDA des É.-U. L'Alinia est déjà en développement aux É.-U. pour traiter les problèmes gastro-intestinaux (parasites, maladie de Crohn, etc.) (/PRNewswire/ Jan 10, 2006, Romark to Develop Alinia(R) (nitazoxanide) comme nouveau traitement contre l'hépatite C chronique)

Le programme STEALTH C (Studies to Evaluate Alinia for Treatment of Hepatitis C) a été mis sur pied en collaboration avec l'école de médecine de l'université de Stanford. Un essai clinique de phase II a été mené en Égypte, sur des patients du génotype 4 comptant 120 patients non-répondeurs et novices.

Le STEALTH C-2 fera l'objet d'un essai clinique de phase II aux États-Unis, sur 60 patients du génotype 1, non-répondeurs au PEG-interféron et à la ribavirine. Les sujets ont reçu un traitement d'Alinia pendant quatre semaines, suivi d'un traitement d'Alinia-Pegasys-Copegus pendant 48 semaines ou de deux placebos pendant quatre semaines, suivi d'un placebo combiné à un traitement standard.

(www.pipelinereview.com/joomla/content/view/13841/109/ 15 Aug 2007)

L'essai de la phase II (STEALTH-C-1) effectué en Égypte sur 96 patients novices du génotype 4, divisé en trois groupes était le suivant : Les participants du premier groupe ont reçu un traitement d'Alinia pendant douze semaines, suivi d'un traitement d'Alinia-Pegasys pendant 36 semaines, les participants du deuxième groupe ont reçu un traitement d'Alinia pendant douze semaines, suivi d'un traitement d'Alinia-Pegasys-Copegus pendant 36 semaines et ceux du troisième groupe ont reçu un traitement standard pendant 48 semaines. Un autre groupe composé de 24 participants non-répondeurs a reçu un traitement d'Alinia pendant 12 semaines, suivi soit d'un régime double ou d'un régime triple pendant 36 semaines.

À la douzième semaine après le traitement, 79 % du groupe 2 ont eu un PCR négatif. Les données de l'essai suggèrent qu'il est possible de remplacer la ribavirine dans un traitement contre l'hépatite C. 25% des patients non-répondeurs prenant de l'Alinia combiné au traitement standard ont eu une charge virale négative à la douzième semaine, après la fin du traitement, comparativement à 8 % pour ceux qui prenaient seulement le traitement standard. Le STEALTH C-2 pour les patients du génotype 1 non-répondeurs est en élaboration aux États-Unis et un essai de phase II sur les patients novices est prévu pour 2008. (www.natap.org/2007/AASLD/AASLD_04.htm)

IV.3.5 Suvus (anciennement Virostat et BIVN-401)

Le Suvus de Bioenvision (aussi appelé bleu de méthylène) agit en bloquant la reproduction de l'ARN du VHC, particulièrement lorsque exposé à la lumière par photosensibilisation. Il n'y a pas de résultats nouveaux, mais la société continue à examiner les patients. (www.bioenvision.com/products/suvus.html)

Les résultats de l'essai de phase II sur le Suvus effectué sur 25 participants du génotype 4 non-répondeurs ont été publiés. 65 % des patients souffraient d'une cirrhose. Le médicament a été administré par voie orale pendant 100 jours. Chez les patients qui ont pris le médicament pendant 100 jours, il y avait en moyenne une réduction de la charge virale chez 92 % patients. Bioenvision a fait la demande de mettre en marché le Suvus en Égypte, où l'on compte de 7 à 8 millions de personnes infectées, dont 90 % souffrent du génotype 4a. (www.hepatitis-central.com/mt/archives/2006/09/oral_medication.html)

IV.3.6 MBI-3253 (celgosivir ou MX-3253)

Le MX-3253 (celgosivir), un inhibiteur alpha-glucosidase I administré par voie orale et conçu par Micrologix est un dérivé du châtaignier d'Australie. Il contient un enzyme qui affecte la production de glycoprotéines dont se nourrit le VHC. Le produit présente un avantage en bloquant un enzyme au lieu d'un virus, car la production de mutations résistantes est évitée.

L'essai de phase II qui a été mené à Vancouver, Colombie-Britannique et à San Diego, sur 57 participants non-répondeurs du génotype 1. Les participants étaient divisés en trois groupes : 1) celgosivir, PEG-interféron alfa-2b et ribavirine (triple), 2) celgosivir plus PEG-interféron (double) et 3) placebo, PEG-interféron plus ribavirine (contrôle). L'essai s'est déroulé sur une période de 12 semaines. Le traitement a été bien toléré et il n'y a pas eu d'effet secondaire. Seulement sept patients ont abandonné. Les résultats ont démontré que 42% des participants du groupe recevant une combinaison triple de celgosivir ont eu une RVP (réponse virologique précoce) et que 10% des participants du groupe témoin ont eu une RVP. La combinaison triple a produit une réduction de la charge virale de 90 % chez 66 % des participants à la fin de l'essai de 12 semaines. Ces nouveaux résultats complètent la reprise des essais demandée par Schering, le partenaire de Migenix sur la moitié des échantillons de charge virale.

Le médicament a démontré une synergie avec d'autres traitements contre le VHC et d'autres médicaments en développement pour traiter le VHC (par ex. les inhibiteurs de polymérase). Cependant, Schering a décidé de ne pas renouveler son entente d'exclusivité avec Migenix pour le celgosivir, mais allait aider dans l'étude, la conception et l'approvisionnement du médicament. Par conséquent, Migenix est libre de discuter de partenariat avec d'autres parties intéressées.

(www.hcvadvocate.org/news/reports/EASL_2007/EASL_07-1.htm#_New_Clinical_Study et http://tsedb.globeinvestor.com/servlet/WireFeedRedirect?cf=GlobeInvestor/tsx/config&date=20070627&arc_hive=prnews&slug=TO434 27 juin 2007)

IV.3.7 Anticorps monoclonal du VHC (AcM)

Civacir – les anticorps humains au VHC produits en utilisant le système Trimerax de XTL (des expériences sur une souris génétiquement modifiée pour porter des tissus humains *in vivo*, dans un organisme vivant) sont maintenant utilisés pour développer un produit appelé Civacir. Le Civacir de Nabi est un anticorps polyclonal de l'hépatite C, qui a été développé à partir d'anticorps provenant de donneurs VHC positifs qui ont passé un test de dépistage et dont le prélèvement a été purifié. Ces anticorps neutralisent le virus de l'hépatite C. Le produit a été développé pour prévenir la réinfection chez les patients ayant reçu une transplantation. Le Civacir a obtenu rapidement son approbation de la FDA aux É.-U. en 2006. La société Nabi s'est associée à Kedrion pour vendre le Civacir en Europe.

En janvier 2007, un essai randomisé de phase II a commencé, avec la participation de 20 patients recevant du Civacir, par rapport à dix patients recevant un traitement standard. Les données recueillies indiqueront les taux de fibrose, les niveaux du VHC, les niveaux d'enzyme hépatique, la sécurité et la tolérance. Les résultats sont prévus pour la seconde moitié de 2008.

(www.nabi.com/pipeline/pipeline.php?id=4)

XTL-6865 est une combinaison de deux anticorps monoclonaux humains, Ab68 et Ab65, produits artificiellement en laboratoire en utilisant une ligne de cellule immortalisée qui se lie à un marqueur unique à la surface du virus. Les anticorps attaquent la protéine d'enveloppe E2 du VHC. (www.xtlbio.com) XTL a mis en attente ses essais sur ce médicament.

Bavituximab (anciennement le Tarvacin) est produit par Peregrine, il est le premier anticorps anti-phosphotidylsérine (anti-PS) monoclonal qui se lie aux parties normales d'une cellule qui devient exposée lorsque infectée par un virus et à la surface des virus enveloppés. Ces anticorps peuvent simuler le système immunitaire qui s'attaque à la fois aux particules du virus et aux cellules infectées.

(<http://money.cnn.com/news/newsfeeds/articles/prnewswire/LATU12707082007-1.htm> 07 août 2007)

Les données d'un essai de phase Ib ont été présentées à la réunion AASLD, en novembre 2007. Vingt-quatre patients participaient à l'étude où ils étaient divisés en six groupes de dosage. Parmi les participants, 11 étaient non-répondeurs, huit avaient fait une rechute et cinq étaient novices. Quinze d'entre eux étaient du génotype 1, huit étaient du génotype 3 et un était du génotype 2. Ils recevaient une injection de 90 minutes du médicament deux fois par semaine pendant deux semaines, à des doses différentes, puis ils recevaient un suivi pendant 12 semaines.

Des perfusions jusqu'à 6 mg/kg étaient sécuritaires et bien tolérées. Aucun effet secondaire sérieux ou d'abandon hâtif événement n'a été rapporté. Un dosage de deux semaines indique un effet antiviral chez certains patients. Des études à venir combineront le bavituximab au traitement standard, ([Jules Levin www.natap.org](http://www.natap.org))

IV.3.8 IMO-2125

Idera a commencé un essai de phase I avec le IMO-2125 un récepteur Toll-like Receptor (TLR) 9 agoniste conçu pour que le corps produise ses propres réserves d'interféron et d'autres réponses immunitaires contre le VHC. Lorsque testé sur des singes, l'IMO-2125 s'avère être efficace dans la production des cytokines qui bloquent la réplication du VHC. Cet essai est planifié pour la participation de 40 non-répondeurs, divisés en quatre groupes recevant des doses différentes. Huit patients recevront un placebo. L'essai consiste en une injection par semaine pendant quatre semaines. (www.iderapharma.com/file/News%202007_09_17.pdf 4 oct. 2007)

IV.3.9 DEBIO-025

Le DEBIO-025 du groupe Debio Pharm est un inhibiteur de cyclophiline qui est sensé bloquer la réplication du VHC en raison des résultats pré-cliniques favorables. La phase I à double insu, ayant un groupe témoin recevant un placebo et un groupe recevant par voie orale due DEBIO-025, ayant des participants novices infectés uniquement par le VIH et des participants co-infectés par le VIH et le VHC. Ces participants ont soit reçu 1 200 mg de DEBIO-025 ou d'un placebo deux fois par jour pendant 15 jours. Vingt-trois participants (19 recevant le DEBIO-025 et quatre recevant le placebo) ont terminé l'essai. La réduction moyenne de la charge virale du VIH était de 1,0 log et la réduction moyenne de la charge virale du VHC était de 3,6 logs. Tous les patients, sauf un, ont eu une réduction de l'ARN du VHC de plus de 2 logs, selon leur génotype. Trois patients sont devenus VHC indétectables. Des quantités élevées de bilirubine ont été notées chez dix patients et quatre d'entre eux ont été obligés d'arrêter le traitement. Ces niveaux sont retournés à leur point de départ à la fin du traitement. Trois cas de diminution de plaquettes ont été découverts, sans signe de saignements anormaux. Les chercheurs ont conclu que le DEBIO-24 démontre un effet antiviral double, chez les sujets novices infectés co-infectés par le VIH-1 et le VHC. Les chercheurs ajoutent cependant que la diminution de plaquettes et l'hyperbilirubinémie qui ont été observées demandent une étude approfondie. (www.hivandhepatitis.com/2006icr/aasld/docs/110306_e.html)

IV.3.10 Hepaconda

La société Giaconda d'Australie a annoncé que l'Hepaconda allait faire l'objet d'essais cliniques de phase IIa qui seront effectués sur des participants du génotype 1 non-répondeurs. Les résultats sont prévus pour le premier trimestre 2008. Hepaconda est une combinaison de bezafibrate et d'acide chénodéoxycholique. Utilisé seul, l'acide chénodéoxycholique a pu réduire des infections de l'hépatite C et améliorer les fonctions hépatiques chez les patients non-répondeurs et le bezafibrate a démontré qu'il pouvait éliminer le VHC. (www.therapeuticsdaily.com/news/summary.cfm?id=470100&channelID=31 27 août 2007).

IV.3.11 PYN17

Phynova développe des médicaments d'ordonnance à partir de plantes médicinales chinoises. La société vient d'annoncer la phase IIa d'un essai clinique sur le PYN17, effectué aux États-Unis sur 36 patients VHC positifs qui sont soit des non-répondeurs ou qui ne tolèrent pas le traitement standard. Ils répondront à un sondage normalisé sur la qualité de vie et ils subiront des tests sur les fonctions hépatiques. L'essai évaluera l'innocuité et l'efficacité du médicament et il confirmera les résultats des tests précédents.

Le 17 est un mélange d'extraits de quatre plantes. Le produit est conçu pour réduire l'inflammation, la fatigue, les douleurs musculaires, les pertes d'appétit et les malaises abdominaux. Les résultats préliminaires devraient être disponibles d'ici la fin de l'année. (www.phynova.com/PressDetail.asp?ID=5 1er juin 2007)

IV.3.12 Inhibiteurs NS5A

A-831 : Le A-831 de la société Arrow est un inhibiteur NS5A, qui semble être efficace lors des essais pré-cliniques. Les essais de la phase I sur des participants en santé ont commencé au premier trimestre de 2006.

A-689 : Ce médicament de la société Arrow fait partie de la deuxième série des inhibiteurs NS5a et il a commencé un premier développement pré-clinique au premier trimestre de 2007. Il a une structure chimique totalement différente du A-831. Il se lie au NS5a à un endroit différent. (www.arrow.co.uk/product-hcv.asp) La société Arrow a été achetée par la société AstraZeneca.

IV.3.13 Oglufanide

Des médecins à Southern Health ont commencé un essai clinique de phase IIa avec le médicament de la société Implicit Bioscience, un oglufanide disodique qui régularise la réponse du système immunitaire en étant administré au patient atteint d'une infection chronique de l'hépatite C. Au départ, ce médicament était utilisé en Russie pour traiter les graves maladies infectieuses et il a été étudié aux États-Unis dans les essais cliniques pour traiter le cancer. Implicit Bioscience en a fait l'acquisition en 2005. La phase IIa de l'essai de l'oglufanide disodique intra-nasal complètera l'essai de phase Ib sur le médicament administré par voie sous-cutanée, effectué à l'hôpital Princess Alexandra de Brisbane (www.medicalnewstoday.com/articles/80603.php 25 août 2007)

En 2008, et il est espéré que des études de phase II suivront.

(www.medicalnewstoday.com/articles/72827.php 31 mai 2007 et www.cytheris.com)

IV.3.14 NOV-205

Le NOV-205 de Novelo a fait l'objet d'un essai de phase 1b, comme monothérapie sur 30 patients non-répondeurs du génotype 1. Il a été comparé avec un placebo, pour chercher une réponse virale rapide de plus de 0,5 log, une réduction de la charge virale et une amélioration dans les taux de SGPT et de SGOT. Les patients sont observés après une application simple et des applications multiples du médicament. En Russie, le NOV-205 est déjà approuvé et il est utilisé pour traiter les maladies du foie, alors que les essais cliniques ont démontré une amélioration au niveau des tests sanguins pour l'hépatite C et pour les troubles hépatiques.

(www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00372983?order=3 août 2006)

IV.3.15 JKB-122

Le JKB-122 de la société Jenken Biosciences, est un antifibrotique qui a été approuvé aux États-Unis par la FDA pour les essais cliniques de phase II, pour voir s'il pouvait améliorer la fonction hépatique chez environ 150 participants VHC positifs non-répondeurs, pendant une période de trois mois, soit comme seul ou combiné à un traitement standard. L'essai a commencé en 2007 et il devrait se terminer dans un an ou deux. Le médicament a fait l'objet d'essais précédents sur des patients alcooliques, où il a réduit l'inflammation et normalisé les enzymes hépatiques. (www.jenkenbio.com/news_061214.shtml)

IV.3.16 CB5300

Le CB5300 de la société Canopus BioPharma, l'un des inhibiteurs de flavivirus de la société, fera l'objet d'un essai clinique étant donné que son essai in-vitro s'est avéré efficace pour traiter la diarrhée virale du bovin, également qui est également un flavivirus comme le VHC. Le CB5300 a déjà été approuvé par la FDA et il semble être généralement sécuritaire, de plus, des brevets pour ce médicament et d'autres antiviraux sont en attente. Cet essai de phase II sur les humains se déroulera aux États-Unis et en Australie.

(<http://markets.chron.com/chron?GUID=3653679&Page=MediaViewer&Ticker=CBIA> 31 oct. 2007)

IV.3.17 INTERLEUKINES

Les premiers essais en laboratoire ont démontré que certaines interleukines pouvaient supprimer le virus de l'hépatite C, bien que des études récentes aient démontré qu'elles n'étaient pas tellement efficaces. Malgré tout, des chercheurs continuent à essayer de développer des composés d'interleukines contre l'hépatite C.

Lors d'une étude, 5 microg/kg de **rhIL-11 (Neumega)** a été injecté quotidiennement pendant 12 semaines et les résultats de la biopsie démontrent une amélioration chez 11 des 20 participants. Le traitement a semblé causer une réduction des taux de SGPT, dans une moyenne de 113 IU/L à 65 IU/L à la douzième semaine. Toutefois, la charge virale n'a pas été affectée. Le nombre des plaquettes a augmenté également. Les résultats de l'étude suggèrent que le rhIL-11 pourrait être bénéfique pour les patients ayant une inflammation du foie et une maladie avancée du foie provenant de leur infection chronique au VHC. (*Am J Gastroenterol. déc. 2004; 99 (12):2359-64.*)

Cytheris va commencer un essai clinique de phase I pour son CYT107, une interleukine recombinée, administré par injection une fois par semaine, quatre fois, avec un traitement standard, chez les participants non-répondeurs à un traitement antérieur. Il est espéré que ce médicament pourra rétablir la fonction des lymphocytes T. Les résultats seront publiés dans le milieu de l'année

IV.4.0 Tableau de référence rapide (Ce tableau est une réimpression, avec la permission de

www.hcvadvocate.org)

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV	En attente
HCV/MF59	Interféron alpha oral	Viramidine	Infergen/Consensus	NM-283
Bavituximab (Tarvacin)	Civacir	Albuferon		XTL-6865 (anciennement HepX-C)

IL-29 (PEG-interféron lambda)	Interféron oméga	ZADAXIN ^{MD} (thymalfasin ou Thymosin alpha 1)		HCV-796
Interferon Medusa	Multiferon	Nexavar		
NOV-205	PF-03491390 (anciennement IDN-6556)	Doxorubicin		
ITMN-191	IC41			
R1656	VX 950 (telaprevir)			
Belerofon (oral et injectable)	BIVN-401 (Virostat ou Suvus)			
R7128	MX-3253 (Celgosivir)			
A-831	SCH 503034 (boceprevir)			
PeviPROTM	VGX-410C			
PYN17	R1626			
TG4040	DEBIO-025			
AB68	GV1001			
ChronVac-R	JBK-122			
GSK625433	PI-88			
IMO-2125	BLX-883 (Locteron)			
LGD-4665	MitoQ			
	SCV-07			
	Hepaconda			
	Alinia (nitazoxanide)			
	Z10-101			
	VCH-759			
	Oglufanide disodium			
	TMC435350			
	GGI-5005 (Tarmogen)			

	CTS-1027			
	Eltrombopag			

PARTIE V - TRAITEMENT (médecines douces)

Peu d'essais cliniques ont été faits pour vérifier l'efficacité des traitements des médecines douces, cependant plusieurs personnes affirment en tirer des effets bénéfiques. Si vous décidez de suivre un traitement de médecines douces, il est vital que vous consultiez un praticien qualifié, bien informé et expérimenté. Il est également préférable de continuer de voir régulièrement votre médecin de famille ou votre médecin spécialiste. Si un praticien de médecines douces vous suggère d'arrêter de voir votre médecin de famille ou votre médecin spécialiste, ou que vous cessiez de prendre vos médicaments, il serait préférable d'en consulter un autre. Voici des questions à poser lors de la sélection d'un praticien de médecines douces :

- Est-ce que le traitement est dangereux si vous obtenez le mauvais traitement?
- Comment les médecines douces peuvent-elles aider les personnes infectées par l'hépatite C?
- Quels sont les effets secondaires?
- Est-ce que le praticien est membre d'un organisme reconnu?
- Combien d'expérience compte ce praticien a-t-il auprès des personnes infectées par l'hépatite C?
- Comment les résultats du traitement sont-ils calculés?
- Comment vont-ils **vous** aider? »

La plupart des assurances de santé ne couvrent pas soins de médecines douces, mais des changements s'amorcent. Plusieurs soins de médecines douces sont maintenant couverts par des assurances médicales dans les États de Washington et de l'Oregon, et cette tendance semble se populariser.

En Californie, les services d'assurances en soins de médecines douces de Thousand Oaks, couvrent les soins allopathiques et les traitement alternatifs complémentaires.

Les patients peuvent choisir un médecin, un ostéopathe, un chiropraticien ou un nutritionniste.

Les assurés doivent payer une franchise de 1000\$ et le régime rembourse 80% des premiers 5 000\$ en soins médicaux admissibles dans une année, puis la totalité par la suite, jusqu'à concurrence de 2 000 000\$. Le régime comprend des cartes de médicaments d'ordonnance avec une quote-part de 5\$, ainsi qu'une couverture pour le conjoint nommé, dans le cas des homosexuels ou des couples non mariés et les membres de leur famille. Services de soins de médecine douce : 1-800-966-8467.)

Un autre programme est offert par la American Western Life Insurance Co. à Foster City en Californie : Prévention plus. Il couvre une gamme complète de soins de médecine douce. Les participants font appel à un naturopathe en tant que médecin principal qui les réfèrera à d'autres praticiens de médecine douce. Il y a une quote-part de 5\$ pour les ordonnances, y compris les phytomédicaments. De plus, un service téléphonique 24 heures, 800 Wellness, permet de consulter un naturopathe, ce qui évite les visites chez le médecin. (American Western Life: 1-800-925-5323)

V.0.0 INTERACTIONS CONNUES DES PLANTES MÉDICINALES

Bien que le domaine des interactions des plantes médicinales ne soit pas bien étudié, certaines interactions sont connues.

Le **chrysanthème matricaire** est habituellement utilisé pour traiter les migraines. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine ou l'ibuprofène (Motrin, Advil) peuvent réduire l'efficacité du chrysanthème matricaire. Ils peuvent également bloquer l'activité de plaquettes et ils ne devraient pas être pris en même temps que les anticoagulants comme le Coumadin. Le chrysanthème matricaire contient du tannin, qui bloque l'absorption du fer, il ne devrait pas être plus longtemps qu'une durée de quatre mois sans supervision médicale. La posologie recommandée est de 125 mg par jour, chaque dose devrait contenir au moins 0,2% de parthenolide.

Ail : Depuis peu, l'ail est utilisé pour sa capacité à traiter les niveaux élevés de cholestérol et l'hypertension artérielle. L'ail peut accroître les risques de saignement et il ne devrait pas être utilisé en même temps que

les anticoagulants. Il peut causer des brûlures d'estomac, des flatulences, de la transpiration, des étourdissements et des réactions allergiques. La Commission allemande E (l'équivalent de la FDA américaine) recommande une dose quotidienne de 4 g d'ail frais.

Le gingembre est souvent recommandé pour traiter le mal des transports, les nausées et le manque d'appétit. Il peut parfois prolonger les saignements, par conséquent, il faudrait éviter d'en prendre en même temps que l'aspirine ou le Coumadin. Une consommation excessive de gingembre peut également influencer les traitements des maladies cardiaques et du diabète. Il est habituellement bien toléré, mais il peut des maux d'estomac et des brûlures d'estomac chez certaines personnes. Pour traiter le mal des transports, il est pris une heure avant le voyage. La consommation quotidienne est de 2 à 4 g.

Le ginkgo biloba est l'un des extraits les plus populaires en Europe et il a été récemment approuvé en Allemagne pour traiter la démence. Cet extrait peut causer des saignements spontanés chez les gens qui en prennent, par conséquent il ne devrait pas être utilisé en même temps que les anticoagulants. Les personnes qui prennent des anti-convulsifs, comme le carbamazépine et la phénytoïne ou du phénobarbital ne devraient pas prendre du ginkgo sans l'avis du médecin, car cet extrait peut réduire l'efficacité de ces médicaments. Le ginkgo est généralement sécuritaire et il est bien toléré, ses effets secondaires les plus courants sont les maux d'estomac, les maux de tête et les étourdissements. La Commission allemande E recommande une dose de 40 mg de ginkgo, trois fois par jour avec les repas pendant au moins six semaines. Les préparations normalisées devraient contenir : 6% terpène lactones et 24% ginkgo flavone glycosides.

Le ginseng est utilisé pour combattre la débilité motrice, le manque d'énergie et de concentration. Il a également été utilisé comme aphrodisiaque. Il y a une variation importante dans l'étiquetage de produits comme le ginseng; une étude indique que 25 % des produits disponibles sur le marché contiennent du ginseng. Pourtant, le ginseng connaît une forte popularité. Le ginseng de Sibérie a faussement été associé à des niveaux élevés de digoxin (un médicament utilisé pour traiter les défaillances cardiaques) en interférant avec le test utilisé pour déterminer les niveaux de digoxin dans le sang. Le ginseng peut également avoir un effet sur les taux de glycémie à jeun, alors les personnes qui doivent contrôler leurs niveaux de glycémie devrait prendre du ginseng avec prudence. L'usage concomitant avec le warfarine, l'héparine, l'aspirine et les AINS devrait être évité. De plus, le ginseng peut causer des maux de tête, de la nervosité, des épisodes maniaques chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire ou de psychose ou chez les personnes prenant des anti-dépresseurs, dont les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) comme le phenelzine (Nardil). Les effets secondaires comprennent la pression artérielle élevée, l'agitation, l'insomnie, les éruptions cutanées, l'oedème et la diarrhée. La Commission allemande E recommande le ginseng asiatique de prendre une dose quotidienne de 1 à 2 g d'herbe brute, ou une dose de 100 à 300 mg d'extrait trois fois par jour. Les produits du commercialisés devraient contenir au moins 4% à 5% de ginsenosides.

Le kava est recommandé pour l'anxiété, comme sédatif et comme relaxant. Une sédation excessive peut survenir lorsque le kava est pris avec d'autres sédatifs (flurazepam, temazepam) ou des médicaments contre l'anxiété, particulièrement l'alprazolam (Xanax). La toxicité du kava augmente avec la consommation d'alcool. Jusqu'à ce que l'action du kava sur l'activité plaquettaire ne soit déterminée, son usage avec les anticoagulants doit être fait avec prudence. Son usage à long terme n'est pas conseillé, il en résulte de la peau sèche, squameuse, décolorée et des rougeurs oculaires. Le kava est contre-indiqué chez les patients souffrant de certains types de dépression, car il peut augmenter les risques de suicide. Le dosage quotidien correspond à l'équivalent de 60 mg à 120 mg de kava pyrones. Il consommation massive de kava a été associée à une concentration élevée de glutamyltransférase, ce qui suggère une toxicité hépatique potentielle. Un cas d'hépatite nécrosante récurrente a été signalé

Le millepertuis est généralement utilisé pour traiter les cas légers à modérés de dépression, d'anxiété et des troubles affectifs saisonniers. Les effets secondaires sont les maux d'estomac, les réactions allergiques, la fatigue et l'agitation. La photosensibilité est un effet qui est rare et qui est associé à des dosages élevés. Les personnes au teint pâle devraient faire particulièrement attention. L'usage concomitant avec d'autres substances photosensibles comme le piroxicam (Feldene) ou la tétracycline devrait être évité. Le millepertuis ne devrait pas être pris avec des IMAO (phenelzine) ou des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine comme le Prozac, le Zoloft ou le Celexa. Le millepertuis peut prolonger l'effet de somnolence des narcotiques (codéine) et réduire la durée de somnolence des barbituriques, il faut combiner avec prudence le millepertuis à ces médicaments. Cette plante contient du tannin qui peut bloquer l'absorption du fer. Le dosage habituel correspond à l'équivalent de 300 mg, trois fois par jour ou à 450 mg deux fois par jour. L'effet recherché peut se faire sentir au bout de quatre à six semaines.

Valériane : La Commission allemande E recommande la valériane pour traiter l'insomnie causée par l'agitation et la nervosité. La valériane produit comme effet secondaire les maux de tête, les malaises posthypnotiques, l'excitabilité, l'insomnie, les malaises et les troubles cardiaques. En raison de sa propriété sédative, il serait sage d'éviter de prendre des barbituriques, (phénobarbital), des sédatifs (flurazepam, temazepam) et l'alcool lors d'un traitement à la valériane. La valériane contient du tannin qui peut bloquer l'absorption du fer. Les personnes qui prennent des antidépresseurs devraient prendre de la valériane seulement sous supervision médicale. Le dosage habituel de l'extrait correspond à l'équivalent de 2 à 3 g, de une à plusieurs fois par jour.

L'huile d'onagre et la bourrache sont contre-indiqués chez les patients qui prennent des anticonvulsifs (clonazepam). Les immunostimulants comme l'échinacée et le zinc ne devraient pas être pris avec des immunosuppresseurs comme les corticostéroïdes (comme le prednisone) et les cyclosporines. L'huile d'onagre et la bourrache sont contre-indiquées chez les patients qui souffrent d'arthrite rhumatoïde, de lupus et d'hépatite chronique active auto-immune.

Le chrysanthème matricaire, l'ail, le gingembre, le ginseng et le ginkgo biloba affectent tous le temps de saignement et ils ne devraient pas être pris par des patients qui utilisent le warfarin ou par des patients dont le taux de plaquettes dans le sang n'est pas élevé.

La réglisse, le plantain, l'aubépine dorée et le ginseng peuvent avoir des effets sur le traitement à la digoxine et à la racine de valériane, et ils ne devraient pas être pris avec des barbituriques car l'effet des barbituriques peut en être augmenté.

(Sources : Hans Larsen, Alive Magazine, mars 1999 avec quelques modifications par D. Morrow et When medicine and herbs don't mix par Tammy Chernin, R.Ph. <http://www3.healthgate.com>)

V.0.1 L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture est un traitement médical qui implique d'insertion de petites aiguilles à des endroits précis sur la surface du corps. Des études récentes démontrent que le VHC peut être propagé par l'acupuncture. Veuillez vous assurer que votre acupuncteur utilise des procédures de stérilisations appropriées.

V.0.2 LA CHIROPRACTIE

La chiropractie est une profession à but curatif où la colonne vertébrale, les articulations et les muscles sont manipulés pour restaurer la bonne fonction des nerfs. Le chiropraticien n'utilise pas de médicament ou de chirurgie pour traiter les maladies.

V.0.3 LA GUÉRISON PAR L'ÉNERGIE (le reiki, l'énergie par les mains, le toucher thérapeutique, etc.)

L'énergie douce du reiki (ray-kee) est une ancienne pratique spirituelle qui améliore le processus naturel de guérison. Le reiki est connu sous différents noms dans le monde : «prana» en Inde, «qi» ou «chi» en Chine, «esprit» dans la tradition occidentale, etc et il peut simplement se traduire par «force de vie». Le reiki représente l'ajout d'énergie à notre force de vie pour aider à commencer un processus de guérison. Un traitement par le Reiki est essentiellement d'imposition des mains, une technique ancienne utilisée par plusieurs traditions spirituelles. Lors d'un traitement par le reiki, le patient est habituellement couché (entièrement habillé) sur une table de manipulation matelassée. L'énergie est transférée au patient par les mains du praticien dans une séquence de positions normalisées des mains. Dans chaque position, les mains reposent simplement sur le client pendant une période de trois à cinq minutes.

Un traitement complet prend environ une heure. Un traitement par le reiki est une pratique spirituelle en raison de son travail direct sur l'énergie ou l'esprit. Aucune pression n'est appliquée et il n'y a pas de manipulation de muscles (comme dans le cas d'un massage par exemple).

V.0.4 LA RÉFLEXOLOGIE

La réflexologie est un type de massage thérapeutique qui agit selon la théorie que les régions d'anaclose des pieds et des mains sont liées à d'autres parties et organes du corps. Il est perçu que l'énergie emprisonnée, la congestion ou la tension d'une partie du corps (généralement le pied ou la main) reflète la congestion ou la tension de la partie du corps correspondante. Ainsi, lorsque vous traitez le gros orteil, son effet se reflètera à la tête et si vous traitez le pied en entier, vous aurez un effet relaxant et guérisseur sur le corps en entier.

V.0.5 L'HOMÉOPATHIE

L'homéopathie offre divers médicaments pour traiter l'hépatite. Il y a le mercure et le natrum sulfuricum. Le natrum sulfuricum s'est avéré bénéfique pour traiter la méningite spinale et pour traiter les troubles du foie.

Le Kalium Phosphoricum, le Gelsimium, le Picricum Acidum, le Strychninum, l'Oxalicum Acidum et le Zincum Phosphoricum sont utiles pour la neuropathie périphérique associée à l'hépatite C. (Grâce à M. Naseem Iqbal Ghumman, D. Ph. B.Sc, D.H.M.S, R.H.M.P.)

V.0.6 RETICULOSE

(Renseignements fournis par la Commonwealth Pharmaceuticals, British West Indies, fabricants de Reticulose)

Des patients infectés par l'hépatite A et 18 patients infectés par l'hépatite B ont été traités avec le Reticulose. Neuf patients infectés par l'hépatite A et 17 patients infectés par l'hépatite B faisaient partie du groupe témoin et ils ont reçu un placebo. Les patients traités ont reçu le Reticulose pendant une période de 15 jours, alors que les patients du groupe témoin ont reçu une solution saline. Selon les résultats en laboratoire sur divers paramètres : Le temps de Quick, la quantité de bilirubine, le nombre de leucocytes et les observations cliniques, les patients qui ont reçu le Reticulose semblent démontrer de l'amélioration significative. Chez 83 % des patients infectés par l'hépatite B, recevant le Reticulose pendant 15 jours, les niveaux de bilirubine se situent dans les valeurs normales au bout de 30 jours. Dans le cas des patients du groupe contrôle recevant le placebo, aucuns n'ont eu des valeurs normales au bout de 30 jours. La totalité des patients infectés par l'hépatite A, recevant le Reticulose ont démontré des niveaux normaux de bilirubine au bout de 30 jours. Dans le cas des patients infectés par l'hépatite A du groupe témoin, seulement 22 % ont démontré des niveaux normaux de bilirubine au bout de 30 jours. Les résultats de cet essai clinique préliminaire portent à conclure que le Reticulose semble réduire le temps de guérison et le retour à la normal des patients souffrant d'épisodes aigus d'hépatite A ou B. Des études approfondies sont nécessaires.

Conclusions : Dans cet essai clinique préliminaire sur 53 patients infectés par l'hépatite A ou l'hépatite B, dont la moitié a été traitée avec le Reticulose, les résultats démontrent des effets positifs en clinique et en laboratoire. 18 patients infectés par l'hépatite B et neuf infectés par l'hépatite A ont reçu le Reticulose, alors que dans le groupe contrôle composé de 17 patients infectés par l'hépatite B et neuf infectés par l'hépatite A ont reçu un placebo. Les patients ont été diagnostiqués pour l'hépatite A ou l'hépatite B suite à des analyses sanguines en laboratoire, d'urine, de radiographie, d'examen physique, avec une attention particulière aux anticorps au VHA IgM et à l'antigène de contact de l'hépatite B pour bien différencier les infections à l'hépatite A des infections à l'hépatite B. Cependant, nous réalisons que la biopsie du foie est la méthode positive pour diagnostiquer l'hépatite, mais les limitations physiques ne permettaient d'utiliser cette méthode dans le cadre de cette étude. Selon les résultats laboratoires, 83% des patients infectés par l'hépatite B, recevant le Reticulose pendant 15 jours, ont eu des niveaux normaux de bilirubine au bout de 30 jours, 50% au bout de 15 jours et 22 % au bout de dix jours. Dans le cas des patients du groupe contrôle recevant le placebo, aucuns n'ont eu des valeurs normales au bout de 30 jours. La totalité des patients infectés par l'hépatite A, recevant le Reticulose ont démontré des niveaux normaux de bilirubine au bout de 30 jours, 89% au bout de 15 jours et 33 % au bout de dix jours.

Dans le groupe contrôle des patients infectés par l'hépatite A, seulement 22% ont démontré des niveaux normaux de bilirubine au bout de 30 jours, 11% au bout de 15 jours et 11% au bout de dix jours.

Chez tous les patients traités avec le Reticulose, le nombre de leucocytes a démontré une augmentation importante, indiquant un stimulus du système immunitaire. Chez tous les patients traités avec le Reticulose, le temps de Quick est rapidement retourné aux valeurs normales, contrairement aux patients du groupe témoin. Les résultats semblent démontrer de l'amélioration significative chez les patients recevant le Reticulose, particulièrement ceux infectés par l'hépatite B. Résumé de «The use of Reticulose in the Treatment of Hepatitis A, B & C,» tiré de : *Journal of the Royal Society of Health* Volume 112, No. 6, pages 266-270 décembre 1992

V.0.7 MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

Selon nous, il est important d'avertir le lecteur au sujet de la médecine traditionnelle chinoise. Nous savons que bon nombre de personnes ont trouvé la médecine traditionnelle chinoise très utile. Cependant, il y a eu plusieurs cas de composés frauduleux, où des plantes et d'autres substances autres que celles indiquées étaient utilisées dans la préparation. Ceci a même entraîné des cas de décès. Veuillez consulter un praticien ayant une bonne réputation.

Ce qui suit est tiré de l'article «Complementary and alternative medicine in chronic liver disease,» publié dans Hepatology, Septembre 2001 Volume 34 Numéro 3)

La médecine traditionnelle chinoise se pratique depuis près de deux millénaires, des écrits sur la médecine chinoise datent de 221 ans avant J.C.. La médecine traditionnelle chinoise est composée de diverses formes de rituels et de pratiques de guérison. Nous y retrouvons des pratiques relativement connues, comme l'acupuncture et le traitement par les plantes médicinales, ainsi que des pratiques moins connues, comme la moxibustion (traitement de la peau par contre-irritation), le massage, et le traitement par l'exercice (Qi Gong). Le traitement par les plantes médicinales chinoises comprend plus de 100 000 traitements à son répertoire, dont environ 80% est une combinaison ou un mélange de plantes médicinales. La plupart des mélanges de plantes médicinales sont composés de quatre à cinq plantes avec un ou deux ingrédients principaux ayant des propriétés pharmacologiques, les autres plantes jouent un rôle d'aide, comme réduire la toxicité, aider à la dispersion vers la région ciblée ou travailler en synergie avec l'ingrédient principal.

Au sujet des maladies du foie, un nombre limité de mélanges (environ 76) ont été identifiés dans la base de données Traditional Oriental Medicine Database (Tradi/Med DB). Un extrait hépatoprotecteur ayant un taux de dilution le plus élevé et le plus faible taux de toxicité est la graine de *Plantago asiatica*, dont le composé actif est l'aucubin. L'aucubin semble empêcher le virus de l'hépatite B (VHB) à se reproduire in vitro et chez les animaux (100 mg/kg quotidiennement pendant 1 mois). Lors d'un essai clinique, 10 mg/kg ont été administrés par voies intraveineuses pendant quatre semaines. Il y a eu une réduction du sérum du VHB-ADN dans une proportion de 10% à 40%, cependant, après la fin du traitement ces niveaux sont retournés à leur valeur avant le traitement.

Une deuxième combinaison de 10 plantes, nommée «Herbal Medicine 861» (HM861) a été testée pour ses activités antifibrotiques lors de trois essais cliniques contrôlés composés de 107 patients infectés par l'hépatite B. Les niveaux de l'ALT sont tombés à des valeurs normales chez 73% des patients, alors que la dimension de la rate, la pression portale et les niveaux de serum pro-collagène peptide et de laminine ont diminué de 53%. Six mois après le traitement, les biopsies du foie indiquent des réductions de fibroses et d'inflammation, ainsi qu'une diminution importante d'hydroxyproline. Tous les patients sont demeurés positifs à l'antigène de contact du virus de l'hépatite B (AgHBs). Lors d'études in vitro sur des patients en utilisant des cellules de Kupffer et d'études in vivo sur des animaux en utilisant des modèles de fibroses (CCl4 et induction d'albumine) il a été démontré que le HM861 bloquait l'activation des cellules de Kupffer en bloquant l'activité kinase dépendante des cyclines dans le cycle cellulaire et les tissus fibrotiques étaient remodelés, avec la revascularisation des sinusoides hépatiques. La transformation du facteur de croissance et la transcription génétique du collagène de type I, III, et IV ont été réduits alors que la matrice métalloprotéinase I a diminué. Ce qui suggère l'annulation des premiers stades de cirrhose par la correction du déséquilibre de la dynamique de la synthèse et la dégradation de la matrice extracellulaire.

Le CH-100 est composé de 19 plantes différentes, il a été élaboré pour traiter les maladies du foie. Lors d'un essai clinique à double insu sur des patients infectés par l'hépatite C, les participants traités avec le produit ont démontré une réduction importante des niveaux d'ALT, cependant les patients recevant un placebo ont éliminé le virus. Le NCCAM parraine actuellement une étude d'une combinaison de dix plantes, désignée sous le nom de 3AR. L'essai évaluera l'innocuité et les effets secondaires, ainsi que les symptômes comme la fatigue, la qualité de vie, la fonction hépatique, et les niveaux d'ARN du VHC chez les patients qui ne se qualifient pas pour le traitement habituel de l'hépatite C. On s'intéresse de plus en plus à mener des études rigoureuses sur les composés de médecine traditionnelle chinoise pour trois raisons : (1) comme traitement de deuxième intention, (2) pour augmenter les effets des traitements conventionnels ou (3) pour réduire les effets secondaires des traitements actuels.

Il est possible d'obtenir un bon aperçu de la médecine traditionnelle chinoise et du VHC dans le livre de Matt Dolan, *The Hepatitis C Handbook*

V.0.8 OZONOTHÉRAPIE

Il s'agit d'un traitement expérimental, particulièrement populaire en Europe, où le sang du patient est prélevé, puis mélangé à un mélange gazeux composé d'ozone dans le but de tuer le virus, ensuite le sang traité est réinjecté au patient. Personnellement, je ne crois pas que cette pratique soit sécuritaire et je le déconseille fortement. Le mélange gazeux composé d'ozone mêlé au sang tue les virus in vitro, cependant les cellules vivantes sont endommagées également. L'ozone injecté dans les veines ou aéré par le côlon est un poison et il peut réellement tuer rapidement le patient. L'ozone est une substance très réactive, qui est instable en basse atmosphère et qui ne demeure pas longtemps dans un mélange réagissant.

Il y a eu certains cas où des patients ont été infectés par l'hépatite C en raison d'équipement incorrectement stérilisé lors d'un traitement à l'ozone. (*Transmission of Hepatitis C par Ozone Enrichment of Autologous Blood, Lancet, 1996; 347:541*).

V.1.0 TRAITEMENTS PAR DES PLANTES MÉDICINALES ET DES VITAMINES

V.1.1 THÉ DE KOMBUCHA

Il y a eu divers avertissement au sujet d'effets secondaires graves causés par le thé de kombucha, en Australie et aux États-Unis.

V.1.2 CHAMPIGNONS À USAGE MÉDICINAL (REISHI, MAITAKE, SHITAKE)

Les champignons médicinaux peuvent stimuler plusieurs aspects du système immunitaire, incluant la production d'interféron.

En Orient, le reishi est considéré comme une plante Fu Zhen (modulation du système immunitaire).

Actuellement, le reishi est utilisé pour diverses applications, baisser ou accroître la pression artérielle, stimuler les actions du foie, nettoyer le sang et agir comme un adaptogène en aidant le corps à combattre les effets du stress.

Les herboristes chinois l'utilisent pour ses capacités à régénérer le foie. En doses élevées et en certaines doses normales, le Ganoderma peut être classé comme un phytodétoxifiant et un phytoprotecteur du foie.

Des études sur la toxicité révèlent qu'il n'y a pas d'effet toxique sur les humains. Lors des essais, les patients ont reçu des doses plus élevées, aussi élevées que 10 grammes d'extrait par jour, sans démontrer d'effet secondaire.

L'efficacité des champignons reishi est habituellement en fonction de leur taux de triterpénoïdes. Il est possible de déterminer ce taux par le goût. Le taux d'amertume indique le taux de triterpénoïdes, plus c'est amer, plus il y en a.

Étant donné que le reishi est un polypore (un groupe de champignons durs et ligneux qui ressemblent à des crochets) ce n'est pas un champignon qui se mange, il est coupé en morceaux que l'on infuse pour en faire un thé. En Chine, la dose moyenne est de 3 à 5 grammes par jour. Les doses peuvent également être prises sous forme d'extraits d'eau et d'alcool, ainsi que sous forme de poudre. «Reishi : Ancient Medicine is Modern Hope», Linda McGlasson, Health Foods Business Consumer Education Series, janvier 1992.

Selon une étude de Ganoderma effectuée à l'université Cornell, il serait bon d'utiliser cette substance avec d'autres médicaments pour traiter le cancer. Aucun document sur le VHC n'en parle. (Role of Ganoderma Supplementation in Cancer Management Meridian Medical Group at the Institute of East-West Medicine and Department of Medicine, Cornell Medical College Raymond Y. Chang, 1997).

V.1.3 PISSENLIT OFFICINAL (*Taraxacum officinale*)

Le pissenlit est parfois associé à d'autres mauvaises herbes à fleurs jaunes. Le vrai pissenlit est une plante ubiquiste qui se répand de manière prolifique sur des millions de parterres, cours, près en Amérique. C'est une mauvaise herbe vivace aux feuilles dentelées qui forment une rosette de base au printemps et des fleurs poussent sur de longues tiges. L'ensemble des feuilles et des tiges creuses poussent directement à partir du porte-griffe. Le créateur de la bande dessinée «Marvin» a une fois fait dire à son héros adorable qui examinait un massif de pissenlits que «la Nature avait donné de la dignité aux mauvaises herbes en créant les pissenlits!»

Le médecin naturopathe John Lust a écrit dans son livre sur les herbes que la racine de pissenlit était bénéfique pour toutes sortes de problèmes hépatiques, incluant l'hépatite, la cirrhose, la jaunisse, la toxicité en général, ainsi que pour éliminer les calculs biliaires. Il recommande de faire bouillir un litre d'eau, puis de baisser la température et d'ajouter environ 20 cuillères à table de pissenlits frais, les feuilles et les tiges coupées et nettoyées. De laisser mijoter jusqu'à la réduction du liquide jusqu'à une tasse, puis de filtrer. La posologie qu'il recommande est 3 cuillères à soupe, six fois par jour.

Pour ceux qui préfèrent quelque chose de plus pratique, sous forme de capsule, il existe la formule AKN de Nature's Way, qui contient des racines de pissenlit en quantité suffisante et d'autres plantes aux propriétés nettoyantes. Il est possible de s'en procurer à tout magasin d'aliments naturels. - *Heinerman Encyclopedia of Fruits, Vegetables and Herbs*, John Heinerman, Parker Publishing Company

V.1.4 L'ARTICHAUT SAUVAGE

L'artichaut sauvage (silymarine) est réputé être une anti-inflammatoire et un stabilisateur de membrane qui aide à protéger le foie contre les toxines, les drogues et les effets de l'alcool (*Better Nutrition for Today's Living*, March 1993).

L'artichaut sauvage (*silybum marianum*) se consomme en extrait. "...une recherche européenne indique que l'artichaut sauvage stimule la régénération des cellules hépatiques et qu'il les protège contre les dommages toxiques». On le retrouve habituellement dans les magasins d'aliments naturels sous le nom d'artichaut sauvage, *silybum* ou *silymarine*.

Il faut en prendre deux ou trois capsules par jour jusqu'à ce que les fonctions hépatiques redeviennent normales.

Il contient du flavonoïde silymarine actif et il est utilisé pour tous les troubles du foie, l'ictère et l'hépatite. L'artichaut sauvage contient des substances les plus efficaces pour protéger le foie que l'on connaisse. L'artichaut sauvage prévient le dommage des radicaux libres en agissant comme antioxydant et en protégeant le foie. Il stimule la production de nouvelles cellules hépatiques et il prévient la formation des leukotènes nuisibles.

V.1.5 L'ARTICHAUT (*Cynara scolymus*)

L'artichaut a une longue tradition pour traiter diverses maladies du foie. Des recherches récentes supportent cet usage traditionnel. L'ingrédient actif de l'artichaut est le cynarin, un composé que l'on retrouve en grande concentration dans les feuilles de l'artichaut.

L'extrait d'artichaut a démontré avoir des effets protecteurs et régénérateurs du foie, de plus, il favorise l'écoulement de la bile, du foie vers la vésicule biliaire. Cet effet est très important car si la bile n'est pas écoulee correctement vers la vésicule biliaire, le foie est plus sujet à des dommages.

V.1.6 RACINE DE RÉGLISSE (*glycyrrhiza glabra*)

Des études ont démontré qu'un composé de la réglisse avait un effet bénéfique sur le traitement de l'hépatite virale, particulièrement l'hépatite chronique active. C'est probablement en raison de son activité antivirale qui est bien documentée

Un produit contenant la glycyrrhizine est régulièrement utilisé par voie intraveineuse au Japon pour traiter l'hépatite.

Si la réglisse est utilisée à long terme, il est nécessaire de réduire sa consommation d'aliments riches en potassium.

Il faut faire preuve de prudence lorsque le patient souffre d'hypertension ou d'une cirrhose. ("Complementary and alternative medicine in chronic liver disease," *Hepatology* septembre 2001, volume 34. numéro 3)

V.1.7 SPIRULINE (ALGUE BLEUE)

Des chercheurs ont découvert que la spiruline, un extrait d'algue bleue, contient une substance ayant une activité antivirale contre le VIH. Des études n'ont cependant pas été menées sur son efficacité contre le virus de l'hépatite C.

V.1.8 AIL

L'ail est un antibiotique naturel. Il protège le corps contre les infections, élimine les toxines du corps, fortifie les vaisseaux sanguins et il réduit la pression artérielle. L'ail contient un antibiotique naturel, il a des propriétés antifongiques et antivirales.

