

Screeningsbeleid vanaf 2016

Uitgangsvraag

Wat is het screeningsbeleid voor CIN vanaf 2016?

Aanbevelingen

Vanaf 2016 worden vrouwen primair op hrHPV gescreend met cytologie als triage.

Ook vrouwen die hrHPV-gevaccineerd zijn dienen te worden gescreend. Er wordt geadviseerd hiervoor een hrHPV-test te gebruiken.

Er wordt geadviseerd tijdig maatregelen te nemen om de toename in het aantal verwijzingen voor kolposcopie vanaf 2016 aan te kunnen.

Literatuurbespreking:

Een aantal ontwikkelingen noopten tot herziening van de aanpak van de cytologische diagnostiek van de cervix, zowel in het kader van het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom als op indicatie; de introductie van dunnelaagcytologie, hrHPV-testen, zelfafname testen en hrHPV-vaccinatie.

Nadat in 2006 de Praktijkrichtlijn voor kwaliteitsborging van cytopathologisch onderzoek van de baarmoederhals van de NVVP, versie 2.0 [Van Kemenade, 2007¹³⁸] de hrHPV-test introduceerde voor de triage van lichte cytologische afwijkingen, werden in 2012 de procedures en kwaliteitsindicatoren en -borging vastgelegd [NVvP]. Van belang voor deze richtlijn CIN, AIS en VAIN is met name:

- het is (nog steeds) toegestaan het cytologisch triagetraject te vervangen door een hrHPV-triage traject.
- hrHPV-testen kunnen door huisarts of gynaecoloog worden aangevraagd voor cytologie op indicatie.

In 2011 heeft de Gezondheidsraad [Gezondheidsraad, 2011] geadviseerd tot:

- overstap van cytologische naar hrHPV-screening.
- 5-jaarlijkse uitnodigingen tussen 30-60 jaar, op 45- en/of 55- en/of 65-jarige leeftijd alleen als de voorgaande hrHPV-test positief was.
- zelfafname voor non-responders.

Hierop heeft de minister het RIVM opdracht gegeven om, alvorens over te gaan tot implementatie, een uitvoeringstoets te verrichten.

Als eerste stap in de screening zal een hrHPV-test worden uitgevoerd op materiaal verkregen bij screening door de huisarts(envoorziening), maar - voor non-responders - ook op materiaal verkregen bij zelfafname. De verwachting is dat zo een deel van de non-responders alsnog een monster zal insturen.

In het nieuwe algoritme wordt alleen bij hrHPV-positieve vrouwen een cytologische beoordeling van het uitstrijkje uitgevoerd. Vrouwen met een hrHPV-positieve zelfafname krijgen het advies een uitstrijkje te laten maken voor cytologische beoordeling. Vrouwen met een hrHPV-positieve test en cytologische

afwijkingen worden voor kolposcopie naar de gynaecoloog verwezen. Een vrouw met een hrHPV-positieve test, zonder cytologische afwijkingen, wordt door de screeningsorganisatie na zes maanden uitgenodigd voor cytologisch herhaalonderzoek bij de huisarts(envoorziening). Dit uitstrijkje wordt door het screeningslaboratorium alleen cytologisch beoordeeld (secundaire cytologie). Dit vervolgonderzoek op zes maanden is onderdeel van het bevolkingsonderzoek. Het screeningsbeleid tot en vanaf 2016 is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Screeningsbeleid tot en vanaf 2016

	Bevolkingsonderzoek tot 2016	Bevolkingsonderzoek vanaf 2016
Test bevolkingsonderzoek	Cytologische beoordeling op afwijkende cellen	hrHPV-test eventueel gevolgd door cytologische beoordeling op afwijkende cellen
Doelgroep bevolkingsonderzoek	30 t/m 60 jaar	30 t/m 60 jaar
Aantal screeningsronden	7	Minimaal 5, maximaal 8
Uitnodiging op leeftijd	30, 35, 40, 45, 50, 55, 60	30, 35, 40, 50, 60. Indien 5 jaar tevoren hrHPV-positief dan ook op 45, 55 en 65
Vervolgonderzoek op 6 maanden	Cytologische beoordeling	Cytologische beoordeling

Bron: naar RIVM Uitvoeringstoets, 2013

Het is berekend dat door de implementatie van hrHPV-screening in Nederland het aantal jaarlijkse verwijzingen voor kolposcopie gaat toenemen van 3900 naar 11000 [RIVM]. Hierdoor neemt de opsporing en behandeling van CIN2-3 toe en worden waarschijnlijk 75 gevallen van baarmoederhalskanker per jaar extra voorkomen [RIVM]. Echter, afhankelijk van de vaccinatiegraad en opkomst voor screening zal het aantal klinisch relevante (hooggradige) afwijkingen in de groep verwezen voor kolposcopie relatief lager zijn.

