

3.4 Corpus uteri

Das Korpuskarzinom ist nach Brust- und Darmkrebs gleich häufig wie Tumoren der Atmungsorgane und somit die dritthäufigste Krebserkrankung der Frau in Deutschland, die allerdings im fortgeschrittenen Alter auftritt [RKI]. Das mittlere Erkrankungsalter der Patientinnen im TRM (ab 1988 mit Wohnsitz in der Region) mit einem Korpuskarzinom beträgt 67,9 Jahre. 80% erkranken im Alter zwischen 54 und 82 Jahren. Für die Stadt München wurde 1996/97 eine rohe Inzidenz von 22,8/100.000 Frauen ermittelt (Tab. 6b). Die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen wird in Deutschland auf 10.000 geschätzt [RKI]. Das sind 5,8% aller weiblichen Krebserkrankungen. Der Anteil an der tumorbedingten Mortalität beträgt 1,2% (Tab. 26, ohne C55). Für die folgenden Erläuterungen zu den klinischen Daten des TRM sind auch die Anmerkungen zu den Auswertungsprinzipien im Anhang zu beachten.

Wegen des fortgeschrittenen Alters und der hohen Besetzung des prognostisch günstigen Stadiums I ist bei Prognoseaussagen auch die Abhängigkeit von Begleiterkrankungen zu berücksichtigen (Abb. 55). In der Gruppe Diabetes sind alle Diabetikerinnen berücksichtigt unabhängig davon, ob zusätzlich eine Adipositas und/oder ein Hochdruck vorlagen oder nicht. Die Altersmittelwerte für die verschiedenen Untergruppen mit Begleiterkrankung variieren (Patientinnen mit Adipositas: 63,5 J., mit Hochdruck und Adipositas: 67,1 J., mit Hochdruck: 70 J., mit Diabetes – mit und ohne Hochdruck oder Adipositas oder beidem - : 69,8 J.) Beim relativen Survival ergibt sich für die Patientinnen mit Adipositas (unabhängig ob mit oder ohne Hochdruck) die günstigste Prognose. Das relative Survival beträgt nach 10 Jahren 90% und ist vergleichbar zum etwas älteren Gesamtkollektiv mit FIGO-Stadium I. Ca. 10% schlechter liegt das relative Überleben für Patientinnen mit Hochdruck und noch mal 10% schlechter das für Diabetikerinnen.

In Abb. 56 zeigte sich ein signifikanter Vorteil einer zusätzlichen Radiatio nur im FIGO-Stadium III. Die ausschließlich bestrahlten Patientinnen stellen ab 1988 nur noch 5% des Kollektives und sind im Mittel (je nach Stadium) bis zu 10 Jahren älter. Trotz Altersabhängigkeiten in den Stadien und Behandlungsgruppen ergibt sich aber auch beim relativen Survival keine Änderung in der absteigenden Rangordnung von nur Operation, Operation und Bestrahlung und am ungünstigsten alleinige Bestrahlung.

Welche Veränderungen der Therapien und des Überlebens zeigen sich beim Korpuskarzinom? Die Veränderungen der Primärtherapie (Abb. 57 bis 59) sind dargestellt für Patientinnen mit Wohnort in der Region München. Seit 1977 hat die alleinige Operation beim Korpuskarzinom zugenommen, der kontinuierliche Rückgang der ausschließlichen Strahlentherapie sowie der Hormontherapie wird deutlich (Abb. 58). Der noch relativ hohe Anteil dieser beiden Therapiearten im Zeitraum von 1977 bis 1982 (Abb. 57) hat seinen größten Rückgang in der Altersgruppe ab 75 Jahre erfahren (Abb. 59), welche ca. ein Viertel des Kollektives ausmacht. Aus den aktuellen Leitlinien der DKG [DKG] zur Therapie ist die Aussage anzumerken, daß die Ergebnisse der adjuvanten Hormontherapie nach wie vor enttäuschend sind. Nur in den FIGO-Stadien III und IV mit knapp 15% aller Patientinnen spielt die Hormontherapie noch eine Rolle (Tab. 50). Des weiteren heißt es bei der DKG: "Mit der ausschließlichen Strahlentherapie steht auch bei allgemeiner Inoperabilität eine kurative Behandlungsmethode zur Verfügung". Auch hier zeigt sich ein starker Rückgang auf heute ca. 5%. Wegen der in den Leitlinien definierten vagen Abhängigkeit vom Alter und von der Multimorbidität ist eine Bewertung der realen Versorgungsergebnisse aufgrund der nicht verfügbaren Daten über den Gesundheitsstatus der Patientinnen nur eingeschränkt möglich.

