

BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER

Monitor 2015

Landelijke Monitoring Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Erasmus MC – Palga

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker loopt als verwacht en laat geen belangrijke trendbreuken zien. De deelname varieerde in de afgelopen jaren tussen de 64-66%. De detectie van relevante voorstadia en baarmoederhalskanker is stabiel.

Inleiding

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker valt onder de regie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De jaarlijkse landelijke monitoring van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt in opdracht van het RIVM verricht door Erasmus MC (afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg). Doel van de monitor is om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te bewaken en belangrijke knelpunten te signaleren. De monitoring wordt verricht met gegevens die afkomstig zijn uit het Pathologisch anatomisch landelijk geautomatiseerd archief (PALGA). De Regionaal Coördinerend Pathologen

(RCP) zijn verantwoordelijk voor de externe kwaliteitsborging en bewaking van de gegevensverzameling. In deze monitor worden de resultaten over de periode 2006-2015 gepresenteerd.

Doelgroep

De doelgroep van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bestaat uit vrouwen van 30 t/m 60 jaar, die elke vijf jaar uitgenodigd worden voor screening door middel van een uitstrijkje voor cytologische beoordeling. Vrouwen worden gevraagd om een afspraak hiervoor te maken met hun huisarts. Bij ernstige cytologische afwijkingen wordt de vrouw door de huisarts verwezen naar de gynaecoloog voor verder onderzoek. Bij lichte cytologische afwijkingen krijgt de vrouw het advies om over 6 maanden een afspraak met de huisarts te maken voor een vervolgstrijkje (triage traject). Afhankelijk van het beleid van het laboratorium wordt bij dit vervolgstrijkje een aanvullende hrHPV test uitgevoerd. Een overzicht van de uitslagen en adviezen in het triage traject is te vinden op p. 4. De flowchart op p. 5 toont het totale screening proces. Vanaf 1 januari 2017 start het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Het uitstrijkje wordt dan eerst getest op hrHPV (primaire screeningstest). Pas als er hrHPV gevonden is, wordt hetzelfde uitstrijkje getest op cytologische afwijkingen.

Samenvatting

De deelname aan het bevolkingsonderzoek is stabiel. In 2015 nam 64,4% van de uitgenodigde vrouwen binnen één jaar en drie maanden deel. Naar aanleiding van het primaire uitstrijkje kreeg 0,9% van de deelnemende vrouwen een advies voor verwijzing naar de gynaecoloog, 3,8% kreeg advies voor een vervolgstrijkje vanwege een licht afwijkend uitstrijkje en 1,6% kreeg advies voor herhalen van het uitstrijkje wegens onvoldoende kwaliteit van het preparaat. Deze percentages zijn vergelijkbaar met die in eerdere jaren. Na een stijging in eerdere jaren, lijkt de stabilisering van de detectie van relevante voorstadia (CIN2+) van baarmoederhalskanker zich voort te zetten. De detectie van baarmoederhalskanker is stabiel.

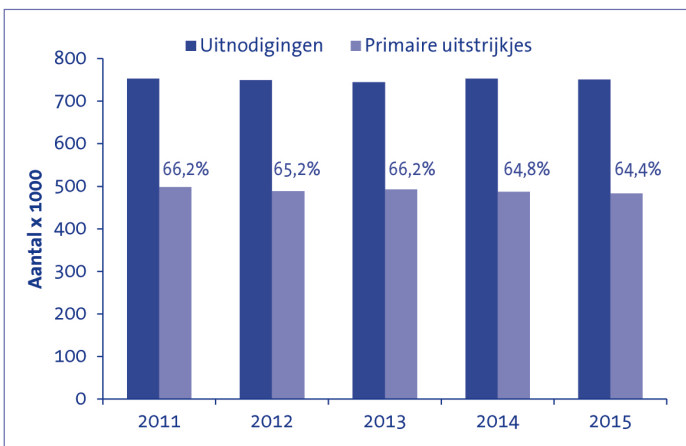
MONITORING DEELNAME EN KORTE TERMIJN FOLLOW-UP

Deel 1 toont het deelnamepercentage, de uitkomsten van primaire uitstrijkje en de uitkomsten van de korte termijn follow-up t/m BVO ronde 2015 (vrouwen die in 2015 uitgenodigd werden). De uitkomsten zijn gebaseerd op de primaire uitstrijkjes en vervolgonderzoeken die binnen één jaar en drie maanden vanaf 1 januari van het uitnodigingsjaar zijn uitgevoerd (conform de kengetallen van eerdere jaargangen). Vanwege deze korte follow-up duur bevat dit deel alleen de uitkomsten van het eerste vervolguistrijkje en de verwijzing naar aanleiding van het primaire uitstrijkje. De uitkomsten van het hele triage-traject en daarmee het totaal aan uitkomsten/diagnoses van de gehele BVO ronde zijn te vinden in deel 2, waarin de uitkomsten zijn gebaseerd op een langere follow-up duur.

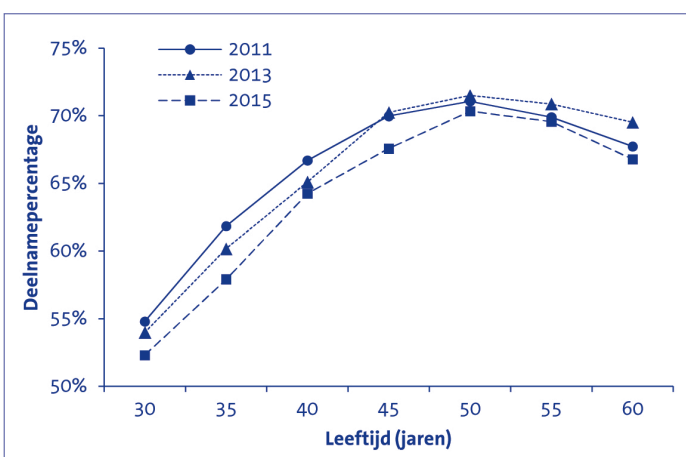
1. Deelname primaire uitstrijkje

Het deelnamepercentage aan het primaire uitstrijkje schommelde in de periode 2011-2014 tussen de 64 - 66% (figuur 1). In 2015 namen 483.095 vrouwen deel aan het bevolkingsonderzoek. Dit resulteerde in een deelnamepercentage van 64,4%, hetgeen vergelijkbaar was met het deelnamepercentage in 2014.

