

BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER

Monitor 2016

Landelijke Monitoring Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Erasmus MC – PALGA

Samenvatting

De deelname aan het bevolkingsonderzoek lijkt stabiel te zijn. Op 1 januari 2017 is het vernieuwde bevolkingsonderzoek van start gegaan. Vanaf dat moment zijn er in principe geen primaire uitstrijkjes volgens het 'oude' bevolkingsonderzoek meer uitgevoerd. Het aantal primaire uitstrijkjes van het uitnodigingsjaar 2016 voor de berekening van het deelnamepercentage is daardoor gebaseerd op een kortere periode (12 maanden in plaats van 15 maanden). Indien voor alle kalenderjaren het deelnamepercentage op dezelfde manier wordt berekend (aantal primaire uitstrijkjes binnen één jaar vanaf 1 januari van het uitnodigingsjaar) dan komen deze percentages in de periode 2012-2016 sterk met elkaar overeen.

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 vervolguistrijkje vanwege een licht afwijkend uitstrijkje en 1,8% kreeg advies voor herhalen van het uitstrijkje wegens onvoldoende kwaliteit van het preparaat. Deze percentages zijn vergelijkbaar met die in eerdere jaren.

Het aantal vrouwen dat op basis van het eerste vervolguistrijkje wordt verwezen naar de gynaecoloog stijgt sinds 2007. Het aantal vrouwen dat een tweede vervolgadvisie ontvangt blijft redelijk stabiel. Het aantal vrouwen met advies 'terug naar BVO' is sterk toegenomen, maar is sinds 2012 redelijk stabiel.

De detectie van de relevante voorstadia (CIN 2+) 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. Op 1 januari 2017 is het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker gestart. In deze monitor worden de resultaten over de periode 2007-2016 gepresenteerd, welke dus het 'oude' bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker betreffen.

Doelgroep

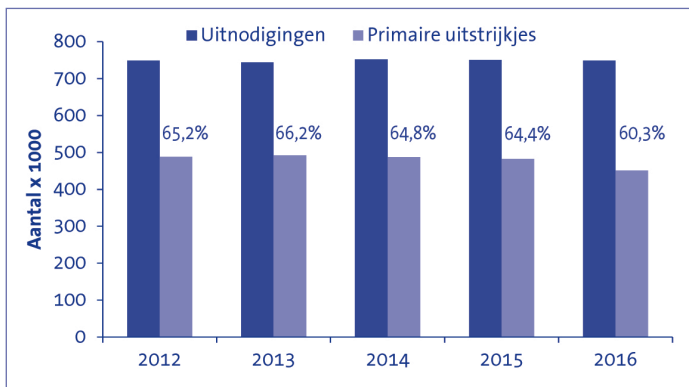
De doelgroep van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bestaat uit vrouwen van 30 t/m 60 jaar, die elke vijf jaar uitgenodigd worden voor screening door middel van een uitstrijkje voor cytologische beoordeling. Vrouwen worden gevraagd om een afspraak hiervoor te maken met hun huisarts. Bij ernstige 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 vervolguistrijkje (triage traject). Afhankelijk van het beleid van het laboratorium wordt bij dit vervolguistrijkje een aanvullende hrHPV test uitgevoerd. Een overzicht van de uitslagen en adviezen in het triage traject is te vinden op p. 2. De flowchart op p. 5 toont het totale screening proces. In het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker dat op 1 januari 2017 van start is gegaan wordt het primaire uitstrijkje eerst getest op hrHPV (primaire screeningstest). Pas als er hrHPV gevonden is, wordt hetzelfde uitstrijkje getest op cytologische afwijkingen.

