

GUIDES ET
NORMES

Traitement pharmacologique des
infections transmissibles sexuellement et
par le sang – Condylomes externes
(verrues anogénitales)

Annexes complémentaires au rapport en soutien au guide d'usage optimal

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien au guide d'usage optimal Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Condylomes externes (verrues anogénitales)
Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 12.000
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien au guide d'usage optimal Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Condylomes externes (verrues anogénitales) aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A Stratégie de recherche d'information	1
ANNEXE B Sélection des publications.....	5
ANNEXE C Liste des publications exclues et raisons de l'exclusion	6
ANNEXE D Évaluation de la qualité méthodologique.....	7
ANNEXE E Liste et caractéristiques des documents retenus	11
ANNEXE F Tableaux des recommandations cliniques.....	12
ANNEXE G Évaluation des lecteurs externes.....	61
ANNEXE H Consultation des futurs utilisateurs	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau C-1	Liste des 8 articles exclus parmi les 11 articles complets évalués, et raison de leur exclusion	6
Tableau D-1	Critères d'évaluation de la grille AGREE II	7
Tableau D-2	Résultats individuels de la qualité des 5 documents évalués avec la grille AGREE II	8
Tableau D-3	Qualité globale d'un GPC selon la grille AGREE II	10
Tableau E-1	Tableaux des caractéristiques des publications avec recommandations.....	11
Tableau F-1	Bandeau	12
Tableau F-2	Étiologie.....	13
Tableau F-3	Transmission	14
Tableau F-4	Manifestations cliniques (Symptômes et signes).....	15
Tableau F-5	Examen physique et prélèvement d'échantillons.....	17
Tableau F-6	Diagnostic en laboratoire des verrues	21
Tableau F-7	Principes de traitement généraux	22
Tableau F-8	Traitement pharmacologique : efficacité	25
Tableau F-9	Traitement pharmacologique : Traitement appliqué par les patients.....	29
Tableau F-10	Traitement pharmacologique : Traitement administré par un professionnel de la santé.....	31
Tableau F-11	Commentaires : Traitement appliqué par les patients	37
Tableau F-12	Commentaires : Traitement administré par un professionnel de la santé	42
Tableau F-13	Suivi.....	44
Tableau F-14	Immunisation/Vaccination	45
Tableau F-15	Déclaration des cas et notification aux partenaires	47
Tableau F-16	Informations importantes et autres préventions.....	48
Tableau F-17	Counseling	49
Tableau G-1	Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes.....	61

Tableau G-2	Commentaires des lecteurs externes	62
Tableau H-1	Résultats du sondage en ligne proposé aux futurs utilisateurs potentiels du guide d'usage optimal	68
Tableau H-2	Traitements des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du guide d'usage optimal	69

LISTE DES FIGURES

Figure B-1	Diagramme de flux.....	5
------------	------------------------	---

ANNEXE A

Stratégie de recherche d'information

PubMed (NLM)

Date de la recherche : juin 2018

Limites : 2012 - ; anglais, français ; adolescent, adulte

- #1 condylomata acuminata[mh] OR papillomaviridae[mh]
- #2 anal wart*[tiab] OR anogenital wart*[tiab] OR condyloma acuminatum[tiab] OR condyloma acuminata[tiab] OR condyloma penis[tiab] OR condylomata accuminata[tiab] OR condylomata acuminata[tiab] OR genital wart*[tiab] OR penile wart*[tiab] OR penis condyloma[tiab] OR perianal wart*[tiab] OR vaginal wart*[tiab] OR venereal wart*[tiab] OR verruca accuminata[tiab] OR vulvar condyloma[tiab]
- #3 HPV[tiab] OR papilloma virus[tiab] OR papillomatosis virus[tiab] OR papillomaviridae[tiab] OR papillomavirus[tiab] OR papillomaviruses[tiab]
- #4 #1 OR #2 OR #3
- #5 clinical conference[pt] OR consensus development conference, nih[pt] OR consensus development conference[pt] OR guideline[pt] OR practice guideline[pt] OR algorithms[mh] OR consensus[mh] OR consensus development conferences, nih as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical protocols[mh] OR guidelines as topic[mh:noexp] OR health planning guidelines[mh] OR practice guidelines as topic[mh]
- #6 CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence syntheses*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standards of care[tiab] OR standard of practice*[tiab]
- #7 case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt]
- #8 #5 OR #6
- #9 #8 NOT #7
- #10 animals[mh:noexp] NOT (humans[mh:noexp] AND animals[mh:noexp])
- #11 #9 NOT #10

Embase (Ovid)

Date de la recherche : mai 2018

Limites : 2012 - ; anglais, français; adolescent, adulte

- 1 condyloma acuminatum/ OR papillomaviridae/
- 2 (anal wart* OR anogenital wart* OR condyla acuminatum OR condylatum acuminatum OR condyloma acuminatum OR condyloma acuminata OR condyloma penis OR condylomata accuminata OR condylomata acuminata OR genital wart* OR penile wart* OR penis condyloma OR perianal wart* OR vaginal wart* OR venereal wart* OR verruca accuminata OR vulvar condyloma).ti,ab.
- 3 (HPV OR papilloma virus OR papillomatosis virus OR papillomaviridae OR papillomavirus OR papillomaviruses).ti,ab.
- 4 1 OR 2 OR 3
- 5 algorithm/ OR consensus/ OR consensus development/ OR clinical pathway/ OR clinical protocol/ OR health care planning/ OR exp practice guideline/
- 6 (algorithm* OR (best ADJ3 practice*) OR CPG OR CPGs OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard of care OR standards of care OR standard care*).ti,ab. OR standard*.ti.
- 7 case report/ OR editorial/ OR letter/
- 8 5 OR 6
- 9 8 NOT 7
- 10 4 AND 9
- 11 nonhuman/ NOT (human/ AND nonhuman/)
- 12 10 NOT 11

EBM Reviews (Ovid)

Date de la recherche : juin 2018

Limites : 2012 - ; adolescent, adulte

- 1 (anal wart* OR anogenital wart* OR condyla acuminatum OR condylatum acuminatum OR condyloma acuminatum OR condyloma acuminata OR condyloma penis OR condylomata accuminata OR condylomata acuminata OR genital wart* OR penile wart* OR penis condyloma OR perianal wart* OR vaginal wart* OR venereal wart* OR verruca accuminata OR vulvar condyloma).mp.
- 2 (HPV OR papilloma virus OR papillomatosis virus OR papillomaviridae OR papillomavirus OR papillomaviruses).mp.
- 3 1 OR 2

Stratégie de recherche manuelle

Recherche effectuée le 17 juin 2018 avec les mots clés « condyloma », VPH, « papilloma », « genital wart » sur les sites suivants

Autres sources

Les autres sources consultées sont les suivantes :

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)
- American College of Physicians (ACP)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Alberta, *Notifiable Disease Guidelines and Related Documents*
- Australasian Sexual Health Alliance (ASHA)
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)
- British Columbia (BC) Center for Disease Control (CDC)
- BC Guidelines
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), États-Unis
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Belgique
- *Evidence-based Medicine (EBM) Guidelines*
- Guidelines International Network (G-I-N)
- Government of Australia, National Health and Medical Research Council (NHMRC)
- Government of Western Australia, Department of Health
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Health Quality Ontario (HQP)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
- Infectious Diseases Society of America (IDSA)
- Infobanque de l'Association médicale canadienne (AMC)
- International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)
- Manitoba, *Communicable Disease Management Protocols*
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- New Zealand Sexual Health Society (NZSHS)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Santé sexuelle et reproductive*
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- *Toward Optimized Practice (TOP)*
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF)
- Western Australian Department of Health (WADH)

Les monographies canadiennes des différents produits ont été consultées.

Les sites Web des organismes suivants ont été visités :

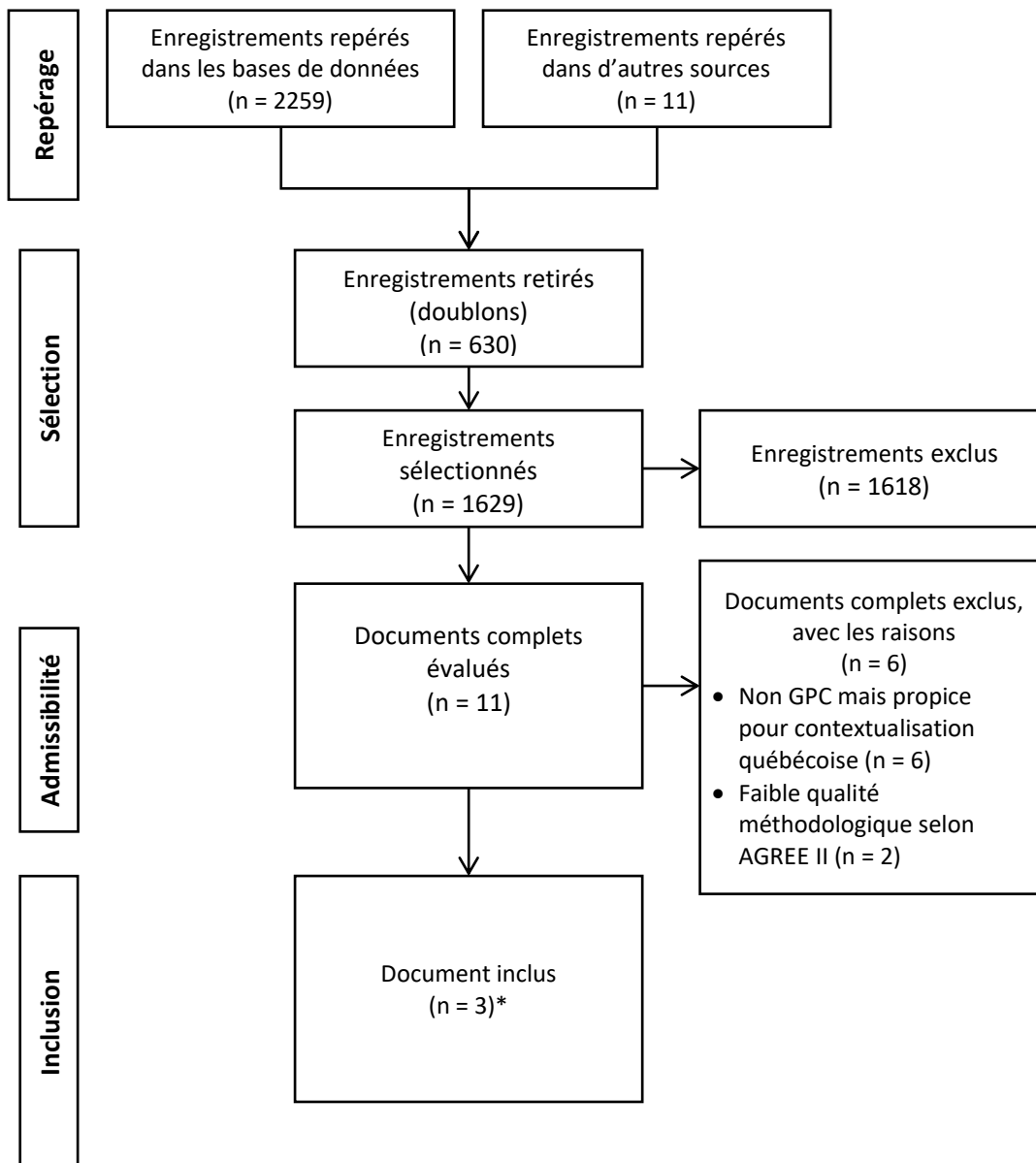
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) / Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

ANNEXE B

Sélection des publications

Figure B-1 Diagramme de flux



*Bien que le GPC des LDC n'ait pas une qualité méthodologie suffisante, il a été retenu pour ses données contextuelles.

ANNEXE C

Liste des publications exclues et raisons de l'exclusion

Tableau C-1 Liste des 8 articles exclus parmi les 11 articles complets évalués, et raison de leur exclusion

Auteurs et années	Raisons de l'exclusion
RAMQ, 2018; MSSS, 2017a; MSSS, 2017b; MSSS, 2017c; CALI, 2015; CIQ, 2012	Ne correspondent pas à des GPC, possible contextualisation québécoise
ASHA, 2018; NZSHS, 2017	Qualité méthodologique insuffisante

ANNEXE D

Évaluation de la qualité méthodologique

Tableau D-1 Critères d'évaluation de la grille AGREE II

Domaine 1. Champ et objectifs (score 1 à 7)
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.
Domaine 2. Participation des groupes concernés (score 1 à 7)
4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et leurs préférences de la population cible ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.
Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC (score 1 à 7)
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.
Domaine 4. Clarté et présentation (score 1 à 7)
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.
Domaine 5. Applicabilité (score 1 à 7)
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.
Domaine 6. Indépendance éditoriale (score 1 à 7)
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.
Appréciation générale de la qualité du guide (score de 1 à 7)
Recommandation de l'utilisation du guide (oui ou non)

Tableau D-2 Résultats individuels de la qualité des 5 documents évalués avec la grille AGREE II (évaluateurs 1 (MT) et 2 (KL))

	CDC		BASHH		LDC-ITS		WESTERN AUSTRALIA		NZSHS	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Domaines de la grille AGREE II										
Domaine 1. Champ et objectifs										
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7	7	7	7	7	7	4	3	2	3
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	4	5	5	7	4	4	3	2	2	2
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	7	7	7	7	7	7	2	3	2	3
Domaine 2. Participation des groupes concernés										
4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	5	5	5	5	6	6	1	2	4	4
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées.	1	1	7	5	1	1	1	1	1	1
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	7	7	6	5	6	6	7	6	1	1
Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC										
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	7	6	7	6	1	1	1	1	1	1
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	4	6	7	6	1	1	1	1	1	1
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	5	5	2	2	3	3	1	1	1	1
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	5	4	5	7	2	2	1	1	1	1
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	4	4	7	7	1	2	3	3	2	3
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	6	6	6	7	3	3	1	2	1	2
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	5	3	7	7	5	3	1	1	4	3
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	1	1	5	6	3	4	2	2	1	1

	CDC		BASHH		LDC-ITS		WESTERN AUSTRALIA		NZSHS	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Domaine 4. Clarté et présentation										
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.	6	7	6	7	6	7	7	7	6	7
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.	5	5	5	4	5	5	7	5	6	7
Domaine 5. Applicabilité										
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	1	1	5	6	1	1	1	1	1	1
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	3	2	6	6	2	2	7	6	5	4
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	1	2	4	3	1	1	1	1	1	1
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	1	1	7	6	1	1	1	1	1	1
Domaine 6. Indépendance éditoriale										
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.	4	4	7	7	5	5	2	2	5	5
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	5	4	7	7	1	1	1	1	1	1
Somme de la cotation pour les 23 critères	100	100	136	137	78	80	62	59	56	61
Qualité générale du guide (1 à 7)	5,5	5	6,5	7	3,5	2,5	1	2	1	2
Recommandation de l'utilisation du guide	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non

Tableau D-3 Qualité globale d'un GPC selon la grille AGREE II

	CDC				BASHH				LDC-ITS			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Domaines			T*	%†			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	18	19	37	86	19	21	40	94	18	18	36	83
Participation des groupes concernés	13	13	26	56	18	15	33	75	13	13	26	56
Rigueur du processus d'élaboration du guide	37	35	72	58	46	48	94	81	19	19	38	23
Clarté et présentation	17	19	36	83	17	18	35	81	17	19	36	83
Applicabilité	6	6	12	8	22	21	43	73	5	5	10	4
Indépendance éditoriale	9	8	17	54	14	14	28	100	6	6	12	33
Total	100	100	200	-	136	137	273	-	78	80	158	-
Score global**	-	-	-	56	-	-	-	82	-	-	-	41
Recommandation - utilisation guide	Oui				Oui				Oui			

	WESTERN AUSTRALIA				NZSHS			
Évaluateurs	1	2			1	2		
Dimensions			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	9	8	17	31	6	8	14	22
Participation des groupes concernés	9	9	18	33	6	6	12	17
Rigueur du processus d'élaboration du guide	11	12	23	7	12	13	25	9
Clarté et présentation	20	19	39	92	18	21	39	92
Applicabilité	10	9	19	23	8	7	15	15
Indépendance éditoriale	3	3	6	8	6	6	12	33
Total	62	60	122	-	56	61	117	-
Score global**	-	-	-	28	-	-	-	26
Recommandation - utilisation guide	Non				Non			

*Somme des scores obtenus pour l'ensemble des domaines pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

** Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100

ANNEXE E

Liste et caractéristiques des documents retenus

Tableau E-1 Tableaux des caractéristiques des publications avec recommandations

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	Centers for Disease Control and Prevention
Auteurs	Kimberly A. Workowski, Gail A. Bolan
Pays	États-Unis
Titre	<i>Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015</i>
Année	2015
Objectif	Les médecins et autres intervenants en soins de santé jouent un rôle crucial dans la prévention et le traitement des ITSS. Ces lignes directrices sont destinées à assister les professionnels dans ce rôle. Bien que ces lignes directrices mettent l'accent sur le traitement, les interventions préventives et les recommandations liées au diagnostic sont également discutées (mise à jour).
Période de la recherche documentaire	2010 et plus
Sources d'information	Banques de données MEDLINE.
Conflit d'intérêts	Certains auteurs ont déclarés des conflits d'intérêts. Voir page 137 du GPC.

