

RAT 3 - SLI - CÁC TỔN THƯƠNG TRONG BIỂU MÔ LÁT

Dự phòng cấp 0 - VACCINE

- Độ tuổi 9-26 chưa quan hệ tình dục thì Vaccine HPV có tác dụng phòng ngừa rất là cao. Chích vaccine HPV càng sớm càng tốt.
- Độ tuổi 26 tuổi chỉ là độ tuổi nghiên cứu chủ yếu bên Mỹ
- Không nên trộn các loại vaccine vì:
 - Thành tố tá dược khác nhau
 - Các thành phần bổ trợ không chắc chắn sẽ phù hợp với nhau
 - Chỉ có thể du di cho việc tiêm trộn nếu không có và đặc biệt là chung một phương thức sản xuất và chung 1 công nghệ sản xuất của công ty dược.
- Đối tượng đã tiêm đủ liệu trình của 1 loại vaccine rồi thì KHÔNG có khuyến cáo là chích thêm cửu giá hay giá
- Tại sao không tiêm Vaccine HPV trong thai kỳ:
 - Không có bằng chứng an toàn hoàn toàn hay mang lại lợi ích cho mẹ hoặc thai.
 - Muốn tìm hiểu → cần làm RCT để nghiên cứu. → ĐIỀU NÀY VI PHẠM NGHIÊN CỨU.
 - Việc sử dụng HPV hiện tại chưa thấy có yếu tố nào có lợi tuyệt đối nên → Không thực hiện.
- Bé trai: Khuyến cáo chích VACCINE tứ giá

Dự phòng cấp 1 - TẦM SOÁT

- Tại sao BN nữ K cổ tử cung, ức chế miễn dịch, nhiễm không nên tầm soát thường quy? Hướng tầm soát trên các đối tượng này như thế nào?
 - Nhóm đối tượng này, hệ miễn dịch yếu hơn bình thường → khả năng thanh thải thấp hơn
 - → diễn tiến chuyển sản K CTC có thể khác đi có thể nhanh hơn

- → Tầm soát dày hơn và chuyên sâu hơn. Hướng dẫn/lưu đồ ở những đối tượng này có thể cần chuyên sâu hơn → tham khảo thêm thôi
- Nếu TB học 3 lần liên tiếp âm tính cách mỗi 3 năm thì có thể đã thời gian tầm soát bằng TBH (hơn 3 năm) không?
 - Người ta thấy rằng, nguy cơ diễn tích K cổ tử cung là do tầm soát không liên tục, bỏ tầm soát,...
 - Việc tầm soát thường xuyên, liên tục, theo thời gian ,... → làm giảm nguy cơ K cổ tử cung → theo ASCCP 2019 thì sẽ giảm % K CTC → thay đổi chiến lược điều trị
- Trên PAPS phát hiện Koilocyte, có thể xác định được HPV type nguy cơ cao?
 - Koilocyte chỉ có đặc trưng cho nhiễm HPV chứ không xác định chính xác type của HPV là nguy cơ cao hay nguy cơ thấp
 - Cần xác định type NC cao hay thấp bằng HPV Testing.
- Tại sao quản lý BN LSIL ở PN 21 đến 24 tuổi lại không cần làm HPV test mà ở PN hơn 24 tuổi lại cần?
 - BN 21-24 tuổi:
 - Khả năng miễn dịch tốt → tỷ lệ thanh thải cao.
 - LSIL: có thể thoái triển tốt ở nhóm 21-24 tuổi
 - 21-24 tuổi tỉ lệ CIN3 và K CTC thấp
 - 21-24 tuổi: 90% là nhiễm HPV. Việc xác định HPV ở đây là sợ nhiễm type nguy cơ cao → CIN 3 hay K CTC. Tuy nhiên điều mình thấy là tỉ lệ CIN 3 hay K CTC thấp và thoái triển cao nên không cần làm HPV
 - Khả năng có con còn có thể. Không can thiệp quá mức vào tương lai mang thai sau này
 - BN trên 24 tuổi thì sao:
 - Thời gian nhiễm kéo dài hơn
 - Tỉ lệ thoái triển còn cao.
 - Khả năng đã có con rồi, có thể có hướng xử trí triệt để hơn.
- Việt Nam đang thực hành theo hướng dẫn ASCCP 2019 hay 2012
 - ASCCP 2012:

- Dựa trên lưu đồ và KQ tầm soát
- CHỦ yếu thông qua các lưu đồ
- ASCCP 2019:
 - Quản lý Dựa trên nhiều yếu tố hơn (YT NC tiền sử, lâm sàng, HPV test, TB học) → Đưa ra con số nguy cơ tích thời hay nguy cơ cộng dồn → chia nhỏ phân tầng.
 - Tầm soát dựa vào cơ bản là HPV test
 - Ở nhóm trung gian thì như nhau
 - ở nhóm NC thấp: người ta tập trung khuyến cáo thiên lệch về THEO DÕI NHIỀU HƠN
 - Ở nhóm NC cao: Khuyến cáo lại đề nghị xử trí mạnh tay hơn.
- Hiện tại VN có lưu đồ rồi vào 2019. Lưu đồ hiệu chỉnh sẽ có bao gồm một số điểm của ASCCP 2012 và ASCCP 2019