MONITORING DEELNAME EN KORTE TERMIJN FOLLOW-UP

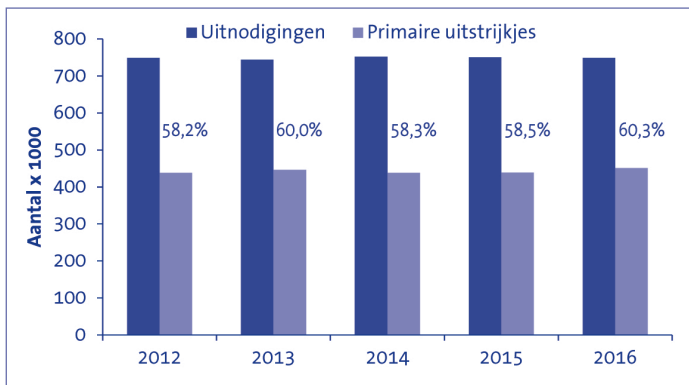
Deel 1 toont het deelnamepercentage, de uitkomsten van primaire uitstrijkje en de uitkomsten van de korte termijn follow-up t/m BVO ronde 2016 (vrouwen die in 2016 uitgenodigd werden). De uitkomsten zijn gebaseerd op de primaire uitstrijkjes (tot en met december 2016) en vervolgonderzoeken die binnen 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 varieerde in de periode 2012-2015 tussen de 64,4% en 66,2% (figuur 1). Het gepresenteerde deelnamepercentage in 2016 is lager, maar in feite niet goed vergelijkbaar met eerdere jaren, omdat primaire uitstrijkjes van het 'oude' bevolkingsonderzoek maar tot 31 december 2016 zijn uitgevoerd. Op 1 januari 2017 is immers het vernieuwde bevolkingsonderzoek van start gegaan. Vanaf dat moment zijn er in principe geen primaire uitstrijkjes volgens het 'oude' bevolkingsonderzoek meer uitgevoerd. Het aantal primaire uitstrijkjes van het uitnodigingsjaar 2016 is daardoor gebaseerd op een kortere periode (12 maanden in plaats van 15 maanden). Indien voor alle jaren het aantal primaire uitstrijkjes op dezelfde manier wordt berekend, dus binnen één jaar vanaf 1 januari van het uitnodigingsjaar, dan zijn de deelnamepercentages in de periode 2012-2016 vergelijkbaar (figuur 1a).

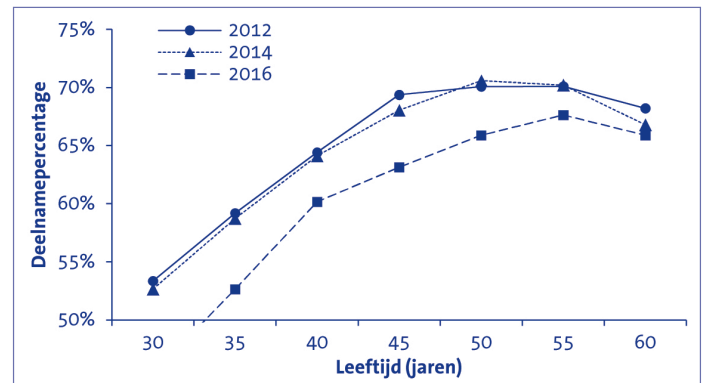


Figuur 1. Aantal uitnodigingen, binnen één jaar en drie maanden vanaf 1 januari van het uitnodigingsjaar t/m 31 maart (Bron: CBS, gecorrigeerd voor de kans op uterus extirpatie) en aantal primaire uitstrijkjes binnen één jaar en drie maanden vanaf 1 januari van het uitnodigingsjaar (standaardmethode) (Bron: PALGA).



Figuur 1a. Aantal uitnodigingen t/m 31 december van uitnodigingsjaar (Bron: CBS, gecorrigeerd voor de kans op uterus extirpatie) en aantal primaire uitstrijkjes binnen één jaar vanaf 1 januari van het uitnodigingsjaar (Bron: PALGA).

Zoals hierboven uitgelegd is de – pseudo – ‘lagere’ deelname in 2016 zeer waarschijnlijk te verklaren door de kortere periode waarin het aantal uitstrijkjes kon worden geteld. Figuur 2 laat zien dat ook in 2016 vrouwen in de jongste leeftijdsgroepen minder vaak deelnemen dan vrouwen in de oudste leeftijdsgroepen (figuur 2). De verschillen tussen 2016 versus de twee andere jaren lijken echter voor de jongste leeftijdsgroepen groter te zijn dan voor de oudste leeftijdsgroepen. Dit is kan eveneens het gevolg zijn van de kortere periode waarop het deelnamepercentage van 2016 is gebaseerd. Mogelijk neemt een groot deel van de jongere vrouwen pas later deel aan de screening.



Figuur 2. Deelnamepercentage naar leeftijd in 2012, 2014 en 2016 (Bron: PALGA, CBS, gecorrigeerd voor de kans op uterus extirpatie).

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	Vervolguistrijk na 6 maanden.
PAP3a2+	Verwijzing gynaecoloog

Eerste triage: vervolguistrijk 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	Vervolguistrijk na 12 maanden	PAP 1 hpv-	Terug naar BVO
		PAP 1 hpv+	Vervolguistrijk na 12 maanden
PAP 2+	Verwijzing gynaecoloog	PAP 2/3a1 hpv-	Vervolguistrijk na 12 maanden
		PAP 2/3a1 hpv+	Verwijzing gynaecoloog
		PAP 3a2+	Verwijzing gynaecoloog

Tweede triage: vervolguistrijk na 12 maanden

Uitslag	Advies
PAP 0	Herhalingsuitstrijk (onvoldoende kwaliteit)
PAP 1	Terug naar BVO
PAP 2+	Verwijzing gynaecoloog

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 'B3x' 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 plaatsvinden 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.

