



اولین دوره توانمند سازی متخصصین طب ایرانی در حیطه زنان و ناباروری

شروع دوره: 30 آذر ماه

مدت دوره: 90 ساعت

چهارشنبه هر هفته

ساعت برگزاری: 7:45-9:30

با همکاری:
انجمن علمی طب سنتی



برگزار کننده: دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی



نام مدرس: خانم دکترزمانیان، خانم دکتر فیض آبادی

نام مبحث: مدیریت درمان زگیل های تناسلی زنان از دیدگاه طب ایرانی و طب نوین

تاریخ برگزاری: 1402 / 5/ 11



زا یشان ینیلاب یا همدنس ، HPV سوریو لاقتنا یا ههار و عویش ، تیمها : تسرهف

، یهدریش و یرادراب رد HPV، نیون بط رد یلسانت لیگز نامرد، HPV

(سکیورس ناطرس یرگلابرغ) ریمسا پاپ ، HPV نویسانیسکاو



تبیین و درمان زگیل تناسلی در طب سنتی ایرانی، مطالعات بالینی طب مکمل در
زگیلهای تناسلی، فراورده های گیاهی تقویت کننده سیستم ایمنی ، فراورده های
گیاهی موضعی ضد زگیل تناسلی



در پایان این جلسه شما قادر خواهید بود: راههای پیشگیری و انتقال و درمان طب نوین و
طب ایرانی در زگیل تناسلی را بشناسید و بدانید چه بیمارانی نیاز به ارجاع به متخصص
زنان دارند



تاریخچه ویروس HPV

- ✓ سابقه زگیل به هزاران سال پیش بر می گردد. در آغاز قرن اول بعد از میلاد، پزشک و مورخ رومی Celsus در کتابش به نام De Medecina سه فرم از زگیل های پوستی را توضیح می دهد.
- ✓ کوندیلوماتا آکومیناتا بیماری کاملاً شناخته شده ای حداقل از زمان بقراط (460 سال قبل از میلاد مسیح) بوده است.
- ✓ در روم قدیم معتقد بودند این نوع زگیل ها نتیجه رفتار بی پروای جنسی هستند.
- ✓ اولین بار Domenico Rigoni-Stern پزشک ارشد بیمارستان ورونا در سال 1842 در مطالعه ای که روی گواهی های فوت ناشی از سرطان انجام میداد متوجه شد که سرطان دهانه رحم در دوشیزگان و راهبه ها برخلاف زنان ازدواج کرده و بیوه ها خیلی نادر و کم است و برای اولین بار ارتباط سرطان دهانه رحم با بیماریهای مقاربتی مطرح شد.



اهمیت ویروس HPV

- ✓ یکی از شایعترین عفونتهای مقاربتی در دنیا است HPV.
- ✓ عامل ایجاد دیسپلازی و کانسر مهاجم سرویکس می باشد HPV.
- ✓ در 99% موارد سرطان سلولهای سنگفرشی دهانه رحم مشاهده شده است HPV.
- سرطان دهانه رحم چهارمین سرطان شایع در بین زنان است.
- یکی از علل مرگ و میر زنان در سنین باروری در کشورهای در حال توسعه سرطان دهانه رحم است.

معرفی ویروس HPV

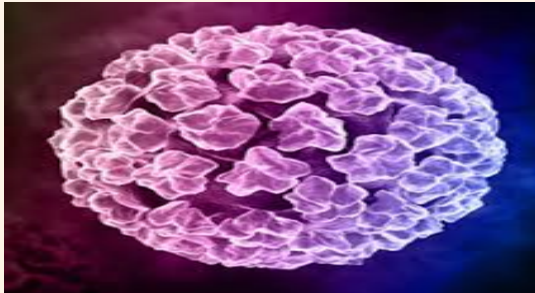
پاپیلوما ویروسها عضوی از خانواده پاپیلوما ویریده با مشخصات زیر هستند:

دارای ژنوم DNA دو رشته ای و حلقوی

تمایل بافتی به مخاط و پوست

افزاینده رشد سلول

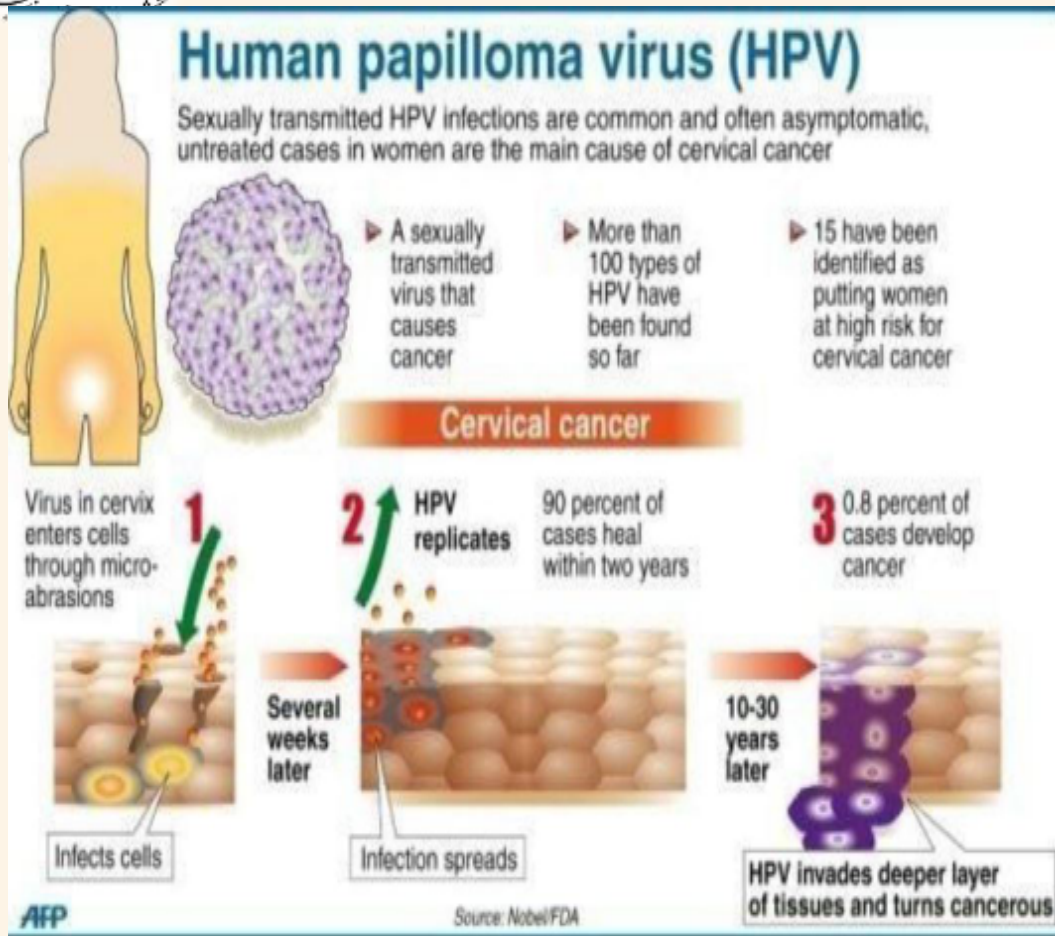
پیش از 120 نوع ویروس HPV شناخته شده اند و 30 نوع آن میتوانند نواحی آنژنییتال را آلوده کنند.





HPV genotypes

INNO LiPA HPV genotyping determined 32 HPV genotypes	This HPV classification was based on IARC Monograph
high risk HPV genotypes (HR HPV)	HPV-16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58, -59, -68
possible high risk HPV genotypes (pHR HPV)	HPV-26, -53, -66, -70, -73, -82
low risk HPV genotypes (LR HPV)	HPV-6, -11, -40, -42, -43, -44, -54, -61, -62, -67, -81, -83, and -89
یافت شده HPV است. همچنین شایعترین CIN2,3 یافت شده در سرطان مهاجم و HPV شایعترین HPV16 در زنان با سیتولوژی نرمال میباشد. جهت تومورهای مهاجم است HPV16 اختصاصی تر از HPV18	



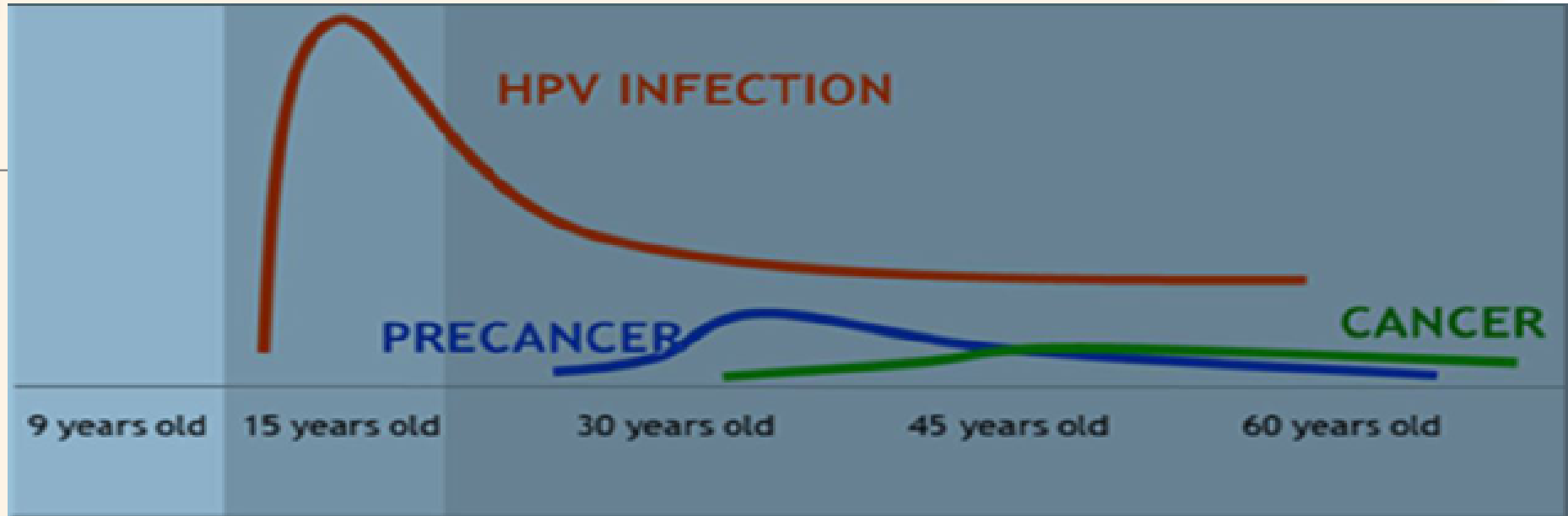
ورود ویروس به سلول های بازال اپیتلیوم به علت خراشهای میکروسکوپی

