Masterproef
Academiejaar 2012-2013

Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts?

Jo Peeters, Universiteit Gent

Promotor: Professor Dr. Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Stefaan Hooftman

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

VOORWOORD

Graag wil ik nog een aantal mensen bedanken die me geholpen hebben bij het realiseren van mijn masterproef. Ik wil mijn promotor Professor Dr. Veronique Verhoeven bedanken voor de hulp en de vlotte samenwerking bij het tot stand komen van mijn masterproef. Een bijzonder woord van dank gaat ook uit naar Dr. Stefaan Hooftman, mijn praktijkopleider, en Dr. Katrijn Verhaeghen, een collega uit de groepspraktijk. Zij steunden me tijdens het werken aan mijn masterproef en hielpen me om de vragenlijsten in te laten vullen. Daarnaast wil ik mijn partner Peter Ichau bedanken om me te helpen bij de statistische verwerking van mijn gegevens. Nog een woord van dank aan mijn STACO Dr. Hans Wauters om me tijdens mijn hele opleiding te steunen en de nodige raad en advies te geven waar nodig. Tot slot nog een woord van dank aan mijn ouders en alle andere mensen die me tijdens mijn opleiding hebben bijgestaan.

ABSTRACT

Achtergrond: Baarmoederhalskanker is wereldwijd een belangrijk gezondheidsprobleem. Ook in Vlaanderen sterven er elk jaar nog meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan cervixkanker. Het grootste deel van de fatale gevallen omvat vrouwen die niet of niet recent gescreend werden. In België zijn 1,1 miljoen vrouwen uit de doelgroep niet of niet recent gescreend. Toch zou het aantal uitstrijkjes dat jaarlijks afgenomen wordt, voldoende moeten zijn om de doelpopulatie te screenen.

Onderzoeksvraag: Waarom verkiezen sommige vrouwen de gynaecoloog voor afname van hun uitstrijkje en andere de huisarts?

Materialen en methode: Bij mijn literatuuronderzoek ben ik op zoek gegaan naar relevante informatie en cijfermateriaal om mijn onderzoeksvraag in perspectief te zetten. Vervolgens heb ik aan de hand van een prospectief observationeel onderzoek getracht een antwoord te krijgen op de gestelde onderzoeksvraag. Aan de hand van anonieme, papieren vragenlijsten werden vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud geïnterviewd. Dit gebeurde op twee manieren. Bij de eerste manier werden de patiënten aangesproken door mezelf en de andere collega's. Bij de andere manier konden vrouwen op eigen initiatief de vragenlijst invullen terwijl ze zaten te wachten in de wachtzaal.

Resultaten: De gemiddelde leeftijd van de onderzochte vrouwen bedroeg 42,2 jaar. De jongste persoon was 25 jaar en de oudste 63 jaar oud. De meerderheid van de ondervraagde vrouwen had een hoger diploma. Van de 124 vrouwen (geldige populatie, zie verder) wordt 71% te vaak gescreend en 5,7% daarentegen is onderscreend. Van de ondervraagde vrouwen laat 86,5% haar uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog. Slechts 7,1% gaat voor dit onderzoek naar de huisarts en 4,8% consulteert beide artsen. De reden die het meest werd gegeven waarom vrouwen de gynaecoloog consulteren is omdat ze denken dat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog nodig is (43,4% van de gegeven antwoorden). Tevens kon ik een aantal verbanden aantonen, namelijk tussen anticonceptiegebruik en de intervalperiode, tussen het hebben van een hoger diploma en de score op de kennistoets en tot slot tussen de keuze van arts en de intervalperiode.

Conclusie: Een groot deel van de ondervraagde vrouwen wordt te vaak gescreend. Het aantal vrouwen dat niet gescreend wordt, is gelukkig laag. Wegens bias echter is het mogelijk dat we een té 'rooskleurig' zicht hebben op het percentage onderscreende vrouwen. De vrouwen die bij de gynaecoloog hun uitstrijkje laten afnemen, zullen daar vermoedelijk verder gevolgd worden. Als huisarts is het dus nuttiger om je te richten op de vrouwen die mogelijks teweinig of niet gescreend worden. Ik denk hierbij vooral aan vrouwen van een lagere socio-economische status, postmenopauzale vrouwen, allochtone vrouwen en ongeletterden. Door goede informatie te geven zonder angst te induceren, kan je als huisarts hier een cruciale rol in spelen.

INHOUDSTAFEL

I. Inleiding....1
II. Literatuuronderzoek....3
1. Methodologie....3
2. Etiologie en risicofactoren....3
3. Pathofysiologie....4
4. Hoe en wie screenen?....6
4.1 Doelgroep en screeningsinterval....6
4.2 Hoe screenen?....8
4.3 Contra-indicaties uitstrijkje....11
4.4 Waarom laten vrouwen zich wel/niet screenen?....11
4.5 Classificatie....12
4.6 Opvolging van afwijkingen....13
5. Cijfers omtrent cervixkanker....16
5.1 Prevalentie en incidentie....16
5.2 Mortaliteit....17
6. Cijfers omtrent cervixkankerscreening....17
6.1 Screeningsgraad....17
6.2 Kosten in België....19
6.3 Wie neemt het meeste uitstrijkjes af?....20
III. Onderzoeksmethodiek....22
IV. Resultaten....24
1. Eigenschappen van de onderzochte populatie....24
1.1 Leeftijd....24
1.2 Diploma....24
1.3 Leeftijd eerste uitstrijkje....25
1.4 Screeningsgraad van de onderzochte (terechte) populatie....25
1.5 Extra aanvullende informatie....27
2. Peilen naar kennis....28
3. Keuze arts....29
3.1 Welke arts wordt verkozen voor de afname van een uitstrijkje?....29
3.2 Waarom verkiezen vrouwen de gynaecoloog voor de afname van hun uitstrijkje?....30
3.3 Waarom verkiezen vrouwen de huisarts voor de afname van hun uitstrijkje?....31
3.4 Door wie werden vrouwen het eerst geïnformeerd over screening van

baarmoederhalskanker?....32
4. Waarom laten de ondervraagde vrouwen zich wel/niet screenen en hoe worden ze liefst herinnerd aan hun volgende uitstrijkje?....33
5. Verbanden....33
5.1 Is er een verband tussen anticonceptiegebruik en de intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes?....33
5.2 Is er een verband tussen het hebben van een hoger diploma en de score op de kennistoets?....34
5.3 Is er een verband tussen de leeftijd en de score op de kennistoets?....35
5.4 Is er een verband tussen de score op de kennistoets en de arts waarbij men een uitstrijkje laat maken?....35
5.5 Is er een verband tussen de keuze van arts en de intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes?....36
V. Discussie....37
VI. Besluit....41
VII. Referenties....42
VIII. Appendix....44

I Inleiding

Bij het zoeken naar een onderwerp voor mijn masterproef, was een onderwerp rond cervixkankerscreening het eerste wat in me opkwam. Ik vind het een interessant onderwerp maar jammergenoeg komt dit in de huisartsenpraktijk niet altijd even vaak aan bod. Zowel tijdens mijn stagejaren als bij het begin van mijn huisartsenopleiding heb ik dit ondervonden. Veel patiënten gaan voor hun uitstrijkje naar de gynaecoloog en worden aldaar verder opgevolgd. Hierdoor ben je als huisarts niet steeds even goed op de hoogte van de verdere follow-up. Bovendien vereist het afnemen van een uitstrijkje toch wel enige vaardigheid die je alleen kan verwerven door het regelmatig te doen. Aangezien het hier gaat over een onderwerp waarbij gescreend wordt, ligt dit mijns inziens toch binnen het takenpakket van de huisarts en is dit iets wat perfect door de huisarts gepromoot kan worden. Zo stelde ik mezelf de vraag waarom vrouwen eigenlijk naar de gynaecoloog zouden gaan en niet naar de huisarts. Dit is dan ook de onderzoeksvraag van mijn thesis, namelijk waarom sommige vrouwen de gynaecoloog verkiezen boven de huisarts en waarom sommige vrouwen eerder bij de huisarts hun uitstrijkje laten afnemen. De bedoeling van mijn onderzoek is dan, afhankelijk van de resultaten, om te kijken of er een mogelijkheid is om de screening actief aan te bieden en op te volgen en te proberen achterhalen welke vrouwen teweinig of zelfs niet gescreend worden. Dat cervixkanker een belangrijk gezondheidsprobleem is, bewijzen de cijfers. Elk jaar sterven er nog meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan cervixkanker. Het grootste deel van de fatale gevallen omvat vrouwen die niet of niet recent gescreend werden. In België zijn 1,1 miljoen vrouwen uit de doelgroep niet of niet recent gescreend. In het totaal aantal uitstrijkjes neemt het aandeel van de huisartsen af. Nochtans is bij veel vrouwen een jaarlijks uitstrijkje ter preventie van baarmoederhalskanker zeer sterk ingeburgerd (1). Er zijn verschillende redenen waarom vrouwen zich niet laten testen. Bij opportunistische screening door de huisarts vallen postmenopauzale vrouwen soms uit de boot omdat het maken van een uitstrijkje vaak gekoppeld is aan een anticonceptieconsult. Redenen die met de attitudes of perceptie van patiënten te maken hebben, zijn onder andere een gebrek aan kennis over het uitstrijkje, de indicaties ervan en de baten, angst dat de procedure pijnlijk is, angst om kanker te hebben, eerdere negatieve ervaringen, gêne, geen vrouwelijke arts hebben, een fatalistische houding of zichzelf niet als 'at risk' beschouwen voor kanker. Postmenopauzale vrouwen schijnen soms niet goed te weten of screening voor hen nog nuttig is. Vrouwen met een lager opleidingsniveau en etnische minderheden nemen verder minder vaak deel aan baarmoederhalskankerscreening.

De huisarts kan een unieke bijdrage leveren om een groot aantal vrouwen die niet gescreend worden toch te beschermen. Daar tegenover staat dat overscreening vermeden moet worden. Dit gebeurt het best door herhaaldelijk correcte en eenvormige informatie te geven met betrekking tot cervixkankerscreening (2).

II Literatuuronderzoek

1. Methodologie

Bij mijn zoektocht naar goede informatie omtrent screening van baarmoederhalskanker, heb ik geen systematisch literatuuronderzoek gedaan maar ben ik vooral op zoek gegaan naar relevante informatie en cijfermateriaal om mijn onderzoeksvraag in perspectief te zetten.
In eerste instantie heb ik hiervoor de Belgische richtlijnen van Domus Medica doorgenomen. Via de referenties die hierin vermeld stonden, kwam ik bij 2 goede artikels terecht. In de referenties vermeldden zij ook een Belgische studie (referentie 11) waarin veel interessante cijfers vermeld stonden. In het KCE rapport vond ik goede informatie rond cervixkankerscreening die ook specifiek voor België is. Ook de NHG standaarden heb ik geraadpleegd voor verdere informatie. Via CEBAM heb ik in de zoekmachine Minerva 'cervixkankerscreening' als zoekterm ingetikt waardoor ik een artikel vond rond de afname van uitstrijkjes. Via de site van kankerregister (publicaties) heb ik gezocht naar cijfers rond cervixkanker in Vlaanderen. In de zoekmachine Pubmed werden de termen 'Cervical smear', 'Pap smear', 'Cervical cancer' and 'Primary care' ingegeven. Via de site van het Vlaams agentschap zorg en gezondheid, heb ik de adviesvraag met betrekking tot cervixkanker kunnen lezen. Via de referenties van eerder uitgevoerde thesissen rond cervixkankerscreening heb ik nog wat extra artikels kunnen raadplegen.

2. Etiologie en risicofactoren

Naast infectie met het Humaan Papillomavirus (HPV) zijn er nog een aantal risicofactoren die in verband kunnen gebracht worden met baarmoederhalskanker (3). Een hoge pariteit (2), roken, seksuele gewoonten en infecties zijn risicofactoren voor het ontstaan van baarmoederhalskanker (2-3). Co-infecties waaronder vooral HIV (Humaan Immunodeficiëntievirus), chlamydia trachomatis en mogelijk herpes simplex virus type II doen het risico op baarmoederhalskanker toenemen, waarschijnlijk door het induceren van inflammatoire veranderingen of door immuungemedieerde effecten op HPV-persistentie (2,4). Ook leeftijd is een risicofactor. Een toenemende incidentie van de ziekte bij oudere vrouwen ondersteunt het belang hiervan (5). Immunologische deficiëntie, zoals bij vrouwen met bijvoorbeeld een niertransplant of HIV met een lage CD4 telling, is tevens een risicofactor voor het ontwikkelen van baarmoederhalskanker (3). Sommige gedragsgebonden factoren zijn in de wetenschappelijke literatuur duidelijk in verband gebracht met baarmoederhalskanker: een vroege coïtarche, zoals eerder vermeld ook roken, en in mindere mate

gebruik van orale contraceptiva (2). Ook langdurig gebruik van injecteerbare anticonceptie zou een mogelijke risicofactor zijn (3). Een groot aantal seksuele partners (en dus een hoger risico op het oplopen van een HPV-infectie) is ook een risicofactor. Dit geldt niet alleen voor het aantal partners van een vrouw maar ook voor die van de man (2). Andere mannelijke factoren zoals intra-epitheliale penisletsels en peniskanker zouden in verband staan met het onstaan van baarmoederhalskanker (3). Genetische factoren zijn voor een deel verantwoordelijk voor verschillen in klaring of persistentie van HPV. Vrouwen die in utero aan diethylstilbestrol zijn blootgesteld (de zogenaamde 'DES'-dochters) hebben een hogere incidentie van baarmoederhalsafwijkingen (2). De meeste vrouwen hebben slechts beperkte kennis van de risicofactoren die geassocieerd zijn met cervixkanker. Vrouwen hebben nood aan aanvullende informatie over de betekenis van zowel het uitstrijkje als van een colposocpie (6). Vrouwen die nooit of onvoldoende zijn gescreend op cervixkanker, vormen een duidelijke risicogroep voor het krijgen van cervixcarcinoom. De opkomst voor screening is lager onder niet-westerse allochtone vrouwen, vrouwen onder de 40 jaar, in stedelijke gebieden (2) en met een lage sociaaleconomische status (2, 5).

Volgens de Nhg standaarden echter zou de invloed van deze factoren zoals roken, het aantal seksuele partners en gebruik van orale contraceptiva gering of omstreden zijn. Deze factoren zouden volgens hen dan ook geen praktische consequenties hebben ter bestrijding van cervixcarcinoom (7).

Het is nog onduidelijk in welke mate condoomgebruik beschermt tegen het oplopen van HPV, maar het blijkt wel de incidentie van baarmoederhalsafwijkingen te verlagen (2,8,7). Circumcisie van de mannelijke partner zou een andere beschermende factor zijn (3). Een studie uit 2006 echter vermeldde dat het verband tussen HPV-infectie en circumcisie bij de man niet significant is (8). Nutritionele factoren kunnen mogelijks een beschermende rol spelen bij het ontstaan van cervixkanker. Zo zou een hoge inname of hoge serum concentraties van vitamines of nutriënten (vitamine C, nutriënten betrokken bij methylatie, zoals vitamine B12 en foliumzuur, beta-cryptoxantine, luteïne, cis-lycopene) een beschermende rol spelen. Industriële levensstijl en hygiëne hebben mogelijks een beschermende invloed welke niet kan verklaard worden door screening of blootstelling aan HPV (3).

3. Pathofysiologie

Er wordt vanuit gegaan dat besmetting met HPV in alle gevallen ten grondslag ligt aan het ontstaan van baarmoederhalskanker (1-2,4). Een infectie van de baarmoederhals met één of meer hoog-risico

HPV-types is een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde voor de ontwikkeling van cervixkanker (1). Tussen 7 à 50% van de tieners wordt met HPV besmet bij het begin van de seksuele activiteit. Meer dan 80% van de besmettingen betreft voorbijgaande infecties die gemiddeld binnen de 8 maanden verdwijnen. Deze infecties veroorzaken veranderingen in de epitheliale cellen. Als het virus persisteert, dan kunnen precancereuze en daarna cancereuze laesies ontstaan (1). Het viraal genoom codeert onder andere voor twee proteïnes (E6 en E7) die interfereren met menselijke eiwitten die de celcyclus reguleren. Overexpressie van deze proteïnen kan resulteren in maligne transformatie van de geïnfecteerde epitheelcellen. De ontwikkeling van baarmoederhalskanker verloopt via een aantal precursoren (cerviale intra-epitheliale neoplasie). Er worden drie graden van CIN (I, II, III) of dysplasie (mild, matig, ernstig) onderscheiden. HPV infectie en de letsels die daarmee geassocieerd zijn verdwijnen meestal vanzelf zonder enige behandeling. Dit komt omdat de eigen cellulaire immuniteit de geïnfecteerde cellen elimineert (3). Spijtig genoeg kunnen we niet bepalen welke letsels niet spontaan genezen. De regressie van CIN-laesies treedt vooral op bij jonge vrouwen. Er zijn een aantal herkenbare latente stadia die ook goed behandelbaar zijn en de meerderheid van de laaggradige laesies zal spontaan verdwijnen (2). De kans op progressie tot invasieve kanker vergroot echter met de graad van CIN, met de leeftijd en is ook afhankelijk van het HPV-type (3).

