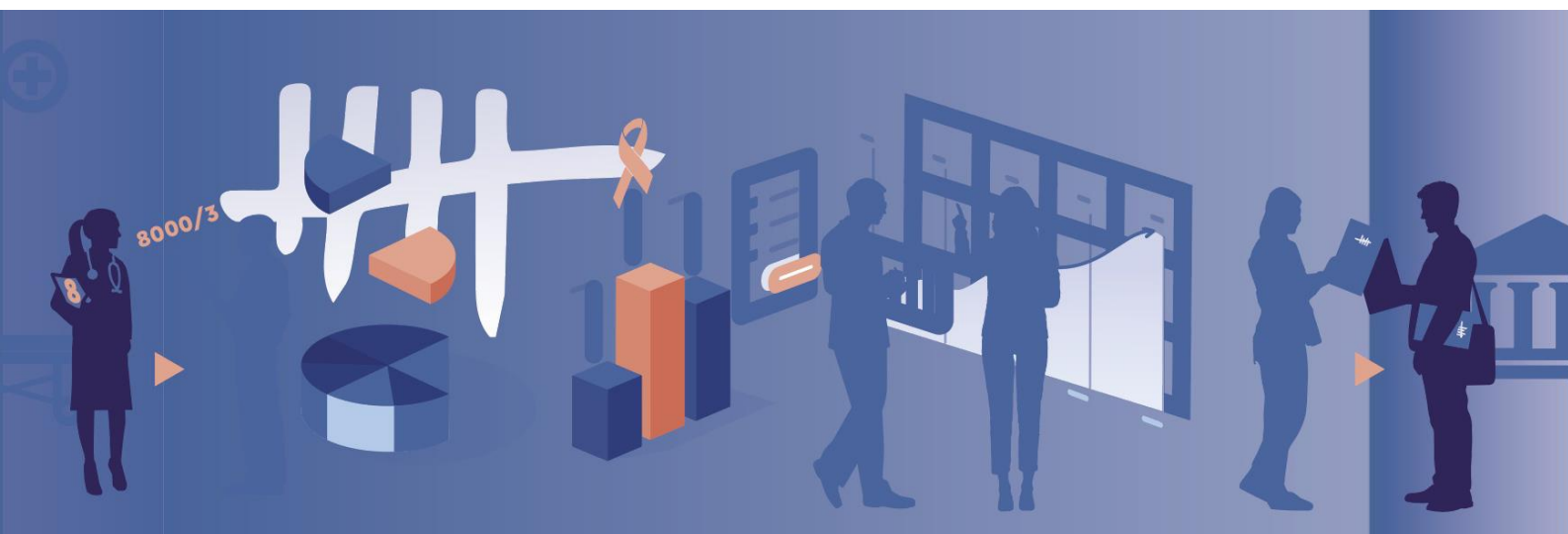


Evaluatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Brussel

BEREKENING VAN EVALUATIE-INDICATOREN EN TRENDS VOOR DE
PERIODE 2014-2023



INHOUDSTAFEL

1.	Inleiding	3
2.	Overzicht van de belangrijkste indicatoren en trends 2014-2023	4
3.	Doelgroep voor screening, dekkingsgraad en overscreening.....	11
3.1	Doelgroep voor screening en vrouwen die in aanmerking komen voor screening.....	11
3.2	Dekkingsgraad	13
3.3	Overscreening.....	18
4.	Kwalificatie van de arts die het cervicale uitstrijkje afneemt.....	20
5.	Beoordelingsindicatoren voor screeningsresultaten en diagnoses.....	21
5.1	Resultaten van screeningsuitstrijkjes (cytologische diagnose)	21
5.2	Triage door HPV-testing	24
5.3	Verdeling per stadium bij diagnose van kankers bij gescreende vrouwen, intervalekankers en kankers bij nooit-gescreende vrouwen	26
6.	Evaluatie-indicatoren voor monitoring en behandeling	30
6.1	Medische opvolging binnen 12 maanden na afwijkende screening of screeningsuitstrijkje van onvoldoende kwaliteit.....	30
6.2	Histologische diagnostische resultaten	33
7.	Conclusies en bredere context	45
8.	Bibliografie.....	46

1. Inleiding

Deze bijlage bij het evaluatierapport geeft een overzicht van de belangrijkste evaluatie-indicatoren voor screening op baarmoederhalskanker over een periode van tien jaar (2014-2023). Het is bedoeld om een overzicht te geven van trends die in de loop van de tijd zijn waargenomen, met als doel de belangrijkste dynamieken te identificeren en de screening in deze periode te evalueren.

Trends werden berekend met behulp van de JoinPoint-applicatie van het National Cancer Institute-USA [1, 2], die het mogelijk maakt om de gemiddelde jaarlijkse verandering van een bepaalde indicator over de gehele analyseperiode te evalueren op basis van de berekening van de AAPC (Average Annual Percent Change). Wanneer de AAPC statistisch significant is, betekent dit dat er een duidelijke en consistente stijgende of dalende trend in de gegevens aanwezig is. In deze gevallen worden specifieke grafieken gepresenteerd. Deze grafieken omvatten:

- Trendlijnen, die de evolutie van de indicatoren in de loop der jaren illustreren.
- Buigpunten, in het geval dat de trend niet lineair is over de volledige bestudeerde periode. Elk punt komt overeen met het jaar waarin een significante verandering in de trend werd waargenomen.
- APC (Annual Percent Change), die jaarlijkse veranderingen beschrijven over specifieke sdeelperioden die worden gedefinieerd door buigpunten.

Om de resultaten te interpreteren, volgen hier enkele verduidelijkingen:

1. Grafieken interpreteren

De trendlijnen tonen de veranderingen in de indicatoren van jaar tot jaar. Ze maken het mogelijk om wereldwijde ontwikkelingen en eventuele veranderingen visueel te observeren.

De buigpunten markeren cruciale jaren, waarin een belangrijke trendbreuk werd vastgesteld. Deze punten kunnen samenvallen met veranderingen in het screeningsbeleid, de introductie van nieuwe methoden of de invloed van externe factoren.

2. Wat AAPC en APC betekenen

Een positieve en significante AAPC weerspiegelt een constante gemiddelde stijging van de bestudeerde indicator gedurende de geanalyseerde periode, terwijl een negatieve AAPC een constante gemiddelde daling aangeeft.

Er worden ook betrouwbaarheidsintervallen gegeven die verband houden met de AAPC. Ze maken het mogelijk om de robuustheid van de schattingen te beoordelen en indicatoren te identificeren waarvoor de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Bovendien maken de APC het mogelijk om specifieke perioden te identificeren waarin de trend is versneld, vertraagd of omgekeerd. Hierdoor kunnen de variaties in context worden geplaatst en kunnen de mogelijke factoren worden onderzocht die deze ontwikkelingen hebben beïnvloed.

3. De resultaten in perspectief plaatsen

De waargenomen trends mogen niet op zichzelf worden geanalyseerd: ze maken deel uit van een wereldwijde dynamiek en kunnen worden beïnvloed door factoren zoals trouwheid van de doelgroepen, de beschikbaarheid van infrastructuur of de impact van de COVID-19-pandemie.

Het doel van deze bijlage is dan ook tweeledig:

- Een beschrijvende en gedetailleerde analyse bieden van de trends in de tijd van de indicatoren om de belangrijkste dynamieken van de bestudeerde periode te belichten.
- De nodige instrumenten aanreiken om de resultaten op een gefundeerde manier te interpreteren, rekening houdend met de specifieke kenmerken van elke indicator en de onderliggende context ervan.

2. Overzicht van de belangrijkste indicatoren en trends 2014-2023

Tabel 1: Overzicht van de indicatoren en trends voor de beoordeling van screening naar baarmoederhalskanker, Brussel 2014-2023

Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Doelgroep voor screening, dekkingsgraad en overscreening												
Volledige doelgroep, N	321 959	325 405	329 110	330 303	332 332	335 207	338 177	339 944	340 796	347 319	0,8*	(0,7 ;0,8)
Doelpopulatie met uitstrijkje, N	86 434	89 177	85 172	85 111	86 949	85 916	76 866	87 350	85 949	85 573	-1,1	(-2,2 ;0,1)
Doelpopulatie met een cervixuitstrijkje, definitief uitgesloten, %	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	-3,2*	(-5,1 ; -1,2)
Doelpopulatie met een cervixuitstrijkje, tijdelijk uitgesloten, %	48,8	45,2	46,7	45,3	43,3	43,5	44,0	39,6	39,8	40,0	-2,1*	(-2,8 ; -1,5)
In aanmerking komende populatie die een uitstrijkje heeft gehad, %	50,2	53,7	52,3	53,8	55,8	55,6	55,2	59,6	59,4	59,2	1,8*	(1,1 ; 2,5)
Volledigheid van CHP ¹ , %	96,9	97,3	97,7	97,3	96,9	97,3	98,1	98,6	98,7	98,9	0,2*	(0,1 ;0,3)
Screening- <u>s</u> uitstrijkjes	97,0	97,6	98,0	97,7	97,3	97,6	98,4	98,8	98,9	99,2	0,2*	(0,1 ;0,3)
Opvolgingsuitstrijkjes	96,3	95,3	96,1	95,1	94,6	95,8	96,5	97,1	97,4	97,3	0,2*	(0,0 ;0,3)
Berekende dekkingsgraad, %	46,1	47,3	48,7	49,5	50,2	51,1	50,5	52,0	53,8	56,0	2,2*	(2,0 ; 2,4)
25-29 jaar	37,6	38,9	39,6	41,0	42,0	43,0	43,0	45,5	46,3	46,6	2,5*	(2,2 ; 2,7)
30-34 jaar	44,4	44,7	46,8	48,1	49,5	50,2	51,1	53,4	56,6	59,0	3,2*	(2,9 ; 3,5)
35-39 jaar	50,8	52,3	52,6	53,7	54,0	55,0	53,8	56,2	58,7	62,2	2,1*	(1,7 ; 2,4)
40-44 jaar	53,4	54,0	56,2	57,4	58,0	58,5	58,0	57,9	59,8	61,7	1,6*	(1,5 ; 1,8)
45-49 jaar	53,3	55,1	56,2	57,0	57,2	58,5	56,2	58,0	59,6	62,0	1,2*	(0,8 ; 1,7)
50-54 jaar	49,3	50,7	52,7	53,2	53,2	54,5	53,8	54,3	55,8	57,9	1,8*	(1,6 ; 2,0)
55-59 jaar	41,7	43,2	44,7	45,0	45,7	46,7	45,7	46,9	47,7	45,3	1,0*	(0,3 ; 1,7)
60-64 jaar	38,1	39,3	41,0	40,4	40,3	41,5	40,6	40,5	42,0	44,7	1,7*	(1,3 ; 2,2)
Geschatte dekkingsgraad, %	47,6	48,5	49,8	50,9	51,8	52,6	51,5	52,7	54,5	56,6	1,9*	(1,7 ; 2,2)
25-29 jaar	38,8	39,9	40,6	42,1	43,3	44,2	43,8	46,1	46,9	47,2	2,2*	(1,8 ; 2,7)
30-34 jaar	45,8	45,9	47,9	49,4	51,0	51,6	52,1	54,1	57,4	59,7	3,1*	(2,7 ; 3,3)

(\$)

 De gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) zijn voor de jaren 2022 en 2023 nog niet volledig

Statistisch significant resultaat*

¹ CHP: Cytohistopathologieregister

Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
35-39 jaar	52,4	53,7	53,8	55,2	55,7	56,5	54,8	57,0	59,5	62,9	1,9*	(1,4 ; 2,2)
40-44 jaar	55,1	55,5	57,6	58,9	59,9	60,1	59,1	58,7	60,6	62,4	1,5*	(1,3 ; 1,6)
45-49 jaar	55,0	56,6	57,5	58,5	59,0	60,2	57,2	58,8	60,4	62,7	1,0*	(0,4 ; 1,7)
50-54 jaar	50,8	52,1	54,0	54,6	54,9	56,0	54,8	55,1	56,5	58,5	1,6*	(1,3 ; 1,8)
55-59 jaar	43,1	44,4	45,8	46,2	47,1	48,0	46,5	47,5	48,4	45,8	0,8*	(0,3 ; 1,3)
60-64 jaar	39,3	40,3	42,0	41,5	41,6	42,6	41,4	41,1	42,6	45,2	1,5*	(1,2 ; 1,9)
Vrouwen met een driejaarlijks uitstrijkje, %	50,2	53,7	52,3	53,8	55,8	55,6	55,2	59,6	59,4	59,2	1,8*	(1,1 ; 2,5)
Vrouwen met een uitstrijkje, maar die om medische redenen niet in aanmerking komen voor screening = medische opvolging, %	8,3	7,9	9,2	9,2	8,7	9,7	10,7	9,6	10,6	9,8	2,7*	(0,7 ; 4,8)
Vrouwen met een uitstrijkje, maar die tijdelijk niet in aanmerking komen voor screening = overscreening, %	41,4	38,4	38,5	37,0	35,5	34,7	34,1	30,8	30,0	30,9	-3,4*	(-4,0 ; -2,8)
25-29 jaar	34,2	30,2	30,1	28,0	26,6	24,6	24,0	21,8	20,7	20,3	-5,6*	(-6,4 ; -4,8)
30-34 jaar	39,5	35,3	34,4	32,9	32,3	31,1	28,5	27,0	25,9	26,3	-4,4*	(-5,3 ; -3,5)
35-39 jaar	43,6	38,9	38,8	36,8	35,5	34,9	33,5	29,9	28,5	28,5	-4,5*	(-5,6 ; -3,3)
40-44 jaar	44,0	42,4	40,6	40,2	38,9	37,9	37,9	33,4	32,3	33,8	-3,3*	(-4,0 ; -2,5)
45-49 jaar	43,9	42,7	43,4	41,4	39,5	38,9	39,9	35,6	35,4	38,0	-2,2*	(-3,4 ; -1,1)
50-54 jaar	44,6	42,4	43,9	42,9	40,6	40,8	40,9	36,2	35,4	37,5	-2,4*	(-3,4 ; -1,3)
55-59 jaar	42,8	40,4	43,5	41,2	38,4	39,0	39,3	35,9	35,1	36,2	-2,1*	(-3,6 ; -0,7)
60-64 jaar	42,2	39,1	41,1	39,6	36,6	36,5	36,6	32,6	33,2	33,1	-2,8*	(-3,9 ; -1,7)
Kwalificatie van de arts die het cervicale uitstrijkje afneemt, %												
Gynaecoloog	88,6	88,4	88,6	88,2	89,0	89,7	88,2	88,2	88,6	89,9	0,1	(-0,2 ; 0,3)
Screeningsuitstrijkjes	87,1	87,2	87,2	88,0	88,6	88,6	87,7	86,7	86,5	88,3	0,0	(-0,3 ; 0,4)
Niet-terugbetaalde uitstrijkjes	90,6	90,5	90,4	87,6	89,5	91,3	88,8	90,7	91,3	91,2	0,0	(-0,2 ; 0,3)
Opvolgingsuitstrijkje	90,3	90,3	91,1	91,2	90,8	91,5	88,9	91,4	92,5	93,5	0,3*	(0,0 ; 0,6)
Huisarts	7,3	7,3	7,3	7,5	7,2	6,9	6,2	7,7	7,7	7,1	-0,1	(-1,8 ; 1,6)
Screeningsuitstrijkjes	8,9	8,6	9,1	9,2	8,4	8,3	7,2	9,0	9,3	8,7	-0,3	(-2,4 ; 1,8)
Niet-terugbetaalde uitstrijkjes	5,1	5,0	5,5	5,5	5,4	4,8	5,0	5,5	5,4	5,6	0,5	(-0,9 ; 2,0)
Opvolgingsuitstrijkjes	5,4	5,1	5,1	4,7	4,5	4,2	4,1	5,3	4,6	4,3	-1,9	(-4,3 ; 0,4)

Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Onbekend	2,3	2,5	2,0	1,5	1,5	1,5	4,3	2,6	2,2	1,5	0,1	(-12,5 ; 13,9)
Beoordelingsindicatoren voor screeningsresultaten en diagnoses												
Cytologische diagnoses, %												
Geen afwijkingen	90,3	91,4	90,8	91,0	91,6	92,0	89,3	89,2	90,5	89,8	-0,2	(-0,5 ; 0,2)
NILM	90,2	91,3	90,7	91,0	91,5	91,9	89,2	89,2	90,5	89,8	-0,1	(-0,5 ; 0,2)
NODIAGN	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-20,6*	(-35,5 ; -2,3)
Afwijkende diagnoses	7,6	8,3	8,9	8,7	8,4	8,0	8,1	8,2	7,9	8,6	1,0*	(0,4 ; 1,6)
INSU	0,6	1,1	1,0	1,1	1,0	0,8	0,8	0,8	0,9	1,3	1,2	(-7,8 ; 11,1)
ATYP	2,1	0,3	0,4	0,3	0,0	0,0	2,6	2,5	1,6	1,7	13,3	(-22,6 ; 71,1)
ASCU	3,7	4,0	4,4	4,7	4,5	4,2	4,2	4,5	4,3	4,5	2,1*	(1,5 ; 2,7)
ASCH	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	-1,0	(-6,5 ; 4,5)
LSIL	2,0	2,0	2,1	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	1,9	2,0	-0,1	(-1,4 ; 1,2)
HSIL	0,5	0,5	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	-9,0*	(-12,6 ; -4,4)
AGLC	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-4,2	(-8,8 ; 1,1)
Andere	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	NA ²	NA
HPV-triage, %												
HPV-test aanbevolen – geen tests uitgevoerd	20,3	23,1	21,7	19,3	15,5	12,2	2,9	4,6	3,8	6,1	-20,2*	(-29,2 ; -9,9)
HPV-test aanbevolen – test uitgevoerd	79,7	76,9	78,3	80,7	84,5	87,8	97,1	95,4	96,2	93,9	2,1*	(1,3 ; 2,8)
HPV-test niet aanbevolen - geen tests uitgevoerd	95,5	95,3	95,1	94,9	94,8	94,6	93,6	93,8	93,4	92,4	-0,3*	(-0,4 ; -0,3)
HPV-test niet aanbevolen - test uitgevoerd	4,5	4,7	4,9	5,1	5,2	5,4	6,4	6,2	6,6	7,6	5,6*	(3,9 ; 7,3)
Verdeling per stadium bij diagnose van kankers bij gescreeende vrouwen, intervalekankers en kankers bij nooit-gescreeende vrouwen (2014-2022)³												
Kankers bij gescreeende vrouwen, %⁴	37,0	39,0	33,3	38,5	33,3	30,8	35,6	55,9	40,4	NA	2,3	(-3,4 ; 8,3)
Onbekend stadium	17,6	12,5	6,3	0	13,3	8,3	6,3	5,3	5,3	NA	NA ²	NA
Stadium I	52,9	68,8	56,3	80,0	53,3	75,0	68,8	52,6	52,6	NA	-0,8	(-7,1 ; 5,9)

² Aangezien er minstens een jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

³ De kankerregistratiedatabank is slechts volledig tot het incidentiejaar 2022

⁴ Bekende en onbekende stadia inbegrepen

Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
Stadium II	5,9	6,3	18,8	6,7	0	0	6,3	21,1	15,8	NA	NA	NA
Stadium III	23,5	12,5	18,8	6,7	20,0	16,7	18,8	15,8	21,1	NA	2,0	(-10,0 ; 15,6)
Stadium IV	0	0	0	6,7	13,3	0	0	5,3	5,3	NA	NA ²	NA
Intervalkanker, %	19,6	14,6	27,1	23,1	28,9	28,2	40,0	26,5	21,3	NA	2,6	(-3,2 ; 9,7)
Onbekend stadium	11,1	33,3	7,7	11,1	0	0	5,6	22,2	20,0	NA	NA	NA
Stadium I	66,7	16,7	46,2	33,3	61,5	36,4	44,4	44,4	50,0	NA	3,0	(-8,5 ; 16,1)
Stadium II	0,0	16,7	15,4	33,3	15,4	18,2	5,6	0	10,0	NA	NA	NA
Stadium III	22,2	33,3	23,1	11,1	15,4	45,5	33,3	22,2	20,0	NA	0,8	(-17,8 ; 23,6)
Stadium IV	0	0	7,7	11,1	7,7	0	11,1	11,1	0	NA	NA ²	NA
Kankers bij nooit-gescreende vrouwen, %	43,5	46,3	39,6	38,5	37,8	41,0	24,4	17,6	38,3	NA	-6,9*	(-13,0 ; -0,1)
Onbekend stadium	5,0	5,3	5,3	13,3	5,9	12,5	9,1	0	0	NA	NA ²	NA
Stadium I	45,0	42,1	36,8	26,7	41,2	18,8	9,1	33,3	33,3	NA	-3,8	(-15,4 ; 5,8)
Stadium II	10,0	15,8	36,8	20,0	11,8	6,3	27,3	16,7	33,3	NA	5,5	(-14,5 ; 30,1)
Stadium III	30,0	31,6	21,1	33,3	23,5	37,5	9,1	50,0	16,7	NA	-4,1	(-18,0 ; 12,4)
Stadium IV	10,0	5,3	0	6,7	17,6	25,0	45,5	0	16,7	NA	NA ²	NA
Evaluatie-indicatoren voor monitoring en behandeling (2014-2022)⁵												
12 maanden follow-up, %												
HSIL HPV+	90,0	100,0	100,0	100,0	91,7	93,1	85,7	91,7	95,2	NA	0,5	(-1,1 ; 2,2)
HSIL HPV onbekend of geen test	92,4	88,1	91,6	90,7	91,0	91,3	93,5	88,2	86,7	NA	-0,6	(-1,3 ; 0,3)
HSIL HPV-	33,3	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	83,3	NA	NA ²	NA
ASCH HPV+	89,0	92,6	89,9	94,0	90,9	93,3	90,7	89,4	92,5	NA	0,1	(-1,0 ; 1,2)
ASCH HPV onbekend of geen test	86,7	84,4	85,0	72,5	80,8	92,3	83,3	92,3	87,5	NA	0,8	(-1,4 ; 3,2)
ASCH HPV-	77,8	79,6	62,5	76,0	75,4	74,5	76,0	80,0	88,9	NA	0,7	(-2,2 ; 4,8)
AGLC HPV+	100,0	81,8	96,7	81,5	92,1	88,4	72,7	93,3	87,8	NA	-1,0	(-3,7 ; 1,8)
Onbekende HPV AGLC of geen test	30,8	22,9	33,3	84,0	76,7	86,4	72,7	65,2	92,3	NA	16,4	(-1,6 ; 37,6)

⁵ Aangezien de follow-up binnen 12 maanden kan worden uitgevoerd, beschikken we nog niet over de volledige gegevens om de opvolging van de in 2023 genomen stalen te beoordelen

Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
AGLC HPV-	57,7	51,6	66,7	53,8	64,7	65,1	65,6	59,2	64,6	NA	1,7	(-1,0 ; 4,5)
ASCU HPV+	83,4	84,1	81,7	83,4	84,1	81,0	84,9	84,7	83,6	NA	0,1	(-0,3 ; 0,6)
Onbekende HPV ASCU of geen test	61,6	63,7	60,3	71,4	70,5	71,0	76,1	72,8	72,6	NA	2,6*	(0,9 ; 4,2)
LSIL HPV+	73,9	84,9	81,8	80,8	79,6	83,1	84,3	84,4	88,8	NA	1,4	(-0,1 ; 2,8)
LSIL HPV onbekend of geen test	75,5	75,3	72,9	77,3	76,0	74,0	79,0	77,5	78,0	NA	0,6	(-0,1 ; 1,3)
LSIL HPV-	48,6	50,0	61,4	60,0	54,7	48,7	65,2	70,1	58,5	NA	2,8	(-4,7 ; 10,9)
NODIAGN HPV+	80,0	50,0	66,7	100,0	96,0	88,9	100,0	66,7	0,0	NA	NA ²	NA
INSU	28,1	29,7	32,5	45,6	50,4	50,3	54,9	51,3	56,7	NA	9,8*	(5,6 ; 14,1)
Totaal (INSU inbegrepen)	69,8	67,9	67,9	74,2	74,4	74,7	78,7	77,2	77,3	NA	1,8*	(0,4 ; 3,2)
Totaal (excl. INSU)	75,1	75,3	73,9	79,2	78,7	77,8	81,5	80,5	80,7	NA	1,1*	(0,5 ; 1,8)
Histologische diagnoses per type staal, %												
Biopsie												
ABST	38,2	37,8	37,7	40,2	39,7	40,8	45,3	46,0	48,1	46,4	3,0*	(1,3 ; 4,6)
NODIAGN	3,7	2,7	2,1	1,4	1,0	1,0	1,3	1,7	1,3	2,7	-6,4*	(-10,2 ; -2,3)
ATYP	4,1	4,2	4,6	1,5	1,2	1,4	1,2	0,6	1,1	0,8	-18,8*	(-30,3 ; -5,7)
LSIL	24,9	27,5	28,8	30,0	31,1	29,9	28,3	27,2	26,7	28,2	0,7	(-1,2 ; 2,5)
CGIN	1,9	2,5	2,2	2,4	2,6	1,7	0,1	0,2	0,2	0,0	NA ²	NA
HSIL	26,0	24,2	23,0	23,9	23,4	24,2	22,9	23,2	21,1	21,2	-1,7*	(-3,0 ; -0,5)
ADIS	0,3	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2	0,6	0,4	0,3	16,2	(-9,5 ; 49,4)
SQCA	0,5	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,6	0,3	0,8	0,1	-7,9	(-18,2 ; 3,2)
ADCA	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	4,2	(-9,5 ; 21,3)
Andere	0,3	0,3	0,8	0,0	0	0	0,1	0,0	0,1	0,1	NA ²	NA
Conisatie												
ABST	7,5	10,5	9,9	11,5	12,4	9,0	12,5	12,5	14,2	11,0	4,1*	(0,7 ; 7,7)
NODIAGN	0,8	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	NA ²	NA
ATYP	1,3	0,8	0,8	0,4	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	NA ²	NA
LSIL	11,8	9,6	8,4	9,7	10,1	8,5	9,9	9,9	13,4	13,8	3,1	(-0,7 ; 6,6)
CGIN	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	NA ²	NA

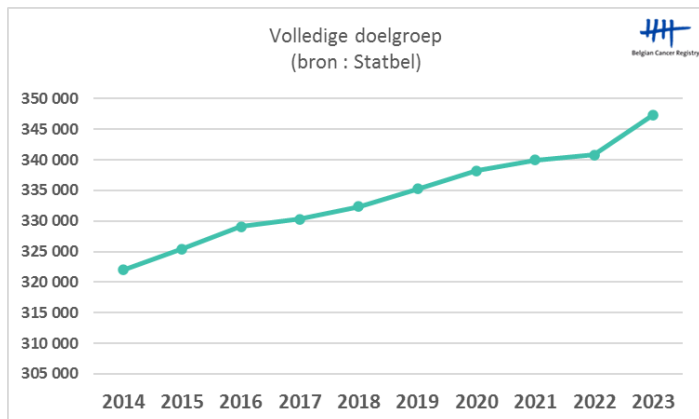
Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
HSIL	75,3	74,8	77,2	74,6	73,0	77,7	72,6	72,6	67,8	70,8	-0,9*	(-1,7 ; -0,2)
ADIS	0,6	0,4	0,4	1,1	1,8	2,3	2,9	2,9	1,3	2,6	19,9*	(9,1 ; 33,0)
SQCA	1,5	1,9	2,1	2,4	1,8	1,4	0,9	0,9	1,9	1,0	-6,7	(-16,7 ; 4,2)
ADCA	1,0	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	1,1	1,1	1,3	0,3	NA ²	NA
Andere	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	NA ²	NA
Hysterectomie												
ABST	27,4	24,8	20,0	23,8	26,1	27,3	21,7	38,6	32,7	17,8	0,7	(-5,8 ; 7,4)
NODIAGN	1,7	0,6	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	NA ²	NA
ATYP	1,1	0,6	2,4	0,0	0,8	0,0	1,9	0,0	0,0	1,4	NA ²	NA
LSIL	7,4	12,7	8,8	10,3	11,8	9,4	21,7	8,8	22,4	16,4	8,3	(-1,1 ; 18,2)
CGIN	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	NA ²	NA
HSIL	50,3	52,9	57,6	59,5	47,1	57,6	45,3	46,5	39,3	53,4	-1,9	(-6,2 ; 2,5)
ADIS	0,6	1,3	1,6	0,0	2,5	0,7	1,9	1,8	2,8	2,7	NA ²	NA
SQCA	7,4	3,2	3,2	4,8	6,7	5,0	2,8	1,8	0,9	4,1	-10,8	(-27,1 ; 9,2)
ADCA	3,4	3,2	5,6	1,6	4,2	0,0	2,8	1,8	0,9	4,1	NA ²	NA
Andere	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,9	0,0	NA ²	NA
Niet gespecificeerd												
ABST	46,3	53,7	50,2	50,5	55,0	55,1	55,5	58,7	61,2	54,9	2,2*	(0,6 ; 3,7)
NODIAGN	10,4	3,5	4,4	2,7	2,2	1,9	3,0	2,4	2,7	3,7	-9,0*	(-15,8 ; -1,0)
ATYP	5,6	4,7	4,4	2,9	1,8	1,1	2,2	0,9	1,0	0,1	-27,4*	(-35,6 ; -18,2)
LSIL	17,0	18,3	19,5	21,8	22,8	20,8	21,6	19,3	17,0	19,8	0,6	(-1,2 ; 2,6)
CGIN	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	NA ²	NA
HSIL	18,7	17,9	19,3	20,0	16,6	18,2	15,2	16,2	16,1	19,8	-0,3	(-4,1 ; 2,5)
ADIS	0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,5	0,2	NA ²	NA
SQCA	0,8	0,6	1,3	1,4	0,8	1,5	1,6	0,8	0,7	0,7	-3,4	(-12,7 ; 7,5)
ADCA	0,6	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,2	1,0	0,6	0,7	2,8	(-8,7 ; 15,9)
Andere	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	0,6	0,8	0,4	0,1	0,1	-2,7	(-24,3 ; 24,7)
Totaal												

Indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022(\$)	2023(\$)	AAPC	
											%	95% IC
ABST	36,0	39,0	37,8	39,4	40,6	40,6	43,4	45,3	48,1	45,3	2,9*	(1,9 ; 3,9)
NODIAGN	5,2	2,6	2,5	1,6	1,2	1,1	1,5	1,6	1,5	2,7	-7,9*	(-12,0 ; -3,6)
ATYP	4,1	3,8	4,0	1,8	1,3	1,2	1,4	0,6	1,0	0,5	-20,8*	(-28,7 ; -12,2)
LSIL	20,0	21,8	22,8	24,5	25,6	24,3	24,6	22,4	22,4	23,6	1,1*	(0,0 ; 2,2)
CGIN	1,1	1,4	1,3	1,3	1,5	1,0	0,0	0,2	0,2	0,0	NA ²	NA
HSIL	31,5	29,6	29,4	29,8	28,0	29,8	27,1	27,8	24,8	26,3	-2,0*	(-3,0 ; -1,0)
ADIS	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,6	0,2	0,8	0,6	0,6	12,1	(-2,2 ; 27,9)
SQCA	1,0	0,9	1,1	1,1	0,9	1,0	1,1	0,5	0,9	0,5	-6,4	(-13,7 ; 1,5)
ADCA	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	-0,1	(-4,9 ; 4,6)
Andere	0,3	0,3	0,5	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	NA ²	OP

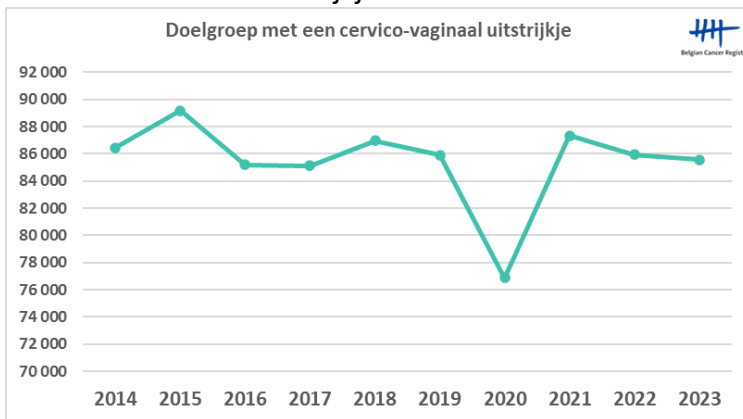
3. Doelgroep voor screening, dekkingsgraad en overscreening

3.1 Doelgroep voor screening en vrouwen die in aanmerking komen voor screening

Grafiek 1: Volledige doelgroep 2014-2023



Grafiek 2: Doelgroep met een cervico-vaginaal uitstrijkje 2014-2023



Tussen 2014 en 2023 is het aantal vrouwen in de **doelpopulatie** voor screening op baarmoederhalskanker (vrouwen van 25-64 jaar) gestegen van 321.959 naar 347.319. Jaarlijks had ongeveer 25% van deze vrouwen minstens één uitstrijkje. We zien een lichte geleidelijke en niet-significante afname tijdens de onderzoeksperiode (AAPC = -1,1).

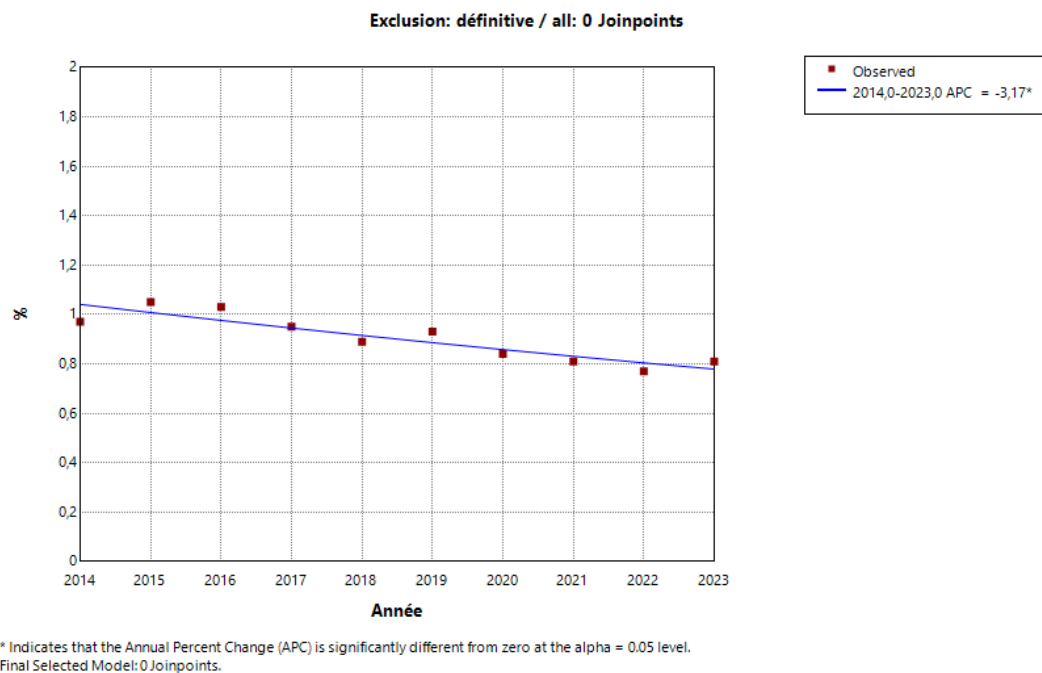
Vrouwen die in aanmerking komen voor screening: dit zijn de vrouwen uit de doelpopulatie zonder de vrouwen die voldoen aan de criteria voor een definitieve of tijdelijke uitsluiting.

Het percentage vrouwen dat een uitstrijkje had op het moment dat ze voldeed aan een criterium voor **definitieve uitsluiting** (hysterectomie, cervicale verwijdering, invasieve baarmoederhals- of baarmoederkanker) daalde significant over de gehele periode 2014-2023 (AAPC = -3,2*) (Grafiek 3A).

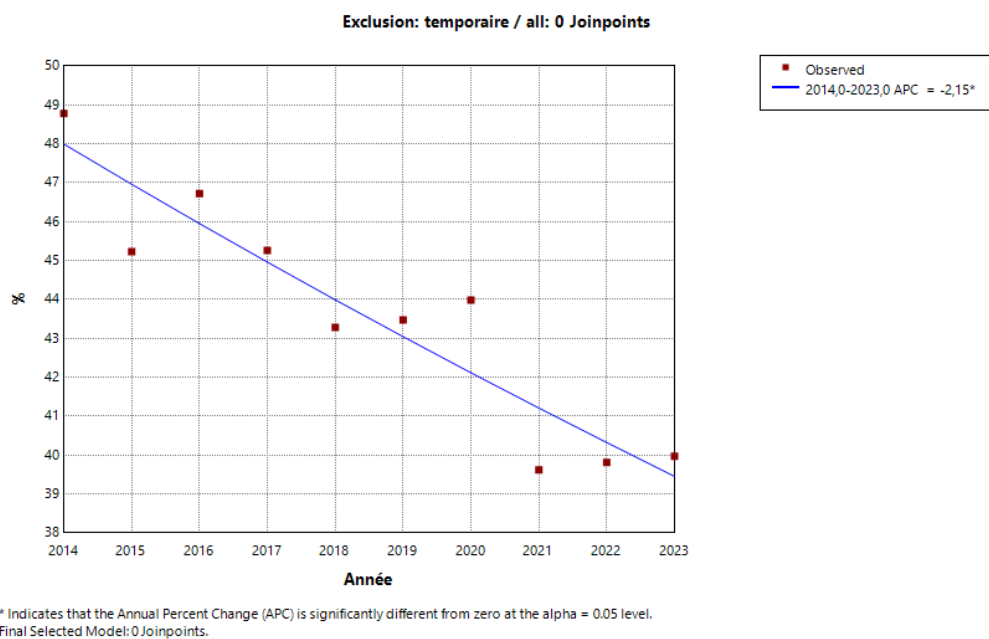
Ook het aantal vrouwen in de doelpopulatie dat een uitstrijkje had laten afnemen op het moment dat ze voldeed aan een criterium van een **tijdelijke uitsluiting** van 3 jaar (in situ kanker of cervicaal uitstrijkje in de twee vorige kalenderjaren) daalde significant en homogeen over de periode 2014-2023 (AAPC = -2,2*). Aangezien de incidentie van in situ kankers in de loop van de periode is toegenomen (zie Tabel 1 en Figuur 2 van het evaluatieverslag over screening naar baarmoederhalskanker in Brussel – screeningjaren 2020-2023), kan deze daling worden toegeschreven aan een afname van de overscreening (zie punt 3.3 van dit verslag) (Grafiek 3B).

Het aantal vrouwen uit de doelpopulatie die in aanmerking komen voor screening en die een uitstrijkje had (doelpopulatie met een uitstrijkje – uitsluitingen) nam significant toe over de gehele periode (AAPC = 1,8*) (Grafiek 4).

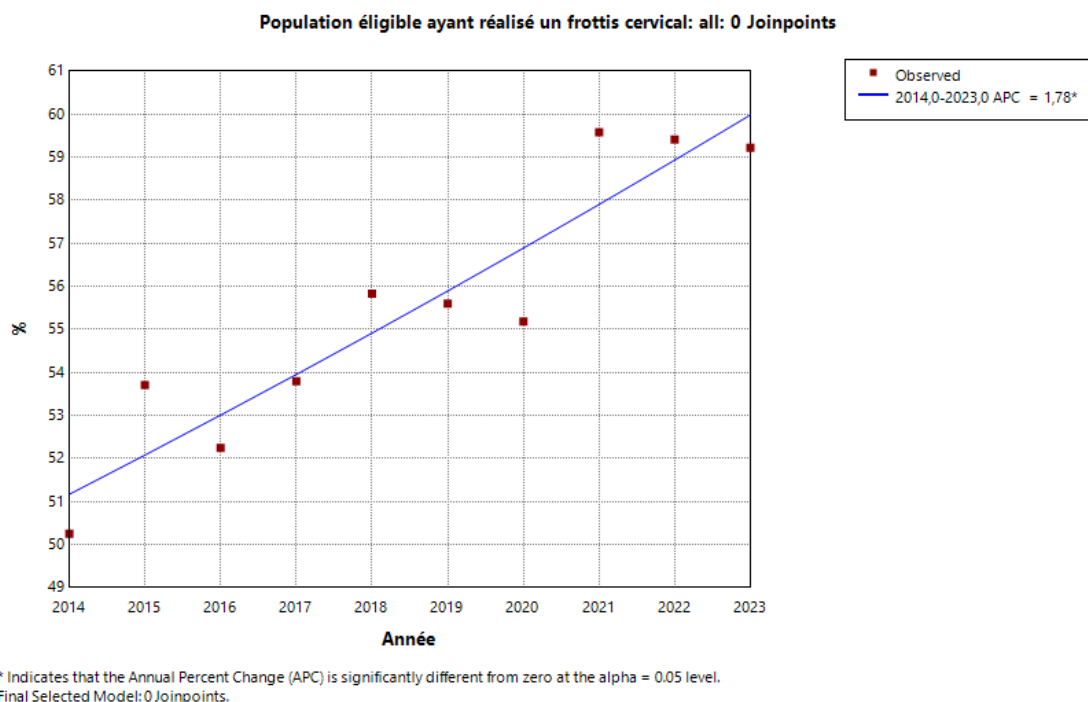
Grafiek 3A: Evolutie van het percentage vrouwen dat een uitstrijkje had en voldeed aan een definitief uitsluitingscriterium 2014-2023



Grafiek 3B: Evolutie van het percentage vrouwen dat een uitstrijkje had en voldeed aan een tijdelijk uitsluitingscriterium 2014-2023



Grafiek 4: Evolutie van het percentage vrouwen dat in aanmerking komt voor screening en een uitstrijkje heeft laten afnemen 2014-2023

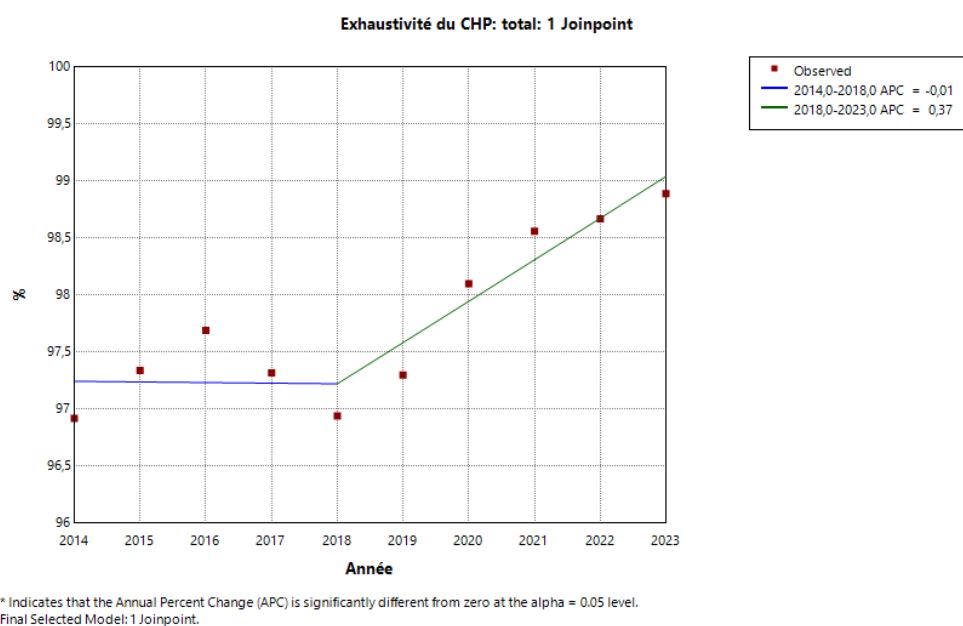


3.2 Dekkingsgraad

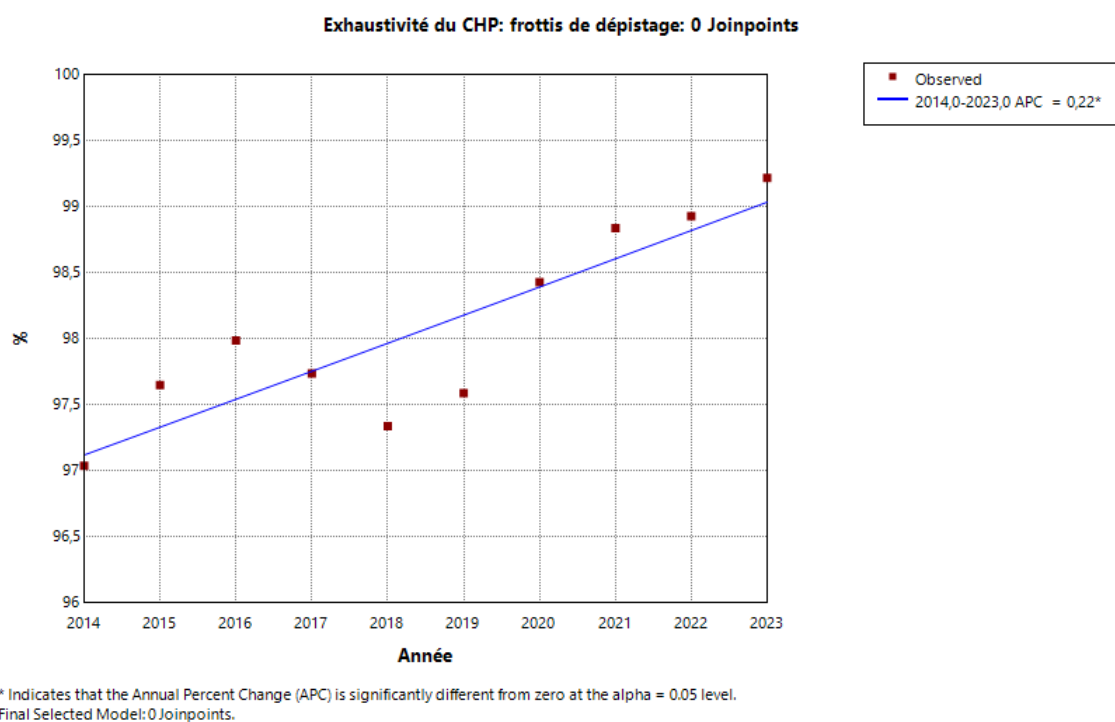
Volledigheid van de door laboratoria aangeleverde gegevens

De volledigheid van de door de laboratoria aangeleverde gegevens en dus van het cytohistopathologieregister nam significant toe (AAPC = 0,2*). Deze stijging is bijzonder uitgesproken in de periode 2018-2023 (APC = 0,4). De volledigheid van de gegevens voor screeningsuitstrijkjes volgt een meer lineaire trend (AAPC = 0,2*), zonder buigpunt (Grafiek 5B). De toename in volledigheid voor opvolgingsuitstrijkjes is ook significant (AAPC = 0,2*) en er is een buigpunt in 2018 (2014-2018 APC = -0,3 en 2018-2023 APC = 0,6*)(Grafiek 5C). Deze stijging heeft ons in staat gesteld om een betere berekening van de dekkingsgraad over de jaren heen te verkrijgen (zie volgend punt: evolutie van de berekende dekking en geschatte dekking) en ook om onze kennis van de verdeling van de verschillende diagnoses te verfijnen. De uitwisselingen tussen het BCR en de laboratoria pathologische anatomie- lijken dus hun vruchten af te werpen.