Dự phòng cấp 2 - XỬ TRÍ KẾT QUẢ BẤT THƯỜNG

- KQ LSIL → Soi CTC + sinh thiết → **LSIL** → lựa chọn là theo dõi TB học sau 1 năm hay nạo kênh để tránh bỏ sót tổn thương
 - Sinh thiết sẽ trả kết quả CIN 1 hay 2 hay 3 chứ không phải là HSIL hay LSIL
 - Ngoài tra phải dựa thêm các yếu tố nguy cơ trực tiếp của BN để quyết định xem mình sẽ làm gì.
 - Nếu soi CTC
 - KHÔNG thấy tổn thương hoặc không thấy hết ranh giới lát tuyến SJC → Ưu tiên nạo kênh để đánh giá toàn diện và lấy nhiều tổn thương
 - Nếu thấy HPV nguy cơ cao. HPV 16 hay gây K TB lát. HPV 18 hay gây K TB tuyến → thường người ta sẽ nạo kênh CTC
 - Một số tình huống HSIL hay LSIL kéo dài thì có thể nạo kênh để đánh giá tổn thương đa ổ
- Quản lý của HSIL

- Nếu HPV: âm tính → nguy cơ K tức thời khoảng 25%
 - Soi cổ tử cung
 - hoặc KHOét chóp
- Nếu HPV (+) type 16 → nguy cơ tức thời CIN 3+ khoảng 60%
 - Điều trị can thiệp luôn chứ không đợi chờ.
 - Nếu Bờ PT (+) : 0.5x0.5cm

Cân nhắc dựa trên tình trạng thai sản hay mong muốn của BN như thế nào?

- còn mong con: Có thể khoét chóp rộng hơn
- Đủ con: điều trị triệt để cắt tử cung nếu nguy cơ quá cao

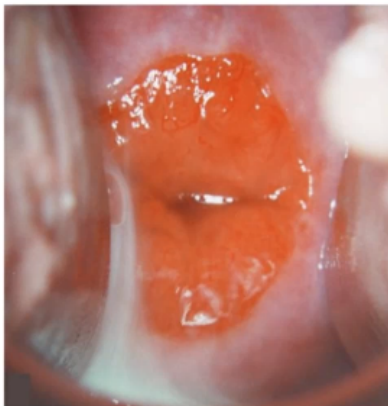
▼ Bài Wrap up

MỤC TIÊU

- Trình bày được thay đổi mô học ở cổ tử cung trong cuộc đời người phụ nữ và các đáp ứng sinh lý theo sau các biến động lý-hóa hệ quả của biến động hệ vi sinh
- Trình bày được hệ thống phân loại tế bào học cổ tử cung tầm soát ung thư cổ tử cung theo Bethesda 2014 và mối liên quan với các tổn thương mô tả trong hệ thống danh pháp hai bậc (two-tiered) các tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung
- Trình bày được lịch sử diễn biến tự nhiên, bệnh học và nguyên lý quản lý các tổn thương trong biểu mô lát cổ tử cung (-SIL)
- Nhận diện và ra được quyết định quản lý thích hợp cho các trường hợp có kết quả tầm soát dương tính với tổn thương trong biểu mô lát (-SIL) (ASC-US hay cao hơn).
- Trình bày được tính giá trị của các test tầm soát sơ cấp ung thư cổ tử cung hiện hữu, và chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung tại Việt Nam
- Trình bày được tính năng và hiệu quả bảo vệ của các vaccine phòng HPV hiện có trên thị trường Việt Nam
- Hướng dẫn và tư vấn được cho người phụ nữ về lịch biểu thực hiện tầm soát sơ cấp ung thư cổ tử cung bằng tế bào học đơn thuần hay bằng co-testing
- Hướng dẫn và tư vấn được cho người phụ nữ về lịch biểu thực hiện tiêm vaccine phòng HPV

TẦM QUAN TRỌNG CỦA DỰ PHÒNG-TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

- Ung thư cổ tử cung là vấn đề sức khỏe toàn cầu.
- Ung thư cổ tử cung là một trong những ung thư thường gặp ở người phụ nữ.
- Ước tính 2018: toàn thế giới có hơn 569,847 ca nhiễm mới, 311,365 ca tử cung mỗi năm vì ung thư cổ tử cung.
- 85% trong các ca bệnh xảy ra ở nhóm nước có thu nhập thấp-trung bình như Việt Nam.
- Hậu quả của việc phụ nữ không được tầm soát và quản lý hiệu quả
- Trong khi đó, tiến trình sinh bệnh học, tầm soát , điều trị, phòng ngừa ngày càng biết rõ và đúng hướng→ cần đẩy mạnh thực hành đúng và hiệu quả.



Hình 6: Lộ tuyến cổ tử cung
Quan sát rõ ranh giới lát-trụ
Nguồn: brooksidepress.org

RANH GIỚI LÁT TRỤ (SCJ) - LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG

- SCJ: phụ thuộc vào các yếu tố như tuổi, số lần sanh con, tình trạng hormone sinh lý liên quan đến hoạt động chu kỳ buồng trứng hay mang thai, hay ngoại lai (dùng thuốc ngừa thai uống)...
- Lộ tuyến cổ tử cung (endocervical ectropion) là hiện tượng biểu mô trụ nằm ở trong kênh cổ tử cung bị lộ ra trên cổ ngoài cổ tử cung.
- Trong môi trường acid của âm đạo và do đáp ứng với thay đổi hormone, tại biểu mô trụ sẽ diễn ra sự chuyển sản lát.