HPV-infecties geven in 10% van de gevallen aanleiding tot genitale wratten, in 10% cytologische afwijkingen, in 0,55% carcinoma in situ en in 0,15% invasief carcinoma.

Tussen infectie en invasief carcinoom verlopen minstens 10 jaar (2,9). De gemiddelde duur bedraagt 12 tot 15 jaar. Dit gemiddelde wordt echter sterk beïnvloed door heel langzaam groeiende tumoren. Er zijn ook snelgroeiende tumoren die zich ontwikkelen in een tijdspanne tussen een echt negatief uitstrijkje en een volgende screeningstest. Dit zijn intervalkankers. Het risico van een invasieve kanker gedurende de eerste drie jaar na een negatief uitstrijkje is echter laag (3). In de tussenliggende periode ontstaan, zoals eerder vermeld, een aantal precancereuze laesies, histologisch herkenbaar als 'CIN-laesies' (2). De term 'CIN' duidt de histologisch geconfirmeerde in situ letsels aan. De termen CIN I, CIN II en CIN III duiden een toenemende graad van ernstige dysplasie aan (1). Het merendeel van deze precancereuze laesies geneest spontaan. HPV-infectie is dus een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde voor het ontstaan van cervixkanker. Het HPV-type bepaalt de graad op progressie naar hooggradige letsels en invasieve kanker. Bij CIN I komen alle HPV-types voor (zowel laagrisico-HPV als hoogrisico-HPV), in carcinoma's enkel de hoogrisico-HPV's. Van alle CIN I-laesies evolueert 1% naar invasief carcinoom, 60% regresseert,

30% persisteert en 10% kent een progressie naar CIN III. Van de CIN II-laesies evolueert 5% naar invasief carcinoom, 40% regresseert, 40% persisteert en 20% kent progressie naar CIN III. Van de CIN III-laesies evolueert 12 tot 22% naar invasief carcinoom, 33% regresseert, de overige 50% persisteert. Bij CIN III worden vooral hrHPV-types 16, 18 en 31 gevonden. De HPV-types worden dus onderverdeeld in hoogrisico-types (hrHPV) en laagriscio of niet-oncogene types (lrHPV). De lrHPV spelen enkel een pathogenetische rol bij het ontstaan van CIN I- en CIN II-laesies en bij het ontstaan van genitale wratten. Bij cervixkanker en CIN III worden in 99,7% van de gevallen hrHPV-types aangetroffen (2). De meeste cervixkankers zijn squameuze celcarcinoma. De incidentie van squameuze celcarcinoma is gedaald in gebieden met een goed georganiseerde screening. De incidentie van adenocarcinoma echter was toegenomen of hetzelfde gebleven. Recent werd er een sterke associatie aangetoond tussen de aanwezigheid van oncogene HPV-types en de ontwikkeling van adenocarcinoma en adenocarcinoma in situ van de cervix. Het DNA van 'high-risk' HPV-types is detecteerbaar in de meeste muceuze adenocarcinoma en adenosquameuze carcinoma van de cervix. Enkele zeldzame histologische varianten van cervixadenocarcinoom lijken niet gerelateerd aan HPV-infectie. Hierdoor verwacht men dat een op HPV gebaseerde screening ook de incidentie van cervixadenocarcinoom zou verminderen (1).

4. Hoe en wie screenen?

4.1 Doelgroep en screeningsinterval

De Europese Raad en het Adviescomité voor Kankerpreventie beveelt aan om cytologische screening te starten tussen 20 en 30 jaar tot de leeftijd van 60-65 jaar, dit in functie van lokale incidentie en beschikbare middelen (3). Internationale aanbevelingen vermelden dat een screeningsinterval van 3 tot 5 jaar aanvaardbaar is. Een korter interval wordt afgeraden (9). De Belgische richtlijnen (Domus Medica) raden aan alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud te screenen op voorwaarde dat zij geen volledige hysterectomie ondergingen en zij ooit seksueel actief waren. Het aanbevolen screeningsinterval is 36-60 maanden (2). Dit betekent dat een vrouw gedurende haar leven 14 uitstrijkjes laat nemen (9). In Nederland ligt de screeningsleeftijd sinds 1996 tussen 30 en 60 jaar (12). Vermoedelijk wordt het HPV niet alleen overgedragen door penetratie maar ook via onder andere vibrators. Op basis van deze hypothese lopen ook maagden risico op laesies ter hoogte van de baarmoederhals en zouden zij ook gescreend moeten worden. Condoomgebruik verlaagt het risico op infectie met HPV maar sluit besmetting niet uit. Ook lesbiennes zouden moeten participeren aan cervixscreeningsprogramma's (2).

Starten met screening bij vrouwen voor de leeftijd van 25 jaar geeft weinig baten en veroorzaakt behandeling van CIN-laesies die spontaan zouden regresseren (2). De Europese richtlijnen bevestigen de nadelen van screening voor de leeftijd van 25 jaar. Zo is er in die leeftijdsgroep een lage incidentie van baarmoederhalskanker en een hoge kans op regresserende letsels en obstetrische bijwerkingen bij excisie van CIN letsels (3). De Vlaamse sterftecijfers tonen duidelijk aan dat sterfte onder 30 jaar aan cervixkanker zeer zeldzaam is. Dit kan slechts voor een deel verklaard worden door de vroegtijdige en intensieve screening bij jongere vrouwen (2). Ondanks deze resultaten start men in Duitsland, Luxemburg, Slovakije en Spanje toch met screening voor de leeftijd van 20 jaar (9).

Rond een bepaalde leeftijd hebben vrouwen die adequaat gescreend werden en altijd negatief testten zo'n laag risico op baarmoederhalskanker dat screening kan stoppen. In de meeste landen binnen Europa ligt deze leeftijdsgrens op 60 jaar (10).

Vaak gebeurt de opportunistische screening van cervixkanker tijdens een anticonceptie- of zwangerschapsconsult. Postmenopauzale vrouwen worden vaak over het hoofd gezien (6).

Er zijn een aantal uitzonderingen op het voorgestelde interval. Zo wordt een vrouw die van plan is op korte termijn zwanger te worden en daarna zo lang borstvoeding te geven dat de aanbevolen termijn van 36 maanden overschreden zou worden, best op voorhand gescreend. In deze situatie stellen we voor om nog een uitstrijkje aan te bieden en uit te voeren voor de zwangerschap. Ook vrouwen die immunologisch gecompromitteerd zijn (transplantpatiënten, HIV positieven, vrouwen met systeemziekten,...) hebben een hogere kans op HPV-gerelateerde afwijkingen. Bij hen moet het screeningsinterval dan ook verkort worden, zeker als ze HPV-positief zijn (2).

In de studie van 2006 was het modaal screeningsinterval tussen de 12 en 15 maanden. Slechts bij 5% van de vrouwen met 2 of meer uitstrijkjes, werd tijdens de studieperiode een tijdsinterval van 36 maanden waargenomen. Bij bijna 1/3 van de vrouwen (30%) was het screeningsinterval minder dan 12 maanden. Dit cijfer daalde met de leeftijd (11). Tien procent van alle uitstrijkjes werden afgenomen bij vrouwen jonger dan 25 jaar en 8% bij vrouwen ouder dan 64 jaar (3,11).

Binnen Europa is er ook een groot verschil wat screeningsinterval betreft (10). Zo wordt in Nederland, Finland en Ierland aangeraden om de 5 jaar een uitstrijkje te laten afnemen (7,12). In Duitsland (12), Oostenrijk en Luxemburg daarentegen raadt men jaarlijkse screening (9,13) aan wat overeenkomt met een afname van meer dan 50 uitstrijkjes voor elke vrouw gedurende haar leven

(12). Finse onderzoekers hebben aangetoond dat de uitstrijkjes afgenomen binnen een georganiseerd screeningsprogramma de grootste impact hebben op het ontstaan van invasieve kankers. Dit terwijl de uitstrijkjes afgenomen in het kader van opportunistische screening slechts beperkte impact hebben. Dit laatste is omdat ze te frequent afgenomen worden bij een jongere leeftijdsgroep. Met jaarlijkse uitstrijkjes is de kans om tijdens je leven een abnormaal resultaat te hebben reëel. Dit terwijl ongeveer 1 tot 2% van de vrouwen in de landen waar jaarlijks gescreend wordt invasief cervixkanker zal ontwikkelen indien zij niet gescreend zouden worden.

Binnen een programma met hoge kwaliteit, geeft een screeningsinterval van 5 jaar een reductie van 90% op de incidentie en mortaliteit van invasieve kankers (10).

4.2 Hoe screenen?

Screenen kan door middel van een uitstrijkje en de huisarts speelt een belangrijke rol in het aanbieden van dit onderzoek. De kwaliteit van de uitstrijkjes die de huisarts maakt, is over het algemeen zeer goed. Om de 3 tot 5 jaar een uitstrijkje uitvoeren gevolgd door een adequate behandeling van de ontdekte laesies, reduceert de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van cervixkanker met minstens 80% op voorwaarde dat dit op een georganiseerde manier gebeurt. Met L-SIL (afkorting zie verder classificatie) als drempel voor biopsie en verdere histologische diagnostiek was de sensitiviteit voor CIN II+ 0,44-0,99 en de specificiteit 0,91-0,98. De sensitiviteit van de test is hoger voor hooggradige laesies (2). Een studie in Nederland heeft verschillende vormen van screeningsmethoden vergeleken (een gecentraliseerd op de gemeenschap gebaseerd systeem, een gedecentraliseerd huisartsgebaseerd systeem en een combinatie van beiden). Zij kwamen tot de conclusie dat een huisartsgebaseerd screeningsprogramma het meest effectief is. Bij dit systeem werden de patiënten persoonlijk uitgenodigd door hun huisarts. Dit resultaat bevestigt de belangrijke rol van de huisarts bij screening van baarmoederhalskanker (14).

Neoplastische veranderingen van cervixepitheelcellen kunnen mogelijks wijzen op ontwikkeling van cervixkanker of een precursor ervan. Deze veranderingen kunnen opgespoord worden door microscopisch onderzoek van een Papanicolaou uitstrijk (3). Met een cervixuitstrijkje wil men materiaal verkrijgen van de overgangszone tussen exo- en endocervix. Cytologische afwijkingen ontstaan vooral op deze overgang van meerlagig plaveiselcelepitheel naar éénlagig cilindrisch epitheel. Bij vrouwen voor de menopauze ligt de overgangszone vaak exocervicaal, in de postmenopauze ligt deze meer naar binnen. Deze overgang is het best te bereiken met een cervixbrush. De cervixbrush geniet de voorkeur voor afname van een uitstrijkje. Er is een hoger

aantal cellen en bovendien ook een groter aantal endocervicale cellen aanwezig. Afname met Ayre-spatel en cytobrush is minder efficiënt (2). Conventionele uitstrijkjes en de dunnelaagmethode zijn even specifiek en sensitief voor de detectie van hooggradige laesies (1-2-3). Ondanks het feit dat de dunnelaagmethode duurder is, geniet deze toch de voorkeur omdat in een aantal gevallen (3-4%) het herziene opvolgadvies aanbeveelt een hrHPV-bepaling uit te voeren. Dit kan alleen gebeuren op een dunnelaagpreparaat. Bij de dunne laagtechniek wordt het afgenomen celmateriaal niet uitgestreken op een glaasje, maar wordt na afname het celmateriaal gefixeerd door de cervixbrush onder te dompelen in een potje met speciale vloeistof (2-3). Zo is er een goede fixatie, geen bloed of slijm en geen verlies van cellen. Deze techniek geeft een significante daling van uitstrijkjes van matige kwaliteit en een significante toename van detectie van dysplasie (2).Een bijkomend voordeel is dat dit resultaat sneller geïnterpreteerd kan worden (3). De cervixbrush moet voldoende diep in de cervixmond gebracht worden en daarna moet men vijfmaal 360° draaien in dezelfde richting (2,7).

De Belgische richtlijn raadt af om systematisch bij elk uitstrijkje een hrHPV-bepaling te laten uitvoeren. Tot nu toe zijn er geen klinische studies beschikbaar die de meerwaarde aantonen van een systematische bepaling van hrHPV. De voordelen zijn op dit ogenblik dus nog niet gekend, de nadelen wel. Bij vrouwen jonger dan 30 jaar is de specificiteit (weinig vals positieven) van hrHPV-test zeer laag gezien de hoge prevalentie van HPV-infectie en de lage incidentie van ernstige cytologische afwijkingen van het cervixepitheel. Tot nu toe zijn meer dan 130 HPV-typen gekend. Een veertigtal daarvan behoren tot de anogenitale groep en kunnen de cervix infecteren. De meeste HPV-infecties zijn, zoals eerder vermeld, echter transiënt, zeker bij jonge vrouwen. Bij ongeveer 20% van de geïnfecteerde vrouwen ontstaan CIN-afwijkingen. Progressie van CIN-afwijkingen treedt alleen op wanneer hrHPV persisteert in het cervixepitheel. Door de hoge prevalentie zal de huisarts bij systematische hrHPV-bepaling erg vaak aan de vrouw moeten meedelen dat zij besmet is geraakt met een seksueel overdraagbare infectie met een kankerverwekkend virus en waarvoor tot nu toe geen behandeling bestaat. Dit kan ernstige psychologische gevolgen hebben. Genitale HPV's worden voornamelijk overgebracht door intiem contact, vooral geslachtsgemeenschap. Blootstelling komt vaak voor en dit al vanaf het begin van de seksuele activiteit. Ongeveer 80% van de seksueel actieve personen zou met tenminste één type HPV geïnfecteerd zijn voor de leeftijd van 50 jaar. Veel HPV-infecties worden vroeg na de start van de seksuele carrière opgelopen. Uit een recente studie in de Verenigde Staten blijkt dat de globale prevalentie van HPV bij vrouwen tussen de leeftijd van 14 en 59 jaar 26,8% bedraagt. De prevalentie van HPV neemt jaarlijks toe vanaf de leeftijd van 14 jaar tot de leeftijd van 24 jaar. Vanaf dan wordt een geleidelijke afname gezien. De leeftijdsspecifieke prevalentie van HPV-infecties was in deze studie het hoogst in de leeftijdsgroep

van 20 tot 24 jaar met bijna 45%. Een ander nadeel is dat vrouwen de kans overschatten dat een besmetting met HPV effectief tot kanker zou leiden. En dat terwijl slechts 2% van hrHPV zonder interventies effectief tot baarmoederhalskanker leidt. Bepalingen van HPV worden op dit moment dus ook niet terugbetaald door het RIZIV. Op dit ogenblik ligt de kostprijs rond 40 euro. Een bijkomend nadeel is dat het nog niet duidelijk is welke weerslag het resultaat heeft op het te volgen beleid. Zo weet me nog niet wat het beleid moet zijn bij een positieve HPV-test met normale cytologie. De meeste HPV-infecties verlopen immers asymptomatisch en zijn voorbijgaand. Het immuunsysteem klaart het virus. Meer dan 70% van de nieuwe HPV-infecties is geklaard na een jaar en ongeveer 90% van de HPV-infecties na twee jaar. De gemiddelde duur van een nieuwe infectie is acht maanden.

Als algemeen besluit kunnen we stellen dat door de grote kans op een positieve test, de huisarts alle vrouwen op voorhand uitgebreid zou moeten informeren over wat HPV is,wat de bedoeling van de test is en wat de consequenties zijn van positieve en negatieve resultaten. De meeste Vlamingen weten nog erg weinig over HPV. Het is dus duidelijk dat de nadelen van systematisch HPV-bepaling opwegen tegenover de voordelen. Op dit moment wordt een systematische HPV-bepaling dus ook afgeraden. De vraag blijft dan wanneer het wel nuttig is om HPV te bepalen. Het is namelijk zo dat een hrHPV-bepaling voor screening nuttiger en efficiënter wordt vanaf 35 jaar. HPV-bepaling onder de 35 jaar geeft een te grote kans op een positieve test. Op deze leeftijd is een positieve hrHPV dan ook geen goede beslisser voor colposcopie of andere behandeling. Bij vrouwen ouder dan 40 jaar, is een negatieve hrHPV een goede test om verder onderzoek uit te sluiten (2).