Vrouwen in de jongste leeftijdsklassen nemen minder vaak deel dan vrouwen in de oudste leeftijdsklassen (figuur 2). Ook in 2015 is ditzelfde beeld te zien.



Figuur 1. Aantal uitnodigingen (Bron: CBS, gecorrigeerd voor de kans op uterus extirpatie), aantal primaire uitstrijkjes en deelnamepercentage (Bron: PALGA).

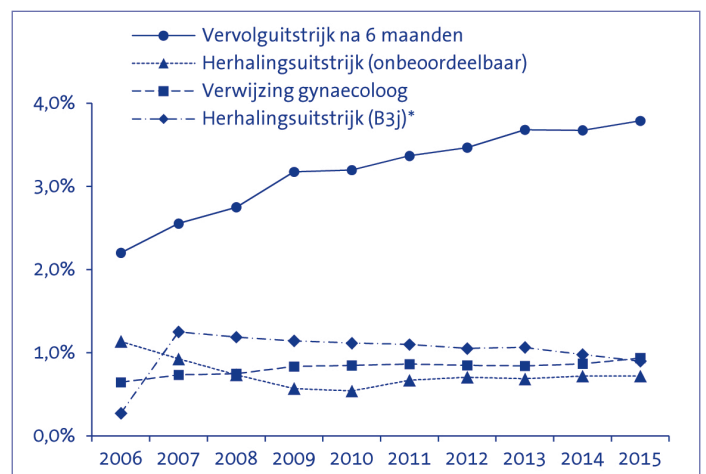


Figuur 2. Deelnamepercentage naar leeftijd in 2011, 2013 en 2015 (Bron: PALGA, CBS, gecorrigeerd voor de kans op uterus extirpatie).

2. Adviezen n.a.v. primaire uitstrijkje

Het verwijzingspercentage naar aanleiding van het primaire uitstrijkje is stabiel over de jaren (figuur 3, tabel 1). In 2015 kreeg 0,9% een advies voor verwijzing naar de gynaecoloog, naar aanleiding van het primaire uitstrijkje. Het percentage licht afwijkende uitstrijkjes nam de afgelopen jaren toe. In de afgelopen drie jaar bleef dit percentage ongeveer gelijk (tabel 1).

Het aantal uitstrijkjes van onvoldoende kwaliteit (Pap 0) is het totaal van 1) uitstrijkjes waarbij het preparaat niet te beoordelen is en 2) uitstrijkjes waarin geen cilindercellen aangetroffen zijn in combinatie met "cervix niet gezien", "abnormale portio" of wanneer bij deze categorie niets is ingevuld (B3j). Uitstrijkjes in de categorie 'B3j' krijgen sinds 2007 het Pap 0 advies. Dat heeft geleid tot een toename van het aantal uitstrijkjes van onvoldoende kwaliteit. Dit aantal is vanaf 2007 weer afgenomen. Het aantal onbeoordeelbare uitstrijkjes en het aantal 'B3j' uitstrijkjes, en daarmee het totaal aantal uitstrijkjes (1,6% in 2015) van onvoldoende kwaliteit, is de laatste jaren stabiel geworden.



Figuur 3. Adviezen op basis van de uitslag van het primaire uitstrijkje (als percentage van het totaal aantal primaire uitstrijkjes) (Bron: PALGA). *B3j = geen cilindercellen aangetroffen in uitstrijk in combinatie met aspect cervix is "cervix niet gezien", "abnormale portio" of niets ingevuld.

Tabel 1. Procentuele verdeling van de adviezen naar aanleiding van het primaire uitstrijkje (Bron: PALGA).

2011	2012	2013	2014	2015
Terug naar BVO (wegens geen cytologische afwijkingen)				
94,0%	93,9%	93,7%	93,8%	93,6%
Vervolguistrijk na 6 mnd. wegens licht afwijkende cytologie				
3,4%	3,5%	3,7%	3,7%	3,8%
Verwijzing gynaecoloog wegens sterk afwijkende cytologie				
0,9%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%
Herhalingsuitstrijk wegens onbeoordeelbaar preparaat				
0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Herhalingsuitstrijk wegens B3j*				
1,1%	1,1%	1,1%	1,0%	0,9%

*B3j = geen cilindercellen aangetroffen in uitstrijk in combinatie met aspect cervix is "cervix niet gezien", "abnormale portio" of niets ingevuld.

Terminologie

BVO = bevolkingsonderzoek.

Primair uitstrijkje = uitstrijkje gemaakt naar aanleiding van de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek.

Herhalingsuitstrijkje = herhaling van het uitstrijkje wegens onvoldoende kwaliteit.

Onvoldoende kwaliteit = preparaat is onbeoordeelbaar of geclassificeerd als 'B3j'.

B3j = geen cylindercellen aangetroffen in het uitstrijkje, in combinatie met "cervix niet gezien", "abnormale portio" of wanneer de categorie aspect cervix niet is ingevuld.

hrHPV triage = aanvullende hrHPV test uitgevoerd bij het eerste vervolguitsrijkje (afhankelijk van het beleid van het laboratorium) (zie ook Overzicht uitslagen en adviezen).

Eerste vervolguitsrijkje = cytologisch vervolgonderzoek na 6 maanden naar aanleiding van de bevindingen van het primaire uitstrijkje (eerste triage), - afhankelijk van het beleid van het laboratorium- mogelijk aangevuld met hrHPV bepaling.

Tweede vervolguitsrijkje = cytologisch vervolgonderzoek na 12 maanden naar aanleiding van de bevindingen van het eerste vervolguitsrijkje (tweede triage).

