



# Effect van een interventie bij huisartsen op de deelname van allochtone vrouwen aan baarmoederhalskankerscreening

### Referentie

Møen KA, Kumar B, Igländ J, Diaz E. Effect of an intervention in general practice to increase the participation of immigrants in cervical cancer screening: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2020;3:e201903. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.1903

### Duiding

Justine Diehl, rédactrice en chef adjointe  
La Revue du Praticien Médecine  
Générale, Paris

Baarmoederhalskanker is de vierde meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen, en de tweede qua incidentie en mortaliteit in lage-inkomenslanden, net na borstkanker (1). Het verbeteren van de baarmoederhalskankerscreening blijft in 2021 een prioriteit voor de volksgezondheid. We analyseerden in Minerva een observationele studie van 3 cohorten met belangrijke methodologische beperkingen waaruit bleek dat zelfafname voor het opsporen van HPV in de baarmoederhals gecombineerd met een intensief educatieprogramma, de participatiegraad aan screening in zekere mate deed toenemen, vooral bij vrouwen die voorheen al regelmatig op consultatie kwamen voor een baarmoederhalsuitstrijkje (2,3).

Een andere uitdaging is nagaan of er voor bepaalde populaties verbeteringen mogelijk zijn. Zo is er ondanks de continue toename van wereldwijde migratiestromen weinig onderzoek verricht naar de gezondheid van migranten, vooral op het vlak van niet-overdraagbare aandoeningen zoals kanker (4). In Noorwegen en andere Scandinavische landen ligt de participatiegraad aan screeningsprogramma's voor baarmoederhalskanker van vrouwen met een allochtone achtergrond lager dan die van de algemene bevolking (5,6). Nochtans zien we bij sommige van deze vrouwen een hogere prevalentie van baarmoederhalskanker (7). Om de barrières voor screening weg te nemen, kunnen acties op individueel niveau en op het niveau van artsen worden opgezet (8). Deze studie bespreekt de resultaten van een dergelijke actie uitgevoerd bij huisartsen (9).

Het doel van de studie was na te gaan of een interventie bij huisartsen de participatiegraad van allochtone vrouwen aan het Noorse bevolkingsonderzoek naar opsporing van baarmoederhalskanker kon verhogen. Men koos voor een clustergerandomiseerde gecontroleerde studieopzet, met als clusters de 20 subdistricten van de Noorse stad Bergen. Er werden dus tien clusterparen gevormd volgens het aantal vrouwen dat in deze districten woont. Vervolgens randomiseerde men deze clusters. De interventie werd uitgevoerd tussen januari en juni 2017. De follow-up eindigde in januari 2018; de huisartsen van de bestudeerde regio's zetten hun activiteit zoals gebruikelijk verder. In totaal werden 10 360 vrouwen geïncludeerd, verdeeld over 73 huisartsen behorende tot de 20 districten.

De onderzochte interventie bestond uit 3 onderdelen:

- een lunchsessie van vijftien minuten met een korte opleiding voor huisartsen over het belang van baarmoederhalskankerscreening bij allochtone vrouwen en aangevuld met advies over hoe ze deze patiënten konden uitnodigen om deel te nemen aan de bestaande programma's. Deze sessie werd geleid door de eerste auteur, zelf huisarts, en was gebaseerd op de theoretische benadering van Chauhan (10) voor interventies gericht op gedragsverandering bij eerstelijnsartsen. De methode bestaat uit een interactieve en multifacet-dialoog en richtte zich tot alle huisartsen werkzaam in een centrum. Er werd hen gevraagd om systematisch elke vrouw te bevragen over het al dan niet screenen, ongeacht de reden waarvoor ze haar arts raadpleegde.
- een muismat om deze sessie in herinnering te brengen
- en een poster met als opschrift "*Je kunt baarmoederhalskanker voorkomen met een simpele test. Praat er vandaag over met je arts!*" opgehangen in de wachtzaal om de interventie te vervolledigen. De poster is vertaald in het Pools, Somalisch, Engels en Urdu (Pakistaans) omdat deze populaties het meest vertegenwoordigd zijn onder migranten in Noorwegen.

Deze interventie werd opgezet na een eerder door de auteurs uitgevoerd kwalitatief onderzoek (11), waarin de artsen hun kennislacunes over baarmoederhalskankerscreening te kennen gaven, alsook hun voorkeur voor korte opleidingsbezoeken door de onderzoekers en flyers of posters voor de wachtzaal.

