

3.12 Eierstöcke

Kernaussagen

- ▶ **Inzidenz und Mortalität:** Die Neuerkrankungsraten haben sich zwischen 1980 und 2004 in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich entwickelt. Während es bei den 45- bis 64-jährigen Frauen zu einem Rückgang kam, stiegen die altersspezifischen Inzidenzraten in allen anderen Altersgruppen an. Insgesamt stieg die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate in diesem Zeitraum um 12 % und die jährliche Zahl der Neuerkrankungsfälle sogar um 38 % auf etwa 9.700.
Die altersstandardisierte Sterberate ging dagegen seit 1980 um fast 30 % zurück. Seit Mitte der 90er-Jahre ist auch die absolute Zahl der Sterbefälle rückläufig. Im Jahr 2004 verstarben in Deutschland noch 5.479 Frauen an dieser Erkrankung.
- ▶ **Überlebensraten:** Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten mit Ovarialkrebs lagen für die in den Jahren 2000 bis 2004 gestellten Diagnosen mit 47 % deutlich höher als Anfang der 1980er-Jahre (34 %).
- ▶ **Prävalenz:** Seit 1990 ist die 5-Jahres-Prävalenz um 38 % auf 25.700 und die 10-Jahres-Prävalenz um 44 % auf 39.900 angestiegen. Die größten Zunahmen zeigten sich bei den Prävalenzen für die höheren Altersgruppen. Bei den über 80-jährigen Frauen hat sich die Zahl der Betroffenen von 1990 bis 2004 nahezu verdoppelt. Zuletzt war damit etwa jede dritte mit dieser Erkrankung lebende Frau älter als 70 Jahre. Für das Jahr 2010 ist mit einer 5-Jahres-Prävalenz von 26.300 Frauen zu rechnen.

Hintergrund

Histologisch handelt es sich bei den Krebserkrankungen der Eierstöcke (Ovarialkrebs) überwiegend um Adenokarzinome. Bei jüngeren Frauen (unter 45 Jahre) treten auch Keimzelltumoren,

ähnlich den Seminomen und embryonalen Hodentumoren junger Männer, auf.

Das Risiko, an Ovarialkrebs zu erkranken, ist erhöht bei einer frühen ersten Regelblutung, einem späten Einsetzen der Wechseljahre, Kinderlosigkeit oder fehlenden Stillzeiten. In verschiedenen Studien konnten genetische Prädispositionen für Ovarialkrebs nachgewiesen werden. Ein erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs tragen Frauen, deren Verwandte ersten Grades an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt waren, und Frauen, die selbst bereits an Brust-, Gebärmutterkörper- oder Darmkrebs leiden. Zwei heute bekannte Genveränderungen (BRCA) steigern das Erkrankungsrisiko deutlich, spielen aber nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen eine Rolle. Weitere zugrunde liegende Genveränderungen sind Gegenstand der Forschung. Inzwischen gibt es auch Hinweise, dass Tabakkonsum das Risiko für die etwas seltenen muzinösen Adenokarzinome steigern kann.

Primäre Therapie beim Karzinom ist in der Regel eine Leitlinien-gerechte operative Entfernung beider Ovarien, der Adnexen (Eileiter) und des Uterus (Gebärmutter) und eine adjuvante Chemotherapie. Palliativ ist die Bestrahlung von Resttumoren (nach Chemotherapie) und Rezidiven möglich (Preiß et al. 2008).

Trends von Inzidenz, Mortalität und Überlebensraten

Der Verlauf der Erkrankungs- und Sterberaten an Ovarialkrebs ähnelt dem beim Gebärmutterkörperkrebs. Trotz eines zuletzt leichten Rückgangs stiegen die altersstandardisierten Erkrankungsraten zwischen 1980 und 2004 um etwa 12 %. Dabei waren in verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Trends zu beobachten. Bei Frauen zwischen 45 und 64 Jahren trat die Erkrankung zuletzt seltener auf. In allen anderen Altersgruppen stiegen die Erkrankungsraten dagegen an, bei den über 70-Jährigen sogar um mehr als 30 %. Die Zahl der jährlichen Erkrankungsfälle stieg damit, auch aufgrund der demografischen Veränderungen, seit 1980 insgesamt um knapp 40 % auf etwa 9.700 Fälle im Jahr 2004.

Die altersstandardisierten Mortalitätsraten der Frauen mit Ovarialkrebs nahmen dagegen seit 1980 um 26 % ab, altersspezifisch ist nur bei den über 80-Jährigen noch ein Anstieg zu beobachten. Seit Mitte der 1990er-Jahre geht auch die absolute Zahl der Sterbefälle leicht zurück (Abbildung 3.12.1).