In Abb. 60 ist das Gesamtüberleben in Abhängigkeit vom Stadium und Behandlungszeitraum vor und ab 1988 gegenübergestellt. In allen vier Stadien zeigt sich ein Überlebensvorteil für die Patientinnen mit Neuerkrankung nach 1987. Beim Korpuskarzinom als einer Erkrankung im fortgeschrittenen Alter ist auch eine Betrachtung des relativen Überlebens von Bedeutung. Hier zeigt sich im FIGO-Stadium I und II eine Verbesserung der Überlebensraten von jeweils über 10%. Diese beiden Stadien machen über 85% der Betroffenen aus (Tab. 50). In den nur noch gering besetzten Stadien III und IV kann "nur" noch eine Verbesserung der Überlebenszeit belegt werden. Der historische Vergleich der Stadienverteilung hat einen zusätzlichen Einfluß. Im wesentlichen zeigt sich eine Verschiebung vom Stadium II (Rückgang um 6,6%) zugunsten des Stadiums I (Zunahme um 7,4%). Stadium III zeigte einen leichten Rückgang (um 1,3%) und Stadium IV eine leichte Zunahme (um 0,6%). Neben einer stadienspezifischen Verbesserung zeigt sich auch insgesamt seit 1988 (stadienunabhängig) eine signifikante Verbesserung des 5- und 10-Jahres Überlebens (relatives 5-Jahres Überleben vor und ab 1988: 70,3% und 82,0%, relatives 10-Jahres Überleben vor und ab 1988: 63,9% und 77,2%). Da nach Abb. 60 in allen Stadien ein Überlebensvorteil erkennbar wird, ist auch im Gesamtüberleben eine Verbesserung zu erwarten, wenn nicht eine systematische "Bereinigung" der Stadien (migration bias) erfolgte. Deshalb wird die säkulare Verbesserung des Gesamtüberlebens zum Teil auch durch eine unterschiedliche Besetzung der Stadien bedingt sein. Das Alter wirkt diesem positiven Einfluß etwas entgegen weil die rekrutierten Patientinnen in allen Stadien etwas älter geworden sind. Der Altersmittelwert ist im Stadium I um 1,9 Jahre, im Stadium II um 0,1 Jahre, im Stadium III um 2,4 Jahre und im Stadium IV um 0,9 Jahre angestiegen.

Auf der Basis der uns zur Verfügung stehenden Daten ergab die multivariate Analyse zur Abhängigkeit des Überlebens von der Primärtherapie und klinischen Kenngrößen einen signifikanten Überlebensvorteil durch den Verzicht auf die alleinige Strahlentherapie zugunsten der Operation, was den säkularen Effekt von Abb. 60 zusätzlich erklärt. Ein Effekt der Kombination mit Bestrahlung im Vergleich zur alleinigen Operation konnte nicht gefunden werden. Die zusätzlich vermutlich erreichte bessere Lebensqualität der Patientinnen ist ein weiterer Gewinn in der Versorgung.

Der ungünstige Verlauf für progrediente Patientinnen und der lead-time Effekt sind jeweils vergleichbar zum Ovarialtumor aufbereitet (Abb. 61 bis 64). Auch die Abhängigkeit der Überlebenszeit in Monaten von den Charakteristika Grading und FIGO (Tab. 63) ist bemerkenswert sowie die im Vergleich zum Ovarialtumor weit geringere Abhängigkeit vom Alter. Die Variationen der Klinikergebnisse in univariater Sicht sind im Vergleich zu den Variationen bei den Ovarialtumoren (s. Abb. 46) wesentlich geringer. Wie sich schon aus dieser univariaten Sicht vermuten läßt (Abb. 65), zeigt sich bei der multivariaten Analyse kein signifikanter Unterschied zwischen den Kliniken.

FIGO-Stadium (n=1788)	%	Alter		Grading			Therapie				
		Mittelwert	Anteil	G1	G2	G3-4	OP	OP	Rad.	OP+Horm.	Hormon.
		Jahre	≥75 Jahre	%	%	%	%	+Rad.	%	(+/-Rad.)	(+/-Rad.)
I	75.2	67.3	24.0	47.3	40.7	12.0	48.6	45.0	3.5	2.3	0.6
II	10.1	69.5	31.7	26.2	57.0	16.9	18.2	65.3	14.2	2.3	0.0
III	11.0	69.0	32.5	12.8	48.3	38.9	19.0	59.0	7.2	14.4	0.5
IV	3.7	69.7	34.9	14.8	37.0	48.2	40.4	24.6	5.3	26.3	3.5
Gesamt/ Durchschnitt	100.0	67.9	26.1	40.5	43.0	16.5	42.0	47.9	5.0	4.5	0.6

Tab. 50: Verteilung klinischer Kenngrößen in Abhängigkeit vom FIGO-Stadium

Die Daten geben einen Überblick über klinische Charakteristika für das Korpuskarzinom ohne Sarkome von Patientinnen mit Wohnort im epidemiologischen Einzugsgebiet und mit einem Diagnosedatum ab 1988. Der Zeitbezug 1988 wurde u.a. wegen der Vergleichbarkeit zum Ovarialtumor und Zervixkarzinom gewählt. Stadienangaben waren für 96,6% der Patientinnen verfügbar (bzw. 97,1% einschließlich 10 mal der Angabe "in situ Karzinom"). Bei einem Anteil von 4,6% pN0, 43,5% pNpos und 51,9% pNX kann für einen Lymphknotenbefall in Abhängigkeit von der pT-Kategorie folgende Schätzung gegeben werden: Anteil pNpos bei pTis 0%, bei pT1 4%, bei pT2 20%, bei pT3 39% und bei pT4 40%.

