

# monitor bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2018

oktober 2019



## wat zagen we in 2018?

bevindingen *	2017	2018
uitgenodigd voor bevolkingsonderzoek	824.896	799.173
deelnamegraad bevolkingsonderzoek totaal	57,0%	57,6%
deelnamegraad uitstrijkje + zelfafnameset	53,0% + 4,0%	53,7% + 3,9%
hrHPV positief tov alle deelnemers	9,2%	9,5%
verwijscijfer (direct) tov alle deelnemers	2,6%	2,8%

### belangrijkste bevindingen 2018

De deelnamegraad in 2018 was **57,6%**: **53,7%** nam deel via een uitstrijkje, **3,9%** nam deel via de zelfafnameset (ZAS). De deelnamegraad was daarmee iets hoger dan in 2017, maar lager dan in de jaren ervoor. Van alle deelnemers nam **6,8%** deel door middel van een ZAS.

Bij **9,5%** van de vrouwen die deelnamen werd een hoog risico Humaan Papilloma Virus (hrHPV) gevonden. De meeste hrHPV-positieve bevindingen werden gedaan bij de jonge vrouwen.

Het verwijscijfer op basis van het totaal aantal deelnemers in 2018 is **2,8%** en op basis van alle hrHPV+ vrouwen bij wie cytologie is uitgevoerd is dit **32,4%**. Dit komt overeen met bijna 14.000 vrouwen die naar de gynaecoloog zijn doorverwezen.

Uiteindelijk werd bij 5035 vrouwen een voorstadium van baarmoederhalskanker (CIN 2+) gevonden, dat is **1,1%** van alle deelnemers.

\* Peildatum deelnamegraad en hrHPV-positiviteit is 15 maanden nadat het jaar is gestart. Peildatum voor het verwijscijfer is 1 april 2019. De follow-up-tijd voor het verwijscijfer van 2017 is daarmee 12 maanden langer dan die van 2018 (27 en 15 maanden), waardoor de jaren niet goed vergelijkbaar zijn.

- Sinds 1 januari 2017 is het vernieuwde BVO baarmoederhalskanker op basis van primaire hrHPV screening ingevoerd, waarbij vrouwen ook de mogelijkheid krijgen om deel te nemen met behulp van een ZAS. Door de invoering van het vernieuwd BVO ontstaan trendbreuken in de data. Deze worden in de monitor toegelicht. Meer informatie over de vernieuwing van het bevolkingsonderzoek is te lezen op de website: [www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl](http://www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl)
- Sinds 2018 komen de cijfers voor de monitor uit een nieuw datawarehouse. De bronnen van de gegevens zijn daarmee vanaf 2017 anders dan voor de jaren ervoor. Dit zorgt naast de introductie van het vernieuwd BVO ook voor trendbreuken. Deze worden in de monitor toegelicht.

Disclaimer: de informatie in deze monitor is zorgvuldig samengesteld. Sinds dit jaar is gebruik gemaakt van een nieuwe manier van dataverwerking. Dit kan mogelijk de komende maanden nog tot kleine correcties leiden.

## inleiding

Met het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kan baarmoederhalskanker worden voorkomen door het detecteren en verwijderen van voorstadia. Daarnaast wordt soms baarmoederhalskanker in een vroegtijdig stadium ontdekt waardoor er een betere prognose is. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker valt onder de regie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

De monitoring van het bevolkingsonderzoek wordt voor 2018 in opdracht van het RIVM verricht door het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

Het doel van de monitor is om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te bewaken en belangrijke trends te signaleren.

De monitoring wordt verricht met gegevens die worden geleverd door de Facilitaire Samenwerking Bevolkingsonderzoeken (FSB) en het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA). Daarnaast komt informatie omtrent de incidentie van baarmoederhalskanker uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR).

In deze monitor worden de resultaten getoond van alle personen die in 2018 zijn uitgenodigd.

## samenwerking

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt uitgevoerd in samenwerking met de volgende partijen:

### bevolkingsonderzoek



nederlandse vereniging voor medische microbiologie



Radboudumc

JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS



Universitair Medisch Centrum Groningen



## verklarende woordenlijst

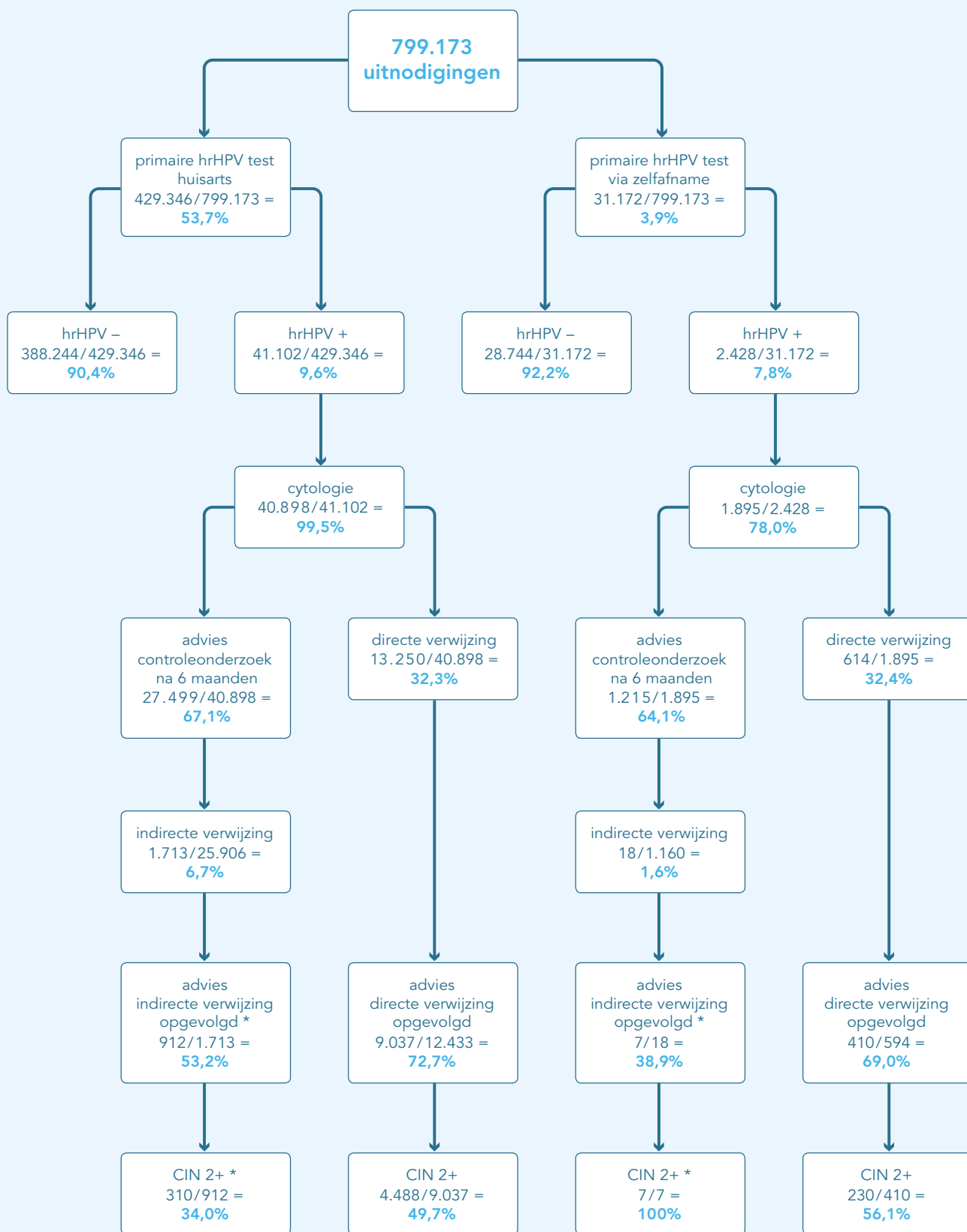
**BVO** = bevolkingsonderzoek • **ZAS** = zelfafnameset • **Primair onderzoek** = afname hrHPV test en, bij een hrHPV-positieve uitslag, de cytologische beoordeling, naar aanleiding van de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Afname hrHPV-test kan door uitstrijkje te laten afnemen bij de huisarts of met behulp van de zelfafnameset • **Herhalingsuitstrijkje** = herhaling van het uitstrijkje wegens onvoldoende kwaliteit • **Onvoldoende kwaliteit** = preparaat is onbeoordeelbaar • **Controleonderzoek** = cytologisch vervolgonderzoek na 6 maanden bij hrHPV-positieve vrouwen zonder

cytologische afwijkingen tijdens het primair onderzoek • **Verwijzing** = verwijzing naar de gynaecoloog. Verwijzing kan plaatsvinden naar aanleiding van het primaire onderzoek of naar aanleiding van het controleonderzoek • **Detectie** = vrouwen bij wie na deelname histologisch CIN 2, 3 of maligniteit wordt vastgesteld • **Positief voorspellende waarde (PVW)** = vrouwen die direct zijn verwezen naar de gynaecoloog, waarbij histologisch CIN 2+ is vastgesteld • **Terug naar BVO** = geen verder vervolgonderzoek nodig, afwachten van uitnodiging volgende BVO ronde.

flowchart

# verwijzingen en adviezen in 2018 in het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker\*

(bron: FSB en PALGA)



\* De cijfers van de indirecte verwijzing zijn voorlopige cijfers, omdat op het peilmoment nog niet alle vrouwen het controleonderzoek hebben gehad.

