


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

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction du médicament



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

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Rédigé par
Alain Prémont

Avec la collaboration de
Éric Plante

Coordination scientifique
Marie-Claude Breton

Sous la direction de
Sylvie Bouchard



Le guide d'usage optimal a été présenté au Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 13 décembre 2018.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteur principal

Alain Prémont, Pharm., MBA

Collaborateur interne

Éric Plante, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Directrice

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA

Repérage d'information scientifique

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Julien Chevrier, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Soutien administratif

Ginette Petit

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Martine Hébert, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-83654-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Condylomes externes (verruves anogénitales). Rapport rédigé par Alain Prémont. Québec, Qc : INESSS; 2019. 48 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ces travaux, les membres du comité consultatif sont :

M^{me} Danielle Gourde, pharmacienne, Pharmacie Martin Duquette

D^{re} Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M. Éric Lefebvre, infirmier clinicien, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Stéphane Roy, médecin-conseil, Direction de la santé publique de la Montérégie, Secteur des maladies infectieuses et gestion des menaces, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre

D^r Marc Steben, médecin-conseil, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

D^{re} Sylvie Venne, médecin-conseil, Direction de la lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^{re} Deana Funaro, dermatologue, nouveau CHU de Montréal (NCHUM)

D^{re} Carine Paquet, médecin de famille, CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke (CHUS)

M. Frédéric Poitras, pharmacien communautaire; chargé de cours, Faculté de pharmacie, Université Laval

Comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament

Présidence

D^r Pierre Ernst (président), pneumologue, Université McGill

Membres

M. Georges-Émile Bourgault, pharmacien, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, CISSS de Lanaudière, Direction de santé publique

M. Benoît Cossette, pharmacien, CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke (CHUS)

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, CSSS de la Vieille-Capitale

D^r Mathieu Forster, médecin de famille (certification du Collège des médecins de famille du Canada [CCMF])

M. Jean-Simon Fortin, consultant en éthique/candidat au Ph. D. (bioéthique), Université de Montréal

M^{me} Karina Gauthier, pharmacienne, CISSS de Laval

M. Frédéric Grondin, conseiller-cadre clinicien, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Maxime Lamarre-Cliche, interniste, Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

D^r Howard Margolese, médecin spécialiste

M. Jean-François Proteau, citoyen

Autres contributions

L'INESSS remercie également les personnes suivantes qui ont agi à titre de futurs utilisateurs potentiels pour l'évaluation du Guide d'usage optimal dans le cadre du présent projet :

M. Dany Bergeron, pharmacien propriétaire, Uniprix Santé, Saint-Maxime-du-Mont-Louis

M^{me} Sandra Chouinard, infirmière, programme SIDEP, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CLSC Haute-Ville

D^{re} Alexandra Hamel, médecin de famille, Clinique de Médecine Urbaine Quartier Latin

M^{me} Stéphanie Michaud, infirmière, Clinique ITSS Sécure, La Cité médicale – Sainte-Foy, Québec

D^{re} Martine Morin, médecin de famille, Clinique de planning, CIUSSS de l'Estrie — CHUS., médecin de famille.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs de ce rapport et du guide d'usage optimal (GUO) déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce guide.

Les membres du comité consultatif qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^{re} Annie-Claude Labbé : contrat d'évaluation de technologie, par le laboratoire de l'HMR, par la compagnie Roche sans avantage personnel (2016), honoraires de conférencière pour les Journées de pharmacologie de l'UdeM (2018), les JAJA de l'AMMIQ (2017), le symposium du PNMVH (2017 et 2018), remboursement de voyage d'AMMI Canada pour une conférence dans un symposium financé par Hologic (2017), membre du groupe de travail d'experts des Lignes directrices canadiennes sur les ITSS (non rémunérée) et du Comité sur les infections transmises sexuellement et par le sang (CITSS) à l'INSPQ (rémunérée).

D^r Marc Steben : allocation de voyage, financement ou versement d'honoraires pour l'organisation ou la réalisation de communications orales ou écrites (de la part Beckton Dickinson, Cepheid, Genocera, Hologic/Gen-Probe, Inovio, Merck/Merk Sharp, Paladin, Dohme/Sanofi Pasteur, Roche Molecular Systems et Valeant), propriétaire de la compagnie Communication Action-Santé Inc., membre de comités aviseurs pour Merck, Genocera, Inovio et rôle dans la HPV Awareness-Coalition priorité cancer

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	V
INTRODUCTION	1
1. METHODOLOGIE	2
1.1. Question d'évaluation	2
1.2. Questions de recherche	2
1.3. Stratégie de recherche d'information	3
1.4. Sélection des documents	4
1.5. Évaluation de la qualité méthodologique des documents.....	5
1.6. Extraction.....	5
1.7. Analyse et synthèse des données issues de la littérature	6
1.8. Repérage des données contextuelles et expérientielles à partir des consultations avec les parties prenantes	6
1.9. Méthode délibérative et de formulation des recommandations	7
1.10. Validation par les pairs	8
2. RÉSULTATS	9
2.1. Sélection, description et qualité des documents retenus.....	9
2.2. Titre du guide d'usage optimal	9
2.3. Bandeau	9
2.4. Généralités	10
2.5. Manifestations cliniques	12
2.6. Prise en charge	14
2.7. Principes de traitement.....	18
2.8. Traitements.....	19
2.9. Suivi	28
2.10. Vaccination	28
2.11. Interventions préventives relatives aux ITSS	30
3. DISCUSSION	31
3.1. Principaux constats	31
3.2. Forces et limites de l'évaluation	32
3.3. Retombés cliniques et sociétales.....	33
4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES	34
4.1. Titre du guide d'usage optimal	34
4.2. En-tête	34
4.3. Généralités	35
4.4. Manifestations cliniques	36

4.5. Prise en charge 37
4.6. Principes de traitement..... 39
4.7. Suivi 44
4.8. Vaccination 44
4.9. Interventions préventives relatives aux ITSS 44
CONCLUSION **46**
RÉFÉRENCES..... **47**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères d’inclusion et d’exclusion pour les questions de recherche 5

RÉSUMÉ

Introduction

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en 2012 une série de cinq guides d'usage optimal (GUO) sur le traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang. L'un de ces cinq guides traite des condylomes, liés à une infection par les virus du papillome humain (VPH). L'objectif de l'INESSS était donc de procéder à la mise à jour complète du GUO de 2012 sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes (verrues génitales), selon un processus de révision systématique de la littérature.

Méthodologie

La réalisation de cette mise à jour est fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur les recommandations provenant de guides de pratique clinique (GPC) de bonne qualité méthodologique, qui ont été bonifiées par le savoir expérimentiel de différents experts et cliniciens, ainsi que par des éléments de contexte législatif et organisationnel propres au Québec comprenant les publications gouvernementales de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Résultats

Des changements mineurs ont été apportés au GUO avec cette mise à jour. Les sections Généralités, Manifestations cliniques et Prise en charge ont été précisées et clarifiées, et une sous-section concernant l'histoire naturelle a été ajoutée pour compléter l'information. Aux éléments à prendre en considération lors de décision de traiter ou non les condylomes externes, mentionnons notamment la détresse psychologique, causée chez certaines personnes par les condylomes, et les effets indésirables liés au traitement. De plus, la section concernant les interventions préventives a été arrimée à celles des GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique, ITSS – *Chlamydia trachomatis*, ainsi qu'à *Neisseria gonorrhoeae* publiés par l'INESSS en 2018.

Le principal changement est l'ajout d'une option thérapeutique, soit l'onguent de sinécatechines 10 %, à celles déjà en place. Les trois GPC consultés en recommandent une application trois fois par jour pour un maximum de 16 semaines. La *British Association for Sexual Health and Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (BASHH), un des GPC retenus, rapporte enfin une efficacité semblable aux autres options thérapeutiques.

Enfin, concernant la vaccination, outre les types de vaccin disponibles et, à l'instar du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), l'information a été ajoutée stipulant que les vaccins ont une certaine efficacité contre les réinfections par les VPH inclus dans les vaccins.

Conclusion

La réalisation de cette mise à jour du GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes externes (verrues anogénitales) a été réalisée afin que les recommandations reflètent les meilleures pratiques. Les informations et les recommandations cliniques portent notamment sur les généralités associées aux condylomes externes, les manifestations cliniques, la prise en charge, les principes de traitement et le suivi. Le présent GUO permettra d’orienter et de soutenir la pratique des professionnels de la santé afin d’optimiser la prise en charge des personnes atteintes de condylomes externes.

SUMMARY

Pharmacological treatment of sexually transmitted and blood-borne infections – External condylomas (anogenital warts)

Introduction

In 2012, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) published a series of five optimal use guides (OUGs) on the pharmacological treatment of sexually transmitted and blood-borne infections (STBBI). One of these five guides concerns condylomas, which are associated with human papillomavirus (HPV) infection. INESSS's objective was to completely update the OUG entitled Pharmacological treatment: STBBI – Condylomas (genital warts) by means of a systematic literature review.

Methodology

This update is based on the best available scientific data and on recommendations in clinical practice guidelines (CPGs) of good methodological quality, which were enriched with experiential knowledge from different experts and clinicians, and with legislative and organizational contextual elements specific to Québec, including government publications from the Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) and the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Results

Minor changes were made to the OUG as the result of this update. The sections General Considerations, Clinical Manifestations and Management were made more detailed and clearer, and a subsection on natural history was added to round out the information. Among the elements to be taken into consideration when deciding whether or not to treat external condylomas are psychological distress, which they cause in some individuals, and the adverse effects associated with the treatment. Furthermore, the section on preventive measures has been linked to those in the following OUGs on the pharmacological treatment of STBBI published by INESSS in 2018: *STBBI – Syndromic Approach* and *STBBI – Uncomplicated Chlamydia trachomatis or Neisseria gonorrhoeae infection*.

The main change is the addition of a therapeutic option, namely, sinecatechins 10% ointment, to the existing arsenal. The three sets of CPGs consulted recommend applying the ointment thrice daily for a maximum of 16 weeks. The British Association for Sexual Health and Human Immunodeficiency Virus (HIV) (BASHH), whose guidelines were among those consulted, reports efficacy similar to that of the other therapeutic options.

Lastly, on the subject of vaccination, in addition to the types of vaccines available, and like the Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), information was added stipulating that vaccines have a certain degree of efficacy against reinfections by the HPVs included in them.

Conclusion

This update of the OUG on the pharmacological treatment of STBBI, *ITSS – Condylomes externes (verrues anogénitales)*, was carried out to ensure that the recommendations reflect the best practices. The information and the clinical recommendations mainly concern the general considerations regarding external condylomas, the clinical manifestations, management, treatment principles, and follow-up. This OUG will serve to guide and support health professionals' practice in order to optimize the management of patients with external condylomas.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABC	Acide bichloroacétique
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
APhC	Association des pharmaciens du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ATC	Acide trichloracétique
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
BDPP	Base de données sur les produits pharmaceutiques
BID	<i>bis in die</i> : deux fois par jour
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEC	Comité d'excellence clinique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DGSHMSU	Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire
DIE	<i>diebus</i> : une fois par jour
e-CPS	electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties
FDA	Food and Drug Administration
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guide de pratique clinique
GUO	Guide d'usage optimal
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HR	Haut risque
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRCM	Institut de recherches cliniques de Montréal
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LDC	Lignes directrices canadiennes
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

NCI	Néoplasie cervicale intraépithéliale
NGC	National Guideline Clearinghouse
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PIPO	Population, intervention, professionnels/personnes, objectifs
PPrE	Prophylaxie préexposition
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
UOM	Usage optimal du médicament
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

INTRODUCTION

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en 2012 une série de cinq guides d'usage optimal (GUO) sur le traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). L'un de ces cinq guides traite des condylomes acuminés, liés à une infection au virus du papillome humain (VPH). L'objectif de l'INESSS était donc de procéder à la mise à jour complète du GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes (verrues génitales), selon un processus de révision systématique de la littérature.

Bien que le terme condylome ait été adopté pour les recommandations du présent GUO, les synonymes, verrue génitale et verrue anogénitale, ont été maintenus lorsque les données des GPC sont rapportées afin de refléter l'appellation recensée dans les GPC de provenance.

1. MÉTHODOLOGIE

Les méthodes proposées pour traiter les questions de recherche respectent les normes de qualité de l'INESSS et incluent la « triangulation » des informations scientifiques, contextuelles et expérientielles. Une recherche documentaire a été réalisée pour répondre à chacune des questions de recherche. L'analyse des données a été effectuée dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant sur des données expérientielles obtenues en consultant les parties prenantes, y compris les membres du comité consultatif et ceux du comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament.

1.1. Question d'évaluation

Les modalités de bonnes pratiques cliniques relatives à la prise en charge et au traitement pharmacologique des condylomes (verrues génitales), chez les personnes de 14 ans et plus, ont-elles évolué depuis 2012?

1.2. Questions de recherche

Les questions de recherche ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPO : la population, l'intervention, les professionnels à qui s'adressera le GUO, les résultats (outcomes).

1.2.1. Étiologie

1. Quelle est l'étiologie des condylomes?

1.2.2. Transmission

2. Quelle est la contagiosité des condylomes?
3. Quelles sont les caractéristiques principales de transmission des condylomes chez les personnes de 14 ans et plus?

1.2.3. Histoire naturelle

4. Quelle est l'histoire naturelle des condylomes chez les personnes de 14 ans et plus?

1.2.4. Manifestations cliniques

5. Quelles sont les principales manifestations cliniques (signes et symptômes) des condylomes chez les personnes de 14 ans et plus?