V.1.9 FACTEURS THYMIQUES

Les facteurs thymiques combinent des drogues dont le thymus, les fractions poly-peptides enzymatiques, les extraits brutes de thymus, le thymosin, la thymopoïétine, le facteur humoral thymique et d'autres nutriments, plantes médicinales, vitamines et enzymes élaborés par le docteur Carson B. Burgstiner, après

avoir contracté l'hépatite B. Il affirme avoir traité 83 cas d'hépatite B, 23 cas d'hépatite C et 28 cas d'arthrite rhumatoïde et 12 cas d'arrêt de lupus systémique (où certains patients prenant 22 médicaments différents ne présentent plus de symptômes maintenant) 10 cas de scléroses multiples, 12 cas de psoriasis, 7 cas de carcinomes squameux de la peau.

Ce composé n'a pas fait l'objet d'essais cliniques officiels et les affirmations n'ont pas été prouvées. Cependant, plusieurs membres de la liste d'envoi HEPV-L disent qu'ils se sentent mieux et qu'ils ont plus d'énergie lorsqu'ils prennent des facteurs thymiques.

Le docteur Burgstiner recommande par mesures préventives de : Prendre deux facteurs thymiques avec une vitamine Thym-A-Vites deux fois par jour avec de la nourriture ou aux repas.

Dans le cas d'une condition chronique, le docteur Burgstiner recommande de : Prendre quatre facteurs thymiques avec deux vitamines Thym-A-Vites deux fois par jour, le matin et le soir avec de la nourriture ou aux repas. De continuer d'en prendre jusqu'à ce que les résultats soient satisfaisant ou jusqu'à ce les examens hématologiques soient normaux. Puis de prendre la dose préventive, soit deux facteurs thymiques avec une vitamine Thym-A-Vites deux fois par jour avec de la nourriture ou aux repas.

Il est possible de contacter le docteur Burgstiner à son bureau, au numéro ci-dessous. Vous recevrez une trousse d'informations dans quelques jours. Le composé s'appelle facteur Thymique (Thymic Factors) et les vitamines sont fabriquées par Sundown (super multivitamines, sans fer). Carson B. Burgstiner, M.D., 5354 Reynolds St. # 304, Candler Professional Bldg., Savannah, GA 31405 Téléphone (912)355-5755 Télécopieur (912)355-5759

En 1996, la société Preventive Therapeutics, Inc. a commencé à fabriquer la formule originale du docteur Carson B. Burgstiner, qui est vendue et distribuée par eux ainsi que par plusieurs magasins d'aliments naturels. L'emballage contient 180 comprimés, pour un approvisionnement de 30 jours. Sur l'étiquette, il y a l'image d'un oiseau et de fleurs.

Lorsque nous avons communiqué avec la société Preventive Therapeutics, ils ont donné les recommandations suivantes : Lorsque la formule est prise pour la première, jusqu'à stabilisation au bout de deux ou trois mois, prenez six comprimés deux fois par jour (un total de 12 comprimés) à 12 heures d'intervalle. Lorsque votre condition est stabilisée, prenez trois comprimés deux fois par jour.

La Preventive Therapeutics, Inc. est située à Duluth en Georgia, une banlieue d'Atlanta GA. L'adresse est la suivante : 1150K Court Drive, Duluth GA 30136. Téléphone : 770-417-2835 Numéro sans frais : 1 800 372-8259; télécopieur : 770-409-0110 Personnes ressources : Ed. Callaway, RPH, Jim Williamson ou Pat Stephens

Récemment (2000) des avertissements ont été émis au sujet de l'usage et de la consommation de parties animales crues (glandes, testicules, cervelle) dans les traitements de phytothérapie et de médecines douces, par crainte de propager la maladie de la vache folle.

V.1.10 VITAMINE C

Linus Pauling qui a reçu deux fois un prix Nobel a dit que la vitamine C est très bénéfique pour les patients infectés par l'hépatite. Il recommande une dose minimale de 10 000 milligrammes, soit 10 grammes par jour. Cependant, il serait préférable de prendre une dose de 20 000 à -50 000 milligrammes par jour, soit 20 à 50 grammes. Il recommande de prendre des comprimés de vitamine C non mélangés, de trois à quatre fois par jour, au lieu d'en prendre une fois par jour. La vitamine C est un agent antiviral agent. La diarrhée est le seul effet secondaire connu qui devrait diminuer et arrêter au fur et à mesure que vous habituez à la vitamine C. Vous pouvez obtenir les livres de Linus Pauling à votre bibliothèque municipale.

«Dans une étude nationale de grande envergure représentative de la population, le risque apparent d'un dommage au foie était associé à une augmentation en fer et d'une diminution des antioxydants, particulièrement les caroténoïdes (*Gastroenterology*. juin 2003; 124 ([7]:1821-9). ---

V.1.11 VITAMINE B12

Certains patients infectés par l'hépatite affirment avoir plus d'énergie lorsqu'ils prennent un supplément en vitamine B12. Il est important de noter que la vitamine B12 n'est pas efficace lorsque prise sous forme de comprimé. Elle doit être prise sous forme d'injections.

V.1.12 VITAMINE E

On dit que la vitamine E aide le foie à purifier le sang de ses toxines. La vitamine E est plus efficace lorsque

pris avec le sélénium, qui est un antioxydant minéral. Trop de vitamine E dilue le sang, alors les patients qui souffrent de troubles de saignement devraient être vigilants.

V.1.13 REHAUSSEURS NATURELS D'INTERFÉRON

Des études indiquent que plusieurs substances naturelles peuvent activer le corps à produire ses propres réserves d'interféron. Les plus connues sont les suivantes :

Astragalus : une plante chinoise qui améliore la réaction des anticorps aux envahisseurs de toutes sortes, incluant le cancer.

Eupatoire perfoliée : une plante aux propriétés antiseptiques et anti-virales utilisée par les Amérindiens pour soigner les rhumes, les gripes, la toux, la fièvre, les indigestions et la douleur.

Chlorophylle : un pigment végétal des légumes à feuilles vertes et les algues, comme la spiruline, la chlorelle et le malt vert.

Coenzyme Q10 : un antioxydant qui joue un rôle dans la chaîne de transport des électrons nécessaire pour tous les processus qui dépendent de l'énergie du corps. Le CoQ10 augmente le nombre des lymphocytes T et il réduit les risques d'infection.

Echinacée : la plante la plus populaire en Amérique du Nord qui est utilisée pour traiter les maux de dents, les morsures, les piqûres et tous les types d'infections.

Ginkgo : un antioxydant efficace du système nerveux central qui est utilisé pour traiter les troubles de circulation, les problèmes de mémoire, la pression artérielle élevée, la dépression, l'acouphène et les troubles du système immunitaire.

Mélatonine : une hormone produite par la glande pinéale qui agit comme antioxydant puissant et qui possède des propriétés favorisant le travail du système immunitaire.

V.1.14 AUTRES PLANTES OU VITAMINES

Le thé Essiac des Ojibway est un thé qui nettoie le corps des toxines et qui améliore le système immunitaire, certaines personnes l'apprécient. (Personnellement, ce thé semble me rendre encore plus malade - Patti).

V.1.15 EAU

Un grand merci à Alan Franciscus pour nous rappeler l'importance de l'eau.

On dit que pour rester en santé, qu'il est essentiel de boire au moins huit verres d'eau (de 8 onces) tous les jours. Ceci est particulièrement important pour les personnes infectées par l'hépatite C et, si vous suivez un traitement à l'interféron et à la ribavirine, il est encore plus important de boire suffisamment d'eau. En effet, vous devez essayer de boire le plus d'eau possible, même si vous n'avez pas soif. L'eau vous aidera à réduire les effets secondaires désagréables que vous pouvez ressentir lors d'un traitement.

Cependant, il y a une exception à cette règle pour les personnes dont l'abdomen est distendu (ascite - par l'accumulation de fluides dans la cavité abdominale). Dans un tel cas, un professionnel de la santé vous indiquera la bonne diète à suivre et la quantité d'eau à boire.

Boire au moins huit verres d'eau par jour peut être un problème, mais ce n'est pas si difficile que ça. Plusieurs personnes remplissent des contenants d'eau filtrée pour mesurer la quantité d'eau exacte qu'elles boivent par jour. J'achète souvent de l'eau en bouteille que j'apporte avec moi lors de mes déplacements. Je remplis ces bouteilles avec de l'eau filtrée tous les matins pour mesurer la quantité d'eau que je bois chaque jour.

N'oubliez pas que vous allez uriner plus souvent, alors assurez-vous d'être près des toilettes. Si vous savez qu'il n'y aura pas de toilettes là où vous allez, vous pouvez arrêter de boire une heure avant de sortir.

Malgré ces obstacles, vous trouverez que les bienfaits de l'eau pour la santé sont beaucoup plus importants que l'inconvénient d'uriner souvent.

Certains bienfaits de l'eau pour la santé sont les suivants :

- Perte de poids – réduit l'appétit et favorise le métabolisme des gras
- Digestion – améliore la digestion et peut aider à prévenir la constipation
- Peau sèche – hydrate la peau
- Toxines – l'eau élimine les toxines
- Température du corps – régularise la température du corps pour ne pas avoir trop chaud lors des canicules
- Nutriment – contient plusieurs substances nutritives essentielles
- Articulations – l'eau lubrifie les articulation
- Cancer – aide à prévenir certaines formes de cancer, comme le cancer du côlon et du foie

N'oubliez pas de boire de l'eau au lieu du café et des boissons gazeuses qui contiennent de la caféine. Les boissons qui contiennent de la caféine déshydrate le corps. Pour remplacer cette perte de liquide, vous devez boire deux verres d'eau (16 onces) pour chaque verre (8 onces) de boisson qui contient de la caféine. De plus, vérifiez la teneur en sodium de l'eau, évitez de boire de l'eau qui contient du sodium.

Trempez-vous – buvez de l'eau!

V.2.0 EXERCICE

Faire de l'exercice peut vous aider à vous détendre et à améliorer votre niveau de santé. L'exercice peut vous aider à améliorer votre forme physique. Vous pouvez en faire, même si vous souffrez de fatigue, mais n'oubliez pas de ne pas trop vous surmener. Les patients souffrant des symptômes de l'hépatite doivent éviter les activités épuisantes, de plus la tolérance au stress de chaque personne est différente et elle peut changer. Malgré tout, il est important pour les personnes qui peuvent faire de l'exercice qu'elles soient capables d'en faire selon leur niveau de tolérance. L'exercice doit être effectué avec vigilance, car lorsque le seuil invisible de la tolérance est franchi, la maladie peut subir une poussée active. Ce qui pourrait nuire à votre système immunitaire.

Essayez ces exercices suivants :

- Bicyclette – faites une randonnée un peu plus longue chaque jour/semaine
- Transport en commun—descendez de l'autobus un arrêt avant le vôtre et marchez le reste du trajet.
- Marche (augmentez votre distance à chaque jour/semaine) Invitez un ami ou adoptez un chien.
- Natation ou exercices d'aérobic dans l'eau
- Jouez au golf
- Faites du yoga
- Jardinage – plantez des fines herbes qui sont bonnes pour votre foie. (Pissenlit, artichaut sauvage, artichaut...)
- Jouez au ballon avec vos enfants ou vos petits-enfants
- Montez les marches des escaliers roulant au lieu de vous laisser monter
- Choisissez une activité que vous aimez et que vous pouvez pratiquer régulièrement.

Avant de commencer tout programme d'exercice, veuillez consulter votre médecin.
(www.hepcawareness.net.au/lifestyle/be_active.htm).

V.3.0 GESTION DU STRESS

Habituellement, l'une des choses bénéfiques qu'une personne atteinte de l'hépatite peut faire, c'est d'éviter le stress et prendre beaucoup de repos.

Le stress ne signifie pas simplement avoir des expériences désagréables, mais des facteurs d'agressions biologiques, physiques ou émotionnelles qui déclenchent une réaction protectrice du corps. Souvent, l'impossibilité d'éviter le stress entraîne des reculs à court terme et à long terme, qui peuvent être graves.

Les événements très stressants semblent parfois activer le virus et ils peuvent également aggraver les symptômes si le virus est déjà actif. Des études médicales indiquent que le stress joue un rôle important dans diverses maladies contrôlées par le système immunitaire.

V.4.0 ATTITUDE POSITIVE

Le rire et un état d'esprit positif sont bons pour le corps.

Ils produisent de l'interféron, l'arme naturelle du corps contre l'infection et ils fabriquent des endorphines pour combattre la dépression et l'anxiété.

V.5.0 TAI CHI / CHI KUNG / YOGA / MÉDITATION

V.5.1 TAI CHI

Pour ceux qui souffrent des symptômes de l'hépatite C comme la fatigue et les douleurs musculaires, faire de l'exercice peut-être un problème, mais c'est important d'en faire pour notre santé. Lorsque pour Wendy Mackay de Colombie-Britannique la marche était devenue une activité trop dure, elle a essayé de faire du Tai Chi I en 2004 et avec l'aide des instructeurs, elle a participé au cours. Au début, elle était souvent assise, au prise avec des migraines et se sentant mal.

Graduellement, elle a participé de plus en plus et elle a développé de la force et de la détermination.

Pendant la deuxième année, la douleur a commencé à partir. Elle peut maintenant veiller plus tard. Sa digestion et sa fonction respiratoire se sont améliorés. Plus qu'elle pratique, elle peut en faire plus et elle se sent mieux. Elle dit que sa concentration s'est améliorée et elle se sent moins confuse. Sa fonction cognitive s'est améliorée en apprenant et en se souvenant des gestes du Tai Chi taoïste. Cette forme de mouvement procure également un aspect méditatif qui aide à réduire le stress et l'anxiété souvent associés à une maladie chronique.

«La réalité de cette maladie, c'est que la plupart du temps, nous ne pouvons pas continuer à travailler ou de faire des tâches manuelles et même de jouir d'une forme de vie sociale. En regardant ce que nous pouvons faire au lieu de regarder ce que nous ne pouvons plus faire, nous donnons à notre corps et à notre esprit les outils pour nous sentir mieux» selon Wendy.

Wendy est maintenant un instructeur agréé de Tai Chi taoïste! Vous pouvez lire son histoire en consultant le lien suivant :

<http://www.hepcaustralia.com.au/index.php/news/symptoms-news/45-symptoms-news/279-hep-c-and-exercise-experiencetips>, vous pouvez aussi visiter son site Web www.wendyswellness.ca

V.5.2 YOGA

Yoga Bikram

Les personnes atteintes de l'hépatite C peuvent bénéficier du Yoga Bikram . Ce type de yoga est utilisé à la Hepatitis C Clinic du centre Bastyr Center for Natural Health de Seattle, Washington comme traitement régulier de l'hépatite C, environ un an auparavant.

Le Yoga Bikram est effectué dans des salles chauffées à 42 degrés Celsius et à un taux d'humidité de 60 à 70 pourcent. Il comprend une séquence de 26 postures et il est supposé éliminer les toxines accumulées dans le corps.

Le Yoga Bikram doit être combiné à un traitement standard de l'hépatite C, il ne remplace pas de traitement. La transpiration intense qui survient vise à débarrasser le corps des toxines. Ce type de yoga est également utilisé en clinique sur les patients ayant suivi des traitements de chimio contre le cancer. Il est espéré que le yoga augmentera la circulation sanguine dans le foie, réduisant ainsi les substance immune qui réagissent au virus et causant des inflammations au foie.

Les effets sont encore hypothétiques selon Standish, le directeur du centre. Cependant, le type d'exercice aérobic qui serait le plus bénéfique pour nettoyer le foie serait le yoga et particulièrement le yoga où la circulation sanguine est augmentée et que la sudation est également augmentée.

L'un des bienfaits du yoga c'est que c'est toujours le travail de l'esprit et ceci peut aider le système immunitaire, réduire la fatigue et alléger la dépression. Le yoga ne va pas éradiquer le virus, mais il peut aider le foie à rester sain jusqu'à la découverte d'un médicament curatif.

Avant de commencer tout programme d'exercice, veuillez consulter votre médecin.

(www.yogajournal.com/health/585)

V.6.0 D'AUTRES MOYENS POUR VOUS AIDER À RESTER EN SANTÉ

Évitez les expositions aux émanations de produits chimiques, d'essences, etc.

Utilisez les produits les moins toxiques (produits de nettoyage, produits de santé et de beauté, etc.) pour votre maison et votre corps.

Surveillez votre poids! La stéatose hépatique s'applique à toute maladie du foie causée par les graisses chez les personnes qui consomment peu ou pas d'alcool. L'une des causes peut être l'hépatite C. Une bonne partie des graisses de votre foie provient de votre diète. Il semble être lié à un excès de poids, au diabète et à la résistance à l'insuline. Personne ne sait pourquoi cette condition survient, mais elle se traite par la perte de poids, ainsi que par la prise de médicament, d'insuline ou d'un régime pour contrôler le diabète. Il s'agit du point de départ des cirrhoses du foie chez 25% des personnes. Le gras alimentaire se dépose dans le foie, ce qui rend difficile la fonction du foie à métaboliser le gras provenant des glucides. Les taux d'insulines sont élevés, la synthèse des gras monte à 24/7, mais il est impossible de savoir si c'est une cause ou un effet. Un régime peut corriger l'accumulation des graisses. Les antioxydants et l'exercice peuvent aider aussi.

(Source : www.hepatitisneighborhood.com/content/in_the_news/archive_2332.aspx 05-04-05 John C. Martin, *Fatty Liver: Your Diet is Partially to Blame, Says Study*)

PARTIE VI - NUTRITION

VI.1.0 QUE DOIS-JE FAIRE AU SUJET DE LA NUTRITION?

Bon nombre de diététiciens et de médecins qui travaillent avec l'hépatite C sont d'avis qu'à l'exception de l'alcool, une diète n'a aucun effet direct sur l'activité du virus et des résultats à long terme de l'infection.

Aucune approche diététique spécifique pouvant être recommandée ne peut garantir d'avoir un effet sur une maladie hépatique. Ceci ne veut pas dire que la modification de votre diète n'a aucun effet.

La nutrition et le foie sont reliés de diverses manières.

Tout ce que nous mangeons, respirons et absorbons par les pores de notre peau doit être traité et détoxiqué par le foie. Une attention à la nutrition et à la diète peut aider à la santé du foie.

De 85 à 90% du sang qui quitte l'estomac et les intestins transporte des éléments nutritifs au foie qui les convertira en substances que le corps pourra utiliser.

Les aliments amers sont utiles, car ils stimulent le processus de digestion et ils assistent le foie. En Europe, les gens mangent depuis longtemps de la salade qui contient des feuilles amères, comme le pissenlit ou la chicorée de 10 à 15 minutes avant un repas pour aider le foie.

À Taiwan, une diète contenant beaucoup de légumes était associée à un risque peu élevé du cancer du foie chez les personnes infectées par l'hépatite C.

Les jus de légumes ont une nature particulière qui aident à réduire les sensations de gonflement et de stagnation souvent associées aux maladies du foie.

Les jus de légumes agissent en nettoyant le corps et réduisent certains symptômes que certaines personnes atteintes de maladies hépatiques ressentent, comme les lourdeurs et la léthargie. Le jus de carottes, de betteraves, de concombre, d'épinards, de céleris, d'agopyrons et de persils sont tous utilisés pour nettoyer l'organisme et ils sont généralement considérés comme étant bénéfiques pour le foie.

Il est généralement recommandé de boire de deux à trois litres d'eau chaque jour pour rester en santé, mais aussi pour se protéger contre la congestion lymphatique, ce qui pourrait demander un effort supplémentaire au foie.

Voici ce que l'auteur du livre *The Alternative Medicine Guide* dit au sujet des diètes particulières :

Le docteur Jonathan Wright recommande une diète faible en protéine pour ne pas embarrasser le foie; une diète à base d'aliments complets qui suit un régime hypoglycémique, constitué de petits repas répartis pendant la journée. Une diète qui ne comprend pas d'aliments agressants, comme le sucre raffiné, l'alcool et la caféine. Il recommande de boire beaucoup d'eau filtrée. Boire du jus de citron frais tous les matins et tous les soirs, suivi par un jus de légumes représente un des régimes les plus thérapeutiques pour le foie. Il suggère d'en boire de façon constante pendant deux à quatre semaines, puis pendant plusieurs matins pendant plusieurs mois et à chaque fois que les symptômes reviennent. Il recommande de manger beaucoup

de légumes tous les jours. L'idéal est de manger au moins une salade et un de repas accompagné de légumes cuits à la vapeur ou légèrement sautés par jour. Les céréales qui se digèrent facilement comme le millet, le sarrasin et le quinoa sont très bon.

Selon l'*Encyclopedia of Natural Medicine* :

Une diète recommandée est à base d'aliments naturels, faible en gras naturels et synthétiquement saturés, de glucides simples (sucre, farine blanche, jus de fruits, miel, etc.) des acides gras oxydés (huile de friture) et de gras animal, ainsi qu'une teneur élevée en fibres.

Par ailleurs, le *Canadian Journal of Health and Nutrition* recommande : Les substances naturelles pouvant aider votre foie à se détoxifier se trouvent sur les tablettes de votre cuisine. Les aliments riches en lécithine (soja), les acides gras essentiels (saumon, huile de lin) et les légumes à feuilles vertes, riches en fibres et en antioxydants comme les vitamines C et E sont un délice pour votre foie. La réduction de votre consommation de gras saturés, de glucides raffinés, de protéines animales et de boissons alcoolisées sont d'autres recommandations pour avoir un foie en santé et une bonne santé en générale. La racine de pissenlit et l'artichaut sont d'excellents condiments diététiques printaniers qui sont très utiles pour améliorer la circulation de la bile. En plus de ces choix alimentaires, des suppléments comme le L-méthionine sont d'excellents choix pour traiter un foie congestionné. Cet acide aminé soufré améliore non seulement l'écoulement de la bile, mais il aide aussi à protéger le glutathion du foie. La glutathion peroxydase est l'un des principaux enzymes de détoxification et il est en parti défendu par le méthionine lorsque le foie combat une substance toxique... L'article décrit par la suite la fonction de l'artichaut sauvage.

Il conclue que les substances les plus efficaces pour protéger le foie sont, l'artichaut sauvage, le pissenlit et le L-méthionine. Le L-méthionine est considéré comme un supplément, tandis que l'artichaut sauvage et le pissenlit sont considérés comme plantes médicinales. - "Protecting and Enhancing Liver Function," par Ronald G. Reichert, ND, *Alive: Canadian Journal of Health and Nutrition* (#161, mars 1996): pages 14-16.

VI.1.1 ALIMENTS À ÉVITER :

ARACHIDES : Certaines arachides contiennent des aflatoxines, une toxine produite par de la moisissure qui augmente les risques du cancer du foie.

MOLLUSQUES ET CRUSTACÉS CRUS : Le vibro vulnificus, une bactérie qui peut être contractée en mangeant des huîtres crues, etc. Les mollusques et crustacés non cuits peuvent être très dangereux pour les personnes atteintes d'une maladie du foie. Il faut éviter d'en manger ou vérifier que les crustacés que vous mangez sont bien cuits.

GRAS SATURÉS : Il est généralement préférable de manger le moins de gras saturés possible.

Plusieurs personnes se plaignent d'avoir mal au foie après avoir mangé des repas très gras. Dans le cas des gras saturés, le foie doit travailler plus que d'habitude pour neutraliser les effets nocifs de ces gras.

VI.2.0 NUTRITION ET CIRRHOSE

Plusieurs maladies chroniques du foie sont associées à la malnutrition.

La cirrhose est une des maladies les plus courantes. La cirrhose fait référence au remplacement des cellules hépatiques endommagées par des tissus fibreux cicatrisés qui nuisent aux fonctions importantes du foie. La cirrhose survient suite à une consommation excessive d'alcool (le plus souvent), suite à une hépatite virale, suite à l'obstruction des conduits biliaires et suite à l'exposition à certaines drogues ou substances toxiques.

Les personnes atteintes d'une cirrhose ont souvent une perte d'appétit, de la nausée, des vomissements et une perte de poids, ce qui leur donne une apparence émaciée.

La diète seule ne contribue pas au développement de cette maladie du foie. Par exemple, les personnes qui se nourrissent bien mais qui consomment beaucoup de boissons alcoolisées sont plus sujettes à une maladie alcoolique.

Les adultes atteints d'une cirrhose ont besoin d'une diète équilibrée riche en protéine qui procure entre 2 000 à 3 000 calories par jour pour que les cellules du foie se régénèrent. Toutefois, trop de protéine peut causer une augmentation du taux d'ammoniaque dans le sang et pas assez de protéine peut réduire la capacité de guérison du foie. Les médecins doivent prescrire avec soin la bonne quantité de protéines pour une personne atteinte d'une cirrhose. De plus, le médecin peut utiliser deux médicaments (lactulose et néomycine) pour contrôler les taux d'ammoniaque dans le sang. Les personnes atteintes d'une cirrhose souffrent souvent d'une ascite (accumulation de fluide dans l'abdomen) ou d'un oedème aux pieds, aux jambes ou au dos. Ces deux conditions sont le résultat d'une hypertension portale (élévation de la pression

sanguine dans les veines entrant dans le foie). Étant donné que le sodium (sel) favorise le corps à faire de la rétention d'eau, les patients devraient réduire leur consommation en sel en évitant des aliments qui en contiennent, comme les soupes et les légumes en boîte, les charcuteries, les produits laitiers et les condiments comme la mayonnaise et le ketchup. En effet, la plupart des aliments préparés contiennent des quantités importantes de sel, alors que les aliments frais n'en contiennent presque pas.

Le jus de citron est le meilleur substitut au sel. En général, en présence d'une cirrhose, il est préférable de réduire les protéines animales qui sont les protéines les plus toxiques pour le cerveau et de les remplacer par des protéines végétales.

VI.3.0 CAFÉ, THÉ, CAFFÉINE ET D'AUTRES STIMULANTS

Selon le livre *Healthy Healing* de Linda Rector-Paige, N.D., Ph.D. : Certains problèmes de santé causés par la caféine sont bien connus, les maux de tête, les migraines, l'irritabilité, les problèmes d'estomac et de digestion, l'anxiété et la haute pression artérielle. Étant un stimulant addictif, il agit comme une drogue, en causant des sautes d'humeur, de la nervosité, des maladies cardiaques, des palpitations au coeur. La caféine prise en quantités excessives peut produire de l'acide oxalique dans le système et causer des problèmes en attendant de devenir des maladies. Il peut se loger dans le foie, restreindre la bonne fonction hépatique et comprimer la circulation sanguine.

Il lessive le corps de vitamines B, il vide de certains minéraux essentiels, incluant le calcium et le potassium. Cependant, les effets cancérogènes de la caféine sont-ils causés par le processus de torréfaction utilisé pour produire le café, le thé et le chocolat.

Étant donné que le café décaféiné a été impliqué dans certaines formes de cancer, il est possible de conclure que la caféine n'est pas la cause, mais bien l'hydrocarbure rôti...

Le café non filtré fait augmenter le taux de cholestérol sérique et le taux d'enzymes hépatiques. Une étude publiée dans le *British Medical Journal* indique que le café à la cafetière (moulu, non filtré) augmente les taux de cholestérol sérique LDL et de sérum glutamopyruvique transaminase (SGPT). Le café à la cafetière se fait en versant de l'eau bouillante sur le café moulu dans un contenant doté d'un tamis, le docteur Rob Urgert et ses collègues de l'université Wageningen Agricultural University des Pays-Bas ont observé que le café non filtré faisait augmenter le taux de SGPT de 80% par rapport aux niveaux observés pour le café filtré. Lorsque le patient a cessé de boire du café de la cafetière, les taux d'enzymes hépatiques et les concentrations du cholestérol LDL sont retournés à la normale. Les chercheurs hollandais ont écrit qu'une consommation quotidienne de cinq à six tasses de café fort de cafetière avait un effet sur l'intégrité des cellules hépatiques. De plus, ils attribuaient les augmentations des taux de cholestérol et de SGPT aux diterpènes cafestol et kahweol qui sont abondants dans le café de cafetière. - *BMJ* 1996;313:00-00.

Une étude effectuée à l'école de médecine de l'université Tohoku de Sendai au Japon a découvert que la consommation de café réduisait les risques d'un cancer du foie. Une autre étude menée par le National Cancer Center de Tokyo révèle que la consommation de cinq tasses ou plus de café par jour réduisait de moitié les risques de développer un cancer du foie. Il faut noter que ces études n'ont pas été effectuées sur des patients atteints du VHC. L'effet du café sur ces patients n'est pas connu. (*J Cancer* 2005 août 10;116(1):150-4, *J Hepatol* 2005 avril;42(4):528-34)

VI.4.0 SEL

Les personnes sujettes à des épisodes d'ascite devraient essayer de maintenir un taux très faible de sel dans leur diète, moins de 3 grammes par jour, pour ma part c'est 1 à 2 grammes par jour).

PARTIE VII - DROGUES ET ALCOOL

VII.1.0 ALCOOL

Rien ne dit que les personnes infectées par le VHC devraient cesser de boire de l'alcool. Des études ont démontré que les patients qui boivent de l'alcool ont une plus grande incidence de cirrhose. De plus, les patients qui boivent de l'alcool ont également un taux de progression de cirrhose plus rapide et un taux de mortalités plus élevé. Par ailleurs, étant donné que l'alcool affecte l'effet de l'interféron, les patients qui ont un problème d'alcoolisme peuvent se voir refuser ce traitement.

LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR LA RÉPLICATION DU VHC : Une question importante se pose, est-ce que l'alcool et l'hépatite C ont un effet de synergie dans une maladie du foie combinée? Chez certains patients, il

y a à la fois une inflammation hépatique due à l'alcool et une inflammation due à l'hépatite virale chronique. Mais pour la plupart des études, l'histologie dominante est celle de l'hépatite chronique.

L'alcool peut accroître la réplication de l'hépatite C et produire un dommage plus grave indépendant de l'inflammation directe causée par l'intoxication alcoolique. Il y a un lien entre les niveaux d'ARN du VHC et la quantité d'alcool consommée. Les patients alcooliques atteints d'une infection au VHC ont une plus grande concentration de fer dans le foie, ce qui peut aider au VHC à se répliquer. Une évidence clinique de l'activité hépatique et des niveaux viraux est beaucoup plus significative chez les patients qui consomment plus de 10 g d'alcool par jour.

L'EFFET DE L'ALCOOL SUR LA PROGRESSION DE L'HÉPATITE C VIRALE CHRONIQUE DE LA CIRRHOSE ET DE L'HÉPATOCARCINOME: Il y a un développement plus rapide de la cirrhose et de l'hépatocarcinome chez les alcooliques atteints d'une infection chronique de VHC. La période de la transfusion au diagnostic de la cirrhose est plus courte chez un patient qui boit beaucoup. De plus, les études démontrent que la consommation d'alcool dans le cas de cirrhose peut causer une augmentation du taux d'infection bactérienne (*American Journal of Gastroenterology*, Editorial, mai 2000, volume 95, numéro 5, pages 1124 et 1125).

Les risques de développer un hépatocarcinome dans les cas de cirrhoses alcooliques sont 8,3 fois plus élevés dans les patients VHC positifs que les patients VHC négatifs et la prévalence de l'anti-VHC parmi les alcooliques avec CHC est de 50 à 70 pourcent. Par conséquent, l'alcool peut modifier la réplication du VHC ainsi que l'oncogénicité du VHC dans l'hépatocarcinome.

LE TRAITEMENT À L'INTERFÉRON CHEZ LES PATIENTS ALCOOLIQUES ATTEINTS D'UNE INFECTION CHRONIQUE DU VHC : Parmi les patients alcooliques atteints d'une infection chronique du VHC qui ont cessé de boire pendant le traitement à l'interféron, il y a eu un taux significativement plus faible d'élimination de l'ARN du VHC chez les patients qui ont consommé 70g/jour d'éthanol comparativement à 70g/jour jusqu'au moment du traitement à l'interféron. - «Hepatitis C and Alcohol,» par E.R. Schiff, résumé présenté par l'auteur à la conférence National Institute of Health Conference on Hepatitis C, qui s'est tenue du 24 au 26 mars 1997, à Bethesda, Maryland.

Un important cofacteur de la gravité de la maladie semble être l'alcool et l'alcool devrait être évité chez les patients atteints d'une infection chronique du VHC.» - "Natural History and Clinical Aspects of HCV Infection." H.J. Alter. Department of Transfusion Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. *Cancer Biotechnology Weekly*, 01-29-1996, p. 20.

VII.2.0 TABAC

L'habitude de fumer des cigarettes combinée au CHV est connue pour être un facteur de risque élevé dans le développement d'un hépatocarcinome primaire. (*Int J Cancer* 2000 fév.;85(4):498-502).

Alors que bon nombre de personnes sont conscientes des effets négatifs de la fumée de cigarettes sur les poumons, peu de personnes considèrent les effets de la cigarette sur le foie. Les cigarettes et la marijuana sont riches en substances toxiques aéroportées, comme le benzopyrène, les hydrocarbures polycycliques, le cyanure, l'acétaldéhyde, le goudron, l'acrylaldéhyde, etc. Étant donné que ces substances peuvent pénétrer le système sanguin par les poumons, le foie doit les détoxifier. De plus, presque tous les composants de la fumée de cigarette sont connus pour être au moins légèrement dommageables pour le foie (The Liver: Master Organ for Optimal Nutrition).

Une étude effectuée en 2001 sur 310 patients infectés par le VHC ayant subi une biopsie du foie. Parmi eux, 176 étaient des fumeurs réguliers (le plus souvent des hommes, des jeunes, des consommateurs de boissons alcooliques et des personnes qui avaient déjà utilisé des drogues injectables, comparativement aux patients qui n'avaient jamais fumé.) Les résultats ont été ajustés pour considérer ces facteurs. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que «l'habitude de fumer augmente la gravité des lésions hépatiques chez les patients atteints d'une infection chronique du VHC» Source : *Hepatology* 2001;34:121-125, "Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C."

VII.3.0 MARIJUANA

Il y a plusieurs études contradictoires sur les bienfaits et les dangers de la marijuana sur les patients atteints d'une maladie chronique. Des études récentes indiquent que la marijuana peut être bénéfique pour les patients atteints du SIDA. Les résultats d'une étude divulguée à la XIII conférence internationale sur le SIDA révèle que la marijuana aide les sidéens à reprendre du poids sans causer d'effets négatifs sur le virus (juillet 2000). Cependant, le VHC n'est pas le VIH. Ni un cancer. De plus, le gain de poids n'est pas recommandé chez les personnes infectées par le VHC, en raison de la possibilité d'une stéatose hépatique.

D'autres études (mai 2000) s'intéressent au dérivé synthétique de la marijuana, le CT-3, comme anti-inflammatoire et analgésique pour être utilisé comme traitement plus sécuritaire que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il s'agit de l'analgésique et l'anti-inflammatoire le plus utilisé pour traiter l'arthrite à long terme.

Une étude affirme que la marijuana augmente la croissance d'une tumeur. Une autre trace un lien entre l'emphysème.

Un rapport tiré de l'association de New South Wales Users and AIDS Association "Hepatitis C and Drug Use" révèle que la marijuana ne présente pas de problème pour le foie. Cependant un autre rapport indique que la marijuana peut avoir un effet néfaste sur les antidépresseurs.

Il a été démontré que la marijuana affecte l'efficacité de l'interféron alfa-2a dans le traitement des verrues génitales en raison d'un problème de l'immunité cellulaire d'origine médicamenteuse. ("Genital Warts do not respond to systemic recombinant interferon alfa-2a treatment during cannabis consumption," Gross G; Roussaki A; Ikenberg H; Drees N., *Dermatologica*, 1991, 183(3):203-7) Il est impossible de savoir si c'est le cas pour l'usage de la marijuana lors d'un traitement à l'interféron alpha-2b pour l'hépatite.

Une présentation effectuée à l'automne 2004 lors du 55e congrès annuel de l'American Association of Liver Diseases indiquait que les personnes VHC positives qui fumaient de la marijuana tous les jours avaient une fibrose du foie plus rapide. Dans cette étude, 66 % des personnes qui fumaient tous les jours depuis 16 ans en moyenne avaient une progression plus rapide, comparativement à 40% pour celles qui fumaient une ou deux fois par semaine et 41% pour ceux qui ne fumaient jamais de marijuana. «Les patients atteints d'une infection chronique du VHC devraient être avisés de ne pas utiliser tous les jours du cannabis, étant donné qu'un usage régulier pendant la durée de la maladie est un facteur aggravant dans la progression de fibroses.» Une autre recherche révélait que les patients infectés par l'hépatite C avaient plusieurs récepteurs CB1 dans leur foie et que la marijuana est un co-facteur qui n'est pas directement responsable des fibroses. (Source : Mark L. Fuerst, *AASLD: Hepatology* 2;2004:67-125, "Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C."

Une étude récente (octobre 2006) indiquait que l'usage du cannabis pouvait aider certains patients infectés par l'hépatite C à continuer leur traitement, mais certains experts s'inquiétaient en se basant sur une étude française sur des patients infectés par le VHC qui n'étaient pas traités où ceux qui utilisaient du cannabis tous les jours avaient plus de cicatrisations et plus sujets à une progression des fibroses que ceux qui prenaient rarement du cannabis ou pas du tout. À la réunion EASL à Barcelone, cette équipe a révélé que le cannabis sativa liait deux récepteurs, l'un d'eux activait l'accumulation de gras. Selon une étude effectuée sur 311 patients novices, 59% n'en utilisaient pas, 15% fumaient moins d'un joint par jour et 26% en prenaient à tous les jours. Une stéatose hépatique a été diagnostiquée chez 16,3% des non-utilisateurs, 10,9% chez les utilisateurs occasionnels et 30,9% chez les fumeurs quotidiens. La stéatose a aussi été liée à l'indice de masse corporelle de 27 kg/m², utilisée dans le traitement d'entretien, la consommation quotidienne d'alcool de 30 g/jour, le génotype 3, l'hyperglycémie, la fibrose de stage 2 ou plus. Cependant, les auteurs révèlent «un lien fort entre l'utilisation quotidienne de cannabis et la gravité de stéatose chez les patients atteints d'une infection chronique du VHC» et ils affirment que **«les patients atteints d'une infection chronique du VHC qui ne suivent pas de traitement devraient éviter de prendre du cannabis à tous les jours»**. (www.hivandhepatitis.com/aboutus2.html#liz)

VII.3.1 COCAÏNE

Une étude effectuée sur les donneurs de sang qui montraient des traces d'une ancienne infection de l'hépatite C avec des dommages au foie a découvert un lien possible entre l'infection et le fait de renifler de la cocaïne. Renifler de la cocaïne «pourrait être une voie non reconnue» par laquelle le virus de l'hépatite C pourrait entrer dans le corps, affirme l'équipe de chercheurs dirigée par le docteur Cathy Conry-Cantilena de la National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

Cependant, les chercheurs ont noté que l'usage abusif de la cocaïne pourrait ne pas être la cause réelle de l'hépatite. Les utilisateurs de cocaïne peuvent simplement être plus enclins à d'autres habitudes qui les rendent plus vulnérables à l'infection.

L'hépatite C se transmet habituellement par le sang contaminé. Les chercheurs ont dit qu'il serait possible que les pailles utilisées pour respirer la drogue peuvent être contaminées par le sang et que le virus peut ainsi entrer dans le corps de l'utilisateur par les parois du nez qui sont souvent irritées chez les utilisateurs de cocaïnes.

VII.4.0 QUELS SONT LES EFFETS DES DROGUES À USAGE RÉCRÉATIF?

Si vous êtes VHC positif, il y a de bonnes chances que l'alcool et les autres drogues ajoutent un effort à votre foie qui est déjà endommagé. Même si vous êtes déjà infecté par le VHC, vous pouvez être réinfecté si vous vous exposez au virus avec l'utilisation de drogues dangereuses. Il existe différents types et différentes variations du VHC et chaque fois que vous attrapez un type différent, c'est comme si vous étiez infecté pour la première fois. Les patients avec des infections multiples du VHC sont ceux qui en souffrent le plus. Il est préférable d'éviter la consommation de boissons alcoolisées et l'usage de drogues récréatives.

Si les utilisateurs sont des toxicomanes opiacés dépendants, la méthadone pourrait être une solution dans cette phase de l'infection, simplement parce qu'elle est disponible à l'état pur.

L'hépatite augmente généralement les chances de surdoses (particulièrement avec l'alcool et les tranquillisants à base de benzodiazépine comme Serepax, Rohypnol, Valium, Mogadon et Temazepam) parce que le foie ne peut pas contrôler les doses de médicaments auxquelles l'utilisateur était habitué avant.

Le Serepax est mieux que les autres benzodiazépines mais il présente toujours des problèmes.

L'héroïne est relativement inoffensive lors d'une infection à l'hépatite, mais toutes les drogues présentent des problèmes, sous forme pure ou impure. Les amphétamines et les benzodiazépines sont modérément destructeurs et l'alcool est le pire.

Pour ce qui est des drogues, les formes pures sont déconseillées pour tous les cas (par exemple la méthadone est mieux que le crack, les amphétamines pharmaceutiques sont mieux que les amphétamines de la rue). Cependant, il s'agit d'une amélioration mineure car c'est la fonction hépatique d'éliminer les drogues du corps qui est affectée par le virus de l'hépatite C. Il est préférable d'être conscient de tout problème possible à ce sujet et de connaître le lien précis entre les drogues précises et le foie.

Il est préférable de ne pas prendre de drogue lors d'une phase d'infection aiguë d'hépatite, pour permettre au foie de se rétablir. L'usage de drogue présente moins de problèmes si vous avez un foie en santé. (*New South Wales Users and AIDS Association "Hepatitis C and Drug Use"*)

VII.4.1 PRÉCAUTIONS À L'ÉGARD DES DROGUES INJECTABLES

La meilleure protection à prendre au sujet des drogues injectables, c'est de ne jamais réutiliser l'équipement d'injection. Le nettoyage de l'équipement d'injection ne garantit pas de tuer le virus de l'hépatite C.

Pour éviter de contracter l'hépatite C, prenez les précautions suivantes :

- Ayez à votre disposition une seringue, une cuiller, de l'eau, un filtre, un tampon et un tourniquet.
- Lavez vos mains avec de l'eau savonneuse chaude avant et après l'injection.
- Nettoyez la cuiller avec un tampon propre.
- Gardez tous vos ustensiles séparés de ceux de votre ami.
- Procédez vous-même à l'injection, si quelqu'un d'autre le fait, assurez-vous que cette personne s'est lavée les mains.
- Si vous recevez du sang sur vos mains, lavez-les avant de toucher à quoique ce soit sur la table. Si quelqu'un vous demande de lui passer quelque chose, dites-lui d'attendre.
- Si vous touchez à quelque chose avant de vous être lavé les mains, traitez cet objet comme étant contaminé.
- Jetez vos seringues, filtres, tampons, etc. de manière adéquate en les plaçant dans un contenant pour les objets pointus ou utilisez une bouteille en plastique vide comme contenant. (Recherchez les lettres PET à la base de la bouteille, car elles signifient que la bouteille est solide.) Ne jetez vos aiguilles dans une boîte en aluminium ou dans des bouteilles en verre. Les enfants peuvent collectionner les boîtes pour les recycler et ils pourraient se blesser avec les aiguilles. Les bouteilles en verre peuvent se briser facilement.
- N'oubliez pas d'utiliser de l'équipement neuf toutes les fois. Le nettoyage de l'équipement d'injection ne tue pas toujours le virus de l'hépatite C.
- N'oubliez pas de vous laver les mains avec de l'eau savonneuse chaude avant et après l'injection. Vous ne pouvez pas toujours voir des quantités microscopiques de sang.
- N'oubliez pas de nettoyer le banc ou table où vous vous injectez, le plus propre possible.

VII.4.2 NETTOYAGE DES SERINGUES

Nous ne savons pas si la désinfection ou le nettoyage fonctionne réellement, alors pour être certain, utilisez toujours du nouveau matériel à chaque fois que vous vous piquez. La réutilisation devrait être la dernière option seulement. Si vous nettoyez vos seringues, n'oubliez pas de suivre ces directives :

- Immédiatement après l'avoir utilisée, rincez la seringue à l'eau froide jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de traces de sang. Projetez de l'eau par jet dans le lavabo ou dans une vieille bouteille d'eau.
- Procédez dès que vous avez utilisé la seringue, car le sang séché ou coagulé est difficile à laver et la seringue peut se bloquer. Utilisez toujours de l'eau froide, car l'eau chaude fera coaguler le sang dans la seringue et la bloquera.
- Remplissez la seringue avec de l'eau de javel fraîche à haute teneur en javellisant. Utilisez l'eau de javel la plus puissante (habituellement la plus dispendieuse). En ayant la seringue remplie de javellisant, remplacez le capuchon sur l'aiguille et brassez pendant au moins 30 secondes. Utilisez une montre ou comptez lentement. Ensuite, faites sortir par jet l'eau de javel par jet dans le lavabo ou dans une vieille bouteille d'eau. Répétez la procédure avec l'eau de javel en secouant de nouveau pendant 30 secondes.
- Avec un autre contenant d'eau propre et fraîche, rincez à fond la seringue au moins deux fois. Ensuite, faites sortir par jet l'eau dans le lavabo ou dans une vieille bouteille d'eau, pas dans les contenants d'eau de javel ou d'eau propre. Videz tous les contenants dans le lavabo lorsque vous avez terminé.

N'oubliez pas que cette manière de nettoyer les seringues ne garantit pas de tuer le virus de l'hépatite C. - *Hepatitis C Council of NSW*

VII.4.3 MÉTHADONE ET HÉPATITE C

Les effets de la méthadone peuvent soulager certains symptômes de l'hépatite C qui peuvent être douloureux. Bien qu'ils peuvent être utiles, ils peuvent camoufler les premiers signes d'un dommage au foie (s'il se développe). Les symptômes pseudo-grippaux de l'hépatite C peuvent donner l'impression que vous prenez des médicaments sous ordonnance. Si vous éprouvez des problèmes à la clinique où vous recevez votre méthadone, il serait utile de rappeler au personnel les effets compliqués des symptômes de l'hépatite C.

Si vous souffrez des symptômes pseudo-grippaux de l'hépatite C, ces symptômes ne devraient pas être confondus avec les symptômes de sevrage aux opiacés.

Les personnes devraient faire attention avec le dosage de la méthadone et elles devraient être conscientes de leur réelle tolérance aux drogues. Ceci est particulièrement important si le foie est gravement endommagé. - *Hepatitis C Council of NSW*

PARTIE VIII - COMMENT LE VHC AFFECTE MA VIE ÉMOTIVE?

VIII.1.0 QUEL EST LE LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET L'HÉPATITE?

Avant qu'elles ne soient acceptées par la communauté médicale, plusieurs maladies émergentes ont été considérées comme étant de l'hystérie, de la dépression, etc. Avant la découverte du virus de l'hépatite C en 1989, plusieurs de ses symptômes étaient associés à la dépression et bon nombre des médecins non informés considèrent encore que le VHC est habituellement asymptomatique.

Par ailleurs, les patients infectés par le VHC ont un autre problème, ils souffrent d'une dépression secondaire si leur vie a été interrompue par la maladie qui interfère avec leur travail, leur vie familiale ou leur vie sociale. Cette conséquence indirecte de la maladie peut être considérée par certains médecins comme l'indication d'une cause au lieu d'un effet des symptômes observés. Dans un article publié dans *Hepatology*, juin 2000, p. 1207 à 1211, Vol. 31, no 6, "Hepatitis C, Interferon Alfa, and Depression," les auteurs signalent que deux lignes d'évidence soutiennent une association entre le VHC et la dépression. Premièrement, les patients souffrant d'un trouble psychiatrique ont une prévalence plus élevée d'une infection par le VHC. Deuxièmement, les patients souffrant d'une infection chronique de l'hépatite C peuvent avoir une prévalence plus élevée d'un trouble psychiatrique, incluant la dépression.

VIII.2.0 TRAITER UNE MALADIE CHRONIQUE

De nombreuses personnes n'apprécient jamais leur santé jusqu'au moment où ils doivent réaliser soudainement qu'ils sont atteints d'une maladie incurable. Cet état d'esprit peut vous mettre en colère et vous rendre déprimé; de plus, il est difficile d'aller au-delà de la question «pourquoi moi?»

Selon le docteur Elisabeth Kubler-Ross, les patients passent par cinq stages d'ajustement lorsqu'ils apprennent à vivre avec une maladie chronique. Ils vivent le refus, la colère, la dépression, la négociation et l'acceptation. Tous ces sentiments sont normaux et il n'y a pas de délai précis pour passer d'un stage à l'autre et parfois les stages se chevauchent.

VIII.2.0a ACCEPTATION

Vous réalisez que vous devez ressentir de la douleur pour passer au travers. N'essayez pas de cacher la douleur physique et émotionnelle.

Ressentez la douleur et laissez-la partir. Ne craignez pas d'exprimer votre douleur.

Apprenez à rire, essayez de voir de l'humour dans votre situation et essayez de jouir des simples plaisirs de la vie.

Gardez les liens de communication ouverts. C'est utile de savoir que quelqu'un comprend ce que vous ressentez et ceci vous aide à supporter le fardeau.

Ne négligez pas de prendre un peu de temps pour vos besoins personnels. La solitude peut vous offrir une perspective personnelle, d'où vous pouvez formuler des réflexions calmes pour vous épanouir et tirer une nouvelle perspective positive de la vie.

N'hésitez pas à consulter un conseiller pour votre situation spéciale.

Certains problèmes sont trop gros pour que vous puissiez y passer au travers par vous-même.

Prenez-vous en main et réalisez que VOUS jouez un rôle dans votre maladie.

VIII.2.0b COMMENT GÉRER UNE BAISSÉ D'ÉNERGIE Consultez la section **X.3.0c** ci-dessous

VIII.2.0c IRRITABILITÉ

La colère est l'un des effets secondaires connus d'une maladie du foie. Être tout le temps malade et fatigué n'aide pas. Ce qui nous aide nous ralentit. La plupart d'entre-nous ne pouvons pas recevoir d'aide. Si nous en recevons, nous ne pourrions plus payer l'épicerie et le loyer.

Bon nombre de personnes souffrant des symptômes du VHC devraient recevoir une pension d'invalidité. Ils devraient recevoir des soins à domicile et des services de garde pour leurs enfants. Ils devraient recevoir de l'aide pour l'entretien de leur maison, pour les courses et pour la préparation des repas.