2. Adviezen n.a.v. primaire uitstrijkje

Het verwijzpercentage naar aanleiding van het primaire uitstrijkje is stabiel over de jaren (figuur 3, tabel 1). Net als in 2015 en 2014, krijgt 0,9% in 2016 een advies voor verwijzing naar de gynaecoloog, naar aanleiding van het primaire uitstrijkje. Het percentage licht afwijkende uitstrijkjes (advies voor vervolguitsrijk na 6 maanden) nam de afgelopen jaren sterk toe. Vanaf 2013 lijkt de stijging af te vlakken en is er een geringe stijging van 3,7% in 2013 naar 3,8% in 2015. In 2016 is het percentage gelijk aan dat in 2015 (tabel 1).

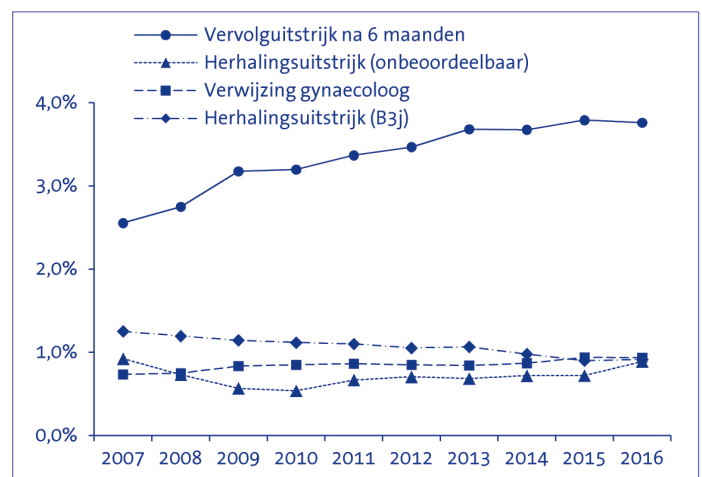
Het percentage zonder cytologische afwijkingen (advies 'terug naar BVO') is in de periode 2012-2016 geleidelijk afgenomen.

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 cylindercellen 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. Het percentage 'B3j' is vanaf 2007 geleidelijk afgenomen. Na een stabiele periode vanaf 2011 is het percentage onbeoordeelbare uitstrijkjes in 2016 licht gestegen (tabel 1).

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 uitstrijken door de gynaecoloog 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) laat sinds 2012 een geringe afname zien (tabel 2) (1% minder opgevolgd sinds 2012), maar ligt nog altijd rond de 90%.



Figuur 3. Adviezen op basis van de uitslag van het primaire uitstrijkje (als percentage van het totaal aantal primaire uitstrijkjes) (Bron: PALGA).

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

2012	2013	2014	2015	2016
Terug naar BVO (wegens geen cytologische afwijkingen)				
93,9%	93,7%	93,8%	93,6%	93,5%
Vervolguitsrijk na 6 mnd. wegens licht afwijkende cytologie				
3,5%	3,7%	3,7%	3,8%	3,8%
Verwijzing gynaecoloog wegens sterk afwijkende cytologie				
0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
Herhalingsuitstrijk wegens onbeoordeelbaar preparaat				
0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,9%
Herhalingsuitstrijk wegens B3j				
1,1%	1,1%	1,0%	0,9%	0,9%

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

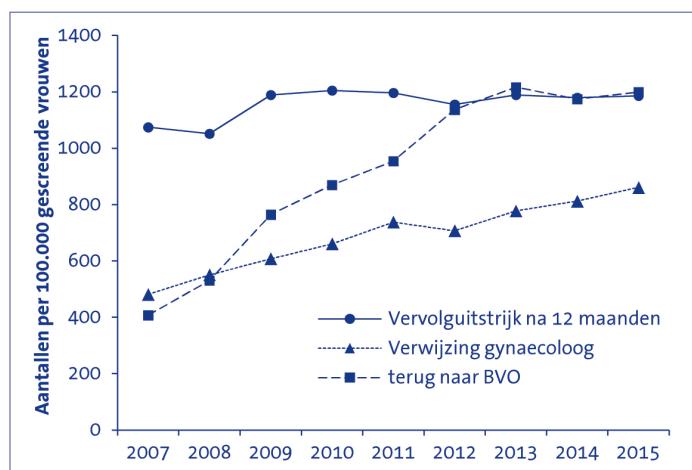
2012	2013	2014	2015	2016
Vervolguitsrijk na 6 mnd. wegens licht afwijkende cytologie				
90,5%	90,4%	90,1%	89,5%	-
Verwijzing gynaecoloog wegens sterk afwijkende cytologie				
92,4%	92,0%	91,6%	91,7%*	90,6%*

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

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

Figuur 4 en tabel 3 tonen de adviezen naar aanleiding van de bevindingen van het eerste vervolguitsrijkje (uitgevoerd wegens licht afwijkende cytologie van het primaire uitstrijkje). Het aantal vrouwen dat op basis van het eerste vervolguitsrijkje wordt verwezen naar de gynaecoloog is gestegen sinds 2007 (figuur 4). Na een aanvankelijke lichte stijging lijkt het aantal vrouwen dat een tweede vervolguitsadvies ontvangt vanaf 2009 redelijk stabiel te zijn. Het aantal vrouwen met advies 'terug naar BVO' is sterk toegenomen, maar is sinds 2012 redelijk stabiel.