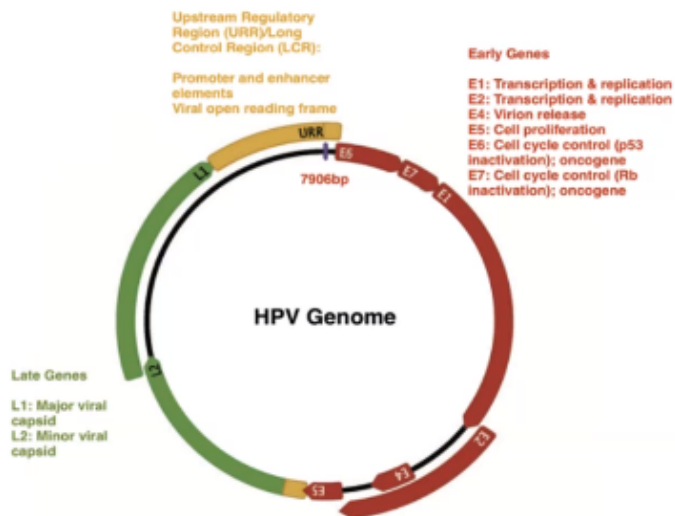


Hình 7: Vùng chuyển sản
Trên hình, ta quan sát được trọn vẹn toàn bộ các điểm mốc quan trọng. Biểu mô lát nguyên thủy màu hồng sẫm ở ngoài cùng, kế tiếp bằng vùng chuyển sản màu hồng tái. Giữa hai vùng này là SCJ nguyên thủy. Phía ngay lỗ ngoài cổ tử cung giải phẫu là vùng SCJ mới. Có thể thấy được một vài cửa tuyến trên vùng chuyển sản.
Nguồn: digicam.co.vn

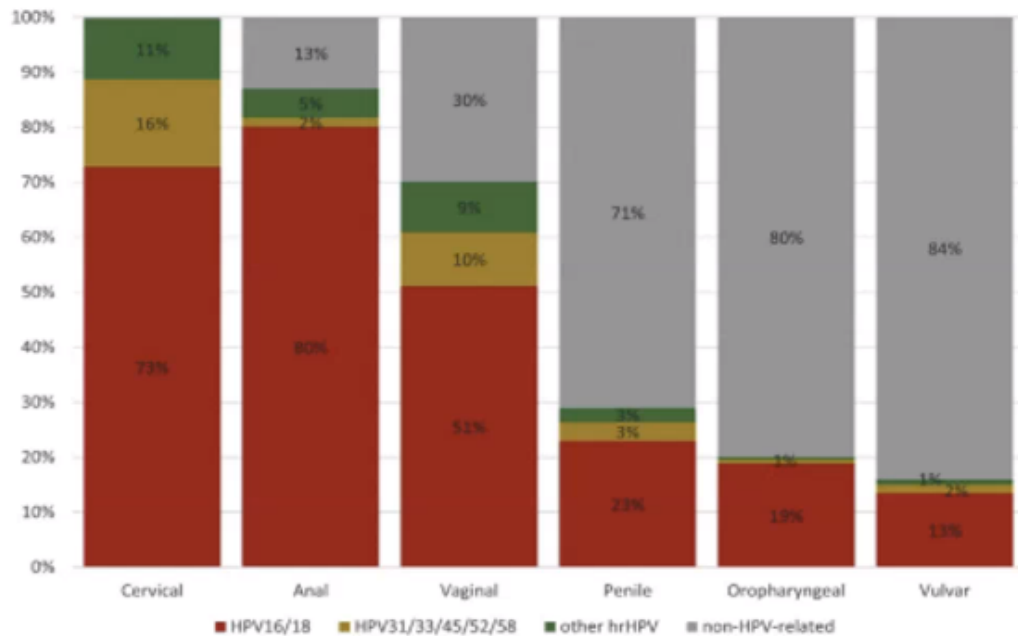
VÙNG CHUYỂN SẢN

- Tiến trình chuyển sản thành tạo một vùng chuyển tiếp lát trụ mới (new SCJ).
- Tại vùng chuyển sản, sự non nớt của biểu mô làm vùng này trở thành vùng dễ bị tác động bởi các yếu tố sinh ung như HPV, là điều kiện cần để dẫn đến dị sản cổ tử cung.

