

De opbrengst van het nieuwe bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

M.E. BOON
S. BECK
A. WIJSMAN-GROOTENDORST
A.H.M. KERKHOFF

In de Leidse regio is het bevolkingsonderzoek-oude-stijl (waarbij de uitstrijkjes werden gemaakt door paramedische uitstrijkteams) naadloos overgegaan in het bevolkingsonderzoek-nieuwe-stijl, waarbij de huisarts de uitstrijkjes maakt. In dit onderzoek zijn de scores van de vierde ronde van het oude bevolkingsonderzoek (1986-1988) vergeleken met die van de eerste drie jaar van het nieuwe bevolkingsonderzoek (1989-1991). Zowel bij het cytologisch als bij het histologisch onderzoek werden thans meer ernstige afwijkingen gevonden dan in het oude bevolkingsonderzoek. Vermoedelijk worden via de huisarts de 'high risk'-groepen beter bereikt dan tevoren.

Boon ME, Beck S, Wijsman-Grootendorst A, Kerkhoff AHM. De opbrengst van het nieuwe bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. *Huisarts Wet* 1992; 35(13): 498-9.

Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium, Groenesteeg 61-65, 2312 SP Leiden.

Dr. M.E. Boon, patholoog; S. Beck, arts; A. Wijsman-Grootendorst, cytologisch analist; Prof. dr. A.H.M. Kerkhoff, hoogleraar in de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg, Technische Universiteit Twente.

Correspondentie: Dr. M.E. Boon.

Inleiding

Tot eind 1988 kende de Leidse regio een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, met een eigen oproepsysteem en screeningsrondes van drie jaar, waarbij de uitstrijkjes werden gemaakt door paramedische uitstrijkteams. De vierde ronde van dit bevolkingsonderzoek-oude-stijl werd beëindigd met scores voor ernstige afwijkingen (Pap IIIB en hoger) van 1,0 per duizend, een kwart van de scores van de eerste ronde.¹

Het bevolkingsonderzoek-oude-stijl is in 1989 naadloos overgegaan in het nieuwe bevolkingsonderzoek, waarbij de uitstrijkjes worden gemaakt door huisartsen. Inmiddels kunnen wij beschikken over de data van drie jaar (één screeningsronde) en kan worden nagegaan of het inschakelen van huisartsen heeft geleid tot hogere scores.

Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op alle vrouwen van 35-54 jaar uit de regio Leiden, die in de jaren 1986-1991 een uitnodiging hebben gekregen voor het bevolkingsonderzoek.

Alle uitstrijkjes van het oude bevolkingsonderzoek werden onderzocht in het Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium (LCPL). Bij het nieuwe bevolkingsonderzoek werd een deel van de uitstrijkjes niet naar het LCPL gestuurd. De gegevens van deze vrouwen konden wij niet verwerken, aangezien de benodigde data (urbanisatie en follow-up) ontbraken.

Voor de verwerking van de laboratoriumbevindingen wordt het KOPAC-systeem gebruikt, zodat de gegevens kunnen worden opgestuurd naar het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA) en de plaatselijke GGD's.² Deze gegevens worden eveneens opgeslagen in het computersysteem van het LCPL; daarbij wordt ook de postcode ingevoerd, zodat de data kunnen worden gerangschikt naar urbanisatiegraad.

Voor de stad Leiden beschikken wij voorts over de gegevens betreffende de burgerlijke staat van de vrouwen die zijn uitgenodigd voor het nieuwe bevolkingson-

derzoek (ongetrouwd, getrouwd, gescheiden of weduwe). Voor Alphen a/d Rijn en Leiden kennen wij tenslotte ook de opkomstcijfers (aan ons verstrekt door de plaatselijke GGD's).

Via de huisartsen werden follow-up-gegevens verzameld over alle vrouwen met een cytologische diagnose lichte dysplasie (Pap IIIA) of hoger. Tevens werden alle histologische verslagen (inclusief die van vrouwen die wegens een Pap IIIA naar de gynaecoloog werden verwezen) bij het onderzoek betrokken.

Resultaten

Voor het oude bevolkingsonderzoek werden 19.981 uitstrijkjes beoordeeld en voor het nieuwe bevolkingsonderzoek 13.675 (tabel 1). De cytologisch positieve scores (lichte/matige dysplasie, sterke dysplasie en carcinoma in situ plus carcinoom) waren hoger in het bevolkingsonderzoek-nieuwe-stijl. Hoe hoger de diagnose, des te groter het verschil. Sterke dysplasie of hoger ('ernstige afwijkingen') werd in het nieuwe bevolkingsonderzoek bijna viermaal zo vaak aangetroffen als in het oude.

De histologisch positieve scores voor ernstige pathologie waren eveneens hoger, voor sterke dysplasie en carcinoma in situ ongeveer een factor 2. Invasieve plaveiselcelcarcinomen werden uitsluitend in het bevolkingsonderzoek-nieuwe-stijl opgespoord.