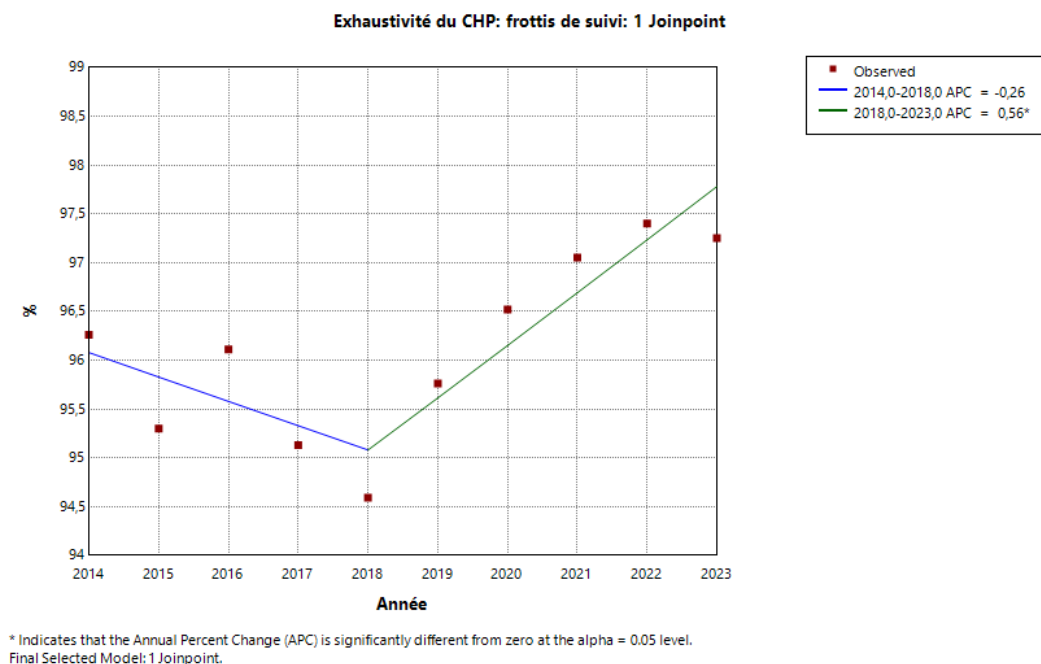
Grafiek 5A: Evolutie van het % volledigheid van CHP (totaal aantal uitstrijkjes) 2014-2023



Grafiek 5B: Evolutie van het % volledigheid van CHP (screeningsuitstrijkjes) 2014-2023

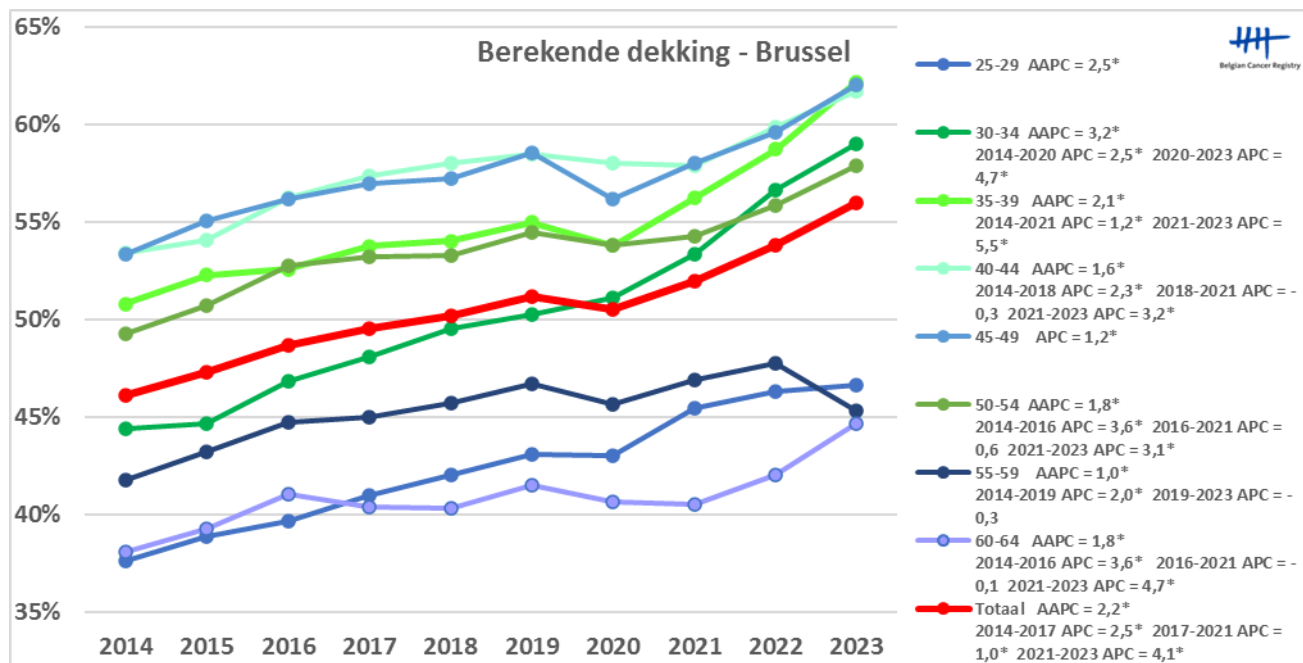


Grafiek 5C: Evolutie van het % volledigheid van CHP (opvolgingsuitstrijkjes) 2014-2023

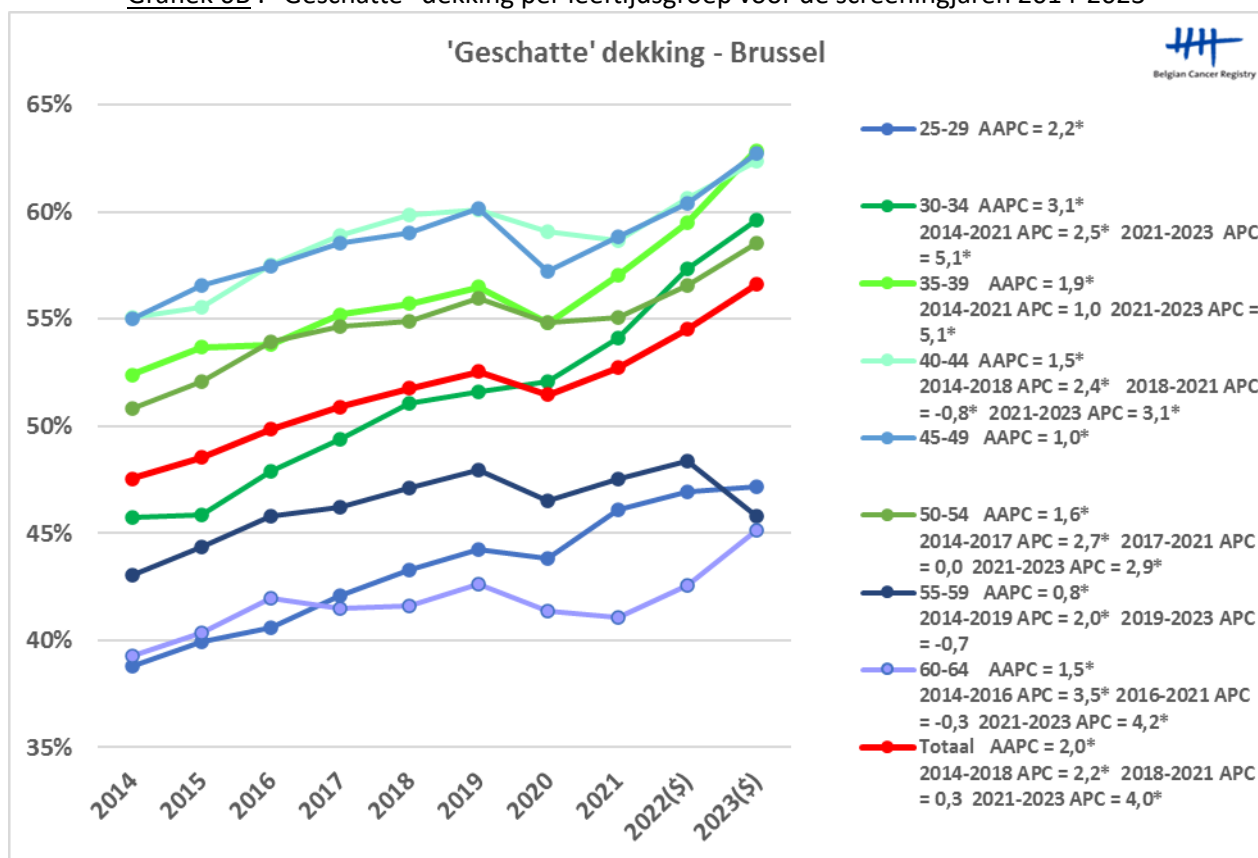


Dekkingsgraad: percentage personen met dekking door screening op baarmoederhalskanker in de volledige doelpopulatie (vrouwen van 25 tot 64 jaar).

Grafiek 6A : 'Berekende' dekking per leeftijdsgroep voor de screeningjaren 2014-2023



Grafiek 6B : "Geschatte" dekking per leeftijdsgroep voor de screeningjaren 2014-2023

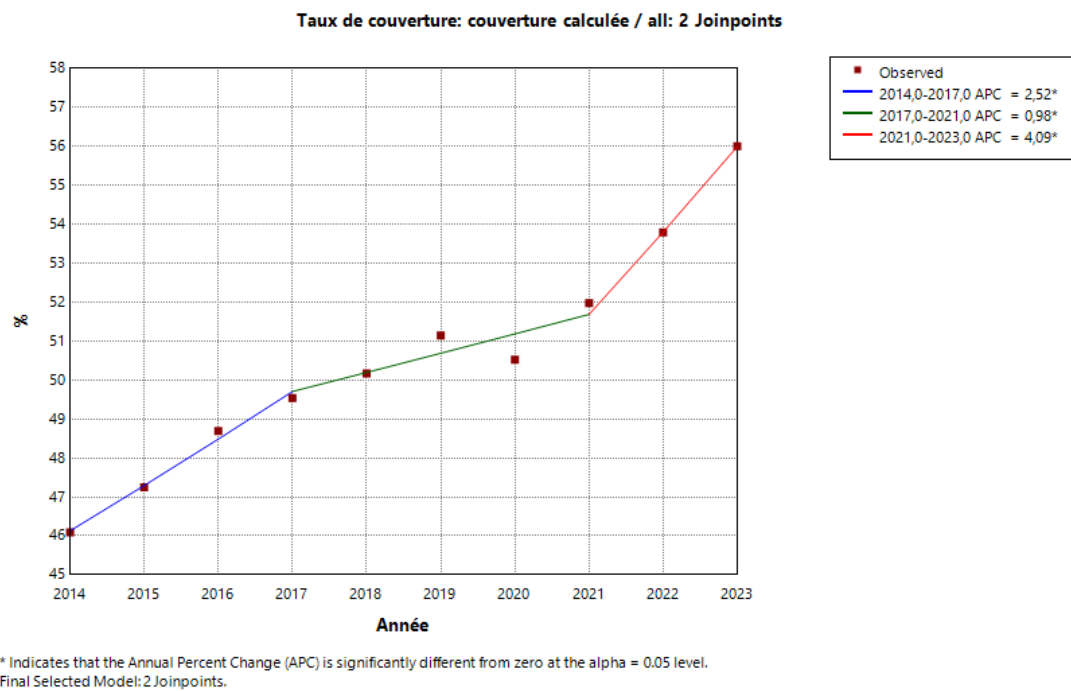


(§) De geschatte dekkingscijfers voor 2022 en 2023 zijn voorlopig en zijn een onderschatting.

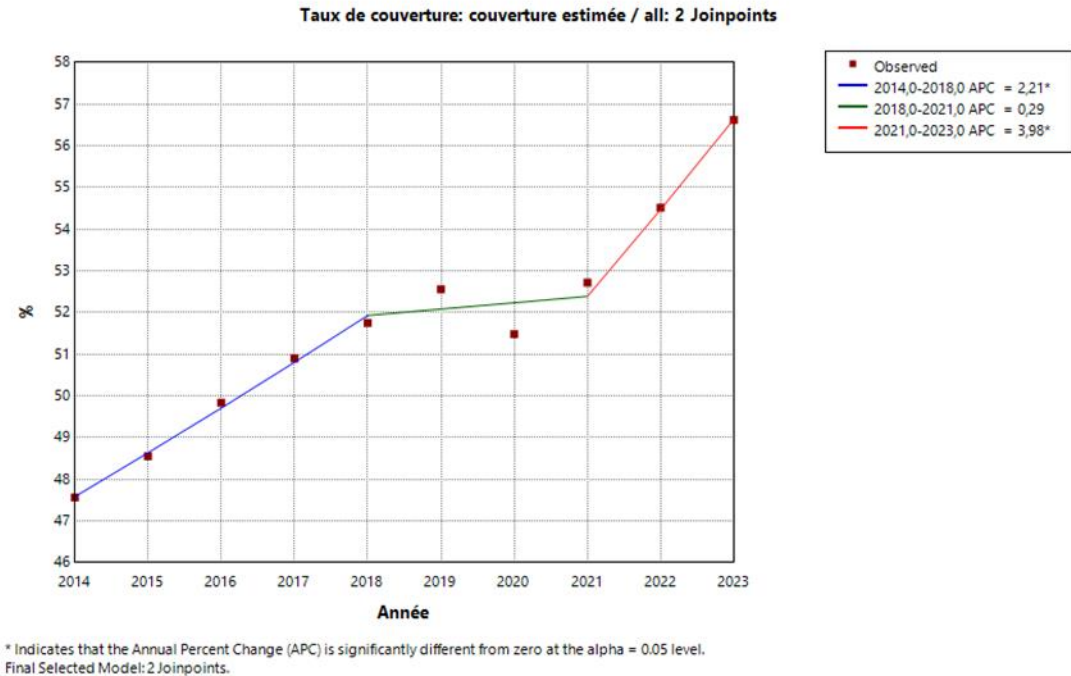
De totale dekking neemt toe (respectievelijk AAPC = 2,2* voor de berekende dekking en voor de geschatte dekking AAPC = 2,0*). Er is een significante evolutie tussen 2014 en 2017 (APC = 2,5*) voor de berekende dekking en tussen 2014 en 2018 (APC = 2,2*) voor de geschatte dekking; tussen 2017 en 2021 was de stijging trager (APC van respectievelijk 1,0* en 0,3 tussen 2018 en 2021 voor berekende en geschatte dekking) alvorens terug zeer duidelijke te stijgen tussen 2021 en 2023 (APC = 4,1* voor berekende dekking en APC = 4,0* voor geschatte dekking). Zoals vermeld in de paragraaf over de volledigheid van de CHP, is deze afwijkende evolutie van de geschatte dekking gerelateerd aan de verbetering van de volledigheid van de gegevens. De kloof tussen de berekende en geschatte dekking wordt in de loop der jaren kleiner door de verbetering van de volledigheid van de gegevens ontvangen van de laboratoria.

Deze significante toename van de dekking betreft alle leeftijdscategorieën, maar het is bij de jongste leeftijdscategorieën (25-39 jaar) dat de stijging het meest uitgesproken is. Voor vrouwen in de leeftijd van 30-34 jaar is de stijging de afgelopen jaren zeer duidelijk (berekende dekking 2014-2020 APC = 2,5* en 2020-2023 APC = 4,7*); dezelfde trend wordt waargenomen bij vrouwen van 35-39 jaar (APC 2014-2021 = 1,2* en APC 2021-2023 = 5,5*).

Grafiek 7A: Evolutie van % berekende dekking 2014-2023

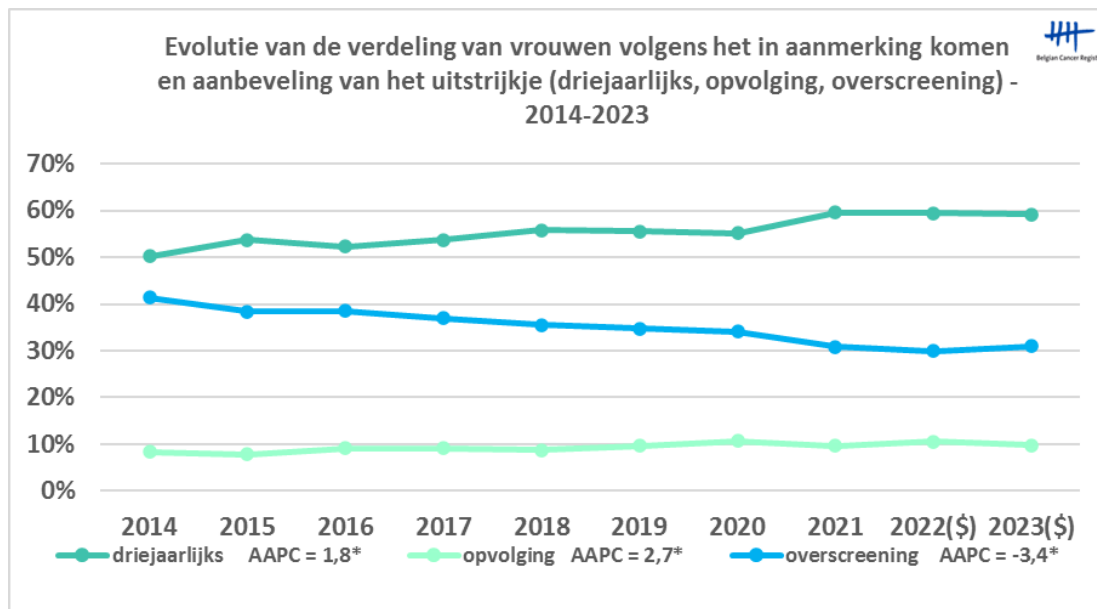


Grafiek 7B: Evolutie van % geschatte dekking 2014-2023



3.3 Overscreening

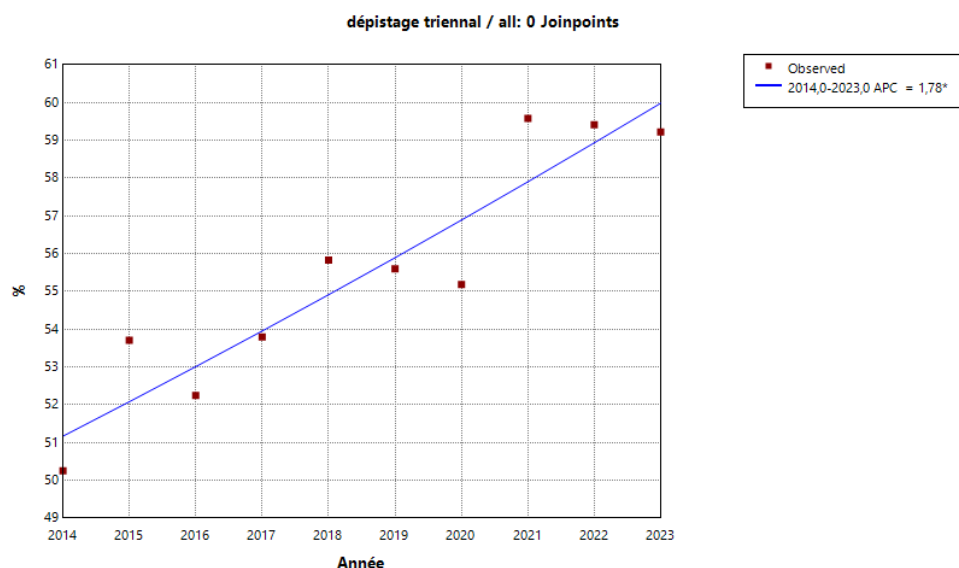
Grafiek 8: Evolutie van de verdeling van vrouwen volgens het in aanmerking komen en aanbeveling van het uitstrijkje (driejaarlijks, opvolging, overscreening) 2014 tot 2023



(\$) De cijfers voor 2022 en 2023 zijn voorlopig omdat de IMA-databank nog niet volledig is.

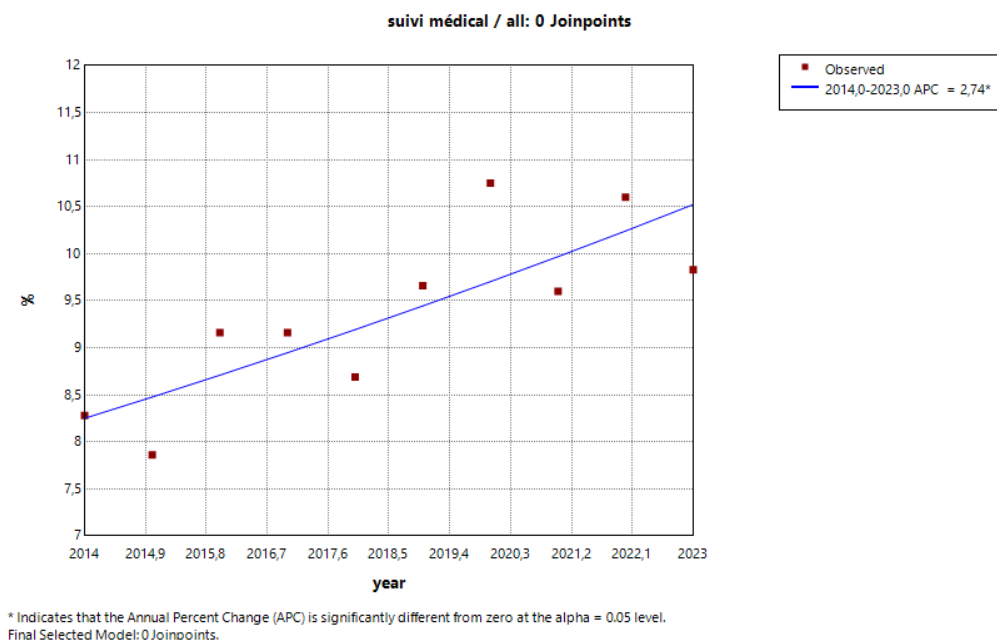
Overscreening neemt significant af in alle leeftijdsgroepen; voor de gehele periode (AAPC = -3,4*).