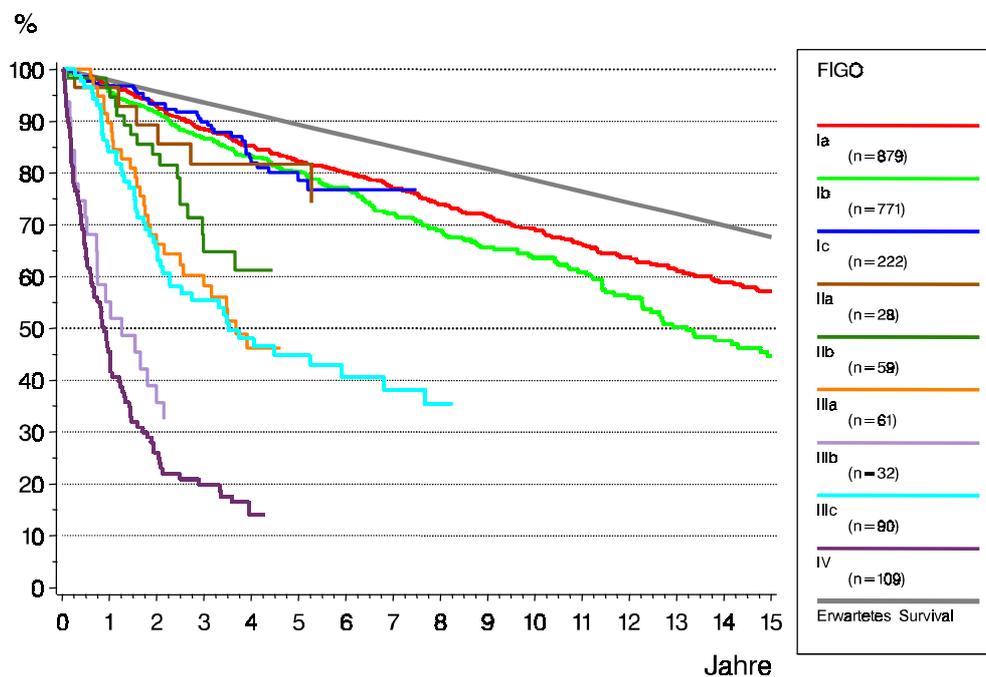


Abb. 51: Gesamtüberleben und erwartetes Survival für das Gesamtkollektiv in Abhängigkeit vom FIGO-Stadium

Aufgrund der Änderung der TNM-Klassifikation 1992 sind im Stadium FIGO Ia und Ib Tumoren mit unterschiedlichen Definitionen enthalten. Das Stadium Ic entspricht bereits der neuen Klassifikation (s. auch Abb. 52).

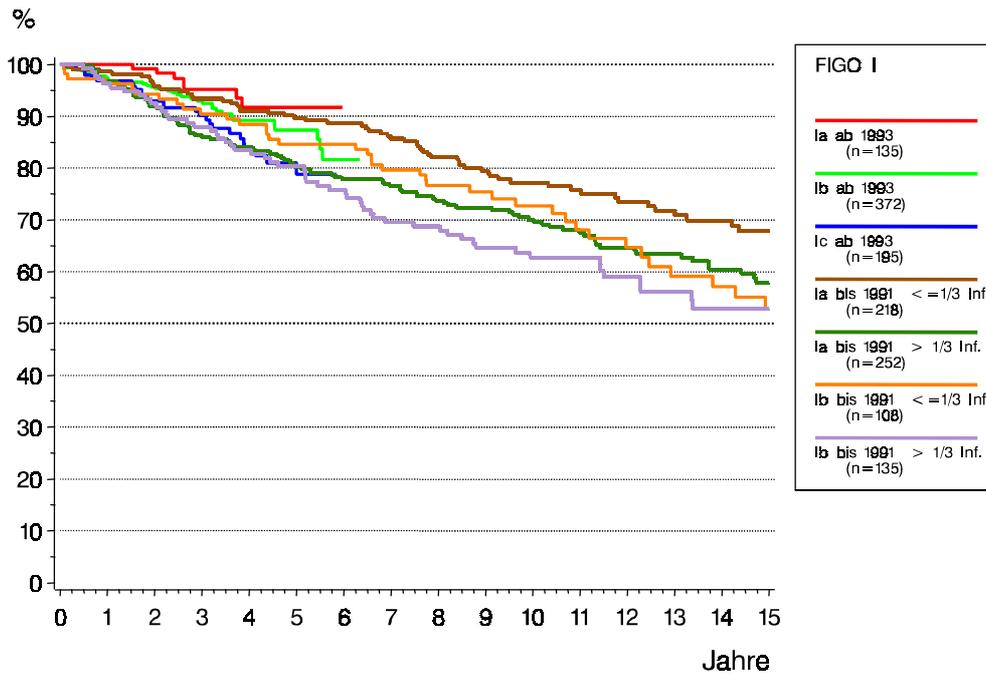


Abb. 52: Gesamtüberleben im FIGO-Stadium I vor und nach der TNM-Klassifikation 1992
 Mit der neuen UICC-Klassifikation für das FIGO-Stadium I zeichnet sich ein gute Differenzierung ab (rote, grüne, blaue Kurve). In der TRM-Dokumentation wurde zusätzlich zur alten Klassifikation Ia und Ib auch die Eindringtiefe bei Myometriuminfiltration erfaßt (Infiltration des Myometriums nicht über das erste Drittel hinausgehend bzw. zu mehr als einem Drittel), was in der Kombination mit den offiziellen Stadien die Substadien offensichtlich weiter gut differenzierte (s. auch Abb. 51).