• اتصال ویروس به سلول های بازال

• تحریک رشد سلولی به وسیله ژنهای ویروس

• همانند سازی ژنوم ویروسی توسط پلی مرار سلول میزبان

• ضخیم شدن لایه خاردار اپیتلیوم وتشکیل زگیل



قرار گرفتن در معرض عفونت در ابتدای جوانی
پیشرفت به مرحله پیش سرطان دهانه رحم
توسعه سلول های سرطانی مهاجم
نوع ویروس و پایدار شدن عفونت دو عامل خطر مهم برای ایجاد نئوپلازی درجه بالا می باشند .

شیوع

شیوع عفونت HPV تناسلی

شیوع زگیل تناسلی

شیوع نئوپلازی سرویکس





شیوع ویروس HPV

- شیوع HPV در مکانهای مختلف و در گروههای سنی مختلف، متفاوت هست.
- شیوع HPV در شهرهای مختلف ایران از 5.5% در شیراز و بوشهر تا 37% در زابل ذکر شده است
- اوج شیوع HPV در زنان در سنین 20-24 سال و در مردان در سنین 25-29 سال گزارش شده است.
- شیوع HPV و HPV پرخطر در سنین 18-59 سال در ایالات متحده امریکا به ترتیب در زنان 39.9% و 20.4% و در مردان 45.2% و 25.1% گزارش شده است
- شیوع کلی HPV در 576281 زن 32.1% برآورد شد بالاترین میزان شیوع عفونت HPV در چین با حدود 57.7 درصد و به دنبال آن آسیای مرکزی جنوبی (شبه قاره هند) قرار دارد. شیوع HPV در کشورهای کمتر توسعه یافته (42.2%) بیشتر از مناطق توسعه یافته تر (22.6%) بود. (سال 2000-2011)



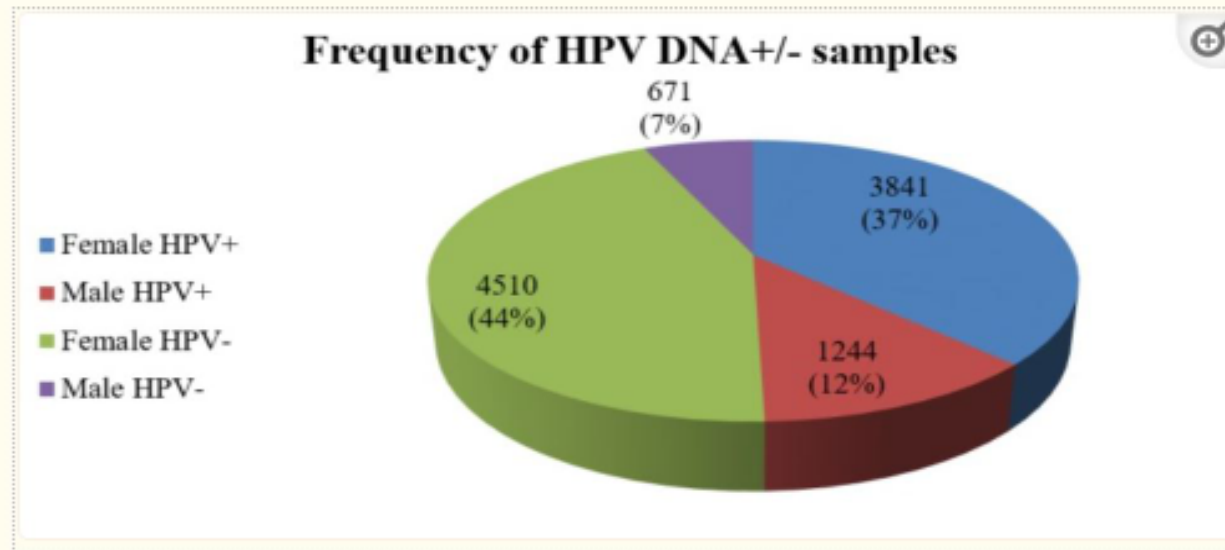
The Prevalence of HPV Genotypes in Iranian Population: An Update



2019

HPV 6,11

HPV 16,52



[Figure 1](#)

The percentage of HPV prevalence in the population (n=10266) of this study. HPV DNA was not detected in 44.0% and 6.5% of females and males, respectively; however, 37.4% of female subjects and 12.1% of male subjects were positive for HPV DNA



The Prevalence of HPV Genotypes in Iranian Population: An Update



Original Article | Iran J Pathol. 2019; 14(3): 202-205

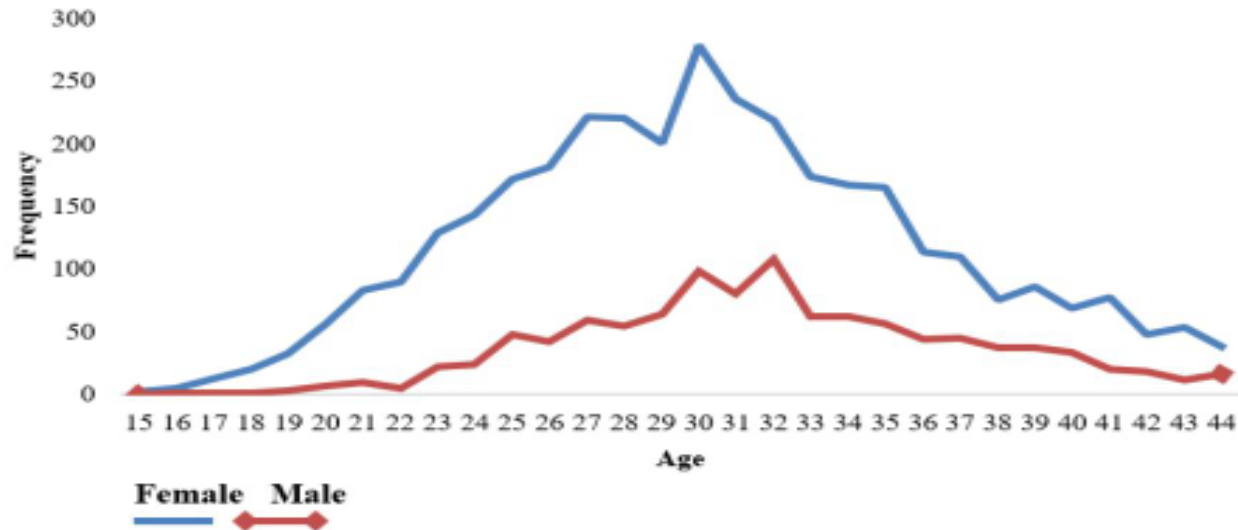
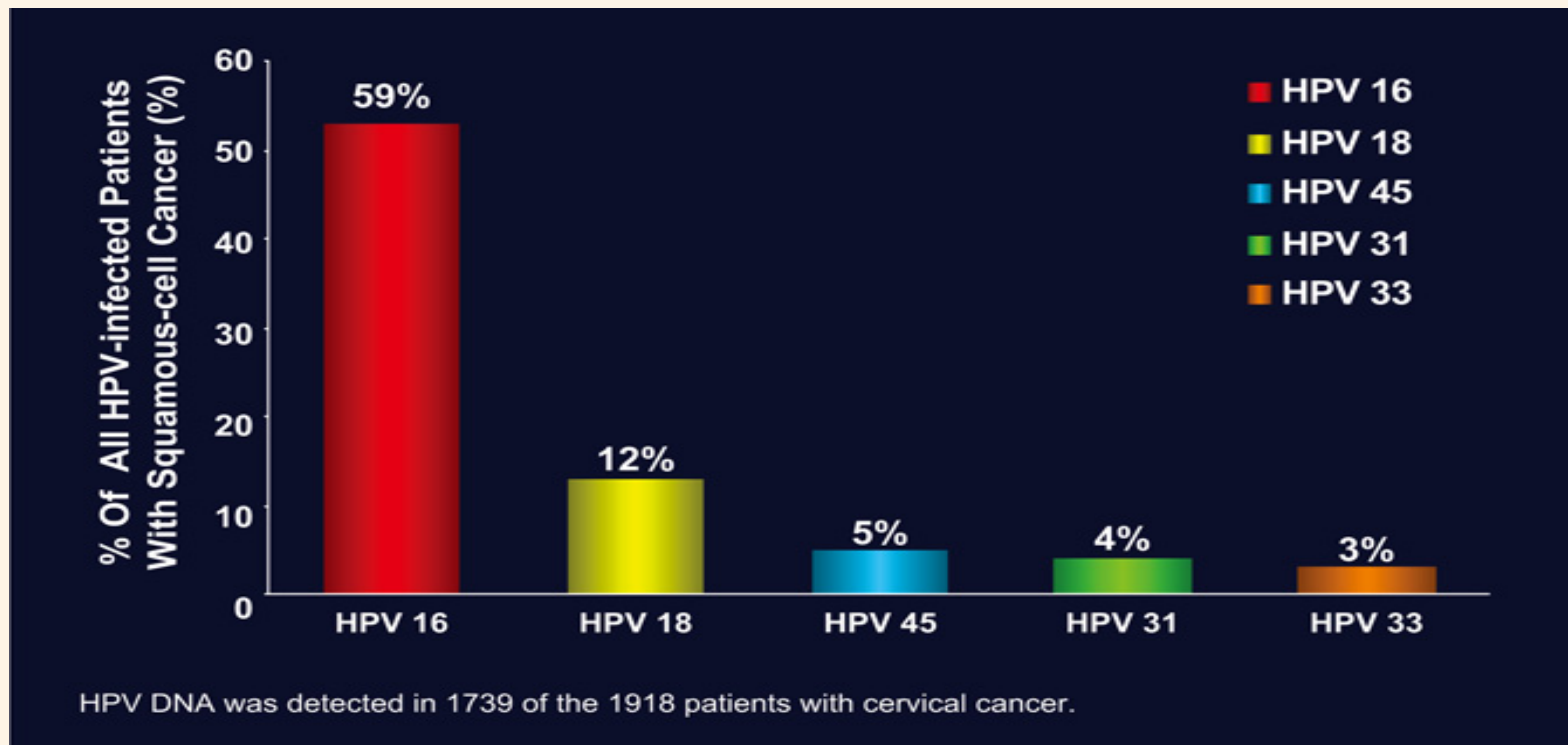