Grafiek 9A: Evolutie van het percentage vrouwen met een driejaarlijks uitstrijkje 2014-2023

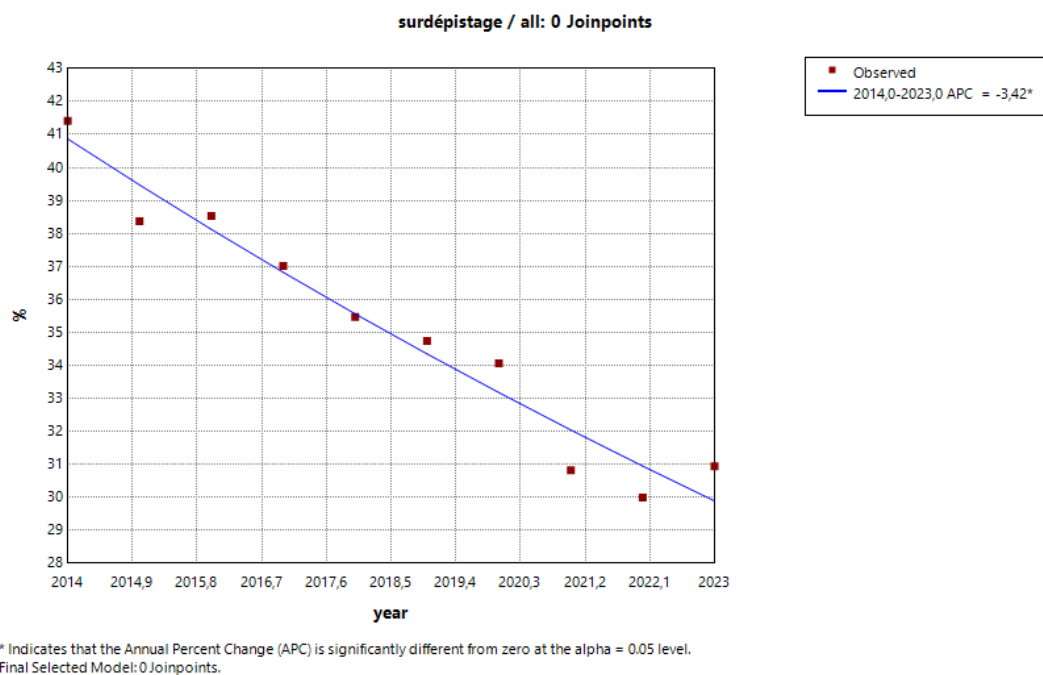


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Grafiek 9B: Evolutie van het percentage vrouwen met een opvolgingsuitstrijkje 2014-2023



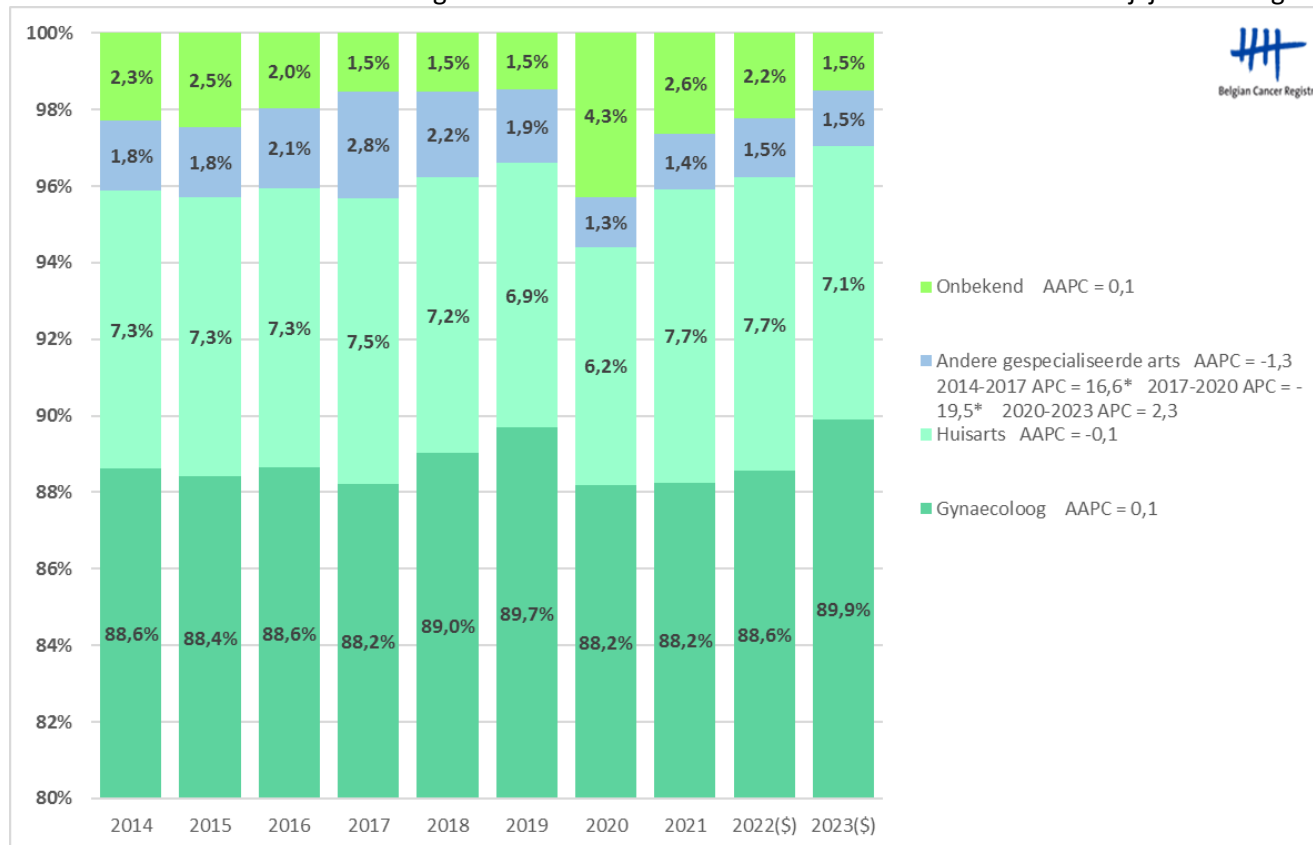
Grafiek 9C: Evolutie van het percentage vrouwen met overscreening, 2014-2023



4. Kwalificatie van de arts die het cervicale uitstrijkje afneemt

De kwalificatie van de arts die de analyse van het uitstrijkje van de baarmoederhals aanvraagt, wordt bepaald aan de hand van het RIZIV-nummer van de aanvragende arts die in de CHP is geregistreerd.

Grafiek 10 : Uitstrijkjes afgenomen tussen 2014 en 2023 bij vrouwen in de doelpopulatie met een baarmoederhalsstaal in het CHP volgens kwalificatie van de arts die het baarmoederhalsuitstrijkje aanvraagt



(\$)

De cijfers voor 2022 en 2023 zijn voorlopig omdat de IMA-databank nog onvolledig is.

Alle soorten uitstrijkjes samen, zien we geen significante trend in de verdeling van artsen die in de periode 2014-2023 een uitstrijkje hebben afgenomen. Ongeveer 87,5% van de uitstrijkjes werd afgenomen door een gynaecoloog, 8,5% door een huisarts, 1% door een andere specialist dan een gynaecoloog en ongeveer 2,5% van de uitstrijkjes werd afgenomen door een arts waarvan het RIZIV-nummer onbekend was.

De opvolgingsuitstrijkjes afgenomen door een gynaecoloog vertonen een significante toename over deze periode (AAPC = 0,3*) met een duidelijke stijging vanaf 2020 (2014-2020 APC = -0,1; 2020-2023 APC = 1,1*). Uitstrijkjes die niet voldoen aan de terugbetalingscriteria en die worden afgenomen door een andere specialist dan een gynaecoloog dalen significant in de loop van de tijd (AAPC = -4,0*); Deze daling is niet gelijkmatig over de bestudeerde periode en het begin van de periode wordt zelfs gekenmerkt door een significante stijging (APC 2014-2017 = 30,3*; APC 2017-2020 = -24,9* en APC 2020-2023 = -9,6).

5. Beoordelingsindicatoren voor screeningsresultaten en diagnoses

5.1 Resultaten van screeningsuitstrijkjes (cytologische diagnose)

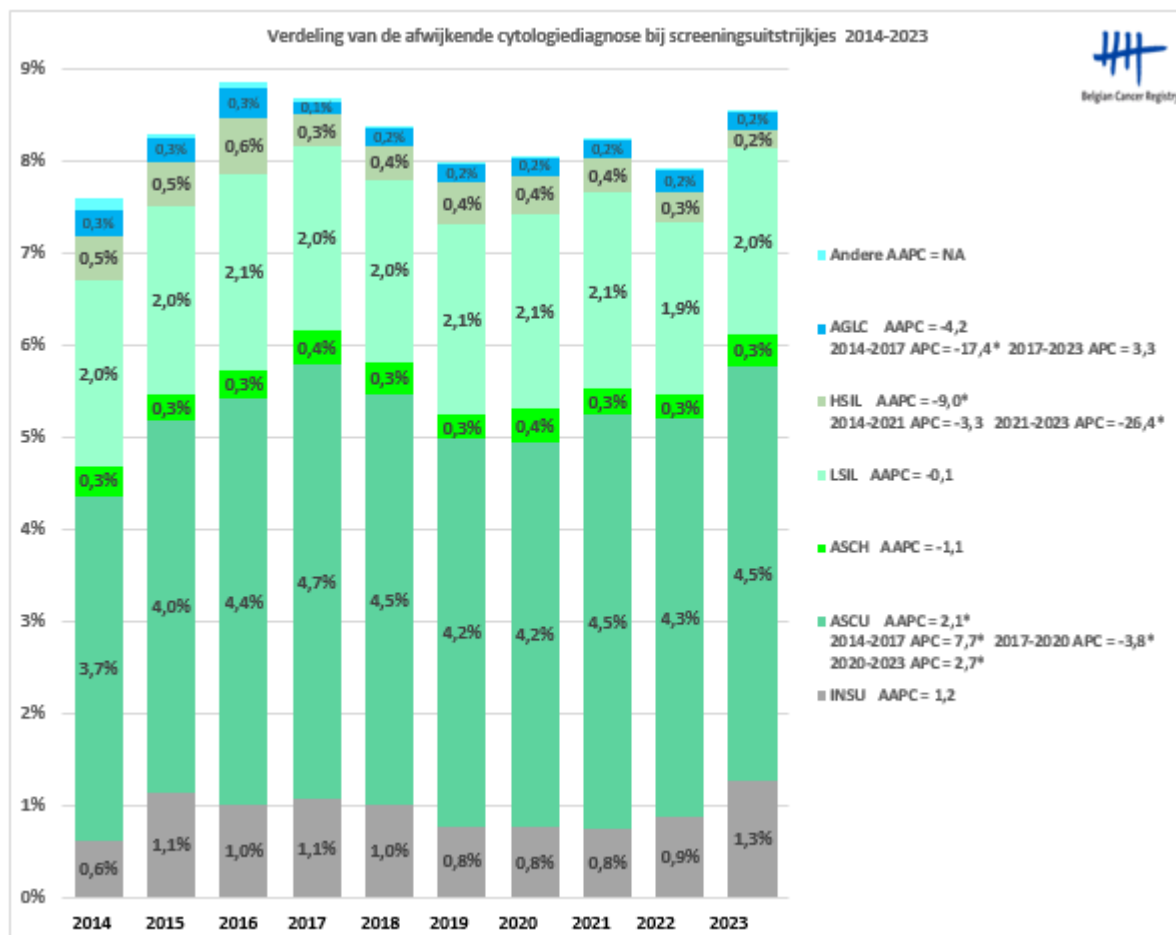
Tabel 2 : Betekenis van categorieën cytologische diagnoses en indicatie van passende opvolging [3]

	Diagnostisch	Betekenis	Goede opvolging
Geen afwijkingen	NILM	Negatief voor epitheelcelafwijkingen of maligniteit	Normaal screeningsschema (uitstrijkje om de 3 jaar)
	NODIAGN	Geen diagnose beschikbaar	
Afwijkende diagnose	NODIAGN - INSU	Geen diagnose beschikbaar vanwege onvoldoende staalkwaliteit	Uitstrijkje opnieuw afnemen
	ATYP	Atypische cellen, van onbepaalde betekenis	HPV-triage
	ASCU	Atypische squameuze cellen, van onbepaalde betekenis	
	ASCH	Atypische squameuze cellen, HSIL kan niet worden uitgesloten	
	LSIL	Laaggradig intra-epitheliaal squameus letsel	Opvolgingsuitstrijkje
	HSIL	Hooggradig intra-epitheliaal squameus letsel, inclusief in situ	
	AGLC (*)	Atypische glandulaire cellen (oorsprong niet bepaald)	Overige vervolgonderzoeken/behandelingen (**)
	Andere	In situ en invasieve tumoren, met uitzondering van hooggradige squameuze letsels (HSIL)	

(*) Inclusief glandulaire afwijkingen in combinatie met squameuze afwijkingen

(**) Inclusief HPV-testen

Grafiek 11: Verdeling van afwijkende cytologiediagnoses



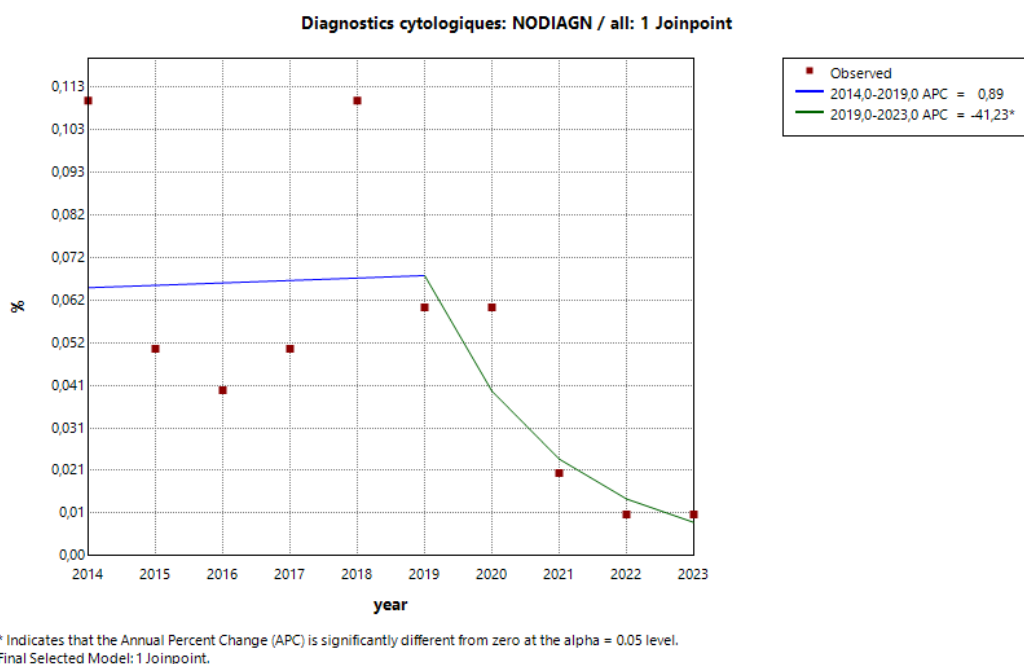
(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

De verdeling van cytologische diagnoses vertoont weinig variatie in de periode 2014-2023. ASCU-diagnoses, die de meest voorkomende letsels zijn (iets meer dan 4% van de uitstrijkjes voor een totaal van afwijkende uitstrijkjes van gemiddeld 8,3% gedurende deze periode) vertonen een significante toename (AAPC = 2,1*). Deze stijging is niet gelijkmatig in deze periode (APC 2014-2017 = 7,7*, APC 2017-2020 = -3,8* en APC 2020-2023 = 2,7*).

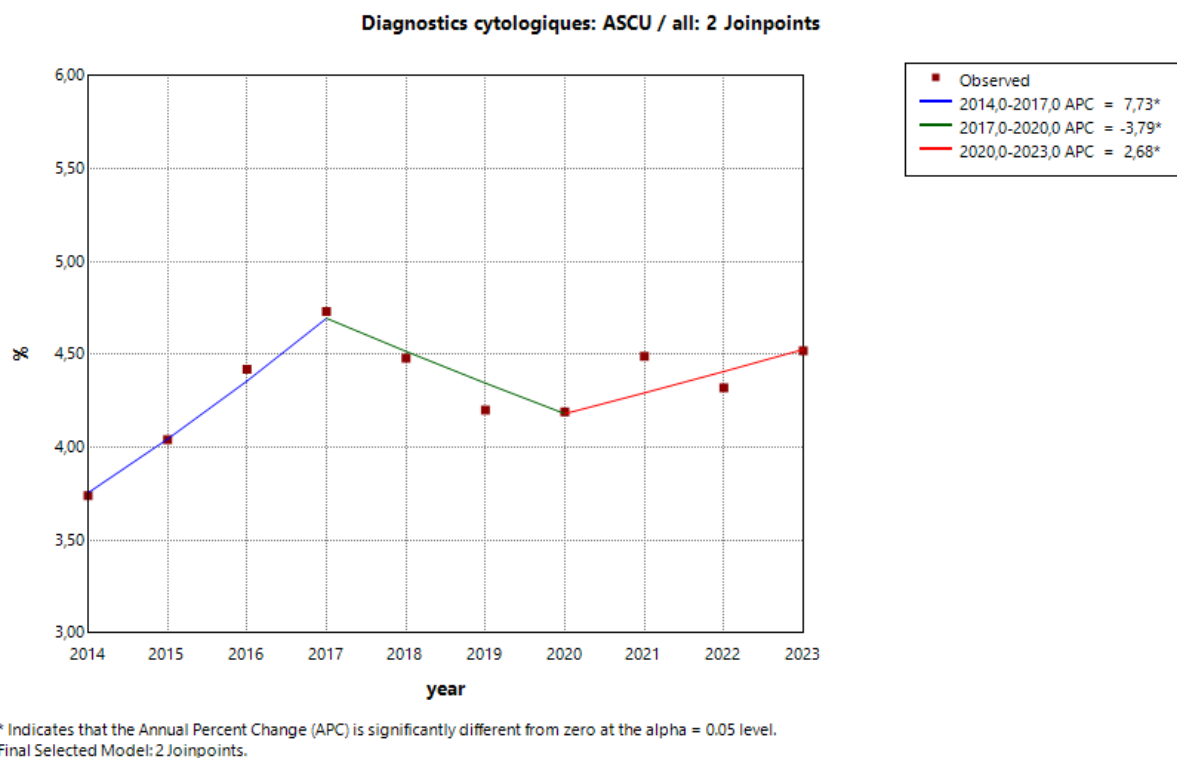
Anderzijds zien we een significante daling van HSIL-diagnoses (AAPC = -9,0*) met een zeer duidelijke afname in de meest recente jaren (2014-2021 APC = -3,3, 2021-2023 APC = -26,4*).

We moeten ook de belangrijke en significante afname van 'NODIAGN' vermelden, dit zijn de stalen waarbij geen diagnose kon worden gesteld (AAPC = -20,6* (2014-2019 APC = 0,9 en 2019-2023 APC = -41,2*)).

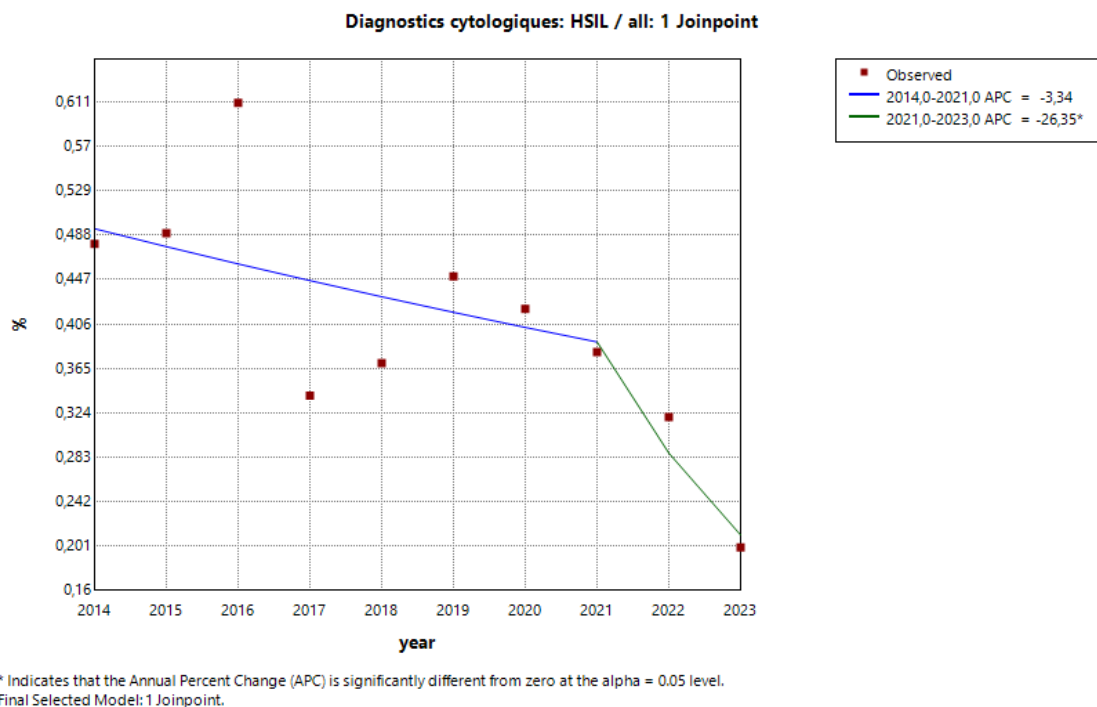
Grafiek 12A: evolutie % NODIAGN bij terugbetaalde screeningsuitstrijkjes 2014-2023



Grafiek 12B: evolutie % ASCU bij terugbetaalde screeningsuitstrijkjes 2014-2023



Grafiek 12C: evolutie % HSIL bij terugbetaalde screeninguitstrijkjes 2014-2023

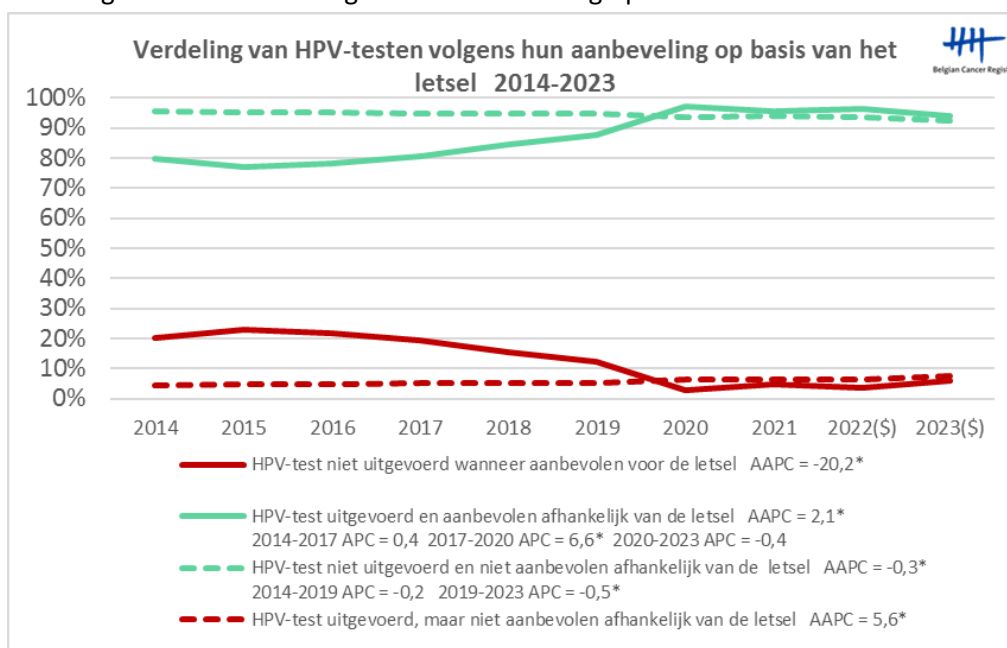


5.2 Triage door HPV-testing

Triage door HPV-testing is aangewezen als opvolgingsonderzoek als er atypische cellen aanwezig zijn in het screeningsuitstrijkje, d.w.z. voor de diagnoses 'ASCU', 'ASCH' en 'AGLC' [3].

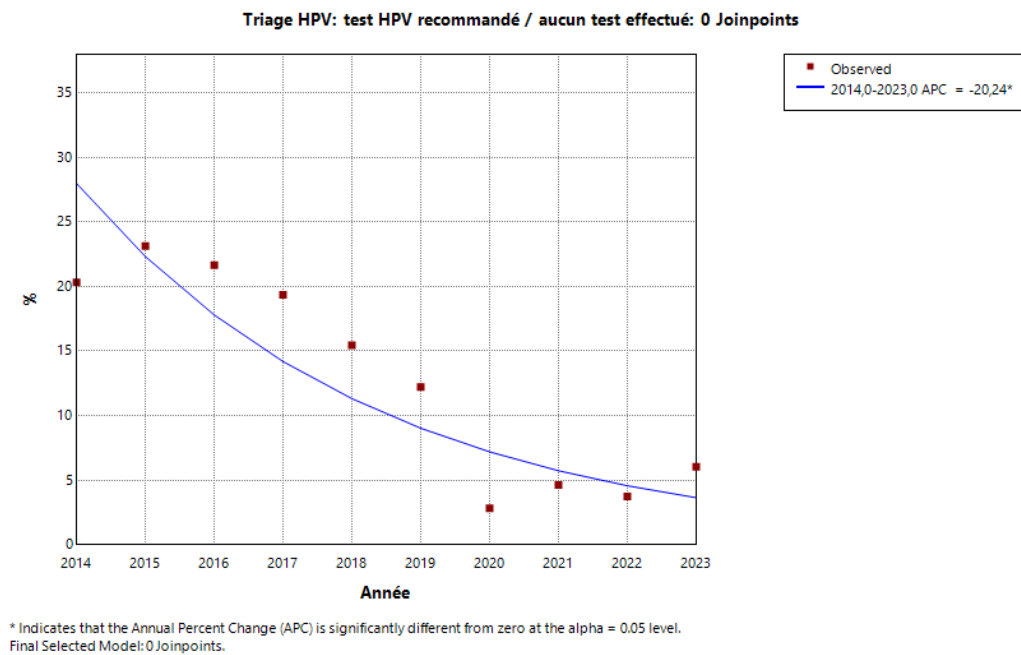
In de periode 2014-2023 wordt een significante daling opgemerkt van het aantal letsels waarvoor de HPV-test niet werd uitgevoerd, hoewel deze wel was aangewezen (AAPC = -20,2*). De stijging van het uitvoeren van de aanbevolen testen voor het letsel (AAPC = 2,1*) evolueerde in fasen (2014-2017 APC = 0,4, 2017-2020 APC = 6,6* en 2020-2023 APC = -0,4). We merken ook een significante toename op van het aantal testen dat wordt uitgevoerd terwijl dit niet werd aanbevolen op basis van de letsel (AAPC = 5,6*). Deze testen worden niet terugbetaald en worden dus aan de vrouw aangerekend.