## tabel 1 uitnodigingen en deelname

naar jaar, gemeten op 1 april in het opvolgende jaar (bron: FSB en PALGA) \*\*

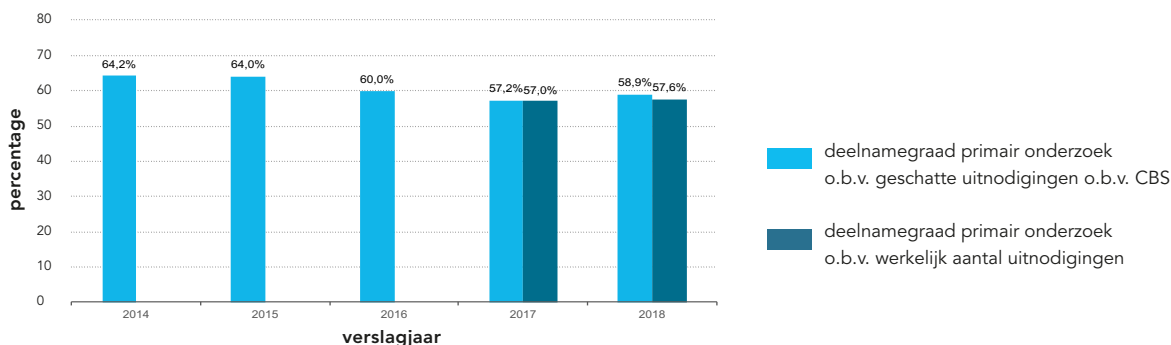
	2014	2015	2016	2017	2018
verstuurde uitnodigingen	752.530 *	750.685 *	749.282 *	824.896	799.173
deelname primair onderzoek	483.029 *	480.075 *	449.586 *	470.449	460.518

\* in het verleden werden zowel het aantal uitnodigingen als het aantal deelnemers op een andere manier berekend dan nu, zie toelichting 'uitleg bij deelnamegraad'

\*\* cohortjaar 2017 en 2018 zijn berekend obv een nieuwe methode, zie kader 'uitleg bij deelnamegraad' voor meer informatie

## figuur 1 deelnamegraad

naar jaar, o.b.v. het totaal aantal uitgenodigde vrouwen (bron: FSB en PALGA)

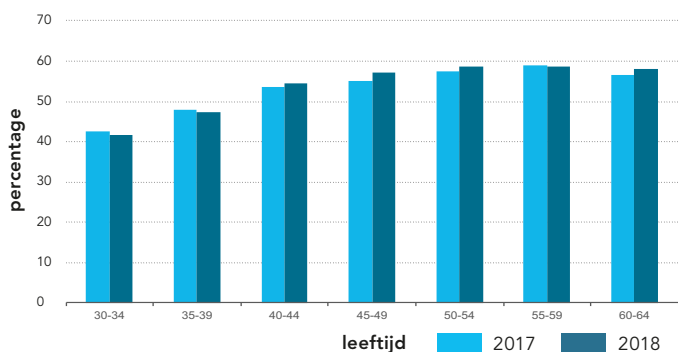


### uitleg bij deelnamegraad

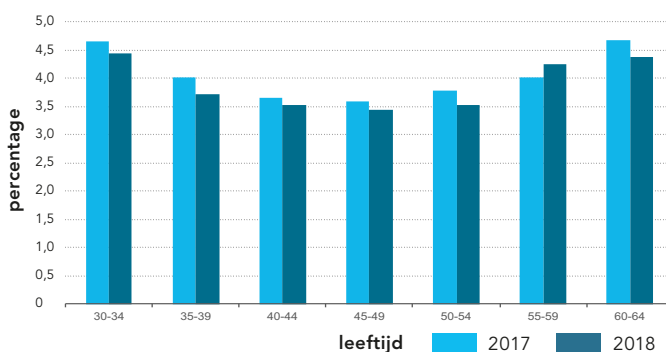
De deelnamegraad wordt berekend door het aantal deelnemende vrouwen te delen door het aantal vrouwen dat een uitnodiging heeft ontvangen. Het aantal verstuurde uitnodigingen werd altijd geschat op basis van CBS cijfers. Sinds 2018 wordt gebruik gemaakt van het werkelijke aantal verstuurde uitnodigingen. Met terugwerkende kracht wordt dit vanaf 2017 berekend. Het werkelijke aantal uitnodigingen blijkt hoger dan in de jaren hiervoor werd geschat. De peildatum van de deelnamegraad is steeds 1 april van het opvolgende jaar. Figuur 1 toont de verschillen in de deelnamegraad bij het gebruik van verschillende

