



**AMT FÜR GESUNDHEIT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN**

JAHRESBERICHT 2013

KREBSREGISTER LIECHTENSTEIN

Impressum

Herausgeber

Krebsliga Ostschweiz

Mitglied von



International Association of Cancer Registries



European Network of Cancer Registries

Auskünfte

Flurhofstrasse 7

CH-9000 St. Gallen

Tel +41-71-494-2107

Fax: +41-71-494-6176

Webseite

<http://www.krebsliga-sg.ch/de/krebsregister>

http://www.llv.li/amtstellen/llv-ag-krankheiten_risiken/krebsregister.htm

Autoren

Dr.med. Silvia Ess, MPH

Christian Herrmann, Dipl. Math.

Inhalt

EINFÜHRUNG.....	5
METHODOLOGIE.....	7
ERGEBNISSE	12
Die häufigsten Tumoren auf einem Blick	12
Krebsneuerkrankungen bei Männern.....	14
Krebsneuerkrankungen bei Frauen	16
Internationaler Vergleich.....	19
Prostatakarzinom.....	20
Brustkrebs bei Frauen.....	22
Lungenkrebs.....	24
Darmkrebs	26
Schwarzer Hautkrebs (Melanome)	28
GLOSSAR	30

Einführung

Krebs ist ein Oberbegriff für verschiedene Krankheiten, bei denen normale Zellen sich so verändert haben, dass sie sich unkontrolliert vermehren, gesundes Gewebe schädigen und Ableger (Metastasen) bilden können. Krebs kann in den verschiedensten Organen des Körpers auftreten und geht von verschiedenen Zellarten aus. Ausgangspunkt der meisten Krebserkrankungen sind die inneren und äusseren Körperoberflächen (Epithelien). Weiter gehen maligne Neoplasien aus dem blutbildenden (hämatopoetischen) System (Lymphome und Leukämien), aus den Stützzellen des Nervensystems (Gliazellen), den Pigment-bildenden Zellen (Melanome) oder seltener aus Bindegewebe (Mesotheliome und Sarkome) hervor.

Obwohl Krebserkrankungen Personen in jedem Alter treffen können, nimmt die Wahrscheinlichkeit von Veränderungen der Zellen (Mutationen) mit dem Alter, mit der Exposition gegenüber gewisser Substanzen (z.B. Tabakrauch, giftige Chemikalien, UV-Strahlung) und mit einer erblichen Veranlagung zu. Krebserkrankungen unterscheiden sich stark bezüglich Häufigkeit, Verlauf, Behandlung und Prognose. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei auch die Tumoreigenschaften.

Krebserkrankungen sind zusammen mit Herz-Kreislaufkrankungen die häufigsten Ursachen von Mortalität und Morbidität und gehören neben Unfällen und Suiziden zu den Hauptgründen für vorzeitig verlorene Lebensjahre.

Zur Abschätzung der Häufigkeit und der Verbreitung von Krebserkrankungen und zur Optimierung der Krebsbekämpfung sind epidemiologische Daten unerlässlich. Mit epidemiologischen Registern wird das Krankheitsgeschehen in einer definierten Bevölkerungsgruppe beobachtet und beschrieben (bevölkerungsbezogene Register).

Durch die Registrierung aller neu auftretenden Fälle über eine lange Zeitspanne kann festgestellt werden, ob zeitliche Veränderungen oder räumliche Häufungen der Erkrankung auftreten und ob eingeleitete Massnahmen erfolgreich waren (Monitoring). Für dies ist eine möglichst vollzählige Erfassung der Krankheitsfälle von grosser Bedeutung. Auch die Wirksamkeit von Präventions- und Früherkennungs-Massnahmen kann auf Bevölkerungsebene nur mittels epidemiologischer Register überprüft werden.

Ziel der Krebsregistrierung ist es, Informationen zu Krebserkrankungen in der Bevölkerung systematisch zu sammeln und auszuwerten und damit die notwendige wissenschaftliche Datenbasis zur Optimierung der Krebsbekämpfung bereitzustellen. Anhand der Forschungsergebnisse sollen Massnahmen zur Prävention, Früherkennung und Versorgung von Tumorerkrankungen in der Bevölkerung getroffen werden.

Das Fürstentum Liechtenstein hat im Jahr 2010 entschieden, ab dem Jahr 2011 ein epidemiologisches Krebsregister zu errichten. Das Krebsregister St. Gallen-Appenzell, das seit 1980 das epidemiologische Krebsgeschehen in der Ostschweiz analysiert, wurde beauftragt, die Erfassung und Analyse der Daten durchzuführen. Dieser Auftrag stützt sich auf den

Artikel 56 des Gesundheitsgesetzes [GesG], sowie den Entscheid der Regierung vom 20.04.2010.

Im vorliegenden Bericht werden die Resultate für die Periode 2011-2013 präsentiert, d.h. die Resultate nach drei Jahren Registrierung der Krebsfälle im Fürstentum Liechtenstein. Diese Zeitspanne erlaubt zum ersten Mal eine zuverlässige Aussage über Häufigkeit, Altersverteilung und Stadium bei Diagnose. Die Ergebnisse geben einen konsolidierten Überblick über Krebsneuerkrankungen im Fürstentum Liechtenstein und werden bei der Prioritätensetzung in der Krebsbekämpfung von Bedeutung sein.

Die im Krebsregister Liechtenstein registrierten Fälle wurden vor allem von Institutionen und Ärzten aus der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein gemeldet. Ob und bei wie vielen im FL wohnhafte Patienten in Österreich oder anderen Ländern Krebs diagnostiziert wird und damit der Registrierung entgehen, kann zu diesem Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Eine wichtige Aufgabe für die nächsten Jahre wird deshalb sein, die Registrierung von Patienten, die sich in Österreich und Deutschland behandeln lassen, zu verbessern.

Methodologie

Datenquellen

Meistens wird die Diagnose „Krebs“ durch eine histologische oder zytologische Untersuchung bestätigt. Aus diesem Grund werden die meisten Krebsneuerkrankungen durch Pathologieinstitute gemeldet. Hier sind insbesondere die Pathologieinstitute der Kantonsspitäler St. Gallen und Graubünden, sowie im Bereich Dermatopathologie Pathologieinstitute im Kanton Zürich zu nennen. Weitere Quellen der Daten sind die Spitalaustrittsstatistiken. Vereinzelt werden Patienten direkt durch den behandelnden Arzt gemeldet.

Datensatz

Folgende Informationen werden gesammelt und für die Analysen berücksichtigt:

- Alter und Geschlecht des Patienten
- Wohnort
- Datum der Diagnose (nach den europäischen Richtlinien ENCR)
- Lokalisation, Histologie, Dignität und Grading des Tumors
- Ausdehnung der Krankheit bei Diagnose (nach TNM Regeln)
- Weitere Tumormerkmale (Rezeptor-Status bei Mammakarzinom, Proliferationsrate, Clark und Breslow Index beim Melanom, Gleason Score, usw.)
- Basis der Diagnose (Histologie, Tumormarker, bildgebende Verfahren)
- Anlass der Konsultation, die zur Diagnose führte (Vorsorge, Symptome, usw.)
- Geplante und durchgeführte Behandlungen
- Vitalstatus
- Informationen zu loko-regionalen Rezidiven und Fernmetastasen
- Datum des Todes
- Todesursache (falls bekannt)

Einschluss und Ausschlusskriterien

In der Datenbank werden alle Tumorerkrankungen erfasst, die in der Bevölkerung des Fürstentums Liechtenstein (FL) diagnostiziert wurden, sofern sie den folgenden Kriterien entsprechen:

- Alle invasiven Neoplasien (inklusive nicht-melanotischer Hauttumoren) (ICD-O-3 Tumoren der Dignität 3)
- Intraepitheliale (*in situ*) Tumoren (Präkanzerosen) der folgenden Lokalisationen: Cervix, Brust, Harnblase, Kolorektum, sowie nicht-invasive melanotische Tumoren der Haut (ICD-O-3 Tumoren der Dignität 2)

- Alle Gehirntumoren unabhängig der Dignität (auch benigne Tumoren) (ICD-O-3 Tumoren der Dignität 0-3)
- Alle Tumoren niedrig maligner Dignität (Borderline Tumoren) (ICD-O-3 Tumoren der Dignität 1)

Wahl des Inzidenzdatums

Die Festlegung des Inzidenzdatums dient der Berechnung eines Falles in einer bestimmten Zeitperiode und der Berechnung des Überlebens. Es ist deshalb wichtig, dass alle Register bei der Erfassung des Inzidenzdatums nach den gleichen Kriterien arbeiten. Krebs entwickelt sich über Monate oder Jahre bevor er entdeckt wird. Da der genaue Entstehungszeitpunkt nicht ermittelt werden kann, wird das Datum der Erstdiagnose als Inzidenzdatum verwendet.

Das Inzidenzdatum wird nach den Richtlinien der „International Association of Cancer Registries“ (IACR) und „International Agency for Research on Cancer“ (IARC/WHO) wie folgt gesetzt:

- wenn es einen histologischen Befund gibt, so wird das Datum der Entnahme der ersten positiven Probe als Inzidenzdatum übernommen.
- wenn kein histologischer Befund vorhanden ist, so wird das Datum des Krankenhausesintritts oder des ersten medizinischen Berichts übernommen, in welchem eine begründete Vermutung einer Krebserkrankung geäußert wurde.
- wenn der Tumor erst während der Autopsie festgestellt wurde, ohne dass dieser vorher bemerkt worden wäre, so wird das Todesdatum als Inzidenzdatum übernommen.