Die relativen 5-Jahres-Überlebensraten für Krebskrankheiten der Eierstöcke sind seit Anfang der 1980er-Jahre in Deutschland von 34 % auf 47 % (2000–2004) angestiegen.

Prävalenzen

In Deutschland lebten im Jahre 2004 etwa 25.700 Frauen mit einer bis zu 5 Jahre zurückliegenden Diagnose eines bösartigen Tumors der Eierstöcke. Bei ca. 39.900 Frauen lag die Diagnose bis zu 10 Jahre zurück (Tabelle 3.12.1). Knapp 40 % der betroffenen Frauen sind unter 60 Jahre alt, etwa ein Drittel ist älter als 70 Jahre (Abbildung 3.12.3).

Von 1990 bis 2004 ist die 5-Jahres-Prävalenz insgesamt um etwa ein Drittel, die 10-Jahres-Prävalenz sogar um fast 45 % angestiegen (Tabelle 3.12.2).

Der Anstieg der Prävalenzen betraf vor allem Frauen über 80 Jahre, bei denen sich die Zahl der Betroffenen innerhalb von knapp 15 Jahren nahezu verdoppelt hat (Abbildung 3.12.5). Hier spielten

sowohl demografische Veränderungen als auch verbesserte Überlebenseaussichten und gestiegene Erkrankungsrate eine Rolle. Bei den 50- bis 59-jährigen Frauen kam es dagegen zu einem leichten Rückgang der prävalenten Fälle, der in etwa dem Rückgang des Bevölkerungsanteils entsprach und auch auf den Rückgang der Inzidenzraten in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist.

Für das Jahr 2010 ist unter der Annahme unveränderter Überlebens- und Erkrankungsrate von einer 5-Jahres-Prävalenz von etwa 26.300 Frauen auszugehen (Abbildung 3.12.4).

Fazit

Insgesamt haben verbesserte Überlebensraten, demografische Veränderungen und gestiegene Erkrankungsrate zu einer deutlichen Zunahme der Prävalenzen für Krebserkrankungen der Eierstöcke geführt. Im Jahr 2004 waren es etwa 25.700 Frauen, bei denen die Erkrankung in den zurückliegenden 5 Jahren diagnostiziert wurde. Für 2010 ist von 26.300 Frauen mit dieser Erkrankung auszugehen. Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklung der Erkrankungsrate in den verschiedenen Altersgruppen sowie demografischer Veränderungen hat sich der Anteil älterer Patientinnen deutlich erhöht.

Abbildung 3.12.1

Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten (Europastandard), Deutschland 1980–2004, ICD-10 C56

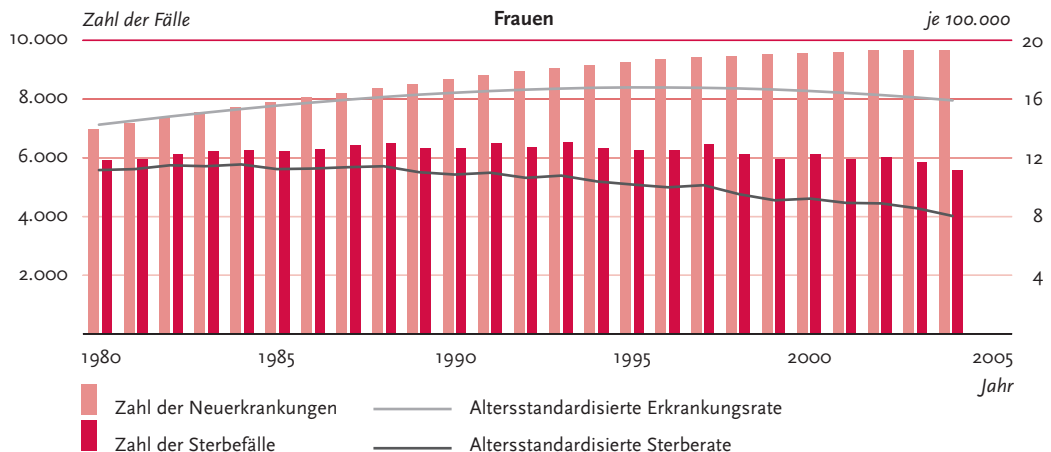


Abbildung 3.12.2
Altersspezifische Neuerkrankungsraten nach Altersgruppen, Deutschland 1980, 1990 und 2004, ICD-10 C56

