

Registerbrief

1 / 1997

Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes

Endredaktion: M. Lehnert

unter Mitarbeit von: A. Liese, V. Krieg, V. Mattauch, H.-W. Hense

Zu den originären Aufgaben des Epidemiologischen Krebsregisters für den Regierungsbezirk Münster (EKR-MS) zählt die wissenschaftliche Nutzung der erhobenen Daten. Für die vorliegende deskriptive Untersuchung wurde die Gruppe der bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes (Klassifikationsgruppen nach der Internationalen Klassifikation für Krankheiten in der 9. Version: ICD 200 - 208) ausgewählt, da hier eine vergleichsweise vollständige Erfassung und eine ausreichend große Fallzahl zu erwarten waren.

1. Bedeutung und Klinik

Die Bedeutung der deskriptiven Epidemiologie für ein besseres Verständnis von Krebserkrankungen folgt aus den Möglichkeiten, die sich aus dem geographischen, sozio-kulturellen und zeitlichen Vergleich von bevölkerungsbezogenen Krankheitsraten ergeben. Sie eröffnet eine Dimension, die sich allein aus der klinischen Beobachtung und Therapie von individuellen Krebspatienten nicht erschließen läßt.

Die Gruppe der bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Systems setzt sich aus ätiologisch, histopathologisch und klinisch sehr verschiedenen Krankheitsbildern zusammen. Dies spiegelt sich wider in unterschiedlichen Häufigkeiten, Diagnosealtern und Geschlechtsverteilungen für die einzelnen Erkrankungen. Für die Entstehung der meisten bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoe-

tischen Systems werden darüber hinaus exogene Faktoren viral-infektiöser oder toxischer Natur mit verantwortlich gemacht. Vor diesem Hintergrund bilden die valide erfaßten Neuerkrankungs- und Sterberaten eines bevölkerungsbezogenen Krebsregisters eine wichtige Grundlage für ätiologische wie präventive Überlegungen.

2. Demographische Merkmale erkrankter Personen

Im Zeitraum vom 1.1.1986 bis zum 31.12.1994 wurden im EKR-MS insgesamt 5.174 Personen mit bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Systems registriert. Von diesen Patienten waren 51,3% männlich.

Die Geschlechterverteilung der Patienten in den sechs Hauptkategorien ist in Tabelle 1 wiedergegeben. Es zeigt sich für die Patienten in den meisten Tumorgruppen ein leichtes Überwiegen der Männer, das in Übereinstimmung mit anderen Krebsregistern beim Morbus Hodgkin (ICD 201) am stärksten ausgeprägt ist. Das mittlere Erkrankungsalter ist bei Frauen etwa 4 bis 6 Jahre höher als bei Männern.

Die Verteilung der Lebensalter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung zeigt Abbildung 1. Der größere Teil der Tumorerkrankten ist danach 45 Jahre oder älter. Die Altersgipfel für Non-Hodgkin-Lymphome (ICD 200 und 202) und für das Multiple Myelom (ICD 203) sowie die meisten Leukämien (ICD 203 - 208) liegen jeweils in der 7. Lebensdekade. Die lymphatischen

Leukämien (ICD 204) zeigen darüber hinaus einen leichten frühkindlichen Gipfel, der wegen der vornehmlichen Meldung an das Deutsche Kinderkrebsregister in Mainz im EKR-MS wahrscheinlich etwas unterschätzt wird. Die deutlich abweichende Altersverteilung des Morbus Hodgkin (ICD 201) spie-

gelt den beachtlichen Anteil der Fälle wider, die bereits zwischen dem 15. und 40. Lebens-jahr auftreten. Der in der Literatur beschriebene zweite Altersgipfel im höheren Alter wurde im EKR-MS nicht gefunden.

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung und Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (n = 5.174 Fälle) Epidemiologisches Krebsregister Münster, 1986 - 1994

Diagnose	ICD-Code	Gesamtzahl	Männer		Frauen	
			%-Anteil	Altersmedian	%-Anteil	Altersmedian
Non-Hodgkin Lymphome	200+202	1.672	48,0 %	63,9	52,0 %	70,1
Morbus Hodgkin	201	387	55,3 %	36,1	44,7 %	33,3
Multiples Myelom	203	956	49,7 %	68,6	50,3 %	72,4
Lymphatische Leukämie	204	831	56,6 %	64,1	43,4 %	70,4
Myeloische Leukämie	205	1.001	52,6 %	66,6	47,4 %	70,9
Monozytäre Leukämie und sonstige	206-208	327	50,5 %	66,3	49,5 %	71,7