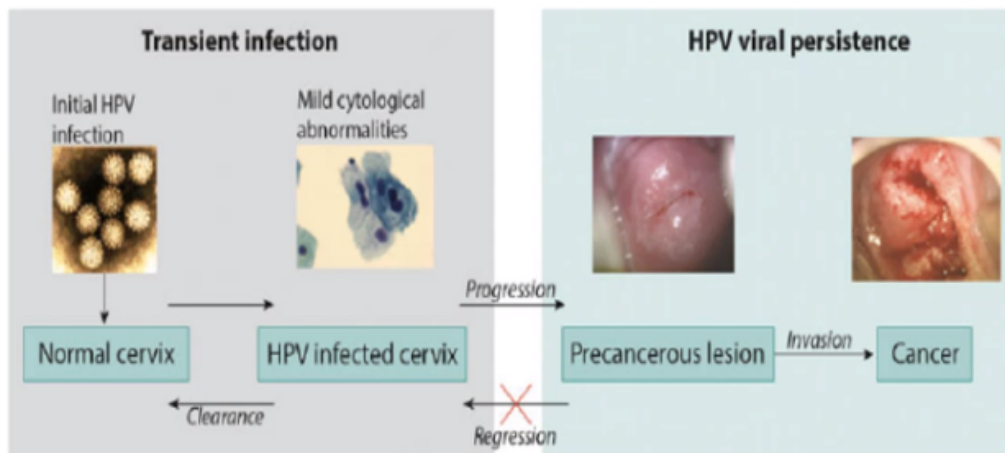
CẤU TRÚC HỆ GEN CỦA HPV



CÁC UNG THƯ CÓ LIÊN QUAN HPV



VAI TRÒ CỦA HPV GÂY CHUYỂN SẴN ÁC TÍNH CỔ TỬ CUNG



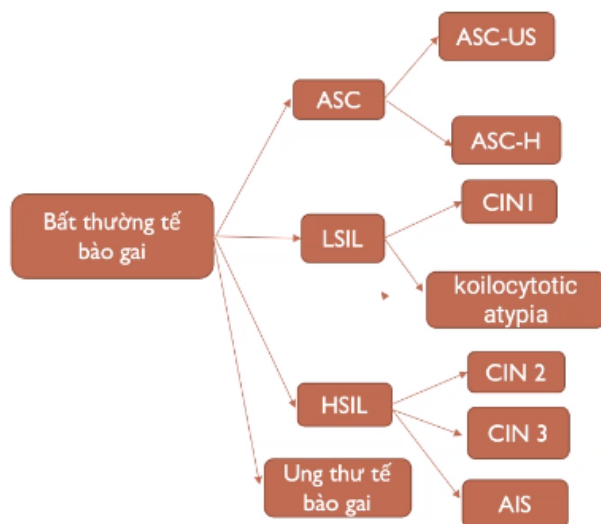
Tự thanh thải trong 9-12 tháng

4 GD: Nhiễm → Dai dẳng → Tiền ung → Ung thư CTC

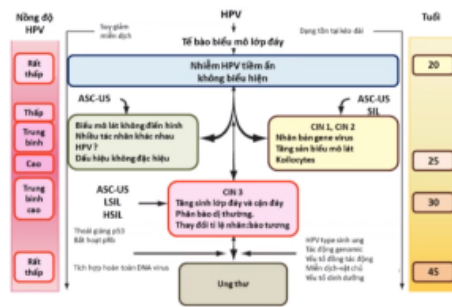
CÔNG CỤ TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

- **Tế bào học** : pap's test cổ điển, tế bào học nhúng dịch (liquid-based)
- **Cotesting**: tế bào học và HPV test
- **HPV test**:
 - ❖ HPV test sàng lọc đầu tay (yêu cầu test phải được FDA chấp thuận)
 - ❖ HPV test trong cotesting hoặc giúp phân tầng quản lý
- Hiện tại, trên toàn thế giới, cả 3 phương thức sàng lọc đều chấp nhận được tùy theo nguồn lực và điều kiện của quốc gia.
- ASCCP 2019: HPV test là nền tảng

HỆ THỐNG DANH PHÁP: BẤT THƯỜNG TB GAI



DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN CỦA CÁC TÂN SINH TRONG BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG



Hình 11: Tiến triển không theo dòng trình tự cổ điển
Mọi trường hợp nhiễm HPV đều có thể thoái triển hay tiến triển. Sự tiến triển có thể là trực tiếp mà không thông qua các mức độ trung gian. Vì thế, chiến lược quản lý tổn thương trong biểu mô cổ tử cung phải tập trung vào các đặc điểm sinh học hơn là chỉ tập trung vào phân loại tổn thương.
Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM

Bảng 1: So sánh 2 kỹ thuật thực hiện Pap's test

	PAP quy ước	PAP nhúng dịch
Lấy mẫu	Tương đương	
Mất tế bào khi làm lame	Mất đến 80% số tế bào thu thập được	Không bị mất tế bào
Chất lượng lame	Khó đọc do đậm độ tế bào không đều. Buộc phải đọc hoàn toàn thủ công	Tế bào dàn trải đều. Có thể đọc sơ cấp bằng máy
Sensitivity (%)	68	76
Specificity (%)	79	89
Khảo sát vi sinh bổ túc	Ngẫu nhiên: <i>Candida</i> sp, <i>Trichomonas vaginalis</i>	Có thể thực hiện được các khảo sát vi sinh bổ sung khi có yêu cầu