Grafiek 13: Verdeling van HPV-testen volgens hun aanbeveling op basis van het letsel 2014-2023

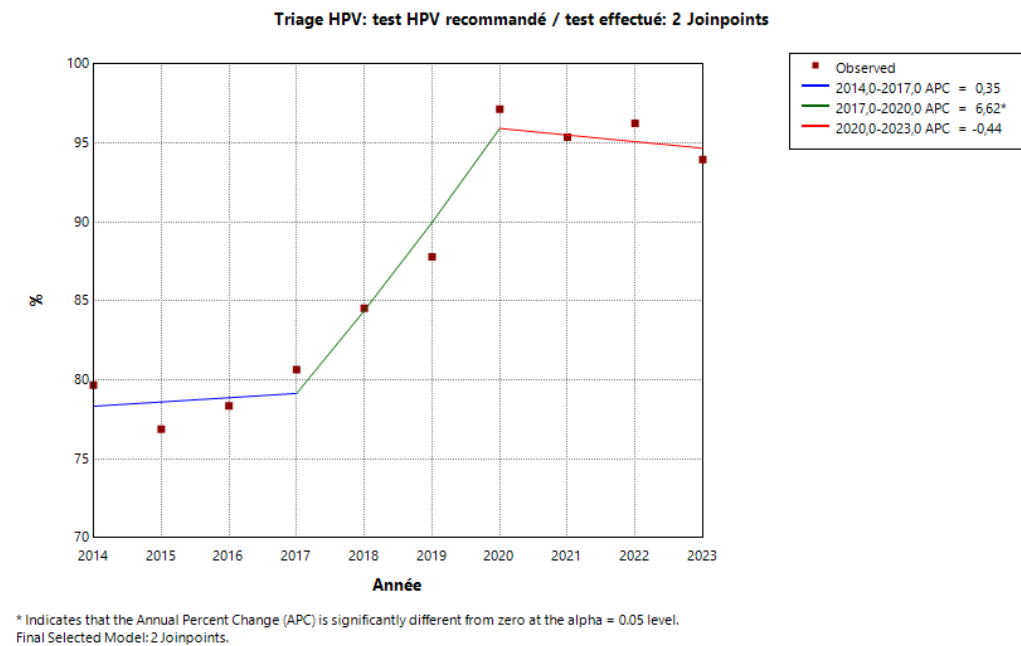


(\$) De cijfers voor 2021 en 2022 zijn voorlopig. De IMA-databank is voor deze jaren nog onvolledig omdat medische prestaties tot twee jaar na de datum van de prestatie nog terugbetaald kunnen worden door de verzekeringsinstellingen.

Grafiek 14A: evolutie % HPV-test niet uitgevoerd terwijl dezewerd aanbevolen 2014-2023



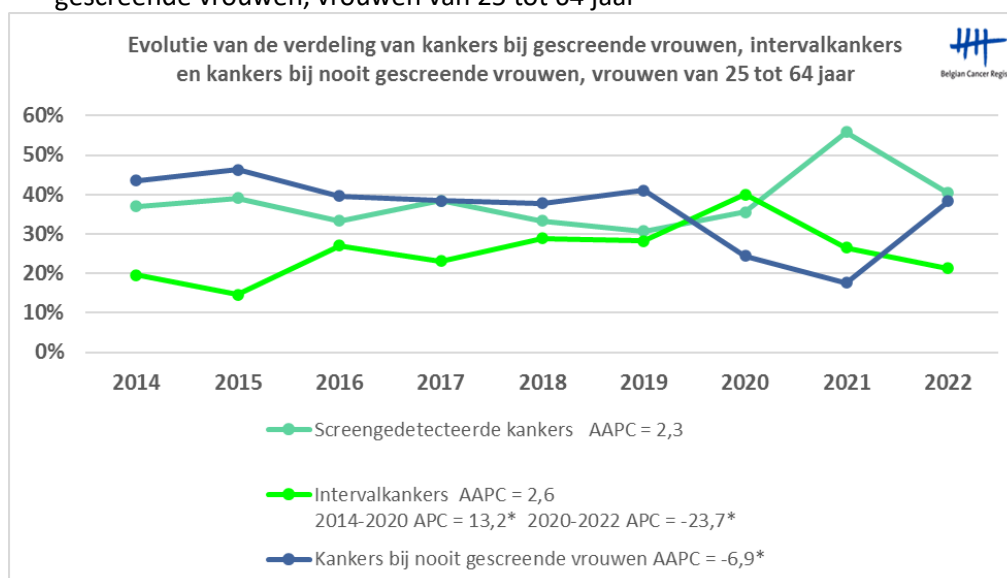
Grafiek 14B: evolutie % HPV-test uitgevoerd terwijl deze werd aanbevolen 2014-2023



5.3 Verdeling per stadium bij diagnose van kankers bij gescreende vrouwen, intervalekankers en kankers bij nooit-gescreende vrouwen

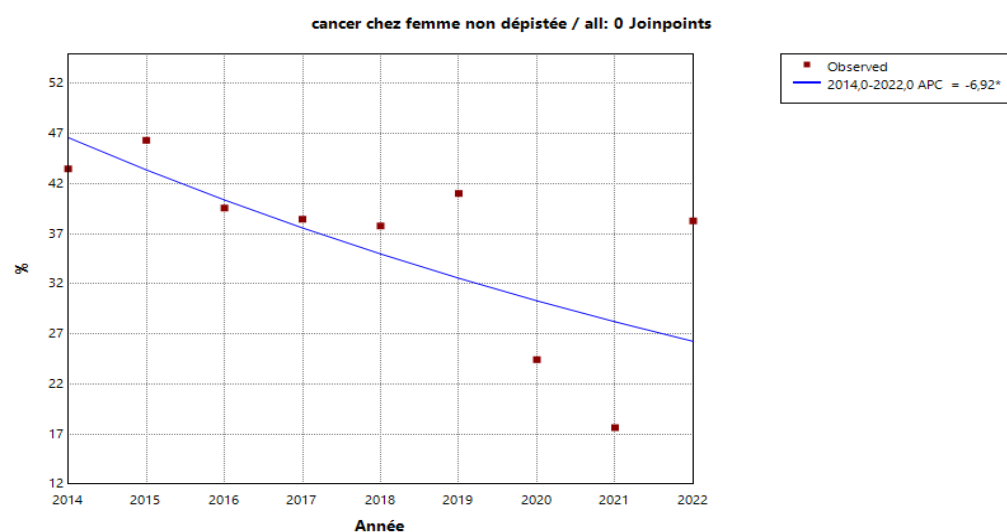
5.3.1 Verdeling van kankers bij gescreende vrouwen, intervalekankers en kankers bij nooit-gescreende vrouwen

Grafiek 15: Evolutie van de verdeling van kankers bij gescreende vrouwen, intervalekankers en kankers bij nooit-gescreende vrouwen, vrouwen van 25 tot 64 jaar



Deze gegevens worden gerapporteerd voor de periode 2014-2022. De kankerregistratiedatabank is momenteel volledig tot en met incidentiejaar 2022. Tijdens deze periode zien we een niet-significante toename van het aandeel kankers bij gescreende vrouwen (AAPC = 2,3). Intervalkankers vertonen ook een niet-significante toename (AAPC = 2,6), maar de evolutie is niet lineair: na een stijging tussen 2014 en 2020 (APC = 13,2*), zien we een daling tussen 2020 en 2022 (APC -23,7*). Kankers bij nooit-gescreende vrouwen nemen significant af (AAPC = -6,9*).

Grafiek 16: evolutie % kankers bij nooit-gescreende vrouwen 2014-2022

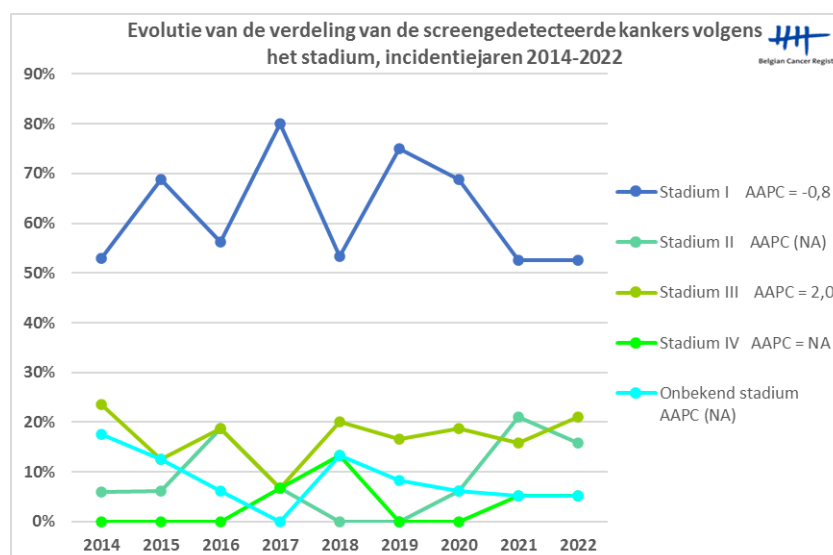


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

5.3.2 Evolutie van de verdeling van kankers volgens het stadium bij de diagnose

In de onderstaande analyses beschrijven we de evolutie van de verdeling van kankers bij gescreende vrouwen, intervalkankers en kankers bij nooit-gescreende vrouwen volgens het stadium op het moment van de diagnose. De verhoudingen van elk stadium worden berekend voor alle kankers (bekende en onbekende stadia samen). Gezien de kleine aantallen in de verschillende categorieën, moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

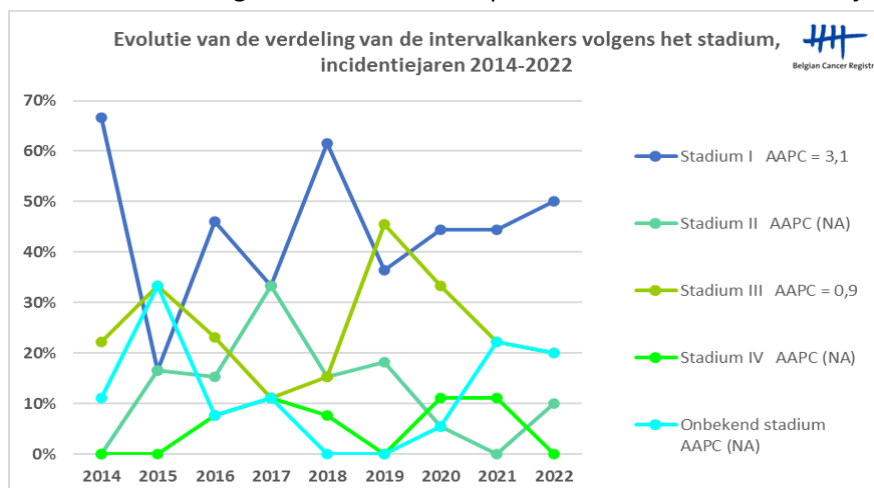
Grafiek 17A: Evolutie van de verdeling van kankers bij gescreende vrouwen per stadium voor de incidentiejaren 2014-2022



(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Voor de kankers bij gescreende vrouwen is er geen significante evolutie volgens het stadium tijdens de bestudeerde periode. Stadium I-kankers vertegenwoordigen meer dan de helft van alle kankers bij gescreende vrouwen.

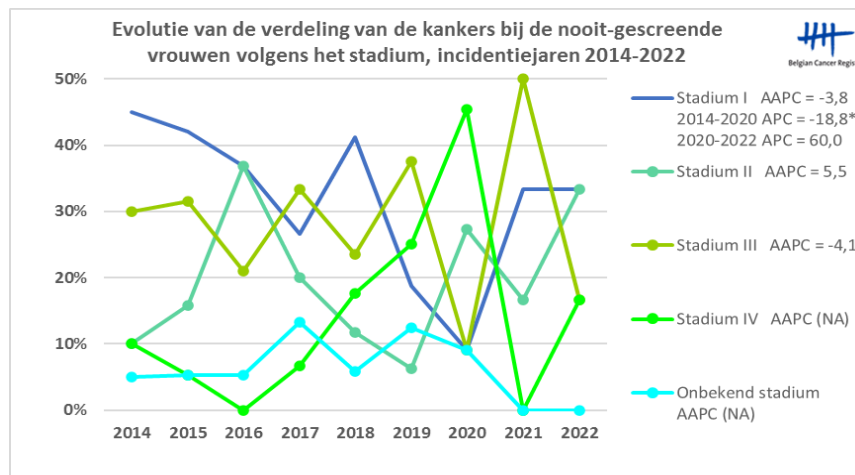
Grafiek 17B: Evolutie van de verdeling van intervalkankers per stadium voor de incidentiejaren 2014-2022



(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Bij de intervalkankers is er ook geen significante evolutie in de periode 2014-2022.

Grafiek 17C: Evolutie van de verdeling van kankers bij nooit-gescreende vrouwen voor de incidentiejaren 2014-2022



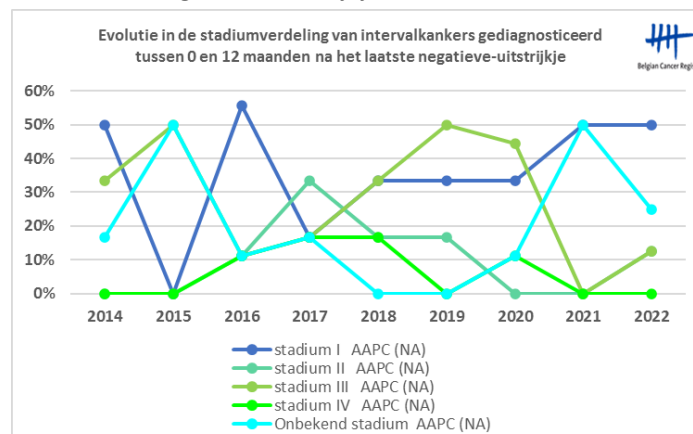
(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Bij de vrouwen die nooit werden gescreend, zagen we ook geen significante evolutie voor de hele periode. Stadium I-kankers lijken, na een significante daling tussen 2014 en 2020 (APC = -18,8*), toe te nemen tussen 2020 en 2022, maar dit is niet significant (APC = 60,0).

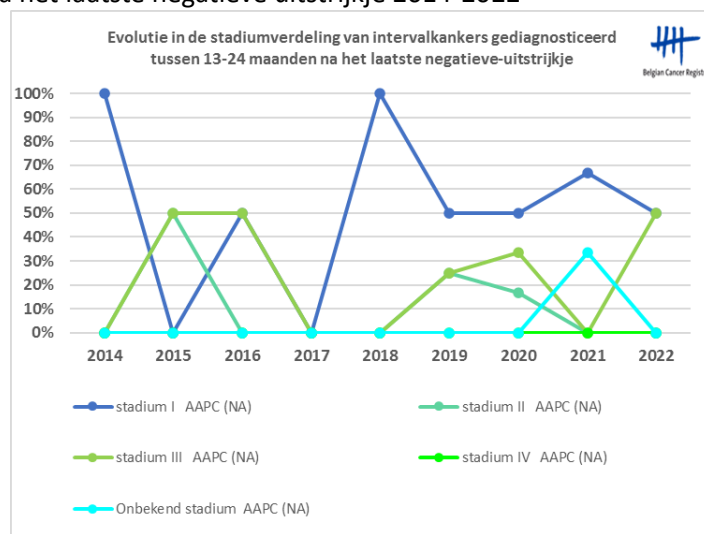
5.3.3 Evolutie van de verdeling per stadium van intervalekankers volgens de tijd tussen het laatste negatieve uitstrijkje en de diagnose

In de onderstaande analyses beschrijven we de evolutie van de verdeling van intervalekankers volgens het stadium bij diagnose in functie van de tijd sinds het laatste negatieve uitstrijkje. Gezien de kleine aantallen in de verschillende categorieën zijn de resultaten zeer variabel en kan er geen trend worden aangetoond voor de bestudeerde periode. Deze cijfers worden niet weergegeven in tabel 1 (samenvatting van trends) omdat de resultaten van de AAPC niet kunnen worden berekend (NA) omdat er voor minstens één jaar geen gevallen zijn.

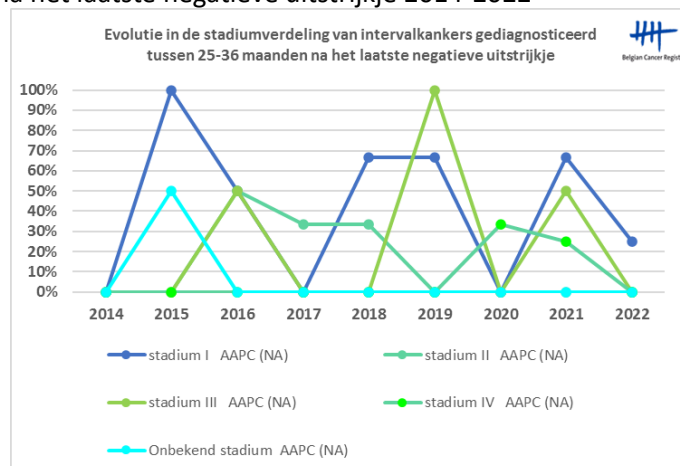
Grafiek 18A: Evolutie in de verdeling per stadium van intervalekankers gediagnosticeerd tussen 0-12 maanden na het laatste negatieve uitstrijkje, 2014-2022



Grafiek 18B: Evolutie van de verdeling per stadium van intervalkankers gediagnosticeerd tussen 13-24 maanden na het laatste negatieve uitstrijkje 2014-2022



Grafiek 18C: Evolutie van de verdeling per stadium van intervalkankers gediagnosticeerd tussen 25-36 maanden na het laatste negatieve uitstrijkje 2014-2022

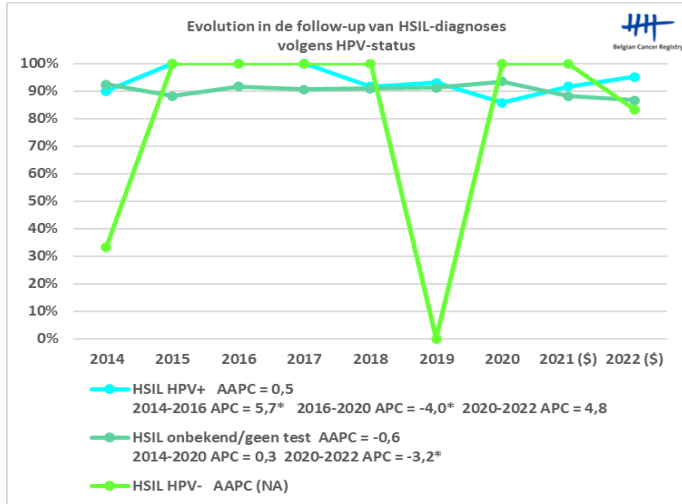


(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

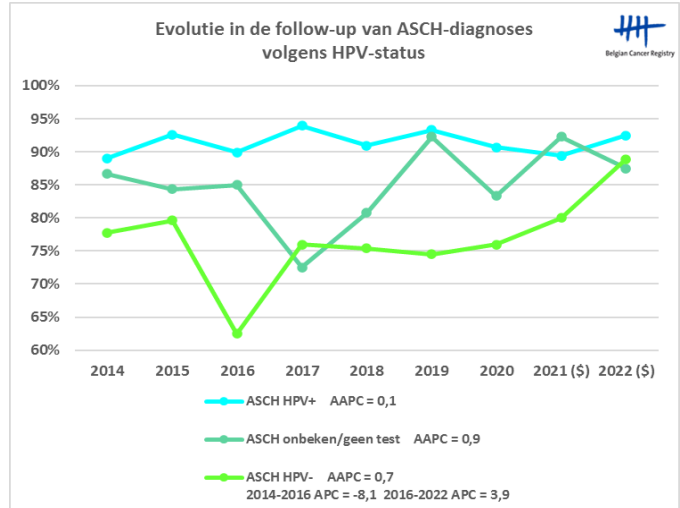
6. Evaluatie-indicatoren voor monitoring en behandeling

6.1 Medische opvolging binnen 12 maanden na afwijkende screening of screeningsuitstrijkje van onvoldoende kwaliteit

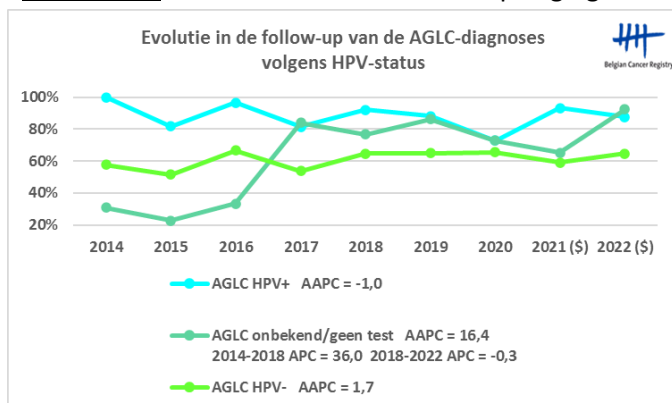
Grafiek 19A: evolutie van de medische opvolging - HSIL



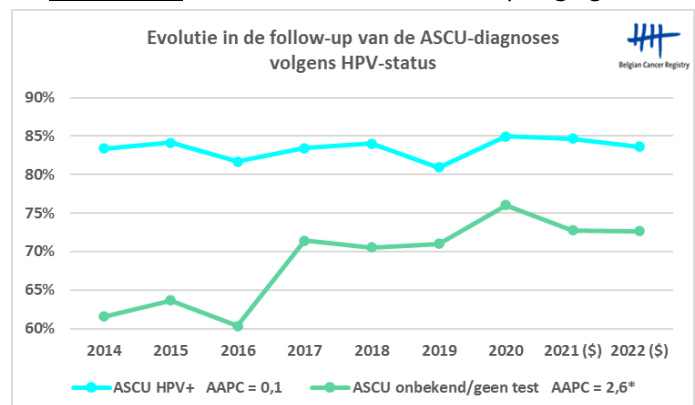
Grafiek 19B: evolutie van de medische opvolging - ASCH



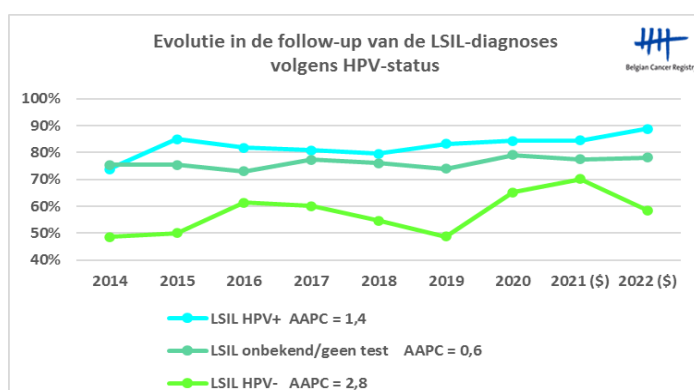
Grafiek 19C: evolutie van de medische opvolging – AGLC



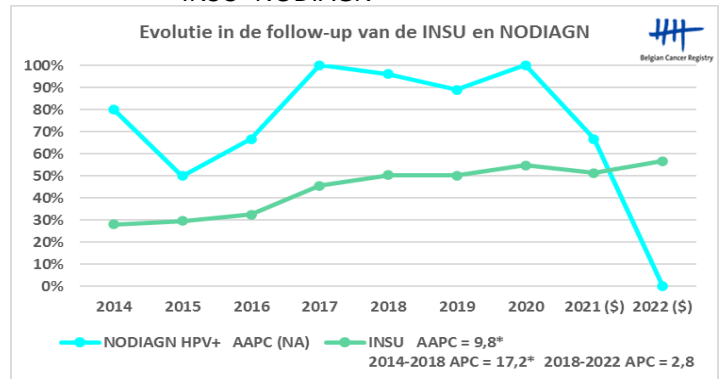
Grafiek 19D: evolutie van de medische opvolging - ASCU



Grafiek 19E: evolutie van de medische opvolging – LSIL



Grafiek 19F: evolutie van de medische opvolging – INSU+NODIAGN



(§)De cijfers voor 2021 en 2022 zijn voorlopig. De IMA-databank is voor deze jaren nog onvolledig omdat medische prestaties tot twee jaar na de datum van de prestatie nog terugbetaald kunnen worden door de verzekeringsinstellingen.