Lorsque vous êtes fatigué, que vous ressentez de la douleur, de la nausée et des étourdissements, les activités de la vie quotidienne deviennent un fardeau, Souvent, vous avez l'impression d'avoir du ciment dans vos veines. Vous vous sentez si lourd.

Alors, lorsque vous vous sentez dépassé par le système d'aide sociale, par un médecin, un commis de banque, ou toute autre personne, ce n'est pas surprenant que vous pourriez simplement exploser.

Le meilleur conseil est d'avoir un ami qui vous comprend. Joindre un groupe de soutien régional peut réellement aider.

VIII.3.0 COMMENT LE VHC PEUT AFFECTER MA VIE SEXUELLE?

Qu'est-ce qu'une vie sexuelle? ☺ Consultez "PERTE DE LIBIDO" ci-dessous.

VIII.4.0 AIDER UN AMI OU UN MEMBRE DE LA FAMILLE ATTEINT DE L'HÉPATITE C

CONSEILS POUR LES PERSONNES AYANT UN MEMBRE DE LA FAMILLE ATTEINT DE L'HÉPATITE C

N'oubliez pas :

1. Vous ne pouvez pas guérir le membre de votre famille.
2. Malgré vos efforts, les symptômes peuvent empirer, mais ils peuvent également s'améliorer.
3. Lorsque vous ressentez du ressentiment, vous donnez trop de vous-même.
4. Il peut être difficile d'accepter la maladie, comme c'est le cas pour la personne qui est malade.
5. Il peut être utile mais non nécessaire que toutes les personnes concernées acceptent la maladie.
6. Vous pouvez apprendre quelque chose sur vous-même, au fur et à mesure que vous vous occupez de la personne malade.
7. Séparez la personne du virus. Aimez cette personne, même si vous haïssez le virus.
8. Séparez les effets secondaires causés par la médication de la maladie et de la personne.

9. Ce n'est pas correct que vous soyez négligé. Vous avez des besoins et des désirs également.
10. Vos risques de contracter l'hépatite C à partir d'un simple contact ou d'une relation sexuelle avec un membre de la famille sont très faibles, du moment que vous prenez les précautions adéquates pour éviter tout contact sanguin.
11. La maladie du membre de votre famille n'est pas quelque chose dont vous devez avoir honte. En réalité, vous pouvez rencontrer de la discrimination provenant d'un public craintif.
12. Personne n'est à blâmer.
13. N'oubliez pas de garder votre sens de l'humour.
14. Il peut être nécessaire de revoir vos attentes.
15. Le fait de reconnaître le remarquable courage du membre de votre famille peut indiquer que vous tenez compte de la maladie.
16. Le membre de votre famille a droit à son propre parcours de vie, tout comme vous.
17. Une réponse de survie consiste souvent à fermer votre vie émotive. Essayez de ne pas le faire.
18. L'incapacité de parler de vos sentiments peut figer ou vous embarrasser.
19. L'incompréhension au sujet de la maladie peut causer de la confusion dans les relations familiales. Il peut être nécessaire de renégocier la manière dont certaines choses ont été faites dans votre relation, à la fois sur le plan émotif et physique.
20. Reconnaître qu'une personne a des capacités limitées ne doit pas signifier que vous n'attendez rien d'elle.
21. Vous pouvez ressentir de la tristesse au sujet de ce que vous aviez et que vous avez perdu ou au sujet de ce que vous n'avez jamais eu.
22. Après la négation, la tristesse et la colère, l'acceptation survient. À la compréhension s'ajoute la compassion.
23. Les maladies font partie du tissu de la vie.
24. Il est absurde de croire que vous pouvez corriger une maladie physique comme l'hépatite par la parole, malgré le fait de parler des complications sociales peut être utile.
25. Les symptômes peuvent changer avec le temps, alors que les troubles sous-jacents demeurent les mêmes.
26. Le trouble peut être périodique, avec des épisodes d'amélioration et de détérioration, indépendamment de vos espoirs ou de vos actions.
27. N'absorbez pas toute la responsabilité touchant les soins du membre de la famille qui est malade.
28. Soyez indulgent envers vos erreurs et celles des autres.
29. Les médecins ont des degrés différents de compétences.
30. Si vous ne pouvez pas prendre soin de vous-même, vous ne pouvez pas prendre soin d'une autre personne.
31. Les besoins d'une personne malade ne sont pas nécessairement les premiers.
32. Il est important d'avoir des limites et d'établir des limites claires.
33. Une maladie chronique affecte l'ensemble d'une famille, pas seulement la personne qui est malade.
34. C'est normal de ressentir une marmite d'émotions, comme le chagrin, la culpabilité, la peur, la colère, la tristesse, la confusion, etc. Vous êtes responsable de vos propres émotions, la personne qui est malade ne l'est pas.
35. Vous n'êtes pas seul. Le partage de vos pensées et de vos émotions avec les membres d'un groupe de soutien peut être utile et vous pouvez y trouver des solutions.
36. La maladie chronique du membre de votre famille est un traumatisme pour l'ensemble de la famille. Vous payez le prix si vous ne recevez pas de soutien et d'aide.
37. Dans votre région, aidez le groupe de soutien de l'hépatite C, ainsi que la recherche pour découvrir un traitement.

VIII.4.0a QU'EST-CE QUE JE NE DOIS PAS DIRE?

Les personnes atteintes de l'hépatite C ont tendance à entendre beaucoup de faussetés de la part de gens qui ont habituellement de bonnes intentions. Nous comprenons que la plupart des gens veulent vraiment aider, mais parfois ces personnes devraient réfléchir avant de parler.

Voici quelques exemples des pires choses que vous pouvez dire à un ami atteint du VHC :

1. Vas-tu arrêter de toujours te plaindre?
2. Tu devrais sortir et faire un peu plus d'activités physiques.
3. Tout est dans ta tête.
4. Personne n'a dit que la vie était juste.
5. Cesse de toujours te sentir mal à l'aise.
6. Il y a beaucoup de personnes qui souffrent plus que toi.
7. Tu penses que tu as des problèmes...
8. Tu devrais peut-être manger mieux et prendre des vitamines.

9. Il y a toujours quelqu'un qui souffre plus que toi.
 10. Souris un peu!
 11. Tu es toujours en train de te plaindre.
 12. Est-ce que tu pries, est-ce que tu lis la bible?
 13. Tu ne sembles pas être malade!
 14. Tout le monde sait que le VHC ne présente pas de symptôme. Tu cherches seulement un peu d'attention.
 15. Ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort.
 16. Crois-moi, je sais comment tu te sens. J'ai déjà été malade une fois.
 17. Alors, tu ne te sens pas bien. Est-ce toujours ainsi?
 18. Allez, fais un sourire!
 19. Vas dehors et prends un peu d'air frais... moi, ça me fait toujours du bien.
 20. Peu importe ton expérience avec la biopsie, l'interféron, les effets secondaires des traitements, tu DOIS suivre le traitement. Tes excuses ne m'impressionnent pas.
 21. Mais enfin... J'aimerais être un téléphage et ne pas travailler toute la journée, la vie ne serait pas si dure à vivre de cette manière-là.
 22. Je veux seulement entendre de bonnes nouvelles.
-

VIII.4.0b QUE JE DOIS DIRE?

Voulez-vous vraiment aider? Voici quelques exemples des meilleures choses que vous pouvez dire à un ami atteint du VHC :

1. Je t'aime!
 2. Je me préoccupe de toi.
 3. Tu n'es pas seul dans cette étape de ta vie
 4. Je ne vais pas te quitter ou d'abandonner.
 5. Veux-tu un câlin?
 6. Ne me dis rien, prends seulement ma main et écoutes.
 7. Je suis désolé que tu ne sentes pas bien. Je ne vais pas te quitter. Je vais prendre soin moi, tu n'as pas à t'inquiéter que ta douleur me fasse mal.
 8. Je t'écoute à ce sujet, je ne peux pas m'imaginer comment c'est pour toi. Je ne peux simplement pas m'imaginer comment ça peut être difficile.
 9. Si tu as besoin d'un ami... (et pensez-le vraiment)
 10. Y a-t-il quelque chose que je peux faire pour t'aider? (et pensez-le vraiment)
 11. Je vais à l'épicerie demain. Donne-moi ta liste et je vais prendre tout ce que tu as de besoin, je vais te l'emporter et le ranger pour toi.
 12. Ça ne me dérange pas que tu sois irascible et fatigué. Je t'aime et c'est toujours agréable de passer du temps avec toi.
 13. J'arrive dans une demi-heure avec ton souper, un film, ensuite je vais partir, alors tu n'auras pas à me recevoir.
 14. C'est correct, tu n'as pas à jouer les héros pour moi. Laisse-moi faire pendant un certain temps.
 15. C'est un cadeau que tu me fais en me laissant m'occuper de toi. Je sais que c'est difficile pour toi de demander de l'aide.
-

PARTIE IX – VIVRE AVEC LE VHC

Sachez que ce n'est pas vous. Il faut compter beaucoup de temps pour vous ajuster à vos capacités amoindries. Cet ajustement se fait plus difficilement en raison des attentes fixées par votre entourage et vous-même, alors que vous étiez habitués à votre vie normale et saine.

- Les patients trouvent souvent un point d'équilibre où ils peuvent fonctionner. Comme pour combattre toute maladie chronique, une attitude positive est essentielle.
- Soyez prêt à un certain recul de la part des gens chez qui vous pourriez attendre un soutien. Ce peut être un choc, mais lorsque vous ne pouvez plus aller jouer régulièrement aux quilles avec la gang ou lorsque vous dépendez de plus en plus des accommodations à la maison ou au travail. De plus, lorsque vous avez une condition que le médecin ne peut pas certifier ou que d'autres personnes connaissent comme étant une maladie que les «drogués» attrapent, votre monde émotif sera bien différent.
- Trouvez de nouvelles sources d'aide. Il sera important de créer une nouvelle structure familiale et un nouveau cercle d'amis où vous aurez un soutien. Il est possible de le faire avec un groupe de soutien VHC, un forum électronique, des correspondants, et par d'autres moyens.
- Vous devrez consacrer du temps pour créer une nouvelle image de vous-même, pour savoir que vos limitations physiques ne vous limitent pas en tant que personne, en tant qu'esprit, peu importe ce que les autres pensent. De plus, il est bon de suivre les conseils de ceux qui ont eu un parcours difficile avant

vous, lisez des livres comme ceux répertoriés au lien suivant : [Bibliographie : Lecture suggérée](#) : .--

PARTIE X – SUIVRE UN TRAITEMENT À L'INTERFÉRON

«Il est préférable de souffrir les piqûres de l'interféron, que d'être coupé en deux pour une transplantation.»
- Cindy Torchin cindy@cpug.org

Lors d'un traitement à l'interféron, il est important de prendre soin de vous. Certains effets secondaires peuvent en être diminués.

Quelques petits conseils peuvent faire une grosse différence sur ce que vous ressentez et le fait de connaître des moyens pour prendre soin de vous peut vous aider à avoir un meilleur moral lorsque vous pouvez ressentir que vous n'avez plus le contrôle sur tout ce qui vous arrive.

Ce sentiment est plus facile à gérer lorsque vous découvrez que vous pouvez contribuer à votre bien-être. N'oubliez pas que cette initiative personnelle n'est jamais un substitut aux soins médicaux. Assurez-vous de poser à votre médecin ou à votre infirmière toute question relative à votre médication. Vous pouvez également leur parler des effets secondaires que vous ressentez.

X.1.0 CONSEILS D'ORDRE GÉNÉRAL DE SCHERING

Pour soulager les effets secondaires de l'Intron A (interféron alfa-2b, recombiné) pour un traitement par injection, veuillez suivre ces simples conseils A-B-C :

- **Analgésiques** comme l'acétaminophène ou l'ibuprofène pour prévenir ou soulager la fièvre et les maux de tête.
- **Beaucoup de repos**, le traitement à l'Intron A vous permettra de dormir pendant les symptômes pseudogrippaux.
- **Conservez vos énergies** et essayez de vous reposer pleinement.
- **Durant le traitement** buvez beaucoup pour bien vous hydrater.
- **Équilibrez vos menus**, assurez-vous d'avoir un apport en calories suffisant dans votre régime.
- **Faites de la méditation**, soyez positif, maintenez un regard sain sur la vie.

Les effets secondaires les plus souvent associés à l'Intron A sont des symptômes qui ressemblent à ceux de la grippe et qui diminuent après les premières semaines du traitement. Ces symptômes peuvent inclure la fièvre, les maux de tête, la fatigue, la faiblesse, les frissons et les douleurs musculaires et articulaires.

D'autres symptômes fréquents sont la nausée, le manque d'appétit, la diarrhée et la perte de cheveux. En début de traitement, ils sont souvent présents et ils ne devraient pas vous alarmer. Si vous avez des questions au sujet des effets secondaires ou au sujet des médicaments, assurez-vous d'appeler votre médecin.

X.2.0 COMMENT L'INTERFÉRON AGIT?

L'interféron alpha agit d'une manière différente sur les diverses maladies qu'il traite. Dans le cas de l'hépatite C, le virus envahit et détruit les cellules hépatiques; l'interféron réduit le nombre de virus à un taux où il ne peut plus causer de dommage. L'interféron aide en stimulant les cellules immunitaires qui bloquent l'invasion. Certains patients atteints de l'hépatite ne répondent pas à l'interféron, cependant d'autres réagissent mais quelques-uns font une rechute lorsqu'ils arrêtent d'en prendre ou même pendant le traitement.

X.2.1 CE QUE L'INTERFÉRON ACCOMPLIRA :

Même si l'interféron ne guérit pas la maladie, il peut aider à mettre le virus en rémission pour un certain temps, ce qui permet à votre foie de se reposer et ce qui vous permet de vivre plus longtemps, plus confortablement.

Une étude présentée à la 50e réunion annuelle de l'AASLD (novembre 1999) a démontré que même les patients non répondeurs à l'interféron ont bénéficié de résultats positifs. Il a été démontré que l'interféron peut freiner et même annuler les fibroses des non répondeurs et de ralentir le taux de progression en réduisant l'inflammation et la charge virale.

X.2.2 ESSAIS CLINIQUES :

Votre médecin peut également vous suggérer de participer à un essai clinique pour de nouveaux traitements ou vous pouvez demander cette option à votre médecin. Les essais cliniques sont des projets de recherche soigneusement élaborés pour tester de nouveaux traitements prometteurs. Les patients qui participent à ces recherches peuvent être les premiers à bénéficier de ces nouvelles méthodes de traitement. Ces patients peuvent aussi faire une contribution importante aux soins médicaux car les résultats des études peuvent aider plusieurs personnes. Les patients participent à des essais cliniques seulement s'ils le veulent et ils sont libres de quitter à tout moment. Pour obtenir des renseignements sur les essais cliniques, veuillez consulter [l'annexe G](#).

X.2.3 VAIS-JE POUVOIR CONTINUER À TRAVAILLER PENDANT MON TRAITEMENT À L'INTERFÉRON?

La plupart des patients sont capables de travailler pendant leur traitement à l'interféron. Il peut être possible de prévoir l'horaire de vos injections, en fin de journée ou juste avant le week-end (ou au moment qui vous convient le mieux en fonction de l'apparition des effets secondaires, s'il y a lieu) pour ne pas nuire le moins possible avec votre travail.

Si le traitement à l'interféron vous fatigue beaucoup, vous pouvez essayer d'ajuster votre horaire de travail pendant un certain temps. Parlez franchement à votre employeur au sujet de vos besoins pendant la durée de votre traitement. Vous pourriez vous entendre sur un horaire à temps partiel ou vous pourriez peut-être faire un peu de travail à la maison. Selon les lois fédérales et provinciales, certains employeurs peuvent être obligés de vous permettre de travailler selon un horaire flexible pour répondre aux besoins de votre traitement.

X.2.4 COMMENT VAIS-JE SAVOIR SI L'INTERFÉRON AGIT BIEN?

Votre médecin et votre infirmière utiliseront plusieurs méthodes pour mesurer l'efficacité de votre traitement. Vous aurez à passer de fréquents examens physiques et des tests sanguins. N'hésitez pas de poser des questions à votre médecin au sujet des résultats et de vos progrès. J'aime conserver une copie de mes tests.

Alors que les tests et les examens peuvent révéler beaucoup de choses sur l'efficacité de l'interféron, les effets secondaires ne sont pas très révélateurs. Certaines personnes pensent que s'il n'y a pas d'effet secondaire, que le médicament n'est pas efficace et que s'il y a des effets secondaires, le médicament agit bien.

Les effets secondaires varient beaucoup d'une personne à l'autre, par conséquent, en avoir ou non n'est habituellement pas un signe de l'efficacité du traitement. Si vous avez des effets secondaires, il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire pour vous soulager de ces symptômes. La prochaine section de la FAQ décrit les effets secondaires les plus courants lors d'un traitement à l'interféron et vous y trouverez des conseils pour vous aider à les soulager.

Si vous lisez cette section avant de suivre un traitement à l'interféron, vous serez peut-être dépassé par l'étendue des effets secondaires répertoriés. Mais n'oubliez pas : Les effets secondaires ne touchent pas tout le monde et certaines personnes en ont presque pas, parfois aucun. De plus, la gravité des effets secondaires varie considérablement d'une personne à l'autre. Le fait que vous ayez ou non un effet secondaire particulier et son taux de gravité dépendent de votre dosage, de l'heure où vous recevez l'injection et comment votre corps réagit. Assurez-vous de parler à votre médecin et à votre infirmière au sujet des effets secondaires les plus susceptibles, de leur durée, de leur gravité possible et des soins médicaux que vous devrez recevoir pour les traiter.

X.3.0 EFFETS SECONDAIRES

X.3.0a NAUSÉE

Les nausées et les vomissements peuvent souvent être contrôlés ou au moins atténués. Si vous souffrez de cet effet secondaire, votre médecin pour choisir à partir d'une gamme toujours croissante de médicaments qui peuvent vous soulager de la nausée et des vomissements. Différents médicaments fonctionnent pour différentes personnes et il peut être nécessaire d'utiliser plus d'un médicament pour obtenir un soulagement.

Ne vous découragez pas. Continuez à consulter votre médecin et votre infirmière pour trouver le ou les médicaments qui vous conviennent le mieux.

Vous pouvez aussi essayer les idées suivantes :

- Évitez de prendre de gros repas, pour ne pas que votre estomac se sentent trop plein. Mangez de petits repas tout au long de la journée.
- Buvez au moins une heure avant ou après les repas, au lieu de boire pendant que vous mangez.
- Mangez et buvez lentement.
- Évitez de manger des aliments sucrés, frits ou gras.
- Mangez des aliments froids ou à la température de la pièce pour ne pas vous incommoder avec les odeurs fortes.
- Mastiquer bien vos aliments pour faciliter la digestion.
- Si vous avez des problèmes de nausée le matin, essayez de manger des aliments secs comme des céréales, des rôtis ou des biscottes avant de vous lever.
- Buvez des jus de fruits froids, clairs et non sucrés comme le jus de pommes ou de raisins ou des boissons gazeuses légèrement colorées comme le soda au gingembre, qui ont perdues leur effervescence.
- Sucez des glaçons, des menthes ou des bonbons acidulés.
- Essayez d'éviter les odeurs qui vous incommodez comme les odeurs de cuisson, la fumée ou les parfums.
- Préparez et congelez vos repas à l'avance pour les jours où vous n'avez pas le goût de cuisiner.
- Reposez-vous sur une chaise après avoir manger, mais attendez au moins deux heures avant de vous coucher.
- Portez des vêtements confortables.
- Respirez profondément et lentement lorsque vous avez des nausées.
- Distrayez-vous en bavardant avec vos amis ou les membres de votre famille, écoutez de la musique ou écoutez un film ou un programme à la télé.
- Sucettes glacées
- Les Sea Bands sont des bandes élastiques portées aux poignets, elles sont dotées d'une protubérance qui appuie sur les points de pression du poignet. Bon nombre de personnes les trouvent utiles pour contrôler à la fois la nausée et les étourdissements. Les Sea Bands se vendent dans la plupart des magasins de sport ou d'équipement de pêche.
- Le thé à la menthe poivrée est fantastique contre la nausée, vous pouvez également mettre une petite (très petite) goutte d'huile essentielle de menthe poivrée sur le bout de votre langue.
- Plusieurs personnes trouvent un soulagement en mâchant du gingembre confit. Le gingembre confit se vend au rayon des épices ou à la section des aliments orientaux de votre épicerie. Vous pouvez également déposer une pincée de gingembre en poudre sur le bout de votre langue ou de mâcher un morceau de racine de gingembre. Ou le boire en thé : amener à ébullition une tasse d'eau avec un morceau de racine de gingembre frais (ou 1/2 cuiller à thé de gingembre en poudre) pendant 10 minutes. Filtrez et ajoutez quelques gouttes de jus de citron.

X.3.0b PERTE DE CHEVEUX

Certaines personnes ont des pertes de cheveux comme effet secondaire à l'interféron, mais ce n'est pas toujours le cas. Il peut s'agir d'une perte minimale ou modérée, je n'ai jamais vu de personne devenir complètement chauve en raison d'un dosage pour l'hépatite.

Les cheveux repoussent lorsque le traitement prend fin. Lorsque vos cheveux commencent à repousser, ils peuvent être clairsemés, plus frisés ou plus droits que d'habitude, avant le traitement à l'interféron.

La perte de cheveux peut toucher toutes les parties du corps, pas seulement la tête. Les poils faciaux, les poils des bras, des jambes, des aisselles et la pilosité pubienne sont tous des poils qui peuvent être affectés.

La perte de cheveux ne survient pas tout de suite, elle commence souvent après quelques semaines. Lorsqu'ils tombent, les cheveux peuvent tomber graduellement ou se caser près de la peau. De plus, le cuir chevelu peut devenir douloureux. Tout cheveux qui continue à pousser peut devenir terne et sec.

Prenez soin de votre cuir chevelu et de vos cheveux :

- Utilisez des shampoings doux.
- Brossez vos cheveux à l'aide d'une brosse douce.
- Séchez vos cheveux avec un séchoir à faible température.
- N'utilisez pas de rouleau-brosse pour vous coiffer.
- N'utilisez pas de colorant capillaire ni d'ondulation permanente.
- Optez pour une coupe de cheveux courte. Les cheveux courts font paraître votre chevelure plus dense et plus fournie. Cette coupe vous aidera aussi à contrôler la perte de cheveux, s'il y a lieu.

Il y a un type des shampoings et des conditionneurs capillaires spécialement conçus pour les personnes qui suivent un traitement de chimiothérapie. Plusieurs personnes ayant reçu un traitement à l'interféron ont utilisé ces produits capillaires et ils en ont été satisfaits. Ils se vendent sous la marque «Nioxin» et ils sont seulement vendus dans les salons de coiffure.

X.3.0c FATIGUE

La fatigue est un symptôme habituel de l'hépatite et ce symptôme peut être pire lorsque vous prenez de l'interféron. Voici ce que vous pouvez faire pour vous aider à vous sentir mieux :

1. Reposez-vous beaucoup Faites des siestes au besoin pendant le jour et dormez suffisamment la nuit. Essayez de prévoir des périodes régulières de repos à chaque jour.
2. Limitez vos activités : Faites seulement les choses qui ont les plus importantes pour vous.
3. Déléguez vos tâches. Ne craignez pas de demander de l'aide lorsque vous en avez besoin. Demandez à votre famille et à vos amis de donner de leur temps, comme pour garder les enfants, faire les courses, faire le ménage ou conduire l'automobile.
4. Mangez bien, assurez-vous d'avoir une bonne alimentation. santé
5. Lorsque vous êtes assis ou couché, levez-vous lentement. Ceci vous aidera à prévenir les étourdissements.
6. Ne vous tenez pas debout lorsque vous pouvez vous asseoir.
7. Préparez vos activités et rassemblez tout ce dont vous aurez besoin avant de commencer.
8. Revoyez vos activités quotidiennes pour les faire seulement trois ou quatre fois par semaine pour vous permettre de vous reposer chaque jour.
9. Utilisez un chariot, un wagon ou un panier pour transporter des choses d'une partie de la maison à une autre pour éliminer le besoin de refaire vos pas.
10. Soyez assis lorsque vous vous rasez ou que vous vous maquillez dans la salle de bains. Placez vos coudes sur le comptoir lorsque vous le pouvez.
11. Utilisez de l'eau tiède pas trop chaude pour vos bains ou vos douches. L'eau chaude favorise la fatigue musculaire.
12. Si vous êtes très fatigué, n'oubliez pas de demander à votre médecin un autocollant pour personne handicapée pour votre voiture.
13. Faites votre magasinage lorsque vous êtes frais et dispo.
14. Lorsque vous êtes seul pour faire vos courses, demandez au commis d'épicerie de transporter vos sacs.
15. Lorsque vous arrivez fatigué à la maison après avoir fait l'épicerie, rangez seulement les denrées périssables. Un membre de la famille ou un ami pourra s'occuper du reste.
16. Magasinez par téléphone lorsque c'est possible.
17. Évitez les heures de pointes.

X.3.0d PROBLÈMES BUCCAUX

Si la sécheresse de votre bouche vous nuit lorsque vous mangez, essayez ces trucs :

- Demandez à votre médecin si vous pouvez utiliser de la salive artificielle pour humecter votre bouche.
- Buvez beaucoup de liquides
- Sucez des glaçons, des sucettes glacées ou des bonbons acidulés. Vous pouvez aussi mâcher de la gomme sans sucre.
- Humectez vos aliments secs avec du beurre, de la margarine, de la sauce ou du bouillon.
- Trempez vos croustilles et autres aliments secs dans des sauces douces.
- Utilisez du baume si vos lèvres sont sèches.
- Évitez les aliments ayant beaucoup de condiments (chili, sel, acidité).
- Si possible, consultez votre médecin avant de commencer votre traitement à l'interféron, pour un nettoyage et le traitement de tout problème : carie, abcès, gingivite ou ajustement d'un appareil dentaire.
- Brossez vos dents après chaque repas. Utilisez une brosse à dents douce et brossez-vous doucement les dents car un brossage trop rude peut endommager les gencives.
- Si vos gencives sont trop sensibles pour un brossage doux, utilisez des cotons-tiges ou un gaze à pansements. Utilisez de la pâte dentifrice non abrasive ou une pâte à base de bicarbonate de potassium et de l'eau.
- Rincez à fond votre brosse à dents après chaque usage et rangez là dans un endroit sec.

Le rince-bouche MAGIC MOUTHWASH

Le rince-bouche Magic Mouthwash a été développé à Duke et il est fait à partir des ingrédients suivants, que tout pharmacien peut mélanger :

Numéro NDC.....	Quantité métrique
00143-1254-01	6.00 Hydrocortisone 20 mg en cachet
000536-1220-85	60.00 Nystatin 100000 U/mL Susp (un antifongique)
99999-9999-99	420.00 Benedryl

Peppermint Patti suggère d'autres mélanges :

Première recette de Magic Mouthwash

- 1/3 Maalox
- 1/3 Benadryl liquide
- 1/3 lidocaïne visqueuse 2% solution

(Vous pouvez acheter du Benadryl et du Maalox à la pharmacie en vente libre. J'ai eu facilement une prescription pour du Lidocaïne à la clinique sans rendez-vous lorsqu'ils ont vu ma bouche)

Deuxième recette de Magic Mouthwash

- 1/3 prednisone en sirop 5mg/5mL
- 1/3 Benadryl liquide
- 1/3 Nystatin liquide

X.3.0e INFECTIONS

L'interféron peut réduire le nombre de globules blancs, qui aident le corps à combattre les infections. Votre médecin vérifiera souvent le nombre de vos globules blancs lors de votre traitement à l'interféron. Et si vous n'avez pas assez de globules blancs, votre médecin peut réduire le dosage de l'interféron pendant un certain temps pour permettre à votre corps à reconstituer ses défenses.

Lorsque le taux de vos globules blancs est inférieur à la normale, il est très important d'essayer de prévenir les infections en prenant les mesures suivantes :

- Lavez vos mains souvent pendant la journée. Assurez-vous de les laver à fond avant de manger, avant et après d'utiliser les toilettes.
- Lavez votre région rectale doucement mais correctement après chaque selle. Demandez à votre médecin ou à votre infirmière des conseils si cette région devient irritée ou si vous avez des hémorroïdes.
- Tenez-vous loin des personnes qui ont des maladies infectieuses, comme le rhume, la grippe, la rougeole, la varicelle. De plus, évitez les foules.
- Ne coupez pas ou n'enlevez pas les cuticules de vos ongles. Utilisez une crème pour les cuticules.
- Faites attention pour ne pas vous couper ni vous égratigner lorsque vous utilisez des ciseaux, des aiguilles ou des couteaux.
- Utilisez un rasoir électrique pour prévenir les irrptions ou les coupures cutanées.
- Utilisez une brosse à dents qui ne va pas endommager vos gencives.
- Si vous avez des boutons, ne les pincez pas et ne les grattez pas.
- Utilisez de l'eau tiède pas trop chaude pour vos bains, vos douches ou pour vous éponger quotidiennement.
- Épongez doucement votre peau à l'aide d'une serviette pour vous sécher. Ne frottez pas.
- Utilisez une lotion ou de l'huile pour adoucir votre peau et la guérir si elle devient sèche et gercée.
- Nettoyez vos coupures et éraflures immédiatement avec de l'eau chaude, du savon et un antiseptique.
- Portez des gants pour protéger vos mains lorsque vous faites du jardinage ou que vous vous occupez d'un animal domestique.
- N'obtenez pas tout de suite de vaccin sans avoir vérifié auprès de votre médecin en premier si c'est correct.

Même si vous faites très attention, vous avez toujours un risque de contracter une infection. Soyez attentif aux symptômes d'une infection possible et examinez votre corps régulièrement pour déceler ces signes, particulièrement les yeux, le nez, la bouche et les régions génitales et rectales. Les symptômes d'une infection sont les suivants :

- Fièvre de plus de 100 degrés F
- Frissons
- Transpiration
- Selles molles
- Sensation de brûlure lorsque vous urinez.

- Toux sévère ou voix rauque
- Pertes vaginales inhabituelles ou démangeaisons vaginales
- Rougeur ou oedème, particulièrement près d'une blessure, d'un bouton ou d'un furoncle.

Signalez immédiatement tout signe d'infection à votre médecin.

X.4.0 IMPORTANCE DE L'EAU

Il est très important de boire toute la quantité d'eau que vous pouvez, et d'en boire encore plus, lorsque vous avez un traitement à l'interféron. En plus de réduire considérablement la gravité des effets secondaires, l'eau réduit également les dangers d'une infection rénale due à la déshydratation. Le lait, les boissons gazeuses, le thé ne comptent pas

Vous avez besoin de boire de l'eau pure

X.5.0 VOYAGER TOUT EN SUIVANT UN TRAITEMENT À L'INTERFÉRON

À l'aéroport, l'interféron ne sera pas affecté par les rayons-X. Si vous êtes inquiet, vous pouvez le garder dans une de vos poches et passer le portique de détecteur de métaux. Depuis l'horreur du 11 septembre, il est préférable d'avoir avec vous votre prescription pour expliquer la raison que vous transportez des seringues.

Pour garder l'interféron au frais, vous pouvez le placer dans une bouteille Thermos ou de le placer dans un sac à lunch avec un bloc réfrigérant, enveloppez l'interféron avec une feuille de papier journal pour ne pas qu'il soit directement en contact avec la glace. Avec cet arrangement, l'interféron devrait rester au frais pendant quelques jours. **Ne placez pas** de glace dans un contenant Thermos en verre. Le verre pourrait se briser (j'en ai fait l'expérience). Si possible, utilisez un Thermos en acier inoxydable. Je ne sais pas s'ils sont bons, mais ils sont incassables.

À l'hôtel, vous n'avez qu'à remplir le seau à glace et d'y poser un verre contenant les bouteilles d'interféron sur le dessus de la glace pour ne pas que la glace fondue ne mouille l'interféron.

X.6.0 HORAIRE DES INJECTIONS

Schering (le fabricant de l'Intron-a) recommande que vous vous donniez vous-même les injections le soir pour vous permettre de dormir pendant les effets secondaires les plus forts.

Il est préférable de tenir un journal des moments où les effets secondaires sont les plus désagréables et de planifier vos injections pour qu'elles correspondent votre période de sommeil. Cette méthode peut même obliger certaines personnes à effectuer leurs injections le matin.

X.7.0 CONSEILS AU SUJET DES INJECTIONS

1. Nettoyez la surface de travail.
2. Ayez des tampons imbibés d'alcool, un pansement, une aiguille, votre contenant pour aiguilles souillées et vos instructions à portée de la main.
3. Prenez une seringue ou un flacon à l'endroit où vous allez procéder à l'injection et laissez le reste dans le réfrigérateur.
4. Réchauffez la seringue ou le flacon en le faisant rouler entre vos mains pendant une minute environ.
5. Lavez vos mains avec du savon et de l'eau.
6. Fixez l'aiguille à la seringue, si ce n'est pas déjà fait, puis tournez-la pour la verrouiller. Installez le matériel sur votre surface de travail.
7. Choisissez un site d'injection, nettoyez-le avec tampon imbibé d'alcool, commencez à l'endroit où vous allez procéder à l'injection et utilisez un mouvement circulaire en partant de ce point vers quelques pouces à l'extérieur.
8. Essuyez le bec de la bouteille avec de l'alcool également.
9. Lorsque vous êtes prêt à faire l'injection, tirez sur l'embout protecteur de l'aiguille.

10. SERINGUES PRÉMÉLANGÉES : (Passez au paragraphe suivant si vous faites vous-même votre mélange)

Pointez l'aiguille vers le haut et faites vaciller la seringue près de la fiole avec votre doigt pour que les bulles d'air montent à la surface. Faites les sortir avec le piston.

10. TROUSSE À MÉLANGER VOUS-MÊME :

Remplissez la seringue : Enlevez le capuchon de la seringue En tenant la fiole d'une main et la seringue dans l'autre main, rapprochez vos mains pour percer le centre de la fiole sans émousser l'aiguille. Tournez la fiole à l'envers et soutenez le IFN. Faites sortir l'air (en ayant toujours la fiole et la seringue à l'envers). Remplissez la fiole jusqu'à la dose complète en faisant sortir les bulles d'air à l'occasion. Il m'est déjà arrivé de dépasser un peu le niveau de la dose, alors si c'est une dose de 3mil. Au lieu de 05cc, je me rends à deux marques au-dessus de 0,5cc. Enlevez l'aiguille de la fiole. En tenant la seringue, aiguille vers le haut, poussez sur le piston jusqu'au bon niveau (par ex. .5cc). Ceci élimine l'air se trouvant dans l'aiguille.

11. Tenez la seringue comme un crayon, avec l'ouverture de l'aiguille vers le haut.

12. D'une main, pincez la peau, le gras de la peau, au point d'injection. Le plus rapidement possible, poussez l'aiguille dans la peau, en ayant la seringue dans un angle de 45 degrés avec la peau. Lorsque la peau rentre rapidement dans la peau, c'est moins douloureux. (Un autre truc c'est de prétendre que c'est une punaise. Placez l'aiguille sur votre peau et dites-vous que les nerfs sont à la surface de la peau et que l'aiguille est déjà là. Si vous poussez davantage, vous n'aurez pas plus mal que lorsque l'aiguille était contre votre peau. Poussez sur l'aiguille. Ça fonctionne pour moi, je n'ai pas peur de manquer mon coup. --Joan)

Retirez la seringue en ligne droite. Vous ne saignerez pas si vous ne tournez pas l'aiguille en dansant le twist. Jetez la seringue dans le contenant à aiguilles souillées. Recouvrez le point d'injection d'un bandage.

Ce qui peut arriver après une injection :

Parfois, il y a quelques gouttes de sang après une injection. C'est probablement parce que vous avez brisé quelques vaisseaux capillaires ou une petite veine. Ce n'est rien de grave, couvrez d'un pansement et laissez coaguler.

Il est fréquent d'avoir des ecchymoses après une injection. Vous pouvez éviter les ecchymoses et les saignements si vous sélectionnez un point d'injection ne présentant pas de veines rouges ou bleues visibles.

Le lendemain suivant l'injection, il est normal d'avoir un peu de rougeur au point d'injection. Les dimensions de ces rougeurs peuvent être de la grandeur d'un dix sous à la grandeur d'un dollar en argent et elles peuvent être sensibles. Il est normal qu'une petite région soit sensible, mais si cette région est grosse et douloureuse et qu'elle semble être infectée, consultez votre médecin.

Sites : La plupart des gens vont s'injecter dans les mollets. Certaines personnes trouvent que la région abdominale inférieure (*pas* autour du nombril) est le site d'injection le moins douloureux.

Les contenants à aiguilles souillées: Vous devriez en recevoir un, soit au moment où vous recevez votre interféron (à la pharmacie ou à la livraison à domicile) ou lorsque vous consultez votre médecin. Si vous en n'avez pas, utilisez une bouteille de boisson gazeuse imperforable où vous pouvez temporairement déposer vos aiguilles souillées, jusqu'à ce que vous les apportiez à votre médecin et que vous demandiez ce qu'il faut faire avec ces aiguilles. Si vous le faites assez souvent, quelqu'un va finalement comprendre que vous avez besoin d'un vrai contenant pour aiguilles et objets pointus. Si vous avez des enfants ou des chats, placez votre contenant à un endroit verrouillé. Le trou est invitant pour les petites mains et les pattes.

Certains préfèrent geler le point d'injection avant de procéder. Un contenant réfrigérant (ou un sac de pois surgelés) placé sur le point d'injection pendant quelques minutes avant l'injection peut rendre la procédure relativement sans douleur.

Pour prévenir la formation d'ecchymoses, certaines personnes recommandent d'utiliser seulement la moitié du diluant fourni (Ne s'applique pas dans le cas des seringues pré-mélangées).

Si vous éprouvez un problème à faire votre injection, demandez un injecteur automatique B-D ou un Inject-Ease.

Ces articles coûtent environ 25\$ et ils en valent la peine. Vous n'avez qu'à charger la seringue dans l'injecteur automatique et de pousser sur un bouton. Avec l'injecteur automatique, l'injection est habituellement sans douleur et vous pouvez choisir plus facilement un point d'injection en vous donnant plus de points sur votre mollet ou ventre.

X.8.0 À L'AIDE! JE PENSE QUE JE VIENS D'ATTEINDRE UNE VEINE!

C'est probablement le cas, si, lorsque vous retirez l'aiguille, vous saignez et avez des ecchymoses. À moins que vous vous êtes injecté dans le cou et que vous avez atteint la jugulaire, vous n'avez pas de problème! Cependant, même avec la taille des aiguilles que nous utilisons, il serait difficile d'avoir un problème de saignement. La peau est riche en réserve de sang, alors ce n'est qu'une question de temps avant que vous touchiez à quelque chose qui saigne ou qui produise des ecchymoses (en plus de la réaction normale à l'interféron).

Normalement, si vous avez atteint une veine, vous n'aurez aucun doute car le sang a tendance à monter rapidement dans l'aiguille. Si vous voyez seulement une ecchymose ou quelques gouttes de sang, vous avez probablement atteint des vaisseaux capillaires et vous n'avez pas à vous inquiéter.

La seule chose importante à faire si vous saignez après une injection, c'est de couvrir le point d'injection d'un pansement. Même chez les patients qui suivent un traitement à l'interféron à long terme, le facteur de coagulation est suffisant pour que le saignement cesse en quelques minutes. Le pansement vise à ce que tout soit propre. L'interféron est donné par injection intramusculaire et par injection intraveineuse pour d'autres raisons, alors même si vous avez réellement atteint une veine ou un vaisseau sanguin, l'interféron ne vous fera pas mal.

Cependant, il faut éviter d'injecter de l'interféron par voie intraveineuse, car l'interféron est très irritant et il peut causer une légère phlébite (inflammation de la veine) De plus, ce sera douloureux au début, lorsque la réaction commencera, avec de l'oedème et des rougeurs. Si jamais cela vous arrive, mettez premièrement une compresse froide pour réduire l'oedème et prenez votre antidouleur habituel. Si au bout de 24 heures, l'oedème est pire et que la douleur et les rougeurs augmentent, appliquez des compresses chaudes et appelez votre médecin ou rendez-vous à l'urgence.

X.9.0 QUE DOIS-JE FAIRE SI JE TROUVE QUE L'INTERFÉRON EST TROP DISPENSIEUX?

Schering-Plough, les fabricants de l'Intron-A, un interféron alpha 2b recombiné, offre un programme d'aide, le «Commitment to Care». Ce programme vise à aider les patients ayant besoin de l'interféron mais qui n'ont pas les ressources monétaires pour le payer. Ce programme se base sur une échelle en fonction de votre revenu. Les coûts varient en fonction de l'échelle qui indique ce que vous pouvez déboursier, dans certains cas ils peuvent être gratuits Au départ, ils vont essayer de trouver des programmes offerts dans votre État ou votre province pouvant vous aider et s'ils n'en trouvent aucun, ils vont établir ce que vous pouvez payer et absorber le reste des coûts.

Aux États-Unis : Composez le 1 800 521-7157, poste 147 pour rejoindre le programme «Commitment to Care».

Une entrevue d'une durée d'environ une demi-heure aura lieu. Voici quelques questions qui vous seront posées :

- Le nom et l'adresse du médecin prescripteur et le dosage que vous utiliserez
- Date à laquelle vous avez été diagnostiqué
- Votre revenu (vous aurez à transmettre par télécopieur des formulaires d'impôt ou un talon de chèque de paye comme preuve de revenu)
- Nombre de personne vivant sous votre toit.
- Pourquoi vous ne pouvez pas payer
- Le montant de votre loyer ou de votre hypothèque
- Tous les prêts en cours
- Le montant accumulé sur votre carte de crédit
- Le montant de vos placements

Au Canada :

PegCARE est un programme de remboursement qui vise à aider les personnes qui n'ont pas l'aide d'une tierce partie pour contribuer au paiement des frais pour leur franchise pour leur traitement. Il est calculé au prorata, ainsi plus le revenu familial d'une personne est faible, plus élevé sera le montant de leur contribution. Ainsi, une personne a un revenu familial inférieur à 30 000\$, elle sera entièrement remboursée. Plus le revenu est élevé, moins élevé sera le pourcentage remboursé, jusqu'à un revenu maximal de 100 000\$

Les patients doivent être inscrits à Fair Pharmacare pour être admissibles et ils doivent également fournir une copie du Te de l'année précédente pour montrer le niveau du revenu.

Chaque médecin traitant et infirmière s'occupant de l'hépatite ont ces formulaires à leur disposition. De plus, ils peuvent appeler à un numéro sans frais pour obtenir de l'aide ou poser des questions au sujet du

formulaire à remplir. Le formulaire est composé d'une seule page et il est facile à remplir. PegCARE : 1 800-603-2754

Le **PegAssist** est un programme de remboursement qui fournit de l'aide relative à la coordination du remboursement aux patients qui ont une prescription de Pegasys ou de Pegasys RBV. Ce programme aidera le patient à obtenir les fonds nécessaires pour lui permettre de commencer le traitement, de le poursuivre et de le compléter avec succès.

Les spécialistes du programme d'aide au remboursement PegAssist sont disponibles du lundi au vendredi, de 10 h à 18 h, HNE, au numéro suivant : 1-877-PEGASYS ou 1-877-734-2797. Les patients peuvent également obtenir un formulaire d'inscription au programme auprès de leur infirmière ou médecin pour participer au programme.

Ce programme fournit de l'aide aux patients admissibles en réduisant toute barrière financière pouvant empêcher un patient à commencer un traitement, par exemple, les franchises ou les co-paiements.

En collaboration avec CALEA Pharmacy, le programme peut livrer le médicament à la résidence des patients ou à la clinique.

Ces préoccupations seront traitées :

- Je ne sais pas qui assume les frais de mon traitement.
- Je ne pense pas que je suis couvert
- Je ne suis pas couvert pour ce traitement et je ne suis pas en mesure d'assumer les frais moi-même.
- J'ai de l'assurance, mais je ne suis pas en mesure d'assumer ma part de paiement ou ma franchise.
- J'ai de l'assurance, mais je ne suis pas couvert pour le Pegatron.
- Le programme gouvernemental est trop compliqué, je ne le comprends pas.
- Mon programme gouvernemental paie une portion du traitement je ne peux pas payer le reste.
- Ils me disent que mon traitement n'est pas couvert. Que dois-je faire maintenant?

Aux États-Unis également : IV ONE (800) 892-9622

Appelez pour obtenir de l'aide financière pour les coûts reliés au traitement à l'interféron. Cet organisme acceptera tout montant que votre compagnie d'assurance versera comme couverture complète dans la plupart des cas. Pour les dosages supérieurs à 3 millions d'unités, votre médecin doit écrire une demande spéciale à votre compagnie d'assurance en premier.

Ils enverront votre prescription en seringues pré-mélangées, les tampons d'alcool, les pansements, ainsi qu'un contenant pour les aiguilles souillées, à chaque mois par FedEx. La livraison se fait à l'échelle nationale, ainsi l'emplacement de leur bureau n'empêche personne à utiliser leur service.

Le personnel est disponible à toute heure du jour pour répondre à vos questions ou pour vous conseiller au besoin. ---

PARTIE XI – LE TRAVAIL ET L'INVALIDITÉ

XI.1.0 LA SÉCURITÉ DU REVENU : EMPLOI ET PRESTATION D'INVALIDITÉ

Nota : *Il y a une section pour les Canadiens dans cet ouvrage. Vous pouvez également trouver des réponses dans la liste de messages HepCAN et dans le hepc.bull.*

XI.1.1 COMMENT PUIS-JE TRAITER LES PROBLÈMES AU SUJET DE MON TRAVAIL?

- Si votre travail va ou peut probablement être affecté par votre maladie, vous aurez à renseigner votre patron au sujet de votre condition. Faites-le rapidement.
- Vous pouvez avoir besoin de leur soutien plus tard si d'autres problèmes surviennent. Ainsi, il sera plus facile de les informer lorsque vous êtes encore relativement productif et crédible.
- Vous devez comprendre que vous devrez peut-être apporter des changements importants : un changement de travail ou peut-être une perte involontaire de votre travail et un passage vers les prestations d'invalidité.
- Prenez garde au piège pouvant vous faire perdre des prestations d'invalidité importantes si vous décidez de travailler à temps partiel. Plusieurs patients infectés par le HCV dont l'état de santé se dégradait ont

dû passer au travail à temps partiel pour pouvoir conserver leur poste avec leur employeur. Par la suite, lorsque leur santé se dégrade encore plus et qu'ils doivent recourir aux prestations d'invalidité ils découvrent trop tard qu'ils ne peuvent pas vivre avec les prestations offertes aux employés à temps partiel, alors que s'ils travaillaient encore à temps plein lors de leur demande, le montant de leur prestation d'invalidité serait beaucoup plus viable. Faites attention.

XI.1.2 QUELS SONT LES PROBLÈMES POSSIBLES LORS DE LA DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ?

Aux États-Unis, vous pouvez obtenir pour 20,00\$ un livret d'information sur l'invalidité destiné aux personnes qui demandent de l'aide sociale : **Physicians' Disability Services, Inc., P. O. Box 827, Arnold, Maryland 21012**

XI.1.3 FAIRE UNE DEMANDE DE SSI / SSDI

Selon la Social Security Administration's SSA numéro de publication 05-10029 avril 1995, le terme «invalidité» se définit comme suit : -{-}

L'invalidité selon la Social Security se base sur votre incapacité à travailler. Vous serez considéré comme étant invalide si vous ne pouvez pas effectuer les tâches pour lesquelles vous êtes qualifié et si votre invalidité est prévue durer au moins un an ou donner lieu à un décès.

1. Travaillez-vous? Si vous travaillez et que votre salaire mensuel est supérieur à 500 \$, vous n'êtes généralement pas considéré comme étant invalide.
2. Est-ce que votre condition est grave? Pour que votre demande soit considérée, la dégradation de votre état de santé doit nuire aux activités de base reliées à votre travail.
3. Est-ce que votre condition est répertoriée dans la liste des incapacités?
Nous maintenons une liste des incapacités pour chaque partie importante du corps, qui sont tellement graves qu'elles signifient automatiquement que vous êtes invalide. Si votre condition médicale se trouve sur cette liste, nous devons décider si elle sa gravité correspond à celle des incapacités répertoriées. Si c'est le cas, votre demande est approuvée. Dans la négative, nous passons à l'étape suivante.
4. Pouvez-vous effectuer le même travail que vous faisiez auparavant? Si votre condition est grave, mais pas assez par rapport à la liste des incapacités, nous devons déterminer si elle nuit à votre capacité d'effectuer le travail que vous faites depuis les 15 dernières années. Si ce n'est pas le cas, votre demande est refusée. Si c'est le cas, votre demande sera étudiée davantage.
5. Pouvez-vous accomplir tout autre type de travail? Si vous ne pouvez pas faire le travail que vous avez effectué depuis les 15 dernières années, nous allons alors essayer de voir si vous pouvez occuper un autre type de travail. Nous évaluerons votre âge, votre éducation, votre expérience de travail et les compétences transférables et nous examinerons les exigences du poste établies par le ministère du travail.

Si votre état de santé ne vous permet pas de faire aucun type de travail, votre demande sera approuvée.

Si vous pouvez occuper un autre poste, votre demande est refusée.

Pour obtenir de l'information du Social Security Administration, composez le 1 800 772-1213.

XI.1.4 Comment faire approuver votre demande d'invalidité : 15 Mistakes You Cannot Afford to Make! *par Scott E. Davis, Esq. et Scott M. Harris, Esq.(Quinze erreurs à ne pas commettre!)*

Cet article est reproduit avec l'autorisation de Hep C Connection de Denver Colorado. Bien que cet article ait été écrit pour la population des États-Unis, les problèmes soulevés s'appliquent également aux demandes d'invalidité présentées au Canada. Cependant, au Canada, il existe un réseau d'avocat populaire, de techniciens juridiques et d'avocats de l'aide juridique qui peuvent vous représenter gratuitement si vos ressources monétaires sont limitées.

Erreur n° 1 : Croire que la SSA vous dit la vérité.

