Baarmoederhalskankerscreening in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project

Anneloor Dierickx, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Katleen Keppens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018-2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

ABSTRACT

Inleiding:

Baarmoederhalskanker treft jaarlijks een 350-tal vrouwen in Vlaanderen. Sinds 2013 organiseert de Vlaamse Overheid het bevolkingsonderzoek (BVO) baarmoederhalskanker, waarbij vrouwen tussen de 25- en 65 jaar elke 3 jaar worden uitgenodigd om zich te laten screenen door middel van een uitstrijkje. De participatiegraad van het BVO in Vlaanderen ligt momenteel op 62% terwijl de doelstelling minimaal 65% is tegen 2020. Het aandeel uitstrijkjes afgenomen door de huisarts wordt de laatste jaren steeds minder. In onze huisartsenpraktijk werd weinig aandacht besteed aan de screening naar baarmoederhalskanker, er werden heel weinig uitstrijkjes afgenomen en het preventiesjabloon in het elektronisch medisch dossier (EMD) werd ook nauwelijks gebruikt.

Doelstelling:

De bedoeling van dit praktijkverbeterend project was de aandacht van de huisarts voor baarmoederhalskankerscreening te verhogen, het aandeel uitstrijkjes afgenomen door de huisarts te vergroten en het invullen van het preventiesjabloon te verbeteren in onze praktijk.

Methode:

Er werden folders over het BVO beschikbaar gesteld in de wachtzaal. Er werd een poster over het praktijkverbeterend project ontwikkeld en opgehangen in de wachtzaal. Op de consultatie werd meer aandacht besteed aan het identificeren van patiënten die in aanmerking komen voor het BVO. Indien zij niet in orde bleken te zijn werden zij geïnformeerd over het belang hiervan, en werd aangeboden dat een uitstrijkje bij ons in de praktijk kon afgenomen worden of bij de gynaecoloog. Er werd een database aangelegd van patiënten met een contact met de huisarts in de 20 weken vóór de interventie en patiënten met een contact in de 20 weken van de interventie. Nadien werd de participatiegraad, het aandeel van de huisarts in het nemen van uitstrijkjes en het invullen van het preventiesjabloon vergeleken van beide populaties.

Resultaten:

In de patiëntenpopulatie gezien vóór de interventie bedroeg de participatiegraad 63% en werden slechts 2% van de uitstrijkjes afgenomen door de huisarts. Bij de patiënten gezien tijdens de interventie bedroeg de participatiegraad 73% en werden 9% van de uitstrijkjes afgenomen door de huisarts. Het preventiesjabloon werd ingevuld in 7% van patiënten gezien vóór de interventie, vergeleken met 41% van de patiënten gezien tijdens de interventie. Veel vrouwen bleken niet op de hoogte dat ze voor een uitstrijkje ook bij de huisarts terecht kunnen. Anderzijds bleek dat veel vrouwen ervan uitgaan dat bij elk gynaecologisch onderzoek een uitstrijkje wordt genomen. Bovendien bleken veel patiënten de datum van hun laatste uitstrijkje verkeerd in te schatten.

Conclusie:

Dit praktijkverbeterend project toont aan dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in het verbeteren van de participatiegraad van het bevolkingsonderzoek, door zijn patiënten hierover te informeren en het aanbieden van het afnemen van uitstrijkjes in de praktijk. Het is belangrijk goed te documenteren in het dossier wanneer het laatste uitstrijkje werd afgenomen om de screening adequaat te kunnen opvolgen, en een preventiesjabloon in het EMD kan hiervoor een handig hulpmiddel zijn.

E-mail: anneloor.dierickx@ugent.be

ICPC-code: X75 – maligniteit cervix uteri

Inhoud

INLEIDING 5
Achtergrond 5
Waarom gekozen voor dit onderwerp? Wat is de relevantie voor de huisarts? 5
Stand van de literatuur over het onderwerp 5
Wat zijn de kernproblemen 6
Doelstelling van het project 8
LITERATUURONDERZOEK 9
De opzoekvraag en zoekstrategie 9
Baarmoederhalskanker 9
Epidemiologie 9
Etiologie en natuurlijk beloop 9
Symptomen 11
Diagnose en opvolging 11
Behandeling 14
Prognose 15
Preventie 15
ONDERZOEKSMETHODIEK 18
Situatieschets en doelstelling 18
Het praktijkverbeterend project 18
RESULTATEN 21
Retrospectieve luik (status vóór interventie) 21
Prospectieve luik (status ná de interventie) 24
DISCUSSIE 28
BESLUIT 31
REFERENTIES 32
VERPLICHTE BIJLAGEN 34
Protocol 34
Gunstig advies ethisch comité 36
Informatiebrochure voor de patiënt 38
Informed consent 42
Folder bevolkingsonderzoek baarmoederhalsscreening 46
Poster wachtzaal 47

INLEIDING

Achtergrond

Sinds 2013 organiseert de Vlaamse overheid het bevolkingsonderzoek (BVO) naar baarmoederhalskanker, waarbij alle vrouwen tussen 25- en 65 jaar 3-jaarlijks worden uitgenodigd om een uitstrijkje te laten nemen. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich uiterst langzaam en kent verschillende voorstadia onder de vorm van precancereuze letsels. Door om de 3 jaar een uitstrijkje te laten nemen van de baarmoederhals kunnen ze tijdig worden opgespoord en behandeld, en kan 80% van de kankers voorkomen worden (1).

In Vlaanderen wordt elk jaar een 350-tal vrouwen getroffen door baarmoederhalskanker (1). Elk jaar sterven er in België nog altijd meer dan honderd vrouwen aan cervixcarcinoom (2). Het grootste deel van de fatale gevallen treffen we aan bij vrouwen die niet (recent) gescreend werden. De laatste jaren zien we dat huisartsen minder en minder uitstrijkjes afnemen (3).

Waarom gekozen voor dit onderwerp? Wat is de relevantie voor de huisarts?

Ik ben werkzaam als HAIO in een groepspraktijk met 6 artsen in Lokeren. Ik merkte dat in onze praktijk weinig aandacht werd besteed aan de screening naar baarmoederhalskanker. De screeningsstatus werd niet nagegaan, er werden bijna geen uitstrijkjes genomen in onze praktijk en het preventiesjabloon in het elektronisch medisch dossier (EMD) werd niet ingevuld.

Veel van onze patiëntes zijn niet op de hoogte dat je ook bij de huisarts een uitstrijkje kan laten afnemen. De meeste vrouwen laten uitstrijkjes nemen bij de gynaecoloog, vaak in het kader van consultaties voor contraceptie, specifieke gynaecologische klachten of in navolging van een zwangerschap. We zien dat indien er geen redenen zijn voor de patiënt om een gynaecoloog te consulteren, er vaak ook geen uitstrijkjes meer gebeuren. De meeste van deze vrouwen raadplegen wel om andere redenen een huisarts. Hieruit viel op te maken dat er voor ons op dit gebied veel groeimarge is als huisarts. Zo kunnen wij als huisarts een unieke bijdrage leveren om een groot aantal niet-gescreende vrouwen aan te sporen toch een uitstrijkje te laten nemen. Om deze reden heb ik besloten een verbeterproject rond baarmoederhalskankerscreening op te zetten in onze praktijk.

Stand van de literatuur over het onderwerp

De totale dekkingsgraad van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskankerscreening bedroeg 62,2% in Vlaanderen in 2017 (1). Er is een daling in de dekkingsgraad te zien vanaf 2013 (2). Dit is waarschijnlijk een gevolg van de wijziging in de terugbetaling van de screeningsuitstrijkjes van 1 keer per 2 kalenderjaren naar 1 keer per 3 kalenderjaren.

Verder blijkt dat patiënten zich voornamelijk wenden tot gynaecologen voor het afnemen van een uitstrijkje. In 2017 werden 84% van de screeningsuitstrijkjes afgenomen door de gynaecoloog en slechts 16% door de huisarts (2).

De laatste jaren neemt het aandeel van de huisarts in het afnemen van uitstrijkjes nog af (2). In een Vlaamse studie haalden vrouwen de volgende redenen aan om naar een gynaecoloog te gaan voor een uitstrijkje: uit gewoonte (meer dan de helft van de bevraagde populatie), het niet weten dat de huisarts dit ook kan doen, het meer op haar gemak voelen bij de gynaecoloog (4).

Studies hebben aangetoond dat een individuele benadering in vergelijking met een groepsgerichte interventie leidt tot een hogere screeningsgraad (4). Daarnaast is aangetoond dat de opkomst bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger is na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met een doorgaans lage participatiegraad (5).

Wat zijn de kernproblemen

De kernproblemen inzake baarmoederhalskankerscreening in onze huisartsenpraktijk hebben we geïdentificeerd als volgende:

1. De participatiegraad aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is te laag
2. Het aandeel van de huisarts in de afname van uitstrijkjes is te laag
3. Het preventiesjabloon baarmoederhalskankerscreening wordt onvoldoende ingevuld

Deze problemen werden besproken op de stafvergadering met alle betrokken artsen van de praktijk. Als onderliggende redenen voor deze kernproblemen werden een aantal factoren geïdentificeerd aan de hand van een visgraatanalyse (zie figuur 1).

Figuur 1 Visgraatanalyse van de probleemstelling 'lage participatiegraad cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk' (BVO= bevolkingsonderzoek, HA= huisarts, PAP=uitstrijkje, RFE= reason for encounter, EMD= elektronisch medisch dossier)

Doelstelling van het project

De doelstelling van dit praktijkverbeterend project is meer aandacht te vestigen op het belang van het nemen van uitstrijkjes in het kader van baarmoederhalskankerscreening. Dit wens ik te doen door het een onderdeel te maken van de routine consultvoering van de huisarts. Anderzijds wens ik de patiënte hier ook attent op te maken zodat zij mee verantwoordelijkheid neemt in de zorg en het letten op het regelmatig laten afnemen van een uitstrijkje. Een tweede luik van de studie is het promoten van het nemen van uitstrijkjes in de huisartsenpraktijk, gezien de patiënten er onvoldoende van op de hoogte zijn dat dit uitgevoerd kan worden door de huisarts. Een derde onderdeel van de studie is het stimuleren van het invullen van het preventiesjabloon door de huisarts: wanneer werd laatst een uitstrijkje genomen en wanneer dient het herhaald te worden, om op deze manier het opvolgen van de screeningsstatus te vereenvoudigen en te optimaliseren.

LITERATUURONDERZOEK

De opzoekvraag en zoekstrategie

Aangezien dit een praktijkverbeterend project is en geen literatuurstudie, ben ik niet via een systematische of trapsgewijze zoekstrategie te werk gegaan. Ik gebruikte de NHG-standaard en de Domus Medica richtlijn betreffende baarmoederhalskankerscreening als leidraad. Aanvullend las ik de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) betreffende baarmoederhalskankerscreening. Relevante informatie betreffende het bevolkingsonderzoek haalde ik van de website van het bevolkingsonderzoek. Epidemiologische gegevens omtrent baarmoederhalskanker vond ik in het Belgisch kankerregister en statistieken over de screeningsgraad in het jaarrapport van het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO). Relevante artikels betreffende baarmoederhalskanker en screening werden opgezocht via Pubmed via een combinatie van de Mesh-termen: 'PAP smear', 'cervical cancer', 'screening', 'first line', 'HPV' en 'participation'. Nederlandstalige artikels werden opgezocht via de zoektermen 'baarmoederhalskankerscreening', 'eerste lijn' en 'huisarts' in Google om zo bij het Nederlands tijdschrift voor geneeskunde en de aanbevelingen van de hoge gezondheidsraad (HGR) terecht te komen. Info over de bestaande HPV-vaccins las ik na op de website en de folia van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) en de website 'Vax Info'. Aanvullend las ik enkele masterproeven op de ICHO website over dit onderwerp.

Baarmoederhalskanker

Epidemiologie

Op basis van de laatste cijfers van het Belgische Kankerregister waren er in 2016 640 nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker in België, waarvan 347 in Vlaanderen (1). Baarmoederhalskanker is de 4^{e} meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen wereldwijd (in België 19^{e} plaats) (6). De afgelopen jaren (2004-2014) is in België de incidentie van invasieve cervixcarcinomen vrij stabiel gebleven terwijl er naar schatting jaarlijks een stijging in het aantal in situ carcinomen is van 10% (6). Wat betreft de mortaliteit waren er 157 sterfgevallen ten gevolge van baarmoederhalskanker in 2014 (6). De mortaliteit van baarmoederhalskanker is sinds 1990 vrij stabiel gebleven (6).