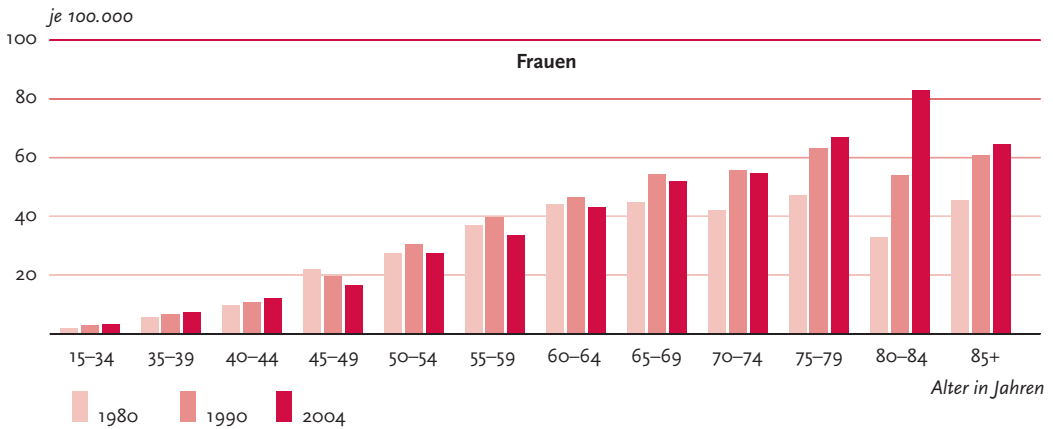


Abbildung 3.12.3
1-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen nach Altersgruppen, Deutschland 2004, ICD-10 C56

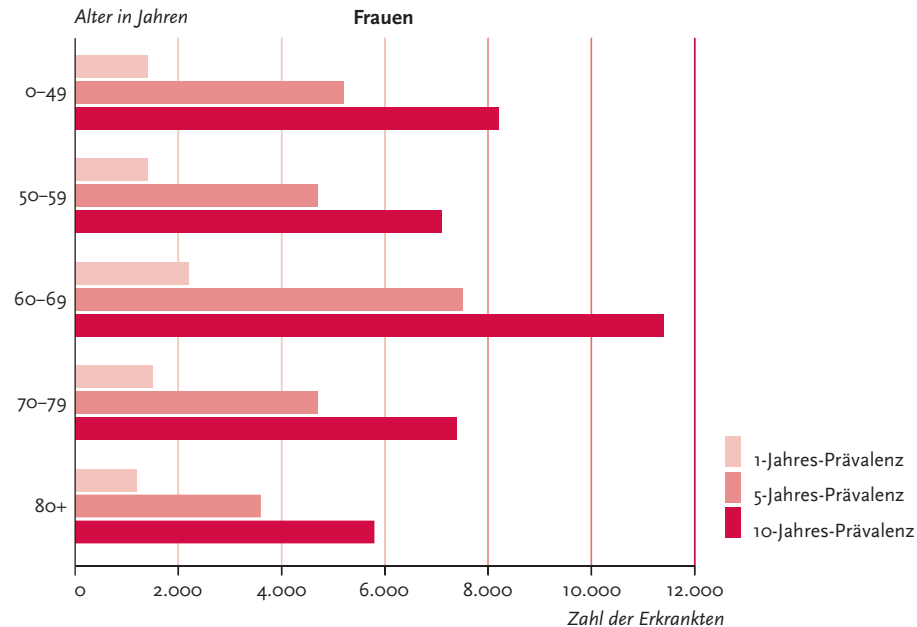


Abbildung 3.12.4
 1-, 3-, 5- und 10-Jahres-Prävalenzen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C56

