

De Belgische Aanbeveling Cervixkanker-screening en de NHG-Standaard Cervixuitstrijken vergeleken

LJ Boomsma, WJJ Assendelft

Inleiding

In juli 2002 publiceerde de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen de *Aanbeveling Cervixkankerscreening*.¹ De totstandkoming lijkt op die van de NHG-Standaarden met als aanvulling een toetsingsronde in een aantal huisartsenpraktijken.^{1,2}

Baarmoederhalskanker neemt bij Belgische vrouwen de vijfde plaats van alle kankers in, terwijl het in Nederland uit de top-10 is verdwenen. In België worden jongere vrouwen vaker gescreend dan ouderen (screeningsgraad 51% in de leeftijd van 31-35 jaar en 32% bij 61-65 jaar).

In de Belgische Aanbeveling worden de volgende vragen geformuleerd:

- ▶ Met welke intervallen moet de huisarts screenen?
- ▶ Bij welke leeftijd moet de huisarts starten en stoppen met screenen?
- ▶ Hoe kan de kwaliteit van de uitstrijkjes worden geoptimaliseerd?
- ▶ Hoe kan de huisarts niet-participanten beter identificeren en bereiken?

Verschillen met Nederland

Het grootste verschil bij het onderzoek op baarmoederhalskanker in België en Nederland betreft de opportunistische screening in België – op initiatief van de huisarts of patiënt – versus programmatische screening in Nederland. Andere verschillen tussen de Belgische Aanbeveling en de NHG-Standaard zijn weergegeven in de tabel.

Screeningsinterval. De Aanbeveling adviseert een driejaarlijks screeningsinterval; dit geeft een reductie in cumulatieve incidentie van invasieve baarmoederhalskanker van 90,8%; bij een vijfjaarlijks interval is dit 83,6%.^{1,2} De Aanbeveling adviseert om het eerste (normale) uitstrijkje na één jaar te herhalen om fout-negatieve

Auteursgegevens

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid: drs. L.J. Boomsma, wetenschappelijk medewerker; dr. W.J.J. Assendelft, hoofd afdeling.
Correspondentie: l.boomsma@nhg-nl.org
Mogelijke belangenverstrengeling: dr. Assendelft is verantwoordelijk voor de NHG-Standaard Cervixuitstrijken.

Tabel Verschillen baarmoederhalskanker(screening) tussen België en Nederland

	België	Nederland
Screeningsinterval	driejaarlijks	vijfjaarlijks
Leeftijdsgrenzen	25-64 jaar	30-60 jaar
Classificatiesysteem	Bethesda	KOPAC-B
Incidentie baarmoederhalskanker	13/100.000	8,2/100.000
Screeningspercentage	41%	60-75%
Aantal uitstrijkjes/ 1000 personen	100	50

uitslagen te vermijden. Dit advies is gebaseerd op een Canadese richtlijn. Het aantal uitstrijkjes met Pap I of II, die bij biopsie toch ten minste matige dysplasie vertoonden, was in Nederland 10-20%.³

Bij vrouwen met HIV is snellere progressie naar cervixafwijkingen van een hogere maligniteitsgraad mogelijk, zodat voor deze groep in België jaarlijkse screening wordt aanbevolen. De NHG-Standaard doet hierover geen uitspraak.

Leeftijdsgrenzen. In de Aanbeveling eindigt de screening van baarmoederhalskanker op 64-jarige leeftijd, mits de laatste twee opeenvolgende uitstrijkjes normaal zijn. Dit wordt onderbouwd door een retrospectief onderzoek, waarin men aangeeft dat de kans erg klein is om afwijkende uitstrijkjes te vinden bij vrouwen ouder dan 50 jaar die regelmatig aan het bevolkingsonderzoek hebben deelgenomen.⁴ Bij regelmatige screening worden na de leeftijd van 55-60 jaar zelden afwijkingen gevonden.²

Kwaliteitsbewaking. De kwaliteitsbewaking van de uitstrijkjes en de bewaking van de follow-up wordt in België bemoeilijkt doordat de laboratoria verschillende classificaties hanteren. De Aanbeveling kiest voor de Bethesda-indeling; in Nederland wordt het KOPAC-B-systeem gebruikt. De indelingen zijn vergelijkbaar en de vervolgadvisen blijven bij beide systemen ingewikkeld.

De aanwezigheid van endocervicale cellen als maat voor de beoordeling van het uitstrijkje wordt in de Aanbeveling nog wel genoemd, maar men wil dit op termijn aanpassen, zoals de NHG-Standaard al aangeeft.^{5,6}

De Aanbeveling noemt nieuwe technieken ter verhoging van de kwaliteit van het uitstrijkje, zoals automatische screening, dunne-laagpreparaten en het testen op het humaan papillomavirus. Deze worden nog niet beschreven in de NHG-Standaard. Ook de recente Nederlandse CBO-richtlijn adviseert op dit punt voorlopig een afwachtende houding.⁷

Participatiegraad. Het verhogen van de participatiegraad is in België minder eenvoudig omdat patiënten niet op naam ingeschreven zijn. Toch heeft 90% van de Vlaamse patiënten een vaste huisarts en is met 80% van die populatie ten minste jaarlijks contact, zodat een programmatische aanpak wel mogelijk is. De opportunistische screening in België komt tot een screeningspercentage van 41%; in Nederland wordt met de programmatische aanpak 60-75% bereikt.

