

- ¹⁰ Dietl J, Buchholz F, Semm K. Zur Epidemiologie und Diagnostik der Vor- und Frühformen des Kollum-karzinoms. Eine Analyse von 1194 Konisationen. *Geburts-hilfe Frauenheilkd* 1981; 41: 173-8.
- ¹¹ Evans DM, Hibbard BM, Jones JM, Sweetman P. The Cardiff cervical cytology study: prevalence of cytological grades and initial histological findings. *Br Med J* 1981; 282: 689-91.

Vervolg van p. 378

- ¹¹ Roscam Abbing EW. Retrospectief onderzoek met behulp van medische archieven, speciaal het huisartskaartstelsysteem. *Huisarts en Wetenschap* 1973; 16: 327-31.
- ¹² Derese A, Geldhof A, Vuylsteek K. Vroegtijdige opsporing van cervixcarcinoom binnen de eerste lijn. *Arch Belg* 1982; 40: 381-416.
- ¹³ Roy J van. Integratie van de opsporing van baarmoederhalskanker in de eerstelijns-geneeskunde. *Arch Belg* 1982; 40: 544-9.
- ¹⁴ Buntinx F, Brams L. Cervixuitstrijkjes bij Maasmechelse vrouwen. *Huisarts Nu* 1984; 13: 60-4.
- ¹⁵ Hakama M, Pukkala E. Selective screening for cervical cancer. Experience of the Finnish mass screening system. *Br J Prev Soc Med* 1977; 31: 238-44.
- ¹⁶ Anonymous. High-risk groups and cervical cancer [Editorial]. *Br Med J* 1980; 281: 629-30.
- ¹⁷ Verschoof KJH. Fuente AA de la. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker vanaf 35 jaar? *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 1213-5.
- ¹⁸ Barentsz IO, Muizenbelt F, Schee AC van der, Toonen-van Beek AA. Een retrospectief onderzoek naar carcinoma cervicis uteri en de waarde van cytologisch cervixonderzoek bij gezonde vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 1932-6.
- ¹⁹ Boon ME, Rietveld WJ, Kirk RS. Investigations of possible changes in the detection of cervical carcinoma in patients of Dutch general practitioners. *Tumori* 1982; 68: 299-305.
- ²⁰ Sturmans F. Theoretische (on)mogelijkheden van screening op cervixcarcinoom. In: Blekker OP, Schutte MF, red. *Selectie en screening in de verloskunde en gynaecologie*. Keesings Medisch Archief, supplement A-1983: 1-3. Amsterdam, 1983.

Het beloop van afwijkende cervixcytologie

Enkele gegevens uit de drie proefregio's

W. A. VAN VEEN

Voorjaar 1984 bracht de Evaluatie Commissie Bevolkingsonderzoek Cervixcarcinoom (EVAC) verslag uit van de eerste twee screeningsronden in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. De rapportage heeft betrekking op de periode 1976-1981, waarin alle vrouwen van 35 tot 55 jaar tweemaal werden uitgenodigd voor het laten maken van een cervixuitstrijk.¹ Deze rapportage verscheen na afronding van het elders in dit nummer gepubliceerde onderzoek van Meijman naar het beloop van afwijkende cervixcytologie.² Ten aanzien van dit punt bevat het EVAC-rapport gegevens die de tentatieve conclusies van Meijman meer reliëf kunnen geven.

KOPA-codering

Voor de vastlegging van de cytologische uitslag wordt in het kader van het bevolkingsonderzoek naast de classificatie volgens Papanicolaou het door Vooy's en Linthorst ontworpen KOPA-coderingssysteem gebruikt. De KOPA-codering heeft betrekking op vier aspecten van het cytologisch onderzoek:

- K – de Kwaliteit van de uitstrijk;
- O – de aanwijzingen van een Ontsteking;
- P – afwijkingen van het Plaveiselepitheel;
- A – andere afwijkingen.

Omdat de KOPA-codering meer en nauwkeuriger informatie biedt dan de indeling volgens Papanicolaou, is in het EVAC-rapport het eerste systeem gebruikt. *Tabel 1* illustreert in hoeverre cytologische uitslagen volgens KOPA-P corresponderen met de indeling volgens Papanicolaou.

Het blijkt dan dat bijvoorbeeld de KOPA-P codering matige dysplasie bijna altijd (98,5 procent der gevallen) overeenkomt met de uitslag Pap IIIA. Een Pap III-uitslag kan echter betekenen dat de plaveiselepitheelafwijking varieert van geen afwijking (4 procent) tot en met een matige dysplasie (32 procent). Deze variatie wordt deels verklaard doordat in de tweede screeningsronde in de proefregio's Rotterdam en Nijmegen tevens de geringe dysplasie tot klasse IIIA werd gerekend, terwijl in de

eerste ronde alleen de matige dysplasie tot klasse IIIA werd gerekend. Utrecht rekent alleen de matige dysplasie tot klasse IIIA. Verder zal een hogere klasse-indeling dan behorend bij een plaveiselepitheel in het algemeen duiden op andere afwijkingen dan van het plaveiselepitheel (vastgelegd in KOPA-A).