Percentueel is het aantal verwijzingen licht toegenomen en lijkt zich de afgelopen jaren te stabiliseren (tabel 3). Het percentage adviezen voor vervolgonderzoek na 12 maanden is licht afgenomen. De percentages onbeoordeelbare uitstrijkjes zijn stabiel.



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).

2012	2013	2014	2015
Vervolguitsrijk na 1 jaar¹			
1.155 (37%)	1.189 (36%)	1.180 (36%)	1.186 (35%)
Verwijzing gynaecoloog²			
707 (23%)	778 (23%)	812 (25%)	861 (25%)
Herhalingsuitsrijk (onvoldoende kwaliteit, inclusief B3j)			
39 (1%)	39 (1%)	37 (1%)	41 (1%)
Histologisch onderzoek i.p.v. vervolguitsrijkje			
100 (3%)	107 (3%)	109 (3%)	104 (3%)
terug naar BVO³			
1137 (36,2%)	1216 (36,5%)	1174 (35,5%)	1200 (35,4%)

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

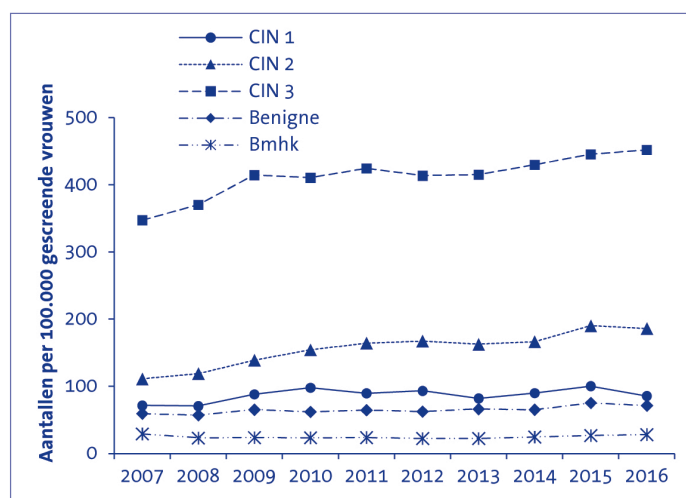
² Indien Pap3a2 of Pap2/3a1 en positieve HPV-test; indien geen HPV-bepaling, dan bij Pap2 of meer (Pap2+).

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 (2016) van het primaire uitstrijkje nog geen compleet beeld. Echter, omdat een verwijsadvies doorgaans snel wordt opgevolgd, is het ondanks de korte follow-up duur al mogelijk om een indicatie te geven van de bevindingen van de verwijsadviezen naar aanleiding van het primaire uitstrijkje uit 2016.

Figuur 5 en tabel 4 tonen de gevonden afwijkingen na verwijzing naar de gynaecoloog naar aanleiding van het primaire uitstrijkje. De opbrengst van hooggradige 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 in 2016, is het aandeel CIN 1 licht afgenomen en het aandeel CIN 2 gelijk gebleven (eerste indicatie op basis van beschikbare follow-up duur) (tabel 4). Het aandeel CIN 3 is redelijk stabiel gebleven in de afgelopen periode, evenals het aandeel gediagnosticeerde baarmoederhalskanker.

