



# Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (ABKD): Brustkrebs-Registrierung in Deutschland im Jahr 1999: Tumorstadienverteilung in der Zielgruppe für das Mammographie-Screening (Frauen 50-69 Jahre)



## Hintergrund und Fragestellung

Bundesregierung und deutscher Bundestag haben beschlossen:

- flächendeckende Einführung des Mammographie-Screenings ab 2004
- Zielgruppe: Frauen im Alter von 50-69 Jahren (10 Mio. Frauen)
- Erwartung: Senkung der Brustkrebssterblichkeit um 25-35%
- Problem: opportunistische Mammographien werden Zielerwartung schmälern
- Frage: Wie hoch ist vor Beginn des Programms der Anteil kleiner Tumoren, die meist per Mammographie entdeckt werden?

## Methode

- Daten aller epidemiologischen Krebsregister der ABKD (außer: Hessen, Baden-Württemberg)
- n=9.762 inzidente Brustkrebsregisterkrankungen 1999 (davon 9.181 invasiv) Frauen 50-69J., ICD10: C50 (invasiv) bzw. D05.0 (in situ)
- Vollständigkeit der Krebsregister für Brustkrebs: mindestens 60%, meist > 95%
- Für jedes Register: Darstellung gemäß TNM-Schema:
  - Tumorstadienverteilung T (incl. in-situ-Tumore)
  - NO-Anteil=keine regionäre Metastasierung, Darstellung: Nenner a) mit und b) ohne N=unbekannt / NX (nicht bestimmbar)-Anteil
- Vergleich ABKD-Daten mit Register-Daten aus den Niederlanden (1) und Großbritannien (dort etablierte Mammographie-Screening-Programme seit Beginn 90er Jahre)

Abb. 1: Tumorstadienverteilung inzidenter Brustkrebsregisterkrankungen im Jahr 1999, Frauen 50-69 Jahre, ICD10: C50/D05.0, für jedes ABKD-Register und ABKD-gesamt, ohne TX-Anteil

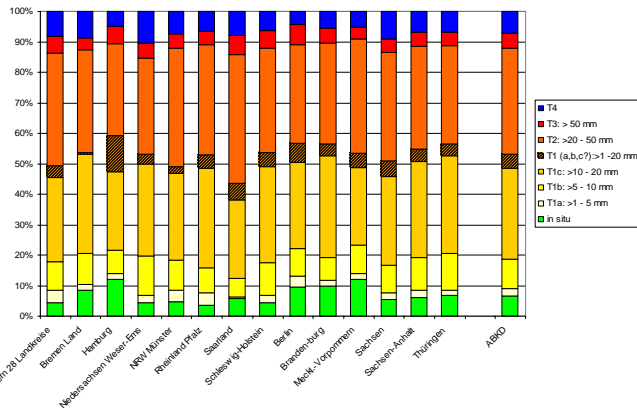


Abb. 2: wie Abb. 1, jedoch mit T-unbekannt- und TX-Anteil (nicht bestimmbarer Tumorgröße), Range für beide Kategorien zusammen: 2% Mecklenburg-Vorpommern - 34% Berlin

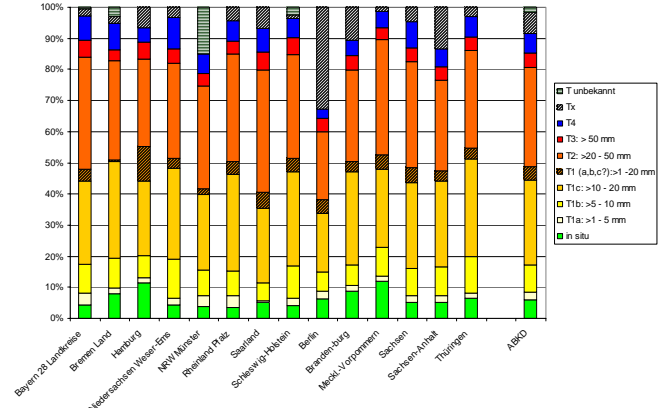


Abb. 3: Internationaler Vergleich: Hamburg (höchster T1-Anteil), Saarland (niedrigster T1-Anteil), ABKD-gesamt 1999, Niederlande 1990-96, Großbritannien (West-Midlands): Tumorstadienverteilung inzidenter Brustkrebsregisterkrankungen, Frauen 50-69 Jahre, ICD10: C50/D05.0, ohne TX-Anteil, T3-T4 in den Niederlanden zusammen dargestellt)

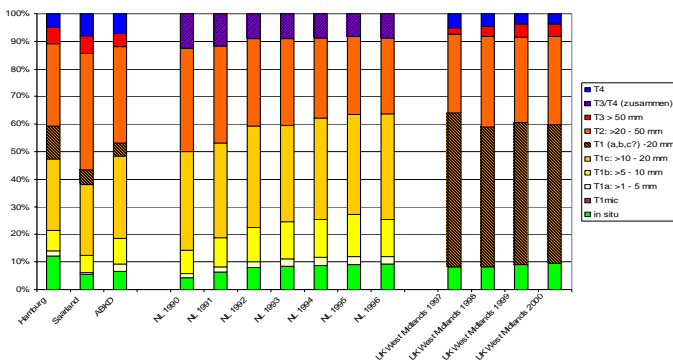
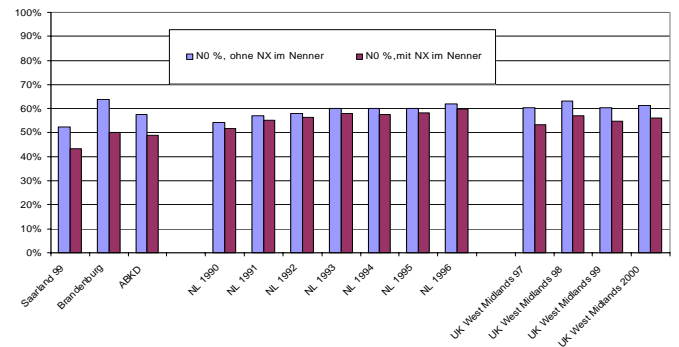


