

Van opportunistische screening naar georganiseerd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Slechts een zeer beperkt aantal screeningsmethoden is aantoonbaar werkzaam als middel ter reductie van morbiditeit en/of sterfte ten gevolge van specifieke ziekten. Hiertoe behoren het uitstrijkje (cervixcarcinoom) en mammografie (borstkanker).

In dit nummer gaat *Peeters* op zeer evenwichtige wijze in op actuele vragen over de gunstige effecten en de niet beoogde gevolgen van bevolkingsonderzoek naar borstkanker.¹ *Busch et al.* brengen, eveneens in dit nummer, verslag uit van een oriënterend onderzoek naar de deelnamegraad van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en de feitelijke 'beschermingsgraad'.² Het gaat hier om twee bevolkingsonderzoeken, die beide in de opbouwfase verkeren. Een belangrijk verschil is dat voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker een zorgvuldig voorbereide infrastructuur wordt opgebouwd, terwijl dat voor baarmoederhalskanker (nog) niet geldt. Verder is bevolkingsonderzoek naar borstkanker iets nieuws, terwijl het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker op gang moet komen in een situatie waarin huisartsen al zeer grote aantallen uitstrijken maken.

Het laatste jaar is vaak bericht over een chaotische situatie, met grote twijfels over de doeltreffendheid en doelmatigheid van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Maar hoe staat het daarmee? Welke factoren zijn hierop vooral van invloed? En wat kan de huisarts daarmee?

Doeltreffendheid

Met behulp van verschillende onderzoeksmethoden is steeds overtuigender aangetoond dat screening de incidentie en sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker aanzienlijk (met 50 à 60 procent) kan verminderen, mits er sprake is van *georganiseerd* bevolkingsonderzoek.¹⁻³ 'Opportunistische' screening, waarbij de spreekuurcontacten gebruikt worden voor het aanbieden van de screeningstest, is veel minder doeltreffend, omdat daarmee voornamelijk vrouwen jonger dan 40 jaar worden bereikt.³

In verschillende landen is nagegaan welke factoren de doeltreffendheid van screening het meest ondermijnen. Antecedentenonderzoek onder grote reeksen patiënten met invasief cervixcarcinoom heeft keer op keer laten zien dat het in de meeste gevallen (60 tot 80 procent) gaat om vrouwen die nooit zijn uitgestreken. En dit geldt des te sterker voor vrouwen ouder dan 40 jaar. Bij de overige patiënten blijken de faalfactoren te zijn: geen actie ondernomen naar aanleiding van een positieve screeningsuitslag (circa 15 procent), een te lang tijdsverloop (meer dan vijf jaar) sinds de laatste uitstrijk vóór de diagnose (circa 10 procent), en een fout-negatieve screeningsuitslag (circa 10 procent).⁴ Het welslagen van bevolkingsonderzoek wordt dus het sterkst bepaald door achtereenvolgens het bereiken van (vooral de oudere vrouwen uit) de doelgroep, een waterdicht systeem voor het vervolgen van positieve screeningsuitslagen en de kwaliteit van de screeningstest: drie elementen waarbij in Nederland de huisarts een belangrijke bijdrage kan leveren.

Van Veen WA. Van opportunistische screening naar georganiseerd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(5): 206-8.

Doelmatigheid

In omvang is baarmoederhalskanker een duidelijk minder belangrijk gezondheidsprobleem dan bijvoorbeeld borstkanker. Onder de diagnose borstkanker worden zeven maal zoveel verpleegdagen in het ziekenhuis geregistreerd, en elf maal zoveel nieuwe ziekte- en sterfgevallen als voor baarmoederhalskanker. Toch bedragen de jaarlijkse screeningskosten voor baarmoederhalskanker nu bijna evenveel als voor borstkanker na voltooiing van de landelijke opbouwphase van dat bevolkingsonderzoek eind 1993 (35 à 40 miljoen gulden tegen circa 40 miljoen gulden).⁶

De scheve verhouding tussen inzet van middelen en omvang van het probleem bij baarmoederhalskanker is onmogelijk geheel te verklaren door een verminderde incidentie en sterfte als gevolg van vijftien jaar screening op baarmoederhalskanker in Nederland. Hier is sprake van een ernstige ondoelmatigheid. Welke boodschap hebben huisartsen hier aan efficiëntie?