1.2.5. Prise en charge

6. Quels sont les principes de prise en charge des personnes de 14 ans et plus atteintes de condylomes?

1.2.6. Modalités de pratique

7. Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques relatives aux condylomes chez les personnes de 14 ans et plus concernant :
 - a. les principes de traitement;
 - b. le traitement pharmacologique;
 - c. le suivi?
8. Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques relatives aux condylomes chez les femmes enceintes concernant :
 - a. les principes de traitement;
 - b. le traitement pharmacologique;
 - c. le suivi?
9. Quels sont les effets indésirables associés à l'usage des traitements pharmacologiques des condylomes externes chez les personnes âgées de 14 ans et plus?

1.2.7. Vaccination

10. Quelles sont les bonnes pratiques de vaccination contre le VPH?
11. Quelle protection offre la vaccination contre les condylomes?

1.3. Stratégie de recherche d'information

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche d'information a été effectuée dans plus d'une banque de données, soit PubMed, Embase et EBM Reviews. La recherche documentaire s'est limitée aux documents publiés entre janvier 2015 et juin 2018, et uniquement les publications en français et en anglais ont été retenues. La stratégie de recherche peut être consultée dans les annexes complémentaires du rapport (annexe A).

Une recherche manuelle a également été effectuée en consultant les sites Internet des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, d'associations ou ordre professionnels en lien avec la thématique des travaux. La liste complète des sites consultés est présentée dans les annexes complémentaires du rapport (annexe A). Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

Les documents publiés dans les différentes directions de l'INESSS ont été consultés. Les Listes de médicaments publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (établissements et régime public d'assurance médicament [RPAM]) ont aussi été consultées.

Les documents provenant des agences réglementaires nord-américaines, dont Santé Canada et la Food and Drug Administration (FDA), ont été consultés, ainsi que les lignes directrices provenant de sociétés savantes reconnues dans le domaine et les documents rédigés par des associations, ordres professionnels ou autres organisations du Québec, incluant le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les monographies officielles des traitements contre les condylomes homologués par Santé Canada ont aussi été consultées par le truchement de la base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP) de Santé Canada ou, à défaut, par l'electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (e-CPS). Le guide thérapeutique portant sur la grossesse et l'allaitement publié par Ema Ferreira a aussi été consulté [Ferreira *et al.*, 2013].

1.4. Sélection des documents

La première sélection des documents répertoriés par la recherche de l'information a été effectuée par deux examinateurs (AP, EP). Cette première sélection était basée sur les titres et résumés des documents, selon les critères de sélection présentés ci-dessous (population, pays, année de sélection). La deuxième sélection a porté sur la lecture complète des documents en fonction de l'ensemble des critères de sélection et a été effectuée par deux examinateurs (AP, EP). Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus. Au besoin, l'avis d'un troisième examinateur (MCB) a été nécessaire. Les arguments pour une inclusion ou une exclusion ont été conservés dans un fichier de gestion des références. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des études est présenté dans les annexes complémentaires du rapport (annexe B) ainsi que la liste des études exclues avec les raisons de l'exclusion (annexe C).

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion pour les questions de recherche

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Questions 1 à 10		
POPULATION	Personnes de 14 ans ou plus Femmes enceintes	
INTERVENTION	Traitement contre les condylomes	
RÉSULTATS	Étiologie Histoire naturelle Transmission Manifestations cliniques Prise en charge Modalités de bonnes pratiques <ul style="list-style-type: none"> a. les principes de traitement; b. le traitement pharmacologique; c. le suivi. Vaccination	Transmission verticale
MILIEU	Ambulatoire	Hospitalier
TYPES DE PUBLICATION	GPC Conférences de consensus Lignes directrices	
PÉRIODE DE RECHERCHE	2015 à juin 2018	
LANGUE	Français et anglais	Autres que français et anglais
QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE	Publications jugées de qualité méthodologique bonne ou modérée à partir de l'outil d'évaluation AGREE II (50 % et plus et soutenu par une RS)	Documents jugés de faible qualité méthodologique à partir de l'outil d'évaluation AGREE II

1.5. Évaluation de la qualité méthodologique des documents

L'évaluation de la qualité des documents a été faite de façon indépendante par deux examinateurs (MT, KL¹). L'outil d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers *et al.*, 2010] a été utilisé pour évaluer la qualité des documents comportant des lignes directrices. Les désaccords ont été réglés par consensus. L'évaluation de la qualité méthodologique des recommandations cliniques incluses est présentée dans les annexes complémentaires du rapport (annexe D).

1.6. Extraction

L'extraction des données issues des documents présentant des recommandations a été effectuée par un examinateur à l'aide de tableaux d'extraction préétablis qui précisaient, entre autres, l'organisme, les auteurs, l'année de publication, les recommandations et leur force, la preuve à l'appui, l'argumentaire et les conclusions des auteurs. Ces tableaux ont été testés sur quelques publications afin d'en assurer la validité. Les données extraites ont été vérifiées par un deuxième examinateur. La liste et les

¹ MT=Mélanie Turgeon; KL=Karine Lejeune.

caractéristiques des documents retenus pour les questions de recherche 1 à 10 sont présentées dans les annexes complémentaires du rapport (annexe E) ainsi que les tableaux d'extraction des recommandations cliniques (annexe F).

1.7. Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Les informations concernant l'étiologie, la transmission, l'histoire naturelle, les manifestations cliniques, les modalités de pratique et la vaccination ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative. Les recommandations extraites des GPC, des conférences consensuelles et des lignes directrices, appuyées par un niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été extraites dans des tableaux pour fins de comparaison et d'analyse.

1.8. Repérage des données contextuelles et expérientielles à partir des consultations avec les parties prenantes

L'INESSS a formé deux groupes de travail, soit le comité consultatif (experts) et le comité d'excellence clinique (CEC) en usage optimal du médicament (UOM) afin de l'accompagner dans la démarche de mise à jour du GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes (verruës génitales). La composition de ces groupes de travail est présentée dans les pages liminaires du présent document.

1.8.1. Comité consultatif

À l'occasion d'une rencontre téléphonique, d'une rencontre présentielle et d'échanges par courriels, les membres du comité consultatif ont été invités à étudier et à débattre de l'information et des recommandations extraites et à les comparer à celles présentes dans la version 2012 du GUO. Ces échanges ont permis, notamment, de recueillir des données expérientielles et contextuelles nécessaires à l'élaboration des recommandations : aspects scientifiques et cliniques, considérations sociales et organisationnelles, etc.

La contribution du comité consultatif a été documentée en utilisant des fiches d'interaction consignées dans un espace de travail commun. Les fiches contiennent l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse de ses points saillants et les précisions sur le suivi effectué. De plus, les consultations de groupe ont été enregistrées avec l'accord des participants.

1.8.2. Comité d'excellence clinique

Afin de s'assurer de la justesse des recommandations ainsi que de leur acceptabilité professionnelle et sociale, un autre groupe, le comité d'excellence clinique (CEC), a été consulté. Le CEC est un comité aviseur de l'INESSS, dont la formation est prévue dans la loi. Le comité consulté pour le présent avis relève de deux directions scientifiques soit la Direction des services sociaux et la Direction du médicament.

Les membres du CEC contribuent à assurer la justesse des recommandations ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des produits de l'INESSS. À cette fin, ils partagent leurs connaissances et leur expertise en appui à l'exercice du cycle d'activités de l'Institut en matière de hiérarchisation, production, soutien à l'implantation et mesures d'évaluation.

1.8.3. Comité de gouvernance

Le comité de gouvernance est composé du président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la directrice générale de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), du directeur général et secrétaire du Collège des médecins du Québec (CMQ), de la sous-ministre associée de la Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire (DGSHMSU) du MSSS ainsi que du président-directeur général de l'INESSS. Son mandat a une portée stratégique afin, notamment, de favoriser la mise en œuvre efficace des recommandations et des mesures à privilégier parmi celles proposées par l'INESSS au regard des projets qui touchent le médicament et qui sont inclus dans le chantier de pertinence clinique. Des rencontres régulières avec les membres du comité de gouvernance ont été tenues afin d'aborder les différents enjeux relatifs au projet.

1.9. Méthode délibérative et de formulation des recommandations

L'élaboration des recommandations a été réalisée avec le comité consultatif. Ainsi, pour chaque question de recherche, un tableau synthèse a été présenté au comité consultatif et mettait en parallèle : 1) les recommandations formulées par l'INESSS en 2012 par l'intermédiaire d'un GUO; 2) les données scientifiques ou les recommandations de bonnes pratiques cliniques provenant des documents retenus; 3) les données contextuelles; et 4) les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à la suite de l'analyse de la preuve. Des données contextuelles et expérientielles supplémentaires ont été apportées par les membres du comité consultatif au cours de la réunion. Cette triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles permet de compenser les biais inhérents à chacune des sources de données et ainsi d'accroître la fiabilité des recommandations [Denzin et Lincoln, 2000].

Les membres du comité ont par la suite échangé à propos de la preuve dans un processus délibératif informel afin de formuler des recommandations initiales. Dans un deuxième temps, les membres du comité se sont prononcés sur les recommandations finales, soit en délibéré ou par courriel, selon le niveau de divergence des opinions initiales. Les recommandations retenues sont celles pour lesquelles un consensus entre les experts a été obtenu. Pour être retenue, une recommandation devait avoir l'approbation d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou la pertinence d'inclure une recommandation, cette dernière a été retirée, reformulée ou modifiée après consultation d'avis externes.

Les recommandations ont été élaborées en prenant en considération la qualité de la preuve scientifique, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients d'une

recommandation, les valeurs et les préférences des professionnels et l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique au Québec. Le processus d'élaboration des recommandations requiert également l'examen, avec le comité consultatif, des retombées de leur application sur la population cible et celui des répercussions potentielles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

1.10. Validation par les pairs

Le rapport préliminaire des résultats et le GUO ont été envoyés à trois lecteurs externes (dermatologue, médecin de famille et pharmacien) pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur implication dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec; leur nom et leur affiliation sont présentés dans les pages liminaires du présent document.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale du GUO, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, plusieurs futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec ont été consultés. Un sondage en ligne a été effectué au mois de décembre 2018 pour recueillir leurs commentaires sur cet outil. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du présent document.

Les commentaires des lecteurs externes et ceux des futurs utilisateurs potentiels ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final. Ils sont reproduits dans des tableaux récapitulatifs présentés dans les annexes complémentaires de ce rapport.

2. RÉSULTATS

Afin de répondre aux questions de recherche, une triangulation a été réalisée entre les données du GUO ITSS – Condylomes (verrues génitales) de janvier 2012, les données issues de la littérature scientifique et des GPC, ainsi que les données contextuelles et expérientielles obtenues à l'occasion des rencontres avec les membres du comité consultatif. Elle a permis de décider du maintien, de la mise à jour, du retrait ou de l'ajout de nouvelles informations au guide.

2.1. Sélection, description et qualité des documents retenus

La recherche d'information a permis de répertorier 1629 documents, parmi lesquels deux GPC ont été retenus [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015]. Ces GPC proviennent du Royaume-Uni, soit la British Association for Sexual Health and Human Immunodeficiency Virus (HIV) (BASHH) [Lazaro, 2015], et des États-Unis, soit les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Workowski et Bolan, 2015]. Une mise à jour des LDC sur les ITSS de l'Agence de la santé publique du Canada a aussi été retenue pour son contenu contextuel canadien, bien que sa méthodologie ne corresponde pas à un document de bonne qualité ou de qualité modérée [ASPC, 2014].

Les recommandations extraites de ces documents sont fondées sur des données scientifiques ainsi que sur l'opinion d'experts. Les trois GPC ont été utilisés pour répondre aux questions de recherche 1 à 11.

2.2. Titre du guide d'usage optimal

Les parties prenantes sont d'avis que le titre du GUO doit préciser qu'il traite des condylomes externes uniquement. Ainsi, le titre suivant a été proposé :

- *Traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes externes (verrues anogénitales)*

2.3. Bandeau

Cette section a récemment fait l'objet d'une révision complète dans le GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique. Son contenu a donc été adapté dans la présente mise à jour du GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes (verrues génitales) de 2012. L'argumentaire en appui à ces recommandations est détaillé dans le rapport en soutien au GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique [INESSS, 2017]. Une précision quant aux professionnels à qui ce GUO est destiné a été apportée.

L'en-tête du GUO ITSS – Condylomes (verrues anogénitales) sera donc le suivant :

- Le présent guide d'usage optimal s'adresse principalement aux professionnels de la santé de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le

jugement du clinicien. Les recommandations de ce guide s'adressent aux personnes de 14 ans et plus¹. Elles ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consulter le rapport [Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Condylomes externes \(verrues anogénitales\)](#).

¹ Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au [Guide d'intervention médicosociale – Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle](#).

2.4. Généralités

2.4.1. Étiologie

L'étiologie des condylomes est rapportée par les trois GPC comme étant le virus du papillome humain (VPH). Des 100 génotypes de VPH identifiés [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015], au moins 40 peuvent infecter la région génitale [Workowski et Bolan, 2015] ou infecter les muqueuses humides des voies anogénitales, de la cavité buccale et de l'oropharynx [ASPC, 2014].

Le BASHH et les CDC rapportent que 90 % des condylomes sont causés par les types de VPH 6 et 11 [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015], à faible risque cancéreux [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014].

Tels que rapportés par les CDC et les LDC, les types de VPH 16, 18, 31, 33 et 35 sont aussi occasionnellement responsables des verrues anogénitales (généralement en co-infection avec les VPH 6 ou 11) et peuvent être associés à des foyers de lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014], en particulier chez les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine [Workowski et Bolan, 2015], ou de maladies rares comme la papillomatose respiratoire récurrente [ASPC, 2014].

Les LDC mentionnent la possibilité fréquente d'infection simultanée, par plusieurs types de VPH, en particulier chez les sujets qui présentent des condylomes [ASPC, 2014].