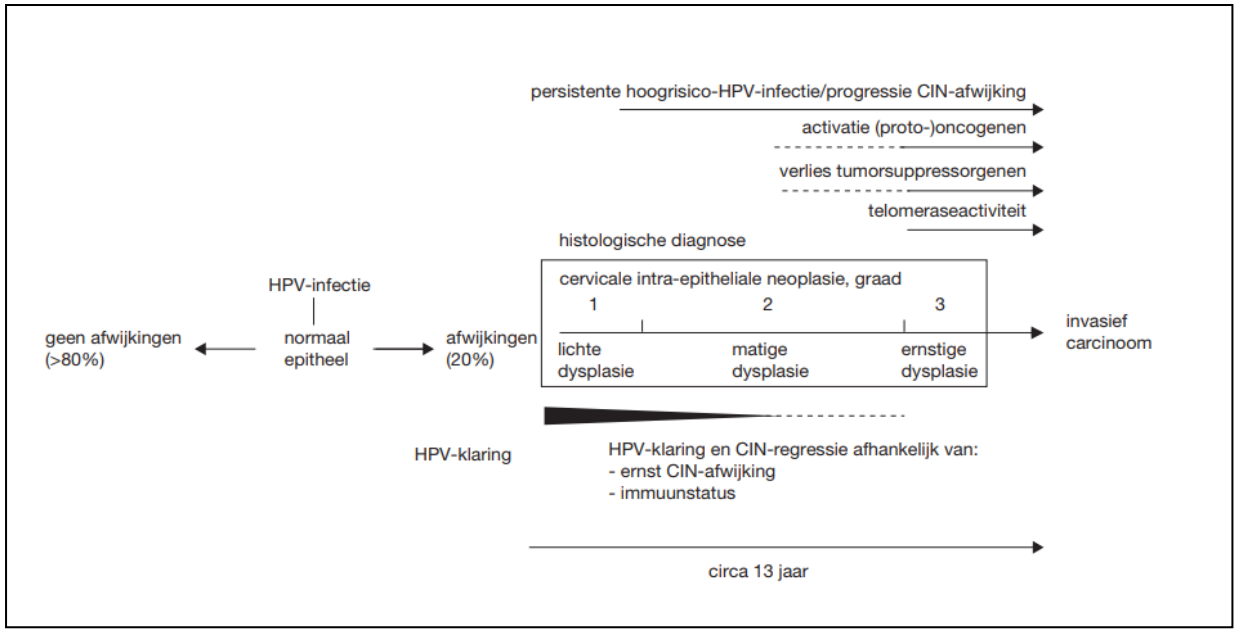
Etiologie en natuurlijk beloop

Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een persisterende infectie van het cervixepitheel met één van de hoogrisicotypes van het humaan papillomavirus (HPV). Er zijn ruim honderd verschillende types humaan papillomavirus, ze worden onderverdeeld in laag risico- en hoog risico HPV types. De laagrisicotypes (LR-HPV) veroorzaken anogenitale wratten (condylomata acuminata) waarvan HPV types 6 en 11 de meest frequent voorkomende zijn. Hoogrisicotypes (HR-HPV) zijn geassocieerd met anogenitale kankers. In 99,7% van alle gevallen van baarmoederhalskanker wordt één of meer van de 13 HR- HPV-types (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, en 68) teruggevonden (6). In Europa wordt 59% van de baarmoederhalskankers toegeschreven aan HPV 16 en 16% procent aan HPV 18 (6).

Het viraal genoom codeert onder andere voor twee oncoproteïnes: E6 en E7. Bij een persisterende HPV infectie kan overexpressie van E6 en E7 leiden tot maligne transformatie van de geïnfecteerde epitheelcellen (6).

HPV wordt voornamelijk seksueel overgedragen en bijgevolg verhoudt het risico op het verwerven van een nieuwe HPV- infectie zich recht evenredig tot de seksuele activiteit en het aantal partners (6). Ongeveer 80% van de volwassenen raakt eens in zijn leven besmet met HPV (7). 80% van de HPV-infecties en de daarmee geassocieerde epitheliale letsels verdwijnen spontaan zonder behandeling dankzij de eigen cellulaire immuniteit die de geïnfecteerde cellen elimineert, meestal binnen de 2 jaar (6,7). Minder dan 1% van de vrouwen die besmet is met HR-HPV, zal daadwerkelijk baarmoederhalskanker ontwikkelen (7).

De ontwikkeling van baarmoederhalskanker verloopt via een aantal precancereuze letsels, histologisch herkenbaar als cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN)- laesies (zie figuur 2). Er worden drie graden van CIN (1, 2, 3) onderscheiden: milde, matige of ernstige dysplasie. Bij CIN1 treedt in 60 % van de gevallen spontane klaring op en slechts 1% evolueert uiteindelijk naar kanker (6). Bij CIN2 en CIN3 ligt het aantal letsels dat spontaan regresseert heel wat lager (30-40 %) en onbehandeld zal er in meer dan 12% van de gevallen een invasief carcinoom ontstaan (6). Naast squameuze letsels bestaan er ook glandulaire letsels waarvan het adenocarcinoma in situ (AIS) als een premaligne letsel wordt beschouwd. Tussen infectie en het ontstaan van een invasief carcinoom verloopt minstens 10 jaar, gemiddeld 12 tot 15 jaar (3).



Figuur 2: Model van HPV-infectie en de pathogenese van baarmoederhalskanker. Bron: Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F (2011). Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;40, pS67.

Symptomen

Een infectie met HPV of de aanwezigheid van precancereuze laesies geeft veelal geen symptomen. Naarmate de ernst van het letsel toeneemt (in het bijzonder in het geval van CIN3 of een invasief carcinoom) kunnen wel klachten ontstaan, waarbij abnormaal vaginaal bloedverlies meestal de eerste presentatie is. In het bijzonder kunnen tussentijds- en postcoïtaal bloedverlies (zogenaamde contactbloedingen) optreden. In vergevorderde stadia van baarmoederhalskanker kunnen er klachten ontstaan van vaginaal etterig- en/of onwelriekend verlies, mictieproblemen, defecatiestoornissen, pijn in de onderbuik of rug en oedeem van de onderste ledematen (8). Bij alle vrouwen met abnormaal vaginaal vochtverlies en/of bloeding dient gedacht te worden aan de mogelijkheid van baarmoederhalskanker.

Diagnose en opvolging

Huidige screening: cytologie met zo nodig HR-HPV bepaling

Regelmatige uitstrijkjes hebben hun nut bewezen om vroegtijdige veranderingen ter hoogte van de baarmoederhals op te sporen. Tot op heden wordt aanbevolen uitstrijkjes af te nemen volgens de dunnelaagmethode, hierbij worden cellen van de cervix afgeschraapt en microscopisch onderzocht. Hiermee wil men materiaal verkrijgen van de overgangszone tussen exo- en endocervix waar het meerlagig plaveiselcelepitheel naar een éénlagig cilindrisch epitheel overgaat. Deze transformatiezone is de voorkeursplaats voor het ontstaan van (pre-) maligne afwijkingen. Tijdens de afname van een uitstrijkje gaat de samenhang tussen de cellen grotendeels verloren, daardoor kunnen alleen de kenmerken van de losse cellen beschreven worden in een cytologisch protocol. Cytologische afwijkingen worden geclassificeerd volgens het Bethesdasysteem:

- **L-SIL** of 'Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion': laaggradige intra-epitheliale plaveiselcelafwijkingen.
- **H-SIL** of 'High-grade Squamous Intraepithelial Lesion': hooggradige intra-epitheliale plaveiselcelafwijkingen.
- **ASC-US** of 'Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance': atypische plaveiselepitheelcellen waarvan de betekenis niet duidelijk is. De cytologische afwijkingen zijn kwantitatief en/of kwalitatief onvoldoende om een zekerheidsdiagnose van L-SIL te stellen.
- **ASC-H** of atypische squameuze cellen, H-SIL kan niet met zekerheid uitgesloten worden. De cytologische afwijkingen zijn kwantitatief en/of kwalitatief onvoldoende om een zekerheidsdiagnose van H-SIL te stellen.
- **AGC** of 'Atypical Glandular Cells': atypische klierepitheelcellen van endometriale of endocervicale oorsprong.
- **AIS** of ‘Adenocarcinoma In Situ’.

Figuur 3: De Bethesda classificatie van cytologische afwijkingen bij de beoordeling van het uitstrijkje.

De patholoog formuleert een advies voor de opvolging van de gevonden afwijking, conform de voor Vlaanderen actuele aanbevelingen (9). In een aantal gevallen (3-4%) kan het nodig zijn om een HR-HPV-bepaling uit te voeren, en bij bepaalde cytologische afwijkingen zijn een colposcopie en biopsie aangewezen (zie figuur 4) (3).

Algemene beoordeling van het cervixepitheel	Beleidsvoorstel
Kwaliteit is onvoldoende	Herhaal het uitstrijkje na 3-6 maanden.
Negatief voor intra-epitheliale laesie of maligniteit (NILM)	Normaal screeningsinterval: 3 jaar, behalve na eerste uitstrijkje: interval van 1 jaar.
ASCUS ASC-US+infectie	HR-HPV-test: o HR-HPV-positief: colposcopie en biopsie o HR-HPV-negatief: uitstrijkje na 12 maanden Infectie + HR-HPV-negatief: herhaling na behandeling van de infectie maar ten vroegste 3 maanden na het vorige uitstrijkje. Infectie + HR-HPV-positief: eerst infectie behandelen, dan colposcopie.
ASC-H	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie.
L-SIL	Herhalingsuitstrijkje na 6 maanden • Regressie naar normaal: herhaal na 12 maanden • Progressie of onveranderd: colposcopie en biopsie
H-SIL	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie.
Aanwezigheid van endometriumcellen >40 j	Endometriumcellen na de menopauze moet steeds verder onderzocht worden: verwijzing naar de gynaecoloog voor gecombineerde colposcopie en hysteroscopie, met eventueel biopsiename.
AGC	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie, biopsie, endocervicale en endometriale weefselafname.
AIS	Verwijzen naar gynaecoloog.
Invasief carcinoom, plaveiselcel- of adenocarcinoom	Verwijzen naar gynaecoloog.
Normaal uitstrijkje na behandeling voor H-SIL of AIS	Na excisionele behandeling voor CIN 2, CIN 3 of AIS: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na behandeling. Ook colposcopie en HR-HPV-test 6 maanden na behandeling. Jaarlijks uitstrijkje tot 5 jaar na behandeling.

Figuur 4: Adviezen opvolging afwijkende uitstrijkjes. Bron: Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F (2011). Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;40, pS67.

Bij een colposcopie gebruikt men een binoculaire loupe om de cervix te bekijken waardoor het beeld vijf- tot twintig keer vergroot wordt (8). Door het aanbrengen van een azijnzuuroplossing zullen de afwijkende gebieden als witte zones zichtbaar worden. Naast azijnzuur kan men ook gebruik maken van een oplossing op basis van iood (lugoloplossing). Door middel van de colposcopie kunnen vervolgens gerichte biopsies genomen worden van de meest afwijkende gebieden om zo tot een diagnose te komen. Bij deze biopsie krijgen we een histologisch preparaat waarbij de samenhang tussen de cellen behouden blijft (8). Door microscopisch onderzoek van deze biopsies zijn we beter in staat de mate van dysplasie te beoordelen en een aangepast beleid te voeren, hierbij wordt de mate van dysplasie beschreven aan de hand van de cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN)-classificatie:

- Lichte dysplasie (CIN I)
- Matige dysplasie (CIN II)
- Ernstige dysplasie (CIN III)
- CIS: carcinoma in situ

Figuur 5: de CIN-classificatie van histologische afwijkingen bij de beoordeling van een cervixbiopsie.

Toekomstige screening: HR-HPV bepaling met zo nodig cytologie

Tot voor kort waren er onvoldoende klinische studies beschikbaar die de meerwaarde konden aantonen van een systematische HR-HPV bepaling en is de richtlijn nog steeds om te screenen middels cytologie, zo nodig kan nadien een bijkomende HR-HPV bepaling worden uitgevoerd. De HR-HPV test is vandaag niet terugbetaald. De huidige screening is daarentegen niet efficiënt: er worden te weinig vrouwen gescreend, ze worden te frequent gescreend en er worden te veel colposcopieën uitgevoerd (10).

De huidige richtlijn zal in 2019 herzien worden op basis van de aanbevelingen van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) (11,12). Het KCE adviseert om een getrapte screening te doen bij vrouwen boven de 30 jaar, met de HR-HPV-test als primaire test en nadien een cytologische beoordeling bij een positieve HR-HPV-test (12). Bij vrouwen jonger dan 30 jaar dient de screening verder middels cytologie te gebeuren, zo nodig gevolgd door een HR-HPV-test, zoals vandaag reeds in België wordt aanbevolen. Dit omdat in deze leeftijdscategorie de incidentie aan HR-HPV infecties hoog is doch de kans op invasieve letsels laag, en de meeste infecties ook spontaan verdwijnen. Deze methode zou ervoor zorgen dat indien toegepast op 100.000 vrouwen, 240 extra gevallen van baarmoederhalskanker en 96 overlijdens vermeden worden (10). Deze methode zou ook goedkoper zijn dan de huidige vorm van screening. Omdat het risico op het ontwikkelen van een invasieve kanker na een negatief HR-HPV-resultaat veel lager ligt dan na een normale PAP-test kan de tijdsduur tussen twee HR-HPV-testen verlengd worden tot 5 jaar (10). Het huidige beleid om te screenen tussen 25 en 65 jaar zal worden behouden.

In Nederland wordt dit al zo toegepast sinds 2017: het uitstrijkmateriaal wordt eerst getest op de aanwezigheid van HR-HPV en alleen als dit positief is wordt het uitstrijkje cytologisch beoordeeld (7). Indien geen HR-HPV wordt aangetroffen kan men 5 jaar wachten met het nieuwe uitstrijkje. Ook krijgen vrouwen vanaf 2017 bij de herinnering voor het bevolkingsonderzoek de mogelijkheid een HR-HPV zelfafnameset aan te vragen. De staalkwaliteit is vergelijkbaar tussen zelf-afname specimens en deze afgenomen door de arts. Studies hebben aangetoond dat het opsturen van een zelfafnamekit voor HR-HPV bepaling de participatiegraad bij non-responders significant kan verhogen op een kosten-effectieve manier (13,14). Primaire screening op basis van zelf-afname kits zou kunnen zorgen voor een daling in screening-gereateerde kosten, voornamelijk door het reduceren van het aantal arts-contacten (14). Daarentegen is screening op basis van zelf-afname kits voornamelijk bestudeerd bij non-responders en in lage-inkomsten landen, er is onvoldoende data beschikbaar om dit te kunnen aanbevelen in algemene context (14).