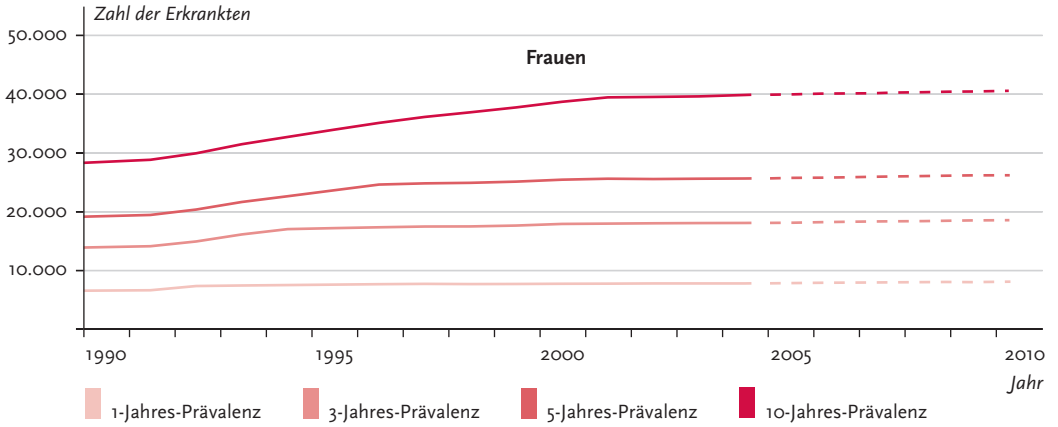


Abbildung 3.12.5
 5-Jahres-Prävalenzen nach Altersgruppen, Deutschland 1990–2004 mit Projektion bis 2010, ICD-10 C56

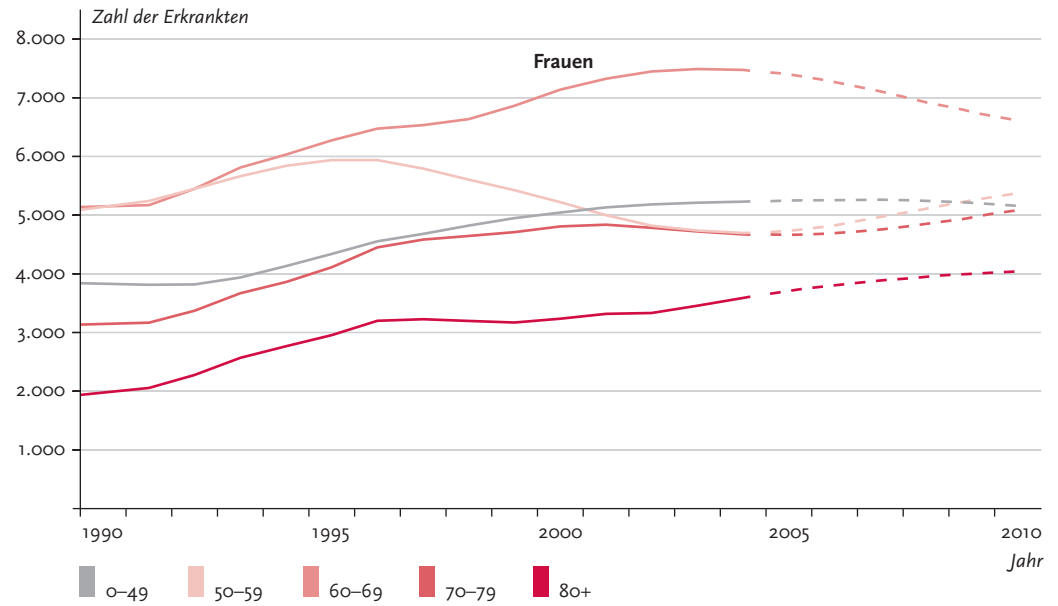


Tabelle 3.12.1

Prävalenzen nach Altersgruppen, Zahl der Erkrankten und prozentualer Bevölkerungsanteil, Deutschland 2004, ICD-10 C56

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										
0–49	1.400	0,01	2.500	0,01	3.500	0,01	5.200	0,02	8.200	0,03
50–59	1.400	0,03	2.500	0,05	3.400	0,07	4.700	0,09	7.100	0,14
60–69	2.200	0,04	4.000	0,07	5.400	0,10	7.500	0,14	11.400	0,21
70–79	1.500	0,04	2.400	0,06	3.200	0,09	4.700	0,12	7.400	0,20
80+	1.200	0,05	1.900	0,08	2.600	0,10	3.600	0,14	5.800	0,23
Gesamt	7.800	0,02	13.300	0,03	18.100	0,04	25.700	0,06	39.900	0,09

Tabelle 3.12.2

Prozentuale Veränderung der Prävalenzen und der Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen in Deutschland zwischen 1990 und 2004, ICD-10 C56

Alter in Jahren	1-Jahres-Prävalenz	2-Jahres-Prävalenz	3-Jahres-Prävalenz	5-Jahres-Prävalenz	10-Jahres-Prävalenz	Bevölkerung
Frauen						
0–49	+18 %	+24 %	+30 %	+36 %	+48 %	–1 %
50–59	–14 %	–11 %	–9 %	–8 %	+6 %	–5 %
60–69	+26 %	+38 %	+43 %	+45 %	+47 %	+14 %
70–79	+24 %	+36 %	+41 %	+49 %	+40 %	+14 %
80+	+66 %	+80 %	+83 %	+85 %	+90 %	+18 %
Gesamt	+19 %	+26 %	+30 %	+34 %	+41 %	+3 %