CHIẾN LƯỢC TẦM SOÁT UNG THƯ CTC

Bảng 2: Chiến lược tầm soát ung thư cổ tử cung *

Đứa trẻ	Phương pháp tầm soát	Ghi chú
< 21 tuổi	Không tầm soát (A)	Bắt trẻ tuổi khởi đầu hoạt động tình dục hoặc có hành vi là yếu tố nguy cơ
21-29 tuổi	Tế bào học đơn thuần mỗi 3 năm (A)	Không khuyến cáo tầm soát bằng HPV testing đơn thuần (A)
30-65 tuổi	HPV và tế bào học mỗi 5 năm ** (A) Tế bào học mỗi 3 năm *** (A)	Không nên tầm soát hàng năm (A)
> 65 tuổi	Ngưng tầm soát, nếu trước đó đã tầm soát đầy đủ và âm tính **** (A)	Phụ nữ có tiền căn CIN2, CIN3 ung thư tuyến tụy, chỗ hay ung thư cổ tử cung nên tiếp tục tầm soát ít nhất 20 năm (B)
Dữ liệu từ cung toàn phần	Không tầm soát (A)	Áp dụng cho phụ nữ không còn có tử cung và không có tiền căn CIN2, CIN3 ung thư tuyến tụy, chỗ hay ung thư cổ tử cung trong vòng 20 năm (A)
Dữ liệu, người HPV	Tầm soát như người không nhiễm (C)	

Phụ nữ có tiền căn ung thư cổ tử cung, có nhiễm HIV, H. ác chế chế dịch không nên tầm soát thường quy theo hướng dẫn (A)

* Các khuyến cáo dựa theo: American Cancer Society, The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, và The American Society for Clinical Pathology. A: khuyến cáo mạnh, chứng cứ rõ ràng, bằng chứng; B: khuyến cáo trung bình, chứng cứ không bằng chứng; C: theo kinh nghiệm.

** Ưu tiên.

*** Chấp nhận được nhưng không phải là lựa chọn tối ưu.

**** Kết quả tầm soát âm tính tiếp theo được định nghĩa là có 5 kết quả tầm soát tế bào học âm tính chính thức hoặc có 3 kết quả co-testing chính thức âm tính trong vòng 10 năm trước, kết quả gần nhất phải được thực hiện trong 5 năm trước.

Nguồn: ACS, ASCO, ASCCP (bảng 1 và 2)

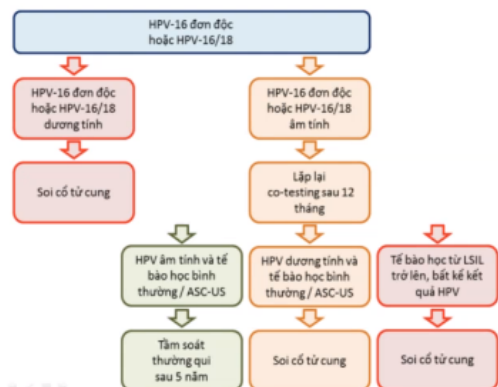
Bảng 3: Quản lý kết quả tế bào học bất thường		
Phương pháp tầm soát	Kết quả	Xử trí
Tế bào học đơn thuần	Tế bào học âm tính <i>hoặc</i> ASC-US và HPV âm tính	Tầm soát lại sau 3 năm
	Các kết quả khác	Xử trí theo khuyến cáo ASCCP
Co-testing	Tế bào học âm tính, HPV testing âm tính <i>hoặc</i> ASC-US và HPV âm tính	Tầm soát lại sau 5 năm
	Tế bào học âm tính và HPV testing dương tính	Lựa chọn 1: Lập lại co-testing sau 12 tháng (B)* Lựa chọn 2: Genotypes HPV 16 hoặc HPV 16/18 (B)* Nếu dương \Rightarrow soi cổ tử cung Nếu âm \Rightarrow co-testing sau 12 thg
	Tất cả các kết quả khác	Xử trí theo khuyến cáo ASCCP

* Các khuyến cáo dựa theo: American Cancer Society, The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, và The American Society for Clinical Pathology. A: khuyến cáo mạnh, chứng cứ rõ ràng, hằng định. B: khuyến cáo trung bình, chứng cứ không hằng định. C: theo kinh nghiệm. Nguồn: ACS, ASCCP

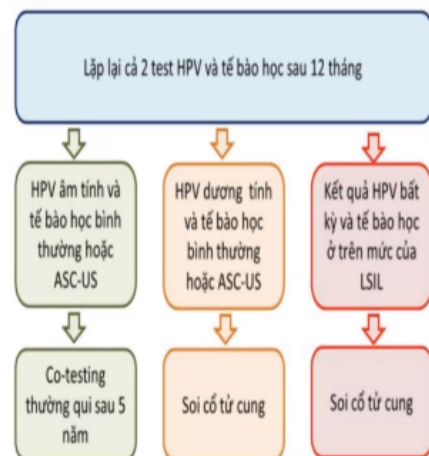
QUẢN LÝ DỰA TRÊN KẾT QUẢ PHẾT TẾ BÀO HỌC CỔ TỬ CUNG

Trên 30 tuổi thì dùng co-testing

QUẢN LÝ DỰA TRÊN KẾT QUẢ PHẾT TẾ BÀO HỌC CỔ TỬ CUNG



Sơ đồ 2: Tế bào học âm tính và HPV testing dương tính: Lựa chọn 2
Nguồn: ACS, ASCCP



Sơ đồ 1: Tế bào học âm tính và HPV testing dương tính: Lựa chọn 1
Nguồn: ACS, ASCCP

LSIL

LSIL trên dân số đặc biệt:

❖ ≤24 tuổi: cơ hội thoái triển cao, nên chọn làm lại tế bào học sau 12 và 24 tháng.