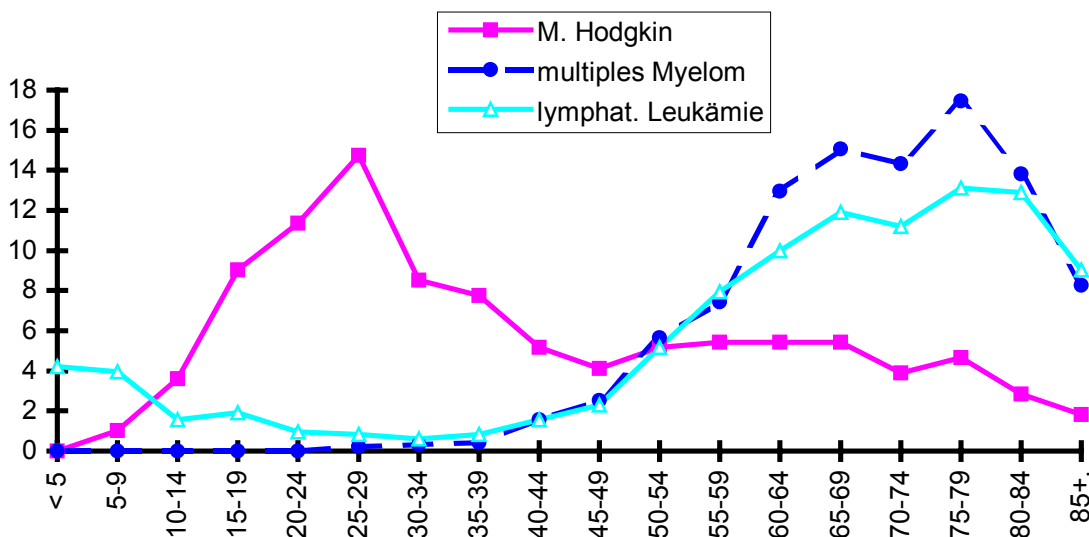


Abbildung 1: Altersverteilung der ICD 200 - 208 Fälle (n = 5.174) Epidemiologisches Krebsregister Münster, 1986 - 1994

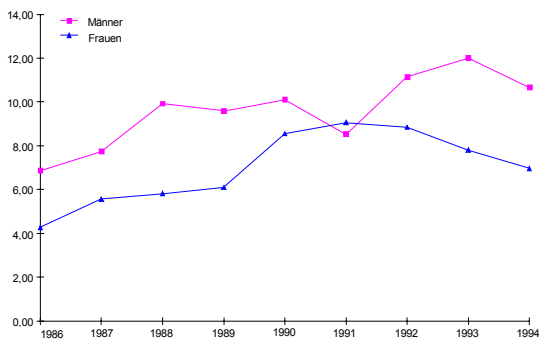
3. Neuerkrankungsraten 1986 bis 1994

Neuerkrankungsraten (Inzidenzraten) beschreiben die jährliche Häufigkeit der Erstdiagnose einer bösartigen Neubildung bezogen auf 100.000 Einwohner in der Bevölkerung. Die Raten werden üblicherweise auf die Bevölkerung der BRD vom 31.12.87 standardisiert, um einen Vergleich über die Zeit und zwischen verschiedenen Tumorkategorien frei von Altersverzerrungen durchführen zu können.

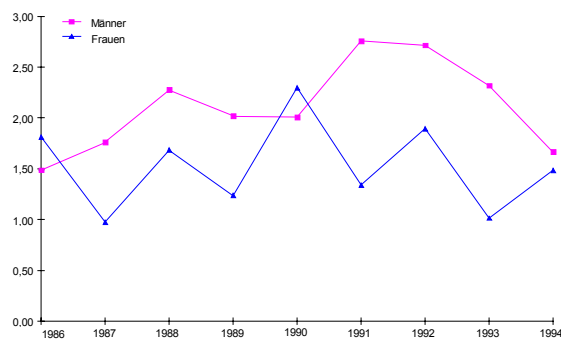
Abbildung 2 zeigt die Inzidenzraten für die bösartigen Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Systems. Die zu Beginn des Beobachtungszeitraums verzeichneten niedrigen Raten können mit noch unvollständiger Meldung in der Anlaufphase des Krebsregisters erklärt werden.

Es zeigt sich, daß in dieser Tumorgruppe

die jährlichen Neuerkrankungsraten bei Männern konsistent höher lagen als bei Frauen. Die Non-Hodgkin-Lymphome waren gekennzeichnet durch Neuerkrankungsraten mit leicht ansteigender Tendenz. Noch deutlichere Inzidenzzunahmen fanden sich bei Männern und Frauen mit einer myeloischen Leukämie. Die Neuerkrankungsraten an Multiplem Myelom zeigten ebenso einen weitgehend konstanten Verlauf (mit einem unklaren Abfall in 1994) wie bei der lymphatischen Leukämie. Kleinere Fallzahlen beim Morbus Hodgkin und in der Gruppe monozytärer und anderer Leukämien bedingten weniger stabile Kurvenverläufe.

