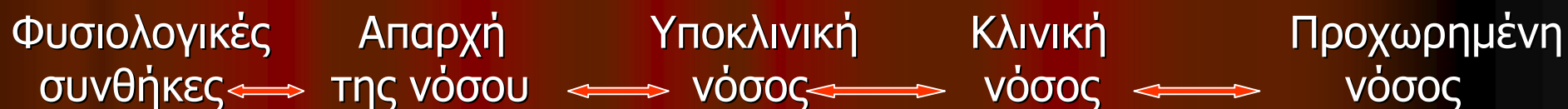


Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV) ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ – ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Θ. Αγοραστός

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Α.Π.Θ.
Δ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: Η μέχρι χθες κατάσταση

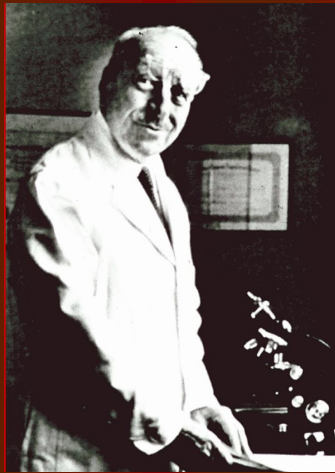


Τεστ Παπανικολάου

Πρωτογενής πρόληψη

Δευτερογενής πρόληψη

Τεστ Παπανικολάου (Pap test)

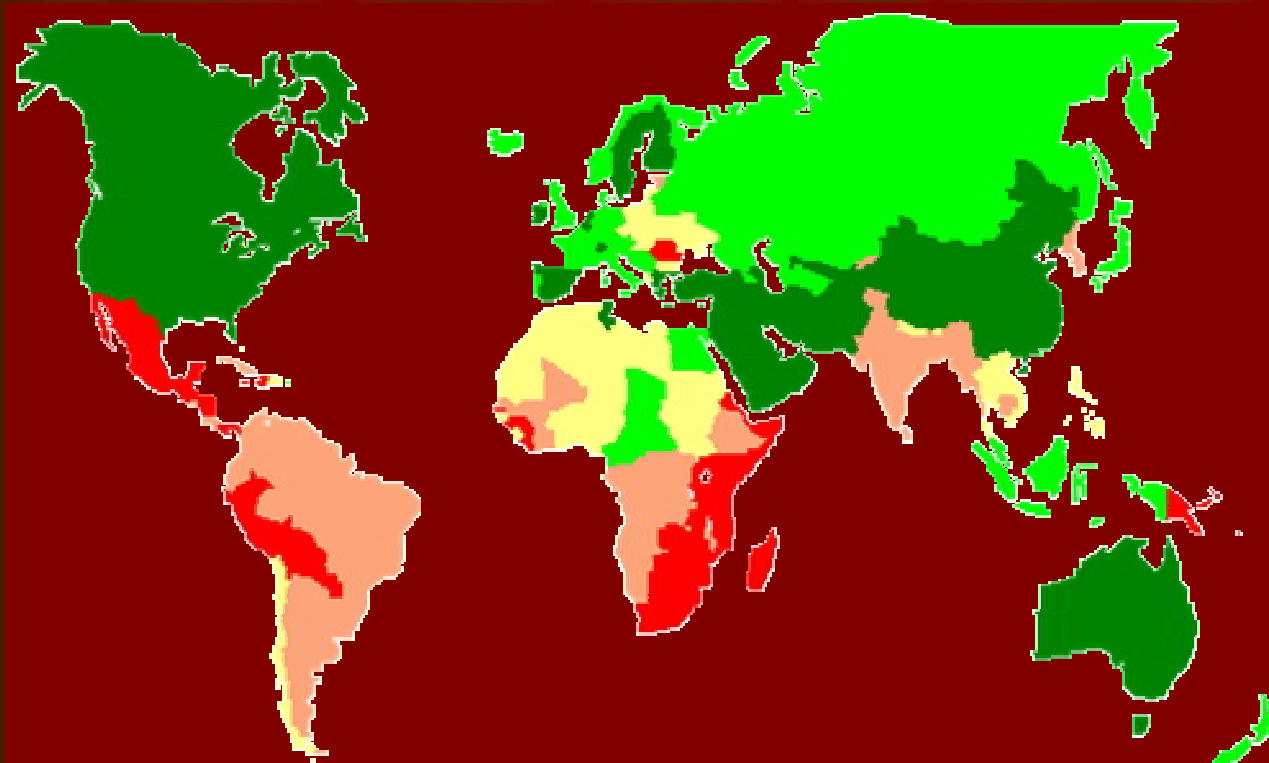


*Κύριες αιτίες
σχετικής αποτυχίας:*



- 1. Χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου**
- 2. Χαμηλή κάλυψη του πληθυσμού**

Καρκίνος τραχήλου μήτρας: Ο δεύτερος συχνότερος γυναικείος καρκίνος στον κόσμο!



< 9.4 < 17.2 < 23.6 < 33.7 < 82.6

•Age standardised incidence per 100,000 person years

Νέες περιπτώσεις το 2000	
Ευρώπη	64,895
Παγκοσμίως	470,600

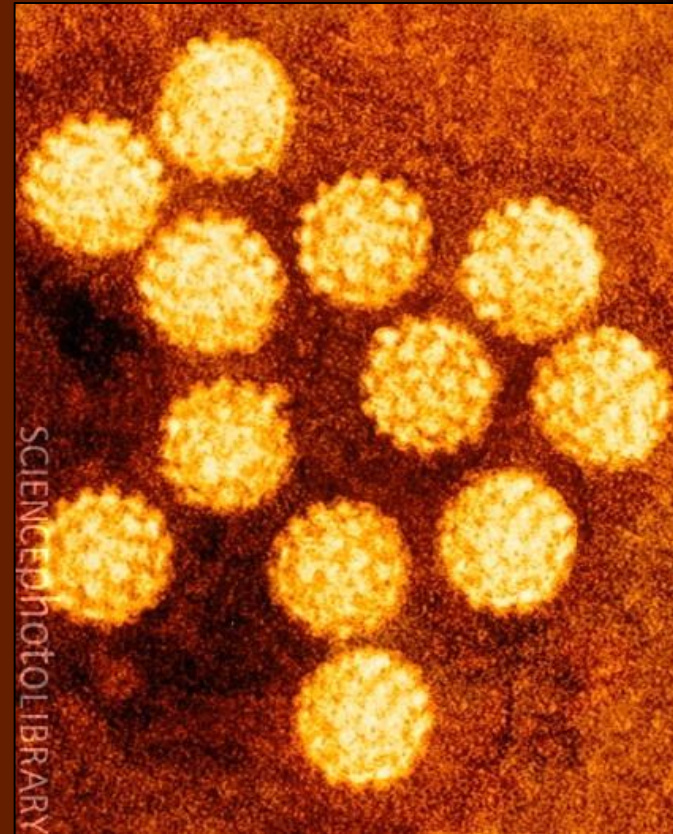
Θάνατοι το 2000	
Ευρώπη	28,548
Παγκοσμίως	230,000

Στην Ευρώπη, ~40 γυναίκες πεθαίνουν κάθε μέρα από καρκίνο του τραχήλου!

**Καθηγητής Harald zur Hausen
Νόμπελ Ιατρικής 2008**



**Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων
(Human Papilloma Virus – HPV)**



**HPV: Ο απαραίτητος αιτιολογικός παράγων για την δημιουργία
καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας**

Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων

Τι προκαλεί ο ιός;

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Κακοήθη νοσήματα

- Καρκίνο τραχήλου μήτρας
- Καρκίνο αιδοίου
- Καρκίνο κόλπου
- Καρκίνο πρωκτού
- Καρκίνο λάρυγγα ,φάρυγγα, στοματικής κοιλότητας

Καλοήθη νοσήματα

- Γεννητικά κονδυλώματα
- Θηλωμάτωση λάρυγγα

ΑΝΔΡΕΣ

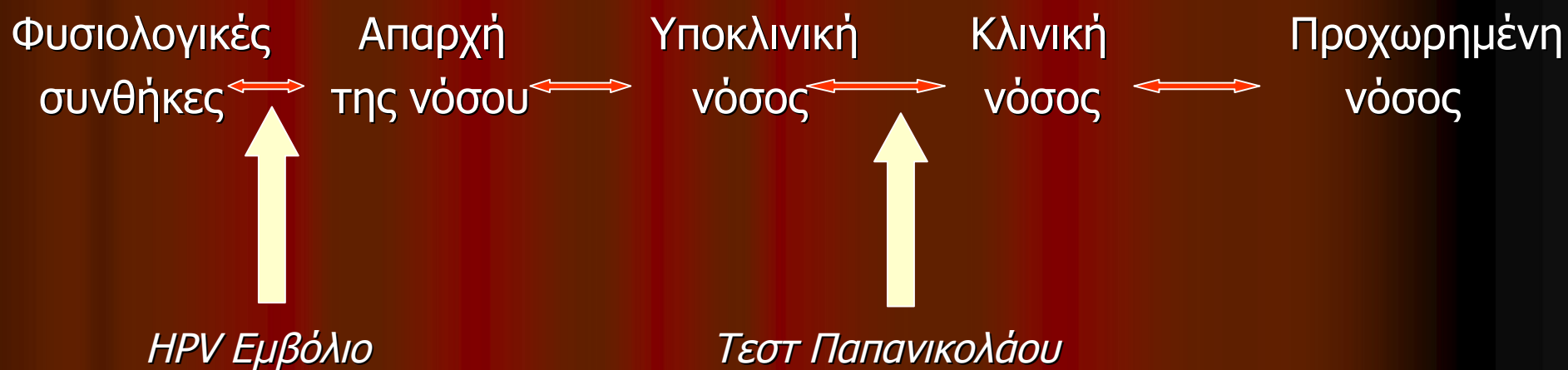
Κακοήθη νοσήματα

- Καρκίνος πέους
- Καρκίνος πρωκτού
- Καρκίνο λάρυγγα ,φάρυγγα, στοματικής κοιλότητας