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	Agence de santé publique du Canada
Auteurs	Joanne Embree, William Fisher, Cathy Latham-Carmanico, Lai-King Ng, David Patrick, Michnaek Rekart, Ameeta Singh
Pays	Canada
Titre	Lignes directrices sur les infections transmissibles sexuellement
Année	2010-2013 (2014 et 2016-18 révision avec modification mineur sans changement de la méthodologie)
Objectif	Ces lignes directrices visent à servir de ressource aux cliniciens et aux professionnels de la santé publique, en particulier le personnel infirmier et les médecins, en matière de prévention et de prise en charge des ITS auprès de diverses populations de patients, dont les nouveau-nés, les enfants, adolescents et les adultes.
Période de la recherche documentaire	Non précisée
Sources d'information	Non précisée
Conflit d'intérêts	Aucun

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	British Association for Sexual Health and HIV
Auteurs	Variables selon les chapitres
Pays	Royaume-Uni
Titre	Variables selon les chapitres
Année	2010-2015
Objectif	L'objectif de ces lignes directrices est de formuler des recommandations claires et explicites pour les professionnels de la santé qui prennent en charge les patients nécessitant des tests et la gestion de leur condition.
Période de la recherche documentaire	Variable selon les chapitres
Sources d'information	Variables selon les chapitres : MEDLINE, Cochrane Library, Embase, NeLH Guidelines Database
Conflit d'intérêts	Aucun

ANNEXE F

Tableaux des recommandations cliniques

Généralités

Tableau F-1 Bandeau

INESSS 2012	LDC 2010- 2018	BASHH 2015	CDC 2015
Ce guide d'usage optimal est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien. Les recommandations contenues dans ce guide s'appliquent aux adolescents de 14 ans ou plus et aux adultes. Ce guide a été adapté principalement des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement et prend en compte les délibérations d'un comité d'experts.	Ø	Limitations The recommendations in this guideline may not be appropriate in all clinical situations. The decision to follow these recommendations must be based on the professional judgement of the healthcare professional and consideration of individual patient circumstances and available resources. While all possible care has been undertaken to ensure the publication of the correct dosage of medication and route of administration, it remains the responsibility of the prescriber to ensure the accuracy and appropriateness of the medication they prescribe.	Ø

Tableau F-2 Étiologie

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Virus du papillome humain (VPH)	Plus de 40 types connus de VPH peuvent infecter les muqueuses humides des voies anogénitales, de la cavité buccale et de l'oropharynx. D'autres types de VPH infectent la peau(1).	Anogenital warts are caused by human papillomavirus (HPV) of which over 100 genotypes have been identified.	Approximately 100 types of human papillomavirus infection (HPV) have been identified, at least 40 of which can infect the genital area (758)... In addition to anogenital warts, HPV types 6 and 11 have been associated with conjunctival, nasal, oral, and laryngeal warts.
Majorité des condylomes (plus de 90 %) causés par des infections au VPH à bas risque de cancer (types 6 et 11 principalement) Infection par un type de VPH ne protège pas d'une infection par un type différent	L'infection par un type à faible risque (FR), par exemple le type 6 ou 11, est associée à un risque faible ou nul de cancer(2), ...	There is no good evidence of transmission from fomites. Anogenital warts are benign lesions and about 90% are caused by HPV types 6 or 11.	Of anogenital warts, 90% are caused by nononcogenic HPV types 6 or 11; these types can be commonly identified before or at the same time anogenital warts are detected (767). HPV types 16, 18, 31, 33, and 35 are also occasionally found in anogenital warts (usually as co-infections with HPV 6 or 11) ...
Ø	...mais elle peut provoquer l'apparition de VAG, de lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade histologique (LIBG) du col utérin ou de maladies rares telles que la papillomatose respiratoire récurrente (PRR)(4,5).	Ø	...and can be associated with foci of high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL), particularly in persons who have HIV infection...
Ø	(Association étiologique avec la manifestation du type de cancer) Une infection persistante par un ou plusieurs types de VPH oncogènes à haut risque (HR) (16-18-33- 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59-68, tirés de l'annexe A) peut entraîner l'apparition de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col utérin, de la vulve, du vagin, du pénis, de l'anus, de la cavité buccale, de l'oropharynx ou du larynx(2,3). Pour en savoir plus, consulter l'annexe A, Groupes et types de VPH, et risque de cancer associé à chacun.	Some lesions may contain oncogenic HPV types as well, but oncogenic HPV types most commonly cause anogenital dysplastic lesions and cancers.	...Oncogenic, high-risk HPV infection (e.g., HPV types 16 and 18) causes most cervical, penile, vulvar, vaginal, anal, and oropharyngeal cancers and precancers (760), whereas nononcogenic, low-risk HPV infection (e.g., HPV types 6 and 11) causes genital warts and recurrent respiratory papillomatosis...

Tableau F-3 Transmission

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
- Contagiosité élevée - Par contact sexuel vaginal, anal ou oro-génital, avec ou sans pénétration	Le VPH se transmet facilement entre partenaires de sexe opposé ou de même sexe par suite de relations sexuelles réceptives ou insertives vaginales, anales et buccales et de relations sexuelles non insertives (digito-vaginales et contact de peau à peau)(1,6).	The mode of transmission is most often by sexual contact ...	Ø
Rôle incertain des objets inanimés dans la transmission	Ø	There is no good evidence of transmission from fomites.	Ø
- VPH peut infecter des régions non couvertes par le condom - Plusieurs personnes ignorent être infectées.	Ø	Ø	Ø
Ø	Une transmission verticale est aussi possible, mais ses mécanismes n'ont pas encore été élucidés(7,8).	...but HPV may be transmitted perinatally ...	Ø
Ø	Ø	...and genital lesions resulting from transfer of infection from hand warts (HPV type 2) have been reported in children (1).	Ø
Ø	- L'infection simultanée par plusieurs types est fréquente, en particulier chez les sujets qui présentent des VAG (5,9-15). - L'infection par un type de VPH ne semble pas conférer de protection contre l'infection par d'autres types de VPH apparentés(12,15).	Ø	Ø
Durée de contagion inconnue après la disparition des lésions, avec ou sans traitement	Ø	Ø	Whether the reduction in HPV viral DNA resulting from treatment reduces future transmission remains unknown.

Tableau F-4 Manifestations cliniques (Symptômes et signes)

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
- Les manifestations cliniques surviennent parfois jusqu'à plusieurs années après que le VPH a été contracté. - Il est souvent difficile d'identifier avec certitude le moment de l'infection initiale.	Manifestations et séquelles majeures Infections au VPH Signes et symptômes : infections généralement asymptomatiques; test de Pap normal (chez la femme) (16). Résolution : - disparaissent généralement sans séquelle(25); - le délai global de résolution des types HR et FR peut être similaire chez la femme et chez l'homme (8 mois chez la femme(42) et 7 ½ mois chez l'homme(26)); - les types HR (en particulier le type 16) persistent généralement plus longtemps que les types FR(63), en particulier chez la femme(64). Récurrence : - Elle est fréquente et peut être due à une réactivation d'un virus latent ou indétectable ou à une réinfection.	Patients may present with symptoms related to their HPV-related anogenital disease, though many are asymptomatic. Symptoms include noticing the presence of new lumps/growths in the anogenital area. Some apparently new presentations will actually be recurrent disease. Other symptoms include local irritation, bleeding or discomfort. Ano-genital warts are benign epithelial skin tumours. They may be single or multiple. Those on the moist, non-hair bearing skin tend to be soft and non-keratinised and those on the dry hairy skin, firm and keratinised. Lesions may be broad based or pedunculated and some are pigmented. Perianal lesions are common in both sexes and may not necessarily be associated with the practice of anal sex, due to the regional nature of infection with HPV. They are however seen more commonly in men who have sex with men (MSM)⁶.	Most HPV infections are self-limited and are asymptomatic or unrecognized... ...Oncogenic, high-risk HPV infection (e.g., HPV types 16 and 18) causes most cervical, penile, vulvar, vaginal, anal, and oropharyngeal cancers and precancers (760), whereas nononcogenic, low-risk HPV infection (e.g., HPV types 6 and 11) causes genital warts and recurrent respiratory papillomatosis.

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
		Asymptomatic lesions may be seen on the vagina, cervix, urethral meatus, and anal canal ⁶ . Extra-genital lesions caused by genital HPV types may be seen in the oral cavity, larynx, conjunctivae, and nasal cavity; their management is beyond the scope of this guideline.	
Les condylomes : - sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques; - se situent principalement aux sites de frottement; - sont généralement asymptomatiques, causent occasionnellement du prurit et, plus rarement, des saignements; - se manifestent généralement d'une des façons suivantes : - lésions exophytiques en forme de fougère, de chou-fleur ou de crête de coq (appelées condylomes acuminés) - OU - lésions papuleuses anogénitales avec une pigmentation brune, grise	Verrues anogénitales Période d'incubation : 3 semaines à 8 mois⁽²⁵⁾. Aspect : - lésions en forme de frondes exophytiques ou d'excroissances, multiples, asymétriques et polymorphes, apparaissant sur la peau ou les muqueuses de la région anogénitale et ayant un aspect de papule ou de chou-fleur; - leur taille et leur nombre peuvent varier, ou les VAG peuvent régresser. Par exemple, la taille et le nombre de VAG augmentent souvent pendant la grossesse, et les VAG disparaissent souvent spontanément après l'accouchement ⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾. Symptômes : Elles causent parfois un prurit, un écoulement local et des saignements⁽⁶⁸⁾. Résolution : Les VAG sont spontanément résolutive chez 10 % à 30 % des cas dans les 3 mois suivant l'infection⁽⁶⁹⁾; le délai médian de résolution est de 6 mois⁽⁷⁰⁾. Récurrence : Elle est fréquente^(25,71). Pour en savoir plus au sujet de la récurrence après le traitement, consulter la section Traitement des verrues anogénitales. Séquelles : Aucun effet sur la fertilité.	The incubation period is variable, but generally in the range 3 weeks to 8 months for the development of warts, but can be as long as 18 months, with some evidence that it is longer in men⁸. On rare occasions large warts present with secondary infection and maceration. More commonly warts present as soft cauliflower-like growths of varying size. Less commonly, the warts are flat, plaque-like or pigmented. Rarely, warts may grow more rapidly and infiltrate local tissue or cause local erosion (Buschke-Lowenstein lesion).	Anogenital warts are usually asymptomatic, but depending on the size and anatomic location, they can be painful or pruritic. They are usually flat, papular, or pedunculated growths on the genital mucosa. Anogenital warts occur commonly at certain anatomic sites, including around the vaginal introitus, under the foreskin of the uncircumcised penis, and on the shaft of the circumcised penis. Warts can also occur at multiple sites in the anogenital epithelium or within the anogenital tract (e.g., cervix, vagina, urethra, perineum, perianal skin, anus, and scrotum). Intra-anal warts are observed predominantly in persons who have had receptive anal intercourse, but they also can occur in men and women who have not had a history of anal sexual contact.

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
ou bleuâtre (appelées condylomes plats ou « papulose bowénoïde »). La recherche de lésions subcliniques avec l'application d'acide acétique n'est pas recommandée pour les praticiens de première ligne (résultats faussement positifs fréquents).	Peu d'effet sur le travail et l'accouchement, à moins qu'elles n'obstruent le canal génital et ne saignent de façon excessive⁽⁶⁵⁾. Séquelles psychosexuelles fréquentes, notamment la crainte d'une récurrence, d'une transmission et d'un cancer⁽⁷²⁾, ainsi que la dépression, le dysfonctionnement sexuel et la perturbation des relations à long terme^(19,73).		
∅	Autres lésions associées au VPH-FR de types 6 et 11 Consulter l'annexe C. Précancers et cancers associés au VPH Pour en savoir plus au sujet des signes et symptômes, des taux de résolution et des taux d'évolution, consulter l'annexe D.	∅	Persistent oncogenic HPV infection is the strongest risk factor for development of HPV-associated precancers and cancers.

Prise en charge et évaluation clinique

Tableau F-5 Examen physique et prélèvement d'échantillons

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
• Utiliser le condom en tout temps pour toutes les relations sexuelles qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales, pour prévenir la transmission des ITS. ○ La protection conférée par le condom, dans le cas des condylomes, n'est peut-être pas aussi bonne que pour les autres ITS. • Conseiller au patient et à ses partenaires de s'auto-examiner	L'examen physique devrait comprendre : • une inspection visuelle des organes génitaux externes à la recherche de lésions d'aspect verruqueux (méthode diagnostique habituelle des VAG), de précancers et de cancers; • un examen au spéculum du vagin et du col utérin chez la femme à la recherche de lésions d'aspect verruqueux, de précancers et de cancers; et pour prélever un échantillon pour le test Pap; • un examen digital de l'anus chez les personnes séropositives pour le VIH qui présentent des verrues périanales (recommandé), étant donné que la	Assessment of the patient with anogenital warts • Examine the external anogenital and surrounding skin under good illumination. • Magnification (eg: with a colposcope) may be helpful in the case of small lesions or where the diagnosis is uncertain. • Females should have a vaginal speculum examination as part of their initial assessment, but if no internal warts are found,	Diagnosis of anogenital warts is usually made by visual inspection. The application of 3%–5% acetic acid, which might cause affected areas to turn white, has been used by some providers to detect genital mucosa infected with HPV. The routine use of this procedure to detect mucosal changes attributed to HPV infection is not recommended because the results do not influence clinical management.