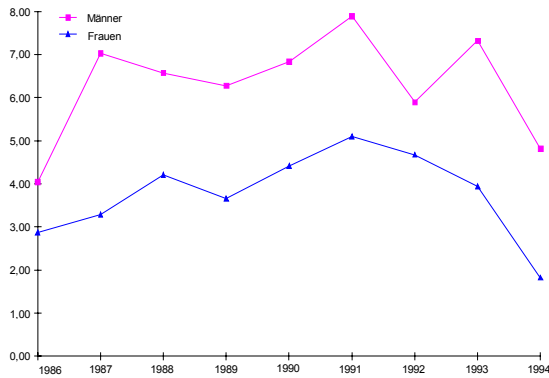


Non-Hodgkin Lymphom (ICD 200+202)

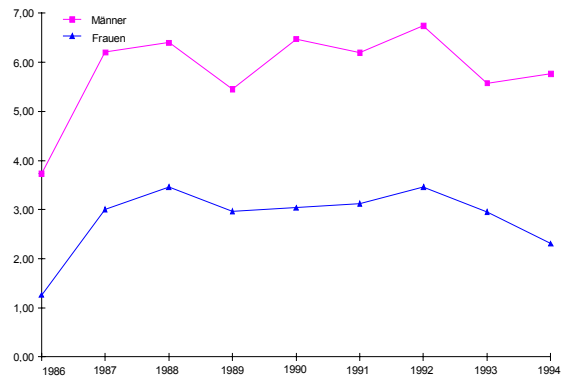


Morbus Hodgkin (ICD 201)

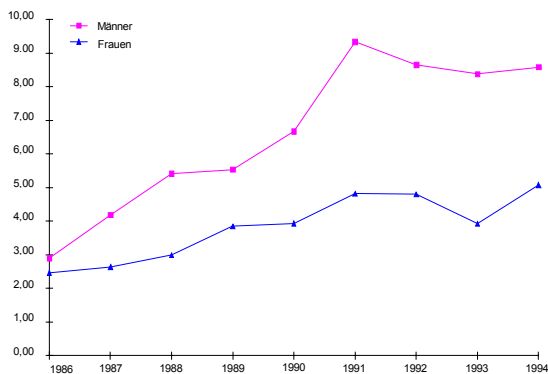
Abbildung 2a: Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz (pro 100.000) ICD 200-202 Epidemiologisches Krebsregister Münster, 1986 - 1994



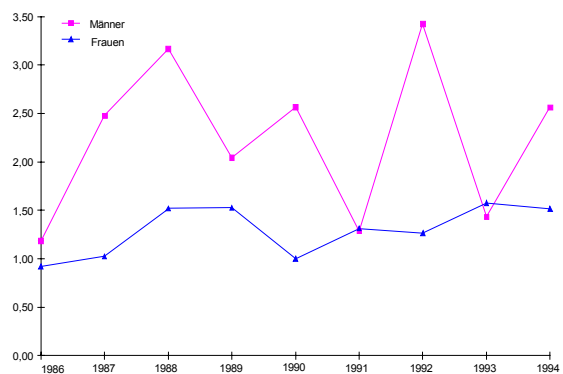
Multiplres Myelom (ICD 203)



Lymphatische Leukämie (ICD 204)



Myeloische Leukämie (ICD 205)



sonstige Leukämien (ICD 206-208)

Abbildung 2b: Entwicklung der altersstandardisierten Inzidenz (pro 100.000) ICD 203-208 Epidemiologisches Krebsregister Münster, 1986-1994

4. Vergleich mit den Neuerkrankungsraten des Saarlandes

Aufgrund der internationalen Anerkennung der Erhebungsqualität des Krebsregisters Saarland scheint ein Vergleich der dort ermittelten Inzidenzraten mit denen des EKR-MS angezeigt. Die Inzidenzraten im Saarland und im Regierungsbezirk Münster be-

wegen sich in derselben Größenordnung und lassen keine Hinweise für eine Untererfassung im EKR-MS erkennen. Die exemplarisch für das Jahr 1993 dargestellten offiziellen Sterberaten liegen in beiden Regionen ebenfalls auf gleichem Niveau. Dies unterstützt die Validität der Erhebung im EKR-MS.