Abb. 4: Internationaler Vergleich: noch kein regionärer Lymphknotenbefall (NO, in %) bei invasiven Brustkrebsregisterkrankungen, Berechnung mit und ohne NX/unbekannt-Anteil im Nenner: Saarland (niedrigster NO-Anteil: 52%, ohne NX), Brandenburg (höchster NO-Anteil: 64%) und gesamt ABKD (58%), jeweils Frauen 50-69 Jahre, Zum Vergleich: Niederlande NL 1990-96 (1996:62%), Großbritannien (UK West-Midlands 1997-2000; 2000: 61%)



## Ergebnisse

- Der Anteil nicht beurteilbarer Tumoren/ Tumoren unbekannter Tumorgröße ist in Deutschland höher (8% in ABKD-gesamt 1999 (Range: 2% Mecklenburg-Vorpommern - 33% Berlin) als in den Niederlanden 1996 (2%), siehe auch Abb.1 und Abb.2.
- Der Anteil der Brusttumoren  $\leq 10$  mm Durchmesser lag im ABKD-Bereich 1999 bei 19% (gesamt: Range: 12% Saarland - 23% Mecklenburg-Vorpommern) und damit unterhalb des in den Niederlanden bereits im Jahr 1996 erzielten Anteils von 25% (Abb.1).
- Der Anteil der Brusttumoren  $\leq 20$  mm Durchmesser lag im ABKD-Bereich 1999 bei 53% (Range: Saarland 44% - Hamburg 60%) und damit unterhalb des in den Niederlanden bereits im Jahr 1996 erzielten Anteils von 64% bzw. den West-Midlands 1997-2000: 59%-64%.
- Der Anteil invasiver Brusttumoren ohne regionäre Metastasierung (NO) lag im ABKD-Bereich 1999 bei 58% (Range: Saarland 52% - Brandenburg 64%, Berechnung ohne NX im Nenner, Abb.4). Zum Vergleich: Niederlande 1996: 62%; West-Midlands: 1997-2000: 60%-63%.

## Schlussfolgerungen

- Die Vollständigkeit der Brustkrebsregistrierung in der ABKD war im Jahr 1999 bereits hinreichend für eine Interpretation zur Inzidenz, zu Tumorstadien (T) und zur regionären Metastasierung (N).
- Der Anteil kleiner Brusttumoren (T in situ, T1a/T1b [bis 10mm] bzw. T1c, T1 [bis 20mm]) war in Deutschland 1999 kaum kleiner als in den Niederlanden 1996 oder den West-Midlands in den Jahren 1997-2000.
- Der Anteil regional nicht-metastasierter Tumoren (NO) bei Diagnosestellung war in Deutschland 1999 zwar niedriger, aber durchaus vergleichbar mit Befunden aus den Niederlanden in 1996 bzw. den West-Midlands in den Jahren 1997-2000.
- Die Datenlage in Deutschland lässt keine Aussage zu, ob der erzielte Anteil früh erkannt, kleiner Tumoren erkaufft wurde mit einer niedrigen Schwelle beim Stellen einer Biopsie-Indikation oder verkürzten Mammographieintervallen im opportunistischen Screening (in den Niederlanden/England: Intervalle: 2-3 Jahre).
- Dringend zu fordern ist eine systematische populationsbezogene Dokumentation des Mammographie-Screenings unter Einbeziehung der Krebsregister, die zusätzliche Endpunkte berücksichtigt als bislang vorgesehen (2,3).

## Kontakt (für die ABKD)

Dr. med. Klaus Giersiepen M.P.H.,  
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)  
Linzer Str. 8, 28359 Bremen  
Telefon: 0421 - 5959687  
Fax: 0421 - 5959668  
Email: giersiepe@bips.uni-bremen.de

## Danksgiving

Wir danken Dr. Gill Lawrence, Reetu Dhir, Stacey Croft von der  
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), für die Bereit-  
stellung ihrer Registerdaten.  
Wir danken außerdem allen Ärzten und Ärztinnen, die ihre  
Patientinnen an die Krebsregister gemeldet haben.

## Quellen

- 1) Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland 2001 (XX) Het negende evaluatie-rapport Universiteit Rotterdam J Fracheboud et al. 2001. ISBN: 90-72445-98-9
- 2) Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über eine Änderung der Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) vom 15. Dezember 2003 (<http://www.arge-ko.de/pdf/besch/2003-12-15-Krebsfrueherkennung.pdf>)
- 3) The NSC Criteria: The Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme [www.ndc.nhs.uk/pdfs/criteria.pdf](http://www.ndc.nhs.uk/pdfs/criteria.pdf)