Καλοήθη νοσήματα

- Γεννητικά κονδυλώματα
- Θηλωμάτωση λάρυγγα

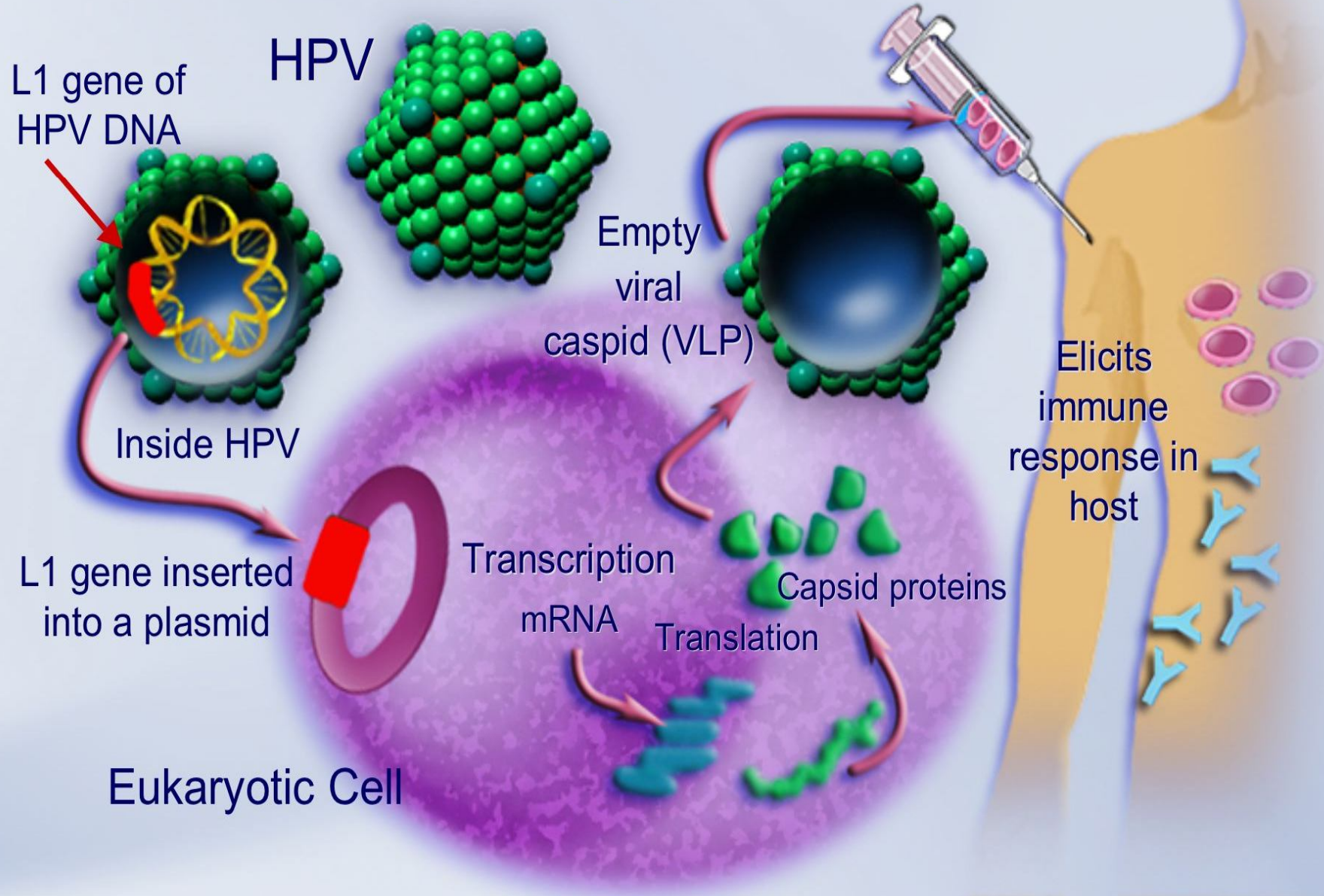
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: Η σημερινή κατάσταση



Πρωτογενής πρόληψη

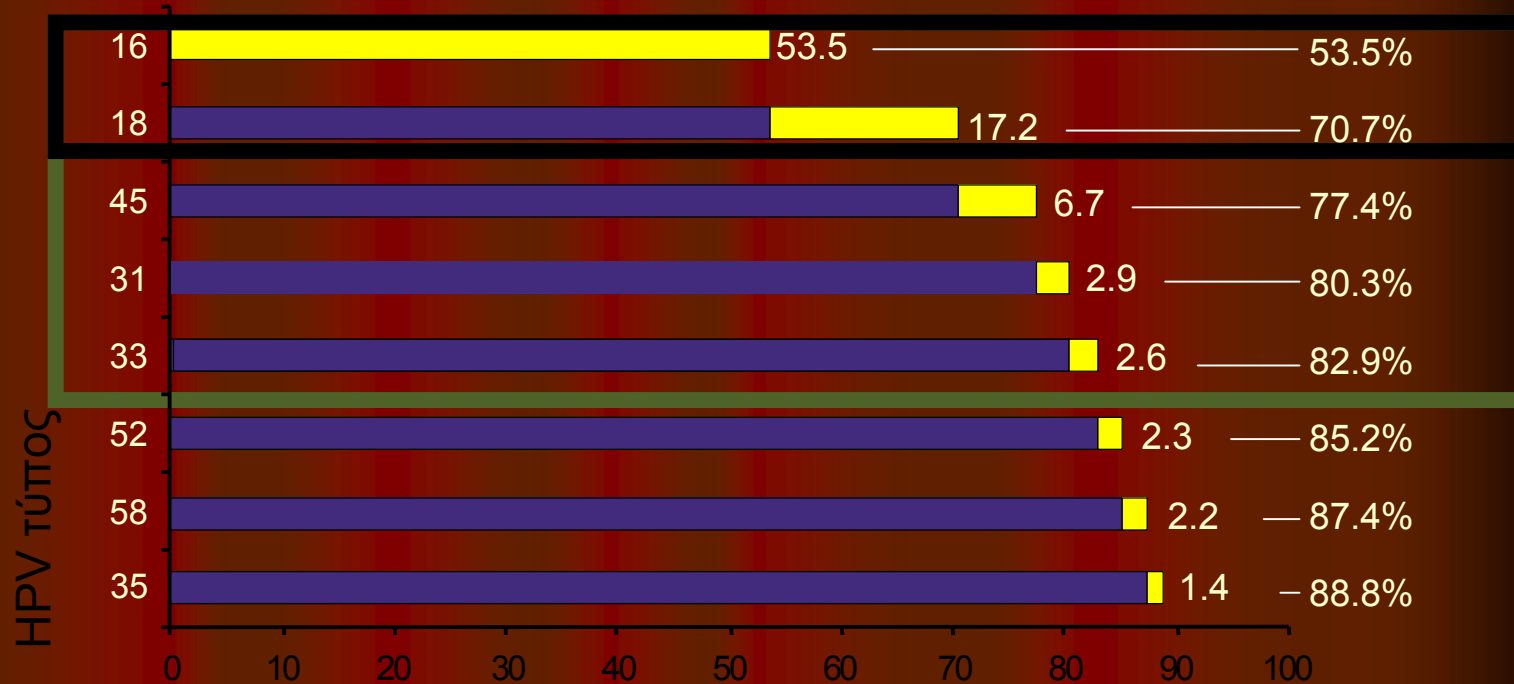
Δευτερογενής πρόληψη

HPV L1 Virus-Like-Particle (VLP) Vaccine Synthesis



Οι ογκογόνοι τύποι που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, παγκοσμίως

Αθροιστικό ποσοστό



Περιστατικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανά HPV τύπο %



GUIDANCE

FOR THE INTRODUCTION OF HPV VACCINES IN EU COUNTRIES

Stockholm, January 2008

ΝΕΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΗΡV-ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

- Προστασία γυναικών με προηγούμενη μόλυνση από τους τύπους του εμβολίου, από το να ξαναεμφανίσουν νόσο από τους ίδιους τύπους (*Olsson et al, Hum Vaccin, 2009*)
- Προστασία γυναικών που υποβλήθηκαν σε κωνοειδή εκτομή τραχήλου από το να εμφανίσουν υποτροπή της νόσου (*Joura, 2009*)

ΔΙΑΣΤΑΥΡΟΥΜΕΝΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

- Κατά την διάρκεια των μελετών των εμβολιασμένων γυναικών παρατηρήθηκαν, πέραν της αναμενόμενης προστασίας από τις 16/18-σχετιζόμενες αλλοιώσεις, σχετικά υψηλά ποσοστά διασταυρούμενης προστασίας και εναντίον των υπολοίπων HPV τύπων των γενών **A7 (39/45/59)** και **A9 (31/33/35/52/58)**.
- Έτσι, με τον εμβολιασμό εναντίον των HPV τύπων 16/18, το **συνολικό ποσοστό προστασίας** από προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνο του τραχήλου μπορεί - από αρχικά υπολογιζόμενο ~70% - να ανέλθει και **άνω του 85%!**

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΓΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ

- Σχέση κόστους/οφέλους!
- Ανοσοποίηση πεδίου!
- Κονδυλώματα
- Καρκίνοι πρωκτού, πέους, στοματοφάρυγγα
- MSM
- Ο HPV, ως σεξουαλικά μεταδιδόμενος, έχει σχέση και με τα δύο φύλα *(ως μήνυμα δημόσιας υγείας)*
- "Gender solidarity" *(zur Hausen)*