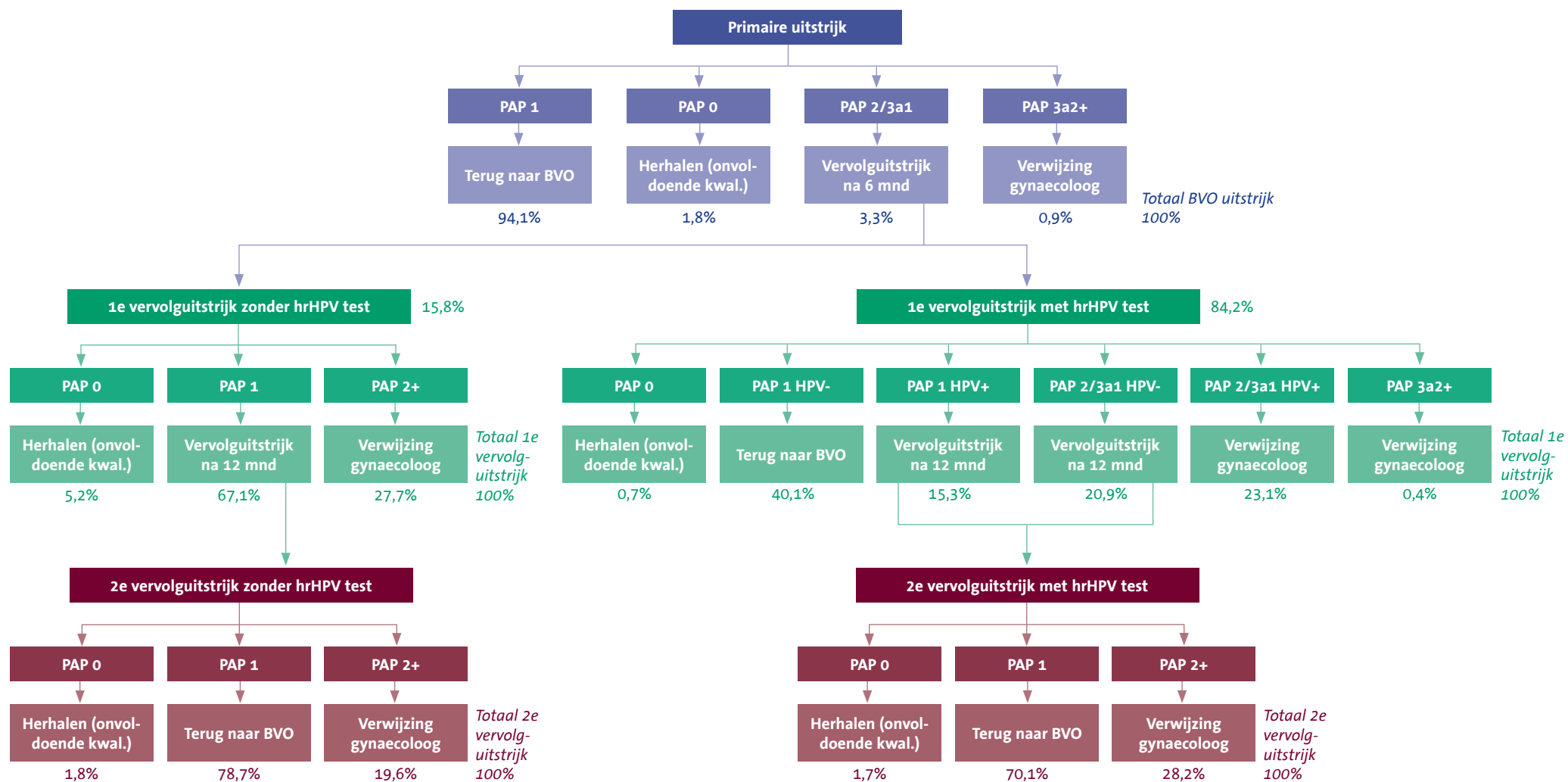


Figuur 5. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar aanleiding van primair uitstrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA). De uitkomsten van 2016 zijn een eerste indicatie.

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

2012	2013	2014	2015	2016*
Geen dysplasie/neoplasie, geen afwijkingen				
62 (8%)	66 (9%)	65 (8%)	75 (9%)	72 (8%)
CIN 1				
93 (12%)	82 (11%)	90 (11%)	100 (12%)	86 (10%)
CIN 2				
167 (21%)	162 (21%)	167 (21%)	190 (22%)	186 (22%)
CIN 3				
414 (53%)	415 (54%)	430 (54%)	445 (52%)	452 (53%)
Maligne, primair cervixcarcinoom				
23 (3%)	23 (3%)	25 (3%)	27 (3%)	28 (3%)
Geen histologie, wel cytologie				
19 (2%)	18 (2%)	14 (2%)	16 (2%)	15 (2%)
Onvoldoende kwaliteit				
5 (0,7%)	8 (1,0%)	6 (0,8%)	7 (0,8%)	8 (1,0%)

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



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 2012. Definitie van vervolguitsrijk 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 vervolguitsrijkje betreffen die binnen vier jaar na het primaire uitstrijkje. (Percentages vervolguitsrijkjes 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. Herziene 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 2008 t/m 2012.

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 2008-2012 is het percentage vrouwen dat een specifiek advies opvolgt redelijk stabiel gebleven of licht gestegen (figuur 6). Bijna alle vrouwen volgen het advies op voor verwijzing naar de gynaecoloog n.a.v. het primaire uitstrijkje en n.a.v. het eerste vervolguitsrijkje. Het advies voor verwijzing naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje wordt aanzienlijk minder vaak opgevolgd, maar vanaf 2009 is er een duidelijke toename zichtbaar.