Behandeling

Behandeling van dysplasie

Wanneer na colposcopie en biopsie blijkt dat het om een CIN1-letsel gaat kan men een afwachtende houding aannemen mits een controle uitstrijk na 6 of 12 maanden. In geval van CIN2 kan, zeker bij adolescenten en jonge vrouwen en onder strikte follow-up, eveneens een afwachtende houding worden aangenomen. In de andere gevallen, en zeker bij een CIN3, is een behandeling aangewezen. Deze behandeling bestaat idealiter uit het verwijderen van de afwijkende zone. Dit kan naargelang de afwijking gebeuren onder vorm van een lusexcisie (LLETZ: large loop excision of the transformation zone), waarbij een schilvormig stukje van ongeveer 1 cm diep en 2 cm breed van de baarmoederhals wordt verwijderd. Indien er een uitgebreide afwijking bestaat kan het nodig zijn om een conisatie uit te voeren, dit is een ingreep waarbij een kegelvormig stuk uit de baarmoederhals wordt gesneden. Een potentieel nadeel van het verwijderen van een stukje van de baarmoederhals is een verhoogd risico op cervixinsufficiëntie (waardoor verhoogde kans op vroeggeboorte) en cervicale stenose. Daarom is het de bedoeling terughoudend zijn om deze techniek toe te passen, zeker bij jonge vrouwen.

Behandeling van baarmoederhalskanker

De behandeling van baarmoederhalskanker hangt af van het stadium op het moment van de diagnose. De behandeling van een cervixcarcinoom bestaat uit primaire chirurgie en/of een behandeling met (chemo-)radiotherapie. De radicale hysterectomie of hysterectomie van Wertheim-Meigs is een chirurgische procedure waarbij de baarmoeder wordt verwijderd tezamen met het bovenste deel van de vagina, het weefsel naast de baarmoederhals en baarmoeder, alsook de lymfeklieren van het kleine bekken en eventueel ook de para-aortale klieren (8). In geval van een vroeg stadium van baarmoederhalskanker en een onvoltooide kinderwens wordt soms een trachelectomie (cervixamputatie) overwogen (8).

Prognose

De prognose van baarmoederhalskanker hangt sterk af van het stadium van de tumor, eventuele inname van lymfeklieren en aanwezigheid van metastasen op afstand. Bij het carcinoma in situ (stadium 0) ziet men geen invloed op de overleving (8). Wat de invasieve baarmoederhalskankers betreft, is de overleving voornamelijk afhankelijk van de mate van verspreiding van de kanker buiten de cervix: wanneer de tumor gelimiteerd blijft tot de baarmoederhals (stadium I) bedraagt de relatieve 5-jaarsoverleving 92,2 % , dalend naar 63,6 % voor stadium II en 17,0 % voor stadium IV (8). De relatieve hoge globale vijfjaarsoverleving van 69,8 % voor cervixcarcinoma in België wordt deels verklaard door het feit dat het merendeel (53,9 %) van de patiënten gediagnosticeerd wordt in stadium I (8).

Preventie

Primaire preventie: vaccinatie

De laatste jaren vonden er op het domein van preventie van cervixkanker belangrijke ontwikkelingen plaats. Het meest in het oog springende was het beschikbaar worden van vaccins tegen het humaan papillomavirus. Op dit ogenblik zijn er drie vaccins beschikbaar in België: Cervarix® (HPV 16, 18), Gardasil® (HPV 6,11,16,18) en Gardasil 9® (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) (15). De Hoge gezondheidsraad adviseert dat meisjes en jongens van 9- tot 14 jaar worden gevaccineerd (6). Aanvullend formuleert de HGR dat bij vrouwen en mannen van 15- tot en met 26 jaar de vaccinatie op individuele basis kan worden overwogen, rekening houdende met het feit dat het vaccin niet beschermt tegen de reeds verworven HPV-types. De HGR adviseert ook om mannen die seks hebben met mannen (MSM) te laten vaccineren, tot de leeftijd van 26 jaar, alsook transplantpatiënten en patiënten met HIV (6).

De vaccinatie van meisjes is opgenomen in het basisvaccinatieschema: Gardasil 9® wordt in Vlaanderen gratis toegediend aan meisjes uit het eerste secundair (6,15). Voor meisjes die niet in aanmerking komen voor de gratis vaccinatie of die opteren voor een ander vaccin dan het gratis aangeboden vaccin is er een gedeeltelijke terugbetaling voorzien via de mutualiteit tussen 12- en 18 jaar (16). Vaccinaties voor meisjes ouder dan 18 jaar en vaccinaties voor jongens wordt op heden niet terugbetaald (15). Vanaf het schooljaar 2019-2020 zullen de vaccins ook gratis ter beschikking gesteld worden voor jongens in het eerste jaar secundair onderwijs (16). Meisjes die ouder zijn en al een eerste vaccin kregen vóór hun 19de verjaardag, komen ook in aanmerking voor terugbetaling. Zowel Cervarix®, Gardasil® als Gardasil 9® worden terugbetaald (16).

De vaccinatie heeft een bewezen effect op infectie en premaligne laesies, nog niet op kanker zelf. Er werd een beschermend effect gezien op premaligne cervicale laesies tot 10 jaar na vaccinatie; er zijn nog geen gegevens op langere termijn. Regelmatige cervixscreening blijft ook na vaccinatie noodzakelijk omdat niet alle HR-HPV-types in het vaccin zitten.

Secundaire preventie: screening

Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar is het aangewezen om zich driejaarlijks te laten screenen voor baarmoederhalskanker door middel van een uitstrijkje. Om de 3 jaar een uitstrijkje afnemen kan de morbiditeit en mortaliteit door baarmoederhalskanker reduceren met 80% (11).

Screening naar baarmoederhalskanker bestaat deels uit opportunistische screening, deels uit een door de overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek (BVO). Opportunistische screening is het afnemen van uitstrijkjes op eigen initiatief of op initiatief van de arts. Vrouwen die zich niet of niet tijdig laten screenen krijgen een uitnodigingsbrief voor deelname aan het georganiseerd bevolkingsonderzoek. Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) organiseert, in opdracht van de Vlaamse overheid, sinds 1 juni 2013, het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (2).

Er werd een kostenefficiënt call-recall-uitnodigingsmodel uitgewerkt, waarbij alleen vrouwen uitgenodigd worden die effectief in aanmerking komen voor een onderzoek. Hiervoor werd een samenwerking opgezet tussen het CvKO en de Stichting Kankerregister (BCR-Belgian Cancer Registry).

De participatiegraad van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskankerscreening bedroeg 62,2% in Vlaanderen in 2017 (2). Specifiek in de regio waar ons praktijkverbeterend project doorgaat in Lokeren bedroeg de participatiegraad in 2017 64,3% (17). In de gezondheidsdoelstelling voor Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker wordt er gestreefd naar een totale dekkingsgraad van minstens 65% tegen 2020. Deze doelstelling wordt momenteel behaald in de leeftijdscategorie 30 tot 49 jaar in Vlaanderen. Daarentegen zien we een dekkingsgraad van slechts 61% in de jongste leeftijdscategorie 25-29 jaar en ziet men vanaf 50 jaar de participatiegraad dalen met stijgende leeftijd naar slechts 48,8% in de hoogste leeftijdscategorie 60-64 jaar (2). Voor alle leeftijdscategorieën is er een daling in de dekking vanaf 2013 (2).

Studies hebben enkele risicofactoren voor niet-participatie aan screening kunnen identificeren: zwakke sociale en/of economische status, lage opleidingsgraad, allochtone afkomst, oudere leeftijd, alleenstaanden, de taal van het land niet machtig zijn en vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie (3).

Verder blijkt dat patiënten zich voornamelijk wenden tot gynaecologen voor het afnemen van een uitstrijkje. In 2017 werden slechts 16% van de uitstrijkjes afgenomen door de huisarts (2). De laatste jaren neemt het aandeel van de uitstrijkjes bij de huisarts nog af (2). De huisarts kan een unieke bijdrage leveren om niet-gescreende vrouwen toch te beschermen. Veel vrouwen laten uitstrijkjes nemen bij de gynaecoloog wanneer zij consulteren in het kader van anticonceptie, zwangerschap of specifieke klachten. In de afwezigheid van één van vorige factoren consulteren deze vrouwen geen gynaecoloog en worden er vaak geen uitstrijkjes meer genomen. De meeste van die vrouwen zullen wel om andere redenen een huisarts raadplegen. De huisarts kan deze contacten aanwenden om de patiëntes die zich niet laten screenen te stimuleren om dit wel te doen. Cervixkankerscreening kan in de consultatievoering besproken worden naar aanleiding van andere preventieve handelingen zoals vaccinatie, colonkankerscreening, borstkankerscreening en het peilen naar alcohol- of nicotinegebruik.

Studies hebben aangetoond dat een individuele benadering in vergelijking met groepsgerichte interventies leidt tot een hogere screeningsgraad (4). In het kader van georganiseerde screening is gebleken dat het sturen van een herhalingsbrief naar de non-responders, eventueel gevolgd door telefonisch rappel, de participatiegraad kan verbeteren (18,19). Daarnaast is aangetoond dat de opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger is na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad (5).

ONDERZOEKSMETHODIEK

Situatieschets en doelstelling

Ik sta als HAIO in een groepspraktijk in Lokeren met 6 artsen. In onze praktijk ging er weinig aandacht naar de screening van baarmoederhalskanker. De participatie aan het BVO baarmoederhalskankerscreening werd nauwelijks nagevraagd, er werd niet nagekeken of we een recent uitstrijkje in het dossier hadden. In ons EMD wordt een preventiesjabloon ter beschikking gesteld waarbij een pop-up verschijnt indien de patiënte in aanmerking komt voor baarmoederhalskankerscreening, je kan hier invullen wanneer het laatste uitstrijkje gebeurde en wanneer het volgende uitstrijkje zou moeten gebeuren. Dit sjabloon werd door onze artsen bijna nooit gebruikt of ingevuld. Er werden ook bijna nooit uitstrijkjes genomen door de artsen in onze praktijk, dit werd voornamelijk bij de gynaecoloog uitgevoerd.

Daarom werd een praktijkverbeterproject opgezet waarbij we beoogden de participatiegraad aan het bevolkingsonderzoek te verhogen, de hoeveelheid uitstrijkjes die in onze praktijk werden genomen te verhogen en het invullen van het preventiesjabloon te verbeteren.

Het praktijkverbeterend project

Het project werd uitgetekend in 2 luiken: een retrospectief luik (vóór de interventie) en een prospectief luik (ná de interventie).

Het retrospectieve luik bestond uit een studie van de huidige participatiegraad, het aandeel van de huisartsen in het afnemen van uitstrijkjes en de mate van invullen van het preventiesjabloon. Dit werd gedaan door een extractie te maken van alle patiënten die in aanmerking komen voor baarmoederhalskankerscreening met een contact in de laatste 20 weken vóór de interventie. Dit werd gedaan via een populatie-analyse in Health-One met het ingeven van de volgende criteria: vrouwelijke patiënten tussen de 25- en 65 jaar met een contact tussen 2/4/2018 en 20/8/2018. Na deze extractie kwam ik uit op een lijst met 846 patiënten. Patiënten met een hysterectomie in de voorgeschiedenis, een GMD bij een andere arts, geen contact in de voorziene studieperiode (bv enkel een telefonisch advies) of een vervallen eID werden geëxcludeerd. Zo werden 118 patiënten geëxcludeerd, en werd van de 728 overblijvende patiënten een database aangelegd waarin relevante studiemerkers voor de interventie werden gedocumenteerd: geboortedatum, datum laatste uitstrijkje, uitvoerend arts laatste uitstrijkje (huisarts of gynaecoloog), invullingsstatus preventiesjabloon. Het opzoeken van de aanwezigheid van een PAP resultaat in het dossier werd op een gestandaardiseerde manier voor elke patiënt nagegaan. Er werd gezocht via de zoekfunctie (control-F) om het gehele dossier te doorzoeken op bepaalde trefwoorden. Hierbij werden de trefwoorden ‘PAP’, ‘cervix’ en ‘thinprep’ ingevoerd. Indien hiermee geen resultaat werd bekomen, werd de HUB doorlopen om het meest recente PAP resultaat terug te vinden. Indien deze zich op de HUB bevond en niet in het dossier, werd deze geïntegreerd in het dossier. De datum van de laatste PAP afname werd ingevuld in het preventiesjabloon en er werd een alert ingesteld wanneer de volgende PAP dient te worden afgenomen. Indien de patiënte een hysterectomie in de voorgeschiedenis had en de alert van het preventiesjabloon niet was uitgevinkt, werd dit in orde gebracht.

Tijdens het prospectieve luik werd de interventie doorgevoerd, deze bestond uit 3 acties:

1. Er werden folders in de wachtzaal en op de balie gelegd om het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te promoten (zie bijlage).

2. Er werd een poster gemaakt om het praktijkverbeterend project in de kijker te zetten, deze werd op een zichtbare plaats in de wachtzaal gehangen (zie bijlage).