Malheureusement, certains conseils que les employés de la Social Security Administration (SSA) fournissent aux gens sont erronés. Alors, si vous n'êtes pas content de ce que l'employé de la SSA vous dit au téléphone, vous serez content de savoir qu'il peut se tromper. Le problème, c'est que bon nombre de personnes ne présentent pas de demande d'invalidité pendant un certain nombre

d'années (et ils se privent des prestations qu'ils méritent) simplement parce qu'un employé de la SSA lui a donné le mauvais renseignement.

Conseil : Ne vous découragez pas au sujet de votre demande, un avocat en invalidité étudiera avec vous votre cas. Les avocats en invalidité connaissent plus la loi que les employés de la SSA et ils vous donneront les bons renseignements.

Erreur n° 2 : Prendre pour acquis que la Social Security Administration va accepter votre demande.

Plusieurs personnes pensent qu'étend donné qu'ils ont contribué à la SSA, leur demande devrait être acceptée rapidement sans problème. Bon nombre de personnes pensent qu'il faut simplement remplir une demande et suivre la procédure. Mais ce n'est pas le cas. La SSA refuse dans une proportion de 70 à 75 % les demandes présentées pour la première fois. La SSA refuse dans une proportion de 82% les demandes présentées pour reconsidération. Cependant, il est bon de savoir que plus de la moitié des cas (53 %) sont approuvés à l'échelle nationale lorsqu'ils sont présentés devant des juges.

Conseil : Allez en appel pour chaque refus dans les 60 jours suivant de la réception Établissez un dossier solide en comprenant les demandes d'information de la Social Security. Assurez-vous de bien présenter votre cas.

Erreur n° 3 : Croire que les formulaires que vous remplissez vont vous aider à gagner.

Habituellement, ils ne vont pas vous aider : Des demandeurs ont nuit à leur cas en exagérant sur ce qu'ils pouvaient faire. Dans la plupart des cas, la SSA et les juges peuvent se fier principalement sur les dossiers médicaux, ainsi que sur l'opinion de votre médecin, de votre psychiatre ou sur votre psychologue au sujet de votre capacité à travailler à temps plein. Si le juge n'est pas satisfait avec vous, s'il ne croit pas ce que vous lui dites ou s'il cherche une raison pour refuser votre demande, il peut chercher des écarts dans les réponses que vous lui avez fournies auparavant sur les formulaires. Par exemple, si vous répondez d'une manière sur le formulaire et que vous dites autre chose lors de l'audience, le juge peut utiliser la réponse du formulaire pour défaire votre crédibilité et fonder le refus de votre demande.

Conseil : Lorsque vous remplissez des formulaires, soyez honnête, précis et bref! Vous devez toujours répondre à la question à l'espace destiné à cet effet, n'écrivez pas sur des feuilles supplémentaires ou dans les marges. De plus, il est important de faire comme si vous étiez de retour à un travail à temps plein sur une base régulière (8 heures par jour, 5 jours par semaine) lorsque vous répondez aux questions au sujet de ce que vous êtes capable de faire.

Erreur n° 4 : Croire que vos symptômes médicaux ou psychologiques seront suffisants pour que le juge approuve votre demande.

C'est faux. Vous devez fournir un dossier médical détaillé, qui document vos symptômes et vos limitations, ainsi que l'opinion précise de votre médecin, psychiatre ou psychologue si vous voulez faire approuver votre cas. Ces opinions apporteront seulement du poids à votre demande si vous avez reçu un traitement médical continu et constant. Si vous ne rencontrez pas régulièrement votre médecin, vous n'aidez pas votre cas!

Conseil : Il est important que vous receviez un traitement et des soins médicaux continus et constants pour que vous puissiez remettre à la SSA et au juge un dossier médical à jour et complet qui supportera l'opinion de votre médecin.

Erreur n° 5 : Croire que votre diagnostic vous permettra d'obtenir gain de cause.

Il ne va pas. Cependant, il est vrai que la SSA a besoin d'un diagnostic. Mais la SSA a également besoin d'une preuve médicale que votre diagnostic cause des limitations qui sont si importantes qu'elles ne vous permettent pas de travailler à temps plein sur une base régulière.

Conseil : Les demandes d'invalidité sont gagnées selon vos limitations, non pas selon vos symptômes. Assurez-vous de fournir un dossier médical détaillé, dans lequel votre médecin indiquera vos symptômes, le diagnostic et vos limitations.

Erreur n° 6 : Croire que la SSA sera persuadée par n'importe quel type de traitement médical que vous avez choisi.

Non, elle ne le sera pas. Vous pouvez choisir tous les types de traitements alternatifs et holistiques que vous désirez. Après tout, vous pouvez faire tout ce que vous voulez pour essayer d'être mieux. Cependant, n'oubliez pas que la SSA et les juges sont habituellement persuadés par les médecins conventionnels (médecin, ostéopathe et psychologue) et par la manière dont vous n'avez répondu au traitement conventionnel. Si vous ne prenez pas de médicament ou si vous ne recevez pas de traitement administré par un médecin conventionnel, vous pouvez nuire à votre demande.

Conseil : Pour que votre demande soit acceptée, essayez d'épuiser tout traitement médical que vos médecins conventionnels vous recommandent, pour ainsi prouver que malgré ces traitements, vous ne pouvez toujours pas continuer à travailler à temps plein sur une base régulière.

Erreur n° 7 : Croire que l'opinion de votre médecin de famille et la seule que vous avez besoin.

Ce n'est peut être pas un bon choix, dépendamment de votre diagnostic. Si votre diagnostic est habituellement fait et traité par un spécialiste vous devriez être traité par un spécialiste agréé par un spécialiste détenteur d'un certificat et par votre médecin de famille. D'un point de vue légal, vous voulez montrer au juge que votre diagnostic est exact et que vous recevez les meilleurs soins médicaux possibles. Vous avez un cas plus solide lorsque votre médecin est un spécialiste qui est qualifié et qui a de l'expérience avec des patients qui ont votre condition. La loi de la Social Security accorde généralement plus de poids à l'opinion d'un spécialiste que celle d'un médecin généraliste. Par conséquent, la SSA et le juge vont examiner plus en détail les compétences du médecin qui donne son opinion.

Conseil : Obtenez votre traitement médical d'un spécialiste car il a davantage de compétences et d'expérience qui vous aideront à gagner votre cause. Nota : Si vous êtes membre d'une organisation de soins de santé intégrés et que vous ne pouvez pas obtenir les soins d'un spécialiste, consultez votre avocat en invalidité qui vous aidera à obtenir le traitement approprié.

Erreur n° 8 : Croire que votre médecin vous aidera dans votre demande de prestations d'invalidité.

Il peut ne pas vous aider. Certains médecins refusent d'aider leurs patients avec leur demande de prestations d'invalidité. Bon nombre de médecins ne connaissent pas la définition d'invalidité de la SSA et ils pensent qu'une personne doit être alitée pour être invalide. En général, les médecins sont très conservateurs dans leur opinion au sujet de la capacité à travailler d'un patient. Étant donné que la SSA et un juge voudront savoir si votre médecin supporte votre demande, il est très important que vous ayez les mêmes renseignements! Après avoir établi une relation avec votre médecin, vous devriez discuter avec lui du fait que vous avez présenté une demande d'invalidité. Demandez-lui s'il va appuyer votre demande, s'il ne va pas vous aider, vous devriez envisager consulter un autre médecin car son opinion ne va probablement pas changer! Il est très important que votre médecin appuie le fait que vous ne pouvez pas travailler à temps plein sur une base régulière!

Conseil : Dès que possible, vous devriez savoir si votre médecin appuie votre demande d'invalidité. Dans le cas contraire, pensez à trouver un médecin plus compréhensif qui vous aidera. Il est possible d'obtenir une référence en participant à un groupe de soutien local pour les personnes qui ont le même diagnostic que vous.

Erreur n° 9 : Croire que vous devez consulter un médecin de la SSA pour un examen médical.

Souvent, la SSA veut qu'un demandeur soit examiné par un médecin/psychiatre/psychologue choisi par la SSA. Malheureusement, le médecin n'est pas réellement indépendant et il effectue plusieurs de ces examens pour la SSA à chaque mois. Selon mon expérience, la plupart du temps, le médecin va conclure que vous n'êtes pas invalide et que vous pouvez retourner au travail. Une fois que son opinion est versée à votre dossier, la SSA et un juge auront assez d'évidences pour refuser votre demande.

Voici de bonnes nouvelles : Les règlements de la SSA permettent à votre médecin d'effectuer un examen d'invalidité et la SSA devrait assumer au moins la moitié des frais de cet examen. Évidemment, si votre médecin appuie votre demande d'invalidité, il va probablement conclure que votre condition nuit à votre capacité à travailler. Une fois que le rapport d'examen de votre médecin est versé à votre dossier avec une conclusion indiquant que vous êtes invalide, la SSA et un juge pourront avoir assez de renseignements médicaux pour approuver votre demande.

Conseil : Cette stratégie est seulement possible si vous êtes certain que votre médecin appuie votre demande et qu'il est prêt à effectuer l'examen. Si vous n'avez pas de médecin ou si votre médecin ne va pas effectuer l'examen, vous devez vous tourner vers un médecin de la SSA ou courir le risque de voir votre demande refusée ou votre dossier fermé. Cette stratégie devrait être utilisée seulement par un avocat en invalidité, en raison des règlements complexes impliqués auxquels il faut respecter.

Erreur n° 10 : Croire qu'il faut attendre une année entière avant de faire une demande d'invalidité.

C'est faux. Selon la loi de la SSA, avant que votre demande soit approuvée, l'une des conditions suivantes doit être vraie : (1) vous êtes invalide et sans emploi depuis un an, ou (2) vos médecins pensent que vous serez inapte au travail pour un minimum d'un an à partir de la dernière journée de votre travail, ou (3) votre condition médicale est supposée causer votre décès. Trop de personnes m'ont dit qu'un employé de la SSA leur a dit qu'ils ne pouvaient pas présenter leur demande avant

un an depuis leur dernière journée de travail. Ce renseignement est totalement inexact et il peut certainement vous coûter en prestations d'invalidité et en assurance médicale.

Conseil : Faites une demande de prestation d'invalidité dès que vous ou votre médecin pensez que votre condition médicale ou psychologique vous empêche de travailler depuis au moins un an. L'attente vous coûtera en prestations que vous ne pourrez peut-être pas récupérer.

Erreur n° 11 : Croire que si vous perdez devant un juge que vous pouvez simplement présenter une autre demande.

Lorsque votre dossier est présenté devant un juge de la SSA, vous ne voulez pas perdre. Parce que, généralement, votre meilleure chance de gagner c'est à votre première audience. Il est vrai que vous pouvez présenter une deuxième demande si vous perdez une audience. Toutefois, la deuxième fois que vous présentez votre demande, la SSA et un juge sauront que votre première demande a été refusée. Selon moi, ce refus peut avoir un effet nuisible sur votre deuxième demande, étant donné que le deuxième juge le sera au courant.

Conseil : Assurez-vous que votre cas est bien préparé pour vous permettre de présenter le cas le plus fort à votre première audience.

Erreur n° 12 : Croire que vous pouvez vous occuper de votre cas sans l'aide d'un avocat en invalidité.

La plupart de gens ne peuvent pas se représenter. Les lois de la SSA sont compliquées et bon nombre d'avocats ne les comprennent pas. Pour gagner, vous aurez besoin de préparer avec soin votre cas dès le tout début. De plus, il est important de comprendre ce que vous avez besoin de prouver légalement pour gagner votre cas. Si vous ne savez pas ce qu'il faut prouver, pourquoi allez vous courir le risque de vous présenter devant la SSA ou un juge, sans savoir comment gagner votre cas? Le fait que vous et votre médecin êtes d'accord sur le fait que vous êtes invalide n'est pas suffisant pour gagner votre cas.

Conseil : Retenez seulement les conseils d'un avocat expérimenté en invalidité. Ils vous aideront à bâtir votre dossier, à développer une stratégie et à obtenir un dossier médical complet, ainsi que les opinions pertinentes de votre médecin qui optimiseront vos chances de gagner. Assez souvent, votre médecin n'est pas familier avec les critères que la SSA et le juge utilisent pour déterminer si vous répondez ou non à ces critères d'invalidité.

Erreur n° 13 : Croire que tout avocat vous aidera à obtenir gain de cause.

C'est faux. Vous voulez un avocat en invalidité qui connaît les lois et règlements de la SSA. Comme les médecins, les avocats se spécialisent généralement dans un certain domaine légal. Vous n'iriez pas consulter un dentiste pour une évaluation de votre forme physique. Par conséquent, ne prenez pas n'importe quel avocat pour présenter votre demande d'invalidité.

Conseil : Sélectionnez un avocat en invalidité dont la pratique se consacre à représenter des clients parce que vos chances de gagner vont augmenter. Un avocat en invalidité expérimenté va comprendre la stratégie et les tactiques importantes qui vous aideront à gagner votre demande.

Erreur n° 14 : Croire que vous pouvez vous occuper de votre cas sans l'aide d'un avocat en invalidité.

C'est faux. Vous pouvez faire appel à un avocat en tout temps, si vous le désirez. Malheureusement, plusieurs employés de la SSA vous diront que ce n'est pas nécessaire d'engager un avocat si votre demande initiale n'a pas été refusée. Suivre ce conseil pourrait s'avérer néfaste pour votre demande! Pour quelle raison? Parce qu'en général, la SSA commence à préparer un dossier contre vous dès le jour où vous présentez votre demande!

Conseil : Vous devriez consulter ou engager un avocat spécialisé en invalidité le plus tôt possible après avoir présenté votre demande. L'avocat vous expliquera comment le processus se déroule réellement et comment établir votre dossier et développer une stratégie. L'avocat vous guidera au travers de la multitude de règlements qui vont certainement avoir un effet sur le montant des prestations dont vous avez droit.

Erreur n° 15 : Croire que vous ne pouvez pas assumer les honoraires d'un avocat.

C'est faux. La plupart du temps, vous allez seulement payer les honoraires d'un avocat si vous gagnez votre cause et lorsque vous recevez vos prestations. Les lois de la SSA limitent le montant que votre avocat peut obtenir de votre demande d'invalidité. Habituellement, lorsque vous gagnez votre demande, vous recevrez le cumul de vos prestations. La loi stipule que les frais peuvent seulement s'élever à 25 % de vos prestations reçues et ils sont limités à 4 000\$. C'est-à-dire que si le cumul de vos prestations totalise 1 000\$, les honoraires de l'avocat seraient de 250\$. La loi ne permet pas à votre avocat d'établir ses honoraires sur vos prestations à venir.

Qu'est-ce qui peut être en jeu? Par exemple, disons qu'un demandeur est âgé de 45 ans et qu'il reçoit des prestations d'invalidité mensuelles de 1 000\$. Si cette personne ne retourne jamais travailler avant l'âge de 65 ans, ses prestations en invalidité totaliseraient 240 000\$! Ce montant ne

comprend pas la valeur de son assurance santé à vie qu'il recevrait aussi par le biais de Medicare or Medicaid.

Conseil : Étant donné que le montant des prestations peut être échelonné, le fait est que vous ne pouvez pas ne pas engager un avocat spécialisé en invalidité!

Messieurs Scott E. Davis et Scott M. Harris sont des avocats qui se spécialisent en assurance sociale et dans les demandes d'invalidité à long terme. Plus de la moitié de leur pratique en invalidité se fait auprès de personnes avec la FMS ou la CFIDS. Maîtres Davis et Harris habitent Scottsdale, Arizona et ils représentent des clients partout aux États-Unis. Ils vous invitent à les contacter si vous avez des questions et des demandes au sujet de votre représentation, vous pouvez communiquer avec eux par courrier électronique : harris.davis@azbar.org ou par télécopieur : (602) 482-4300.

XI.1.5 L'HÉPATITE C ET LES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Votre médecin :

Si vous avez l'hépatite C, vous devriez être suivi par un spécialiste. Dans le cas contraire, demandez à votre médecin de famille de vous en recommander un. Vos médecins doivent être vos alliés les plus proches dans votre bataille contre l'hépatite C et dans vos demandes de prestations en invalidité, si vous êtes admissible.

Prestations en invalidité :

Plusieurs types de prestations d'invalidité sont offerts aux résidents de la Colombie-Britannique. Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, Prestations d'invalidité du gouvernement de la Colombie-Britannique, Indemnisation des accidentés du travail et divers autres programmes privés. Ils ont tous différents critères de sélection et des procédures que votre conseiller local pourra vous expliquer.

Conseillers :

Les conseillers sont des travailleurs communautaires qui ont une grande expérience dans la défense des droits des citoyens dans divers secteurs : logement, aide sociale, prestations d'invalidité et plus encore. Les conseillers peuvent souvent être trouvés par le biais d'organismes communautaires, comme les organismes pour aider les personnes atteintes du SIDA ou les organismes visant à aider les personnes invalides, comme la BC Coalition of People with Disabilities, TAPS ou l'ACPD. Vous pouvez également en trouver un en communiquant auprès d'un des bureaux de la Legal Services Society de la province. Pour vous aider à trouver un conseiller le plus près de votre résidence, vous pouvez téléphoner le service **Advocacy Access Project** au numéro 1 800 663-1278 ou le HepCBC au numéro (250) 595-3892.

Souvent, les personnes considèrent que leur cas est tellement bien défini qu'ils pensent pouvoir s'en occuper eux-mêmes. Grave erreur! Malheureusement, la décision d'octroyer une prestation d'invalidité ne se fonde pas sur la manière dont vous vous sentez ou même sur votre aspect, mais sur des critères particuliers que chaque programme a établis. À moins que vous ne répondiez à ces critères, vous ne recevrez pas de prestation, peut importe si vous croyez le mériter.

Défendre soi-même son dossier est exténuant. Si vous le faites, c'est la dernière chose dont vous avez besoin. Les conseillers savent quoi faire et ils sont là pour vous aider.

Être admissible aux prestations d'invalidité :

Si vous faites une demande auprès du Programme de prestation d'invalidités du Régime de pensions du Canada, l'aspect le plus important, en plus de votre condition, c'est si vous avez suffisamment contribué au Régime de pensions du Canada et quand vous avez contribué. Si vous n'avez pas contribué à ce régime parce que vous n'avez pas travaillé ou si vous n'avez pas travaillé récemment, vous ne serez pas admissible. Votre conseiller ou votre avocat des Services juridiques peuvent vous aider à comprendre si vous devez ou non faire une demande de pension d'invalidité du RPC.

Si vous faites une demande de pension d'invalidité en Colombie-Britannique, il peut être utile d'avoir fait une demande auprès du RPC et que vous en recevez. Mais si vous ne recevez pas de pension d'invalidité du RPC, vous pouvez toujours recevoir une pension d'invalidité de la Colombie-Britannique.

Quelques problèmes possibles :

La multiplication des démarches :

Ce n'est facile d'obtenir des prestations d'invalidité même si vous êtes vraiment malade. Vous aurez souvent des documents à remplir, des rendez-vous chez le médecin et des entrevues. Lorsque vous vous sentez vraiment malade et fatigué, c'est frustrant d'aller à des rendez-vous sans arrêt, tout en ne savant pas si vous allez manger ou payer votre loyer.

L'hépatite C et les médecins :

Le document qui sera probablement le plus important lorsque vous présenterez votre demande sera la lettre de votre médecin. Malheureusement, bon nombre de médecins ne savent pas comment remplir un

formulaire correctement, peu importe le degré de sympathie qu'ils ont envers vous. Votre conseiller peut vous donner des directives que vous pourrez remettre à votre médecin pour l'aider à remplir votre formulaire d'une manière efficace. Vous pouvez également composer un exemple de lettre avec votre conseiller que vous remettrez à votre médecin.

Malheureusement, il y a encore plusieurs médecins qui ne comprennent pas la nature de l'hépatite C. Plusieurs médecins continuent à penser qu'il s'agit seulement d'une maladie du foie et qu'à moins que vous soyez en phase terminale d'une maladie hépatique (cirrhose, ascite, saignement), vous n'êtes pas invalide.

Cependant, plusieurs médecins et spécialistes commencent à comprendre que l'hépatite C cause une maladie du foie, mais en plus, cette infection peut également causer toute une gamme de problèmes reliés à l'auto-immunité. En effet, un article dans l'*American Journal of Gastroenterology* révèle que «70 % des patients atteints d'une infection chronique de l'hépatite C peuvent souffrir de problèmes reliés à l'auto-immunité».¹

En présence de l'activité auto-immune (votre corps combat le virus de l'hépatite C) qui cause de la fatigue, des douleurs musculaires, de la confusion, des douleurs osseuses, de la fièvre, des nausées, des démangeaisons et des changements d'humeur chez les personnes souffrant de l'hépatite C. Souvent, aucune de ces conditions ne peut être établie par un test sanguin spécifique, bien que certains problèmes reliés à l'auto-immunité ont des marqueurs spéciaux dans le sang.

Lorsque le gouvernement fédéral a décidé de dédommager certaines personnes qui ont reçu une contamination transfusionnelle entre 1986 et 1990, il a été décidé que les personnes sous le programme avec un foie de catégorie 2 fibrosis (un stage de cicatrisation du foie) seraient admissibles à des compensations monétaires «pour perte de revenu». En prenant cette décision, le gouvernement a établi un précédent qui faciliterait toute personne avec une fibrose de catégorie 2 (fibrose ne formant pas de ponts) pour être admissible aux prestations d'invalidité à long terme, ce que sont les paiements pour perte de revenu.²

Les personnes sous le programme de compensation ayant une fibrose de catégorie 3 (fibrose formant des ponts) ou une cirrhose ont reçu une compensation encore plus importante, étant donné que le gouvernement reconnaît que plus le foie est cicatrisé, plus la personne sera invalide.

Cependant, pour connaître l'état de cicatrisation de votre foie, vous devez subir une biopsie du foie, qui n'est pas une expérience des plus agréables, mais qui devrait être une procédure normale pour toute personne atteinte de l'hépatite C.

Remarques :

1. *American Journal of Gastroenterology*, vol 96 numéro 2, 2001: 910-911.

2. *Hepatitis C : January 1, 1986-July 1, 1990 Class Actions Settlement*, p. 18.

PARTIE XII -- RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

XII.1.0 QUELLES SONT LES AUTRES CHOSES IMPORTANTES QUE JE DOIS SAVOIR AU SUJET DU VHC?

La recherche médicale et l'acceptation de la maladie vont se développer seulement si nos organismes nationaux de soutien sont forts. N'oubliez pas d'aider vos groupes nationaux et lorsque ces groupes vous téléphonent pour transmettre des lettres et faire des appels téléphoniques auprès des agents du gouvernement et des médias, veuillez demander l'aide de vos parents et amis pour vous assister dans ces demandes. Nous pouvons atteindre de plus grandes réalisations si nous nous unissons.

Aux États-Unis, la plus grande source de subvention pour la recherche provient du gouvernement. Il est ainsi important que vous contactiez votre député au sujet de l'importance de la recherche sur l'hépatite.

Saviez-vous que...

La publication WHO estime qu'environ 170 millions de personnes, soit 3 % de la population dans le monde, ont une infection chronique de l'hépatite C et que 3 à 4 millions de personnes contractent cette infection chaque année. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>

Aux États-Unis :

- 28,5 fois plus de personnes sont infectées par le VHC que par le VIH.
- 150 000 à 180 000 nouveaux cas d'hépatite C sont prévus cette année.
- 200 000 à 250 000 nouveaux cas d'hépatite B sont prévus cette année.
- 40 000 nouveaux cas de VIH sont prévus cette année.
- Le nombre de nouvelles infections par le VHC par année a décliné d'environ 240 000 dans les années 1980 à environ 26 000 en 2004. (www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c/fact.htm)

Étant donné que près de 4 millions de personnes aux États-Unis ont le VHC, il s'agit de l'infection virale

chronique la plus répandue aux États-Unis et probablement dans le monde.

Selon la Fondation canadienne du foie (FCF), l'hépatite C touchent environ 300 000 Canadiens et ce chiffre peut avoir doublé en 2008.

Cette maladie affecte moins de 1 % de la population en Australie, au Canada et en Europe du Nord, mais elle a augmenté d'une manière alarmante chez 60% de la population de plus de 30 ans dans le delta du Nil en Égypte.

L'usage de drogues i.v. peut être responsable de plus 90 % des nouvelles infections.
(www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index2.html#virology)

Le traitement conventionnel traite avec succès seulement patients infectés par le HCV, étant donné que bon nombre de ces patients ne sont pas admissibles pour ce traitement ou ne le tolèrent pas. Plusieurs médecins ne sont pas satisfaits avec le traitement, qui est selon eux trop dispendieux et causent trop d'effets secondaires. Il ne faut pas oublier que les compagnies pharmaceutiques ont le profit comme objectif premier, par conséquent, il faut questionner toutes les statistiques attentivement.

Le VHC est l'indication principale des transplantations du foie.

Selon le New York Blood Center, jusqu'à 25 % des personnes ayant reçu des transfusions sanguines au début des années 1960 ont été infectées par des maladies contagieuses et la majorité de ces personnes ont été infectées par l'hépatite.

Plusieurs cas d'hépatite C résultent de sources inconnues. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de faire partie des groupes à risques élevées pour être infecté par ce virus.

XII.2.0 RESSOURCES D'INFORMATION SUR LE VHC ET LES GROUPES DE SOUTIEN Pour ajouter un groupe ou pour corriger un renseignement, veuillez écrire à info@hepcbc.ca

XII.2.1 AUX ÉTATS-UNIS

- L'American Liver Foundation offre des dépliants objectifs sur l'hépatite et le traitement à l'interféron que vous pouvez recevoir en appelant à ce numéro sans frais : 1-800-223-0179 L'American Liver Foundation fournit également une liste de médecins. American Liver Foundation, 1425 Pompton Avenue, Cedar Grove, NJ 07009
- L'American Liver Foundation Liver Transplant Fund Program offre aux patients devant subir une transplantation du foie, de l'aide pour obtenir une subvention, l'administration provisoire et l'administration sans frais des fonds des patients, ainsi que des documents éducatifs sur les maladies du foie et la transplantation du foie, des renseignements en général et sur les procédures sur le financement.

Pour obtenir plus d'information et des formulaires de demande, des listes de ressources et le formulaire d'entente du patient, veuillez communiquer avec l'ALF Liver Transplant Fund Program : 1-800-GO-LIVER (465-4837) Téléc. (201)256-3214 Courriel txfund@liverfoundation.org

- The Hepatitis Foundation International, 30 Sunrise Terrace, Cedar Grove, New Jersey 07009, USA. Ligne sans frais en Amériques du Nord : 1 800 891-0707 www.hepfi.org
- National Digestive Diseases Information Clearinghouse: (301) 654-3810.
- National Institute of Diabetes and Digestive Diseases au numéro (301) 496-3583, mais on vous réfère simplement au numéro de la Digestive Diseases Clearinghouse indiqué plus haut.
- Les numéros de service de téléassistance de la CDC Hepatitis Branch sont : (888) 4HEPCDC, (888) 443-7232 ou (404) 332-4555. Un message vocal vous permet de recevoir par télécopieur les renseignements ou vous permet d'écouter un enregistrement
- Gammagard: Robins, Kaplan, Miller & Ciresi est une firme d'avocats (É.-U.) qui a des bureaux dans huit villes américaines, incluant Minneapolis et St. Paul. PERSONNE RESSOURCE : Philip A. Pfaffly, 612-349-0820 ou Gary L. Wilson, 612- 349-8413, les deux de Robins, Kaplan, Miller & Ciresi, ou Gail D. Shore, 612-925-6102 de Shore to Shore Communications.
- American Chronic Pain Association, Inc., P.O. Box 850, Rocklin, PA 95677, (916) 632-0922. Il y a 500 bureaux répartis aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Russie. Offre un système de soutien aux personnes souffrant de douleur chronique.
- U.S. Medic Alert : Medic Alert, P.O. Box 381009, Turlock, CA 95381-9009, 1 800 432-5378 Medic Alert au Canada : Medic Alert, C.P. 0988 Don Mills, Ontario, Canada M3C2T9 1 800 668-1507 Déductible d'impôt. Chaînes, bracelets dans une variété de modèles. 35\$ comprend des renseignements importants

pour les soins infirmiers. Un numéro 1 800 est gravé et lorsque ce numéro est composé tout renseignement que vous avez fourni sera donné à l'infirmier ou au médecin. Vous obtenez également une carte de format portefeuille sur laquelle le nom de votre médecin et les numéros de téléphone d'urgence sont inscrits.

- Thyroid Foundation of America, Inc., ACC 630, Massachusetts General Hospital, Boston, MA 02114 (617)726-8500. Fournit des renseignements et du soutien aux patients ayant des problèmes de glande thyroïde.
- The Well Spouse Foundation, P.O. Box 28876, San Diego, CA 92198 (619)673-9043 (914)357-8513 est un groupe de soutien qui donne du soutien moral aux épouses de malades chroniques, qui informe les professionnels de la santé pour le bien être des épouses, qui milite pour le changement des lois au sujet des indemnités pour les soins à long terme et qui publie un bulletin bimensuel le WSF Newsletter.
- Agency for Health Care Administration, HMO/Managed Care Hotline, ligne sans frais : 1 800 226-1062 Le HMO/Managed Care Hotline est une ligne d'appel sans frais gérées par l'Agency for Health Care Administration pour répondre rapidement aux questions médicales des membres du HMO et des organismes de soins de santé.

Cette ligne d'appel est disponible de 8 h à 17 h, du Lundi au Vendredi et des infirmières d'expérience répondent aux problèmes des membres.

- Les groupes Narcotiques anonymes ou les groupes de traitement des toxicomanes sont une bonne source de renseignement. Bon nombre des personnes de ces groupes ont l'hépatite C et ils se rencontrent régulièrement et ils s'échangent beaucoup de renseignements.

GROUPES DE SOUTIEN : (Un gros merci au HCV Advocate qui nous a autorisé à utiliser ses bases de données pour les groupes de soutien aux É.-U.)

ALABAMA

Metro Birmingham 4th Tues monthly 6 PM, Homewood Library, Room 116,1721 Oxmoor Rd Carol: 205-822-1126, cburger@bellsouth.net

Mobile Gulf Coast Liver Support Group Every other month, 3rd Thurs. 7PM IWAK, 5600 Girby Rd., 251-660-5555 www.gulfcoastliversupport.com

ALASKA

Fairbanks Kathy Palmer 907-452-6965

ARIZONA

Bisbee Hep C Support Group, Cochise County Health Dept. Leslie: 520-432-3418 lambert@co.cochise.az.us4

Flagstaff 3rd Thurs. monthly 5PM, Flagstaff Medical Center, Cancer Center Conference Room, 1329 N Beaver St, Ken Van Doom (928) 286-9859

Mesa Beverly Faust (480) 421-9769

Payson 3rd Wed. monthly 6 PM, Payson Regional Medical Center Conference Room, 807 S Ponderosa

Phoenix 1st Tues. monthly 6:30 PM, Banner Good Samaritan Med Center, 1111 E McDowell. 1st Wed. monthly; 6:30 PM, Banner Good Samaritan Transplant Services, 1410 N 3rd St. Contact: Charlie Thomas, Julie LaMantia, Toni Ruiz or Robin Opp (602) 251-2700 charlie.thomas@bannerhealth.com

Phoenix 4th Tues. monthly 1-2 PM, Carl T Hayden VA Medical Center, GI Dept., 650 E Indian School Rd, Rm K112. Contact: Erin Tharalson or Libby Evanich (602) 277-5551 ext. 7091

Phoenix 3rd Tues. monthly 6:30PM Digestive Health Center of AZ, 349 E Coronado Rd Contact: Tracy Kelly (602) 266-5678

PBC Support Group

3rd Mon. every other month 5:30-6:30 PM, Mayo Clinic Hospital, 5777 E Mayo Blvd, Room 1-220. Contact: Sharon Montgomery (480) 342-1233

3rd Tues. monthly, 6 PM, Mayo Clinic Hospital, 4 East Conference Room, 5777 E Mayo Blvd. Contact: Jane Hart (480) 342-1319

2nd Tues. monthly 6 PM, Phoenix Body Positive, 2nd Floor, Suite 200, 1144 E McDowell Rd, Ronnie Berger: (602) 307-5353x2248

Prescott 3rd Mon. monthly; 6:30 PM, VA Medical Center, Conference Room 1B, 500 Highway 89, (928) 772-4912, margaret.richarz@med.va.gov

Sierra Vista American Liver Foundation/Hepatitis C Support, 1st Tues. monthly 5:30PM, My Place Restaurant, 1081 E. Fry Blvd, Marilyn McDaniel: (520) 458-4889

Tucson Transplant Support Group, 3rd Sun. monthly 1:30-3:30PM, Valencia Branch Library, 202 W. Valencia Rd. Betty Titus or Ramona Campuzano (520) 908-1425, Betty92251@aol.com

Tucson 1st Tues. monthly; 12-1:30PM Information and Referral Services Bldg, 3130 N Dodge Blvd, Conference Room, John Steven: (520) 881-8382

Tucson 4th Tues. monthly; 5:30-7PM Unitarian Universalist Church, Classroom Bldg, 4831 E 22nd St, John Steven: (520) 881-8382

ARKANSAS

Sherwood 2nd Tues. monthly 7 PM, St. Vincent Sherwood, 2215 Wildwood-Regions, Sharon Capps or Melissa Mahoney (501) 945-3343 northriversupport@hotmail.com

CALIFORNIA

Anderson Nor-Cal Hepatitis C Task Force First Thurs. monthly Frontier Senior Center 2081 Frontier Trail Sherri @ 713-0090

Angels Camp Sierra HOPE: Serving Amador, Tuolumne and Calaveras Counties, 2nd & 4th Thurs. monthly 6:30-7:30, 1168 Booster Way, Sami Rhodes (209) 736-6792

Atascadero (805) 462-8660

Bakersfield Hope for HCV, Thurs. 12-1 PM, 1315 Boughton Dr, Randy (661) 633-5324 rgwarkentin@juno.com

Burbank Kim (818) 767-4162

Chatsworth #118 9101 Topanga Canyon Blvd, Ron Taubman 818-701-2977

Chico John (530) 893-1337

Chula Vista Jane (619) 291-5483

Cutten 1st Sat. monthly, 12-2 PM, Sutter Coast Hospita, Marilyn 707-441-1230, or Ken (707) 464-6850

El Cajon Jane (619) 291-5483

El Centro Phyllis (760) 356-4926

Fortuna Patty (707) 725-1281

Fresno/Clovis Bob Brantley (559) 299-4834 or (559) 822-2418

Garberville Beth Wells (707) 923-2783 ext. 331

Hayward Brett (510) 481-9185

La Jolla Lou Ann (619) 554-9215

Lake Forest Gary Sladek / Elaine 949-609-8392

Loma Linda Hepatitis C Education Classes, Register: 909-558-4252 x 81712, leave message with name, phone number & number of attendees. Loma Linda University Hospital Brijie Elhazin RN

Loma Linda 1st Mon. monthly 5-6:30PM, Veterans Administration Hospital Gastroenterology Dept (3100) 4th Floor. 909-422-3100

Long Beach St Mary's Medical Centre (310) 670-4624

Long Beach VA Medical Centre (562) 826-5933

Long Beach Let's Talk Hepatitis C Support Group, Bonnie Kolor, PharmD 562-826-8000 ext. 2832

Los Angeles .Shanti Hepatitis C Support Group Thurs. 7-9 PM Not a drop-in. Please call first 1616 N. La Brea Ave, Hanna Howard (323) 962-8197 x333 howard@lashanti.org

Los Angeles USC University Hospital (310) 670-4624

Los Angeles (310) 914-8252 Holly (310) 477-4615

Los Angeles HARE! The Self Help and Recovery Exchange, (310) 305-8878 robert@shareselfhelp.org

Manteca Gene M (209) 823-2172

Marysville Nor-Cal Hepatitis C Task Force, Every Thurs. 3:30-5 PM, F.O.R. Families, 6000 Lindhurst Ave., Suite 700-B. Sherri @ 671-7441

Modesto (209) 599-5818

Moreno Valley Russell (909) 778-1807

Newark Brett (510) 792-4357

Northridge Northridge Hospital (310) 670-4624

Novato Bill Remak (415) 485-8332

Oakland Coinfection (HIV/HCV) support group, every other Tues. 12-1:30 PM Lunch provided. Highland Hospital, C-2 Wing of Old Hospital Bldg, 1411 East 31st St, Michael Harank, RN, 510-535-7433

Oakland Eileen Abrams (510) 434-9553, Mandana House (510) 595-9660 O.A.S.I.S. (510) 496-0189
Orange County Liver Disease Support Group, UCI Medical Center, Orange, CA Jill Flodin, RN 714-456-3471
Orange County Carol Craig (949) 654-4250 James (714) 834-7926 Gary (949) 830-6873
Oroville Jeannie 530-538-7276
Palm Desert 2nd Mon. monthly 11 AM Portola Community Center, Portola Ave (760) 200-2766
Palm Springs 2nd Mon. monthly 6 PM (No meetings holidays) Desert Regional Med Center, Martin Anthony Sinatra Education Center, 1150 North Indian Canyon, Mezzanine Room(use Parking lot at Tacheva X Miraleste Streets)(760) 200-2766
Paradise Alisa - 530-876-3199
Placerville Mission of Awareness 4th Wed. montly, 5:30PM - 7:30 PM Grandpa's Compounding Pharmacy, 7563 Greenvalley Rd, Donna, 530-621-4640 - Elaine, 530-644-2733
Pleasanton (925) 734-3315
Pomona Hep-C Support Group Every Tues. 7 PM-Sign in at front lobby American Recovery Center 2180 W. Valley Blvd 909-865-2336
Porterville Hep-C Support Group, 3rd Sat. monthly, Porterville Family Health Network, 1107 W Poplar at Hwy 190, Robert 559-562-3139 liny.12@verizon.net
Redding Liver for Life Support Group, Joe (530) 515-0778 -- message only. Evelyn (530) 247-1126
Redwood City Hepatitis C Caregivers Support Group 3rd Thurs. monthly 7-8:30 PM, 749 Brewster Ave, (650) 367-5998
Redwood City Hepatitis C Information and Support Group 3rd Thurs. monthly 7 - 8:30 PM 749 Brewster Ave (650) 367-5998
Ridgecrest Glenn (760) 375-8485
Riverside Every Wed. 12:30-1:30 PM, So. California Transplant Institute & Liver Center 4000 14th St, Suite 512, 951-275-8989
Roseville Ann (916) 791-1697
Sacramento Hepatitis C Support Group & Information Resource Every Fri. 3-4 PM Primary Care Center, 4600 Broadway (corner of Stockton), 2nd Floor, Rm 2020, Leslie Benson 916-760-7426lbenson@eforhc.org
San Diego American Liver Foundation, 2512 Camino del Rio South, Suite 122 Kristina Furrow
San Francisco Open Group 1st & 3rd Tues. monthly, 6:45 PM, Cal Pacific Med Center, 2100 Webster St, Room 106. Contact - Community Health Resource Ctr - (415) 923-3155
San Francisco Hepatitis C Support Group 1st & 3rd Thurs. monthly, 6:30-7:45 PM, Quan Yin Healing Arts Center, 455 Valencia (between 15th & 16th St), Alice Osiecki (415)861-4964 quanyinthree@aol.com
San Francisco Shanti L.I.F.E. HIV/HCV Co-infection Drop-In Group, 4:15-6 PM every Thurs. The LGBT Center, 1800 Market St, Room 302, Garret Sanford 415-674-4714, gsanford@shanti.org www.shanti.org/life
San Francisco Hep C 101 Contact - Community Health Resource Ctr - (415) 923-3155
San Francisco VA Carla (415) 239-1668 Marian (415) 750-2105 Dorrie (415) 476-1491"
San Francisco Transplant Marjorie (415) 923-3323 (415) 864-9653"
San Jose / Sunnyvale Hepatitis C Support Group 2nd & 4th Sun. monthly, 3-5 PM, St Francis Episcopal Church, Susi Nelson (408) 734-3516 susinni@yahoo.com
San Jose / Willow Glen Susi Nelson (408) 734-3516
San Leandro (510) 481-8645
San Luis Obispo (805) 239-9772
San Luis Obispo SIO-HepC (805) 541-8585
San Mateo Debra Magnum (650) 581-3339
San Rafael Leslie Gallen (415) 457-2487 ext 107
Santa Ana (714) 834-7926 Toll Free: 1-866-33-REACH
Santa Cruz Help & Education for Liver Patients (HELP!) Two groups available; contact HELP! or see link below for details (831) 462-2979 leave msg for a call back help4hcv@yahoo.com
www.santacruzpl.org/cid/public/full.php?id=341
Santa Maria Hepatitis C 101, 1st Wed. monthly, 6:30-7:30 PM, Marian Health Education Center, 1410 E Main, Brenda Judson: 346-7245

Santa Maria Support Group 1st Wed. monthly, 7:30-8:30 PM, Marian Health Education Center, 1410 E Main, Brenda Judson: 346-7245

Santa Rosa Hepatitis C Support Group Each Tues. 4-5:30 PM Drug Abuse Alternative Center 2403 Professional Drive, Suite 103 (last door on the right) Contact: Karen Sullivan, CAS 707-526-2999 x3314

Santa Rosa Hepatitis C Support Group 2nd Sun. monthly, 4-6PM Northern California Center for Well Being, 365 Tesconi Circle, Kate: (707) 575-6043 katehana@sbcglobal.net

Santa Rosa Spanish Speaking (707) 568-6995

Simi Valley Holly (310) 477-4615 Simi Valley Hospital (310) 670-4624

Sonora Hep-C Support Group 3rd Tues. 6-7 PM, Adult Day Care Bldg, 101 Hospital Rd, Tina Dutra (209) 694-2603 tdutra@co.tuolumne.ca.us

Sonora (209) 533-7229 Donna (209) 586-3036

South Lake Tahoe People Helping People 2nd Thurs. monthly 6-8 PM, Barton Memorial Hospital Board Room, 2170 South Ave, John (530) 577-1412, Rick 530-541-6074, Ken 530-577-3111 hcvtaskforce@cs.com

South Lake Tahoe El Dorado County HCV Task Force, HCV Orientation Class 3rd Fri. monthly 4- 5:30 PM, Barton Memorial Hospital Board Room, 2170 South Ave, Ken 530-577-3111 hcvtaskforce@cs.com
www.hepCresourceedc.org

South Orange County Elaine (949) 609-8392

St Helena Michele (707) 963-6580

Stanislaus County, 1st & 3rd Wed. monthly, 12:30-1for New Patients, 1-1:30PM, entire group meets Stanislaus County Health Services, Hepatitis C clinic (Room varies). Megan Grimm 209-558-4539 mgrimm@schsa.org

Sunnyvale Craig Miller (408) 734-3516

Thousand Oaks Transplant - George (805) 659-2231

Tuolumne County / Sonora Area 3rd Tues. monthly 6-7:30 PM, Tel: 209 694-2603
Fax: 209 532-7520 Attn: Tina

Ukiah HCV support group, 1st & 3rd Tues. 5:30 PM MCAVN, 148 Clara (707) 462 1932 Ext 205.