Verwijzing = verwijzing naar de gynaecoloog. Verwijzing kan plaats vinden naar aanleiding van het primaire uitstrijkje, naar aanleiding van het eerste vervolguitsrijkje of naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje.

Terug naar BVO = geen verder vervolgonderzoek nodig, afwachten van uitnodiging volgende BVO ronde.

Tabel 2. Percentage vrouwen dat het advies naar aanleiding van het primaire uitstrijkje heeft opgevolgd (Bron: PALGA).

2011	2012	2013	2014	2015
Vervolguitsrijk na 6 mnd. wegens licht afwijkende cytologie				
90,2%	90,5%	90,4%	90,1%	-
Verwijzing gynaecoloog wegens sterk afwijkende cytologie				
92,4%	92,3%	91,9%	91,5%	88,9%*

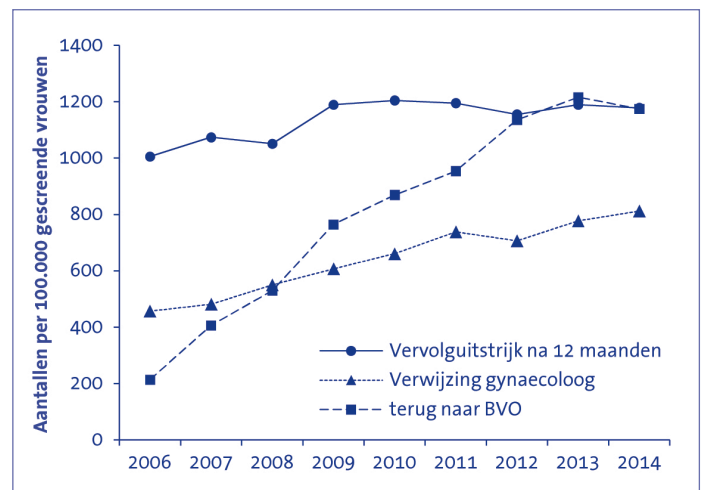
* Gebaseerd op de huidige follow-up duur; zal naar verwachting nog toenemen.

3. Percentage vrouwen dat het advies heeft opgevolgd

Tabel 2 toont het percentage vrouwen dat het advies naar aanleiding van het primaire uitstrijkje heeft opgevolgd. Het percentage vrouwen dat naar aanleiding van het primaire uitstrijkje een advies voor verwijzing naar de gynaecoloog kreeg en de gynaecoloog daadwerkelijk heeft bezocht (binnen 150 dagen na het primaire uitstrijkje) is stabiel (tabel 2). Het percentage vrouwen dat de gynaecoloog heeft bezocht wordt afgeleid uit het aantal cytologische en histologische onderzoeken in de PALGA registratie. Niet meegenomen in dit percentage zijn vrouwen die wel de gynaecoloog hebben bezocht maar bij wie alleen een colposcopie werd uitgevoerd, omdat colposcopieën niet in PALGA worden vastgelegd. Hierdoor is het percentage vrouwen dat daadwerkelijk de gynaecoloog heeft bezocht mogelijk onderschat. Het percentage vrouwen dat naar aanleiding van het primaire uitstrijkje een advies voor een vervolguitsrijkje kreeg en daadwerkelijk een vervolguitsrijkje liet maken (binnen één jaar na het primaire uitstrijkje) is eveneens stabiel (tabel 2).

4. Bevindingen eerste vervolguitsrijkje (vervolguitsrijk n.a.v. primair uitstrijkje)

De bevindingen van het eerste vervolguitsrijkje (uitgevoerd wegens licht afwijkende cytologie van het primaire uitstrijkje) leiden tot de adviezen in figuur 4 en tabel 3. Het aantal vrouwen dat op basis van het eerste vervolguitsrijkje wordt verwezen naar de gynaecoloog, lijkt sinds 2011 te stabiliseren (tabel 3). Het aantal vrouwen dat een tweede vervolgadvisie ontvangt laat een lichte stijging vanaf 2006 zien en blijft vervolgens redelijk stabiel (figuur 4).



Figuur 4. Adviezen naar aanleiding van eerste vervolguitsrijkje (op basis van cytologie met en zonder HPV-triage) (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

Tabel 3. Adviezen van eerste vervolguitsrijkje (op basis van cytologie met en zonder HPV-triage) (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen en het percentage van het totaal aantal eerste vervolguitsrijkjes (Bron: PALGA).

2011	2012	2013	2014
Vervolguitsrijk na 1 jaar ¹			
1.196 (39%)	1.155 (37%)	1.190 (36%)	1.179 (36%)
Verwijzing gynaecoloog ²			
739 (24%)	707 (23%)	778 (23%)	813 (25%)
Herhalingsuitstrijk (onvoldoende kwaliteit, inclusief B3j)			
35 (1%)	39 (1%)	39 (1%)	37 (1%)
Histologisch onderzoek i.p.v. vervolguitsrijkje			
114 (4%)	100 (3%)	107 (3%)	109 (3%)
terug naar BVO ³			
954 (31,4%)	1136 (36,2%)	1216 (36,5%)	1175 (35,5%)

¹ Indien normaal met positieve HPV-test of licht afwijkend vervolguitsrijkje met een negatieve HPV-test; indien geen HPV-bepaling, dan bij normaal uitstrijkje.

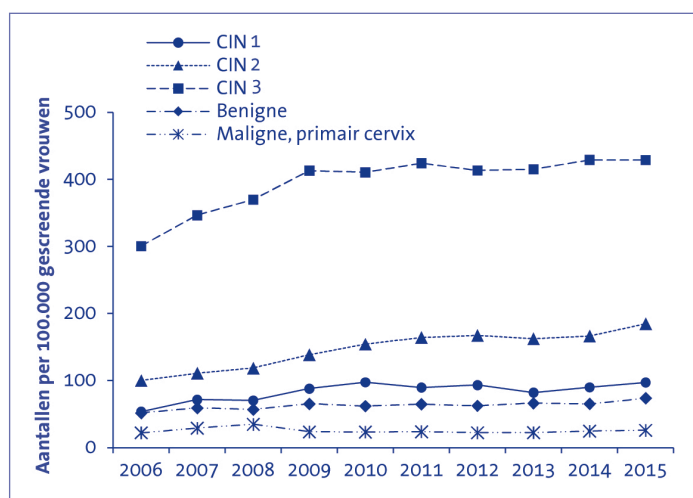
² Indien Pap3a2 of Pap2/3a1 en positieve HPV-test; indien geen HPV-bepaling, dan bij Pap2 of meer (Pap2+).