Kodierung

Die Kodierung der Tumoren erfolgt nach den Regeln der World Health Organisation (WHO). Für Lokalisation und Histologie wird die 3. Edition der „International Classification of Diseases for Oncology“ (ICD-O-3) angewandt. Zur Kodierung der Ausdehnung der Tumorerkrankung wird die 7. Version der TNM Klassifikation der „International Union Against Cancer“ und die Stadium-Gruppierung der AJCC (AJCC Cancer Staging Manual, 7th Edition / Editors: Stephen B. Edge [et al.] / ISBN 978-0-387-88440-0, Springer-Science + Business Media, New York, NY) verwendet.

Multiple Tumoren

Da eine Person mehrere Primärtumoren entwickeln kann, ist es notwendig zwischen neuen Primärtumoren, Rezidiven und Metastasen zu unterscheiden. Für die Berechnung der absoluten Fallzahlen und Raten und mit dem Ziel, die Vergleichbarkeit der Daten zu gewähren, folgt das Krebsregister St. Gallen-Appenzell den Regeln der IACR und IARC/WHO

bezüglich multipler Tumoren. Anders als die „Surveillance, Epidemiology and End Results“ (SEER) Regeln erlauben die IACR/IARC Regeln die Anrechnung von nur einer Lokalisation während des gesamten Lebens (eine Ausnahme dazu bilden 2 Tumoren mit verschiedenen Morphologien im gleichen Organ). Diese Sets von Regeln, die auch in der offiziellen Publikation der WHO „Cancer in 5 Continents“ benutzt werden, führen zu tieferen Inzidenzraten als die, die SEER in den USA publiziert. Zu Forschungszwecken werden im Krebsregister St. Gallen-Appenzell alle Primärtumoren erfasst, auch diejenigen, die nach den IACR/IARC Regeln nicht als neue Primärtumoren zu rechnen sind (z.B. kontralateral synchrones oder metachrones Mammakarzinom). Sie werden jedoch nur in gesonderter Form ausgewertet.

Datenqualität

Ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept wurde entwickelt um die höchstmögliche Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Validität und Aktualität der Daten zu erreichen, Doppelerfassungen zu kontrollieren und die Qualität der Daten regelmässig zu überprüfen. Die **Vollzähligkeit** der Erfassung ist eines der wichtigsten Kriterien überhaupt. Nur ein Register mit einem ausreichend hohen Erfassungsgrad kann aussagekräftige Daten zu Krebsinzidenz, Stadien-Verteilung und Überleben liefern. Das Fehlen von Inzidenzfällen in der Datensammlung führt zu einer Verzerrung der Ergebnisse durch eine selektive Dokumentation bestimmter Fälle (z.B. in Bezug auf die Prognose). Die Vollzähligkeit wird von vielen Registern mit einem Abgleich mit der Todesursachenstatistik geprüft. Um die Vollzähligkeit im Krebsregister Liechtenstein zu evaluieren wird die Anzahl der zu erwartenden Fälle berechnet. Als Referenz dazu dient die Krebshäufigkeit in der Region St. Gallen-Appenzell, welche ihrerseits aufgrund des langjährigen Bestehens des Krebsregisters mit verschiedenen Methoden (Flow Methode, DCO Prozentsatz, usw.) verifiziert werden kann.

Die **Aktualität** der Daten ist für den Nutzer von grossem Wert. Da gewisse Fälle erst mit einer Zeitverzögerung im Register erfasst werden können, muss für die Publikation der Statistiken ein Kompromiss zwischen Vollständigkeit und Aktualität getroffen werden. Weltweit publizieren Register Fälle erst 18-24 Monate nach dem Ende des Inzidenzjahres. Die Auswertung der Registerdaten des Fürstentums Liechtenstein mag unter diesem Gesichtspunkt etwas verfrüht erscheinen, aber gerade bei einem noch jungen Krebsregister ist ein regelmässiges Monitoring der Registeraktivitäten unerlässlich um mögliche Mängel oder Unzulänglichkeiten rechtzeitig aufzudecken und zu beheben.

Die **Validität** (Genauigkeit, Präzision) ist definiert als der Teil des Datensatzes mit einem bestimmten Merkmal (z.B. ein bestimmter histologischer Tumortyp), der diese Merkmale in Wirklichkeit besitzt. Um eine hohe Validität zu erreichen, werden die Mitarbeiter fortwährend geschult und nicht eindeutige Fälle in einer Sprechstunde mit der Leiterin diskutiert. Dazu werden die Daten Plausibilitätsprüfungen unterzogen und mit einem zu diesem Zweck von der IARC entwickelten Tool überprüft. Basismerkmale der Tumoren

(Lokalisation, Histologie, Dignität) werden im Sinne der **Qualitätssicherung** von zwei verschiedenen Mitarbeitern kodiert. Die Validität der Daten des Fürstentum Liechtensteins ist sehr gut und vollkommen vergleichbar mit den Daten für die Region St. Gallen – Appenzell.

Datenschutz

Die Personendaten im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung werden ausschliesslich für die Zuordnung einer Tumorerkrankung zu einer bestimmten Person (um Doppelerfassungen zu vermeiden), für die Bestätigung der Richtigkeit der Daten (Geburts- und Todesdatum, Wohnort, Zuzug- und Wegzugdatum) und für die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten verwendet. Dies beinhaltet den regelmässigen Datenabgleich der registrierten Patienten mit neuen Meldungen von Tumorkrankheiten, Rückfragen bei den Ärzten über Tumoreigenschaften insbesondere Tumorausdehnung und Behandlungen und den Datenabgleich mit den Spitalstatistiken.

Betroffene haben das Recht die Verwendung ihrer Daten zu Forschungszwecken zu untersagen. In diesem Fall werden alle persönlichen Merkmale (z.B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) aus dem Datensatz entfernt.

Das Recht auf Akteneinsicht bildet einen festen Bestandteil des informationellen Selbstbestimmungsrechts. Jede Person kann auf Gesuch Auskunft über die sie betreffenden Daten verlangen. Betroffene sind auch berechtigt darauf hinzuweisen, dass persönliche Merkmale unrichtig oder überholt sind.

Anonymisierung und Weitergabe von Daten

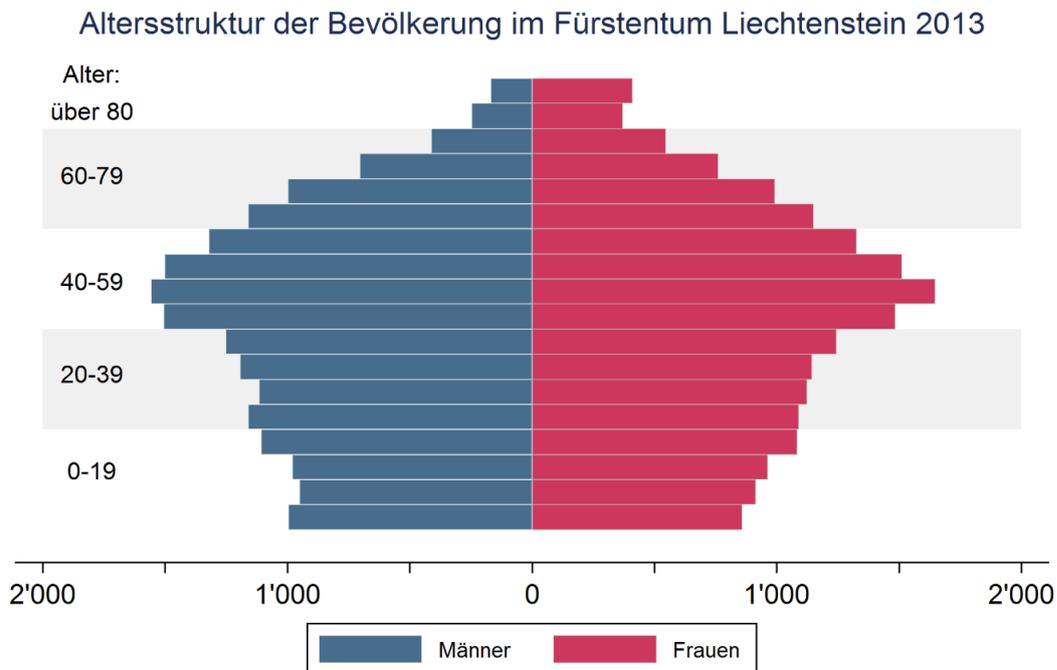
Personendaten gelten als anonymisiert, wenn diejenigen Daten entfernt werden, welche die Identifizierung der betroffenen Person ermöglichen. Es hängt jeweils vom Einzelfall ab, welche Identifikationsmerkmale entfernt werden müssen, um die Bestimmbarkeit des Betroffenen auszuschliessen.

Das Krebsregister anonymisiert Personendaten sobald der Zweck der Bearbeitung die Anonymisierung zulässt. Eine personenbezogene Auswertung erfolgt nicht. Ebenso wenig ist es möglich aus den publizierten Ergebnissen Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu ziehen.

Für statistische Zwecke und Forschungsprojekte, welche von einer Ethikkommission bewilligt wurden, können Daten in anonymisierter Form weitergegeben werden. Personifizierte Daten werden nur weitergegeben, wenn die schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegt und im Rahmen der Zusammenarbeit mit aktuell behandelnden Ärzten.

