

Auf einem guten Weg

Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein zeigen erste positive Auswirkungen des Mammographie-Screenings auf die Brustkrebs-Epidemiologie

Im Jahr 2007 wurde in Schleswig-Holstein (SH) mit der Implementierung des Mammographie-Screenings begonnen und seit dem Frühjahr 2008 steht es in SH allen Frauen in der Altersspanne 50 bis 69 Jahre flächendeckend zur Verfügung. Während in den ersten beiden Jahren rund 40 Prozent der Frauen der Einladung zum Screening folgten, liegt die aktuelle Teilnehmerate bei nahezu 45 Prozent.

Im Krebsregister Schleswig-Holstein werden alle Tumormeldungen, die von den verschiedenen Einrichtungen im zeitlichen Verlauf der Diagnosestellung bis zur Therapie an das Register abgegeben werden, zusammengeführt. Derzeit (d. h. Mitte des Jahres 2010) kann die Registrierung der Tumore aus dem Jahr 2008 als nahezu vollzählig angesehen werden. Ein erster Blick auf die epidemiologischen Daten zum Brustkrebs in Schleswig-Holstein erlaubt eine erste vorsichtige Aussage über die Auswirkungen des Mammographie-Screenings in Schleswig-Holstein. Insbesondere interessieren die folgenden Fragen:

1. Wird sich mit dem Beginn des Screenings der erwartete (temporäre) Inzidenzanstieg einstellen?
2. Wird eine günstigere Tumorstadienverteilung zu beobachten sein?
3. Kann das Screening zu einer Reduktion der Brustkrebs-Sterblichkeit in der Zielbevölkerung beitragen?

Während es für die Beantwortung der Frage 3 heute noch zu früh ist, können die Fragen 1 und 2 schon jetzt anhand der Krebsregisterdaten orientierend beantwortet werden.