³ Indien normaal vervolguitsrijkje en negatieve HPV-test (alleen bij triage via HPV-bepaling).

5. Bevindingen verwijzing n.a.v. primair uitstrijkje

Vanwege de benodigde follow-up duur geven de meeste uitkomsten volgend uit het meest recente jaar (2015) van het primaire uitstrijkje nog geen compleet beeld. Echter, omdat een verwijzingsadvies doorgaans snel wordt opgevolgd, is het ondanks de korte follow-up duur al mogelijk om een indicatie te geven van de bevindingen van de verwijzingsadviezen naar aanleiding van het primaire uitstrijkje uit 2015.

Figuur 5 en tabel 4 tonen de gevonden afwijkingen na verwijzing naar de gynaecoloog naar aanleiding van het primaire uitstrijkje. De opbrengst van afwijkingen via verwijzing naar de gynaecoloog naar aanleiding van het primaire uitstrijkje, nam de afgelopen jaren toe, maar lijkt zich nu te stabiliseren (figuur 5). Van het totaal aan gevonden afwijkingen lijkt het aandeel CIN 1 en CIN 2 in 2015 (eerste indicatie op basis van beschikbare follow-up duur) licht te zijn toegenomen, terwijl het aandeel CIN 3 is afgenomen (tabel 4). Het aantal vrouwen met baarmoederhalskanker is sinds 2008 stabiel.



Figuur 5. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar aanleiding van primair uitstrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA). De uitkomsten van 2015 zijn een eerste indicatie.

Tabel 4. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar de gynaecoloog naar aanleiding van het primaire uitstrijkje (aantal per 100.000 gescreende vrouwen en het percentage van het totaal aantal consulten). (Bron: PALGA.)

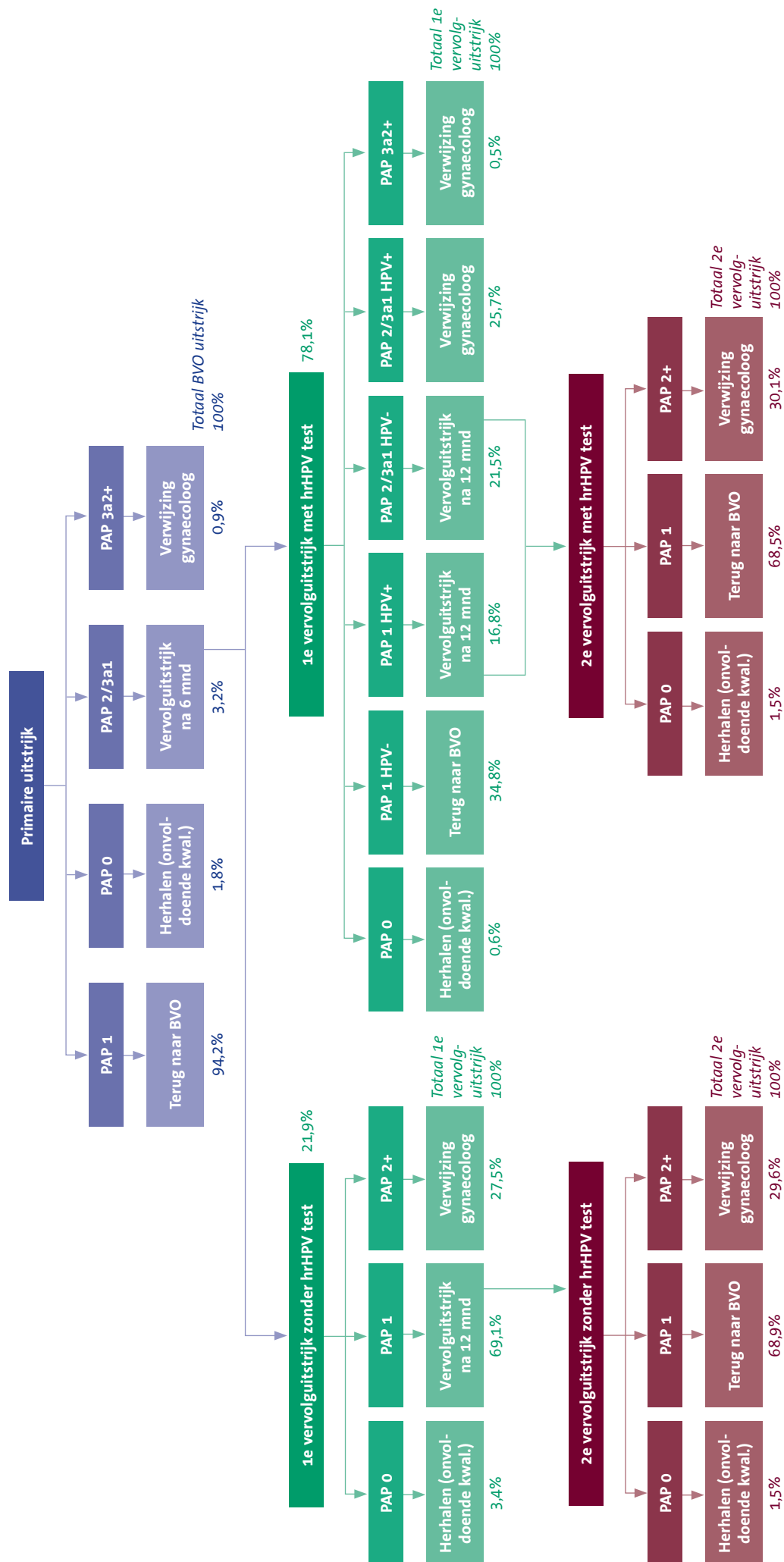
2011	2012	2013	2014	2015*
Geen dysplasie/neoplasie, geen afwijkingen				
65 (8%)	62 (8%)	66 (9%)	65 (8%)	74 (9%)
CIN 1				
90 (11%)	93 (12%)	82 (11%)	90 (11%)	97 (12%)
CIN 2				
164 (21%)	167 (21%)	162 (21%)	167 (21%)	185 (22%)
CIN 3				
424 (53%)	413 (53%)	415 (54%)	429 (54%)	429 (51%)
Maligne, primair cervixcarcinoom				
24 (3%)	22 (3%)	23 (3%)	25 (3%)	26 (3%)
Geen histologie, wel cytologie				
23 (3%)	19 (2%)	18 (2%)	14 (2%)	15 (2%)
Onvoldoende kwaliteit				
7 (0,9%)	5 (0,7%)	8 (1,0%)	6 (0,8%)	7 (0,9%)