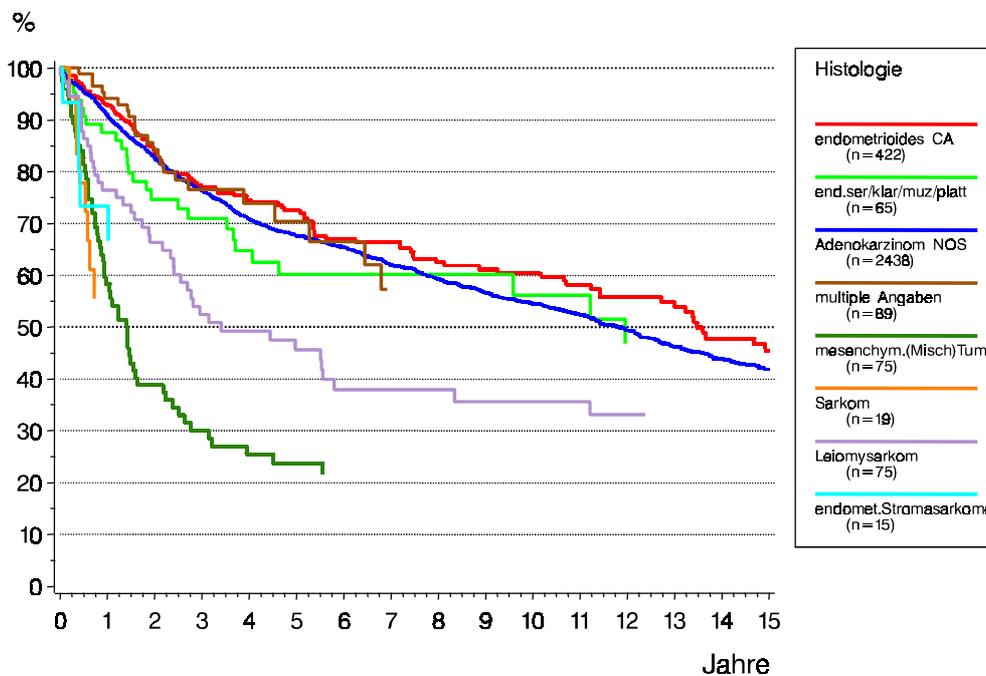


Abb. 53: Gesamtüberleben in Abhängigkeit von der Histologie für die häufigsten histologischen Untergruppen

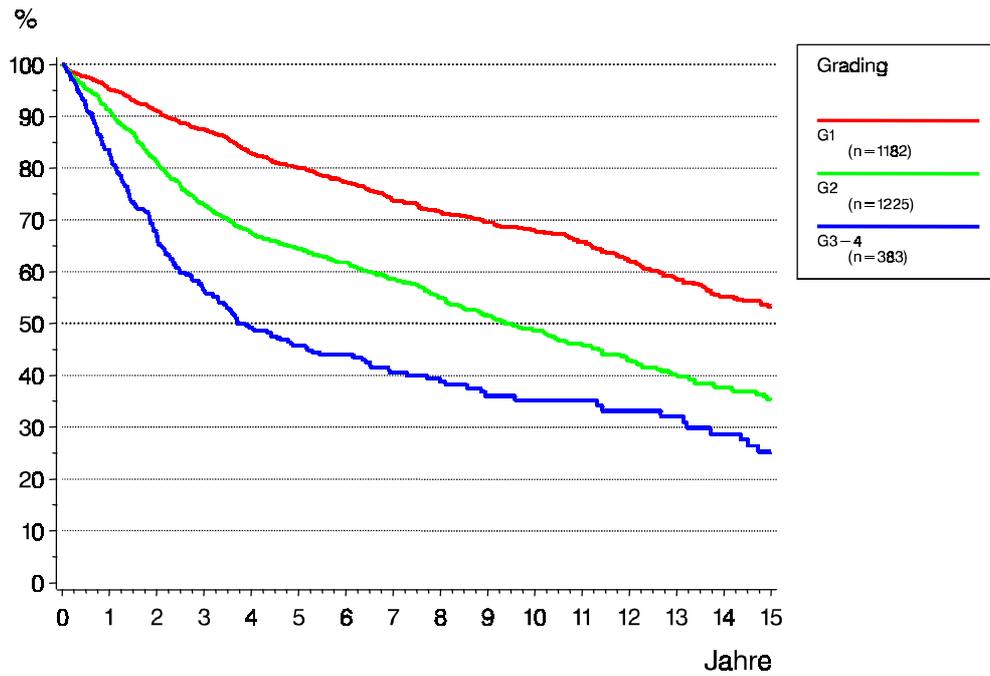


Abb. 54: Gesamtüberleben in Abhängigkeit vom Differenzierungsgrad (Gesamtkollektiv)

