HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Hépatite Chronique C

Mai 2006

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 – Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en mai 2006.

© Haute Autorité de santé – 2006

Sommaire

I - Guide _____ 3

1. Introduction _____ 3

2. Bilan initial _____ 4

3. Prise en charge thérapeutique _____ 5

4. Suivi _____ 6

Annexe. Références _____ 10

II - Liste des actes et prestations _____ 11

1. Avertissement _____ 11

2. Liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement de l'hépatite chronique C _____ 12

I - Guide

1. Introduction

L'objectif de ce guide médecin est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD pour hépatite chronique C au titre de l'ALD 6 : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.

La prise en charge de l'hépatite C est un enjeu important de santé publique. En France, on estime que près de 400 000 personnes sont actuellement porteuses d'anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC), ce qui correspond à 0,84 % de la population française. Le risque majeur de transmission du VHC étant parentéral, cette prévalence globale varie fortement selon les populations étudiées, atteignant jusqu'à 70 % des usagers de drogue par voie intraveineuse. Par ailleurs, 25 % des sujets infectés par le VIH sont co-infectés par le VHC.
En termes d'incidence, on estime qu'il y a environ 5 000 nouveaux cas par an en France. Les usagers de drogues intraveineuses en représentent la grande majorité (de l'ordre de 70 %).
L'enjeu actuel porte sur le dépistage des sujets à risque et sur la prise en charge des patients infectés. C'est en effet l'infection chronique par le VHC (détecté par l'ARN viral C dans le sang) qui est source de complications engageant le pronostic vital, telles que le développement d'une cirrhose et à plus long terme d'un carcinome hépatocellulaire.
Du fait de la disponibilité de molécules antivirales actives contre le VHC, le premier objectif thérapeutique est l'éradication du virus. Toutefois, ces traitements antiviraux étant inconstamment efficaces et source d'effets indésirables, les professionnels de santé s'accordent généralement pour traiter les formes les plus actives de l'infection et surveiller sans traiter les formes peu évolutives. Ces dernières peuvent en effet rester longtemps quiescentes. Elles nécessitent cependant une surveillance régulière, l'indication du traitement devant être reconsidérée en cas d'aggravation.

L'objectif d'un guide médecin est d'être un outil pragmatique auquel le médecin traitant puisse se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Le contenu du guide médecin est discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ou des conférences de consensus (CDC) disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi des patients où le rythme de surveillance du patient par exemple dépend plus d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques.
Le guide médecin ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, la non-réponse du patient au traitement, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Ce guide médecin reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient infecté par le VHC et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

2. Bilan initial

Sur le plan du diagnostic, des tests de fibrose sont en cours d'évaluation et pourraient limiter les indications de la ponction biopsie hépatique (PBH). L'évaluation de ces tests est prévue au programme de travail de la HAS de 2006. Ce guide médecin sera mis à jour en fonction des conclusions de cette évaluation.

2.1 Objectifs

- affirmer le portage chronique du VHC et préciser le degré d'atteinte hépatique.
- dans l'optique d'un traitement antiviral :
  - évaluer l'indication du traitement ;
  - identifier les comorbidités (en apportant notamment une attention particulière aux patients hémophiles ainsi qu'à la co-infection avec le VIH), l'impact d'éventuelles addictions (alcool, drogues, tabac) et les contre-indications au traitement antiviral ;
  - informer le patient des bénéfices apportés par le traitement antiviral, mais aussi des contraintes et complications possibles inhérentes au traitement.
- si un traitement antiviral n'est pas instauré, disposer de données de base en cas de complications ultérieures.

2.2 Professionnels impliqués

- la détection et l'évaluation du patient sont du domaine du médecin généraliste et/ou du médecin spécialiste (hépato-gastro-entérologue, infectiologue, interniste). Le spécialiste interviendra nécessairement au moment de la ponction-biopsie hépatique (PBH).
- ophtalmologue : au moment du bilan initial si le patient présente des facteurs de risque.
- avis psychiatrique : au moment du bilan initial, indispensable en cas d'antécédents psychiatriques ou de dépression.
- les enfants doivent bénéficier d'un suivi spécialisé (si possible une équipe spécialisée) coordonné par le médecin traitant. Chez l'enfant, les traitements sont insuffisamment validés (hors AMM) et doivent être prescrits dans le cadre de protocoles.