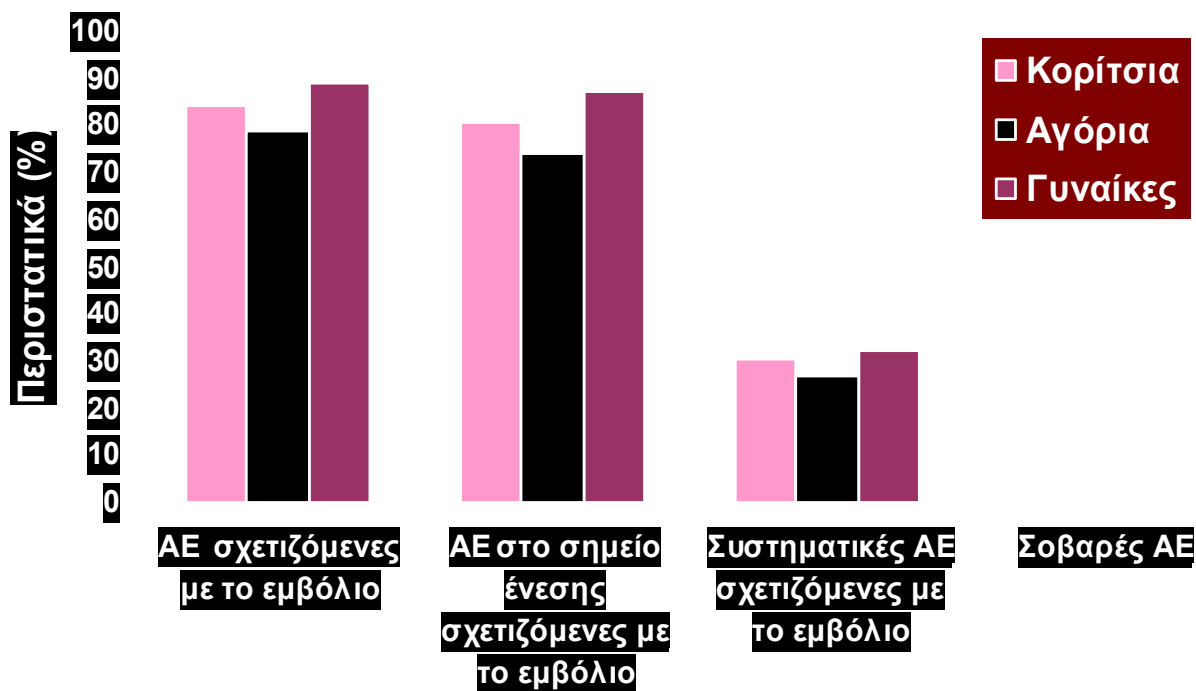
Προφίλ ασφάλειας του Gardasil® σε κορίτσια και αγόρια

14

ηλικίας 9–15 ετών σε σύγκριση με τις νέες γυναίκες

Συμμετέχοντες που παρακολουθήθηκαν για ασφάλεια

Σύγκριση των ποσοστών ανεπιθύμητων ενεργειών (ΑΕ) σε ομάδες αγοριών, κοριτσιών και νέων γυναικών



Παρόμοια ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών σε νέα κορίτσια και νέα αγόρια συγκριτικά με τις γυναίκες ηλικίας 16-23 ετών

ΑΕ: ανεπιθύμητες ενέργειες

Πληθυσμός κατά πρωτόκολλο, Ένεση Gardasil ή placebo την ημέρα 0, το μήνα 2 και το μήνα 6

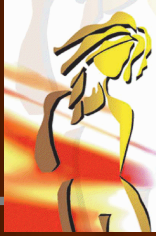
Σύνοψη ΑΕ την περίοδο μελέτης, 1–15 ημέρες μετά τη λήψη δόσης

Πληθυσμός που αναλύθηκε: Κορίτσια (n = 501), Αγόρια (n = 500), Γυναίκες (n = 497)

Block SL *et al. Pediatrics* 2006;118:2135–2145.

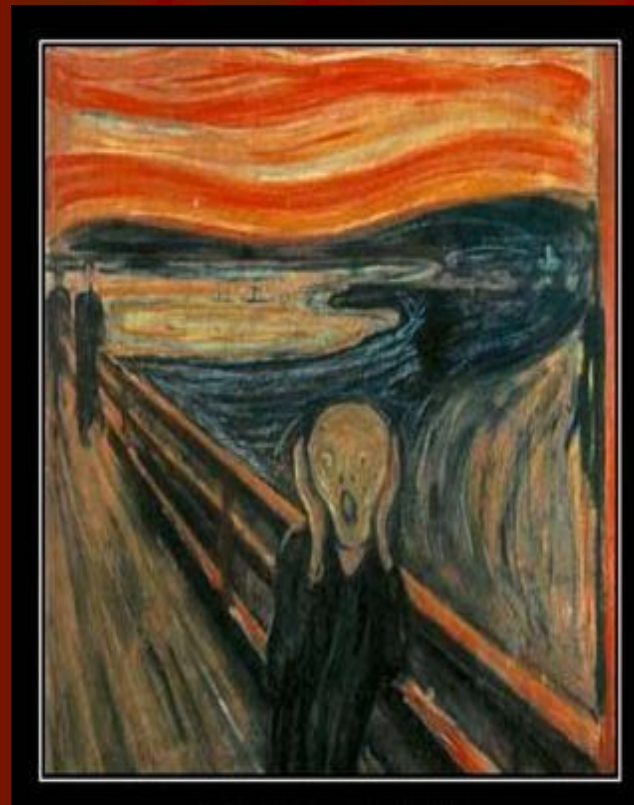
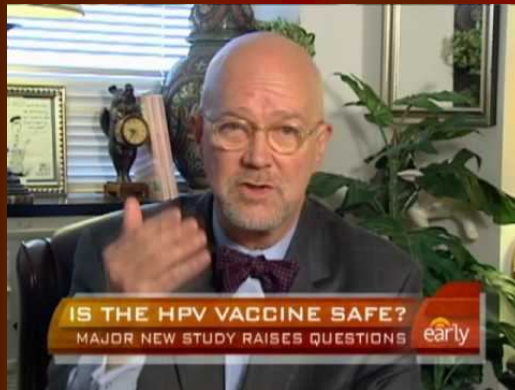
Απρίλιος 2011

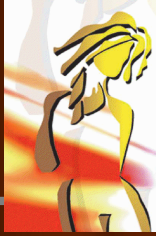
**~120.000.000 δόσεις
HPV-εμβολίου
έχουν δοθεί μέχρι σήμερα
παγκοσμίως,
χωρίς καμία σοβαρή
παρενέργεια**



Αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV

Ο δρόμος του φόβου....



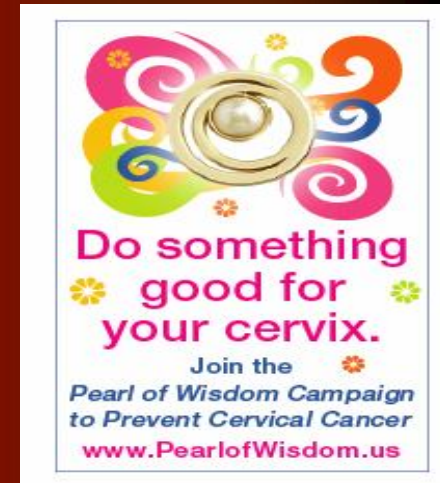


Αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV

The real life....(the story of Jade Goody)

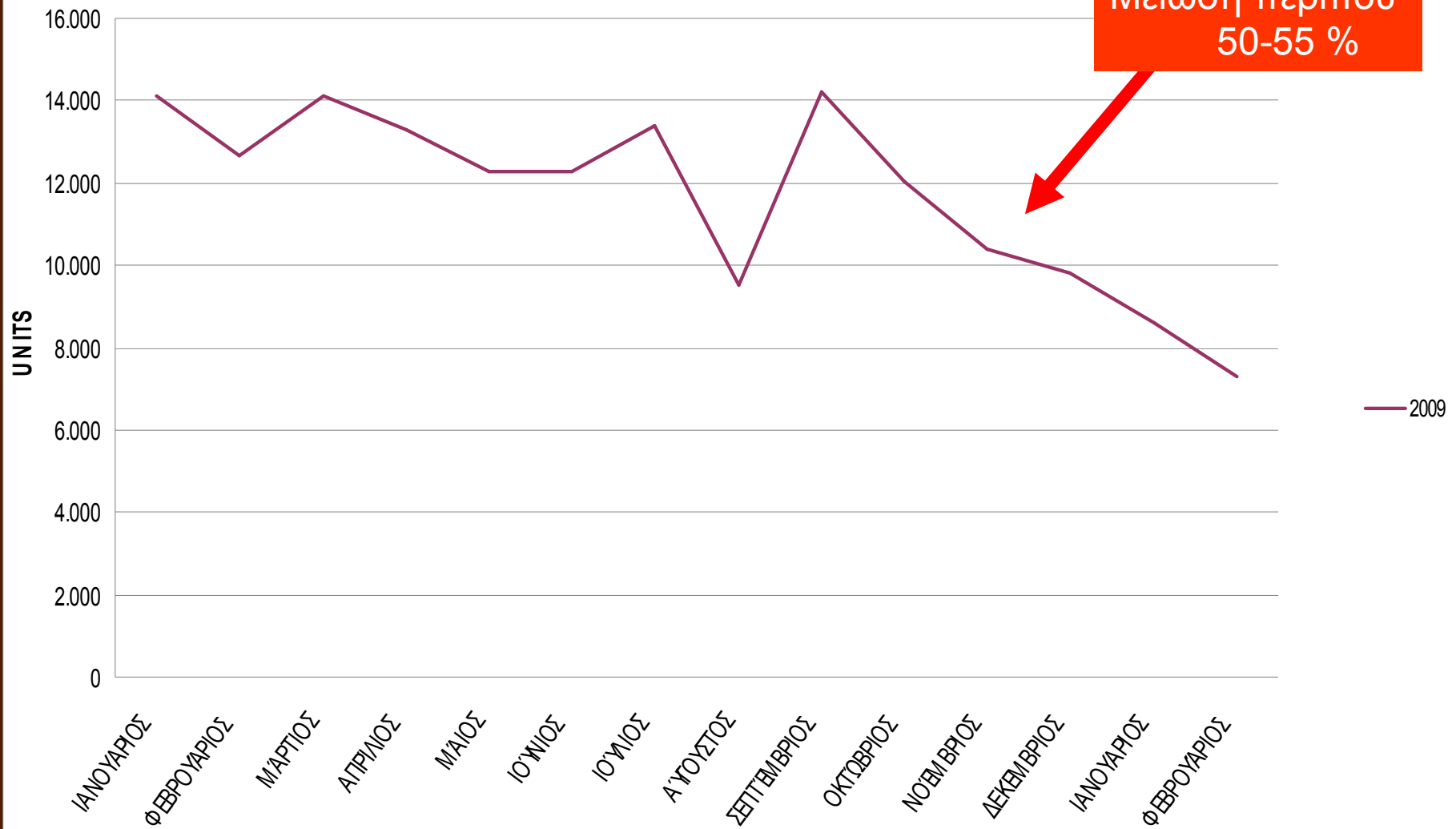


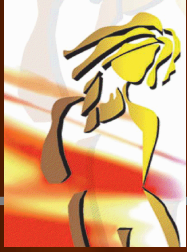
Σωστή και υπεύθυνα ενημέρωση!



Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΗΡV

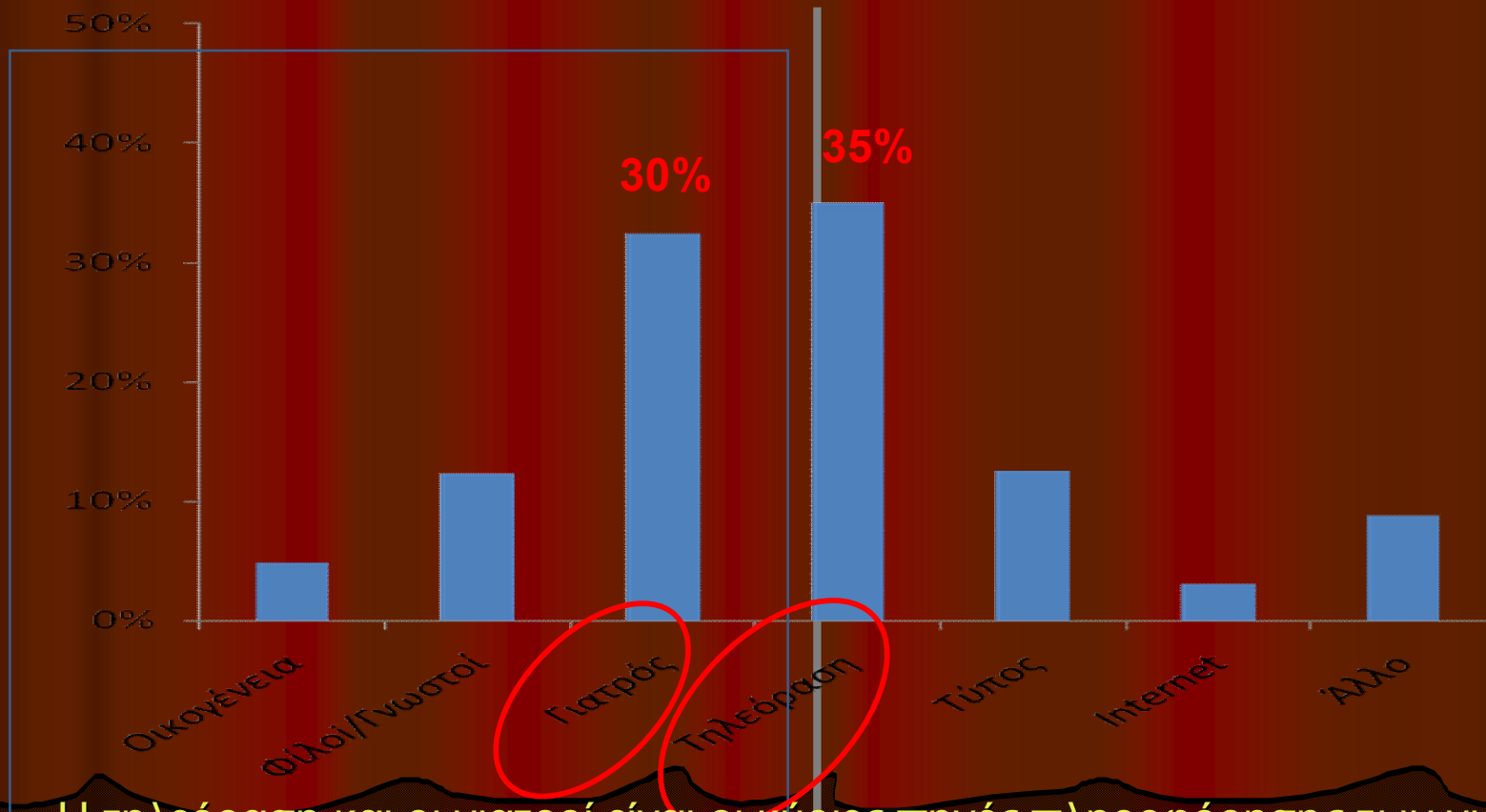
ΗΡV - ΑΓΟΡΑ ΣΕ ΔΟΣΕΙΣ



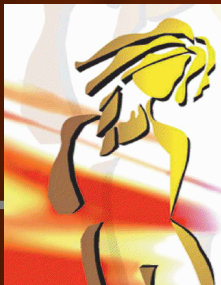


Αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV

«Από πού ενημερωθήκατε για το εμβόλιο κατά του HPV;»

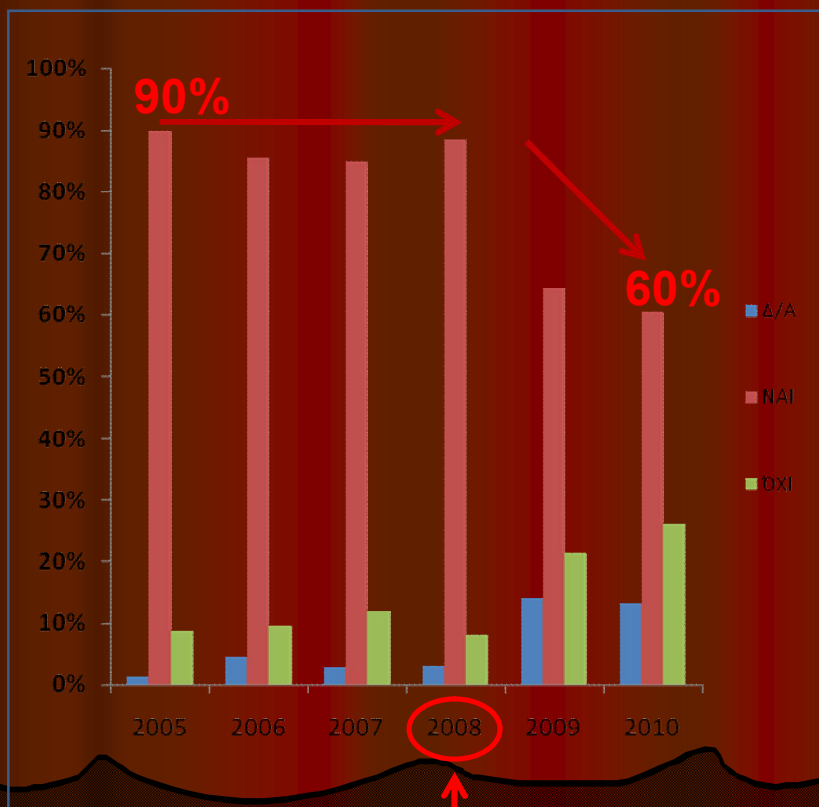


- Η τηλεόραση και οι γιατροί είναι οι κύριες πηγές πληροφόρησης των γυναικών για το εμβόλιο κατά του HPV



Αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV

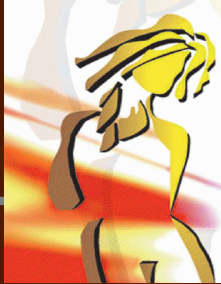
«Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε;»



HPV εμβόλιο

- 2005-2008: υψηλή (85-90%) αποδοχή του εμβολίου.
- 2009-2010: χαμηλότερη (60-65%) αποδοχή του εμβολίου.



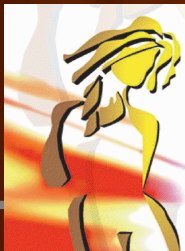


Αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV

«Γιατί δεν θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε;»



Ο φόβος για παρενέργειες αυξήθηκε δραματικά και έγινε η κύρια αιτία άρνησης



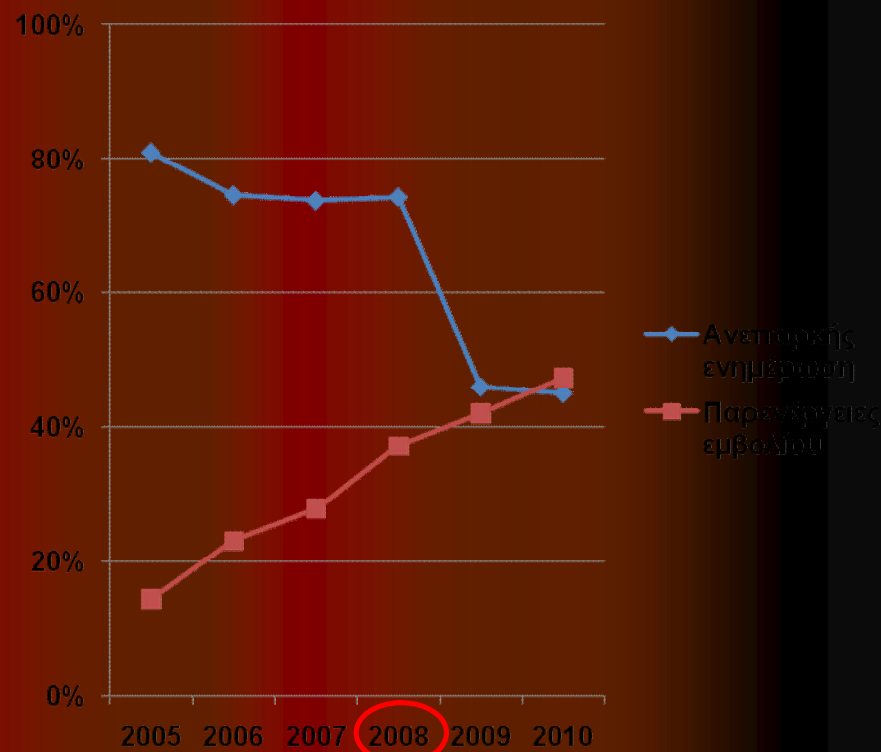
Αποδοχή του εμβολίου κατά του HPV

«Θα δεχόσασταν να εμβολιαστείτε;»