Les LDC et le BASHH mentionnent que des lésions peuvent devenir cancéreuses [Lazaro, 2015; ASPC, 2014] par un ou plusieurs types de VPH oncogène à haut risque (HR) (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59-68). Les CDC précisent que ces VPH HR peuvent 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 [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014].

Il est de l'avis des membres du comité consultatif que le contenu de la section « étiologie » doit rester centré sur l'étiologie des condylomes uniquement et que le contenu actuel qui concorde avec l'information trouvée dans les différents GPC retenus soit toujours adéquat et pertinent. Toutefois, la dernière puce concernant la « non-protection croisée des types de VPH » est transférée dans la section sur l'histoire naturelle (section 2.4.3).

2.4.2. Transmission

Le BASHH parle de transmission le plus souvent par contacts sexuels [Lazaro, 2015]. Les LDC parlent de transmission facile entre partenaires de sexe opposé ou de même sexe à la suite de relations sexuelles et en qualifiant le type de relation comme étant soit réceptive ou insertive vaginale, anale et buccale et de relations sexuelles non insertives (digitovaginales et contact de peau à peau) [ASPC, 2014]. Cependant, les CDC rapportent que les verrues intra-anales sont observées principalement chez les personnes qui ont eu des relations sexuelles anales réceptives, mais qu'elles peuvent également survenir chez les hommes et les femmes qui n'ont jamais eu de contact sexuel anal [Workowski et Bolan, 2015].

Concernant la transmission par des objets inanimés, le BASHH mentionne qu'il n'y a pas de bonne preuve scientifique pour positionner un lien causal ou non [Lazaro, 2015].

La transmission verticale est aussi abordée par les LDC bien que les mécanismes n'aient pas encore été élucidés [ASPC, 2014]. Le BASHH utilise le terme de transmission périnatale [Lazaro, 2015].

Enfin, bien qu'une réduction de l'ADN du virus du VPH apparaisse à la suite du traitement, les CDC mentionnent qu'une réduction de la transmission future reste inconnue [Workowski et Bolan, 2015].

Il est de l'avis des membres du comité consultatif que le contenu de la section Transmission est encore adéquat et pertinent dans l'ensemble. Toutefois, des modifications mineures ont été apportées concernant la terminologie (Contagion a été modifiée par transmission conformément aux GPC et région non couverte par région non protégée). La façon de mentionner les types de relations sexuelles a été arrimée à celle utilisée dans les GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique et ITSS – *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* [INESSS, 2018; INESSS, 2017]. L'énoncé concernant les objets inanimés a été retiré puisqu'il n'est pas soutenu par la littérature et celui traitant de la durée de contagion puisqu'il apparaît déjà dans les conseils à la personne atteinte. L'énoncé concernant le fait d'ignorer être infecté a été positionné plus pertinemment dans la nouvelle section sur l'histoire naturelle (section 2.4.3).

Les énoncés de cette section sont donc ajustés et libellés ainsi :

- Risque élevé de transmission;
- Par tout type de contact sexuel (génital, oro-génital, anal ou oro-anal);
- Le VPH peut infecter des régions non protégées par le condom.

2.4.3. Histoire naturelle

Les trois GPC mentionnent que l'infection à VPH est généralement asymptomatique [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014] ou non reconnue [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015]. Les CDC précisent que ces infections à VPH sont autolimitées [Workowski et Bolan, 2015].

Le BASHH et les LDC mentionnent que les condylomes peuvent mettre trois semaines à huit mois pour apparaître [Lazaro, 2015; ASPC, 2014] et ce délai peut atteindre 18 mois selon les BASHH [Lazaro, 2015]. Les LDC mentionnent de plus « 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; 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 » [ASPC, 2014].

Les LDC mentionnent que les verrues anogénitales sont spontanément résolutive chez 10 à 30 % des cas dans les trois mois suivant l'infection, le délai médian de résolution étant de six mois [ASPC, 2014]; le BASHH rapporte 30 % dans les six mois [Lazaro, 2015] et, plus globalement, les CDC mentionnent que les verrues peuvent disparaître spontanément dans l'année et qu'elles peuvent aussi rester inchangées ou augmenter en taille ou en nombre [Workowski et Bolan, 2015].

Le BASHH ajoute qu'une apparente nouvelle infection peut ainsi être en fait une récurrence [Lazaro, 2015]. De plus, il ne semble pas se développer de protection croisée entre les différents types de VPH apparentés [ASPC, 2014].

Il est de l'avis des membres du comité consultatif que cette section d'histoire naturelle permet de bien compléter les généralités et d'assurer une logique des énoncés tirés des sections Étiologie, Transmission et Manifestations cliniques. Par ailleurs, il a été suggéré de préciser les données sur la disparition des condylomes : les parties prenantes considèrent qu'il faut ici rapporter que les condylomes peuvent disparaître en tout temps plutôt que de relever uniquement qu'ils peuvent disparaître dans l'année.

Les énoncés de cette section ont donc été formulés ainsi :

- La grande majorité des personnes ignorent être infectées par le VPH;
 - il est difficile d'identifier le moment de l'infection initiale;
- Les condylomes peuvent disparaître spontanément en tout temps;
- La disparition des condylomes ne protège pas d'une récurrence du même type ou d'une co-infection par un autre type de VPH.

2.5. Manifestations cliniques

Les GPC retenus abordent les manifestations de l'infection par les VPH, les condylomes étant l'une de ces manifestations, et les manifestations des condylomes plus spécifiquement. Les condylomes sont décrits selon leur apparence, leur localisation, leur incubation et leur résolution.

Différentes manifestations, dépendamment du type de VPH impliqué, peuvent se produire. Les infections à VPH HR (par exemple, types 16 et 18) causent la plupart des cancers et précancers du col de l'utérus, du pénis, de la vulve, du vagin, de l'anus et de l'oropharynx. L'infection à VPH FR, non cancéreuse (par exemple, types 6 et 11)

provoque des verrues génitales et une papillomatose respiratoire récurrente [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. Le BASHH rapporte, comme autres manifestations, de l'irritation locale, des saignements et de l'inconfort [Lazaro, 2015].

Bien que les condylomes soient généralement asymptomatiques, en fonction de leur localisation, les LDC et les CDC rapportent comme manifestation un prurit, un écoulement local et des saignements [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. Le BASHH décrit les condylomes comme étant le plus souvent des excroissances souples de type chou-fleur, de taille variable [Lazaro, 2015]. Les LDC ajoutent les termes multiples, asymétriques et polymorphes, aux caractéristiques des condylomes. Moins fréquemment, elles peuvent aussi se présenter sous forme de verrues plates, en forme de plaque ou pigmentées [Workowski et Bolan, 2015]. Rarement, les verrues peuvent croître plus rapidement et s'infiltrer dans les tissus locaux ou provoquer une érosion locale (lésion de Buschke-Lowenstein). Les CDC utilisent les qualificatifs, papuleuses ou pédiculées sur la muqueuse génitale [Workowski et Bolan, 2015]. Les LDC mentionnent aussi les autres lésions associées au VPH-FR de types 6 et 11 en annexe C de leur GPC. On y retrouve notamment la maladie de haut grade de la vulve, du pénis ou de la région périanale, autrefois connue sous le nom de papulose bowénoïde (lésions surélevées à surfaces verruqueuses, avec ou sans kératinisation et/ou pigmentation brun-rouge ou cancer, possiblement causée par une co-infection par des types HR) [ASPC, 2014].

Le BASHH et les LDC localisent les condylomes de façon générale à la région anogénitale [Lazaro, 2015; ASPC, 2014], qui est précisée par les CDC comme certains sites anatomiques, notamment autour de l'entrée vaginale, sous le prépuce du pénis non circoncis et sur la tige du pénis circoncis [Workowski et Bolan, 2015]. Les verrues peuvent également apparaître sur plusieurs sites dans l'épithélium anogénitale ou dans le tractus anogénital (par exemple, le col de l'utérus, le vagin, l'urètre, le périnée, la peau périanale, l'anus et le scrotum) [Workowski et Bolan, 2015].

Uniquement les informations sur les manifestations cliniques ont été conservées dans cette section. En conséquence, les manifestations du VPH ont été intégrées dans la section Histoire naturelle. De plus, les membres préfèrent ne pas véhiculer l'information sur la période d'incubation qui est très variable (de 3 à 18 mois) d'autant que la notification des partenaires pour les condylomes n'est pas recommandée. Concernant la résolution spontanée, celle-ci est mentionnée dans la section sur l'histoire naturelle et celle sur les principes de traitement.

Les informations concernant les condylomes asymptomatiques et symptomatiques ont été séparées en puces et sous-puces. Ainsi, de l'importance est donnée aux symptômes pouvant occasionnellement être causés par les condylomes.

À propos de la forme des condylomes acuminés, les termes « fougère » et « crête de coq » n'apparaissent pas dans la littérature retenue; les parties prenantes maintiennent le terme « crête de coq », usuel dans la pratique, qui image bien la forme des lésions et ne limite pas l'interprétation des lésions. La description des autres formes de lésions,

moins fréquentes, est ajustée à ce qui apparaît dans la littérature retenue. L'ancienne appellation « papulose bowénoïde » est retirée.

Les parties prenantes maintiennent l'énoncé stipulant que les condylomes se situent principalement aux sites de frottement, puisque résumant bien la localisation mentionnée dans la littérature, en précisant qu'ils peuvent tout de même se situer n'importe où et en définissant le terme sites de frottement.

Les énoncés sont maintenant :

Les condylomes :

- Sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques;
 - Se manifestent d'une des façons suivantes :
 - généralement par des lésions exophytiques en forme de chou-fleur ou de crête de coq (condylomes acuminés);
- OU,
- moins fréquemment, par des lésions papulaires, plates, en forme de plaque ou pigmentées, ou par une érosion locale;
 - Se situent n'importe où et en particulier aux sites de frottement (par exemple : peau à peau, peau à muqueuse, muqueuse à muqueuse);
 - Sont généralement asymptomatiques;
 - causent occasionnellement du prurit et, plus rarement, des saignements.

Concernant l'usage d'acide acétique qui n'est plus recommandé [Workowski et Bolan, 2015] depuis longtemps pour la recherche de lésions subcliniques, et qui n'est plus mentionné non plus dans l'enseignement, les membres suggèrent de ne plus la mentionner et de retirer la mise en garde la concernant.

2.6. Prise en charge

Le BASHH et les LDC abordent la prise en charge des personnes atteintes de condylomes sous l'angle de l'examen physique. On y retrouve les mêmes éléments, notamment une inspection visuelle des organes génitaux externes afin de rechercher des lésions d'aspect verruqueux, de précancers et de cancers (colposcopie, au besoin [Lazaro, 2015]), un examen au spéculum du vagin et du col utérin chez la femme pour rechercher des lésions d'aspect verruqueux, de précancers et de cancers et pour prélever un échantillon pour le test Pap [ASPC, 2014].

Selon les LDC, une colposcopie n'est pas indiquée lors de verrues anogénitales. Il y est rapporté que « [b]ien que Li *et al.* aient observé une forte prévalence des néoplasies cervicales intraépithéliales (NCI) de grade 2 et 3 parmi les femmes porteuses de verrues anogénitales, ces femmes ne tireront probablement des bienfaits de la colposcopie que si le test Pap a déjà révélé la présence d'anomalies cervicales [Li *et al.*, 2003] » [ASPC, 2014]. Les LDC ajoutent de 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.

Une uréthroscopie est recommandée par les LDC chez les personnes ayant des problèmes d'écoulement urinaire qui pourraient être attribuables à la présence de verrues anogénitales dans la partie distale de l'urètre ou dans le méat urétral [ASPC, 2014].

Les LDC mentionnent, sans en faire une recommandation, qu'il n'y a actuellement pas de 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, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HARSAH], femme ayant déjà eu des relations sexuelles anales ou une affection maligne anogénitale liée au VPH et, peut-être, personnes ayant des antécédents de verrues anogénitales). Cependant, certains experts estiment que les personnes à risque accru pourraient tirer des bienfaits du dépistage [ASPC, 2014]. Les deux autres GPC n'en parlent pas.

Le BASHH recommande de classer les verrues en fonction de la morphologie et d'enregistrer des lésions sur une carte génitale à chaque visite, fournissant ainsi un enregistrement visuel du nombre approximatif et de la distribution afin de faciliter l'évaluation de la réponse au traitement.

Comme il est rapporté dans la section sur l'histoire naturelle, sans traitement, les verrues peuvent disparaître spontanément dans l'année, mais peuvent aussi rester inchangées ou augmenter en taille ou en nombre [Workowski et Bolan, 2015]. Dans cette perspective, les trois GPC mentionnent qu'une alternative acceptable pour certaines personnes consiste à renoncer au traitement et à attendre une résolution spontanée [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. En contrepartie, chez la plupart des patients, le traitement entraîne la résolution de la ou des verrues [Workowski et Bolan, 2015].

Bien que les verrues génitales soient courantes et bénignes, le BASHH et les CDC rapportent qu'un diagnostic de verrues anogénitales peut causer de l'anxiété et de la détresse et que, pour certains patients, les conséquences psychosociales des verrues sont le pire aspect de la maladie [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015]. La détresse psychologique peut être une considération en ce qui a trait au traitement [Workowski et Bolan, 2015].

Par ailleurs, le BASHH rapporte que le VPH peut rester présent et peut toujours être transmis aux partenaires, et ce, même après l'élimination des verrues [Lazaro, 2015]. Toutefois, il est mentionné dans les CDC qu'aucune recommandation ne peut être formulée en ce qui concerne l'information à prodiguer aux futurs partenaires sexuels sur le diagnostic des verrues génitales, car la durée de la persistance du virus après la résolution des verrues est inconnue [Workowski et Bolan, 2015].