Het merendeel van de vrouwen volgde het advies op voor vervolguitsrijkje n.a.v. het primaire uitstrijkje (eerste vervolguitsrijkje, opvolgadvies na zes maanden). Het percentage vrouwen met advies voor vervolguitsrijkje n.a.v. eerste vervolguitsrijkje ('tweede' vervolguitsrijkje, opvolgadvies na 12 maanden) is lager (ong. 70%). Zowel het percentage opgevolgde adviezen voor eerste vervolguitsrijkje als voor tweede vervolguitsrijkje zijn in 2012 iets toegenomen.

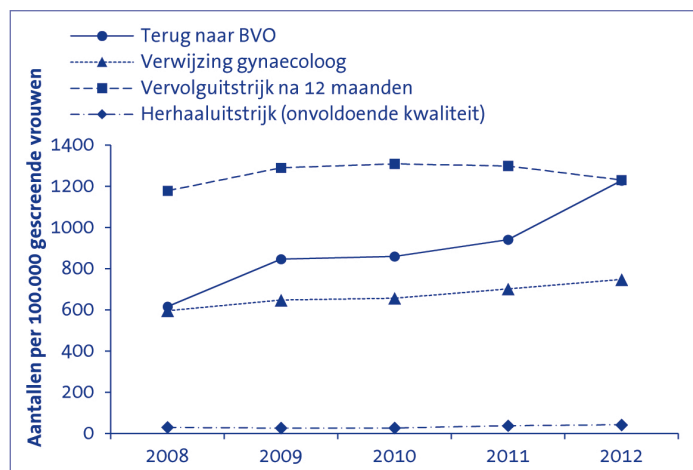
Ongeveer 90% van de vrouwen van wie het primaire uitstrijkje van onvoldoende kwaliteit was, liet een herhalingsuitsrijkje maken.

2. Bevindingen in het gehele vervolgtraject

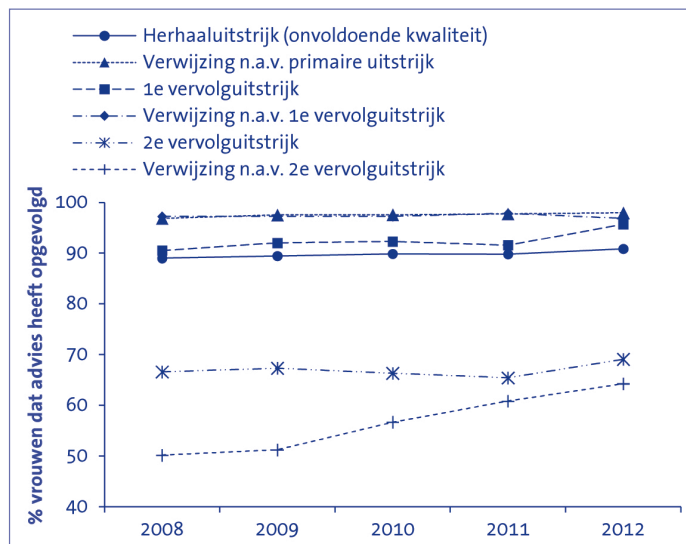
Figuur 7a en 7b tonen de aantallen adviezen op basis van respectievelijk het eerste en tweede vervolguitsrijkje.

Eerste vervolguitsrijkje

Het aantal vrouwen dat werd verwezen naar de gynaecoloog naar aanleiding van het 1e vervolguitsrijkje vertoont nog steeds 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



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

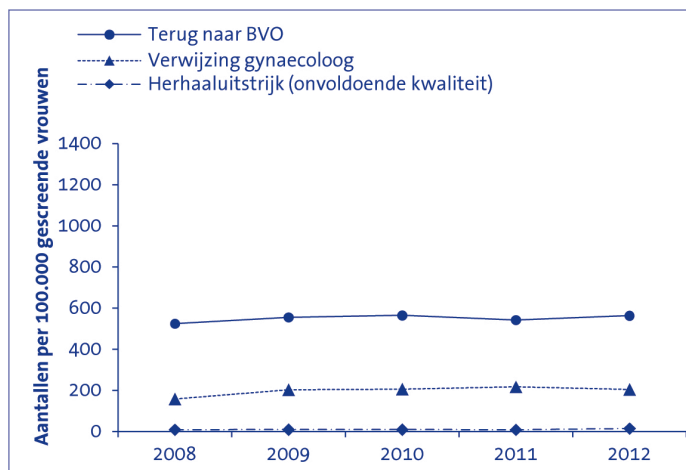


Figuur 6. Percentage vrouwen dat het advies heeft opgevolgd (Bron: PALGA).