Momenteel zijn er nog een aantal studies lopende omtrent het nut van HPV-bepalingen. Zoals blijkt uit voorgaande tekst, is de waarde van HPV-detectie nog deels onduidelijk.

De juiste indicaties voor HPV testen omvatten ASC-US (afkorting zie verder classificatie) bij vrouwen in de doelgroep en bij follow-up van neoplasie (1).

Door een goed georganiseerde screening kan de incidentie van baarmoederhalskanker gereduceerd worden. Dit werd reeds aangetoond in bepaalde Noorse landen en meest recent ook in Nederland, Engeland en Noorwegen (11). Een goed georganiseerde screening heeft een grotere impact dan opportunistische screening omdat zo een grotere participatiegraad bereikt wordt en bijgevolg de drempel om deel te nemen voor alle lagen van de bevolking lager is. Zo zullen er meer vrouwen met een verhoogd risico deelnemen (1).

Binnen Europa behoort Nederland tot de landen met een lage incidentie en bijna de laagste mortaliteit van baarmoederhalskanker. Tussen 1965 en 1970 begon de mortaliteit te dalen. Deze daling bleef verder toenemen na introductie van screening. Men schat dat de helft van de dalingen aan mortaliteit te wijten is aan screening. Sinds 1996 is er in Nederland een gestructureerd nationaal screeningsprogramma rond baarmoederhalskanker (15). In België blijft screening opportunistisch. Dit resulteert in hoge mate van overscreening en een heterogene kwaliteit (11,16).

4.3 Contra-indicaties uitstrijkje

Absolute contra-indicaties voor de afname van een uitstrijkje zijn een totale hysterectomie en macroscopisch een verdacht letsel. Na totale hysterectomie voor goedaardige aandoeningen worden geen screeningsuitstrijkjes meer afgenomen. Na totale hysterectomie omwille van cervicale neoplasie wordt de indicatie van follow-up cytologie individueel bepaald.

Situaties die de kwaliteit van een uitstrijkje negatief kunnen beïnvloeden zijn menstruatie, dervings- of doorbraakbloedingen, vaginale ontsteking of infectie, ernstige genitale atrofie, zwangerschap en de periode postpartum (3 maanden). De screening wordt best uitgesteld tot drie maanden na de zwangerschap of borstvoeding (pas 6 maanden na lactatie). De reden hiervan is dat de cytologie gestoord is tijdens de zwangerschap en lactatieperiode. Andere negatief beïnvloedende factoren zijn recent gebruik van ontsmettingscrème of -vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie (minder dan 48u voordien), vaginale douche (minder dan 24u voordien), voorgaande colposcopie met azijnzuur (minder dan 24u vooraf), vaginaal toucher, een tekort interval na het vorige uitstrijkje (indien het vorige uitstrijkje minder dan 3 maanden geleden heeft plaatsgevonden; na een uitstrijkje heeft het cervicale epitheel minimaal zes weken nodig om te regenereren), cervixchirurgie die minder dan drie maanden geleden is (kan vals positief resultaat geven) en radiotherapie (cytologische afwijkingen na bestraling zijn de eerste maanden het meest uitgesproken maar meestal gaat men ook belangrijke blijvende afwijkingen zien) (2).

4.4 Waarom laten vrouwen zich wel/niet screenen?

Factoren die bepalen of een vrouw deelneemt aan screening voor baarmoederhalskanker bestaan uit socio-demografische factoren (leeftijd, etniciteit, huwelijksstatus en leven op het platteland), socio-economische factoren (inkomen en onderwijsniveau) en kenmerken van de gezondheidswerkers en de organisatie van de gezondheidszorg (1).

Mogelijke redenen waarom vrouwen zich niet laten screenen zijn een negatief zelfbeeld (2), weinig

sociale impulsen (2), angst voor negatieve gevolgen van screening (2), schaamte voor het lichamelijk onderzoek (2,6), schrik voor een slecht resultaat (2,6), schrik voor pijn (2,6) en gebrek aan kennis omtrent cervixkanker en de risicofactoren (6).

Ook gebrek aan kennis over het doel van screening of het aanbevolen screeningsinterval en een gebrek aan een vaste gynaecoloog of andere gezondheidswerker kunnen redenen zijn om zich niet te laten screenen. In sommige studies werd aangetoond dat alleenstaande vrouwen, vrouwen die in landelijke gebieden wonen en geïmmigreerde vrouwen zich vaker niet laten screenen (17). Administratieve fouten, niet beschikbaar zijn van een vrouwelijke screener, niet passende consultatie-uren, zichzelf niet 'at risk' beschouwen en zich niet bewust zijn van de indicaties en voordelen van screening kunnen aanleiding geven tot niet participeren. Veel vrouwen denken dat de test dient om bestaande cervixkanker op te sporen (6). Als arts is het belangrijk de risicofactoren te kennen voor niet-participatie aan screeening. Zo kan je alerter zijn voor deze risicogroep en trachten screening voor cervixkanker actief bespreekbaar te maken. Mogelijke risicofactoren zijn zwakke sociale en/of economische status (6), lage opleidingsgraad, geboren in het buitenland, oudere vrouwen, alleenstaanden, de taal van het land niet machtig zijn, vrouwen met leermoeilijkheden of vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie (2). Er is tevens evidentie dat etnische minderheden en postmenopauzale vrouwen minder vaak gescreend worden (6).

Eenvoudige herinneringen zoals een herhalingsbrief voor non-responders op de uitnodigingsbrief en een telefonische rappel kan de participatie bij een georganiseerde screening drastisch verhogen. Hierdoor worden meer precursorlaesies gedetecteerd en bijgevolg worden levens gered (2,17).

Tevredenheid bij patiënten wordt beïnvloed door factoren zoals het tijdsinterval tussen de verwijzing en de afspraak, de wachttijd voor het consult en de betrouwbaarheid in de mogelijkheden van de clinicus. De beschikbaarheid van een vrouwelijke screener en meer informatie zouden de compliantie mogelijks doen toenemen (6). De kennis omtrent HPV is bij de vrouw over het algemeen laag. Er is een duidelijke vraag naar meer informatie (1).
Vrouwen die participeren aan screening, zijn vrouwen die meer positieve sociale stimuli voelen en voor wie screening met gelijken bespreekbaar is. Bovendien hebben deze vrouwen meer positieve rolmodellen (2).

4.5 Classificatie

Tijdens de afname van een uitstrijkje worden cellen van de cervix afgeschraapt en deze worden

microscopisch onderzocht. Gedurende dit proces gaat de samenhang tussen die cellen grotendeels verloren. Bijgevolg kunnen enkel de kenmerken van losse cellen beschreven worden in een cytologisch protocol. De indeling van cytologische afwijkingen gebeurt volgens het Bethesdasysteem.

- L-SIL of 'Low-grade Sqamous Intraepithelial Lesion' => laag-gradige intra-epitheliale plaveiselcelwijkingen
- H-SIL of 'High-grade Squamous Intraepithelial Lesion' => hoog-gradige intra-epitheliale plaveiselcelwijkingen
- ASC-US of 'Atypical Squamous cells of Undetermined Significance' => atypische plaveiselepitheelcellen waarvan betekenis niet duidelijk is. Dit betekent dat de cytologische afwijkingen kwantitatief en/of kwalitatief onvoldoende zijn om een zekerheidsdiagnose van L-SIL te stellen.
- ASC-H of 'Atypical Squamous cells' => H-SIL kan niet met zekerheid uitgesloten worden. Dit betekent dat de cytologische afwijkingen kwantitatief en/of kwalitatief onvoldoende zij om een zekerheidsdiagnose van H-SIL te stellen.
- AGC of 'Atypical Glandular Cells' => atypische klierepitheelcellen van endometriale of endocervicale oorsprong. Wanneer de oorsprong van de atypische klierepitheelcellen niet met zekerheid achterhaald kan worden, spreekt men van AGC-NOS ('Atypical Glandular Cells, Not Otherwise Specified', niet nader gespecifieerd). Afhankelijk van de cytologische afwijking kan het nodig zijn dat een colposcopie of biopsie gebeurt. Bij een biopsie verkrijgt men een histologisch preparaat waarbij de samenhang tussen de cellen wel behouden blijft. Via microscopisch onderzoek van deze biopsies, krijgt men een beter zicht op de mate van dysplasie. Hieronder staat de indeling van de termen die daarvoor gebruikt worden.
- CIN of 'Cervical intra-epithelial Neoplasia' => Intra-epitheliale neoplasie of dysplasie van het plaveiselepitheel. Er worden 3 graden van dysplasie onderscheiden, namelijk lichte (CIN I), matige (CIN II) en ernstige (CIN III) dysplasie.
- CIS of 'Carcinoma in situ'
- CIN II+/CIN II-III: een aantal studies tellen als positieve casussen alle letsels groter dan CIN II bijeen (dus CIN III, CIS en invasieve letstels), of indien zo vermeld, alle letsels CIN II en CIN III bijeen (2).

4.6 Opvolging van afwijkingen

De opvolging van de afwijkingen gebeurt conform de voor Vlaanderen actuele aanbevelingen,

geformuleerd door de Belgische vereniging voor Klinische Cytologie in samenspraak met Nederlandstalige en Franstalige gynaecologen in België. Deze aanbevelingen zijn ook in overeenstemming met de recente Europese richtlijnen over cervixkankerscreening. Onderstaande figuur geeft de nodige informatie over correcte follow-up bij afwijkende uitstrijkjes.Ook de indicatie voor colposcopie staat vermeld (2). Een colposcoop is een optisch instrument waardoor observatie van de cervix en vagina onder optimale verlichting en vergroting (tusen x6 en x40) mogelijk wordt gemaakt. Het doel is premaligne afwijkingen van de cervix te detecteren. Na macroscopisch onderzoek van de vulva, wordt een aangepast vaginaal speculum ingebracht waarbij er op wordt gelet de cervix niet te beschadigen. Een 3-5% azijnzuur oplossing wordt vervolgens op de cervix gebracht. Een 'aceto-white' reactie gebeurt wanneer het sqameus epitheel abnormaal is (1).

Adviezen opvolging afwijkende uitstrijkjes [86,87].

Algemene beoordeling van het cervixepitheel	Beleidsvoorstel
Kwaliteit is onvoldoende.	Herhaal het uitstrijkje na 3-6 maanden.
Negatief voor intra-epitheliale laesie of maligniteit (NILM): deze categorie bevat alle normale uitstrijkjes en alle uitstrijkjes met uitsluitend reactieve veranderingen.	Normaal screeningsinterval: 3 jaar, behalve na eerste uitstrijkje: interval van 1 jaar [89]. Begin screening: 25 jaar Eindleeftijd screening: 64 jaar
'Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance' (ASC-US) ASC-US+infectie	hrHPV-test: • hrHPV-positief: onmiddellijke verwijzing voor colposcopie en biopsie. • hrHPV-negatief: uitstrijkje na 12 maanden [90]. Infectie + hrHPV-negatief: herhaling na behandeling van de infectie maar ten vroegste 3 maanden na het vorige uitstrijkje. Infectie + hrHPV-positief: eerst infectie behandelen, dan colposcopie.
ASC-H (atypische squameuze cellen, H-SIL kan niet met zekerheid uitgesloten worden)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie.
L-SIL (HPV-effect, CIN I)	Uitstrijkje na 6 maanden: • HPV-positief: colposcopie en biopsie. • HPV-negatief: herhaal na 12 maanden.
H-SIL (CIN II, CIN III, CIS)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie.
Aanwezigheid van normale endometriumcellen: <40 jaar: wordt niet vermeld >40 jaar: aanwezigheid wordt vermeld, doch wordt niet beschouwd als epitheliale afwijking	Aanwezigheid van endometriumcellen interpreteren in de klinische context: menses? Eerste helft menstruele cyclus? Hormonale substitutie? Intra-uterien voorbehoedsmiddel? Endometriumcellen na de menopauze moet steeds verder onderzocht worden: verwijzing naar de gynaecoloog voor gecombineerde colposcopie en hysteroscopie, met eventueel biopsiename indien mogelijk.
'Atypical Glandular Cells' (AGC): atypische glandulaire cellen, endocervicaal, endometriaal of NOS (Not Otherwise Specified: niet nader gespecificeerd)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie, biopsie, endocervicale en endometriale weefselafname.
AGC-voorkeur neoplasie	Verwijzen naar gynaecoloog.
AIS-ecc: endocervicaal adenocarcinoma in situ	Verwijzen naar gynaecoloog.
Invasief carcinoom, plaveiselcel- of adenocarcinoom	Verwijzen naar gynaecoloog.
Normaal uitstrijkje na behandeling voor H-SIL of AIS-ecc	Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN II, CIN III of AIS: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na behandeling. Ook colposcopie en hrHPV-test 6 maanden na behandeling. Jaarlijks uitstrijkje tot 5 jaar na behandeling. Daarna normaal screeningsinterval. Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN I: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na behandeling. Daarna normaal screeningsinterval.

Bron figuur: Domus Medica

5. Cijfers omtrent cervixkanker

5.1 Prevalentie en incidentie

Cervixkanker is een belangrijk gezondheidsprobleem (2). Naar schatting zou het jaarlijks aantal gevallen van baarmoederhalskanker wereldwijd 530000 zijn. Ongeveer 275000 vrouwen sterven eraan. Na borst- (1,38 miljoen gevallen) en colorectale kanker (0,57 miljoen gevallen) is het de derde meest voorkomende kanker. Baarmoederhalskanker is de meest voorkomende kanker in Oost-, West- en Centraal-Afrika, Centraal Amerika, Zuid-Centraal Azië en Melanesië. De hoogste incidentie wordt genoteerd in Guinea waar ongeveer 6,5% van de vrouwen deze kanker ontwikkelen voor de leeftijd van 75 jaar. In India noteerde men het hoogst aantal gevallen (134000/jaar) en sterftes (73000/jaar). Baarmoederhalskanker treft vooral jonge vrouwen (jonger dan 45 jaar). In Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland is de incidentie van baarmoederhalskanker sterk gedaald over de laatste decades. Dit is vooral een gevolg van cytologische screening. In Oost-Europa echter is er een minder sterke daling van de incidentie. In enkele Oost-Europese landen is deze zelfs gestegen. Vermoedelijk is dit een gevolg van de toegenomen prevalentie van HPV infectie in combinatie met de vrij lage graad en kwaliteit van screening (3).

In België maakt cervixkanker 3,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en staat het na borst-, colon-, uterus-, rectum-, long-, ovarium- en non-Hodgkinlymfoomkanker op de 8e plaats (2,19). In het Vlaamse gewest staat cervixkanker op de 9e plaats gerangschikt na kankers van borst, colon, long, ovarium, melanoom, rectum en non-hodgkin lymfoom. Iets minder dan 1% (0,8%) van de Vlaamse bevolking ontwikkelt baarmoederhalskanker voor de leeftijd van 75 jaar (3). Tussen 2000 en 2004 werden jaarlijks gemiddeld 379 nieuwe cervixkankers geregistreerd in Vlaanderen (2). In 2010 werden 593 nieuwe gevallen van cervixkanker genoteerd (19). Jaarlijks overlijden iets meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan cervixkanker (2). Volgens de gegevens van de stichting kankerregister stierven er tussen 2000 en 2005 jaarlijks gemiddeld 112 vrouwen in Vlaanderen aan cervixkanker (19). Het aantal potentieel verloren levensjaren (tussen 15 en 64 jaar) bedraagt 0,48 jaar/1000 vrouwen. Moest deze doodsoorzaak geëlimineerd worden, dan zou de levensverwachting stijgen met 0,07 jaar (2). Het wereld-gestandardiseerde incidentiecijfer van cervixkanker (geschat voor 2004) in België lag iets hoger dan het gemiddelde van de 15 lidstaten die voor 2007 de Europese Unie vormden.