Voor het primaire eindpunt, namelijk de screeningstatus op 1 januari 2018, raadpleegde men het Noorse kankerregister. Het effect van de interventie werd gemeten aan de hand van een odds ratio (OR) van de screeningstatus met betrekking tot baarmoederhalskanker op 1 januari 2018, voor de interventiegroep versus de controlegroep, met 3 correctieniveaus (modellen). Het eerste model bestond uit een correctie voor de screeningstatus met betrekking tot baarmoederhalskanker vóór aanvang van de studie (baseline), op 1 januari 2017. Het tweede model corrigeerde daarenboven voor de kenmerken van de vrouwen: hun leeftijd, burgerlijke staat, inkomensniveau en regio van herkomst. Ten slotte corrigeerde het derde model voor de kenmerken van de huisartsen: geslacht, leeftijd en regio van herkomst. Om te beoordelen of deze factoren van invloed waren op het effect van de interventie, werden twee subgroepanalyses uitgevoerd, één op basis van de screeningsstatus vóór aanvang van de studie en één op basis van het land van herkomst van de vrouwen. De gegevens werden geanalyseerd volgens intention-to-treat.

Men includeerde 10 360 vrouwen, 5 227 in de interventiegroep en 5 133 in de controlegroep. De vrouwen werden verdeeld over 39 huisartsen in de interventiegroep en 34 in de controlegroep. Het percentage gescreende vrouwen nam toe met 2,6% in de groep waar de huisartsen de interventie hadden gekregen, en 0,6% in de andere groep. Na correctie voor de screeningstatus vóór aanvang van de studie bleven vrouwen in de interventiegroep vaker deelnemen aan screening (OR 1,24 met 95% BI van 1,11 tot 1,38). Dit statistisch significante effect bleef onveranderd na correctie voor de kenmerken van de vrouwen - model 2 (OR 1,24 met 95% BI van 1,11 tot 1,38). Na correctie voor de kenmerken van de huisartsen - model 3 (OR 1,74 met 95% BI van 1,06 tot 1,34) - was het effect zwakker, maar nog steeds significant. In de subgroepanalyse werd vastgesteld dat de interventie vooral de participatiegraad verhoogde van vrouwen die vóór de studie niet eerder waren gescreeend (OR van 1,35 met 95% BI van 1,16 tot 1,56) en van vrouwen afkomstig uit Polen, Pakistan of Somalië (OR 1,74 met 95% BI van 1,17 tot 2,61) na correctie voor de screeningstatus bij baseline.

Het gevonden statistisch significante effect, namelijk een toename van iets meer dan 2% deelname aan screening, is kleiner dan wat de auteurs hadden gehoopt. Deze bescheiden statistisch significante winst is anderzijds vermoedelijk wel klinisch relevant omwille van de mogelijke gevolgen van laattijdige diagnose van baarmoederhalskanker en omdat de interventie een positief effect heeft op de vrouwen die bij baseline het minst gescreeend waren. Bovendien heeft de studie slechts een follow-up van een jaar: zal het effect positief blijven?; zien we na verloop van enkele jaren een kleiner verschil?

Door de aandacht van huisartsen te vestigen op andere gezondheidsproblemen van migranten dan acute infecties alleen, in het bijzonder op aandoeningen zoals kanker, kan de gezondheidstoestand van dit deel van de bevolking verbeteren. In deze studie werd wel een specifieke interventie geëvalueerd, die dezelfde auteurs op voorhand hadden bepaald. Het feit dat huisartsen eerst werden bevestigd over hun kennislacunes en opleidingsvoorkeuren, heeft hun 'motivatie' voor het onderwerp waarschijnlijk vergroot. Dat heeft altijd een weerslag op de resultaten van een studie, zonder dat daarom sprake is van bias. Desondanks heeft de interventie een statistisch matig effect op het screeningspercentage. De interventie is echter niet belastend, vooral wat betreft het logistieke aspect (15 minuten tijdens de lunch), en daarom moeten we artsen aanmoedigen om aan dit soort sessies deel te nemen, want hoe klein ook, het heeft een positief effect op hun patiëntenpopulatie.