- *Jaarlijks worden naar schatting 900.000 uitstrijken gemaakt in Nederland, waarvan ruim tweederde door huisartsen.*^{6,7} Dat zijn véél meer uitstrijken dan nodig is. Bij het huidige oproepschema (leeftijdsgroep 35-54 jaar, screeningsinterval drie jaar) komen jaarlijks 650.000 vrouwen in aanmerking voor screening. Zelfs bij een optimistische veronderstelling over de deelnamegraad (70 procent) en een ruime schatting van het aantal uitstrijken op medische indicatie (50.000 in de huisartspraktijk en 50.000 bij verwijzing naar gynaecologen) zijn jaarlijks niet veel meer dan in *totaal 550.000 uitstrijken nodig.*

- *Huisartsen maken grote aantallen uitstrijken bij jonge vrouwen.*

Tot voor kort viel de helft (!) van de uitstrijken die huisartsen maken, in de leeftijdscategorie jonger dan 35 jaar.⁶ Ruim eenderde van alle uitstrijken in deze leeftijdscategorie wordt gemaakt naar aanleiding van een pilcontrole, althans ten tijde van de Nationale Studie van het Nivel.⁸ Hopelijk heeft de NHG-standaard Orale Anticonceptie inmiddels deze vaste koppeling tussen pilcontrole en uitstrijk doorbroken.

- *Huisartsen hebben unieke kansen juist de risicogroepen voor baarmoederhalskanker te bereiken, maar gebruiken die nauwelijks.*

In de leeftijdsgroep 35-54 jaar bezoeken minder hoog opgeleide vrouwen, gescheiden vrouwen en weduwen, ziekenfondsverzekerden en allochtone vrouwen vaker de huisarts. In de praktijk wordt relatief vaker een uitstrijk gemaakt bij de

hoogst opgeleide, particulier verzekerde vrouwen.⁸ Systematiek in het uitstrijkebeleid van huisartsen ontbreekt over het algemeen, of is verkeerd gericht (koppeling van uitstrijk aan pilcontrole).⁸ Dit werkt in de hand dat vooral vrouwen die expliciet om een uitstrijk vragen of voor pilcontrole komen, worden onderzocht. En die vrouwen behoren grotendeels tot de jongere leeftijdscategorie, waarbij het risico op baarmoederhalskanker nog uitermate gering is.

- *De prioriteit zou moeten liggen bij het bereiken van (oudere) vrouwen die nog nooit zijn uitgestreken⁴, maar de discussie gaat vrijwel uitsluitend over het verlagen van de leeftijdsgrens van 35 jaar.*

De curve voor de incidentie van (invasief) baarmoederhalskanker stijgt met de leeftijd tot ongeveer het 40e jaar, blijft dan op een gelijk peil en daalt na de menopauzeleeftijd. Op het plateau van de curve is het risico minstens twintig maal (!) zo hoog als voor de leeftijdsgroep van 20-29 jaar.³ Dit geldt voor alle populaties waarin (nog) geen sprake is van een screeningeffect, en ongeacht de vraag of de incidentie in een populatie zeer hoog of laag is.

Dit inzicht dreigt naar de achtergrond te raken bij de soms obsessieve aandacht voor de pre-invasieve afwijkingen die bij screening worden ontdekt bij jongere vrouwen en de alarmerende toonzetting van berichten over een mogelijk toenemende incidentie van invasief cervixcarcinoom onder jongere vrouwen. Daarbij komt nog dat vooral op jongere leeftijd pre-invasieve afwijkingen een sterke neiging tot spontane regressie vertonen.^{3,7}

- *Opportunistische screening is zeer ondoelmatig.*

Met het geld dat is gemoeid met de huidige 900.000 uitstrijken per jaar zou een intensief bevolkingsonderzoek zijn te organiseren waarmee een *veel groter* gezondheidseffect – in termen van gewonnen levensjaren – zou kunnen worden bereikt (circa 33 procent). Als alternatief zou voor de *helpt* van de huidige kosten een bevolkingsonderzoek kunnen worden georganiseerd waarmee een *even groot* gezondheidseffect is te bereiken als met opportunistische screening. Voor dit alternatief (oproepschema met zeven uitnodigingen) is de kosten-effectiviteitsratio dan ook veel gunstiger dan voor opportunistische screening: 24.300 versus 47.500 gulden per gewonnen levensjaar.⁷

Ook een combinatie van georganiseerd bevolkingsonderzoek met opportunistische screening is zeer inefficiënt. Dat was destijds dan ook de belangrijkste reden voor Minister Gardeniers om de hybride situatie van de periode 1976-1985 te beëindigen.