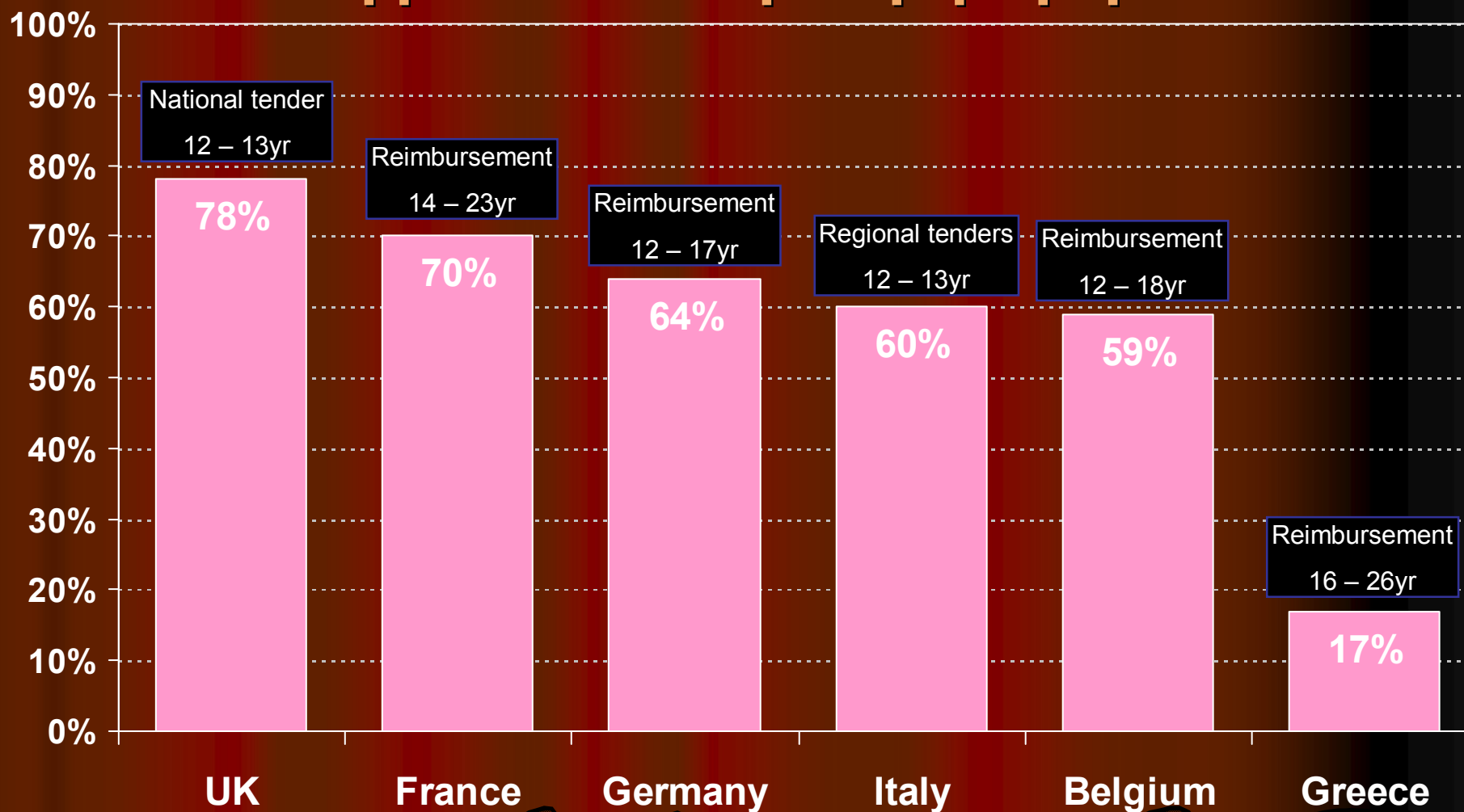
HPV εμβόλιο

«Αν όχι, γιατί;»



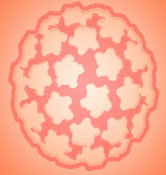
HPV εμβόλιο

Κάλυψη του πληθυσμού με HPV εμβολιασμό σε ευρωπαϊκές χώρες με καταβολή του κόστους του εμβολίου από την κυβέρνηση



HPV RELATED CANCERS IN WOMEN

530,000 NEW CASES PER YEAR



CERVICAL

95-98 % of the cases

VULVA

30-35 % of the cases

VAGINA

65-90 % of the cases

ANAL

>80 % of the cases (both sexes)

ORAL/LARYNX

~24 % of the cases (both sexes)

ORO-PHARYNX

~ 36 % of the cases (both sexes)

OTHER

conjunctiva; ungueal bed... anecdotal

HPV ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΠΟΣΟΣΤΩΝ

ΟΡΓΑΝΟ	Σχετιζόμενος με τον HPV	16/18	31	45	33	52
ΑΙΔΟΙΟ Wb ΑΙΔΟΙΟ SQ	≥75% 5-10%	80%	Κάποιο ποσοστό	Κάποιο ποσοστό	?	?
ΚΟΛΠΟΣ	65-90%	50 %	Κάποιο ποσοστό	Κάποιο ποσοστό	HPV 35 / 59	
ΠΕΘΟΣ	40%	63 %	Κάποιο ποσοστό	Κάποιο ποσοστό	?	?
ΠΡΩΚΤΟΣ	≥80%	92%	Κάποιο ποσοστό	Κάποιο ποσοστό		
ΣΤΟΜΑ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΞ	36% 24%	89% 95%				

ESTABLISHING AN ANAL NEOPLASIA CLINIC

The term high-resolution anoscopy (HRA) was coined in approximately 1995 to describe colposcopy of the anal canal and perianal region, a technique pioneered by the University of California, San Francisco (UCSF) in 1991, followed shortly by creation of the world's first clinic dedicated to screening and prevention of anal cancer, the UCSF Anal Neoplasia Clinic (ANC).

As described in the previous article by Joel Palefsky (see HPV Today issue number 21), anal cancer is likely to be preceded by a series of intraepithelial neoplastic changes known as anal intraepithelial neoplasia (AIN), very similar to the role of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) as a precursor to cervical cancer. Certain populations such as men who have sex with men (MSM) and human immunodeficiency virus (HIV)-infected men and women or other immunocompromised patients are known to be at increased risk of anal cancer compared with the general population.

As with cervical cancer, anal cancer prevention efforts may include vaccination to prevent HPV infection among those not yet exposed, and detection and treatment of high-grade AIN (HGAIN) or AIN 2/3 before it progresses to cancer. Anal cytology, like cervical cytology, has its limitations, therefore tests with better sensitivity, specificity and predictive value are needed. Table 1 shows the results from patients referred to the ANC in which we obtained cytology and performed HRA-guided biopsies at the first clinic visit.

Cytology results	Histology results					Total
	Normal/no lesion seen	Atypical squamous metaplasia	Low-grade AIN	High-grade AIN	Squamous cell cancer	
Negative	112	2	11	25	0	150
ASC-US	46	0	20	25	0	91
ASC-H	4	1	4	15	0	24
LSIL	54	2	93	135	1	285
HSIL	8	1	21	160	4	194
Squamous cell cancer	0	0	0	1	1	2
	224	6	149	361	6	746

¹Complete results were available from 746 of 911 new patients seen between 5th January 2006 and 25th November 2008.

AIN: Anal Intraepithelial Neoplasia; ASC-H: Atypical Squamous Cells Cannot exclude HSIL; ASC-US: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance; HSIL: High Squamous Intraepithelial Lesion; LSIL: Low Squamous Intraepithelial Lesion.

Table 1. Results of anal cytology and histology obtained at the first visit of patients referred to the University of California, San Francisco (UCSF) Anal Neoplasia Clinic¹

ogy results come back abnormal. Like cervical colposcopy, HRA is an acquired skill that takes considerable time and dedication to master, hence the need for specialty clinics such as the ANC. The best way to detect HGAIN is to perform HRA and biopsy any suspicious lesions.

Like high-grade CIN, HGAIN is not palpable or visible unless acetic acid is applied and the mucosa inspected with a bright light and magnification. Having the ability to identify HGAIN with certainty is a prerequisite for eradicating these lesions through targeted ablation, the linchpin of anal cancer prevention.

The ANC is university-affiliated and located within the UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center in space shared with a cervical neoplasia and gynecologic oncology practice. The primary advantage of situating the clinic in this location is the ability to share resources including colposcopes, biopsy forceps, acetic acid, Lugol's iodine, Monsel's solution, other supplies including gauze and large and small cotton-tipped swabs, and trained staff. Our location also enables women who have been treated for HPV-related cervical, vaginal or vulvar neoplasia to be easily evaluated for AIN, since like MSM, they may be at increased risk for anal cancer.

The ANC's staff consists of three physicians—an infectious diseases specialist, a family practitioner and a medical oncologist—and 2 gynecologic nurse practitioners. Exam-

anesthesia is the only way to fully assess a lesion. There are currently no formal standards for certification or accreditation in HRA, but the U.S. National Institute of Health's AIDS Malignancy Consortium HPV Working Group has issued the following guidelines:

If not already certified in cervical colposcopy, then providers should take a basic colposcopy course, followed by a didactic course in HRA and a preceptorship observing in an established anal neoplasia clinic.

It is helpful to submit examination logs to experienced HRA providers for review— if there are patients with HSIL on cytology, there should be a high concordance with biopsy. In a high-risk population, our expectation is that at least 90% of the patients should be diagnosed with HGAIN on biopsy. Approximately 2,500 patients have been seen in the ANC. Patients who should be considered for referral for HRA are described in Table 2. An algorithm describing the evaluation, treatment and follow-up of patients is shown in Figure 1. At their initial visit all patients have anal cytology, followed by digital rectal examination (DRE), and then HRA with biopsy of the most abnormal-appearing areas. All patients diagnosed with HGAIN are offered treatment, if medically fit. If lesions are flat and small, application of 85% trichloroacetic acid may be done. For larger lesions, patients are usually treated in the office using infrared coagulation after infiltration of local anesthetic. Patients with extensive lesions, with large perianal or distal canal involvement, or who have lesions suspicious for cancer are referred for surgery guided by HRA.