❖ Phụ nữ có thai giống như quản lý ở phụ nữ không có thai. lưu ý 2 điểm:

*Chống chỉ định nạo kênh tử cung.

** Có thể chấp nhận trì hoãn soi cổ tử cung cho đến hết 6 tuần hậu sản.

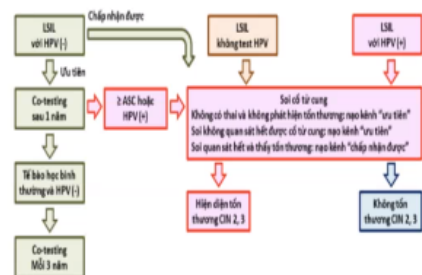
❖ Phụ nữ mãn kinh có thể có nhiều lựa chọn khác nhau: làm test HPV, hoặc làm lại tế bào học sau 6 tháng và 12 tháng, hoặc soi cổ tử cung ngay.

*Nếu HPV âm tính hoặc không có tổn thương CIN khi soi cổ tử cung, làm lại tế bào học sau 12 tháng.

** Nếu HPV dương tính hoặc tế bào học làm lại ≥ ASC, thì phải thực hiện soi cổ tử cung.

*** Có thể quay lại tầm soát thường quy nếu có xét nghiệm tế bào học âm tính 2 lần liên tiếp.

Lưu đồ xử trí LSIL *



* Xử trí có thể khác đối với phụ nữ 21-24 tuổi và phụ nữ có thai

Lưu đồ 1: Quản lý LSIL theo hướng dẫn của ASCCP 2012

Nguồn: ASCCP

HSIL

❖ Tổn thương trong biểu mô tế bào gai mức độ cao (Highgrade squamous intraepithelial lesions) (HSIL) bao gồm dị sản ở mức độ vừa và nặng, CIN 2, CIN 3 hay ung thư tại chỗ trên mô học.

❖ Tỷ lệ tự thoái triển 24 tháng thấp. Diễn tiến của HSIL sau 24 tháng:

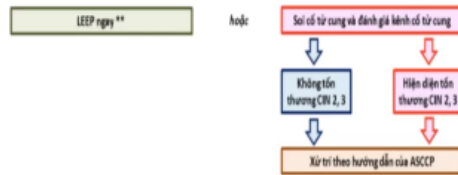
- Thoái lui về bình thường: 35 %
- Tồn tại HSIL: 23 %
- Tiến triển thành ung thư xâm lấn: 1.44 %

❖ Tổn thương HSIL nên được soi cổ tử cung ngay và sinh thiết thương tổn nhìn thấy được.

❖ Nạo kênh cổ tử cung nên được thực hiện ở các bệnh nhân HSIL không đang mang thai.

HSIL

Lưu đồ xử trí HSIL *



* Xử trí có thể khác đối với phụ nữ 21-24 tuổi, phụ nữ có thai và phụ nữ đã mãn kinh
 ** Không thực hiện trong trường hợp phụ nữ có thai hay phụ nữ từ 21-24 tuổi

Lưu đồ 1: Quản lý HSIL theo hướng dẫn của ASCCP 2012
 Nguồn: ASCCP

- HSIL nên được soi CTC ngay và sinh thiết thương tổn nhìn thấy được.
- Nạo kênh CTC nên được thực hiện ở các bệnh nhân HSIL không đang mang thai.
- Một chiến lược quản lý khác đối với HSIL là “nhìn và điều trị ngay” (see and treat).

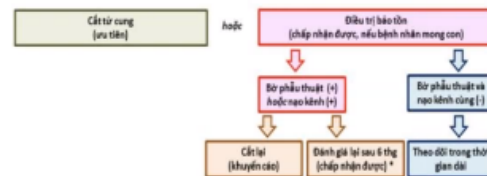
Quản lý:

- Soi cổ tử cung ở bất cứ độ tuổi nào của bệnh nhân.
- hoặc Khoét chóp ngay (ngoại trừ bệnh nhân còn trẻ dưới 25 tuổi hoặc phụ nữ có thai).

AIS (ADENOCARCINOMA IN SITU)

- Khi có AIS, cần lưu ý không để bỏ sót tổn thương do tổn thương có thể nằm sâu trong kênh tử cung và đa ổ.
- AIS trên tế bào học không cho phép loại trừ khả năng đã có ung thư xâm lấn.
- Cắt tử cung toàn phần là lựa chọn tốt nhất nếu bệnh nhân đã đủ con. Nếu điều trị bảo tồn, bắt buộc phải biết trạng thái của bờ phẫu thuật và kết quả nạo kênh tử cung.
- Với AIS, khoét chóp cổ tử cung nên được thực hiện bằng dao lạnh (dao mổ thông thường) nhằm đánh giá trạng thái bờ phẫu thuật chính xác hơn.

