

3. Schwerpunkt: Kolorektales Karzinom aus klinisch-epidemiologischer Sicht

3.1 Epidemiologische Kenngrößen

Parameter		männl.	weibl.
Jährl. Neuerkrankungen ¹ in Deutschland m/w	n	30400	29800
Rohe Inzidenz (je 100.000) ¹	n	76	71
Anteil an Krebsneuerkrankungen ¹	%	14	14
Alter: Median/Mittelwert ²	Jahre	65/65	69/71
Alter: 10% jünger/10% älter als ²	Jahre	51/80	52/84
10-Jahres-Überlebensrate: Gesamtüberleben ²	%	34	32
10-Jahres-Überlebensrate: relativ ²	%	56	50
Sterbefälle in Deutschland 1997 ³	n	13667	16100
Rohe Mortalitätsrate 1997 (je 100.000) ³	n	34	38
Anteil an krebsbedingter Mortalität m/w ³	n	12.7	15.7
Geschätzte Inzidenz (auf Basis Mortalität) ³	n	31000	32000
Kumulative Inzidenz bis zum 74. Lebensjahr ⁴	%	5.0	3.3
Lebenszeitrisiko zu erkranken ⁴	%	6.2	5.8
Lebenszeitrisiko zu sterben ⁴	%	2.6	2.6

Tab. 27: Epidemiologische Basiszahlen für das kolorektale Karzinom

¹ Krebsregister des Saarlands, Daten 1994/95 ² TRM ³ Statistisches Bundesamt ⁴ SEER-Daten

Eine Zusammenstellung häufig zitierte epidemiologischer Kenngrößen zeigt Tab. 27. 1997 sind 20.780 (männlich 43,5%, weiblich 56,5%) Menschen in Deutschland an Kolonkarzinom und 8.987 (männlich 51,4%, weiblich 48,6%) an Rektumkarzinom verstorben, zusammen 29.767 [SBT]. Die zeitliche Entwicklung der Mortalität seit 1970 kann mit altersstandardisierten Raten beschrieben werden (Abb. 28). Die Vergleichbarkeit der geschlechtsspezifischen Raten über die Jahre und die Unterschiede in der Niveaulage zwischen alten und neuen Bundesländern sind deutlich. Wegen unterschiedlicher Bevölkerungsstandards für Männer und Frauen sind jedoch Vergleiche zwischen den Geschlechtern nicht zulässig. Die Mortalitätsraten von 1998 in der Region München sind in den Tab. 16 und 17 enthalten.

Für die Schätzung der Anzahl der Neuerkrankungen kolorektaler Karzinome ist das Saarländische Register [SLS] nach wie vor eine zuverlässige Informationsquelle, Abb. 29 zeigt die altersspezifischen Inzidenzraten des Saarlandes für 1994/95. Danach würden in Deutschland ca. 30.400 Männer und 29.800 Frauen jährlich erkranken. Dies entspricht 76 je 100.000 bei Männern und 71 bei Frauen. 1996 wurde im TRM für die Stadt München 56,7 bzw. 56,6 (Tab. 8 und 9) erreicht, wobei Meldedefizite von mindestens 15% bekannt sind. Zur Beschreibung des Erkrankungsrisikos kann zum einen das kumulative Risiko, z.B. bis zum 74. Lebensjahr, herangezogen werden. Es beträgt bei Männern 5,0%, bei Frauen 3,3% (SEER-Daten). Für das Lebenszeitrisiko als aussagekräftigste Kenngröße ergibt sich ebenfalls aus den SEER-Daten der USA (s. Internet-Links) für die Erkrankung 6,2%/5,8% und für den durch Darmkrebs bedingten Tod 2,6% für beide Geschlechter.