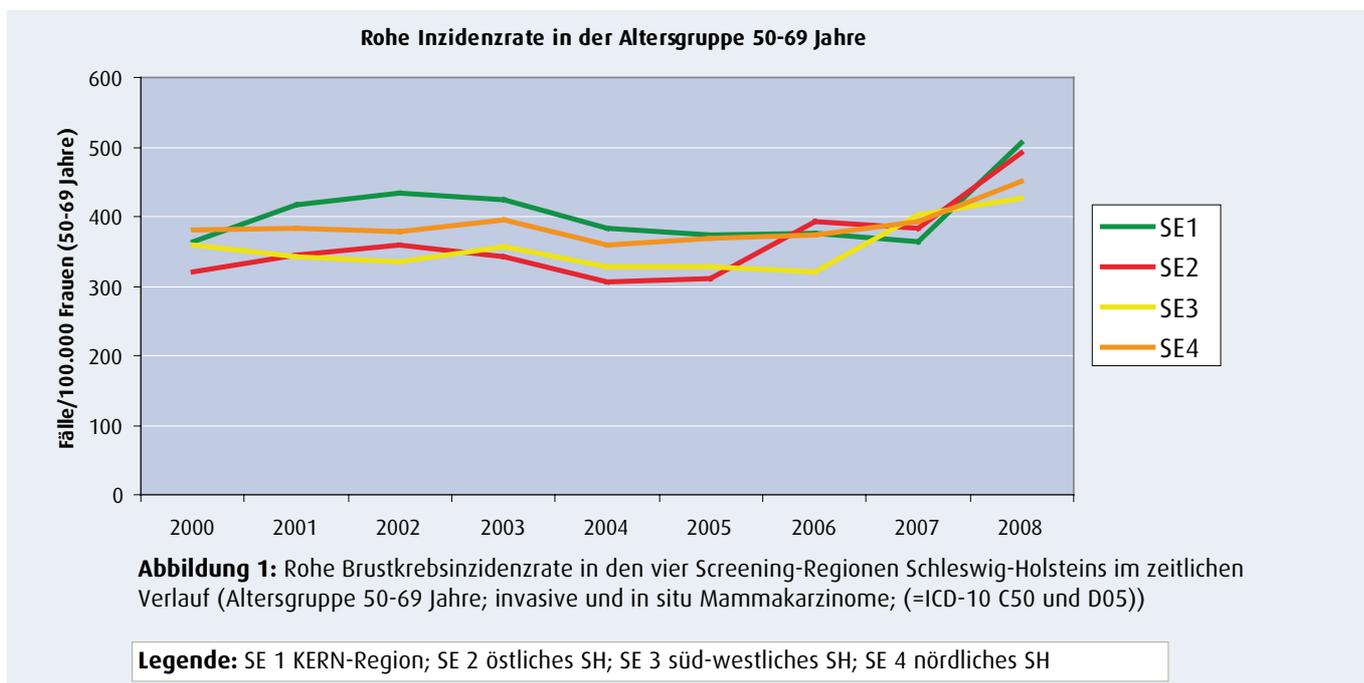
1. Bevölkerungsbezogene Inzidenz

Seit dem Jahr 2002 bis zum Jahr 2005 zeigt sich die Brustkrebsinzidenz (nicht invasiver und invasiver Brustkrebs zusammen betrachtet) in Schleswig-Holstein in der Altersgruppe der 50 bis 69-jährigen Frauen insgesamt rückläufig. Der zu beobachtende Inzidenzanstieg ab dem Jahr 2005 in den Screening-Regionen 2 (östliches SH), 3 (süd-westliches SH) und 4 (nördliches SH) fällt zeitlich mit der Ausweitung von QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik) auf diese Landesteile zusammen. Mit Beginn der Einführung des Mammographie-Screenings im Jahr 2007 steigt die Inzidenz weiter an. Eine Ausnahme bildet das östliche Schleswig-Holstein, hier ist ein leichter Abfall von rund 390 auf rund 380 Fälle pro 100.000 Frauen zu beobachten. Im Jahr 2008 steigt die Inzidenz aber in allen Regionen weiter deutlich an (Abbildung 1). Der Inzidenzunterschied zwischen den Jahren 2007 und 2008 in der screening-relevanten Altersgruppe liegt je nach Screening-Region zwischen 30 (süd-westliches SH) und 140 (KERN-Region) zusätzlichen Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen.

2. Tumorstadienverteilung

Bei Betrachtung der relativen Tumorstadienverteilung ist eine Zunahme der prognostisch günstigen Tumore bei gleichzeitigem Rückgang der prognostisch ungünstigen Tumore im Vergleich zum Zeitraum 2000-2005 in allen Regionen zu sehen.

Der Anteil der in situ-Tumoren an allen im Krebsregister gemeldeten Brustkrebsfällen hat sich von 5,5 Prozent (Jahre 2000-2005) auf 10,5 Prozent (2008, alle Altersgruppen) verdoppelt, während der Anteil der T2-Tumoren von 35,2 Prozent auf 28,5 Prozent und der Anteil der T3- und T4-Tumoren von 13,1 Prozent auf 10,5 Prozent absank.