Figure2. The frequency of HPV infection according to the age in the studied males and females

شایعترین گونه های HPV در سرطان دهانه رحم





شیوع زگیل تناسلی

Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts

شیوع زگیل تناسلی یا کوندیلوماتا از 0.13% تا 5.1% گزارش شده است

Results: The overall (females and males combined) reported annual incidence of any AGWs (including new and recurrent) ranged from 160 to 289 per 100,000, with a median of 194.5 per 100,000. New AGW incidence rates among males ranged from 103 to 168 per 100,000, with a median of 137 per 100,000 and among females from 76 to 191 per 100,000, with a median of 120.5 per 100,000 per annum. The reported incidence of recurrent AGWs was as high as 110 per 100,000 among females and 163 per 100,000 among males. Incidence peaked before 24 years of age in females and between 25 and 29 years of age among males. The overall prevalence of AGWs based on retrospective administrative databases or medical chart reviews or prospectively collected physician reports ranged from 0.13% to 0.56%, whereas it ranged from 0.2% to 5.1% based on genital examinations.

شیوع نئوپلازی سرویکس

در مطالعه چین شیوع نئوپلازی سرویکس به ترتیب زیر گزارش شد

CIN1 13.1 %

CIN2 1.3%

CIN3 1.2%

25 تا 35 سال تشخیص داده می شود در حالیکه کانسر تهاجمی در سن بالای 40 سال دیده در زنان سنین CIN2 و CIN3 می شود

کانسر سرویکس معمولا 8 تا 13 **سال پس از نئوپلازی** تشخیص داده می شود.

شیوع کانسر سرویکس 2.17 در صدهزار نفر سال 1387 در ایران



DOI:10.22034/APJCP.2018.19.2.319

Systematic Review of Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in LMICs

REVIEW

Editorial Process: Submission:10/02/2017 Acceptance:01/09/2018

Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review

Aamod Dhoj Shrestha^{1*}, Dinesh Neupane^{1,2}, Peter Vedsted³, Per Kallestrup⁴

Among the 20 studies reviewed; seven were from Africa, seven from Asia, three from South America, and one each from North America, Europe and Oceania. The review found the highest reported age standardized incidence rate as 17.9/100,000/year in Zimbabwe in 2000 and the lowest as 0.11/100,000/year in China in 2006. One study of Nigeria revealed a cervical cancer prevalence of 5.0 per 1,000 in 2012 in the 25-64 year age group. Further, the highest reported age standardized mortality rate was 16/100,000/year in India in 2015 and the lowest 1.8/100,000/year in Colombia in 2013. In addition, coitarche, tobacco smoking, number of sexual partners and family history of cervical cancer were reported as significant risk factors. **Conclusion:** The study provides a review of reported prevalence, incidence and



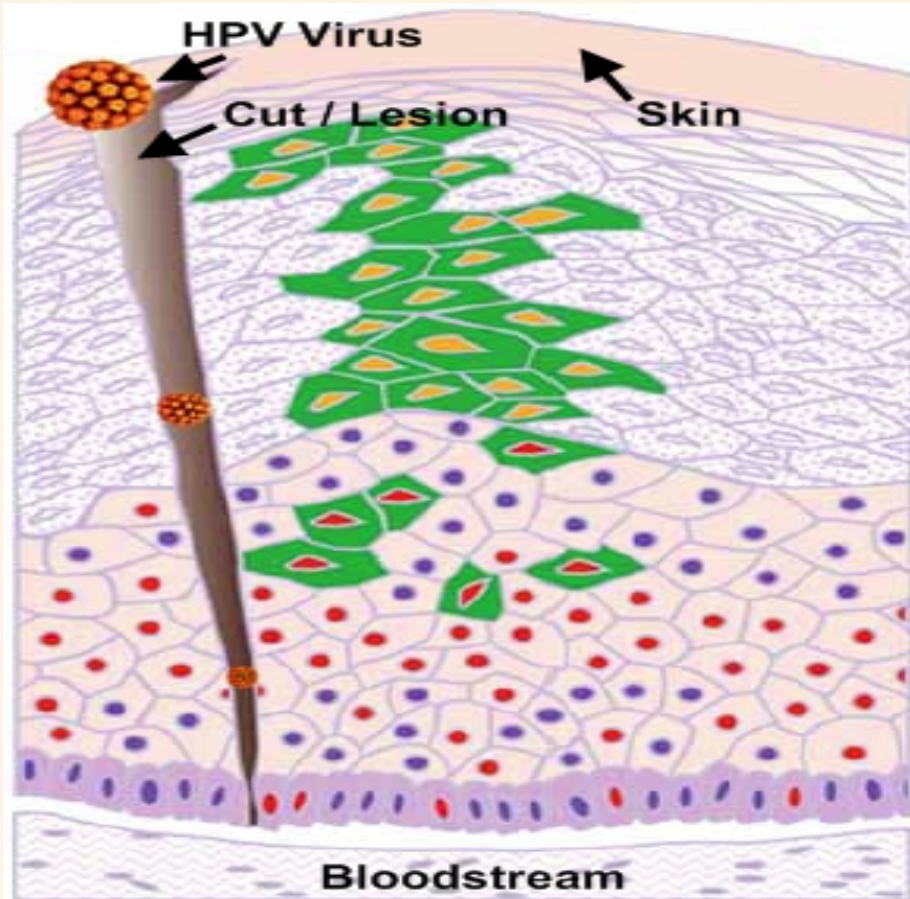
آیا هرکسی HPV مثبت شد قطعا علائم زگیل تناسلی را
بروز میدهد؟

خیر

آیا هرکسی HPV مثبت شد قطعا سرطان سرویکس خواهد
گرفت؟

خیر

انتقال HPV



- ✓ تماس جنسی واژینال، اورال و آنال
- ✓ تماس پوستی و خود تلقیحی
(استخر، حوله،...)
- ✓ انتقال از مادر به نوزاد
- ✓ انتقال از وسایل آلوده بیمارستانی
- ✓ بخار حاصل از لیزر CO₂،
الکتروکوتر
- ✓ سلولهای خونی



سیر بالینی HPV

معمولا عفونت با این ویروس گذرا بوده و برخی موارد به صورت نهفته سالها باقی میماند.
اکثر زنان آلوده علامت بالینی ندارند و عفونت آنها نهایتا ساپرس یا محو میشود.
قریب به اتفاق موارد عفونت طی 9 تا 15 ماه رفع میشود.
درصد کمی از زنانی که عفونت پایدار با ویروس پیدا میکنند ممکن است به سمت CIN پیشرفت کنند.

