

3.10 Gebärmutterhals

Kernaussagen

- ▶ **Inzidenz und Mortalität:** Die altersstandardisierten Erkrankungsdaten an Gebärmutterhalskrebs haben zwischen 1980 und 2004 um ca. 40 %, die absolute Zahl der Neuerkrankungen um etwa 35 % auf zuletzt etwa 6.200 Fälle jährlich abgenommen. Seit 1980 ist ein erheblicher Rückgang der altersstandardisierten Mortalität um etwa 60 % zu verzeichnen. Im Jahr 2004 verstarben in Deutschland aber immer noch 1.660 Frauen an dieser Erkrankung.
- ▶ **Überlebensraten:** Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten mit Gebärmutterhalskrebs waren für 2000 bis 2004 gestellte Diagnosen mit 61 % gegenüber dem Vergleichszeitraum (1980–1984) praktisch unverändert.
- ▶ **Prävalenz:** Die Abnahme der Neuerkrankungsfälle hat seit 1990 zu einem leichten Rückgang der Prävalenz um etwa 10 % geführt. Im Jahr 2004 lebten in Deutschland etwa 23.600 Frauen, denen in den fünf Jahren zuvor die Diagnose Gebärmutterhalskrebs gestellt worden war. Die 10-Jahres-Prävalenz lag bei 41.300 Frauen. Frauen mit Gebärmutterhalskrebs waren im Jahr 2004 etwa zur Hälfte jünger als 50 Jahre. Für das Jahr 2010 ist mit einer 5-Jahres-Prävalenz von etwa 23.800 Frauen zu rechnen.

Hintergrund

Es gilt heute als gesichert, dass der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs eine oft Jahrzehnte zurückliegende Infektion mit den sexuell übertragbaren humanen Papillomaviren (HPV) zugrunde liegt. Dabei haben jedoch nur bestimmte Typen des Virus, vor allem HPV 16 und 18, die Fähigkeit, unkontrolliertes Zellwachstum und damit eine Krebsentstehung auszulösen. Seit März 2007 besteht in Deutschland eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO 2009), Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren gegen die In-

fektion mit diesen zwei HPV-Hochrisikotypen zu impfen. Junge Mädchen können dadurch ihr Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, wesentlich senken. Eine bereits erfolgte Infektion kann durch die nachträgliche Impfung jedoch nicht bekämpft werden. Umso wichtiger ist die regelmäßige Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

Das zu Beginn der 1970er-Jahre in der Bundesrepublik Deutschland eingeführte Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen schließt eine jährliche Untersuchung des äußeren und inneren Genitals und die zytologische Untersuchung eines Abstrichs am Gebärmutterhals ein und wird allen Frauen nach Vollendung des 20. Lebensjahres angeboten. Ziel der Untersuchung ist es vor allem, Vorstufen von bösartigen Tumoren zu entdecken und gegebenenfalls zu behandeln, etwa durch eine Konisation, der Entfernung eines kegelförmigen Ausschnitts des Muttermundes.

Die Therapie des invasiven Karzinoms richtet sich nach der Tumorausdehnung und besteht in vielen Fällen in der operativen Gebärmutterentfernung. In bereits fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wird sowohl operativ als auch mit einer Kombination von Chemotherapie und Bestrahlung vorgegangen. Weit fortgeschrittene Karzinome werden lediglich palliativ bestrahlt. Eine intrauterine Strahlentherapie kann die perkutane ergänzen (Preis et al. 2008).

Trends von Inzidenz, Mortalität und Überlebensraten

Seit Einführung des Krebsfrüherkennungsprogramms für Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland eine Abnahme der altersstandardisierten Inzidenz und Sterblichkeit zu beobachten. Im Zeitraum zwischen 1980 und 2004 kam es zu einem Rückgang der altersstandardisierten Inzidenzraten um etwa 40 %. Auch die absolute Zahl der jährlichen Neuerkrankungen sank deutlich um 34 %. Am stärksten war dieser bei den 55- bis 79-jährigen Frauen. Die altersstandardisierte Mortalität sank im gleichen Zeitraum sogar um 57 % (Abbildung 3.10.1 und 3.10.2).

Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten für invasive Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses haben sich seit Beginn der 1980er-Jahre nicht mehr verbessert und liegen weiterhin bei 61%. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass durch die Früherkennung wahrscheinlich vor allem noch solche Tumoren invasiv werden, die ein rasches Wachstum und damit auch eine ungünstigere Prognose aufweisen.