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
et de consulter un médecin si la présence de lésions est suspectée. - On ne connaît pas la durée de la contagion à la suite du traitement. Les patients devraient informer leurs partenaires sexuels actuels qu'ils ont des condylomes. - La présence de condylomes ne modifie pas les indications de dépistage du cancer du col de l'utérus. - Orienter en colposcopie les femmes qui présentent des lésions à l'intérieur du vagin ou au col. - Orienter en urétrocystoscopie les hommes qui présentent des condylomes à proximité du méat du pénis et des symptômes de miction anormale. - Envisager l'anuscopie en présence de condylomes péri-anaux et intra-anaux. - Fournir de l'information sur la vaccination contre le VPH. Le site Web masexualite.ca et celui de l'Agence de la santé publique du Canada sont des sources crédibles d'information pour les patients.	probabilité de verrues et de néoplasie intra-anales est élevée; - une urétroscopie chez les personnes ayant des problèmes d'écoulement urinaire qui pourraient être attribuables à la présence de VAG dans la partie distale de l'urètre ou dans le méat urétral. - Il n'y a actuellement pas consensus au sujet de l'utilisation du test Pap anal et de l'anuscopie à haute résolution pour le dépistage chez les personnes à risque accru de cancer de l'anus (personnes séropositives pour le VIH et autres personnes immunodéprimées, HARSAH, femmes ayant déjà eu des relations sexuelles anales ou une affection maligne anogénitale liée au VPH, et, peut-être, personnes ayant des antécédents de VAG)⁽⁵⁵⁾. - Cependant, certains experts estiment que les personnes à risque accru pourraient tirer des bienfaits du dépistage. Pour en savoir plus, consulter l'annexe E, <i>Dépistage du cancer de l'anus</i>. La section 3 des LCD concernant Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement a été révisée en janvier 2018 Détection du VPH et test Pap anal Dans le cas des verrues anales, aucun test précis n'est recommandé pour vérifier la présence du VPH ou son type, car la prise en charge n'en sera pas modifiée. Un test Pap anal et/ou un test de détection du VPH peuvent être utiles pour déceler les néoplasies intra-épithéliales anales précancéreuses dans les groupes à haut risque.	internal examination is not required at follow-up. - Routine proctoscopy is not required in patients presenting with genital warts. Proctoscopy is indicated in patients with warts at the anal margin where the upper limit cannot be visualised, or in those with other anal canal symptoms such as irritation, bleeding or discharge. - Meatoscopy should be performed if there is difficulty in visualising the full extent of intra-meatal warts. Occasionally urethroscopy is indicated for more proximal warts. - Extra-genital sites (e.g. oral cavity) should be examined if clinically indicated. - Classify warts as to morphology - Recording of lesions on genital maps at each visit is useful, providing a visual record of approximate number, distribution, to aid assessment of response to treatment.	

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	Actuellement, il n'y a pas de consensus au sujet de l'utilisation du test Pap anal et de l'anuscopie de haute résolution pour la détection du cancer de l'anus chez les personnes à risque accru. Pour obtenir des renseignements détaillés au sujet des facteurs de risque de l'infection à VPH et du dépistage du cancer de l'anus, consulter le chapitre Infections génitales au virus du papillome humain. • Consulter les lignes directrices provinciales/territoriales relatives au dépistage du cancer du col utérin pour connaître le suivi indiqué en cas de résultat anormal au test Pap cervical. • Consulter le guide de pratique ou la directive consensuelle locale pour connaître le suivi indiqué en cas de résultat anormal au test Pap anal. • Le suivi médical des partenaires n'est recommandé que pour ceux qui observent des lésions d'aspect verruqueux dans la région anogénitale à l'auto-examen ou ceux qui pourraient tirer des bienfaits du dépistage d'autres ITS.		
	Considération d'autres ITS • Un dépistage de <i>Chlamydia</i>, de la gonorrhée, du VIH et de la syphilis peut être envisagé selon les facteurs de risque et les antécédents de contact sexuel. Consulter le chapitre Soins primaires et infections transmissibles sexuellement pour en savoir plus au sujet du dépistage des ITS. • La vaccination contre l'hépatite B est recommandée. Pour en savoir plus,	Further investigations Many patients will have other concurrent sexually transmitted infections (STIs), therefore, an appropriate screen for other STIs is recommended¹⁸.	

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	consulter le Guide canadien d'immunisation. • Pour les personnes séropositives pour le VIH, envisager un suivi commun avec un collègue d'expérience en raison : ○ du risque accru d'infection au VPH, de NCI, de NIA et de cancers liés au VPH^(1,43,55,77); ○ des besoins du patient en matière de counseling.		
	Considération pour les femmes enceintes ou allaitantes • Prélever un échantillon pour un test Pap au premier rendez-vous prénatal si le moment recommandé pour ce test est arrivé ou dépassé. Pour en savoir plus, consulter les Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus de 2013. • Référer les femmes qui ont besoin d'un suivi à un colposcopiste qui a l'habitude d'examiner et d'évaluer le col utérin des femmes enceintes⁽⁷⁷⁾. • ... • La présence de VAG n'est pas une indication de césarienne, à moins que les VAG n'obstruent le canal génital et ne saignent de façon excessive⁽⁶⁵⁾.		

Tableau F-6 Diagnostic en laboratoire des verrues

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Ø	Diagnostic en laboratoire des verrues anogénitales Le test de détection des acides nucléiques du VPH n'est pas recommandé, car les résultats ne modifieraient pas la prise en charge.	Although most warts are clinically recognisable, some lesions require examination under magnification (e.g. with a colposcope) to distinguish from other genital lumps (e.g. vestibular papillomatosis, molluscum contagiosum). Rarely, biopsy may be required to confirm the diagnosis in atypical lesions. It may be advisable to take a biopsy for histological verification in cases that do not respond to treatment. Examination of the genitalia and perianal skin is essential to recognise the full extent of the warts. In the presence of perianal warts, a proportion of patients will have warts in the anal canal. If patients have anal symptoms such as irritation or discharge, it is recommended to examine the anal canal. Some patients present with intraepithelial neoplastic lesions in the anogenital region, either with or without coincidental benign warts. This includes intraepithelial neoplasia affecting the vulva (VIN), vagina (VaIN), perianal area (PAIN), anus (AIN) and penis (PIN). The diagnosis of intraepithelial neoplasia is made through histology. The presence of pigmentation, depigmentation, pruritus, underlying immune-deficiency, prior history of intraepithelial neoplasia on the same or distant anogenital sites, may raise suspicion of anogenital neoplasia.	The diagnosis of anogenital warts can be confirmed by biopsy, which is indicated if lesions are atypical (e.g., pigmented, indurated, affixed to underlying tissue, bleeding, or ulcerated lesions). Biopsy might also be indicated in the following circumstances, particularly if the patient is immunocompromised (including those infected with HIV): 1) the diagnosis is uncertain; 2) the lesions do not respond to standard therapy; or 3) the disease worsens during therapy. HPV testing is not recommended for anogenital wart diagnosis, because test results are not confirmatory and do not guide genital wart management. HPV tests are available to detect oncogenic types of HPV infection and are used in the context of cervical cancer screening and management or follow-up of abnormal cervical cytology or histology (see Cervical Cancer, Screening Recommendations). These tests should not be used for male partners of women with HPV or women aged <25 years, for diagnosis of genital warts, or as a general STD test.

Modalités de pratique

Tableau F-7 Principes de traitement généraux

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
- La moitié des condylomes seront disparus en 4 mois et la plupart, à l'intérieur d'une période de 2 ans, avec ou sans traitement. - Les condylomes ont un taux élevé de récurrence après le traitement. - Les traitements recommandés servent à améliorer les symptômes et ultimement à faire disparaître les lésions. Aucun traitement ne permet d'éradiquer le VPH. - Si la personne développe des réactions cutanées locales importantes pendant son traitement : - omettre quelques applications, PUIS - recommencer graduellement en diminuant l'intensité du traitement. - Pour les condylomes ne répondant pas au traitement initial et lorsque le diagnostic n'est pas remis en question : - recommander un second cycle de traitement combinant un traitement appliqué par le patient et un traitement administré par un professionnel de la santé si ce n'était pas déjà le cas lors du premier cycle.	Lésions subcliniques : Le traitement n'est pas recommandé⁽⁶⁵⁾. VAG : - Le but du traitement est de soulager les symptômes. - L'abstention thérapeutique (une approche <i>non interventionniste</i>) peut être acceptable pour certains patients, étant donné que les VAG peuvent disparaître spontanément et que le traitement ne prévient ni la transmission ni la récurrence. - Le traitement topique des VAG siégeant dans des régions humides occluses peut être plus efficace que le traitement des régions partiellement kératinisées telles que le corps du pénis^(65,76). - Le traitement peut être appliqué par le patient lui-même ou par le clinicien. Le choix du traitement devrait dépendre : - des préférences du patient; - de la disponibilité des ressources;	- Treatment choice depends on the morphology, number, and distribution of warts and patient preference. Treatment decisions should be made after discussing the appropriate options with the patient. - Treatments have been compared against no treatment or placebo, but comparative studies are very limited. - The evidence base to direct first and second line treatments is not strong. - All treatments have significant failure and relapse rates. - Treatment may involve discomfort and local skin reactions. Provision of written information on management of treatment side effects is recommended. - Soft non-keratinised warts respond well to podophyllotoxin, and trichloroacetic acid (TCA). - Keratinised lesions may be better treated with physical ablative methods such as cryotherapy, excision, TCA or electrocautery¹⁹ - Imiquimod is suitable treatment for both keratinised and non-keratinised warts. - People with a small number of low volume warts, irrespective of type, can be treated with ablative therapy	The aim of treatment is removal of the wart and amelioration of symptoms, if present. The appearance of warts also can result in significant psychosocial distress, and removal can relieve cosmetic concerns. In most patients, treatment results in resolution of the wart(s). If left untreated, anogenital warts can resolve spontaneously, remain unchanged, or increase in size or number. Because warts might spontaneously resolve within 1 year, an acceptable alternative for some persons is to forego treatment and wait for spontaneous resolution. Available therapies for anogenital warts might reduce, but probably do not eradicate, HPV infectivity. Whether the reduction in HPV viral DNA resulting from treatment reduces future transmission remains unknown. Treatment of anogenital warts should be guided by wart size, number, and anatomic site; patient preference; cost of treatment; convenience; adverse effects; and provider experience. The use of locally developed and monitored treatment algorithms has been associated

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
- diriger le patient vers un collègue expérimenté si les condylomes ne répondent pas à un second cycle de traitement. - Chez les personnes qui ont des lésions persistantes et importantes, réfractaires au traitement, un test de dépistage du VIH serait indiqué si non effectué auparavant. - Orienter la personne vers un collègue expérimenté pour le traitement des : - lésions internes; - lésions externes nombreuses ou de grande taille; - lésions résistantes au traitement. - D'autres traitements que ceux présentés dans ce guide existent (électro-fulguration, vaporisation au laser à CO₂, excision avec des ciseaux, coagulation aux infrarouges, podophylline 10 %-25 %, interféron alfa-2b [Intron A^{MC}]), mais ils ne doivent pas être utilisés en première intention et doivent être administrés par des médecins expérimentés.	- du coût; - de l'expérience du clinicien; - de la taille, de la forme, du nombre et du siège des lésions; - de l'aspect commode du traitement; - de la possibilité d'effets indésirables⁽⁶⁵⁾. - Bien que certains patients puissent préférer s'appliquer eux-mêmes le traitement dans l'intimité de leur foyer, les cliniciens devraient prendre en considération les éléments suivants: - le patient se conformera-t-il au traitement? - le patient sera-t-il capable de reconnaître et d'atteindre chacune de ses lésions?	- or topical treatment with podophyllotoxin from the outset. - Podophyllotoxin or Imiquimod are suitable for home treatment by patients. The patient should be given a demonstration on lesion finding and treatment application. - Very large wart lesions, including Buschke-Lowenstein tumours, should be considered for surgical treatment. - Injectable local anaesthetic (e.g. 2% lidocaine) should be used before any surgical excision or ablative procedure (other than cryotherapy). Topical anaesthetics (eg lidocaine cream, EMLA®) can be used prior to local anaesthetic injection. It can also be used prior to cryotherapy, particularly when treating larger lesions. - Caution should be exercised using any modality of treatment because of the danger of oedema and necrosis of surrounding tissue. This is most pronounced with agents such as trichloroacetic acid, but can also be seen with other treatments including cryotherapy. - No treatment may be an option, as about 30% of patients will experience spontaneous clearance of warts over a period of up to 6 months. However most patients seek treatment for the discomfort, anxiety, distress or the social unacceptability that warts cause.	with improved clinical outcomes and should be encouraged. Because all available treatments have shortcomings, some clinicians employ combination therapy (e.g., provider-administered cryotherapy with patient-applied topical therapy between visits to the provider). Treatment regimens are classified as either patient-applied or provider-administered modalities. Patient-applied modalities are preferred by some persons because they can be administered in the privacy of their home. To ensure that patient-applied modalities are effective, instructions should be provided to patients while in the clinic, and all anogenital warts should be accessible and identified during the clinic visit.
Ø	Ø	Practitioners should consider developing a treatment algorithm or protocol for their	Auditable outcome measures

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
		service. This has been shown to significantly improve clinical outcome²⁰ • A treatment algorithm is included in the Appendix	The use of a treatment protocol has been shown to improve the management of genital warts. It is recommended that a continuing audit cycle is adopted to ensure effective use of a protocol and for the incorporation of any new treatments available. Recommended outcomes are: • Adherence to a treatment algorithm (see Appendix for example) - 90% of patients. Percentage of patients with original wart clearance at 3 months - 60%.

Tableau F-8 Traitement pharmacologique : efficacité

Treatment	INESSS 2012	LDC 2010-2018		BASHH 2015			CDC 2015
		Élimination	Récurrence	Range of clearance rates		Range of recurrence rates	
				based on an `intention to treat analysis`	based on a `per protocol analysis` (determined at time in weeks; range)	(determined at time in weeks; range)	
Traitement appliqué par les patients pour les condylomes externes (molécules et posologies)							
				Clearance and recurrence rates for individual treatments from published studies reviewed by Lacey et al are shown in Table 1 ²¹ There is a lack of comparative clinical trial data with which to make recommendations as to the preferred home-based and clinic-based treatments. The cost effectiveness of treatment options is discussed below.			No definitive evidence suggests that any one recommended treatment is superior to another, and no single treatment is ideal for all patients or all warts. However, limited data exist regarding the efficacy or risk for complications associated with combination therapy.
Podophyllotoxin solution 0.5%	Ø	Les deux sexes (surtout des hommes) 53 % à 78 % (76,91-94)	Les deux sexes (surtout des hommes) 17 % à 79 % (76,91,93,95)	45-83%	55-83% (3-6)	13-100% (8-21)	
Imiquimod 5 % en crème ³ (Aldara ^{MC})	Ø	Femmes 72 %; hommes 33 % (79)	Femmes 19 %; hommes 6 % (79)	35-68%	55-81% (16)	6-26% (10-24)	

Treatment	INESSS 2012	LDC 2010-2018		BASHH 2015			CDC 2015
		Élimination	Récurrence	Range of clearance rates		Range of recurrence rates	
				based on an `intention to treat analysis`	based on a `per protocol analysis` (determined at time in weeks; range)	(determined at time in weeks; range)	
Imiquimod 3,75 % en crème4 (Vyloma ^{MC})	Ø	Femmes 36 %; hommes 16 % (78,80)	Les deux sexes 17 % (78)	Note 1. Clearance rates and recurrence rates are not directly comparable as clearance was measured at different times from the start of treatment and high loss to follow up was often experienced in the trials. 2. The `intention to treat` analysis of clearance rates provides a conservative estimate of efficacy. The number enrolled into each group was taken as the denominator and the number known to have cleared as the numerator. For any missing data, participants were assumed not to be cleared. For the `per protocol analysis`, only those for whom follow-up data were available were included in the denominator and numerator; this may overestimate the efficacy. • Clinical trials of Imiquimod versus placebo have shown response rates comparable with other topical agents (Ib, A).^{23 24 25} A lower relapse rate has been suggested, but clinical trials comparing relapse after other topical therapies have not been conducted. Some studies suggest fewer recurrences in patients using Imiquimod in association with surgical excision of benign lesions^{26 27} and possible efficacy in the treatment of anogenital intra-epithelial.			