افراد در معرض خطر HPV



افراد دارای چند شریک جنسی

افراد الکلی و معتاد به مواد مخدر

افراد دارای روابط جنسی پرخطر

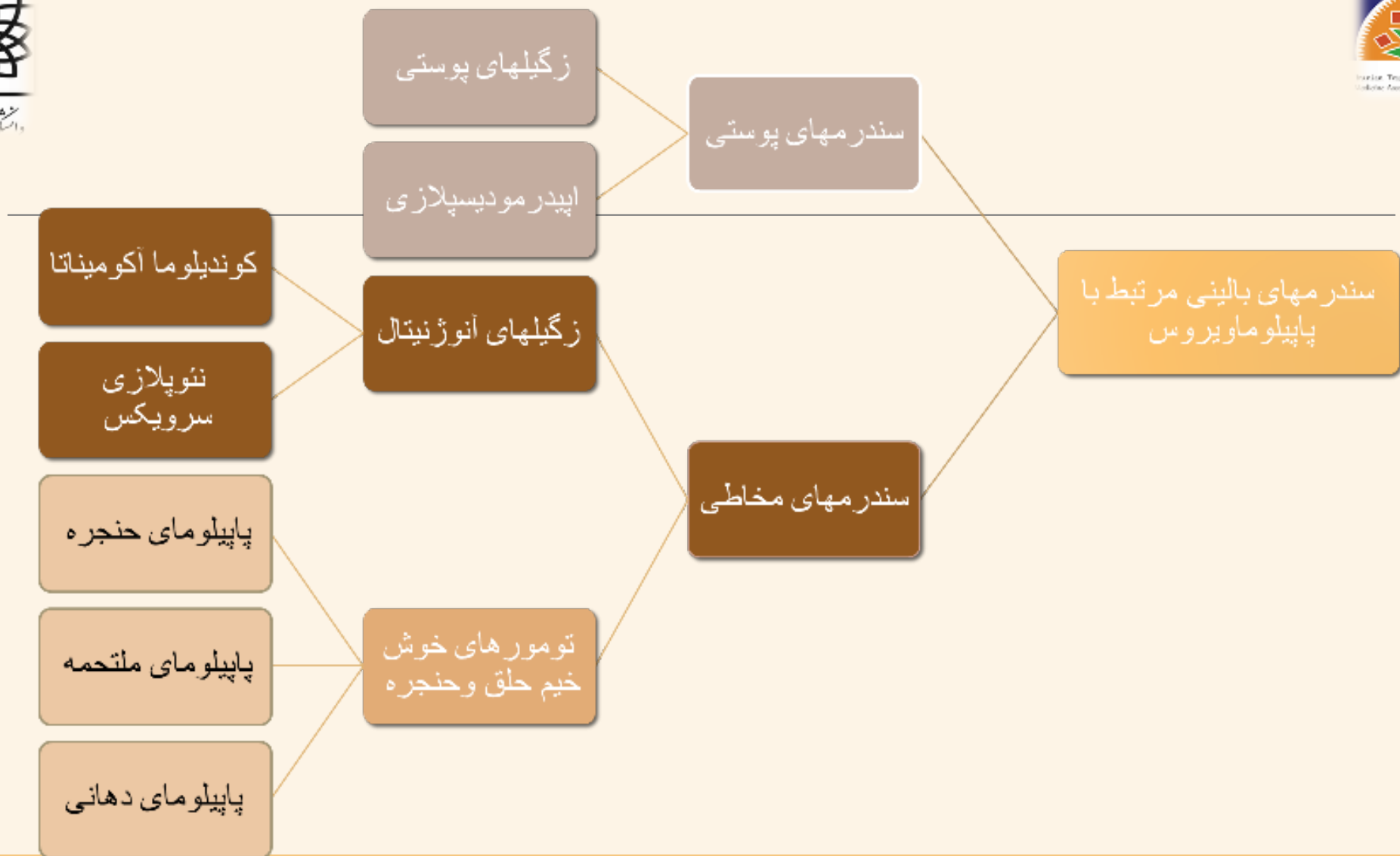
افراد دارای HIV

اولین رابطه جنسی زیر 15 سالگی

افزایش تعداد بارداریها

مصرف سیگار

ازدواج در سنین پایین



سندرم های بالینی ناشی از عفونت HPV



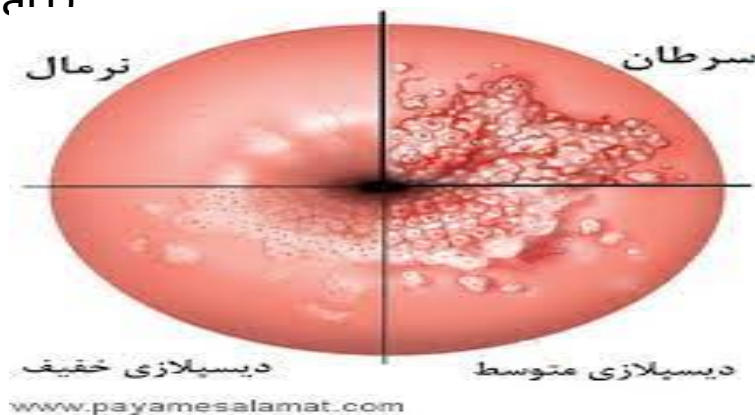


سرطان ها و بیماریهای مرتبط با ویروس HPV

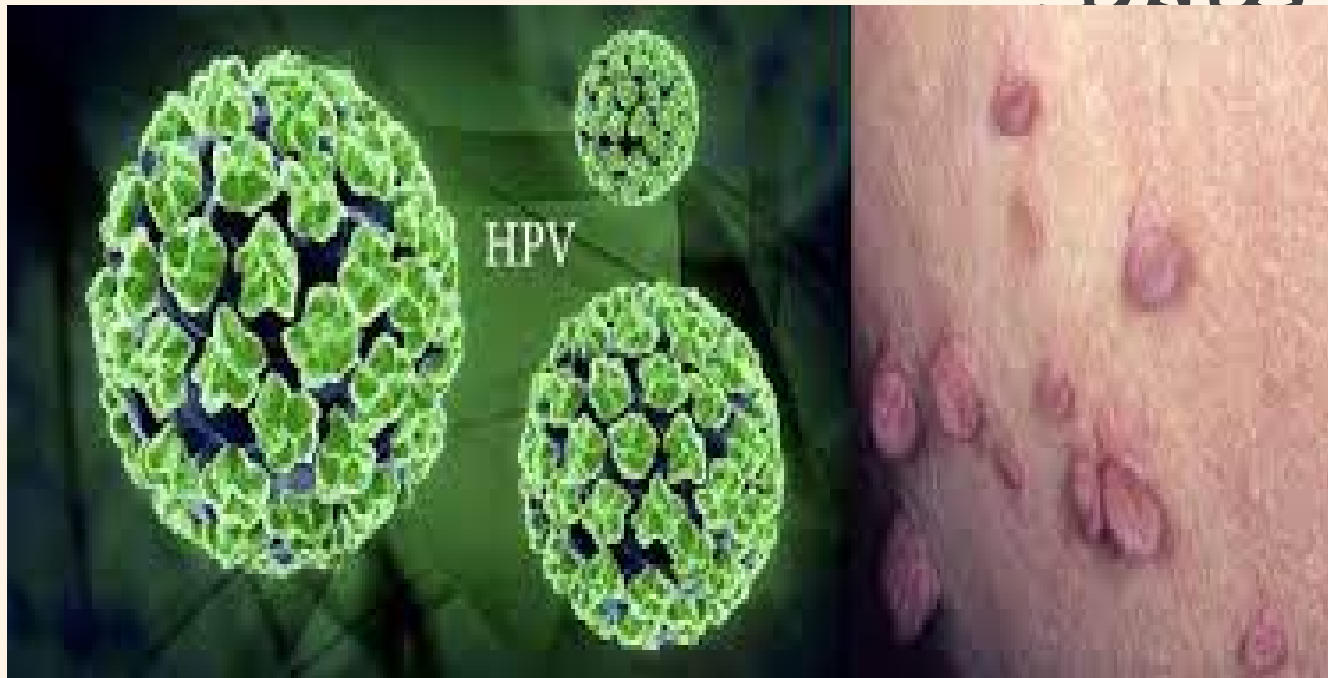
سرطان ها	بیماریها
کانسر سرویکس	زگیل های غیر تناسلی
کانسرولو و واژن	زگیل های تناسلی
کانسر پنیس و ضایعات پیش بدخیمی	پاپیلوماتوز تنفسی عود کننده (نوزادان و افراد با رابطه جنسی-دهانی)
کانسر آنال	بیماری بوون
کانسر اوروفارنژیال	اپیدرمودیسپلازی و روسیفورم

Anogenital human papillomavirus (HPV) infection

- I. Condylomata acuminata)anogenital wart)
- II. Cervical intraepithelial neoplasia)CIN)



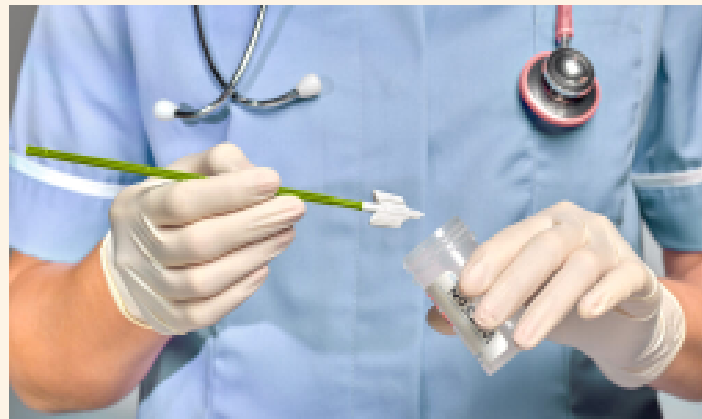
زگیل تناسلی



آیا تست HPV-PCR برای تشخیص زگیل تناسلی الزامی است؟

خیر

تشخیص زگیل تناسلی اغلب بالینی است ولی می توان در موارد مشکوک با بیوپسی به تشخیص قطعی رسید.