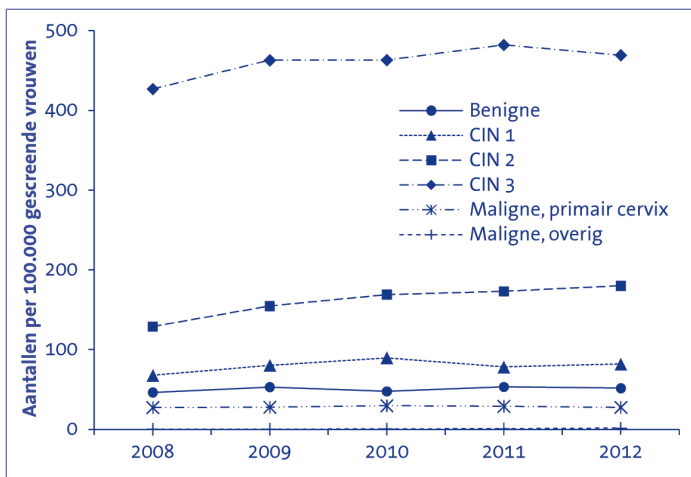
werd terugverwezen naar het BVO. Vermoedelijk is dat eveneens het gevolg van het frequenter plaatsvinden van hrHPV triage. Vrouwen met een negatieve uitslag op de HPV-test worden namelijk niet verder vervolgd en krijgen het advies 'terug naar BVO'. Het aantal vrouwen dat een advies voor een tweede vervolguitsrijkje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

Tweede vervolguitsrijkje

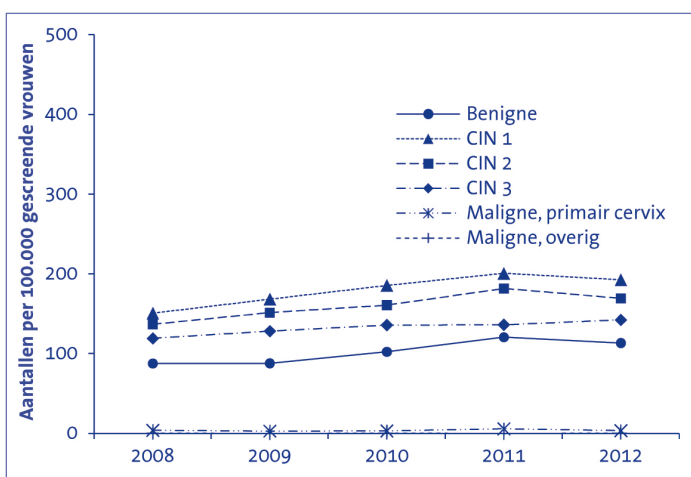
Het aantal vrouwen dat werd verwezen naar de gynaecoloog naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje vertoont een lichte stijging tot 2009, maar is in de periode 2009-2012 stabiel (figuur 7b). Het aantal vrouwen dat werd terugverwezen naar het BVO is stabiel. Het aantal uitstrijkjes van onvoldoende kwaliteit is stabiel.



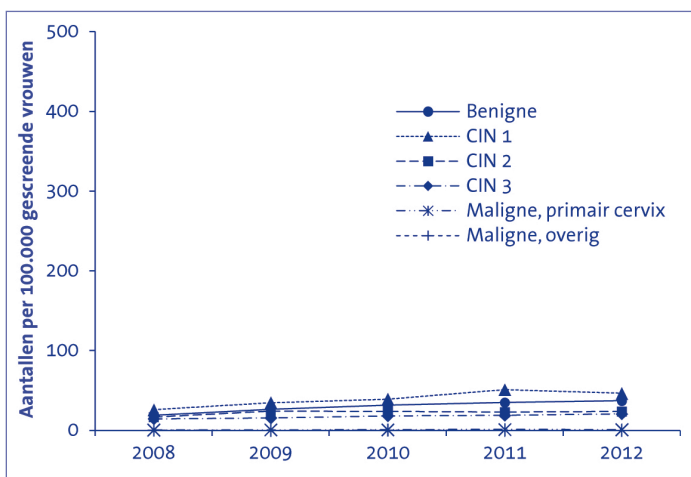
Figuur 7b. Adviezen o.b.v. het tweede vervolguitsrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).



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).

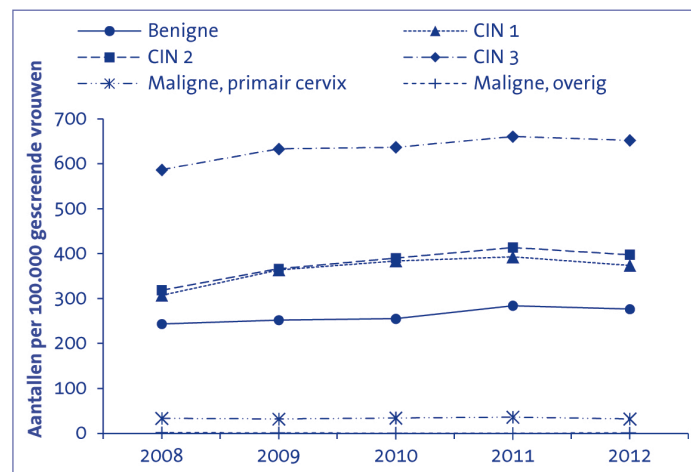


Figuur 8c. Gevonden afwijkingen na verwijzing naar aanleiding van tweede vervolguitsrijkje (aantallen per 100.000 gescreende vrouwen) (Bron: PALGA).