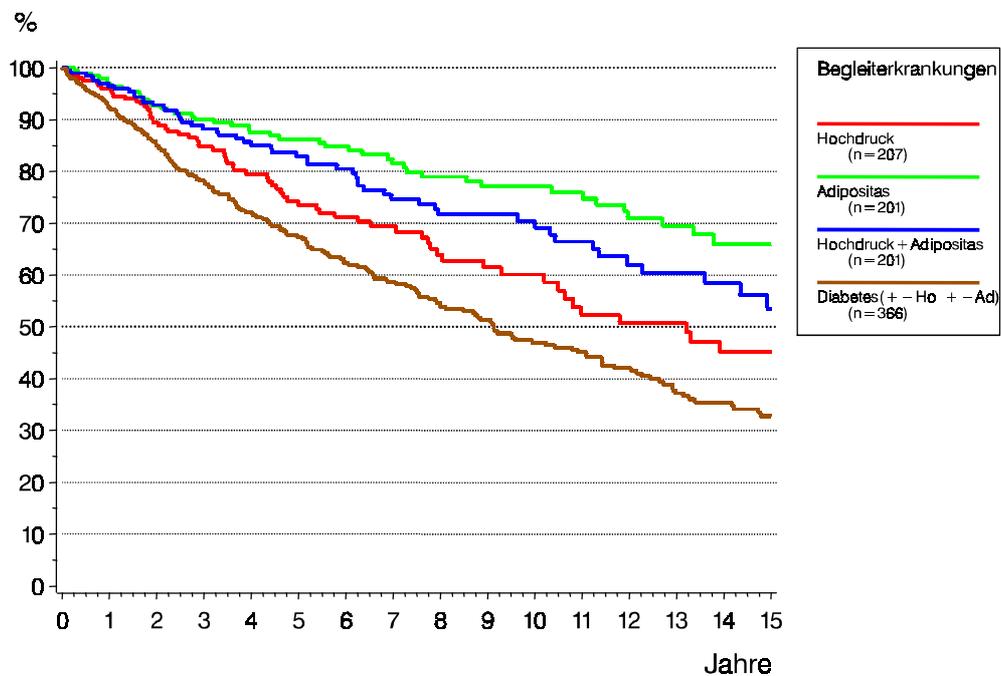


Abb. 55: Gesamtüberleben im Stadium I in Abhängigkeit von Begleiterkrankungen

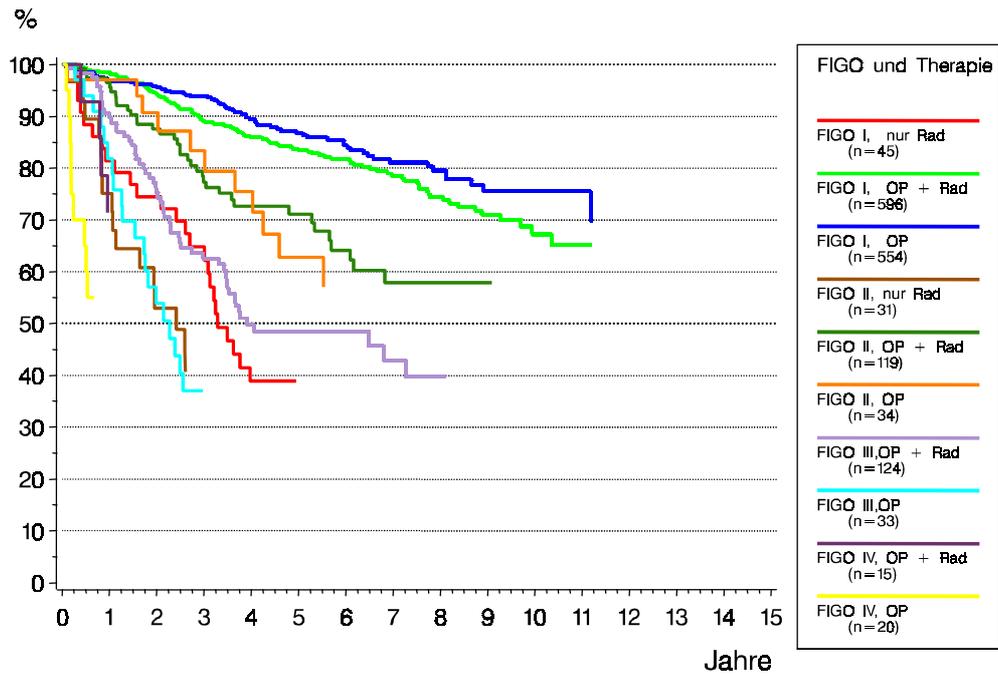


Abb. 56: Gesamtüberleben in Abhängigkeit von Stadium und Behandlungsmodalitäten

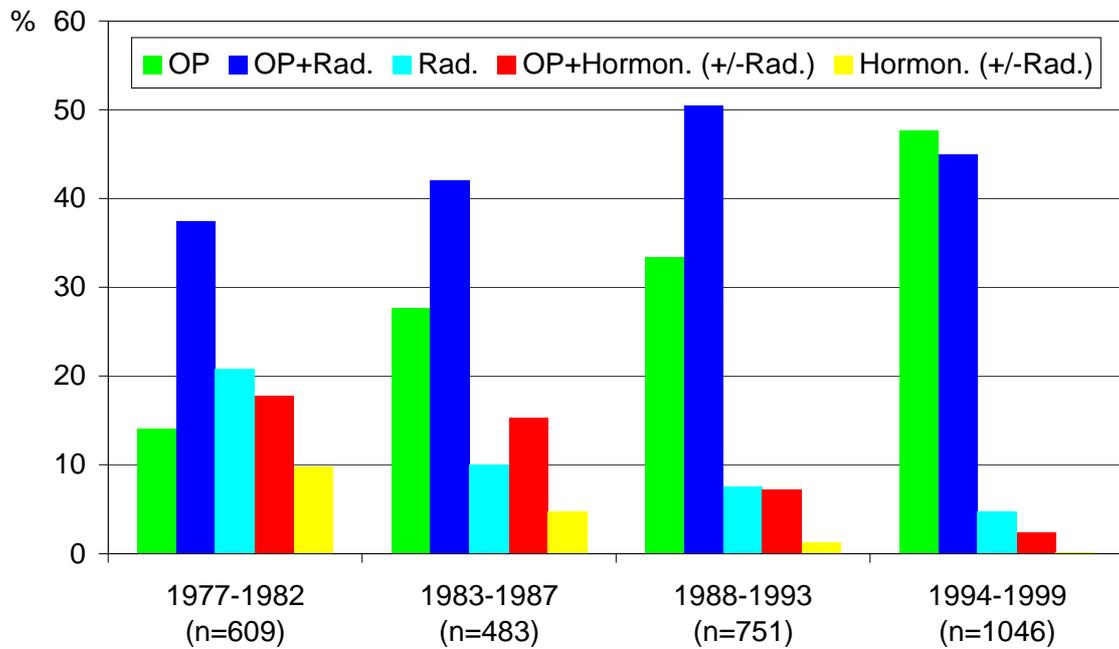


Abb. 57: Veränderung der Primärtherapie seit 1977 in vier Zeitperioden