Once HGAIN has been identified, all patients are strongly encouraged to continue regular follow-up. Typically we will follow a patient every three to four months until the HGAIN is resolved, and then at increasingly longer intervals with increasing time free of HGAIN. Our ultimate goal is to place our HIV-positive patients on annual cytology screening regimens and our HIV-negative patients on a 2-3 year

J Michael Berry ▶
Naomi Jay
Mary Rubin
Joel Palefsky

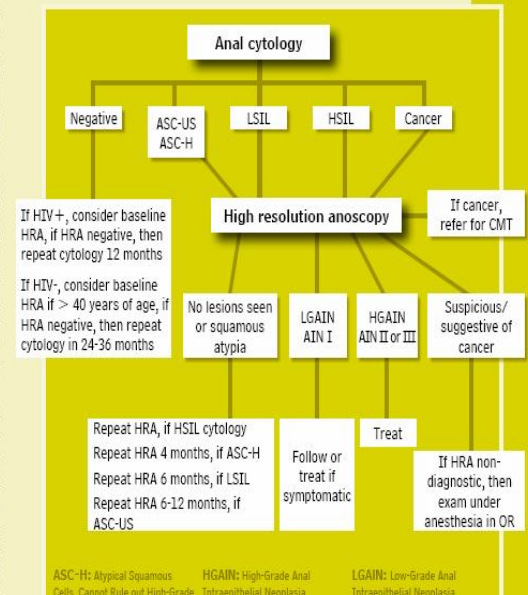
University of California,
San Francisco, United States
of America.



INDICATIONS FOR REFERRAL FOR HIGH RESOLUTION ANOSCOPY

1. Abnormal cytology
2. Peri-anal or intra-anal condyloma or HGAIN
3. Circumferential and symptomatic peri-anal lesions
4. Vulvar high-grade lesions, particularly with perineal component
5. Incidentally-noted HGAIN in otherwise benign surgical specimens
6. Condyloma or HGAIN detected on routine screening colonoscopy
7. Anal margin cancers being considered for wide local excision

Table 2.



RESEARCH IN PROGRESS

TONSILLAR CANCERS CAUSED BY HUMAN PAPILOMAVIRUS TYPES -16/-18 - A NEW INDICATION FOR HPV-16/-18 VACCINATION?

Infections with high-risk (HR) HPVs are necessary causes of cervical cancer¹, and they are causally linked to other anogenital cancers.²⁻⁴ These include penile cancer and anal cancer in both homosexual and heterosexual males.⁴⁻⁶ Approximately half of them are caused by HPV-16/-18.

The evidence for assigning the association of HPV-16/-18 infection to oropharyngeal cancer has actually been available ever since the publication of prospective evidence from a nested case-control study in a Nordic joint cohort.⁷ The

Cancer type	Method of HPV-16/-18 exposure assessment		
	Serology RR (95% CI)	PCR RR (95% CI)	Combined RR (95% CI)
Oral cancer	1.5 (1.1-2.1)	3.4 (1.7-6.6)	1.8 (1.2-2.6)
Oropharyngeal cancers	7.2 (2.2-23)	37 (7.5-390)	N.A.*
Tonsillar cancer	27 (9.6-78)	15.2 (6.9-34)	18.9 (10-35)

*not available due to heterogeneity of the point estimates. CI: Confidence Interval. PCR: Polymerase Chain Reaction

Table 1. Mean relative risk (RR) estimates^{9,12} on the association of HPV types 16 and 18 with oral, oropharyngeal and tonsillar cancer.

of that based on PCR studies (RR = 37) we arrive at an estimate that well over (Table 1). This was not true for tonsillar 50% of all tonsillar cancers are attributable to HPV-16/-18. This is in line with a



Matti Lehtinen¹ ▶
Aline Simen-Kapeu²
Adetunji Toriola¹
Joakim Dillner³

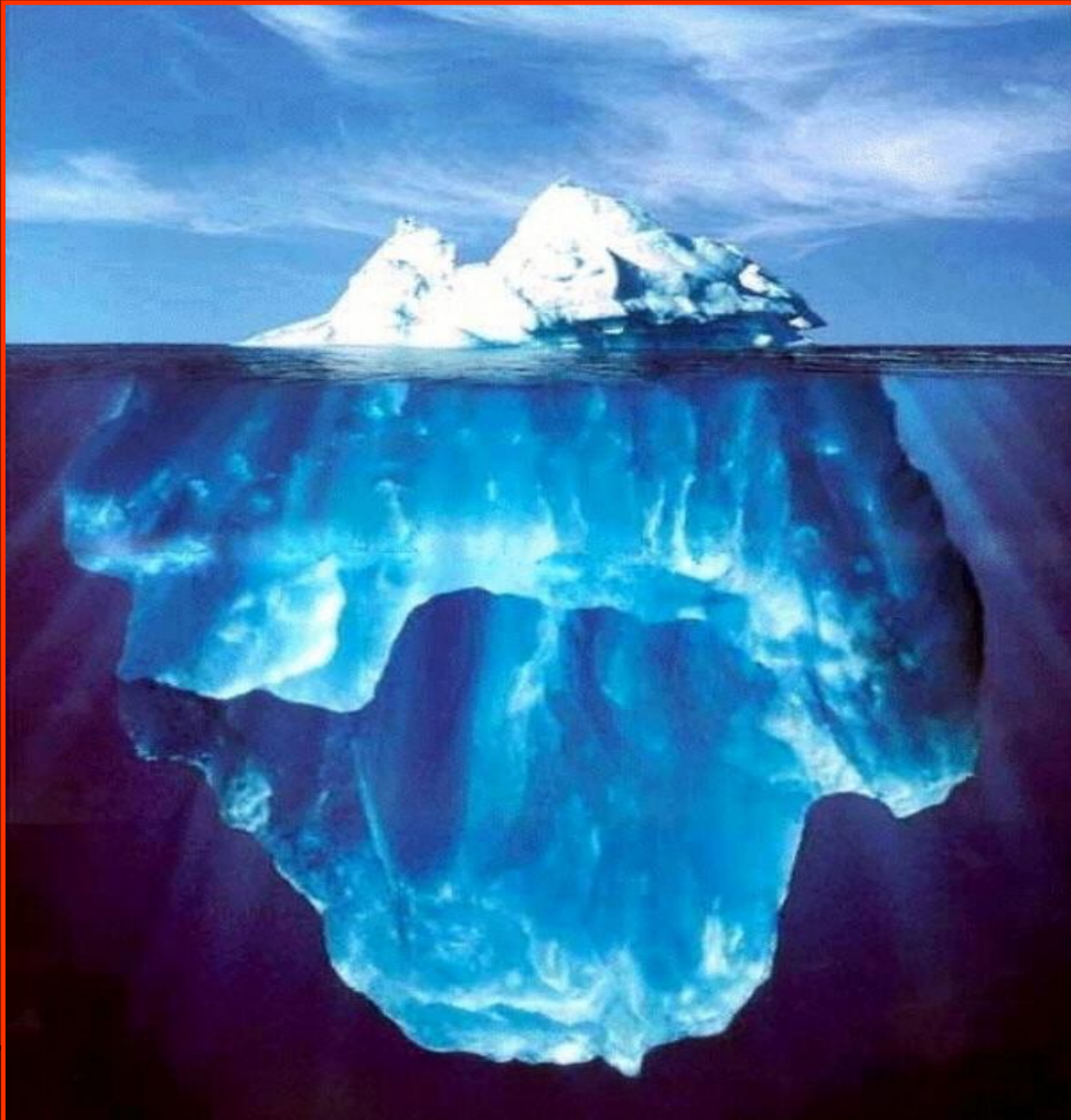
¹University of Tampere, Finland.

²University of Alberta, Canada.

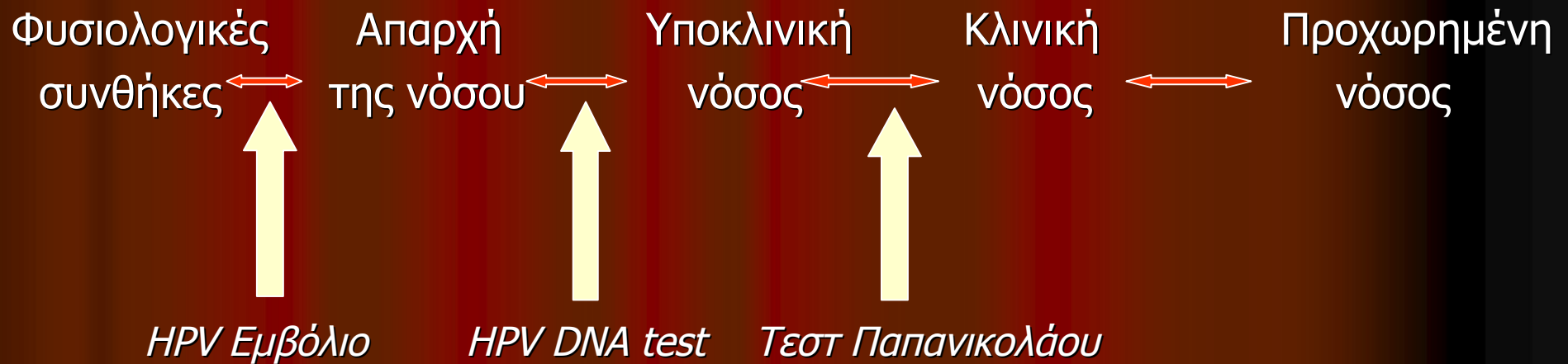
³Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

By contrast, the HPV-negative tonsillar cancers are not associated with sexual behaviour, have synergy between smoking and drinking as an important part of their etiology and have a decreasing incidence trend.^{12,16-18}

The high proportion of tonsillar cancers attributable to HPV-16/-18, and the very high efficacy of both the bivalent and quadrivalent HPV vaccines against these two HR-HPVs^{19,20} suggest that tonsillar cancer should be included on the list of cancers avoidable by prophylactic HPV vaccination. Together with the