berekeningen. In 2016 is het oude bevolkingsonderzoek afgerond. De primaire uitstrijkjes zijn tot 31 december 2016 uitgevoerd. De deelnamegraad van 2016 is daardoor op een korte periode (12 maanden ipv 15 maanden) gebaseerd. In 2017 is het vernieuwde bevolkingsonderzoek gestart. Dit is per regio ingevoerd, waarbij pas in het tweede kwartaal van 2017 alle regio's deelnamen. Ook 2017 had daarom geen volledige follow-up-periode van 15 maanden. In 2019 wordt verder onderzoek naar de deelnamegraad gedaan.

## figuur 2a deelnamegraad primair onderzoek uitstrijkje naar leeftijd en jaar, o.b.v. het totaal aantal uitgenodigde vrouwen (bron: FSB)



## figuur 2b deelnamegraad primair onderzoek ZAS naar leeftijd en jaar, o.b.v. het totaal aantal uitgenodigde vrouwen (bron: FSB)



- In het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker nam 57,6% van de uitgenodigde vrouwen deel. In 2017 was dat 57,0%.
- Het percentage vrouwen dat een uitstrijkje liet maken bij de huisarts was 53,7% in 2018 t.o.v. 53,0% in 2017.

- Voor de ZAS was dit respectievelijk 3,9% en 4,1%.
- De deelnamegraad onder jongere vrouwen is lager dan onder oudere vrouwen.
- Het gebruik van de ZAS is het hoogst in de jongste en oudste deelnemersgroep.

tabel 2 **deelnamegraad uitstrijkje na hrHPV-positieve zelfafnameset** naar jaar (bron: FSB) \*

leeftijd	2017	2018 (kortere follow-up)
30 - 34	91%	81%
35 - 39	88%	76%
40 - 44	90%	80%
45 - 49	92%	75%
50 - 54	84%	76%
55 - 59	86%	77%
60 - 64	86%	75%
<b>totaal</b>	<b>89%</b>	<b>78%</b>

tabel 3 **deelnamegraad na uitnodiging voor controle-onderzoek na 6 maanden** naar jaar (bron: FSB) \*

leeftijd	2017	2018 (kortere follow-up)
30 - 34	76%	57%
35 - 39	78%	60%
40 - 44	83%	64%
45 - 49	85%	68%
50 - 54	87%	68%
55 - 59	90%	73%
60 - 64	90%	76%
<b>totaal</b>	<b>83%</b>	<b>65%</b>

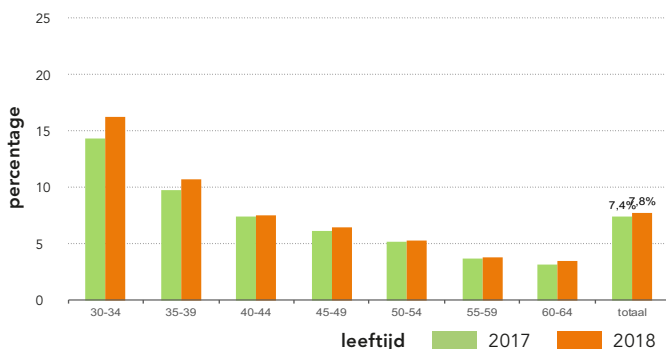
\* Peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2019. De follow-up tijd van 2017 is daarmee 12 maanden langer dan die van 2018 (27 en 15 maanden), waardoor de jaren niet goed vergelijkbaar zijn. Door de korte follow-up tijd zijn de getallen van 2018 nog voorlopig en daarom cursief weergegeven.

- De deelnamegraad voor het maken van een uitstrijkje na een hrHPV-positieve ZAS was gemiddeld 78% in 2018 (voorlopig cijfer). In 2017 was dit bij een peilmoment van 15 maanden 79% en is bij 27 maanden toegenomen tot 89%.
- De deelnamegraad voor het controleonderzoek (na hrHPV-