Vijftig procent van de cervixtumoren komt voor bij vrouwen van vijftig jaar en ouder en worden vooral aangetroffen bij vrouwen die niet of onvoldoende gescreend werden (2). De incidentiecijfers bevestigen dit en geven aan dat deze viermaal zo hoog zijn in de leeftijdsgroep 35-64 jaar in vergelijking met de leeftijdsgroep 15-34 jaar. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 54 jaar (19). Bij vrouwen ouder dan vijftig jaar die adequaat participeren in cervixkankerscreening is het risico duidelijk lager. Juist deze groep zou minder intensief gescreend moeten worden (2). Onderzoek bevestigt inderdaad dat de leeftijdsspecifieke incidentie in Vlaanderen zeer laag is voor de leeftijd van 25-29 jaar, vanaf 30 jaar neemt de incidentie toe. Vervolgens wordt er een plateau bereikt in de groep 35-49, nadien daalt de incidentie met nog een piek in de groep 75-79 jaar (3).

De meeste cervixkankers zijn squameuze celcarcinoma. De incidentie van squameuze celcarcinoma is gedaald in gebieden met een goed georganiseerde screening. De incidentie van adenocarcinoma echter was toegenomen of hetzelfde gebleven (1). De meerderheid van cervixtumoren wordt gediagnosticeerd in stadium 1 (19).

5.2 Mortaliteit

Door goede screening naar de vroege stadia van baarmoederhalskanker kan zowel de morbiditeit als de mortaliteit ten gevolge van cervixkanker dalen (2,14,9). Er is een duidelijk verband tussen de deelnamegraad van de bevolking bij een georganiseerde screening en een daling van de incidentie van cervixkanker en een daling van de mortaliteit van cervixkanker (1). Om de 3 tot 5 jaar een uitstrijkje uitvoeren gevolgd door een adequate behandeling van de ontdekte laesies, reduceert de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van cervixkanker met minstens 80% op voorwaarde dat dit op een georganiseerde manier gebeurt (2). Een reductie in mortaliteit na conventionele cytologische screening is echter nooit aangetoond via gerandomiseerde studies maar de evidentie voor doeltreffendheid wordt vandaag algemeen aangenomen en is gebaseerd op observationele studies (1).

6. Cijfers omtrent cervixkankerscreening

6.1 Screeningsgraad

Een studie die werd uitgevoerd binnen Europa toonde aan dat de screeningsgraad voor cervixkankerscreening lager was dan 80% in alle programma's. De cijfers varieerden tussen 10 en 79%. Met een ongeorganiseerde screening wordt een aanzienlijk deel van de populatie totaal of

gedeeltelijk onderscreend maar tegelijkertijd is er veel overscreening. De Europese Unie adviseert dan ook dat kankerscreening aangeboden moet worden in georganiseerde screeningsprogramma's die van goede kwaliteit zijn (9).

Het KCE rapport van 2006 vermeldt dat de huidige deelnemingsgraad voor screening 59% is bij de doelgroep en dat bij meer dan 40% van de doelgroep zelden of nooit een uitstrijkje wordt afgenomen (1). In heel België komt dit neer op 1,1 miljoen vrouwen die onvoldoende of helemaal niet gescreend worden (2,11**)**. In landen waar een degelijk georganiseerde screening is geïmplementeerd zoals in het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen, bedraagt dit percentage 80% (1). Gegevens van een andere Belgische studie ondersteunen deze cijfers. In 2006 was de dekkingsgraad (couverture) voor baarmoederhalskankerscreening in België 61%. De dekkingsgraad betreft het percentage van de doelbevolking, namelijk vrouwen tussen 25 en 64 jaar, bij wie een cytologisch onderzoek van een cervixuitstrijkje heeft plaatsgevonden minder dan drie jaar geleden. Het verschil in couverture tussen de gewesten is gering met volgende percentages van screeningsgraad: 60% in het Vlaamse Gewest (3,11), 62 % in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 63% in het Waalse Gewest. Globaal steeg de screeningscouverture met 2.2% in vergelijking met 2000. Opmerkelijk is dat het aantal gebruikte uitstrijkjes in theorie voldoende was om meer dan 100% van de doelbevolking te dekken over een tijdspanne van drie jaar. Toch kreeg slechts 61% van de doelgroep één of meer uitstrijkjes. In absolute cijfers betekent dit dat er in de periode 2004-2006 3.2 miljoen uitstrijkjes geïnterpreteerd werden die genomen werden bij slechts 1.7 miljoen vrouwen tussen 25 en 64 jaar oud (11).

De jongste leeftijdsgroepen van de doelpopulatie, vrouwen van 25-34 jaar oud,werden het best gescreend met een dekkingsgraad van 70% op nationaal niveau. De dekkingsgraad daalde geleidelijk aan van 67% tot 62% bij vrouwen tussen 35 en 49 jaar. Vanaf 50 jaar daalde de dekking sneller tot 44% in de leeftijdsgroep van 60-64 jarigen. Deze cijfers waren gelijklopend in de drie gewesten (11).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat veel vrouwen een tijd lang uitstrijkjes laten uitvoeren bij de gynaecoloog, vaak in het kader van anticonceptie. Na de menopauze valt deze indicatie weg en worden er geen nieuwe afspraken gemaakt met de gynaecoloog. Bijgevolg worden er dus ook geen uitstrijkjes meer gemaakt. De huisarts gaat er vaak van uit dat de uitstrijkjes elders gebeuren (1,2). Een hoge screeningsgraad is nochtans een belangrijke parameter voor de kosteneffectiviteit van een screeningsprogramma (12).

6.2 Kosten in België

Veel artsen passen een te kort interval toe tussen opeenvolgende uitstrijkjes. Hierdoor stijgt de kostprijs van screening buiten verhouding tot de bijkomende winst (2,20). Er worden afwijkingen ontdekt die ook onbehandeld spontaan zouden regresseren. Eenmaal de afwijking ontdekt is gebeuren er verdere onderzoeken. Dit veroorzaakt extra kosten, psychologische problemen (bezorgdheden) en frequente overbehandeling van ontdekte afwijkingen (blijvende lichamelijke schade, angstinductie, extra kosten voor de samenleving en de betrokken vrouwen). De kostprijs van screeningsprogramma's stijgt drievoudig als jaarlijks gescreend wordt in plaats van driejaarlijks. Tegenover deze verdrievoudiging van de kostprijs staat 3% meer vroegtijdig ontdekte kankers (2) .

De Belgische studie van 2006 bevestigt de frequente overconsumptie. De overconsumptie van cytologische baarmoederhalsonderzoeken was 88%. Dit betekent dat iedere gescreende vrouw 1.88 uitstrijkjes kreeg in een periode van 3 jaar. Dit overmatig gebruik van uitstrijkjes was hoog in alle delen van België. Het was minder hoog in het Vlaamse Gewest (84%) dan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (95%) en het Waalse Gewest (94%). Een deel van deze “overconsumptie” werd uiteraard afgewend voor de follow-up van vrouwen met eerder vastgestelde baarmoederhalsletsels. Als men er vanuit gaat dat 10% van de gescreende vrouwen gemiddeld twee uitstrijkjes nodig had voor opvolging van vroegere abnormaliteiten, kunnen we inschatten dat jaarlijks 380,000 uitstrijkjes afgenomen werden die niet bijdragen tot de screeningscouverture of tot follow-up. Dit komt overeen met een geschat bedrag van 7.9 miljoen € per jaar dat terugbetaald werd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voor afname en interpretatie van uitstrijkjes met beperkt nut. Dit bedrag wordt nog verhoogd met 407 miljoen € voor opsporing buiten de doelgroep (11).
In de periode tussen 2002 en 2006, werden een indrukwekkend aantal colposcopieën uitgevoerd in België. De verhouding tussen het aantal biopsieën en het aantal colposcopieën was laag (gemiddeld 5%). Dit is toe te schrijven aan het zeer hoge aantal colposcopieën dat gebeurt bij vrouwen zonder afwijkingen van het baarmoederhalsslijmvlies. Colposcopieën worden dus niet verricht volgens de bestaande nationale of internationale aanbevelingen (11).

De gemiddelde jaarlijkse screeningskost is 47% hoger in een gezondheidssysteem waar screening opportunistisch gebeurt in vergelijking met georganiseerde screening (20).

6.3 Wie neemt het meeste uitstrijkjes af?

Zoals eerder vermeld, is er een grote variabiliteit in de organisatie van cervixkankerscreening binnen de Europese lidstaten. Ook de persoon die de uitstrijkjes afneemt verschilt tussen de verschillende landen. In Denemarken en Portugal worden uitstrijkjes uitstluitend afgenomen door huisartsen. In België, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg en Spanje zijn huisartsen en/of andere artsen (inclusief gynaecologen) hiervoor verantwoordelijk. In Finland en Zweden zijn andere gezondheidswerkers (zoals vroedvrouwen of getrainde verpleegkundigen) verantwoordelijk voor de afname van uitstrijkjes (13). Het Vlaamse screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker is geïntegreerd in een routine curatief gezondheidssysteem. Hoewel huisartsen een toenemend deel van baarmoederhalskankerscreening op zich namen, werden de meeste uitstrijkjes toch nog steeds afgenomen door gynaecologen. Men verwacht niet dat dit in de toekomst zal veranderen, aangezien onder de gescreende vrouwen slechts 1/3 hun huisarts zou contacteren voor het volgende uitstrijkje. Vrouwen die onvoldoende gescreend werden (vooral oudere vrouwen en vrouwen uit een lagere sociale klasse) zouden zich vaker tot de huisarts wenden voor het afnemen van hun uitstrijkje (21).

In Vlaanderen werd in 1996 25,7% van de uitstrijkjes afgenomen door huisartsen, in 2000 was dit nog net 20%. Volgens gegevens van de christelijke mutualiteiten werd tussen 2004 en 2006 nog 12,54% van de uitstrijkjes door huisartsen afgenomen (2). Het KCE rapport van 2006 bevestigt dit en vermeldt dat in België de meeste uitstrijkjes worden afgenomen door gynaecologen, ongeveer 10% van de uitstrijkjes wordt door huisartsen afgenomen (1). Belgische huisartsen nemen 12,5% van de uitstrijkjes af, Vlaamse ongeveer 20% (2).

Ook de studie van het wetenschappelijk instituut volksgezondheid bevestigt dat het aandeel van huisartsen in de afname van cervixuitstrijkjes beperkt was en sterk varieerde sterk tussen de gewesten. In de periode 2004-2006 werd 16% van de uitstrijkjes in het Vlaams Gewest afgenomen door huisartsen en respectievelijk 7% en slechts 3% in het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest. Er werd een dalende trend gezien over de periode 2002-2006, vooral in het Vlaams Gewest (26% in 1996 en 14% in 2006). In Wallonië is het afnemen van een uitstrijkje bijna een exclusieve activiteit van de gynaecologen. De proportie van het aantal afgenomen uitstrijkjes dat de huisarts maakte, varieerde volgens de leeftijd van de patiënt. Het aandeel van de huisarts toonde een dip in de leeftijdsgroep waar de dekkingsgraad van screening en intensiteit van screening het hoogste was (11).
In Nederland, waar 5-jaarlijks gescreend wordt bij vrouwen tussen 30 en 60 jaar, neemt een huisarts gemiddeld 120 uitstrijkjes per jaar af. In een gemiddelde Vlaamse huisartsenpraktijk met ongeveer

1000 patiënten moeten jaarlijks ongeveer 85 uitstrijkjes worden gemaakt en een aantal herhalingsuitstrijkjes. Van de 85 uitstrijkjes die jaarlijks gemaakt worden, zullen er 3 à 4 afwijkend zijn (22). De kwaliteit van uitstrijkjes die de huisarts maakt, is over het algemeen nochtans zeer goed (2).

III Onderzoeksmethodiek

Aan de hand van een prospectief observationeel onderzoek heb ik getracht een antwoord te krijgen op de vraag waarom sommige patiënten de gynaecoloog verkiezen voor afname van hun uitstrijkje in plaats van de huisarts. Ik werk in een praktijk met, inclusief mezelf, 3 artsen. De patiëntenpopulatie is wat leeftijd en sociale status betreft, gemengd. Er zijn eerder weinig migranten. Aan de hand van anonieme, papieren vragenlijsten werden vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud (populatie die volgens de Belgische richtlijnen gescreend moet worden) geïnterviewd. Dit gebeurde op twee manieren. Bij de eerste manier werden de patiënten aangesproken door mezelf en de andere collega's. We informeerden hen over het lopend project en vroegen hen de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bevatte algemene vragen (leeftijd, aantal kinderen,...), kennisvragen in verband met cervixkankerscreening en meerkeuzevragen die vooral handelen over de keuze van arts. De vragen heb ik opgesteld volgens mijn interessegebied (wat wou ikzelf graag te weten komen over de ondervraagde populatie?) en tevens via overleg met mijn collega's en promotor. Door literatuur te lezen omtrent cervixkankerscreening kreeg ik een goed overzicht over welke risicofactoren en welke eigenschappen van vrouwen die zich laten screenen, reeds gekend zijn. Aan de hand hiervan heb ik nog extra vragen bijgevoegd zoals de kennisvragen en de vraag waarom vrouwen zich al dan niet laten screenen. Op deze manier kon ik de bekomen resultaten linken aan de reeds gekende literatuur en kijken of deze gegevens overeenkwamen. De ingevulde vragenlijst kon dan in een brievenbus in de wachtzaal gedeponeerd worden. De patiënten die ik geïnformeerd heb, kregen een vragenlijst mee met als code '1', de patiënten die door mijn praktijkopleider en collega geïnformeerd werden, kregen respectievelijk een vragenlijst met als code '2' en '3' mee. Bij de andere manier konden vrouwen op eigen initiatief de vragenlijst invullen terwijl ze zaten te wachten in de wachtzaal. In de wachtzaal stond vermeld voor wie de vragenlijsten bedoeld waren (alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud), een verdere korte uitleg stond bij de vragenlijsten die in de wachtzaal lagen. Deze vragenlijst kreeg code '4' en werd ook in de brievenbus gedeponeerd. In de wachtzaal hing er een affiche uit waar nog eens opstond voor wie de vragenlijst bedoeld was. In het begin van de vragenlijst stond een korte uitleg over mijn project en stond vermeld dat de patiënten met het invullen van de vragenlijst mij toestemming gaven om hun ingevulde gegevens wetenschappelijk te verwerken. Zowel 's avonds als overdag werden vragenlijsten uitgedeeld. De vragenlijsten die overdag uitgedeeld werden krijgen een 2e codering A, de vragenlijsten die 's avonds (na 18u) uitgedeeld werden, kregen een extra code B. De bedoeling was dat er evenveel vragenlijsten overdag als 's avonds ingevuld werden. Dit opzet is echter niet geslaagd. Het werd al snel duidelijk dat de vragenlijsten die in de wachtzaal lagen, het meest werden ingevuld. Wij

vergaten soms vragenlijsten mee te geven waardoor ik uiteindelijk beslist heb om meer vragenlijsten in de wachtzaal te leggen en er minder zelf uit te delen. In totaal werden er 127 (van de 150 uitgedeelde vragenlijsten) ingevuld waarvan één niet verwerkt werd omdat hier een naam ingevuld was en deze dus niet meer anoniem was. Er werden dus 126 ingevulde vragenlijsten verwerkt. De meeste vragenlijsten werden in de wachtzaal ingevuld vóór 18u, ongeveer 104 vragenlijsten werden vóór 18u uitgedeeld, 22 werden er na 18u uitgedeeld. Ikzelf deelde 16 vragenlijsten uit, 6 vragenlijsten werden door mijn praktijkopleider Stefaan uitgedeeld en 8 werden er door Katrijn uitgedeeld. In de wachtzaal werden er 96 vragenlijsten ingevuld.