Verschillen tussen de regio's

Tabel 2 geeft de epitheelafwijkingen weer per screeningsronde en per proefregio.

Tussen de regio's blijken aanzienlijke verschillen te bestaan in het aantal geringe en matige dysplasieën per 1000 uitstrijken (factor 6 à 7 in de eerste ronde!). Blijkens het EVAC-rapport moeten verschillen in diagnostische criteria tussen de verschillende laboratoria hiervoor verantwoordelijk geacht worden. Ook binnen eenzelfde laboratorium kunnen in de loop der jaren verschillen optreden. Zo stijgt het promillage geringe en matige dysplasieën in de proefregio Nijmegen. Een verandering in de supervisie kan hiervoor verantwoordelijk zijn. Overigens blijven deze afwijkingen min of meer constant: zij zijn geen reden tot therapeutische interventie. Dit in tegenstelling tot de afwijkingen vanaf een ernstige dysplasie. Dit promillage is in alle drie proefregio's in de tweede ronde lager dan in de eerste ronde, kennelijk als gevolg van de succesvolle zeeffunctie van de eerste ronde.

Tabel 1. KOPA-codering in relatie tot de klasse-indeling volgens Papanicolaou. Totalen van de drie proefregio's van eerste en tweede onderzoeksrunde.

KOPA-P	Plaveiselepitheel	Klasse-indeling volgens Papanicolaou						Totaal
		I	II	IIIA	IIIB	IV	V	
1	Geen afwijkingen	111.900	144.377	224 (3,8%)	19	7	5	256.532
2	Abnormale plaveiselcellen	24	250.082	500 (8,5%)	39	27	19	250.691
3	Atypische squameuze metaplasie	1	18.259	1.262 (21,3%)	11		4	19.537
4	Geringe dysplasie		4.913	2.056 (34,8%)	7	2	2	6.980
5	Matige dysplasie		2	1.874 (31,7%)	19	6	1	1.902
6	Ernstige dysplasie				919	19	1	939
7	Passend bij ca. in situ				2	647	105	754
8	Passend bij micro-invasief ca.					5	44	49
9	Passend bij invasief ca.					2	85	87
Totaal		111.925	417.633	5.916	1.016	715	266	537.471

Tabel 2. Plaveiselepitheelaafwijkingen in de eerste en tweede screeningsronde, per proefregio.

Ronde	Proefregio	Aantal uitstrijken	Geringe/matige dysplasie		Ernstige dysplasie	
			n	%	n	%
1.	Nijmegen	62.536	323	5,2	193	3,1
	Rotterdam	109.563	1.243	11,3	598	5,5
	Utrecht	103.369	3.457	33,4	442	4,3
2.	Nijmegen	54.066	468	8,7	120	2,2
	Rotterdam	103.826	1.215	11,7	371	3,6
	Utrecht	103.747	2.172	20,9	122	1,2

Bron: EVAC-rapport, tabel 13.¹

Tabel 3. Follow-up van 1849 cytologisch uitslagen: KOPA-P - ernstige dysplasie, per screeningsronde, drie proefregio's tezamen.

Ronde	Follow-up bekend	Alleen cyt. herh.	Histologie				
			geen afwijkingen	lichte/matige dysplasie	ernstige ca. dysplasie	in situ	(micro-) invasief ca.
1. (n=1233)	1.184	90	66	95	147	640	146
	(100%)	(8%)	(6%)	(8%)	(12%)	(54%)	(12%)
2. (n=616)	593	53	52	103	150	199	36
	(100%)	(9%)	(9%)	(17%)	(25%)	(34%)	(6%)

Tabel 4. Follow-up van 1503 cytologisch uitslagen: KOPA-P - matige dysplasie, per screeningsronde, drie proefregio's tezamen.

Ronde	Follow-up bekend	Alleen cyt. herh.	Histologie				
			geen afwijkingen	lichte/matige dysplasie	ernstige dysplasie	ca. in situ	(micro-) invasief ca.
1. (n=816)	606	392	61	51	42	51	9
	(100%)	(65%)	(10%)	(8%)	(7%)	(8%)	(1,5%)
2. (n=687)	597	415	42	51	37	47	5
	(100%)	(70%)	(7%)	(9%)	(6%)	(8%)	(1%)

Tabel 5. Follow-up van 3352 cytologisch uitslagen: KOPA-P - matige dysplasie, per screeningsronde, drie proefregio's tezamen.