Vallejo 2nd Sat. monthly 11-12:30 PM, Kaiser Vallejo Hospital, 975 Sereno Dr, RM 2149 (Perinatal Conference Room, 2nd Fl) Contact: Christine Nunley, 707-252-7786 Christinenunley@comcast.net

Valley Center HIV/Hep Support, 10-11:30am, 3rd Thurs. monthly, 50100 Golsh Rd, 760-749-1410x5322 bhardman@indianhealth.com

Ventura Hepatitis C Support Group 1st Tues. monthly, Community Memorial Hospita, 147 North Brent St, Janeen Lyche, RN, FNP, (805) 641-6536 jalyche@hotmail.com

Ventura 1st Sat. monthly, 9 AM, Fiesta Restaurant Breakfast Meeting, 2350 S. Victoria Ave. (805) 659-2231 www.trioventurala.org

Victorville Laura (619) 951-1737

Visalia Hep-C Support Group 1st Sat. monthly, 2611 N Dinuba Blvd, Robert 559-562-3139liny.12@verizon.net

Walnut Creek Liver Support Group 3rd Thurs. monthly 7-9 PM, John Muir Medical Center, downstairs in Sequoia 1, 1601 Ygnacio Valley Rd, Katie McAdams (925) 820-4644 LiversupportWC@aol.com

West Los Angeles VA Medical Center (310) 670-4624

Yuba City -Sutter Nor-Cal Hepatitis C Task Force, Weekly Group: Every Tues. 1-2 PM Sutter County Health Department, 1445 Veterans Memorial Circle, Sherri Ziegler (530) 671-7441

Yuba City Sutter Nor-Cal Hepatitis C Task Force, Educational Class: 1st Tues. monthly 4-5 PM, Sutter County Health Dept, 1445 Veterans Memorial Circle, Sherri Ziegler (530) 671-7441

East Bay Support Group Contact (510) 208-1777

COLORADO

Hep C Connection Contact (800) 522-4372 for listing of all Colorado Support Groups

Aurora Hep C Connection 1st Tues. monthly, 6:30-8 PM, Spalding Rehab, Staff cafeteria, 1st Fl, 900 Potomac St, Consuelo 303-367-2813

Boulder Hep C Connection 2nd Tues. monthly, 6-7:30 PM. People's Clinic, 2nd Fl, 3303 N Broadway, North Bldg, Bill 303-441-1288

Colorado Springs Hep C Connection 3rd Thurs. monthly 7- 8:30 PM, St. Francis Health Center, Pikes Peak Ave., 5th Fl dining room. Dave 719-236-1416

Denver Hep C Connection 1st Mon. monthly, 11:30 AM-1PM 190 E 9th Ave, STE 320 Kathy: 720-917-3960

Denver Hep C Connection Co-infection Group 3rd Tues. monthly, 5-6:30 PM Hep C Connection, 190 E 9th Ave, Ste 320, Daniel 720-917-3970

Denver Hep C Connection 2nd Wed. monthly, 6-7:30PM, University Hospital, 4200 E Ninth Ave, 7 North, Jena 303-239-0336

Denver Hep C connection Veterans Group 1st Wed. monthly, 12-1 PM, VA Medical Center, RM 3E-104, 1055 Clermont St. Diana: 303-399-8020 X 3380

Englewood Hep C Connection 3rd Tues. monthly, 7-8:30 PM, Swedish Medical Center, 501 E Hampden, 2nd Fl, Jena 303-239-0336

Fort Collins Hep C Connection 4th Wed. monthly, 6:30-8 PM, Poudre Valley Health Systems, Harmony Campus, 3rd Fl, Jerry: 970-214-2912

Grand Junction Hep C Connection 1st Wed. monthly, 5:15-6:45 PM, Community Services Bldg, 510 29 1/2 RD, RM 1060, Ken: 970-948-0351

Lakewood Hep C Connection 2nd Tues. monthly, 6:30-8PM, Shepherd of the Hills Church, 11500 W 20th at Simms, Betsy: 303-237-1150

Larimer County Bob (970) 663-3671
Paonia Jeanine (970) 527-7453

Pueblo Hep C Connection Last Mon. monthly, 6:30-8 PM Pueblo Public Library, Main Branch, Thurston Room, (Abriendo Blvd), Rosie 719-545-0637

CONNECTICUT

Farmington Central Connecticut Hepatitis Community, UConn Health Center (Research Building, Room EG013), 2nd Wed. 7-9 PM, P.O. Box 1213, Farmington, CT, 263 Farmington Ave, Marty Thayer (860-628-9750) chcgroup@sbcglobal.net www.geocities.com_chcgroup@sbcglobal.net

Manchester Barbara (860) 643-2265

Connecticut Sharon Ducky (860) 364-0699

West Haven 4th Thurs. of monthly, 7- 8:30 PM VETS & Families ONLY, VA Medical Center, Bldg 2, 4th floor conference room, Martha Shea, BSN RN 203 932 5711 ext 5338

Woodbridge Norma or Bonnie (203) 397-5433

DELAWARE

Bethany Beach Steve (302) 841-0497

Dover hepatitis C Support Group, Education Center Conference Room, 208 West Water St, Terry Towne MSN, RN (302) 744-6724

Wilmington 1st Thurs. monthly (except July & December) 6-8 PM, Limestone Medical Center 1941 Limestone Rd, Rear door, Lower Level (Stanton, DE), Noel (302) 992-9385

FLORIDA

Bartow Hepatitis/Liver Disease Support Group & ALF, 3rd Thurs. monthly 6-7:30 PM, Bartow Memorial Hospital, 2200 Osprey Blvd, Classroom 1, Jan Dalessandro 863-640-4711 or Karyn D'Amico 863-519-8240 ext 1212 Loveyourliver@hotmail.com

Boca Raton Hepatitis Support 1st Tues. monthly 7-9 PM but NOT January & July, Boca Raton Community Hospital, 800 Meadows Rd, Education Center, Jeanine Grubb 561-395-7100 ext 7634

Bradenton Tampa Bay Hepatitis & Liver Disease Support Group, Inc., 1st Tues. monthly, 7-9 PM, Manatee Memorial Hospital, 220 90th Ave North East, Debbie Barnes 941-776-8135 dvrbares@msn.com

Delray Hep C Delray Last Wed. monthly, 7-9 PM, Delray Comm. Center, Mahogany Room, 50 NW First St, Dale 561-434-5407

Fort Lauderdale Hep C Alert, 1st Mon. monthly, 6-8 PM, Main Auditorium, Broward Co. Board of Health, 780 SW 24th St, Contact: Phil Younger 305-893-7992x107 or 1-877-435-7443x107 info@hep-c-alert.org

Florida Holiday Tampa Bay Hepatitis & Liver Disease Support Group, Inc., 3rd Wed. monthly, 7-9:30 PM Community United Methodist Church, 3214 US Hwy 19, Pat Walker 813-392-8510

Jacksonville First Coast Liver Support Group 3rd Wed. monthly 6:30-9 PM, St. Luke's Hospital, Joe Adams Bldg., 4201 Bedford Rd, Suite 2040 Lee Weaver (904) 398-7205

Largo Bay Area Hep C Support Group 1st Wed. monthly; 7 PM Integrity Counselling 1501 S. Belcher Rd Suite B-4, Debbie Barr 727-323-6729

Lecanto Citrus County Group 4th Mon. monthly, 6:30-7:30PM, Citrus Co Health Dept 3700 W. Sovereign Path, Lynece Hand 352-795-6233 x 240 lynece_hand@doh.state.fl.us

Naples 2nd Fri. monthly 7:30 PM, Unity Church of Naples, 2000 Unity Way (off Davis Blvd) Mary 239-455-7149

New Port Richey Florida Liver Association, 1st Thurs. monthly, 7 PM, North Bay Hospital, 6600 Madison St, 813-689-7136 or Peggy Tatka 813-651-4255

North Miami Beach (Miami-Dade) Hep C Alert, 2nd Wed. monthly, 7-9 PM, Hep-C Alert Main office, 660 NE 125th St, 305-893-7992 or tollfree [877-435-7443](tel:877-435-7443)info@hep-c-alert.org

Orlando ALF 4th Mon. monthly, 7 PM, St. Luke's United Methodist Church, 4851 S. Apopka Vineland Rd, Katie Gregory 407-351-5582 or Jennifer Bourgeois 813-248-3337 jbougeois@liverfoundation.org

Palm Beach . Jesse 561-432-1403 ann.modica@help.org

Panama City Disciples for Hepatitis C, 4th Tues. monthly, 6 PM, Gulf Coast Med Center, Education Classroom, 7001 Messer Rd 850-785-9647 or 850-769-2727

Pensacola 3rd Thurs. monthly, 6 PM Morris L. Eaddy Activity Center, 1110 W. Lakeview Ave, Lydia McCovey 850-595-6636 lydia_mccovey@doh.state.fl.us

Port Charlotte 1st Tues. monthly, 7 PM Cultural Center of Charlotte Co., 2280 Aaron St, Community Room, James (941) 235-7212

Rockledge Spacecoast Hepatitis C Support Group, 2nd Tues. monthly 6:30 PM, Wuesthoff Hospital, 110 Longwood Ave, 321-453-1864

Safety Harbor Tampa Bay Hepatitis & Liver Disease Support Group, Inc., 4th Thurs. monthly, 7-9 PM Mease Countryside Hospital, Rms 1, 2 & 3, 3231 McMullen Booth Rd, Cindy Runyon 727-535-1498 Runyonc2001@yahoo.com

Sanford Hepatitis Resource Group, 2nd Mon. monthly 5:30-7 PM, Seminole Co. Health Dept., 400 West Airport Blvd., Auditorium. Enid 407-665-3019, enid_santiago-cruz@doh.state.fl.us

Sarasota Tampa Bay Hepatitis & Liver Disease Support Group, Inc., 3rd Tues. monthly, 7-9 PM, Waldemere Plaza, 1921 Waldemere St. 2nd Floor, Jody Feinroth 941-921-2376 hepcgrpsupport@aol.com

St. Petersburg Tampa Bay Hepatitis & Liver Disease Support Group, Inc., 2nd Tues. monthly, 7-9 PM Edward White Hospital Auditorium, 2299 9th Ave, Suite 1-G, Debbie Barnes 727-384-1030 chancecenter@chancecenter.org

Tallahassee HCV Support Group 1st Mon. monthly, 7 -9 PM, TMH Diabetes Center-Education Room, 1981 Capital Circle NE, Pam Langford 850-443-8029, usan.cason@tmh.org; figment@nettally.com www.HEALoftheSouth.org

Tampa Tampa Bay Hepatitis & Liver Disease Support Group, Inc. 3rd Tues. monthly, 7-9 PM, University Community Hospital Carrollwood, 7171 N Dale Mabry, Gus Garcia 813-854-4268 chancecenter@chancecenter.org www.chancecenter.org

Vero Beach Kevin (772) 559-9255 skip1214@bellsouth.net

West Palm Beach Hepatitis & Liver Disease, 2nd Tues. monthly, 7 PM, Edward Henley Rehab Center, 1200 45th St, Jim Neff 561-863-7170

GEORGIA

Albany Awareness Matters Support Group for Hepatitis C and liver patients. 1st Tues. monthly 7-9 PM Palmyra Hospital Education Department (Parking at rear of hospital), 3000 Palmyra Rd. TJ Ruley 229-434-2000 or Option Care of Camilla, GA Katie or Cara 1-800-282-9345 TJruley@netzero.com

Athens DM & ADR Times: Variable, 1710 Commerce Rd, Joel 706-548-0058 athensclinic@hotmail.com

Atlanta Pediatric Support Group (childcare & activities provided for patients) 2nd Wed. monthly, 11:30-1PM, Children's Healthcare of Atlanta, Egleston Campus, Contact Tom Patterson 404-785-1132 tom.patterson@choa.org

Augusta/Richmond County 4th Mon. monthly, 12 Noon-1PM VA Hospital, 950 15th St. 4D Conference Room, Angela Hardy, RN, MSN 706-733-0188 ext 3844

Austell 1st Thurs. monthly, 6:30-8PM Wellstar Cobb Medical Center, 3950 Austell Rd, Auditorium 1, Elizabeth Coombs 770-819-0022

ColumbusHepatitis C Support Group Columbus Public Library, 3000 Macon Road, Columbus, GA, 1st Floor, CB&T Room. Yolanda hepatitis_c_sup_columbus_ga@yahoo.com

DeKalb County Hepatitis Focus Support Group 1st & 3rd Wed. monthly, 6-7:30 PM, Absolute Care, 2484 Briarcliff Rd, Sarah Salin sista_lah@yahoo.com

East Point South Fulton Medical Center Tenita 404-993-6505

Fort Stewart Hepatitis C Support Group, Every Tues. from 11 AM-12 PM, Family Readiness Center, Bldg. 87, AnnA K. Migoski 1-912-369-5338 kaloqeros@email.msn.com

Grady/Fulton County 1st Wed. monthly, 5:30-6:30 PM, Emory Univ. Faculty Office Bldg., School of Medicine, 49 Butler Street, NE Room 108, Priscilla Oliver, PhD 404-703-4884

Hinesville Anna K. Migoski 1-912-369-5338 kalogeros@email.msn.com

Savannah/Chatham County, St. Joseph's/Canler/Emory Liver Transplant Program, 2nd Wed. monthly, 4:30-5:30 PM, Candler Campus, Heart & Lung Building, 2nd Fl., Room 2, 5353 Reynolds St, Karen Traver, RN 912-819-8350

Snellville/Gwinnett County 1st Tues. monthly, 7-8:30 PM, Emory East Side Medical Center, 1700 Medical Way SW, Classroom 1. Nanci Lyons 770-554-9259 GeorgiaStockbridge / Henry County, Jane 770-472-5621 jradams3@bellsouth.net

Tucker/DeKalb/Gwinnett 1st Thurs. monthly, 7-8:30 PM, First United Methodist Church of Tucker, 5095 LaVista Rd, Room 203 (Tucker), ALF office 404-633-9169 anwithers@worldnet.att.net

Woodstock North Georgia Hep C Support, 3rd Tues. monthly 7- 9 PM Woodstock Community Church, 8534 Main St, Frankie Lynn 770-720-8258 bluemountaindreams@yahoo.com

HAWAII

Hilo Hepatitis C Support Group, 2nd Wed. 5:30 PM, Bay Clinic, 311 Kalaniana'ole Ave, Charlotte 808-9343217

Honolulu HepCats Hepatitis C & B Support Group, 6 PM, 3rd Thurs. monthly, Life Foundation, Suite # 229 , 677 Ala Moana Blvd., Tim Fedorka (808) 375-8160, Ken (808) 221-6204 KenAkinaka@aol.com
<http://hometown.aol.com/kenakinaka/myhomepage/family.html>

IDAHO

Boise 2nd Mon. monthly 7 PM, St. Luke's Women's Life Center, 103 W. State St, Chickee (208) 382-6400 darby@spro.net

ILLINOIS

Alton 1st Tues. monthly, 7-8:30 PM, St. Patrick Center next to St. Mary's Church, Henry St 4

Arlington Heights 1st Mon. monthly 7-9 PM, Northwest Community Healthcare, Rm 1-6 (across from auditorium), 800 W Central Rd, Brandon Combs 312-377-9030 ext 13

Chicago HIV/HCV Co-Infection Wed. 6 PM, Northstar Healthcare, 2835 N. Sheffield, Suite 500, Joseph Franklin 773-296-2400, www.nstarmedical.com/

Decatur 4th Tues. monthly 6:30-8 PM Macon County Health Dept., 1221 E Condit Debra Durbin 217-423-6988 ext 1328

Maywood 1st Mon. monthly 6-7:30PM Loyola Medical Center, Outpatient Center, 3rd Floor, Urology Waiting Room 2160 S. 1st Ave., Susan Long 708-216-5454 slong@lumc.edu

Quad Cities (Moline) 3rd Tues. monthly 6:30-8 PM, First Evangelical Lutheran Church, 15th Ave. & 13th St.

Rockford 3rd Thurs. monthly 6:45-9 PM, ODD MONTHS: Harlem United Methodist Church, 8401 North Alpine Rd. EVEN MONTHS: Brooke Rd United Methodist Church, 1404 Brooke Rd, Brenda Erwin 815-391-5100

Spring Valley Mary Sue Goldsmith 815-872-3503

Springfield Sangamon County Hepatitis Support Group 3rd Mon. monthly 6-8 PM, Sangamon County Department of Public Health, 1415 East Jefferson, Main Floor Conference Room, Don Hunt (217) 789-2182 donh@co.sangamon.il.us

Urbana 2nd Wed. monthly 6-7:30 PM, Carl Forum, 602 W. University, Penny Shonkwiler 217-239-7827

Winfield 1st Thurs. monthly 7-8:30 PM Central DuPage Hospital, 25 N. Winfield Rd, Kelly Hoffman 630-933-4372 kellyhof@ameritech.net

INDIANA

Auburn HIP ON HEP C Support Group 3rd Fri. monthly, 6 PM, DeKalb Medical Arts Center, Conference Room 303, 1314 East Seventh St, Christie Soaper, 260-927-8180 ladytruckr@sbcglobal.net

Evansville E.A.S.E. Hep C, 2nd Mon. monthly (EXCEPT AUGUST) Newcomers 6 PM, Regular Meeting 6:30-8 PM, Deaconess Resource Center, Deaconess Hospital, 600 Edgar St. Terry Olinger, RN, 812-423-5687

Gary Fri. 3 PM, 1110 West 5th Ave. Albert Barber 885-4264x4239

Hammond Healthy Start, 7854 Interstate Plaza Dr. 219-989-3939 mgomez@nwihs.com

Indianapolis A.R.K. (Always Reflecting Kindness) 3rd Sat. monthly 12 PM, Rock Christian Church, 2020 N Girls School Rd

Indianapolis S.T.A.R.S. Hepatitis C Support & Education for Veterans, 1st & 3rd Tues. monthly, 9-10:30AM (Must be a veteran to attend) VA Medical Center, 1481 W. 10th St, Rm C-1192

Kokomo Barry (317) 233-9263

Merrillville Aliveness Project Available weekdays-call for info, 5490 Broadway, Charles Johnson 219-985-6170 chjohnsonap@sbcglobal.net

St. John (Northwest) 4th Thurs. monthly 6:30-8 PM, Community Outpatient Center, 9660 Wicker Blvd., Linda Zych 219-836-3477

KANSAS

Wichita Sedgwick County Hepatitis C Support Group, 3rd Tues. monthly, 6:30 PM, 1530 S. Oliver, Suite 130 www.wichitahepc.com

KENTUCKY

Louisville Area Support and Hope for Hepatitis C 2nd Tues. monthly 6:30-8 PM, Thomas Jefferson Unitarian Church, 4936 Brownsboro Rd, Josie 502-409-4204 lash4hepc@aol.com

LOUISIANA

Bossier City Northwest Louisiana Hepatitis C Support Every 3rd Thurs. monthly 6:30-8:30 PM, Independence Lodge Office Community Room, 2319 Riverwood Dr, Jackie Sample 318-742-4790 tygerhartone@aim.com <http://nwlahcvsupport.bravehost.com/>

Lake Charles Hepatitis C Support Group, Lake Charles Community Church, 833 Jefferson, Deborah Stone 512-914-9337 or 474-8509 www.lchepcsupport@yahoo.com

Metairie Bridget (504) 888-5565

West Monroe Hepatitis C Support Group of Northeast Louisiana, Amy 318-325-6614tomcat357@juno.com

MAINE

Lewiston 6-7 PM (Call for meeting days) St. Mary's Regional Medical Center, Campus Ave (Endoscopy Suite), Norm Burnell 207-755-3636

Portland Living with Hepatitis 3rd Tues. monthly, 6-7:30 PM, Maine Medical Center, 22 Bramhall St., Ruth 207-662-2565 gradyr@mmc.org www.mmc.org

MARYLAND

Annapolis Digestive Disorders Associates of Annapolis, call for meeting info, Suite 201, 621 Ridgely Ave, Tracy Thompson 410-224-4887, ext 432

Baltimore Hepatitis C Support Group 2nd Tues. monthly, 6:30 PM, St Agnes Hospital, Room 5AB, Pediatrics Conference Room, 900 Caton Ave(corner of Wilkens), Debbie (410) 360-1540

Frederick Win the Battle Workshop 2nd Tues. monthly (not consistent-CALL for dates) 4-6PM, Frederick County Health Dept, 350 Montvue Lane, Entrance C, Constance Callahan 301-631-3343, fredhepclin@yahoo.com

Ocean City Donna Siegel 410-213-1741

Rockville Shady Grove Hepatitis Support Group 1st Tues. monthly 7-8:30 PM, Shady Grove Hospital, Weinshel Health Education Center Maple, Elm or Willow Room, 9901 Medical Center Dr, Linda 301-530-1796

Silver Spring Hepatitis Support Group 4th Sat. monthly 11 AM-1 PM, Capital Gastroenterology Consultants, 10801 Lockwood Dr, Suite 200, Becky Lorenz (301) 989-9097 weldermom@yahoo.com

Towson Help & Hope for Hepatitis, 1st Wed. monthly, St Joseph Med Center, Canticle Room, 7601 Osler Dr, Dawn (410) 574-1146

MASSACHUSETTS

Amherst Hepatitis C Support Group, 1st Thurs. monthly, 6:30 PM, Amherst College, Cadigan Center, 38 Woodside Ave, John Helin at 413-533-3472

Boston Hepatitis C Support Group, 2nd Wed. monthly, 6:30-7:30 PM (Registration is required) Beth Israel Deaconess Medical Center, 110 Francis St., 8th Floor. Tiffany Geahigan, PA-C 617-632-1072 tgeahiga@caregroup.harvard.edu

Boston Hepatitis C Support Group, 1st Wed. monthly 6:30PM, Boston Medical Center. Beth Cline, NP 617-638-6576

Boston Hepatitis C Support Group 1st Mon. monthly, 6-7:30 PM (For patients of Harvard Vanguard ONLY) Harvard Vanguard Medical Associates-Kenmore 133 Brookline Ave, Pam McCormick 617-421-2537

Boston Hepatitis C Support Group ***En Espanol--2ndo lunes cada mes, 5:30 PM, Latino Health Institute, 95 Berkeley St, Beatriz Moralez 617-350-6900x210*

Boston Hepatitis C Support Group, every Mon. 9:30-10:30AM Tufts-New England Medical Center 860 Washington St, South 4, Conference Room, Kristen Kelley, LCSW 617-636-9220

Burlington Hepatitis C Support Group 1st Wed. monthly 6-7:30PM (Call before attending) Lahey Clinic, 41 Mall Rd, 4 West, Conference Room, Eric Richman, MSW 781-744-5335 or Alyson Bracken, MPH 781-744-5382 eric.richman@lahey.org

Greenfield Hepatitis C Support Group 1st Mon. monthly 7 PM, Franklin Medical Center, 164 High St, Admin Conference Room, Peter Fisher 413-863-2152 or June 413-772-2608

Hepatitis C Support Group Every Sat., 7-8 PM Leydon Woods Community Center, 24 Leydon Woods Lane. Star 413-772-0818

Holyoke Hepatitis C Support Group 2nd Tues. monthly 6:30-8PM, Holyoke Hospital, 575 Beech St, Main Conference Room, John Helin at 413-533-3472

Hyannis HCV Support, Inc Tues. nights, once or twice a month, 7 PM. Cape Cod Hospital, Medical Center Bldg., Conference room (last room on left in bldg.) Dawn or Wayne 508-247-0911 admin@hcvsupport.org www.hcvsupport.org

Newton Caring Connection: A Parent Support Group. Call for times. American Liver Foundation, 88 Winchester St. Robin Stone, LICSW 617-527-5600

Northampton Hepatitis C Support Group 3rd Tues. monthly, 6:30-8PM, Cooley Dickinson Hospital, 51 Locust St, Conference Room J, Donna Zucker, RN, PhD 413-545-1343

Palmer Hepatitis C Support Group, 2nd Wed. monthly, 6:30 PM. UMass Memorial Wing, Memorial Hospital, Patient Lounge 2nd Fl. , 40 Wright St, John Helin at 413-533-3472

Springfield Hepatitis Support for Spanish Speaking Persons. 2nd Wed. monthly, 3:30-5 PM, Baystate Medical Center, 3300 Main St, Room 335, Pam Brigham/Gladys Vargus 413-794-2255

Springfield Hepatitis Evening Support Group 4th Wed. monthly, 7 PM, Baystate Medical Center, Chestnut Surgical Center, 759 Chestnut St, John Helin at 413794-2255

Springfield Hepatitis Afternoon Support Group 3rd Tues. monthly, 2-3:30 PM, Baystate Medical Center, Community Room, 3300 Main St, 1st Floor, Joanne Dinnie/Patricia Drumm 413-794-2255

Ware Hepatitis C Support Group 2nd Tues. monthly, 6:30 PM, Mary Lane Hospital, Community Health Info Ctr., Conference Room, John Helin at 413-533-3472

Westfield Hepatitis C Support Group, 1st Thurs. monthly, 6:30-8 PM, Noble Hospital, 115 West Silver St, Education Dept, John Helin at 413-533-3472

Worcester Hepatitis C Support Group 3rd Tues. monthly, 6-7:30 PM, UMass Memorial Health Care, 55 Lake Ave North, Room H1-776, Gail Bird 508-865-6248 or 508-856-8402

MICHIGAN

Ann Arbor/Ypsilanti Hepatitis C Support Group. Contact Chris Posler 734-572-9355

Battle Creek VA Hepatitis C and Me 3rd Thurs. monthly, 1-2 PM Veterans Administration Medical Center, 4551 Dickman. 2nd Mon. monthly, 4:30-6PM First Presbyterian Church, 111 Capitol NE. Lyn Benjamin 517-279-7341

Detroit Henry Ford Hospital Hepatitis C Support Group 3rd Thurs. monthly, 5:30-7PM, Henry Ford Hospital, Education & Research Building, Room 2038C. Terri Robertson PhD or Anne Eshelman PhD (313) 916-7415 trobert2@hfhs.org

Detroit Liver Transplant Support Group 2nd Thurs. monthly, 11AM-12 PM & 4th Tues. monthly 7-8 PM, Henry Ford Hospital. Sheri Silver 313-916-1352

Detroit DMC Hepatitis C Support Group 1st & 3rd Wed. monthly 6:30-8 PM Wayne State University/UIMS Karmanos Center, 4100 John R. St, Room 1237, Lynda Welch RN BSN and Marie LaRochelle NP MSN 313-966-6281 lwelch@med.wayne.edu

Gladwin Liver Support Group 2nd Wed. monthly, 5 PM, Mid Michigan Medical Center-Gladwin, Mary Griffore RN 989-246-6291 mary.griffore@midmichigan.org

Grand Rapids Hepatitis C Foundation, 1s Thurs. monthly, 7-8:30 PM, Lacks Cancer Center (Grand Room), 250 Cherry St SE (corner of Lafayette). Mary Adams 616-447-0669 www.mihepc.org

Grand Rapids HIV/AIDS Needle Exchange Mon. & Thurs. 6-8 PM, 343 Atlas. Bill Allen

Huntington Woods Detroit & Suburbs HepC Support Group, 2nd Wed. monthly 7-8:30 PM, Huntington Woods Library, 26415 Scotia. M. Calfin (248) 674-8152 marcuscal@yahoo.com

Lansing Hepatitis C Support Group 517-927-7544

Midland Tri-City Hepatitis Support Group, 3rd Thurs. monthly 7-8:30 PM, United Way Bldg, 220 W. Main St, Room 201. Karen Miller 517-832-8774

Traverse City Hepatitis C and Me of No. MI, 2nd & 4th Sun. monthly, 3 PM, Grace Episcopal Church. Contact Debbie Carlton 231-941-0477

MINNESOTA

Brooklyn Park/Shoreview Liverhope, 2nd Tues. monthly 7-9 PM, Shepherd of the Hills Lutheran Church, 3920 N Victoria St, Shoreview. Pat (763) 566-3839

Duluth Hepatitis C Support Group, 1st Tues. monthly, St Luke's Hospital, 4th Fl Conference Rm, Lakeview Bldg. Sherry Johnson 218-249-7990 sjohnson2@slhduluth.com

St. Cloud The Hep C Cats, 3rd Mon. monthly 6 PM, Whitney Senior Center, 1527 Northway Dr, Roy Van Horne 320-266-3515 roypaints@hotmail.com <http://Thehepcats.Blogspot.com>

MISSOURI

Columbia Missouri Hepatitis C Alliance-Transplant Support Group, 1st Wed. monthly 12-1:30 PM, VA Hospital Auditorium, Bruce: 866.434.1975

Columbia Missouri Hepatitis C Alliance-2nd Mon. monthly 7-8:30 PM, University Hospital, Main Street Conference Room, Bruce 866-434-1975

GrandviewHep C-MO Support, Johanna Koskinen 816-767-8472 www.hepcmo.org

Hannibal Missouri Hepatitis C Alliance 2nd Tues. monthly 5:30-7 PM, Marion County Health Dept, 3105 Route N. Bruce 866-434-1975

Jefferson City Missouri Hepatitis C Alliance, 3rd Sun. monthly 4-5:30 PM, St. Mary's Hospital Boardroom, 100 St Mary's Medical Plaza, Bruce 866-434-1975

Kansas City Hep C-MO Support 3rd Mon. monthly and Wed. from 6-8 PM, St. Joseph Medical Center, 1000 Carondelet Dr. Johanna Koskinen 816-767-8472 www.hepcmo.org

North Kansas City Hep C-MO Support 1st Mon. monthly: 6-8 PM, North Kansas City Hospital, 2800 Clay Edwards Dr. Johanna Koskinen 816-767-8472 www.hepcmo.org

Osage Beach Missouri Hepatitis C Alliance 3rd Sun. monthly 1-2:30 PM, Lake Regional Hospital, Conf Room D54 Hospital Dr. Bruce 866-434-1975

Sedalia Missouri Hepatitis C Alliance 2nd Thurs. monthly 7-9 PM, Pettis County Health Dept, 911 E 16th St. Trinko 660-827-1139

Springfield Missouri Hepatitis C Alliance 2nd Tues. monthly 6-8 PM, Fire Station #5, 2715 W. Kearney. Gloria (417) 840-4677 globab38@aol.com ; lkmac39@aol.com

MONTANA

Bozeman Casey (406) 556-1139

Helena Alan (406) 459-2417 hip2hep@hotmail.com

NEVADA

Carson City Sierra Nevada Hep C & Liver Support, 2nd Mon. monthly, 6-8 PM, Carson Tahoe Regional Medical Center, Aspen Auditorium. Sandy Curl 775-883-5415, Paul Saucedo 775-883-3626 carsoncitynvhepc@sbcglobal.net

Las Vegas People Helping People 6:30-7:30 1st Mon. monthly, Sunrise Hospital and Medical Center, Physician's Lounge, 3186 South Maryland Parkway, Sandra Hart, RN (702) 796-9111

Las Vegas People Helping People 6:30 - 7:30 1st Mon. monthly, Option Care of Nevada Health, South Rehabilitation Hospital, Dining Room, 1250 South Valley View Rd (702) 947-0258, Livingston Casey 406-556-1139

Reno People Helping People 4th Thurs. monthly 6:30-8:30 PM, Renown Regional Medical Center, Room 101, 1155 Mill St. Darla 775-825-7434; Ken Morgan 530-577-3111 hcvtaskforce@cs.com

Sierra Nevada Liver Support For issues concerning transplants please contact Paul Saucedo 775-883-3626 Psauce@aol.com

NEW HAMPSHIRE

Hanover/Lebanon/White River Junction Hepatitis Education/Support 3rd Thurs. monthly, 6:30-8 PM, VA Hospital in White River Junction, Yasinski Research Building, Room 129. Mary Chaffee 802-296-5191 hepcmary@hotmail.com

Keene 3rd Wed. monthly, 7 PM. Family & friends welcome. Cheshire Medical Center. Marianne Parisi 603-354-5467

Laconia (Meeting times vary.) Community Wellness Center. Mary Hartman 603-524-3211 ext 3835

Laconia Peer support for newly diagnosed with HCV, Lakes Regional General Healthcare, 80 Highland St. Susan Irving or Darlene Burrows 603-527-2825 or 603-524-3211 ext 3041

NEW JERSEY

Brick 1st Tues. monthly, 7-9 PM, Brick Hospital, Lower Level Conference Room. 732-974-5797

Cedar Grove ALF - Contact (800) 223-0179

Central Jersey / Mercer County Peggy Goodale (609) 448-0532 Mgoo500300@aol.com
www.geocities.com/pegshelp/

Collingswood Joan Geraci 856-931-8312

Florham Park Hep C-Port Group of New Jersey 2nd Wed. monthly 6:30 PM, Affiliates in Gastroenterology, Suite 110, 195 Columbia Turnpike. Christine 1-973-410-9241 X 26 cdalcomine@aigmedical.com

Neptune, Monmouth Co. 3rd Thurs. monthly, 7-9 PM, Jersey Shore Wellness Center Fitness Club, 2020 Hwy 33, 2nd Floor. 732-974-5797

Newark Hepatitis C Anonymous Michele (973) 489-5589

Newark Hepatitis C Education Meeting Last Wed. monthly 12 Noon, St Michael's Medical College, 111 Central Ave, Nancy Scangarello NP 973-877-5645

Passaic PBI Regional Anna Marie 973-365-4752

Secaucus 1st Mon. monthly, 7-8 PM (CALL FIRST) Meadowlands Hospital. Georgine Gallow 201-392-3266

Trenton Co-infection Group Henry J. Austin FQHC 609-278-5918

Voorhees 2nd Tues. monthly 7-9 PM, Except Dec & Summer Meets next to Voorhees Hospital. Henry Hager, Jr. 856-983-8247

NEW MEXICO

Alamogordo Billy Mack nmagc@tularosa.net

Albuquerque Hepatitis C Support Group 4th Sat. monthly, 9:30 AM, Lovelace Health Center, 2121 Juan Tabo SE. Janet Brown 505-881-6080

Albuquerque Hepatitis C Support Group 3rd Tues. monthly 5- 6 PM, University of NM Hospital 2nd Floor, Manzano room (in Cafeteria) 2211 Lomas Blvd., NE. Louise Smith, RN or Lucinda Yates, RN 505-272-3787 LSmith@salud.unm.edu ; LMYates@salud.unm.edu

Carlsbad 2nd Tues. monthly, Library Annex, Halagueno Park. Mickey Compton (505) 628-3590(hm) or 505-887-2121(wk)

Clovis 1st Thurs. monthly, 6:30 PM, Plains Regional Med Center, Caduceus Room, Michael Owen (505) 760-8351

Farmington 2nd Tues. monthly, 5:30 PM, Life Course Center, Charles Hoffman, MD (505) 326-5359

Farmington 2nd Wed. monthly, 5:30 PM, 2325 E 30th St, Kelly Thompson (505) 327-0773

Grants 1st Wed. monthly, 6 PM. Cibola Counseling Center, PSR Bldg, 906 1st St. Randell 505-287-4059

Hobbs Francisco Ruiz, MD (505) 392-8593

Las Cruces Cindy Lyell (505) 528-5107

Santa Fe Jessie Doyle (505) 983-5631

NEW YORK

Albany Hepatitis C Support Group, Albany Gastroenterology Consultants, PC, 1375 Washington Ave S 101. Yvonne Fuller FNP-C, 518-438-4483 www.albanyqi.com

Binghamton Dragon Slayers Every 2nd Tues. 6 PM, Trinity Memorial Church, 44 Main St. Steve Hanankovic 607-798-1706 shanakovic@stapinc.org

Brooklyn (212) 502-7941 Marleny (718) 842-0500 x 224

Buckland Nancy (716) 271-2859

Flushing (718) 321-1777

Geneva Finger Lakes Hepatitis Support Group 4th Fri. monthly 7 PM, 160 N. Main St. Preston Dinkel, (315) 789-4307 dinkel@localnet.com

Lower East Side HCV Support Group Fri. 2:30- 4 PM, Lower East Side Harm Reduction Center, 25 Allen St. Andrea: (212) 226-6333 x123 andrea@leshrc.org www.leshrc.org

Manhasset - Long Island, Judy or Gina (718) 595-2805

Melville Mary Beth (516) 393-5076

New York City Beth Israel 2nd Wed. monthly 6 -8 PM, 10 Union Square East, 2nd floor, Conf Center Room #3. Ivanka Zic

New York City Last Wed. monthly, 6 PM, NYU Hospital, 560 1st Ave. (Use the "G"elevators to the 15th floor. Walk thru doors) Ronni Marks and Leena Hong

New York City 3rd Tues. monthly 6 PM, St Vincent's Hospital, Coleman Bldg (Elevator to 12 for Conference Room 1249) 170 West 12th Street near 7th Andy Bartlett

New York City (212) 502-7941

Port Jefferson (516) 474-6110

Rochester John (716) 377-9330

Williamsville Hepatitis C Support Group 2nd Tues. monthly 6:30-8 PM Erie Community College, North Campus, School of Dental Hygiene-Community Room, Main & Youngs Rd. Judith Shand RN (716) 631-2517 jshand@buffalomedicalgroup.com

NORTH CAROLINA

Asheboro Hepatitis Support, Randolph Hospital - Patient Welcome Center, 364 White Oak St., Fred DeFriess, 336-626-2203 (H) 336 633-8707 (cell)

Asheville Hep C Hope, Inc, 4th Mon. 6PM, Mahec, 501 Biltmore Ave, David (828) 254-0590; Bob (828) 669-0274; Liese (828) 497-1359 <http://hepchope.org/>

Charlotte Central Carolina Liver Association, 2nd Tues., 7:30 PM, Carolinas Medical Center. Mary Szpara 704-888-6944 mmszpara@bellsouth.net

Durham 2nd Tues., 7-9 PM, Freeman Center for Jewish Life, Duke University campus. Pat Bixby, 919-681-6819 bixby001@mc.duke.edu

Durham HIV/HCV Co-Infection 3rd Wed. monthly 12 noon, Lincoln Community Health Center, 1301 Fayetteville St., Conference Room B. Donna Tennyson 919-845-2125

Durham Hep C support group for veterans, Every Thurs. 1-2:30 PM, VA Medical Center, 508 Fulton St. Emily Baldwin 919 286-0411, ext. 6165

Elizabeth City Peg Kennedy 252-330-4047 pegkennedy@hotmail.com

Hubert Look Upon The Horizon, 2nd Sat. monthly 9-11 AM, Onslow Memorial Hospital, Western Blvd/Memorial Dr, Education Dept., 317 Western Blvd. Susan Chapter 910-326-5529; cell 910-330-3086 hepc2heal@yahoo.com

Jacksonville Hep C 4th Tues. 6-7 PM, Onslow Memorial Hospital, 317 Western Blvd. Susan Chapter 910-326-5529 hepc2heal@yahoo.com

Raleigh Liver Disease Support group, 3rd Tues., 7 PM, Raleigh Community Hospital, Karen Salina LPN (919) 845-2125 ksalina0420@yahoo.com

Wilmington 525 Creekwood Rd, Ron Smith 910-686-7233

NORTH DAKOTA

Bismarck Hepatitis Support Group 3rd Mon. monthly, 7 PM MedCenter One- Outpatient Services Building, 414 N 7th St, Lymm Beiswanger 701-222-4136 or Kevin 701-255-0607 hepcsurvivor@bis.midco.net

Fargo Hepatitis Support Group 1st Tues. monthly, 7 PM, MeritCare Clinic, 737 Broadway, Room B2. Contact Russ Johnson 701-281-0362 or Joann Relling 218-236-7468 maxwfgo@msn.com OR jrelling@wtc-mail.net

OHIO

Akron Health Dept. Hepatitis Support Group 3rd Wed., 7-8 PM, Professional Center South, 55 South Arch St, Dr. Erme 330-375-2960

Akron (216) 444-8409

Cincinnati 3rd Wed., 7 PM, Drake Center, 151 W. Galbraith. 513-948-2544 www.drakecenter.com

Cleveland 3rd Mon., 7-8 PM, Cleveland Clinic Foundation 216-444-8344

Columbus 3rd Wed. 6 -8 PM OSU Wellness Center, Pavilion Bldg., Room 1066, 2050 Kenny Rd., 888-475-7131 www.liverfoundation.org

Columbus Emma (614) 337-1450

Dayton 1st Wed. monthly, 6:30 PM. Dayton VA Hospital, 9th floor Room 9C-100, 4100 W. 3rd St. Peggy 937-268-6511

Elyria "New Life Hepatitis C Support Group, Faith Based Hepatitis C Support Group, 3rd Mon. monthly, 7-8 PM Church of the Open Door, Corner of W. Ridge Rd & Route 113. (440) 323-4644, Cheryl NewLife@HepCSupport.org www.HepCSupport.org

Independence Contact (216) 444-8409

Toledo 3rd Tues., 7-8 PM, Toledo Hospital, Jobst McIntosh Tower- Room F, 1920 Cove Blvd. Mary Mouch 419-726-8258 Mary2744@yahoo.com

Toledo Richard (419) 243-5777

Youngstown 1st Mon., 7-8 PM, HM Home Care, 5211 Mahoning Ave. (866) OHIO-ALF

OKLAHOMA

Tulsa Melissa (918) 437-1748

Tulsa Mitzi (918) 282-2323 shrinktogo@sbcglobal.net www.OklahomaHepCHelp.com

OREGON

Coos Bay Sue (541) 688-7329

Eugene 1st Thurs. monthly 6:30-8 PM, Sacred Heart Hospital, Conference Room A, 1255 Hilyard, Phyllis Beck - 541-607-5725 PKBeckinOR@aol.com

Medford Hank (503) 353-8808

Portland/ Gresham (503) 413-7348

Roseburg 2nd Tues. monthly 6-7:30 PM, 832 NW Highland St, Mike 541-440-2761: M-F 9-3
mike@hivroseburg.org

PENNSYLVANIA

Aston Donna (610) 459-1046

Lansford Joe (717) 645-8685

Allentown/Lehigh Valley Hepatitis C Support Group of the Lehigh Valley (HEPCLV) 2nd Thurs. monthly 7:30 PM, Room 3 A/B of Sacred Heart Hospital, 4th and Chew Streets. Jim Weaver 610-852-4563
www.hepclv.org

Delco Hep C Connect Hotline - 1-866-739-1126

Harrisburg (717) 236-7387

Hershey Hepatitis C Support Group 1st Thurs. monthly 7 PM, Room 1010 University Physicians Center of the Milton S, Hershey Medical Center. Dennis E. Haines, facilitator (717) 838-1956, home number. Hershey
HCSupport@aol.com

Indiana June (724) 459-6049

Lancaster Jean (717) 394-7110

North Wales Lee (215) 362-4955

Panther Valley Joe (717) 645-8685

Philadelphia Center City Support Group 2nd Thurs. monthly 7 PM, Fairmont Health Center, Fairmont and Broad Streets. Amy B. Jessop, PhD, MPH (866) 437-8732 info@heptrec.org

Philadelphia Contact (215) 672-2606 or 800-324-7305

Pittsburgh Chuck (724) 752-1555

Plymouth Deborah (610) 260-1497

Reading/Berks County Gerry (610) 375-4541

Stroudsburg (570) 223-2833

Warminster HepCats Support Group 2nd Mon. monthly: 7-8:30 PM Warminster Hospital - Main Meeting Room, 225 Newtown Rd. Debbie Oswald 215-441-6794 Debra.Oswald@tenethealth.com

Williamsport Hepatitis Outreach Inc Bill Sykes Jr at (570) 323-1491

Woodlyn Chris (610) 461-1946

York/Hanover/Gettysburg Area Paul (717) 259-0192

RHODE ISLAND

Providence 4th Mon. monthly, 6-7 PM, Rhode Island Hospital, Donna McNulty 401-444-5280

Providence People Helping People, 2nd & 4th Wed. 7-8:30 PM, Roger Williams Medical Center, 825 Chalkstone Ave, Ambulatory Surgery Waiting Area, Jim (401) 456-2284 jwillsey@rwmc.org

SOUTH CAROLINA

Charleston (843) 792-6871

GreenvilleUpstate Hepatitis C Support Group, Marnie Schwartz 864-906-7660 upstatehepc@bellsouth.net
www.myspace.com/upstatehepc

Hilton Head Donna (843) 341-3925 or (843) 785-5191

W. Columbia Becky (803) 796-4251

TENNESSEE

Chattanooga 2nd Mon. monthly 6:15 PM, Diagnostic Center, 2205 McCallie Ave, Conference Rm A, Laureen Brock (423) 265-5241 or Donna Faulkner (423) 877-5649 laurbrck@aol.com OR Dfaulkr423@aol.com

Knoxville 1st Thurs. monthly 7-8:30 PM, Univ. of TN Med Center, Laboratory Annex Bldg., Med Tech Building- Enter Lower Level, follow posted signs to Upper Level. Faye (865) 986-5982 or Ann (865) 494-7225 Faywreynolds@aol.com

Lenoir City Faye (865) 986-5982

Memphis Mid-South Transplant 3rd Thurs. monthly 6:30 PM, Main Library, 3030 Poplar Ave, Conf. Room A, Zola Burgess (901) 328-4438

Memphis 3rd Wed. monthly 6 PM, St Francis Hospital. Shirley Durst (901) 853-4606 ndurst@midssouth.rr.com

Memphis 1st & 3rd Tues. monthly 1 PM, VA Hospital, 877 Jefferson Ave, CW 202-B. Ms. Garner (901) 523-8990 ext 5573

West Knoxville 1st Tues. monthly 6:30 PM. Contact Jacque Prince, NP 865-531-6015 jacqueprince@bellsouth.net

TEXAS

Austin 3rd Wed. monthly 6:30 PM, Hyde Park United Methodist Church, 4001 Speedway Jerry Martinez 512-750-8547 jmartinez22002@yahoo.com http://health.groups.yahoo.com/group/Hepatitis_austin/

Austin Julie (512) 244-2273

Austin - South 2nd Wed., 6 -7:30 PM South Austin Hospital, Doctors' Dining Room, 901 W. Ben White Blvd, Facilitator: Kara Wright, PA karawright@hotmail.com

Austin -North 1st & 3rd Thurs. 6:30 PM, Central Texas Gastroenterology, Suite 235, 12201 Renfert Way. Facilitator: Kelley Covert-Seiler: 512-719-4370 kcseiler@austin.rr.com

Bay City Jeff La Viola (979) 323-8361

Beaumont, Port Arthur, Nederland Golden Triangle Support Group 3rd Thurs., 7 PM, Old Terminal, 5000 Jerry Ware Dr. 409-727-0490 Facilitator: Kathy Bailey bailey2@vis-fx.com

Bedford-Hurst - Euless 2nd Tues., 7 PM, Bedford Medical Center, Edwards Cancer Center Classroom E, 1612 Hospital Parkway, Louise Henson 817-267-8470

Bryan - College Station, 3rd Tues., 6:30 PM, Apt 4, 2401 Rountree Dr. Sharon Sheffield 979-823-5032"

Bryan - College Station 1st Wed., 6:30 PM, St. Joseph Hospital Education Annex, Suite 100, 3030 East 29th St. Sharon Sheffield 979-823-5032 hepsharon@hotmail.com

Clear Lake 3rd Thurs., 7 PM, St. John Doctor's Building, 1st Floor Conference Room, 18100 St. John Dr, Carol Walker 281-334-7132 or 713-828-3299 carowalk@aol.com

Conroe/Woodlands 2nd Wed., 7 PM, Conroe Regional Medical Center, Dining Room A, 504 Medical Center Blvd. Carol Schanema 936-441-5106 hcvcarol@yahoo.com

Corpus Christi 1st and 3rd Tues. 7 PM, First Christian Church, Room 603, 3401 Santa Fe. Billy Fuls 361-993-9266 apogon2@grandecom.net

Dallas 4th Tues., 6:30 PM (it varies - call first) Baylor University Medical Center, Truett Bldg., Basement, Green Room, 3500 Gaston Ave., Sharon Bruer, RN, CCRC 214-820-1737 sharonb@BaylorHealth.edu

Dallas 2nd Thurs., 6:30 PM, Presbyterian Medical Center, Fogelson Bldg., Classroom B, 8200 Walnut Hill Lane. Patricia Havens 214-345-7036 patpettyhavens@yahoo.com

Dallas HEPHOP (972) 278-2911 Colleen (972) 625-4274 Vicky (214) 345-6999

El Paso Last Thurs., 6:30 PM St. Clement's Episcopal Church, 810 N. Campbell. Trish Owen 915-751-5600

Fort Worth Liver Disease Support Group of Fort Worth, Patient Care Center of University of North Texas, Health Science Center, 855 Montgomery St. Mike Wallace (817) 907-6115 <http://ldsgfw.com>

Galveston 1st Thurs., 6:30 PM Moody Memorial First United Methodist Church, 2803 53rd St. Sam Critz 409-737-4407 samule@ev1.net

Granbury 4th Thurs. (except Nov. and Dec.) 7 PM, Lake Granbury Medical Center, 2nd Floor Conf. Rm, 1310 Paluxy Rd. Denise Bradley 817-219-4458 denisebradleyrmt@yahoo.com

Houston Priscilla (800) 725-4837, Shari (713) 626-4959

Houston - Central 1st Tues., 7 PM, St. Martin's Episcopal Church, Payne Education Bldg. 2nd Floor, Room 203, 717 Sage Rd. Tony Peale 713-406-4111, Dave Erickson, Ph.D. 832-355-8758 hep88@ev1.net ; derickson@sleh.com

Houston - Memorial City 3rd Wed., 7 PM, Memorial City Hospital, 2nd Floor, Classroom A, 920 Frostwood. John Bickers 713-783-9334 johnbickers@hotmail.com

Houston - Northwest 2nd Mon., 7 PM, Methodist Hospital, Willowbrook Room C, First Floor, 18220 Tomball Parkway. Jana Turco 713-560-9374 cjanaturco@yahoo.com

Houston - St. Luke's 4th Tues., 6-7:30 PM (except December - No Meeting) Adult Liver Transplant, Cooley Bldg., Level B1, Green Elevators, Conf. Rm A, C068, 6720 Bertner Ave. Paula Waller, LMSW-ACP 832-355-2035, Karen Fielder, LMSW-ACP 832-355-2633 pwaller@sleh.com

Lake Jackson 2nd & 4th Mon., 7 PM, Brazosport Memorial Hospital, Education Classroom, 100 Medical Dr. Clifford and Shirley Toner 979-848-1075 tonercc@yahoo.com

Livingston 3rd Thurs., 7 PM, First Presbyterian Church, 910 N. Washington. Robert Will 936-563-4339 robert@escapees.com

Longview East Texas HCV Support Group 2nd Tues. monthly 6:30-8:30 PM, Good Shepherd Medical Center 5th Floor, Fourth and Hwy 80. Sharon Phillips 903-291-9700

Lufkin Texas Liver Coalition Vicki (936) 824-2167

Marble Falls 1st and last Tues., 7 PM First United Methodist Church, 1101 Blue Bonnet Randy Thompson 830-693-4111

North East Texas Support, Red River County & Lamar County. Charlotte Rozell 903-632-5617 Day: 903/427-3874 rozell@argontech.net

Pasadena 1st Thurs., 7 PM, 2016 Cherrybook, Michael Brown 832-372-9052 mbrown@shrinenet.org

San Angelo 3rd Tues. at 7 PM, St. John's Hospital Campus Auditorium, 2018 Pulliam St. Victor Warren 325-658-4402 shovelrider@highstream.net

San Antonio Hepatitis C Support Group of San Antonio "Dragon Slayers". 1st Tues. monthly 7-8:30 PM, San Antonio Christian Church, Education Bldg, 6131 DeZavala Rd. Bobby Japhet (210) 690-9011 or (210) 386-7468 rji@satx.rr.com or thunder@satx.rr.com http://myspace.com/hepc_dragon_slayers

San Antonio-North Central 2nd Tues., 7 PM, Northwest Park Baptist Church, 8550 Bowens Crossing, Kelly Hyland 210-681-1229 khyland8@hotmail.com

Sherman 2nd & 4th Tues., 7 PM, Wilson N. Jones Hospital, Boyd Room, 500 North Highland. Lyndell Rice 580-296-2810 lyndell@cherokeetel.com

Sugarland Priscilla (800) 725-4837

Temple 2nd Wed., 6 PM, Scott & White Memorial Hospital Conference Center, Room 212-B, 2400 South 31st St. Richard McBride, RN 254-724-2388 rmcbride@swmail.sw.org

Texarkana 1st Tues., 6:30 PM, Christus St. Michael Health Center, 2600 St. Michael Blvd. Margaret Thomas 903-796-7289

Texas City 3rd Tues., 7 PM, #138 9300 E. F. Lowry Expressway. Rosie Morales, RN, MSN, FNP Phone: 409-925-1010 romorale@utmb.edu ; rmorales2@shrinenet.org

Tomball Terri (281) 357-0511

Tyler (903) 595-5101

Victoria Liver Disorder/Hepatitis C 2nd Tues., 6 PM, Northside Baptist Church, Genesis Room, 4100 N. Laurent St. Johanna Wrinkle 361-572-9395 ejwrinkle@aol.com

Waco 3rd Thurs., 6 PM, Providence Medical Center, Classroom #1, 6900 Medical Parkway. Ernie Gilbert 254-755-7879 lifematch@hotmail.com

Wichita Falls Traci (940) 766-4344

Woodlands (281) 367-7757

UTAH

Salt Lake City Hepatitis C Support Group -- HCAAF, Hepatitis C Action and Awareness Foundation, 1st & 3rd Tues. monthly 6:30-8 PM, 1063 East 3300 South Street Suite 102. Bruce Hatch, 801-558-8131, Mick Worthen 801-649-3877, Amber (801) 534-4620 Hatchling58@comcast.net www.hcaaf.org

VERMONT

Brattleboro 1st & 3rd Mon. monthly, 7-8:30 PM Brattleboro Memorial Hospital. Conference Room B, Jay Sabine 802-257-7592 after 5 PM.

Burlington 2nd Wed. monthly, 6-7:30 PM, Community Health Center, 617 Riverside Ave. Betsey 802-355-8936 bp lord@adelphia.net

Rutland Hepatitis & Liver Support, 3rd Wed. monthly 6:30-8 PM, Rutland Regional Medical Center, 5th Floor Library. Pat 802-773-2313 Apam037@aol.com

VIRGINIA

Falls Church 3rd Tues. monthly 7:30 PM, Center for Liver Disease, Inova Fairfax Hospital, 3300 Gallows Rd, Conference Room F. 703-208-6647 or Angela Wheeler 703-776-5487

Norfolk Sally (757) 473-9613

Roanoke 4th Tues. monthly 7 PM, Lewis-Gale Foundation, 3807 Brandon Ave, Suite 1000. Judith Hagadorn 540-774-4022

WASHINGTON

Bellingham Hepatitis C Support Group 3rd Mon. monthly 6:30 PM, Health Support Center, 1212 Indian St. 1-800-218-6932

Everett Scott (425) 339-0888

Lincoln County Ginny (509) 725-3001

Monroe Connie (360) 793-3360

Seattle Holistic 4th Mon. every other month, 7 PM, Fremont Baptist Church. 206-732-0311

South County/Burien 206-732-0311 or 1-800-218-6932 sara@hepeducation.org

Tacoma Pierce County Hepatitis C Support Group 4th Wed. monthly 6:30-8:30 PM. WINTER: 2nd Sat. monthly 1-3 PM, T.A.C.I.D., 6315 19th St, Kitty Candelaria 360-692-0795 candelarianhci@hotmail.com
www.nationalhepatitiscinstitute.org

Walla Walla 1-800-218-6932

Wenatchee 2nd Sun monthly, 2 PM, Wellness Place. 1-800-218-6932 <http://frontline-hepatitis-awareness.com>

Whidbey Island Janis (360) 678-6095

Yakima 4th Mon. monthly, 7 PM, Wellness House 1-800-218-6932

WEST VIRGINIA

Parkersburg Hepatitis C Support Group for Substance Abusers Every other Wed. 9 AM, 184 Holiday Hills Dr. Chrissy Parsons (304) 420-2400 cparsons@crchealth.com

WISCONSIN

Appleton/Fox Valley HOPE Support Group 3rd Mon. monthly 7 PM, The Genesis Club, 1213 N Appleton St. John 920-766-7702, Molly_shine@sbcglobal.net

Beloit Area Community Health Center, 74 Beloit Mal. 608-361-0311

Casper Michelle Starkey chellat919@aol.com

Glendale ALF 4927 Lydell Ave. 414-961-4936

Madison UW Hospital & Clinics, 600 Highland Ave, Room H6/215 (608) 263-1142

Milwaukee Froedtert Hospital, 9200 W Wisconsin Ave, Conference Rm A&B 414-805-2732

Racine Wheaton Franciscan Medical Group-All Saints, 3rd Wed. monthly (except Dec.) 5:30-7 PM, Library & Community Resource Center, 3801 Spring St (main lobby by gift shop) Arlene McEntegart, NP 262-687-8370 arlene.mcentegart@wfhc.org

Sheboygan Falls Dragon Fighters of Washington County (also serving Ozaukee & Sheboygan Counties) 920-467-2254 <http://groups.msn.com/DragonFightersofWashingtonCounty>

XII.2.2 AU CANADA

HEPCBC

Téléphone : (250) 595-3892

Télécopieur : (250) 483-4041

Courriel : info@hepcbc.ca

Site Web : <http://www.hepcbc.ca/>

L'HepCBC est un organisme visant à éduquer et à défendre les personnes infectées et affectées par le VHC.