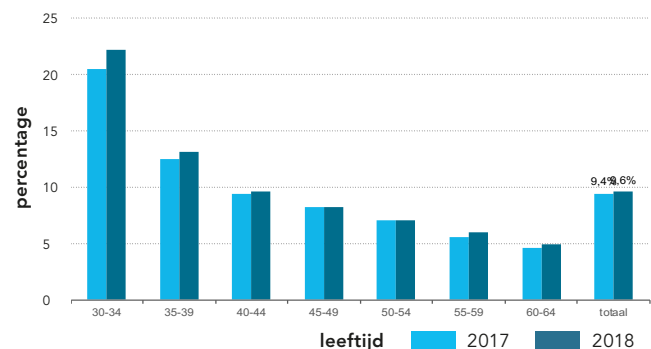
positief + Pap 1) was gemiddeld 65% in 2018 (voorlopig cijfer). De deelnamegraad aan het controle-onderzoek stijgt met een hogere leeftijd. Voor 2017 is gekeken naar een peilmoment follow-up-duur van 27 maanden, dan zien we dat de deelnamegraad aan het controleonderzoek gemiddeld 83% is.

## DEEL 2 uitkomst, advies en verwijzing

figuur 3a **hrHPV-positieve vrouwen bij ZAS** naar leeftijd en jaar (bron: FSB)



figuur 3b **hrHPV-positieve vrouwen bij uitstrijkje** naar leeftijd en jaar (bron: FSB)



- Bij 9,5% van de vrouwen die deelnamen werd hrHPV gevonden. De meeste hrHPV-positieve bevindingen werden gedaan bij de jonge vrouwen.
- In 2018 was 9,6% van de vrouwen dat een uitstrijkje liet maken hrHPV-positief, t.o.v. 9,4% in 2017. Bij de ZAS was dit 7,8% t.o.v. 7,4%.

- Onder vrouwen die deelnamen met de ZAS was het percentage hrHPV-positieve vrouwen lager (7,8%) dan bij de vrouwen die een uitstrijkje lieten maken (9,6%). Dit werd in 2017 ook gezien (7,4% vs 9,4%) en wordt verder onderzocht.

## tabel 4 cytologie bevolkingsonderzoek

naar jaar (bron: FSB)

uitslag cytologie primair onderzoek	2017	2018
Pap 1 (geen afwijking)	66,7%	67,2%
Pap 2	12,0%	12,8%
Pap 3a1	9,3%	8,8%
Pap 3a2	6,3%	6,5%
Pap 3b	4,3%	3,7%
Pap 4	1,1%	0,6%
Pap 5	0,0%	0,0%
<b>indicatie voor doorverwijzing naar gynaecoloog (Pap 2 t/m Pap 5)</b>	<b>33,1%</b>	<b>32,4%</b>

- Vergeleken met 2017 lijkt er een daling te zijn in de hogere Pap klassen (Pap 3b of Pap 4).
- In totaal werd in 2018 32,4% van de deelnemers met een positieve hrHPV-test direct doorverwezen naar de gynaecoloog (Pap 2 t/m Pap 5), dat zijn 13.889 vrouwen. In 2017 was dit 33,1%.

## tabel 5 adviezen naar aanleiding van primair onderzoek

naar jaar (bron: FSB en PALGA) \*

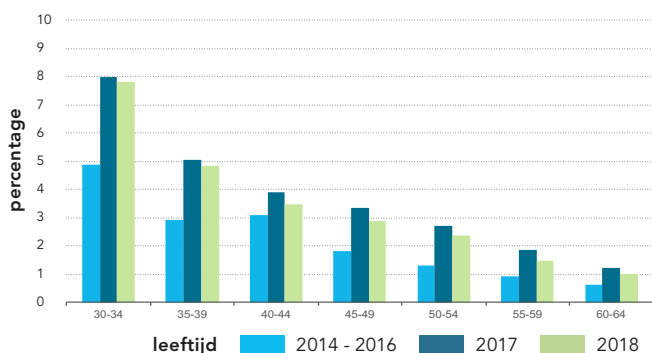
	2014	2015	2016	2017	2018
Directe verwijzing	0,87%	0,94%	0,93%	2,60%	2,83%
Herhalen wegens onvoldoende kwaliteit cytologie (PAP 0) of hrHPV niet te bepalen (niet opgevolgd)	1,7%	1,6%	1,8%	0,2%	0,2%
- wegens onbeoordeelbaar uitstrijkje hrHPV	-	-	-	0,04%	0,03%
- wegens onbeoordeelbaar ZAS hrHPV	-	-	-	0,05%	0,06%
- wegens onbeoordeelbaar uitstrijkje cytologie	-	-	-	0,11%	0,13%
Controleonderzoek na 6 maanden	3,7%	3,8%	3,8%	5,4%	5,9%
Terug naar BVO	93,8%	93,6%	93,5%	90,8%	90,5%
Cytologie na positieve ZAS (niet opgevolgd)	nvt	nvt	nvt	0,06%	0,12%
<b>totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

\* Peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2019. De follow-up tijd van 2017 is daarmee 12 maanden langer dan die van 2018 (27 en 15 maanden), waardoor de jaren niet goed vergelijkbaar zijn. Door de korte follow-up tijd zijn de getallen van 2018 nog voorlopig en daarom cursief weergegeven.