Concernant l'usage du condom, le BASHH rapporte qu'il a été démontré que son utilisation systématique réduisait le risque de contracter l'infection à VPH et les verrues génitales (réduction de l'ordre de 30 à 60 %) [Lazaro, 2015].

Les membres sont d'avis que la section sur la prise en charge devrait être réorganisée afin de présenter les informations et les recommandations plus clairement. Ainsi, cette section débutera par les éléments concernant les interventions auprès de la personne atteinte et sera suivie par les investigations supplémentaires lors de situations particulières. Par ailleurs, l'examen physique ne sera pas abordé puisque la prémisse du GUO est la présence avérée des condylomes.

En ce qui concerne, les éléments sur les interventions auprès de la personne atteinte, un énoncé a été ajouté concernant l'option de traiter ou non les condylomes acuminés externes (lorsqu'en nombre peu nombreux et en taille petite) en tenant compte, notamment, du fait que les verrues peuvent disparaître spontanément dans l'année, rester inchangées ou augmenter en taille ou en nombre même sans traitement. De plus, l'impact psychosocial étant un enjeu dans la prise en charge des condylomes, une recommandation est ajoutée, conformément aux informations extraites. Par ailleurs, les effets indésirables des traitements (section 2.8) ont aussi été mis en parallèle dans l'option de procéder ou non au traitement.

De plus, afin d'être cohérent avec les GUO publiés récemment en ITSS [INESSS, 2018; INESSS, 2017], le concept d'usage de méthode barrière est substitué à l'usage du condom.

Les parties prenantes sont d'avis que la recommandation de s'auto-inspecter doit être adressée aux partenaires sexuels actuels, puisque la personne atteinte est prise en charge et qu'il est normal qu'en phase active, il y ait apparition de nouvelles lésions.

Les énoncés maintenant ajoutés, modifiés et regroupés sous « *L'intervention auprès de la personne atteinte devrait également inclure* » sont libellés :

- l'option de traiter ou non les condylomes externes (lorsque peu nombreux et de tailles petites et moyennes) en tenant compte, notamment :
 - de la possibilité de conséquences psychosociales négatives associées aux condylomes;
 - du fait que les condylomes peuvent disparaître spontanément dans l'année, rester inchangés ou augmenter en taille ou en nombre;
 - du fait que les condylomes disparaissent avec le traitement chez la plupart des personnes;
 - du fait que les traitements peuvent être longs et laisser des séquelles physiques à plus ou moins long terme (principalement cutanées, soient : prurit, sensibilité, érythème ou ulcération, douleur et, voire même des cicatrices);
- une recommandation indiquant d'utiliser une méthode barrière pour tout type de contact sexuel;

- les méthodes barrières apportent une certaine protection, mais incomplètes puisque se sont uniquement les zones couvertes qui sont protégées;
- la durée de contagion est inconnue après la disparition des lésions, avec ou sans traitement;
- une recommandation indiquant d'informer ses partenaires sexuels actuels;
 - les partenaires devraient s'auto-examiner et consulter un médecin si la présence de lésions est suspectée.

Un total de quatre situations particulières nécessitant une investigation supplémentaire ont été identifiées à partir des GPC et de l'avis des membres du comité consultatif soit : la présence de lésions internes, de lésions externes nombreuses ou de condylomes périanaux et intra anaux de grandes tailles, ainsi que des lésions à proximité du méat urétral et des symptômes de miction anormale. En effet, dans le cadre d'un GUO s'adressant à la première ligne, les membres sont d'avis que les personnes présentant des lésions internes et des lésions externes nombreuses ou de grandes tailles doivent être référées à un professionnel expérimenté, notamment par la complexité d'application et par les doses maximales des produits recommandés dans le cadre de ce GUO. Les parties prenantes sont d'avis que les lésions atypiques (par exemple : à pigmentation hétérogène, indurée, à surface très irrégulière, asymétrique, ulcérée et qui saigne facilement), qui requièrent un diagnostic différentiel plus discriminatif, doivent aussi être référées à un collègue expérimenté. Les membres sont d'avis qu'outre les lésions internes et les lésions externes nombreuses ou de grandes tailles et atypiques, il va de soi que le professionnel de la santé va diriger la personne atteinte vers un collègue expérimenté s'il ne fait pas lui-même d'investigation supplémentaire. Les énoncés faisant référence à un collègue expérimenté sont donc retirés pour l'anuscopie et l'urétrocystoscopie.

La recommandation concernant la colposcopie a été retirée pour refléter l'information des LDC qui mentionne que les condylomes ne sont pas une indication pour cette investigation, mais qu'il faut suivre les indications concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, le dépistage de ce cancer n'est pas l'objet de ce GUO.

La recommandation sur l'urétrocystoscopie est modifiée afin de ne pas exclure les femmes, comme suggérée dans les LDC. La recommandation est qu'en présence de lésions au méat urétral, ou à proximité, et de symptômes de miction anormale, il est recommandé d'effectuer une urétrocystoscopie. De plus, il est mentionné par les parties prenantes concernant la référence en urologie que l'accès peut être problématique (parfois jusqu'à 12 mois). Il est de pratique actuellement de référer les personnes en chirurgie générale afin d'obtenir un avis spécialisé sur les risques associés à des condylomes au méat, intra méat ou en quantité/étendue trop importante. La référence vers un collègue expérimenté est ajoutée à l'urétrocystoscopie.

Enfin, concernant la présence de condylomes périanaux, il est recommandé d'effectuer une anuscopie.

Aucune recommandation n'a été formulée concernant le test Pap anal et l'anuscopie à haute résolution puisque les LDC n'en font pas une recommandation, mais rapportent plutôt un non-consensus. Les autres GPC n'en font pas mention.

Les informations sur la vaccination contre le VPH et celles sur les sites Web qui étaient présentes dans cette section dans le GUO de 2012 ont été transférées dans la section sur les interventions préventives relatives aux ITSS.

2.7. Principes de traitement

Les trois GPC rapportent le même but concernant le traitement, soit l'amélioration des symptômes et l'élimination des verrues [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. Chez la plupart des patients, le traitement entraîne la résolution de la ou des verrues. Si elles ne sont pas traitées, les verrues anogénitales peuvent disparaître spontanément, rester inchangées ou augmenter en taille ou en nombre [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015].

Les CDC rapportent que le traitement vise à éliminer la verrue et à améliorer les symptômes, mais qu'il ne guérit pas le virus lui-même. Pour cette raison, il est fréquent que les verrues génitales réapparaissent après le traitement, en particulier au cours des trois premiers mois [Workowski et Bolan, 2015].

Le BASHH et les CDC rapportent que de développer et de contrôler localement un algorithme a été associé à de meilleurs résultats cliniques et devrait être encouragé [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015]. Le BASHH ajoute que le pourcentage de disparition des verrues initiales à trois mois chez les patients est de 60 % [Lazaro, 2015]. Les algorithmes hommes et femmes du BASHH apparaissent dans les annexes complémentaires du rapport (annexe F-b).

La première puce mentionnant l'option de traiter ou non a été intégrée dans la *Prise en charge* (section 2.6). Les membres sont d'avis d'ajuster la seconde puce pour que le taux de récurrence reflète aussi la réapparition des condylomes après une disparition sans traitement et de retirer l'information stipulant qu'aucun traitement ne permet d'éradiquer le VPH. En effet, les membres du comité consultatif sont d'avis que cet énoncé n'est pas conforme à l'objectif du traitement qui est de faire disparaître les condylomes et non d'éradiquer le VPH. De plus, les parties prenantes ont soulevé le besoin d'inclure l'apparition des condylomes lors de l'infection active tout autant que lors d'une récurrence après disparition complète, le concept de réapparition fréquente des condylomes étant préféré au terme récurrence.

Les énoncés sont maintenant :

- Les traitements servent à améliorer les symptômes et signes et ultimement à faire disparaître les condylomes.
 - Avec ou sans traitement, il est fréquent que les condylomes réapparaissent.

En ce qui concerne les principes de traitement lors de réactions cutanées locales importantes pendant le traitement, il est précisé ce qu'est le principe de diminuer

l'intensité, soit le temps de contact, la quantité utilisée et la fréquence des applications. Enfin, la recommandation de protection de la peau environnante (provenant de la posologie de l'option de traitement podofilox/podophyllotoxine) est ajoutée ici afin d'éviter de la répéter dans chaque produit.

- Recommencer graduellement en diminuant l'intensité (temps de contact, quantité, fréquence) du traitement.
- Protéger la peau environnante, au besoin.

Au regard des situations particulières où les condylomes ne répondent pas, les membres clarifient ce qu'est un cycle de traitement, soit le temps pour éliminer des condylomes ou jusqu'à la durée maximum d'une option thérapeutique. La note suivante de bas de tableau est ajoutée :

- Temps pour éliminer des condylomes ou jusqu'à la durée maximum d'une option thérapeutique.

Les deux énoncés en lien avec les lésions internes et externes, nombreuses ou de grandes tailles, sont placés dans les situations particulières de la *Prise en charge* (section 2.6). La troisième sous-puce, qui traite des lésions résistantes, est déjà couverte par la situation particulière : Suite à un second cycle de traitement.

Enfin, les membres considèrent qu'il est confondant de parler des autres traitements qui seront utilisés par les collègues plus expérimentés et sont d'avis qu'il est préférable de retirer la puce qui les énumère.

2.8. Traitements

L'ensemble des GPC retenus recommandent les mêmes options thérapeutiques dans le traitement des condylomes soit l'imiquimod, le podofilox/podophylline, l'onguent de sinécatechines, l'acide bi- ou tri-chloracétique et la cryothérapie [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. Aucun avis de Santé Canada ni de la FDA n'a été répertorié sur les sites Web.

2.8.1. Imiquimod

Les CDC et le BASHH définissent l'imiquimod comme un activateur ou modulateur de la réponse immunitaire actif par voie topique, appliqué par le patient, qui stimule la production d'interféron et d'autres cytokines. Il est disponible sous forme de crème à 5 % et 3,75 %.

L'imiquimod est recommandé comme option thérapeutique dans les trois GPC [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014], selon le même schéma thérapeutique soit : la crème 5 % est appliquée trois fois par semaine sur les lésions et lavée six à dix heures plus tard, et ce, pendant jusqu'à 16 semaines [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. Il n'y a pas de données sur l'efficacité de son utilisation au-delà de 16 semaines [Lazaro, 2015]. La crème à 3,75 % doit être appliquée chaque jour au coucher pendant un maximum de huit semaines selon les LDC sans précision

spécifique par les CDC [ASPC, 2014]. Les CDC et les LDC précise de laver la région traitée de six à dix heures après l'application de l'imiquimod 5 % et environ huit heures après l'application de l'imiquimod 3,75 %, ou avant si une réaction cutanée locale se produit [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014].

Le BASHH ajoute que comme la réponse au traitement peut être retardée de quelques semaines, l'extension du traitement à 20 semaines ou plus, chez ceux qui répondent, est une pratique courante, mais il n'y a pas de preuve à ce sujet [Lazaro, 2015]. Les non-répondants après une période de 12 à 16 semaines doivent passer à un autre traitement [Lazaro, 2015].

Selon la monographie, l'imiquimod est indiqué pour le traitement des verrues génitales et périanales/condylomes acuminés [Valeant, 2013]. La posologie recommandée est d'utiliser la concentration à 5 % en crème trois fois par semaine pendant un maximum de 16 semaines ou selon la durée suggérée par le médecin (maximum 16 semaines). Il est indiqué de laver la région traitée après l'application, soit de six à dix heures pour l'imiquimod à 5 % et environ huit heures pour l'imiquimod 3,75 %, ou avant si une réaction cutanée locale se produit [Valeant, 2014; Valeant, 2013].

Bien que la monographie de l'imiquimod à 5 % mentionne un temps de contact d'environ huit heures sur la surface traitée, les membres du comité consultatif sont d'avis de maintenir uniforme le message stipulant de nettoyer de six à dix heures après l'application.

2.8.1.1. Informations complémentaires

Le BASHH rapporte que les essais cliniques comparant l'imiquimod et le placebo ont montré des taux de réponse comparables à ceux des autres agents topiques ici présentés [Lazaro, 2015]. Par ailleurs, un taux de rechute plus bas a été suggéré pour l'imiquimod, et ce, sans qu'aucun essai clinique comparant ce dernier aux autres options thérapeutiques (podofilox et sinécatechines) n'ait été réalisé [Lazaro, 2015].

De plus, il est mentionné que l'imiquimod est un traitement adapté aux verrues kératinisées et non kératinisées [Lazaro, 2015].

Les LDC mentionnent que les meilleurs résultats chez la femme sont sur les verrues anogénitales périanales, périnéales, vulvaires et inguinales et chez l'homme sur les verrues anogénitales du gland du pénis, scrotales, inguinales et péniennes [ASPC, 2014].

Les autres commentaires formulés par le BASHH sont que les préservatifs en latex peuvent être affaiblis s'ils sont en contact avec l'imiquimod; l'imiquimod provoque fréquemment une irritation locale de la peau et des muqueuses, pouvant être due à la marge thérapeutique étroite, lorsqu'il est appliqué pour les verrues anogénitales et pouvant être gérés par un arrêt temporaire du traitement [Lazaro, 2015]. Les CDC énumèrent des effets indésirables suivants pour l'imiquimod : des réactions inflammatoires locales, y compris des rougeurs, des irritations, une induration, des ulcérations/érosions et des vésicules peuvent survenir lors de l'utilisation de l'imiquimod;

une hypopigmentation a également été décrite. Un petit nombre de rapports de cas démontrent une association entre le traitement à la crème d'imiquimod et les maladies cutanées inflammatoires ou auto-immunes aggravées (par exemple, le psoriasis, le vitiligo et les dermatoses lichénoïdes) [Workowski et Bolan, 2015].