Tabelle 2: Neuerkrankungsraten aus den Krebsregistern des Regierungsbezirks Münster und des Saarlandes

Geschlecht	Krebsregister	Neuerkrankungsraten					Sterberate
		1989	1990	1991	1992	1993	1993
männlich	Münster	30,9	34,7	36,0	38,7	37,0	25,5
	Saarland	35,1	36,5	37,5	31,7	29,4	25,8
weiblich	Münster	19,3	23,2	24,7	25,1	21,2	16,0
	Saarland	19,2	25,1	22,0	24,6	22,4	14,1

5. Schätzung der Überlebenszeiten

Von insgesamt 4.515 Fällen waren Informationen zur Berechnung der Überlebenszeiten verfügbar. Abbildung 3 zeigt die mit Abstand günstigsten Überlebenswahrscheinlichkeiten für das vergleichsweise junge Kollektiv der an Morbus Hodgkin Er-

krankten (ICD 201). Nach drei Jahren lebten noch 80% der Patienten. Die übrigen Tumorgruppen hatten eine deutlich ungünstigere Prognose. So waren z.B. von allen Patienten mit einer myeloischen Leukämie (ICD 205) mehr als die Hälfte binnen eines Jahres verstorben.

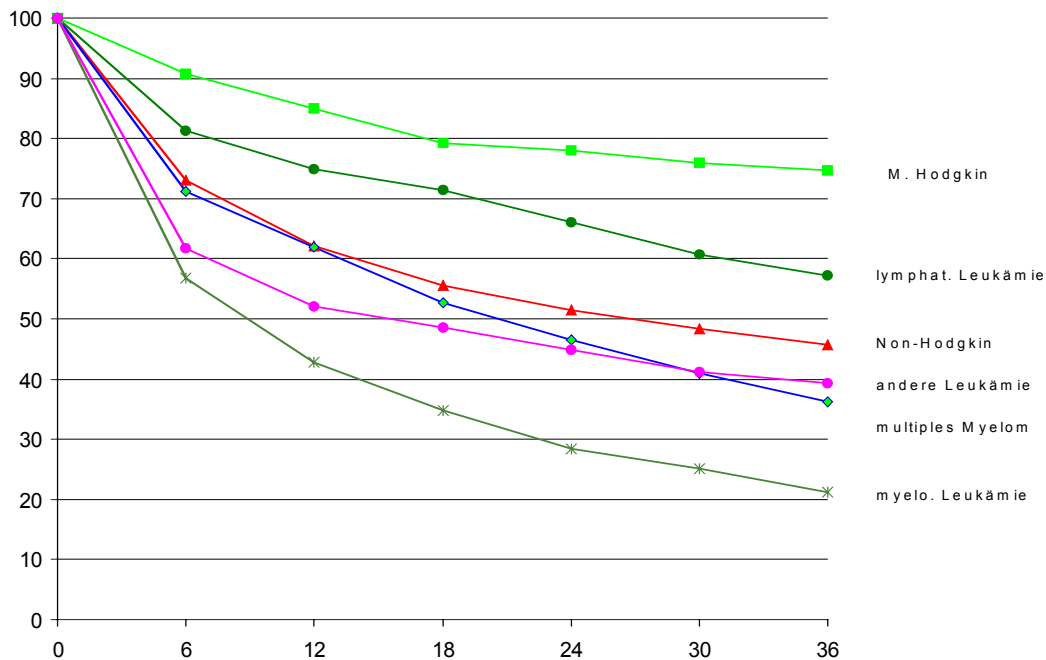


Abbildung 3: Überlebenswahrscheinlichkeit (%) nach Erstmeldung (n = 4.515 Fälle) Epidemiologisches Krebsregister Münster, 1986-1994

6. Schlußfolgerungen

- Die Daten des Epidemiologischen Krebsregisters für den Regierungsbezirk Münster sind für die deskriptive, epidemiologische Bestandsaufnahme umschriebener Tumorgruppen geeignet. Der Vergleich der Neuerkrankungs- und Sterberaten im EKR-MS mit den Raten des saarländischen Krebsregisters weist auf eine gute Validität der Daten hin.
- In den ersten Jahren ist es zu einer gewissen Untererfassung des Tumorgeschehens gekommen, die in der Zwischenzeit allerdings weitgehend beseitigt werden konnte.
- Berücksichtigt man die anfängliche Untererfassung, so scheint zwischen 1986 und 1994 kein eindeutiger Zeittrend der Inzidenz bösartiger Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes zu bestehen.

- Unterschiedliche Altersgipfel spezifischer Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Systems werden deutlich.
- Die berechneten Überlebenswahrscheinlichkeiten geben die unterschiedlichen Prognosen verschiedener Tumorarten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose wieder.

7. Perspektiven

- Zukünftige Auswertungen werden methodische Weiterentwicklungen beinhalten müssen (Relatives Überleben).
- Vollständigere Angaben zu Ausbreitung und Stadium einzelner Fälle sind anzustreben.