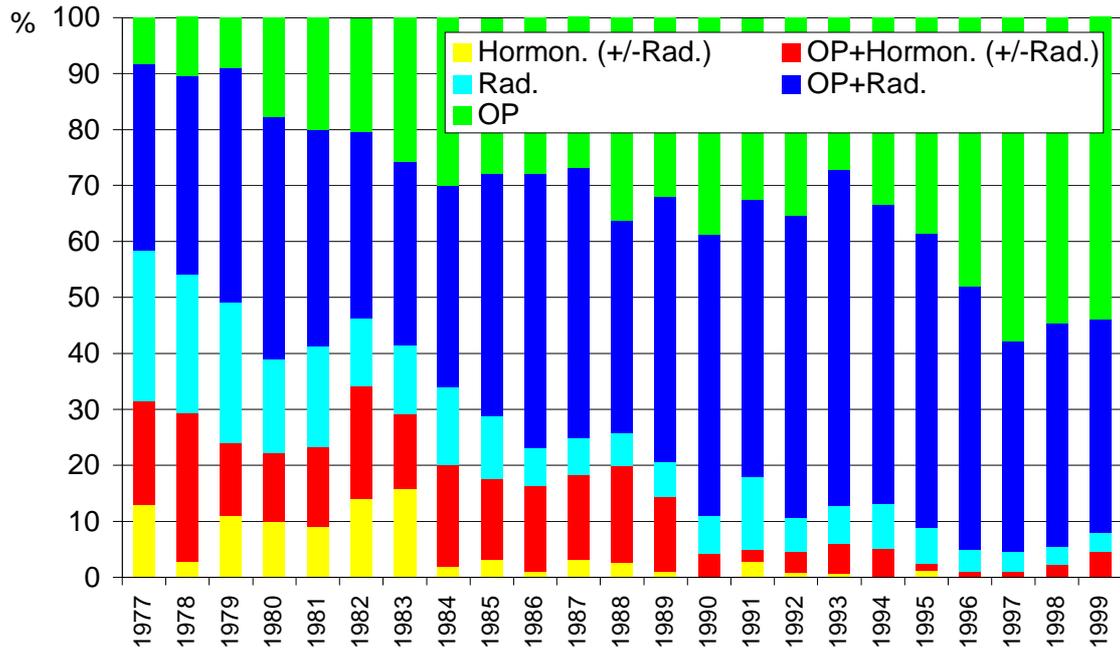


Abb. 58: Veränderung der Primärtherapie seit 1977 pro Jahr

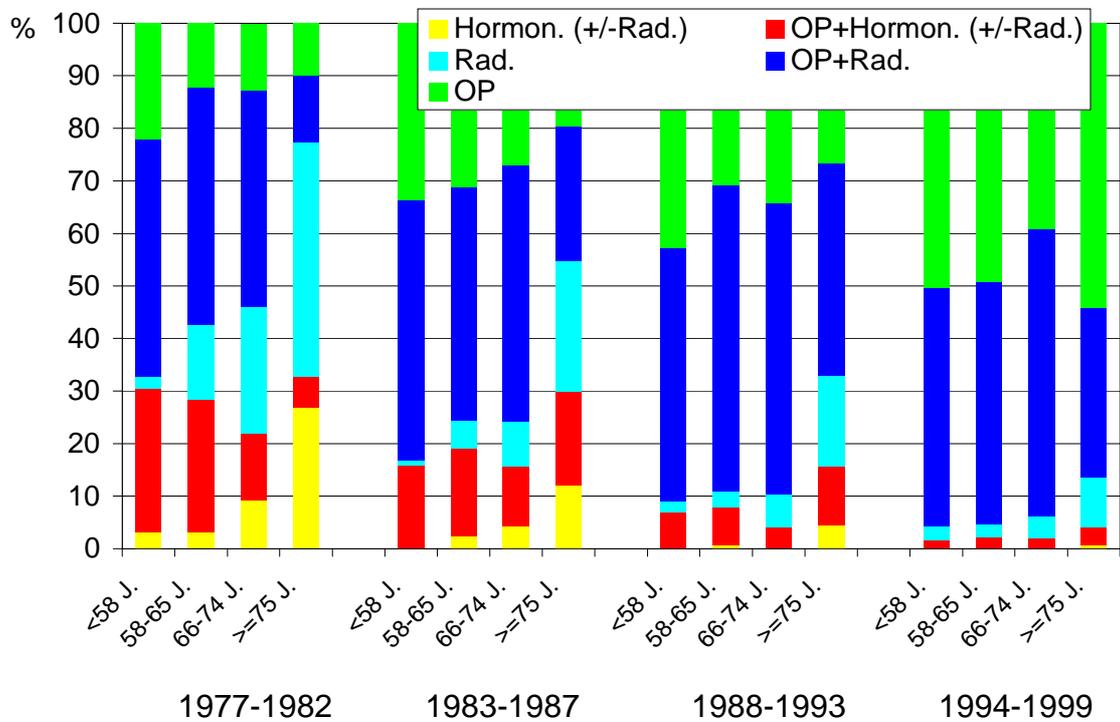


Abb. 59: Primärtherapie in Abhängigkeit vom Alter in vier Zeitperioden

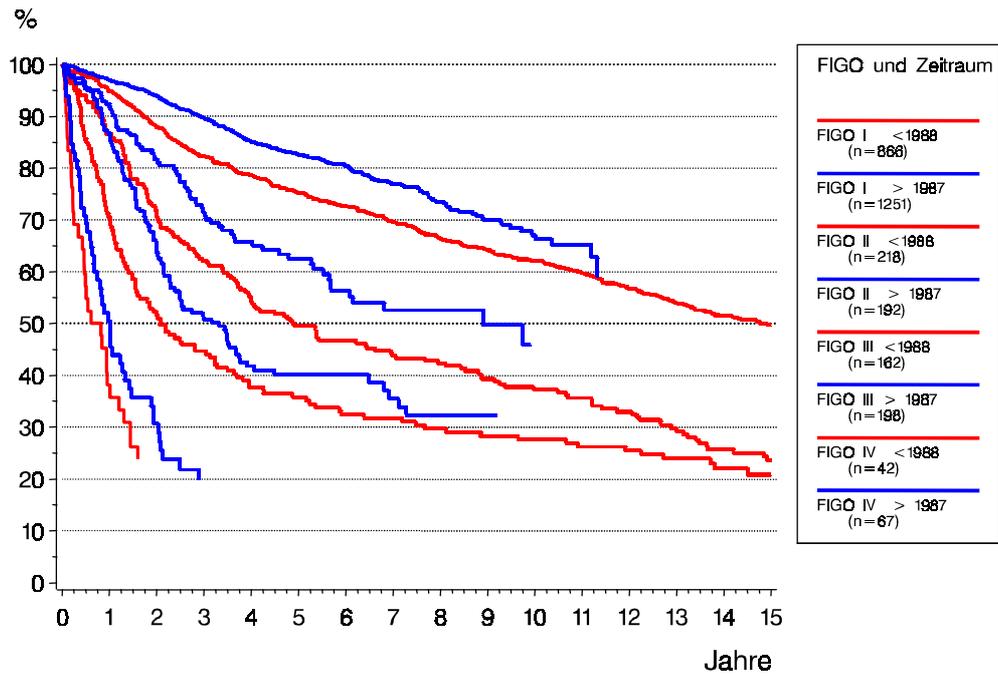


Abb. 60: Gesamtüberleben in Abhängigkeit vom Stadium und Behandlungszeitraum vor und ab 1988