- In het vernieuwde BVO krijgen vrouwen een directe verwijzing naar de gynaecoloog bij een uitslag van hrHPV+ en Pap 2+. In het oude BVO werden vrouwen verwezen bij een uitslag van Pap 3a2+. In het vernieuwde BVO worden meer vrouwen doorverwezen naar de gynaecoloog.
- In het vernieuwde BVO krijgen vrouwen een advies voor controleonderzoek bij een uitslag van hrHPV+ en Pap 1. In het oude BVO was dit bij een uitslag van Pap 2 of Pap 3a1. In het vernieuwde BVO krijgen vrouwen vaker het advies voor een controleonderzoek
- Het percentage vrouwen met directe verwijzing van het totaal aantal deelgenomen vrouwen was in 2018 2,8%. In 2017 was dit 2,6%.
- Het percentage vrouwen dat werd uitgenodigd voor een controleonderzoek na 6 maanden was in 2018 5,9%. In 2017 was dit 5,4%.

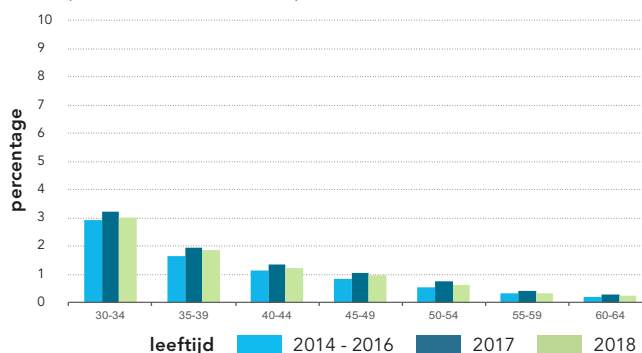
figuur 4a verwijzing (direct en indirect)

t.o.v. totaal aantal deelnemers, naar jaar  
(bron: FSB en PALGA)\*



figuur 4b detectie (direct en indirect)

t.o.v. totaal aantal deelnemers, naar jaar  
(bron: FSB en PALGA) \*



\* Peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2019. De follow-up tijd van 2017 is daarmee 12 maanden langer dan die van 2018 (27 en 15 maanden), waardoor de jaren niet goed vergelijkbaar zijn. Door de korte follow-up tijd zijn de getallen van 2018 nog voorlopig.

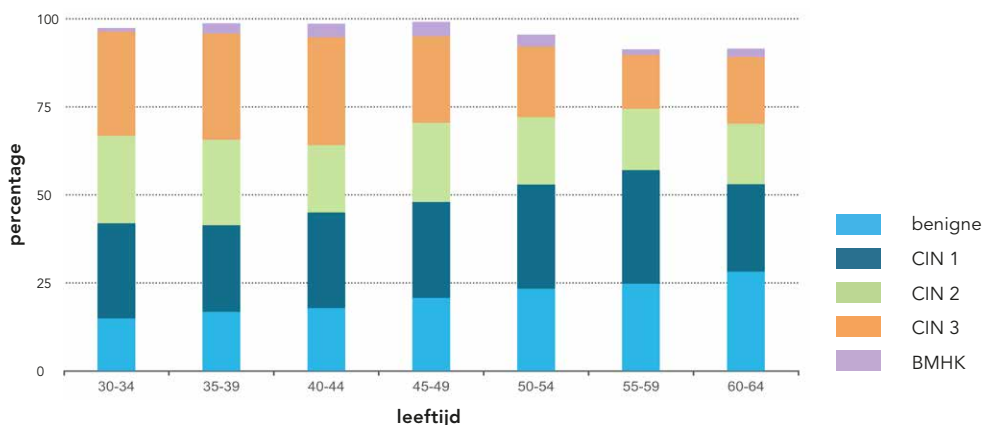
tabel 6 gevonden afwijkingen na directe verwijzing 2018

(binnen 150 dagen na primair onderzoek) (bron: PALGA)

	primair uitstrijkje	primair ZAS	totaal
geen histologisch onderzoek	0,0%	1,5%	0,1%
benigne	19,0%	14,9%	18,8%
CIN 1	27,5%	22,2%	27,2%
CIN 2	22,1%	19,3%	22,0%
CIN 3	26,1%	35,4%	26,5%
maligne, primair cervix carcinoom	1,4%	1,5%	1,4%
maligne, overig	0,0%	0,0%	0,0%
onvoldoende kwaliteit	1,8%	1,7%	1,8%
<b>subtotaal</b>	<b>98,0%</b>	<b>96,3%</b>	<b>97,9%</b>
onbekend	1,8%	3,7%	2,1%
<b>totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

figuur 5 vernieuwd BVO: gevonden afwijkingen 2018

na directe verwijzing, naar leeftijd (bron: PALGA)