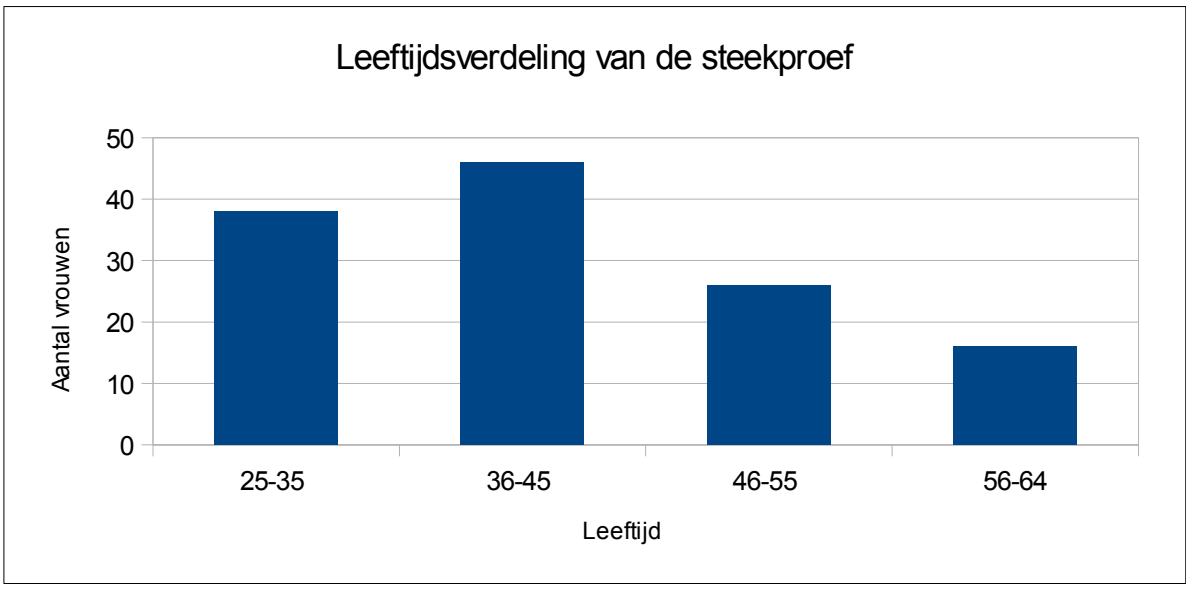
Voorafgaand aan de eigenlijke enquête heb ik een voormeting gedaan. Door contact op te nemen met het labo ben ik te weten gekomen dat er gedurende de laatste 5 jaar in de praktijk 33 uitstrijkjes werden afgenomen. Twee hiervan waren ter opvolging van ASCUS en de rest was preventief. Via het medisch programma heb ik een beeld gekregen van de populatie in de praktijk om een zicht te krijgen op het aantal vrouwen dat in aanmerking zou komen voor screening. Via de functie 'zoeken' heb ik als selectiecriteria 'vrouw', 'GMD patiënt' en 'geboren na 01/01/1948 en vóór 02/08/1987 ingegeven. Zo voldeden 582 patiënten aan deze criteria en zij zitten dus in de screeningsgroep. In totaal hebben 995 vrouwen een globaal medisch dossier (GMD). Dit betekent dus dat 58,5% van de vrouwelijke patiënten met een GMD dossier in aanmerking komt voor screening. Dit terwijl er slechts 33 uitstrijkjes werden afgenomen de laatste 5 jaar. Dit betekent dat een groot deel van de doelpopulatie ofwel onvoldoende gescreend wordt ofwel dat de uitstrijkjes elders worden afgenomen.

IV Resultaten

1. Eigenschappen van de onderzochte populatie

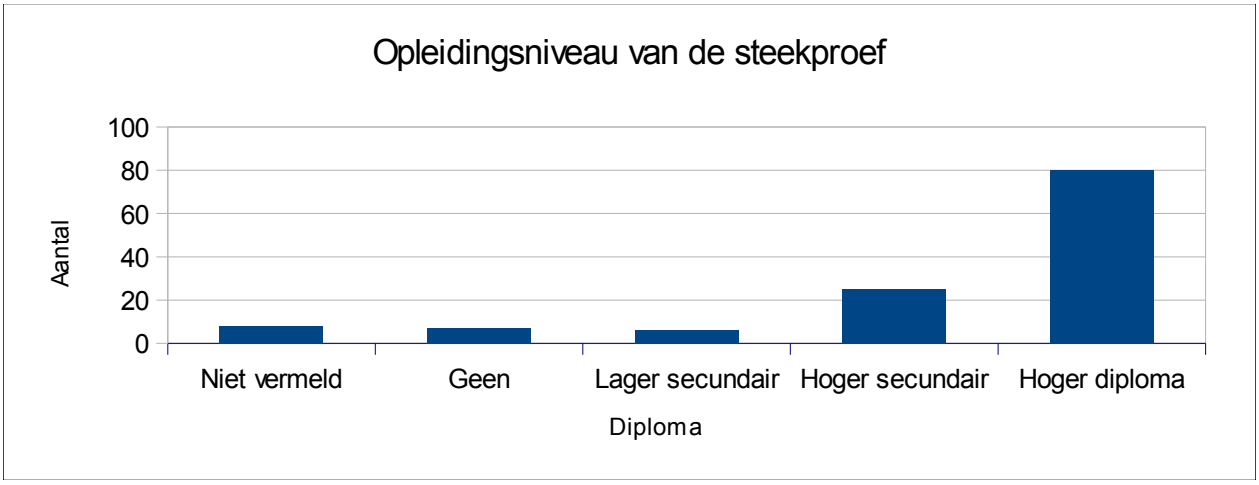
1.1 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de onderzochte vrouwen bedroeg 42,2 jaar. De jongste persoon was 25 jaar en de oudste 63 jaar oud. De leeftijdsgroep 36 tot en met 45 jaar vertegenwoordigde het meest aantal vrouwen. De leeftijdsgroep 56 tot en met 64 jaar was de kleinste groep. Het gemiddeld aantal kinderen van de onderzochte populatie was 1,6. Alle ondervraagde vrouwen hadden ooit al een uitstrijkje gehad.



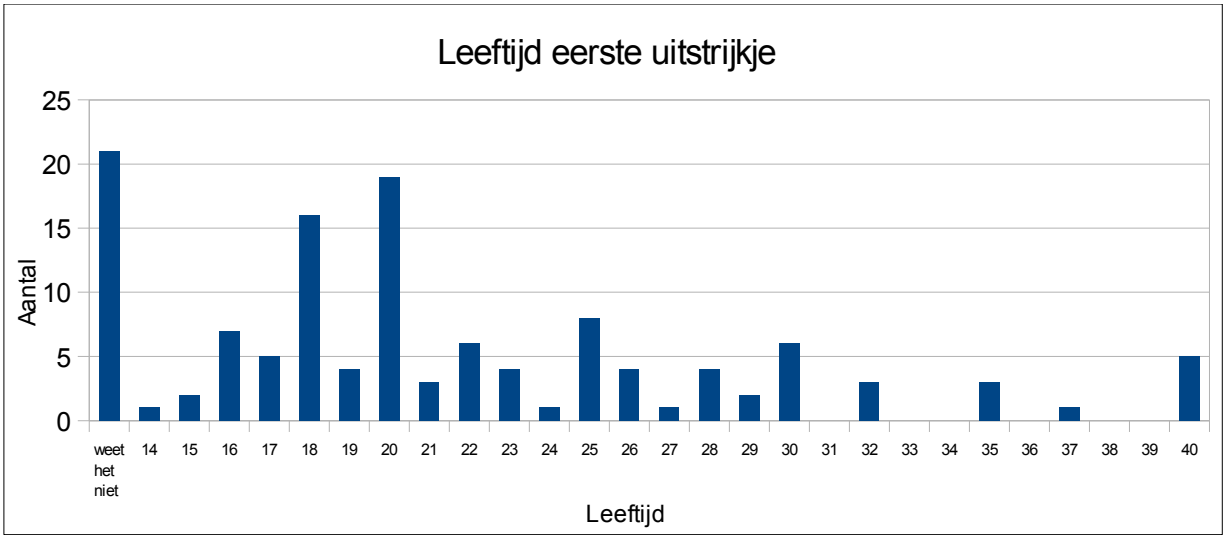
1.2 Diploma

Van de ondervraagde vrouwen heeft 6,3% niet geantwoord op de vraag waar naar het hoogst behaalde diploma werd gevraagd, heeft 5,6% geen diploma, 4,8% een diploma lager secundair onderwijs en 19,8% een diploma hoger secundair onderwijs. De meerderheid van de ondervraagde vrouwen, namelijk 63,5%, had een hoger diploma. Dit betekent dat zij nog hebben verder gestudeerd na het middelbaar onderwijs.



1.3 Leeftijd eerste uitstrijkje

De gemiddelde leeftijd waarop het eerste uitstrijkje werd afgenomen was 23 jaar. De jongste leeftijd was 14 jaar en de oudste 40 jaar oud. Van de ondervraagde populatie wist 16,7% (21 vrouwen) niet meer wanneer haar eerste uitstrijkje werd afgenomen. Soms gaven vrouwen als leeftijd bijvoorbeeld '18-20 jaar' op. In dit geval werd de laagste leeftijd in de studie opgenomen. Het merendeel van de vrouwen die de leeftijd nog wist (15%) liet op 20 jaar haar eerste uitstrijkje afnemen. Er waren ook een aantal vrouwen (4% van de populatie) die pas op 40 jarige leeftijd hun eerste uitstrijkje lieten afnemen

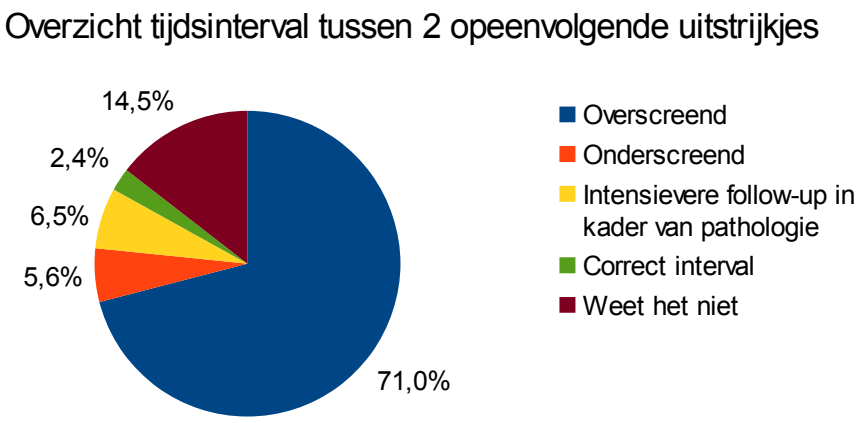


1.4 Screeningsgraad van de onderzochte (terechte) populatie

Van de 126 vrouwen wisten er 5 (3,97%) niet meer hoelang hun laatste uitstrijkje geleden was en hun antwoord werd niet in de analyse opgenomen. Bij 10 van de ondervraagde vrouwen was het meer dan 3 jaar geleden dat hun laatste uitstrijkje werd afgenomen. Eén van hen echter onderging

een hysterectomie en bij haar is het waarschijnlijk gerechtvaardigd dat zij niet meer gescreend wordt. Van de ondervraagde vrouwen zijn er dus 9 onderscreend. Op de geldige populatie (126-5) is dit dus 7,44%, op de totale populatie is dit 7,14%.

Van de 126 vrouwen gaven er 19 ofwel geen antwoord op de vraag om de hoeveel tijd ze hun uitstrijkje laten afnemen ofwel was het antwoord onduidelijk, niet specifiek genoeg of was het niet leesbaar. Bij 1 vrouw was het de eerste keer dat ze een uitstrijkje liet afnemen en deze vraag had dus geen betrekking op haar. Eén vrouw onderging een hysterectomie en zij moet niet meer verder gescreend worden. De volgende resultaten en percenten zal ik dus ook baseren op de geldige populatie (126-2), namelijk op 124 vrouwen. De 18 overblijvende onduidelijke antwoorden beschouw ik wel als geldig. Bij 7 van de ondervraagde vrouwen was het laatste uitstrijkje afwijkend, 6 van hen kregen dan ook (terecht) vaker een uitstrijkje. Eén persoon wist niet om de hoeveel tijd zij haar uitstrijkje laat afnemen. Van de 126 vrouwen hebben er 5 (3,97%) geen antwoord gegeven op de vraag of hun laatste uitstrijkje afwijkend was ofwel wisten zij het niet meer. Voor de verdere verwerking heb ik dan ook aangenomen dat hun laatste uitstrijkje normaal was.
Van de 124 vrouwen laten er 4 (3,2%) zesmaandelijks een uitstrijkje afnemen. Bij twee van hen is dit omdat hun laatste uitstrijkje afwijkend was. Eén vrouw had reeds baarmoederhalskanker gehad en de andere had ooit een biopsie gehad. Verdere informatie heb ik hier niet over. Ik heb deze 6 maandelijkse follow-up dan ook als terecht beschouwd. We kunnen hier dus ook niet meer spreken van screening maar wel van opvolging na afwijkende resultaten. Toch heb ik hen ook in de figuur geïmplementeerd. Van de 124 vrouwen laten er 55 (44,4%) jaarlijks een uitstrijkje afnemen. Bij 3 van hen is dit terecht omdat hun laatste uitstrijkje afwijkend was, bij 52 vrouwen gebeurt dit dus onterecht. Van de geldige populatie krijgt 41,9% dus onterecht jaarlijks een uitstrijkje. Vier vrouwen laten onterecht om de 1 à 2 jaar een uitstrijkje afnemen. Van de 124 vrouwen laten er 28 om de 2 jaar een uitstrijkje afnemen. Slechts bij 1 van hen was dit terecht (haar laatste uitstrijkje was afwijkend). Bij 27 vrouwen (21,8%) was dit dus onterecht. **Bij 8 vrouwen (6,5%) werd dus terecht vaker een uitstrijkje afgenomen.** Van de geldige populatie laten er 5 vrouwen om de 2 à 3 jaar een uitstrijkje afnemen. Het exact tijdsinterval heb ik niet maar ik reken dat deze vrouwen ook overscreend worden. **Van de 124 vrouwen worden er dus 88 (71%) te vaak gescreend. Slechts 3 vrouwen (2,4%) laten om de 3 jaar een uitstrijkje afnemen volgens de richtlijnen.** Eén vrouw laat om de 3 à 4 jaar een uitstrijkje afnemen. Ik beschouw haar dan ook als onderscreend. Bij 2 vrouwen is het interval meer dan 3 jaar en 4 vrouwen laten nooit een uitstrijkje afnemen. **Zeven vrouwen (5,6% van de geldige populatie) zijn dus onderscreend.**



Op basis van de 2 bovenstaande verschillende verwerkingen, bekom ik dus 2 verschillende percentages van vrouwen die onderscreend zijn. Bij de eerste verwerking zijn 7,4% van de terechte populatie onderscreend, bij de tweede verwerking is dit 5,6%. Een mogelijke verklaring is omdat het op een andere terechte populatie berekend is, maar ook omdat vrouwen bij de ene vraag bijvoorbeeld een antwoord invulden en bij de tweede vraag niet. Mogelijks vullen vrouwen wel een goed interval in, maar is hun laatste uitstrijkje effectief toch langer geleden dan eigenlijk gepland was. Desalniettemin is de uitkomst van beide verwerkingen positief en is slechts een klein deel van de onderzochte populatie onderscreend. In vergelijking met de gegevens in de literatuur waarbij 42,6 % van de doelgroep onvoldoende gescreend wordt, is dit dus een laag en goed cijfer.
Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit mede komt door bias en dat dit cijfer dus niet volledig respresentatief is voor de totale doelpopulatie in de praktijk. Het is namelijk zo dat mijn studie niet gebaseerd is op een aselecte steekproef, wat wil zeggen dat de ondervraagde vrouwen niet toevallig de vragenlijsten invulden. Zo zullen vrouwen die geen uitstrijkjes laten afnemen vermoedelijk minder geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen. Hierdoor hebben we geen resultaten van die vrouwen. In mijn discussie kom ik hier later nog op terug.

De bovenstaande figuur geeft echter goed weer dat er een aanzienlijke deel van de ondervraagde vrouwen overscreend wordt. Hier kom ik later nog op terug.

1.5 Extra aanvullende informatie

Van de totale populatie vindt 82,5% het nuttig dat de huisarts op de hoogte is van het resultaat van de vorige uitstrijkjes. Dit bevestigt nogmaals het belang, ook vanwege de patiënt, van de rol van de huisarts in de screening van baarmoederhalskanker.

De verwachtingen van de patiënt werden deels nagevraagd en opvallend is dat 89,9% van de ondervraagde vrouwen bij de afname van een uitstrijkje ook een borstonderzoek wenst. Mogelijs kan dit verklaard worden door het feit dat dit waarschijnlijk standaard gebeurt bij deze vrouwen.

Het anticonceptiegebruik is ongeveer gelijk verdeeld in de ondervraagde populatie. Van de ondervraagde vrouwen gebruikt 48,4% wel en 51,6% geen anticonceptie.