L'HepCBC fournit des renseignements, éduque et soutient les personnes infectées par le VHC et il s'adresse également aux organisations qui les soignent. L'HepCBC a créé le bulletin *hepc.bull*. L'HepCBC distribue et met à jour la FAQ, ainsi que d'autres documents. L'HepCBC possède la collection la plus complète sur l'hépatite C sur l'île de Vancouver qui est considérée comme étant la meilleure collection en Colombie-Britannique. Les membres de cet organisme ont accès à la majorité des journaux médicaux et à d'autres services.

L'HepCAN

Le groupe de soutien en ligne pour les Canadiens et les gens de l'extérieur. Venez consulter notre site Web : <http://groups.yahoo.com/group/hepcan/messages> ou communiquez avec nous : citizenk@nethop.net. Pour vous inscrire, envoyez un courriel à hepcan-subscribe@yahogroups.com

hepc.bull

Le *hepc.bull* est un bulletin mensuel canadien qui traite de l'hépatite C. Ce bulletin fournit des ressources qui vise principalement la Colombie-Britannique, mais aussi l'ensemble du Canada et il contient des articles sur différents aspects de la maladie. Pour vous abonner, envoyez un message à jking@hepcbc.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE /YUKON :

Armstrong HepCURE Contact: 1-888-437-2873 Phone support.

AIDS Vancouver Island HCV support

- Campbell River: Drop in, harm reduction, support, education. Contact: 250-830-0787, leanne.cunningham@avi.org
- Comox Valley 355 6th St. Courtenay; Contact Phyllis 250-338-7400 phyllis.wood@avi.org Drop in, harm reduction, support, education.
- Nanaimo Info: Contact Anita 250-753-2437 anita.rosewall@avi.org
- Port Hardy (Sayward, Port McNeil, Alert Bay, Sointula and Woss) 7070 Shorcliffe Ave, Contact Shane, 250-926-3293 shane.thomas@avi.org . Education, mobile harm reduction, and support.
- Victoria 1601 Blanshard St., 250-384-2366 info@avi.org Harm Reduction.

Boundary HCV Support and Education. Support, education, presentations. Contact Ken 250-442-1280 ksthomson@direct.ca

Castlegar Contact Robin 250-365-6137 eor@shaw.ca

Courtenay HCV Peer Support and Education. Contact Del 250-703-0231 dgggrimstad@shaw.ca

Cowichan Valley Hepatitis C Support Contact Leah 250-748-3432 r-l-attig@shaw.ca

Cranbrook HeCSC-EK Phone support. Contact Leslie 250-426-6078, ldlong@shaw.ca

HepCBC info@hepcbc.ca, www.hepcbc.ca

- Victoria: Drop-in/Office/Library, 306-620 View St. Phone support, interviews, info sessions. Contact 250-595-3892
- Fraser Valley: Support/info 604-597-3881

Kamloops AIDS Society of Kamloops (ASK) Living Well HIV/HEPC Peer Support Group, each Thurs. 11-2 PM, 433 Tranquille Rd. Office 250-376-7558 Support/Referral. ask@telus.net 1 800 661-7541 www.aidskamloops.bc.ca

Kelowna Hepkop: Last Sat. monthly, 1-3 PM, Sep-May, Rose Ave. Meeting Room, Kelowna General Hospital. Contact Elaine 250-768-3573, eriseley@shaw.ca , Lisa 1-866-637-5144. ljmortell@shaw.ca

Mid Island Hepatitis C Society 2nd Thurs. monthly, 7 PM, Central Vancouver Island Health Centre 1665 Grant St. Nanaimo. Contact Cindy 250-756-4771 midislandhepc@hotmail.com

Mt Waddington Harm Reduction Each Tues. 10-12 8635 Granville, Pt. Hardy. Contact Dan 250-902-2238 mtwreduc@hotmail.com

Nakusp Support Contact. Contact Vivian 250-265-0073 Claire@columbiacable.net

Nelson Hepatitis C Support Group 1st Thurs. monthly 7-8:30 PM. ANKORS Offices, 101 Baker St. Drop-in

library M-Th 9-4:30. Contact Alex 1 800 421-2437, 250-505-5506, information@ankors.bc.ca
alex@ankors.bc.ca www.ankors.bc.ca/

New Westminster Support Contact Dianne Morrissette, 604-525-3790 before 9 PM. dmorrissette@excite.com

North Island Liver Service - Viral Hepatitis Information, support and treatment, serving Fanny Bay North to Pt Hardy, Vancouver Island. Toll free 1-877-215-7005

Pender Harbour Contact Myrtle Winchester 604-883-0010
myrwin@dccnet.com

Powell River Hep C Support Powell River Community Health, 3rd Floor-5000 Joyce Ave. Contact:
karen.peel@vch.ca 604-485-3310

Prince George Hep C Support Group 2nd Tues. monthly, 7-9 PM, Prince George Regional Hospital, Rm. 421.
Contact 250-963-9756, Ilse 250-565-7387 ilse.kuepper@northernhealth.ca

Princeton Contact the Health Unit (Princeton General Hospital) or Beverly at (250) 295-0075
batlas@telus.net

Prince Rupert Hep C Support Group 3rd Mon . monthly, 7-8:30 PM, boardroom at Northern Health's Public Health Unit. Contact: hepcprincerupert@citytel.net

Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii & Northern BC support. Contact Wendy 250-557-2487, 1-888-557-2487,
wendy@wendyswellness.ca www.wendyswellness.ca
<http://health.groups.yahoo.com/group/Network-BC/>

Slocan Valley Support Group Contact Ken 250-355-2732, ken.forsythe@gmail.com

Smithers: Positive Living North West 2nd Wed monthly, 12 PM, 3862 Broadway Ave Contact 1-866-877-0042
or Doreen 250-847-2132, aws@telus.net

Sunshine Coast-Sechelt Healthy Livers Support Group Information/resources, contact Catriona, 604-886-5613
catriona.hardwick@vch.ca or Brent, 604-740-9042 brent.fitzsimmons@vch.ca

VANDU The Vancouver Area Network of Drug Users. 380 E Hastings St. M-F 10-4 Contact 604-683-6061;
vandu@vandu.org www.vandu.org

Vancouver: Pre/post liver transplant support Contact Gordon Kerr sd.gk@shaw.ca

Vancouver Hepatitis C Support Group 7-9 PM:
2nd Thurs. monthly, 1199 Main St. near Sky Train -Terminal & Main,
3rd Wed. monthly, VGH, Lauener Room, LP2809, near Sassafras Cafe, Jim Pattison Pavilion, South.
4th Wed. monthly, St Paul's Hospital, meeting room across from gift shop. Contact Gordon 778-898-7211,
ohmygodyes@canada.com if you want to talk or meet for coffee.

YouthCO AIDS Society HepCATS #205-1104 Hornby St., Vancouver 604-688-1441 or 1-877-YOUTHCO
www.youthco.org Program Coordinator: Sara Young, saray@youthco.org Support Program Coordinator:
Brandy Svendson brandys@youthco.org

Vernon HeCSC HEPLIFE 2nd & 4th Wed. monthly, 10 AM-1 PM, The People Place, 3402-27th Ave. Contact
250-542-3092, hecsc@hepc.vernon.bc.ca

Whitehorse, Yukon—Blood Ties Four Directions Contact 867-633-2437 bloodties@klondiker.com

ONTARIO :

Barrie Hepatitis Support, Jeanie est la personne ressource pour renseignements ou rendez-vous :
jeanievilleneuve@hotmail.com

"Choices" Peer Support Group for those co-infected with HCV/HIV. Survivor trauma, addictions. Tous les 2e
mercredi 17 h à 19 h, AIDS Committee of Ottawa, 251 rue Bank, 7e étage. Personne ressource : Colleen
Price 613-563-0851 coinfection@sympatico.ca www.aco-cso.ca/supportgroups.htm

Durham Hepatitis C Support Group 2e jeudi du mois, 19 h à 21 h, St. Mark's United Church, 201 rue Centre South, Whitby. Personne ressource : smking@rogers.com <http://creativeintensity.com/smking/>
<http://health.groups.yahoo.com/group/CANHepC/>

Hamilton Hepatitis C Network Support Group 4e jeudi du mois 18 h à 19 h 45. Hamilton Urban Core Community Health Centre—S'informer à la réception pour la salle. Personne ressource : Shannon Lane 905-522-1148 poste 312. hepc@sprc.hamilton.on.ca hamiltonhepc.net

Hepatitis C Network of Windsor & Essex County dernier jeudi du mois, 19 h, 1078 rue Goyeau (en face de l'hôpital l'Hôtel Dieu). Personne ressource : 519-967-0490, amonkman@hepcnetwork.net ,
www.hepcnetwork.net

Kingston Hep C Info HIV/AIDS Regional Service. Personne ressource : 613- 545-3698, hars@kingston.net,
www.hars.ca

Kitchener Area Chapter 3e mercredi du mois, 19 h 30, salle communautaire Zehrs, Laurentian Power Centre, 750 rue Ottawa S., Kitchener. Personne ressource : Bob 519-886-5706
bc.cats-sens@rogers.com or Mavis 519-743-1922 elroy222@rogers.com

Niagara Falls Hep C Support Group, Personne ressource : Rhonda 905-295-4260, kehl@talkwireless.ca

Owen Sound Contact Debby Minielly, 1 800 263-3456, 376-9420, poste 257,
www.publichealthgreybruce.on.ca / dminielly@publichealthgreybruce.on.ca

Peel Region (Brampton, Mississauga, Caledon) Personne ressource : 905-799-7700
healthlinepeel@peelregion.ca

St. Catharines, personne ressource : Joe 905- 682-6194 jcolangelo3@cogeco.ca

Sudbury Circle C Support Group, personne ressource : Ernie 705-522-5156. hepc.support@persona.ca

Toronto CLF pas de réunion en janvier. Personne ressource : Catherine 416-491-3353, cgalgoczi@liver.ca

Thunder Bay Hep C support. Personne ressource : Janet Adams 807-345-1516 (ou pour la région du 807 seulement 1 800 488-5840)

Unified Networkers of Drug Users Nationally undun@sympatico.ca

York Region Hepatitis C Education Group, 3e mercredi du mois, 19 h 30, York Region Health Services, 4261 Hwy 7 East, B6-9, Unionville. Personne ressource : 905-940-1333, 1 800 361-5653
info@hepcyorkregion.org www.hepcyorkregion.org

QUÉBEC:

Région de la ville de Québec, personne ressource Renée Daurio 418-836-2307

PROVINCES DE L'ATLANTIQUE :

Région de Saint-Jean : Renseignements et soutien : Allan Kerr 506-633-4817
kerrs@nbnet.nb.ca

Île du Cape-Breton Island, NS The Hepatitis Outreach Society Support Group, 2e mardi du mois 150 Bentinck Street, Sydney, NS. de 19 h à 21 h Composez le 1 800 521-0572, 902-733-2486
info@hepatitisoutreachsociety.com .

LES PRAIRIES :

Regina, Saskatchewan HepC SK, personne ressource : Doug 306-545-1628
hep-c.regina@accesscomm.ca <http://nonprofits.accesscomm.ca/hep-c.regina/>

HeCSC Edmonton , personne ressource : Jackie Neufeld 780-939-3379.

Wood Buffalo HIV & AIDS Society #002-9908 Franklin Ave, Fort McMurray, AB
Personne ressource :780-743-9200 wahas@telus.net www.bhas.ca

Manitoba Hepatitis C Support Community Inc. fermé le 25 déc. et le 1er jan. Tous les mardis 19 h, United Church, Crossways-in-Common, 222 Furby St., porte de côté, étage principal. Suivre les indications affichées. Dernier mardi du mois : Réunion avec orateur invité Bienvenue à tous. Personne ressource Kirk : 204-772-8925 info@mbhepc.org www.mbhepc.org

Medicine Hat, AB Hep C Support Group 1er et 3e mer. du mois 18 h 30, HIV/AIDS Network of S.E. AB Association, 550 Allowance Ave. Personne ressource 403-527-7099 bettyc2@hivnetwork.ca

XII.2.3 ARGENTINE

Proyecto Hepatitis C 2000, Matheu 863 casa 2 - Pinamar - (7167), Provincia de Buenos Aires, www.hepatitisc2000.com.ar, info@hepatitisc2000.com.ar
Contact Eduardo Pérez Pegué from Argentina: 02254 403750;
From another country: 0054-2254-403750

Grupo Fundheba La Plata - Bs. As.
Calle 37 N° 926 (13 y 14) Reunión: 2 jueves al mes

Grupo Hepatitis C Rosario
Representante FHCVSF
www.hepatitis-c.com.ar .

Grupo Agrupar "C"
Mar del Plata - Pcia Buenos Aires
Se reúnen todos los martes a las 19 hs.
Calle San Luis 2069 (Asociación Bancaria)

Grupo UNA - C
Rosario - Pcia. de Santa Fe
Calle Santa Fe 1798
0341-155819465

Grupo Agrupar C - Ushuaia
Vuelta de Obigado 660 (Centro Comunitario Le Martial)
02901-1550-1997

Grupo Capital (coordinado por psicólogo)
Hospital de Clinicas -Buenos Aires
4to piso-Gastroenterología

Grupo Vicente Lopez
Grupo del Hospital de Vicente Lopez, Buenos Aires (coordinado por médicos), primer miércoles de cada mes en el hospital.

XII.2.4 AUSTRALIE

NEW SOUTH WALES

Hepatitis C Council of NSW. Publishes a quarterly newsletter: *The Hep C Review*. A community-based organisation committed to providing high quality HCV information, education, support and referral services. PO Box 432 DARLINGHURST NSW 1300 AUSTRALIA. Ph: 61 2 9332 1853; Fx: 61 2 9332 1730 hccnsw@hepatitisc.org.au www.hepatitisc.org.au. Support Line: 1 800 803-990

Hepatitis C Council of NSW
Level 1, 349 Crown St, Surry Hills, Sydney, NSW
HEP C Helpline: 9332 1599 (Sydney)
1800 803 990 (NSW regional)
02 9332 1853 (Aust)
61 2 9332 1853 (International)

hccnsw@hepatitisc.org.au

ACT Hepatitis Council Inc - Advocacy, referral and support for people living with hepatitis C, their families and friends. The Council develops and implements educational and health promotion initiatives. Contact: 02 6257 2911 www.acthepc.org Suite 1, 15 Sargood Street, O'Connor, ACT

New South Wales HOTS: HCV and Offering Togetherness and Support. Meetings 1st Wed monthly 7.30-9.00 pm, and 3rd Tues monthly 10.30 am-12 midday, PSN House at North Gosford. Contact Leslie: 4323 2905

Hunter Hepatitis C Support Services - Open to all people of the Hunter living with HCV. Linked to a team of health care professionals specialising in hepatitis C treatment & care. Based at John Hunter Hospital, Lookout Rd, New Lambton. Contact Gabrielle Murphy: 4921 4762 or Tracey Jones: 4921 4789

Nepean Hepatitis C Support Group - Guest speakers. Family and friends welcome. Refreshments and supper provided. Nurse Education Dept. Lecture Room (Somerset St entrance), Nepean Hospital. Contact Jo or Vince: 4734 3466

Northern Rivers Support Groups - Contact Wendi Evans: 6620 7539 or Marilyn Lebeter: 07 5506 6858

Port Macquarie Hepatitis C Support Group - Peer support available for people living with or affected by Hep C. Contact Lynelle Wood: 6588 2750 or Alison Mears: 0418 207 939

St Vincent's Support Group, Darlinghurst - Meetings first and third Tues monthly. St Vincent's Hospital, Darlinghurst. Contact Zoe Potgieter: 8382 2887

St George Support Group - Meetings 7pm on a Thursday, every 2 months in Waratah Clinic. Guest speakers, Refreshments. Contact Janice or Robyn: 9350 2957

Westmead Support Group - Meetings 7pm-8.30pm, 1st Thurs monthly (except Dec & Jan) Room 2, Level 2, Parramatta Health Service, 158 Marsden St, Parramatta. Free parking, entry via George Street. 10 min walk from Parramatta station. Contact Sen Kee: 9845 7706, Gabrielle or Maria: 9843 3143, or Frances or Susan: 9840 4110

Westmead Hepatitis C Information Nights - Speakers, Supper. Parking: five dollars in coins. 10 min. walk from Westmead station. Go to the main entrance of the hospital and ask for directions at Reception, or look for our signs. Contact Sen Kee: 9845 7706, Gabrielle or Maria: 9843 3143, or Frances or Susan: 9840 4110

AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE

Hepatitis C Council of SA: 08 8362 8443

Hepatitis C Info and Support Line: 08 8362 8443
1800 021 133 (for country callers)

Calming the C (peer support group), Hepatitis C Council of SA -Meetings Tuesdays fortnightly 12.30 - 2.30pm, 3 Hackney Rd, Hackney SA Contact: 08 8362 8443

Hepatitis Helpline: 1800 621 780
24 hour service run by the Drug and Alcohol Services South Australia

Mosaic - HIV and Hepatitis C Counselling - Free & confidential counselling service, telephone counselling for country residents, 49a Orsmond St, Hindmarsh.
Tel: 08 8245 8100

PEACE - HIV and hepatitis C information, support, education and referral services for communities from non-English speaking backgrounds. Tel: 08 8245 8100

QUEENSLAND

The Queensland Hepatitis C Council Inc., Coordinator: Mr. Jeff Ward Info/Support line: (07) 3229 3767
Administration: (07) 3229 9238 Fax: (07) 3229 9305

Hepatitis Council of Queensland

Information and Support Line 07 3236 0612
1800 648 491 (for regional and country callers)

Hepatitis C Support Groups across Queensland
Contact Gary Penfold, Community Development Officer at HCQ: 07 3238 5704

VICTORIA

The Hepatitis C Foundation (VIC) Inc.: P.O. Box 65, Fairfield 3078, Tel: Melbourne (03) 9280 2316

Education & Resource Centre at the Alfred
Tel: (03) 9276 6993
access@alfred.org.au
www.accessinfo.org.au

AUSTRALIE-OCCIDENTALE

Counselling, Support & Information
Cultural Diversity Unit, Health Department of WA
Tel: (08) 9222 4222

XII.2.5 AUTRICHE

Hepatitis League Austria e.V.: c/o chairman Ingo Rezman, Boltzmannng.21/4/17, A-1090 Wien/Austria Phone and Fax: 01/3152727 or Mobile 0663/863875 Email: IRezman@aol.com

Hepatitis Aid Austria
Karl Eylstrasse, 10
A-2435 Ebergassing Austria
Ms Angelika Widhalm
Tel +43 2234 72283
www.gesundeleber.at info@gesundeleber.at

XII.2.6 BELGIQUE

Carrefour Hépatites-Aide et Contact (CHAC)

Poisson-Moulin, 3
B-6640 Vaux-sur-Sûre Belgium
Ms Muriel COLINET
Tel/Fax: +32 61 26 68 90
www.chacasbl.be www.hepatites.be
murielcolinet@skynet.be
chacasbl@skynet.be

Vereniging voor Hepatitis C Patiënten (VHC)

F. De Renesselaan, 57
B- 3800 Sint-Truiden Belgium Ms Marie-Fabienne
Vanden Berghe
GSM: +32 476 496050
www.hepatitisc.be info@hepatitisc.be

XII.2.7 BULGARIE

Hepasist
26 Skobelev Blvd.
1606 Sofia Stanimir Hasurdjiev, M. D.
Tel. +359 2 953 33 70
office@hepasist.com www.hepasist.com

XII.2.8 COLOMBIE

BOGOTÁ:

Asesorías psicológicas, espiritual y jurídica en la Asociación Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales -
Tel: 6604659. email: donaldo@hotmail.com

XII.2.9 CROATIE

HULOH/CATIH "Hepatos"

Doverska 29

21000 Split

Croatia

TEL: + 385 21 45 99 88 GSM: + 385 98 903 24 87

Council TEL: + 385 21 322 888

www.hepatos.hr hepatos@hepatos.hr tatjana@hepatos.hr

XII.2.10 EGYPTE

Association of Liver Patients Care (ALPC)

Tel : 02 050 2353931

Cell Phone: 02 010 3048222

Email: liverri@yahoo.com www.liver-ri.org.eg/

XII.2.11 FRANCE

Hépatites Ecoute et Soutien (HES)

Office Municipal des retraités

26,rue du Château

69200 Vénissieux - France

Mr Ernest Rohrmann

TEL/FAX (33) 04 72 51 39 36

www.hes-rhone-alpes.com hes@libertysurf.fr

XII.2.12 ALLEMAGNE

Deutsche Hepatitis Liga e.V

Luxemburger Str. 150 - D - 50937 Köln

Tel: 0221 / 28 299-80

info@leberhilfe.org www.leberhilfe.org

Baden-Württemberg:

Hermann Kuon, Spagenstr. 3, 73557 Mutlangen

Tel.: 07171 / 97 93 05

HMKuon@t-online.de www.hepatitis-bw.de

Sprechzeiten: Mo-Fr 15-18 Uhr Bayern

Bayern:

Susanne Nückles

Hepatitishilfe Mittelfranken e.V.

Bahnhofstr. 15

90402 Nürnberg

Tel: 09 11 / 23 58 245

hepatitis@aidshilfe-nuernberg.de

Berlin:

Sabine von Wegerer

Berliner Leberring e.V.

Charité Campus Benjamin Franklin, Haus III, 1. OG rechts, Hindenburgdamm 30

12203 Berlin

Tel. + Fax: 030-8445-2140
kontakt@berliner-leberring.de

Hamburg:
Rolf Vieroth
Tel: 040-2998135 rolf.vieroth@hanse.net

Hessen:
Heike Dulitz
Selbsthilfegruppe Löhnberg
Tel: 0 64 71 / 62 64 27 montags bis freitags

Lingen:
Deutsches Hepatitis C Forum e.V
Postfach 13 31
D-49783 Lingen (Ems)
Ms Nadine Piorkowsky
Tel +49 (0)2225 18476
www.hepatitis-c.de
piorkowsky@hepatitis-c.de

München und Oberbayern:
Sven Illert
Donnerstag, 18 - 20 Uhr
Tel: 089 / 53 29 56 13
Dienstag, 17 - 19 Uhr
Tel: 089 / 29 16 02 09
info@hepatitis-c-muenchen.de

Niedersachsen:
Thomas Bertram
Tel: 0 51 30 - 97 41 74
tbertram@leberhilfe.org

Rhein-Main/Rheinhausen:
Günter Leppert
Rüdigerstr. 27, 65189 Wiesbaden
Tel: 06 11 / 76 37 964
info@hepatitis-rm.de
www.hepatitis-rm.de

Rostock:
Cornelia Eckfeld
Taklarring 39, 18109 Rostock
Tel:0381 / 1203690

Saarland:
Marina Schweitzer
Tel./Fax: 06 81 / 73 05 23
m.p.schweitzer@gmx.de

Sachsen:
SHG "Anti-D" e. V.
Sabine Schley
Rembrandtstr. 13a, 09112 Chemnitz
Tel./Fax: 03 71 / 44 94 95
E-Mail: SHGantiD@web.de
Hinweis: Nur für Fragen zu Anti-D

Schleswig-Holstein:
Waldemar Waschow
Johannisstr. 6
24589 Nortorf

Tel: 04392 / 408273
waldemar-waschow@t-online.de

Thüringen / Sachsen und Sachsen-Anhalt:
Horst Liebenow
Zum Anger 25
99428 Weimar
Tel: 036 43 / 49 67 46
horst.liebenow@freenet.de

XII.2.13 ISRAEL

General e-mail address: info@hepatitisonline.org
Office e-mail address: hulio@hepatitisonline.org

Hepatitis C:

Central region - Samuel: samuel@hepatitisonline.org
Jerusalem region - Chanan: hanan@hepatitisonline.org
South region - Dina: dina@hepatitisonline.org
North region - Noemi: noemi@hepatitisonline.org
Russian language support Irena: irena@hepatitisonline.org

XII.2.14 ITALIE

Hepatitis C Association, Italy

www.epac.it

Counseulling telefonico

Sostenitori EpaC, possono chiamare al numero 06 60200566 dal lunedì al Venerdì dalle ore 9 alle ore 15.

Non sostenitori, possono chiamare il numero 039 6083527 dal lunedì al Venerdì dalle ore 14 alle ore 18.

Incontri personalizzati in sede

Solo su appuntamento.

Sede Vimercate (MI) – Chiamare il numero 0396083527 negli orari suindicati

Sede Roma – Chiamare il numero 0660200566 negli orari suindicati

XII.2.15 PAYS-BAS

Landelijk Infocentrum Hepatitis: telefoonnummer is 030-2502372.

Nationaal Hepatitis Centrum
Stationsplein 8, 3818 LE Amersfoort
Tel: (033) 422 09 80
Infolijn: (033) 422 09 88
info@hepatitis.nl
www.hepatitis.nl/

XII.2.16 NOUVELLE ZÉLANDE

Hepatitis C Resource Centre
PO Box 90 563, Auckland
Phone +64 9 377 8500
Telecom Toll Free 0800 224 372 (NZ Only)
support@hepc.org.nz

XII.2.17 POLOGNE

Stowarzyszenie Pomocy Chorym z HCV "Prometeusz"
ul. Długa 7A/4
58-309 Walbrzych

Jaroslaw Chojnacki (president)
GSM: +48 602 172 907 j.chojnacki@prometeusze.pl
Ilona Sikorska (English speaker)
GSM: +48 504 223 082 i.sikorska@prometeusze.pl
www.prometeusze.pl www.wzw.pl

XII.2.18 PORTUGAL

SOS Hépatites Portugal

Praça Mota Veiga Lote O subcave Dta
1800-280 Lisboa
Ms Emilia RODRIGUES emiliarodrigues@soshepatites.org.pt
Tel: +351 21 85 49 274 www.soshepatites.org.pt

XII.2.19 ROUMANIE

Sano-Hep

Str. Zizinului Nr.24
BL.35
Sc.A,AP.26 - Romania
Mr Gheorghe Ionescu
Tel: 0040 723 234 514
www.sanohep.gdd.ro sanohep@gmail.com

XII.2.20 ESPAGNE

Barcelona:
ASSCAT Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis C
Hotel d'Entitats La Pau
Pere Vergés, 1. Piso 8. Despacho 8, 08020- Barcelona
Tels. 933 145 209 / 629 660 667 / 687 902 461
informacio@asscat.org www.asscat.org

Sevilla:
Asociación de hepatitis Virales de Sevilla
Presidente: Carlos Fco Monje Campana
C/ San Julian 13 3ªA, Sevilla - CP: 41003
Tel: 954903309 - 606006868

Valencia:
Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C (AEHC)
Avda. Barón de Cárcer 48, 8ºG. CP 46001, Valencia
Tel: 96 350 91 87 www.aehc.es/

XII.2.21 SUÈDE

Riksföreningen Hepatit C (RHC)

Box 6086, SE-164 06 Kista – Sweden
Ms Maj HELLSTRÖM TEL + 46 0824 88 80 www.hepatitc.nu info@hepatitc.nu

XII.2.22 URUGUAY

GRUPO C: c/o C.A.S.A. (Centro Anglicano de Solidaridad y Ayuda), Reconquista 625, Montevideo, Uruguay
Telefax: (+598) 2 955 419

XII.2.23 ROYAUME-UNI

Une bonne liste des groupes de soutien au Royaume-Uni : <http://www.hepctrust.org.uk/>

The Hepatitis C Trust

27 Crosby Row, London SE1 3YD

TEl: 020 7089 6220 admin@hepctrust.org.uk

FIFE: Hepatitis C - Both Sides of the Border/C For Yourself, P.O. Box 14466, Glenrothes, Fife, Scotland KY7 6WA Contact: Feyona McFarlane

IPSWICH: The British Liver Trust, Central House, Central Avenue, Ransomes Europark, Ipswich IP3 9QG
Phone: 01474-276326 Info Line: 01473-276328

LONDON:

The Blenheim Project, 321 Portobello Road, London W10 5SY

Tel: 0208 960 5599, Email: info@theblenheimproject.org

The British Digestive Foundation

3 St Andrews Place London, NW1 4LB Telephone: 0171 486 0341 bdf@bdf.org.uk

Mainliners, 38-40 Kennington Park Road, London, SE11 4RS. Tel 0207 582 3338,

OXFORD:

Hepatitis C - Oxford, 83 Priory Road, Minchery Farm, Oxford OX4 4ND Contact: Helena Borkowski

RINGWOOD:

British Liver Trust

2 Southampton Road, Ringwood BH24 1HY

Free Helpline: 0800 652 7330

General enquiries: 01425 481320

info@britishlivertrust.org.uk

XII.2.24 AUTRES :

SOS hépatites www.soshepatites.org/asso/adresses.htm

Alsace 03 88 61 98 04

Auvergne 04 73 36 63 78

Bourgogne 03.80.42.97.39

Centre Val-de-Loire 02.47.51.08.88

Champagne-Ardenne 03.26.59 26 82

Franche-Comté 03.84.52.04.15

Languedoc-Roussillon 04.67.30.28.89

Limousin 05 55 77 99 38

Nord Pas de Calais 03 21 72 35 28

Paris Ile-De-France 01 42 39 40 14

Pays-de-la-Loire 0 825 096 696

Provence-Alpes-Côte d'Azur 04.91 72 48 90

Rhône-Alpes 04.76.37.04.42

Guadeloupe 05 90 94 39 62

Martinique 0596 64 66 55

Algérie 07152 85 44

Genève 00.41.22.730.30.21

Mali 00 223 27942 07

Maroc 022 94 61 61

Portugal 00.35.218.549.214

Tunisie 071 88 09 99

XII.3.0 QUELLES SONT LES RESSOURCES DIPONIBLES SUR INTERNET ET USENET AU SUJET DU

VHC?

Il y a un forum de discussion sur l'hépatite (liste de diffusion) appelé HEPV-L. Pour s'y inscrire, envoyez un courriel à : LISTSERV@MAELSTROM.STJOHNS.EDU et inscrire comme objet du message: SUBSCRIBE HEPV-L FIRSTNAME LASTNAME (inscription au HEPV-L, PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE)

Les parents d'enfants avec des maladies infectieuses ont maintenant leur site web et leur liste de diffusion : Pour plus d'information, veuillez communiquer avec Trish Parnell, courriel : trish@buyersandsellers.com <http://www.pkids.org>

Les résidents ou les citoyens du Canada atteints de l'hépatite C peuvent se joindre au HepCAN, un groupe de soutien en ligne pour les Canadiens et les gens de l'extérieur. Le HepCAN a une section réservée au clavardage, son propre site Web avec un moteur de recherche et des archives. Venez consulter notre site Web : <http://groups.yahoo.com/group/hepcan/messages> ou communiquez avec nous : kane@hepcbc.ca or info@hepcbc.ca Pour vous inscrire, envoyez un courriel à hepcan-subscribe@yahooogroups.com

Il existe une liste d'envoi de l'hépatite pour ceux qui participent aux programmes des 12 étapes (fort probablement les narcotiques anonymes et les alcooliques anonymes) mais ce n'est pas un programme de 12 étapes, il offre un moyen d'échanger les expériences, d'enrichir et de donner de l'espoir aux participants qui suivent un programme de 12 étapes de rétablissement et qui sont aussi victimes de l'hépatite. Pour s'inscrire, il faut s'adresser à LISTSERV@MAELSTROM.STJOHNS.EDU et inscrire comme objet du message: "subscribe 12StepHe" ou s'adresser à rivadder@ids.net et vous serez ajouté à la liste manuellement.

Salles de clavardage AOL : "Hepterminal": midi (HNE), du lundi au vendredi, 22 h (HNE) les samedis; «Hepconnection» : 15 h (HNE) les samedis

Groupe d'information Usenet : sci.med.diseases.hepatitis

Pour une liste des sites Web recommandés, consultez le lien [Appendix C](#).

XII.4.0 BIBLIOGRAPHIE : LECTURE SUGGÉRÉE

Living With Hepatitis C A Survivors Guide, 2006. Gregory T. Everson, MD, Hedy Weinberg. Le premier livre qui a été écrit pour des millions d'Américains atteints du VHC, quatrième édition complètement mise à jour. Les auteurs et l'éditeur vont remettre une partie du prix d'achat de chaque livre à la fondation The Kern Research Foundation pour la recherche dans le traitement de l'hépatite C.

The Hepatitis C Help Book, Revised Edition: A Groundbreaking Treatment Program Combining Western and Eastern Medicine for Maximum Wellness and Healing, 2007. Misha Ruth Cohen. Une édition mise à jour et révisée d'un important guide sur la santé, incluant les derniers renseignements sur le protocole de l'interféron optimum, ainsi que des programmes pour se garder en forme, la nutrition, les programmes d'exercice et un guide complet sur les traitements médicaux occidentaux et chinois.

100 Q&A About Hepatitis C: A Lahey Clinic Guide, 2007. écrit par deux médecins de Lahey Clinic Medical Center, Dr. Fabry et Dr. Narasimhan, ce livre répond aux plus courantes au sujet de l'hépatite C.

The Encyclopedia of Hepatitis and Other Liver Diseases, 2006. Steve Stratton. Ce livre contient plus de 150 articles qui couvrent les problèmes hépatiques les plus courants. On y retrouve la maladie du foie causée par l'alcoolisme, cirrhose, l'hépatite C, le cancer du foie, la transplantation du foie et les vaccins contre l'hépatite virale. Les entrées couvrent les maladies du foie et les divers traitements, ainsi que les moyens préventifs. Ce livre contient plusieurs annexes : les problèmes médicaux, les ressources Internet, les groupes de soutien, les organismes soutenant la transplantation du foie et les organismes à but non lucratif reliés au foie.

Hepatitis & Liver Disease-What You Need To Know, 2000. Dr. Melissa Palmer, MD. ISBN: 0895299224. Contient des renseignements sur l'hépatite B, l'hépatite C et l'hépatite D. Des sections sont consacrées à l'hépatite chronique auto-immune, à la cirrhose biliaire primitive, stéatose hépatique et la stéatose hépatique non alcoolique (NASH), l'alcool et le foie, la maladie hépatique alcoolique, hémochromatose et aux maladies liées à une surcharge en fer, les tumeurs bénignes et malignes du foie, la transplantation, le traitement par les plantes médicinales, un aperçu des traitements conventionnels et plus encore.

The Liver Disorders Sourcebook, 1999. Howard J. Worman, MD. ISBN: 0737300906. Ce livre offre un aperçu d'un foie normal, d'un foie malade, d'un foie défaillant, de la transplantation du foie, de la manière de sélectionner un spécialiste du foie, de la recherche, de la manière de vivre avec une maladie du foie. Il traite également des divers types d'hépatites, de la stéatose hépatique, de l'hépatite

auto-immune, de la maladie du foie alcoolique, de la maladie du foie héréditaire, de l'angiocholite solérosante primitive, des tumeurs du foie, des kystes cancéreux et des abcès, du syndrome de Budd-Chiari, de la grossesse et de la maladie du foie, des drogues et des toxines et plus.

Hepatitis C : A Personal Guide to Good Health, 1997. Beth Ann Petro Roybal. ISBN: 1569750912.

HCV: The Silent Killer, 1998. Carol A. Turkington, Joseph B. McCormick, Susan Fisher-Hoch. ISBN: 0809229587.

Hepatitis (Diseases and People), 1994 {young adult reading level}. Alvin, Virginia & Robert Silverstein. ISBN: 0894904671.

The Iron Elephant-What You Should Know About The Dangers of Excess Body Iron, Roberta Crawford. 12,95\$ + frais de poste. Pour en savoir davantage sur ce livre et le commander, consultez le site <http://www.ironoverload.org/books.html>

Traitement naturel du foie

The Hepatitis C Help Book, Revised Edition: Program Combining Western and Eastern Medicine par Misha Ruth Cohen, Robert Gish et Kalia Doner (Couverture souple – 15 mai 2007)

Living With Hepatitis C For Dummies par Nina L. Paul et Gina Pollichino (Couverture souple – 28 jan. 2005)

Triumph Over Hepatitis C par Lloyd Wright (Couverture souple – 23 sept. 2004)

Hepatitis C Free: Alternative Medicine VS, The Drug Industry, The People Speak par Lloyd Wright (Couverture souple – 20 mars 2002)

Herbs for Hepatitis C and the Liver (Medicinal Herb Guide.) par Stephen Harrod Buhner (Couverture souple – 1 juil. 2000)

Healing Hepatitis C with Modern Chinese Medicine par Qingcai Zhang (Couverture souple – 1 mai 2000)

Spontaneous Healing : How to Discover and Embrace Your Body's Natural Ability to Maintain and Heal Itself par Andrew Weil Couverture souple – 1 avril 2000)

Hep C: Practical, Medical, Spiritual Guidelines for Daily Living, 2000. Mark Jenkins. ISBN 1568383681.

The Hepatitis C Handbook, 1999. Matthew Dolan, Lain M. Murray-Lyon, John Tindall. Édition RÉVISÉE, mai 1999 (contient une nouvelle section sur les soins de deuxième intention). ISBN 1556433131.

The GastroIntestinal Sourcebook, 1998. M. Sara Rosenthal. 16,95\$ (couverture souple). ISBN: 0737300817.

Un aperçu sur les conditions IG, comme les ulcères, le reflux gastrooesophagien pathologique, les brûlures gastriques, la douleur, les crampes, le H.Pylori, la dyspepsie non ulcéreuse, la dysmotilité, les problèmes liés à l'iléus, les troubles alimentaires, et plus. On discute des bonnes habitudes alimentaires, des tests et des traitements. Glossaire des termes

Liver Cleansing Diet: Love Your Liver and Live Longer, 1998 (révisé). Dr. Sandra Cabot. ISBN 0646277898.

Miracle Cures: Dramatic New Scientific Discoveries Revealing the Healing Powers of Herbs, Vitamins and Other Natural Remedies, 1998. Jean Carper. ISBN: 0060984368.

Prescription for Dietary Wellness: Using Food To Heal, 1998. Dr. Phyllis A. Balch, MD et Dr. James A. Balch, MD. ISBN: 0895298686.

Foundations of Health: Healing with Herbs and Foods, 1994. Christopher Hobbs. ISBN 0961847085.

The Encyclopedia of Natural Medicine by N.D.s Michael Murray et Joseph Pizzorno. (pub: 1991, Prima Publishing in Rocklin, California). Ce livre contient un bon chapitre sur les groupes de soutien «Liver Support» et un autre sur l'hépatite, ainsi qu'une suggestion de suppléments alimentaires et de plantes médicinales à prendre quotidiennement.

Herbs and Other Natural Remedies For a Healthy Liver (avec un chapitre sur l'hépatite C). Par : Christopher Hobbs. ISBN: 0961847026.

Hepatitis C Cookbook (200 recipes, diet tips) Romona L. Jones, CNC, Vonah Stanfield. Pour commander : Nature's Response, 22 Fairview Lane, Shawnee, OK 74804. 1 800 216-5195. Courriel : tealady1@aol.com

How to Reverse Immune Dysfunction. Par : Mark Konlee. Pour commander : Keep Hope Alive, Ltd. PO 27041 West Allis, WI 53227. (414) 548-4344. Courriel Keephope@execpc.com. KEEP HOPE ALIVE <http://www.execpc.com/~keephope/keephope.html>. Mark Konlee est également l'éditeur d'un bulletin *Positive*

Health News (15\$), et *Progressive Health News* (20\$).

Stedman's Pocket Medical Dictionary (ISBN0-683-07921-2) – 22\$. Un bon livre de référence.

Transplantation

Greg: A Liver Transplant Recipient par Gregory Gaines Jr. (Couverture souple – 18 jan. 2007)

Medical Care of the Liver Transplant Patient: Total Pre-, Intra- and Post-Operative Management par Paul G Killenberg et Pierre-Alain Clavien (Hardcover – 26 mai 2006)

Manual of Liver Transplant Medical Care par Abhinav Humar (Reliure spirale – 15 mai 2002)

I'm Glad You're Not Dead: A Liver Transplant Story, 2e édition par Elizabeth Parr (Couverture souple – 20 jan. 2000)

Pennies, Nickles and Dimes, 1999. Elizabeth Murphy Melas. ISBN 0929173325.

Strings: The Miracle of Life, 1998. John B. Robbins. ISBN 1880823179.

Defying the Gods, Inside the New Frontiers of Organ Transplantation. Scott McCartney. ISBN 0025828207.

This Is The Story About God: The True Account of Two Men, an Impossible Surgery and The God of the Universe. Ann Kiemel Anderson. ISBN 0834117312.

The Puzzle People – L'autobiographe du docteur Tom Starzl, la première personne à avoir élaboré les techniques qui ont rendu possible la transplantation du foie. Disponible par l'entremise de l'American Liver Foundation. Un livre sur le plus humain et le plus compassionnel des médecins qui soit sur terre actuellement. En tenant compte des histoires d'horreurs que nous lisons quotidiennement sur l'HEPV-L list, ce livre vous donnera un regain de positivisme!

Comment faire face à une perte personnelle et au chagrin

Un site qui répertorie des livres sur les manières de faire à une perte personnelle et au chagrin <http://www.GriefWorks.com/GriefBooks.html>

In The Country of Illness: Comfort & Advice for The Journey, 1998. New York Times Writer Bob Lipsyte 24\$ ISBN: 0679431829. Book for anyone facing a challenging illness or caring for ill loved one.

Mainstay: For the Well Spouse of the Chronically Ill, 1988. M. Strong, New York: Penguin Books.

In Search of the Sun: How to Cope with Chronic Illness, 1988. H. Aladjem, New York: Macmillian.

Living with Chronic Illness: Days of Patience and Passion, 1987. C. Register, New York: Free Press.

We Are Not Alone: Learning to Live with Chronic Illness, 1987. S.K. Pitzele, New York: Workman.

Sick and Tired of Feeling Sick and Tired par Donoghue et Seigel. ISBN 0-393-03408-9. Publié à New York par W.W. Norton. 23\$ - Un livre MERVEILLEUX, pour les patients et les soignants. Si vous voulez seulement obtenir un livre, c'est le livre qu'il vous faut!

Vous pouvez également essayer de lire ou d'écouter le matériel de Bernie Siegal, un médecin spécialiste du cancer à effet cumulatif conférencier à Yale. C'est du bon matériel! Son organisation s'appelle ECAP (Exceptional Cancer Patients)

XII.5.0 QUELS SONT LES BULLETINS D'INFORMATION, LES REVUES ET LES VIDÉOS QUE JE PEUX CONSULTER?

Bulletins :

L'hepc.bull est le bulletin sur l'hépatite C qui est le plus lu au Canada. Il est disponible par courrier postal et également par courrier électronique : www.hepcbc.ca. Il est édité par Joan King. Pour vous inscrire : jking@hepcbc.ca. Vous pouvez lire le bulletin en ligne <http://www.hepcbc.ca>.

L' HCV Advocate. C'est un excellent bulletin qui est produit à San Francisco. Consultez-le à www.hcvadvocate.org

HepNews: C'est un autre excellent bulletin qui est produit à Seattle. Consultez-le à www.scn.org/health/hepatitis

Revue spécialisée :

Hepatitis Magazine. Consultez-le à www.hcvadvocate.org Les rédacteurs font du très bon travail.

Vidéos

The Hepatitis Foundation International, 30 Sunrise Terrace, Cedar Grove, New Jersey 07009, USA.
1.800.891.0707 ou 1.973.239.1035 Téléc.: 973.857.5044

*Respect Yourself - Protect Yourself: Teens Talk to Teens about Liver Wellness –

**Greg: A Liver Transplant Recipient* par Gregory Gaines Jr. (Couverture souple – 18 jan. 2007)

Medical Care of the Liver Transplant Patient: Total Pre-, Intra- and Post-Operative Management par Paul G Killenberg et Pierre-Alain Clavien (Couverture rigide – 26 mai 2006)

Manual of Liver Transplant Medical Care par Abhinav Humar (Reliure spirale – 15 mai 2002)

I'm Glad You're Not Dead: A Liver Transplant Story, 2e édition par Elizabeth Parr (Couverture souple – 20 jan. 2000)

Silent Stalker: High Risk Video Hepatitis and Abuse Prevention - *Hepatitis C: Cutting Edge Medical Report - <http://www.hepfi.org/>

HepCBC : HepCBC possède une collection de vidéos d'actualité dans sa bibliothèque. Les vidéos peuvent être consultés à la bibliothèque (306-620 View Street, Victoria BC) ou ils peuvent être empruntés. L'HepCBC a également des vidéos de la première table ronde provinciale, avec comme conférenciers invités, les médecins Frank Anderson, Stephen Sacks et bien d'autres et les participants de l'atelier l'Hépatite C and Your Rights Workshop. Pour connaître les heures d'ouverture de la bibliothèque ou pour commander des vidéos, veuillez téléphoner au (250) 595-3892 ou envoyer un courriel à info@hepcbc.ca.

Le groupe San Francisco Support Project (HCV Advocate) possède des ressources documentaires importantes. Veuillez communiquer avec Alan Franciscus au (415) 978-2400. L'Hépatite C Support Project publie le bulletin HCV Advocate, qui est un excellent bulletin. Veuillez consulter leur site www.hcvadvocate.org ou envoyer un courriel sfhepcat@pacbell.net.

Dans la région de Seattle : Contact HEP. Que vous pouvez joindre au (206) 732-0311 ou par courriel hep@scn.org

"Hepatitis C Video," 39\$ American Liver Foundation , 1-201-256-2550 ou 1 800 223-0179

ANNEXE A :

OÙ PUIS-JE OBTENIR LA VERSION ACTUELLE DE LA FAQ?

Courriel : envoyez un message à Joan King jking@hepcbc.ca, et dites-lui «Send me the FAQ please!» (Veuillez m'envoyer la FAQ s'il vous plaît)

www.hepcbc.ca, téléchargez à partir de www.hepcbc.ca, écrivez à HepCBC, 306-620 View St., Victoria, BC, V8W1J6 ou appelez au 250-595-3892. Une version espagnole et une version française sont sur les planches.

ANNEXE B :

LES ABRÉVIATIONS MÉDICALES ET LES TERMES MÉDICAUX LES PLUS COURANTS

Voici une liste des abréviations médicales usuelles que les patients souffrant du VHC rencontrent le plus souvent.

AINS - anti-inflammatoire non stéroïdien : naproxen, ibuprofen; utilisé contre la douleur

ALT - Alanine aminotransférase – une protéine (enzyme hépatique) qui, lorsque trouvée dans le sang en quantités élevées, indique généralement un dommage au foie). Parfois appelée sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT).

ANALOGUE NUCLÉOSIDIQUE – un médicament antiviral synthétique qui interfère avec l'activité de l'enzyme virale reverse-transcriptase.

ANTICORPS – Une protéine sécrétée par les cellules de notre système immunitaire en réponse à une infection. L'anticorps se colle à une molécule ennemie, dans ce cas-ci, à une partie spécifique du virus de l'hépatite C. Ceci empêche le virus d'infecter d'autres cellules ou de les détruire. Comme pour d'autres infections virales, la présence d'anticorps ne signifie pas nécessairement qu'un virus a été éradiqué.

ASCITE – L'accumulation de liquide dans la cavité abdominale.

AST - Aspartate aminotransférase – une protéine qui, lorsque trouvée dans le sang en quantités élevées, indique généralement un dommage au foie (mais elle est moins spécifique pour les dommages au foie que la protéine ALT. Parfois appelée sérum glutamopyruvique transaminase (SGPT).

BLOC INTRAHÉPATIQUE – un bloc à l'intérieur du foie ou – BLOC EXTRAHÉPATIQUE : un bloc à l'intérieur de la veine porte.

CBC - Formule sanguine (complete blood count)

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (USA agency), Un centre américain de prévention et de contrôle des maladies qui a la responsabilité de calculer les prévalences et d'effectuer des études épidémiologiques.

CHARGE VIRALE - La quantité de virus présent dans le système sanguin d'une personne. Elle est habituellement mesurée par un test quantitatif de la réaction en chaîne de la polymérase PCR et le résultat est donné selon le dénombrement des particules du virus par mL de sang.

CHC - carcinome hépatocellulaire ou cancer du foie (HCC).

CIRRHOSE - Une condition où les tissus cicatriciels se développent dans le foie, jusqu'à ce que les cicatrices deviennent importantes et permanentes. La cirrhose interfère avec le fonctionnement normal du foie.

COMA HÉPATIQUE – Un syndrome particulier qui est caractérisé par l'apparition lente ou rapide d'un comportement bizarre, de désorientation, d'astérisis des bras et des réflexes hyperactifs, puis par la suite, la léthargie et le coma. Il semble être causé par l'intoxication à l'ammoniaque produite par la digestion de protéine que le foie malade ne réussit pas à convertir en urée.

COQ10 – la coenzyme Q10, est une substance naturelle que certains patients trouvent utile, elle est disponible en vente libre.

DHHS - Département de la Santé et des Services humanitaires (agence des É.-U.)

ENCÉPHALOPATHIE HÉPATIQUE – Une complication grave d'une maladie avancée du foie, probablement causée par des toxines cérébrales, incluant l'ammoniaque, certains aminées et acides gras. Il se manifeste cliniquement par des changements au niveau de la personnalité, des aptitudes mentales, de la conscience et du fonctionnement neuromusculaire.

FDA – La Food and Drug Administration; une agence des États-Unis qui régleme l'approbation des médicaments, les suppléments alimentaires, la qualité et l'étiquetage des produits.

FIBROSE – La formation de cicatrices résultant de la réparation de tissu endommagé. Une telle éventualité importante au foie s'appelle cirrhose.

GÉNOTYPE – Les différents génotypes ou souches du virus de l'hépatite C sont assez similaires pour être perçus comme étant le même virus, mais avec quelques différences mineures dans la composition de l'ARN. Les différences dans les génotypes peuvent signifier que le virus réagit d'une manière différente à notre réponse immunitaire ou aux médicaments utilisés en traitement et aux traitements naturels.