Treatment	INESSS 2012	LDC 2010-2018		BASHH 2015			CDC 2015
		Élimination	Récurrence	Range of clearance rates		Range of recurrence rates	
				based on an `intention to treat analysis`	based on a `per protocol analysis` (determined at time in weeks; range)	(determined at time in weeks; range)	
Extrait de thé vert	Ø	Femmes 65 %; hommes 48 % (97)	Les deux sexes 6,5 % (97)	A combined analysis of two double blind, randomised placebo-controlled trials of topical treatment showed complete clearance of all baseline and new genital warts of 53.6%, compared to 35.4% in the vehicle-only control group, by intention-to-treat analysis. In those that cleared warts, recurrence rates over the 12 weeks from time of clearance, were similar in the control and active treatment groups (5.8 and 6.5% respectively) ³⁰ . The mechanism of action is uncertain, but local reactions were common and more frequent in the active treatment arms in all studies, in keeping with other treatment modalities. There is no comparative data with other topical treatments but the trial results are consistent with a similar effect.			Ø
Traitement administré par un professionnel de la santé pour les condylomes externes							
Cryothérapie (azote liquide, dioxyde de carbone [glace sèche ou Histofreeze ^{MC}] ou oxyde nitreux à l'aide de cryosondes)	Ø	Les deux sexes 79 % à 88 % (101,103,104)	Les deux sexes 24 % à 40 % (101,104)	44-75%	67-92% (6-10)	21-42% (4-12)	Ø
Acide bi- ou tri-chloracétique	Ø	Les deux sexes 70 % à 81 % (103,104)	Les deux sexes 36 %(104)	56-81%	81-84% (8-10)	36% (8)	Ø
		solution de 50 % à 90 % dans de l'alcool à 70 % [A-I]					

Treatment	INESSS 2012	LDC 2010-2018		BASHH 2015			CDC 2015
		Élimination	Récurrence	Range of clearance rates		Range of recurrence rates	
				based on an `intention to treat analysis`	based on a `per protocol analysis` (determined at time in weeks; range)	(determined at time in weeks; range)	
Podophylline à 25 %*	Ø	Les deux sexes 19 % à 79 % (95,96,99-101)	Les deux sexes 17 % à 74 % (98,100,101)	Ø	Ø	Ø	Ø
		[A1]					

Tableau F-9 Traitement pharmacologique : Traitement appliqué par les patients

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Solution de podofilox/ podophyllotoxine 0,5 % (Condyline ^{MC} , Wartec ^{MC})	- Application sur les lésions (protéger la peau contiguë) BID toutes les 12 heures, pour 3 jours consécutifs chaque semaine (les 4 jours consécutifs suivants sont sans traitement), pour un maximum de 6 semaines. - La dose quotidienne totale ne doit pas excéder 0,5 ml.	Laver et assécher la région touchée, et protéger la peau environnante avec de la gelée de pétrole - Appliquer le produit à l'aide d'un coton-tige q.12h tous les 3 jours (suivis de 4 jours sans traitement) pendant un maximum de 4 semaines - Pas besoin de laver la peau pour éliminer le produit - Dose quotidienne : ≤ 0,5 ml sur une surface de ≤ 10 cm² (65,83,84)	Podophyllotoxin (Warticon[®] and Condyline[®]), a purified extract of podophyllin in the form of a 0.5% solution or 0.15% cream (Warticon[®] only), is suitable for self-application, and effective against genital warts (Ib, A). Warticon[®] and Condyline[®] are licensed for use for up to 4 and 5 weeks respectively and supervision by medical staff is recommended when the lesion area treated is greater than 4 cm². Podophyllotoxin is licensed for the treatment of warts affecting the penis and female external genitalia, but is commonly used for anogenital lesions at all sites. - Treatment cycles consist of twice daily application for 3 days, followed by 4 days' rest, for 4 – 5 cycles. - Repeat cycles of treatment, although not licensed, may be considered if the warts are responding (see suggested algorithm)	Podofilox (podophyllotoxin) is a patient-applied antimitotic drug that causes wart necrosis. Podofilox solution (using a cotton swab) or podofilox gel (using a finger) should be applied to anogenital warts twice a day for 3 days, followed by 4 days of no therapy. This cycle can be repeated, as necessary, for up to four cycles. The total wart area treated should not exceed 10 cm², and the total volume of podofilox should be limited to 0.5 mL per day. If possible, the health-care provider should apply the initial treatment to demonstrate proper application technique and identify which warts should be treated. Mild to moderate pain or local irritation might develop after treatment. Podofilox is contraindicated in pregnancy (317).
Imiquimod 5 % en crème (Aldara ^{MC})	Application au coucher, 3 fois par semaine (avec un minimum d'un	Appliquer trois fois par semaine au coucher, avec 1 ou 2 jours de repos entre les doses, pendant un maximum de 16 semaines	Imiquimod is an immune response modifier. It acts as a toll-like receptor-7 (TLR7) agonist that results in stimulation of local tissue macrophages to release interferon-alpha and other cytokines as part of a local	Imiquimod is a patient-applied, topically active immune enhancer that stimulates production of interferon and other cytokines. Imiquimod 5%

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	jour entre les applications), pour un maximum de 16 semaines. La surface traitée devrait être nettoyée 6 à 10 heures après l'application.	Laver la région traitée de 6 à 10 heures après l'application, ou avant si une réaction cutanée locale se produit(79)	cell-mediated response.²² It is available as a 5% cream: Aldara® (Meda). - The cream is applied to lesions three times weekly and washed off 6-10 hours later, for up to 16 weeks. - Response to treatment may be delayed for some weeks. Extending treatment to 20 weeks or beyond, in those who are showing a response, is common practice but there is no trial evidence concerning this.	cream should be applied once at bedtime, three times a week for up to 16 weeks (768). Similarly, imiquimod 3.75% cream should be applied once at bedtime, but is applied every night (769). With either formulation, the treatment area should be washed with soap and water 6–10 hours after the application.
Imiquimod 3,75 % en crème (Vyloma ^{MC})	- Application DIE au coucher, tous les jours, pour un maximum de 8 semaines. - La surface traitée devrait être nettoyée 6 à 10 heures après l'application.	Appliquer chaque jour au coucher pendant un maximum de 8 semaines Laver la région traitée environ 8 heures après l'application(78,80)	- The standard duration of treatment is 16 weeks. There is no data on the efficacy of its usage beyond 16 weeks. - Non-responders by 12-16 weeks should be switched to an alternative treatment (see algorithm).	
Extrait de thé vert		Sinécatechines, onguent à 10 % [A1] - Appliquer un ruban de 0,5 cm t.i.d pendant un maximum de 16 semaines - Dose quotidienne : ≤ 250 mg. Pas besoin de laver la peau pour éliminer le produit(81)		Sinecatechins is a patient-applied, green-tea extract with an active product (catechins). Sinecatechins 15% ointment should be applied three times daily (0.5 cm strand of ointment to each wart) using a finger to ensure coverage with a thin layer of ointment until complete clearance of warts is achieved. This product should not be continued for longer than 16 weeks

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
				(774–776). The medication should not be washed off after use.

Tableau F-10 Traitement pharmacologique : Traitement administré par un professionnel de la santé

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Cryothérapie (azote liquide, dioxyde de carbone [glace sèche ou Histofreeze ^{MC}] ou oxyde nitreux à l'aide de cryosondes)	• Une fois par semaine ou chaque 2 ou 3 semaines pour un maximum de 3 à 4 mois selon l'évolution des lésions. • S'assurer d'un gel suffisant sur un diamètre de 1 à 2 mm autour de la lésion. • Répéter 2 à 3 séquences gel-dégel par séance.	• Appliquer de l'azote liquide, du dioxyde de carbone (glace sèche ou produit en vente libre) ou de l'oxyde nitreux à l'aide de cryosondes jusqu'à un cercle de 1 à 2 mm soit visible autour de la lésion (un ou deux cycles gel-dégel) une fois par semaine pendant un maximum de 4 semaines⁽¹⁰³⁻¹⁰⁵⁾ [A-1]	Cryotherapy (Ib, A) • Using a liquid nitrogen spray or a cryoprobe causes cytolysis at the dermal/epidermal junction resulting in necrosis. • Treatment should be applied until a "halo" of freezing has been established a few millimetres around the treated lesion. • Cryotherapy may be applied as a single freeze or a double freeze- thaw technique. There is no experimental evidence that the technique used, or the duration of freezing (typically 15-30 seconds) affects the response rate, but it is reasonable to assume that a 'complete freeze' of the lesion should be achieved. This may take longer than 30 seconds and is likely to be limited by patient tolerability. Benign skin lesions, such as genital warts, may respond to a single treatment. • Cryotherapy is usually repeated at weekly intervals;	Ø

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			lack of response after 4 weeks should prompt consideration of an alternative treatment modality. Caution: The storage and handling of liquid nitrogen should be undertaken according to health and safety guidance (see British Oxygen www.bocindustrial.co.uk), COSHH Essentials (www.coshhessentials.org.uk) and the Health & Safety Executive (www.hse.gov.uk)	
Acide bi- ou tri-chloracétique	• Une fois par semaine ou chaque 2 ou 3 semaines pour un maximum de 3 à 4 mois selon l'évolution des lésions. • Laisser sécher après l'application. • La surface traitée n'a pas besoin d'être lavée.	solution de 50 % à 90 % dans de l'alcool à 70 % [A-I] • Appliquer une fois par semaine, pendant un maximum de 6 à 8 semaines Pas besoin de laver la peau pour éliminer le produit⁽¹⁰²⁾	Trichloroacetic acid Trichloroacetic acid (TCA) 80-90% solution is suitable for weekly application in a specialist clinic setting only. It acts as a caustic agent resulting in cellular necrosis (Ib, A).	Trichloroacetic acid (TCA) and bichloroacetic acid (BCA) are provider-applied caustic agents that destroy warts by chemical coagulation of proteins. Although these preparations are widely used, they have not been investigated thoroughly. TCA solution has a low viscosity comparable with that of water and can spread rapidly and damage adjacent tissues if applied excessively. A small amount should be applied only to the warts and allowed to dry (i.e., develop white frost on tissue) before the patient sits or stands. ...TCA/BCA treatment can be repeated weekly if necessary.
Autres traitements pharmacologique	Principes de traitement ... D'autres traitements que ceux présentés dans ce guide existent (électro-fulguration, vaporisation au laser à CO2, excision avec des ciseaux, coagulation aux infrarouges, podophylle 10 %-25	Ø	Fluorouracil 5-Fluorouracil is a DNA anti-metabolite, available as a 5% cream. Its use is limited by local adverse effects, including chronic neovascularisation and vulval burning. It may be teratogenic and should not be used in pregnancy. A Cochrane review concluded that 5-FU may still have a role in treatment, despite the inferior cure rates compared to combination	Less data are available regarding the efficacy of alternative regimens for treating anogenital warts, which include podophyllin resin, intralesional interferon, photodynamic therapy, and topical cidofovir. Further, alternative regimens might be associated with more side effects. Podophyllin resin is no longer a recommended regimen because of the number of safer regimens available, and severe systemic toxicity has been reported when podophyllin resin was applied to large areas of friable tissue and was not washed off within 4

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	%, interféron alfa-2b [Intron A ^{MC}]), mais ils ne doivent pas être utilisés en première intention et doivent être administrés par des médecins expérimentés.		therapies³¹, however as satisfactory alternatives exist, this treatment is no longer recommended for the routine management of anogenital warts. (IV, C) Interferons Various regimens have been described using interferons alfa, beta, and gamma, as creams and as intra-lesional or systemic injections (Ib, A). Their use is limited by expense, systemic side effects, and a variable response rate. Cyclical low dose injection used as an adjunct to laser therapy has resulted in a lower relapse rate ³² however interferons are not recommended for routine management of anogenital warts and should only be used on expert advice. (IV, C) Excision (Ib, A) - Removal of warts under local anaesthetic injection may be considered for pedunculated or large warts, and for small numbers of keratinised lesions at anatomically accessible sites. - Haemostasis can be established using electrosurgery or the application of a haemostatic solution or paste (eg: ferric subsulphate – Monsel’s solution). - Treatment can be repeated as required. This should be considered as a treatment option, particularly for the treatment of small numbers of warts, and may be underused³³	hours (778–780). Podophyllin resin 10%–25% in a compound tincture of benzoin might be considered for provider-administered treatment under conditions of strict adherence to recommendations. Podophyllin should be applied to each wart and then allowed to air-dry before the treated area comes into contact with clothing. Over-application or failure to air-dry can result in local irritation caused by spread of the compound to adjacent areas and possible systemic toxicity. The treatment can be repeated weekly, if necessary. To avoid the possibility of complications associated with systemic absorption and toxicity, 1) application should be limited to <0.5 mL of podophyllin or an area of <10 cm² of warts per session; 2) the area to which treatment is administered should not contain any open lesions, wounds, or friable tissue; and 3) the preparation should be thoroughly washed off 1–4 hours after application. Podophyllin resin preparations differ in the concentration of active components and contaminants. Shelf-life and stability of podophyllin preparations are unknown. The safety of podophyllin during pregnancy has not been established. Surgical removal requires substantial clinical training, additional equipment, and sometimes a longer office visit. After local anesthesia is applied, anogenital warts can be physically destroyed by electrocautery, in which case no additional hemostasis is required. Care must be taken to control the depth of electrocautery to prevent scarring. Alternatively, the warts can be removed either by tangential excision with a pair of fine scissors or a scalpel, by carbon dioxide (CO₂) laser, or by curettage. Because most warts are exophytic, this procedure can be accomplished with a resulting wound that only extends into the upper dermis.

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			Treatment Range of clearance rates Range of recurrence rates based on an `intention to treat analysis` based on a `per protocol analysis` (determined at time in weeks; range) (determined at time in weeks; range) Electrosurgery 94-100% 94-100% (1-6) 22% (12) Scissors excision 89-100% 89-100% (6) 19-29% (40-48) Electrosurgery (Ib, A) Three types are commonly used: • Electrocautery results in burning of the treatment site and surrounding tissue. • Hyfrecation acts by electrofulguration resulting in superficial charring and limited dermal damage; for deeper tissue penetration electro-dessication may be employed. These procedures can be followed by curettage. • Monopolar surgery; different waveforms can be generated, allowing desiccation, cutting, or coagulation. This results in a cleaner cut and less damage to surrounding tissue³⁴. Caution: leave skin bridges between treatment sites to aid healing and minimise scarring. Adequate ventilation should be provided for surgical procedures involving vaporisation, such as the use of an extraction hood. in other ways such as applying cryotherapy once followed by treatment with a topical agent such as podophyllotoxin, or combining	Hemostasis can be achieved with an electrocautery unit or, in cases of very minor bleeding, a chemical styptic (e.g., an aluminum chloride solution). Suturing is neither required nor indicated in most cases. In patients with large or extensive warts, surgical therapy, including CO2 laser, might be most beneficial; such therapy might also be useful for intraurethral warts, particularly for those persons who have not responded to other treatments. Treatment of anogenital and oral warts should be performed in an appropriately ventilated room using standard precautions (http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf#page=2) and local exhaust ventilation (e.g., a smoke evacuator) (777) (http://www.cdc.gov/niosh/docs/hazardcontrol/hc11.html).

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			therapies such as TCA and cryotherapy. Laser treatment (IIa, B) Laser treatment is especially suitable for large volume warts and can be used at difficult anatomical sites, such as the urethral meatus, or anal canal 35 36 37 Carbon dioxide laser is commonly used for external lesions, while internal lesions are treated with carbon dioxide or diode laser 35 37 This is a more expensive treatment modality compared to topical or other ablative methods38. Caution: All electrosurgical and laser techniques may generate a plume of smoke which has been shown to contain HPV DNA, which may potentially cause infection of the respiratory tract in the operating personnel. Therefore, masks should be worn and adequate extraction provided during these procedures (IIb, B)39. Clearance rates were higher in the combination arm (60% vs 45%) at 12 weeks, but at 24 weeks follow-up there was no difference in clearance rates. Although sometimes used, there is no evidence on combining treatments Combination therapy Applications of podophyllotoxin or podophyllin in conjunction with cryotherapy have been used40. A randomised, double-blind, placebo	

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			controlled study of cryotherapy versus cryotherapy and podophyllotoxin cream as treatment for external anogenital warts has been published⁴¹ Clearance rates were higher in the combination arm (60% vs 45%) at 12 weeks, but at 24 weeks follow-up there was no difference in clearance rates. Although sometimes used, there is no evidence on combining treatments in other ways such as applying cryotherapy once followed by treatment with a topical agent such as podophyllotoxin, or combining therapies such as TCA and cryotherapy.	