* Eerste indicatie van de uitkomsten gebaseerd op de beschikbare follow-up duur.

Overzicht uitslagen en adviezen in het triage traject

Primaire uitstrijk			
Uitslag	Advies		
PAP 1	Terug naar BVO		
PAP 0	Herhalingsuitstrijk (onvoldoende kwaliteit)		
PAP 2/3a1	Vervolgstrijk na 6 maanden.		
PAP3a2+	Verwijzing gynaecoloog		
Eerste triage: vervolgstrijk na 6 maanden			
Triage zonder hrHPV test		Triage met hrHPV test	
Uitslag	Advies	Uitslag	Advies
PAP 0	Herhalingsuitstrijk (onvoldoende kwaliteit)	PAP 0	Herhalingsuitstrijk (onvoldoende kwaliteit)
PAP 1	Vervolgstrijk na 12 maanden	PAP 1 hpv-	Terug naar BVO
		PAP 1 hpv+	Vervolgstrijk na 12 maanden
PAP 2+	Verwijzing gynaecoloog	PAP 2/3a1 hpv-	Vervolgstrijk na 12 maanden
		PAP 2/3a1 hpv+	Verwijzing gynaecoloog
		PAP 3a2+	Verwijzing gynaecoloog

Tweede triage: vervolgstrijk na 12 maanden	
Uitslag	Advies
PAP 0	Herhalingsuitstrijk (onvoldoende kwaliteit)
PAP 1	Terug naar BVO
PAP 2+	Verwijzing gynaecoloog



Flowchart* van de adviezen in de triage met alleen cytologie (links) en adviezen in de triage met cytologie aangevuld met een hrHPV-test (rechts), op basis van de uitgevoerde primaire uitstrijkjes in het jaar 2011. Definitie van vervolgstrijk met hrHPV test is een cytologisch onderzoek waarbij HPV status is bekend. Omdat voor de uitslagen PAP 3a2+ en PAP 0 de HPV-status geen gevolgen heeft voor het vervolgbeleid, ontbreekt de HPV-status daar relatief vaker dan bij de overige PAP uitslagen. De adviezen van eerste- en tweede vervolgstrijkjes betreffen die binnen vier jaar na het primaire uitstrijkje. (Percentages vervolgstrijkjes zijn exclusief de histologische onderzoeken die i.p.v. cytologie waren uitgevoerd).

*O.b.v Bekkers R., Bulten J., Mechers W., Salet R., Siebers B. en Vedder J. 'Cervix in Beeld. Herzene uitgave met speciale aandacht voor HPV'. Radboud Be-Safe, Nijmegen, 2013.

MONITORING LANGE TERMIJN FOLLOW-UP

Deel 2 toont de uitkomsten van de lange termijn follow-up, namelijk van de uiteindelijke opbrengst van het triage traject en daarmee het totaal aan uitkomsten/diagnoses van de gehele BVO ronde. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op de BVO rondes met uitnodigingsjaren 2007 t/m 2011.

Om verslag te doen over een zo recent mogelijke periode zijn de uitkomsten gebaseerd op de vrouwen die in de eerste twee jaren na de uitnodiging deelnamen (gemiddeld 97-98% van alle deelnemende vrouwen per uitnodigingsronde). Per vrouw zijn de uitkomsten berekend tot en met vier jaar na de datum van het primaire uitstrijkje. De follow-up van een BVO-ronde eindigt dus maximaal zes jaar na de aanvang van het jaar van het primaire uitstrijkje.

1. Vrouwen die de adviezen in het vervolgtraject hebben opgevolgd

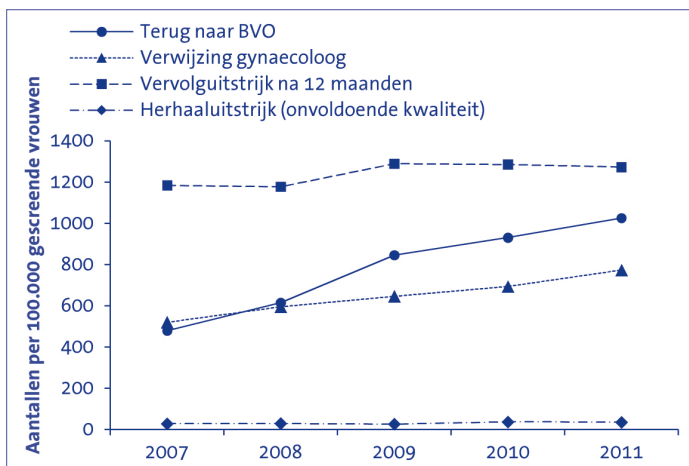
In de periode 2007-2011 is het percentage vrouwen dat een specifiek advies opvolgt redelijk stabiel gebleven (figuur 6). Ongeveer 90% van de vrouwen van wie het primaire uitstrijkje van onvoldoende kwaliteit was, liet een herhalingsuitstrijkje maken. Het merendeel van de vrouwen (>90%) volgde het advies op indien verwijzing gynaecoloog n.a.v. het primaire uitstrijkje, vervolguitsrijkje n.a.v. het primaire uitstrijkje ('eerste' vervolguitsrijkje, opvolgadvis na 6 maanden) en verwijzing gynaecoloog n.a.v. het eerste vervolguitsrijkje (>90%). Het percentage vrouwen dat advies voor vervolguitsrijkje n.a.v. eerste vervolguitsrijkje ('tweede' vervolguitsrijkje, opvolgadvis na 12 maanden) is lager (ong. 70%). Het advies voor verwijzing naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje wordt aanzienlijk minder vaak opgevolgd, maar vanaf 2008 is er wel een toename in het percentage vrouwen dat dit advies opvolgt zichtbaar.