De door de WHO aanbevolen norm stelt dat er een opvolgingsgraad van 90% moet zijn als er afwijkingen worden gevonden [4]. De resultaten kunnen slechts tot 2022 worden gerapporteerd, aangezien we kijken naar de opvolging van 12 maanden en de IMA-gegevens voor de jaren 2022 en 2023 niet volledig zijn.

Het percentage opvolging na 12 maanden vertoont globaal een statistisch significante stijging (AAPC = 1,1* voor het totale aantal letsels uitgezonderd INSU).

Hetzelfde geldt voor het volgende letsel:

- ASCU HPV onbekend/geen test: significante en gelijkmatige stijging gedurende de bestudeerde periode (AAPC = 2,6*).

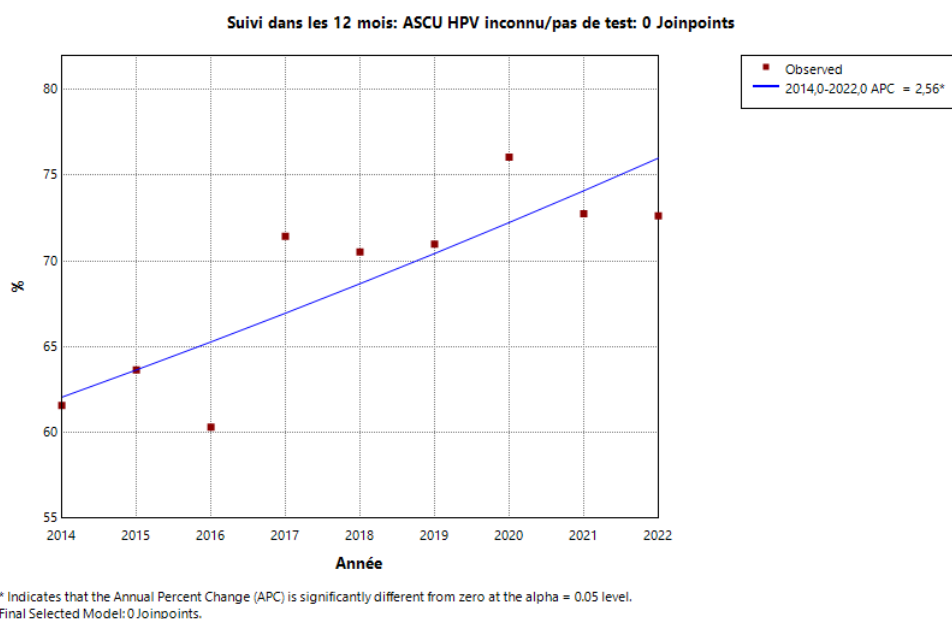
De volgende diagnoses worden niet als afwijkende screening beschouwd, maar vereisen opvolging:

- 'NODIAGN HPV+' = geen gekende diagnose maar HPV+ en dus noodzakelijke opvolging voor de aanwezigheid van HPV.

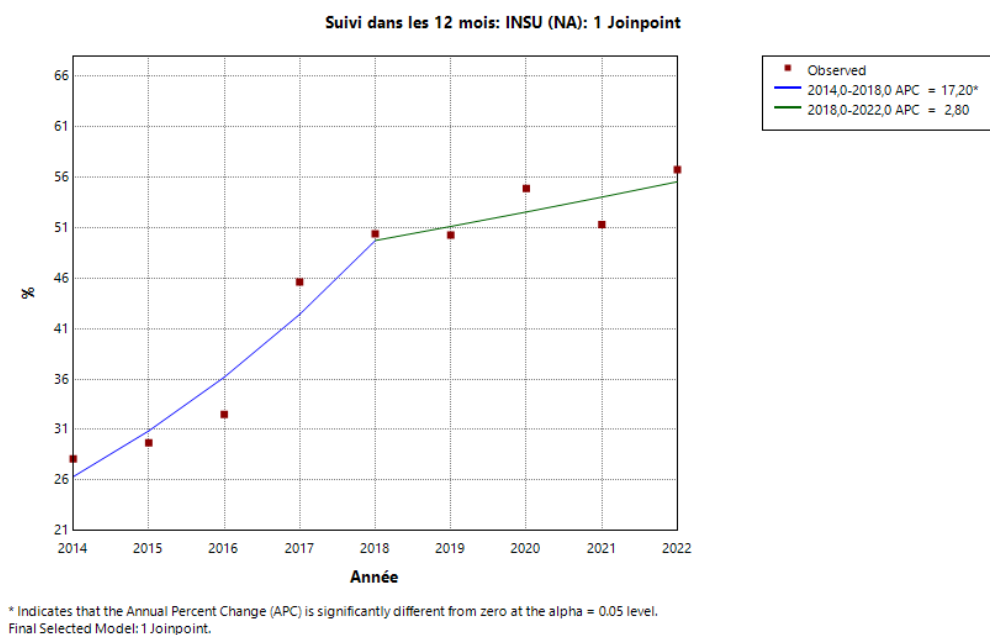
- 'INSU' = staal van onvoldoende kwaliteit waardoor geen diagnose kan worden gesteld; Er moet een nieuw staal worden afgenomen. Deze diagnose vertoont een significante progressie (AAPC = 9,8*), de toename is zeer duidelijk en significant tussen 2014 en 2018 (APC = 17,2*) en blijft daarna evolueren, maar langzamer en niet-significant (APC = 2,8).

De aanbeveling om een nieuw staal af te nemen wordt dan ook steeds vaker opgevolgd voor vrouwen bij wie het 1e uitstrijkje van onvoldoende kwaliteit was.

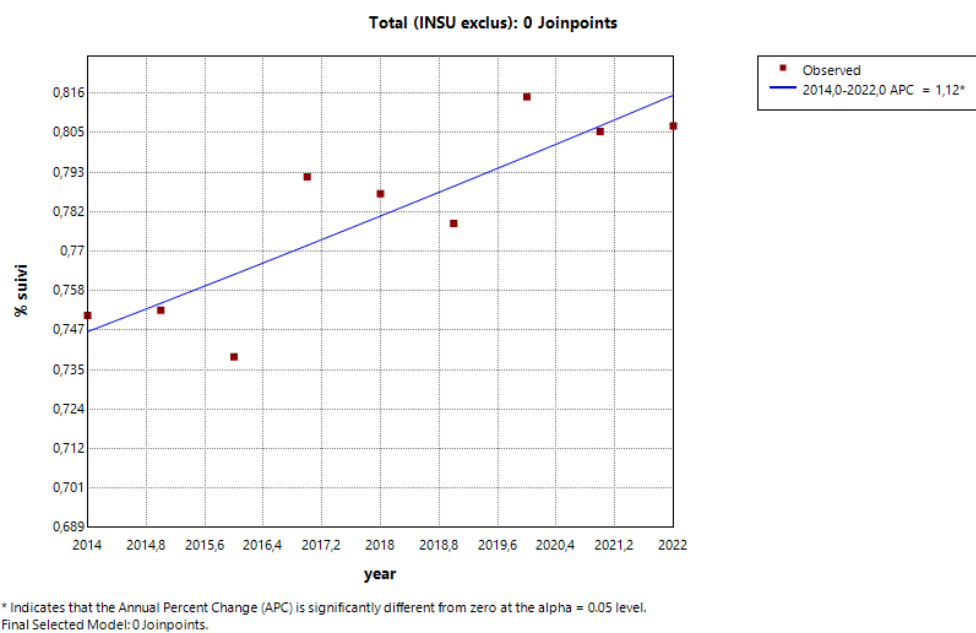
Grafiek 20A: evolutie % opvolging na 12 maanden van ASCU HPV onbekend/geen HPV-test



Grafiek 20B: evolutie % opvolging na 12 maanden van INSU



Grafiek 20C: evolutie % totale opvolging (zonder INSU) op 12 maanden



6.2 Histologische diagnostische resultaten

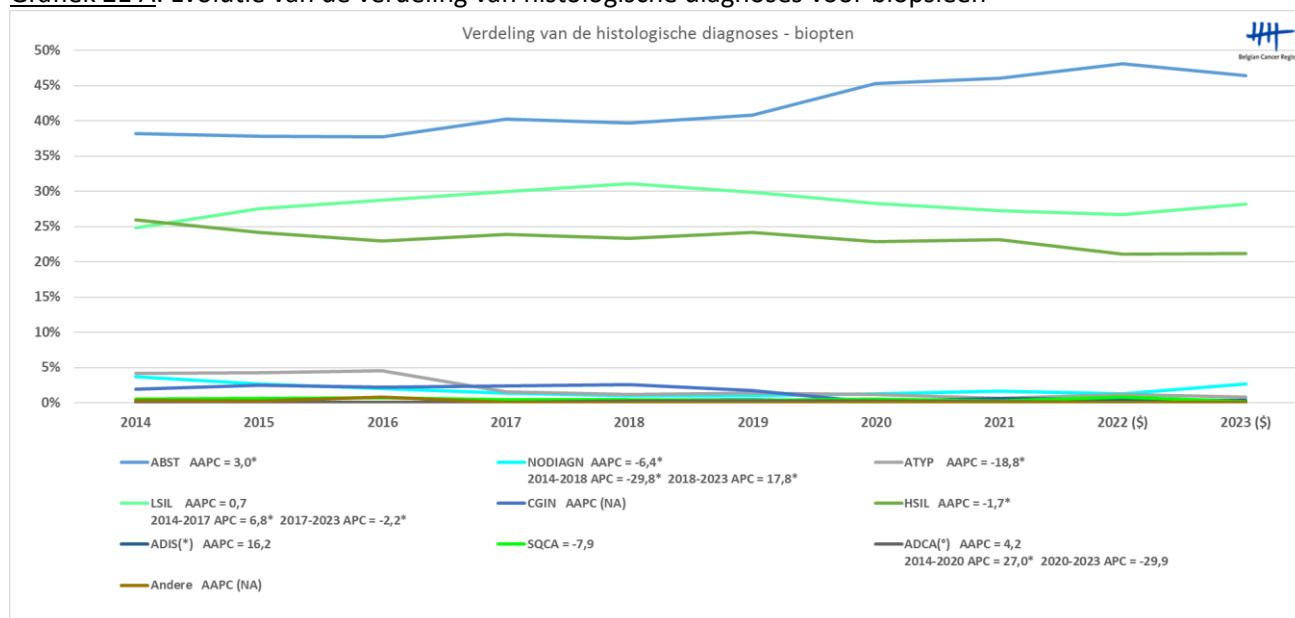
Tabel 3: Betekenis van de categorieën histologische diagnoses voor cervicale stalen [5]

Histologische diagnose	Betekenis
ABST	Geen dysplasie, noch tumor
NODIAGN	Geen diagnose
ATYP	Atypie, niet nader omschreven
LSIL	Milde dysplasie (CIN1)
CGIN	Endocervicale glandulaire dysplasie (inclusief combinatie van CGIN en LSIL of HSIL)
HSIL	Matige dysplasie (CIN2) + squameus carcinoom in situ (CIN3) (§)
ADIS	Adenocarcinoom in situ
ADQIS	Adenosquameus carcinoom in situ
SQCA	Invasief squameus carcinoom
ADCA	Invasief adenocarcinoom
ADSQCA	Invasief adenosquameus carcinoom
ANDERE	Andere invasieve tumoren, waaronder metastase of lokale invasie in de baarmoederhals (*)

(§) Ernstige dysplasie is een in situ tumor.

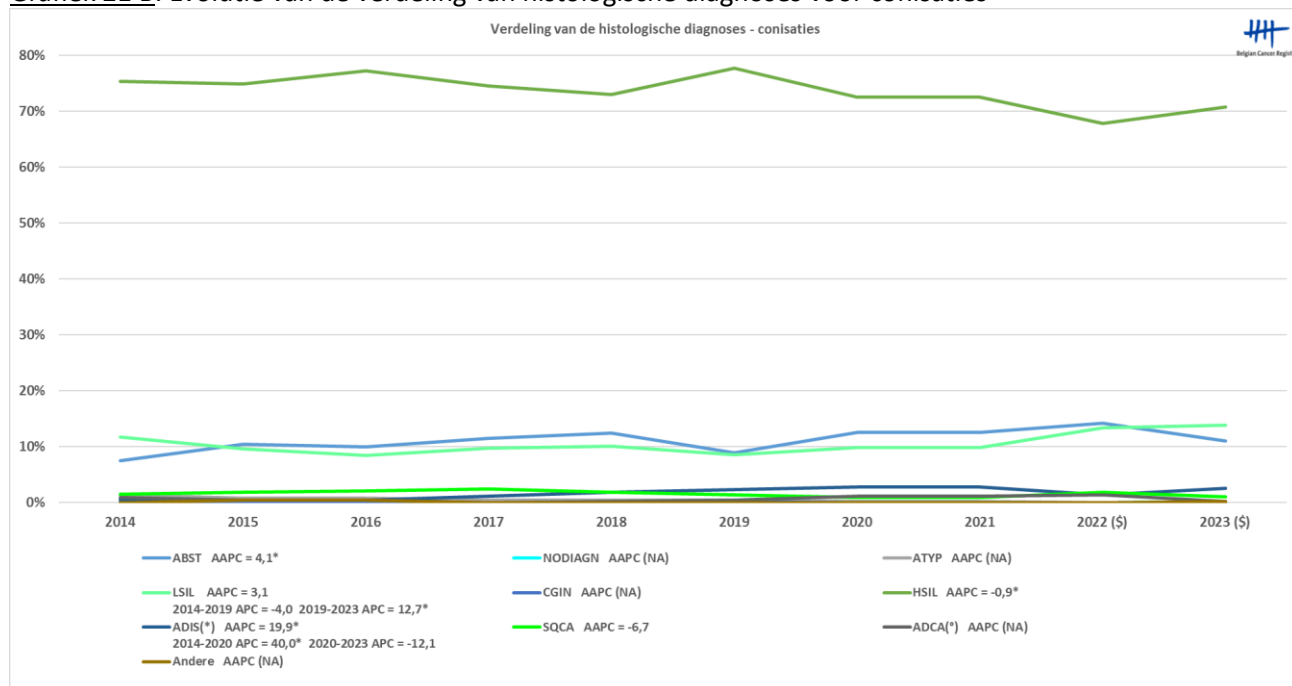
(*) Niet noodzakelijk een primaire baarmoederhals tumor: mogelijk afkomstig van de baarmoeder, andere bekkenorganen of adnexeën.

Grafiek 21 A: Evolutie van de verdeling van histologische diagnoses voor biopsieën



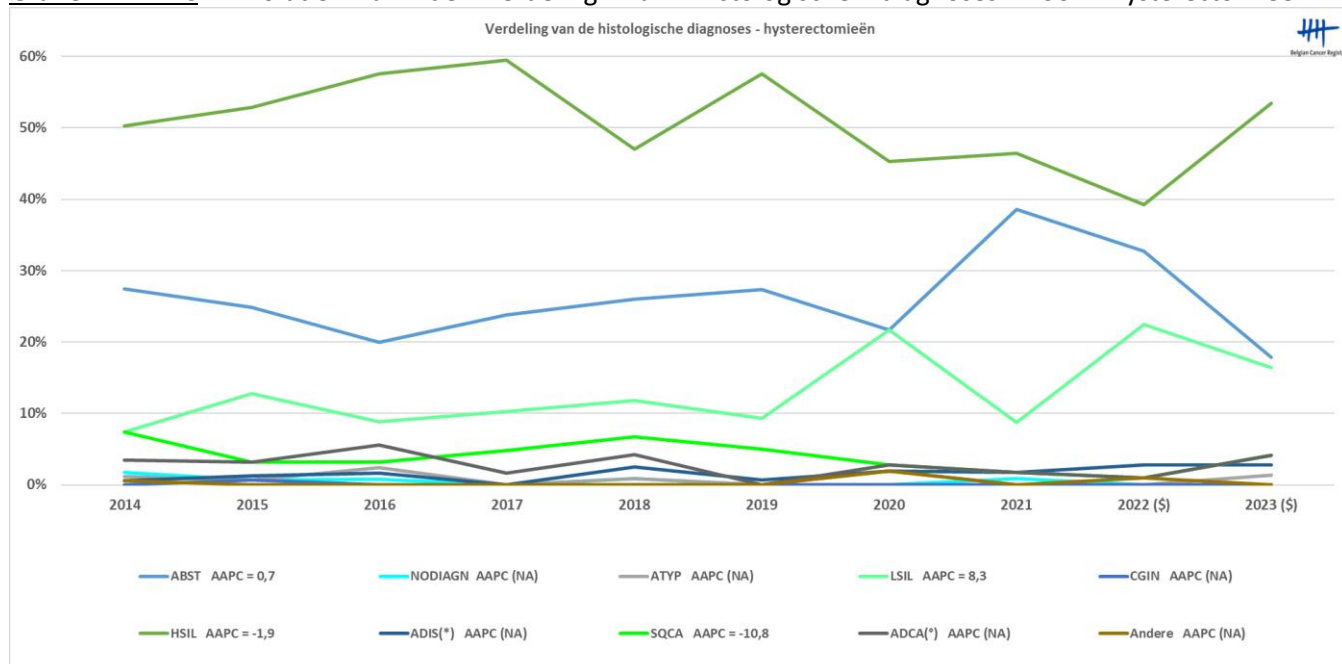
(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Grafiek 21 B: Evolutie van de verdeling van histologische diagnoses voor conisaties



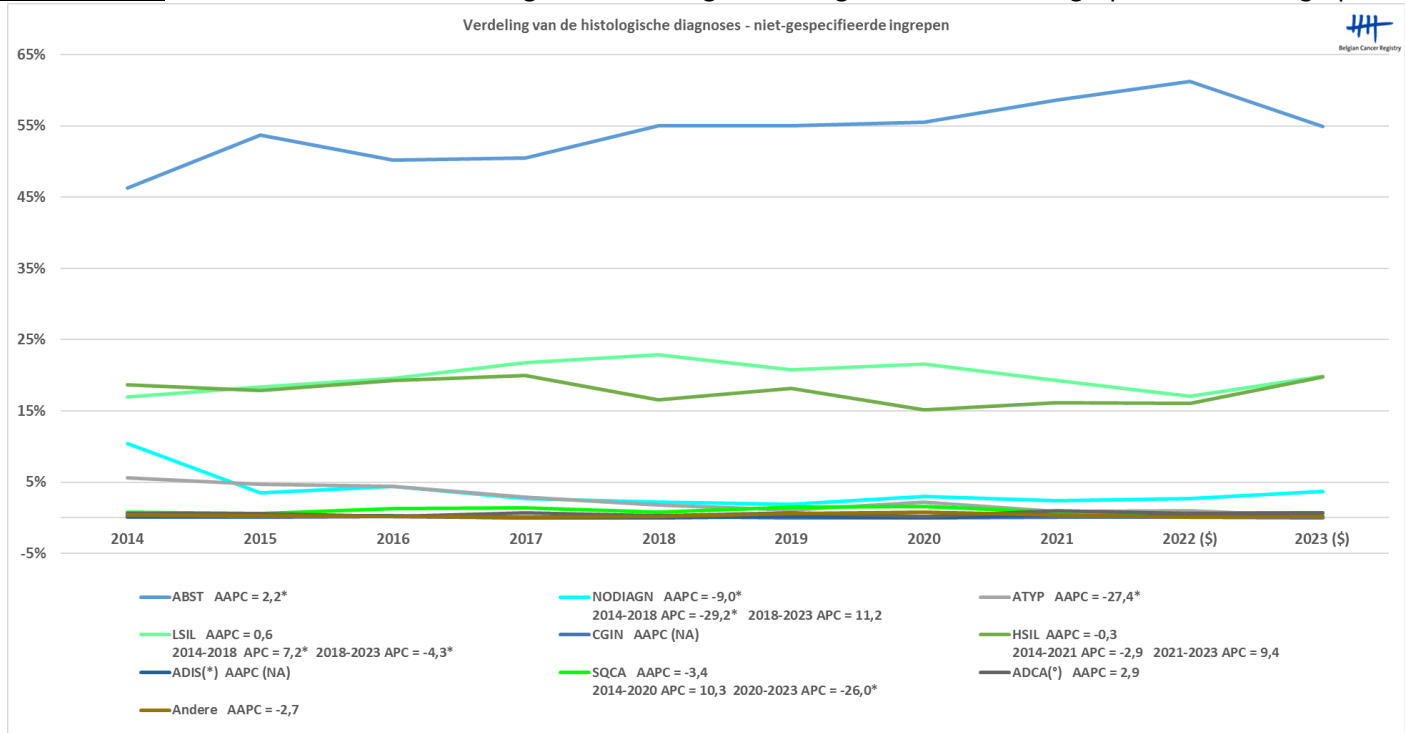
(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Grafiek 21 C: Evolutie van de verdeling van histologische diagnoses voor hysterectomieën



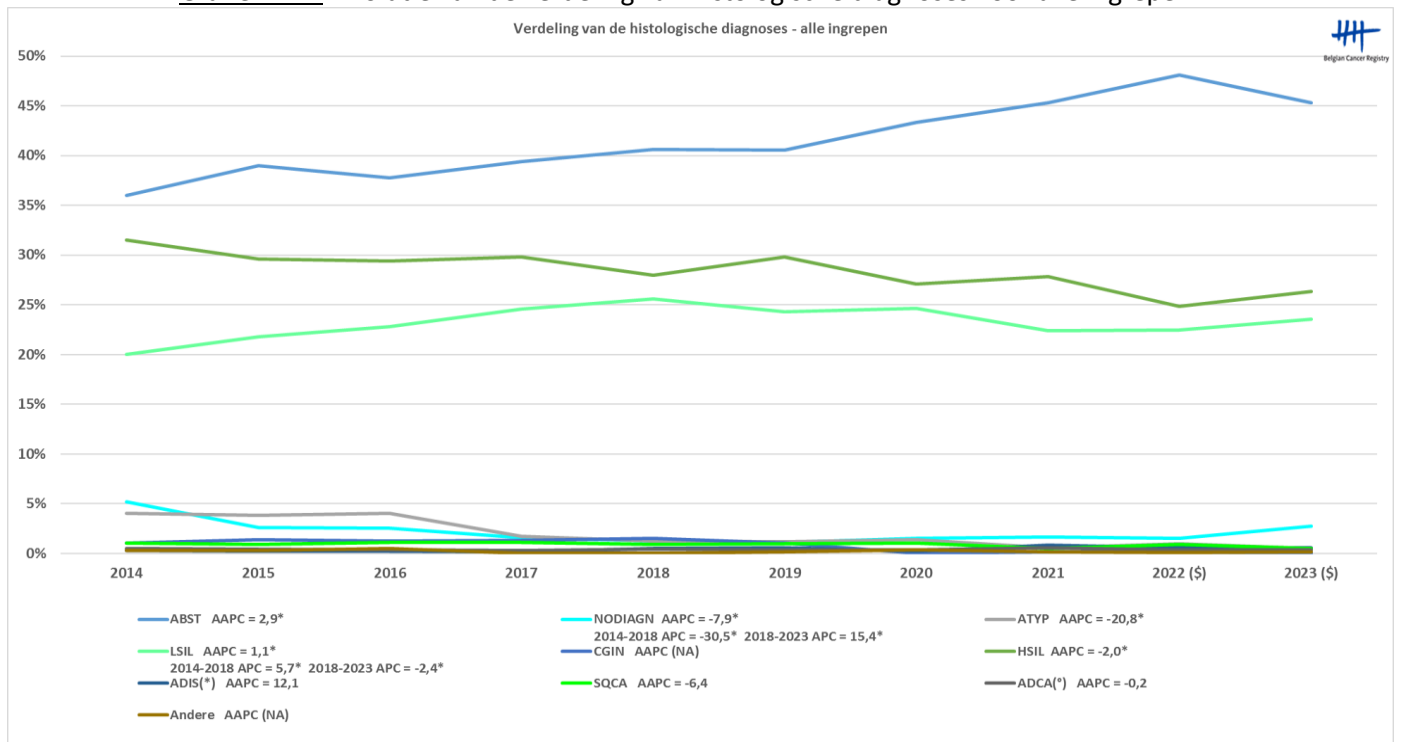
(NA): Aangezien er al minstens een jaar geen gevallen meer zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Grafiek 21 D: Evolutie van de verdeling van histologische diagnoses voor niet-gespecificeerde ingrepen



(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

Grafiek 21 E: Evolutie van de verdeling van histologische diagnoses voor alle ingrepen



(*) ADQIS inbegrepen

(°) ADSQCA inbegrepen

(\$) De cijfers voor 2022 en 2023 zijn voorlopig. De IMA-databank is voor deze jaren nog onvolledig omdat medische prestaties tot twee jaar na de datum van de prestatie nog terugbetaald kunnen worden door de verzekeringsinstellingen.