HÉMOCHROMATOSE – Un surplus de fer et la présence de dépôts de fer dans le foie, le pancréas, les reins et le coeur. Cette condition peut être associée à l'accroissement du foie et à l'insuffisance hépatique, ainsi qu'au saignement de l'oesophage causé par les varices.

HEPATITE FULMINANTE – Un syndrome clinique causé par une nécrose avancée du foie, qui peut être causée par des substances hépatotoxiques et qui peut entraîner progressivement à une encephalopathy et un pronostic fatal.

HÉPATITE NON A-NON B – L'ancienne appellation de l'hépatite qui n'était pas causée par les virus A ou B. Il a été démontré en 1988, que cette forme d'hépatite était principalement causée par le VHC.

HÉPATITE VIRALE - Une forme d'inflammation aiguë ou chronique qui est causée par le virus de l'hépatite A, B, C, D, E, G.

HÉPATOME – Une tumeur du foie.

HYPERTENSION PORTALE – Une pression à la veine porte supérieure à 20 mm Hg qui est associée à une hypersplénie, à une circulation collatérale accrue, à une varicosité, à des saignements et à une ascites.

IFN - Interféron

IVIG - immunoglobuline intraveineuse

NÉCROSE HÉPATIQUE – La destruction du tissu hépatique fonctionnel.

NIH - National Institutes of Health (agence des É.-U.); le plus grand centre recherche médicale au monde

NON-RÉPONDEUR – Une personne qui n’a pas réussi à supprimer l’ARN du VHC

PCR - réaction en chaîne de la polymérase; méthode d’ADN permettant d’identifier les virus et d’autres formes de vie

Peg-IFN - PEG-Interféron

PERCÉE – Une rechute pendant un traitement, malgré une réponse initiale complète.

PORTEUR – Pratiquement toute personne qui est VHC positive est porteuse du virus. Le terme porteur est souvent mal utilisé pour représenter une personne qui a le virus de l’hépatite C et qui est encore en bonne santé. À l’égard de l’hépatite C, le terme porteur est de moins en moins utilisé. Des définitions qui décrivent mieux le stade de la maladie comprennent “anticorps positif” ou “anticorps négatif”; “symptomatique” ou “asymptomatique”. Il est important de noter que toutes les personnes positives à l’anticorps de l’hépatite C doivent faire attention pour ne pas transmettre le virus.

RBV - Ribavirine

RECHUTE – Un patient qui expérience la réapparition de l’ARN du VHC après la fin d’un traitement.

RVR – Réponse virologique rapide. Virus non détectable à la quatrième semaine.

RVP – Réponse virologique précoce. Charge virale non détectable à la 12e semaine de traitement

RVS – Réponse virologique soutenue. Virus non détectable six mois après la fin du traitement

SANG ET PRODUITS SANGUINS – Composants du sang incluant les globules rouges, les plaquettes et le plasma qui sont séparés par les banques de sang. Le plasma est traité et purifié pour remplir une fonction médicale précises, par exemple le facteur VIII.

SGOT - (Voir ALT)

SGPT - (Voir AST)

SSA – Agence américaine de la Social Security Administration qui s’occupe des prestations de retraite et d’indemnités en cas d’invalidité.

SSDI – Formulaire du programme de prestation d’invalidité (États-Unis)

STÉATOSE – Accumulation de graisses dans le foie. Un taux anormalement élevé de lipides dans le foie, probablement lié à une réduction de l’oxydation des acides gras ou de la synthèse réduite des lipoprotéines, causant une élimination inadéquate des lipides du foie.

STÉATOSE HÉPATIQUE – Un taux anormalement élevé de lipides dans le foie, probablement lié à une réduction de l’oxydation des acides gras ou de la synthèse réduite des lipoprotéines, causant une élimination inadéquate des lipides du foie.

TRAITEMENT STANDARD – En 2007, le traitement standard est le PEG-interféron avec de la ribavirine.

UDI – Utilisateur de drogues injectables (IVDU)

VHC – Le virus de l’hépatite C (HCV).

ANNEXE C – QUELQUES SITES WEB RECOMMANDÉS (ne sont pas présentés dans un ordre particulier) :

Peppermint Patti’s Junk Drawer: <http://members.bellatlantic.net/~clotho>

HepCAN: <http://groups.yahoo.com/group/hepcan>

HepCBC : <http://www.hepcbc.ca/> info@hepcbc.ca

HCV Advocate: www.hcvadvocate.org

Hepatitis Education Project : www.scn.org/health/hepatitis

American Journal of Gastroenterology: <http://www-east.elsevier.com/ajg/>

British Medical Journal: Search All Issues: <http://www.bmj.com/all.shtml>

Hepatic Pathology Index: <http://www-medlib.med.utah.edu/WebPath/LIVEHTML/LIVERIDX.html>

Hepatology: [Search Abstracts](#)

HIV and Hepatitis.Com: www.hivandhepatitis.com

Journal of the American Medical Association: <http://jama.ama-assn.org/>

Mescape Hepatitis C Resource Centre:

<http://gastroenterology.medscape.com/Medscape/features/ResourceCenter/HepC/public/RC-index-HepC.html>

New England Journal of Medicine: <http://content.nejm.org/>

PovNet: <http://www.web.net/povnet/>

Reuters Health Information: <http://www.reutershealth.com/>
Ask Emaliss - Hepatitis Info Support: <http://www.askemilyss.com/>
The Hepatitis Foundation International Online (NJ): <http://www.hepfi.org/>
Scotty (the.Reezer) Warren's Hepatitis HomePage: <http://tinpan.fortunecity.com/floyd/587/index.html>
The Hepatitis Information Network: <http://www.hepnet.com>
The Canadian Liver Foundation: <http://www.liver.ca>
"Sandi's Crusade Against Hepatitis C": <http://creativeintensity.com/smking/>
Melissa Palmer, MD, a Hepatologist in New York: <http://www.liverdisease.com/>
UNOS Website (Transplant): http://www.patients.unos.org/tpd/frm_info.asp?org=LI&tab1=info
Clinical Trials www.clinicaltrials.gov
CenterWatch Clinical Trials Listing Service: <http://www.centerwatch.com>
RxList - The Internet Drug Index: <http://www.rxlist.com>
Schering-Plough (manufacturers of Intron-a): <http://www.hep-help.com>
Hepatitis Weekly: <http://www.newsrx.com/home/main.asp?wasp=03x1mb0852g9vldbb2e7>
Columbia University Diseases of the Liver: <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/disliv.html>
Current Papers in Liver Disease: <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/references.html>
American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD): <http://www.aasld.org>
American Liver Foundation (ALF) Homepage: <http://www.liverfoundation.org>
Health Care Information Resources: <http://www-hsl.mcmaster.ca/tomflem/top.html>
RxMed: <http://www.rxmed.com/rxmed/a.home.html>
Merck Manual
Natural Pharmacist
PovNet A great Canadian Resource site for disability and human rights issues
<http://www.transplant.bc.ca/links.html>
<http://www.objectivemedicine.com>
http://janis7hepc.com/Your_Liver_Functions.htm This one tells you everything you wanted to know about the liver.
www.hepcassoc.org.
www.hcvanonymous.com HCV Anonymous is your source for Hepatitis C information, support and more.
Members are individuals from all walks of life, relating to each other in friendship and mutual accountability.
Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/hepatitisc.html>
Alternative Medline: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alternativemedicine.html>
Wendy's Wellness <http://www.wendyswellness.ca>.
Hep C in Queensland: www.hepqld.asn.au
Info for Teens: <http://www.teenhealthcentre.com>
NATAP <http://natap.org>

À voir absolument : si vous consultez ce site, <http://www.geocities.com/hepcquilt/> vous pouvez voir la courte-pointe de l'HepC.

ANNEXE D Une liste des médecins canadiens spécialisés dans le traitement du VHC. N'hésitez pas à nous faire parvenir le nom d'un médecin que vous connaissez qui ne figure pas à cette liste.

ALBERTA

Calgary

University of Calgary Health Sciences Centre

Andrews, Christopher 403-210-9325
Aspinall, Alexander 403-210-9327
Bridges, Ronald 403-210-9356
Coderre, Sylvain 403-210-9837
Coffin, Carla 403-220-5767
Dube, Jeanne Catherine 403-210-9825
Ferraz, Jose Geraldo 403-210-8575
Hilsden, Robert 403-210-9355
Jones, Jennifer 403-210-8575
Kothandaraman, Maitreyi 403-220-5767
Nash, Carla 403-210-8740
Rioux, Kevin 403-220-8457
Rostom, Alaa Mostafa Kamal 403-220-5767
Shaffer, Eldon 403-210-9363
Storr, Martin 403-210-9350
Swain, Mark 403-220-8457
Van Rosendaal, Guido 403-210-9325
3330 Hospital Dr NW
Calgary, AB, T2N 4N1

Devlin, Shane 403-943-2580
Heitman, Steven J. 403-943-2501
Ma, Michael Zenghua 403-943-4618
Misra, Tarun 403-943-5708
Stapleton, Melanie 403-943-4922
Turbide, Christian 403-943-2580
3500 26 Ave NE
Calgary, AB T1Y 6J4

Alqahtani, Saleh 403-210-9325
Burak, Kelly 403-210-9837
Kaplan, Gilaad 403-210-9363
3350 Hospital Dr NW
Calgary, AB T2N 4N1

Adams, Fatin 403-244-4844
209-320 23 Ave SW
Calgary, AB T2S 0J2

Bass, Sydney 403-270-9555
415 14 St NW
Calgary, AB T2N 2A1

Beck, Paul 403-220-4500
1403 29 St NW
Dept of Medicine
Calgary, AB T2N 2T9

Cole, Martin 403-244-2624
419-5920 1A St SW
Calgary, AB T2H 0G3

Fridhandler, Terry 403-259-3729
870-10201 Southport Rd SW
Calgary, AB T2W 4X9

Hershfield, Noel 403-240-4084
1025-1122 4 St SW
Calgary, AB T2R 1M1

Hausmann, Jessica 403-277-7321
1031 Russet Rd NE
Calgary, AB T2E 5L2

Khaliq-Kareemi, Munaa (Mani) 403-277-7321
1031 Russet Rd NE
Calgary, AB T2E 5L2

Krongold, Penina Hanna 403- 944-1110
Div. of GI
1403 29 St NW
Calgary, AB T2N 2T9

Macphail, Gisela 403-221-8797
128 7 Ave SE
Calgary, AB T2G 0H5

Price, Lawrence (Lorne) 403-283-6613
711-3031 Hospital Dr NW
Calgary, AB T2N 2T8

Shepherd, James 403-221-4448
320-401 9th Ave SW
Calgary, AB T2P 3C5

Sherman, Thomas A. 403-259-3729
870-10201 Southport Rd SW
Calgary, AB T2W 4X9

Sutherland, Lloyd
A902-500 Eau Claire Ave SW
Calgary, AB T2P 3R8

Thompson, Robert 403-259-3729
870-10201 Southport Rd SW
Calgary, AB T2W 4X9

Wrobel, Iwona 403-955-7721
2888 Shaganappi Tr NW
Calgary, AB T3B 6A8

Edmonton

Community Services Centre

Chiu, Isabelle 780-944-2706
Gramlich, Leah 780-735-6839
Osinchuk, James (Dept of Psy) 780-735-4564
Rosser, Stuart 780-735-5491
Sadowski, Daniel 780-735-6837
Wong, Clarence 780-735-6838
10240 Kingsway Ave NW
Edmonton, AB T5H 3V9

Hys Centre

Ferguson, James 780-421-1031
Matic, Kata 780-421-1029
McDermid, Jill 780-421-1029
O'Brien, Brian 780-496-1390
301-11010 101 St NW
Edmonton, AB T5H 4B9

Zeidler Ledcor Centre

Bain, Vincent 780-492-8128
Cheung, Justin 780-492-8243
Demeria, Denny 780-492-8393
Dieleman, Levinus (Leo) 780-492-1888
Fedorak, Richard 780-492-6941
Gutfreund, Klaus 780-492-0388
Kao, Dina Hui-Jen 780-492-8307
Lalor, Eoin 780-492-7700
Ma, Mang Ming 780-492-8146

Mason, Andrew 780-492-8176
McKaigney, John Patrick 780-492-8151
Semlacher, Eric 780-492-8152
Sherbaniuk, Richard W. 780-492-8157
Tandon, Puneeta 780-492-9844
Thomson, Alan 780-492-6490
Veldhuyzen van Zanten, Sander 780-492-9840
Wankowicz, Zbigniew 403-257-9075
Williams, Christopher Noel 780-492-8242
Wong, Winnie 780-492-8134
Zeman, Marilyn 780-492-8245

130 University Campus
Edmonton, AB T6G 2X8
(780) 492-0388 (Phone

Bala, Anand 780-485-5515
214-6203 28 Ave NW
Edmonton, AB, T6L 6K3

Chalmers-Nixon, Tara 403-244-4844
209-320 23 Ave SW
Calgary, AB T2S 0J2

Doucette, Karen 780-407-1620
2E4.20-8440 112 St NW
Edmonton, AB T6G 2B7

Karvellas, Constantine
Dvorkin Lounge WCM
8440-112 St NW
Edmonton, AB T6G 2B7

Millan, Mario 780-455-1382
346-10230 142 St NW
Edmonton, AB T5N 3Y6

Switzer, Connie M. 780-450-1807
217-3017 66 St NW
Edmonton, AB T6K 4B2

Todoruk, Dennis 780-488-6867
401-11523 100 Ave NW
Edmonton, AB T5K 0J8

Tyrrell, David Lorne 780-492-6018
750 HMRC
107 University Campus
Edmonton, AB T6G 2S2

Walters, Brennan 780-930-1915
408-8708 155 St
Edmonton, AB, T5R 1W2

Wensel, Ronald 780-483-6146
13912 92 Ave NW
Edmonton, AB T5R 5A9

Red Deer

Amanullah, Syed Farrukhb 403-314-0355
707A-5010 43 St
Red Deer, AB T4N 6H2

Simmonds, Sidney (Doug) 403-343-6955
810-5010 43 St
Red Deer, AB T4N 6H2

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Burnaby

Monkewich, Gregory 604-677-1624
200-3825 Sunset St
Burnaby BC V5G 1T4

Campbell River

North Island Liver Services
Campbell River District Hospital
375 2nd Avenue
Campbell River, BC, V9W 3V1
Clinic Phone: 250-286-7005
Toll free: 1-877-215-7005

Dawson Creek

Varadarasa, Arulanandam
Dawson Creek & Dist. Hlth. Care
11100 13 St
Dawson Creek BC V1G 3W8
250-782-8501
Ou
816 103 Ave
Dawson Creek BC V1G 2G1

Fernie

Burnett, Patricia 250-423-4442
PO Box 670
Fernie BC V0B 1M0

Kamloops

Kamloops Health Unit, Liver Clinic
519 Columbia Street
Kamloops, BC, V2C-2T8
Phone: 250-851-7300
Toll free Clinic Line: 1-866-847-4372
Ask for "Liver Clinic Nurse"
Picton, Taralyn 250-374-1898
405-275 Lansdowne St
Kamloops BC V2C 1X8

Stabler, Christopher 250-372-9600
201-595 Columbia St W
Kamloops BC V2C 1K7

Yacyshyn, Bruce 250-314-2533
Royal Inland Hospital
311 Columbia St
Kamloops BC V2C 2T1

Kelowna

Kelowna Gastroenterology Associates

Agnew, Shane
Bak, Adrian
Borthistle, Bruce
Mchieletti, Pina
Penner, Robert
Render, Kenneth
564 Leon Ave
Kelowna BC V1Y 6J6
250-763-6433

Maple Ridge

Binder, Hanna 604-467-7824
600-22470 Dewdney Trunk Rd
Maple Ridge BC V2X 5Z6

Spittel, Devin 604-467-5030
205 11743 224th St
Maple Ridge, BC V2X 7G2

Nanaimo

AVI Health Centre
Methadone and Hepatitis C Clinic
216 - 55 Victoria Rd
250-754-9111

New Westminster

Columbia Medical Bldg

Atkinson, Kenneth
Chung, H.
Lin, Cassie
Pullen, Brock
Shapira, Stacey
Yik, Kwok
410-301 Columbia St E
New Westminster BC V3L 3W5
604-525-0155

North Vancouver

Hahn, Michael 604-984-4138
204-135 15 St E
North Vancouver BC V7L 2P7

Haniak, William 604-988-2855
209-125 13 St E
North Vancouver BC V7L 2L3
Ho, Jin Kee 604-904-0810
1110-160 East 14th Street
North Vancouver BC V7L 2N3

Keyvani, Leila 604-996-9989
Lions Gate Hospital
231 15 St E
North Vancouver BC V7L 2L7

Zohrab, William 604-980-5731
520-145 17 St W
North Vancouver BC V7M 3G4

Penticton

Maguire, Terence 250-493-1117
12-477 Martin St
Penticton BC V2A 5L2

Prince George

Prince George Health Unit
1444 Edmonton Street
Prince George, BC, V3M-6W5
Clinic: 250-565-7387

Richmond

Fishman, Martin 604-273-4447
250-6091 Gilbert Rd
Richmond BC V7C 5L9
Wong, Victor 604-273-4447

250-6091 Gilbert Rd
Richmond BC V7C 5L9

Roberts Creek

Kepkay, David Leslie

Saanichton

Koziol, Kathie 250-652-7912
3-7865 Patterson Rd
Saanichton BC V8M 2C7

Surrey

North Surrey Health Unit
#200 - 10362 King George Highway
Surrey, BC, V3T 2W5
Phone: 604-587-7900
Toll free: 1-800-308-3318

Prest, Marcia 604-584-2033
4-13665 96 Ave
Surrey BC V3V 1Z1

Smith, John 604-590-5811
7154 120 St
Surrey BC V3W 3M8

Wong, Henry 604-951-9186
203-13798 94A Ave
Surrey BC V3V 1N1

Vancouver

BC Children's Hospital, ACB Pediatrics/Gastroenterology

Barker, Collin - K4-180
Hassall, Eric - K4-182
Jacobson, Kevan - K4-181
Schreiber, Richard - K4-183
4480 Oak St
Vancouver BC V6H 3N1
604-875-2332

LAIR Centre

Anderson, Frank
Dr. Hsiao-Ming Jung
Dr. Stuart Zeng
305-750 Broadway W
Vancouver BC V5Z 1H2
604-876-5122

Pacific Gastroenterology Associates

Amar, Jack
Enns, Robert
Halparin, Lawrence
Lam, Eric Chon-San
Ramji, Alnoor
Telford, Jennifer
Whittaker, John
770-1190 Hornby St
Vancouver BC V6Z 2K6
604-688-6332

Vancouver General Hospital & Hlth Sc Centre

Div of Gastroenterology
Byrne, Michael 604-875-5640
Erb, Siegfried 604-875-5618
Gray, James 604-875-5618

Kwan, Wing 604-875-5862
Salh, Baljinder 604-875-5287
Steinbrecher, Urs 604-875-5039
Yoshida, Eric 604-875-5371
2775 Laurel St
Vancouver BC V5Z 1M9

Enns, Robert 604-688-7017
300-1144 Burrard St
Vancouver BC V6Z 2A5

Chan, Robert 604-689-7200
203-1160 Burrard St
Vancouver BC V6Z 2E8

Freeman, Hugh 604-822-7216
UBC Site Hospital Rm.S154
2211 Wesbrook Mall
Vancouver BC V6T 2B5

Weiss, Alan 604-875-5474
Diamond Health Care Centre
5th Floor-2775 Laurel St
Vancouver BC V5Z-1M9

Victoria

Cool Aid Community Health Centre
465 Swift Street
Victoria, BC
385-1466

Broome, T. Paul 250-595-5522
307-2020 Richmond
Victoria BC V8R 6R5

Buckley, Alan 250-383-5403
309 - 1990 Fort St
Victoria BC V8R 6V4

Daly, Donald 250-381-9199
303-1120 Yates St
Victoria BC V8V 3M9

Ghesquiere, Wayne 250-370-7717
206-1964 Fort St
Victoria BC V8R 6R3

Holland, Stephen 250-361-1418
305-645 Fort St
Victoria BC V8W 1G2

Papp, Jamie 250-361-1493
430-1105 Pandora Ave
Victoria BC V8V 3P9

Pearson, David 250-595-3544
304-1964 Fort St
Victoria BC V8R 6R5

Petrunia, Denis 250-381-9988
303-1120 Yates St
Victoria BC V8V 3M9

Piercey, James 250-370-9121
405-1990 Fort St
Victoria BC V8R 6V4

Raine, Robert 250-386-7731
430-1105 Pandora Ave
Victoria BC V8V 3P9

Singh, Ranjit 250-386-7731
430-1105 Pandora Ave
Victoria BC V8V 3P9

Sullivan, Stephen 250-480-7785
703-240 Douglas Street St
Victoria BC V8V 2P3

White Rock

Donaldson, Bruce W. 604-536-2188
204-1676 Martin
White Rock BC V4A 6E7

MANITOBA

John Buhler Research Centre
Bernstein, Charles Noah 804F 204-789-3369
Cantor, Michael Jeffery Rm 804E
Targownik, Laura Ellyn 805G 204-789-7011
Wong, Stephen Gregory Rm 803G
715 McDermot Ave
Winnipeg, MB R3E 3P4
204-789-3204

Manitoba Clinic

Duffy, Gerard
Iliffe, Gerald Dunstan 204-788-5721
Lau, Chung-Yan 204-788-5527
Mathew, George 204-788-5754
790 Sherbrook St
Winnipeg, MB R3A 1M3

Winnipeg Clinic

Kippen, Robert Neil 204-957-3333
Walli, John Eric 204-957-3213
425 St. Mary Ave
Winnipeg, MB R3C 0N2

Aldor, Thomas 204-956-6714
Assiniboine Clinic
633 Lodge Ave
Winnipeg, MB R3J 0S9

Duerksen, Donald Rm C5120 204-233-8563
C5-409 Taché Ave
Winnipeg, MB R2H 2A6

Goldenberg, David Jay 204-956-4444
400-309 Hargrave St
Winnipeg, MB R3B 2J8

Kippen, Robert Neil 204-957-1900
Winnipeg Clinic
425 St Mary Ave
Winnipeg, MB R3C 0N2

Lau, Chung-Yan 204-772-0905
790 Sherbrook St
Winnipeg, MB R3A 1M3

MacKalski, Barbara Ann
Brandon Clinic
620 Dennis St
Brandon, MB R7A 5E7

Micflikier, Allan Barry 204-942-7703
110-203 Edmonton St
Winnipeg, MB R3C 1R5

Minuk, Gerald Yosel 204-789-3204
Health Sciences Centre
Medical OutPatient Department
700 William Ave
Winnipeg, MB R3E 0Z3

Moroz, Stanley Phillip 204-787-1039
Children's Hospital
840 Sherbrook St
Winnipeg, MB R3A 1S1

Singh, Harminder 204-480-1311
Health Sciences Centre
820 Sherbrook St
Winnipeg, MB R3A 1R9

NEW BRUNSWICK

Al-Karain, Mohammad 506-386-7131
100 Arden Street, Suite 226
Moncton, NB E1C 4B7

Beaudin, David 506-648-7930
707 Millidge Avenue
Saint John NB E2K 2N7

Cockeram, Alan 506-634-7742
560 Main Street Suite 270
Saint John NB E2K 1J5

Emenau, Paige 506-634-1322
27 Gooderich Street
Saint John NB E2K

Fallows, Glen 506-458-0493
1015 Regent Street Suite 401
Fredericton NB E3B 6H5

Koller, Oscar 506-458-0216
1015 Regent Street Suite 302
Fredericton NB E3B 6H5

MacSween, H. Miller 506-458-0217
1015 Regent Street Suite 302
Fredericton NB E3B 6H5

Memiche, Nejat 506-546-3588
325 Vanier Boulevard, Suite 7
Bathurst, NB E2A 3N1

Memiche, Reshat 506-546-3588
325 Vanier Boulevard Suite 7
Bathurst NB E2A 3N1

Schweiger, Franzjosef 506-858-8441
100 Arden Street Suite 405
Moncton NB E1C 4B7

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

General Hospital Corporation

Borgaonkar, Mark Ram 709-777-8072
Bursey, Ronald Ford 709-777-6960
Fardy, John Michael 709-777-7064
Leonard, Jennifer R. 709-777-6300
McGrath, Jerry Shane 709-777-8587
300 Prince Phillip Dr
St. John's, NL A1B 3V6

Critch, Jeffrey Neil 709-777-4134
Janeway Children's Health and Rehabilitation
Centre
300 Prince Philip Drive
St. John's, NL A1B 3V6

Reddy, Garisa Jagan Mohan 709-945-5241
Carbonear General Hospital
86 Highroad South
Carbonear, NL A1Y 1A4

Reddy, S. Bharati 709- 777-5858
1 Campbell Avenue
St. John's, NL A1E 2Z1

Tavenor, Anthony 709-639-9181
Medical Consultants of West Newfoundland
Suite 304-Millbrook Mall
Corner Brook, NL A2H 4B5

NOUVELLE-ÉCOSSE

QEII Health Sciences Ctr - VG Site

Forward, Kevin Roy 902-473-4109
Haase, David Alfred 902-473-8477
Johnston, Barbara Lynn 902-473-5553
Leddin, Desmond 902-473-7833
Macintosh, Donald 902-473-3721
Patel, Sunil 902-473-3721
Peltekian, Kevork 902-473-2898
Turnbull, Geoffrey 902-473-4140
1278 Tower Road
Halifax, NS B3H 2Y9

Fashir, Baroudi
Cape Breton Regional Hospital
1482 George Street
Sydney NS Canada B1P 1P3

Fox, Roy 902-860-0057
NS Environmental Health Ctr,
PO Box 2130 RPO Fall River
Fall River NS B2T

Langley, Joanne Marie 902-470-8498
IWK Health Ctr 4th Floor Goldbloom Bldg
PO Box 9700 RPO CSC
Halifax, NS B3K 6R8

Murray, Harold 902-752-4265
Aberdeen Hospital, North Wing
835 East River Road
New Glasgow NS B2H 3S6

Sarwal, Shailini Rani 902-424-6568
Dept of Health Promotion and Protection
Joseph Howe Bldg
1690 Hollis St
PO Box 488
Halifax, NS B3J 2R8

TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT

Beaufort-Delta Health Authority

Mackenzie Rd
Inuvik, NT X0E 0T0
867-777-8000

Community Health Centres

Aklavik 867-978-2516
Fort McPherson 867-952-2586

Inuvik 867-777-7246
Paulatuk 867-580-3231
Sachs Harbour 867-690-4181
Tsiigehtchic 867-953-3361
Ulukhaktok 867-396-3111
Fort Liard 867-770-4301
Fort Providence 867-699-4311
Wrigley 867-581-3441
Trout Lake 867-206-2838
Nahanni Butte 867-602-2203
Jean Marie River 867-809-2900

Family Medical Clinic

Tundra Building
Box 1559
Yellowknife, NT X1A 2P2
867-873-5881

Fort Smith Health Centres

Box 1080
Fort Smith, NT X0E 0P0
867-872-6200

Frame Lake Family Physicians

Frame Lake Plaza
312B Old Airport Road
Yellowknife, NT X1A 3T3
867-873-3512

Gibson Medical Clinic

Box 780
4920 - 47th Street
Yellowknife, NT X1A 2N6
867-873-5895

Great Slave Medical House

5005 - 53rd Street
Yellowknife, NT X1A 1V5
867-920-4211

Hay River Clinic

#3 Gaetz Drive
Hay River NT
867-874-7190

Stanton Regional Health Board
550 Byrne Rd
PO Box 10 STN Main
Yellowknife, NT X1A 2N1
867-669-4111

Morse, John 867-669-4111
Inglis Stanton Medical Centre
419 Byrne Rd
Yellowknife, NT X1A 2N1

ONTARIO

Ajax

Yeung, Latifa 905-683-2320
Ajax and Pickering General Hospital
580 Harwood Avenue south
Ajax ON L1S 9Z9

Barrie

Hemphill, Douglas
101-115 Bellfarm Road
Barrie ON L4M 5G1

Brampton

Bellini, Andrew
306-164 Queen Street East
Brampton ON L6V 1B4
905-454-9230

Bellini, Andrew Bruno
William Osler Health Centre
Brampton Memorial Hospital
20 Lynch Street
Brampton ON L6W 2Z8

Burlington

Burlington Professional Centre
Comay, Daniel 905-681-2036
Kumaranayake, Aravinda 905-633-7862
Suite 314-3155 Harvester Road
Burlington ON L7N 3V2

Kumaranayake, Aravinda Prasanna
Joseph Brant Hospital
1230 North Shore Boulevard East
Burlington ON L7S 1W7

Lad, Rameeta 905-681-1103
109-2289 Fairview Street
Burlington ON L7R 2E3

Cambridge

Kothanda Raman, Kalyanapuram
519-620-8782
103-725 Coronation Boulevard
Cambridge ON N1R 7S9

Lee, Mark Joon-Sung 519-624-8589
Suite 201-20 Hobson Street
Cambridge ON N1S 2M6

Etobicoke

Ford, David 416-743-8431
204-100 Humber College Boulevard
Etobicoke ON M9V 5G4

Gould, Michael 416-745-9994
222-89 Humber College Boulevard
Etobicoke ON M9V 4B8

Greenbloom, Susan 416-740-4113
322-89 Humber College
Etobicoke ON M9V 4B8

Guelph

Surrey G.I. Clinic

Chiba, Naoki 519- 836-8201
Hewak, James 519-836-8201
105-21 Surrey Street West
Guelph ON N1H 3R3

Bovell, Keith 519-763-1220
Riverwood Place
201-49 Emma Street
Guelph ON N1E 6Z1

Hamilton

Hamilton Health Science Centre McMaster University Medical Centre

Armstrong, David Ext. 76404
Croitoru, Kenneth Ext. 73495
MacPherson, Andrew Ext. 76764
Marshall, John Room 2F59
Moayyedi, Paul Room Ext. 76764
Tse, Frances Wing Room 4W8
Xuan, Andrew Yang Room MDCL-3113
1200 Main Street West
P O Box 2000
Hamilton ON L8N 3Z5
905-521-2100

Saint Joseph's Healthcare

Ganguli, Subhas 905-522-1155
Goodacre, Robert 905-521-6045
Spaziani, Robert 905-522-1155
50 Charlton Avenue East
Hamilton ON L8N 4A6

Brill, Herbert 905-521-2100
McMaster Children's Hospital
Department of Pediatrics
Division of Gastroenterology
1200 Main Street West
Hamilton ON L8N 3Z5

Lumb, Barry 905-572-7715
307-304 Victoria Avenue North
Hamilton ON L8L 5G4

Rossmann, Richard 905-525-2779
311-1 Young Street
Hamilton ON L8N 1T8

Huntsville

Murat, Brian W 705-789-3900
Suite 206-348 Muskoka Road 3 North
Huntsville ON P1H 1H8

Kingston

Hotel Dieu Hospital

Beck, Ivan 613-544-0225
Da Costa, Laurington 613-544-3310 Ext.
2291
Hookey, Lawrence Charles 613-544-3310
Louw, Jacob 613-544-3400 Ext. 2450
Lowe, Catherine 613-544-3400 Ext. 2292
Ropeleski, Mark Jeremy 613-544-3400 Ext.
2288
Vanner, Stephen James 613-544-3310
166 Brock Street
Kingston ON K7L 5G2

Ropeleski, Mark Jeremy 613-544-3232 Ext.
4434
Kingston General Hospital
Douglas 1, Endoscopy
76 Stuart Street
Kingston ON K7L 2V7

Kitchener

Bissonnette, Lyle Vaughan 519-585-1251
Suite 202-585 Queen Street South

Kitchener ON N2G 4S4

Booth, Michael Douglas 519-744-2201
Suite 409-18 Pine Street
Kitchener ON N2H 5Z8

Ergaiey, Houda Ali 519-745-9889
Belmont Professional Centre
303-564 Belmont Avenue West
Kitchener ON N2M 5N6

Golubov, Jordan 519-744-9389
203-585 Queen Street South
Kitchener ON N2G 4S4

Ismaili, Arif 519-741-5786
Suite 309-751 King Street West
Kitchener ON N2G 1E5

Meghji, Murtaza Mohamedali 519-744-1167
Belmont Professional Centre
309-564 Belmont Avenue West
Kitchener ON N2M 5N6

Sharma, Vinod Kumar 519-749-4300
Grand River Hospital
835 King Street West
Kitchener ON N2G 1G3

Sharma, Vinod Kumar 519-744-3311
St. Mary's Hospital
911 Queen's Boulevard
Kitchener ON N2M 1B2

Sharma, Vinod Kumar 519-576-0204
203-535 Belmont Avenue West
Kitchener ON N2M 5E9

London

St Joseph's Health Care Center

Hussain, Nadeem 519-646-6100 Ext. 64312
Khanna, Nitin Verinder 519-646-6125
Reynolds, Richard 519-646-6125
268 Grosvenor Street
London ON N6A 4V2

London Health Sciences Centre

Barnett, William Howard 519-663-3757
Marotta, Paul Joseph 519-663-3406
University Campus
339 Windermere Road
London ON N6A 5A5

London Health Sciences Centre

Gregor, James C. 519-667-6843
Ponich, Terry Peter 519-667-6878
South Street Hospital
375 South Street
London ON N6A 4G5

London Health Sciences Centre

Bharwani, Sulaiman Shamsuddin 519-685-
8048
Gregor, James Christopher 519-667-6843
Howard, John Mitchell 519-685-8048
800 Commissioners Road
London ON N6C 6B5

Bondy, Donald Clarence 519-439-7103
26 Saint Neots Drive
London ON N6C 2M9

Markham

Fu, Anna 905-471-6200
212-377 Church Street
And 381 Church St
Markham ON L6B 1A1

Murray, Iain Colquhoun 905-947-9437
205-8312 McCowan Road
Markham ON L3P 8E1

Selucky, Michal 905-472-7125
404-377 Church Street
Markham ON L6B 1A1

Mississauga

Anand, Navin 905-607-9848
309- 2000 Credit Valley Road
Mississauga ON L5M 4N4

Clark, Robert Norman 905-897-0305
King Street Medical Arts Centre
202-71 King Street West
Mississauga ON L5B 4A2

El-Ashry, Dalia 905-275-1133
220-89 Queensway West
Mississauga ON L8B 2V2

Hollingworth, Roger William 905-820-7877
509-2300 Eglinton Avenue West
Mississauga ON L5M 2V8

Joshi, Supriya 905-569-9546
509-2300 Eglinton Avenue West
Mississauga ON L5M 2V8

McMullen, William Randall 905-279-9397
130-101 Queensway West
Mississauga ON L5B 2P7

Menon, Krishna 905-569-7789
Credit Valley Professional Building
210-2300 Eglinton Avenue
Mississauga ON L5M 2V8

Nelles, Sandra Elizabeth 905-275-5757
306-3420 Hurontario Street
Mississauga ON L5B 4A9

Rasul, Imran Asheque 905-607-8340
Credit Valley Medical Arts Center
406-2000 Credit Valley Road
Mississauga ON L5M 4N4

Sim, Keng Howe 416-518-2933
Trillium Health Centre
100 Queensway West
Mississauga ON L5B 1B8

Newmarket

Lin, Frank Yung-Harn 905-895-4521
Southlake Regional Health Centre
596 Davis Drive
Newmarket ON L3Y 2P9

Schep, Gerald Neil 905-898-3710
206-16700 Bayview Avenue
Newmarket ON L3X 1W1

Stotland, Brian Richard 905-836-4173
216-16700 Bayview Avenue
Newmarket ON L3X 1W1

North Bay

Shulman, Scott 705-474-8600
North Bay General Hospital
Scollard Site
750 Scollard Street
North Bay ON P1B 5A4

Shulman, Scott 705-476-7737
Northgate Square
Suite 208-1500 Fisher Street
North Bay ON P1B 2H3

North York

Blum, Seymour Jacob
59 Clanton Park Road
North York ON M3H 2C9
Desai, Milind Gunvantrai 416-663-1250
Suite B3-4640 Jane Street
North York ON M3N 2K5

Oakville

Arya, Naveen 905-849-0688
Bair, Frederick Douglas 905-842-3666
Lau, Helena Lee-Wah 905-338-5428
Pandya, Sudhir Prataprai 905-815-0755
Pham, Joe 905-849-7426
690 Dorval Drive
Oakville ON L6K 3W7

Wu, Arthur 905-338-2033
1425 Lakeshore Road East
Oakville ON L6J 1L9

Oshawa

Oshawa Clinic
Pavone, Elio 905-723-8551 Ext. 5312
Zaidi, Hasan Abbas 905-721-7726
117 King Street East
Oshawa ON L1H 1B8

Oravec, Michael 905-721-1221
372 King Street West
Oshawa ON L1J 2J9

Ottawa**The Ottawa Hospital**

Civic Campus
Abaskharoun, Ramy 613-798-5555 Ext.
18941
Champion, Malcolm Charles 613-761-4674
Patel, Dilip Gordhanbhai 613-761-4501
1053 Carling Avenue
Ottawa ON K1Y 4E9

General Campus
Saloojee, Navaaz Ahmed 613-798-5555 Ext.
76420
Shaw-Stiffel, Thomas 613-737-8899 Ext.
79962
Sy, Richmond 613-737-8899
501 Smyth Road
Ottawa ON K1H 8L6

Children's Hospital of Eastern Ontario
Barkey, Janice Lynn 613-737-7600
Boland, Margaret 613-737-7600 Ext. 2516
401 Smyth Road
Ottawa ON K1H 8L1

Monfort Hospital
Deneault, Joseph
Rochon, Luc Joseph
713 Montreal Road
Ottawa ON K1K 0T2

Bray, Frederick Thomas 613-739-7753
Suite 102-1637 Woodroffe Avenue
Ottawa ON K2G 1W2

Gregoire, Sylvie 613-744-8180
203- 311 McArthur Road
Ottawa ON K1L 6P1

Hassard, Philip Victor
Ottawa National Defence Centre
1745 Alta Vista Drive
Ottawa ON K1A 0K6

Hassard, Philip Victor 613-746-5393
307-595 Montreal Road
Ottawa ON K1K 4L2

Inouye, Phillip Kinji 613-726-3263
Suite 250-39 Robertson Road
Ottawa ON K2H 8R2

Jolicoeur, Emilie 613-744-7000
Suite 304-595 Montreal Road
Ottawa ON K1K 4L2

Kichian, Krikor 613-728-1795
302-3029 Carling Avenue
Ottawa ON K2B 8E8

Massicotte, Claude J. 613-728-6411
11 Rosemont Blvd
Ottawa ON K1Y 4R8

Rochon, Luc Joseph 613-745-8633
303-595 Montreal Road
Ottawa ON K1K 4L2

Sekar, Arni Somnathiyer Chandra 416-729-3179
504-1081 Carling Avenue
Ottawa ON K1Y 4G2

Tambay, Robert 613-729-9042
1296 Carling Avenue
Ottawa ON K1Z 7K8

Webster, Randall James William 613-820-7613
104-3029 Carling Avenue
Ottawa ON K2B 8E8

Peterborough

The Peterborough Clinic
Brien, Steven Richard 705-740-6851
Malhotra, Kenneth Samuel 705-740-6861
327 Charlotte Street
Peterborough ON K9J 7C3

Chan, Andrew Chi Shing 705-876-4516

The Medical Centre
707 Charlotte Street
Peterborough ON K9J 7B3

Lee, Victor Ka-Hung Gar-Koung 705-876-4539
707 Charlotte Street
Peterborough ON K9J 7B3

Richmond Hill

Culnan, James George Joseph 905-884-0851
304-250 Harding Boulevard West
Richmond Hill ON L4C 9M7

Fingerote, Robert Joel 905-780-8823
Pinnacle Health Sciences Centre
9651 Yonge Street
Richmond Hill ON L4C 1V7

Fingerote, Robert Joel
York Central Hospital
10 Trench Street
Richmond Hill ON L4C 4Z3

Nijhawan, Pardeep Kumar 905-707-5007
Suite 510-330 Highway 7 East
Richmond Hill ON L4B 3P8

St Catharines

North Scarborough Endo Centre
Devlin, Timothy Boyer 416-298-2024
Hurowitz, Eric Ephraim 416-335-4669
Thien, Vincent Vun Su 416-293-9402, 416-335-7001
4040 Finch Avenue East
Scarborough ON M1S 4V5

Ibrahim, Khaled Mohamed Omar 905-378-4647
NHS St Catharines General Site
Division of Gastroenterology
142 Queenston Street
St Catharines ON L2R 7C6

Miller, David Alexander 905-682-8693
308-180 Vine Street South
St Catharines ON L2R 7P3

Romatowski, Walter 905-682-8693
308-180 Vine Street South
St Catharines ON L2R 7P3

Scarborough

Bierbrier, Gordon Stanley 416-208-9860
Suite 216-1371 Neilson Road
Scarborough ON M1B 4Z8

Chan, Gerald Chee Bunn 416-299-3502
306-4190 Finch Avenue East
Scarborough ON M1S 4T7

Desai, Milind Gunvantrai 416-291-6323
Suite 17-5651 Steeles Avenue East
Scarborough ON M1V 5P6

Edward Dat Hang 416-292-6509
702- 2075 Kennedy Road
Scarborough ON M1T 3V3

Madala, Kiran 416-439-9253

Tran, Si Hung 416-439-9253
Yeung, Elaine Tiu 416-439-9253
Suite A109-3000 Lawrence Avenue East
Scarborough ON M1P 2V1

Shapero, Theodore 416-438-5755
214-3030 Lawrence Avenue East
Scarborough ON M1P 2T7

Tran, Si Hung 416-438-2911
3050 Lawrence Avenue East
Scarborough ON M1P 2V5

Vijayaratnam, Visvalingam 416-496-1990
Unit 6A-3430 Finch Avenue East
Scarborough ON M1W 2R5

Yeung, Latifa Tse Fung 416-281-7476
Centenary Health Centre Site
Galaxy 12 Child and Teen Clinic
2867 Ellesmere Road, 12th Level
Scarborough ON M1E 4B9

Yeung, Latifa Tse Fung 416-298-2088
105-4235 Sheppard Avenue East
Scarborough ON M1S 1T7

Thornhill

Sinclair, Stephen Blair 905-881-4560
208-7330 Yonge Street
Thornhill ON L4J 7Y7

Toronto

Hospital for Sick Children

Dirks, Martha Heather 416-813-1500
Roberts, Eve Ann 416-813-7733
Zachos, Marianthi 416-813-8757
555 University Avenue
Toronto ON M5G 1X8

Mount Sinai Hospital

Greenberg, Gordon 416-586-4727
Newman, Alvin 416-586-5307
Silverberg, Mark 416-586-8236
Steinhart, Allan H 416-586-5121
600 University Avenue
Toronto ON M5G 1X5

St Michael's Hospital

Baker, Jeffrey Paul 416-864-5909
Chen, Dean Li-Hsiang 416-864-5431
Kandel, Gabor Peter 416-864-3093
Kim, Young-In 416-864-5848
Kortan, Paul Peter 416-864-3094
May, Gary Robert 416-864-5345
Saibil, Fredric 416-480-4727
30 Bond Street
Toronto ON M5B 1W8

Sunnybrook Health Science Centre

Chen, Grant I-Ming 416-480-5910
Rabeneck, Linda 416-480-4825
Tinmouth, Jill Margaret 416-480-5910
Yong, Elaine 416-480-6890
2075 Bayview Avenue
Toronto ON M4N 3M5

Toronto General Hospital

Ali, Naeem Mohammad 416-340-4629
Allard, Johane 416-340-5159
Kaila, Brinderjit Kaur
Lilly, Leslie Blake 416-340-4629
585 University Avenue
Toronto ON M5G 2N2

Toronto General Hospital

Fung, Scott 416-340-3893
Habal, Flavio 416-340-5023
Renner, Eberhard 416-340-3303
Rossos, Peter George 416-340-5333
Wolman, Stephen 416-340-3507
Wong, Florence Suet Hing 416-340-3834
Wright, John Robert 416-340-4218
200 Elizabeth Street
Toronto ON M5G 2C4

Toronto Western Hospital

Cino, Maria 416-603-5724
Heathcote, Elizabeth Jane 416-603-5914
Gaisano, Herbert Young 416-603-5949
Joshi, Supriya
Liu, Louis 416-603-5276
399 Bathurst Street
Toronto ON M5T 2S8

Al-Harbi, Othman Rabeh A
Postgraduate Medical Education
University of Toronto
500 University Avenue 2nd floor
Toronto ON M5G 1V7

Appell, William Allan 416-690-6762
Suite 202-840 Coxwell Avenue
Toronto ON M4C 5T2

Axler, Jeffrey Lee 416-650-0017
404-2065 Finch Avenue
Toronto ON M3N 2V7

Axler, Jeffrey Lee 416-743-5551
205-89 Humber College
Toronto ON M9V 4B8

Bilbily, Ghassan Fahmi Yacoub 416-645-5145
North York Endoscopy Centre
Suite 5-4646 Dufferin Street
Toronto ON M3H 5S4

Chen, Dean Li-Hsiang 416-778-1212
Suite 216-840 Coxwell Avenue
Toronto ON M4C 5T2

Devlin, Timothy Boyer 416-350-5963
1500-150 York Street
Toronto ON M5H 3S5

Friedlander, Sam Abe 416-461-9471
Albany Clinic
200 Danforth Avenue
Toronto ON M4K 1N5

Friedlander, Sam Abe
First Canadian Medical Centre
P O Box 119
Station 1st Canadian Place
Toronto ON M5X 1A4

Gopinath, Raghunandan 416-463-6053
214-840 Coxwell Avenue
Toronto ON M4C 5T2

Kandel, Gabor 416-645-5145
Suite 5-4646 Dufferin Street
Toronto ON M3H 5S4

Khatchatourian, Marina 416-322-7517
The Toronto GI Clinic
Suite 711-1849 Yonge Street
Toronto ON M4S 1Y2

Leong, Eric Wan Hay 416-242-7783
308-1017 Wilson Avenue
Toronto ON M3K 1Z1

Springer, Jonathon Esy 416-766-4587
513-2425 Bloor Street West
Toronto ON M6S 4W4

Stafford, Susan Elizabeth 416-968-3425
411-60 Grosvenor Street
Toronto ON M5S 1B6

Stal, Jeffrey Michael 416-323-7543
307-60 Grosvenor Street
Toronto ON M5S 1B6

Vijayaratham, Visvalingam 416-929-0929
Rosedale Medical Centre
711-600 Sherbourne Street
Toronto ON M4X 1W4

Weiner-Baron, David Lyon 416-756-6410
North York General Hospital
103-4001 Leslie Street
Toronto ON M2K 1E1

Wolman, Stephen Laurie 416-924-6544
502-984 Bay Street
Toronto ON M5S 2A5

Windsor

Bacchus, Rahman 519-254-4511
Suite 102 - 1106 Ouellette Avenue
Windsor ON N9A 1C9

Farjalla, Salaheddin Goma 519-971-5364
130 - 7 Ouellette Place
Windsor ON N8X 1L9

Fituri, Rasem 519-973-4411 Ext. 7637
Hotel Dieu Grace Hospital
Gastrointestinal Endoscopy Unit
1030 Ouellette Avenue
Windsor ON N9A 1E1

Fituri, Rasem 519-254-5577 Ext. 52019
Windsor Regional Hospital
Gastro Intestinal Endoscopy Unit
1995 Lens Avenue
Windsor ON N8W 1L9

Khalil, Muhammad Arshad Khan 519-977-7880
120- 2224 Walker Road
Windsor ON N8W 3P5

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Queen Elizabeth Hospital

Bergin, Patrick 902-894-2111
Khan, Faraz 902-894-2111
Seviour, Paul 902-894-2111
Tassi, Hisham 902-894-2111
QEH PO Box 6600
Charlottetown, PE, PE C1A 8T5

Carmody, Douglas 902-432-8181
Hoare, Connie 902-432-8181
Irvine, Michael 902-432-8181
475 Granville St. N
Summerside, PE C1n 3N9

Clark, Donald 902-628-1801
215 Belvedere Ave
Charlottetown, PE C1A 2Z4

Hunt, Barry 902-367-4130
20 St. Peters Rd
Charlottetown, PE C1A 5N4

McCarthy, Kenneth 902-367-3773
20 St. Peters Rd
Charlottetown, PE C1A 5N4

McMillan, Colin 902-368-7429
22 St. Peters Rd
Charlottetown, PE C1A 5N4

Shetty, Karunakara 902-892-8807
220 Water St. Parkway
Charlottetown, PE C1A 9M5

Steeves, Donald 902-629-8814
199 Grafton St
Charlottetown, PE C1A 1L2

QUÉBEC

Charlesbourg

Lacerte, Marcel 418-626-2934
Polyclinique De La Capitale
4225, 4e Avenue Ouest
Charlesbourg, QC G1H 6P3

Châteauguay

Centre Hospitalier Anna-Laberge

Dussault, Pierre 450-699-2425
Gelly, André L. 450-699-2425
Nguyen, Cong Du 450-699-2425
200, boulevard Brisebois
Châteauguay, QC J6K 4W8

Chicoutimi

Centre de Santé et Services Sociaux

Boulard-Gondolff, Annick
Savard, Roger
305 Rue Saint-Vallier
CP 5006
Chicoutimi, QC G7H 5H6
418-541-1000

LaPointe, Gilles 418-545-7581
265, rue Richmond
Chicoutimi, QC G7G 2A3

Gatineau

CHVO - Hôpital de Gatineau

Clément, Pierre 450-561-8278
Lefebvre, Sonia 819-561-8278
909 boul la Verendrye Ouest
Gatineau, QC J8P 7H2

CHVO - Hôpital de Hull

Bernier, Jean-Pierre 819-595-6108
Dao, Catherine Thanh 819-595-6030
116 Boul Lionel-Émond
Gatineau, QC J8Y 1W7

Gaspé

LaLiberté, Lyne 418-368-3301
Centre Hospitalier de Gaspé - Pavillon Hôtel-Dieu
215, boulevard York Ouest
Gaspé, QC G4X 2W2