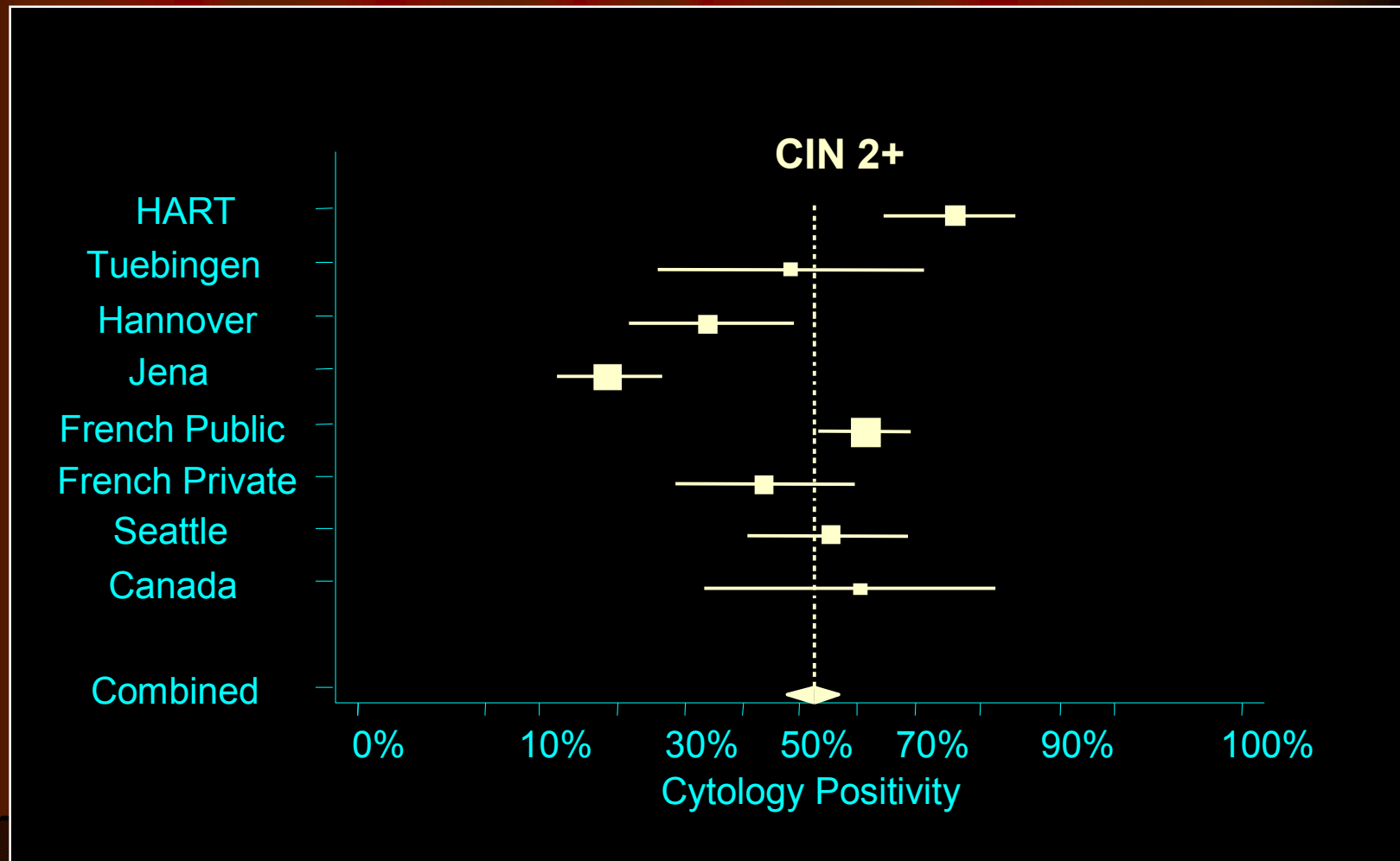
ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ



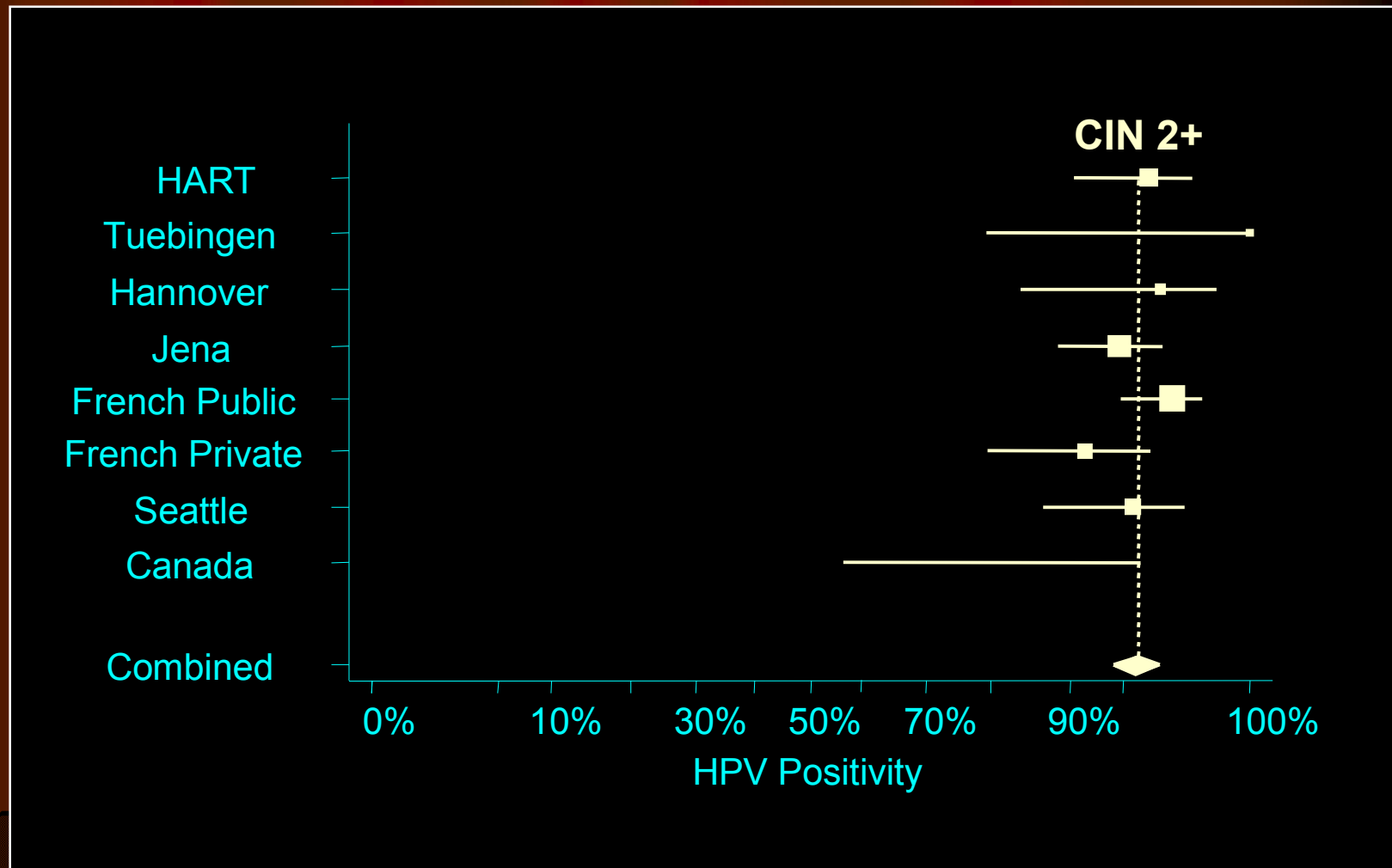
Πρωτογενής πρόληψη

Δευτερογενής πρόληψη

Ευαισθησία της κυτταρολογίας για την ανίχνευση CIN2+ (όλες οι ηλικίες)



Ευαισθησία του HPV Test για την ανίχνευση CIN2+ (όλες οι ηλικίες)