(NA): Aangezien er voor minstens één jaar geen gevallen zijn, is een trendanalyse voor deze indicator niet mogelijk

In de periode 2014-2023 zien we bij de histologische diagnoses significante evoluties voor de volgende letsels bij de biopsieën:

- ABST-diagnoses (d.w.z. afwezigheid van letsel) stijgen significant (AAPC = 3,0*).
- Letsels waarvoor geen diagnose kon worden gesteld (NODIAGN) namen significant af (AAPC = -6,4*). Deze daling is significant tussen 2014 en 2018 (APC = -29,8*) alvorens NODIAGN significant stijgt tussen 2018 en 2023 (APC = 17,8*).
- Atypie (ATYP) nam significant af (AAPC = -18,8*), waarschijnlijk ten gunste van nauwkeurigere diagnoses.
- Hooggradige intra-epitheliale letsels (HSIL) namen significant af (AAPC = -1,7*).

Voor conisaties vertonen de volgende letsels significante evoluties:

- ABST-diagnoses nemen significant toe (AAPC = 4,1*), wat dus een teken is van invasief gedrag bij afwezigheid van letsel.
- Hooggradige intra-epitheliale letsels (HSIL) namen significant af (AAPC = -1,0*).
- In situ adenocarcinomen (ADIS) namen significant toe (AAPC = 19,9*); deze stijging was niet gelijkmatig over de periode: ze was significant tussen 2014 en 2020 (APC = 40,0*) alvorens af te nemen tussen 2020 en 2023 (APC = -12,1).

Bij hysterectomieën zien we geen significante evolutie.

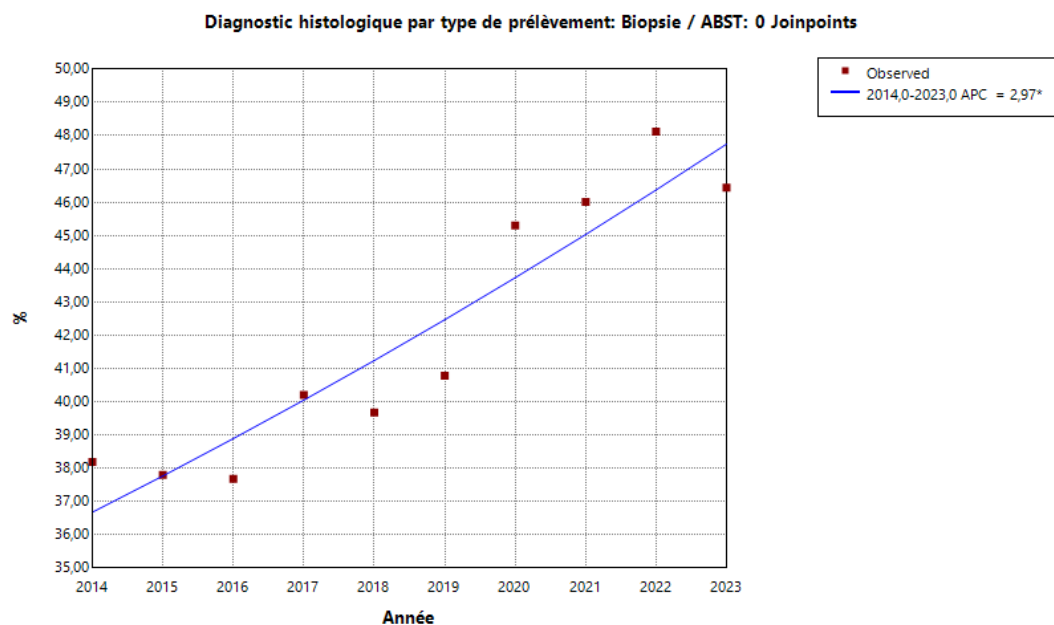
Voor de niet-gespecificeerde ingrepen varieerden de volgende diagnoses significant tijdens de bestudeerde periode:

- Afwezigheid van letsel (ABST) nam significant toe (AAPC = 2,2*).
- Afwezigheid van diagnose (NODIAGN) nam significant af (AAPC = -9,0*). Deze daling deed zich voornamelijk voor tussen 2014 en 2018 (APC = -29,2*) voordat NODIAGN vanaf 2018 weer toenam (APC = 11,2).
- Atypie (ATYP) nam significant af (AAPC = -27,4*), waarschijnlijk ten gunste van nauwkeurigere diagnoses.

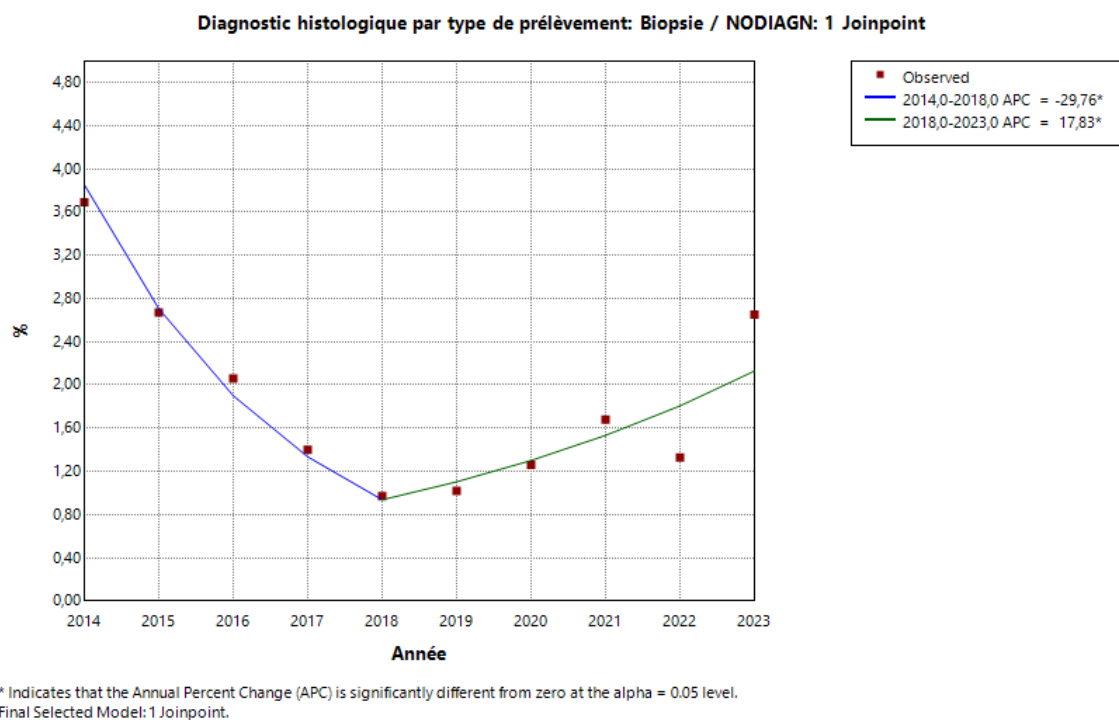
In totaal stellen we dan de volgende significante evoluties vast:

- Afwezigheid van het letsel, ABST, nam significant toe (AAPC = 2,9*).
- Afwezigheid van diagnose (NODIAGN) daalde significant (AAPC = -7,9*), vooral tussen 2014 en 2018 (APC = -30,5*) alvorens toe te nemen tussen 2018 en 2023 (APC = 15,4*).
- Atypie (ATYP) daalde significant (AAPC = -20,8*).
- Laaggradige intra-epitheliale letsels (LSIL) stijgen significant (AAPC = 1,1*), deze toename vond plaats tussen 2014 en 2018 (APC = 5,7*) alvorens af te nemen tussen 2018 en 2023 (APC = -2,4*).
- Hooggradige intra-epitheliale letsels (HSIL) namen significant af (AAPC = -2,0*).

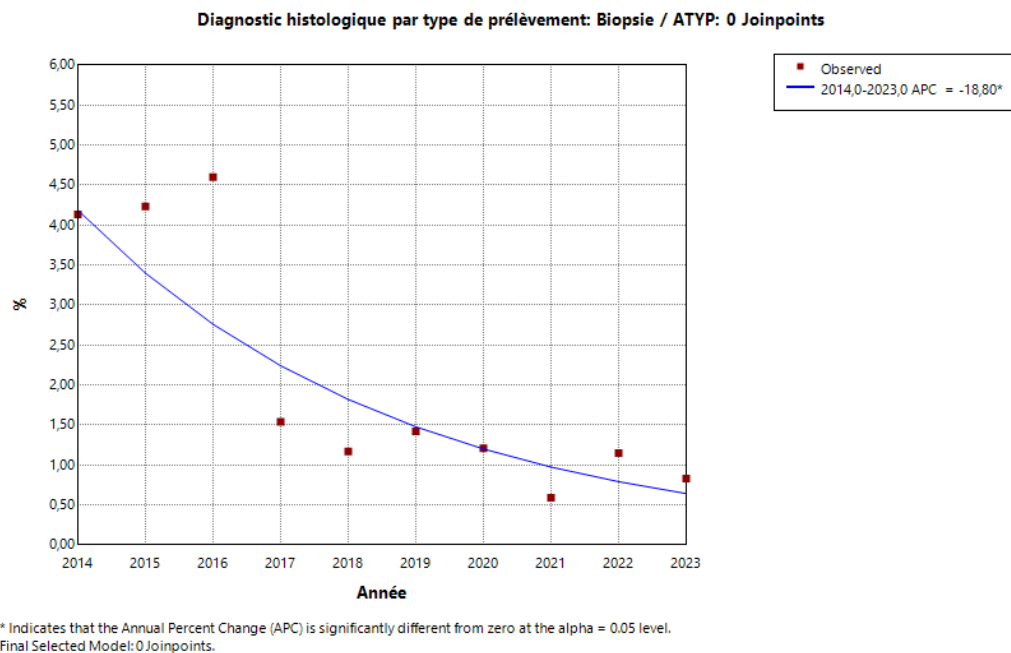
Grafiek 22A: evolutie % ABST-diagnoses bij biopsieën



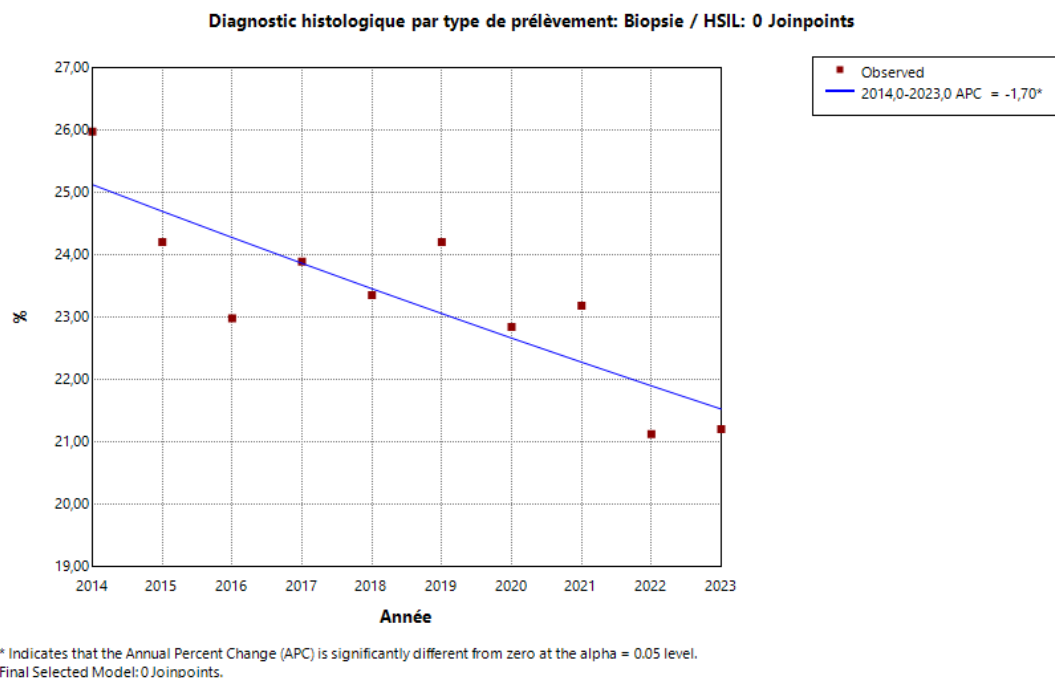
Grafiek 22B: evolutie % NODIAGN-diagnoses bij biopsieën



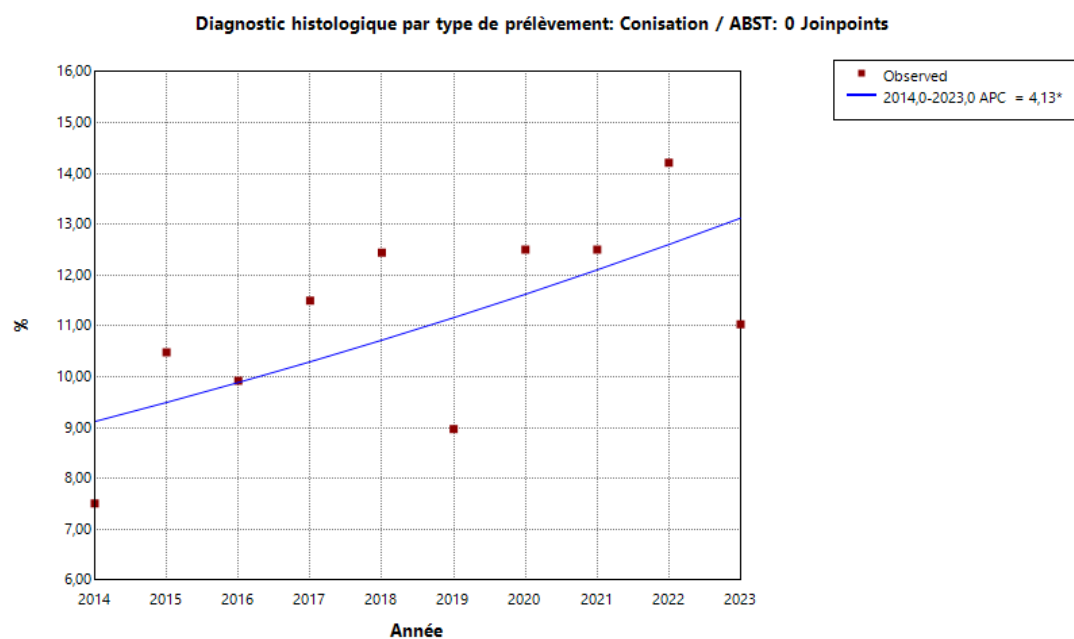
Grafiek 22C: evolutie % ATYP-diagnoses bij biopsieën



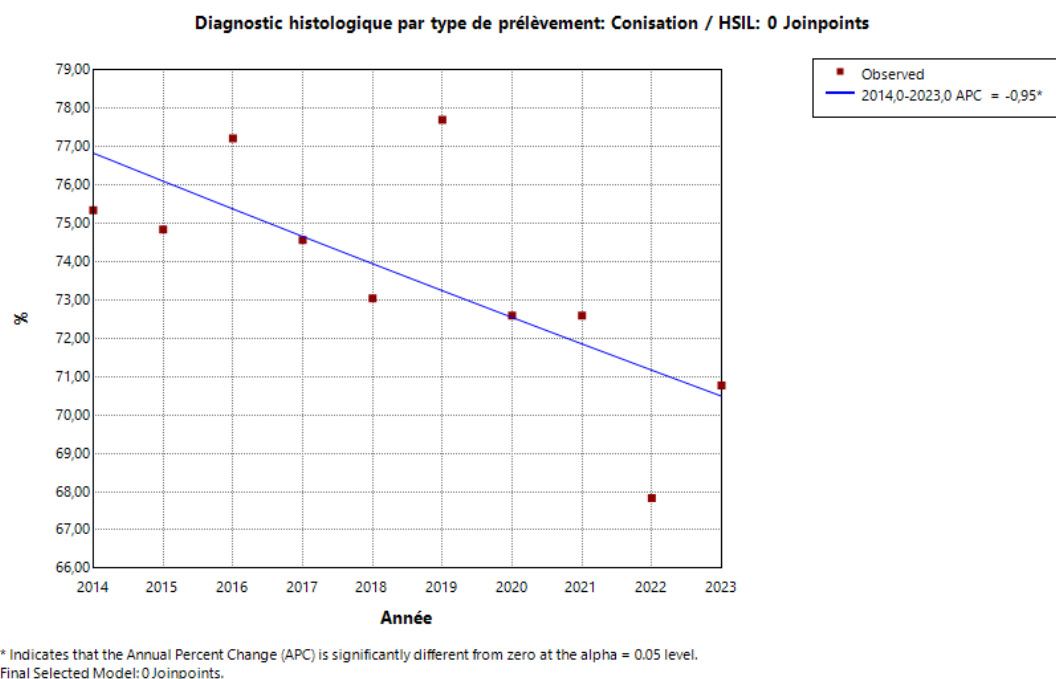
Grafiek 22D: evolutie % HSIL-diagnoses bij biopsieën



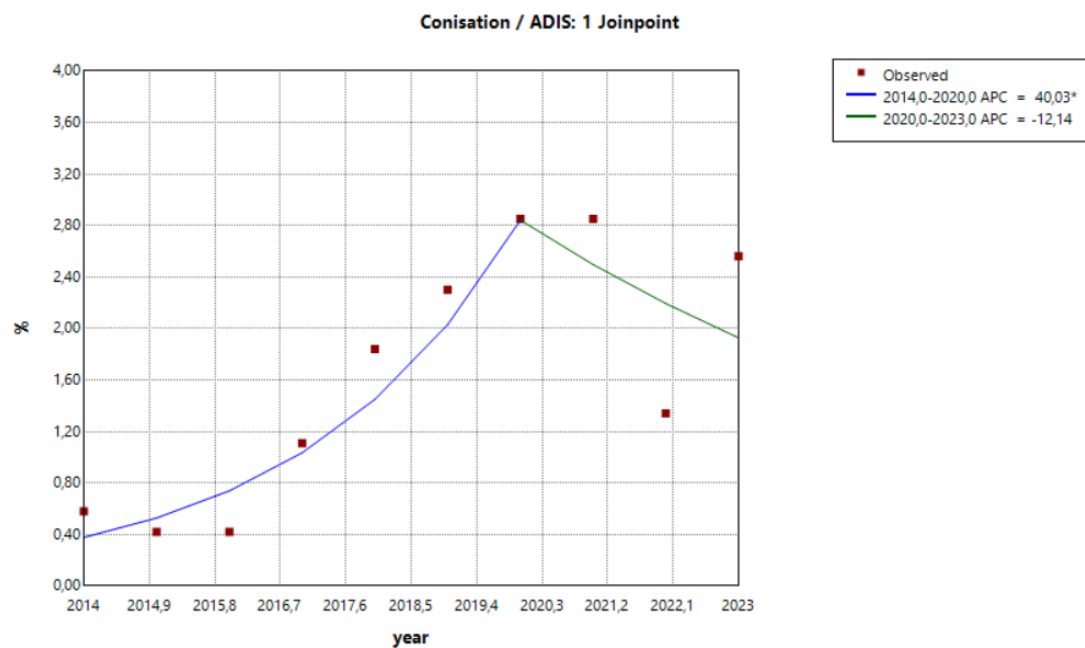
Grafiek 22E: evolutie % ABST-diagnoses bij conisaties



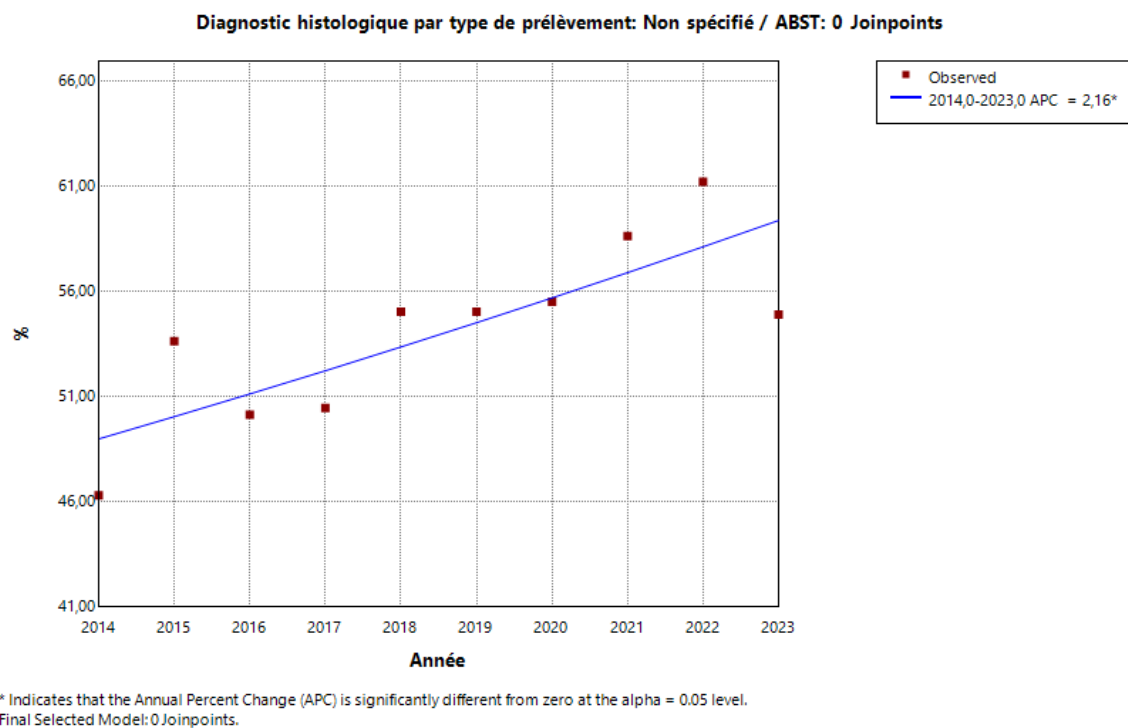
Grafiek 22F: evolutie % HSIL-diagnoses bij conisaties