Granby

M'Seffar, Abdel-Latif 450-372-8127
Centre Hospitalier de Granby
28, rue des Aigles Gastro-entérologie
Granby, QC J2H 2C7

Greenfield Park

Hôpital Charles LeMoynes

LeRoux, Raymond-Pierre
Tran, Hanh-Khiem
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park, QC J4V 2H1
450- 466-5000

Pilon, Gaetan 450- 466-1206
1418, rue Victoria
Greenfield Park J4V 1M1

Hudson Heights

Kinnear, Douglas G. 450-458-4828
P.O. Box 685
Hudson Heights J0P 1J0

Lachenaie

Centre Hospitalier de Pierre-le-Gardeur

Amra, Suleman 450-654-7525
Blain, Julie 450-654-7525
Ouellet, Vincent 450-654-7525 Poste: 2101
911 Montée des Pionniers
Lachenaie, QC J6V 2H2

Lachine

Loufti, Joseph
Centre Hospitalier de Lachine
650, 16e Avenue
Lachine, QC H8S 3N5

Laval

Cité de la Santé de Laval

Doucet, Isabelle
Farber, David Franklin
Giroux, Yvon
Joly, Lucie
1755 Boul René-Laennec

Laval, QC H7M 3L9
450-668-1010

Choueri, Georges Nicolas 450-689-9320
Centre Méd Sainte-Dorothée
3 boul Samson
Laval, QC H7X 3S5

LaSalle

Godet, Patrick 514-362-1000
Centre Hospitalier de LaSalle
8585, terrasse Champlain
LaSalle, QC H8P 1C1

Tourigny, Marc 514-363-6638
Médicentre Lasalle
1500, av Dollard
LaSalle, QC H8N 1T5

Laval

Meunier, Pierre 450-668-1010
Cité de la santé de Laval - CHARL
1755, boulevard René-Laennec
Laval, QC H7M 3Y8

Pellicano, Antonio 450-933-4441
870, J.J. Joubert
Laval, QC H7G 4J3

Sabbah, Sandrine 450-668-1010
Cité de la santé de Laval - CHARL
1755, boulevard René-Laennec
Laval, QC H7M 3Y8

Lévis

Hôtel-Dieu de Lévis

Bourdages, Raymond 418-835-7182
Lavoie, Rémi 418-835-7121
L'espérance, Guy 418-835-7182
Whitton, Steve 418-835-7182
143 rue Wolfe
Lévis, QC G6V 3Z1

Longueuil/St-Hubert

Centre Hospitalier Pierre Boucher

Doumar, Gilbert
Martin, Luc P.
Thai, Hoang Lan
1660, Chemin du Tremblay
Longueuil J4N 1E1
450- 647-2422

Nguyen, Van Vu 450-468-8111
Centre Hospitalier Pierre Boucher
1333 boul Jacques-Cartier Est
Longueuil, QC J4M 2A5

Magog

Apollon, Guy-Claude 819-843-3381
50, rue Saint-Patrice Est
Magog, QC J1X 3X3

Montréal

Centre Hospitalier de St. Mary

Davies, Campbell David
 Luterman, Leonard
 3830, avenue Lacombe
 Montréal, QC H3T 1M5
 514-345-3511

CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants

Forget, Sylviane
 Lévesque, Dominique
 Morinville, Véronique
 Perrault, Jean
 Ste-Marie, Micheline
 2300, rue Tupper
 Montréal, QC H3H 1P3
 514-412-4474

Hôtel-Dieu

Bernard, Edmond-Jean 514-843-2611
 Clermont, Richard 514-890-8000 #14925
 Deslandres, Erik 514-890-8000 #14980
 Dorais, Judy 514-890-8000
 Gratton, Jacques 514-890-8000 #14980
 Leduc, Raymond 514-890-8000
 3840, Rue Saint-Urbain
 Montréal, QC H2W 1T8

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Bernier, Claude 514-338-2794
 Désir, Barbara 514-338-2222 #2050 Hamel,
 Joanne 514-338-2794
 LaFlamme, Pierre-Jean 514-338-2222 #2157
 Michaud, Gilles 514-338-2794
 Sabbah, Sidney 514-338-2222 #2794 5400
 Boul Gouin Ouest
 Montréal, QC H4J 1C5

Hôpital Général de Montréal

Baffis, Vicky 514-934-1934
 Barkun, Alan Nicolas 514-934-8233
 Burtin, Pascal 514-934-1934
 Cleland, David Paul 514-934-8308
 Franchimont, Denis 514-934-1934 #44387
 Gagnon, Michel
 Jabbari, Mansour 514- 932-9164
 Libman, Michael 514-934-1934 #42811
 Mayrand, Serge 514-934-8308
 Parent, Josée 514-934-8308
 Waschke, Kevin 514-934-1934 #43899
 Wild, Gary Edward 514-934-8308
 1650, avenue Cedar
 Montreal, QC H3G 1A4
 514-934-8074

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Aumais, Guy
 Durivage, Gidej
 Jobin, Gilles 514- 252-3400
 LaChance, Jean-René
 Mousseau, Roger
 Rioux, Louis-Charles
 5415 Boul de l'Assomption
 Montréal, QC H1T 2M4
 514-252-3400

Hôpital Notre-Dame

CHUM Pavillon
 Baillargeon, Jacques 819-346-1110
 Beaudoin, Marc 514-890-8000
 Çaussignac, Yves 514-890-8000
 Émond, Michel 514-890-8000

Poliquin, Marc 514-890-8000
 1560 Sherbrooke St. East
 Montreal, QC H2L 4K8
 514-896-6000

Hôpital Royal Victoria

Barkun, Jeffrey 514-934-1934 #35964
 Bitton, Alain 514-843-1616
 Daoud, Habib 514-842-1231
 Deschênes, Marc 514-843-1616
 Fallone, Carlo A. 514-843-1616
 Ghali, Maged Peter 514-934-1934
 Ghattas, Georges 514-843-1616
 Hedrei, Philip 514842-1231
 Katz, Saul Sidney 514-843-1616
 Malhotra, Kenneth 514-842-1231
 Nguyen, Ngoc Khiem 514-842-1231
 Nudo, Carmine Giovanni 514-934-1934
 Szego, Peter Leslie 514-843-1616
 687 des Pins Ave W
 Montréal, QC H3A 1A1

Hôpital Sainte-Justine

Dirks, Martha Heather 514-345-4931 #7000
 Drouin, Éric 514-345-4931 # 5471
 Marchand, Valérie 514-345-4931
 Morin, Claude L. 514-345-4931
 Noble, Angela Joy 514-345-4931
 Roy, Claude 514-345-4931 #6661
 3175, chemin de la Côte Sainte-CatherineRd
 Montréal, QC H3T 1C5

Hôpital Saint-Luc

Bilodeau, Marc
 Boivin, Michel
 D'aoust, Louise
 LaHaie, Raymond G.
 LeMoyné, Michel
 Marleau, Denis
 Matouk, Karen
 Morrissette, Hugo
 Paquin, Sarto
 Plourde, Victor
 Poitras, Pierre
 Sahai, Anand Vasante
 Villeneuve, Jean-Pierre
 Vincent, Catherine
 1058, Rue St-Denis
 Montréal, QC H2X 3J4
 514-890-8000

Hôpital Saint-Luc**Centre de recherche**

Fenyves, Daphna #35724
 Hassoun, Ziad #35706
 Pomier-Layrargues, Gilles 514-890-8000
 264, boul. René-Lévesque Est
 Montréal, QC H2X 1P1

Sir Mortimer B Davis Jewish General Hospital

Cohen, Albert 514-340-8223
 Friedman, Gad 514-340-8286
 Hilzenrat, Nir 514-340-8286
 Szilagyi, Andrew 514-340-8144
 3755 Côte-Sainte-Catherine Rd
 Montréal, QC H3T 1E2

Arakelian, Jean 514-524-3569
 Hôpital Jean-Talon

1851, rue Sherbrooke Est
Montréal, QC H2K 4L5

Archambault, André 514-252-3804
Polyclinique Maisonneuve-Rosemont
5345, boul de l'Assomption
Montréal, QC H1T 4B3

Bergeron, Sylvie 514-350-5112
2, Complexe Desjardins, C.P. 216 Succ.
Desjardins
Montréal, QC H5B 1G8

Blum, Seymour 514-738-9409
6000, chemin de la Côte-des-Neiges
Montréal, QC H3S 1Z8

Boucard, Jean A. 514-252-6000
Hôpital Santa Cabrini Ospedale
5655, rue Saint-Zotique Est
Montréal, QC H1T 1P7

Gratton, Jacques 514-842-3865
Bureau 411-3875 Rue Saint-Urbain
Montréal, QC H2W 1V1

Guay, Pierre-A. 514-722-0000
Hôpital Jean-Talon
6930, rue Papineau
Montréal, QC H2G 2X7

Martin, François 514-861-9686
Hôpital Saint-Luc
4, Complexe Desjardins, C.P. 62, Succ.
Desjardins
Montréal, QC H5B 1B2

Nguyen, Thanh-Binh 514-252-6000
Hôpital Santa Cabrini Ospedale
5655, rue Saint-Zotique Est
Montréal H1T 1P7

Olivier, Michel 514-382-2571
150, rue Jarry Est
Montréal, QC H2P 1T3

Ostiguy, Richard 514-381-9311
Centre Hospitalier Fleury
2180 Rue Fleury Est
Montréal, QC H2B 1K3

Paquet, Stéphanie
6150, rue Deacon, app, 12
Montréal, QC H3S 2P3

Perreault, Gilles P.
5320, rue de Louisbourg
Montréal, QC H4J 1K8

Rouleau, Claude 514-843-3405 3871, Bélanger
est Bureau 204
Montréal, QC H1X 3M7
Turbide, Christian
3900, rue Bélanger, app.2
Montréal, QC H1X 1B6

Trelles, Francisco 514-256-3741 2434, rue
Théodore
Montréal H1V 3C4
Weinrub, Isadore W. 514-483-1717
Clinique Santé-Action

5910, chemin de la Côte-des-Neiges
Montréal, QC H3S 1Z5

Mont-Royal
Mlynaryk, Peter
345, Portland Avenue
Mont-Royal, QC H3R 1V4

Pointe-Claire
Ohasi, David A. 514-694-1564
175, chemin Stillview
Pointe-Claire, QC H9R 4S3

Thibert, Gilberte 514-630-2225
Hôpital Général du Lakeshore
175, chemin Stillview
Pointe-Claire, QC H9R 4S3

Ville de Québec

Centre Hospitalier Universitaire de Québec
Caouette, Pascale 418- 649-0252
Lavoie, Sylvain
Parent, Claude 418-649-5882
Pavillon Enfant-Jésus
1401, 18e Rue
Québec, QC G1J 1Z4
418-649-5732

Centre Hospitalier Universitaire de Québec
Cayer, Sylvie
Chouinard, Pascale 418-654-2168
Gagnon, Pierre Porte 580
Lemelin, Valéry 418-654-2168
2705 Boul Laurier
Québec, QC G1V 4G2

Centre Hospitalier Universitaire de Québec
Bradette, Marc
Dubé, Réjean
Lévesque, Denis
Pavillon Hôtel-Dieu
11 Côte du Palais
Québec, QC G1R 2J6
418-691-5252

Hôpital St-François d'Assise
Dallaire, Chrystian
Grégoire, Philippe
Rousseau, Bernard
Pavillon St-François-d'Assise
Centre Hospitalier Universitaire de Québec
10, Rue de l'Espinay
Québec, QC G1S 3L5
418-525-4444

Hôpital du Saint Sacrement
Hallé, Pierre 418-682-7623
Paré, Pierre 418-682-7511 #4603, 418-682-
7646
Tremblay, René Michel 418-682-7623
1050 Chemin Sainte-Foy
Québec, QC G1S 4L8

LeMire, Suzanne 418-688-1687
840, Ernest Gagnon, app. 1725
Québec, QC G1S 4M6

Parent, Jean-Paul 418-683-5289
10, Jardins Mérici, app. 1603

Québec, QC G1S 4T1

Rousseau, Bernard 418-525-4444
CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise
10, rue de l'Espinay
Québec, QC G1L 3L5

Rimouski

Centre Hospitalier Régional de Rimouski

Bernatchez, Harold 418-724-8335
Robillard, Jean 418-723-7851
Jutras, Philippe 418-723-7851 #8335
Larose, André 418-723-7851
Robillard, Jean 418-723-2235
Tourangeau, Francine 418-724-3000 #8336
150 Avenue Rouleau
Rimouski, QC G5L 5T1

Rivière-du-Loup

Harvey, Pierre 418-868-1010 #2624
Centre Hospitalier Régional du Grand Portage
75 rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup, QC G5R 2A4

Rock Forest

Ménard, Charles 819-822-4224
851, rue Grandmaison
Rock Forest, QC J1N 4E4

Sainte-Catherine-de-Hatley

Navert, Henri 819-838-4311
1785, chemin d'Ayers's Cliff
Sainte-Catherine-de-Hatley JOB 1C0

Saint-Charles Borromée

Centre Hospitalier Régional de Lanaudière

Cayouette, Maryse
Gagné, Marc-André
Grypinich, Michel
Kamau, Allan G.
LaFlamme, Pierre
Renaud, Geneviève
1000, Boul. Ste-Anne
Saint-Charles Borromée, QC J6E 6J2
450-759-8222

Beaulieu, Céline 450-752-6667
90, rue Bernard
St-Charles-Borromée, QC J6E 2C3

Ste-Dorothée

Choueri, Georges N. 450-689-9320
Centre médical Ste-Dorothée
3, boul. Samson
Ste-Dorothée, Laval H7X 3S5

Saint-Eustache

Centre Hospitalier Saint-Eustache

Maisonnette, Denis
Nassiri, Shirin
520 Boul Arthur-Sauvé
Saint-Eustache, QC J7R 5B1
450-473-6811

Sainte-Foy

Centre Hospitalier Universitaire de Québec

Beaudet, Isabelle-Pascale 418-654-2168
Gagnon, Pierre Porte 580 418-654-2168
LeMelin, Valery 418-525-4444
Michaud, Jean-Thomas 418) 654-2168
Routhier, Gaétane 418-654-2168
Sutton, Ann 418-654-2168

2705 Boul Laurier
Sainte-Foy, QC G1V 4G2

Gagnon, Omer 418- 656-1913
999, Beauregard, app. Ph 7
Sainte-Foy G1V 4T9

Philippon, Fernand 418-658-2895
3791, Gabrielle-Vallée, app. 604
Sainte-Foy G1W 5B1

St-Georges, Fernand
Hôpital Laval
2725, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy G1V 4G5

Saint-Hyacinthe

Gaboury, Jean 450-774-8190
Réseau Santé Richelieu-Yamaska
C2750, Boul. Laframboise
Saint-Hyacinthe, QC J2S 4Y8

Saint-Jean-sur-Richelieu

LaRocque, Martin 450[347-7557
Clinique médicale Iberville
715, boul. d'Iberville
St-Jean-sur-Richelieu, QC J2X 4S7

Hôpital du Haut-Richelieu

Rousseau, Annie
Thanh, Lan Quang
Tulin, Michel
920, boulevard du Séminaire Nord
Saint-Jean-sur-Richelieu J3A 1B7
450-359-5000

Saint-Romuald

Hallé, Marc 418-839-6208
2457, rue Bellevue
Saint-Romuald, QC G6W 2T8

Saint-Jérôme

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Laurier, Louis 450-438-0404
Stewart, Marie-Diane 450-431-8201
290 rue Montigny
Saint-Jérôme, QC J7Z 5T3

Polyclinique Saint-Jérôme

Laurier, Louis 450-438-0404
Laurion, Robert 450-438-5922
200 Rue Durand
Saint-Jérôme, QC J7Z 7E2

Saint-Lambert

Renzi, Nelio
370, rue St-Thomas
Saint-Lambert, QC J4R 1Y1

Saint-Laurent

Farley, Alain 514-747-6192
 1675, rue Champigny
 Saint-Laurent H4L 4P9

Sept-îles**Centre Hospitalier Régional de Sept-Iles**

Bédard, Jinny
 Forget, Anne-Marie
 Lafortune, Pascale
 45, rue Père-Divet
 Sept-Iles, QC G4R 3N7
 418-962-9761

Sherbrooke**Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke**

Carrier, Julie
 Généreaux, Alexandre
 Plamondon, Sophie
 Saheb, Nathalia
 Faculté de Médecine
 3001 12e Av N
 Sherbrooke, QC J1H 5N4
 819-346-1110

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

Baillargeon, Jean-Daniel
 Beaudoin, Annie
 Faust, Gilles
 Haddad, Henry
 Langelier, Diane
 Langevin, Serge
 Ménard, Daniel B.
 Watier, Alain
 Service de Gastroenterologie
 580 Rue Bowen S
 Sherbrooke, QC J1G 2E8
 819-346-1110

Haché, Chantal 819-829-0476
 402, Jacques Cartier Nord
 Sherbrooke, QC J1J 4E8

Trois-Rivières**Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières**

Brière, Claude
 Gariépy, Linda
 LaRouche, Jacynthe
 Morin, Guy
 Pavillon Saint- Joseph
 731, rue Sainte-Julie
 Trois-Rivières, QC G9A 1Y1
 819-697-3333

Nadeau, Etienne 819-697-3333 #63472
 Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières
 Pavillon Saint- Joseph
 1991, boul. Du Carmel
 Trois-Rivières G8Z 3R9

Larouche, Jacinthe
 Polyclinique de Trois-Rivières
 1900 Boul des Recollets
 Trois-Rivières, QC G8Z 4K4
 819-373-1538

Val-d'Or**CH Vallée-de-l'Or**

LaVoie, Line 819-825-6711 Poste: 2215
 LeFort, Pierre 819-825-6711
 Val-d'Or, QC J9P 3Y1

Verdun**Centre Hospitalier de Verdun**

Boudreau, Claude 514-362-1000 #2141
 Lamoureux, Louis 514-362-1000 #2141 4000,
 boulevard Lasalle
 Verdun, QC H4G 2A3

Benhamron, Jaimes-Serge 514-769-7198
 Clinique Médico-Chirurgicale De Verdun
 55, rue de l'Église Bureau 49
 Verdun, QC H4G 3E7

Westmount

Gagnon, Jacques O. 514-933-8347
 4300, boul. De Maisonneuve Ouest, app. 810
 Westmount, QC H3Z 3C7

Kessler, Jacques I. 514- 935-9548
 1, Westmount Square
 Westmount, QC H3Z 2P9

Mishkin, Seymour 514-932-2686
 Royal Victoria Hospital
 4060, rue Ste-Catherine Ouest
 Westmount, QC H3Z 2Z3

Morelli, Gaetano 514-938-3810
 Centre Hospitalier St. Mary
 245, av. Victoria
 Westmount, QC H3Z 2M6

SASKATCHEWAN**Regina****Regina Internal Medicine Specialists**

McHattie James D 306-522-6334
 Nel J De La Rey 306-522-2212
 Ukabam S 306-565-2093
 1821 Rose St
 Regina, SK S4P 1Z7

Saskatoon**Royal University Hospital**

Bedi, Anil
 Worobetz, Lawrence
 Dept of Medicine
 103 Hospital Dr
 Saskatoon, SK S7N 0W8
 306-966-7964

Ganguli Provash 306-664-9921
 Saskatoon, SK S7H 0A1

Ganguli Provash 306-664-2021
 514 Queen Street
 Saskatoon, SK S7K 0M5

Sylwestrowicz T A 306-244-4133
 182 Wall Street
 Saskatoon , SK S7K 1N4

YUKON**Whitehorse General Hospital**

5 Hospital Rd
 Whitehorse, YT Y1A 3H7
 867-393-8700

Yukon Medical Health Officer
 Dr Bryce Larke
 PO Box 2703, Whitehorse, YT Y1A 2C6
 867-667-5716, 867-667-577

ANNEXE E : Histoire sur la sécurité du sang, dossier du Canada et problèmes d'indemnisation

1940 – À la fin des années 1940', une étude signalait le danger des risques accrus d'infection post-transfusionnelle (PTI) de l'hépatite dans les banques de sang achetées commercialement et dans les banques de sang provenant des prisons. Les chercheurs ont déterminé ce risque à l'aide des niveaux de bilirubine élevés dans le sang pour détecter l'hépatite. Il s'agit d'un test indirect.

1955 – Les médecins Wroblewski et Ladue publient une recherche élaborée sur l'hépatite PTI en utilisant les taux élevés d' ALT et d' AST comme valeurs. Dosage de remplacement.
Un test pour détecter l'hépatite B est développé. Un dosage de remplacement indique que l'hépatite PTI est toujours présente et cette forme d'hépatite est appelée hépatite non B.
Un test pour détecter l'hépatite A est développé et un dosage de remplacement confirme que l'hépatite PTI est toujours présente. Il existe désormais trois catégories d'hépatite : l'hépatite A, l'hépatite B et l'hépatite Non-A/Non-B. L'hépatite PTI s'avère être une collection de virus où l'hépatite C est comprise à 90%.

1965 – L'Allemagne de l'Ouest adopte le dosage de remplacement (test des niveaux élevés d'ALT et d'AST) pour dépister l'hépatite Non-A/Non-B des systèmes sanguins. D'autres pays européens suivent cet exemple au cours des 15 prochaines années.

1971 – La Société canadienne de la Croix-Rouge interdit l'usage du sang provenant des prisons. (cette interdiction est importante lorsque vous lisez la «clause 32» de la société Continental Pharmaceuticals à Montréal et le sang provenant des prisons aux É.-U).

1974/75 – Le terme hépatite est utilisé pour la première fois par Prince mais cette appellation est rapidement délaissée car on réalise rapidement qu'il s'agit de plus d'un virus.

1979 – Le journal Canadian Medical Association a publié un guide complet sur l'utilisation du dosage de remplacement pour détecter le PTI dans l'hépatite Non-A/Non-B.

1981 – Des experts en virologie comme le docteur Harvey J. Alter favorisent l'utilisation du dosage de remplacement pour tous les produits sanguins aux États-Unis, alors que les autorités prennent du retard, des centres comme le New York blood center adoptent de faire un dépistage eux-mêmes.

1985 – Au printemps de 1985, le gouvernement fédéral autorise comme agent anti-hémophilie, un produit appelé Haemate P. Il était traité thermiquement en utilisant une méthode humide qui tuait à la fois les virus enveloppés et les virus non enveloppés et il était utilisé pour traiter l'hémophilie A (facteur VIII) et la maladie de von Willebrand (facteur von Willebrand et le facteur VIII). Ce produit est resté sur les tablettes. Il n'apparaît pas en Nouvelle-Écosse avant 1992 ou 1993 et j'en ai seulement entendu parler qu'au printemps 1996, après avoir appris que j'étais infecté. Malheureusement, je connais un jeune homme chez qui l'hémophilie A avait été diagnostiqué à l'automne 1986, un an après que ce produit soit autorisé. Cependant les médecins de la Nouvelle-Écosse responsables de son traitement, l'ont placé sur du cryoprécipité non traité pendant les quatre premières années de sa vie, avec le résultat qu'il a une infection chronique de l'hépatite C, alors que ce n'était absolument pas nécessaire.

1986 – Avec un stock de produit testé contre le VIH en leur possession, mais incapable de recevoir une garantie le paiement couvrant les frais de destruction des produits dangereux non testés qu'ils avaient en leur possession, la Société canadienne de la Croix-Rouge a permis l'utilisation des produits non testés avant que les produits sécuritaires ne soient disponibles. J'ajoute à l'histoire de l'hépatite C cet incident relatif au VIH pour illustrer que selon moi rien n'a changé.

Les États-Unis est devenu la dernière nation industrialisée à adopter le dosage de remplacement pour dépister l'hépatite Non-A/Non-B dans leurs banques de sang. Le Canada rejoint l'Espagne et le Japon en refusant à leurs citoyens cette mesure supplémentaire de sécurité.

1988 – Les tests effectués par Harvey J. Alter démontrent que les taux de PTI de l'hépatite Non-A/Non-B serait deux fois plus élevés au Canada qu'aux États-Unis, malgré l'usage aux États-Unis du sang acheté commercialement.

1992 – Un test pour dépister le virus de l'hépatite C est introduit. Auparavant, les chercheurs examinaient les antigènes de surface ou les anticorps à la maladie pour détecter le virus dans le sang. Dans ces deux tests il s'agit des dosages de remplacement, car les chercheurs utilisent la présence de quelque chose autre que le virus pour diagnostiquer l'hépatite C.

1992/93 – Hamate P est finalement introduit comme programme de traitement pour les porteurs de la

maladie de von Willebrand en Nouvelle-Écosse. Malgré le fait que ce produit est autorisé depuis 1985 comme traitement anti-hémophile, les bébés de la Nouvelle-Écosse chez qui l'hémophilie a été diagnostiquée bien après le printemps 1985 ont reçu du Cryoprécipitate comme traitement, ce qui a donné lieu à des cas de PTI de l'hépatite C.

1993 – Le gouvernement fédéral annonce la création d'une commission d'enquête sur le système de collecte et de distribution de sang au Canada.

Le premier palier d'audiences commence avec l'enquête Krever.
Les témoins de la première enquête Krever sont entendus.

1995 – Fin des audiences publiques.

1996 – Les audiences de la cour fédérale commencent.

La cour fédérale décide que le juge Krever est libre d'attribuer le blâme, s'il le désire, à 14 représentants de la Croix-Rouge et à trois du gouvernement fédéral. Elle interdit à l'enquête de faire des allégations contre 47 autres personnes.

Nov. 1996 – La première poursuite contre le gouvernement fédéral, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse et la société de la Croix-Rouge est présentée à Halifax en Nouvelle-Écosse par cinq personnes, incluant des jeunes hémophiles traités au Cryoprécipitate alors que l'haemate P était disponible.

1997 – Le rapport Krever est publié. Le juge Horace Krever recommande qu'une compensation soit versée à toutes les victimes du sang contaminé au Canada, sous réserve de tout droit. Le rapport est ignoré.

1998 – Le premier ministre de la justice Allan Rock présente un programme de compensation, qui exclue les personnes infectées avant 1986 et après 1990 et il stipule des clauses qui exigent que les victimes acceptent toutes les responsabilités du programme tout en excusant le gouvernement et ses agences de toute erreur passée ou future. La procédure implique la présentation d'une demande qui est si compliquée qu'elle fatigue et embrouille les victimes.

Des avocats de recours collectifs font soudainement leur apparition et les victimes disparaissent. Les avocats sont sortis de l'ombre avec une offre qui les enrichissait de plus de 50 000 000\$. Les avocats ont été payés bien avant que les victimes voient l'ombre de leur argent.

Septembre – La Société canadienne de la Croix-Rouge fait une requête en faillite.

1999 – Une poursuite d'un milliard de dollars est présentée contre le gouvernement fédéral, Connaught et Continental Pharma Cryosan pour l'importation et la fabrication de plasma provenant des prisons américaines qui a exposé des milliers de personnes au VIH et au VHC. (Mike McCarthy, demandeur principal)
Crawford a été nommé administrateur pour le règlement des victimes de 1986 à 1990.

Printemps – Une convention nationale sur les produits sanguins contaminés CJD se déroule à Toronto. Le ministère fédéral de la santé décide de remettre à nouveau en circulation des produits contaminés, malgré les recommandations de la World Health Organization' de 1998.

Été – La Société canadienne du sang (SCS) dit aux gens qu'ils doivent payer eux-mêmes pour avoir des produits sanguins plus sécuritaires

Été- La Société canadienne du sang demande la permission d'être ajoutée à la longue liste des bénéficiaires de l'indemnisation de l'hépatite C. Il semble que tout le monde sauf les victimes sont sur cette liste.

Malgré ces faits (printemps 1999) le gouvernement canadien affirme que le système de distribution du sang est aussi sécuritaire qu'il le peut. Les cours suprêmes de la Colombie-Britannique et de l'Ontario entendent les arguments pour et contre la compensation des victimes de 1986 à 1990.

Le Québec annonce une compensation pour les victimes infectées avant 1986 et après 1990.

2000 - Le Québec commence à verser une compensation aux victimes infectées avant 1986 et après 1990.

Les avocats vont en cour pour demander un paiement de 52,5 millions\$ (une avance de 4 millions a déjà été faite). La demande est approuvée par les trois tribunaux.

Les formulaires de demande sont envoyés aux demandeurs potentiels pour les années 1986 à 1990.

L'Ontario annonce une compensation maximale de 25 000\$ pour les victimes du VHC infectées avant 1986 et après 1990.

Les victimes de la Croix-Rouge infectées avant 1986 et après 1990 votent sur une compensation de 79 millions\$

2001 - Le Manitoba annonce une compensation de 10 000\$ pour les victimes infectées avant 1986 et après 1990.

La GRC déclare aucune accusation dans la destruction de documents.

La Cour suprême du Canada confirme un verdict de culpabilité contre la Société canadienne de la Croix-Rouge.

John Hamm de Nouvelle-Écosse dit aux victimes du sang contaminé qu'il ne va pas dépenser l'argent du «care not cash» pour eux et qu'il préfère utiliser les recettes générales.

Santé Canada a présenté la première conférence canadienne sur l'hépatite C à Montréal, Québec. La Société de la Croix-Rouge a dirigé un règlement de 79 millions\$ pour les victimes du sang contaminé ayant contracté l'hépatite C approuvé par le juge de l'Ontario.

2004 – Le ministre fédéral de la santé, monsieur Dosanjh a annoncé que le gouvernement du fédéral allait négocier avec les représentants des personnes infectées par le HCV par le biais du sang contaminé d'une manière indirecte.

2005 – La Société canadienne de la Croix-Rouge a été formellement condamnée pour avoir distribué des produits sanguins contaminés par des donneurs souffrant de VIH et d'hépatite C. Un tribunal à Hamilton, Ontario, a condamné l'agence à une amende de 5 000\$, le montant maximum permis.

2006 – Le procès du docteur Roger Perrault, le médecin au centre du scandale du sang contaminé commence à Toronto après des mois de délais.

2007 – Le fédéral offre une compensation d'un milliard aux victimes de l'hépatite C oubliés.

Le juge Mary Lou Benotto acquitte l'ancien directeur de la Croix-Rouge, le docteur Roger Perrault, le docteur John Furesz, le docteur Donald Wark Boucher, le docteur Michael Rodell et Armour Pharmaceutical de toutes les accusations portées à la cour supérieure de l'Ontario.

Pour nous protéger contre toute poursuite, nous ne pouvons pas aller plus en détail au sujet de ces dossiers épouvantables. Si vous désirez en savoir davantage au sujet des tentatives de camouflage du gouvernement et du sang provenant des prisons, veuillez envoyer un courriel à Bruce DeVenne à bdevenne@ns.sympatico.ca.

COMPENSATION AU CANADA

CABINETS D'AVOCATS

1986-1990

Bruce Lemer/Grant Kovacs Norell
Vancouver, BC
Téléphone : 1-604-609-6699
Télécopieur : 1-604-609-6688

Avant 1986/ Après 1990

Klein Lyons
Vancouver, BC 1-604-874-7171,
1-800-468-4466, Télécopieur 1-604-874-7180
www.kleinlyons.com/hepc/intro.html

David Harvey
Lauzon Bélanger S.E.N.C. (Québec)
Toronto ON
Téléphone 416-362-1989; Téléc. 416-362-6204
www.lauzonbelanger.qc.ca

Roy Elliot
Roy Elliott Kim O'Connor LLP.
hepc@reko.ca www.reko.ca

Kolthammer Batchelor & Laidlaw LLP
#208, 11062 – 156 Street,
Edmonton, AB T5P-4M8
Tél : (780) 489-5003 Télécopieur : 780-486-2107
kkoltham@telusplanet.net

Autre :

William Dermody/Dempster, Dermody, Riley & Buntain
Hamilton, ON L8N 3Z1 1-905-572-6688

RECHERCHE DE DONS ANTÉRIEURS/RETRAÇAGE DES RECEVEURS

The Canadian Blood Services, Vancouver, BC

1-888-332-5663 (local 3467) ou 604-707-3467

Programmes de recherche de dons antérieurs au Canada : 1-800-668-2866

Programmes de recherche de dons antérieurs en Colombie-Britannique : 1-888-770-4800

Ligne d'information de la Société canadienne du sang Recherche de dons antérieurs et de retraçage des receveurs : 1-888-462-4056

Ligne d'information d'Héma-Québec sur la recherche de dons antérieurs et de retraçage des receveurs :

1-888-666-4362

Manitoba Traceback: 1-866-357-0196

GRC Ligne anti-crime du groupe de travail sur le sang contaminé

1-888-530-1111 ou 1-905-953-7388

Lun.- Ven. -7 h à 22 h ; HNE

345 Harry Walker Parkway, South Newmarket, ON L3Y 8P6 Téléc. : 1-905-953-7747

RECOURS COLLECTIF / INDEMNISATION

Service d'écoute téléphonique du recours collectif : 1 800 229-5323, poste 8296

Ligne sans frais, compensation de Santé Canada : 1-888-780-1111

Inscription pour les compensations de la Croix-Rouge avant 1986 / après 1990 1-888-840-5764

Compensation en Ontario : 1-877-222-4977

Compensation au Québec : 1-888-840-5764

http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/comp-indem_e.html

ADMINISTRATEUR

1986-1990

Administrateur 1-877- 434-0944

www.hepc8690.com info@hepc8690.com

www.hepc8690.ca/PDFs/initialClaims/tran5-e.pdf

Avant 1986/ Après 1990

Administrateur 1-866-334-3361

preposthepc@crawco.ca

www.pre86post90settlement.ca

Règlement : http://www.reko.ca/html/hepc_settleagreement.pdf

ANNEXE F : La coinfection au VIH/HCV/ un double défi

Par Brian D. Klein, MA, LMSW

Action et commission d'intervention contre l'hépatite C

Pour le ACT-UP Golden Gate Writers Pool

Environ 40% des personnes vivant avec le VIH sont co-infectées par l'hépatite C (VHC). Au moins le double de ce taux (80%) sont des utilisateurs de drogues injectables et des hémophiles. Comparativement au VIH et à l'hépatite B, le VHC ne se transmet pas facilement par voie sexuelle, mais en raison de son taux élevé de réplication, il se transmet plus facilement par le sang. Le VIH produit des milliards de nouveaux virus (particules de virus) quotidiennement, alors que le VHC en produit des billions quotidiennement.

La progression d'un taux accéléré du VHC survient chez les personnes co-infectées par les virus, comparativement aux patients ayant seulement contracté le VHC. Une étude européenne sur 547 patients ayant le VHC a démontré que parmi les 431 patients qui étaient VIH-, la moyenne de la durée du développement de la cirrhose (tissu cicatriciel non fonctionnel) était de 23,2 ans; pour les 116 patient VIH+, la moyenne de la durée du développement de la cirrhose était de 6,9 ans. Les personnes co-infectées courent aussi le risque de développer un cancer du foie et une décompensation hépatique. Plusieurs patients co-infectés survivent au VIH pour mourir des complications du VHC. Ces complications sont les principales raisons des transplantations du foie. Heureusement, des nouvelles données font surface pour mieux comprendre et traiter la co-infection VHC/VIH et pour augmenter les taux de survie.

Selon une recherche de la UCSF, lorsqu'un patient infecté par le VIH a un taux de CD4 de <200 cellules/mL, le VHC peut muter plus facilement. Il contourne les défenses du système immunitaire affaibli et il émerge sous des variants qui peuvent survivre, se multiplier et accroître la progression de la maladie. Une autre recherche démontre que l'âge et la consommation importante d'alcool augmentent aussi le taux de fibrose (cicatrisation hâtive qui mène à la cirrhose) chez les patients co-infectés.

Des progrès ont été faits à l'université de Pittsburgh au sujet des transplantations du foie chez les patients co-infectés. Ces personnes étaient à un stade avancé du VHC, mais à un stade du VIH peu avancé pour permettre de se rétablir de la chirurgie et des médicaments immunodépresseurs nécessaires pour le rétablissement. Les activistes communautaires sont les principaux responsables du financement de cette étude.

Un an auparavant seulement, les chercheurs se demandaient quelles maladies devaient être traitées en premier, le VIH ou le VHC. Les personnes infectées par le VIH ont une charge virale du VHC plus élevée que les personnes infectées seulement par le VHC. La plupart des recherches suggèrent que le VHC n'affecte pas la charge du VIH ou de la numération des lymphocytes T-CD4. On pense de plus en plus qu'il est préférable de stabiliser le VIH en premier pour ensuite traiter le VHC si une maladie hépatique est décelée.

Certains médicaments pour traiter le VIH comme les inhibiteurs de protéase, notamment le ritonavir et dans une certaine mesure l'indinavir, sont toxiques pour le foie. Les patients co-infectés ont tendance à être plus sensibles à cette toxicité. La plupart des recherches démontrent que les patients co-infectés ont un taux d'enzymes hépatiques élevés pendant plusieurs mois après un traitement contre le VIH. Bon nombre d'entre eux peuvent l'éliminer et tolérer la médication contenant un des inhibiteurs de protéase les moins toxiques pour le foie. Il y a des évidences que les patients qui prennent des inhibiteurs de protéase ont tendance à avoir faible taux de fibrose hépatique. La raison de cet effet n'est pas encore expliquée. Si une autre combinaison est nécessaire, une combinaison différente ne contenant pas de protéase peut être utilisée, en utilisant les directives du traitement actuel contre le VIH et en cherchant des combinaisons pouvant être plus douces pour le foie.

Le seul moyen que les médecins ont pour déterminer l'étendue de la maladie du foie, c'est par une biopsie du foie. Contrairement aux tests sanguins habituels pour le VIH, les tests sanguins habituels pour le VHC comme celui de la charge virale et celui du taux d'enzymes hépatiques (ALT, AST) n'indiquent pas la progression de la maladie. Une biopsie du foie se fait en consultation externe. Le médecin insère une aiguille pour prélever un petit échantillon du tissu hépatique qui sera examiné. Cette procédure est actuellement plus facile et moins douloureuse qu'elle ne le semble. Si le patient n'a pas d'inflammation du foie ou de fibrose et que tous les taux d'enzymes hépatiques sont normaux, il est peut discuter avec son médecin de l'option la plus viable possible pour contrôler son état et pour attendre pour de meilleurs traitements.

Des études ont examiné la réponse des patients co-infectés au traitement à l'interféron, modulateur du système immunitaire qui est le traitement le plus courant contre le VHC. L'interféron est un médicament habituellement administré par auto-injection sous cutanée trois fois par semaine.. Des résultats démontrent universellement que l'obtention d'une réponse soutenue (le maintien de la charge virale du VHCD sous le niveau de détection six mois après la fin du traitement) est plus difficile chez les patients co-infectés que chez les patients uniquement infectés par le VHC. La numération des lymphocytes T-CD4 peut descendre d'une manière significative lors d'un traitement à l'interféron, par conséquent ce traitement n'est pas recommandé pour les patients ayant un compte de lymphocytes sous la barre des 200. D'autres facteurs qui peuvent influencer la réponse au traitement comprennent l'âge avancé, la consommation importante d'alcool, une charge virale élevée au départ, genotypes 1a ou 1b (les variantes les plus courantes du VHC aux É.-U.), être un homme et être d'origine afro-américaine. Nous ne savons pas pourquoi les sujets afro-américains ne répondent pas bien au traitement comparativement aux autres groupes ethniques. Des doses élevées d'interféron ou une augmentation de la dose quotidienne maintien les taux de réponse, mais habituellement pas plus de 28% des patients étudiés avec les genotypes 1a ou 1b. Les résultats sont meilleurs pour les autres genotypes.

Les traitements combinés utilisant l'interféron et la ribavirine chez les patients co-infectés sont présentement examinés. La ribavirine semble améliorer l'effet de l'interféron. Des rapports récents faits en novembre dernier tirés d'une petite étude menée par le docteur Douglas Dieterich à NYU démontraient qu'après 12 semaines de traitement, 50 % des patients suivant un traitement combiné avaient une charge virale du VHC non détectable, comparativement à seulement 9 % des patients qui suivaient une monothérapie. Une recherche en laboratoire indiquait que la ribavirine pouvait nuire au zidovudine (AZT) ou à la stavudine (D4T). Dans cette étude, les patients utilisant ces traitements contre le VIH n'ont pas eu ce problème, mais une analyse approfondie est nécessaire. La moitié des participants suivant un traitement combiné ont développé de l'anémie hémolytique (faible taux de globules rouges dans le sang) qui est un effet secondaire de la ribavirine. Les patients co-infectés ont tendance à être plus sensibles à cet effet. Ils ont soit besoin de traitements plus dispendieux comme le Procrit ou l'Epogen (érythropoïétine) pour leur condition ou soit besoin de réduire leur dose de ribavirine. Certaines études faites sur des patients infectés par un seul virus indiquent que 600 à 800mg/jour de ribavirine (contrairement à la dose habituelle de 1000 à 1200mg/jour) pourrait actuellement être tout aussi efficace et moins toxique.

Le docteur Bennet Cecil, un clinicien et un chercheur sur l'hépatite avec les centres VA et Hepatitis Treatment Centers, Inc., à Louisville, KY, fait les recommandations suivantes au sujet du traitement des patients co-infectés et la cirrhose en se basant sur son expérience :

«Si un patient à une numération plaquettaire sous la barre des 150 000 ou un temps de Quick prolongé il peut souffrir d'une cirrhose. Il s'agit de simples tests sanguins qui indiquent la quantité des dommages chez

chaque patient. Ils ne sont pas parfaits, mais ils sont très bons et je les utilise tous les jours et je traite des centaines de patients atteints de l'hépatite C. Habituellement, je commence avec une dose quotidienne de 600 mg de ribavirine et tous mes patients prennent quotidiennement de l'interféron car il cause moins d'effets secondaires (1.5 MU sur Intron est plus facile que 3 MU). Les patients qui sont faibles et qui souffrent d'une cirrhose ont habituellement une dose quotidienne de départ de 500 000 unités d'Intron ou de Roferon. Je traite avec succès les cas de cirrhoses décompensée avec des faibles doses titrées d'interféron et de ribavirine.»

Les effets du Peg-Interféron sur les patients co-infectés sont présentement examinés. Les deux versions présentement étudiées (Pegasys de Roche, et Peg-Intron de Schering-Plough) sont conçues pour être de l'interféron à effet prolongé qui nécessitent seulement une injection par semaine et elles visent à maintenir le niveau d'interféron dans le corps. Ces études envisagent d'utiliser ces médicaments avec plus ou moins de ribavirine. Ces médicaments devraient disponibles plus tard au cours de l'année. La plupart des recherches faites jusqu'à présent sur ces médicaments ont utilisé des sujets infectés par le HCV seulement. Schering a dévoilé peu de données sur son médicament. Roche a rendu public les résultats de son étude qui démontrent que la monothérapie avec le Pegasys a résulté à un taux de 36% de réponses soutenues par rapport à un de taux de 3% pour l'interféron habituel. Une petite étude sur une dose combinée de Pegasys et de ribavirine effectuée en Europe a démontré un taux de réponse soutenue de 80%. Il s'agit du taux le plus élevé obtenu dans toutes les études sur le VHC jusqu'à présent. Ce résultat semble être prometteur pour les patients co-infectés également.

Une variétés d'autres médicaments sont présentement étudiés. Les ribozymes sont des enzymes naturels qui peuvent être produits artificiellement pour bloquer les protéines d'enveloppe en interférant avec la production d'ARN. Leur usage pour le VIH et le VHC est à l'étude. Plusieurs sociétés pharmaceutiques ciblent également d'autres enzymes importants dans le cycle de vie du VHC (protéase, hélicase et polymérase) dans l'élaboration de médicaments inhibiteurs.

Les objectifs du traitement du VHC changent également. Même si les traitements qui utilisent l'interféron n'arrivent pas à éliminer complètement le virus ni à l'éradiquer, de tels traitements ne devraient pas être identifiés comme étant des «échecs» étant donné que souvent ces traitements ralentissent ou renversent le développement de fibrose. Le foie est un organe surprenant qui a la capacité de se régénérer lui-même comme nul autre organe du corps. Selon le docteur Thierry Poynard, un chercheur éminent sur l'hépatite :

L'objectif principal d'un traitement est de réduire le taux de progression de fibrose dans le foie, il peut être réalisé même si la charge virale du VHC n'est pas réduite, certains patients qui ont une réponse virologique au traitement ont une régression de fibrose. **Le taux de progression de fibrose est pour le VHC ce qu'est la numération des lymphocytes T-CD4 pour le VIH.**

Un médecin qui connaît bien le VIH ne connaît nécessairement pas le VHC. Et vice versa! Pour les personnes co-infectées il est important qu'elles soient traitées par des médecins ayant une expertise de chaque maladie et il est important que ces médecins se parlent entre eux pour coordonner leurs soins médicaux.

La recherche en co-infection est plus lente que le VIH ou le VHC seulement, étant donné que les compagnies pharmaceutiques s'assurent que leurs nouveaux médicaments agissent pour les cas les moins compliqués en premier. Les patients et les conseillers doivent demander aux travailleurs de la santé, aux représentants des soins de santé et aux représentants des sociétés pharmaceutiques de travailler plus étroitement avec les études cliniques et d'offrir des traitements pour les personnes vivant avec une co-infection au VIH/VHC.

Pour obtenir de l'information à jour sur l'hépatite virale et le VIH/SIDA, consultez le lien suivant www.HIVandHepatitis.com.

ANNEXE G Qu'entend-on par un essai clinique? Par Viola Vatter, Victoria Colombie-Britannique

Les recherches d'études peuvent être menées de différentes manières. Certaines donnent de meilleurs résultats que les autres.

Les essais cliniques aléatoires : Il s'agit de la meilleure façon de mener une recherche et cette méthode est considérée comme étant l'exemple idéal. Les chercheurs attribuent au hasard les participants d'un des deux groupes. Un groupe reçoit le traitement expérimental alors que l'autre groupe reçoit un placebo. Lorsque les participants ne savent pas quel traitement ils reçoivent, il s'agit d'un test à l'insu. Cette procédure permet d'éviter toute forme d'influence sur le plan des attentes du traitement reçu. Une étude à double insu se fait lorsque ni les chercheurs et ni les participants ne savent qui reçoit quoi.

Les études non aléatoires : Parfois un essai aléatoire n'est pas réalisable. Ce peut être le cas lorsqu'un traitement est comparé à un autre et que les participants savent ce qu'ils prennent. Cette méthode peut être utile lorsque les participants ne veulent pas cesser complètement leur traitement.

Étude rétrospective : Les renseignements sont recueillis en regardant l'historique du dossier des participants pour étudier les facteurs de risque qui peuvent avoir déclenché la maladie.

Méta-analyses d'essais : Les résultats proviennent de différents petits tests qui ont examiné le même problème, pour atteindre une conclusion statistiquement plus grande et plus significative. Cette méthode est tout aussi valable que les études initiales. La bibliothèque Cochrane fait des études de la sorte. C'est un bon endroit pour les chercheurs, étant donné que la recherche peut prendre beaucoup de temps. Voici leur site web : www.cochrane.org/index.htm

La National Institutes of Health (agence des É.-U.) regroupe les essais cliniques selon leur but : diagnostique, prévention, traitement, dépistage et qualité de vie. Les essais cliniques sont également regroupés en phases. Après l'étude d'un médicament/traitement sur des animaux en laboratoire (préclinique), ce médicament/traitement peut être testé sur des humains. Il peut s'agir de la phase 0, qui n'est pas un terme habituellement utilisé. Une seule dose ou même une microdose est administrée à quelques personnes pour voir si un effet se produit, bon ou néfaste ou aucun.

La Phase I est considérée comme la première série de tests sur les humains. L'étude peut comprendre un nombre de 25 à 100 participants. Les participants sont habituellement évalués pendant toute la durée de l'étude par un personnel médical, étant donné qu'ils reçoivent des médicaments de demi-vie. Le dosage est calculé avec exactitude en fonction de ce facteur. Il est basé sur la demi-vie du médicament : le temps nécessaire pour que le corps élimine la moitié du médicament. Cette phase peut être très risquée et elle est parfois offerte aux personnes en santé, mais parfois à des personnes qui n'ont pas d'autres choix de traitements, comme dans le cas d'un cancer métastatique, qui est considéré comme étant terminal.

La Phase II comprend habituellement plus de participants que la Phase I et elle étudie davantage le médicament. Le dosage et l'efficacité sont établis à partir des observations de cette phase. C'est à cette étape que les nouveaux médicaments sont notés pour leurs autres effets, y compris l'incidence toxicologique. De plus, le médicament peut être rejeté à cette étape.

La Phase III est la plus excitante. Un nouveau médicament est administré à des centaines ou des milliers de participants. Si l'étude porte fruit, elle est rédigée et elle est présentée pour être publiée et pour être acceptée par les organismes de réglementation. Les essais de la phase III sont très dispendieux. Si le médicament s'avère être efficace, l'étude se poursuivra en attendant l'approbation.

La Phase IV est continue, les essais examinent les effets secondaires après l'approbation du médicament. Les effets secondaires d'un nouveau médicament sont notés lorsque les gens consomment des combinaisons inconnues d'aliments et de médication. C'est ainsi que l'on a découvert que Vioxx produisait des effets secondaires à long terme qui étaient néfastes et c'est ainsi que ce médicament a été retiré du marché. Par conséquent, il faut être vigilant car même après sa mise en marché, un médicament a des effets secondaires à long qui sont inconnus.

Discutez de votre niveau de confort avec votre médecin et décidez vous-même à quelles phases des essais cliniques vous seriez prêt à participer.

(www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_6_3_Clinical_Trials_-_Patient_Participation.asp#C4)

NOTA N'oubliez pas que la présente ne constitue pas une consultation médicale. Il s'agit de points de vue provenant principalement des divers membres de la Listserv. Veuillez toujours consulter votre médecin avant d'essayer quelque chose de nouveau.

HepCBC/HEPV-L Hépatite C FAQ protégé par le droit d'auteur© 1996-2008 par C.D. Mazoff, ph.D., squeeky@pacificcoast.net Patricia Johnson, hepvl@comcast.net et Joan King, jking@hepcbc.ca www.hepcbc.ca.

[Plaît-il à vous d'avancer doucement dans la boue grasse, car là se cache le démon du dérapage.](#)

- Un panneau de signalisation routière chinois.