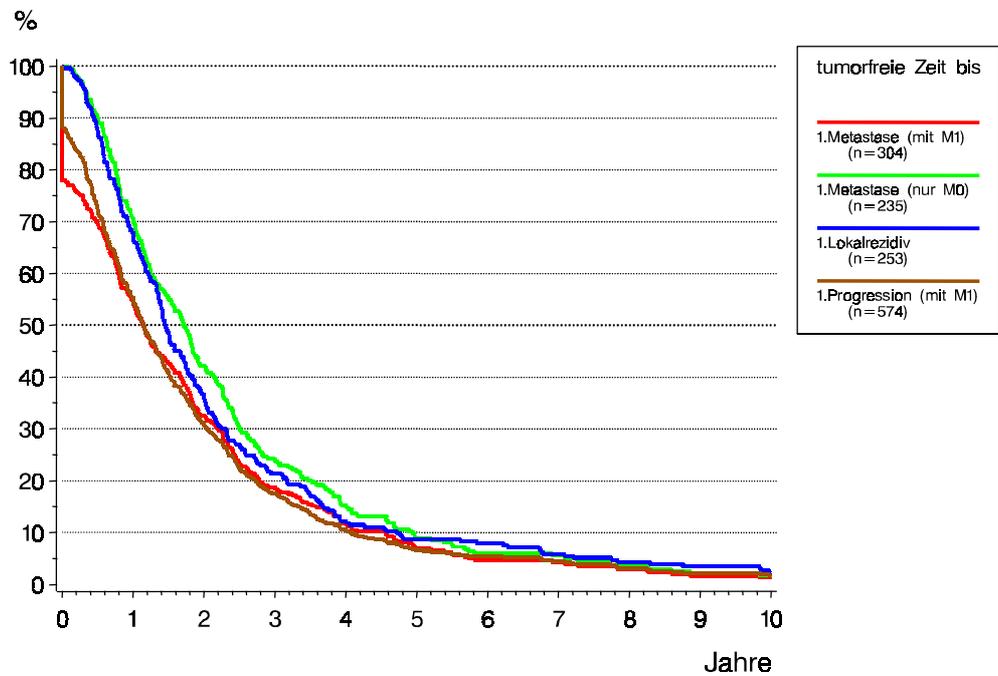


Abb. 61: Verteilung der tumorfreien Zeiten bis zu Beginn der Metastasierung, bis zum ersten Lokalrezidiv und zur ersten Progression

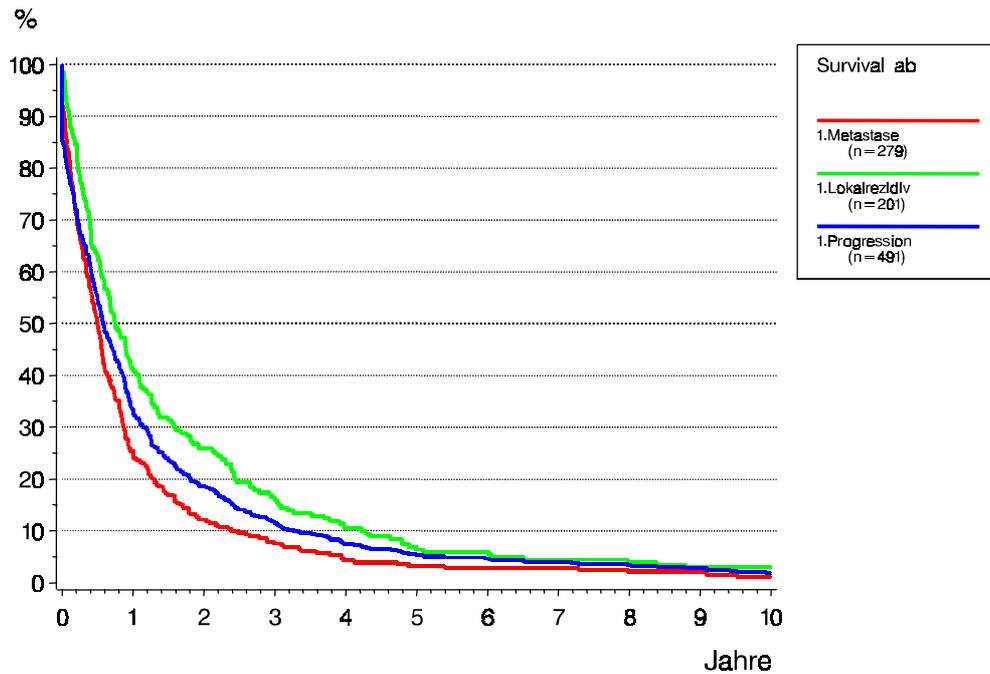


Abb. 62: Verteilung der Überlebenszeiten nach Auftreten einer Progression für Verstorbene