2. Peilen naar kennis

Van de ondervraagde vrouwen gaf 60% een goed antwoord op de open vraag waarom een uitstrijkje wordt afgenomen. Antwoorden waarin 'baarmoederhalskanker' of 'opsporen van afwijkende of kankercellen' werden vermeld, werden goedgekeurd. Antwoorden zoals 'controle' of 'ontsteking opsporen' werden uiteraard niet goed gekeurd.

In de vragenlijst werden ook 14 gesloten juist/fout vragen gesteld om naar de kennis van de onderzochte vrouwen te peilen. Bij de verwerking heb ik scores toegekend op de 'kennistoets' en zo kwam ik tot de conclusie dat de gemiddelde score van de kennistoets 55% is. Van de 126 vrouwen behaalden 71,4% meer dan of gelijk aan de helft van de punten op de kennistoets. Als vrouwen geen antwoord gaven, werd dit ook als foutief beschouwd.

Van de ondervraagde vrouwen bevestigde 93,7% correct dat een uitstrijkje gebruikt wordt voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker en iets meer dan de helft (56,3%) weet dat baarmoederhalskanker veroorzaakt wordt door het HPV-virus.

Van de ondervraagde populatie weet 39,7% niet dat vrijen met condoom niet volledig beschermt tegen besmetting met HPV.

Opvallend is dat slechts 24,6% van de ondervraagde vrouwen weet dat een uitstrijkje niet screent voor andere seksueel overdraagbare aandoeningen. Dit is toch een belangrijke bevinding aangezien het kan dat vrouwen er vanuit gaan 'volledig' gescreend te zijn en dus vals gerustgesteld zijn.

Slechts iets meer dan 1/3 (33,3%) van de populatie beschouwt roken als een risicofactor en iets minder dan de helft van de ondervraagde vrouwen (46%) weet niet dat seksuele gewoonten met regelmatige verandering van partner mede een risicofactor is voor het ontstaan van baarmoederhalskanker. Het zou nuttig zijn hier toch wat extra informatie rond te verschaffen.

Zoals ik verwachtte, wordt de rol van de factor erfelijkheid duidelijk overschat aangezien 94,4% van de ondervraagde vrouwen niet weet dat erfelijkheid geen risicofactor is voor het ontstaan van baarmoederhalskanker. Nog een opmerkelijke bevinding, die aansluit bij de hoge graad van overscreening in deze populatie, is dat 83,3% van de vrouwen niet weet dat het niet nuttig is om jaarlijks een uitstrijkje te laten afnemen.

3. Keuze arts

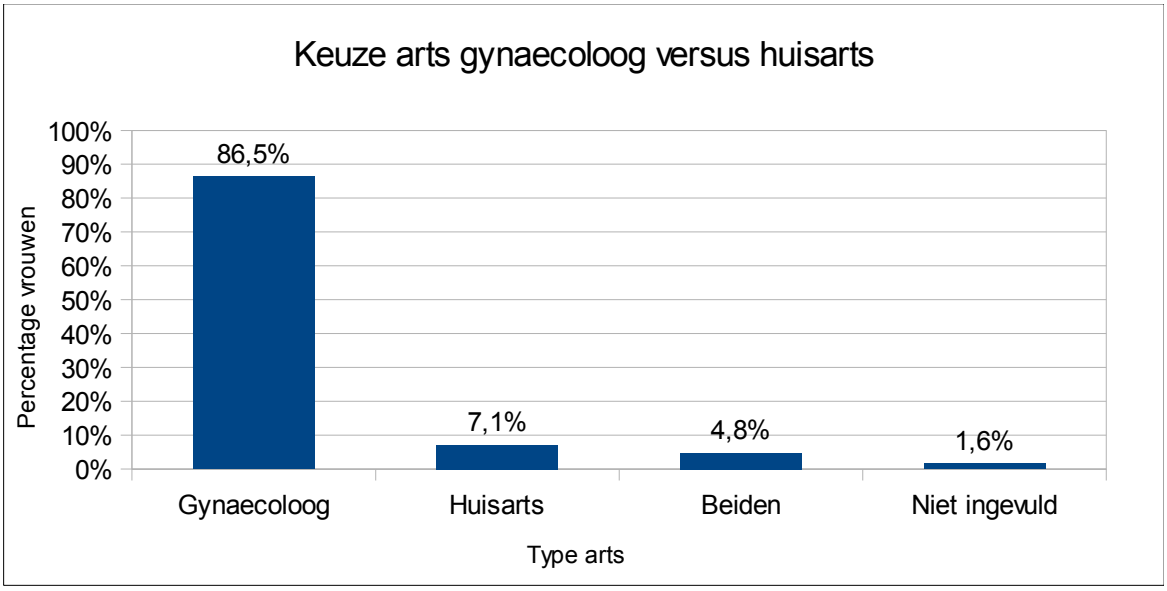
3.1 Welke arts wordt verkozen voor de afname van een uitstrijkje?

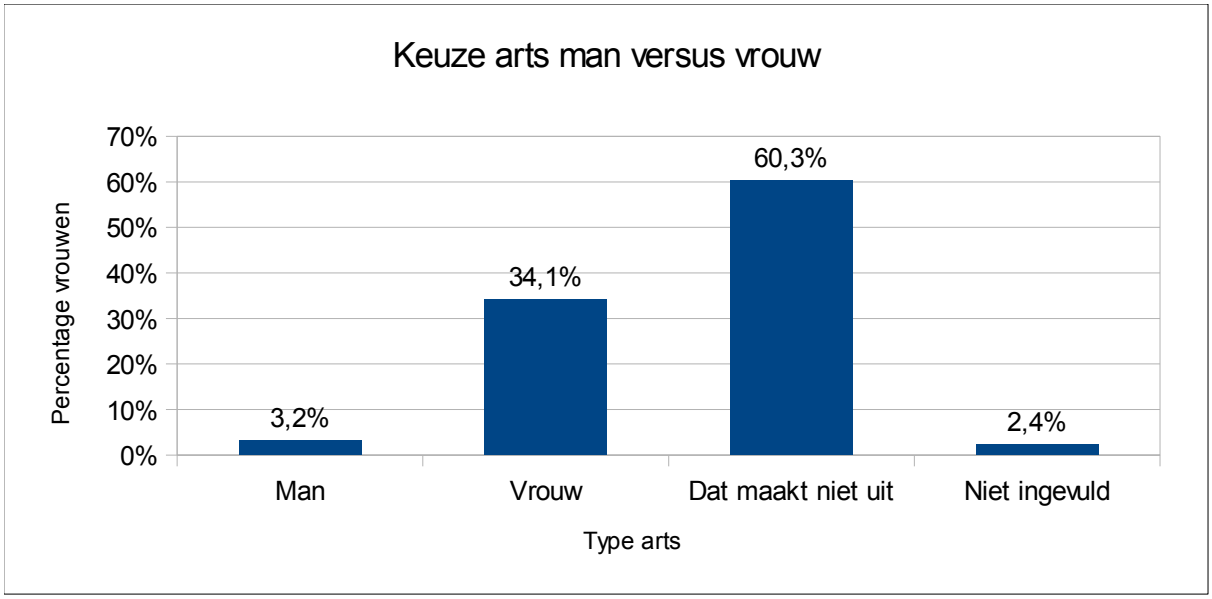
Slechts 3,97% van de ondervraagde vrouwen werd ooit doorverwezen door de huisarts naar de gynaecoloog. Veel vrouwen consulteren dus op eigen initiatief de gynaecoloog.

Het merendeel van de ondervraagde vrouwen werd niet door hun moeder beïnvloed voor wat de keuze van arts betreft. Bij 19% van de vrouwen was er wel een invloed vanwege hun moeder. In de vragenlijst werd de vraag gesteld bij welke arts de vrouwen hun uitstrijkje laten afnemen. Tevens werd er gepeild of er een voorkeur is voor een mannelijke of vrouwelijke arts.

Van de ondervraagde vrouwen laat 86,5% haar uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog. Slechts 7,1% gaat voor dit onderzoek naar de huisarts en 4,8% consulteert beide artsen.

Voor de meerderheid van de vrouwen (60,3%) maakt het geslacht van de arts niet uit. Bij 34,1% van de vrouwen gaat de voorkeur uit naar een vrouwelijke arts, 3,2% verkiest een mannelijke arts.
Van de ondervraagde vrouwen vulden 2,4% de vraag niet in.



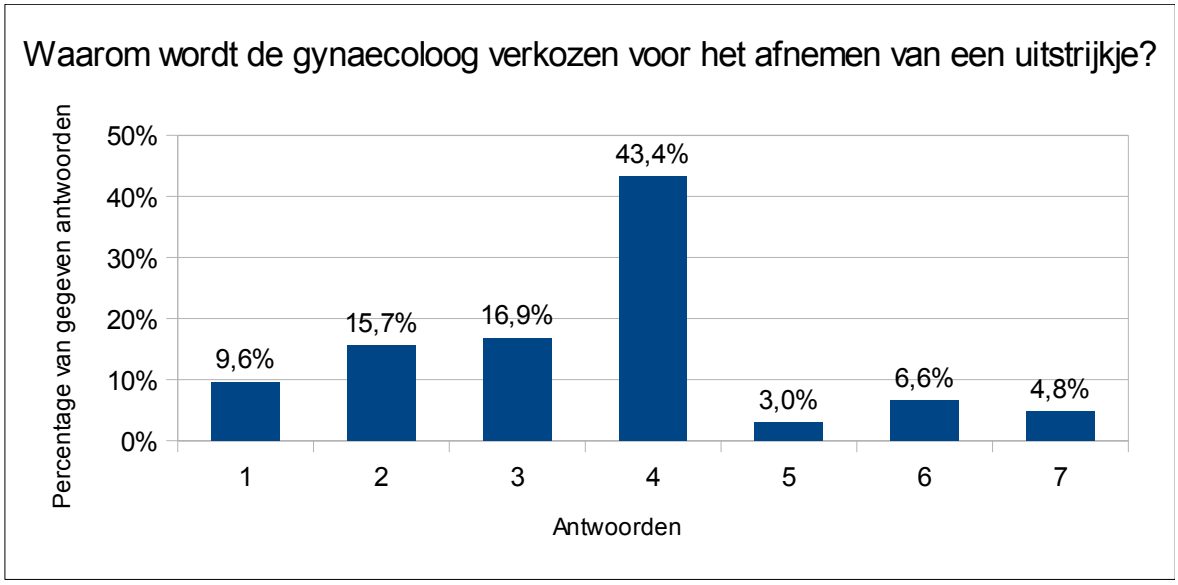


Het besluit is dus dat een duidelijke meerderheid van de vrouwen naar de gynaecoloog gaat voor de afname van hun uitstrijkje en dat het geslacht van de arts voor de meeste vrouwen geen rol speelt.

3.2 Waarom verkiezen vrouwen de gynaecoloog voor de afname van hun uitstrijkje?

In de vragenlijst werd letterlijk de vraag gesteld waarom vrouwen de gynaecoloog verkiezen. Hierbij konden zij verschillende antwoorden aankruisen. Dit betekent dat er dus meer antwoorden zijn dan het aantal ondervraagde vrouwen. Voor de 126 vrouwen die ondervraagd werden, waren er 177 antwoorden. Alle antwoorden werden verwerkt. Sommige vrouwen gaven namelijk de voorkeur aan de huisarts, maar vulden toch in waarom ze naar de gynaecoloog zouden gaan. Deze antwoorden werden ook meegerekend. Voor 8,7% van de ondervraagde vrouwen was deze vraag niet van toepassing omdat ze naar de huisarts gaan of omdat ze wel ingaven dat ze naar de gynaecoloog gaan maar de huisarts verkiezen en dan ook aangaven waarom ze de huisarts verkiezen. De percentages van de gegeven antwoorden werden berekend op het totaal aantal antwoorden waarvan het aantal antwoorden dat niet van toepassing is wordt afgetrokken (166 in totaal). In 4,8% van de mogelijke antwoorden werd er niet geantwoord of was het antwoord te onduidelijk. Het antwoord dat het meest werd gegeven is dat vrouwen denken dat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog nodig is (43,4% van de gegeven antwoorden). Het 2e, 3e en 4e meest frequente antwoord zijn achtereenvolgens dat 'Vrouwen het gênant vinden om dit bij de huisarts te laten doen' (16,9%), 'Omdat ze niet wisten dat de huisarts dit ook doet' (15,7%) en 'Omdat sommige

vrouwen denken dat de gynaecoloog bekwamer is voor het uitvoeren van deze handeling' (9,6%). Dat de kwaliteit van het uitstrijkje beter zou zijn bij de gynaecoloog, werd slechts 5 keer aangeduid en maakt 3% uit van de antwoorden. Van de antwoorden is 6,6% nog iets anders dan de opgegeven mogelijkheden.

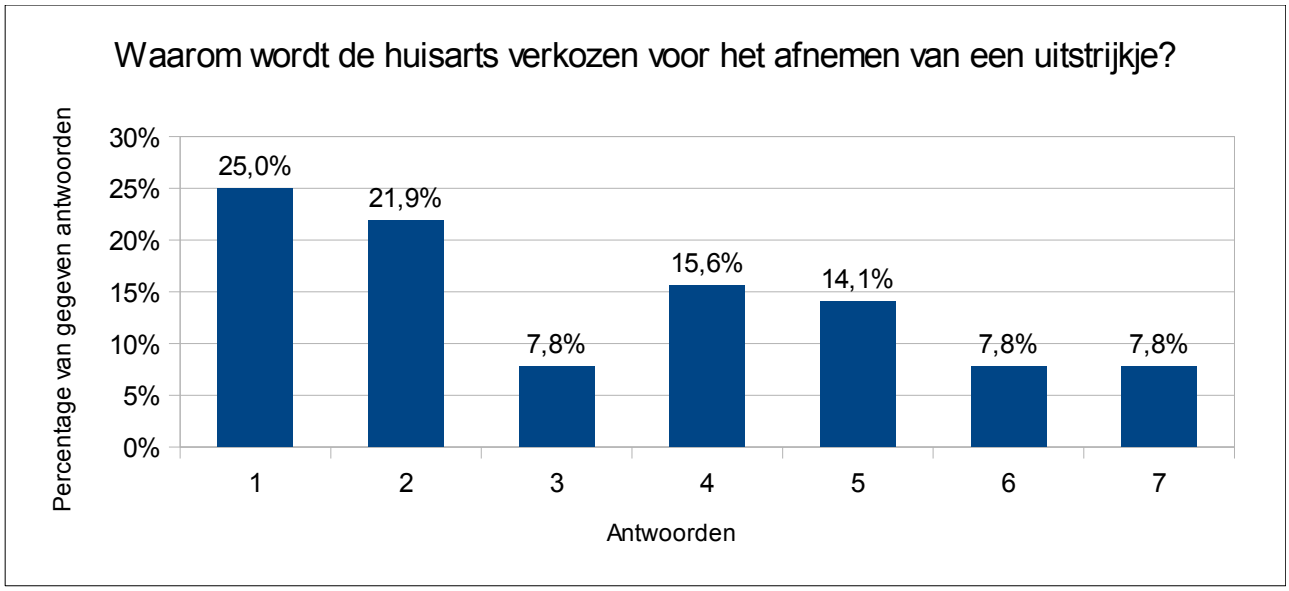


Legende met mogelijke antwoorden:
1 Omdat ik denk dat deze bekwamer is voor het uitvoeren van deze handeling
2 Omdat ik niet wist dat de huisarts dit ook doet
3 Omdat ik het gênant vind dit bij de huisarts te laten doen
4 Omdat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog nodig is
5 Omdat ik denk dat de kwaliteit van het uitstrijkje beter is bij de gynaecoloog
6 Andere
7 Niet ingevuld of ongeldig antwoord

3.3 Waarom verkiezen vrouwen de huisarts voor de afname van hun uitstrijkje?

Deze antwoorden werden op dezelfde manier verwerkt als bij de keuze voor gynaecoloog. Voor de 126 vrouwen die ondervraagd werden, waren er 155 antwoorden (inclusief 'niet ingevuld' of 'niet van toepassing'). Voor 72,2% van de ondervraagde vrouwen was deze vraag niet van toepassing omdat ze naar de gynaecoloog gaan. Sommige andere vrouwen gaven wel een antwoord waardom ze naar de huisarts zouden gaan, ook al gaan ze momenteel naar de gynaecoloog. Vandaar dat dit percentage lager ligt dan het percentage dat naar de gynaecoloog gaat (86,5%). Van de 155 mogelijke antwoorden waren er 91 bij die niet van toepassing waren, in totaal zijn er dus 64 geldige antwoorden. Op dit aantal werd het percentage berekend. Het eerste mogelijk antwoord 'Hij/zij is mijn vertrouwensarts en beheert mijn dossier, ik vind het dus nuttig dat hij/zij op de hoogte is van mijn resultaten en deze beheert' werd het meest aangekruist (25% van de geldige antwoorden). Het 2e, 3e en 4e meest frequente antwoord zijn achtereenvolgens 'Omdat ze sneller bij de huisarts

terecht kunnen ' (21,9%), 'Omdat ze het een meerwaarde vinden dat de huisarts hen goed kent' (15,6%) en 'Omdat ze enkel naar de gynaecoloog zouden gaan indien de huisarts dit nodig vindt' (14,0%). Dat vrouwen minder lang moeten wachten in de wachtzaal werd even vaak aangekruist als andere redenen (7,8%).