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)* – Vrouwen die na het primaire uitstrijkje verwezen werden naar de gynaecoloog kregen het vaakst de diagnose CIN 3. In deze periode is het aantal CIN 1, 2 en 3 diagnoses geleidelijk toegenomen. Het aantal CIN 1 en CIN 3 lijkt zich te stabiliseren. 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. Ook in 2012 is dit patroon zichtbaar.
- *Bevindingen na verwijzing naar aanleiding van tweede vervolguitsrijkje (figuur 8c)* – Na verwijzing naar aanleiding van het tweede vervolguitsrijkje is er in deze periode een geringe toename in het aantal CIN 1 diagnoses te zien. Vanaf 2009 lijkt het aantal CIN 2 en CIN 3 diagnoses en cervixcarcinomen stabiel te zijn.
- *Bevindingen in het gehele vervolgetraject (Figuur 9)* – Het aantal CIN diagnoses vastgesteld tijdens het BVO nam licht toe (figuur 9). Vanaf 2011 lijkt deze trend af te nemen. Het aantal gediagnosticeerde maligniteiten is echter stabiel. Het totaal aandeel CIN diagnoses lijkt sinds 2011 redelijk stabiel (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).

2008	2009	2010	2011	2012
Geen afwijkingen				
98,75%	98,60%	98,55%	98,50%	98,54%
CIN 1				
0,31%	0,36%	0,38%	0,39%	0,37%
CIN 2				
0,32%	0,37%	0,39%	0,41%	0,40%
CIN 3				
0,59%	0,63%	0,64%	0,66%	0,65%
Maligne, primair cervix carcinoom				
0,03%	0,03%	0,03%	0,04%	0,03%

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 2010 wordt gepresenteerd, is gebaseerd op de uitstrijkjes die in de periode 2006 t/m 2010 zijn gemaakt.

Tabel 6 laat het vijfjaarsbereik (%) zien van 2010 t/m 2016 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 (%)), 2010 - 2016 (Bron: PALGA).

Leeftijd	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
30-34	72,6	71,9	71,4	71,6	70,9	69,8	68,7
35-39	82,6	82,8	81,9	81,2	78,6	77,5	75,0
40-44	80,7	79,3	79,8	80,5	81,0	81,7	81,5
45-49	81,2	80,8	81,1	81,4	81,1	80,4	79,8
50-54	80,7	80,2	80,1	80,2	79,4	79,5	79,6
55-59	78,7	77,0	76,9	77,5	77,7	77,2	77,5
60-64	74,5	73,9	78,5	77,5	76,8	76,7	75,3
Totaal	79,0	78,3	78,7	78,8	78,2	77,8	77,0
Primaire uitstrijkjes (BVO)	69,6	68,8	69,2	69,2	68,6	68,4	68,0
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 2011 - 2015. De gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd (Bron: Nederlandse vrouwelijke populatie in 2015) 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 lijkt de incidentie van CIN I, CIN II en CIN III in 2015 ten opzichte van eerdere jaren in deze periode licht te zijn toegenomen. 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).

2011	2012	2013	2014	2015
CIN I				
87 [51]	89 [52]	82 [49]	85 [50]	90 [53]
CIN II				
82 [46]	78 [46]	78 [46]	79 [46]	84 [48]
CIN III				
120 [64]	120 [65]	117 [63]	120 [65]	125 [67]
Primair cervixcarcinoom (plaveiselcelcarcinoom)				
10,5 [6,6]	9,8 [6,5]	8,7 [5,8]	9,8 [6,2]	9,4 [6,2]
Primair cervixcarcinoom (adenocarcinoom)				
2,7 [1,8]	2,4 [1,6]	2,2 [1,5]	3,1 [1,9]	2,6 [1,7]
Primair cervixcarcinoom (overig)				
0,7 [0,6]	0,9 [0,7]	0,8 [0,6]	0,9 [0,7]	0,7 [0,5]
Primair cervixcarcinoom (totaal)				
13,4 [8,9]	13,1 [8,8]	11,7 [7,9]	13,7 [8,8]	12,7 [8,4]
Sterfte aan baarmoederhalskanker				
2,4 [2,3]	2,5 [2,6]	2,7 [2,7]	2,4 [2,4]	2,4 [2,4]