Bevölkerung

Krebserkrankungen betreffen vermehrt ältere Personen. Je älter eine Bevölkerung ist, desto mehr Krebserkrankungen müssen erwartet werden. Wie in anderen westeuropäischen Ländern ist die Alterspyramide des Fürstentums Liechtenstein durch den Geburtenrückgang in den letzten 20 Jahren und die geburtenstarken Jahrgänge der 60-er Jahre gekennzeichnet.



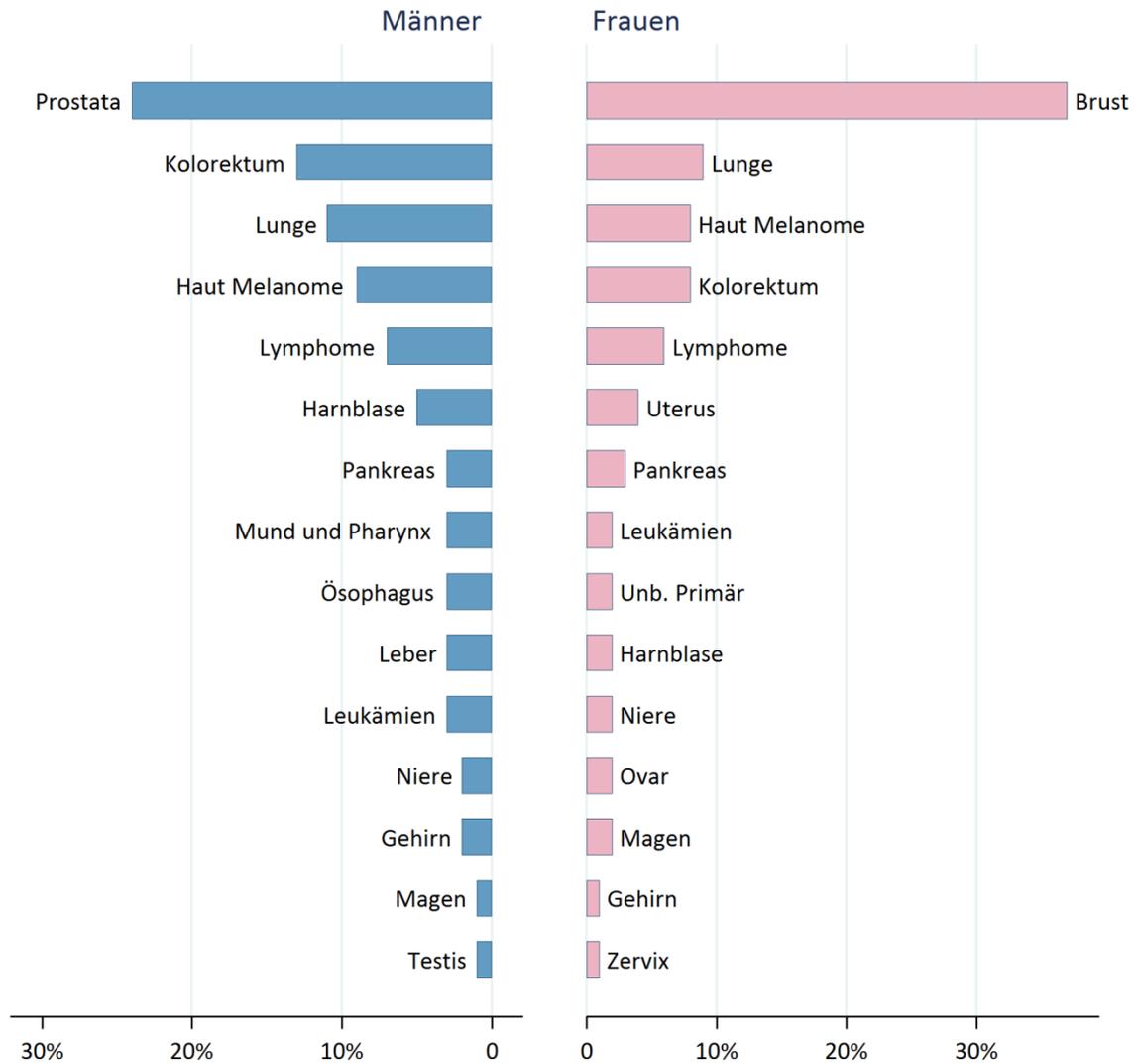
Für zeitliche oder internationale Vergleiche werden die Inzidenzraten altersstandardisiert. Dafür wird als Referenzpopulation entweder der Weltstandard oder der Europastandard benutzt. Der Weltstandard gewichtet die jüngeren Altersgruppen stärker als der Europäische Standard.

Weitere Informationen

Weitere Informationen befinden sich auf der Webseite des Krebsregisters SGA www.krebsliga-sg.ch/de/krebsregister/ und auf der Webseite des Amtes für Gesundheit, Vaduz: http://www.llv.li/amtsstellen/llv-ag-krankheiten_risiken/krebsregister.htm

Ergebnisse

Die häufigsten Tumoren auf einen Blick



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Die häufigsten invasiven Neoplasien im Fürstentum Liechtenstein

In den Jahren 2011 bis 2013 wurden 738 neue Neoplasien diagnostiziert. Davon traten 363 Erkrankungen bei Männern auf und bei Frauen 375. Die meisten davon waren maligne invasive Tumoren (86%) gefolgt von Präkanzerosen (in situ Neoplasien) mit 9% der Fälle, sowie benigne Neoplasien des Zentralnervensystems und Neoplasien unklarer Dignität im Rest der Fälle. Medianes Alter bei der Diagnosestellung war 66 Jahre. Ein Viertel der Patienten war jünger als 56 Jahre.

Das Prostatakarzinom bei Männern und der Brustkrebs bei Frauen sind im Fürstentum Liechtenstein wie auch in der Schweiz und vielen anderen hoch entwickelten Ländern die häufigsten diagnostizierten lebensbedrohlichen malignen Neoplasien. Nicht berücksichtigt werden dabei, wie international üblich, die nicht-melanotischen Hautkrebsformen („weisser Hautkrebs“). Von diesen sehr verbreiteten aber selten lebensbedrohlich verlaufenden Erkrankungen wurden durchschnittlich 36 Fälle pro Jahr registriert, 22 bei Männern und 14 bei Frauen.

Auf dem zweiten Rang bei Frauen standen mit durchschnittlich 8 Fällen pro Jahr Lungenkarzinome, bei Männern rangierten sie mit durchschnittlich 10 Fällen pro Jahr auf Platz 3. Lungenkarzinome waren in den siebziger Jahren eine seltene Krebserkrankung bei Frauen. Die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten entwickeln sich weltweit bei beiden Geschlechtern gegenläufig. Bei Frauen nehmen sie zu und bei Männern ab. Diese Entwicklung kann auf die schon länger zurückliegenden Veränderungen der Rauchgewohnheiten zurückgeführt werden und wird sich vermutlich noch weiter fortsetzen. Lungenkrebs gehört zu den prognostisch ungünstigen Tumoren, was sich in einer 5-Jahres Überlebensrate von 15-20% ausdrückt.

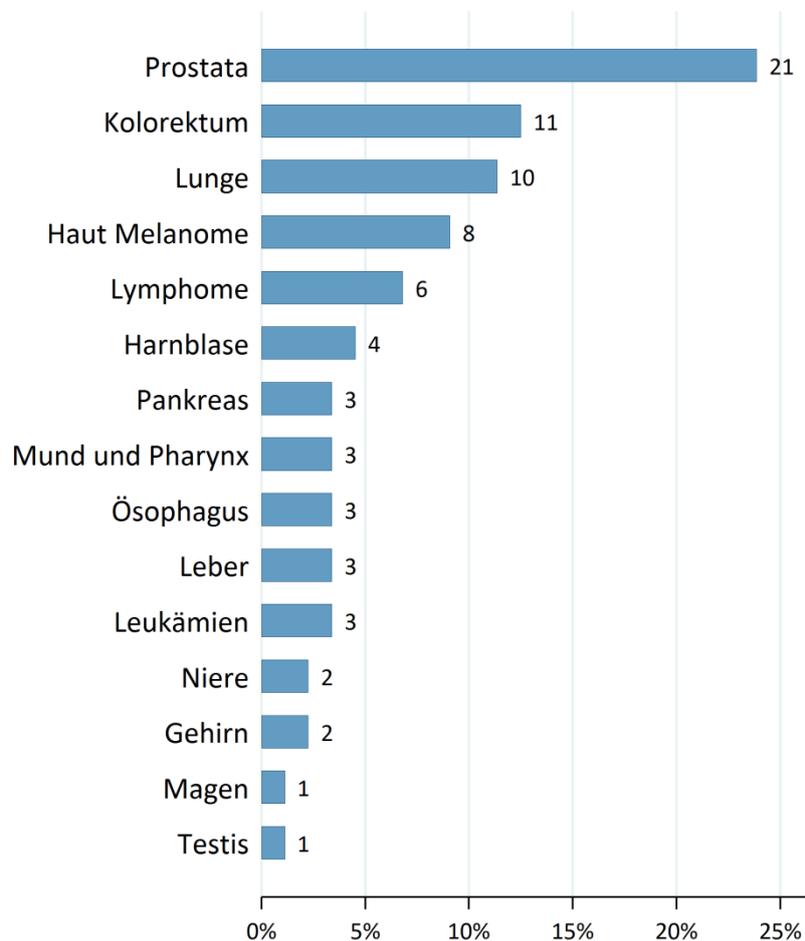
Auf dem zweiten Rang bei Männern und vierten Rang bei Frauen steht das Dickdarm-/Rektumkarzinom (Kolonrektum). Tumoren des Dickdarmes haben eine bessere Prognose als der Lungenkrebs, insbesondere dann, wenn sie in einem Frühstadium entdeckt und behandelt werden.