Tableau F-11 Commentaires : Traitement appliqué par les patients

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Solution de podofilox/ podophyllotoxine 0,5 % (Condyline^{MC}, Wartec^{MC})	Contre-indiqué lors de la grossesse et de l'allaitement	Ø	- The cream and solution have similar efficacy however the cream may be easier for patients to apply, especially for less accessible lesions. - Discontinue treatment if significant side effects (e.g. soreness, ulceration). - Unprotected sexual contact should be avoided soon after application because of a possible irritant effect on the partner Caution: Avoid in pregnancy. Note: Podophyllin is a non-standardised preparation which is not suitable for self-application and has worse efficacy and a higher incidence of local reactions than podophyllotoxin. It is no longer recommended. Management of warts in pregnancy and breastfeeding Pregnancy - Avoid podophyllotoxin and 5-fluorouracil because of possible teratogenic effects. Imiquimod is not approved for use in pregnancy as no data are available. - Treatment is not always warranted but aims to minimise the number of lesions present at delivery and thereby to	Ø

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			reduce the neonatal exposure to virus. - Caesarean section is not indicated to prevent vertical transmission of HPV infection. The only serious, rare complication is recurrent respiratory papillomatosis in the infant, which occurs in about 4/100,000 births⁵⁰. - Very rarely a caesarean section is indicated because of obstruction of the vaginal outlet with warts, or the presence of gross cervical warts. - Cryotherapy, excision and ablative methods are safer options in pregnancy. Breastfeeding Podophyllotoxin: there is insufficient information on the excretion of topically applied podophyllotoxin in human milk. A risk to breastfed infants cannot be excluded⁵² and use is not recommended⁵³. Warts in children and adolescents Treatment of warts in children and adolescents follows the same principles as in adults, with the same range of treatment options, but is considered specifically in the BASHH guideline on children and young people⁵⁴. Immunosuppressed - People with impaired cell mediated immunity, for	

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			example organ transplant recipients or those with HIV infection, experience lower response and increased relapse rates following treatment. Longer treatment courses may be required, and patients should be carefully followed-up, but no other modification of treatment recommendations is required.	
Monographie	Effets indésirables Au cours des essais cliniques, les manifestations suivantes ont été les effets indésirables locaux les plus fréquents à avoir été signalés à un moment ou à un autre durant le traitement: inflammation 67 %, brûlure 62 %, érosion 59 %, douleur 49 %, autre, p. ex., saignements, démangeaisons, étourdissements, insomnie, 21 %. Ces réactions peuvent être accentuées lors du traitement de verrues recouvertes par le prépuce chez le patient non circoncis.			
Imiquimod	- Contre-indiqué lors de la grossesse - Taux de récurrence le plus faible parmi les traitements appliqués par les patients - Plus efficace si les lésions sont humides, molles et localisées sur des surfaces humides ou dans des régions intertrigineuses - Peut diminuer l'efficacité du condom de latex, du diaphragme et de la cape cervicale - Peut occasionner des symptômes pseudo-grippaux - RAMQ : - imiquimod 5 % : médicament d'exception (formulaire à remplir). Indication pour autorisation :	Ø	- possible efficacy in the treatment of anogenital intra-epithelial neoplasia, including AIN 2/3, but there is a lack of evidence from large randomised clinical trials^{28 29}. - Unprotected sexual contact should be avoided soon after application because of a possible irritant effect on the partner. - Latex condoms may be weakened if in contact with Imiquimod. - Immune deficiency may not be a contraindication for the use of Imiquimod topically for anogenital warts and it has	Local inflammatory reactions, including redness, irritation, induration, ulceration/erosions, and vesicles might occur with the use of imiquimod, and hypopigmentation has also been described (770). A small number of case reports demonstrate an association between treatment with imiquimod cream and worsened inflammatory or autoimmune skin diseases (e.g., psoriasis, vitiligo, and lichenoid dermatoses) (771–773). Data from studies of human subjects are limited regarding use of imiquimod in pregnancy, but animal data suggest that this therapy poses low risk (317).

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	pour le traitement des condylomes externes génitaux et péri-anaux ainsi que des condylomes acuminés lors de l'échec d'une thérapie destructrice physique ou d'une thérapie destructrice chimique d'une durée minimale de 4 semaines, à moins de contre-indication. ○ imiquimod 3.75 % : médicament non inscrit à la Liste de médicaments du régime public d'assurance médicaments.		been used in HIV positive subjects. • Imiquimod frequently causes local skin / mucous membrane irritation when applied for anogenital warts. This may be due to narrow therapeutic margin. Temporary halting of treatment may be required to manage side effects. • Imiquimod has the potential to exacerbate inflammatory skin conditions; it should be used with caution in patients with autoimmune conditions although systemic absorption from topical treatment is likely to be negligible. No quantifiable levels of Imiquimod (>5 ng/ml) were detected in serum after single or multiple topical doses. Caution: Not approved for use in pregnancy Breastfeeding • Imiquimod: no quantifiable levels (>5 ng/ml) of Imiquimod are detected in the serum after single and multiple topical doses, however no specific advice is given in the summary of product characteristics on whether to use or not, in lactating mothers⁵¹.	
Monographie	Aperçu des effets indésirables du médicament Les effets indésirables le plus souvent observés ou signalés lors des essais cliniques contrôlés ont été les réactions cutanées locales et les			

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	réactions au point d'application suivantes : érythème, oedème, érosion/ulcération, suintement/exsudat, desquamation/sécheresse de la peau, formation de croûtes, douleur et irritation au point d'application; certains patients ont également signalé des réactions générales			
Extrait de thé vert	Ø	Pourrait être plus efficace sur les VAG kératinisées que les autres traitements topiques(97)	Ø	The most common side effects of sinecatechins are erythema, pruritus/ burning, pain, ulceration, edema, induration, and vesicular rash. The medication is not recommended for persons with HIV infection, other immunocompromised conditions, or with genital herpes because the safety and efficacy of therapy has not been evaluated. The safety of sinecatechins during pregnancy is unknown. Genital, anal, and oral sexual contact should be avoided while the ointment is on the skin.
Monographie	Principalement des reactions locales			

Tableau F-12 Commentaires : Traitement administré par un professionnel de la santé

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Cryothérapie (azote liquide, dioxyde de carbone [glace sèche ou Histofreeze ^{MC}] ou oxyde nitreux à l'aide de cryosondes)	- Peut être utilisé chez la femme enceinte - Destruction de la peau généralement limitée à l'épiderme - Traitement agressif des lésions peut entraîner des cicatrices Il n'est pas établi que traiter plus souvent permet de guérir plus vite - On peut créer une analgésie topique avec un onguent de lidocaïne à 5 % ou un mélange eutectique topique de crèmes de lidocaïne et de prilocaïne (EMLA^{MC}) pour calmer la douleur suscitée par les traitements administrés par un professionnel de la santé.	- Plus acceptable que l'électrocautérisation(105) - Destruction de la peau généralement limitée à l'épiderme ou aux muqueuses malpighiennes, mais cicatrices possibles si le traitement est agressif	Ø	Ø
Acide bi- ou tri-chloroacétique	- Peut être utilisé chez la femme enceinte - Solutions de 50 % à 90 % avec 70 % d'alcool sont les plus efficaces - Utiliser un cure-dent ou une tige montée très fine pour l'application (des tiges montées trop grosses laissent couler	Aviser les femmes qui ont des VAG que : - Tous les traitements topiques, à l'exception de l'acide trichloroacétique (ATC), sont contre-indiqués chez les femmes enceintes ou allaitantes. Pour en savoir plus, consulter la section Traitement. (dans une série de traitement incluant imiquimod, podofilox/podophyllotoxine, podophylline, sinécatechines et acide trichloroacétique (ATC)).	An intense burning sensation may be experienced for 5-10 minutes after application. Ulceration penetrating into the dermis may occur, and it is therefore not recommended for large volume warts. TCA can be used at most anatomical sites.	If pain is intense or an excess amount of acid is applied, the area can be covered with sodium bicarbonate (i.e., baking soda), washed with liquid soap preparations, or be powdered with talc to neutralize the acid or remove unreacted acid.

	INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	trop d'acide sur la peau lors de l'application) • Avoir un flacon d'eau ou du bicarbonate de sodium à portée de main en cas d'accident • Produit caustique pouvant causer des vésicules et des ulcérations, surtout lorsque l'acide coule sur la peau lors de l'application • On peut créer une analgésie topique avec un onguent de lidocaïne à 5 % ou un mélange eutectique topique de crèmes de lidocaïne et de prilocaïne (EMLA^{MC}) pour calmer la douleur suscitée par les traitements administrés par un professionnel de la santé.	○ Une ablation pourrait être envisagée. La disparition complète pourrait ne pas survenir avant l'accouchement⁽⁶⁵⁾. solution de 50 % à 90 % dans de l'alcool à 70 % [A-I] • Protéger la peau saine avec de la gelée de pétrole ou du talc • On peut avoir recours à une analgésie locale avec un mélange eutectique de lidocaïne et de prilocaïne en crème ou une solution injectable de lidocaïne à 2 % • Peut-être neutralisé avec du savon liquide, du bicarbonate de soude ou du talc, au besoin Pas besoin de laver la peau pour éliminer le produit¹⁰²	Caution: TCA is extremely corrosive. Careful application is essential. Protection of the surrounding skin with petroleum jelly should be considered and a topical neutralising agent, for example 5% sodium bicarbonate solution, available in case of excess application or spills.	

Suivi

Tableau F-13 Suivi

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Lorsqu'un traitement est appliqué par le patient, il est recommandé de prévoir au moins une visite de suivi une semaine après la fin du cycle de traitement.	Ø	Follow up Review is recommended at the end of a treatment course to monitor response and assess the need for further therapy. Patients frequently overestimate their response to treatment⁴⁸. Patients whose original lesions have responded well to treatment, but in whom new lesions are developing, can continue with the current regimen. Where there is no response, or only a partial response, by the end of the standard treatment duration, it is suggested that a second modality of treatment is applied (see Appendix for treatment algorithms). A change in therapy is indicated if either the patient is not tolerating the current treatment, or there is less than a 50% response to the current treatment by 4 to 5 weeks (8-12 weeks for Imiquimod). (IV; C) Relapses should be treated as appropriate to the lesion types.	Follow-up visits after several weeks of therapy enable providers to answer any questions about the use of the medication and address any side effects experienced; follow-up visits also facilitate the assessment of the response to treatment. Most anogenital warts respond within 3 months of therapy. Factors that might affect response to therapy include immunosuppression and treatment compliance. In general, warts located on moist surfaces or in intertriginous areas respond best to topical treatment. A new treatment modality should be selected when no substantial improvement is observed after a complete course of treatment or in the event of severe side effects; treatment response and therapy-associated side effects should be evaluated throughout the course of therapy. Complications occur rarely when treatment is administered properly. Persistent hypopigmentation or hyperpigmentation can occur with ablative modalities (e.g., cryotherapy and electrocautery) and have been described with immune modulating therapies (e.g., imiquimod cream). Depressed or hypertrophic scars are uncommon but can occur, especially if patients have insufficient time to heal between treatments. Rarely, treatment can result in chronic pain syndromes (e.g., vulvodynia and hyperesthesia of the treatment site) or, in the case of anal warts, painful defecation or fistulas.

Prévention

Tableau F-14 Immunisation/Vaccination

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
- Les vaccins préventifs contre le VPH n'ont pas d'effet thérapeutique sur les condylomes déjà présents. - Une personne qui a ou a déjà eu des condylomes peut recevoir un vaccin contre le VPH. - Le vaccin quadrivalent (Gardasil^{MC}) offre une protection contre le VPH de types 6, 11, 16 et 18, il inclut donc les types qui causent la majorité des condylomes. Le vaccin bivalent (Cervarix^{MC}) offre une protection contre le VPH de types 16 et 18. - Pour l'information à jour sur les indications, l'efficacité, les effets indésirables et le programme de gratuité, se référer au Protocole d'immunisation du	Immunisation contre le VPH L'immunisation est recommandée pour les femmes et les hommes de certains âges, qu'ils aient ou non déjà reçu un diagnostic de maladie liée au VPH. Consulter le Guide canadien d'immunisation et les lignes directrices provinciales/territoriales en matière d'immunisation (la page Web intitulée Programmes d'immunisation subventionnés par l'État au Canada - Calendrier d'immunisation systématique des nourrissons et des enfants incluant les programmes de rappel renferme de l'information condensée au sujet des programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux).	In the UK, HPV preventative vaccination was introduced in 2008 for girls aged 12-13 (with a catch-up programme for those up to 18 years of age). The bivalent vaccine used is intended to provide pre-exposure protection only against HPV 16/18 high risk types; there is no evidence of cross-protection against benign HPV-related disease. The quadrivalent vaccine (HPV 6/11/16/18) is intended to provide protection against the principal causes of both benign and malignant genital HPV disease and is being used in the vaccine programme in the UK (since 2012). HPV Vaccines Three HPV vaccines are licensed in the UK. Gardasil[®] (Sanofi	HPV Vaccines There are several HPV vaccines licensed in the United States: a bivalent vaccine (Cervarix) that prevents infection with HPV types 16 and 18, a quadrivalent vaccine (Gardasil) that prevents infection with HPV types 6, 11, 16, and 18, and a 9-valent vaccine that prevents infection with HPV types 6, 11, 16, and 18, 31, 33, 45, 52, and 58. The bivalent and quadrivalent vaccines offer protection against HPV types 16 and 18, which account for 66% of all cervical cancers, and the 9-valent vaccine protects against five additional types accounting for 15% of cervical cancers. The quadrivalent HPV vaccine also protects against types 6 and 11, which cause 90% of genital warts. All HPV vaccines are administered as a 3-dose series of IM injections over a 6-month period, with the second and third doses given 1–2 and 6 months after the first dose, respectively. The same vaccine product should be used for the entire 3-dose series. For girls, either vaccine is recommended routinely at ages 11–12 years and can be administered beginning at 9 years of age (16); girls and women aged 13–26 years who have not started or completed the vaccine series should receive the vaccine. The quadrivalent or 9-valent HPV vaccine is recommended routinely for boys aged 11–12 years; boys can be vaccinated beginning at 9 years of age (http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html). Boys and men aged 13–21 years who have not started or completed the vaccine series should receive the vaccine (16) (http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html). For previously unvaccinated, immunocompromised persons (including persons with HIV infection) and MSM, vaccination is recommended through age 26 years (16). In the United States, the vaccines are not licensed or recommended for use in men or women aged >26 years (16). HPV vaccines are not recommended for use in pregnant women. HPV vaccines can be administered regardless of history of anogenital warts, abnormal Pap/HPV tests, or anogenital precancer. Women who have received HPV vaccine should continue routine cervical cancer screening if they are aged ≥21 years. HPV vaccine is available for eligible children and adolescents aged <19 years through the Vaccines for Children (VFC) program (information available by calling CDC INFO [800-232-4636]). For uninsured

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Québec, chapitre 10.4.4.		Pasteur MSD) is a quadrivalent vaccine providing protection against HPV 6, 11, 16 and 18, and has been used in the national HPV vaccine programme in the UK since 2012. Cervarix® (Glaxo SmithKline) is a bivalent vaccine providing protection against HPV 16 and 18. Gardasil9® (Sanofi Pasteur MSD) was licensed in Europe in 2015 and contains the same four antigens as Gardasil with five additional high-risk types (31, 33, 45, 52, and 58). All vaccines are licensed for the protection of individuals against genital infection and associated disease related to the vaccine-specific types. None of the vaccines are licensed for the treatment of existing HPV infection, or HPV-associated disease.	persons aged 19–26 years, patient assistance programs are available from the vaccine manufacturers. Prelicensure and postlicensure safety evaluations have found the vaccine to be well tolerated (764) (http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Vaccines/HPV/index.html). Impact-monitoring studies in the United States have demonstrated reductions of genital warts, as well as the HPV types contained within the quadrivalent vaccine (765,766). The current recommendations for HPV vaccination are available at http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html. Settings that provide STD services should either administer the vaccine to eligible clients who have not started or completed the vaccine series or refer these persons to another facility equipped to provide the vaccine. Clinicians providing services to children, adolescents, and young adults should be knowledgeable about HPV and HPV vaccine (http://www.cdc.gov/vaccines/who/teens/for-hcp/hpv-resources.html). HPV vaccination has not been associated with initiation of sexual activity or sexual risk behaviors or perceptions about sexually transmitted infections (128). Abstaining from sexual activity is the most reliable method for preventing genital HPV infection. Persons can decrease their chances of infection by practicing consistent and correct condom use and limiting their number of sex partners. Although these interventions might not fully protect against HPV, they can decrease the chances of HPV acquisition and transmission.