اندیکاسیون بیوپسی زگیل

- زگیل های مقاوم به درمان ✓
- همراه با خونریزی یا زخم شدگی ✓
- پیگمانتاسیون غیر معمول ✓
- شک به تشخیص ✓
- بیماران دارای ضعف سیستم ایمنی ✓
- اشکال غیر معمول زگیل مانند تورم، چسبندگی به بافت زیرین ✓



اتیولوژی زگیل تناسلی

زگیل تناسلی از تظاهرات عفونت با ویروس پاپیلوماوی انسانی است.
راه انتقال زگیل، تقریباً همیشه تماس جنسی است.

گونه های 6 و 11 از انواع غیر انکوژن ویروس، معمولاً مسئول زگیل های تناسلی خارجی هستند.

گونه های 16، 18، 31، 33 گاهی در زگیلهای تناسلی مقعدی یافت میشوند.

زگیلهای تناسلی بسیار مسری هستند؛ بیش از 75 درصد شرکای جنسی پس از تماس دچار علائم عفونت HPV میشوند.

سیر بالینی زگیل های تناسلی

دوره کمون: 3 هفته تا هشت ماه

ایجاد زگیل: ممکن است بعد از شکل گیری اولین زگیل افزایش در تعداد و اندازه زگیل ها اتفاق بیفتد

پسرفت خودبخودی: تقریباً یک سوم زگیل های تناسلی بدون درمان در مدت چهار ماه خودبخود پسرفت می کنند.

فاز نهفته: آلودگی با ویروس تنها با پیدا کردن DNA ویروس بدون هیچ گونه علامت و نشانه کلینیکی

عود: تداوم آلودگی با ویروس پاپیلوما علیرغم حذف زگیل های قابل مشاهده ممکن است منجر به **عود** زگیل شود.

میزان عود: به خوبی مشخص نیست.

عوامل مرتبط با عود: تحریک مکانیکی، ایجاد زخم، ایمنونوساپرشن، التهاب و سایر عوامل خارج سلولی که تعداد کپی های ویروس را در سلولهای آلوده نهفته تحت تأثیر قرار می دهند
اولین دوره توانمند سازی متخصصین طب ایرانی در حیطه زنان و ناباروری
نام مدرس:



اشکال مختلف زگیل تناسلی

(1) گل کلمی

معمولا به رنگ پوست گاهی صورتی یا هیپر پیگمانته که در سطوح پوستی کراتوتیک است و در سطوح مخاطی غیر کراتوتیک است.

(2) پاپول های نرم

معمولا گنبدی شکل و به رنگ پوست

(3) پاپول های مسطح (flat)

ماکولار یا کمی برجسته هستند به رنگ گوشت با سطح صاف اکثرا در بخش های داخلی مثل سرویکس دیده می شوند اما در بخش های خارجی دستگاه تناسلی هم دیده می شوند

(4) زگیل های کراتوتیک

دارای لایه شاخی شبیه زگیل معمولی یا کراتوز سبورئیک

اشکال مختلف زگیل تناسلی



Flat



papular



cauliflower



cauliflower

اشکال مختلف زگیل تناسلی



cauliflower



keratotic



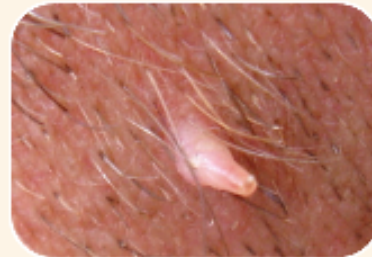
filiform



pedunculated



Flat



filiform



محل های در گیری زگیل تناسلی، علائم بالینی زگیل تناسلی

زگیلها در محلی که بطور مستقیم حین نزدیکی جنسی تحت تاثیر قرار دارند مثل فورشت خلفی و سطوح خارجی ولو، باشیوع کمتر در سرویکس، واژن و سراسر ولو یافت میشوند.

علائم بالینی: بی علامت، خارش و سوزش، خونریزی مجرای ادرار، خونریزی در طی نزدیکی، دیسپارونی

تشخیص افتراقی زگیل



Skin tag



آنژیو کراتوم



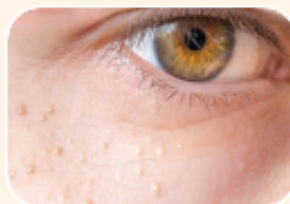
کراتوز سبورئیک



ضایعات فوردایس



کیست اپیدرموئید



سیرنگوما



کوندیلوماتا لاتا



مولوسکوم



درمان زگیل تناسلی خارجی

هدف از درمان برطرف کردن زگیلها است این امکان وجود ندارد که عفونت ویروسی ریشه کن شود.

انتخاب نوع درمان بستگی به محل آناتومیک، سایز، تعداد زگیلها، هزینه، کارایی، سهولت و آثار مضر بالقوه آن دارد. اگر زگیلها کوچک باشند و کمتر از یک سال از ایجاد آنها رد شده باشد درمان موفقیت آمیزتر است.

و اینترفرونهای موضعی خط اول درمانهای موضعی Sinecatechins و Podophyllotoxin و Imiquimod هستند که برای بیمار قابل استفاده است.

کرایوتراپی، Trichloroacetic acid، podophyllin (TCA) و روشهای جراحی مثل الکتروسرجری، لیزر و قطع کردن توسط پزشک انجام میشود.



درمان زگیل تناسلی خارجی (نواک 2020)

Table 15-6 Treatment Options for External Genital and Perianal Warts

Modality	Efficacy (%)	Recurrence Risk
Cryotherapy	63–88	21–39
Imiquimod 5% cream ^a	33–72	13–19
Podophyllin 10–25%	32–79	27–65
Podofilox 0.5% ^a	45–88	33–60

Trichloroacetic acid 80–90%	81	36
Electrodesiccation or cautery	94	22
Laser ^b	43–93	29–95
Interferon	44–61	0–67
Sinecatechin 15% ointment	60	ND

^aMay be self-applied by patients at home.

^bExpensive; reserve for patients who have not responded to other regimens.

ND, no data.

مکانیسم درمان زگیل تناسلی

تخریبی	تنظیم سیستم ایمنی	آنتی پرولیفراتیو
لیزر، کرایوتراپی	Imiquimod	Podophyllotoxin
استیک اسید	Sinecatechins	Podophyllin
جراحی، الکترو سرجری	Interferon	Interferon

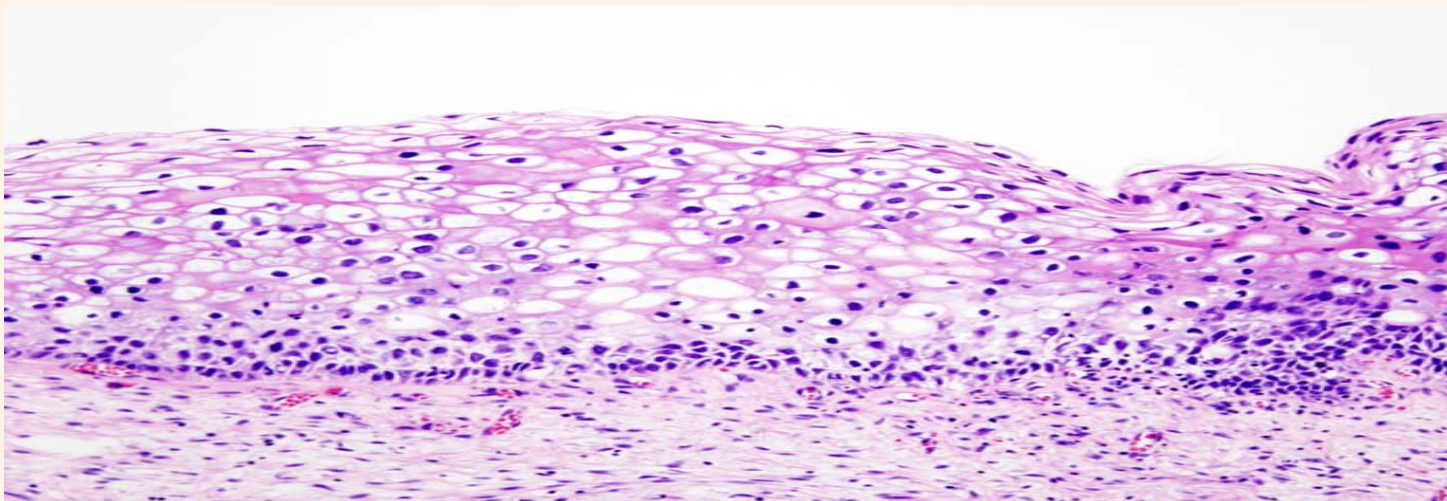




CIN

نئوپلازی سرویکس

Cervical intraepithelial neoplasia



اتیولوژی CIN

- ✓ ویروس **پاپیلوما** مهمترین عامل نئوپلازی سرویکس است.
- دو عامل مهم **عفونت پایدار** و **انواع پرخطر انکوژنیک HPV** ریسک بیماری درجه بالا را تا 30 برابر افزایش میدهند
- عوامل پایداری عفونت و پیشرفت بیماری شامل دخانیات، کنتراسپتیوها، سوء تغذیه و عفونت با STD میباشد
- انواع خاص پرخطر عامل حدود 90 % ضایعات اینترااپیتلیال درجه بالا و سرطان میباشند.
- ✓ CIN2,3 شایعترین ویروس یافت شده در سرطان تهاجمی و HPV16 است.