Prävalenz

Im Jahr 2004 lebten in Deutschland insgesamt nahezu 23.600 Frauen, bei denen in den letzten 5 Jahren ein bösartiger Tumor am Gebärmutterhals aufgetreten war. Etwa 41.300 Patientinnen wurde die Diagnose weniger als zehn Jahre zuvor gestellt (Tabelle 3.10.1).

Von 1990 bis 2004 ist die Prävalenz um etwa 10% zurückgegangen (Abbildung 3.10.4). Am deutlichsten war der Rückgang bei den über 60-jährigen Frauen, während die Prävalenz bei den 40-bis 49-jährigen Frauen entsprechend dem Bevölkerungszuwachs in dieser Altersgruppe noch zunahm (Tabelle 3.10.2 und Abbildung 3.10.5). Zuletzt war damit etwa jede zweite betroffene Frau unter 50 Jahre alt (Abbildung 3.10.3).

Für das Jahr 2010 errechnet sich unter der Annahme gleich bleibender Inzidenz- und Überlebensraten eine 5-Jahres-Prävalenz von 23.800 Frauen (Abbildung 3.10.4).

Fazit

Die Abnahme der Erkrankungszahlen an invasivem Gebärmutterhalskrebs hat seit 1990 zu einem ebenfalls deutlichen Rückgang der Prävalenz an dieser Erkrankung geführt. Wegen des relativ frühen Erkrankungsalters spielen demografische Effekte hier eine geringe Rolle, ebenso wenig wie die weitgehend unverändert gebliebenen Überlebensraten.

Die für 2010 hochgerechnete 5-Jahres-Prävalenz von 23.800 Frauen wäre leicht überschätzt, wenn sich der abnehmende Trend in der Inzidenz seit 2004 weiter fortgesetzt hat.

Auch wenn hierzu keine zuverlässigen Zahlen für ganz Deutschland vorliegen, ist davon auszugehen, dass es parallel zur Abnahme der invasiven Erkrankungen aufgrund der Früherkennung zu einer deutlichen Zunahme von Inzidenz und Prävalenz an in situ Karzinomen des Gebärmutterhalses gekommen ist. In einigen epidemiologischen Krebsregistern Deutschlands werden inzwischen deutlich mehr in situ als invasive Fälle registriert (Epidemiologisches Krebsregister NRW 2009, Krebsregister Schleswig-Holstein 2009).

Abbildung 3.10.1
Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten (Europastandard), Deutschland 1980–2004, ICD-10 C53

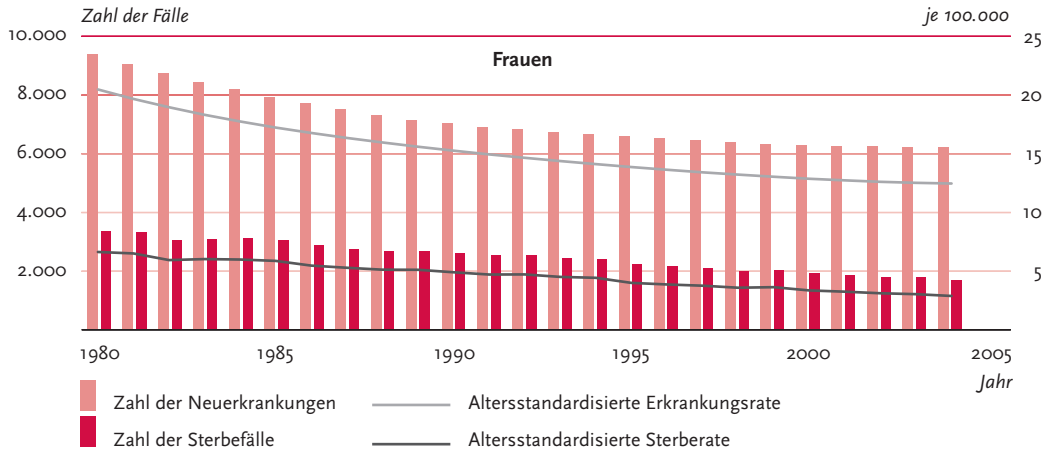


Abbildung 3.10.2
Altersspezifische Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen, Deutschland 1980, 1990 und 2004, ICD-10 C53