An der dritten Stelle bei Frauen und an vierter Stelle bei Männern stehen die Melanome der Haut (schwarzer Hautkrebs). Kurze, intensive UV-Belastungen werden als Ursache für das maligne Melanom betrachtet. Menschen mit hellem Hauttyp, mit rötlichen oder blonden Haaren und einer Neigung zu Sommersprossen haben ein erhöhtes Risiko, im Verlauf ihres Lebens einen schwarzen Hautkrebs zu entwickeln.

Präkanzerosen und andere Neoplasien im Fürstentum Liechtenstein

Die häufigste Lokalisation eines Karzinoms in situ war bei Frauen die Zervix uteri (47%) gefolgt von der Brustdrüse (17%) und der Haut (in situ Melanome, 13%); bei Männern die Harnblase (68%) gefolgt von der Haut (in situ Melanome, 16%) und dem Dickdarm (10%).

Krebsneuerkrankungen bei Männern



Durchschnittswerte in Prozent und absolute Zahlen

Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Durchschnittliche jährliche Anzahl und Prozentsatz der neu diagnostizierten malignen Tumoren bei Männern wohnhaft im Fürstentum Liechtenstein. Die Anzahl steht neben den Balken, der jeweilige prozentuale Anteil ist an der unteren Skala ablesbar.

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Jährliche, zufällige Schwankungen, wie die hier beobachteten (zum Beispiel für das Prostatakarzinom), sind im Rahmen einer kleinen Bevölkerung durchaus zu erwarten, und kommen auch bei Kantonen wie Appenzell Ausserrhoden, Innerrhoden oder Glarus in dieser Grössenordnung vor. Aus diesem Grund werden, auch bei grösseren Registern, Durchschnittswerte über vier oder fünf Jahre publiziert.

Tabelle 2:

Männer

**DURCHSCHNITTLICHE JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN 2011-2013
UND ALTERSSTANDARDISIERTE RATEN**

Lokalisation	Anzahl Fälle pro Jahr				Altersstandardisierte Rate	
	0-49	50-74	75 +	Alle	Europa Standard	World Standard
Prostata	0	17	4	21	96.2	65.4
Kolorektum	1	8	2	11	50.7	37.1
Lunge	1	7	2	10	45.8	31.3
Haut Melanome	2	6	0	8	35.7	27.8
Lymphome	2	3	1	6	26.5	18.8
Harnblase	0	3	1	4	20.3	13.0
Pankreas	0	3	1	3	15.4	10.2
Mund und Pharynx	0	2	1	3	15.1	10.6
Ösophagus	0	2	1	3	14.9	10.6
Leber	0	2	0	3	11.8	8.1
Leukämien	0	2	0	3	11.6	8.2
Niere	0	2	0	2	10.8	7.8
Gehirn	0	1	0	2	7.9	6.8
Magen	0	1	0	1	5.8	4.4
Testis	0	1	0	1	4.7	3.5
Unb. Primär	0	1	0	1	4.4	3.2
Gallenblase	0	0	0	1	2.8	1.8
Knochen	0	0	0	0	0.0	0.0
Brust	0	0	0	0	0.0	0.0
NMHT	0	9	13	22	109.5	63.8
alle ohne NMHT	9	65	15	88	402.0	284.6
alle Tumoren ink NMHT	9	74	27	110	511.5	348.4

Altersstandardisierte Rate pro 100'000 Einwohner pro Jahr (Europa Standard/ Welt Standard)

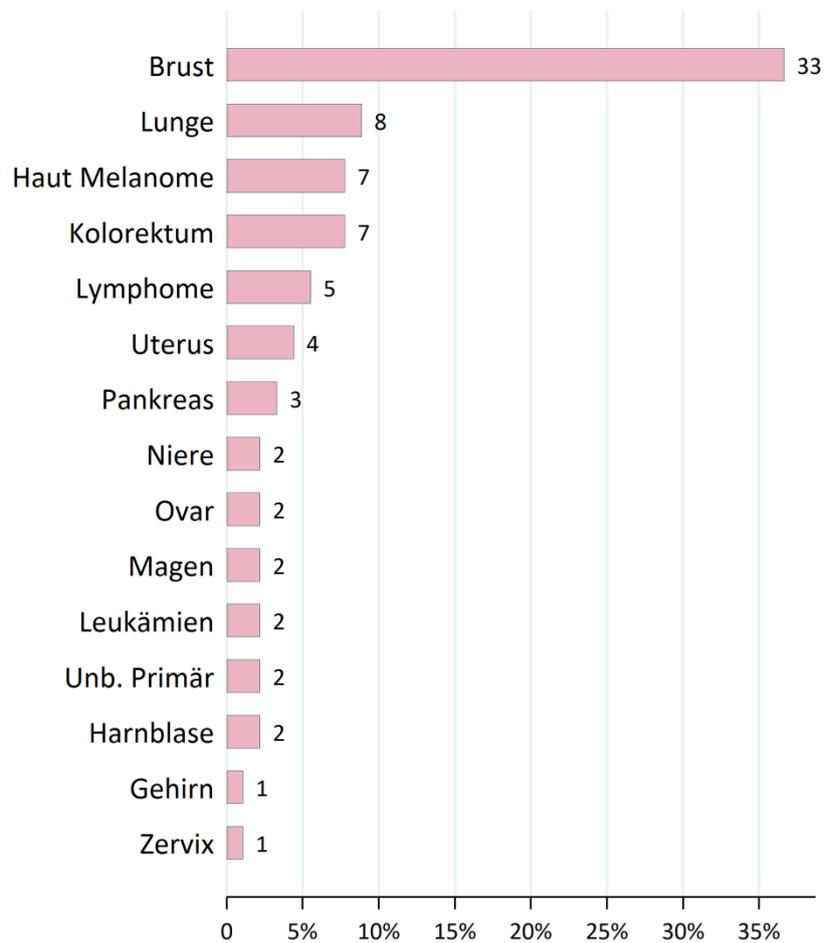
Unb. Primär: Unbekannter Primärtumor

NMHT: Nicht-melanotische Hauttumoren

Die Anzahl Fälle ist gerundet.

Die Raten, basierend auf weniger als 10 Fällen, sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Krebsneuerkrankungen bei Frauen



Durchschnittswerte in Prozent und absolute Zahlen

Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Durchschnittliche jährliche Anzahl und Prozentsatz der neu diagnostizierten malignen Tumoren bei Frauen wohnhaft im Fürstentum Liechtenstein. Die Anzahl steht neben den Balken, der jeweilige prozentuale Anteil ist an der unteren Skala ablesbar.

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Tabelle 2:

Frauen

**DURCHSCHNITTliche JÄHRLICHE NEUERKRANKUNGEN 2011-2013
UND ALTERSSTANDARDISIERTE RATEN**

Lokalisation	Anzahl Fälle pro Jahr				Altersstandardisierte Rate	
	0-49	50-74	75 +	Alle	Europa Standard	World Standard
Brust	7	18	8	33	140.2	102.1
Lunge	0	7	1	8	34.7	24.4
Haut Melanome	3	3	1	7	30.5	23.4
Kolorektum	0	4	3	7	28.7	19.0
Lymphome	0	3	2	5	19.9	13.2
Uterus	0	3	1	4	15.3	10.9
Pankreas	0	2	0	3	11.0	7.4
Niere	0	1	1	2	8.2	5.8
Ovar	0	1	1	2	7.6	5.1
Magen	1	1	0	2	7.5	5.8
Leukämien	0	1	1	2	6.5	4.5
Unb. Primär	0	1	1	2	5.8	3.6
Harnblase	0	1	1	2	5.6	3.5
Gehirn	1	0	0	1	7.2	6.6
Zervix	1	0	0	1	5.9	5.2
Leber	0	1	0	1	4.3	3.0
Mund und Pharynx	0	1	0	1	3.1	2.3
Ösophagus	0	0	0	0	1.4	1.0
Knochen	0	0	0	0	1.4	1.0
Gallenblase	0	0	0	0	0.9	0.5
NMHT	0	6	8	14	50.3	31.4
alle ohne NMHT	16	52	22	90	375.0	269.2
alle Tumoren ink NMHT	16	58	30	104	425.3	300.6

Altersstandardisierte Rate pro 100'000 Einwohner pro Jahr (Europa Standard/ Welt Standard)