Lưu đồ xử trí AIS



* Sử dụng co-testing + soi cổ tử cung + nạo kênh cổ tử cung

Lưu đồ 1: Quản lý AIS theo hướng dẫn của ASCCP 2012
 Nguồn: ASCCP

QUẢN LÝ TỪ ASCCP 2012 ĐẾN ASCCP 2019...

- Quản lý ASCCP 2012: dựa trên kết quả tế bào học
- *Quản lý ASCCP 2019: dựa trên phân tầng nguy cơ dân số tầm soát “Quản lý phù hợp đủ cho phân tầng nguy cơ tương ứng”*
- **Mục đích ASCCP 2019:**
 - Tăng tính chính xác và khả năng dự phòng tối đa trong quản lý SIL “ cá thể hóa”
 - Giảm độ phức tạp đối với nhân viên y tế
 - Cân bằng giữa nguy cơ và lợi ích mà vẫn đảm bảo sự an toàn cho người bệnh
 - Sự xuất hiện của quần thể “ HPV vaccine”
 - Ứng dụng chuyển đổi số “Big Data” trong kỷ nguyên 4.0: dữ liệu tiếp tục được thu nhận, minh bạch cho người bệnh.

QUẢN LÝ THEO ASCCP 2019

- Quản lý dựa trên nguy cơ mắc các tổn thương tiền ung mức độ cao (CIN 3+).
- Test dựa trên HPV là nền tảng của ước tính nguy cơ.
- Cá thể hoá quản lý dựa trên nguy cơ được thực hiện nhờ vào hiểu biết về kết quả hiện tại và trong quá khứ.
- Các tầng nguy cơ phân cách nhau bằng một ngưỡng, gọi là ngưỡng hành động lâm sàng.

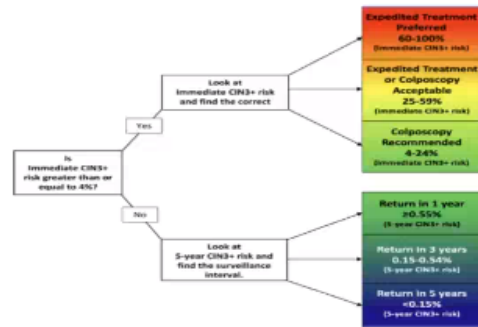
CÁC NGƯỠNG HÀNH ĐỘNG LÂM SÀNG TƯƠNG ỨNG VỚI CÁC TẦNG NGUY CƠ

Quản lý sử dụng các ngưỡng hành động lâm sàng.
Tùy theo nguy cơ so với ngưỡng, mà quản lý sẽ có thể là:

1. tầm soát thường qui
2. theo dõi sau 1 năm
3. theo dõi sau 3 năm
4. soi cổ tử cung hay
5. điều trị

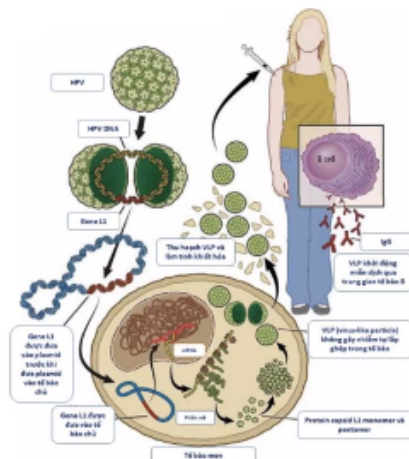
QUẢN LÝ THEO ASCCP 2019

- Dùng link <https://cervixca.nlm.nih.gov/RiskTables/> sau đó chọn bảng thích hợp trong 5 bảng để tra.
- Cũng có thể dùng app: <https://www.asccp.org/mobile-app> để tra nguy cơ CIN 3+. Sau khi tra được nguy cơ, theo lưu đồ ở hình 2 để tìm quản lý thích hợp cho từng nguy cơ.

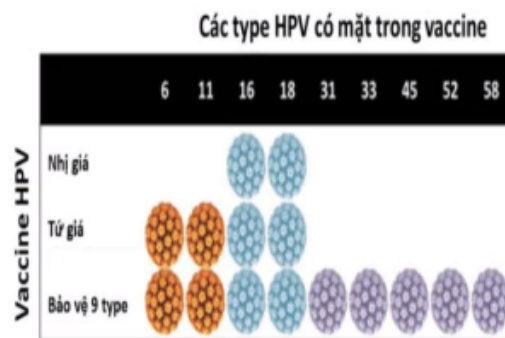


Hình 2: Hình trình bày các ngưỡng hành động lâm sàng, theo nguy cơ tức thời và nguy cơ sau 5 năm của CIN 3+.
Đối với kết quả hiện tại và kết hợp lịch sử, nguy cơ CIN 3+ tức thời được kiểm tra. Nếu nguy cơ này là $\geq 4\%$, thì quản lý ngay lập tức thông qua soi cổ tử cung hoặc điều trị nhanh được chỉ định.
Nếu nguy cơ tức thời $< 4\%$, thì cần kiểm tra nguy cơ CIN 3+ ở 5 năm, để xác định xem bệnh nhân nên trở lại giám sát trong 1, 3 hay 5 năm.
Nguồn: ASCCP 2019