Tableau F-15 Déclaration des cas et notification aux partenaires

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Ø	L'infection au VPH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada. - La notification aux partenaires n'est pas requise, mais elle peut être utile en encourageant les pratiques de réduction du risque, notamment les changements de comportement et l'immunisation (consulter la section <i>Counseling</i>). - Par ailleurs, les personnes qui présentent des VAG devraient envisager de discuter avec leurs nouveaux partenaires des mesures préventives telles que l'immunisation, l'usage systématique du condom masculin, le dépistage et l'auto-examen.	Sexual partners - Current sexual partner(s) may benefit from assessment as they may have undetected genital warts, other STIs, or need an explanation or advice about HPV infection r (III, B). - Notification of previous sexual partner(s) is not recommended.	Management of Sex Partners The benefit of disclosing a positive oncogenic HPV test to current and future sex partners is unclear. The following counseling messages can be communicated to sex partners: - Sex partners do not need to be tested for HPV. - Sex partners tend to share HPV, even though signs of HPV such as an abnormal Pap-test result might occur in only one partner. Sex partners of persons with HPV infection also likely have HPV. - When used correctly and consistently, condoms might lower the risk for HPV infection and might decrease the time to clear in women with HPV infection. However, HPV can infect areas not covered by the condom and might not fully protect against HPV. Additional messages for partners include the messages for persons with HPV (see Counseling Messages for Persons with HPV).

Tableau F-16 Informations importantes et autres préventions

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Encart gris à la fin du GUO - Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou lors de l'examen périodique, les praticiens devraient : - RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE pour les ITSS et DÉPISTER selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées; - INFORMER la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante; - VACCINER contre les hépatites et le virus du papillome humain selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec (chapitre 10.4). - Le médecin de famille en cabinet peut utiliser le code d'acte no 15230 pour ses interventions préventives relatives aux ITSS. - Différents outils relatifs aux ITSS destinés aux professionnels de la santé existent : - Intervention préventive relative aux ITSS : outil d'aide à la pratique, visite initiale et visite subséquente - Tableau sur les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés	Utilisation du condom masculin - L'usage systématique du condom masculin est recommandé pour les personnes qui ont des VAG, dont un partenaire a des VAG, ou qui ont des activités sexuelles de tout type avec un nouveau partenaire, car il peut réduire le risque : - d'infections cervicales et vulvo-vaginales au VPH chez la femme^(59,60); - d'infections anales au VPH chez l'homme⁽⁶¹⁾; - de VAG chez l'homme et la femme⁽⁶²⁾; - de NCI de grades 2 et 3 et de cancer invasif du col utérin chez la femme⁽⁶²⁾. Dépistage du cancer - Pour en savoir plus au sujet du dépistage du cancer du col utérin, consulter la section Diagnostic en laboratoire des précancers et des cancers. - Pour en savoir plus au sujet du dépistage du cancer de l'anus, consulter l'annexe E, Dépistage du cancer de l'anus. Counseling en matière de prévention (counseling pour les personnes sans lésion visible ni autre signe de maladie liée au VPH) - Les informer que le VPH est commun et se transmet facilement lors des activités sexuelles insertives ou non insertives et que les personnes infectées peuvent être asymptomatiques. - Leur fournir de l'information au sujet des facteurs de risque (consulter la section Épidémiologie) et de la réduction du risque par l'immunisation,	Ø	Abstaining from sexual activity is the most reliable method for preventing genital HPV infection. Persons can decrease their chances of infection by practicing consistent and correct condom use and limiting their number of sex partners. Although these interventions might not fully protect against HPV, they can decrease the chances of HPV acquisition and transmission.

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
○ Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques • Ces outils peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/itss, section Documentation, rubrique Professionnels/outils.	l'usage systématique du condom masculin, le dépistage du cancer, l'auto-examen régulier de la région anogénitale à la recherche de lésions d'aspect verruqueux, et d'autres changements de comportements. • Les aviser de consulter un médecin s'ils observent des lésions d'aspect verruqueux.		

Counseling

Tableau F-17 Counseling

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
Ces informations apparaissent dans la section prise en charge • Utiliser le condom en tout temps pour toutes les relations sexuelles qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales, pour prévenir la transmission des ITS. ○ La protection conférée par le condom, dans le cas des condylomes, n'est peut-	Counseling • Informer les personnes dont le test Pap cervical est anormal, dont le test de détection du VPH est positif et/ou chez lesquelles vous avez observé des VAG : ○ qu'il est pratiquement impossible de déterminer quand elles ont contracté l'infection et qui la leur a transmise parce que le VPH est commun, se transmet facilement au cours d'activités sexuelles insertives ou non et a une longue période d'incubation⁽²⁵⁾; que les personnes infectées peuvent être asymptomatiques et ne pas savoir qu'elles sont infectées (un test de dépistage n'est pas fait de façon routinière); et que des séquelles peuvent se manifester longtemps après l'infection initiale. ○ L'infection au VPH entraîne rarement un cancer du col utérin parce que :	• Patients should be given a detailed explanation of their condition. This should be reinforced by offering clear and accurate written information (see BASHH patient information leaflet). • Consistent condom use has been shown to reduce the risk of acquisition of HPV infection and genital warts (in the order of 30- 60% reduction)^{9 10 11}. They may reduce recurrence when both partners are infected^{12 13 14}, although the extent to which recurrence is due to re-infection is not known (IIIb; B)	Counseling Key Messages for Persons with HPV Infection General • Anogenital HPV infection is very common. It usually infects the anogenital area but can infect other areas including the mouth and throat. Most sexually active people get HPV at some time in their lives, although most never know it. • Partners who have been together tend to share HPV, and it is not possible to determine which partner transmitted the original infection. Having HPV does not mean that a person or his/her partner is having sex outside the relationship.

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
être pas aussi bonne que pour les autres ITS. • Conseiller au patient et à ses partenaires de s'auto-examiner et de consulter un médecin si la présence de lésions est suspectée. • On ne connaît pas la durée de la contagion à la suite du traitement. Les patients devraient informer leurs partenaires sexuels actuels qu'ils ont des condylomes.	▪ la plupart des infections sont spontanément résolutive⁽²⁵⁾; et ▪ la plupart des lésions précurseurs du cancer du col utérin peuvent être traitées avec succès⁽⁸²⁾. ○ Après un traitement contre les VAG ou les précancers, le risque d'une nouvelle infection au VPH, de réactivation d'une infection existante ou de maladie anogénitale connexe est lié : ▪ à des facteurs comportementaux, en particulier les comportements sexuels, le tabagisme et, possiblement, la prise de contraceptifs oraux; ▪ aux types de VPH; ▪ aux antécédents de VAG ou de cancer lié au VPH ou à la présence d'une infection à VIH; ▪ au statut vaccinal. ○ Le risque de nouvelles infections peut être réduit par la vaccination, l'usage systématique du condom masculin et d'autres changements de comportement, alors que le risque de maladie anogénitale avancée peut être réduit par le dépistage du cancer. ○ Il est recommandé de discuter des stratégies de réduction du risque avec les partenaires sexuels. ○ Un test de détection des acides nucléiques du VPH n'est pas recommandé, car les résultats ne modifieraient pas la prise en charge.	• Latex condoms may be weakened if in contact with Imiquimod. • For some patients the psychological impact of warts is the worst aspect of the disease¹⁵. Where psychological distress is apparent, referral for counselling may be appropriate. • Smokers may respond less well to treatment than non-smokers^{16 17} • Several treatment attempts are usually needed before warts subside. Patient anxiety and distress A diagnosis of anogenital warts can cause anxiety and distress. For some patients the psychological impact of warts is the worst aspect of the disease. Where psychological distress is apparent, referral for counselling may be appropriate.	• Most persons who acquire HPV clear the infection spontaneously and have no associated health problems. When the HPV infection does not clear, genital warts, precancers, and cancers of the cervix, anus, penis, vulva, vagina, head, and neck might develop. • The types of HPV that cause genital warts are different from the types that can cause cancer. • Many types of HPV are sexually transmitted through anogenital contact, mainly during vaginal and anal sex. HPV also might be transmitted during genital-to-genital contact without penetration and oral sex. In rare cases, a pregnant woman can transmit HPV to an infant during delivery. • Having HPV does not make it harder for a woman to get pregnant or carry a pregnancy to term. However, some of the precancers or cancers that HPV can cause, and the treatments needed to treat them, might lower a woman's ability to get pregnant or have an uncomplicated delivery. Treatments are available for the conditions caused by HPV, but not for the virus itself. • No HPV test can determine which HPV infection will clear and which will progress. However, in certain circumstances, HPV tests can

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
	○ Contrairement aux lésions précurseurs du cancer du col utérin, les VAG peuvent être difficiles à traiter et réapparaissent souvent après le traitement. (Pour en savoir plus au sujet de l'efficacité des traitements contre les VAG et la récurrence des VAG, consulter la section Traitement.) ○ Un suivi médical des partenaires n'est recommandé que pour ceux qui observent des lésions d'aspect verruqueux à l'auto-examen et pour ceux qui pourraient tirer des bienfaits du dépistage d'autres ITS. • Fournir aux partenaires sexuels des cas de VAG ou de précancer de l'information au sujet de l'épidémiologie du VPH et les informer que: ○ il est possible de réduire le risque par la vaccination, l'usage systématique du condom masculin, le dépistage du cancer, l'auto-examen régulier de la région génitale à la recherche de lésions d'aspect verruqueux, et d'autres changements de comportement; ○ un suivi médical des partenaires n'est recommandé que pour ceux qui observent des lésions d'aspect verruqueux à l'auto-examen et pour ceux qui pourraient tirer des bienfaits du dépistage d'autres ITS.		determine whether a woman is at increased risk for cervical cancer. These tests are not for detecting other HPV-related problems, nor are they useful in women aged <25 years or men of any age. Prevention of HPV • Two HPV vaccines can prevent diseases and cancers caused by HPV. The Cervarix and Gardasil vaccines protect against most cases of cervical cancer; Gardasil also protects against most genital warts. HPV vaccines are recommended routinely for boys and girls aged 11–12 years; either vaccine is recommended for girls/women, whereas only one vaccine (Gardasil) is recommended for boys/men (http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv). These vaccines are safe and effective. • Condoms used consistently and correctly can lower the chances of acquiring and transmitting HPV and developing HPV-related diseases (e.g., genital warts and cervical cancer). However, because HPV can infect areas not covered by a condom, condoms might not fully protect against HPV. • Limiting number of sex partners can reduce the risk for HPV. However, even persons with only one lifetime sex partner can get

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			HPV. Abstaining from sexual activity is the most reliable method for preventing genital HPV infection. Key Messages for Persons with Anogenital Warts • If left untreated, genital warts may go away, stay the same, or increase in size or number. The types of HPV that cause genital warts are different from the types that can cause cancer. • Women with genital warts do not need Pap tests more often than other women. • Time of HPV acquisition cannot be definitively determined. Genital warts can develop months or years after getting HPV. HPV types that cause genital warts can be passed on to another person even in the absence of visible signs of warts. Sex partners tend to share HPV, even though signs of HPV (e.g., warts) might occur in only one partner or in neither partner. • Although genital warts are common and benign, some persons might experience considerable psychosocial impact after receiving this diagnosis. • Although genital warts can be treated, such treatment does not cure the virus itself. For this reason, it is common for genital

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			warts to recur after treatment, especially in the first 3 months. • Because genital warts can be sexually transmitted, patients with genital warts benefit from testing for other STDs. Sexual activity should be avoided with new partners until the warts are gone or removed. HPV might remain present and can still be transmitted to partners even after the warts are gone. • Condoms might lower the chances of transmitting genital warts if used consistently and correctly; however, HPV can infect areas that are not covered by a condom and might not fully protect against HPV. • A vaccine is available for males and females to prevent genital warts (Gardasil), but it will not treat existing HPV or genital warts. This vaccine can prevent most cases of genital warts in persons who have not yet been exposed to wart-causing types of HPV. Persons should inform current partner(s) about having genital warts because the types of HPV that cause warts can be passed on to partners. Partners should receive counseling messages that partners might already have HPV despite no visible signs of warts, so HPV testing of sex partners of persons with genital warts is not

INESSS 2012	LDC 2010-2018	BASHH 2015	CDC 2015
			recommended. Partner(s) might benefit from a physical examination to detect genital warts and tests for other STDs. No recommendations can be made regarding informing future sex partners about a diagnosis of genital warts because the duration of viral persistence after warts have resolved is unknown.

ANNEXE F-a

Gradations des recommandations utilisées dans les publications

Tiré de l'Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices sur les infections transmissibles sexuellement. Canada; 2010

Degré et qualité des données probantes concernant les recommandations thérapeutiques

Cette version mise à jour contient les mêmes degrés d'indicateurs de recommandation et de qualité des données probantes que ceux dans les recommandations relatives au traitement de l'édition 2010.

Degrés de recommandation (Adaptation de R.P. Harris et coll.¹) La liste qui suit décrit les degrés d'indicateurs de recommandation A, B, C, D, I. Ils sont :

Recommandation: A

Recommande fortement aux cliniciens de prescrire le traitement aux patients admissibles sur une base systématique. Il existe de bonnes données probantes montrant que le traitement améliore des issues médicales importantes, et que ses bienfaits surpassent considérablement ses risques.

Recommandation: B

Recommande aux cliniciens de prescrire le traitement aux patients admissibles sur une base systématique. Il existe d'assez bonnes données probantes montrant que le traitement améliore des issues médicales importantes, et que ses bienfaits surpassent ses risques.

Recommandation: C

Aucune recommandation pour ou contre la prescription systématique du traitement. Il existe au moins d'assez bonnes données probantes montrant que le traitement peut améliorer les issues médicales, mais ses bienfaits sont trop limités par rapport à ses risques pour justifier une recommandation générale.

Recommandation: D

Recommande de ne pas prescrire de traitement aux patients asymptomatiques. Il existe au moins d'assez bonnes données probantes montrant que le traitement est inefficace ou que ses risques dépassent ses bienfaits.

Recommandation: I

Données probantes insuffisantes pour recommander ou déconseiller un traitement systématique. Les données probantes montrant que le traitement est efficace sont insuffisantes, de qualités médiocres ou contradictoires, et il n'est pas possible d'évaluer les bienfaits du traitement par rapport à ses risques.

Qualité des données probantes (Adaptation simplifiée de R.P. Harris et coll.¹ et de P.A. Gross et coll.²)

La liste qui suit décrit les trois niveaux de qualité des données probantes. Ils sont :

Qualité niveau un:

Données probantes s'appuyant sur au moins un essai clinique contrôlé et bien randomisé.