3. Er werd actief aandacht besteed tijdens de consultaties aan het identificeren van patiënten die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek: aan deze patiënten werd gevraagd of zij recent nog een uitstrijkje hadden laten nemen en/of dit werd nagegaan in het dossier. Dan werd het preventiesjabloon ingevuld met de datum van het laatste uitstrijkje en indien dit meer dan 3 jaar geleden was, werd aangeboden dit te laten herhalen in het kader van onze studie. Er werd uitleg gegeven over het bevolkingsonderzoek en aangeboden om een uitstrijkje te laten nemen bij ons in de praktijk of door de gynaecoloog. Indien de patiënte wenste deel te nemen aan het onderzoek kreeg zij een informatiebrief mee en werd een informed consent getekend. Indien de patiënte hiervoor de gynaecoloog wenste te raadplegen werd een verwijsbrief meegegeven en desgewenst een afspraak ingepland door onze praktijkassistente.

De interventie werd doorgevoerd gedurende 20 weken (20/8/2018 tem 5/1/2019). Voorbereidingen werden getroffen door het nodige materiaal voor het nemen van een uitstrijkje beschikbaar te stellen en te organiseren in éénzelfde lade per kabinet (specula, potjes, cervixbrushes, onderleggers, KY gel, zakjes). Er werden plastic wegwerpspecula besteld omdat de turn-over te groot werd geschat om met de enkele beschikbare metalen specula onze interventie goed te kunnen doen (aangezien de instrumenten slechts éénmaal per week worden gesteriliseerd). Voor de start van de studie werd een informatiebrief en e-mail betreffende ons onderzoek verstuurd naar de gynaecologen in de buurt alsook diegene waar we vaak mee samenwerken om hun maximale participatie te bekomen.

De artsen in de praktijk werden gestimuleerd om aandacht te besteden aan baarmoederhalskankerscreening door het doel en de opzet van de interventie verschillende keren te belichten tijdens de wekelijkse stafvergadering. Er werd opgefrist hoe je een uitstrijkje afneemt, en de gehele studieprocedure werd in een handleiding met foto's uitgelegd en beschikbaar gesteld in elk kabinet, tezamen met een bundel informed consent formulieren en informatiebrochures. Er werd ook een tussentijdse voortgangspresentatie gegeven aan de hand van slides om de artsen te motiveren hun goede inspanningen verder te zetten.

Tijdens deze interventieperiode werden 75 patiënten geïncludeerd in de studie, 5 patiënten werden geëxcludeerd (hysterectomie in voorgeschiedenis, of het uitstrijkje was wel in orde) waardoor uiteindelijk 70 patiënten weerhouden werden. Na deze interventieperiode werd opnieuw een extractie gedaan in Health-one met het ingeven van de volgende criteria: vrouwelijke patiënten tussen de 25 en 65 jaar met een contact tussen 20/8/2018 en 5/1/2019. Na deze extractie kwam ik uit op een lijst met 913 patiënten. Patiënten met een hysterectomie in de voorgeschiedenis, een GMD bij een andere arts, geen contact in de voorziene studieperiode of een vervallen eID werden geëxcludeerd.

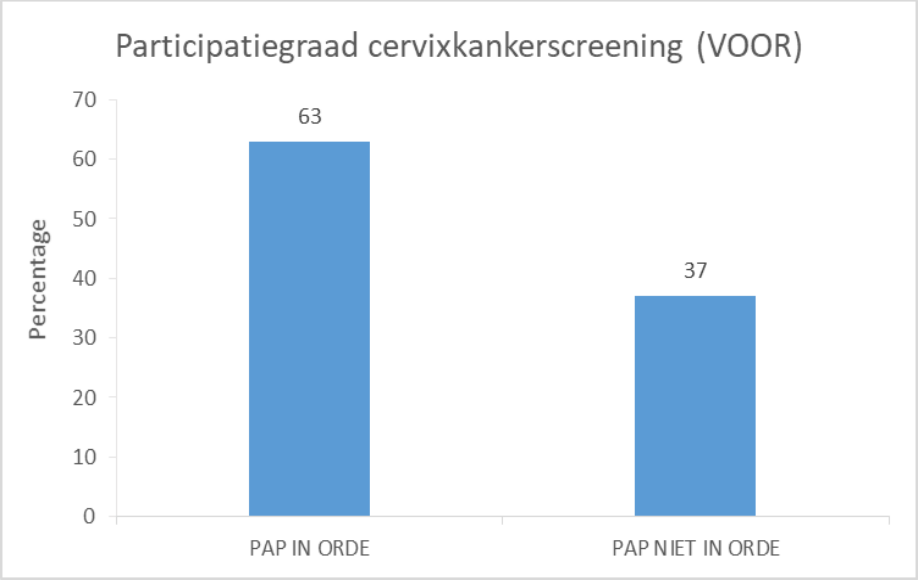
Zo werden 129 patiënten geëxcludeerd, en werd van de 784 overblijvende patiënten een database aangelegd met de relevante studiemerkers aan de hand van dezelfde strategie als in het retrospectieve luik. Van deze 913 patiënten bleken 682 patiënten te overlappen met het retrospectieve luik.

Nadien werden de studiepopulaties van het retrospectieve- en prospectieve luik vergeleken inzake screeningsgraad, het aandeel van de huisarts in het nemen van uitstrijkjes en de mate van invulling van het preventiesjabloon. Het verschil tussen de leeftijden van de groepen werd geanalyseerd door middel van een T-test. De verschillen in percentages van participatiegraad en het aandeel van de huisarts werden geanalyseerd door middel van een Chi-kwadraat toets op basis van een 2x2 tabel.

RESULTATEN

Retrospectieve luik (status vóór interventie)

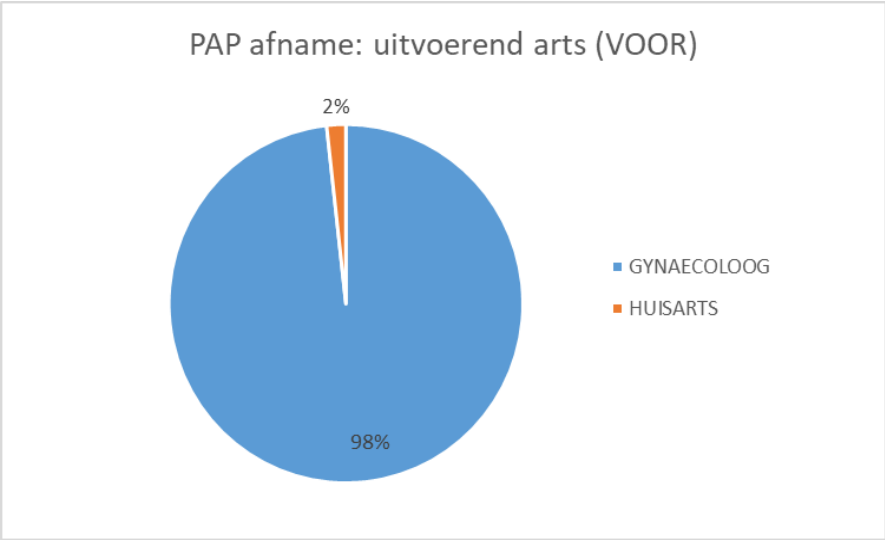
De onderzochte populatie vóór de interventie bestond uit 846 patiënten, 118 patiënten werden geëxcludeerd, en van de 728 overblijvende patiënten werd gekeken naar de participatiegraad en wie de uitstrijkjes afnam. Van de 728 geïncludeerde patiënten bleken 458 patiënten in orde te zijn met hun baarmoederhalskankerscreening (63%).



Figuur 5 Participatiegraad baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk vóór de interventie

De gemiddelde leeftijd van de populatie vrouwen die in orde was met hun uitstrijkjes was 45 jaar, deze leeftijd was niet verschillend in de populatie vrouwen die niet in orde was met hun uitstrijkjes ($p = 0,65$).

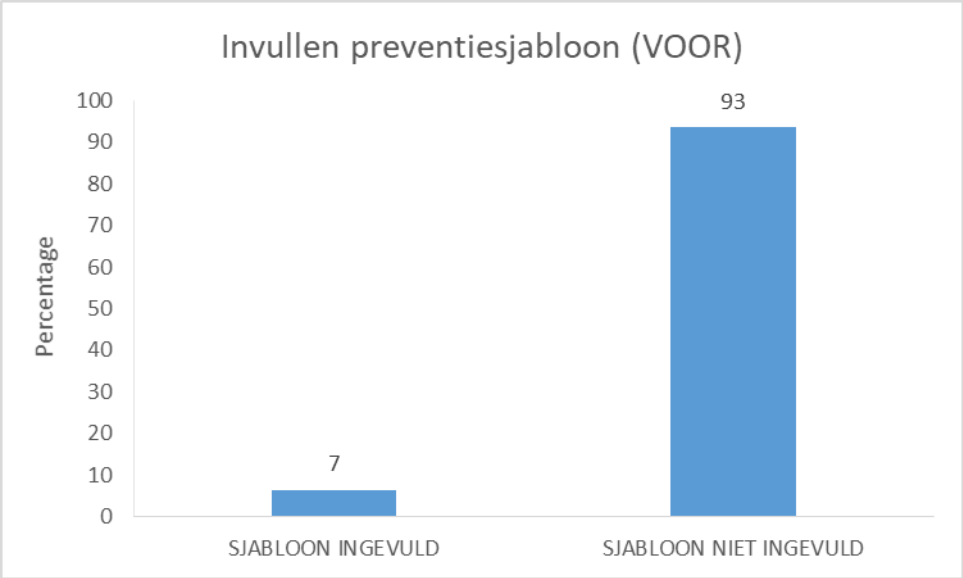
De overgrote meerderheid van de patiënten die in orde waren liet deze screening uitvoeren bij de gynaecoloog: 450 van de 458 patiënten (98%). Indien men de populatie bekijkt van alle patiënten die ooit een uitstrijkje lieten nemen, op tijd of niet, bleken 583 van de 593 uitstrijkjes afgenomen door de gynaecoloog (98%).



Figuur 6 Aandeel van de huisarts in de afname van uitstrijkjes vóór de interventie

Van de 8 patiënten die in orde waren en het uitstrijkje lieten nemen bij de huisarts was dit in 7 van de 8 gevallen door een vrouwelijke arts. Indien men de populatie bekijkt van alle patiënten die ooit een uitstrijkje lieten nemen bij de huisarts, op tijd of niet, bleek 7 van de 10 patiënten het uitstrijkje te laten afnemen door een vrouwelijke arts.

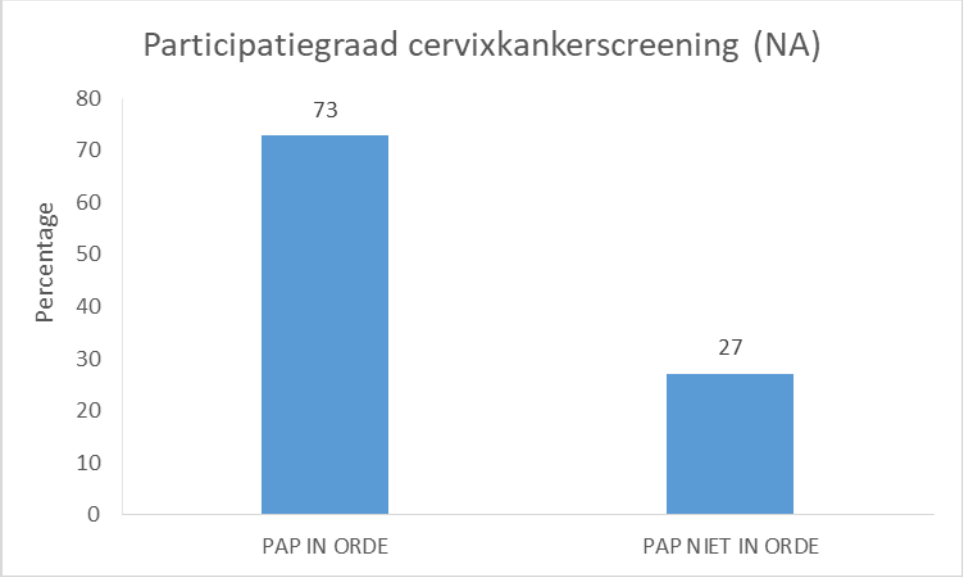
Het preventiesjabloon bleek ingevuld bij 37 van de 458 patiënten die in orde waren met de PAP screening (8%). Van de uitstrijkjes die gebeurden bij de huisarts werd dit in 4 van de 8 gevallen ingevuld in het preventiesjabloon. Indien men de populatie bekijkt van alle vrouwen in het retrospectieve luik waarbij het preventiesjabloon kon ingevuld worden, dit wil zeggen : er is een datum beschikbaar van het laatste uitstrijkje of de patiënte onderging een hysterectomie waardoor het preventie-alert moet worden afgezet, komt men op een totaal aantal patiënten van 661. In deze 661 dossiers waren 43 preventiesjablonen ingevuld (7%).