2.3 Rappel du bilan de base

- transaminases (ASAT, ALAT), gamma-GT, phosphatases alcalines, bilirubine, taux de prothrombine (TP), hémogramme y compris plaquettes
- anticorps anti-VHC
- détection qualitative de l'ARN du VHC sérique
- détermination du génotype viral
- alphafœtoprotéine
- échographie abdominale
- PBH avec établissement du score METAVIR
  La PBH peut ne pas être effectuée lorsque la décision thérapeutique a été prise et qu'elle ne dépend pas du résultat histologique.
- quantification de la virémie (ARN quantitatif) si décision de traitement.

2.4 Recherche de comorbidités

- sérologies VIH, VHB (Ag HBs, si négatif Ac anti-HBc et anti-HBs), VHA (Ac IgG anti-VHA),
- dosage de la TSH et recherche d'auto-anticorps antithyropéroxydase, d'auto-anticorps antinucléaires, antimuscle lisse et anti-LKM1
- créatininémie, protéinurie, clairance de la créatinine
- glycémie
- cholestérol total, triglycérides, HDL-cholestérol en cas de stéatose
- mesure du coefficient de saturation de la transferrine pour le dépistage de l'hémochromatose.

2.5 Recherche de contre-indications au traitement

- diagnostic biologique de grossesse
- ECG chez les patients de plus de 40 ans ou en cas de cardiopathie connue
- examen ophtalmologique à la recherche d'une xérophtalmie en cas de symptomatologie évocatrice
- avis psychiatrique, qui doit être indispensable en cas d'antécédents de manifestations psychiatriques.

3. Prise en charge thérapeutique

3.1 Objectifs

Obtention d'une :

- réponse virale (ARN du VHC négatif) persistant 6 mois après la fin du traitement ;
- normalisation des transaminases ;
- stabilisation, voire régression des lésions histologiques.

3.2 Professionnels impliqués

La prescription antivirale initiale doit être effectuée par un spécialiste (hépato-gastro-entérologue, infectiologue, interniste). En cas de co-infection VHC-VIH, une concertation avec l'infectiologue est nécessaire.

3.3 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie

▶ Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique doit veiller à la bonne compréhension du patient ayant une hépatite chronique C : intelligibilité de sa maladie, maîtrise des gestes techniques. Elle comporte :

- une information, qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats ;
- un apprentissage, qui porte sur les gestes techniques (auto-injection en cas de traitement par interféron).

▶ Modification du mode de vie

- l'arrêt de la consommation d'alcool est recommandé. Si la consommation d'alcool ne peut être stoppée, elle doit être extrêmement réduite.
- L'arrêt de la consommation de tabac est recommandé, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique. Chez les patients restant dépendants, un recours pharmacologique est possible : substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhaleur) en première intention, bupropion en deuxième intention.
- une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxio-dépressif.
- en cas d'excès de poids, une réduction pondérale doit être recherchée, ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie, surtout s'il existe une stéatose hépatique associée.

▶ Autres mesures de prévention

- au cours du traitement et dans les 6 mois suivant l'arrêt de la ribavirine, la contraception est recommandée pour les femmes en âge de procréer. Il en est de même pour les hommes traités et leurs partenaires. Les hommes dont les partenaires sont enceintes doivent être informés de l'obligation d'utiliser un préservatif.

3.4 Traitements pharmacologiques

Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

▶ Traitements antiviraux

Traitement de référence :

- IFN PEGα-2a ou IFN PEGα-2b + ribavirine.

La durée du traitement (de 6 mois à 1 an) est à moduler en fonction du génotype, de la charge virale, de la tolérance, de l'importance de la fibrose et de la présence de co-infection (VIH).

Alternatives :

- IFN PEG en monothérapie, si contre-indication à la ribavirine ;
- IFN standard ou IFN PEG en monothérapie en cas d'hépatite aiguë C ;
- IFN standard ou IFN PEG en monothérapie chez les patients dialysés.

D'autres alternatives thérapeutiques antivirales sont possibles mais le bénéfice de ces thérapeutiques n'est pas démontré.

▶ Autres traitements pharmacologiques

- substitut nicotinique ou bupropion, en aide au sevrage tabagique (cf. II.3.2. Modification du mode de vie).
- contraceptif oral, si une grossesse est possible au cours du traitement par la ribavirine et dans les 6 mois suivant son arrêt (cf. II.3.3. Autres mesures de prévention).

▶ Vaccinations

- les vaccinations vis-à-vis du VHB et du VHA sont recommandées si les Ac IgG anti-VHA sont négatifs.