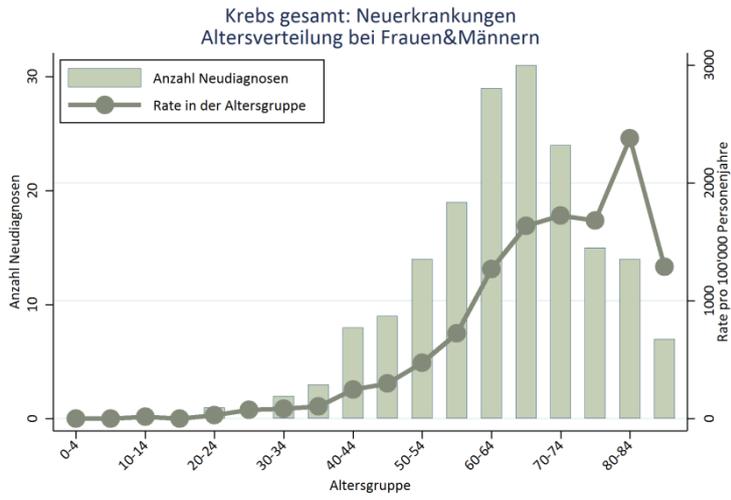
Unb. Primär: Unbekannter Primärtumor

NMHT: Nicht-melanotische Hauttumoren

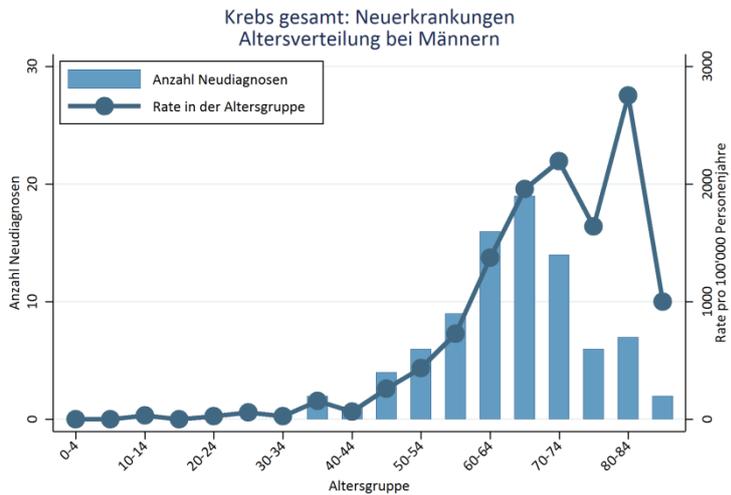
Die Anzahl Fälle ist gerundet.

Die Raten, basierend auf weniger als 10 Fällen, sind mit Vorsicht zu interpretieren.

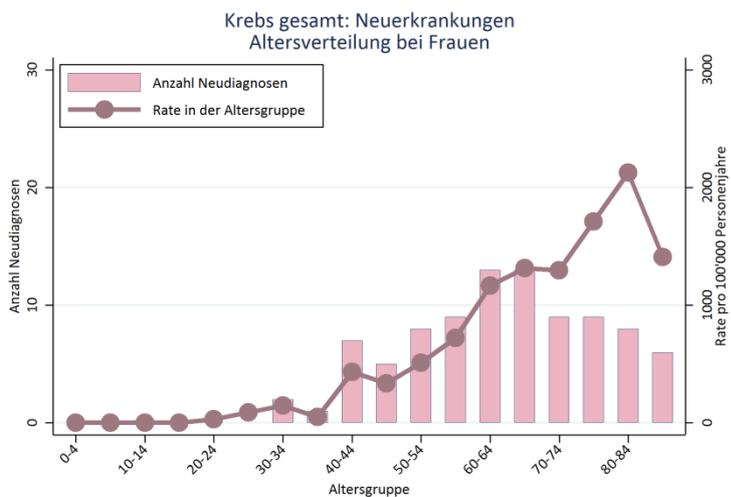
Anzahl Neuerkrankungen und altersspezifische Inzidenzrate



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Internationaler Vergleich

	MÄNNER				FRAUEN			
	Altersstandardisierte Raten				Altersstandardisierte Raten			
	FL	CH	DE	AT	FL	CH	DE	AT
<i>Brust</i>	0.0	0.0	0.0	0.0	102.1	83.1	91.6	68.0
<i>Prostata</i>	65.4	107.2	77.3	74.7				
<i>Kolorektum</i>	37.1	36.3	39.7	34.0	19.0	23.6	23.3	19.6
<i>Lunge</i>	31.3	35.1	38.8	37.1	24.4	20.7	17.9	19.5
<i>Haut Melanome</i>	27.8	20.2	11.1	9.9	23.4	20.8	12.0	10.1
<i>Lymphome</i>	18.8	19.0	15.7	13.6	13.2	14.1	11.7	9.7
<i>Harnblase</i>	13.0	20.3	22.7	19.3	3.5	5.5	5.5	5.1
<i>Pankreas</i>	10.2	7.0	8.9	9.7	7.4	6.0	6.9	6.9
<i>Leukämien</i>	8.2	9.8	9.9	8.5	4.5	6.3	5.9	6.0
<i>Mund und Pharynx</i>	10.6	16.0	21.7	15.5	2.3	5.2	5.2	4.6
<i>Leber</i>	8.1	8.7	7.2	8.1	3.0	2.0	2.3	2.8
<i>Niere</i>	7.8	9.6	14.0	11.0	5.8	3.5	7.5	5.4
<i>Uterus</i>					10.9	12.6	11.9	10.4
<i>Ösophagus</i>	10.6	6.1	6.9	5.0	1.0	1.9	1.3	0.8
<i>Gehirn</i>	6.8	5.9	6.2	4.9	6.6	4.6	4.5	4.6
<i>Magen</i>	4.4	5.0	10.7	9.2	5.8	3.6	5.4	4.8
<i>Unb. Primär</i>	3.2				3.6			
<i>Ovar</i>					5.1	7.9	7.4	7.3
<i>Testis</i>	3.5	12.1	9.7	8.2				
<i>Gallenblase</i>	1.8	1.8	2.2	1.7	0.5	1.9	2.4	1.8
<i>Zervix</i>					5.2	3.6	8.2	5.8
<i>alle ohne NMHT</i>	284.6	337.9	323.7	295.2	269.2	245.9	252.5	222.7

Die Vergleichsdaten für die Inzidenz stammen von Globocan.

Vergleich der standardisierten Inzidenzrate von Männern für alle Krebsarten mit Ausnahme von nicht-melanotischen Hauttumoren (Standardbevölkerung ist hier die Weltbevölkerung). Die Schätzungen von Globocan beziehen sich auf das Jahr 2012: <http://globocan.iarc.fr/>.

Prostatakarzinom

Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei Männern. Auf ihn entfallen ein Viertel bis ein Drittel aller neu diagnostizierten bösartigen Tumoren bei Männern. Jährlich erkranken weltweit über 1'000'000 Männern daran (Globocan 2012). Im Fürstentum Liechtenstein erkranken durchschnittlich 21 Männer pro Jahr, was einer altersstandardisierten Rate von 96.2 Neuerkrankungen /100'000 Männern und Jahr entspricht.

Das mediane Alter bei Diagnosestellung bei Patienten aus FL liegt bei 67 Jahren. Ein Viertel waren 61 Jahre alt oder jünger, ein Viertel 73 Jahre oder älter. Der jüngste Patient war 51 Jahre alt. Das Alter bei Diagnose ist im Vergleich zu Patienten aus den Kantonen St. Gallen und Appenzell etwas tiefer. Medianes Alter war in der gleichen Periode bei Patienten aus SGA 69 Jahre.

Prostatakrebsrisiko und Prävention

Die Ursachen für die Entstehung des Prostatakarzinoms sind weitgehend unbekannt. Als mögliche Risikofaktoren werden Übergewicht, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung sowie das Rauchen diskutiert. Bei Männern, die in jüngerem Alter erkranken, wird eine genetische Veranlagung vermutet.

Diagnose und Tumorstadien

Die meisten Tumoren in der Prostata lösen kaum Beschwerden aus. Erst wenn der Krebs die Harnröhre einengt, treten Probleme beim Wasserlösen auf. Bei älteren Männern kommen solchen Beschwerden sehr häufig vor, werden allerdings meistens nicht durch Prostatakrebs sondern durch eine gutartige Prostatavergrößerung verursacht.

Prostatakrebs wird häufig zufällig entdeckt. Oft wird bei Symptomen im Zusammenhang mit einer gutartigen Prostatavergrößerung der Urologe konsultiert. Zu den Routine-Untersuchungen beim Urologen gehören das Abtasten der Prostata und die Bestimmung des PSA-Wertes im Blut. Weiter wird der Tumor in Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung meistens mittels PSA-Test im Blut vermutet. Besteht der Verdacht auf Prostatakrebs, wird unter lokaler Betäubung eine Gewebeprobe aus der Prostata entnommen. Bei der mikroskopischen Untersuchung des entnommenen Gewebes werden die biologischen Eigenschaften des Tumors genauer bestimmt und seine Bösartigkeit ermittelt.

Zwei Drittel der neu diagnostizierten Prostatakarzinome in den Jahren 2011-2013 hatten die Organgrenzen noch nicht überschritten (Stadien I, IIa und IIb), in 25% hatte sich der Tumor über die Prostatakapsel hinaus ausgebreitet aber noch keine Metastasen gebildet (Stadium III) und in 12% hatte bereits bei Diagnosestellung eine Metastasierung vorrangig in die lokalen Lymphknoten oder in das Skelett stattgefunden.