## tabel 7 verwijscijfers, opgevolgde verwijzingen, detectie en positief voorspellende waarde (PVW)

naar jaar (bron: FSB en PALGA) \*

	2014	2015	2016	2017	2018
verwijscijfer totaal	1,9%	2,0%	1,9%	3,6%	3,2%
verwijscijfer direct	0,87%	0,94%	0,93%	2,60%	2,83%
verwijscijfer indirect	0,81%	0,86%	0,79%	1,00%	0,38%
verwijzing opgevolgd totaal	91%	90%	91%	75%	70%
verwijzing opgevolgd direct	92%	92%	91%	77%	73%
verwijzing opgevolgd indirect	75%	76%	76%	69%	53%
detectie BVO totaal	0,97%	1,00%	0,99%	1,25%	1,09%
detectie BVO direct	0,62%	0,67%	0,69%	1,00%	1,02%
detectie BVO indirect	0,31%	0,29%	0,27%	0,25%	0,07%
PVW BVO totaal	57,4%	55,3%	56,3%	34,7%	34,1%
PVW direct	71,5%	70,6%	71,5%	38,4%	36,2%
PVW indirect	8,3%	7,8%	7,2%	4,7%	1,2%

\* Peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2019. De follow-up tijd van 2017 is daarmee 12 maanden langer dan die van 2018 (27 en 15 maanden), waardoor de jaren niet goed vergelijkbaar zijn. Door de korte follow-up tijd zijn de getallen van 2018 nog voorlopig en daarom cursief weergegeven.

### uitleg bij histologie

Voor tabel 6 en 7 geldt dat als proxy voor de opvolging van het advies om naar de gynaecoloog te gaan het aantal uitgevoerde colposcopieën met afname van lichaamsmateriaal (door middel van biopsie of soms via uitstrijkje) wordt gebruikt, in plaats van het aantal consulten. Sinds 2017 worden vrouwen met hrHPV en PAP 2+ doorver-

wezen naar de gynaecoloog, in plaats van vrouwen met PAP 3a2+. Waarschijnlijk wordt er daardoor minder vaak lichaamsmateriaal afgenomen en is de positief voorspellende waarde van het histologisch onderzoek bij colposcopie lager (zie ook tabel 8).

- Het totale verwijscijfer, het percentage vrouwen dat doorverwezen is naar een gynaecoloog, voor 2018 is 3,20%. Bij een langere follow-up tijd is het totale verwijscijfer voor 2017 3,60%, terwijl dit voor 2014 1,89% is.
- Het verwijscijfer is hoger in alle leeftijdsgroepen ten opzichte van de periode 2014-2016.
- Het percentage vrouwen dat de verwijzing opvolgde, is voor 2018 rond de 70%, terwijl dit voor 2014 ruim 90% is. Hierbij is de teller het aantal vrouwen waarbij lichaamsmateriaal werd afgenomen, niet het aantal consulten. Zie ook 'uitleg bij histologie'.
- Het totale detectiecijfer, het percentage door het BVO opgespoorde (pre-)maligniteiten (CIN 2+) was in 2018 1,09% (voorlopig cijfer). Voor 2017 is dit met een follow-up tijd van 27 maanden 1,25%. Voor 2014-2016 was dit rond de 0,99%.
- Vanwege de korte follow-up zijn de cijfers over de in-directe detectie nog voorlopig, waardoor het detectiecijfer mogelijk nog iets hoger uitkomt.
- De positief voorspellende waarde, de kans dat een vrouw terecht wordt verwezen naar de gynaecoloog voor nader onderzoek, is met 34% ongeveer gelijk aan 2017, maar is wezenlijk lager dan in de jaren ervoor.



tabel 8 **percentage vrouwen bij wie lichaamsmateriaal is afgenomen voor histologisch onderzoek** naar jaar (bron: PALGA) \*

	2014	2015	2016	2017	2018
percentage vrouwen bij wie histologisch onderzoek werd verricht	88,6%	89,0%	90,6%	72,9%	68,3%
positief voorspellende waarde histologisch onderzoek bij colposcopie	70,9%	68,8%	70,5%	48,5%	48,7%

\* Peildatum voor alle bevindingen is 1 april 2019. De follow-uptijd van 2017 is daarmee 12 maanden langer dan die van 2018 (27 en 15 maanden), waardoor de jaren niet goed vergelijkbaar zijn.