3.5 Transplantation hépatique

- indiquée soit en cas de cirrhose sévère (CHILD C), soit en cas de carcinome hépatocellulaire (lésion unique ≤ 5 cm ou ≤ 3 nodules ≤ 3 cm chacun).

4. Suivi

4.1 Objectifs

- chez les patients recevant le traitement spécifique, évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
- surveillance de l'évolution du degré de cytolyse, de cholestase, de fibrose, d'insuffisance hépatocellulaire et dépistage du carcinome hépatocellulaire.
- chez les patients ne recevant pas le traitement spécifique ou non répondeurs, surveillance de la non-évolutivité du processus hépatique.

4.2 Professionnels impliqués

- le médecin traitant peut assurer le renouvellement du traitement et le suivi du patient. Au cours du suivi, en particulier à la 12e, 24e semaine et à la fin du traitement, une concertation est souhaitable entre médecin traitant et spécialiste.
- le médecin traitant doit être sensibilisé aux effets indésirables fréquents du traitement antiviral afin de pouvoir les dépister. Ces effets indésirables peuvent justifier des consultations spécialisées : hématologue, psychiatre, cardiologue, endocrinologue, ophtalmologue, dermatologue, pneumologue.
- les patients ayant une atteinte hépatique sévère (stade F3-F4), une comorbidité (par exemple une co-infection VIH ou VHB) ou non répondeurs au traitement spécifique doivent bénéficier d'une concertation régulière entre le médecin traitant et le spécialiste.
- infirmier : lorsque le patient ne peut s'injecter lui-même son traitement, et éducation thérapeutique : apprentissage de la technique d'injection (IFN), gestion des traitements, gestion des effets indésirables et de l'observance.

▶ Fréquence des consultations

En dehors de situations particulières (certaines comorbidités, effets indésirables justifiant une consultation supplémentaire), une consultation par le médecin traitant ou le médecin spécialiste toutes les 4 semaines est recommandée pendant le traitement antiviral.
Après le traitement antiviral, en cas de réponse virale prolongée et d'absence de fibrose sévère, une consultation tous les 6 mois est conseillée pendant 2 ans.

4.3 Examens complémentaires

▶ En cours de traitement

Suivi biochimique

- transaminases, hémogramme y compris plaquettes à 15 jours du début du traitement puis tous les mois
- TSH tous les 3 mois
- uricémie tous les mois
- test de grossesse tous les mois, si une grossesse est possible
- cryoglobulinémie si symptômes évocateurs.

Suivi virologique

- ARN quantitatif à 4 semaines sur avis spécialisé
- pour tous les génotypes, ARN qualitatif en fin de traitement
- pour les génotypes 1, 4, 5 ou 6, ARN quantitatif à 12 semaines, et à 24 semaines si persistance virale à 12 semaines.

Consultations et suivis spécifiques

Les traitements antiviraux peuvent provoquer des effets indésirables (anémie, neutropénie, thrombopénie, dysthyroïdie, symptômes psychiatriques, troubles cutanés…) qui peuvent justifier une consultation spécialisée.

▶ Après traitement, quel que soit le stade* (F0 à F4)

Suivi biochimique

- transaminases tous les 2 mois pendant les 6 mois qui suivent l'arrêt du traitement
- TSH 6 mois après l'arrêt du traitement.

Suivi virologique

- ARN qualitatif 6 mois après l'arrêt du traitement.
- en cas de négativation, une nouvelle recherche peut être effectuée 12 à 24 mois après la fin du traitement.
  Patients aux stades F3 ou F4, cf. aussi III.3.5.

▶ Chez les patients non répondeurs, quel que soit le stade* (F0 à F4)

- les patients non répondeurs doivent bénéficier d'un suivi biochimique et échographique régulier, de fréquence établie par le spécialiste.
  Patients aux stades F3 ou F4, cf. aussi III.3.5.

▶ Chez les patients non traités, quel que soit le stade* (F0 à F4)

Suivi biochimique

- transaminases semestrielles
- gamma-GT, taux de prothrombine tous les 6 mois.
  Patients aux stades F3 ou F4, cf. aussi III.3.5.

▶ Chez les patients cirrhotiques ou atteints d'hépatite chronique sévère (stades* F3-F4)

- dépistage du carcinome hépatocellulaire par échographie et alphafœtoprotéine tous les 6 mois, la fréquence de l'échographie pouvant dans certains cas être plus rapprochée, sur avis spécialisé.
- fibroscopie OGD tous les 1 à 3 ans. La fréquence dépend du contexte clinique, notamment de la taille des varices œsogastriques.

