

Verbetermogelijkheden bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Nr. 2021/40, Den Haag, 19 oktober 2021

Samenvatting

Gezondheidsraad



In 2017 is het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker vernieuwd. De inzet van de vernieuwing was om het bevolkingsonderzoek effectiever en toegankelijker te maken. Voorheen werd het uitstrijkje dat vrouwen laten maken door de huisarts in het laboratorium beoordeeld op afwijkingen in de cellen van de baarmoederhals (cytologie). Sinds 2017 wordt het uitstrijkje eerst getest op typen van het humaan papillomavirus die een hoog risico geven op het ontstaan van baarmoederhalskanker (hrHPV). Alleen als de hrHPV-test positief is, vindt op het uitstrijkje cytologie plaats.

Een andere vernieuwing, naast deze zogeheten getrapte screening, is dat vrouwen die liever niet direct een uitstrijkje bij de huisarts laten maken een zelfafnameset kunnen aanvragen. Daarmee kunnen zij thuis zelf wat materiaal uit de vagina afnemen dat in een laboratorium wordt beoordeeld op hrHPV. Het doel van de zelfafnameset

is om de drempel om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek te verlagen. Als de uitslag van de hrPHV-test positief is, zal alsnog een uitstrijkje bij de huisarts gemaakt moeten worden omdat op een zelf afgenomen monster geen cytologie kan plaatsvinden.

Na de invoering van de vernieuwing in 2017 zijn de resultaten van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zowel in ongunstige als in gunstige zin veranderd. De deelname was al laag en is verder gedaald van ongeveer 65% naar 56%. Het is onduidelijk wat daar de oorzaak van is. Ook worden er meer vrouwen naar de gynaecoloog verwezen, die achteraf geen baarmoederhalskanker of voorstada daarvan blijken te hebben (zogeheten niet klinisch relevante doorverwijzingen). Daar staat tegenover dat door de getrapte screening meer vrouwen met baarmoederhalskanker en voorstada daarvan worden gevonden.

Op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) brengt de Gezondheidsraad advies uit over enkele specifieke mogelijkheden om het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verder te verbeteren. De Commissie Bevolkingsonderzoek heeft zich gebogen over het optimaliseren van de inzet van de zelfafnameset, het terugdringen van niet klinisch relevante verwijzingen naar de gynaecoloog en over de mogelijkheden van computerondersteund screenen (COS). Een integrale evaluatie bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker volgt over een paar jaar, in 2024.

Zelfafnameset direct opsturen

Voordat de zelfafnameset in 2017 werd ingevoerd is die in een proefbevolkingsonderzoek beoordeeld. De hrHPV-test op het monster met de zelfafnameset bleek daarin gelijkwaardig aan de hrPHV-test op het uitstrijkje



door de huisarts. Sinds de invoering in 2017 wordt een andere combinatie van hrHPV-test en zelfafnameset gebruikt, die – naar nu blijkt – ook gelijkwaardige resultaten laat zien.

De commissie adviseert daarom om de zelfafnameset en het uitstrijkje bij de huisarts als gelijkwaardige opties aan te bieden. Nu wordt de zelfafnameset alleen genoemd als alternatief voor vrouwen die het uitstrijkje vervelend vinden. Volgens haar kan volledige keuzevrijheid voor *alle* vrouwen de drempel voor deelname aan het bevolkingsonderzoek aanzienlijk verlagen.

De commissie adviseert ook om alle vrouwen de zelfafnameset direct toe te sturen. Sinds de vernieuwing van het bevolkingsonderzoek heeft in 2019 ongeveer 11% van de deelnemers de zelfafnameset gebruikt. Dat is veel minder dan de 30% die er tijdens het proefbevolkingsonderzoek gebruik van maakte. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat de deelnemers in het proefbevolkingsonderzoek de set direct

toegestuurd kregen. Sinds 2017 krijgen ze de zelfafnameset niet direct toegestuurd.

De commissie verwacht dat het aanbieden van de zelfafnameset als gelijkwaardige optie naast het uitstrijkje bij de huisarts en het direct toesturen van die set de drempel voor deelname aan het bevolkingsonderzoek zal verlagen.

Daardoor zullen er naar verwachting meer gevallen van baarmoederhalskanker voortijdig worden opgespoord – vooral omdat juist onder de vrouwen die nu niet deelnemen het risico op baarmoederhalskanker hoger is.

De commissie vindt het ook aannemelijk dat er daarnaast doelgroepspecifieke informatievoorziening en ondersteuning nodig is om het belang van deelname, inclusief alle eventueel benodigde vervolgstappen, te bevorderen.