In hun bespreking wijzen de auteurs op de mogelijkheid om de doelgroep van artsen die een screeningstest kunnen uitvoeren uit te breiden naar vroedvrouwen; vroedvrouwen voeren deze tests in Noorwegen niet uit, in tegenstelling tot vroedvrouwen in België (in zeer specifieke omstandigheden) (12) en in Frankrijk. Om de screening te verbeteren, kan het zinvol zijn om alle vrouwen te wijzen op de mogelijkheid van screening door vroedvrouwen. De algemene bevolking is hier doorgaans niet goed van op de hoogte en sommige patiënten verkiezen voor het uitvoeren van een uitstrijkje mogelijk het contact met een vroedvrouw boven dat met een arts.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

In 2015 herhaalde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat volgens de Europese richtlijnen en die van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Pap-test elke 3 tot 5 jaar moet worden uitgevoerd bij alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar oud (13). In België wordt de test sinds 2009 om de 3 jaar terugbetaald. We weten nu met zekerheid dat er een causaal verband bestaat tussen baarmoederhalskanker en de aanwezigheid van het seksueel overdraagbare papillomavirus (HPV). Het KCE kwam, in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (nu Sciensano) en de Stichting Kankerregister, tot de vaststelling dat screening op basis van het opsporen van aanwezig virus doeltreffender zou zijn dan het huidige uitstrijkje (ook Pap-test genoemd) om vrouwen boven de 30 jaar te beschermen en dat tegen een lagere kostprijs. Bovendien laten de HPV-tests toe om de onderzoeken slechts om de 5 jaar uit te voeren in plaats van om de 3 jaar nu. Het blijft weliswaar belangrijk dat alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar, ook zij die gevaccineerd zijn tegen het virus, zich blijvend laten screenen. Het vaccin beschermt immers niet tegen alle typen van het HPV-virus die kanker kunnen veroorzaken, en het is nog niet duidelijk

hoe lang het vaccin bescherming biedt (13). In België laat slechts 60% van de vrouwen zich screenen, wat onvoldoende is (13).

## Besluit

Deze Noorse clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie toont aan dat het sensibiliseren van huisartsen en het benadrukken van het belang om allochtone vrouwen uit te nodigen voor deelname aan baarmoederhalskankerscreening een haalbare strategie is, zij het met matige doeltreffendheid, om deelname aan het screeningsprogramma te vergroten, vooral bij allochtone vrouwen die nooit eerder gescreend waren.

## Referenties

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68:394-424. DOI: 10.3322/caac.21492
2. Verhoeven V. Een HPV-zelftest als laagdrempelig alternatief voor een uitstrijkje? *Minerva* 2015;14(10):122-3.
3. Duke P, Godwin M, Ratnam S, et al. Effect of vaginal self-sampling on cervical cancer screening rates: a community-based study in Newfoundland. *BMC Womens Health* 2015;15:47. DOI: 10.1186/s12905-015-0206-1
4. Sweileh WM, Wickramage K, Pottie K, et al. Bibliometric analysis of global migration health research in peerreviewed literature (2000-2016). *BMC Public Health* 2018;18:777. DOI: 10.1186/s12889-018-5689-x
5. Møen KA, Kumar B, Qureshi S, Diaz E. Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *Eur J Cancer Prev* 2017;26:521-7. DOI: 10.1097/CEJ.0000000000000311
6. Leinonen MK, Campbell S, Ursin G, et al. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. *Eur J Public Health* 2017;27:873-9. DOI: 10.1093/eurpub/ckx093
7. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, et al. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? the results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PLoS One* 2014;9:e87046. DOI: 10.1371/journal.pone.0087046
8. Chan DN, So WK. A systematic review of the factors influencing ethnic minority women's cervical cancer screening behavior: from intrapersonal to policy level. *Cancer Nurs* 2017;40:E1-E30. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000436
9. Møen KA, Kumar B, Iglund J, Diaz E. Effect of an intervention in general practice to increase the participation of immigrants in cervical cancer screening: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2020;3:e201903. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.1903
10. Chauhan BF, Jeyaraman MM, Mann AS, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. *Implement Sci* 2017;12:3. DOI: 10.1186/s13012-016-0538-8
11. Møen KA, Terragni L, Kumar B, Diaz E. Cervical cancer screening among immigrant women in Norway - the healthcare providers' perspectives. *Scand J Prim Health Care* 2018;36:415-22. DOI: 10.1080/02813432.2018.1523986
12. Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen betreffende de screening op baarmoederhalskanker (RCC) door vroedvrouwen. CFSF/2018/ADVIES-01.
13. Arbyn M, Haelens A, Desomer A, et al. Cervical cancer screening program and Human Papillomavirus (HPV) testing, part II: Update on HPV primary screening. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 238. D/2015/10.273/17.