Legende met mogelijke antwoorden:
1 Hij/zij is mijn vertrouwensarts en beheert mijn dossier. Ik vind het dus nuttig dat hij/zij op de hoogte is van mijn resultaten en deze beheert
2 Bij de huisarts kan ik sneller terecht om een afspraak te maken
3 Bij de huisarts moet ik minder lang wachten in de wachtzaal
4 Ik vind het een meerwaarde dat de huisarts mij goed kent
5 Ik ging van bij het begin bij mijn huisarts en zal enkel naar de gynaecoloog gaan indien hij/zij dit nodig vindt
6 Andere
7 Niet ingevuld

3.4 Door wie werden vrouwen het eerst geïnformeerd over screening van baarmoederhalskanker?

Voor 126 vrouwen werden er 127 antwoorden gegeven. De informatie die de vrouwen kregen kwam voor 53,5% van de gynaecoloog, voor 12,6% van de huisarts en voor 1,6% van beiden. Andere bronnen werd in 4,7% van de antwoorden aangeduid. Voorbeelden van andere bronnen die werden gegeven waren onder andere Sensoa, internet, televisie, school en mama. Bijna 1/4 van de antwoorden (22%) was dat de vrouwen niet goed geïnformeerd werden en in 5,5% werd er geen antwoord gegeven. De belangrijkste informatiebron is dus de gynaecoloog.

4. Waarom laten de ondervraagde vrouwen zich wel/niet screenen en hoe worden ze liefst herinnerd aan hun volgende uitstrijkje?

Op de vraag waarom vrouwen zich wel of niet laten screenen werden de antwoorden 'A.h.v een uitstrijkje kan men vroegtijdig een eventuele afwijking behandelen' (43,4% van de antwoorden) en 'Ik vind screening nuttig' (40,4%) het vaakst geantwoord. Bij 3,9% van de antwoorden werd geantwoord dat de vrouwen schrik hebben voor een slecht resultaat en nog eens 3,9% zegt dat het een onaangenaam onderzoek is en heeft schrik dat het pijnlijk is. Niemand van de ondervraagde vrouwen antwoordde dat ze screening nutteloos vindt. Globaal genomen kunnen we dus stellen dat de ondervraagde populatie gemotiveerd is om zich te laten screenen en hier wel degelijk het nut van in ziet.

In de vragenlijst peilde ik naar hoe de vrouwen het liefst herinnerd zouden worden aan hun volgende uitstrijkje. De antwoorden die het meest werden gegeven zijn dat de ondervraagde vrouwen thuis een brief toegestuurd willen krijgen (37,5%) en dat ze zelf in de gaten houden wanneer ze opnieuw een uitstrijkje moeten laten nemen (36,8%).

5. Verbanden

Om na te gaan of er mogelijke verbanden of verschillen zijn tussen verschillende populaties (bijvoorbeeld vrouwen die geen hoger diploma hebben versus vrouwen die wel een hoger diploma hebben) wat bepaalde kenmerken betreft (bijvoorbeeld de score op de kennistoets), heb ik gebruik gemaakt van de Chi-kwadraat test. Op basis van mijn data heb ik een kruistabel gemaakt waarop ik deze test kon toepassen en een P-waarde verkreeg.
Indien er verwachte categorieën waren van minder dan 5 personen, heb ik de Fisher's Exact test gebruikt. Deze laatste test heb ik dus gebruikt om na te gaan of er een verband is tussen anticonceptiegebruik en de intervalperiode, tussen de keuze van arts en de score op de kennistoets en tot slot om te kijken of er een verband is tussen de keuze van arts en de intervalperiode.

5.1 Is er een verband tussen anticonceptiegebruik en de intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes?

Er is een statistisch significant verschil tussen vrouwen die anticonceptie gebruiken en vrouwen die dit niet doen voor wat betreft de intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes. De bekomen P-waarde is 0,024 en dus kleiner dan 0,05 vandaar het significante verschil. Van de 55 vrouwen die

anticonceptie gebruiken, had 92,7% een te kort interval tussen 2 uitstrijkjes. In de groep vrouwen die geen anticonceptie gebruiken was dit 72,5%. Slechts 5,5% van de vrouwen die anticonceptie gebruiken heeft een correct interval tussen 2 uitstrijkjes en bij 1,8% van deze vrouwen wordt te onfrequent een uitstrijkje afgenomen. In de andere groep zijn deze percentages respectievelijk 15,7 en 11,7%. In de groep van vrouwen die anticonceptie nemen is er dus een opmerkelijk groter percentage dat een te kort tijdsinterval heeft tussen de afname van 2 uitstrijkjes, mogelijks worden deze vrouwen dan ook vaker gescreend.

Bij het maken van de kruistabel werden er 20 resultaten niet in de analyse opgenomen aangezien deze vrouwen geen antwoord invulden of omdat het antwoord niet van toepassing was. In totaal werden er dus 106 antwoorden verwerkt. De vrouwen die terecht frequenter een uitstrijkje kregen, werden verwerkt in de groep 'correct interval'.

	Anticonceptiegebruik		**Totaal resultaat**
Intervalperiode	Ja	Nee	
Te kort interval	51	37	88
Correct interval	3	8	11
Te groot interval	1	6	7
Totaal resultaat	55	51	106

5.2 Is er een verband tussen het hebben van een hoger diploma en de score op de kennistoets?

Tevens wou ik nagaan of er een verband is tussen het hebben van een diploma en de score op de kennistoets (geslaagd versus niet geslaagd). Het bekomen resultaat wijst op een statistisch significant verschil op de score van kennistoets tussen vrouwen zonder en met een hoger diploma. De bekomen P-waarde is 0,046. Van de vrouwen zonder hoger diploma was 60,9% geslaagd op de kennistoets. Bij de vrouwen met hoger diploma lag dit percentage hoger, namelijk op 77,5%.

Bij het maken van een kruistabel werden alle antwoorden in de analyse opgenomen.

	Hoger diploma		**Totaal resultaat**
Score kennistoets	Nee	Ja	
Niet geslaagd	18	18	36
Geslaagd	28	62	90
Totaal resultaat	46	80	126

5.3 Is er een verband tussen de leeftijd en de score op de kennistoets?

Er is geen statistisch significant verschil tussen de verschillende leeftijdsgroepen voor wat betreft de score op de kennistoets. Het is dus niet zo dat hoe jonger of ouder de vrouw was, hoe beter de kennis. De bekomen P-waarde is 0,321.

Bij het maken van een kruistabel werden de vrouwen in 4 verschillende leeftijdscategorieën ingedeeld, namelijk van 25 tot en met 35 jaar (categorie 1), van 36 tot en met 45 jaar (categorie 2), van 46 tot en met 55 jaar (categorie 3) en van 56 tot en met 64 jaar (categorie 4). Alle resultaten werden in de analyse opgenomen.

	Leeftijdscategorie				**Totaal resultaat**
Score kennistoets	1	2	3	4	
Niet geslaagd	14	11	5	6	36
Geslaagd	24	35	21	10	90
Totaal resultaat	38	46	26	16	126

5.4 Is er een verband tussen de score op de kennistoets en de arts waarbij men een uitstrijkje laat maken?

Er is geen statistisch significant verschil wat betreft de score op de kennistoets tussen de patiënten die bij de huisarts een uitstrijkje laten afnemen en degene die dit bij de gynaecoloog laten doen. Er is dus geen verband tussen de score op de kennistoets en de arts waarbij men een uitstrijkje laat maken. De bekomen P-waarde is 0,696. Van het totaal aantal antwoorden werden er 8 niet meegeteld ofwel omdat er geen of een ongeldig antwoord werd gegeven ofwel omdat de patiënten invulden dat ze bij beide artsen gaan voor de afname van een uitstrijkje.

	Keuze arts		**Totaal resultaat**
Score kennistoets	Huisarts	Gynaecoloog	
Niet geslaagd	3	28	31
Geslaagd	6	81	81
Totaal resultaat	9	109	118

5.5 Is er een verband tussen de keuze van arts en de intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes?

Voor de intervalperiode werden er 3 categorieën gemaakt namelijk vrouwen met een te korte, correcte en te lange intervalperiode.

Er is een statistisch significant verschil wat betreft de intervalperiode tussen de mensen die bij de huisarts hun uitstrijkje laten afnemen en degene die dit bij de gynaecoloog laten doen. De bekomen P-waarde is 0,014.

Van de vrouwen die bij de huisarts een uitstrijkje laten afnemen, heeft 62,5% een te korte intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes. Voor vrouwen die dit bij de gynaecoloog laten doen, ligt dit percentage hoger, namelijk 85,1%. Van de ondervraagde vrouwen die bij de huisarts gaan, wordt 37,5% teweinig gescreend, bij de gynaecoloog is dit slechts 5%.

Van alle antwoorden werden er 24 weggelaten ofwel omdat er geen antwoord werd gegeven op één van de 2 vragen ofwel omdat de vraag niet van toepassing was of omdat de patiënten bij beide artsen hun uitstrijkje lieten afnemen.

	Keuze arts		**Totaal resultaat**
Intervalperiode	Huisarts	Gynaecoloog	
Te kort interval	5	80	85
Correct interval	0	10	10
Te groot interval	3	4	7
Totaal resultaat	8	94	102

V Discussie

Bij de ondervraagde vrouwen was er toch wel een mooie leeftijdsverdeling waardoor ik antwoorden verkeeg van vrouwen uit de verschillende leeftijdscategorieën. Opmerkelijk is dat het merendeel van de ondervraagde vrouwen beschikte over een hoger diploma. Dit is vermoedelijk niet toevallig aangezien in de literatuur al vermeld werd dat een lage opleidingsgraad een risico is voor niet-participatie (2). Mogelijks zullen de vrouwen die zich niet laten screenen, waaronder dus ook vrouwen met een lage opleidingsgraad, dus minder gemakkelijk uit eigen initiatief de vragenlijst invullen.

Het is belangrijk om te vermelden dat er toch een aantal factoren zijn die mogelijks bias zouden kunnen veroorzaken. Zo werden er vaker vragenlijsten ingevuld in de wachtzaal dan door onszelf. Mogelijks zullen vrouwen die zich al interesseren voor screening van baarmoederhalskanker, sneller geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen dan vrouwen die zich niet vaak laten screenen. Bovendien vermoed ik dat er geen allochtone vrouwen de vragenlijst hebben ingevuld, mogelijks wegens de taalbarrière. De vragenlijst was ook enkel in het Nederlands beschikbaar. Door deze twee aspecten kunnen we een vertekend beeld krijgen over de totale doelpopulatie binnen onze praktijk en zou het kunnen dat vrouwen die zich minder laten screenen 'uit de boot vallen' en de vragenlijst niet invulden. Desondanks levert deze studie ons interessante cijfers op en bevestigt het mijn vermoeden, namelijk dat veel vrouwen op eigen iniatief de gynaecoloog consulteren en aldaar gescreend worden.

De range van de leeftijd waarop het eerste uitstrijkje gebeurde is zeer uiteenlopend van 14 tot en met 40 jaar oud. Het grootste deel van de vrouwen die de leeftijd nog wist (15%) kreeg op 20-jarige leeftijd en dus voor de geïndiceerde leeftijd om screening te starten, haar eerste uitstrijkje.

Maar liefst 71% van de 124 vrouwen (geldige populatie, zie boven) is overscreend en laat te vaak dan nodig een uitstrijkje afnemen. De nadelige gevolgen hiervan werden eerder bij mijn literatuuronderzoek besproken. Een groot deel van de vrouwen gaat ervan uit, dit werd tevens in de literatuur bevestigd, dat een jaarlijks uitstrijkje nodig is. Slechts 3 vrouwen (2,4%) laten hun uitstrijkje afnemen volgens het geïndiceerde tijdsinterval van 3 jaar. Slechts 5,7% van de 124 vrouwen is onderscreend. Het is natuurlijk positief dat het percentage van onderscreening zo laag is. De overscreening echter is iets dat aangepakt kan worden door éénvormige en correcte informatie te verschaffen. Misschien dat de recente verandering van terugbetaling van het uitstrijkje hier iets in kan bijdragen. Overscreening leidt namelijk vaak tot angstinductie, medicalisering en bovendien tot

extra kosten voor onze maatschappij.

De kennis omtrent baarmoederhalskanker bij de ondervraagde vrouwen was redelijk goed. Het is echter belangrijk er rekening mee te houden dat het meerkeuzevragen zijn en de vrouwen zelf geen eigen antwoord dienden te formuleren. Bovendien bestaat ook steeds de mogelijkheid, ondanks de mogelijkheid 'ik weet het niet' te antwoorden, dat sommige antwoorden gegokt zijn.
Het zou nuttig zijn aanvullende informatie te verschaffen omtrent de risicofactoren van baarmoederhalskanker en omtrent het feit dat een uitstrijkje niet voor 'alles' screent. Verkeerdelijk zullen sommige vrouwen ervan uitgaan dat een uitstrijkje ook voor seksueel overdraagbare aandoeningen screent en zullen ze dus vals gerustgesteld worden. Hetzelfde geldt bij condoomgebruik. Van de ondervraagde populatie weet 39,7% niet dat vrijen met condoom niet volledig beschermt tegen besmetting met HPV. Mogelijks kan dit, indien men steeds veilig vrijt, een vals gevoel van veiligheid geven. Ook goede informatie over het nodige interval tussen twee uitstrijkjes zou zinvol zijn aangezien de meerderheid van de vrouwen niet weet dat het niet nuttig is om jaarlijks een uitstrijkje te laten afnemen. Zolang men deze vrouwen er niet bewust van maakt dat dit effectief zinloos is, zullen zij er dus ook vanuit blijven gaan dat zij jaarlijks gescreend moeten worden.

De overgrote meerderheid van de ondervraagde vrouwen (86,5%) laat bij de gynaecoloog haar uitstrijkje afnemen. Slechts 7,1% raadpleegt hiervoor haar huisarts. Deze cijfers sluiten aan bij mijn voormeting die ik heb gedaan. Ik vermoedde al dat veel vrouwen van de doelpopulatie op eigen initiatief naar de gynaecoloog gaan.
Het geslacht van de arts maakt voor de meerderheid van de vrouwen (60,3%) niet uit. Het is echter belangrijk, zoals hierboven vermeld, er rekening mee te houden dat de ondervraagde populatie mogelijks niet geheel respresentatief is voor de doelpopulatie van de praktijk aangezien sommige vrouwen die mogelijks niet of teweinig gescreend worden, de vragenlijst niet invulden. Deze vrouwen, waaronder vermoedelijk ook allochtone vrouwen, zouden misschien wel een vrouwelijke arts verkiezen.

De voornaamste reden waarom de meeste vrouwen de gynaecoloog raadplegen (43,4% van de antwoorden) is omdat ze denken dat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog nodig is. Ook hier wordt weer het besluit uit de literatuur bevestigd, namelijk dat het 'jaarlijks uitstrijkje' bij sommige vrouwen goed is ingeburgerd. Toch weten ook een deel van de vrouwen niet dat de huisarts dit ook doet (15,7% van de antwoorden). Het kan dus zeker nuttig zijn de vrouwen actief op de hoogte te brengen dat dit ook binnen ons takenpakket behoort. Dit kan bijvoorbeeld vermeld worden tijdens

een consultatie waarbij het pilvoorschrift verlengd wordt. Actief navragen wanneer het laatste uitstrijkje gebeurde en hier informatie over geven kan zeker nuttig zijn. Een andere mogelijkheid is dat op de website van onze praktijk vermeld wordt dat wij ook uitstrijkjes afnemen. Op dit moment staat er al redelijk wat informatie op, maar een overzicht waar duidelijk in staat welke zorgen wij aanbieden en correcte informatie omtrent screening van baarmoederhalskanker, kan zeker zinvol zijn.