Het opkomstcijfer in Leiden en Alphen bedroeg voor het oude bevolkingsonderzoek respectievelijk 28 en 32 procent, en voor het nieuwe 32 en 35 procent. Op het (verstedelijk) platteland was de opkomst wat beter.

In Leiden daalde het opkomstpercentage van de gehuwde vrouwen van 36 naar 32 procent, terwijl het opkomstpercentage van de gescheiden vrouwen toenam van 18 naar 32 procent.

Net als in het bevolkingsonderzoek-oude-stijl werden de hoogste scores afwijkingen gevonden in de steden (Leiden en Alphen) en de laagste op het platteland (tabel 2). De score voor Leiden was 4,9, iets hoger dan die voor Alphen. In Leiden werden in de groep gescheiden vrouwen driemaal zoveel afwijkingen gevonden als in de groep gehuwde vrouwen.

Tabel 1 Positieve diagnoses in het oude en het nieuwe bevolkingsonderzoek. Promillages.

	Oud (n=19.981)	Nieuw (n=13.675)
Cytologische diagnoses		
– lichte/matige dysplasie	8,2	9,8
– sterke dysplasie of hoger	1,0	3,7
Histologische diagnoses		
– sterke dysplasie	0,6	1,2
– CIS	0,4	0,7
– invasief carcinoom	–	0,3

Tabel 2 Cytologische scores ernstige afwijkingen in de verschillende soorten gemeenten. Promillages.

Platteland	(n=2327)	1,7
Verstedelijkt platteland	(n=7652)	3,8
Steden	(n=3696)	4,6

Beschouwing

Uit de relatief hoge scores van het bevolkingsonderzoek-nieuwe-stijl mag worden afgeleid dat de 'high risk'-groepen beter worden bereikt. Kennelijk gaan veel vrouwen uit deze groepen gemakkelijker naar de huisarts voor een uitstrijkje dan naar een onbekende paramedicus in een weinig vertrouwde lokatie (kruisgebouw, GGD). Wél valt te verwachten dat de scores in de tweede ronde zullen dalen, net zoals dat bij het oude bevolkingsonderzoek het geval was.^{1 3 4}

Zowel in Leiden als in de proefregio's was de participatie van gescheiden vrouwen aan het bevolkingsonderzoek-oudestijl vooral in de laatste ronde relatief slecht, terwijl hun deelname aan het nieu-

we bevolkingsonderzoek net zo groot was als die van de gehuwde vrouwen. Aangezien wij vroeger reeds waargenomen hebben dat bij gescheiden vrouwen een groter percentage afwijkingen wordt gevonden,³ kunnen wij hierin een verklaring vinden voor de hogere scores positieven in het bevolkingsonderzoek-nieuwe-stijl.

De resultaten van cervixscreening worden beïnvloed door de mate van urbanisatie. De scores die nu werden gevonden, verschillen nauwelijks van die van de eerste ronde van het bevolkingsonderzoek-oudestijl.¹ Ook toen waren de meeste vrouwen afkomstig van het verstedelijkt platteland. De score van 4,9 per duizend voor Leiden is van dezelfde orde als die voor Nijmegen bij de eerste ronde van het oude bevolkingsonderzoek (5,0).⁵

Literatuur

- ¹ Boon ME, De Graaff Guilloud JC, Rietveld WJ, Wijsman-Grootendorst A. Effect of regular 3-yearly screening on the incidence of cervical smears: the Leiden experience. *Cytopathology* 1990, 1: 201-10.
- ² Boon ME, De Graaff Guilloud JC. Het uitstrijkje. Leiden: Coulomb Press Leyden, 1990.
- ³ Boon ME, De Graaff Guilloud JC, Kok LP, et al. Efficacy of screening for cervical squamous and adenocarcinoma. The Dutch experience. *Cancer* 1987; 59: 862-6.
- ⁴ EVAC. Population screening for cervical cancer in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 1989; 18: 775-81.
- ⁵ EVAC. Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. Rapport derde screeningronde. Evaluatiecommissie Bevolkingsonderzoek Cervixcarcinoom: september 1987. ■

Abstract

Boon ME, Beck S, Wijsman-Grootendorst A, Kerkhoff AHM. The yield of the new screening for cervical cancer. *Huisarts Wet* 1992; 35(13): 498-9.

In the Leiden area, the scores of the fourth round of the 'old style screening' for cervical cancer (1986-88 - smears were taken by specially trained paramedical personnel) were compared to the scores of the first round of the 'new style screening' (1989-91) in which the general practitioner is the active smear taker. Both the cytologic and histologic rates of severe abnormalities found at present were higher than in the old screening. The general practitioner is probably more able to reach the 'high risk'-groups.

Key words Cervical cancer; Family practice; Screening; Smears.

Correspondence Dr. M.E. Boon, Leiden Cytological and Pathological Laboratory, 61-65 Groenesteeg, 2312 SP Leiden, The Netherlands.