.

* Le score METAVIR mesure l'état histologique du foie. La classification en F (F0 à F4) mesure la fibrose. Les stades F3- F4 désignent un stade précirrhotique à cirrhotique.

Annexe. **Références**

Première conférence européenne de consensus sur le traitement de l'hépatite B et C chez des patients co-infectés par le VIH, et le VHC ou le VHB. Med Mal Infect 2005 ;35(3) :109-20.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales (à l'exclusion du dépistage en cas de dons de sang, d'organes ou de tissus). Paris : Anaes ; 2001.

Association française pour l'étude du foie, Société nationale française de gastro-entérologie. Hépatite C : dépistage et traitement. Conférence de consensus, Cité des sciences et de l'industrie - La Villette, 16 et 17 janvier 1997. Paris : AFEF ; 1997.

Association française pour l'étude du foie, Société nationale française de gastro-entérologie, Société nationale française de médecine interne, Société de pathologie infectieuse de langue française, Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites. Traitement de l'hépatite C. Conférence de consensus, Maison de la chimie - Paris, 27 et 28 février 2002. Paris : AFEF ; 2002.

Comité stratégique du programme national hépatites virales. Propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités ; 2005.

National Institutes of Health. Management of hepatitis C. Consensus conference, NIH campus - Bethesda, 2002 June 10-12. Hepatology 2002 ;36(5B) :S3-S20.

II - Liste des actes et prestations

1. Avertissement

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, a créé la Haute Autorité de santé et a précisé ses missions, notamment dans le domaine des affections de longue durée (article R.161-71 du code de la sécurité sociale).

En son article 6, elle modifie l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale qui définit les circonstances d'exonération du ticket modérateur pour l'assuré et, l'article L324-1 du même code qui précise les obligations en cas d'affection de longue durée, notamment celle d'établir un protocole de soins de façon conjointe, entre le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Conformément à ses missions, fixées par le décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004, la Haute Autorité de santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut-être limitée ou supprimée, en application du 3° de l'article L.322-3.

Ces recommandations portent le cas échéant sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation. La liste des actes et prestations qui suit pour l'hépatite C cible ainsi l'ensemble des prestations qui peuvent apparaître justifiées pour la prise en charge d'un malade en ALD, lors d'un suivi ambulatoire. Elle doit servir de base aux protocoles de soins pour les patients en ALD, en sachant que certaines situations particulières de complications faisant l'objet d'hospitalisation peuvent être à l'origine d'actes et de soins non listés ici.

2. Liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement de l'hépatite chronique C

2.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Hépato-gastroentérologue, infectiologue ou interniste	Initiation du traitement antiviral Échappement au traitement antiviral
Médecin généraliste, hépato-gastroentérologue, infectiologue ou interniste	Bilan initial Pendant le traitement antiviral Après le traitement antiviral, limité à 2 ans en cas de réponse virale prolongée et d'absence de fibrose sévère
Infirmier	Lorsque le patient ne peut s'injecter lui-même son traitement
Consultation spécialisée en alcoologie	Aide au sevrage si nécessaire
Consultation spécialisée en tabacologie ou spécialisée dans les addictions	Aide au sevrage si nécessaire
Ophtalmologue	Bilan initial si facteurs de risque Selon avis ophtalmologique
Psychiatre	Bilan initial si antécédents psychiatriques Selon avis psychiatrique
Avis d'autres spécialistes	En fonction des complications du traitement

L'éducation thérapeutique constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient ayant une hépatite chronique C : intelligibilité de sa maladie, maîtrise des gestes techniques et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- Une information, qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats.
- Un apprentissage des gestes techniques (auto-injection si traitement par interféron).
- Une aide à l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, associée si besoin à un accompagnement spécialisé.
- Une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxio-dépressif.
- En cas d'excès de poids, une recherche de réduction pondérale, ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie, surtout s'il existe une stéatose hépatique associée.

Ces actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des malades ou par une éducation de groupe. Ces actions peuvent exister aujourd'hui mais avec une organisation insuffisante, et sans que leur prise en charge ne soit toujours prévue. Une contractualisation globale autour de l'intervention des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'actes.