Qualité niveau deux:

Données probantes s'appuyant sur au moins un essai clinique bien conçu sans randomisation, portant sur des études analytiques de cohortes ou cas témoins (de préférence dans plus d'un centre), sur plusieurs études de séries chronologiques ou sur des résultats substantiels provenant d'expériences non contrôlées.

Qualité niveau trois:

Données probantes provenant d'opinions d'autorités réputées basées sur des expériences cliniques, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

¹ HARRIS, R.P., M. HEFLAND S.H. WOOLF et coll. « Current methods of the US Preventive Services Task Force: A review of the process », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, suppl. 3, 2001, p. 21-35.

² GROSS, P.A., T.L. BARRETT, E.P. DELLINGER et coll. « Purpose of quality standards for infectious diseases », *Infectious Diseases Society of America, Clinical Infectious Diseases*, vol. 18, 1994, p. 421.

Tiré du British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)

LEVELS AND GRADING OF EVIDENCE

All major recommendations should be graded according to the level of evidence. The system to be used is that published by the US Department of Health and Human Services agency for Healthcare Policy and Research (AHCPR)⁴.

The relevant number/letter need to be placed at the end of the statement to which it refers. Where the evidence level = C (expert opinion), a footnote or reference is required (e.g. which expert body on which occasion)

Table A Level	Type of evidence
Ia	Evidence obtained from meta- analysis of randomised controlled trials
Ib	Evidence obtained from at least one randomised controlled trial
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation
IIb	Evidence obtained from at least one type of well-designed quasi- experimental study
III	Evidence obtained from well- designed, non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case control studies
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/

Table B Grade	Recommendation
A (Evidence levels Ia, Ib)	Requires at least one randomised controlled trial as part of the body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation
B (Evidence levels IIa, IIb, III)	Requires availability of well conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation
C (Evidence level IV)	Requires evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities. Indicates absence of directly applicable studies of good quality

Tiré du U.S. Preventive Services Task Force pour Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1-137.

Grade Definitions After July 2012

What the Grades Mean and Suggestions for Practice

The USPSTF updated its definition of and suggestions for practice for the grade C recommendation. This new definition applies to USPSTF recommendations voted on after July 2012. Describing the strength of a recommendation is an important part of communicating its importance to clinicians and other users. Although most of the grade definitions have evolved since the USPSTF first began, none has changed more noticeably than the definition of a C recommendation, which has undergone three major revisions since 1998. Despite these revisions, the essence of the C recommendation has remained consistent: at the population level, the balance of benefits and harms is very close, and the magnitude of net benefit is small. Given this small net benefit, the USPSTF has either not made a recommendation “for or against routinely” providing the service (1998), recommended “against routinely” providing the service (2007), or recommended “selectively” providing the service (2012). Grade C recommendations are particularly sensitive to patient values and circumstances. Determining whether or not the service should be offered or provided to an individual patient will typically require an informed conversation between the clinician and patient.

Grade	Definition	Suggestions for Practice
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service.
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service.
C	The USPSTF recommends selectively offering or providing this service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service for selected patients depending on individual circumstances.
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service.
I Statement	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the clinical considerations section of USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.

Levels of Certainty Regarding Net Benefit

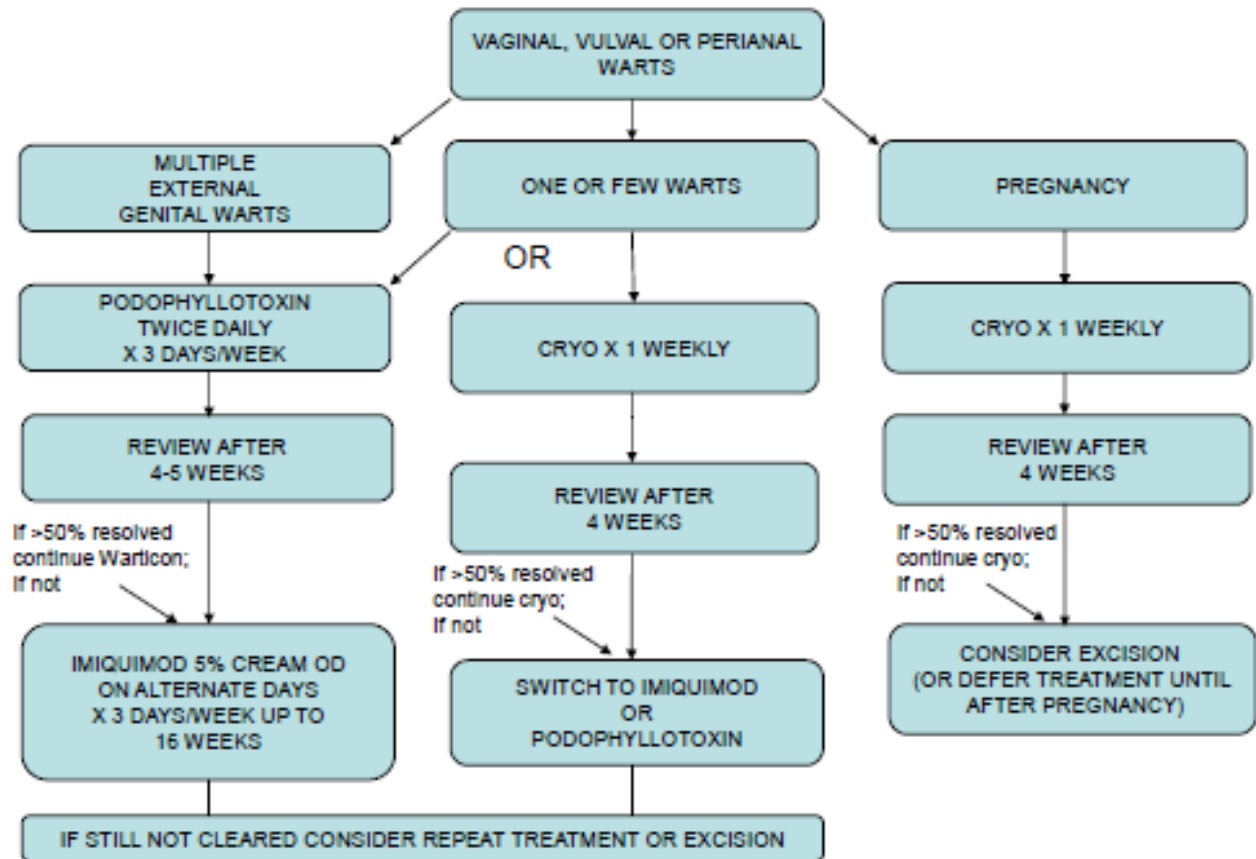
Level of Certainty*	Description
High	The available evidence usually includes consistent results from well-designed, well-conducted studies in representative primary care populations. These studies assess the effects of the preventive service on health outcomes. This conclusion is therefore unlikely to be strongly affected by the results of future studies.
Moderate	The available evidence is sufficient to determine the effects of the preventive service on health outcomes, but confidence in the estimate is constrained by such factors as: • The number, size, or quality of individual studies. • Inconsistency of findings across individual studies. • Limited generalizability of findings to routine primary care practice. • Lack of coherence in the chain of evidence. As more information becomes available, the magnitude or direction of the observed effect could change, and this change may be large enough to alter the conclusion.
Low	The available evidence is insufficient to assess effects on health outcomes. Evidence is insufficient because of: • The limited number or size of studies. • Important flaws in study design or methods. • Inconsistency of findings across individual studies. • Gaps in the chain of evidence. • Findings not generalizable to routine primary care practice. • Lack of information on important health outcomes. More information may allow estimation of effects on health outcomes.

*The USPSTF defines certainty as "likelihood that the USPSTF assessment of the net benefit of a preventive service is correct." The net benefit is defined as benefit minus harm of the preventive service as implemented in a general, primary care population. The USPSTF assigns a certainty level based on the nature of the overall evidence available to assess the net benefit of a preventive service.

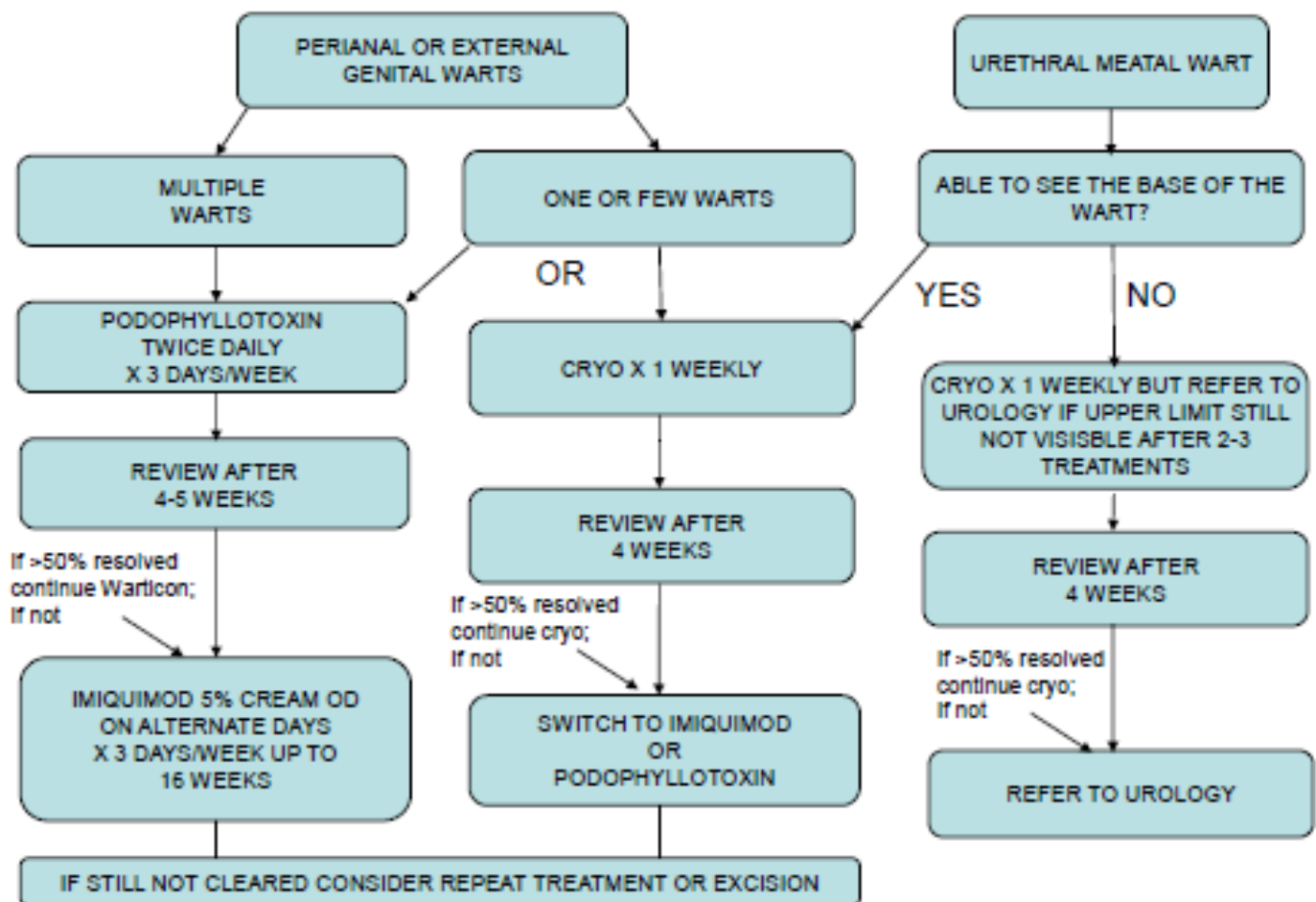
ANNEXE F-b

Algorithme de traitement du BASHH

Flow-chart of management of warts in women



Flow-chart of management of warts in men



ANNEXE G

Évaluation des lecteurs externes

Tableau G-1 Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes

Dossier : GUO Condylomes Lecteur : Ce guide vise à vous assister dans votre travail de révision du GUO en présentant les différents éléments à examiner. Nous vous demandons d'y inscrire directement vos commentaires. Merci de votre collaboration.	
1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u> 1.1. Les informations du GUO sont-elles bien présentées et faciles à lire ? 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour une mise à jour d'un GUO ? 1.3. Les recommandations du GUO sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel ? 1.4. Considérez-vous que ce GUO est un bon outil pour l'usage optimal des antibiotiques ? 1.5. Les éléments de réflexion menant aux recommandations sont-ils tous présents ? 1.6. Le contenu est-il accessible pour un lecteur non spécialiste ? 1.7. Les références sont-elles d'actualité ?	
2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u> Vous êtes invité(e) à commenter plus en détail les sections du GUO pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
3. <u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE</u> De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la <u>pertinence pratique</u> de ce GUO ? ➔ 1 Très insuffisante 2 3 4 5 Suffisante 6 7 8 9 10 Excellente _____ / 10	
4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u> <i>Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances à la suite de la publication du GUO.</i> 4.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce GUO ?	

Tableau G-2 Commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Lecteur 1	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 9/10</u>	
<u>1 Contenu général</u> Ce GUO est selon moi très bien présenté et comporte beaucoup d'informations « en extra » très intéressantes et pertinentes	Aucune action requise
1.1 Facile à lire et bien présentées comme tous les GUO de l'INESSS	Aucune action requise
1.3 Méthodologie robuste dans le contexte où peu de références de qualité	Aucune action requise
1.6 Excellents tableaux de présentation des résultats	Aucune action requise
1.9 Noter que dans notre clinique, nous privilégions l'ATC à cause du prix élevé de l'azote	Il n'y a pas d'ordre privilégié dans le GUO, ils apparaissent en ordre alphabétique. En effet, selon le BASHH il existe peu d'étude d'efficacité comparative. Les résultats de ce type étude contribueraient à l'identification des traitements de première et deuxième intention. De plus tous les traitements ont des taux d'échec et de rechute importants [Lazaro, 2015]. Les membres du comité consultatif sont d'avis de présenter les options de traitement en ordre alphabétique et de rendre disponibles en notes de bas de tableau les modalités de remboursement dans le cadre du RPAM. Une note est ajoutée pour justifier l'ordre d'apparition des traitements appliqués par la personne atteinte ou par le professionnel de la santé : La note de bas de tableau est ajustée ainsi: 1.-Le manque d'évidences scientifiques empêche de privilégier un traitement appliqué par la personne atteinte ou par un professionnel de la santé, et de prioriser une option thérapeutique à une autre.