ریسک فاکتورهای کانسر سرویکس

✓ HPV

سن پایین شروع فعالیت جنسی ✓

نژاد زنان آفریقایی آمریکایی تبار دوبرابر قفقازی ✓

سطح اقتصادی پایین، سابقه ابتلا در خانواده ✓

کنتراسپتیو خوراکی، تعداد بارداری ✓

چاقی، مصرف سیگار، سوء تغذیه (اثر محافظتی فولات، آلفا کاروتن، بتاکاروتن) ✓

نقص ایمنی : زنان مبتلا به ویروس HIV، بیماران پیوندی، هوچکین، لوسمی ✓

داروهای سرکوبگر ایمنی ✓

عفونت پایدار و طولانی با HPV پرخطر مهمترین ریسک فاکتور سرطان سرویکس است ✓



غربالگری سرطان سرویکس

غربالگری سرطان سرویکس (نواک 2020)

زنان زیر 21 سال	لازم نیست
زنان 21 تا 29 سال	هر سه سال یکبار پاپ اسمیر
زنان 30 تا 65 سال	انجام Co-test یا سیتولوژی مرسوم و تست HPV پرخطر هر 5 سال یکبار یا انجام سیتولوژی تنها هر سه سال یکبار
زنان بالای 65 سال	قطع غربالگری در زنانی که سه سیتولوژی منفی داشته و یا دو نوبت Co-test منفی طی ده سال داشته باشند
غربالگری بیشتر در زنان HIV مثبت (دوبار در سال و سپس سالانه) زنانی که ضعف ایمنی دارند، دخترانی که مادرانشان DES استفاده کرده اند و افرادی که سابقه CIN2 و بالاتر دارند توصیه میشود (غربالگری سالانه تا بیست سال)	

مقایسه دستورالعمل‌های غربالگری انجمن سرطان آمریکا، انجمن آمریکایی کولپوسکوپی و پاتولوژی سرویکس و انجمن پاتولوژی بالینی آمریکا ACOG و نیروی انتظامی خدمات پیشگیرانه US

جدول ۳ - ۱۶. مقایسه دستورالعمل‌های غربالگری انجمن سرطان آمریکا، انجمن آمریکایی کولپوسکوپی و پاتولوژی سرویکس و انجمن پاتولوژی بالینی آمریکا ACOG و نیروی انتظامی خدمات پیشگیرانه U.S

	ACN, ASCCP, ASCP 2012	ACOG ۲۰۰۹	USPSTF ۲۰۱۲	USPSTF ۲۰۱۷
سن شروع	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
سن ۲۱ تا ۲۹ سال	سیتولوژی هر سه سال یکبار (روش مرسوم یا بر پایه مایع) در برابر پاپ سالیانه	سیتولوژی هر دو سال یکبار (روش مرسوم یا بر پایه مایع)	سیتولوژی هر سه سال یکبار (روش مرسوم یا بر پایه مایع)	سیتولوژی هر سه سال یکبار (روش مرسوم یا بر پایه مایع)
سن ۳۰ تا ۶۵ سال	Co - test هر ۵ سال یکبار (ارجح) یا هر سه سال یکبار با سیتولوژی تنها در برابر غربالگری بیشتر	Co - test هر ۳ سال یکبار یا سیتولوژی تنها هر سه سال یکبار	Co - test هر ۵ سال یکبار یا سیتولوژی تنها هر سه سال یکبار	سیتولوژی هر سه سال یکبار (روش مرسوم یا بر پایه مایع) یا تست HR - HPV هر ۵ سال یکبار یا Co - test هر ۵ سال یکبار
بعد از ۶۵ سال	قطع غربالگری بعد از سن ۶۵ سال در صورتیکه سه تست پاپ منفی یا ۲ تست HPV منفی در ۱۰ سال گذشته داشته و آخرین آزمایش در ۵ سال گذشته باشد.	قطع غربالگری از سن ۶۵ تا ۷۰ سال در صورتیکه سه تست منفی طی ۱۰ سال گذشته داشته باشد	قطع غربالگری در ۶۵ سال اگر غربالگری کافی در گذشته داشته باشد	قطع غربالگری اگر غربالگری کافی در گذشته داشته و در معرض افزایش خطر نباشد



Comparison of Screening Guidelines From the American Cancer Society, American Society of Colposcopy and Cervical Pathology and American Society Clinical Pathology, the American College of Obstetricians and Gynecologists, and the U.S. Preventive Services Task Force

	ACS-ASCCP-ASCP 2012	ACOG 2009	USPSTF 2012	USPSTF 2017
Start Age	21	21	21	21
Ages 21–29	Cytology every 3 years (liquid or conventional) AGAINST annual Pap	Cytology every 2 years (liquid or conventional)	Cytology every 3 years (liquid or conventional)	Cytology every 3 years (liquid or conventional)
Ages 30–65	Co-test every 5 years (preferred) OR Every 3 years with cytology alone (acceptable) AGAINST more frequent screening	Co-test every 3 years OR Every 3 years with cytology alone	Co-test every 5 years OR Every 3 years with cytology alone	Cytology every 3 years (liquid or conventional) OR High-risk HPV testing every 5 years OR Co-test every 5 years
After 65	Discontinue after age 65 if 3 negative Pap tests or 2 negative HPV tests in last 10 years with most recent test in last 5 years	Discontinue at age 65–70 after 3 negative tests in last 10 years	Discontinue after age 65 if adequate prior screening	Recommend against screening if adequate prior screening and not at increased risk

آیا تست HPV جایگزین پاپ اسمیر است؟

خیر





مقایسه تست HPV با پاپ اسمیر در غربالگری سرطان سرویکس (مقاله 1399)

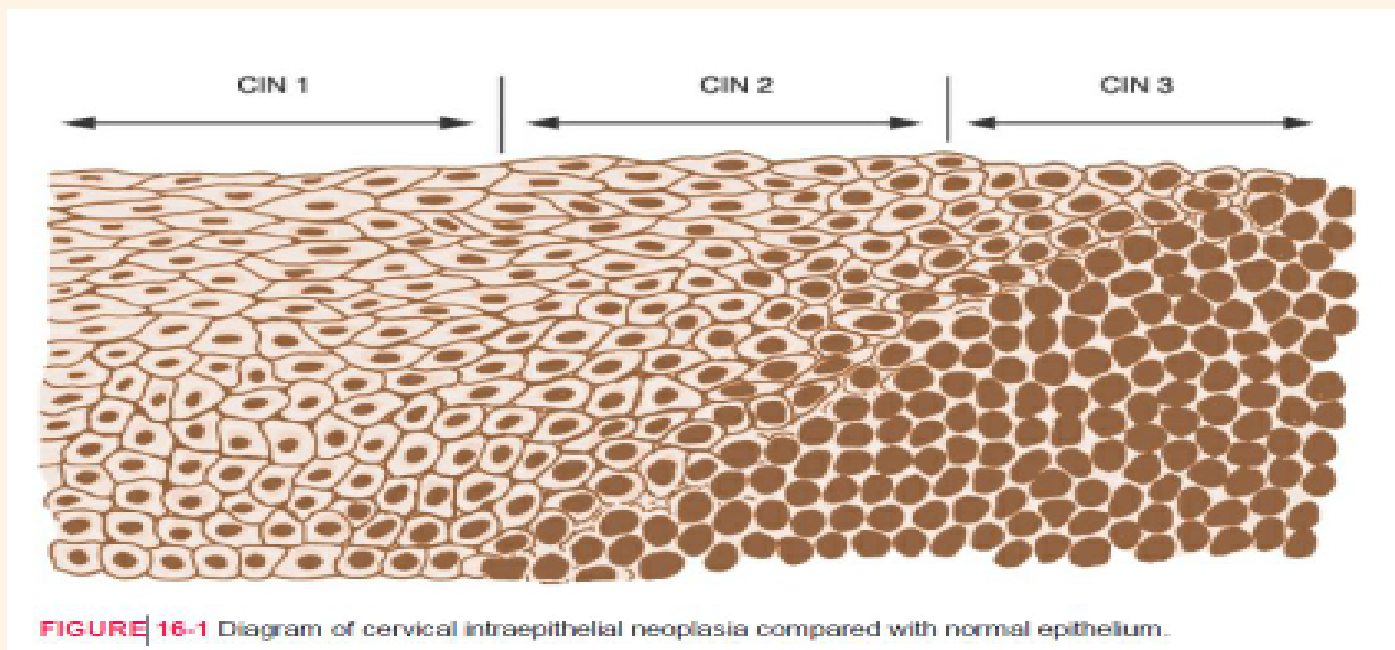
تست HPV حساسیت بیشتر و ویژگی کمتر و نتایج مثبت کاذب بیشتری نسبت به پاپ اسمیر دارد.



اندیکاسیون انجام تست HPV-PCR

- ✓ تست های اچ پی وی برای شناسایی انواع انکوژنیک عفونت HPV هستند و کاربرد آن در موارد زیر است:
- ✓ تست HPV پرخطر جزء حیاتی جهت تریاژ سیتولوژی ASC-US، جزء Co-test با سیتولوژی همزمان و به عنوان یک روش غربالگری اولیه مستقل میباشد.
- ✓ سودمندی تست HPV پرخطر در ارزیابی پاپ اسمیر ASC-US ثابت شده و در تشخیص 60% مبتلایان به ضایعات CIN کمک کننده است.