- De positief voorspellende waarde van het histologisch onderzoek bij colposcopie wordt gezien als het aandeel vrouwen bij wie terecht histologisch onderzoek wordt verricht.
- Het percentage vrouwen waarbij lichaamsmateriaal is afgenomen is 68% voor 2018. Voor 2017, met een langere follow-uptijd, is dit percentage hoger (73%). In de jaren daarvoor (het oude BVO), is dit met gemiddeld 89% veel hoger. Zie ook 'uitleg bij histologie'.
- De positief voorspellende waarde van het afnemen van weefsel (het aantal vrouwen dat met CIN 2+ wordt gediagnosticeerd) is 49%, aanzienlijk lager in het oude BVO.

## DEEL 3 beschermingsgraad

### uitleg bij beschermingsgraad

De beschermingsgraad of het vijfjaarsbereik is het percentage vrouwen at risk (d.w.z. vrouwen bij wie de cervix niet is verwijderd) binnen de screenleeftijdsgroep dat in de vijf jaar voorafgaand aan het meetmoment (binnen of buiten het BVO) minimaal één uitstrijkje heeft laten maken of minimaal één hrHPV-test heeft ondergaan. Voor het berekenen van het vijf-

jaarsbereik worden de gegevens uit periodes van vijf aaneengesloten jaren geanalyseerd. De uitkomsten van het rapportagejaar zijn daarbij gebaseerd op de vijfjaarsperiode die aan dat jaar voorafging: de beschermingsgraad die bijvoorbeeld bij 2012 wordt gepresenteerd, is gebaseerd op de uitstrijkjes die in de periode 2008 t/m 2012 zijn gemaakt.

tabel 9 **beschermingsgraad (vijfjaarsbereik in %)** naar jaar (bron: PALGA)

leeftijd	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
30 - 34	68,0%	67,9%	67,9%	67,0%	66,8%	63,4%	63,2%
35 - 39	71,8%	73,2%	73,1%	73,7%	73,1%	70,1%	69,0%
40 - 44	75,9%	74,5%	73,2%	72,7%	72,8%	70,9%	71,5%
45 - 49	78,7%	78,7%	78,9%	78,3%	77,3%	74,4%	72,6%
50 - 54	80,0%	80,3%	80,1%	79,5%	78,4%	75,4%	74,8%
55 - 59	78,2%	78,6%	79,2%	79,1%	79,4%	77,0%	76,0%
60 - 64	73,4%	75,2%	75,3%	76,2%	77,2%	74,3%	74,2%
<b>totaal</b>	<b>75,3%</b>	<b>75,6%</b>	<b>75,5%</b>	<b>75,3%</b>	<b>75,1%</b>	<b>72,3%</b>	<b>71,7%</b>
primaire onderzoeken (BVO)	66,9%	67,2%	67,2%	67,3%	67,2%	64,3%	63,7%
overig *	8,5%	8,5%	8,4%	8,2%	8,0%	8,1%	8,1%

\* Opportunistische, indicatieve en secundaire onderzoeken.

- Het vijfjaarsbereik is in de periode 2012 t/m 2017 met ongeveer 3% afgenomen.

## tabel 10 landelijke incidentie en sterfte gestandaardiseerd naar leeftijd per 100.000 vrouwen

naar jaar (bron: NKR (incidentiecijfers) en CBS (sterftcijfers))

	2013		2014		2015		2016		2017	
	30-64	alle	30-64	alle	30-64	alle	30-64	alle	30-64	alle
<b>incidentie cervixcarcinoom</b>										
plaveiselcelcarcinoom	8,7	6,0	9,9	6,4	9,4	6,4	11,2	6,9	10,7	6,7
adenocarcinoom	2,2	1,5	3,0	1,8	2,5	1,7	3,2	2,2	2,9	1,7
overig	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,8	0,6	0,7
<b>totaal</b>	<b>11,5</b>	<b>8,0</b>	<b>13,7</b>	<b>8,8</b>	<b>12,8</b>	<b>8,7</b>	<b>15,4</b>	<b>9,7</b>	<b>14,2</b>	<b>9,0</b>
<b>sterfte cervixcarcinoom</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,8</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

- De landelijke incidentie nam in de periode 2013-2016 toe van 8,0 naar 9,7 per 100.000 vrouwen en nam in 2017 af tot 9,0.
- Deze trend was ook te zien in de groep vrouwen die binnen de screeningsleeftijd vallen.
- De landelijke sterfte varieert van 2,3 tot 2,6 per 100.000 vrouwen.