Ronde	Follow-up bekend	Alleen cyt. herh.	Histologie				
			geen afwijkingen	lichte/matige dysplasie	ernstige dysplasie	ca. in situ	(micro-) invasief ca.
1. (n=2049)	1.790	482	127	146	189	691	155
	(100%)	(27%)	(7%)	(8%)	(11%)	(39%)	(9%)
2. (n=1303)	1.190	468	94	154	187	246	41
	(100%)	(39%)	(8%)	(13%)	(16%)	(21%)	(3%)
Totaal (n=3352)	2.980	950	221	300	376	937	196
	(100%)	(32%)	(7%)	(10%)	(13%)	(31%)	(7%)

Ernstige en matige dysplasie

Indien in het laboratorium bij de beoordeling van een uitstrijk een KOPA-P \geq ernstige dysplasie wordt vastgesteld, ontvangt de huisarts het advies nader onderzoek in te (laten) stellen. In *tabel 3* zijn hiervan de resultaten weergegeven. Voor vier procent der afwijkende uitslagen is (nog) geen follow up bekend.

Uit de vervolgresultaten blijkt voor de eerste ronde dat het cytologisch vermoeden op ernstige afwijkingen in drie van de vier gevallen histologisch is bevestigd (933/1184). Voor de tweede screeningsronde bedraagt deze kans bijna twee op drie (385/933).

In de loop van het bevolkingsonderzoek bleek dat ook een cytologisch vastgestelde matige dysplasie nauwlettend vervolgonderzoek vergt. *Tabel 4* geeft de resultaten weer. Nu is in een hoger percentage (nog) geen follow-up bekend: 25 procent in de eerste ronde en 13 procent in de tweede ronde.

Uit de gegevens blijkt één op de zes à zeven uitstrijken met als uitslag matige dysplasie aanleiding te zijn tot het vaststellen van een histologisch bevestigde ernstige afwijking.

Wanneer de gegevens uit de *tabellen 3* en *4* tezamen worden genomen, kan een beeld worden geschetst, dat *tabel 1* uit het artikel van *Meijman* zeer dicht bena-

dert (*tabel 5*). Het blijkt dat afwijkende cervixcytologische bevindingen (matige dysplasie of meer) bij vervolgonderzoek vaak niet bevestigd kunnen worden: in een derde der gevallen in de eerste screeningsronde en in de helft van de gevallen in de tweede ronde.

Beschouwing

De confrontatie van uitslagen ingedeeld volgens Papanicolaou met die volgens KOPA-P illustreert weer eens de noodzaak van een ondubbelzinnig systeem ten behoeve van de communicatie over cytologische bevindingen. De indruk dat afwijkende cervixcytologische bevindingen vaak niet bevestigd kunnen worden, vindt steun in de resultaten uit het bevolkingsonderzoek. Dit blijkt vooral te gelden voor matige dysplasie (circa 80 procent niet bevestigd).

De aanbeveling van *Meijman* bij vervolgonderzoek altijd in eerste instantie te volstaan met een herhalingsuitstrijk, blijkt in geval van een matige dysplasie zeker gerechtvaardigd. Overigens geldt bij een matige dysplasie dit advies reeds in het kader van het bevolkingsonderzoek (termijn 3 maanden). In dit kader wordt geadviseerd bij een ernstige dysplasie na één maand de uitstrijk te herhalen of de vrouw te verwijzen voor histologisch onderzoek. Het EVAC-rapport biedt hier geen duidelijke

aanknopingspunten die vóór of tegen het advies van *Meijman* pleiten.

De door hem bepleite waakzaamheid bij afwijkende cytologische bevindingen verdient te worden vertaald in afspraken tussen huisartsen en patholoog-anatomen over herhalingsadviezen en de bewaking daarvan. Mijns inziens is de huisarts zelf verantwoordelijk voor de effectivering van de herhalingsadviezen. Vanuit laboratoria die beschikken over een geautomatiseerd informatiesysteem zou het betrekkelijk simpel zijn de huisarts zo nodig te herinneren aan een herhalingsadvies. Een sluitende follow-up bij cytologische afwijkingen (matige dysplasie of meer) is van direct belang voor de betrokken vrouw en vormt een belangrijk element in de kwaliteitsbewaking van het cervixcytologisch onderzoek.

¹ Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom. Rapport over de 2de ronde van het bevolkingsonderzoek in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1984 (gratis exemplaren telefonisch te bestellen, telefoon 070-209260, toestel 2349).

² Meijman F. Het beloop van afwijkende cervixcytologie. Gegevens uit drie huisartspraktijken en de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 386-91.