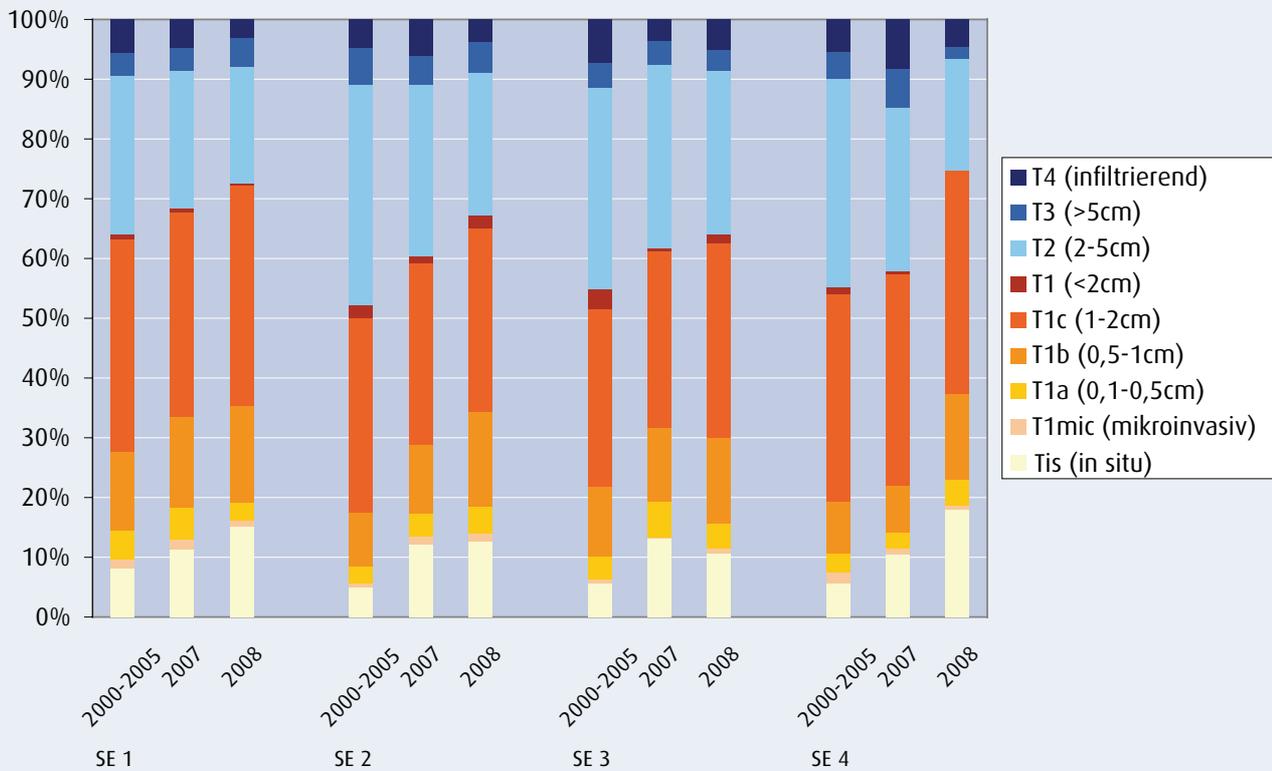


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der T-Stadien in den Jahren 2000-2005, 2007 und 2008 (Altersgruppe 50-69 Jahre)

Legende: SE 1 KERN-Region; SE 2 östliches SH; SE 3 süd-westliches SH; SE 4 nördliches SH

In der Altersgruppe der 50 bis 69-Jährigen hat sich der in situ-Anteil sogar verdreifacht (5,7 Prozent bzw. 17,8 Prozent; Abbildung 2). Ein deutlicher Rückgang war für die T2-Tumoren zu beobachten (von 32,9 Prozent auf 22,8 Prozent). Der Anteil der T3 und T4-Tumoren fiel in der gleichen Zeit hingegen nur leicht von 10,5 Prozent auf 8,2 Prozent ab.

Fazit

Erstmals werden aktuelle Zahlen aus den vier Screening-Regionen für die Startphase des Mammographie-Screenings in Schleswig-Holstein präsentiert und erste Effekte auf die bevölkerungsbezogene Brustkrebsinzidenz und Tumorstadienverteilung untersucht. Erste Anzeichen für die Effektivität eines Screeningprogramms sind der Anstieg der Neuerkrankungszahlen (wenn gescreent wird, müssen mehr Fälle entdeckt werden) und eine Verschiebung der Tumorstadien hin zu einer prognostisch günstigeren Verteilung (es müssen mehr prognostisch günstige Tumoren entdeckt werden). Beide Punkte können für das Mammographie-Screening in Schleswig-Holstein bereits jetzt als bestätigt gelten. Es ist davon auszugehen, dass die beobachteten Effekte bei weiter steigenden Teilnehmerinnenzahlen am Screening noch deutlicher ausfallen werden. Ob die günstigere Tumorstadienverteilung aber auch langfristig zu einer Reduktion der Brustkrebssterblichkeit führen wird, bleibt abzuwarten. Die günstige Tumorstadienverteilung lässt dies zumindest hoffen. Als sicher kann eine zukünftige Mortalitätsreduktion aber nicht gelten, hier sei auf die Diskussion

zur Überdiagnostik verwiesen. Angesichts der höchsten Brustkrebssterblichkeit in ganz Deutschland sollte die ganze Brustkrebsfrüherkennung in Schleswig-Holstein intensiv auf die Möglichkeit der Reduktion der Brustkrebsmortalität untersucht werden.

PROF. DR. ALEXANDER KATALINIC, DR. ANNIKA WALDMANN, INSTITUT FÜR KREBSEPIDEMIOLOGIE, LÜBECK

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. Alexander Katalinic
 Dr. Annika Waldmann
 Institut für Krebs Epidemiologie e.V.,
 Ratzeburger Allee 160 (Haus 50), 23538 Lübeck
 Internet: www.krebsregister-sh.de
 Email: info@krebsregister-sh.de