درجات نئوپلازی سرویکس

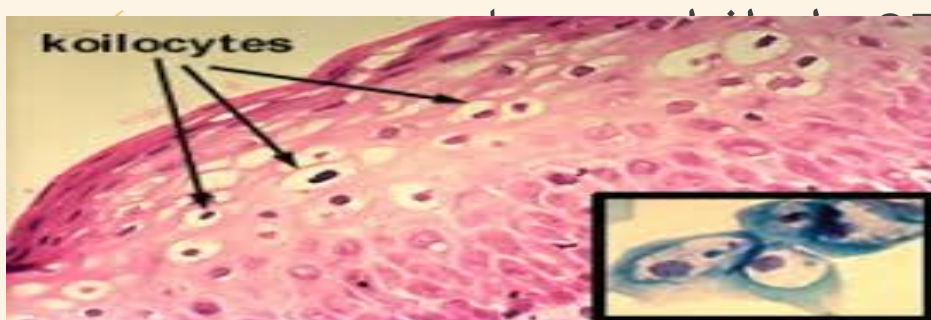


کویلو سیتوز چیست؟

✓ تغییرات سیتولوژیک ناشی از ویروس HPV برای اولین بار در سال 1956 توسط Koss و Dufree تشخیص داده شد؛ آنها از واژه کویلو سیتوز استفاده کردند ولی اهمیت آن تا بیست سال بعد شناخته نشد؛ تا زمانیکه Meisels و همکارانش این تغییرات را به عنوان دیسپلازی خفیف گزارش کردند.

✓ تغییرات مرتبط با HPV در تمام گریدهای نئوپلازی سرویکس یافت شده است.

✓ تغییر شکل بدخیم نیازمند بارز شدن انکو پروتئینهای E6 و E7 ویروس HPV میباشد.



در صورت یافتن HPV خطر ایجاد CIN با درجه بالا 0 ضایعات اینترا اپیتلیال مرتبط با 90% HPV میباشد.

درجات نئوپلازی سرویکس

از دید بافت شناسی برپایه غیرطبیعی بودن پیشرونده سلولهای اپیتلیال رده بندی میشوند.

CIN1	دیسپلازی خفیف	نشانه هیستوپاتولوژیک عفونت HPV است پیشگام سرطان نیست و در بیش از 60 درصد موارد خودبخود پسرفت میکند.	اگر 24 ماه و یا بیشتر باقی بماند با بررسی کولپوسکوپی کافی ادامه نظارت و یا تخریب ناحیه تغییر شکل با برداشتن یا اکسزایون در نظر گرفته میشود.
CIN2	دیسپلازی متوسط	هر دو CIN2,3 پیش سازهای نئوپلاستیک بوده و جهت اهداف تشخیصی و درمانی گروه بندی شده اند.	در زنان 25 ساله و بالاتر با شواهد کولپوسکوپی و هیستولوژیک کافی نیاز به تخریب یا برداشتن ناحیه تغییر شکل دارند
CIN3	دیسپلازی شدید		



درجات نئوپلازی سرویکس بر اساس سیستم بتسدا (Bethesda system)

ضایعات سنگفرشی با پتانسیل بدخیمی بر اساس این سیستم در سه گروه قرار میگیرند:

سلولهای سنگفرشی آتیپیک که شامل دو زیرگروه است - **Atypical Squamous Cells (ASC)** (یک ضایعات با اهمیت ناشناخته یا

(ASC-US) atypical squamous cells of undetermined significance

دو) گروهی که باید ضایعات با درجه بالا را در آنها رد کرد

Atypical Squamous Cells, Cannot Rule Out High Grade Squamous Intra-epithelial Lesion (ASC-H)

low-grade squamous intraepithelial lesion (L-SIL)-

ضایعات اینترا اپیتلیالی سنگفرشی درجه پایین شامل CIN-1 و آتیپی کویلووسیتیک

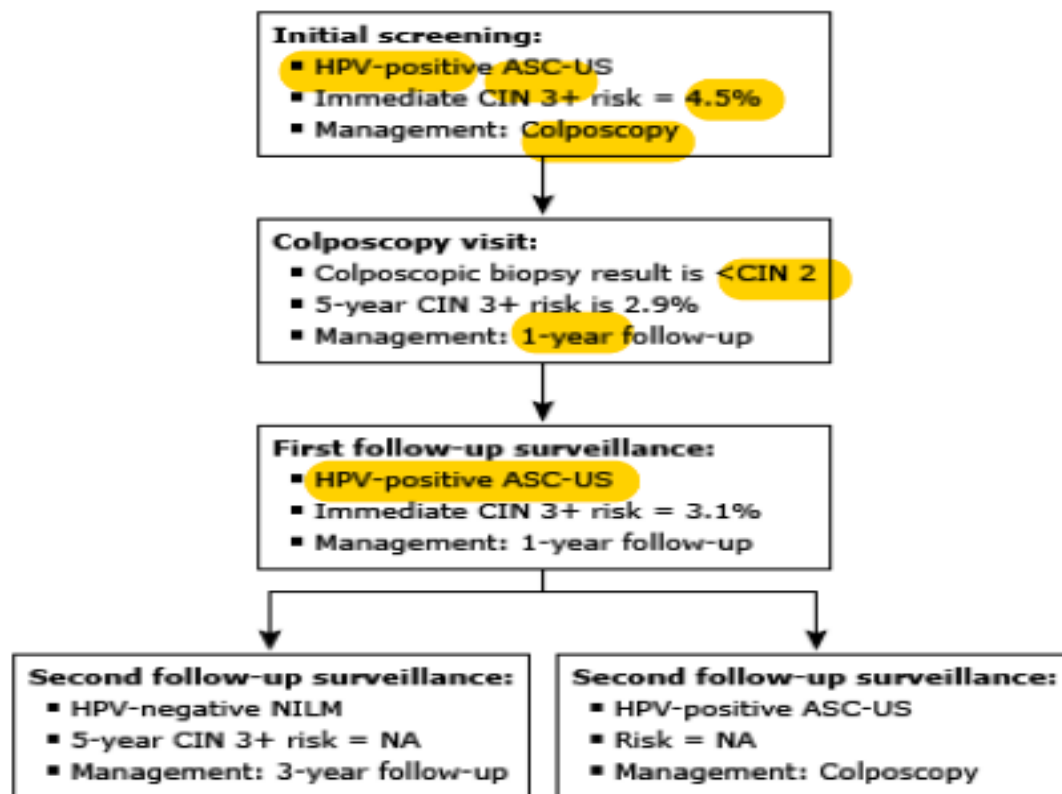
High-grade squamous intraepithelial lesion (H-SIL)-

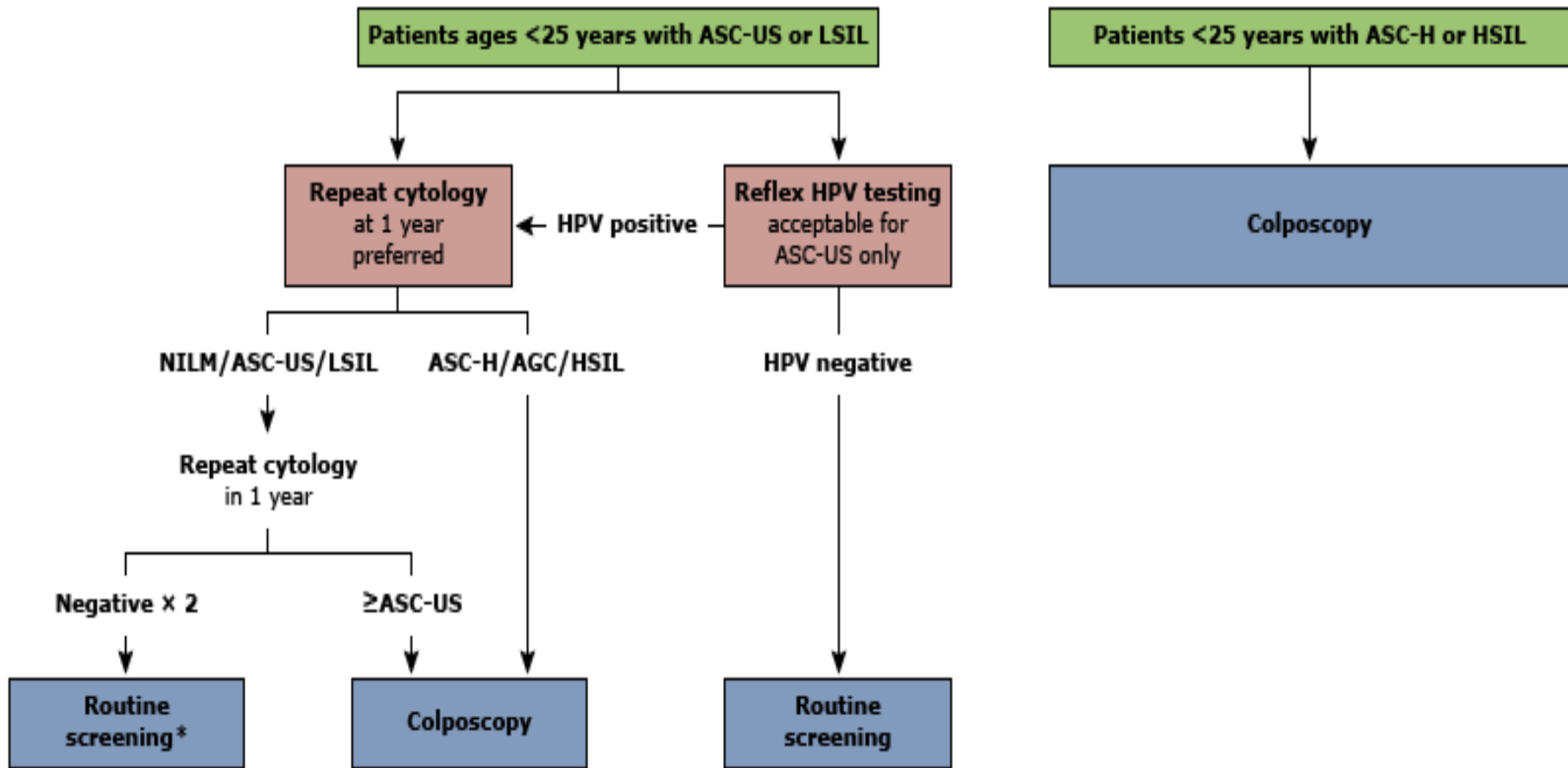
ضایعات اینترا اپیتلیالی سنگفرشی درجه بالا شامل CIN2 و CIN3 و کارسینوم درجا