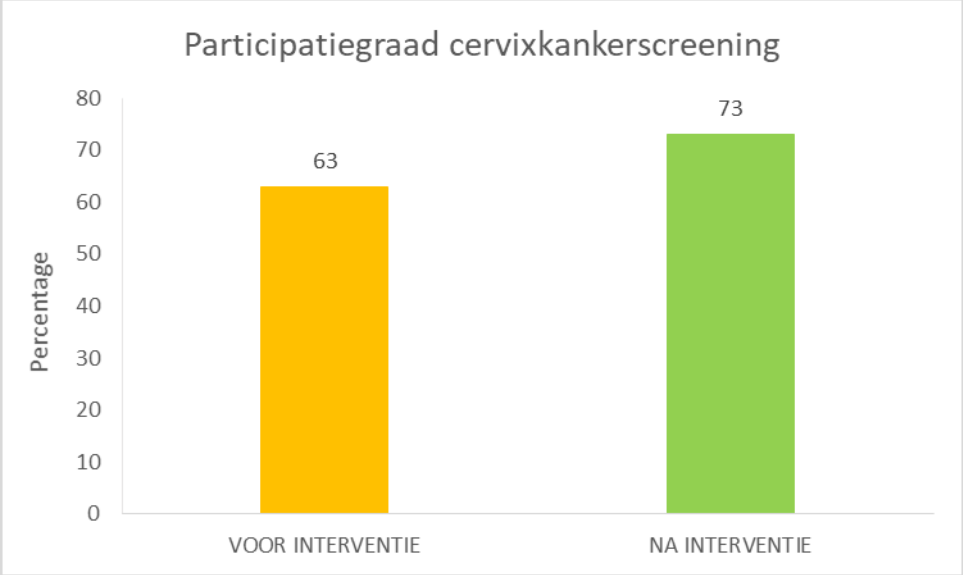
Figuur 7 Invulling preventiesjabloon in de huisartspraktijk vóór de interventie

Prospectieve luik (status ná de interventie)

De onderzochte populatie ná de interventie bestond uit 913 patiënten, 129 patiënten werden geëxcludeerd, en van de 784 overblijvende patiënten werd gekeken naar de participatiegraad en wie de uitstrijkjes afnam. Van de 784 geïncludeerde patiënten bleken 571 patiënten in orde te zijn met hun baarmoederhalskankerscreening (73%) , dit is een significant verschil met de participatiegraad vóór de interventie (p<0,0001).



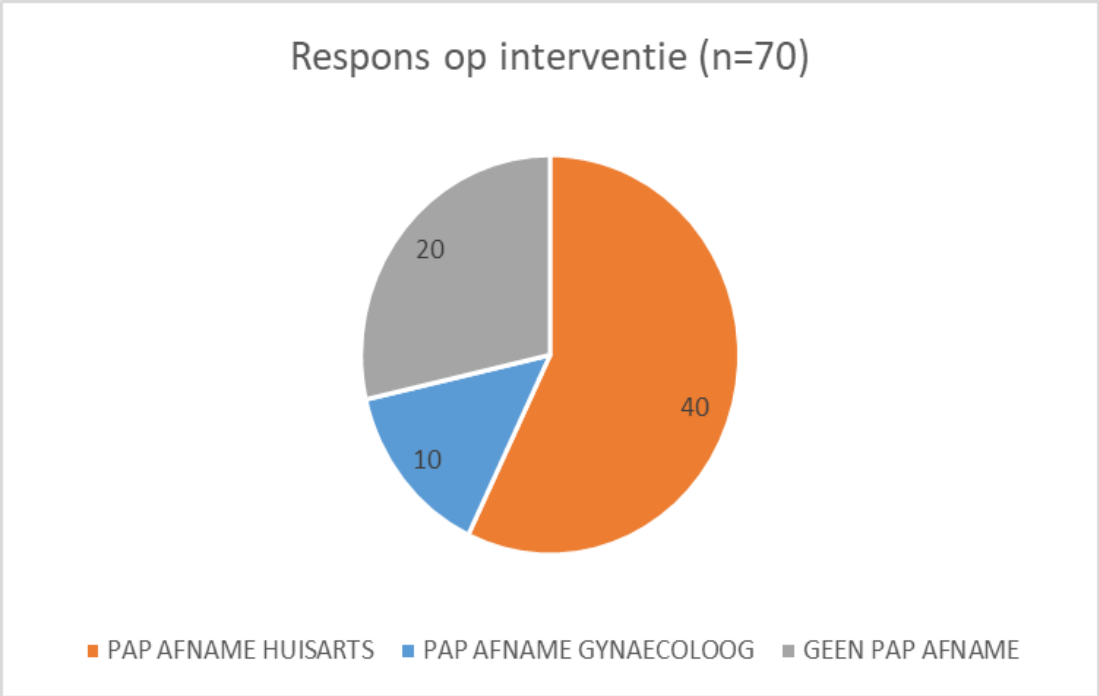
Figuur 8 Participatiegraad baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk ná de interventie



Figuur 9 Participatiegraad baarmoederhalskankerscreening vóór- en ná de interventie

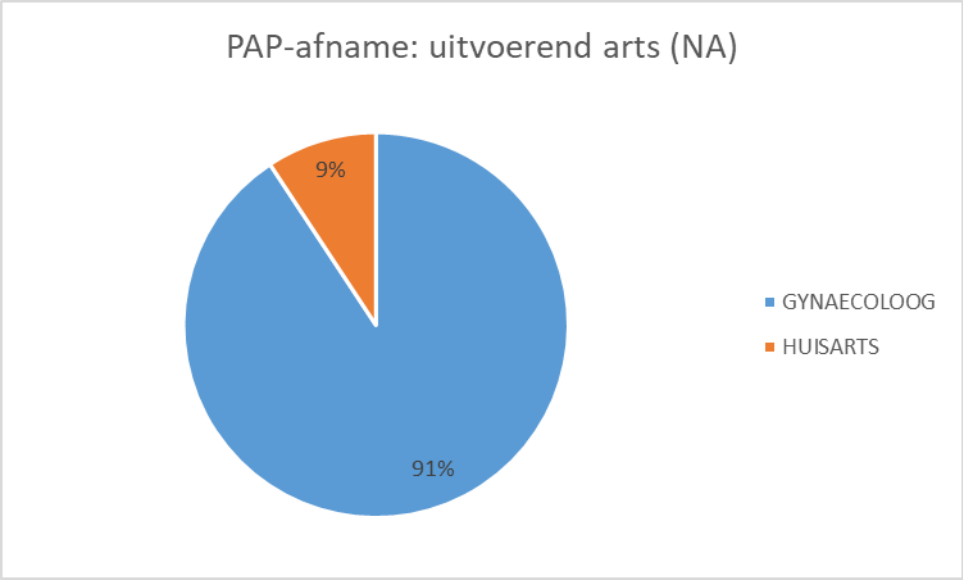
De gemiddelde leeftijd van de populatie vrouwen die in orde was met hun uitstrijkjes was 45 jaar, deze was niet significant verschillend van de leeftijd van de populatie vrouwen die niet in orde was met hun uitstrijkjes, zijnde 46 jaar (p = 0,38).

Door het actief navragen en nakijken in het dossier werden patiënten op de raadpleging geïdentificeerd die niet in orde waren met hun PAP-screening. Zij werden aangespoord dit wel te doen, en uitgenodigd om dit in de huisartsenpraktijk te laten afnemen of via de gynaecoloog. Op deze manier werden 70 patiënten aangesproken waarvan 50 patiënten daadwerkelijk een uitstrijkje lieten nemen nadien (responsratio 71%). Van de 20 patiënten die na onze aansporing toch geen uitstrijkje lieten nemen deden 2 patiënten dit uit actieve weigering. Van de 50 geïncludeerde patiënten die dit wel deden lieten 40 patiënten (80%) dit verrichten in onze praktijk en 10 patiënten via de gynaecoloog (20%). Van de 40 uitstrijkjes genomen in onze praktijk werden er 34 afgenomen door een vrouwelijke arts (85%).

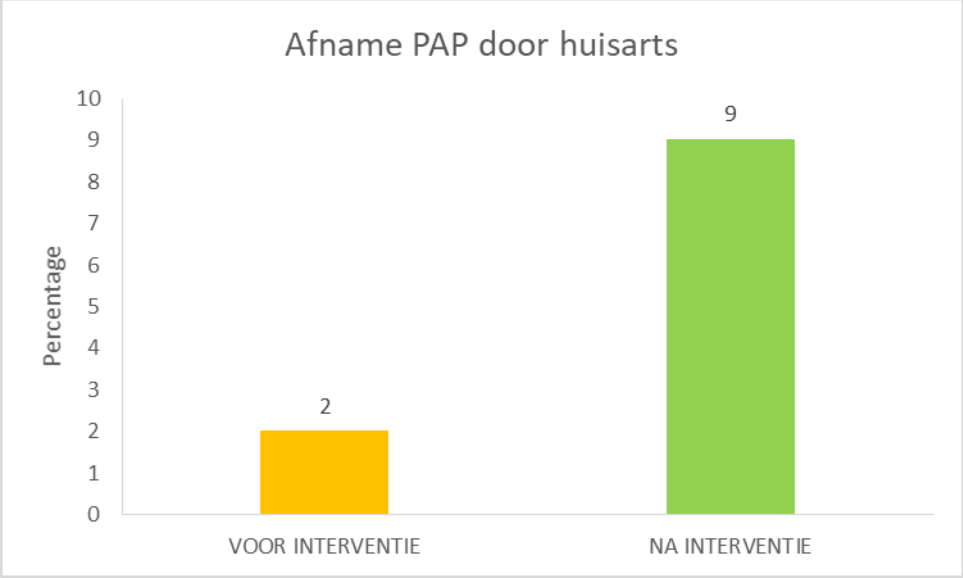


Figuur 10 Respons op interventie bij geïncludeerde patiënten (n=70)

Van de 571 patiënten die in orde waren met hun PAP screening was dit bij 518 patiënten via de gynaecoloog (91%). Het aantal uitstrijkjes afgenomen door de huisarts was significant hoger ná de interventie, 9% versus 2% vóór de interventie (p<0,0001).



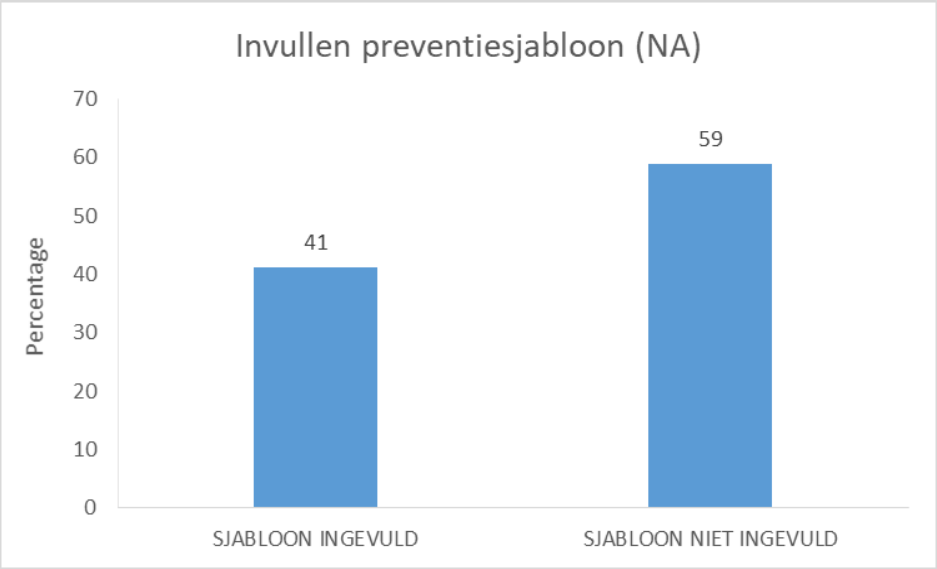
Figuur 11 Aandeel van de huisarts in de afname van uitstrijkjes ná de interventie



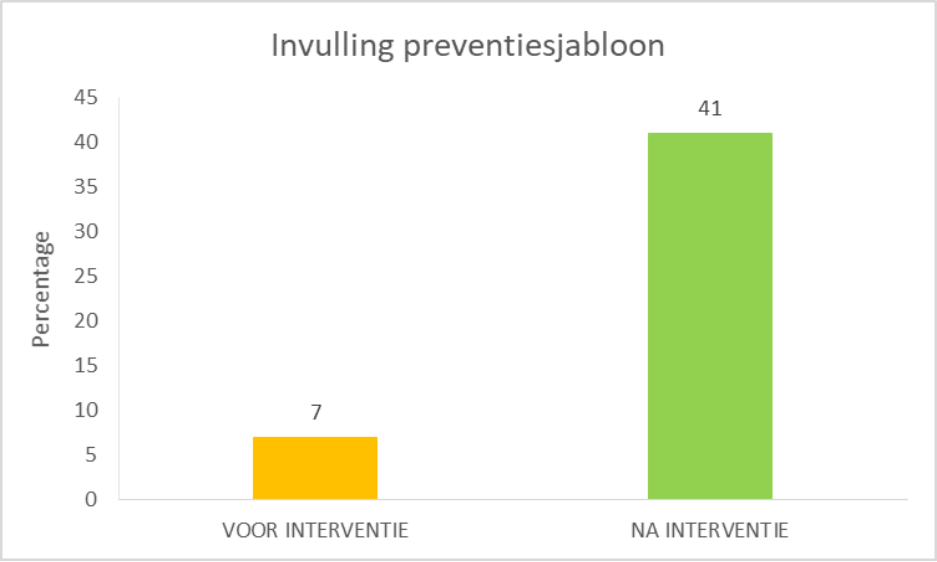
Figuur 12 Aandeel van de huisarts in de afname van uitstrijkjes vóór- en ná de interventie

Van de 53 patiënten die dit lieten verrichten via de huisarts werden 42 uitstrijkjes afgenomen door een vrouwelijke arts (79%).