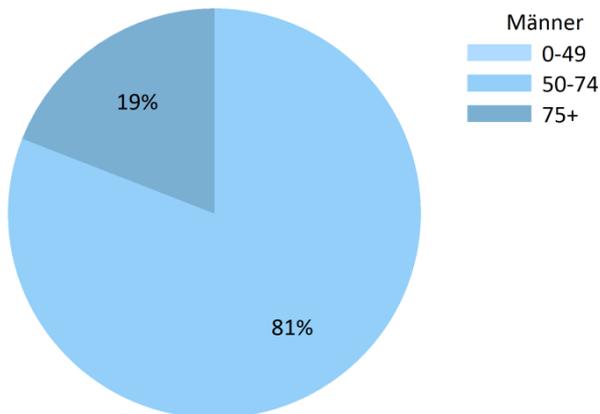
Behandlung

Die Behandlung vom Prostatakrebs hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören die Lebenserwartung des Patienten, wie weit der Tumor sich schon ausgebreitet hat und wie

aggressiv er wächst. Bei älteren Patienten mit kleinen, langsam wachsenden Tumoren kann auf eine Therapie verzichtet werden. Ansonsten wird Prostatakrebs operiert oder bestrahlt. Bei fortgeschrittenen Tumoren kommen medikamentöse Hormonbehandlungen und wenn diese nicht mehr wirkt, eine Chemotherapie infrage. Bei zwei Drittel der Patienten aus dem FL wurde die Prostata entfernt, bei Patienten mit fortgeschrittenem Tumor wurde eine Hormontherapie gestartet.

Alter bei Diagnose

Prostata: Neuerkrankungen



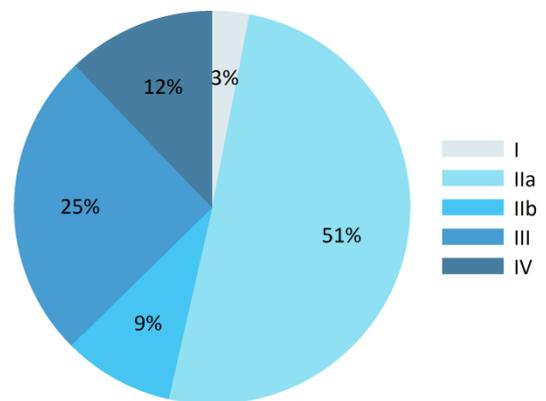
Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Prostatakarzinom in Zahlen

Durchschnittliche Anzahl pro Jahr	21
Rate Welt Standard/100'000 PJ	65.4
Rate Europa Standard/100'000 PJ	96.2
Mittleres Alter bei Diagnose	61

Stadium	Prozent
I <i>mikroskopisch nachweisbar</i>	3%
IIa <i>lokalisiert</i>	51%
IIb	9%
III <i>Prostatakapsel durchbrochen</i>	25%
IV <i>regional oder fernmetastasiert</i>	12%

Stadium bei Diagnose



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Brustkrebs bei Frauen

Brustkrebs kommt hauptsächlich bei Frauen vor. Nur etwa 0.5-1% der Tumoren der Brustdrüse treten bei Männern auf. Brustkrebs ist in der Schweiz, Österreich und Deutschland die häufigste Ursache von krebsbedingter Sterblichkeit bei Frauen, während in den USA Lungenkrebs bei Frauen seit einigen Jahren die häufigste krebsbedingte Todesursache ist. Die meisten Erkrankungen treten sporadisch auf. Es gibt aber sowohl erbliche als auch erworbene Risikofaktoren.

Im Fürstentum Liechtenstein ist der Brustkrebs mit 37% aller Krebsneuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jede achte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Dies sind in FL etwa 33 Neuerkrankungen pro Jahr oder 140.2 Fälle pro 100'000 Frauen und Jahr. Dazu werden pro Jahr 2-3 Frauen mit einem noch nicht invasiven (sogenannte *in situ*) Karzinom diagnostiziert.

Das mediane Alter bei Diagnosestellung bei Patientinnen aus FL liegt bei 62 Jahren. Ein Viertel waren 51 Jahre alt oder jünger, ein Viertel 72 Jahre alt oder älter. Die jüngste Patientin war 29 Jahre alt.

Krebsrisiko und Prävention

Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken erhöht sich mit dem Alter. Im Alter von 35 Jahren muss 1 von 110 Frauen damit rechnen, innerhalb der nächsten 10 Jahre an Brustkrebs zu erkranken, mit 45 ist es eine von 47, mit 55 eine von 31 Frauen und mit 65 Jahren wird eine von 27 Frauen bis zum Alter 75 an Brustkrebs erkranken.

Hormonale Faktoren (früh einsetzende Menstruation, spät einsetzende Menopause, Anzahl Schwangerschaften, Hormonersatztherapie), Lebensstil (Bewegung und Ernährung) und genetischen Faktoren haben einen Einfluss auf das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.

Etwa 5-10% der Brustkrebserkrankungen sind erblich bedingt. Nur bei einer kleinen Gruppe von Frauen findet man definierte krankheitsverursachende Genmutationen. Häufiger sind genetische Veränderungen, welche die Suszeptibilität für Brustkrebs auf äussere Faktoren erhöhen. Die Wahrscheinlichkeit einer 20-jährigen Frau bis zu ihrem 80. Lebensjahr an Brustkrebs zu erkranken ist 7% wenn die Familienanamnese negativ ist, 13% wenn eine Familienangehörige an Brustkrebs erkrankt ist und 21% wenn zwei Familienangehörige an Brustkrebs erkrankt sind (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2001). Aber Familien teilen sich nicht nur Gene, sondern auch oft den Lebensstil und sind ähnlichen, schädlichen Faktoren ausgesetzt.

Prävention durch einen gesunden Lebensstil und Achtsamkeit bezüglich Veränderungen in der Brust sind die wichtigsten Waffen im Kampf gegen Brustkrebs.

Diagnose und Tumorstadien

Die meisten Tumoren werden entdeckt, weil die Frau selbst eine Veränderung in der Brust entdeckt hat oder auch im Rahmen einer Routine-Mammographie. Seltener sind Zufallsentdeckungen aufgrund einer anderen Erkrankung. Die Diagnose basiert auf der klinischen Untersuchung, der bildgebenden Diagnostik (Mammographie, Ultraschall, seltener Kernspintomographie) und auf der Gewebeentnahme (Stanzbiopsie oder Feinnadelpunktion). Erst diese erlaubt mit Sicherheit die Veränderung der Brustdrüse als bösartigen Tumor zu identifizieren und weitere Merkmale des Tumors zu definieren.

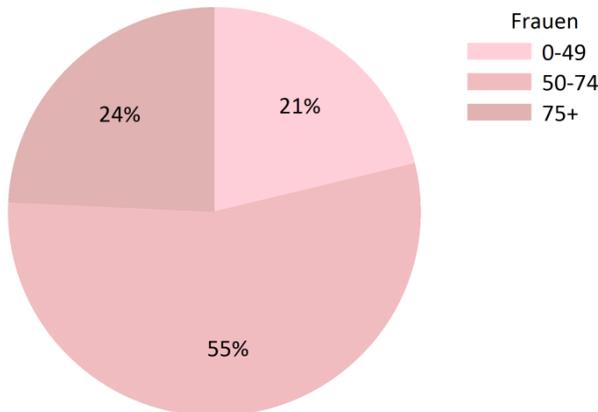
Bei rund einem Drittel der Frauen in Liechtenstein wurden die Tumoren in einem Frühstadium (Stadien Ia und Ib) entdeckt, in dem der Tumor 2 cm oder kleiner ist und die Lymphknoten nicht befallen sind. Weitere 45% wiesen ein Stadium IIa und IIb auf, d.h. der Tumor ist lokal begrenzt. In 8% der Frauen hatte der Tumor noch keine Fernmetastasen gebildet, war aber lokal fortgeschritten, beispielweise wenn mehrere (über 4) Lymphknoten befallen sind oder der Tumor in die Brustwand wächst. Bei 5 Frauen (5%) hatte der Tumor zur Zeit der Diagnosestellung bereits Fernmetastasen gebildet.

Behandlung

Die Behandlung von Brustkrebs erstreckt sich oft über Jahre. Sie wird interdisziplinär geplant und überwacht. Praktisch immer wenn der Tumor noch nicht metastasiert hat, ist ein chirurgischer Eingriff notwendig, meistens brusterhaltend. Bei Frauen aus dem FL wurde in 70% der Fälle brusterhaltend operiert und nur bei 30% war die Entfernung der ganzen Brust (Mastektomie) notwendig. Bei brusterhaltenden Operationen ist die Bestrahlung der Restbrust indiziert, um das Risiko eines Rezidivs zu minimieren. Je nach Beschaffenheit des Tumors werden weitere medikamentöse Therapien empfohlen (antihormonelle Therapien, Chemotherapien, Anti-HER2-Antikörper).