D'une façon plus générale comparant les traitements, les LCD mentionnent que les traitements topiques (imiquimod, podofilox/podophylotoxine, podophylline, sinécatechines et acide trichloroacétique [ATC]) peuvent causer des réactions cutanées comme un prurit, une sensibilité, un érythème ou une ulcération, des réactions systémiques (tous les traitements topiques énumérés, sauf l'onguent de sinécatechines et l'ATC) et de la douleur [ASPC, 2014].

Grossesse et allaitement

Les données provenant d'études sur des sujets humains sont limitées en ce qui concerne l'utilisation de l'imiquimod pendant la grossesse, mais les données animales suggèrent que ce traitement présente un faible risque [Workowski et Bolan, 2015]. La monographie ajoute que ce médicament doit être administré pendant la grossesse uniquement si les bienfaits escomptés l'emportent sur les risques potentiels pour le fœtus [Valeant, 2014].

Le BASHH rapporte que l'imiquimod n'est pas approuvé pour une utilisation pendant la grossesse; les CDC rapportent que la sécurité est inconnue [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015]. Le guide thérapeutique portant sur la grossesse et l'allaitement publié par Ema Ferreira le déconseille durant la grossesse [Ferreira *et al.*, 2013].

Puisque dans les trois GPC retenus il n'y a aucune recommandation sur l'utilisation durant l'allaitement, et que la monographie de l'imiquimod mentionne qu'il faut faire preuve de prudence [Valeant, 2014], le guide thérapeutique portant sur la grossesse et l'allaitement publié par Ema Ferreira a aussi été consulté [Ferreira *et al.*, 2013]. Ce guide mentionne que puisque durant l'allaitement, l'imiquimod n'est pas contre-indiqué en raison de la faible absorption et de la petite surface d'application, l'effet chez le nourrisson est peu probable [Ferreira *et al.*, 2013]. La formule à 3,75 % est un traitement recommandé en première intention dans ce document [Ferreira *et al.*, 2013].

Dans cette section, les membres sont d'avis de retirer la puce concernant l'effet indésirable (le seul du tableau), celui sur l'efficacité du traitement pour certains types de condylomes, et de moduler les informations concernant les femmes enceintes et celle sur la diminution d'efficacité des produits en latex comme suit :

- Non recommandé chez les femmes enceintes
- La formule à 3,75 % est un traitement recommandé chez les femmes qui allaitent
- Taux de récurrence le plus faible parmi les traitements appliqués par les patients
- Peut diminuer l'efficacité des préservatifs en latex

Remboursement au RPAM

L'imiquimod 5 %, en crème, est inscrit à la section des médicaments d'exception de la liste des médicaments RPAM. Les indications reconnues pour le paiement sont : pour le traitement des condylomes externes génitaux et périanaux 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 quatre semaines, à moins de contre-indications. La durée maximale de l'autorisation initiale est de 16 semaines. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'étendue des lésions. La demande pourra alors être autorisée pour une période maximale de 16 semaines. L'imiquimod 3,75 %, en crème, n'est pas couvert.

2.8.2. Podofilox/Podophyllotoxine

Le BASHH rapporte que la podophyllotoxine est un extrait purifié de podophylline sous la forme d'une solution à 0,5 % qui convient à l'auto-application et qu'elle est efficace contre les verrues génitales [Lazaro, 2015].

La podophyllotoxine est recommandée comme option thérapeutique dans les trois GPC retenus [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014], selon un schéma thérapeutique similaire soit :

- une application deux fois par jour pendant trois jours, suivis de quatre jours sans traitement (un cycle) [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014], pendant quatre à cinq cycles selon le BASHH et quatre cycles pour les CDC et les LDC. Des cycles de traitement répétés, bien que non autorisés, peuvent être envisagés si les verrues répondent selon le BASHH (voir l'algorithme proposé en annexe F-b) [Lazaro, 2015].

Les trois GPC recommandent une dose quotidienne de $\leq 0,5$ ml [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014] sur une surface de ≤ 10 cm² selon les CDC et les LDC [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014] ou tel que recommandé par le BASHH sous la supervision du personnel médical lorsque la zone lésée traitée est supérieure à 4 cm² [Lazaro, 2015].

Seules les LDC mentionnent de laver et assécher la région touchée, et de protéger la peau environnante avec de la gelée de pétrole, ainsi que la non-nécessité de laver la peau pour éliminer le produit.

Selon la monographie, la podophyllotoxine est indiquée pour le traitement topique des verrues génitales externes (condylomes acuminés) confinées aux régions du pénis et de la vulve. La posologie indiquée est d'appliquer deux fois par jour, le matin et le soir (toutes les 12 heures) pendant trois jours consécutifs, suivis de quatre jours sans traitement. L'emploi de solution topique de podofilox à 0,5 % deux fois par jour pendant trois jours constitue un cycle de traitement. Les cycles de traitement doivent être répétés quatre fois au maximum, et ce, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de tissu verruqueux visible [APhC, 2012].

Les membres sont d'avis qu'il faut définir la durée du traitement défini en semaines plutôt qu'en cycle. En effet, l'usage du terme « cycle » dans la monographie et les LDC concernant ce produit est confondant avec l'usage du terme « cycle » dans ce GUO, qui est défini comme la période complète de traitement avec un produit. La durée maximale demeure six semaines, car elle reflète bien la pratique. Concernant la notion de 10 cm², les membres ne voient pas la plus-value de cette précision en ayant déjà le 0,5 ml qui s'atteint très rapidement. De plus, la notion de protéger la peau contiguë est une notion qui peut être utilisée indépendamment du produit et les membres sont d'avis de placer cette notion dans la section sur les principes de traitement (section 2.7).

Les recommandations du GUO de 2012 sont maintenues sans autre changement.

2.8.2.1. Informations complémentaires

Lorsque le traitement est moins bien toléré, ou associé à des effets indésirables importants (par exemple, douleur, ulcération), celui-ci recommande de cesser le traitement. Enfin, les contacts sexuels non protégés doivent être évités peu de temps après l'application en raison d'un possible effet irritant chez le partenaire. Toujours selon le BASHH, les verrues molles non kératinisées répondent bien à la podophyllotoxine [Lazaro, 2015].

Grossesse et allaitement

La monographie indique qu'aucune étude adéquate et bien contrôlée n'a été menée chez la femme enceinte et que le podofilox ne doit être administré à la femme enceinte que si les bienfaits éventuels du traitement justifient le risque pour le fœtus [APhC, 2012]. Le BASHH recommande d'éviter d'utiliser la podofilox pendant la grossesse en raison des effets tératogènes possibles; les méthodes de cryothérapie, d'excision et d'ablation sont des options plus sûres pendant la grossesse [Lazaro, 2015].

La monographie indique qu'il n'a pas été établi si ce médicament est excrété dans le lait maternel. Toutefois, compte tenu du risque d'effets indésirables graves pouvant se manifester chez les nourrissons exposés au podofilox, il est nécessaire de décider s'il est préférable de mettre fin à l'allaitement ou de cesser le traitement par le podofilox en tenant compte de l'importance du médicament pour la mère [APhC, 2012].

Le BASHH rapporte que les informations sur l'excrétion de la podophyllotoxine topique dans le lait maternel sont insuffisantes. Un risque pour les nourrissons allaités au sein ne peut être exclu et l'utilisation n'est pas recommandée [Lazaro, 2015]. Le podofilox/podophyllotoxine n'apparaît pas comme une option durant la grossesse (contre-indiqué) et l'allaitement (privilégier d'autres options) dans le guide thérapeutique portant sur la grossesse et l'allaitement publié par Ema Ferreira [Ferreira *et al.*, 2013].

L'énoncé concernant les femmes enceintes et qui allaitent est formulé :

- Non recommandé chez les femmes enceintes et qui allaitent.

Les recommandations de cette section du GUO de 2012 sont maintenues sans autre changement.

Remboursement au RPAM

Le podofilox/podophyllotoxine est inscrit à la section régulière de la liste des médicaments du RPAM.

2.8.3. Sinécatéchines

L'onguent de sinécatéchines est un extrait de thé vert appliqué par le patient avec comme produit actif les catéchines. L'onguent de sinécatéchines 10 % est recommandé comme option thérapeutique dans les trois GPC retenus [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. On retrouve le même schéma thérapeutique dans les trois GPC, soit une application à l'aide d'un doigt, pour assurer une couverture, trois fois par jour (0,5 cm de pommade sur chaque verrue), en fine couche d'onguent, et ce, jusqu'à disparition complète. Ce produit ne doit pas être poursuivi plus de 16 semaines et ne doit pas être lavé après utilisation [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014]. Les LDC ajoutent une dose quotidienne : ≤ 250 mg [ASPC, 2014]. Ces recommandations sont conformes à la monographie du produit [Laboratoires Paladin, 2016].

Les membres du comité consultatif proposent d'ajouter cette option thérapeutique d'onguent de sinécatéchines 10 % selon les recommandations recensées dans les GPC et la monographie.

2.8.3.1. Informations complémentaires

Les CDC rapportent que les effets indésirables les plus courants de l'onguent de sinécatéchines sont l'érythème, le prurit/brûlure, la douleur, l'ulcération, l'œdème, l'induration et l'éruption vésiculeuse [Workowski et Bolan, 2015].

Par ailleurs, les LDC rapportent que l'onguent de sinécatéchines pourrait être plus efficace sur les verrues anogénitales kératinisées que les autres traitements topiques [ASPC, 2014].

Grossesse et allaitement

Les CDC mentionnent que la sécurité de l'onguent de sinécatéchines pendant la grossesse et l'allaitement est inconnue [Workowski et Bolan, 2015]. De plus, on retrouve dans la monographie que les études chez les animaux ont démontré une toxicité lors de la reproduction et que le passage d'onguent de sinécatéchines ou de ses métabolites dans le lait maternel n'est pas connu [Laboratoires Paladin, 2016]. L'onguent de sinécatéchines n'apparaît pas comme option durant la grossesse et l'allaitement dans le guide thérapeutique portant sur la grossesse et l'allaitement publié par Ema Ferreira [Ferreira *et al.*, 2013].

Les membres sont d'avis d'ajouter les informations complémentaires :

- Sécurité inconnue chez les femmes enceintes et qui allaitent;
- Pourrait être plus efficace sur les condylomes kératinisés que les autres traitements topiques.

Remboursement au RPAM

L'onguent de sinécatéchines 10 % n'est pas remboursé dans le cadre du RPAM [INESSS, 2015].

2.8.4. Acide bi- ou tri-chloracétique

Le BASHH émet une recommandation indiquant que la solution d'acide tri-chloracétique (ATC) à 80-90 % convient pour une application hebdomadaire dans une clinique spécialisée uniquement. Il agit comme un agent caustique entraînant une nécrose cellulaire [Lazaro, 2015].

Les CDC rapportent que les solutions ATC et acide bi-chloroacétique (ABC) détruisent les verrues par coagulation chimique des protéines. Il y est de plus rapporté que bien que ces préparations soient largement utilisées, elles n'ont pas été beaucoup étudiées. La solution de ATC a une faible viscosité comparable à celle de l'eau et peut se répandre rapidement et endommager les tissus adjacents si elle est appliquée de manière excessive. Une petite quantité devrait être appliquée uniquement sur les verrues, puis on devrait laisser sécher (c.-à-d. laisser un givre blanc se développer sur les tissus) avant que le patient soit assis ou debout [Workowski et Bolan, 2015].

Les CDC et les LDC mentionnent un intervalle d'application hebdomadaire, si nécessaire [Lazaro, 2015; ASPC, 2014]. Seules les LDC mentionnent une durée de traitement de six à huit semaines [ASPC, 2014].

Bien que les GPC recommandent un traitement par semaine pendant six à huit semaines, les membres suggèrent de recommander également des visites aux deux à trois semaines puisque les gales associées aux traitements peuvent persister jusqu'à trois semaines. En conséquence, le traitement devrait être prolongé jusqu'à trois à quatre mois si cette moindre fréquence de visite est préconisée. Dans des situations où l'apparition de plusieurs condylomes persiste, la fréquence hebdomadaire permettra de traiter les nouvelles lésions plus rapidement.

Les énoncés de cette section du GUO 2012 sont maintenus sans changement.

2.8.4.1. Informations complémentaires

Par ailleurs, les LDC recommandent une solution de 50 % à 90 % dans de l'alcool à 70 % [ASPC, 2014]. Le BASHH mentionne qu'une sensation de brûlure intense peut être ressentie pendant de cinq à dix minutes après l'application. Une ulcération pénétrant le derme peut aussi se produire. Conséquemment, l'ATC n'est pas recommandé pour les verrues de grand volume, mais peut être utilisé sur la plupart des sites anatomiques [Lazaro, 2015]. Une application minutieuse est essentielle [ASPC, 2014].

Le BASHH et les LDC suggèrent d'envisager une protection de la peau environnante avec de la vaseline et un agent neutralisant topique, par exemple, une solution de bicarbonate de sodium à 5 %, en cas d'application excessive ou de déversement [Lazaro, 2015; ASPC, 2014]. Les CDC et les LDC suggèrent, pour leur part, que si la douleur est intense ou si une quantité excessive d'acide est appliquée, de recouvrir la zone de bicarbonate de sodium (c'est-à-dire, du bicarbonate de soude), de la laver avec des préparations de savon liquide ou pulvériser avec du talc pour neutraliser l'acide ou éliminer l'acide n'ayant pas réagi [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014].