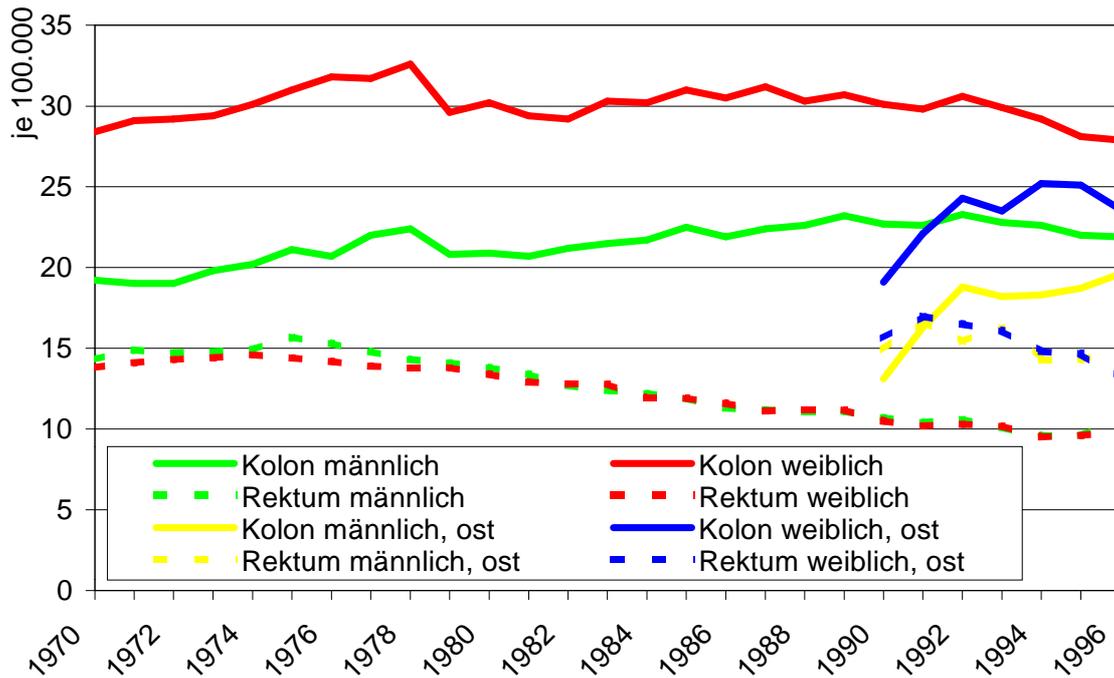


Abb. 28: Altersstandardisierte Mortalität in Deutschland seit 1970

Durch die Altersstandardisierung wird erreicht, daß alle Werte, hier seit 1970, vergleichbar sind und damit als Zeitreihe Trends beschreiben. Der Rückgang des Rektumkarzinoms und die Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern sind damit belegt. Vorsicht: Dadurch, daß die amtliche Statistik für Männer und Frauen unterschiedliche Standards verwendet, dürfen keine Geschlechtseffekte aus den Daten herausgelesen werden. Wie Abb. 29 zeigt, sind kolorektale Tumoren bei Männern häufiger. Nur wegen der höheren Lebenserwartung der Frauen erkranken mehr Frauen im 8. und 9. Lebensjahrzehnt. Vergleichbare Daten zur Mortalität liefern Tab. 16 und 17.