Beschouwing

De consequenties van de Aanbeveling zijn dat in België jaarlijks ongeveer 100 uitstrijkjes en in Nederland ongeveer 50 uitstrijkjes gemaakt moeten worden per 1000 vrouwen. Bij de keuze voor een screeningsinterval van 3 of 5 jaar gaat het om vaker uitnodigen met een lage opkomst of minder uitnodigingen met een hoge opkomst. Vanwege kosteneffectiviteit is in Nederland gekozen voor een vijfjaarlijks interval, waarbij de mortaliteit van baarmoederhalskanker toch vermindert met 90%.² Het herhaaladvies van het eerste normale uitstrijkje na een jaar vanwege fout-negatieve uitslagen lijkt zinnig. Vrouwen bij wie nog nooit een uitstrijkje is gemaakt, hebben meer kans op afwijkingen dan vrouwen die eerder deelnamen aan screening op baarmoederhalskanker. De opbrengst van dit advies is gezien de langzame groei van het cervixcarcinoom echter moeilijk te bepalen.² Bovendien moet men toch altijd al voorzichtig zijn met de interpretatie van een normale uitslag van het uitstrijkje vanwege de matige sensitiviteit en specificiteit. Vooral bij een hogere voorafkans, dus bij vrouwen met klachten of symptomen, blijft waakzaamheid geboden.³

Het bewaken van de kwaliteit van het totale uitstrijkproces blijft altijd moeilijk. Door terugkoppeling naar de resultaten worden een hoger screeningspercentage, betere kwaliteit van de uitstrijken en een betere follow-up bereikt.^{2,8} In Nederland bleek van de uitstrijkjes met een advies voor herhaling of vervolgonderzoek bij 28% van de patiënten geen follow-up terug te vinden.⁹ Als de huisarts herinnerd wordt aan alle afwijkende uitstrijken, leidt dit tot een betere follow-up dan wanneer alleen de nadruk gelegd wordt op ernstiger afwijkingen. Dit kan zonder verhoging van de werkdruk!⁸

Een hoge efficiëntie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker heeft helaas ook negatieve aspecten: een goede follow-up met veel herhalingsonderzoek, waaruit geen afwijkingen naar voren komen, is kostenverhogend.^{6,8,9} Bij vrouwen die vaker

een uitstrijkje ondergaan, komen minder afwijkingen voor. Daarmee neemt het aantal vrouwen dat gescreend moet worden ter voorkoming van ziekte of sterfte (*number needed to screen*, NNS) toe. Voor Nederland is het NNS voor baarmoederhalskanker berekend: er moeten ongeveer 2560 vrouwen per jaar worden gescreend om één sterfgeval te voorkomen.¹⁰ Dat illustreert de werkbelasting met een geringe opbrengst in de huisartsenpraktijk en verklaart deels de reserve binnen de Nederlandse beroepsgroep. Het Nederlandse bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker berust strikt genomen ook niet op gecontroleerd onderzoek.¹¹ Resumerend is de inspanning die de Belgische huisartsen moeten leveren voor het onderzoek op baarmoederhalskanker volgens de Aanbeveling ongeveer het dubbele van die in de Nederlandse huisartsenpraktijk volgens de NHG-Standaard.

Literatuur

- 1 Smeets F, De Deken L, Baeten R, Govaerts F. Cervixkankerscreening. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2002;31:275-95.
- 2 Appelman CLM, Bruinsma M, Collette C, Van Weel C, Geijer RMM. NHG-Standaard Cervixuitstrijken. In: Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Rosmalen CFH, Thomas S, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts deel I, Utrecht: NHG, 1999.
- 3 Giard RWM, Bosman FT. Een normaal uitstrijkje en toch baarmoederhalskanker. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:2311-4.
- 4 Van Wijngaarden WJ, Duncan ID. Rationale for stopping cervical screening in women over 50. BMJ 1993;306:967-71.
- 5 Geijer RMM. Addendum NHG-Standaard Cervixuitstrijken. Huisarts Wet 2002;45:133.
- 6 Bos AB, Van Ballegooijen M, Van den Akker-van Marle ME, Hanselaar AGJM, Van Oortmarsen GJ, Habbema JDF. Incidentie van baarmoederhalskanker even groot na een negatief uitstrijkje met of zonder endocervicale cellen. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1591-4.
- 7 Hanselaar AGJM, Broekman JM, Doornewaard H, Klinkhamer PJJM, Van Leeuwen AWF, Melchers WJG, et al. Toepassing van automatische screening, suspensie-cytologie en HPV-detectie in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Richtlijn CBO. Utrecht: CBO, 2002.
- 8 Van Weel C, Hermens R, Hanselaar AGJM. Screening op cervixcarcinoom: stand van zaken. Bijblijven 2002;18:41-51.
- 9 Bos AB, Van Ballegooijen M, Van den Akker-van Marle ME, Habbema JDF. Minder Pap-2-uitslagen ('lichte afwijkingen') in het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker sinds de invoering van nieuwe richtlijnen in 1996. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1586-90.
- 10 Boomsma LJ, Van Lidt de Jeude CP. 'Number needed to screen'; een hulpmiddel bij de beoordeling van preventieprogramma's. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:2345-8.
- 11 Van der Graaf Y. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker: de nadelige gevolgen van onvoldoende kennis van normaal en abnormaal. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1569-71.