VACCINE DỰ PHÒNG HPV

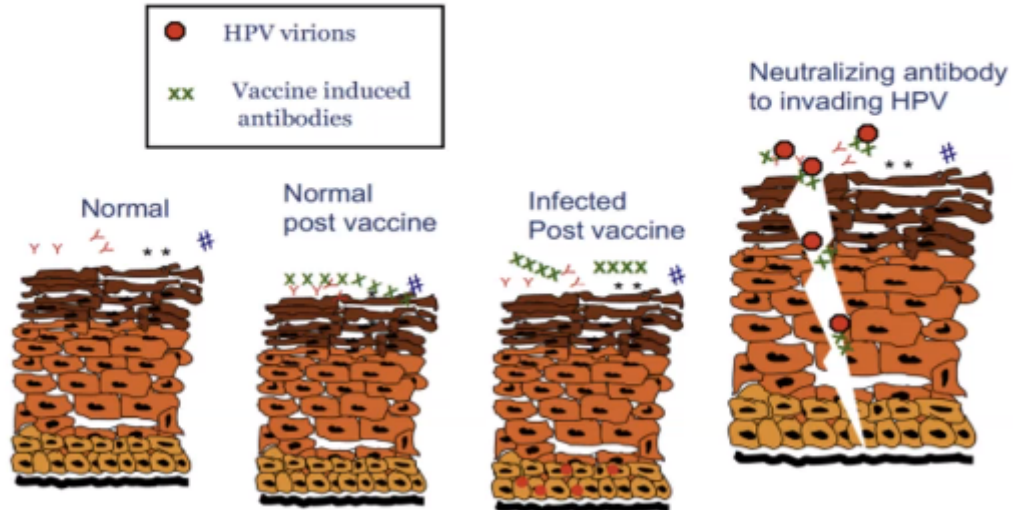


Hình 1: Quy trình tổng hợp noninfectious virus-like particles phòng HPV
Nguồn: everything-i-can.co.uk



Hình 3: Phổ bảo vệ của vaccine HPV nhị giá, tứ giá và 9 type HPV
Nguồn: slideshare.net

VACCINE HPV NGĂN NGỪA K CTC



VACCINE DỰ PHÒNG HPV

Nếu vaccine được tiêm trước 15 tuổi thì lịch tiêm theo phác đồ hai mũi.

- 1. Liều 1: ngày bắt đầu
- 2. Liều 2: 6-12 tháng sau liều đầu

Nếu vaccine được tiêm sau 15 tuổi thì lịch tiêm theo phác đồ ba mũi.

- 1. Liều 1: ngày bắt đầu
- 2. Liều 2: 1-2 tháng sau liều đầu
- 3. Liều 3: 6 tháng sau liều đầu

Nếu liều thứ 3rd đến vào tuổi 26 thì người dùng vẫn nên hoàn tất liệu trình 3 mũi, dù đang ở tuổi 27.

SỬ DỤNG VACCINE HPV THEO ACIP ¹

ACIP đề nghị các đối tượng cần được tiêm phòng thường qui HPV vaccine như sau:

Tiêm phòng thường qui

(mức khuyến cáo: mạnh, mức chứng cứ: trung bình)

- Trẻ gái 11-12 tuổi: có thể bắt đầu từ năm 9 tuổi. Có thể dùng 2vHPV, 4vHPV hoặc 9vHPV.
- Trẻ trai 11-12 tuổi: có thể bắt đầu từ năm 9 tuổi. Vaccine chọn dùng là 4vHPV.

Nếu chưa được tiêm phòng thường qui

- Phụ nữ được khuyến cáo tiêm phòng đến 26 tuổi.
- Nam giới được khuyến cáo tiêm phòng đến 21 tuổi. Có thể đến 26 tuổi.
- Nam giới có quan hệ tình dục đồng tính, người chuyển giới: nên tiêm đến 26 tuổi, nếu chưa được tiêm đầy đủ trước đó.
- Trẻ em bị tấn công hay lạm dụng tình dục nên bắt đầu tiêm từ 9 tuổi.

VACCINE DỰ PHÒNG HPV

Phải tuân thủ lịch tiêm. Không được tiêm sớm hơn khoảng cách tối thiểu giữa hai mũi tiêm.

- Khoảng cách tối thiểu phải tuân thủ giữa liều 1st và liều 2nd là bốn tuần (một tháng).
- Khoảng cách tối thiểu phải tuân thủ giữa liều 2nd và liều 3rd là mười hai tuần (ba tháng).
- Khoảng cách tối thiểu phải tuân thủ giữa liều 1st và liều 3rd là hai mươi bốn tuần (sáu tháng).

Xử lý tiêm vaccine trễ hạn

- Nếu tiêm thuốc bị gián đoạn (tiêm trễ hạn), bắt chấp loại vaccine dùng là 2vHPV, 4vHPV hay 9vHPV.
- Không phải lặp lại từ đầu, mà chỉ tiếp tục liệu trình.
- Nếu mũi 2nd bị tiêm trễ thì phải tiêm mũi 2nd, và lưu ý rằng mũi 3rd phải cách mũi 2nd ít nhất là mười hai tuần (ba tháng).
- Số mũi tiếp tục phụ thuộc vào tuổi lúc bắt đầu tiêm chủng.