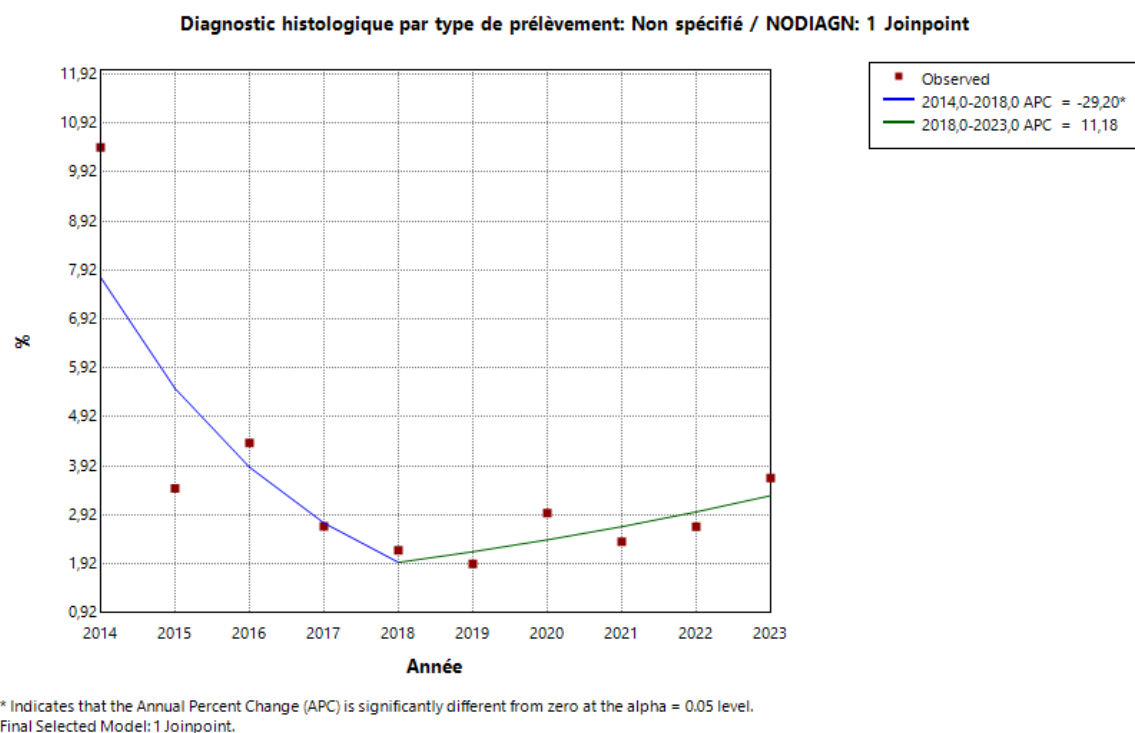
Grafiek 22G: evolutie % ADIS-diagnoses bij conisaties



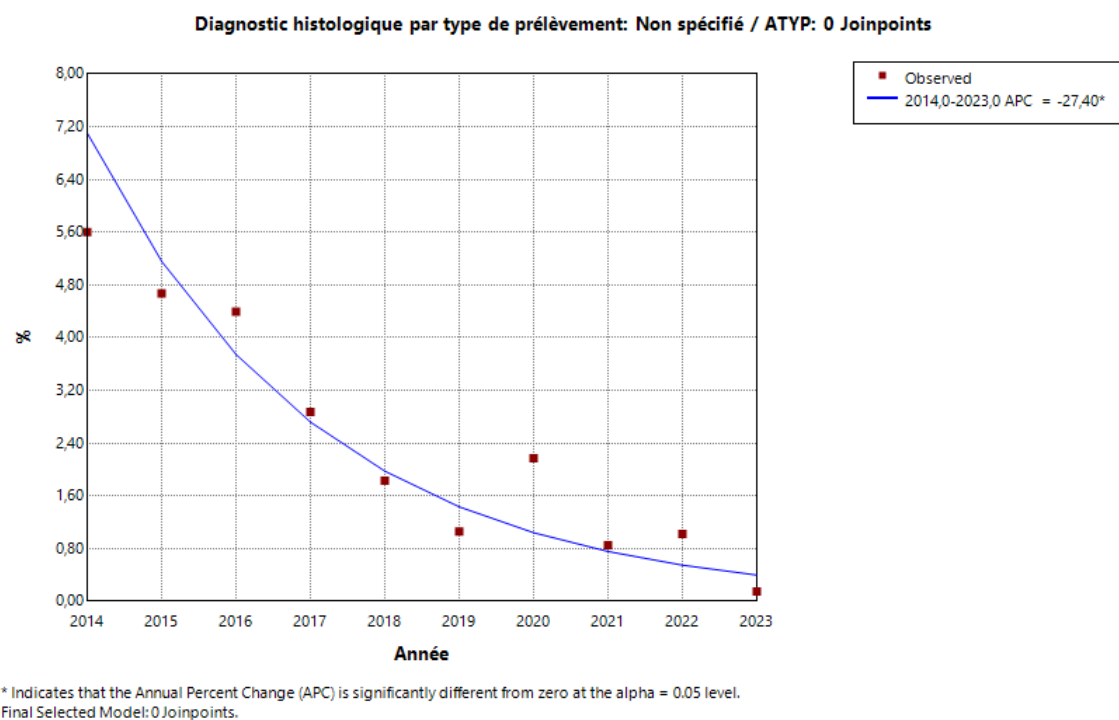
Grafiek 22H: evolutie % ABST-diagnoses bij niet-gespecificeerde ingrepen



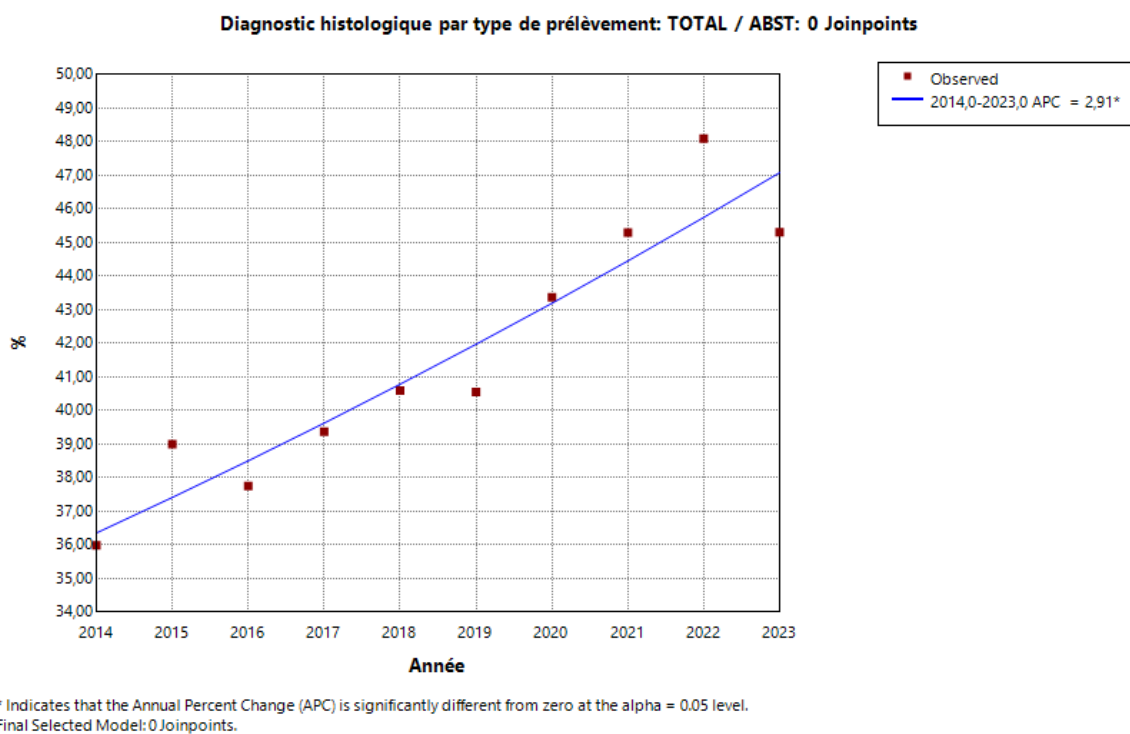
Grafiek 22I: evolutie % NODIAGN-diagnoses bij niet-gespecificeerde ingrepen



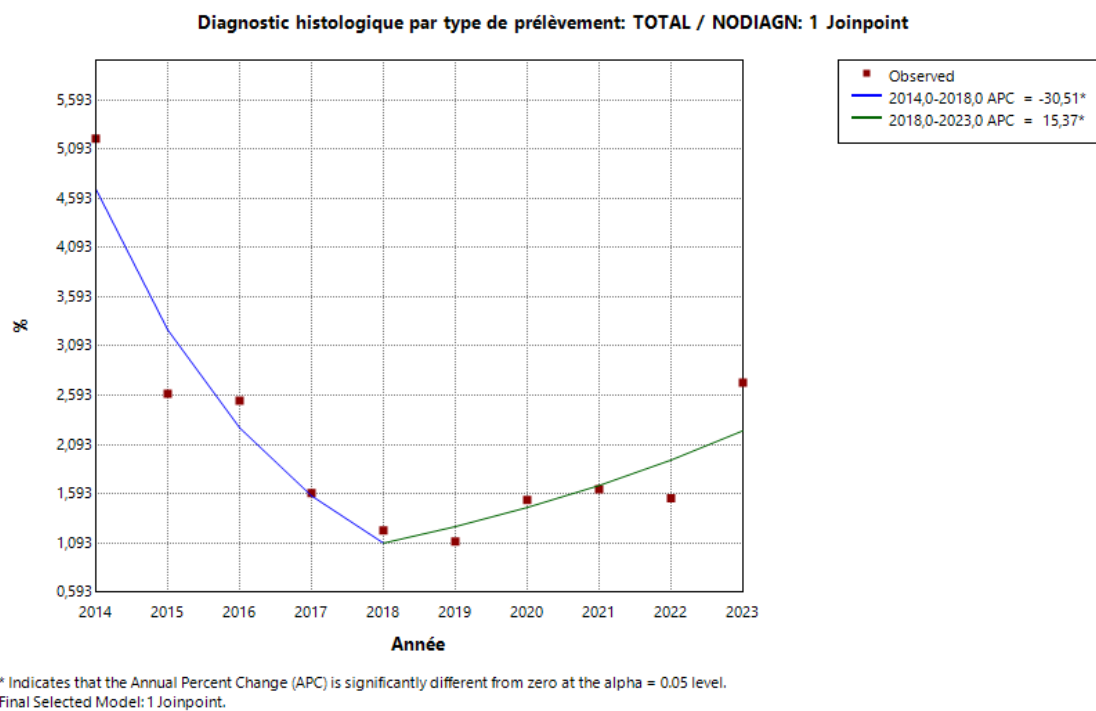
Grafiek 22J: evolutie % ATYP-diagnoses bij niet-gespecificeerde ingrepen



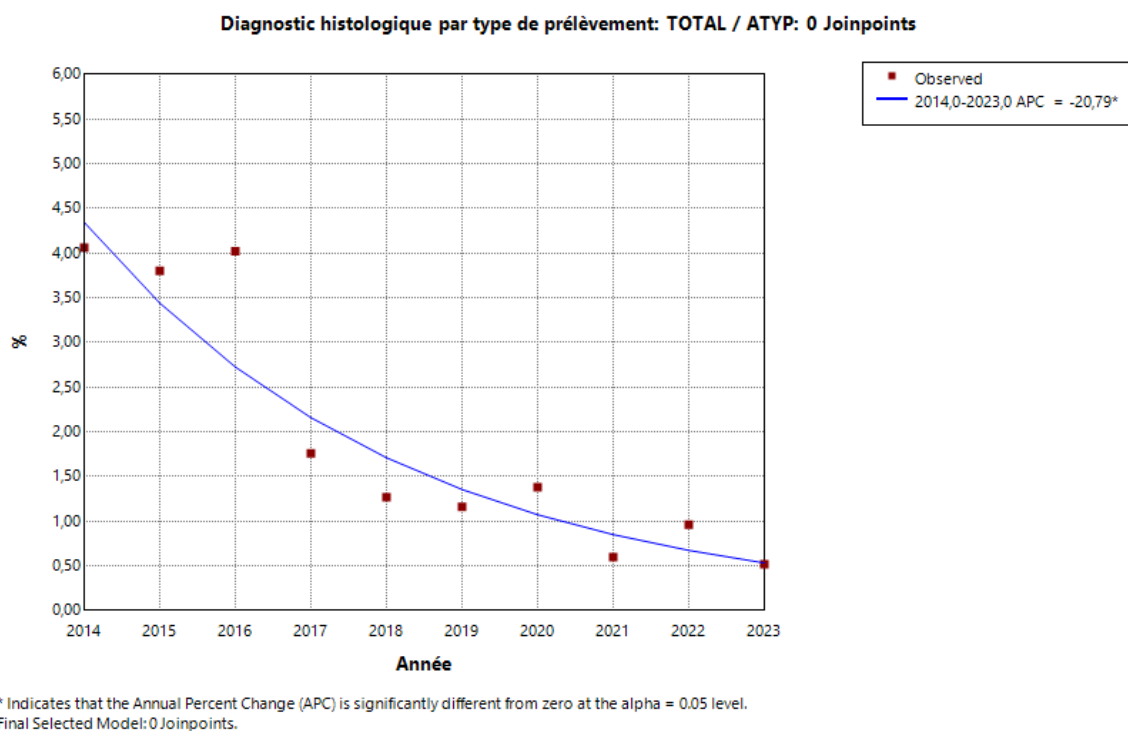
Grafiek 22K: evolutie % ABST-diagnoses voor het totaal van ingrepen



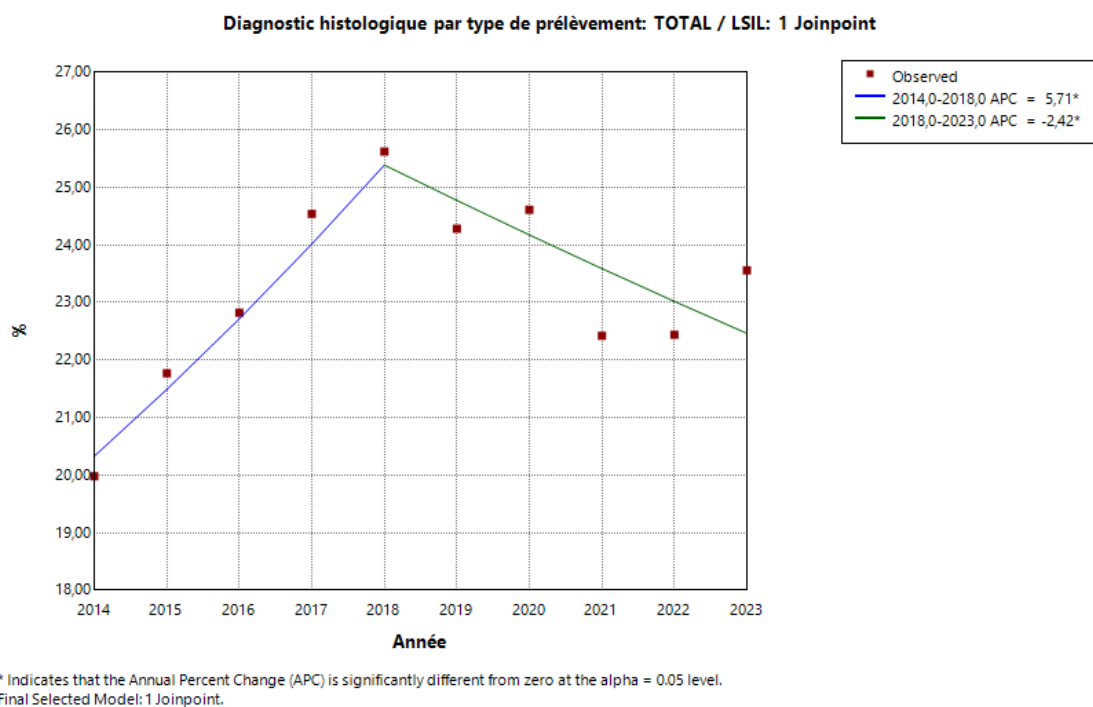
Grafiek 22L: evolutie % NODIAGN-diagnoses voor het totaal van ingrepen



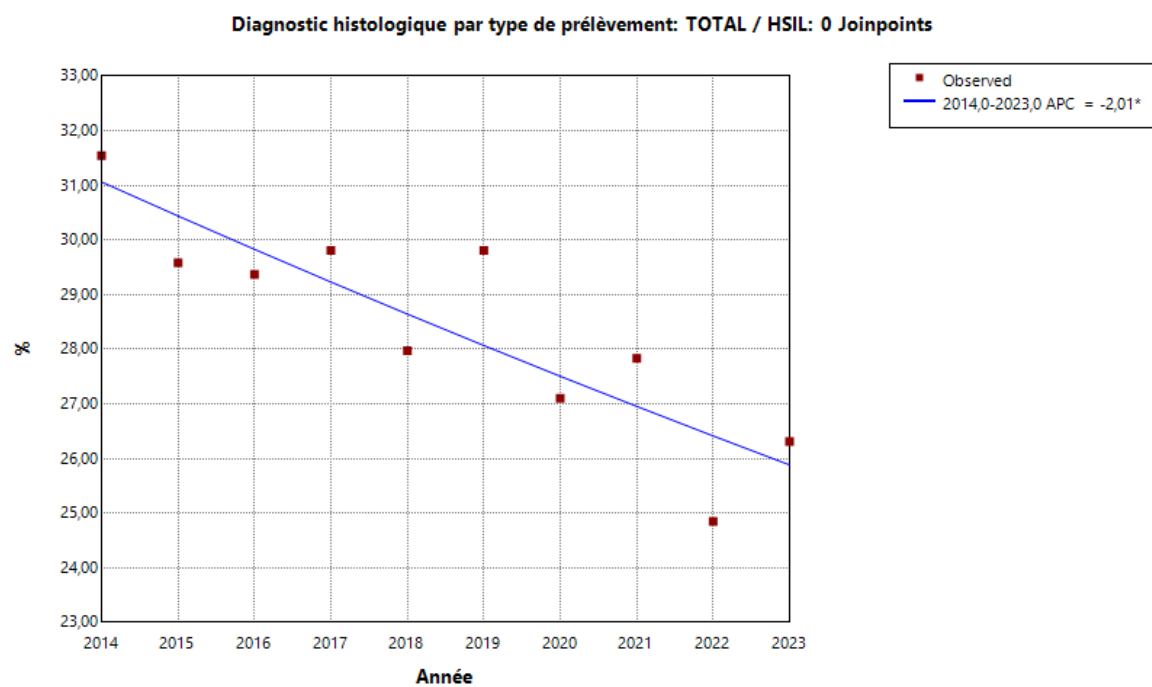
Grafiek 22M: evolutie % ATYP-diagnoses voor het totaal van ingrepen



Grafiek 22N: evolutie % LSIL-diagnoses voor het totaal van ingrepen



Grafiek 22O: evolutie % HSIL-diagnoses voor het totaal van ingrepen



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

7. Conclusies en bredere context

De WHO heeft concrete doelen geformuleerd om baarmoederhalskanker uit te roeien [4]. Naast het belang van preventie door vaccinatie, beveelt de WHO aan:

- **70%** van de vrouwen **gescreend** met een hoog-performante test vóór de leeftijd van 35 jaar en opnieuw vóór de leeftijd van 45 jaar.
- **90%** van de vrouwen behandeld voor baarmoederhalsaandoeningen (90% van de vrouwen met een voorloper van kanker en 90% van de vrouwen met invasieve kanker).

Dit rapport toont dat de (geschatte) **dekking in de periode 2014-2023 in alle leeftijdsgroepen significant toeneemt** (47,5% naar 56,5%). Voor de leeftijdsgroep 25-29 jaar, waar de dekking laag blijft in vergelijking met andere leeftijdsgroepen, is er een grotere stijging (38,8% tot 47,2%). Voor vrouwen van 55 tot 64 jaar, bij wie de dekking ook lager is, is de stijging minder groot. In de afgelopen 5 jaar ligt de dekking van vrouwen tussen 30 en 34 jaar tussen 51% en 60% en dit is de leeftijdsgroep waar de dekking het meest is toegenomen. Voor vrouwen tussen de 40 en 44 jaar ligt de dekking tussen de 60% en 62,5% en lijkt ook toe te nemen. Deze leeftijdscategorieën vertegenwoordigen volgens de WHO de doelgroep voor een hoog-performante test. Het doel is te streven naar 70%, vooruitgang is nog steeds noodzakelijk.

Overscreening nam significant af tijdens de onderzochte periode (tussen 41% en 30%).

Uitstrijkjes worden voornamelijk afgenomen door een gynaecoloog (bijna 90%). Het aandeel uitstrijkjes dat door de verschillende **artsen** wordt afgenomen, is stabiel en vertoont geen significante verandering.

Wat de **screeningsresultaten** betreft, wordt opgemerkt dat er een significante **daling** was van "**NODIAGN**" (0,1% tot 0,01%), d.w.z. stalen waarvoor geen diagnose kon worden gesteld, wat wijst op verbetering van de codering door de laboratoria.

Voor afwijkende diagnoses merken we een significante **daling** van **HSIL-lletsels** op (0,5% tot 0,2%) en een significante **stijging** van **ASCU-lletsels**.

HPV-triage wordt aanbevolen in geval van 'ASCU'-, 'ASCH'- of 'AGLC'-lletsels. Dit type opvolging wordt zorgvuldiger bekeken nu het screeningsalgoritme op 01/01/2025 werd aangepast. Het is daarom belangrijk om te bekijken of HPV-testen worden uitgevoerd wanneer ze worden aanbevolen.

We zien een significante **afname** in de **afwezigheid van een HPV-test wanneer deze werd aanbevolen** (23% tot 6%), maar ook een significante toename van het uitvoeren van een HPV-test als deze niet wordt aanbevolen (4,5% tot 7,5%).

Het aantal **kankers bij gescreende vrouwen** neemt toe, maar dit is niet significant (37% tot 40%), terwijl het aantal kankers bij **nooit-gescreende vrouwen** significant **daalt** (43,5% tot 38%), waarschijnlijk onder meer het effect van de toename van de dekking door screening. De **intervalkankers** vertonen geen **significante evolutie** (tussen 14,5% en 29%).

Er is geen significante evolutie in de verschillende **stadia** bij diagnose tijdens de bestudeerde periode.

Wat de **opvolging** betreft, is de significante evolutie bemoedigend: in 2022 werd in geval van afwijkende screening in bijna 80% van de gevallen een vervolgonderzoek uitgevoerd. De WHO-norm van 90% is nog niet bereikt en de frequentie van opvolging hangt sterk af van het type letsel en de HPV-status. We merken vooral een toename van de opvolging (herhaling van het onderzoek) op in geval van onvoldoende kwaliteit van het staal, waardoor analyse niet mogelijk is (28% tot 56,5% in 2022).

Ten slotte zien we voor **histologische diagnoses** een significante toename van 'ABST'-diagnoses voor zowel biopsieën (38% tot 48%) als conisaties (7,5% tot 14%). Deze resultaten zijn dan ook een aandachtspunt.

8. Bibliografie

1. National Cancer Institute, APC/AAPC/Tau Confidence Intervals, <https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/method-and-parameters-tab/apc-aapc-tau-confidence-intervals>
2. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine* 2009; 28(29): 3670-82
3. Bourgain C et al. Update to the Belgian follow-up guidelines for abnormal cervical screening results. *BJMO practice guidelines*. 2022 ; 16 : 60-69
4. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (who.int) Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-001410-7 (electronic version)
5. Alan G. Waxman, MD, MPH, David Chelmow, MD, Teresa M. Darragh, MD, Herschel Lawson, MD, and Anna-Barbara Moscicki, MD, Revised Terminology for Cervical Histopathology and Its Implications for Management of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix: *Obstet Gynecol*. 2012 December; 120(6): 1465–1471