- *Ook een terughoudend follow-up beleid bij bevolkingsonderzoek is van groot belang om een gunstige verhouding tussen voor- en nadelen niet te verstoren.*

Uit follow-up gegevens met betrekking tot de eerste twee screeningsronden in de proefregio's Nijmegen en Utrecht

(1976-1982) valt af te leiden dat het risico op een invasief plaveiselcelcarcinoom binnen drie jaar na de uitstrijk nauwelijks groter is bij uitslag Pap II dan bij Pap I: respectievelijk 4,6 en 4,0 per 100.000 vrouwen.⁹ Het absolute risicoverschil van 0,6 per 100.000 houdt in dat 166.667 vrouwen met Pap II intensiever gecontroleerd zouden moeten worden om hoogstens één carcinoom te kunnen voorkómen.

Het advies om bij de uitslag Pap II een preventieve uitstrijk na een jaar te herhalen is opgenomen in de NHG-standaard Cervixuitstrijken, zonder afweging van voor- en nadelen. Heroverweging van dit advies is dringend geboden, te meer omdat vaak grote aantallen vrouwen worden verontrust met de uitslag Pap II (soms tientallen procenten!).¹⁰

Ook het advies om bij het ontbreken van endocervicale cellen de uitstrijk na zes weken te herhalen, is onlangs ter discussie gesteld.¹¹ Dit probleem lijkt overigens vanzelf opgelost te worden, nu de kwaliteit van uitstrijken aanzienlijk verbeterd kan worden met nieuwe uitstrijkmaterialen.¹²

- *Het huidige oproepschema is niet efficiënt.*

Het screeningsinterval van drie jaar is te kort.⁷ Volstaan zou kunnen worden met een interval van vijf jaar.¹⁰ Maar moet het bevolkingsonderzoek ook worden uitgebreid naar vrouwen ouder dan 55 jaar, zoals aanbevolen naar aanleiding van de Rotterdamse kosten-effectiviteitsanalyse?⁷

Inderdaad is de sterfte na het 55e jaar nog steeds betrekkelijk hoog, maar die wordt nog grotendeels bepaald door het cohort vrouwen dat niet voor screening in aanmerking kwam. De incidentie van invasieve tumoren na het 55e jaar wordt bepaald door vrouwen die nooit zijn uitgestreken. Uitbreiding van screening naar vrouwen ouder dan 55 jaar zal weinig effect hebben, omdat vrouwen niet opeens na hun 55e jaar wél gaan deelnemen aan bevolkingsonderzoek. Uit recent onderzoek blijkt dat vrouwen die vóór hun 55e jaar zijn gescreend én een negatieve screeningsuitslag hadden, bij follow-up uiterst zelden alsnog baarmoederhalskanker krijgen. Het onderzoek bevestigt ook eerdere waarnemingen dat oudere vrouwen bij wie een invasief cervixcarcinoom wordt vastgesteld, in overgrote meerderheid nooit eerder zijn uitgestreken.^{13,4}

De belangrijkste prioriteit blijft dus het bereiken van de risicogroepen. *Ponsioen* beschreef hiervoor een benadering, waarmee hij in zijn huisartspraktijk 76 van de 89 vrouwen die langer dan vijf jaar geen uitstrijk hadden laten maken, alsnog wist te bereiken.¹⁴ Dergelijke benaderingen zijn nog onvolgende in de discussie betrokken en in beleid vertaald.

Tot besluit

Opportunistische screening leidt in geen enkel land tot succes, wél tot talloze onnodige uitstrijken en vermijdbare iatrogene schade. Twintig jaar na de omhelzing van het begrip anticiperende geneeskunde in Nederland blijkt anticiperende geneeskunde in de praktijk niet te bestaan.⁸ Deze constatering wordt niet ontkracht door de gunstige resultaten in enkele

praktijken van gemotiveerde huisartsen.¹⁵ Die resultaten zijn te zeer vertekend door de bijzondere onderzoeksomstandigheden (Hawthorne-effect) en hebben zeker geen algemene geldigheid. Zelfs huisartsen die desgevraagd zeggen een zekere systematiek te volgen in hun screeningsbeleid, zijn in hun feitelijk handelen niet te onderscheiden van huisartsen die zeggen geen systematiek te volgen.⁸

Intussen kan slechts een handvol landen – met name in Noord-Europa – bogen op een goed functionerend bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer heeft Staatssecretaris Simons een organisatie-adviesbureau opdracht gegeven een onderzoek in te stellen naar de organisatorische knelpunten van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Het rapport dat daarover onlangs is uitgebracht, bevestigt dat op veel punten niet wordt voldaan aan de criteria voor een verantwoord bevolkingsonderzoek.¹⁶ De knelpunten worden vooral toegeschreven aan organisatorische en financiële oorzaken: het ontbreken van een landelijk beleidsorgaan en regionale coördinatie met duidelijk mandaat en verantwoordelijkheden, en een versnipperde financiering die bovendien niet voorziet in een aantal cruciale elementen van het bevolkingsonderzoek.