2. Bevindingen in het gehele vervolgtraject

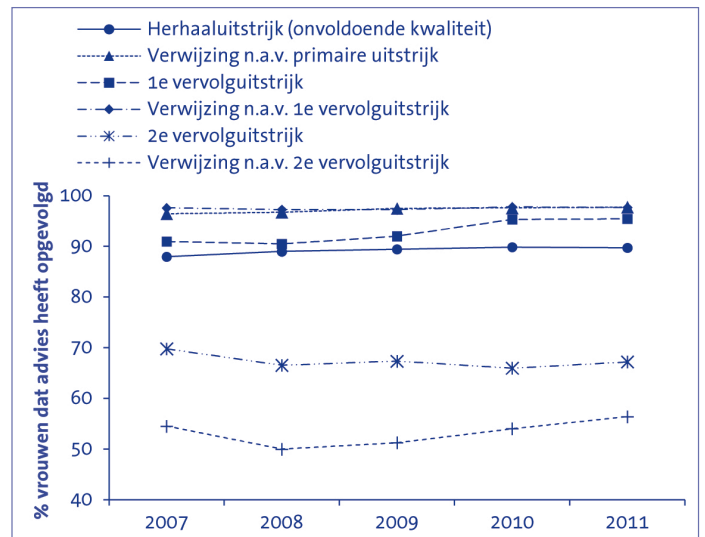
Figuur 7a en 7b laten de aantallen adviezen op basis van respectievelijk het eerste en tweede vervolguitsrijkje zien.

Eerste vervolguitsrijkje

Het aantal vrouwen dat werd verwezen naar de gynaecoloog naar aanleiding van het 1e vervolguitsrijkje vertoont een lichte stijging (figuur 7a). Deze toename hangt mogelijk samen met het feit dat hrHPV triage sinds 2007 steeds vaker plaats vindt. Cytologie beoordeling lijkt namelijk te worden beïnvloed door kennis over de HPV-status van de vrouw: er wordt vaker afwijkende cytologie geconstateerd bij vrouwen van wie bekend is dat zij HPV-positief zijn, vergeleken met vrouwen van wie de HPV-status niet bekend is. Vanaf 2008 is er een stijging in het aantal vrouwen dat werd terugverwezen naar het BVO. Vermoedelijk is dat eveneens het ge-



Figuur 7a. Adviezen o.b.v. het eerste vervolguitsrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

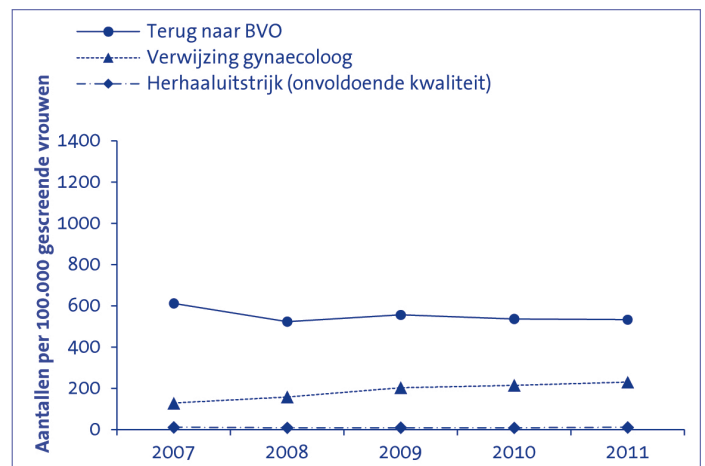


Figuur 6. Percentage vrouwen dat het advies heeft opgevolgd (Bron: PALGA).

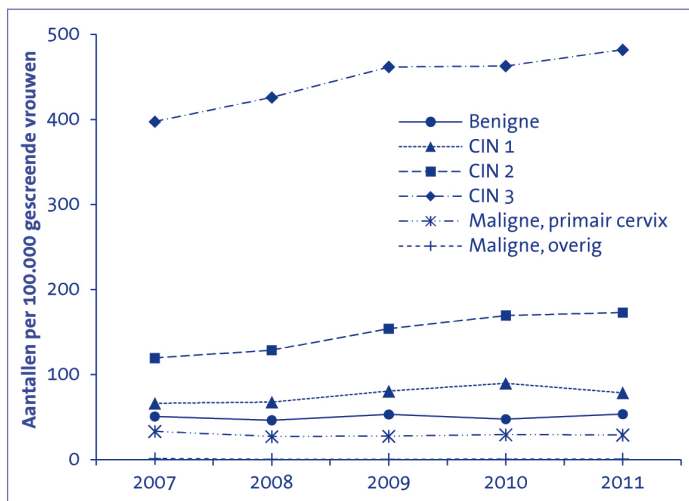
volg van het frequenter plaatsvinden van hrHPV triage. Vrouwen met een negatieve uitslag op de HPV-test worden namelijk niet verder vervolgd en krijgen het advies 'terug naar BVO'. Het aantal vrouwen dat een advies voor een tweede vervolguitsrijkje (opvolgadvis na 12 maanden) ontving nam eveneens iets toe, maar lijkt zich gedurende 2009-2011 te stabiliseren. Het aantal uitstrijkjes van onvoldoende kwaliteit bleef stabiel.