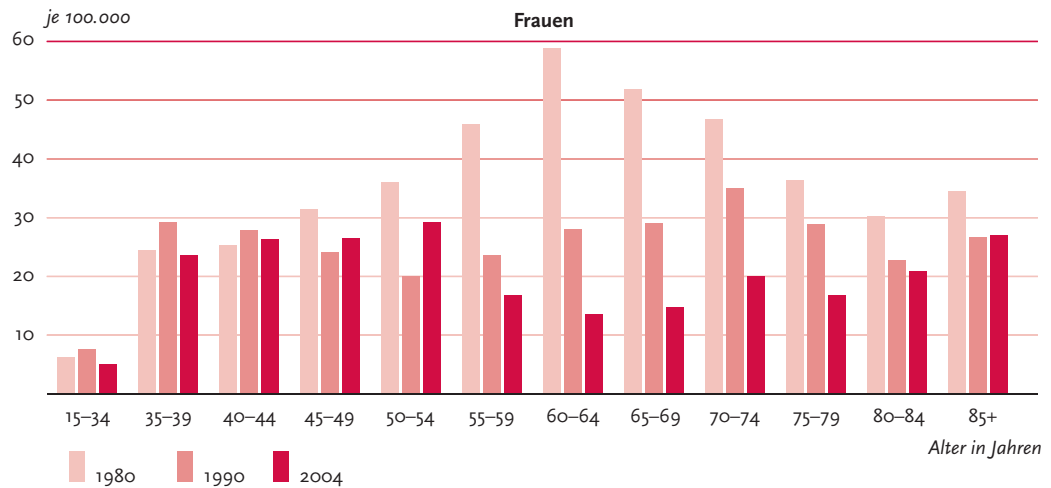


Abbildung 3.10.3
1-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen nach Altersgruppen, Deutschland 2004, ICD-10 C53