Grossesse et allaitement

Les ATC et les ABC sont des agents topiques qui ne sont pas contre-indiqués chez les femmes enceintes ou qui allaitent [ASPC, 2014]. Selon le guide thérapeutique portant sur la grossesse et l'allaitement, les ATC et ABC sont un premier choix durant l'allaitement et considérés comme sécuritaires durant la grossesse [Ferreira *et al.*, 2013].

Les membres du comité consultatif sont d'avis de retirer l'information technique sur le mode d'application.

L'information complémentaire sur l'allaitement est ajoutée :

- Peut être utilisé chez les femmes enceintes et qui allaitent.

2.8.5. Cryothérapie

Le BASHH définit la cryothérapie définie comme l'utilisation d'une pulvérisation d'azote liquide ou d'une crysonde entraînant une cytolysse au niveau de la jonction dermique/épidermique, entraînant une nécrose. Le BASHH recommande que le traitement soit appliqué jusqu'à ce qu'un « halo » de gel ait été établi à quelques millimètres autour de la lésion traitée, en congélation simple ou en double congélation-décongélation. Le BASHH rapporte qu'il n'y a aucune preuve expérimentale que la technique utilisée ou la durée de la congélation (généralement de 15 à 30 secondes) a une incidence sur le taux de réponse, mais qu'il est raisonnable de supposer qu'un « gel complet » de la lésion devrait être obtenu. Cela peut prendre plus de 30 secondes et sera probablement limité par la tolérance du patient. Les lésions cutanées bénignes, telles que les verrues génitales, peuvent répondre à un seul traitement [Lazaro, 2015]. Toutefois, la cryothérapie est généralement répétée à intervalles hebdomadaires; l'absence de réponse après quatre semaines devrait inciter à envisager une autre modalité de traitement [Lazaro, 2015; ASPC, 2014]. Les LCD recommandent une application jusqu'à ce qu'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 quatre semaines [ASPC, 2014].

Les membres sont d'avis qu'il n'est pas nécessaire de maintenir les exemples de cryothérapie qui étaient présents dans le GUO de 2012 puisque l'usage est grandement dépendant de la disponibilité du type de produit dans les milieux de pratique.

Bien que les GPC recommandent un traitement par semaine pendant quatre semaines [Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014], les parties prenantes recommandent des

visites toutes les deux ou trois semaines puisque les gales associées aux traitements peuvent persister jusqu'à trois semaines. À cet effet, les parties prenantes rappellent qu'il n'est pas établi que le fait de traiter plus souvent permet une guérison plus rapide et que la fréquence hebdomadaire découle des devis d'études en appui dans les GPC retenus. De plus, espacer les visites est sans conséquence pour le patient et permet d'éviter d'augmenter la pression sur le système de santé. De plus, le traitement devrait être prolongé jusqu'à trois à quatre mois si cette moindre fréquence de visite est préconisée. Enfin, il est mentionné d'éviter de mettre un temps précis pour la congélation afin d'éviter des traitements trop agressifs.

2.8.5.1. Informations complémentaires

Les LDC mentionnent que la cryothérapie est plus acceptable que l'électrocautérisation et que la destruction de la peau est généralement limitée à l'épiderme ou aux muqueuses malpighiennes. Les cicatrices sont tout de même possibles si le traitement est agressif [ASPC, 2014].

Grossesse et allaitement

La cryothérapie n'est pas contre-indiquée chez les femmes enceintes [ASPC, 2014]. Le BASHH mentionne que la cryothérapie, l'excision et l'ablation sont les méthodes les plus sécuritaires durant la grossesse [Lazaro, 2015].

Durant la grossesse et l'allaitement, la cryothérapie, est un choix de première intention [Ferreira *et al.*, 2013].

L'information concernant la destruction de la peau est modifiée comme suit :

- Destruction de la peau généralement limitée à l'épiderme ou aux muqueuses malpighiennes.

2.8.6. Ordonnement des options thérapeutiques (modalités d'application)

À l'instar du CDC et des LDC, les choix de traitement sont classés selon les modalités d'application, soit par le patient ou par le clinicien [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015]. Il y a un manque de données scientifiques provenant d'essais cliniques comparatifs permettant de formuler des recommandations quant aux traitements à préférer, soit à domicile et en clinique [Lazaro, 2015]. Le choix de traitement devrait tenir compte des préférences des patients [Lazaro, 2015], puisque certaines personnes préfèrent l'appliquer dans l'intimité de leur domicile [Workowski et Bolan, 2015]. Ainsi, tout comme la version du GUO de 2012, les options thérapeutiques sont divisées en deux sections, soit celles appliquées par la personne atteinte et celles appliquées par un professionnel de la santé.

Pour ce qui est des critères retenus pour l'ordre d'apparition des traitements dans le GUO, de façon générale, le BASHH mentionne concernant l'efficacité que les traitements ont été comparés à l'absence de traitement ou à un placebo, mais que 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]. Étant donné que tous les traitements disponibles présentent des lacunes (notamment l'échec thérapeutique pour toutes ces raisons), certains cliniciens utilisent une thérapie combinée (par exemple, une cryothérapie administrée par le prestataire avec un traitement topique appliqué par le patient entre les visites chez le prestataire) [Workowski et Bolan, 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 de preuves scientifiques empêche de privilégier un traitement appliqué par la personne atteinte ou par un professionnel de la santé, et de mettre l'accent sur une option thérapeutique plus qu'une autre.

Concernant la note de bas de tableau du GUO 2012 à propos de l'analgésie, celle-ci est similaire à celle des LDC [ASPC, 2014], mais les deux autres GPC n'en font pas mention. Les membres sont d'avis de retirer cette note, car l'usage d'analgésie est peu usuel dans la pratique; de plus, cette note pourrait avoir l'effet non voulu de modifier les pratiques inutilement.

2.9. Suivi

Le BASHH recommande un examen à la fin du traitement pour surveiller la réponse et évaluer la nécessité d'un traitement ultérieur. Il rapporte notamment que les patients surestiment fréquemment leur réponse au traitement [Lazaro, 2015]. Selon les CDC, les visites de suivi permettent aux prestataires de répondre à toutes les questions concernant l'utilisation du médicament et de gérer les effets indésirables éventuels. Les visites de suivi facilitent également l'évaluation de la réponse au traitement [Workowski et Bolan, 2015] et aux effets indésirables [Workowski et Bolan, 2015].

Il est de l'avis des membres du comité consultatif que l'énoncé demeure toujours pertinent. En contrepartie, en raison de la durée des gales occasionnées par un traitement, les membres sont d'avis que la visite de suivi devrait être repoussée d'une semaine, soit deux semaines après la fin du cycle.

- Lorsqu'un traitement est appliqué par la personne atteinte, il est recommandé de prévoir au moins une visite de suivi deux semaines après la fin du cycle de traitement.

2.10. Vaccination

Trois vaccins sont rapportés dans les GPC, soit un vaccin bivalent qui prévient l'infection par les types 16 et 18 du VPH, un vaccin quadrivalent qui prévient l'infection par les types 6, 11, 16 et 18 et un vaccin nonavalent qui prévient l'infection pour les types de VPH 6, 11, 16 et 18, 31, 33, 45, 52 et 58. Les vaccins bivalents et quadrivalents offrent une protection contre les types de VPH 16 et 18, qui représentent 66 % de tous les cancers du col de l'utérus, et le vaccin à neuf valences protège contre cinq autres types,

représentant 15 % des cancers du col de l'utérus. Le vaccin quadrivalent contre le VPH, tout comme le nonavalent, protège également contre les types 6 et 11, qui causent 90 % des verrues génitales [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASCP, 2014].

L'âge d'administration du vaccin préventif est similaire dans les trois GPC, soit entre 11 et 12 ans; il peut être administré à partir de l'âge de 9 ans [Workowski et Bolan, 2015]. La vaccination à ces âges contre le VPH n'a pas été associée à l'initiation d'une activité sexuelle ou de comportements sexuels à risque ou à la perception d'infections sexuellement transmissibles [Workowski et Bolan, 2015].

Enfin, le PIQ énonce que « le vaccin peut être administré à la personne qui a déjà contracté une infection par un VPH ou qui a déjà eu une lésion liée à une infection par un VPH (par exemple, condylomes ou test de dépistage anormal), car l'immunité est spécifique au VPH contracté et n'est pas toujours acquise après une infection naturelle » [MSSS, 2018]. Il est de plus mentionné que : « [I]es vaccins ont une certaine efficacité pour prévenir les réinfections dues à des VPH inclus dans les vaccins. Toutefois, les vaccins n'ont pas d'effet thérapeutique. Les données montrent que la vaccination contre les VPH n'est pas efficace pour traiter une infection ou une lésion associée aux VPH déjà présente au moment de la vaccination » [MSSS, 2017].

Les trois GPC recommandent de se référer au protocole national [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASCP, 2014].

Au Québec, la vaccination contre le VPH fait partie du calendrier de vaccination et est gratuite pour plusieurs clientèles. Un vaccin bivalent et un nonavalent sont utilisés. Les professionnels de la santé peuvent se référer au protocole national, qui en est à l'édition 7, soit le [Protocole d'immunisation du Québec](#) (PIQ) mis en ligne en mai 2018. Le MSSS présente le PIQ comme un instrument incontournable pour tous les professionnels qui, au jour le jour, font du [Programme québécois d'immunisation](#) (PQI) une réalité sur le terrain.

Les membres sont d'avis de conserver l'ensemble des énoncés puisque toujours pertinents et conformes à la littérature. Deux ajustements sont toutefois proposés. Le premier ajustement concerne l'énoncé décrivant les vaccins utilisés, soit celui de changer le vaccin quadrivalent pour celui nonavalent. Le second ajustement correspond à retirer le chapitre mentionné dans la référence au PIQ, désuet par la mise à jour récente. Un énoncé est de plus ajouté concernant l'efficacité pour prévenir les réinfections. Ces trois énoncés deviennent :

- Le vaccin nonavalent (VPH-9) offre une protection contre le VPH de types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58; il inclut donc les types qui causent la majorité des condylomes. Le vaccin bivalent (VPH-2) offre une protection contre le VPH de types 16 et 18.
- Les vaccins ont une certaine efficacité pour prévenir les réinfections dues à des VPH inclus dans les vaccins.
- Pour de l'information à jour sur les indications, l'efficacité, les effets indésirables et le programme de gratuité, se référer au [Protocole d'immunisation du Québec](#).

2.11. Interventions préventives relatives aux ITSS

Cette section a récemment fait l'objet d'une révision complète dans le GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique et bonifiée dans la mise jour de celui ITSS – Infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae*. Son contenu a été repris dans la présente mise à jour du GUO ITSS – Condylomes acuminés externes (verruques anogénitales), à l'exception des outils ne référant pas aux condylomes (l'outil [Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement](#), [Guide PPrE pour les professionnels de la santé du Québec](#) et [Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée](#)). L'argumentaire en appui à ces recommandations est détaillé dans les deux rapports en soutien à ces deux GUO [INESSS, 2018; INESSS, 2017].

Enfin, comme l'outil du MSSS « [Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper](#) » est en refonte et qu'une nouvelle version de cet outil avec un titre probablement différent sera en ligne pour mars 2019, il serait mieux de parler d'« [outils disponibles pour le soutien à la personne atteinte afin qu'elle avise ses partenaires](#) » avec le même hyperlien.

3. DISCUSSION

Le mandat de l'INESSS était de mettre à jour le GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes (verrues génitales). À cette fin, une recension des recommandations de bonne pratique clinique relatives à la prise en charge, au traitement et au suivi de ces infections a été réalisée. Les recommandations recensées sont tirées de deux GPC de qualité méthodologique bonne ou modérée ainsi que de données issues des lignes directrices canadiennes. L'ensemble de ces données a, par la suite, été adapté au contexte québécois à l'aide des données expérientielles obtenues par la consultation des membres du comité consultatif et par l'analyse de différentes publications ministérielles, provenant, entre autres, de l'INSPQ et du MSSS.

Les membres du comité consultatif ont également été consultés afin de se prononcer sur les résultats de la revue de littérature portant sur les recommandations de bonne pratique clinique voulant qu'ils relatent leurs expériences et participent à la formulation des recommandations en tenant compte des valeurs et préférences des patients, de même que de l'organisation des soins et services au Québec. Enfin, les membres du comité d'excellence clinique en usage optimal du médicament ont été consultés afin de s'assurer de la justesse des recommandations ainsi que de leur acceptabilité professionnelle et sociale.

3.1. Principaux constats

Comparativement à la version de 2012 du GUO ITSS – Condylomes (verrues génitales), peu de modifications importantes ont été apportées dans la présente mise à jour. Toutefois, une option de traitement a été ajoutée, soit l'onguent de sinécatechines, à celles déjà en place. De plus, quelques précisions ont été suggérées par les membres du comité consultatif afin de mieux circonscrire le sujet du guide et une section concernant l'histoire naturelle des condylomes a été ajoutée dans le but d'introduire l'aspect des conséquences psychosociales associées aux condylomes chez la personne atteinte.

3.1.1. Ajout d'un médicament : sinécatechines en onguent

Depuis 2012, un seul médicament s'est ajouté à l'arsenal des traitements appliqués par la personne atteinte des condylomes acuminés. Ce dernier est un onguent à base de sinécatechines. Bien qu'indiqué « pour le traitement cutané des verrues génitales et périanales externes (condylome acuminé) chez les patients immunocompétents âgés de 18 ans et plus », ce traitement n'est pas couvert dans le cadre du RPAM. Dans son avis au ministre de 2015, l'INESSS estimait que le gain en efficacité de cet onguent par rapport au placebo est faible et que ses modalités d'application sont plutôt contraignantes comparativement aux options d'auto-traitement disponibles. Ce dernier demeure tout de même une option de traitement [Lazaro, 2015; Workowski et Bolan, 2015; ASPC, 2014].