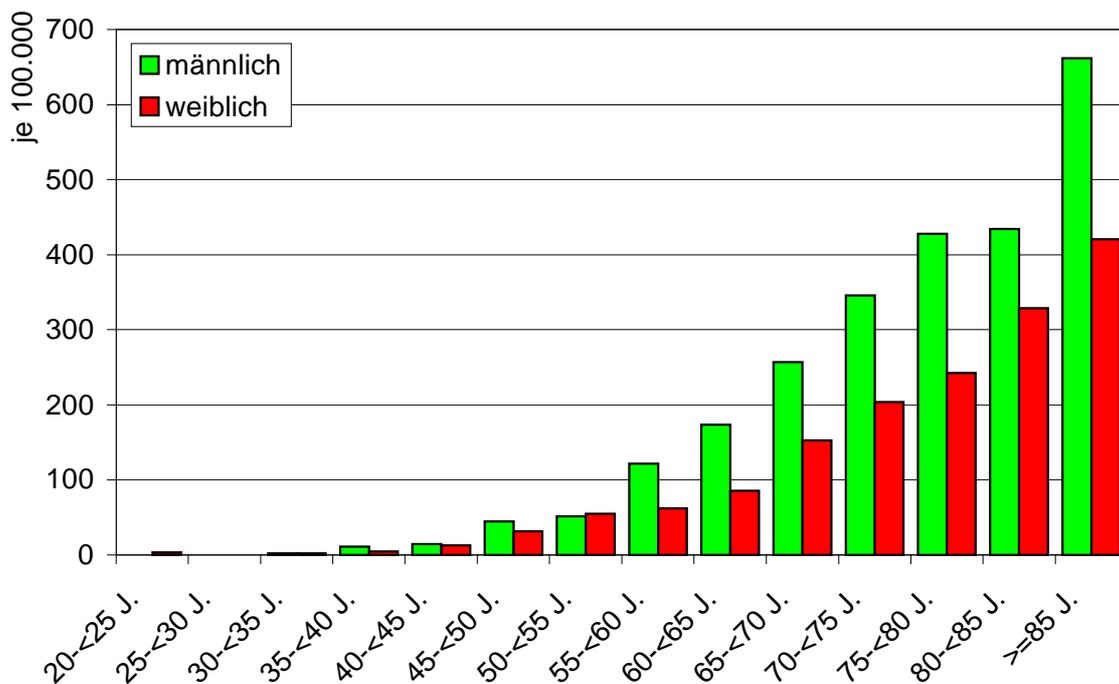


Abb. 29: Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz kolorektaler Karzinome im Saarland 1995 [SLS] (s. Abb. 28)

3.2 Klinische Kenngrößen

Die Sicht des Arztes auf eine Erkrankung spiegeln nicht Inzidenzraten, sondern Altersverteilungen (Abb. 30) wider. Diese Verteilungen lassen sich mit einem mittleren Erkrankungsalter von 64,1 Jahren bei Männern bzw. 66,8 Jahren bei Frauen beschreiben (Kolon w: 67,5 J., m: 64,9 J.; Rektum: w: 65,7 J., m: 63,1 J.). Etwa 10% der Patienten sind jünger als 50 Jahre. Das mittlere Sterbealter bei progredienter Erkrankung beträgt in der Region 71,5 Jahre bzw. 75,8 Jahre (Tab. 14) und läßt im Vergleich zur Diagnosestellung (Tab. 20) noch Erhebungsdefizite im fortgeschrittenen Alter erkennen. Denn die mediane Überlebenszeit für primär und im Verlauf metastasierte Patienten beträgt etwa 1,5 Jahre, was auch der Abb. 38 zu entnehmen ist. Dieser und den folgenden Abbildungen liegen die Daten des Tumorregisters München von mehr als 8.500 Patienten aus den letzten 20 Jahren zugrunde.

Die prognostische Bedeutung der pT-Kategorien beschreibt Tab. 31. Bemerkenswert ist die Zunahme des mittleren Erkrankungsalters, die die Tumorwachstumdauer beschreiben dürfte. Des weiteren ist die Abhängigkeit des Tumorstadiums von der Lokalisation zu beachten (Abb. 32). Die Ausbreitung des Tumors wird in Abb. 33 mit der Anzahl der befallenen Lymphknoten in Abhängigkeit von der pT-Kategorie beschrieben. Einen i.w. auf die Altersverteilung von Männern und Frauen zurückzuführenden Geschlechtsunterschied bei der Tumorkalisation belegt Abb. 34.