Er zijn een groot aantal patiënten die overlappen in het retrospectieve- en prospectieve luik (d.w.z. dat er een contact was in beide perioden). Aangezien de dossiers waarvan het preventiesjabloon niet in orde was in het retrospectieve luik tijdens de dataverwerking in orde werden gebracht, geeft dit een vertekend beeld indien we dan zouden kijken in welke mate het preventiesjabloon is ingevuld in de totale populatie van het prospectieve luik. Daarom wordt een selectie gemaakt van de patiënten die alleen in het prospectieve luik werden gezien (n=231), om een zuiver beeld te krijgen van de invloed van onze interventie tijdens de consultatie op de graad van invulling van het preventiesjabloon. Indien men de populatie bekijkt van vrouwen gezien in het prospectieve luik waarbij het preventiesjabloon kon ingevuld worden, dit wil zeggen : er is een datum beschikbaar van het laatste uitstrijkje of de patiënte onderging een hysterectomie waardoor het preventie-alert moet worden afgezet, komt men uit op 163 patiënten. Het preventiesjabloon was ingevuld bij 67 patiënten (41%), in vergelijking met de 7% invullingsgraad vóór de interventie (p<0,0001).



Figuur 13 Invulling preventiesjabloon in de huisartsenpraktijk ná de interventie



Figuur 14 Invulling preventiesjabloon in de huisartspraktijk vóór- en ná de interventie

DISCUSSIE

Interpretaties en toetsing aan literatuur

We voerden een praktijkverbeterend project uit inzake baarmoederhalskankerscreening aan de hand van folders, een poster en het actief aansporen van de patiënt op consultatie. Deze interventies hebben geleid tot een significante verbetering in de participatiegraad, een grotere rol voor de huisarts in de screening en een spectaculair verbeterde invulling van het preventiesjabloon.

Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de resultaten van eerdere studies die aantonen dat hoe gerichter de interventie is, hoe meer invloed dit heeft op de participatiegraad van baarmoederhalskankerscreening: zo is een telefonische rappel effectiever dan een algemene herinneringsbrief bij non-responders (19,20). Andere studies hebben bovendien aangetoond dat het effect van de gerichte interventie nog groter is indien deze wordt uitgevoerd door de huisarts (4,5). Een eerdere scriptie met een analoog ontwerp toont gelijkaardige bevindingen als onze studie: een gerichte interventie door de huisarts op consultatie en een affiche in de wachtzaal bevordert de participatiegraad en doet het aantal uitstrijkjes afgenomen door de huisarts stijgen (21). We zien dat deze effecten groter zijn in de voorgenoemde studie: de participatiegraad steeg van 33% naar 62% en het aandeel van de huisarts van 7% naar 20%. Dit verschil is vermoedelijk grotendeels te verklaren door het feit dat bovenstaande studie enkel werd toegepast op de 25- tot 35-jarigen, die een slechte participatiegraad vertoonden. Bovendien werd de interventie een heel jaar doorgevoerd in deze studie, vergeleken met 20 weken in onze studie. We zouden dus kunnen verwachten dat indien onze interventie langer wordt doorgevoerd de effecten ook groter zouden zijn.

Sterktes en zwaktes

Sterktes van onze studie zijn dat het telkens een grote studiepopulatie betrof: 846 patiënten in het retrospectieve luik en 913 patiënten in het prospectieve luik. Bovendien werd de interventie gedurende een voldoende lange periode doorgevoerd zodat een significant effect kon worden geobserveerd.

Zwaktes van de studie zijn dat er een groot deel van de patiënten van het retrospectieve- en prospectieve luik overlappen (n=682). Aangezien het preventiesjabloon in orde werd gebracht tijdens de datacollectie van het retrospectieve luik kon men deze patiënten dus niet meer gebruiken in het prospectieve luik inzake sjabloonanalyse. Om deze bias weg te nemen werden enkel de nieuw geziene patiënten van het prospectieve luik meegenomen in de sjabloonanalyse, en vergeleken met de totaalpopulatie van het retrospectieve luik. Om deze bias te vermijden hadden we een populatie kunnen selecteren van vrouwen gezien in dezelfde periode maar een jaar eerder bijvoorbeeld, dit is een tekortkoming in het initiële studiedesign.

Een andere zwakte is dat we enkel van de patiënten die op de consultatie werden aangesproken en dan ook effectief een informed consent tekenden met zekerheid kunnen besluiten dat er een causaal verband bestaat tussen onze interventie en de geobserveerde uitkomst. Bij de andere vrouwen die recent een uitstrijkje lieten nemen zou dit ten gevolge van onze poster of folder kunnen zijn, maar het zou hier ook onafhankelijk van kunnen zijn.

Toetsing aan visgraatanalyse

Tijdens het samenstellen van de databank kon ik nog enkele bijkomende interessante knelpunten opmerken die van belang kunnen zijn in het verbeteren van baarmoederhalskankerscreening in de huisartsenpraktijk. Zo lijkt het dat indien er in de familie aandacht wordt besteed aan baarmoederhalskankerscreening, dit een invloed heeft op de participatiegraad: zo zie je bijvoorbeeld vaak dat indien de moeder zich consistent laat screenen, de dochters dit meestal ook doen. Anderzijds zie je soms gehele families die niet deelnemen. Een andere interessante vaststelling is dat vrouwen die in een fertiliteitstraject zitten vaak veel onderzoeken ondergaan bij de gynaecoloog maar doorgaans niet in orde zijn met het nemen van een uitstrijkje. Vrouwen die frequent en kort na elkaar zwanger waren zijn frequenter niet in orde. Je ziet dat vrouwen met een chronische ziekte die in een intensief behandelingstraject zitten zoals bijvoorbeeld voor kanker of reuma vaker niet in orde te zijn met hun PAP screening.

Bij het navragen of patiënten in orde zijn met hun uitstrijkje bleek dat patiënten relatief onwetend zijn over wat een uitstrijkje precies is en of dit wordt afgenomen wanneer ze naar de gynaecoloog gaan. Zo gaven patiënten aan in orde te zijn met hun uitstrijkje en bleek dit nadien vaak niet te kloppen (bij het nakijken van de resultaten): er werd enkel een kweek afgenomen of een inwendig onderzoek uitgevoerd. Veel vrouwen gaan ervan uit dat het nemen van een uitstrijkje standaard onderdeel is van ieder gynaecologisch onderzoek, terwijl zij vaak in het kader van bepaalde klachten naar de gynaecoloog gaan. Dan wordt meestal enkel naar deze klachten gekeken en wordt een uitstrijkje vaak vergeten. De onwetendheid van vrouwen omtrent wat een uitstrijkje is en wanneer het de laatste keer werd afgenomen illustreert toch dat zij onvoldoende geïnformeerd zijn over het gynaecologisch onderzoek. Mogelijks heeft het ook te maken met de wijze waarop het resultaat van het uitstrijkje wordt medegedeeld (doorgaans is dit ‘geen nieuws is goed nieuws’). Op deze manier gaat de patiënt naar de gynaecoloog, denkt dat er een uitstrijkje wordt afgenomen en indien zij er nadien niets meer over hoort gaat ze ervan uit dat het uitstrijkje goed was, terwijl het nooit gebeurde. Hieruit kunnen we concluderen dat je er niet zomaar van uit mag gaan dat het uitstrijkje in orde is op basis van wat de patiënte aangeeft, of op basis van het feit dat ze recent naar de gynaecoloog is geweest. Daarom is het belangrijk steeds het PAP resultaat te verifiëren en zo nodig op te vragen.

Een tweede geïdentificeerd probleem in de visgraatanalyse was onvoldoende kennis en ervaring bij de huisarts inzake uitstrijkjes nemen. De bedoeling van dit praktijkverbeterend project was niet alleen om aan te tonen dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in baarmoederhalskankerscreening maar ook om een gunstige omgeving te creëren waarbij de huisarts zich geplaatst voelt om deze zaak meer naar zich toe te trekken in de toekomst. Initieel werden bijna geen uitstrijkjes afgenomen in onze praktijk, en in het kader van de studie werden toch 50 uitstrijkjes afgenomen door onze huisartsen over het verloop van 5 maanden. Door meer ervaring op te doen creëer je zelfvertrouwen bij de artsen, dit is een motivatie om dit meer te doen en ook meer actief aan te bieden aan patiënten.

Een ander probleem was angst en onwetendheid bij de patiënt voor het onderzoek, of de resultaten ervan. Dit probleem kan eenvoudig aangepakt worden door je als huisarts op te stellen als aanspreekpunt voor baarmoederhalskankerscreening: de patiënt goed informeren, het aanbieden van het afnemen van een uitstrijkje in de praktijk en het bespreken van het resultaat. Informatiebrochures en een poster in de wachtzaal kunnen hierbij helpen.

De communicatie tussen gynaecoloog en huisarts verloopt suboptimaal, vaak worden uitstrijkjes afgenomen door de gynaecoloog niet gerapporteerd aan de huisarts. Wij verstuurden een inlichtingenbrief omtrent onze studie naar de gynaecologen in de buurt en indien patiënten een uitstrijkje wouden laten nemen bij de gynaecoloog zagen we dat ze er snel terecht konden. We hopen dat er meer aandacht is gevestigd op het belang van de rapportage door het frequent opvragen van ontbrekende verslagen, alsook door de gynaecoloog steeds in kopie te zetten indien we zelf een uitstrijkje afnamen (het goede voorbeeld geven).

Aangezien het niet steeds gemakkelijk is om eraan te denken indien een patiënte komt met een andere aanmeldingsklacht, is het handig om een waarschuwing te krijgen van het EMD dat de patiënte in aanmerking komt voor baarmoederhalskankerscreening. In onze praktijk werd dit preventiesjabloon nauwelijks ingevuld, en alerts van het EMD werden vaak weg geklikt uit gewoonte of tijdsgebrek. Aan de hand van deze studie werd in meer dan 1000 patiëntendossiers het preventiesjabloon ingevuld: dit biedt een mooie basis om op verder te werken, het vergemakkelijkt het opzoekwerk wanneer het laatste uitstrijkje gebeurde en werkt uitnodigend om dit verder te blijven gebruiken. Het niet gewoon wegklikken van alerts om je hieraan te herinneren is belangrijk.

Implementatie in de praktijk

Het is de bedoeling dat de inspanningen in het kader van dit praktijkverbeterend project worden verdergezet in de toekomst, ook na het beëindigen van het project. Om de kans hierop te maximaliseren dient een interventie minimaal invasief te zijn, gemakkelijk te integreren in de dagelijkse praktijkvoering en slechts een kleine inspanning te vergen. Dit alles zou je kunnen bekomen door de screening naar baarmoederhalskanker onderdeel maken van een routine, bijvoorbeeld in het kader van het opstellen van een individueel preventieplan of het verlengen van het GMD. Binnen éénzelfde praktijk worden hier best uniforme afspraken over gemaakt. Op deze manier is de kans kleiner dat dit vergeten wordt wanneer de patiënt zich presenteert met een andere aanmeldingsklacht. Indien er geen tijd is om dit te doen op dat moment, zou dit best genoteerd worden in een TO DO lijst of probleemlijst zodat de volgende arts die het dossier opent er niet van uit gaat dat de screeningsstatus in orde zal zijn omdat de patiënt dit jaar al geweest is. Bovendien is duidelijk dat een minimale interventie zoals een korte vraag of informerende boodschap al voldoende kan zijn om een patiënte te herinneren aan het nemen van een uitstrijkje.

Toekomstperspectieven

De screeningsmodaliteiten inzake baarmoederhalskanker zullen in de nabije toekomst veel veranderen, waarbij er in plaats van een 3-jaarlijkse cytologische screening zal worden overgegaan naar een getrapte 5-jaarlijkse HPV-gebaseerde screening. Desalniettemin zijn bovenstaande bevindingen en adviezen nog steeds van toepassing, en worden ze mogelijks zelfs nog bruikbaarder gezien een langer screeningsinterval kan leiden tot meer non-respons. Het goed bewaken van de participatiegraad bij het doorvoeren van het nieuwe screeningssysteem zal belangrijk zijn, alsook verder onderzoek naar welke interventies hierin kunnen leiden tot een optimale dekkingsgraad van baarmoederhalskankerscreening zoals bijvoorbeeld het opsturen van self-sampling kits voor HR-HPV.

BESLUIT

We voerden een praktijkverbeterend project uit waarbij, aan de hand van folders en een poster in de wachtzaal alsook het aansporen van de patiënt op consultatie, de aandacht voor baarmoederhalskankerscreening werd verhoogd. Dit leidde tot een significante toename in de participatiegraad van baarmoederhalsscreening, het aantal uitstrijkjes verricht door de huisarts en de mate van invulling van het preventiesjabloon. Patiënten bleken vaak niet op de hoogte dat de huisarts ook in staat is om uitstrijkjes af te nemen. Veel vrouwen gingen ervan uit dat de gynaecoloog bij elk onderzoek een uitstrijkje afneemt, hoewel dit in de minderheid van de gevallen zo is. Het is de taak van de huisarts om na te gaan of hun patiënt zich consistent laat screenen voor baarmoederhalskanker. Dit wordt best routinematig nagevraagd bij de patiënt, op een vast moment zoals bijvoorbeeld bij het verlengen van het GMD of opstellen van een preventieplan. Indien de patiënt aangeeft dat dit in orde is, wordt het resultaat best nagekeken in het dossier aangezien patiënten hier frequent fout op antwoorden. Het preventiesjabloon is een handig tool waar best gebruik van wordt gemaakt om bij te houden wanneer het laatste uitstrijkje gebeurde en wanneer men het dient te herhalen.

REFERENTIES

1. Belgian Cancer Registry, fact sheet cervical cancer [Internet]. Belgisch kankerregister. 2016. Available from: https://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2016/Cancer_Fact_Sheet_CervicalCancer_2016.pdf

2. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker [Internet]. Bevolkingsonderzoek. 2019. Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be

3. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C GF. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;40:pS67.