3.1.2. Autres changements

Les condylomes sont l'une des manifestations du VPH au même titre que les lésions précancéreuses et cancéreuses. Afin d'éviter toute confusion, les membres du comité consultatif ont fait état qu'il était nécessaire de cibler et de s'assurer de véhiculer l'information concernant précisément les condylomes externes (par rapport au VPH plus général) dans les différentes sections. Le titre du GUO et les sections sur l'étiologie, la transmission, les manifestations cliniques et la prise en charge ont été révisés et précisés. Une nouvelle section nommée Histoire naturelle a été créée pour compléter l'information, notamment dans sa perspective plus générale de manifestation du VPH.

Il est un fait que les condylomes peuvent disparaître spontanément dans l'année, rester inchangés ou augmenter en taille ou en nombre sans traitement. L'un des aspects des traitements disponibles est qu'ils agissent sur les manifestations sans traiter l'infection et que chez la plupart des patients, le traitement entraîne la résolution du ou des condylomes. Toutefois, la disparition des condylomes, avec ou sans traitement, ne protège pas d'une récurrence ou, plus précisément, de la réapparition de condylomes. Considérant ces éléments, le non-traitement est aussi une option. Par contre, il est souligné, dans la littérature consultée et par les membres du comité consultatif, que le traitement peut être en réponse à l'effet psychosocial négatif des condylomes sur la personne atteinte.

Enfin, concernant la vaccination, afin d'arrimer les messages avec le PIQ, les membres du comité consultatif étaient d'avis d'ajouter l'information stipulant que les vaccins ont une certaine efficacité contre les réinfections par les VPH inclus dans les vaccins.

3.2. Forces et limites de l'évaluation

La revue systématique des guides de pratique clinique repose sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une présentation et une synthèse des conclusions. Certaines limites de la présente évaluation méritent toutefois d'être signalées. À la suite de la recherche documentaire, seulement deux documents, dont la qualité méthodologique a été jugée bonne ou moyenne selon AGREE II, ont été retenus. Afin de prendre en considération la pratique courante canadienne et québécoise, les LDC ont également été retenues, et ce, même si leur qualité méthodologique n'était pas suffisante selon AGREE II. Les deux guides de pratique clinique retenus s'appuyaient sur une revue systématique. Les populations ciblées par ces guides sont comparables à celle du Canada, soit le Royaume-Uni et les États-Unis. Par ailleurs, la qualité méthodologique des études primaires, qui ont servi à élaborer les recommandations des GPC, n'a pas été réévaluée par l'INESSS.

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.

Enfin, la pertinence du contenu, la qualité scientifique globale de ces documents, de la clarté et de la complétude de l'information présentée, ainsi que de l'applicabilité des recommandations ont été évaluées par les pairs qui complétaient notamment les disciplines impliquées dans le processus par la dermatologie.

3.3. Retombés cliniques et sociétales

Le présent guide d'usage optimal se veut un outil d'aide à la décision pour les cliniciens au regard de la prise en charge et du traitement pharmacologique des personnes atteintes de condylomes externes. Il présente aux professionnels de première ligne les traitements disponibles et les différentes modalités permettant d'en faire un usage optimal. Ce GUO a été conçu avec un souci de s'arrimer avec les différentes recommandations québécoises en lien avec le sujet afin de fournir aux professionnels des messages clairs et convergents.

4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Pour procéder à la mise à jour du GUO de 2012 sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes (verrues génitales), chaque recommandation d'origine a été évaluée en tenant compte des données issues de la littérature scientifique, des recommandations de bonne pratique clinique, de l'expérience des cliniciens, par l'intermédiaire du comité consultatif, ainsi que des données contextuelles et expérientielles afin de valider son maintien, sa mise à jour ou son retrait. Selon ce même processus, l'ajout de nouveaux renseignements a aussi été évalué, avec un souci de cohérence entre toutes les mises à jour des GUO portant sur l'antibiothérapie.

Les recommandations de 2012 et celles de 2019 sont présentées ci-dessous, tandis que l'argumentaire scientifique, contextuel et expérientiel, qui a conduit aux recommandations cliniques, est présenté à la section portant sur les résultats.

4.1. Titre du guide d'usage optimal

GUO 2012	GUO 2019
<u><i>Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – CONDYLOMES (VERRUES GÉNITALES)</i></u>	<u><i>Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – CONDYLOMES EXTERNES (VERRUES ANOGÉNITALES).</i></u>

4.2. En-tête

GUO 2012	GUO 2019
Ce guide d'usage optimal est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.	Le présent guide d'usage optimal s'adresse principalement aux professionnels de la santé de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien.
Les recommandations contenues dans ce guide s'appliquent aux adolescents de 14 ans ou plus et aux adultes.	Les recommandations de ce guide s'adressent aux personnes de 14 ans et plus ¹ . ¹ Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au <u><i>Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle.</i></u>
Ce guide a été adapté principalement des <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> et prend en compte les délibérations d'un comité d'experts.	Elles ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez le rapport <u><i>Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Condylomes externes (verrues anogénitales).</i></u>

4.3. Généralités

4.3.1. Étiologie

GUO 2012	GUO 2019
Virus du papillome humain (VPH)	Virus du papillome humain (VPH)
Majorité des condylomes (plus de 90 %) sont causés par des infections au VPH à bas risque de cancer (types 6 et 11 principalement)	<ul style="list-style-type: none">○ Types 6 et 11, principalement<ul style="list-style-type: none">▪ Faibles risques de cancer▪ Caused plus de 90 % des condylomes
Infection par un type de VPH ne protège pas d'une infection par un type différent	Énoncé déplacé dans la section Histoire naturelle (4.3.3)

4.3.2. Transmission

GUO 2012	GUO 2019
Contagiosité élevée	Risque élevé de transmission
Par contact sexuel vaginal, anal ou oro-génital, avec ou sans pénétration	Par tout type de contact sexuel (génital, oro-génital, anal ou oro-anal)
Rôle incertain des objets inanimés dans la transmission	Énoncé retiré
VPH peut infecter des régions non couvertes par le condom.	Le VPH peut infecter des régions non protégées par le condom
Durée de contagion inconnue après la disparition des lésions, avec ou sans traitement.	Énoncé retiré
Plusieurs personnes ignorent être infectées.	Énoncé déplacé dans la section histoire naturelle (4.3.3)

4.3.3. Histoire naturelle

GUO 2012	GUO 2019
(Énoncé provenant de la section Transmission [4.3.2]) Plusieurs personnes ignorent être infectées.	La grande majorité des personnes ignorent être atteintes par le VPH
(Énoncé provenant de la section Manifestations cliniques [4.4]) Il est souvent difficile d'identifier avec certitude le moment de l'infection initiale.	Il est difficile d'identifier le moment de l'infection initiale

GUO 2012	GUO 2019
∅	Les condylomes peuvent disparaître spontanément en tout temps
(Énoncé provenant de la section Transmission [4.3.2]) Infection par un type de VPH ne protège pas d'une infection par un type différent.	La disparition des condylomes ne protège pas d'une récurrence du même type ou d'une co-infection par un autre type de VPH

4.4. Manifestations cliniques

GUO 2012	GUO 2019
Les manifestations cliniques surviennent parfois jusqu'à plusieurs années après que le VPH a été contracté.	Énoncé retiré
Il est souvent difficile d'identifier avec certitude le moment de l'infection initiale.	Énoncé déplacé dans la section Histoire naturelle (4.3.3)
Les condylomes :	Les condylomes :
sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques;	sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques;
(Énoncé était plus bas) 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); lésions papuleuses ano-génitales avec une pigmentation brune, grise ou bleuâtre (appelées condylomes plats ou « papulose bowénoïde »).	Se manifestent d'une des façons suivantes : généralement par des lésions exophytiques en forme de chou-fleur ou de crête de coq (condylomes acuminés); OU, moins fréquemment, par des lésions papulaires, plates, en forme de plaque ou pigmentées, ou par une érosion locale;
se situent principalement aux sites de frottement;	Se situent n'importe où, mais principalement aux sites de frottement (peau à peau, peau à muqueuse, muqueuse à muqueuse);
sont généralement asymptomatiques, causent occasionnellement du prurit et, plus rarement, des saignements;	Sont généralement asymptomatiques; Causent occasionnellement du prurit et, plus rarement, des saignements.
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).	Énoncé retiré

4.5. Prise en charge

GUO 2012	GUO 2019
∅	L'intervention auprès de la personne atteinte devrait également inclure :
∅	<ul style="list-style-type: none"> l'option de traiter ou non les condylomes externes (lorsqu'en nombre peu nombreux et de tailles petites et moyennes) en tenant compte, notamment :
∅	<ul style="list-style-type: none"> de la possibilité de conséquences psychosociales négatives associées aux condylomes;
(L'énoncé provient des principes de traitement [section 4.6]) 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.	<ul style="list-style-type: none"> que les condylomes peuvent disparaître spontanément dans l'année, rester inchangés ou augmenter en taille ou en nombre;
	<ul style="list-style-type: none"> que les condylomes disparaissent avec le traitement chez la plupart des personnes;
∅	<ul style="list-style-type: none"> les traitements peuvent être longs et laisser des séquelles physiques à plus ou moins long terme (principalement cutanées, soient : prurit, sensibilité, érythème ou ulcération, douleur, voire même des cicatrices);
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.	<ul style="list-style-type: none"> une recommandation indiquant d'utiliser une méthode barrière pour tout type de contact sexuel;
La protection conférée par le condom, dans le cas des condylomes, n'est peut-être pas aussi bonne que pour les autres ITS.	<ul style="list-style-type: none"> les méthodes barrières apportent une certaine protection, mais incomplètes puisque se sont uniquement les zones couvertes qui sont protégées;
(L'énoncé était plus bas) 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.	<ul style="list-style-type: none"> la durée de contagion est inconnue après la disparition des lésions, avec ou sans traitement;
Conseiller au patient et à ses partenaires de s'auto-examiner et de consulter un médecin si la présence de lésions est suspectée.	<ul style="list-style-type: none"> une recommandation indiquant d'informer ses partenaires sexuels actuels; les partenaires devraient s'auto-examiner et de consulter un médecin si la présence de lésions est suspectée.

GUO 2012	GUO 2019
<p>(Énoncé provenant des principes de traitement [section 4.6])</p> <p>Orienter la personne vers un collègue expérimenté pour le traitement des :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lésions internes; • lésions externes nombreuses ou de grande taille; 	<p>Diriger vers un collègue expérimenté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lésions internes • Lésions externes nombreuses ou de grandes tailles • Lésions atypiques (par exemple : à pigmentation hétérogène, indurées, à surface très irrégulière, asymétriques, ulcérées ou qui saignent facilement)
<p>(L'énoncé était plus bas)</p> <p>Envisager l'anuscopie en présence de condylomes périanaux et intra-anaux.</p>	<p>Condylomes périanaux et intra-anaux</p> <p>Anuscopie</p>
<p>La présence de condylomes ne modifie pas les indications de dépistage du cancer du col de l'utérus.</p> <p>Orienter en colposcopie les femmes qui présentent des lésions à l'intérieur du vagin ou au col.</p>	<p>Énoncé retiré</p>
<p>Orienter en urétrocystoscopie les hommes qui présentent des condylomes à proximité du méat du pénis et des symptômes de miction anormale.</p>	<p>Lésions au méat urétral, ou à proximité, et symptômes de miction anormale</p> <p>Urétrocystoscopie</p> <p>ou</p> <p>Diriger vers un collègue expérimenté</p>
<p>Fournir de l'information sur la vaccination contre le VPH.</p>	<p>Énoncé retiré</p>
<p>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.</p>	<p>Énoncé retiré</p>

4.6. Principes de traitement

GUO 2012	GUO 2019
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.	Énoncé déplacé dans la prise en charge (section 4.5)
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.	Les traitements servent à améliorer les symptômes et ultimement à faire disparaître les condylomes. <ul style="list-style-type: none"> • Avec ou sans traitement, il est fréquent que les condylomes réapparaissent.
Si la personne développe des réactions cutanées locales importantes pendant son traitement :	<ul style="list-style-type: none"> • EFFET INDÉSIRABLE : Réactions cutanées locales importantes pendant le traitement
omettre quelques applications, PUIS recommencer graduellement en diminuant l'intensité du traitement.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Omettre quelques applications, PUIS ○ Recommencer graduellement en diminuant l'intensité (temps de contact, quantité, fréquence) du traitement
(Énoncé provenant de la posologie de l'option de traitement podofilox/podophylotoxine de la section traitement [4.6.1]) Protéger la peau contiguë	<ul style="list-style-type: none"> ○ Protéger la peau environnante, au besoin
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.	Énoncé retiré
Pour les condylomes ne répondant pas au traitement initial et lorsque le diagnostic n'est pas remis en question :	CONDYLOMES NE RÉPONDANT PAS AU TRAITEMENT : Suite à un premier cycle ¹ de traitement <ul style="list-style-type: none"> • 1. Temps pour éliminer des condylomes ou jusqu'à la durée maximum d'une option thérapeutique
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.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si 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 (saut si c'était le cas lors du premier cycle de traitement)
Diriger le patient vers un collègue expérimenté si les condylomes ne répondent pas à un second cycle de traitement.	CONDYLOMES NE RÉPONDANT PAS AU TRAITEMENT : Suite au second cycle ¹ de traitement <ul style="list-style-type: none"> • Diriger la personne vers un collègue expérimenté

GUO 2012	GUO 2019
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Temps pour éliminer des condylomes ou jusqu'à la durée maximum d'une option thérapeutique.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Énoncé retiré
Orienter la personne vers un collègue expérimenté pour le traitement des :	Énoncé déplacé dans la section <i>Prise en charge</i> (4.5)
lésions internes;	Énoncé déplacé dans la section <i>Prise en charge</i> (4.5)
lésions externes nombreuses ou de grandes tailles;	Énoncé déplacé dans la section <i>Prise en charge</i> (4.5)
lésions résistantes au traitement.	Énoncé retiré
D'autres traitements que ceux présentés dans ce guide existent (électro-fulguration, vaporisation au laser à CO ₂ , excision avec des ciseaux, coagulation aux infrarouges, podophylline 10 %-25 %, interféron alfa-2b [Intron AMC]), mais ils ne doivent pas être utilisés en première intention et doivent être administrés par des médecins expérimentés.	Énoncé retiré

4.6.1. Traitements

GUO 2012	GUO 2019
Imiquimod 5 % en crème³ (Aldara^{MC})	Imiquimod 5 % en crème³
Application au coucher, 3 fois par semaine (avec un minimum d'un jour entre les applications), pour un maximum de 16 semaines. La surface traitée devrait être nettoyée 6 à 10 heures après l'application.	Application au coucher, 3 fois par semaine (avec un minimum d'un jour entre les applications), pour un maximum de 16 semaines. La surface traitée devrait être nettoyée 6 à 10 heures après l'application.
Imiquimod 3,75 % en crème⁴ (Vyloma^{MC})	Imiquimod 3,75 % en crème⁴
Application DIE au coucher, tous les jours, pour un maximum de 8 semaines.	Application DIE au coucher, tous les jours, pour un maximum de 8 semaines.