Tweede vervolguitsrijkje

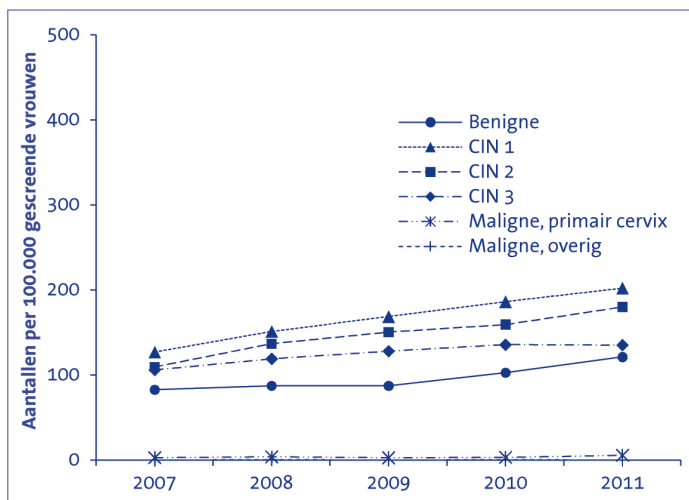
Het aantal vrouwen dat werd verwezen naar de gynaecoloog naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje vertoont een lichte stijging tot 2009, maar is in de periode 2009-2011 stabiel (figuur 7b). Na een aanvankelijke lichte daling is het aantal vrouwen dat werd terugverwezen naar het BVO sinds 2008 stabiel. Het aantal uitstrijkjes van onvoldoende kwaliteit is stabiel.



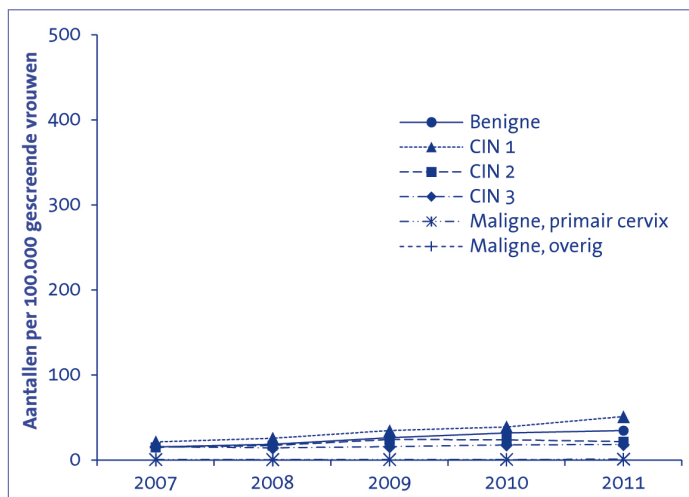
Figuur 7b. Adviezen o.b.v. het tweede vervolguitsrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).



Figuur 8a. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar aanleiding van primair uitstrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).



Figuur 8b. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar aanleiding van eerste vervolguitsrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

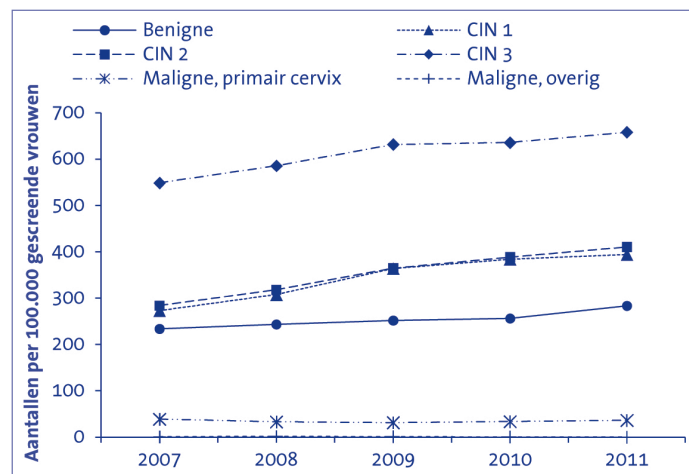


Figuur 8c. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar aanleiding van tweede vervolguitsrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

Verwijzing gynaecoloog

De drie figuren hiernaast tonen de bevindingen na verwijzing naar aanleiding van respectievelijk het primaire uitstrijkje (figuur 8a), eerste vervolguitsrijkje (figuur 8b) en tweede vervolguitsrijkje (figuur 8c). Figuur 9 laat het totaal aan gevonden afwijkingen uit het hele vervolgetraject zien.

- *Bevindingen na verwijzing naar aanleiding van primaire uitstrijkje (figuur 8a)* – Bij vrouwen die na het primaire uitstrijkje verwezen werden naar de gynaecoloog wordt de diagnose CIN 3 het vaakst gesteld. In deze periode is het aantal CIN 1, 2 en 3 diagnoses geleidelijk toegenomen. Vanaf 2009 lijkt het aantal CIN 3 diagnoses gestabiliseerd te zijn. Het aantal cervixcarcinomen dat gevonden werd bleef stabiel.
- *Bevindingen na verwijzing naar aanleiding van eerste vervolguitsrijkje (figuur 8b)* – Na verwijzing naar aanleiding van het eerste vervolguitsrijkje werd vooral en in toenemende mate de diagnose CIN 1 gesteld. Het aantal CIN 2 en 3 diagnoses was lager dan na de verwijzing naar aanleiding van het primaire uitstrijkje en er werden vrijwel geen carcinomen meer aangetroffen. Deze trend zet zich voort in 2011.
- *Bevindingen na verwijzing naar aanleiding van tweede vervolguitsrijkje (figuur 8c)* – Na verwijzing naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje is er een geringe toename in het aantal CIN 1 diagnoses te zien. Vanaf 2009 lijkt het aantal CIN 2, CIN 3 diagnoses en cervixcarcinomen gestabiliseerd te zijn.
- *Bevindingen in het gehele vervolgetraject (figuur 9)* – Het aantal CIN diagnoses vastgesteld tijdens het BVO is aanzienlijk toegenomen (figuur 9). Na 2009 neemt deze trend af. Het aantal gediagnosticeerde maligniteiten is echter stabiel. Het totaal aandeel CIN diagnoses was 1,1% in 2007, 1,35% in 2009 en 1,46% in 2011 (tabel 5). Het aandeel gediagnosticeerde maligniteiten bleef rond de 0,03-0,04 in deze periode.