2.2 Biologie

Examens	Situations particulières
Anticorps anti-VHC	Bilan initial : 2 sérologies sur 2 échantillons différents
Détection qualitative de l'ARN du VHC sérique	Bilan initial En fin de traitement et 24 semaines après son arrêt. En cas de négativation, une nouvelle recherche peut être effectuée 12 à 24 mois après la fin du traitement.
Quantification de l'ARN du VHC sérique	Bilan initial si décision de traitement À 4 semaines, sur avis spécialisé Pour génotypes 1, 4, 5 et 6 : – à 12· semaines de traitement – à 24 semaines si persistance virale à 12 semaines
Détermination du génotype viral	Bilan initial
Transaminases (ASAT, ALAT)	Bilan initial A 15 jours du début du traitement puis tous les mois pendant le traitement antiviral Tous les 2 mois pendant les 6 mois qui suivent l'arrêt du traitement antiviral Surveillance, pour les patients non traités
Gamma-GT, phosphatases alcalines, bilirubine	Bilan initial
Hémogramme y compris plaquettes	Bilan initial À 15 jours, puis tous les mois pendant le traitement
Uricémie	Pendant le traitement antiviral
Taux de Prothrombine	Bilan initial Surveillance d'une cirrhose
Alphafoetoprotéine	Surveillance d'une cirrhose, d'un carcinome hépatocellulaire
Diagnostic biologique de grossesse	Bilan initial, si une grossesse est possible Pendant le traitement, si une grossesse est possible
Sérologies VIH, VHB (Ag HBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc), anti-VHA (Ac IgG anti-VHA)	Bilan initial Si le patient a été vacciné contre le VHB, Ac antiHBc sur avis spécialisé
Dosage de la TSH	Bilan initial Tous les 3 mois pendant le traitement par IFN alpha ou PEG et 6 mois après son arrêt
Auto-anticorps anti-thyroperoxydase d'auto-anticorps anti-nucléaires, anti-muscle lisse et anti-LKM1	Bilan initial
Créatininémie, protéinurie, clairance créatinine	Bilan initial
Glycémie	Bilan initial
Ferritinémie et mesure du coefficient de saturation de la transferrine	Bilan initial
Cholestérol total, HDL et triglycérides	Bilan initial
Cryoglobulinémie	Si manifestations symptomatiques de cryoglobulinémie
Examen anatomopathologique	Si PBH

2.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
PBH avec établissement du score METAVIR	Bilan initial (non indispensable en cas de génotype 2 ou 3) Sur avis spécialisé
Échographie abdominale	Bilan initial Surveillance d'une cirrhose
Fibroscopie OGD	Si cirrhose
Transplantation hépatique	En cas de cirrhose sévère (CHILD C) En cas de carcinome hépatocellulaire (lésion unique 5 cm ou 3 nodules 3 cm chacun).
ECG	Bilan initial, si patients de plus de 40 ans ou en cas de cardiopathie connue

2.4 Traitements

Traitements pharmacologiques[1]	Situations particulières
Traitement antiviraux	
– IFN PEGα-2a ou IFN PEGα-2b + ribavirine	Traitement de référence : La durée du traitement (de 6 mois à 1 an) est à moduler en fonction du génotype, de la charge virale, de la tolérance, et de la présence de co-infection (par exemple avec le VIH)
– IFN PEGα-2a ou IFN PEGα-2b	En monothérapie, si contre-indication à la ribavirine
– IFN-α ou IFN PEGα-2a ou IFN PEGα-2b	En monothérapie en cas de primo-infection au VHC et/ou chez les patients dialysés
Autres traitements pharmacologiques	
Contraceptif oral	Si une grossesse est possible au cours du traitement par la ribavirine et dans les 6 mois suivant son arrêt
Substitut nicotinique	Aide au sevrage tabagique **(prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation)**
Bupropion	Aide au sevrage tabagique, en deuxième intention **(prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation)**
Vaccinations	
Vaccination VHA Vaccination VHB	Si nécessaire
Dispositifs médicaux	
Dispositifs contraceptifs	Si une grossesse est possible au cours du traitement par la ribavirine et dans les 6 mois suivant son arrêt. Les hommes traités par la ribavirine et dans les 6 mois suivant son arrêt doivent être informés d'utiliser un préservatif.

1. Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

Achevé d'imprimer en juillet 2006
Imprimerie Moderne de l'Est
Dépôt légal juillet 2006

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur **www.has-sante.fr**

ALD-BVHC