GUO 2012	GUO 2019
La surface traitée devrait être nettoyée 6 à 10 heures après l'application.	La surface traitée devrait être nettoyée 6 à 10 heures après l'application.
<p style="text-align: center;">COMMENTAIRES (POUR IMIQUIMOD 5 ET 3,75 %)</p> <p>Contre-indiqué lors de la grossesse.</p> <p>Taux de récurrence le plus faible parmi les traitements appliqués par les patients.</p> <p>Plus efficace si les lésions sont humides, molles et localisées sur des surfaces humides ou dans des régions intertrigineuses.</p> <p>Peut diminuer l'efficacité du condom de latex, du diaphragme et de la cape cervicale.</p> <p style="padding-left: 40px;">Peut occasionner des symptômes pseudo-grippaux.</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (POUR IMIQUIMOD 5 ET 3,75 %)</p> <p>Non recommandé chez les femmes enceintes.</p> <p>La formule à 3,75 % est un traitement.</p> <p>Taux de récurrence le plus faible parmi les traitements appliqués par les patients.</p> <p>Peut diminuer l'efficacité des préservatifs en latex.</p>
Solution de podofilox/podophyllotoxine 0,5 % (Condyline^{MC}, Wartec^{MC})	Podofilox/podophyllotoxine 0,5 % en solution
<p>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.</p> <p>La dose quotidienne totale ne doit pas excéder 0,5 ml.</p>	<p>Application 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.</p> <p>La dose quotidienne totale ne doit pas excéder 0,5 ml.</p>
<p style="text-align: center;">COMMENTAIRES</p> <p>Contre-indiqué lors de la grossesse et de l'allaitement.</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES</p> <p>Non recommandé chez les femmes enceintes et qui allaitent.</p>
∅	Sinécatéchines 10 % en onguent⁴
∅	<p>Application TID, un ruban de 0,5 cm, pour un maximum de 16 semaines.</p> <p>La dose quotidienne totale ne doit pas excéder 250 mg.</p> <p>Pas besoin de laver la peau pour éliminer le produit.</p>
∅	<p style="text-align: center;">INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES</p> <p>Sécurité inconnue chez les femmes enceintes et qui allaitent.</p>

GUO 2012	GUO 2019
	Pourrait être plus efficace sur les condylomes kératinisés que les autres traitements topiques.
<p align="center">Cryothérapie</p> <p><i>(azote liquide, dioxyde de carbone [glace sèche ou Histofreeze^{MC}] ou oxyde nitreux à l'aide de cryosondes)</i></p>	<p align="center">Cryothérapie</p>
<p>Une fois par semaine ou chaque 2 ou 3 semaines pour un maximum de 3 à 4 mois selon l'évolution des lésions.</p> <p>S'assurer d'un gel suffisant sur un diamètre de 1 à 2 mm autour de la lésion.</p> <p>Répéter 2 à 3 séquences gel-dégel par séance.</p>	<p>Une fois toutes les 2 ou 3 semaines pour un maximum de 3 à 4 mois.</p> <p>S'assurer d'un gel suffisant sur un diamètre de 1 à 2 mm autour de la lésion.</p> <p>Répéter 2 séquences gel-dégel par séance.</p>
<p align="center">COMMENTAIRES</p> <p>Peut être utilisé chez la femme enceinte.</p> <p>Destruction de la peau généralement limitée à l'épiderme.</p> <p>Traitement agressif des lésions peut entraîner des cicatrices.</p> <p>Il n'est pas établi que traiter plus souvent permet de guérir plus vite.</p>	<p align="center">INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES</p> <p>Peut être utilisé chez les femmes enceintes et qui allaitent.</p> <p>Destruction de la peau généralement limitée à l'épiderme ou aux muqueuses malpighiennes.</p> <p>Traitement agressif des lésions peut entraîner des cicatrices.</p> <p>Il n'est pas établi que traiter plus souvent permet de guérir plus vite.</p>
<p align="center">Acide bi- ou tri-chloracétique</p>	<p align="center">Acide bi- ou tri-chloracétique</p>
<p>Une fois par semaine ou chaque 2 ou 3 semaines pour un maximum de 3 à 4 mois selon l'évolution des lésions.</p> <p>Laisser sécher après l'application.</p> <p>La surface traitée n'a pas besoin d'être lavée.</p>	<p>Une fois par semaine ou chaque 2 ou 3 semaines pour un maximum de 3 à 4 mois.</p> <p>Laisser sécher après l'application.</p> <p>La surface traitée n'a pas besoin d'être lavée.</p>
<p align="center">COMMENTAIRES</p> <p>Peut être utilisé chez la femme enceinte.</p> <p>Solutions de 50 % à 90 % avec 70 % d'alcool sont les plus efficaces.</p> <p>Utiliser un cure-dent ou une tige montée très fine pour l'application (des tiges montées trop grosses laissent couler trop d'acide sur la peau lors de l'application).</p> <p>Avoir un flacon d'eau ou du bicarbonate de sodium à portée de main en cas d'accident.</p>	<p align="center">INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES</p> <p>Peut être utilisé chez les femmes enceintes et qui allaitent.</p> <p>Les solutions de 50 % à 90 %, dans l'alcool 70 %, sont les plus efficaces.</p> <p>Avoir un flacon d'eau ou du bicarbonate de sodium à portée de main en cas d'accident.</p> <p>Produit caustique pouvant causer des vésicules et des ulcérations, surtout lorsque l'acide coule sur la peau lors de l'application.</p>

GUO 2012	GUO 2019
Produit caustique pouvant causer des vésicules et des ulcérations, surtout lorsque l'acide coule sur la peau lors de l'application.	

4.6.2. Notes de bas de tableau

GUO 2012	GUO 2019
1. L'ordre de présentation des traitements prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la facilité du schéma d'administration ainsi que les coûts.	1. Le manque de preuves scientifiques empêche de privilégier un traitement appliqué par la personne atteinte ou par un professionnel de la santé, et de prioriser une option thérapeutique par rapport à une autre (voir section 2.8.6).
2. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux. Différentes versions génériques existent également.	Énoncé retiré
∅	2. Temps pour éliminer des condylomes ou jusqu'à la durée maximum d'une option thérapeutique.
3. Médicament d'exception (formulaire à remplir). Indication pour autorisation : pour le traitement des condylomes externes génitaux et périanaux 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.	3. Médicament d'exception (formulaire à remplir). Indication pour autorisation PAR Médicament d'exception. Les indications reconnues pour le paiement dans le cadre du régime public d'assurance médicaments (RPAM).
4. Médicament non inscrit à la Liste de médicaments du régime public d'assurance médicaments.	4. Médicament non remboursé dans le cadre du RPAM.
5. 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.	Énoncé retiré

4.7. Suivi

GUO 2012	GUO 2019
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.	Lorsqu'un traitement est appliqué par le patient, il est recommandé de prévoir au moins une visite de suivi deux semaines après la fin du cycle de traitement.

4.8. Vaccination

GUO 2012	GUO 2019
Les vaccins préventifs contre le VPH n'ont pas d'effet thérapeutique sur les condylomes déjà présents.	Les vaccins préventifs contre le VPH n'ont pas d'effet thérapeutique sur les condylomes déjà présents.
∅	Les vaccins ont une certaine efficacité pour prévenir les réinfections dues à des VPH inclus dans les vaccins.
Une personne qui a ou a déjà eu des condylomes peut recevoir un vaccin contre le VPH.	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.	Le vaccin nonavalent (VPH-9) offre une protection contre le VPH de types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58; il inclut donc les types qui causent la majorité des condylomes. Le vaccin bivalent (VPH-2) 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 Québec, chapitre 10.4.4.	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 Québec .

4.9. Interventions préventives relatives aux ITSS

GUO 2012	GUO 2019
Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou lors de l'examen périodique, les praticiens devraient : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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; 	Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou dans le cas d'un examen clinique préventif, les praticiens devraient : <ul style="list-style-type: none"> ● Rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;

GUO 2012	GUO 2019
<ul style="list-style-type: none"> ○ VACCINER contre les hépatites et le virus du papillome humain selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec (chapitre 10.4). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informer la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante; ● Vacciner contre les hépatites A et B et le virus du papillome humain selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec.
<p>Le médecin de famille en cabinet peut utiliser le code d'acte n° 15230 pour ses interventions préventives relatives aux ITSS.</p>	<p style="text-align: center;">⊗</p>
<p>Différents outils relatifs aux ITSS destinés aux professionnels de la santé existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques</p> <p>Ces outils peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/itss, section Documentation, rubrique Professionnels/outils.</p>	<p>Différents outils associés à l'intervention préventive relative aux ITSS sont disponibles sur le site du MSSS, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés ● Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques ● Outils pour le soutien à la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires ● Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients ● Estimation du risque associé aux activités sexuelles ● Vaccination et ITSS ● Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS ● Intervention préventive relative aux ITSS : outil d'aide à la pratique, visite initiale et visite subséquente ● Guide québécois de dépistage des ITSS

CONCLUSION

La réalisation de cette mise à jour du guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Condylomes externes (verrues anogénitales) est fondée sur une revue systématique des recommandations de pratique clinique, qui ont été bonifiées par le savoir expérientiel de différents experts et cliniciens ainsi que par des aspects contextuels extraits, entre autres, de publications gouvernementales de l'INSPQ et du MSSS. Au terme d'une analyse impliquant la triangulation des données provenant de ces différentes sources, la mise à jour a permis de déterminer la pertinence de maintenir, retirer ou modifier les recommandations existantes ou d'ajouter, lorsque nécessaire, de nouvelles recommandations concernant les généralités associées aux condylomes acuminés, les manifestations cliniques, la prise en charge, les principes de traitement et le suivi. Ce présent GUO permettra d'orienter et de soutenir la pratique des professionnels de la santé afin d'optimiser la prise en charge des personnes atteintes de condylomes externes.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Section 5-5 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Prise en charge et traitement d'infections spécifiques – Infections génitales au virus du papillome humain (VPH) : Révisé octobre 2014 [site Web]. Ottawa, ON : ASPC; 2014. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sex>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Condyline – Antimitotique (monographie de médicament). Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS) [site Web]. Ottawa, ON : APhC; 2012. Disponible à : <https://www-e-therapeutics-ca>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-42.
- Denzin NK et Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 2^e éd. Thousand Oaks, CA : Sage; 2000.
- Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2^e éd. Montréal, Qc : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Infections à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae : rapport en soutien au guide d'usage optimal. Rapport rédigé par Frédéric St-Pierre. Québec, Qc : INESSS 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS_Rapport-soutien-GUO_ITSS_Chlamydia-Gonorrhoe.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement pharmacologique des infections transmissible sexuellement et par le sang – Approche syndromique : rapport en appui au guide d'usage optimal. Rapport rédigé par Karine Lejeune. Québec, Qc : INESSS; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS_ITS_S_App-Syndrome_Rapport.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Veregen^{MC} (Sinécatechines 10 %). Avis de refus – Valeur thérapeutique. Québec, Qc : INESSS; 2015. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Fevrier_2015/Veregen_2015_02_CAV.pdf.
- Laboratoires Paladin. Veregen^{MD}. Onguent de sinécatechines à 10 % p/p. Traitement topique des verrues génitales. Monographie de produit. Saint-Laurent, Qc : Laboratoires Paladin Inc.; 2016. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00034457.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>.
- Li J, Rousseau M-C, Franco EL, Ferenczy A. Is colposcopy warranted in women with external anogenital warts? J Low Genit Tract Dis 2003;7(1):22-8.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). VPH : vaccin contre les virus du papillome humain [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2018. Disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/vph-vaccin-contre-les-virus-du-papillome-humain/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. BMJ 2009;339:b2535.
- Valeant. Vyloma® (imiquimod) crème à 3,75 % p/p. Modificateur de la réponse immunitaire. Monographie de produit. Laval, Qc : Valeant Canada S.E.C.; 2014. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00023550.PDF.
- Valeant. Aldara®P (imiquimod) crème à 5 %. Modificateur de la réponse immunitaire. Monographie de produit. Laval, Qc : Valeant Canada S.E.C.; 2013. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00023476.PDF.
- Workowski KA et Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1-137.



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

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

Québec 