Alter bei Diagnose

Brust: Neuerkrankungen

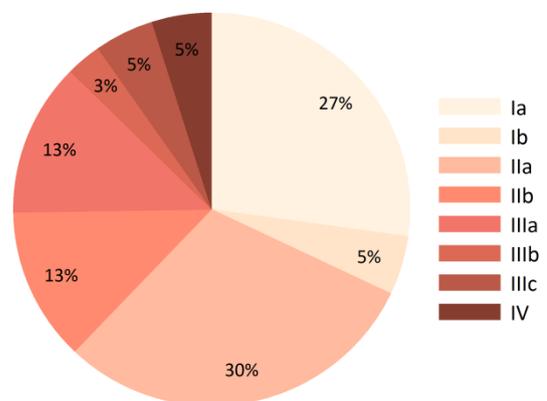


Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Brustkrebs in Zahlen	
Durchschnittliche Anzahl pro Jahr	33
Rate Welt Standard/100'000 PJ	102.1
Rate Europa Standard/100'000 PJ	140.2
Mittleres Alter bei Diagnose	62

Stadium		Prozent
Ia	Frühstadium	27%
Ib		5%
IIa	lokal begrenzt	30%
IIb		13%
IIIa	lokal fortgeschritten	13%
IIIb		3%
IIIc		5%
IV	fernmastasiert	5%

Stadium bei Diagnose



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Lungenkrebs

Jährlich erkranken im Fürstentum Liechtenstein 18 Menschen neu an einem Bronchialkarzinom. Mit rund 10 Neuerkrankungen pro Jahr sind Männer etwas häufiger betroffen als Frauen mit 8 Neuerkrankungen. Allerdings ist der Unterschied klein.

Das mediane Alter bei Diagnosestellung liegt bei Männern bei 65 Jahren und bei Frauen bei 62 Jahren. Ein Viertel der Männer und Frauen waren 57 Jahre alt oder jünger, ein Viertel 72 Jahre oder älter. Der jüngste Patient war 42 Jahre alt.

Lungenkrebsrisiko und Prävention

Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für Lungenkrebs. Etwa 90 Prozent aller Lungenkrebsfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Zigarettenrauch enthält zahlreiche krebserzeugende Substanzen. Ein erhöhtes Risiko haben auch Passivraucher. Substanzen wie Asbest und ionisierende Strahlung wie Radon können die Entstehung von Lungenkrebs ebenfalls begünstigen.

Früherkennung und Diagnose

Bislang gibt es keinen Nachweis für die Wirksamkeit von Früherkennungsuntersuchungen bei Lungenkrebs. Im Frühstadium löst Lungenkrebs kaum Symptome aus. Deshalb werden viele Tumoren erst in einem späten Stadium entdeckt, wenn sie schon Ableger (Metastasen) gebildet haben und nicht mehr geheilt werden können. Häufige Symptome sind langanhaltender Husten, blutiger Auswurf beim Husten, Atemnot, Schmerzen im Brustbereich und starker Gewichtsverlust.

Diagnose und Tumorstadien

Zur Diagnose von Lungenkrebs werden bildgebende Verfahren eingesetzt (Röntgenaufnahmen, Computertomographie des Brustraums) oft gefolgt von einer Bronchoskopie, bei der auch Gewebeproben entnommen werden. Aufgrund der Untersuchungen der Gewebeproben lassen sich zwei grobe Subtypen unterscheiden: das kleinzellige und das nicht-kleinzellige Karzinom. Aufgrund dieser Informationen wird auch die Therapie festgelegt.

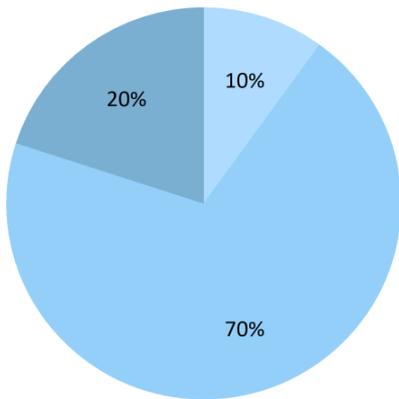
Rund die Hälfte (48%) der in der Periode 2011-2013 neu diagnostizierten Lungenkarzinome hatte bereits Ableger (Fernmetastasen) zur Zeit der Diagnose. Bei Frauen war der Anteil höher (58%), bei Männern tiefer (40%). Rund ein Viertel der Lungenkarzinome wurde in einem Frühstadium (Ia, Ib) entdeckt.

Behandlung

Die Therapie hängt vom Allgemeinzustand des Patienten und der Art der Krebszellen ab: schnell wachsende kleinzellige Formen werden mit Chemotherapie allein oder in Kombination mit Strahlentherapie behandelt. Nicht-kleinzellige Tumoren werden chirurgisch entfernt, solange die Krebszellen noch nicht im Körper gestreut haben. In fortgeschrittenen Stadien kommen Chemo- und Strahlentherapie infrage.

Alter bei Diagnose

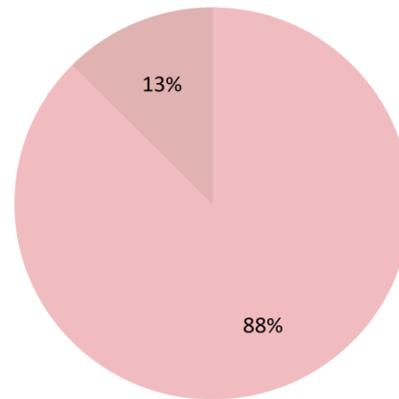
Lunge: Neuerkrankungen



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Lunge: Neuerkrankungen

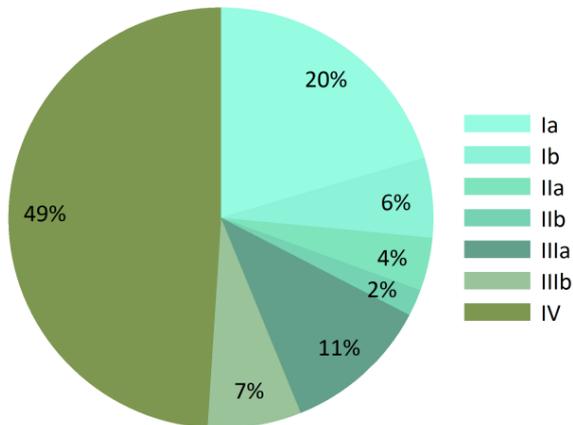
Männer
 0-49
 50-74
 75+



Frauen
 0-49
 50-74
 75+

Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Stadium bei Diagnose



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Stadium		Prozent
Ia	Frühstadium	20%
Ib		6%
IIa	lokal begrenzt	4%
IIb		2%
IIIa	lokal fortgeschritten	11%
IIIb		7%
IV	fernmetastasiert	49%

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Darmkrebs

Jährlich erkranken in Fürstentum Liechtenstein 18 Menschen neu an einem Karzinom des Dickdarmes (Kolon) und Mastdarmes (Rektum), 11 Männer und 7 Frauen. Das sind 10% aller Krebserkrankungen.

Das mediane Alter bei Diagnosestellung liegt bei Männern bei 65 Jahren und bei Frauen bei 70 Jahren. Ein Viertel der Männer und Frauen waren 61 Jahre alt oder jünger, ein Viertel 75 Jahre oder älter.

Darmkrebsrisiko und Prävention

Es gibt keine eindeutige Ursache für Darmkrebs. Mit steigendem Alter nimmt das Erkrankungsrisiko zu. Zu den Risikofaktoren gehören schwere chronisch-entzündliche Darmkrankheiten und bestimmte Darmpolypen, die als Vorläufer von bösartigen Darmtumoren zu sehen sind. Auch der Lebensstil und die Ernährung spielen eine Rolle: hoher Konsum von Nahrungsfasern, wenig rotes Fleisch, wenig Alkohol und regelmässige Bewegung verringern das Erkrankungsrisiko. Bei bestimmten Personen besteht ein familiär bedingtes Risiko.

Früherkennung und Diagnose

Darmkrebs kann sich ohne erkennbare Symptome über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln, da er langsam wächst. Blut im Stuhl kann auf Krebs hinweisen. Weitere Symptome sind Schmerzen und Änderungen der Stuhlgewohnheiten. Darmkrebs kann erfolgreich behandelt werden, wenn er früh erkannt wird. Zur Früherkennung wird eine Darmspiegelung oder ein „Blut-im-Stuhl-Test“ verwendet, mit welchem nicht sichtbares Blut entdeckt werden kann.

Diagnose und Tumorstadien

Zur Diagnose muss eine Darmspiegelung durchgeführt werden. Sind Polypen vorhanden, können diese während der Untersuchung abgetragen werden. Bei grösseren Tumoren werden während dieser Untersuchung Gewebeproben entnommen. Mit verschiedenen bildgebenden Verfahren kann ermittelt werden, ob der Tumor bereits umliegende Lymphknoten befallen oder in entfernteren Organen Ableger (Metastasen) gebildet hat.

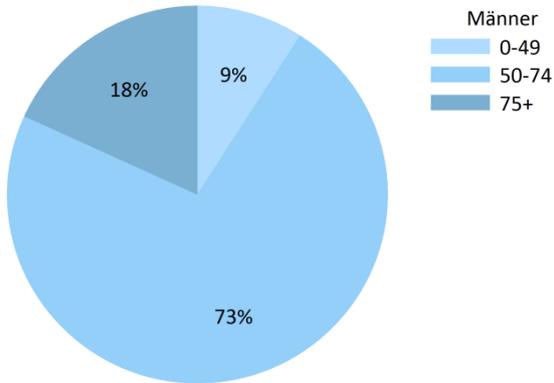
Bei den Frühstadien (I und II) sind keine benachbarten Lymphknoten befallen und es haben sich keine Fernmetastasen gebildet. Im Allgemeinen reicht für eine erfolgreiche Behandlung in diesen Fällen die chirurgische Entfernung des Tumors. Beim lokal fortgeschrittenen Stadium (Stadium III) sind die regionalen Lymphknoten befallen und beim Stadium IV befinden sich Ableger in anderen Organen (oft in der Leber).