Figuur 9. Totale opbrengst aan gevonden afwijkingen per BVO ronde (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

Tabel 5. Totale opbrengst aan gevonden afwijkingen per BVO ronde (percentage van totaal aantal gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

2007	2008	2009	2010	2011
Geen afwijkingen				
98,85%	98,75%	98,61%	98,56%	98,50%
CIN 1				
0,27%	0,31%	0,36%	0,38%	0,39%
CIN 2				
0,28%	0,32%	0,36%	0,39%	0,41%
CIN 3				
0,55%	0,59%	0,63%	0,64%	0,66%
Maligne, primair cervix carcinoom				
0,04%	0,03%	0,03%	0,03%	0,04%

Deel 3

BESCHERMINGSGRAAD

De beschermingsgraad geeft de mate aan waarin vrouwen van de doelgroep van het BVO een uitstrijkje hebben laten maken in een bepaalde periode. De beschermingsgraad of het vijfjaarsbereik is het percentage vrouwen at risk (d.w.z. vrouwen bij wie de cervix niet is verwijderd) binnen de screenleeftijdsgroep dat in de vijf jaar voorafgaand aan het meetmoment (binnen of buiten het BVO) minimaal één uitstrijkje heeft laten maken.

Brongegevens

Voor het berekenen van het vijfjaarsbereik worden de gegevens uit periodes van vijf aaneengesloten jaren geanalyseerd. De uitkomsten van het rapportagejaar zijn daarbij gebaseerd op de vijfjaarsperiode die aan dat jaar voorafging: de beschermingsgraad die bijvoorbeeld bij 2009 wordt gepresenteerd, is gebaseerd op de uitstrijkjes die in de periode 2005 t/m 2009 zijn gemaakt.

Tabel 6 laat het vijfjaarsbereik (%) zien van 2009 t/m 2015 voor de vrouwen binnen de screenleeftijdsgroep. Het vijfjaarsbereik is in deze periode met ongeveer 2 % afgenomen. Er is vooral een afname te zien bij vrouwen in de leeftijd van 30 tot 40 jaar. De afname in het vijfjaarsbereik werd door zowel een afname van primaire uitstrijkjes (BVO) als een afname van overige uitstrijkjes (buiten BVO) veroorzaakt.

Tabel 6. Beschermingsgraad (Vijfjaarsbereik (%)), 2009 - 2015 (Bron: PALGA).

Leeftijd	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
30-34	71,9	72,3	71,8	71,6	70,6	70,1	69,0
35-39	79,1	78,9	78,4	78,2	77,2	76,7	75,5
40-44	80,8	79,5	79,6	79,6	78,8	78,3	77,8
45-49	82,2	81,4	81,1	81,1	80,8	80,5	80,0
50-54	82,1	81,4	81,5	81,4	80,5	80,6	80,2
55-59	78,9	77,7	77,9	78,3	78,9	78,6	78,7
60-64	76,5	76,2	76,2	76,2	76,4	76,9	76,0
Totaal	79,0	78,4	78,3	78,3	77,8	77,6	76,9
Primaire uitstrijkjes (BVO)	69,6	68,9	68,8	68,8	68,3	68,2	67,9
Overig*	9,4	8,5	8,3	8,2	8,1	7,9	7,6

*Opportunistische, indicatieve en secundaire uitstrijkjes.

Deel 4

LANDELIJKE INCIDENTIE EN STERFTE

Tabel 7 toont de incidentie en sterfte van baarmoederhalskanker in Nederland in de periode 2010 - 2014. De gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd (Bron: Nederlandse vrouwelijke populatie in 2014) en worden gepresenteerd voor vrouwen binnen de screenleeftijdsgroep (30 t/m 64 jaar) en voor de gehele Nederlandse vrouwelijke bevolking [tussen haakjes]).

Zowel in de leeftijdsgroep 30 t/m 64 als in de totale vrouwelijke bevolking is de incidentie van CIN 1, CIN 2 en CIN 3 sinds 2011 gestabiliseerd. De incidentie van baarmoederhalskanker is redelijk stabiel. Ook de sterfte aan baarmoederhalskanker is stabiel.

Tabel 7. Landelijke incidentie en sterfte gestandaardiseerd naar leeftijd, per 100.000 vrouwen (Bron: PALGA, NKR).

2010	2011	2012	2013	2014
CIN 1				
86 [50]	87 [52]	90 [53]	83 [50]	87 [52]
CIN 2				
73 [42]	82 [47]	79 [46]	78 [46]	80 [47]
CIN 3				
115 [62]	121 [65]	120 [65]	118 [64]	120 [66]
Primair cervixcarcinoom (plaveiselcelcarcinoom)				
9,5 [6,4]	10,1 [6,6]	9,7 [6,5]	8,7 [5,8]	9,8 [6,2]
Primair cervixcarcinoom (adenocarcinoom)				
2,6 [1,8]	2,7 [1,8]	2,4 [1,6]	2,2 [1,5]	3,3 [1,9]
Primair cervixcarcinoom (overig)				
0,9 [0,7]	0,7 [0,6]	0,9 [0,7]	0,8 [0,6]	0,8 [0,6]
Primair cervixcarcinoom (totaal)				
13,0 [8,8]	13,5 [9,0]	13,0 [8,8]	11,7 [7,8]	13,7 [8,8]
Sterfte aan baarmoederhalskanker				
2,4 [2,6]	2,4 [2,3]	2,5 [2,6]	2,7 [2,6]	2,4 [2,3]