Korpuskarzinom (n=588)	%	Überlebenszeit		
		1. Quartil Monate	Median Monate	3. Quartil Monate
Alter				
<58	13.6	11.2	25.0	44.1
58-65	27.1	10.5	22.2	40.3
66-73	29.2	13.1	23.6	42.7
≥74	30.1	9.6	20.0	35.9
FIGO				
I	38.9	18.5	30.7	52.2
II	17.7	17.1	25.0	40.8
III	24.0	9.7	17.8	29.2
IV	19.4	2.6	7.1	17.1
Grading				
GX	5.7	5.4	14.2	33.7
G1	23.4	17.1	34.2	54.5
G2	44.9	12.6	23.6	38.6
G3-4	26.1	8.0	16.5	29.0

Tab. 63: Überlebenszeiten in Monaten ab Diagnose für Patientinnen mit Progression in Abhängigkeit von klinischen und therapeutischen Befunden

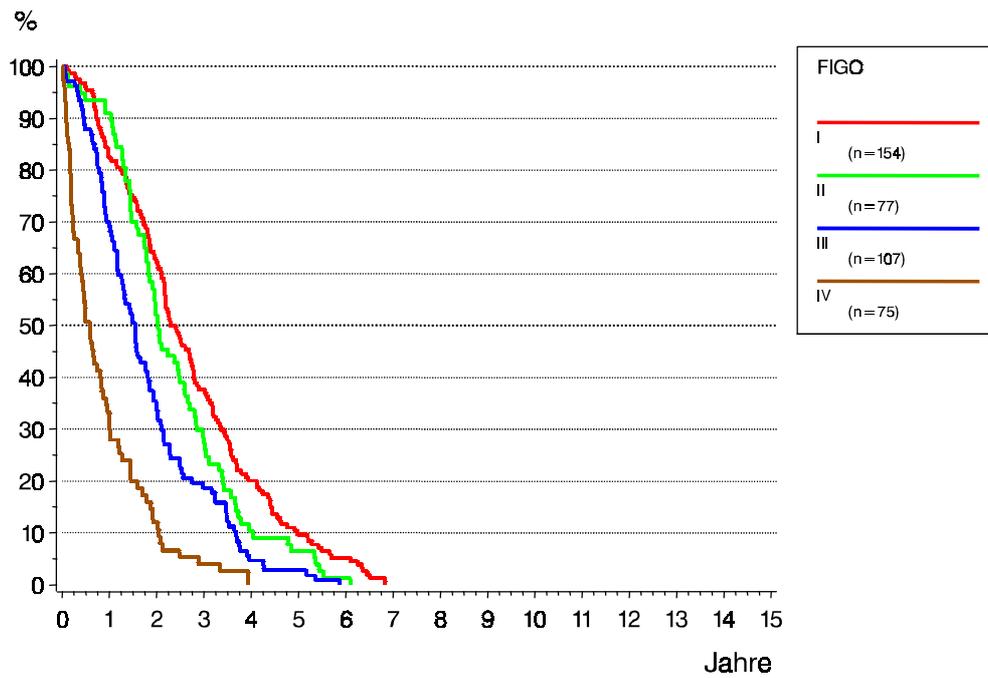


Abb. 64: Verteilung der Überlebenszeit für progrediente und verstorbene Patientinnen in Abhängigkeit vom Stadium

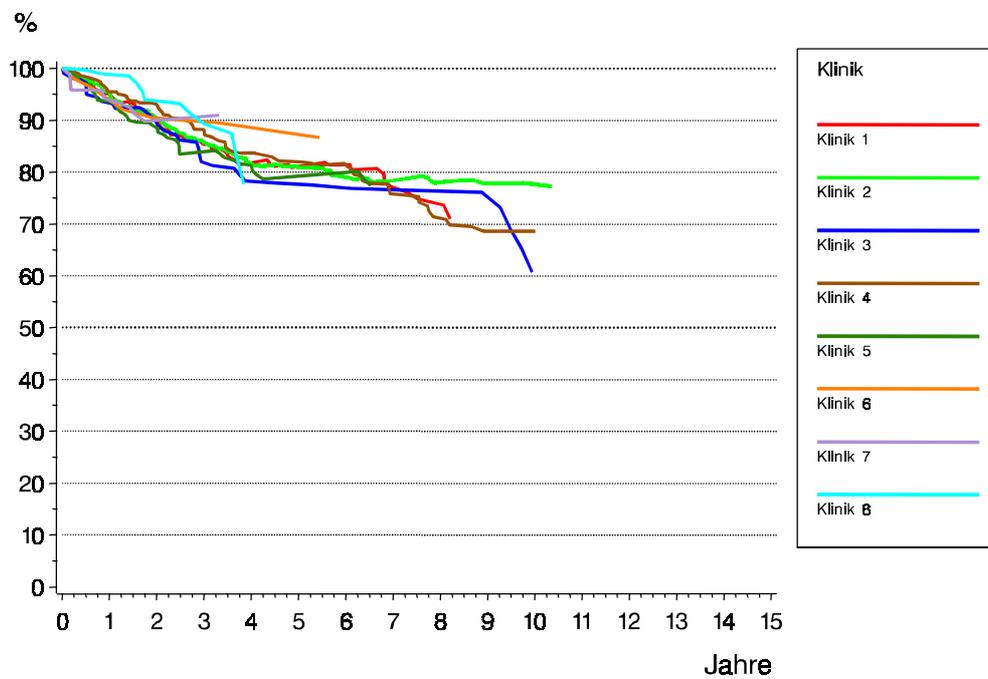


Abb. 65: Relatives Überleben für 8 Klinikkohorten für Patientinnen mit einem Diagnose-datum ab 1988 (kein signifikanter Unterschied)