COMMENTAIRES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Lecteur 2	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 8/10</u>	
<u>Histoire naturelle</u> Dans l'énoncé que -Les condylomes peuvent disparaître spontanément dans l'année, il est suggéré le terme en tout temps.	Le terme « dans l'année » est conforme à l'énoncé des CDC et le terme ou en tout temps est ajouté. Les condylomes peuvent disparaître spontanément dans l'année ou en tout temps. ...plus globalement les CDC mentionnent que les verrues peuvent disparaître spontanément dans l'année peuvent aussi restées inchangées ou augmentées en taille ou en nombre [Workowski et Bolan, 2015].
<u>Manifestations cliniques</u> Peu d'entre nous (dermato) utilise le terme fougère... Je crois qu'il est essentiel de respecter les descriptions précises qui sont utilisées dans la littérature afin de ne pas limiter l'interprétation des lésions. Une terminologie reconnue permet de mieux nous comprendre, de mieux lire et interpréter la littérature.	Proposition retenue
Les condylomes peuvent se situer n'importe où et en particulier aux sites de frottements.	Proposition retenue
<u>Traitement par cryothérapie</u> Suggère 2 séquences de gel-dégel plutôt que 2 à 3.	Proposition retenue
Dans le rapport, les intervalles et la durée de traitement énoncés sont courts et 2 à 3 semaines reflètent mieux la pratique.	Ces intervalles et durées reflètent la littérature consultée mais le GUO mentionne 2- 3 semaines tel que rapporté par les membres du comité consultatif.
J'évitais de mettre un temps précis pour la congélation. Nous voyons des patients qui ont été traité trop agressivement. La technique n'est pas toujours comprise. Je citerais plutôt notre livre de dermato « Thérapeutique dermatologique, Louis Dubertret »: L'azote liquide peut être appliqué avec un coton-tige ou au cryojet. Le temps d'application est variable en fonction de la taille de la lésion et de sa localisation (5 à 30 secondes), jusqu'à l'obtention d'un halo de givrage de 1 à 2 mm autour de la lésion. Le temps d'application avec un cryojet sera plus court.	Les temps rapportés dans le rapport sont ceux de la littérature mais ne sont pas cité dans le GUO. La recommandation est conforme soit : S'assurer d'un gel suffisant sur un diamètre de 1 à 2 mm autour de la lésion.
Je trouve que le terme « esthétique » n'est pas adéquat dans : Hors, il est souligné, dans la littérature regardée et par les membres du comité	L'énoncé est modifié pour : Hors, il est souligné, dans la littérature regardée et par les membres du comité

COMMENTAIRES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
consultatif, l'effet psychosocial négatif des condylomes sur la personne atteinte et que traiter peut être un choix esthétique (section 3.1.2).	consultatif, que l'effet psychosocial négatif des condylomes sur la personne atteinte peut être un motif pour traiter.
Section 3.2, dans les forces il n'est pas mentionné la révision par une dermatologue.	À la suite de la phrase : « Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques, fournir de l'information contextuelle et expérientielle et pour formuler des recommandations était constitué de professionnels qui représentaient la majorité des professionnels touchés par le sujet — infectiologues, infirmiers, gynécologue, omnipraticiens, pharmaciens d'officine. », ajouter : Le document a aussi été révisé sous l'angle de la dermatologie en lecture externe.
Lecteur 3	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 9/10</u>	Aucune action requise
<u>1 Contenu général</u>	Aucune action requise
1.1 Document très facile à lire, excellente synthèse. Appropriation facile pour un non initié, information bien présentée	Aucune action requise
1.2 Résumé tout à fait accessible pour un lecteur non spécialiste	Aucune action requise
1.3 Méthodologie concordante avec la rigueur INESS habituelle.	Aucune action requise
1.4 Tour de la situation généralement fait. Voir suggestions pour les traitements : ci-bas dans la section 2...	Aucune action requise
1.5 Rien à rajouter de ce côté. sur la concision et la pertinence dans l'analyse des données.	Aucune action requise
1.8 Concernant l'applicabilité des recommandations, rien de particulier au Québec à ce sujet donc OK!	Aucune action requise
1.9 Très bien. Bon appui avec littérature déjà solide.	Aucune action requise
<u>2 Contenu spécifique</u>	
La partie qui présente les traitements est bien présentée. Elle est simple. L'information présentée est complète. Comme le sujet est relativement simple et que les traitements sont peu nombreux, il y a peu de matière à remettre en question les traitements présentés.	Aucune action requise

COMMENTAIRES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Je me permets quelques questions : 1- est-ce que la partie des effets indésirables et des échecs aux traitements gagnerait à être présentée après le tableau des traitements et non avant. Cela me semble plus une approche chronologique et logique.	Proposition retenue Le tableau a été changé déplacé
2- On ne précise pas en introduction de la partie des traitements que, parmi les traitements présentés, il n'y a pas de premier choix réel : efficacité comparable, tolérance comparable malgré différences interindividuelles... Gagnerait-on à préciser? Je trouve qu'il y a un manque à ce niveau. Études comparatives? Le lecteur va se poser assurément la question : «Qu'est-ce qu'on privilégie et quand?» bandeau informatif simple pourrait être adéquat pour combler ce manque potentiel.	Pour ce qui est des critères retenus pour l'ordre d'apparition des traitements dans le GUO, d'une façon générale, le BASHH mentionne concernant l'efficacité que : les traitements ont été comparés à l'absence de traitement ou à un placebo, mais les études comparatives sont très limitées ; la base de preuves pour diriger les traitements de première et deuxième ligne n'est donc pas forte ; tous les traitements ont des taux d'échec et de rechute importants [Lazaro, 2015]. Les membres sont d'avis de présenter les options de traitement en ordre alphabétique et de rendre disponibles en notes de bas de tableau les modalités de remboursement dans le cadre du RPAM. Une note est ajoutée pour justifier l'ordre d'apparition des traitements appliqués par la personne atteinte ou par le professionnel de la santé : • Le manque d'évidences scientifiques empêche de privilégier un traitement appliqué par la personne atteinte ou par un professionnel de la santé, et de prioriser une option thérapeutique à une autre.
3- Autre commentaire dans la section des manifestations cliniques : <i>Se situent principalement aux sites de frottement</i> Cette affirmation peut porter à questionnements. Je mettrais en parenthèses (peau à peau, peau à muqueuse, muqueuse à muqueuse) afin de préciser. Des professionnels non-médecins vont se poser la question.	Proposition retenue • Se situent n'importe où et en particulier aux sites de frottement (par exemple : peau à peau, peau à muqueuse, muqueuse à muqueuse);

ANNEXE H

Consultation des futurs utilisateurs

-Questions

Questions générales

1. Quel est votre profession ?

Infirmière spécialisée en soins de première ligne

☐

Omnipraticien

☐

Pharmacien

☐

Autre : _____

2. Le contenu des GUO est **pertinent** (adaptés à la réalité et aux besoins du terrain) à votre pratique :

Totalement en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Totalement en accord

Commentaires : _____

3. Le guide présente une information **claire et facile à comprendre** :

Totalement en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Totalement en accord

Commentaires : _____

4. **Il ne manque pas d'information importante** à ce guide :

Totalement en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Totalement en accord

Commentaires : _____

5. L'application des recommandations du GUO dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière :

Totalement en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Totalement en accord

Commentaires : _____

6. Le GUO proposent des options de traitement bien définies et faciles à suivre :

Totalement en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Totalement en accord

Commentaires : _____

7. Le GUO est clair quant aux mesures à prendre (investigations complémentaires et principes de traitement) lors de situations particulières :

Totalement en désaccord Plutôt en désaccord Plutôt en accord Totalement en accord

Commentaires : _____

8. Quels sont vos commentaires sur le visuel, la qualité, la clarté et la convivialité de ce guide ?

Commentaires : _____

9. Autres commentaires :

Commentaires : _____

-Résultats

Tableau H-1 Résultats du sondage en ligne proposé aux futurs utilisateurs potentiels du guide d'usage optimal

Questions	Répartition des réponses (4 réponses au total)
1. Quelle est votre profession ?	40 % Infirmière (n = 2)
	40 % Omnipraticien (n= 2)
	20 % Pharmacien (n = 1)
2. Le contenu des GUO est pertinent (adaptés à la réalité et aux besoins du terrain) à votre pratique	0 % Totalelement en désaccord (n = 0)
	0 % Plutôt en désaccord (n =0)
	40% Plutôt en accord (n = 2)
	60 % Totalelement en accord (n= 3)
3. Le guide présente une information claire et facile à comprendre	0 % Totalelement en désaccord (n = 0)
	0 % Plutôt en désaccord (n =0)
	40% Plutôt en accord (n = 2)
	60 % Totalelement en accord (n= 3)
4. Il ne manque pas d'information importante à ce guide	0 % Totalelement en désaccord (n = 0)
	0 % Plutôt en désaccord (n =0)
	40% Plutôt en accord (n = 2)
	60 % Totalelement en accord (n= 3)
5. L'application des recommandations du GUO dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière	0 % Totalelement en désaccord (n = 0)
	0 % Plutôt en désaccord (n =0)
	40% Plutôt en accord (n = 2)
	60 % Totalelement en accord (n= 3)
6. Le GUO proposent des options de traitement bien définies et faciles à suivre	0 % Totalelement en désaccord (n = 0)
	0 % Plutôt en désaccord (n =0)
	20% Plutôt en accord (n = 1)
	80 % Totalelement en accord (n= 4)
7. Le GUO est clair quant aux mesures à prendre (investigations complémentaires et principes de traitement) lors de situations particulières :	0 % Totalelement en désaccord (n = 0)
	0 % Plutôt en désaccord (n =0)
	40% Plutôt en accord (n = 2)
	60 % Totalelement en accord (n= 3)

Tableau H-2 Traitements des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du guide d'usage optimal

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponse de l'équipe projet
3. Le guide présente une information claire et facile à comprendre	Information mieux organisée que dans le précédent guide	Aucune action requise
	Dans la section Prise en charge, dernier point • une recommandation indiquant d'informer ses partenaires sexuels; Parlons-nous des partenaires sexuels actuels soit depuis l'apparition des lésions? Si oui, il serait important de le préciser.	Oui, il est question de partenaires sexuels actuels. Par ailleurs, les CDC mentionnent qu'aucune recommandation ne peut être formulée en ce qui concerne l'information à prodiguer aux futurs partenaires sexuels car la durée de la persistance du virus après la résolution des verrues est inconnue. Une précision a été ajoutée dans le GUO : • une recommandation indiquant d'informer ses partenaires sexuels actuels
	Dans la section Principes de traitement : • Avec ou sans traitement, les récurrences sont élevées : Qu'est-ce que ça veut dire exactement, que des lésions peuvent continuer de survenir durant la période (quelques semaines) suivant l'apparition des 1^{er} lésions ou que les récurrences quelques mois/année après un traitement sont fréquentes? Ce n'est pas clair ce que ça veut dire et laisse place à l'interprétation.	Le terme récurrence fait référence à la réapparition des symptômes. Cet énoncé a été précisé ainsi : • Avec ou sans traitement, il est fréquent que les condylomes réapparaissent
	Dans la section Manifestations cliniques 4 ^e point : • Sont généralement asymptomatiques; Qu'entend-on par sont généralement asx? Un condylome est une	Les condylomes sont un symptôme du VPH mais les condylomes peuvent aussi parfois avoir leurs propres

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponse de l'équipe projet
	lésion donc par définition un symptôme...Veut-on dire que la plupart du temps les lésions ne sont pas associées à d'autres sx comme du prurit ou des saignements? Si oui, c'est dit plus bas. Pas clair pour moi ce que ça signifie.	symptômes, soit occasionnellement du prurit et, plus rarement, des saignements. Sinon, ils sont généralement asymptomatiques. Le comité consultatif suggéré de séparer les deux éléments, qui étaient réunis dans le GUO 2012, afin de donner de l'importance aux symptômes occasionnels. Pour clarifier, la dernière puce devient une sous puce tel que : • Sont généralement asymptomatiques; • Causent occasionnellement du prurit et, plus rarement, des saignements
4. Il ne manque pas d'information importante à ce guide	Un mot sur les femmes enceintes serait utile quant à la transmission au bébé lors de l'accouchement si risque connu. Une question fréquemment rencontrée chez la clientèle, est-ce qu'il est possible d'avoir des condylomes dans la bouche? Avons-nous une réponse à cette question? Si oui, il pourrait être pertinent d'en glisser un mot.	La transmission verticale n'a pas été traitée dans le cadre de ces travaux. Selon les experts, ces cas ne relève généralement pas des professionnels ciblés par ces travaux. À cet effet, les professionnels ciblés sont précisé dans le bandeau. ... Les recommandations de ce guide s'adressent principalement aux professionnels de la santé de première ligne et s'appliquent

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponse de l'équipe projet
		aux personnes de 14 ans et plus ¹ atteintes de condylomes externes.... Ce point pourra être reconsidéré lors d'une prochaine mise à jour.
5. L'application des recommandations du GUO dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière	Même si c'est peu fréquemment rencontré en pratique, les GUO sont toujours utiles. D'ailleurs, surtout quand c'est peu fréquent car on oublie, donc facilite la standardisation et l'application des interventions nécessaires.	Aucune action requise
	Sauf en ce qui concerne la référence en urologie où l'accès est particulièrement problématique. Actuellement, nous référons en chirurgie général afin d'obtenir un avis spécialisé sur les risques associés à des condylomes au méat, intranaux ou en quantité/étendue trop importantes. Pour obtenir une urétrocystoscopie, le délai est vraiment trop long.	La référence pour une urétrocystoscopie est bonifiée par Ou • Diriger vers un collègue expérimenté
6. Le GUO proposent des options de traitement bien définies et faciles à suivre	Observation: Le fait que certains traitements efficaces sont dispendieux et que l'assurance de la RAMQ ne le couvre pas constitue une barrière pour plusieurs personnes à des traitements efficaces.	Tous les traitements sont réputés d'efficacité similaire
7. Le GUO est clair quant aux mesures à prendre (investigations complémentaires et principes de traitement) lors de situations particulières	Il pourrait être utile de préciser ce qu'on entend par collègue expérimenté.	Le terme collègue expérimenté se veut non restrictif à un groupe de professionnels (ex. médecins de deuxième ou troisième ligne) mais plutôt de permettre l'inclusion des expertises qui se développent.

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponse de l'équipe projet
	Je comprends que les patients atteints du VIH présentent souvent des condylomes mais inclure la PreP dans le GUO Condylomes m'apparaît peu compatible à la pratique clinique quotidienne des cliniciens qui ne travaillent pas en milieu spécialisé et qui ne connaissent pas vraiment la PPrE VIH. Ça donne l'impression que nous utilisons tout ce qui est à notre portée pour promouvoir la PPrE alors que la grande majorité des gens qui se présentent avec des condylomes en milieu clinique non spécialisé ne répondent pas aux indications de la PPrE.	Cet énoncé est retiré.
8. Quels sont vos commentaires sur le visuel, la qualité, la clarté et la convivialité de ce guide ?	Plus clair que le précédent	Aucune action requise
	J'aime bien, points de forme et l'info se repère bien.	Aucune action requise
	Visuel est bon, clarté bonne et très convivial	Aucune action requise
	Quand même facile à consulter	Aucune action requise
9. Tout autre commentaire	Beau travail!	Aucune action requise
	Beau travail!	Aucune action requise

RÉFÉRENCES

- Australasian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian STI management guidelines for use in primary care [site Web]. Sydney, Australie : Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM); 2018. Disponible à : <http://www.sti.guidelines.org.au/>.
- Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). La vaccination contre les VPH au Québec : mise à jour des connaissances et propositions du comité d'experts. Québec, Qc : Institut national de santé public du Québec (INSPQ); 2012. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1518_VaccVPHQc_MAJConnPropComiteExperts.pdf.
- Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CALI). Tests de contrôle à la suite de la détection d'une infection à *C. trachomatis* ou d'une infection à *N. gonorrhoeae* : indications et analyses recommandées. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2015. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/test_de_controle_c_trachomatis_et_n_gonorrhoeae.pdf.
- Lazaro N. UK national guidelines on the management of anogenital warts 2015. Macclesfield, Royaume-Uni : British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2015. Disponible à : <https://www.bashh.org/documents/UK%20national%20guideline%20on%20Warts%202015%20FINAL.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Maladies à déclaration obligatoire (MADO) [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2017a. Disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : mise à jour 2017. Québec, Qc : MSSS; 2017b. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Québec, Qc : MSSS; 2017c. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-308-02W.pdf>.
- New Zealand Sexual Health Society (NZSHS). Guidelines for the management of genital, anal and throat HPV infection In New Zealand. 9th Edition. Auckland, Nouvelle-Zélande : Sexually Transmitted Infections Education Foundation (STIEF); 2017. Disponible à : <http://direct.hpv.org.nz/application/files/3415/1555/8255/HPV-Guidelines-2017.pdf>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Québec, Qc : RAMQ; 2018. Disponible à : http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/medicaments/liste-med00/Annexe_H.pdf.
- Workowski KA et Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1-137.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