Conform de uitvoeringstoets is de gynaecoloog verantwoordelijk voor de intake, de uitvoering van de noodzakelijke vervolgdagnostiek en de behandeling. De gynaecoloog is verantwoordelijk voor het, indien van toepassing, informeren van de vrouw dat deelname aan het bevolkingsonderzoek weer mogelijk is. Indien deelname niet zinvol of nodig is, informeert de gynaecoloog de vrouw over het belang om zich definitief af te melden voor het bevolkingsonderzoek.

Bij verwijzing naar de gynaecoloog krijgt de vrouw van de huisarts(envoorziening) een verwijzing mee. Als de gynaecoloog materiaal bij een vrouw afneemt gaat dit naar een laboratorium. De laboratoria kunnen gegevens van de eerdere cytologische beoordelingen uit de landelijke PALGA-databank opvragen en omgekeerd worden dagelijks uittreksels naar de landelijke PALGA-databank verstuurd. Aandachtspunt hierbij is dat er geen elektronische gegevensoverdracht plaatsvindt over de uitslag en de eventuele behandeling tussen gynaecoloog en huisarts(envoorziening).

Op dit moment is er geen rol weggelegd voor gynaecologen ten behoeve van de datawarehouse en de vastgestelde indicatoren.

Eén van de randvoorwaarden die voor de invoering is gesteld is dat de richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen zijn opgesteld en onderling afgestemd en geïmplementeerd. Met name worden daarbij genoemd de richtlijnen die betrekking hebben op het bevolkingsonderzoek, maar ook de (onderhavige) richtlijn voor diagnose, behandeling en controle.

De invoering van het nieuwe screeningsalgoritme vindt gefaseerd, maar wel bij de gehele screeningspopulatie tegelijk plaats [RIVM]:

- *Vorbereidingsfase* van minimaal 2 jaar.
- *Overgangsfase* van 5 jaar (waarin 45- en 55-jarigen nog wel worden uitgenodigd, omdat de HPV-status niet bekend zal zijn).
- *Definitieve invoering*, vanaf 6e jaar na invoering: beginnend met een tweede oproep (behalve voor 30-jarigen en 45-/55-/65-jarigen die eerder hrHPV+ testten).

In 2009 werd landelijke hrHPV-vaccinatie ingevoerd voor 12-jarigen. Hierdoor is te verwachten dat op middellange termijn eerst de incidentie van premaligniteiten van de cervix zal dalen en dat op de lange

termijn de incidentie van cervixcarcinoom zal dalen [[Gezondheidsraad, 2008](#)]. Overigens moet bedacht worden dat het laatste niet-gevaccineerde cohort nog 50 jaar vanaf nu zal moeten worden gescreend. Dit kan in Nederland, bij een relatief beperkte vaccinatiegraad van maximaal 60% in de eerste cohorten, nog langer duren [[Rondy, 2010¹³⁶](#)]. Zie ook [module Preventie hrHPV-vaccinaties](#).

Door de te verwachten daling van het aantal premaligne afwijkingen dat zal worden aangetroffen bij cytologische screening na HPV vaccinatie is de verwachting dat de effectiviteit van cytologie nog verder zal afnemen [[Bulkmans, 2005¹²⁸](#), [Fahey, 1995¹²⁹](#), [Kitchener, 2014¹³¹](#), [Rodriguez, 2013¹³⁴](#)]. Bovendien zijn jonge vrouwen die deelnemen aan het vaccinatieprogramma eerder geneigd ook mee te doen aan het screeningsprogramma maar zullen zij minder afwijkingen hebben [[Beer, 2014¹²⁷](#), [Kliwer, 2013¹³²](#)]. HrHPV-testen bieden de mogelijkheid om de beperkingen te overkomen van cytologisch testen, met name het makkelijker missen van afwijkingen als ze weinig - bijvoorbeeld als gevolg van vaccinatie - vóórkomen.

Conclusies:

Vanaf 2016 vindt primaire screening plaats met een hrHPV-test, met cytologische beoordeling als triagetest.

[[RIVM](#)]

Het is aannemelijk dat verwijzingen vanuit het bevolkingsonderzoek voor kolposcopie vanaf 2016 toenemen met circa 135%.

[[RIVM](#)]

Het is aangetoond dat hrHPV-testen significante premaligne laesies eerder opsporen dan cytologische screening.

[[Rijkaart, 2012¹³³](#), [Ronco, 2014¹³⁵](#)]

Er zijn aanwijzingen dat door gebruik te maken van een zelfafnametest 6% extra deelname aan het bevolkingsonderzoek kan worden bereikt.

[[Gok, 2010¹³⁰](#)]

Er zijn aanwijzingen dat in het post-vaccinatietijdperk hrHPV-screening effectiever is dan cytologische screening.

[[Tota, 2010¹³⁷](#)]