4. Mazereel S. Baarmoederhalskankerscreening: Kan een oproepbrief de respons-ratio verhogen? (scriptie van huisarts in opleiding). 2012.

5. de Nooijer DP, de Waart FG, van Leeuwen AWFM, Spijker WWJ. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneeskd. 2005;149:2339–43.

6. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humaan papillomavirus. [Internet]. HGR NR 9181. 2017. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9181_hpv_nl_27092017_0.pdf

7. NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker: bevolkingsonderzoek en diagnostiek. NHG. 2016;

8. Weyers S, Rummens E, Van Limbergen E, Martens P, Smeets F, Arbyn M, et al. Situatieschets: Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker: Rapportering van de werkgroep ter voorbereiding van de Gezondheidsconferentie november 2013. 2013;78. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be

9. Belgian Follow-up Expert guidelines for Cervical Cytology Abnormal cervical smears. Belgische Vereniging voor Klinische Cytologie, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique. Broch voorgesteld op het Congr van Belgische Ver voor Klin Cytol. 2004;

10. Arbyn, M., Haelens, A., Desomer, A., Verdoodt, F., Thiry, N., Francart, J., Hanquet, G., Robays J. Cervical cancer screening program and Human Papillomavirus (HPV) testing, part II: Update on HPV primary screening [Internet]. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__238_HPV_DNA_Testing_Report2_.pdf

11. Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M et al. Baarmoederhalskankerscreening en testen op human papillomavirus (HPV). KCE Rapp 38A Brussel KCE. 2006;

12. Smeets F. Opvolgrapport aanbeveling voor goede medische praktijkvoering Cervixkankerscreening. Domus Medica. 2017;

13. Tranberg M, Bech BH, Blaakær J, Jensen JS, Svanholm H AB. Preventing cervical cancer using HPV self-sampling: direct mailing of test-kits increases screening participation more than timely opt-in procedures - a randomized controlled trial. BMC Cancer. 2018;18(1):273.

14. Polman NJ, Snijders PJF, Kenter GG, Berkhof J, Meijer CJLM. HPV-based cervical screening: Rationale, expectations and future perspectives of the new Dutch screening programme. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2019;119(December 2018):108–17. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30594536

15. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) [Internet]. Available from: http://www.bcfi.be

16. Vaccinatie tegen HPV (Agentschap Zorg en Gezondheid) [Internet]. 2019. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie-tegen-hpv

17. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in cijfers [Internet]. Available from: https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be

18. de Jonge E, Cloes E, Op de Beeck L, Adriaens B, Lousbergh D OG, F. B. A quasi-randomized trial on the effectiveness of an invitation letter to improve participation in a setting of opportunistic screening for cervical cancer. Eur J Cancer Prev. 2008;17:238–42.

19. Eaker S, Adami HO, Granath F et al. A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004;13::346-54.

20. Keymeulen A. Baarmoederhalskankerscreening in Vlaanderen: op naar een participatiegraad van 65% tegen 2020? Een literatuurstudie (scriptie van huisarts in opleiding). 2014.

21. Auwera T Van der. Deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker bij vrouwen tussen 25 en 35 jaar in onze praktijk : een praktijkverbeterend project (scriptie van huisarts in opleiding). 2017.

VERPLICHTE BIJLAGEN

Protocol

Praktijkverbeterend project baarmoederhalskankerscreening in de huisartsenpraktijk

RETROSPECTIEF LUIK: vóór de interventie|| 20 weken: 2/4/2018 tot 20/8/2018 || (Anneloor)

1. Extractie patiënten die gezien werden in deze periode, die in aanmerking komen voor baarmoederhalskankerscreening
2. Nakijken screeningsstatus: lieten zij de laatste 3 jaar een uitstrijkje nemen? Dit wordt opgezocht in de contacten in het EMD via zoektermen: 'PAP', 'cervix' en 'thinprep' en zo nodig op de HUB
3. Invullen preventiesjabloon
4. Ingeven gegevens in databank

PROSPECTIEF LUIK : interventie|| 20 weken: 20/8/2018 tot 5/1/2019 || (alle artsen in de praktijk)

1. Identificeer kandidaat baarmoederhalskankerscreening
   - Ga na of patiënte voldoet aan de inclusie- en exclusiecriteria:

   a. *<u>Inclusiecriteria</u>*
      i. Vrouw
      ii. Leeftijd 25 tem 64 jaar
      iii. Laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden of nog nooit
      iv. Interesse om deel te nemen aan de screening naar baarmoederhalskanker

   b. *<u>Exclusiecriteria</u>*
      i. Geen cervix aanwezig (bv na hysterectomie)
      ii. Patiënte is zwanger, net bevallen (tot 6 maand na bevalling) of geeft borstvoeding.
2. Invullen preventiesjabloon
3. Bevraag interesse studie naar baarmoederhalsscreening en geef adequate informatie over het doel en de gevolgen van de screening naar baarmoederhalskanker. Indien zij wenst deel te nemen aan het onderzoek geef je de informatiebrochure en informed consent aan de patiënt ter ondertekening en onderteken je zelf ook. De informed consent formulieren afleveren aan Anneloor.
4. Aanbieden van het afnemen van een uitstrijkje in de praktijk, of via de gynaecoloog.
   2 situaties:
   - ➔ Patiënte wenst in te gaan op dit aanbod om een uitstrijkje te laten afnemen
   - ➔ Patiënte maakt de geïnformeerde beslissing van dit niet te doen
   - ➔ <u>Het is de bedoeling dat beiden geïncludeerd worden in de studie</u>
5. Je noteert in het medisch dossier dat patiënte deelneemt aan de studie

DATAVERWERKING : ná de interventie|| januari-februari 2019 || (Anneloor)

De gegevens van het vooronderzoek en de gegevens van de interventie worden verzameld in een databank.

Onderzoek naar het percentage vrouwen dat zich laat screenen voor baarmoederhalskanker in onze praktijk vóór- en ná de interventie.

Onderzoek naar het percentage vrouwen dat haar uitstrijkje laat afnemen bij de huisarts versus bij de gynaecoloog vóór- en ná de interventie.

Onderzoek naar het percentage dossiers waarbij het preventiesjabloon baarmoederhalskankerscreening is ingevuld, vóór en ná de interventie.

Verdere dataverwerking en verrichten van relevante statistiek op de databank.

Schrijven en indienen masterproef.

Gunstig advies ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. An DE SUTTER
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0352		24-mei-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Praktijkverbeterproject screening naar baarmoederhalskanker in de eerste lijn (MaNaMa Anneloor Dierickx)

Belgisch Registratienummer: B670201835734

* Adviesaanvraagformulier dd. 28/02/2018 (volledig ontvangen dd. 02/03/2018)
* Protocol
* Antwoord onderzoekers dd. 29/04/2018 (mail dr. A. Dierickx dd. 13/05/2018 - ontv. dd. 14/05/2018) op opmerkingen EC dd. 12/03/2018
* Begeleidende brief dd. 29/04/2018
* Informatiebrief voor deelnemers dd. 29/04/2018
* Toestemmingsformulier voor deelnemers dd. 29/04/2018

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/05/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/05/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 16/05/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/05/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/06/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/06/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Informatiebrochure voor de patiënt

INFORMATIEBROCHURE PATIENT

Titel van de studie: praktijkverbeterend project screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk.

Opdrachtgever van de studie: Universiteit Gent

Hoofdonderzoeker: **Anneloor Dierickx**, huisarts-in-opleiding (HAIO), Universiteit Gent

Ethisch comité: EC Onderzoek Universiteit Gent/ UZ Gent

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen (4 pagina's)

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een vergelijkende klinische studie. Met deze studie willen we de screening naar baarmoederhalskanker via het nemen van uitstrijkjes optimaliseren in de huisartsenpraktijk. Dit studieproject kadert binnen het schrijven van mijn masterproef tijdens mijn opleiding huisartsgeneeskunde aan de universiteit van Gent.

In het bijzonder willen wij meer aandacht vestigen op het bestaande bevolkingsonderzoek inzake de screening naar baarmoederhalskanker, waarbij u normaliter elke 3 jaar een uitnodiging krijgt toegestuurd indien u tot de categorie vrouwen tussen 25 tot en met 64 jaar behoort. Toch ziet men in de praktijk dat slechts 6 van de 10 vrouwen zich effectief laat screenen. Vaak is ook niet geweten dat ze hiervoor ook bij de huisarts terecht kunnen en niet enkel bij de gynaecoloog. Om al deze vragen te beantwoorden, en om de aandacht te vestigen op dit thema heb ik besloten mijn masterproef te maken rond een verbeterproject ten aanzien van baarmoederhalskankerscreening in de huisartsenpraktijk. Om een geïnfomeerde keuze te kunnen maken of u wenst deel te nemen aan het onderzoek kan u hieronder wat meer informatie vinden over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Meer informatie kan u vinden op de website *www.baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be*.

Wat is het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker?

In juni 2013 startte de Vlaamse overheid met een Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Het onderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Dit uitstrijkje wordt dan in een laboratorium onderzocht om te kijken of het afwijkende cellen bevat.

Baarmoederhalskanker ontstaat heel langzaam. Bovendien kunnen afwijkende cellen worden opgespoord voordat ze kankercellen worden. Daardoor is baarmoederhalskanker één van de ziekten die in aanmerking komen voor een bevolkingsonderzoek.

WAT IS BAARMOEDERHALSKANKER?

Baarmoederhalskanker is een kwaadaardig gezwel ter hoogte van de baarmoederhals.

Het gezwel wordt gevormd door cellen die woekeren. Het gaat bijna altijd om cellen die zijn besmet met het humaan papillomavirus, kortweg HPV. Er bestaan meer dan 100 types van dit virus. Ze worden ingedeeld in laag-risico en hoog-risico HPV types. Laag-risico types veroorzaken wratten op de huid of de slijmvliezen. Hoog-risico types kunnen baarmoederhalskanker veroorzaken.

HPV is erg besmettelijk. Iedereen die seksueel actief is of was kan besmet zijn. Ongeveer 80% van alle vrouwen wordt vroeg of laat besmet. Meestal ruimt het lichaam het virus binnen de twee jaar zelf op. Gebeurt dat niet, dan kunnen afwijkende cellen ontstaan. Het zijn die afwijkende cellen die, zowat 10 tot 15 jaar na de besmetting, kanker kunnen veroorzaken.

In Vlaanderen wordt elk jaar een 350-tal vrouwen door baarmoederhalskanker getroffen.

Een regelmatige opsporing kan 80% van die kankers voorkomen. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich uiterst langzaam en kent verschillende voorstadia. Het gaat om letsels die nog geen kanker zijn. Ze worden precancereuze letsels genoemd. Door om de 3 jaar een uitstrijkje van de baarmoederhals te laten nemen, kunnen ze tijdig worden opgespoord en behandeld. Zo wordt baarmoederhalskanker voorkomen.

Het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker van de Vlaamse overheid moedigt alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke 3 jaar een uitstrijkje te laten nemen. Ook in de overgang of na de menopauze blijft een uitstrijkje aangewezen.

SYMPTOMEN

Lang voordat je baarmoederhalskanker krijgt, beginnen de cellen van je baarmoederhals afwijkingen te vertonen. Daar merk je helemaal niets van. In het begin heb je dan ook geen klachten.

Neem contact op met je arts als je één van de volgende klachten hebt:

- Bloedingen tijdens of vlak na seksueel contact.
- Bloedingen na de overgang, bijvoorbeeld als je al langer dan een jaar niet meer ongesteld was.
- Bloedingen tussen twee maandstonden in.
- Ongewone vaginale afscheiding.

Cijfers bevolkingsonderzoek

Zes op de tien vrouwen laten om de drie jaar een uitstrijkje nemen. De website *bevolkingsonderzoek.incijfers.be* toont de regionale verschillen in dekkingsgraad (op gemeentelijk of provinciaal niveau). Vanaf 55 jaar doen steeds minder vrouwen dat, terwijl het toch belangrijk blijft, ook na de menopauze.

Het resultaat van het uitstrijkje is in ruim 90% van de gevallen geruststellend.

De voordelen van een Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker zijn groter dan de nadelen ervan. Voor de deelnemers is het niettemin belangrijk dat ze ook die nadelen kennen.

Wat zijn de voordelen van het BVO?

- Vroegtijdige opsporing kan 8 op de 10 overlijdens door baarmoederhalskanker voorkomen.
- Een uitstrijkje laten nemen is eenvoudig en relatief pijnloos.
- Het onderzoek spoort vooral voorstadia van deze aandoening op. Een eenvoudige behandeling kan dan baarmoederhalskanker voorkomen.

Wat zijn de nadelen van het onderzoek?

- Afwijkende cellen in het uitstrijkje kunnen zowel op baarmoederhalskanker als op een voorstadium ervan wijzen. Er is altijd meer onderzoek bij de huisarts of gynaecoloog nodig.
- Zoals elk ander screeningsonderzoek biedt het resultaat nooit 100% zekerheid. Bij klachten als ongewoon bloedverlies, neem je altijd best contact op met je huisarts of gynaecoloog.
- Een voorstadium van baarmoederhalskanker wordt bijna altijd behandeld. Sommige voorstadia zouden ook gewoon vanzelf verdwijnen. Maar dat kan niemand voorspellen. Daarom is het beter om op zeker te spelen.
- Sommige vrouwen vinden het onderzoek vervelend.
- Het maken van een uitstrijkje en het wachten op het resultaat kan spannend zijn en je angstig of ongerust maken.
- Het bevolkingsonderzoek streeft naar een goed evenwicht tussen voldoende kankers opsporen en niet te veel mensen nodeloos ongerust maken. Het voldoet aan de Europese normen die hiervoor zijn vastgelegd.