Dat is in het bijzonder bij gebruik van de zelfafnameset van belang omdat vrouwen bij een positieve hrHPV-uitslag dan alsnog een uitstrijkje moeten laten maken bij de huisarts voor de benodigde cytologie. In het proef-

bevolkingsonderzoek gaf bijna 10% van de vrouwen die op basis van de zelfafnameset positief testten op hrHPV-test geen gehoor aan die oproep. De commissie vindt dat percentage zorgwekkend hoog, want deze vrouwen hebben immers wel een verhoogd risico op baarmoederhalskanker of voorstadia daarvan. In de praktijk sinds 2017 is dat percentage zelfs meer dan 20%. Het is volgens de commissie relevant en urgent om te onderzoeken hoe dit percentage weloverwogen kan worden teruggedrongen.

Specifiekere criteria hanteren voor doorverwijzingen

Sinds de vernieuwing van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker worden er meer vrouwen verwezen naar de gynaecoloog. Bij vrij veel van hen wordt geen baarmoederhalskanker of voorstadium daarvan gevonden. Deze vrouwen worden dus onnodig belast met ongerustheid en onderzoek. Het aantal zogeheten niet klinisch relevante doorverwijzingen kan fors omlaag door bij de hrHPV-test onderscheid te maken tussen



hrHPV-typen met een *duidelijk* verhoogd risico en hrPHV-typen met een *matig* verhoogd risico. Bij hrHPV met een *duidelijk* verhoogd risico worden vrouwen al doorverwezen als bij cytologie atypische cellen zichtbaar zijn (ASCUS ook bekend als Pap 2). In het geval van hrHPV met een *matig* verhoogd risico worden vrouwen ‘pas’ doorverwezen als er meer afwijkingen zichtbaar zijn in de cellen (HSIL ook bekend als Pap 3a2). Vrouwen met een positieve hrHPV-test die op basis van cytologie niet verwezen hoeven te worden naar de gynaecoloog, worden na enige tijd uitgenodigd voor controlecytologie. Door de termijn voor die controlecytologie te verlengen van 6 naar 12 maanden kan het aantal niet klinisch relevante doorverwijzingen nog verder omlaag volgens de commissie.

Minder doorverwijzingen betekent dat er mogelijk meer gevallen van baarmoederhalskanker gemist worden in het bevolkingsonderzoek. Volgens modelberekeningen kunnen dat er bij dit scenario jaarlijks 2 meer zijn dan bij het huidige scenario. De voordelen van het

aangepaste scenario wegen daar volgens de commissie echter ruimschoots tegenop. Het aangepaste scenario zou volgens dezelfde modelberekeningen namelijk een aanzienlijke verlaging van het aantal niet klinisch relevante doorverwijzingen bewerkstelligen (per jaar 4.265 minder) en een flinke toename van het aantal vrouwen bij wie een klinisch relevant voorstadium van baarmoederhalskanker wordt gevonden (jaarlijks 42 meer).

Overigens geldt ook hier de aanbeveling om te onderzoeken hoe het aantal vrouwen met een doorverwijzing dat uiteindelijk niet naar de gynaecoloog gaat weloverwogen omlaag kan worden gebracht.

Computerondersteund screenen invoeren

Cytologie vindt nu volledig handmatig plaats: alle preparaten worden stuk voor stuk door de laborant of de patholoog volledig beoordeeld op afwijkingen. De mogelijkheid bestaat daar een computer bij in te zetten. Bij deze zogeheten computerondersteunde screening (COS) vindt

een geautomatiseerde schifting plaats tussen ‘zeker geen’ en ‘mogelijk wel’ afwijkende cellen. Het uiteindelijke oordeel is aan de laborant of de patholoog.

De commissie adviseert om COS in te voeren onder de voorwaarde dat in een pilot wordt getoetst of COS gelijkwaardig is aan de huidige volledig handmatige screening. In die pilot gaat het niet alleen om de technische kant, maar moet er ook rekening worden gehouden met de leercurve, oftewel dat laboratoria en laboranten tijd nodig hebben om zich voor te bereiden en zich de techniek eigen te maken.

Een belangrijk voordeel van COS is dat het minder arbeidsintensief is. De commissie wijst erop dat computerondersteund screenen weliswaar minder arbeidsintensief is, maar dat het uiteindelijk niet de screeningsmethode is waarmee achterstanden worden voorkomen, dat kan alleen door ervoor te zorgen dat er structureel voldoende capaciteit is om ook eventuele pieken op te vangen.



Onderzoek voorafgaand aan integrale evaluatie

De staatssecretaris is voornemens de Gezondheidsraad in 2024 te vragen om het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker integraal te evalueren. Het is van belang dat er dan voldoende wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn. Daarom brengt de commissie alvast enkele zaken onder de aandacht die zeker aan bod moeten komen in de integrale evaluatie en die voor die tijd gericht onderzoek vergen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de rol van de huisarts bij het vergroten van de toegankelijkheid van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.



De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

U kunt dit document downloaden van www.gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Verbetermogelijkheden bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
Den Haag: Gezondheidsraad, 2021; publicatienr. 2021/40.

Auteursrecht voorbehouden