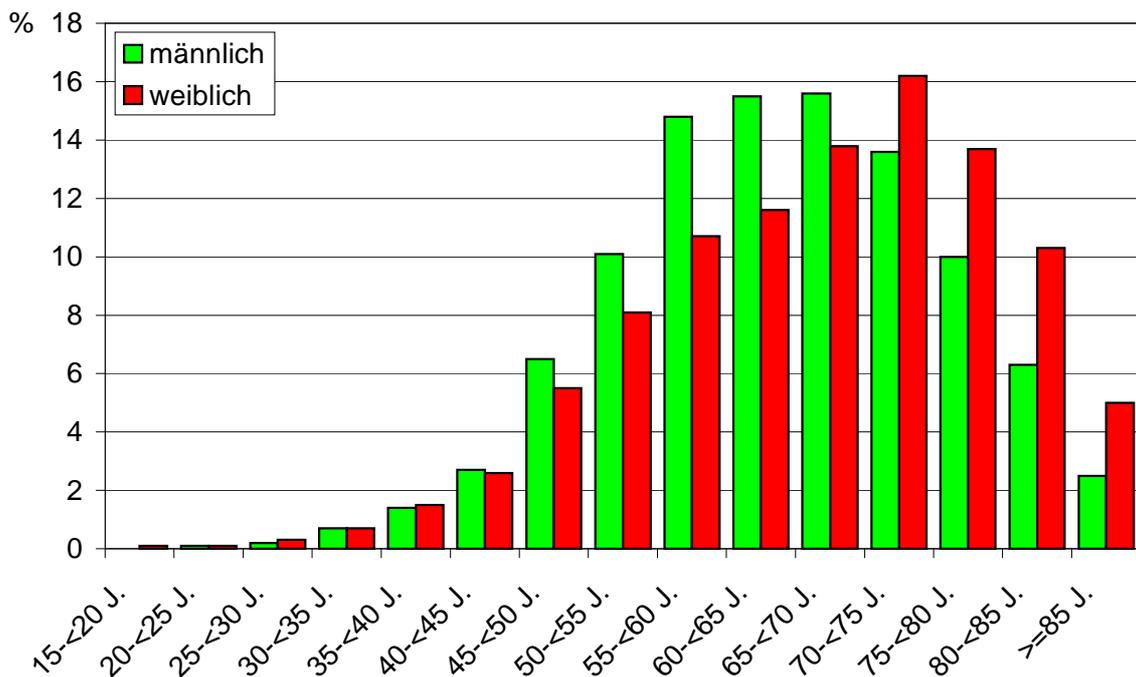


Abb. 30: Altersverteilung bei Diagnosestellung

pT-Kategorie	%	Anteil N+ %	Anteil G3 %	Anteil M1 %	Alter bei Diagnose Jahre
pTis	0.2	0.0	0.0	0.0	64.0
pT1	8.0	8.2	11.4	0.9	64.1
pT2	21.0	25.9	16.3	7.2	64.7
pT3	55.2	48.9	24.6	18.2	65.7
pT4	15.6	66.6	39.0	42.1	66.9
Gesamt/Durchschnitt	100.0	43.5	24.0	18.2	65.4

Tab. 31: Verteilung der pT-Kategorie mit Anteil N+, G3, M1-Befunden und Altersmittelwerten

21% aller Darmtumoren sind pT2-Befunde. 25,9% davon sind N+, 16,3% G3-Befunde und 7,2% werden mit Fernmetastasen (Anteil M1) diagnostiziert. Die pT2-Patienten sind bei Diagnosestellung im Mittel 64,7 Jahre alt.