Deelnemen of niet?

Ook vrouwen die gevaccineerd werden tegen het humaan papillomavirus worden uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Het vaccin vermindert het risico op baarmoederhalskanker maar beschermt niet tegen alle types van het virus. Wie ingeënt is, kan dus nog altijd baarmoederhalskanker krijgen. Daarom blijft het wenselijk om een uitstrijkje te laten nemen.

Deelnemen is niet aangewezen:

- Als je al baarmoederhalskanker hebt of had.
- Als je baarmoeder én baarmoederhals zijn verwijderd. Als alleen je baarmoeder is verwijderd (hysterectomie) waarbij de baarmoederhals intact bleef, blijft een uitstrijkje aangewezen. Je twijfelt? Vraag je arts om advies.

Deelnemen best even uitstellen:

- Als je zwanger bent, net bevallen bent of borstvoeding geeft. Je stelt het onderzoek best uit tot een zestal maanden na de bevalling. Tijdens de zwangerschap ondergaat de baarmoederhals immers enkele veranderingen.
- Als je last hebt van een vaginale infectie, bloed- of slijmverlies. Laat je hiervoor dan eerst behandelen.

HOE DEELNEMEN EN WAT ZIJN DE KOSTEN?

Laat je stipt om de drie jaar een uitstrijkje nemen, dan ontvang je geen uitnodigingsbrief van het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) meer. Wil je weten wanneer je laatste uitstrijkje was? Vraag het aan je huisarts. Je maakt zelf een afspraak met je huisarts of gynaecoloog. Leg een dag vast waarop je niet ongesteld bent. Anders kan het uitstrijkje minder goed worden beoordeeld.

Een driejaarlijks uitstrijkje volstaat. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich uiterst traag. Maar afwijkingen die ertoe kunnen leiden, zijn snel zichtbaar. Je mag om de drie jaar een uitstrijkje laten nemen. De kosten ervan worden volledig terugbetaald. Je betaalt wel het remgeld voor de consultatie bij je huisarts of gynaecoloog.

Alleen in de volgende gevallen krijg je toch een factuur:

- Als er afwijkende cellen worden gevonden en een HPV-bepaling nodig is.
- Als je uitstrijkje door een tweede patholoog moet worden beoordeeld.
- Als de patholoog die je uitstrijkje beoordeelt niet volledig geconventioneerd is en een supplement mag vragen.
- *Opgelet: je krijgt alleen een gedeelte van een HPV-bepaling terugbetaald als er in het uitstrijkje afwijkende cellen worden gevonden. Bespreek dit vooraf met je huisarts of gynaecoloog.*

Bijkomend onderzoek

Als er lichte of ernstige afwijkingen worden vastgesteld, is bijkomend onderzoek aangewezen. Dit onderzoek is niet gratis, maar wordt grotendeels door je ziekenfonds terugbetaald. Je betaalt uiteindelijk alleen het remgeld.

Bron

www. baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be

Informed consent

Geïnformeerde toestemming

I Informatie

Wij vragen u om gegevens uit uw medisch dossier te mogen verzamelen zodat we ze anoniem kunnen gebruiken om na te gaan of ons onderzoeksproject waarbij we het afnemen van een uitstrijkje promoten daadwerkelijk een toename van het aantal mensen die zich laat screenen voor baarmoederhalskanker teweeg brengt.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een weloverwogen beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de arts-onderzoeker (Anneloor Dierickx) of één van de collega’s in de praktijk.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie werd beoordeeld en goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UGent/UZ Gent.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze klinische studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of één van de collega’s in de praktijk.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze klinische studie heeft als doel het optimaliseren van de screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk. Normaliter wordt elke vrouw tussen de 25 en 65 jaar aangespoord via een uitnodiging van het bevolkingsonderzoek om een uitstrijkje te laten nemen, elke 3 jaar (niet van toepassing indien er sprake is van een afwijkende uitstrijkje). Vrouwen kunnen hiervoor terecht bij de huisarts of de gynaecoloog.

Toch blijkt dat relatief veel vrouwen niet deelnemen aan dit onderzoek, en vaak is ook niet geweten dat je hiervoor terecht kan bij de huisarts. De bedoeling van dit project is het vestigen van de aandacht op dit preventieve onderzoek om zo de deelname aan het bevolkingsonderzoek te optimaliseren. Het uiteindelijke doel van het bevolkingsonderzoek is het vroegtijdig opsporen van afwijkingen om zo de detectie en prognose van baarmoederhalskanker te verbeteren.

Ik zou dit willen doen door na te vragen of vrouwen zich al hebben laten screenen, en indien niet, het aanbieden van screening in de praktijk, of via de gynaecoloog. Indien u wenst deel te nemen aan het onderzoek kan dit gewoon in de praktijk gebeuren, en u kan hiervoor terecht bij alle huisartsen in onze praktijk.

De registratie van de gegevens gebeurt via standaard sjablonen in het medische dossier en indien er sprake is van en afwijkend uitstrijkje zal een vervolgonderzoek of- beleid worden opgestart conform de geldende richtlijnen en zo nodig in overleg met de gynaecoloog.

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Medewerking indien een (telefonisch) contact met de onderzoeker of huisarts noodzakelijk zou zijn voor het verzamelen van aanvullende informatie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker (Anneloor Dierickx) of een van de collega's in de praktijk. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de ombudsdienst van de universiteit Gent.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan. Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten. Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen. Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid. Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake. Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid (sectie III). Ik ga ermee akkoord dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie voor een betere kennis van de

ziekte en de behandeling ervan. Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

_____

Deelnemende huisarts

Ik ondergetekende _____, huisarts, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt. Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden. Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de arts-onderzoeker

_____

III Aanvullende informatie

Het is mogelijk dat u via telefoon zal worden gecontacteerd aan het eind van dit onderzoek.

Deze studie werd geëvalueerd door het ethisch comité onderzoek Universiteit Gent/UZ Gent dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan klinische studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. U dient het positief advies van de ethische comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven. Uw beslissing zal in geen geval uw relatie met de arts-onderzoeker en de voortzetting van uw therapeutische behandeling veranderen. Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier.

De arts-onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Kosten in verband met uw deelname zijn gespecifieerd in de informatiebrochure.

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoeker gegevens over u verzamelt en deze gebruikt in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties. De arts-onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij uw gegevens zal coderen voordat hij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank. Uw huisarts zal de enige persoon zijn die gedurende de volledige klinische studie een verband kan leggen tussen alle overgedragen gegevens en uw medisch dossier.

Folder bevolkingsonderzoek baarmoederhalsscreening



WAT IS EEN UITSTRIJKJE?

Met een uitstrijkje om de drie jaar kunnen voorstadia van baarmoederhalskanker worden opgespoord. Meestal volstaat dan een eenvoudige behandeling om de ontwikkeling van deze kanker te voorkomen.

VRAAG EERST ADVIES AAN JE ARTS:

Als je één van de volgende klachten hebt:

- ongewoon slijm rond je vagina;
- ongewoon bloedverlies:
  - tijdens of na het vrijen;
  - als je niet ongesteld bent;
  - na de menopauze.

Deze klachten wijzen vaak op een onschuldige infectie. Speel altijd op zeker en raadpleeg je arts.

WAT IS HET BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER?

Het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker moedigt vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Het bevolkingsonderzoek maakt het mogelijk om baarmoederhalskanker te voorkomen of al in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor zullen minder mensen aan deze kanker overlijden.

HEB JE VRAGEN?

Voor meer informatie kun je terecht:

- bij je **huisarts of gynaecoloog**;
- op **www.bevolkingsonderzoek.be**;
- op het gratis nummer **0800 60 160**.

Je beslist zelf of je al dan niet aan het bevolkingsonderzoek deelneemt. Informeer je goed. Surf naar www.bevolkingsonderzoek.be/baarmoederhalskanker.

LAAT JE DOCHTER VACCINEREN!

De Vlaamse overheid biedt alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs gratis het vaccin tegen het humaan papillomavirus (HPV) aan. Dit is het virus dat baarmoederhalskanker veroorzaakt. Meisjes die nog niet gevaccineerd en jonger dan 19 zijn, kunnen het vaccin met een voorschrift van een arts bij de apotheker kopen. De arts kan het vaccin dan toedienen.

LET OP! Ook als je gevaccineerd bent blijft een uitstrijkje nodig!

BEVOLKINGSONDERZOEK.BE · CvKO Centrum voor Kankeropsporing · Vlaanderen

Het uitstrijkje

WIJ DOEN HET. EN WAT DOE JIJ?

TIJDIG OPSPOREN IS BELANGRIJK

Informatie over het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker voor vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar.

BEVOLKINGS ONDERZOEK BAARMOEDER HALSKANKER

www.bevolkingsonderzoek.be

HET UITSTRIJKJE

Hoe laat je een uitstrijkje nemen?

Maak een afspraak met je huisarts of gynaecoloog om een uitstrijkje te laten nemen. Spreek af op een dag waarop je niet ongesteld bent.

Je arts zal eerst een paar vragen stellen. Wanneer je voor het laatst ongesteld was, bijvoorbeeld. Je kleedt je onderaan uit en gaat met gebogen knieën op de onderzoeksbank liggen. Je arts plaatst voorzichtig een speciaal instrument, de eendenbek, in je vagina. Hij of zij haalt met een borsteltje wat cellen uit de hals van je baarmoeder. Die gaan in een potje dat naar het labo wordt gestuurd.

Het hele onderzoek, omkleden inbegrepen, duurt hooguit een kwartier. Aangenaam is het niet, maar het is meestal wel pijnloos.

Hoeveel kost het?

Het driejaarlijkse onderzoek is gratis voor alle vrouwen van 25 tot en met 64 die bij een Belgisch ziekenfonds zijn aangesloten. Je betaalt alleen voor de consultatie en krijgt een groot deel van dat bedrag terug van je ziekenfonds. Bespreek dit zeker met je arts. Krijg je toch een rekening van het labo? Betaal die niet, maar neem eerst contact op met je ziekenfonds.

Hoe verneem je het resultaat?

Het labo onderzoekt of het uitstrijkje afwijkende cellen bevat. Na een week of twee ontvangt je arts het resultaat.

Spreek met je arts af hoe je het resultaat zult vernemen. Meestal wordt geen afwijking vastgesteld en is geen bijkomend onderzoek nodig.

Bijkomend onderzoek

Als er wél een afwijking werd vastgesteld, betekent dat nog lang niet dat je baarmoederhalskanker hebt. Het maakt je wellicht ongerust, maar er is bijkomend onderzoek nodig. Soms volstaat het om zes maanden later een nieuw uitstrijkje te laten nemen. Maak een afspraak met je arts om het bijkomend onderzoek, de risico's en de kosten ervan te bespreken.



Meedoen aan dit bevolkingsonderzoek is niet aangewezen:

- als je al voor baarmoederhalskanker wordt behandeld;
- als je in de voorbije drie jaar al een uitstrijkje van de baarmoederhals liet nemen;
- als je zwanger bent.

Het resultaat

Geen enkel onderzoek levert volledige zekerheid op. Sommige kankers worden niet ontdekt. Heb je last van ongewoon bloedverlies of andere klachten, aarzel dan niet om je arts te raadplegen.

WAT IS BAARMOEDERHALS-KANKER?

Baarmoederhalskanker is een kwaadaardig gezwel ter hoogte van de baarmoederhals. Deze kanker wordt veroorzaakt door een virus: het humaan papillomavirus of HPV. Dit virus wordt overgedragen via seksueel contact. De meeste vrouwen raken vroeg of laat met dit virus besmet. Meestal verdwijnt het weer vanzelf, maar soms blijft het in het lichaam aanwezig. Tien tot vijftien jaar later kan dat tot kanker leiden.

Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich uiterst traag. Alles begint met een letsel dat nog geen kanker is. De behandeling ervan voorkomt het ontstaan van kanker. **Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt ontdekt en behandeld, is de kans op genezing groter. Juist daarom is dit bevolkingsonderzoek een goede zaak.**

Poster wachtzaal



Bent u een vrouw tussen 25 en 65 jaar?

LAAT NU JE UITSTRIJKJE NEMEN!

Het uitstrijkje is een onderzoek voor vrouwen van 25 jaar tot en met 64 jaar ter opsporing van baarmoederhalskanker.

Vroegtijdig opsporen van baarmoederhalskanker is belangrijk, en kan gemakkelijk en snel aan de hand van een uitstrijkje.

Voor het nemen van dit uitstrijkje hoef je niet persé naar de gynaecoloog, het kan ook gewoon bij de huisarts afgenomen worden in de praktijk.

Meer gedetailleerde informatie kan u lezen in de folder 'het uitstrijkje' van het bevolkingsonderzoek (in de wachtkamer of aan de balie).

Op deze manier proberen we ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen zich laten screenen, en dat er meer uitstrijkjes worden afgenomen in de huisartsenpraktijk. **Dit is een praktijkverbeterend project van Dr. Anneloor Dierickx**, dat kadert binnen het schrijven van haar masterproef huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Gent.

U kan bij alle collega's terecht voor de deelname aan deze studie, vraag ons gerust meer informatie.

Alvast bedankt voor uw medewerking namens alle artsen van Praktijk Sterrestraat!

Dr Anneloor Dierickx (HAIO) | Dr Eva Verniers | Dr Bart Poppe | Dr Frederik Huysentruyt | Dr Piet Vermeiren
Praktijk Sterrestraat | Sterrestraat 16 bus 1 | 9160 Lokeren | 09/348.38.82