Behandlung

Ausschlaggebend für die Wahl der Therapie sind Art, Ausdehnung und Grösse des Tumors, die Lage des Tumors (im welchem Teil des Dickdarms er sich befindet), das Krankheitsstadium, die Eigenschaften des Tumorgewebes und der allgemeine Gesundheitszustand und das Alter des Patienten. Beim Enddarmkarzinom (Rektumkarzinom) wird oft vor der Operation eine Chemotherapie und Strahlentherapie durchgeführt. Damit kann der Tumor verkleinert und die vollständige Entfernung erleichtert werden.

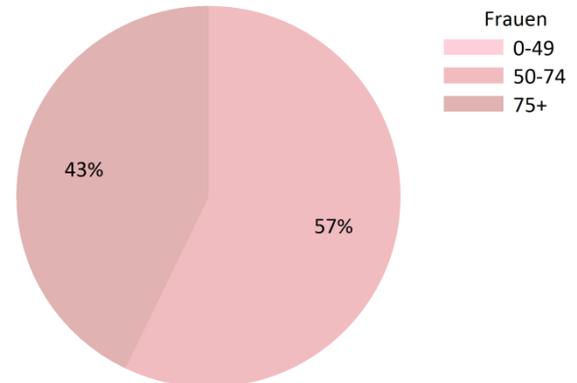
Alter bei Diagnose

Kolorektum: Neuerkrankungen



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

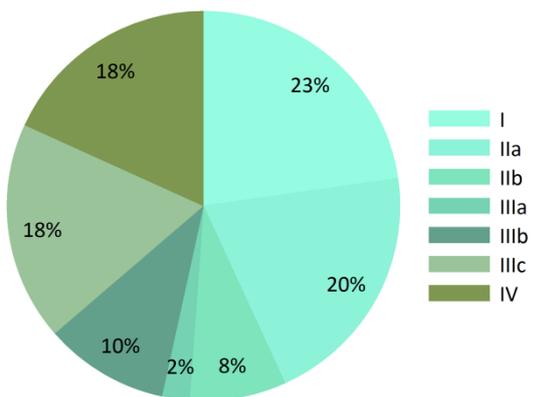
Kolorektum: Neuerkrankungen



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Stadium bei Diagnose

Stadium bei Diagnose



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Stadium		Prozent
I	<i>Frühstadium</i>	23%
IIa	<i>lokal begrenzt</i>	20%
IIb		8%
IIIa	<i>lokal fortgeschritten</i>	2%
IIIb		10%
IIIc		18%
IV	<i>fernmastasiert</i>	18%

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Schwarzer Hautkrebs (Melanome)

Jährlich erkranken im Fürstentum Liechtenstein 14 Menschen neu an einem malignen Melanom, dem schwarzen Hautkrebs. Das sind etwa 8% aller Krebserkrankungen. Das Melanom gehört damit zu den häufigsten Krebsarten. Frauen und Männer sind etwa gleich häufig betroffen. Zusätzlich werden jährlich 3 Personen mit der Vorstufe (Melanom in situ) diagnostiziert. Das Melanom entwickelt sich aus den pigmentbildenden Zellen. Die Erkrankungsrate (Inzidenz) ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Die Gründe dafür sind nicht abschliessend bekannt. Es wird vermutet, dass das Freizeitverhalten, häufige Sonnenurlaube, sowie Solariumsbesuche dazu beitragen. Möglicherweise ist auch die erhöhte Achtsamkeit bezüglich Veränderungen der Haut dafür verantwortlich, dass Melanome frühzeitig erkannt und als Erkrankung erfasst werden können.

Das mediane Alter bei Diagnosestellung liegt bei Männern und Frauen bei 65 Jahren. Ein Viertel der Patienten waren 52 Jahre alt oder jünger zur Zeit der Diagnosestellung, ein Viertel 71 Jahre oder älter. Das maligne Melanom kann in sehr jungem Alter auftreten. Der jüngste Patient war 13 Jahre alt.

Melanomrisiko und Prävention

Das Melanom geht von den pigmentbildenden Zellen der Haut oder Schleimhaut aus, den sogenannten Melanozyten. Als Ursachen gelten eine starke UV-Belastung mit wiederkehrenden Sonnenbränden (insbesondere im Kindesalter), sowie eine erbliche Veranlagung.

Früherkennung und Diagnose

Da sich jedes dritte Melanom aus einem bereits vorhandenen Leberfleck (Naevus) entwickelt, gilt ein besonderes Augenmerk der Zahl und dem Aussehen der Leberflecke am Körper. Je mehr vorhanden sind, desto grösser ist das Melanomrisiko.

Diagnose und Tumorstadien

Die Diagnose wird meistens mit der histologischen Analyse des entnommenen Gewebes bestätigt. Falls die Melanomdicke mehr als einen Millimeter misst, können weitere Spezialuntersuchungen empfohlen werden, um mögliche Ableger zu erfassen.

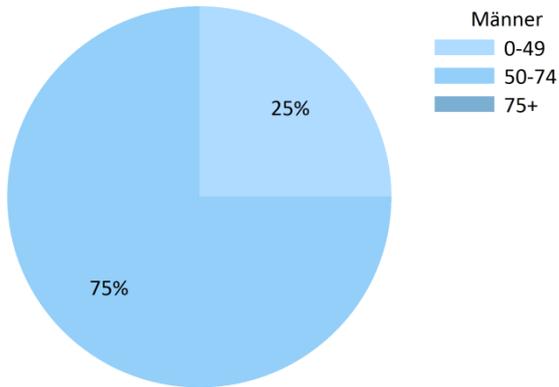
Fast 90% der in der Periode 2011-2013 neu diagnostizierten Hautmelanome befanden sich noch im Frühstadium (77 % im Stadium Ia, 9% im Stadium Ib), nur in einem Fall (2%) hatte es bereits metastasiert.

Behandlung

Ein malignes Melanom muss durch eine Operation vollständig entfernt werden. Die Grösse der notwendigen Operation richtet sich nach der feingeweblich bestimmten Dicke des Tumors. Ist der Tumor mehr als einen Millimeter dick, sollte zusätzlich der im Lymphabfluss der betroffenen Hautregion erstgelegene Lymphknoten operativ entfernt und untersucht werden.

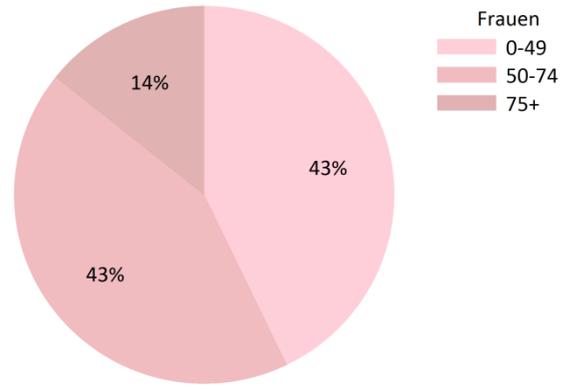
Alter bei Diagnose

Haut Melanome: Neuerkrankungen



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

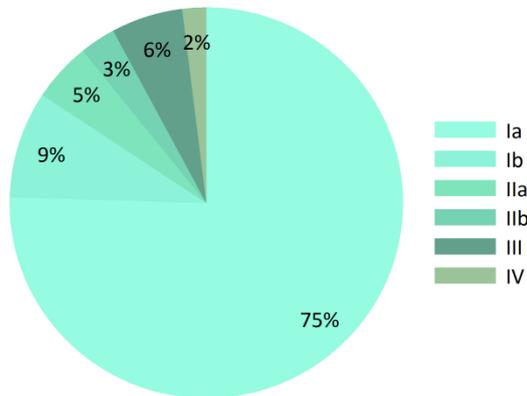
Haut Melanome: Neuerkrankungen



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Stadium bei Diagnose

Stadium bei Diagnose



Fürstentum Liechtenstein 2011-2013

Stadium		Prozent
Ia	Frühstadium	75%
Ib		9%
IIa	lokal begrenzt	5%
IIb		3%
III	lokal fortgeschritten	6%
IV	fernmetastasiert	2%

Quelle: Krebsregister Fürstentum Liechtenstein

Glossar

AJCC	American Joint Commission on Cancer : Assoziation in den USA, die zusammen mit der Internationalen Union gegen Krebs(UICC) in Genf ein weltweit angewandtes System zur Kodierung der Ausdehnung des Tumors (das TNM System) herausgibt.
ENCR	European Network of Cancer Registries: Netzwerk der Europäischen Krebsregister
FL	Fürstentum Liechtenstein
IACR	International Association of Cancer Registries : Internationale Vereinigung der Krebsregister in Lyon, Frankreich
IARC	International Association for Research on Cancer: Internationale Agentur für Krebsforschung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Lyon, Frankreich
PJ	Personenjahre. Das Konzept wird in der Epidemiologie verwendet um die zeitliche Komponente zu beschreiben. Eine Person, die ein Jahr im Einzugsgebiet verbringt, wird als ein Personenjahr gezählt.
SGA	Region St. Gallen-Appenzell: die Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden
TNM-System:	TNM steht für T=Tumor, N=Nodes (Lymphknoten) und M=Metastasen: Internationale Klassifikation zur Einteilung der Entwicklungsstadien maligner Tumoren.