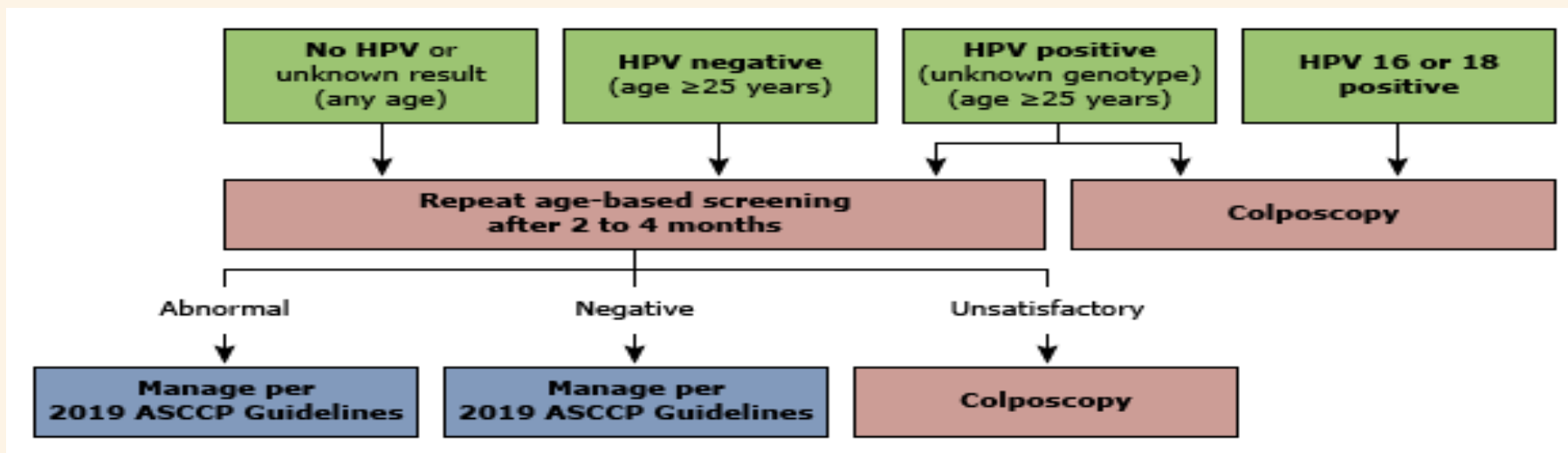
گایدلاین مبتنی بر شواهد جهت مدیریت سیتولوژی سرویکس و ویژگی
هیستولوژیک به صورت الگوریتم بالینی قابل دانلود از www.ASCEP.org

تست HPV	ASC- US	ASC
ارجاع برای کولپوسکوپی، نباید تریاژ با تست اچ پی وی پرخطر برای آنها انجام شود	ASC-H	
ارجاع برای کولپوسکوپی	LSIL	
ارجاع برای کولپوسکوپی و بیوپسی	HSIL	

Example of how patients are managed based on risk estimates (using a common low-grade screening abnormality, HPV-positive ASC-US)







زگیل تناسلی در بارداری

ابتلای مادر باردار به ویروس اچ پی وی ممکن است با مشکل نادر **پاپیلوماتوز حنجره ای راجعه در نوزاد** همراه باشد.

گاهی زگیل های تناسلی در دوران بارداری تمایل به ازدیاد و بزرگ شدن دارند و پاسخ به درمانهای به کار رفته در بارداری کمتر بوده و احتمال عود بیشتر است.

استفاده از روش های **کرایوتراپی، اسید تری کلرو استیک یا بی کلرو استیک و جراحی** در حاملگی کاملاً امن است.

زنان باردار مبتلا به اچ پی وی می توانند زایمان طبیعی داشته باشند مگر اینکه ضایعه حاصل از HPV کانال زایمان را بسته باشد.



بیردهی مشکلی ندارد



واکسن HPV در بارداری

واکسیناسیون بهترین راه پیشگیری از ابتلا به زگیل تناسلی است



واکسیناسیون

سازمان جهانی بهداشت نیز توصیه به انجام واکسیناسیون در دختران 9 تا 13 سال قبل از اولین تماس جنسی کرده است و بر همین اساس تا سال 2014 تعداد 58 کشور واکسیناسیون HPV را جزو برنامه کشوری واکسیناسیون خود قرار دادند.

واکسن 9 ظرفیتی (11، 6، 16، 18، 31، 33، 45، 52، 58) Gardasil

واکسن چهار ظرفیتی (6، 11، 16، 18) Gardasil

واکسن دو ظرفیتی (16، 18) Cervarix

واکسن دو ظرفیتی (16، 18) Papilloguard

واکسیناسیون

واکسن پاپیلوگارد نوبت 0، 2، 6 ماه برای 14 سال و بالاتر، نوبت 0 و 6-12 ماه برای زیر 14 سال

واکسن گارداسیل نوبت 0، 2، 6 ماه برای 14 سال و بالاتر، نوبت 0 و 6-12 ماه برای زیر 14 سال

نوع تزریق: عضلانی در عضله دلتوئید

عوارض واکسن: سردرد، تب، تهوع، سرگیجه، درد در ناحیه تزریق، تورم، خارش، و غش در پانزده دقیقه اول پس از تزریق

منع مصرف: افراد با آلرژی به مخمر، خانم‌های باردار، کودکان زیر ۹ سال و کسانی که ضعف سیستم ایمنی دارند.



شیوع HPV قبل و بعد از واکسیناسیون

قبل از واکسیناسیون	بعد از واکسیناسیون	
2003 – 2006	2007 - 2010	آمریکا 14-19 ساله
11.5 %	5.1 %	
2008	2010-2012	انگلستان 16-18 ساله
19.1%	6.5%	

نقش واکسن در پیشگیری از سرطان دهانه رحم

نقش واکسن HPV در پیشگیری از سرطان دهانه رحم، مقاله مروری

حسن زاده مفرد ملیحه | جدی لیدا | احمدی شهناز

انسیدانس Q1 پیشگیری Q2 بدخیمی دهانه رحم Q1 واکسن پاپیلوما ویروس Q1 ویروس پاپیلوما Q1

مقدمه: سرطان دهانه رحم، یکی از علل عمده مرگ و میر زنان ستین باروری در کشورهای در حال توسعه و چهارمین بیماری بدخیم زنان در دنیا است. 95% سرطان های دهانه رحم با ویروس HPV مرتبط هستند. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش واکسن در **پیشگیری** از ابتلاء به HPV و سرطان دهانه رحم انجام شد. روش کار: در این مطالعه مروری اطلاعات بین سال های 2004 تا 2015 از طریق جستجو در پایگاه های اطلاعاتی Embase, Medline, Scopus, ISI, Pubmed و موتور جستجوی گوگل با وارد کردن کلمات کلیدی ویروس یا پیلوما انسانی HPV، واکسن پاپیلوما (HPV vaccine) و سرطان دهانه رحم استخراج شد. معیارهای ورود مقالات به مطالعه شامل درج کلمات مورد جستجو در بخش عنوان یا کلمات کلیدی مقالات بود. مقالات با داده های ناقص و مقالاتی که کمتر به موضوع مورد بحث مربوط بودند، از مطالعه خارج شدند. یافته ها: HPV شایع ترین عفونت منتقله جنسی است و خود محدود شونده است. HPV در مردان و زنان ضایعات پیش بدخیمی دهنی- مقعدی ایجاد می کند که ممکن است به سمت بدخیمی پیشرفت کنند. واکسیناسیون HPV از عفونت HPV که همراه پیشرفت سرطان دهانی- مقعدی از جمله سرطان دهانه رحم و زگیل تناسلی است، جلوگیری می کند. نتیجه گیری: واکسیناسیون HPV اثر و ایمنوژنیسته بالا دارد و ایمنی قابل قبول ایجاد می کند. بر اساس مطالعات انجام شده، واکسن گارداسیل می تواند تا 90% در برابر سرطان دهانه رحم محافظت ایجاد کند در حالیکه واکسن نه گانه جدید تا 97% در برابر سرطان های با درجه بالای بدخیم دهانه رحم و ولو واژن موثر است. افزایش آگاهی روز افزون درباره شیوع HPV و راه های انتقال و بیماری زایی و درمان واکسیناسیون این ویروس منجر به بهبود در کنترل بیماری و در نهایت کنترل پیامدهای ناشی از این ویروس و نیز امکان ریشه کن کردن سرطان سرویکس در دهه های آینده خواهد شد.

