**Questionnaire–HSIL**

Les lésions génitales secondaires aux HPV de haut grade sont appelées HSIL (anciennement, AIN3, VIN 3 ou PIN 3 secondaires aux HPV).1 Chez les patients immunodéprimés, et particulièrement chez les patients transplantés d’organe solide, ces lésions sont beaucoup plus fréquentes que dans la population générale2,3, avec un Hazard ratio chez les transplantés de rein (HR) estimé sur registre pour la vulve à 16.4, 95% IC: 10.4–25.8, pour le pénis à 21.9, 95% IC: 11.1–43.5 et pour l’anus femmes: HR = 51.1, 95% IC: 28.0–93.1; hommes: HR = 39.0, 95% IC: 16.7–91.1.4

Ces lésions sont à risque de transformation en carcinomes épidermoïdes génitaux.5,6 Les traitements variés, soit réalisés par le patient lui-même (imiquimod ou 5-Fluorouracile topique) soit réalisés par le praticien (cryothérapie, chirurgie, électrocoagulation, laser) sont souvent mis en échec chezles populations immunodéprimées en particulier lorsque les lésions sont multifocales. Par ailleurs, les traitements topiques n’ont pas l’Autorisation de Mise sur le Marché chez les patients lorsqu’il existe une atteinte intra-canalaire ou intra-vaginale obligeant à des gestes au bloc opératoire répétés.

L’objectif de cette étude est :

* De connaître l’efficacité des différents traitements utilisés pour des HSIL, quelque soit le site (anus, vulve, pénis, périnée) (définie comme une disparition complète à l’examen clinique à l’examen clinique des lésions de HSIL)
* De définir si, lorsqu’ils sont réalisés, le switch des immunosupresseurs ou la diminution des immunosupresseurs permettent la résolution pour totalité ou partie des lésions.
1. Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of the LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Int J Gynecol Pathol. 2013 Jan;32(1):76-115.
2. Larsen HK, Hædersdal M, Thomsen LT, Hertzum-Larsen R, Lok TT, Bonde J, Sørensen SS, Hansen JM, Palefsky JM, Kjær SK. Risk of Anal High-grade Squamous Intraepithelial Lesions Among Renal Transplant Recipients Compared With Immunocompetent Controls. Clin Infect Dis. 2021 Jul 1;73(1):21-29
3. Albuquerque A, Stirrup O, Nathan M, Clifford GM. Burden of anal squamous cell carcinoma, squamous intraepithelial lesions and HPV16 infection in solid organ transplant recipients: A systematic review and meta-analysis. Am J Transplant. 2020 Dec;20(12):3520-3528.
4. Reinholdt K, Thomsen LT, Dehlendorff C, Larsen HK, Sørensen SS, Haedersdal M, Kjaer SK. Human papillomavirus-related anogenital premalignancies and cancer in renal transplant recipients: A Danish nationwide, registry-based cohort study. Int J Cancer. 2020 May 1;146(9):2413-2422
5. Vuyst H, Clifford GM, Nascimento MC, Madeleine MM, Franceschi S. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta‐analysis. *International Journal of Cancer* 2009;124(7):1626‐36.
6. Scholefield J H, Castle M T, Watson N F. Malignant transformation of high-grade anal intraepithelial neoplasia. *Br J Surg.*2005;92(09):1133–1136

Médecin référent : e-mail ou téléphone :

Centre :

Nom patient (3 premières lettres) : \_ \_ \_

Prénom patient (première lettre) : \_

DDN patient \_ \_/\_ \_/ \_ \_ \_ \_

Sexe : M F

Sexualité si connue

Hétérosexuel

Homo ou bisexuel

Non renseigné

Date de dernier suivi dermato

Lieu dernier suivi

Tabagisme : oui/non

actif

sevré

Type de greffon(s):

Rein

Hépatique

Cardiaque

Pulmonaire

Donneur vivant ou donneur décédé

Date de la première transplantation :

Nombre de transplantation(s) :

Traitements immunosuppresseurs au moment du diagnostic de HSIL:

Antécédents avant la transplantation

-condylomes Oui/non

-HSIL Oui/non

Lésions présentent au moment de la greffe oui/non

Localisation(s) :

* Vulve
* Vagin
* Pénis
* Anus
* Plis inguinaux
* Périnée
* Lèvres/cavité orale

Délai d’apparition en post-greffe (mois) :

Caractéristiques cliniques

Taille

* Lésion unifocale oui/non
	+ Taille : …. X …. cm
* Lésions mutlifocales oui/non
* Nombre de lésions
* Ou surface atteinte
* <5cm²
* 5-10cm²
* > 10cm²

Sites atteints

* Vulve
* Vagin
* Pénis
* Anus
* Plis inguinaux
* Périnée
* Lèvres/cavité orale
* Autres : verrues digitales ?.

Résultats du FCV ou de la colposcopie si femme

Frottis :

Colposcopie :

le patient a-t-il eu une anuscopie ?

Oui/non

Résultats de l'anuscopie si oui :

* Présence de lésions de :
* Condylomes oui/non
* HSIL oui/non
* Lésions de carcinomes épidermoïdes invasifs : oui/non

Virologie :

résultat du génotypage HPV si réalisé :

Traitement entrepris

Laser CO2

Date

Nombre de séances

Chirurgie

 Date

 Nombre de séances

Imiquimod

Date :

Nombre de semaines

Rythme des application

5 fluoro-uracile topique

Date

Nombre de semaines

Rythme des applications

Chirurgie

Date

Nombre d’interventions)

Podophyllotoxine

Date

Nombre de semaines

Rythme des applications

Cryothérapie

Date

Nombre de semaines

Rythme des applications

Autres :

Changement de traitements immunosuppresseurs (lié à la maladie HSIL) :

Date et type de modification :

Diminution des lésions après modification des immunosupresseurs

<50%

>50%

Rémission complète

Vaccination anti HPV oui/ non / date de la vaccination

Date aux dernières nouvelles

Evolution aux dernières nouvelles

* Maladies toujours présente oui/non
* Augmentation du nombre de lésions oui/non
* Rémission partielle oui/non
* Rémission complète oui/non
* Transformation en carcinome épidermoide invasif oui/non
* Délais entre diagnostic HSIL et lésions invasives : xx mois
* Localisation :