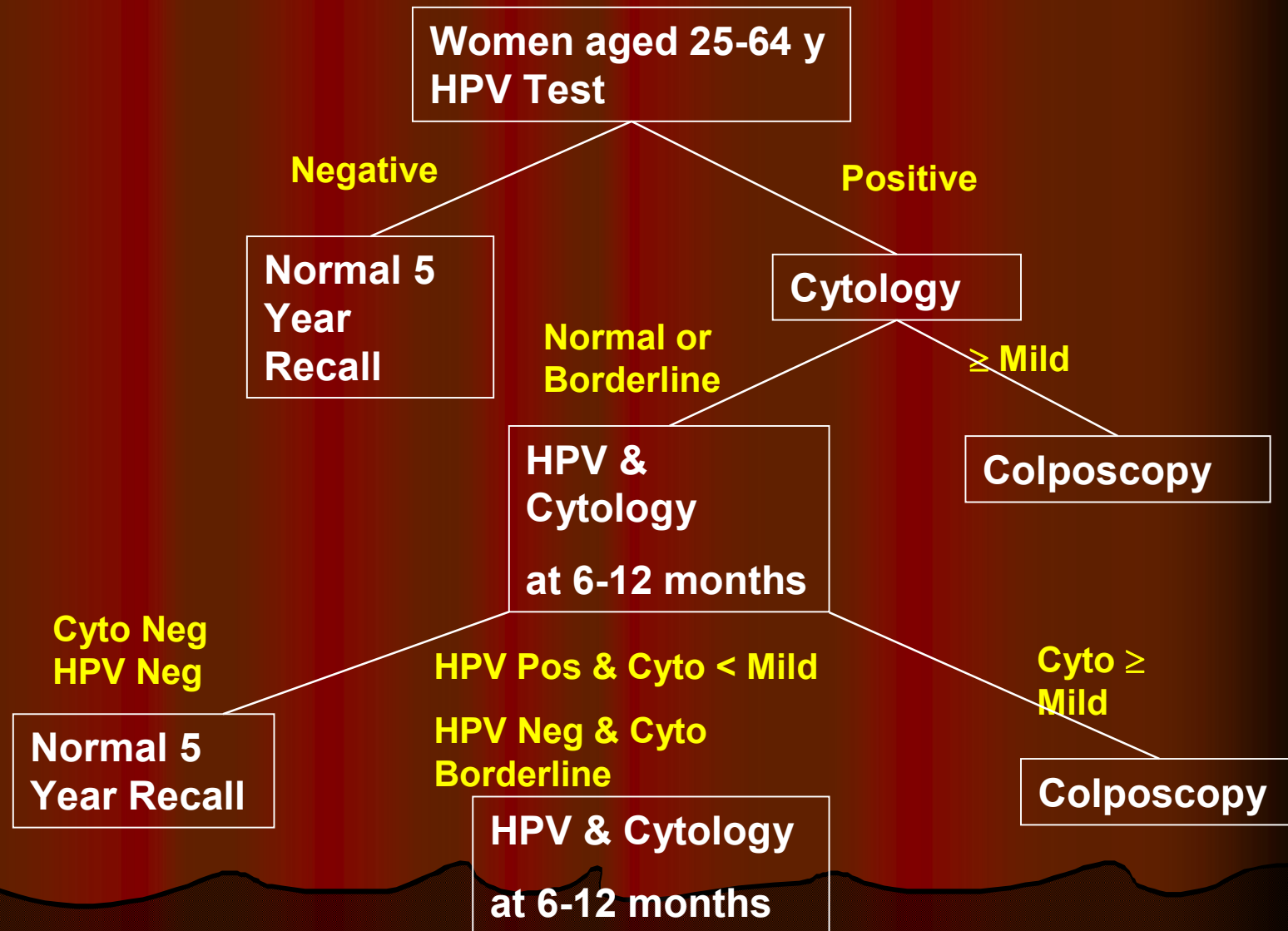
HPV testing

ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου

- Λιγότερο εκτεθειμένο σε ανθρώπινα λάθη
- Πιο ευαίσθητο στην ανίχνευση CIN2+
- Πιο ασφαλές για την γυναίκα
- Επιτρέπει την διεύρυνση των χρονικών μεσοδιαστημάτων μεταξύ δύο εξετάσεων
- Θα οδηγήσει σε ελάττωση του κόστους
- **Συνολικά θα οδηγήσει στην βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του πληθυσμιακού ελέγχου (screening)**

Proposed New Screening Algorithm

(Cuzick)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 2, 2009

VOL. 360 NO. 14

HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India

Rengaswamy Sankaranarayanan, M.D., Bhagwan M. Nene, M.D., F.R.C.P., Surendra S. Shastri, M.D., Kasturi Jayant, M.Sc., Richard Muwonge, Ph.D., Atul M. Budukh, Ph.D., Sanjay Hingmire, B.Sc., Sylla G. Malvi, M.Sc., Ph.D., Ranjit Thorat, B.Sc., Ashok Kothari, M.D., Roshan Chinoy, M.D., Rohini Kelkar, M.D., Shubhada Kane, M.D., Sangeetha Desai, M.D., Vijay R. Keskar, M.S., Raghevendra Rajeshwarkar, M.D., Nandkumar Panse, B.Com., and Ketayun A. Dinshaw, M.D., F.R.C.R.

Table 4. Incidence of Cervical Cancer and Rates of Death.*

Variable	HPV Testing	Cytologic Testing	VIA	Control
Incidence of all cervical cancer — no.	127	152	157	118
Person-yr of follow-up — no.	268,185	250,523	267,326	247,895
Rate per 100,000 person-yr	47.4	60.7	58.7	47.6
Hazard ratio (95% CI)	1.05 (0.77–1.43)	1.34 (0.99–1.82)	1.30 (0.95–1.78)	1.00
Incidence of stage II or higher cervical cancer — no.	39	58	86	82
Person-yr of follow-up — no.	268,185	250,523	267,326	247,895
Rate per 100,000 person-yr	→ 14.5	→ 23.2	32.2	33.1
Hazard ratio (95% CI)	0.47 (0.32–0.69)	0.75 (0.51–1.10)	1.04 (0.72–1.49)	1.00
Death — no.	34	54	56	64
Person-yr of follow-up — no.	268,674	251,144	267,917	248,175
Rate per 100,000 person-yr	→ 12.7	→ 21.5	20.9	25.8
Hazard ratio (95% CI)	0.52 (0.33–0.83)	0.89 (0.62–1.27)	0.86 (0.60–1.25)	1.00

* Rates and hazard ratios have been adjusted for age. Hazard ratios are for the comparison between each intervention group and the control group. CI denotes confidence interval, HPV human papillomavirus, and VIA visual inspection of the cervix with acetic acid.

HPV testing ως μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου

ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ !

- Οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου
- Ενημέρωση
- Εγρήγορση
- Πρόσβαση
- Χαμηλό κόστος



- Δεδομένου ότι η διαδικασία λήψης του HPV test είναι ακριβώς η ίδια με αυτήν του Pap test, γιατί η Ελληνίδα που δεν προσέρχεται τακτικά για να κάνει το Pap test θα προσέλθει για να κάνει το HPV test;
- Μήπως υπάρχει κάποια εναλλακτική λύση;


HPV cervix test

Test for precancerous changes to the cervix - £115.00

If you're unable or unwilling to have a traditional smear test then our postal test is a convenient and alternative way to get the information you need without having to go to a clinic.

Our postal HPV test uses a special tampon and can identify pre-cancerous changes to cells in your cervix caused by HPV subtypes 16,18,31,33 and 45. These subtypes cause over 80% of cervix cancer.

Discuss your HPV test results for free with our experts.

Click to order 


Information provided

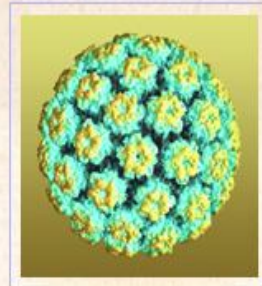
DrThom says...

a simple and convenient way to help protect yourself against cervical cancer

Home > disease management, early detection, screening > Screening HPV at Home

Screening HPV at Home

March 16th, 2010  Brian Mossop



In Chapter 6 of The Decision Tree, "Screening for Everything", Thomas talks about the human papilloma virus (HPV), the virus that causes cervical cancer. Traditionally, doctors detected HPV by looking for irregular cells in the pap smear. But now, a cheap (\$5) test can determine if it is HPV. This test can determine the likelihood of cervical cancer.

One problem remains: how to be tested. However, a new Journal shows that home screening kits actually boost compliance rates. Roughly 28% of women consisted of a simple cervicovaginal lavage, effective in 17% of women required to go into the doctor's office.

The HPV DNA test is primarily looking for the high-study claim that home screening kits have the same sensitivity as specifically looking for the aggressive virus.

Special thanks to Lindsay Crouse for bringing this to my attention. She brilliantly summed up the significance of home HPV testing.

HPV Human Papillomavirus Home Test

Do you have the Human Papillomavirus? What can I take, What do I do?

Home About Sitemap Privacy Policy What You Should Know About HPV How Safe Is The HPV Vaccine? HPV Vaccine Side

Subscribe
Entries RSS
Comments RSS

Private Online **JUST TESTED** STD Testing **justgettested.com**

Categories
HPV News (19)

Archives
October 2007
August 2007
May 2007
March 2007
February 2007
Ads by Google

BMT rapid test
Reliable cervical cancer rapid test
Effective & easy to use!
www.bmtchip.com

Maldives Luxury Resorts
Exclusive, Luxury Maldives Resorts By The Local Maldives
Travel Guru
AtollParadise.com/Maldiv...

Relatrix Testing Services

Ask a Dr: Ovarian Cyst
14 Doctors Are Online. Current Wait Time: 5 Minutes.


EniVax
Immunogenicity Screening In silico. In vitro. In vivo assays

Ads by Google

HPV shot video

Published by HPV Blogger October 18th, 2007 in HPV News. 0 Comments

A great video on the Human Papillomavirus.



Gardasil - HPV vaccine
Published by HPV Blogger October 18th, 2007 in HPV News. 0 Comments

GARDASIL is the only vaccine that may help avoid certain diseases that are

Type and Wait to Search

Πουκάμισο Μιότες Sneakers Τσάντες
Γυαλιά Ηλιού Τσαντάκια Ρολογία Πουλόβερ

GROUPON έως -70%
Αγορές **Αιτείτε Τώρα**

Latest
HPV shot video
Gardasil - HPV vaccine
HPV Vaccine: What do you think?
Cheap method to detect Cervical Cancer
Does Vaccinating your preteen girl with Gardasil promote Promiscuity?
Georgia Stops HPV Vaccine Mandate
Texas lawmakers reject HPV vaccine order
Merck Gardasil. Has your child been vaccinated? Tell us your story!
Texas Lawmakers Vote on HPV Vaccine Gardasil
Stanford HPV Awareness Campaign Video

HPV Articles
How Safe Is The HPV Vaccine
HPV Vaccine Side Effects

Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου

Αξιολόγηση κόστους

(Diaz, de Sanjose, Bosch, Goldie et al, Ινδία, 2008)

**Μέση ελάττωση στον κίνδυνο καρκίνου του
τραχήλου κατά την διάρκεια της ζωής**
(Υπόθεση κάλυψης 70%)

- Μόνο Screening (3x/δια βίου) **21-33%**
- HPV16/18 εμβολιασμός **44%**
- Εμβολ.+ Pap test (3x/δια βίου) **56%**
- Εμβολ.+ HPV DNA test (2x/δια βίου) **63%**

Προσεχές μοντέλο πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου

Εμβολιασμός όλων των κοριτσιών και
γυναικών ηλικίας 9-15 ετών



Έλεγχος από ηλικία 25 ετών και
ανά 3-5ετία με HPV test



Επί θετικού HPV test → Pap test ή ...
(+/- Κολποσκόπηση)

HPV εμβόλιο & HPV test

Κύριοι και καθοριστικοί παράγοντες της
**ΝΕΑΣ ΕΠΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

NICK ANDERSON 2-7-07
HARTFORD CHRONICLE
WWW.CHRONICLE.COM/HART



«Είναι δική μας η ευθύνη, αυτών που ασχολούμαστε με την σύγχρονη βιοϊατρική έρευνα, να μεταφράσουμε τις εντυπωσιακές επιστημονικές εξελίξεις, των οποίων είμαστε μάρτυρες, σε παράγοντες βελτίωσης της υγείας του λαού»

Elias A. Zerhouni, Director, US National Institutes of Health