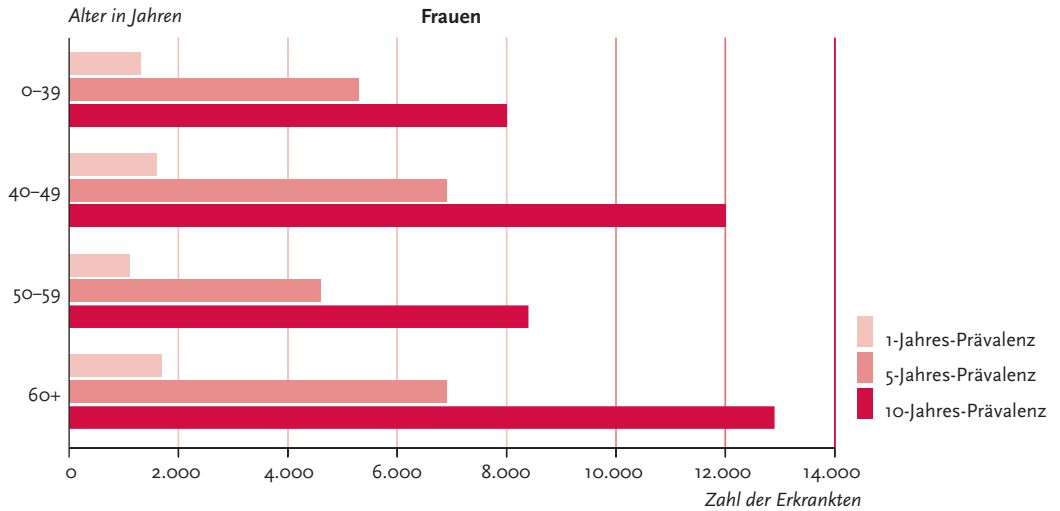


Abbildung 3.10.4
1-, 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C53

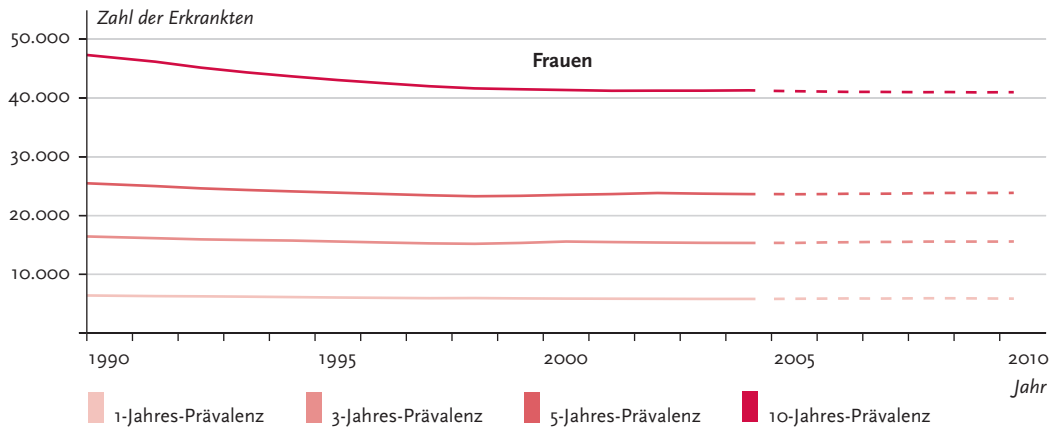


Abbildung 3.10.5
5-Jahres-Prävalenzen nach Altersgruppen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C53

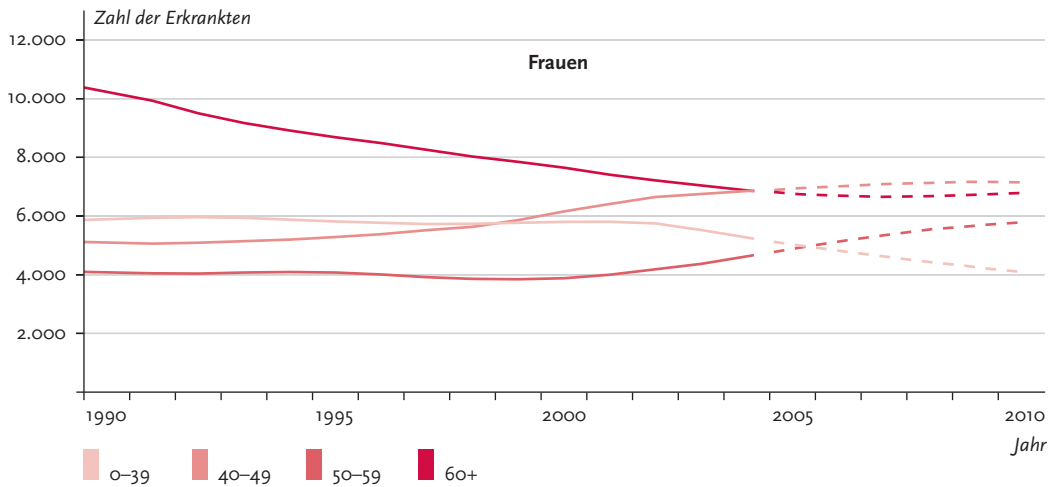


Tabelle 3.10.1
Prävalenzen nach Altersgruppen, Zahl der Erkrankten und prozentualer Bevölkerungsanteil, Deutschland 2004, ICD-10 C53

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz		2-Jahres-Prävalenz		3-Jahres-Prävalenz		5-Jahres-Prävalenz		10-Jahres-Prävalenz	
	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
Frauen										
0–39	1.300	0,01	2.400	0,01	3.500	0,02	5.300	0,03	8.000	0,04
40–49	1.600	0,03	3.100	0,05	4.400	0,07	6.900	0,11	12.000	0,19
50–59	1.100	0,02	2.100	0,04	3.000	0,06	4.600	0,09	8.400	0,17
60+	1.700	0,01	3.100	0,03	4.400	0,04	6.900	0,06	12.900	0,11
Gesamt	5.800	0,01	10.800	0,03	15.300	0,04	23.600	0,06	41.300	0,10

Tabelle 3.10.2
Prozentuale Veränderung der Prävalenzen und der Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen in Deutschland zwischen 1990 und 2004, ICD-10 C53

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz	2-Jahres-Prävalenz	3-Jahres-Prävalenz	5-Jahres-Prävalenz	10-Jahres-Prävalenz	Bevölkerung
Frauen						
0–39	–20%	–18%	–15%	–10%	–5%	–8%
40–49	+35%	+36%	+36%	+34%	+32%	+29%
50–59	+11%	+15%	+16%	+13%	–4%	–5%
60+	–32%	–32%	–32%	–34%	–39%	+15%
Gesamt	–9%	–7%	–7%	–7%	–13%	+3%