De belangrijkste reden waarom sommige vrouwen de huisarts verkiezen of zouden verkiezen is omdat hij of zij hun vertrouwensarts is.

Als informatiebron over screening van baarmoederhalskanker speelt de gynaecoloog een belangrijke rol aangezien deze het vaakst werd geantwoord (53,5%) als informatiebron. Toch werd in 22% van de antwoorden (dus bijna 1/4) door de vrouwen geantwoord dat ze geen goede informatie kregen. Aangezien dit toch over een groot deel van de ondervraagde vrouwen gaat, is het goed om te weten dat er toch vraag is naar meer en goede informatie.

Er kon een statistisch verband aangetoond worden tussen anticonceptiegebruik en de intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes. In de groep van vrouwen die anticonceptie nemen is er een opmerkelijk groter percentage dat een te kort tijdsinterval heeft tussen de afname van 2 uitstrijkjes, mogelijks worden deze vrouwen dan ook vaker gescreend.

Tevens kon er een statistisch verband aangetoond worden tussen het hebben van een hoger diploma en de score op de kennistoets en de keuze van arts en de intervalperiode tussen twee opeenvolgende uitstrijkjes.

Mogelijks zijn vrouwen die over een hoger diploma beschikken beter op de hoogte van kennis omtrent baarmoederhalskanker. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat vrouwen met een hoger diploma zich vaker laten screenen en dus ook de opportuniteit hebben om geïnformeerd te worden. Hieruit kan een belangrijk aandachtspunt geformuleerd worden voor huisartsen. Er zullen namelijk een deel vrouwen zijn die nooit bij de gynaecoloog terechtkomen maar wel bij de huisarts. Vaak zal dit omwille van andere problemen zijn dan louter gynaecologisch. Als huisarts kan je tijdens die consultatie de gelegenheid nemen om de vrouwen waarvan je vermoedt dat ze teweinig of niet gescreend worden (waaronder waarschijnlijk ook vrouwen zonder diploma) te informeren rond screening van baarmoederhalskanker en hen te overtuigen van het nut van deze screening.

Van de vrouwen die bij de huisarts een uitstrijkje laten afnemen, heeft 62,5% een te korte intervalperiode tussen 2 opeenvolgende uitstrijkjes. Voor vrouwen die dit bij de gynaecoloog laten doen, ligt dit percentage hoger, namelijk 85,1%. Van de ondervraagde vrouwen die bij de huisarts gaan, wordt 37,5% teweinig gescreend, bij de gynaecoloog is dit slechts 5%. Als conslusie zou ik dus kunnen stellen dat vrouwen die bij de gynaecoloog gaan te frequent gescreend worden en dat vrouwen die bij de huisarts gaan frequenter teweinig gescreend worden. Als huisarts is het dus belangrijk alert te zijn dat, als vrouwen zich bij jou aanmelden voor afname van een uitstrijkje, de intervalperiode tussen opeenvolgende uitstrijkjes correct is. Vaak is er in het medisch dossier de mogelijkheid om te noteren wanneer een volgende uitstrijkje moet gebeuren. Het zou goed zijn dit telkens automatisch in te geven nadat een uitstrijkje werd afgenomen. In een groepspraktijk is dit zeker handig en noodzakelijk aangezien patiënten soms bij verschillende artsen terecht komen. Mijns inziens zijn deze resultaten, gezien de kleine populatie die bij de huisarts gaat, niet volledig extrapoleerbaar naar de algemene populatie.

VI Besluit

Baarmoederhalskanker is wereldwijd een belangrijk gezondheidsprobleem. Ook in Vlaanderen sterven er elk jaar nog meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan cervixkanker. Het grootste deel van de fatale gevallen omvat vrouwen die niet of niet recent gescreend werden. In België zijn 1,1 miljoen vrouwen uit de doelgroep niet of niet recent gescreend. Toch zou het aantal uitstrijkjes dat jaarlijks afgenomen wordt, voldoende moeten zijn om de doelpopulatie te screenen. Dit wijst er dus op dat veel vrouwen 'overscreend' worden en té vaak een uitstrijkje laten afnemen, maar dat er toch ook een aanzienlijk aantal vrouwen 'onderscreend' zijn en zich niet of teweinig laten screenen. Nochtans is baarmoederhalskanker een aandoening die, mits goede en correcte screening, meestal voorkomen kan worden of tijdig ontdekt kan worden. In het totaal aantal uitstrijkjes neemt het aandeel van de huisarts af. Ook bij de ondervraagde populatie bezoekt de meerderheid van de vrouwen hiervoor de gynaecoloog.

Zoals eerder vermeld, is een groot deel van de ondervraagde vrouwen overscreend. Het aantal vrouwen dat niet gescreend wordt, is gelukkig laag. Wegens bias echter is het mogelijk dat we een té 'rooskleurig' zicht hebben op het percentage onderscreende vrouwen. De vrouwen die bij de gynaecoloog hun uitstrijkje laten afnemen, zullen daar vermoedelijk verder gevolgd worden. Als huisarts is het dus nuttiger om je te richten op de vrouwen die mogelijks teweinig of niet gescreend worden. Ik denk hierbij vooral aan vrouwen van een lagere socio-economische status, postmenopauzale vrouwen, allochtone vrouwen en ongeletterden. Door bij hen actief navraag te doen wanneer zij nog gescreend werden en door hen goede informatie te geven zonder onnodige angst te induceren, kan je als huisarts hier een cruciale rol in spelen. Het zou goed zijn moest er een algemeen screeningsprogramma komen dat de overheid leidt en dat mensen eventueel zo aangespoord worden om zich te laten screenen. De literatuur vermeldde dat dit georganiseerd screeningssysteem een betere daling op de mortaliteit geeft in vergelijking met opportunistische screening. Zolang dit niet gebeurt, kan je als huisarts proberen zicht te krijgen op de onderscreende vrouwen en deze bij gelegenheid, bijvoorbeeld bij verlenging van een pilvoorschrift, te informeren en aan te sporen zich te laten screenen. Het is goed om uniform en regelmatig goede informatie te geven rond het correcte tijdsinterval tussen 2 uitstrijkjes in de hoop dat overscreening, en de angstinductie en kosten die hiermee gepaard gaan, zullen verminderen.

VII Referenties

1. Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M, Vinck I, Puddu M, Ramaekers D. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). KCE reports vol. 38A 2006.
2. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu april 2011: 40: 64-88.
3. Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek. Adviesvraag aan de Vlaamse werkgroep Bevokingsonderzoek over een Vlaams bevokingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=29386#bmh. Laatst geraadpleegd op dinsdag 23 april 2013.
4. Smith Jennifer S, Herrero R, Bosetti C, Muñoz N, Bosch Xavier F, Eluf-Neto J, Castellasagué X, Meijer Chris J.L.M., Brule Adriaan J.C. van der, Franceschi S, Ashley R. Herpes simplex virus-2 as a Human Papillomavirus Cofactor in thv Etiology of Invasive Cervical Cancer. Journal of the National Cancer Institute 2002: 94,21: 1604-1613.
5. Elit L, Lofters A, Kryzanowska M, Yeritsyan N, Saskin R, Bierman A, Barbera L, Razzaq A. Sociodemograpic factors associated with cervical cancer screening and follow-up of abnormal results.Canadian Family Physician 2012: 58: 22-31.
6. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. Britisch Journal of General Practice.1998: 48: 1509-1514.
7. Nhg standaarden, preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom 2009. Beschikbaar via: http://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/preventie-en-vroegdiagnostiek-van-cervixcarcinoom. Laatst geraadpleegd op dinsdag 23 april 2013.
8. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, Koutsky LA. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. N Engl J Med 2006: 354: 2645-2654.
9. Anttila A, Karsa L.Von, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, Nicula F, Vass L, Valerianova Z, Voti L, Sauvaget C, Ronco G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. European Journal of Cancer 2009: 45: 2649-2658.
10. Miller AB. The (in)efficiency of cervical screening in Europe. European Journal of Cancer 2002: 38: 321-326.
11. Arbyn M, Simoens C, Fabri V. Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium 2002-2006).Brussels: Scientific Institute of Public Health 2010. Beschikbaar via www.iph.fgov.be/epidemio/epien/cervixen/intermut.pdf. Laatst geraadpleegd op dinsdag 23 april 2013.
12. Ballegooijen M. van, van den Akker-van Marle E., Patnick J, Lynge E, Arbyn M, Anttila A, Ronco G, Dik J, Habbema F. Overview of important cervical cancer screening process values in Europeon Union (EU) countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. European Journal of Cancer 2000: 36: 2177-2188.
13. Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. European Journal of Cancer 2000: 36: 2260-2265.
14. Hermens R PMG, Tacken M AJB, Hulscher M EJL, Braspenning J CC, Grol R PTM. Attendance to cervical cancer screening in family practices in The Netherlands. Preventive

Medicine 2000: 30: 35-42.

15. Ballegooijen M. van, Hermens R. Cervical cancer screening in The Netherlands. European Journal of Cancer 2000: 36: 2244-2246.
16. Arbyn M, Temmerman M. Belgian Parliament calls for organised cervical cancer screening and HPV research throughout Europe. The Lancet Oncology 2002: 3: 74.
17. Eaker S, Adami HO, Granath F et al. Cancer epidemiology, Biomarkers and prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004: 13: 346-354.
18. Kankerregister Vlaams Kankerregistratienetwerk. Kankerincidentie in België 2008. Beschikbaar via: http://www.kankerregister.be/media/docs/StK_publicatie.pdf. Laatst geraadpleegd op dinsdag 23 april 2013.
19. Arbyn M, Van Oyen H. Cost-analysis of cervical cancer screening in the Flemish region: the spontaneous versus the organised approach.European Journal of Cancer 1997: 33: 15-16.
20. Arbyn M, Oyen M. van. Cervical cancer screening in Belgium. European Journal of Cancer 2000: 36: 2191-2197.
21. Martin-Hirsch P, Lilford R, Jarvis G, Kitchener HC. Efficacy of cervical-smear collecton devices: a systematic review and meta-analysis. Lancet 1999: 354: 1763-70.

VIII Appendix

Cervixkankerscreening: Een taak van de huisarts?

In het kader van mijn opleiding tot huisarts, maak ik een thesis met als onderwerp screening van baarmoederhalskanker. De bedoeling is dat er zoveel mogelijk vragenlijsten ingevuld worden door vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud. Het doel is een antwoord te krijgen op de vraag bij wie de meeste vrouwen een uitstrijkje laten afnemen en waarom ze deze arts verkiezen. Ook komen er een aantal kennisvragen aan bod.
Deze vragenlijst is anoniem. Door hem in te vullen, geeft u de toestemming dat uw ingevulde gegevens wetenschappelijk verwerkt worden en gebruikt zullen worden in mijn thesis.
Alvast heel hard bedankt voor uw medewerking!

Joke Peeters

Algemene vragen
1. Hoe oud bent u?
2. Hebt u kinderen? Zo ja, hoeveel?
3. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
4. Hebt u al eens een uitstrijkje laten afnemen?
5. Zo ja, hoe oud was u bij het afnemen van uw 1e uitstrijkje?
6. Wanneer hebt u uw laatste uitstrijkje gehad?
7. Om de hoeveel tijd laat u uw uitstrijkje afnemen?
8. Hebt u ooit een gynaecologische operatie gehad? Zo ja, welke?

De mensen die 'nee' antwoordden op vraag 4, dienen enkel de vragen in te vullen die betrekking hebben op hen.

	Ja	Nee
9. Was uw laatste uitstrijkje afwijkend?		
10. Weet u waarom een uitstrijkje wordt afgenomen?		
11. Zo ja, beschrijf:		
12. Denkt u dat het nuttig is dat uw huisarts op de hoogte is van het resultaat van uw vorige uitstrijkjes en de verdere follow-up?		
13. Bij het afnemen van een uitstrijkje, wens ik ook een borstonderzoek.		
14. Was er voor de keuze bij wie u ging, een invloed van uw moeder?		

15. Bent u in het kader van afnemen van een uitstrijkje ooit doorverwezen door de huisarts naar de gynaecoloog?		
16. Gebruikt u anticonceptie?		
17. Kreeg u ooit een goede uitleg van een arts waarom een uitstrijkje wordt afgenomen?		

Kennisvragen			
	Juist	Fout	Ik weet het niet
18. Een uitstrijkje wordt gebruikt voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker.			
19. Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV).			
20. Jaarlijks een uitstrijkje laten afnemen is nuttig.			
21. Vanaf 25 jaar laat iemand die seksueel actief is best een uitstrijkje afnemen.			
22. Iemand die gevaccineerd is tegen HPV-infectie, moet geen uitstrijkje meer laten afnemen			
23. Iemand die momenteel niet (maar vroeger wel) seksueel actief is (was), hoeft geen uitstrijkje te laten afnemen.			
24. Vrijen met condoom beschermt volledig tegen besmetting met HPV.			
25. Een uitstrijkje screent ook voor andere SOA's (=seksueel overdraagbare aandoeningen)			
26. Wat zijn volgens u risicofactoren voor het onstaan van baarmoederhalskanker?			
a) Roken			
b) Erfelijkheid			
c) Seksuele gewoonten met regelmatige verandering van partner			
d) Condoomgebruik			
e) Weinig of geen kinderen hebben			
f) Infecties			

Meerkeuze vragen *(kruis het juiste vakje aan, meerdere antwoorden zijn mogelijk)*	
27. Bij wie laat u meestal uw uitstrijkje afnemen? Indien nog geen uitstrijkje gehad: 'Bij wie zou u uw uitstrijkje laten afnemen?'	
◆ Huisarts	
◆ Gynaecoloog	
28. Welke arts verkiest u?	
◆ Man	
◆ Vrouw	
◆ Dat maakt me niet uit	
29. Wie informeerde u voor het eerst over de screening van baarmoederhalskanker?	
◆ Huisarts	
◆ Gynaecoloog	
◆ Ik heb geen goede informatie gehad	
30. Waarom verkiest u de huisarts voor het afnemen van een uitstrijkje?	
◆ Hij/zij is mijn vertrouwensarts en beheert mijn dossier. Ik vind het dus nuttig dat hij/zij op de hoogte is van mijn resultaten en deze beheert.	
◆ Bij de huisarts kan ik sneller terecht om een afspraak te maken	
◆ Bij de huisarts moet ik minder lang wachten in de wachtzaal	
◆ Ik vind het een meerwaarde dat de huisarts mij goed kent.	
◆ Ik ging van bij het begin bij mijn huisarts en zal enkel naar de gynaecoloog gaan indien hij/zij dit nodig vindt.	
◆ Andere	
31. Waarom verkiest u de gynaecoloog voor het afnemen van een uitstrijkje?	
◆ Omdat ik denk dat deze bekwamer is voor het uitvoeren van deze handeling	
◆ Omdat ik niet wist dat de huisarts dit ook doet	
◆ Omdat ik het genant vind dit bij de huisarts te laten doen	
◆ Omdat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog nodig is	
◆ Omdat ik denk dat de kwaliteit van het uitstrijkje beter is bij de gynaecoloog	
◆ Andere	
32. Wanneer moet u het volgende uitstrijkje laten afnemen?	
◆ Binnen 1 jaar	

◆ Binnen 2 jaar	
◆ Binnen 3 jaar	
◆ Ik heb al te lang gewacht	
33. Waarom laat u zich niet/wel screenen?	
◆ Schrik voor een slecht resultaat	
◆ Het is een onaangenaam onderzoek en ik heb schrik dat het pijnlijk is	
◆ Ik vind screening nuttig en zorg dat ik op tijd langsga bij mijn arts	
◆ Ik vind screening nutteloos	
◆ A.h.v. een uitstrijkje kan men vroegtijdig een eventuele afwijking behandelen	
◆ Ik vind mezelf geen risicopatiënt dus ik laat me niet screenen	
34. Hoe wordt u liefst herinnerd aan uw volgende uitstrijkje?	
◆ Ik houd zelf in de gaten wanneer ik dit opnieuw moet laten doen	
◆ Ik heb liefst dat mijn huisarts me er aan herinnnert	
◆ Het liefst zou ik thuis een brief toegestuurd krijgen	
◆ Wanneer ik mijn pilvoorschrift haal, word ik hier graag aan herinnerd	

Alvast nogmaals dank voor uw medewerking!

Joke Peeters, huisarts in opleiding,
mede in opdracht van Dr. Stefaan Hooftman.