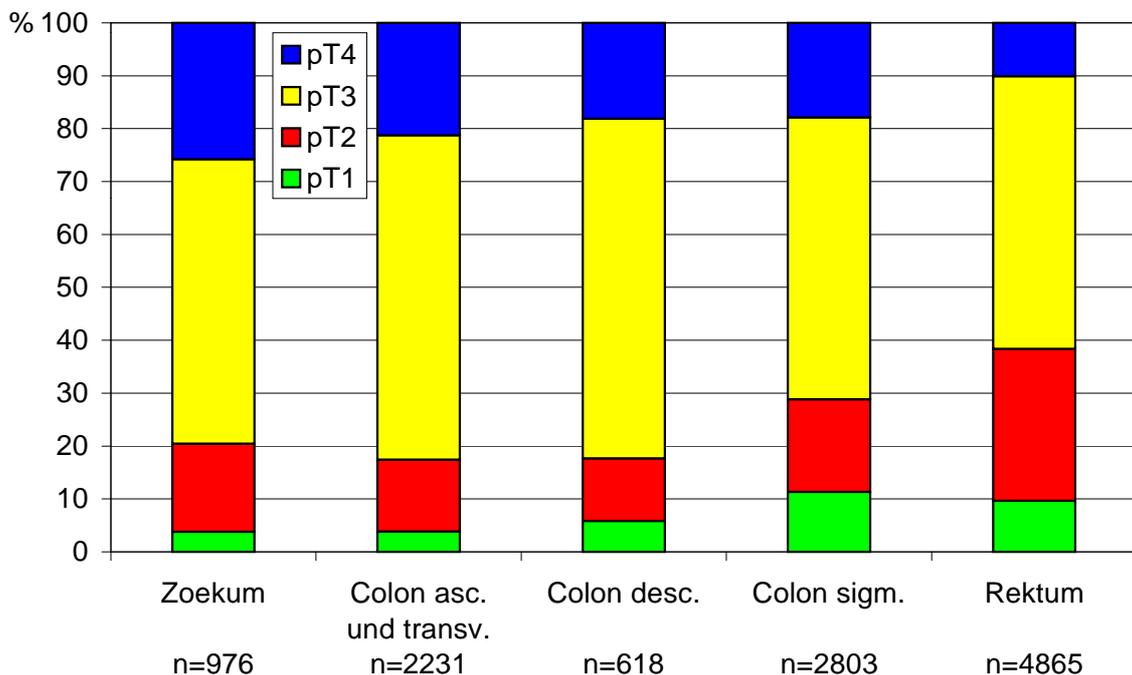


Abb. 32: Verteilung der pT-Kategorien in Abhängigkeit von der Tumorlokalisation

Im Zoekum werden ca. 24% der Krebserkrankungen als pT4 diagnostiziert, im Rektum dagegen nur ca. 10%.