Verbeteringen met betrekking tot opzet, uitvoering en financiering worden goed realiseerbaar geacht. De huisarts behoudt hierbij de sleutelrol die hij sinds 1988 inneemt in dit bevolkingsonderzoek. Aanbevolen wordt bij de financiering, de regionale coördinatie en het informatiesysteem zoveel mogelijk aan te sluiten bij de opzet voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Tot de overige aanbevelingen behoort het terugdringen van uitstrijken buiten het bevolkingsonderzoek om.

Gehoopt mag worden dat dit organisatie-advies op hoofdlijnen een warm onthaal zal krijgen, en dat er voldoende politieke wil zal zijn om ook financieel te investeren in een doeltreffend en doelmatig bevolkingsonderzoek.

Naar aanleiding van hun bevindingen pleiten ook *Bosman & Verhaak* voor een bundeling van krachten tussen de instanties die betrokken zijn bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.⁹ Ponsioen bepleitte al eerder afstemming tussen de betrokken partijen.¹³

Hiermee kan van harte worden ingestemd. Een goed gecoördineerd bevolkingsonderzoek verdient verre de voorkeur boven twee langs elkaar heen werkende en elkaar deels overlappende vormen van screening.

De LHV voert in samenwerking met het Genootschap terecht een behoedzaam beleid ten aanzien van collectieve preventie, en acht het een goede zaak 'indien collectieve

preventie zich in haar uitwerking richt op de individuele patiënt'.¹⁷ Enige aandacht hierbij voor de collectieve aspecten zou ook geen kwaad kunnen. Hier liggen gouden kansen voor de beroepsgroep om zich verder te profileren, en dat in maat en getal te tonen.

W.A. van Veen

- ¹ Peeters PHM. Borstkankerscreening voor vrouwen boven de 50 jaar. Een overzicht. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34(5): 209-14.
- ² Busch MCM, Broer J, Tijnstra Tj, Rutgers AL, Tanja T. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 'nieuwe stijl'. Een onderzoek naar de achtergronden van de lage opkomst in 1989. *Huisarts Wet* 1991; 34(5): 215-7.
- ³ Day NE. Screening for cancer of the cervix. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 103-6.
- ⁴ Chamberlain J. Reasons that some screening programmes fail to control cervical cancer. In: Hakama M, et al. *Screening for cancer of the cervix*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1986.
- ⁵ Gustafsson L, Adami H-O. Cytologic screening for cancer of the uterine cervix in Sweden evaluated by identification and simulation. *Br J Cancer* 1990; 61: 903-8.
- ⁶ Van Veen WA. Registration of cervical smears. In: Bartelds AJM, Fracheboud J, Van der Zee J, eds. *The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy*. Utrecht: Nivel, 1989.
- ⁷ Habbema JDF, Lubbe JThN, Van Agt HME, et al. *Kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker*. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1988.
- ⁸ Bosman JF, Verhaak PFM. *Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deelonderzoek preventie*. Utrecht: Nivel, ter perse.
- ⁹ EVAC. Registratie van cervixcarcinoom in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. Interimrapport van de Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom (EVAC). Leiden: NIPG, 1986.
- ¹⁰ Habbema JDF. Cervixuitstrijken: een commentaar [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1990; 33: 406.
- ¹¹ Mitchell H, Medley G. Longitudinal study of women with negatieve cervix smears according to endocervical status. *Lancet* 1991; 337: 265-7.
- ¹² Doornewaard H, Van der Graaf Y. Contribution of the cytobrush to determining cellular composition of cervical smears. *J Clin Pathol* 1990; 43: 393-6.
- ¹³ Van der Graaf Y. Risico van carcinoma in situ en invasief carcinoom van de baarmoederhals na het 55e jaar. Utrecht: Preventicon, ter perse.
- ¹⁴ Ponsioen B. *Waarom geen uitstrijke? Huisarts Wet* 1989; 32: 462-4.
- ¹⁵ Van Lidth de Jeude CP. *Persoonsgerichte preventie door een huisarts [Dissertatie]*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.
- ¹⁶ Van Elven EH, Griffioen HP, Wiegman HP. *Onderzoek knelpunten bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker*. Utrecht: Klynveld Bosboom Hegener, 1991.
- ¹⁷ Knook H. *Beter voorkomen... Med Contact* 1991; 46: 260. ■