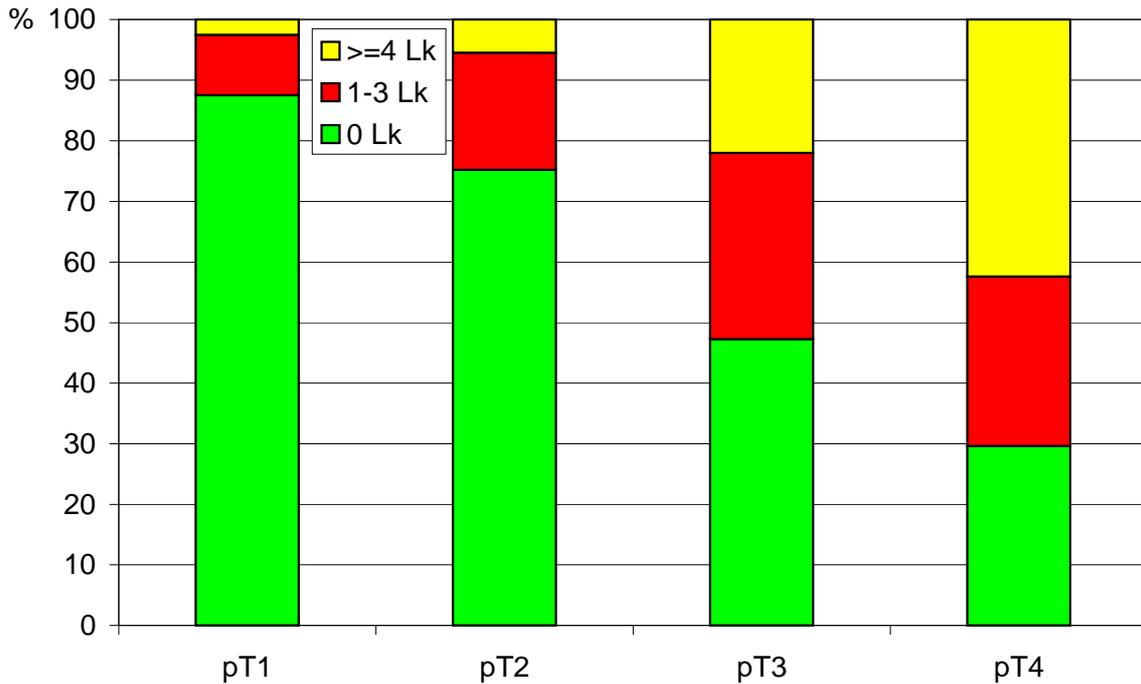


Abb. 33: Anzahl befallener Lymphknoten in Abhängigkeit von der pT-Kategorie

Bei pT1-Befunden sind 87%, bei pT4 nur 30% ohne befallenen Lymphknoten (0 Lk). Deutlich ist die Zunahme der Befunde der Patienten mit mehr als 3 befallenen Lymphknoten (≥ 4 Lk) in Abhängigkeit von der pT-Kategorie zu erkennen.

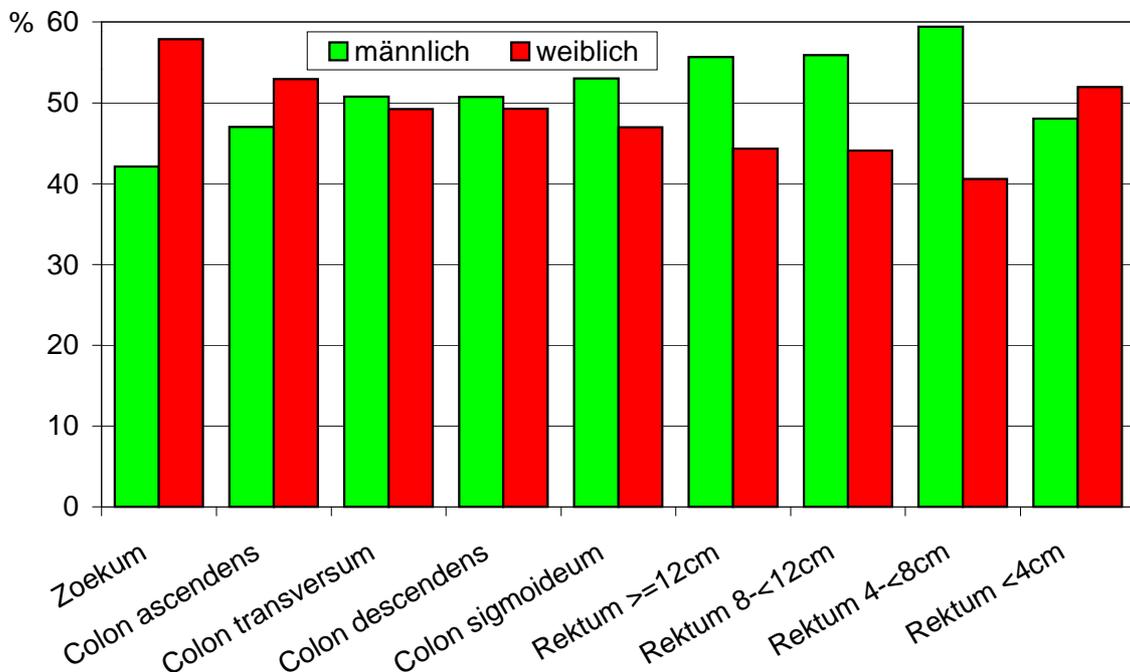


Abb. 34: Geschlechtsverhältnis in Abhängigkeit von der Tumorlokalisation

Der Anteil der Männer liegt beim Zoekum bei 42% und steigt kontinuierlich an auf 59% bei Tumoren im Bereich von 4 bis 8 cm des Rektums. Der Rückgang des Rektumkarzinoms und der leichte Anstieg des Kolonkarzinoms seit den 70er Jahren (s. Abb. 28) dürfte ein biologisches Phänomen sein. Der hier dargestellte geschlechtsspezifische Effekt ist jedoch allein auf die Altersverteilung der beiden Geschlechter und das etwas spätere Auftreten der Kolonkarzinome zurückzuführen (s. Tab. 40).