



AMT FÜR GESUNDHEIT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

JAHRESBERICHT 2011

KREBSREGISTER LIECHTENSTEIN

Impressum

Herausgeber:

Krebsregister St. Gallen-Appenzell

Mitglied von



International Association of Cancer Registries



European Network of Cancer Registries

Flurhofstrasse 7
CH-9000 St. Gallen

Tel +41-71-494-2187
Fax: +41-71-494-2187
<http://www.krebsliga-sg.ch/de/krebsregister>

Autoren

Dr.med. Silvia Ess, MPH
Anita Savidan, Dr. és Sc.

© Krebsregister St. Gallen – Appenzell, St. Gallen, 2012

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Methodologie	5
Ergebnisse	10
Invasive Tumoren	12
Alter bei Diagnosestellung	14
Anzahl Fälle und alterspezifische Raten	15
Internationaler und regionaler Vergleich.....	16
Prostatakarzinom	17
Brustkrebs bei Frauen	18
Lungenkrebs	19
Glossar	20

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. Die Wahrscheinlichkeit einer solchen Veränderung (Mutation) nimmt mit dem Alter, mit der Exposition durch gewisse Substanzen (z.B. Tabakrauch, giftige Chemikalien, UV-Strahlung) und mit einer erblichen Veranlagung zu. Krebserkrankungen unterscheiden sich stark bezüglich Häufigkeit, Verlauf, Behandlung und Prognose. Tumoreigenschaften spielen für den Verlauf, Behandlung und Prognose eine entscheidende Rolle.

Ziel der Krebsregistrierung ist es, Informationen zur 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 Art. 56 Gesundheitsgesetz [GesG] sowie den Entscheid der Regierung vom 20.04.2010.

Ein Jahr Krebsregistrierung ist ein zu geringer Zeitraum, um zuverlässige Informationen zur Häufigkeit, Altersverteilung, Stadium bei Diagnose und zu anderen wichtigen Indikatoren zu liefern. Insbesondere deshalb, weil die Anzahl Einwohner klein ist. In diesem Umfeld haben schon geringe Schwankungen in den erfassten Fällen einen grossen Einfluss auf die ausgewiesenen Raten und Verteilungen. Nichtsdestotrotz glauben wir, dass wir bereits jetzt erste Ergebnisse liefern können, die bei der Prioritätensetzung von Bedeutung sein können.

Ziel dieses ersten Berichts ist es, einen Überblick über die bisherigen Aktivitäten zu geben und erste Ergebnisse zu liefern, wohlwissend, dass diese Zahlen nur provisorisch sind.

Methodologie

Datenquellen

Meistens wird die Diagnose Krebs durch eine histologische oder zytologische Untersuchung bestätigt. Bei 97 % der registrierten Fälle von Einwohnern des FL wurde die Diagnose von einer histologischen (94%) oder zytologischen (3%) Untersuchung bestätigt. In über 70% der Fälle wurde die Untersuchung am Institut für Pathologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) durchgeführt, bei rund 10% am Institut für Pathologie des Kantonsspitals Graubünden (KSGR) und bei 13 % von Pathologie-Instituten im Kanton Zürich.

Weitere Quellen der Daten waren die Spitalaustrittsstatistiken aus dem Kanton St. Gallen (insbesondere diejenigen von KSSG und Kantonsspital Grabs). Vereinzelt wurden Patienten direkt durch den behandelnden Arzt gemeldet.

Der Datensatz

Folgende Informationen werden gesammelt und für die Analysen berücksichtigt:

- Alter und Geschlecht des Patienten
- Wohngemeinde
- 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, Gleason Score, Clark und Breslow Index beim Melanom, usw.)
- Basis der Diagnose (Histologie, Tumormarker, bildgebende Verfahren)
- Anlass der Konsultation, die zur Diagnose führte (Vorsorge, Symptome, usw.)
- Geplante und durchgeführte Behandlungen

Nachträglich zu erhebende Informationen

- Vitalstatus in 1-Jahr Abständen und bis zum Tod des Patienten (Anfrage beim Amt für Gesundheit)

- Datum des Todes
- Todesursache (gemäss Todeszertifikat)
- Informationen zu lokoregionalen und Fernrezidiven

Einschluss und Ausschlusskriterien

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

- Alle invasiven Neoplasien (inklusive nicht-melanotische 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)

Die 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 IACR und IARC 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 Krankenseintritts 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) benutzt. 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) benutzt.

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 der Raten und mit dem Ziel, die Vergleichbarkeit der Daten zu gewähren, folgt das Krebsregister St. Gallen-Appenzell den Regeln der International Association of Cancer Registries (IACR) und International Agency for Research on Cancer (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 aber nur in gesonderter Form ausgewertet.

Datenqualität

Ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept wurde entwickelt, um die höchstmögliche Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Validität und Aktualität der Daten zu erreichen, sowie Doppelerfassungen zu kontrollieren und die Qualität der Daten regelmässig zu überprüfen. Dieses beinhaltet unter anderem die permanente Weiterbildung der Mitarbeiter sowie die Plausibilitätsprüfungen bei Erfassung der Daten in der Datenbank und regelmässige, weitergehende Audits der erhobenen Daten, was ein zeitnahes Feedback erlaubt.

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 Bestandteil des informationellen Selbstbestimmungsrechts. Jede Person kann auf Gesuch und gegen Ausweis über die Identität, von der verantwortlichen Person Auskunft darüber verlangen, welche Daten über sie in der Datensammlung vorhanden sind. 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. Personalisierte Daten werden nur weitergegeben, wenn die schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegt und im Rahmen der Zusammenarbeit mit aktuell behandelnden Ärzten.

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/amtstellen/llv-ag-krankheiten_risiken/krebsregister.htm

Ergebnisse

Datenqualität

Die Qualität der erhobenen Daten spielt für die Aussagekraft eines Registers und die Vergleichbarkeit der Daten mit anderen Regionen / Ländern eine entscheidende Rolle. Deshalb ist es notwendig, strenge Massstäbe an eine umfassende Qualitätssicherung zu legen und diese Qualität messbar zu machen.

Die Qualität der Daten eines Krebsregisters wird anhand von vier Parametern gemessen:

Vollzähligkeit der Erfassung ist eines der wichtigsten Kriterien überhaupt. Nur ein Register mit einem ausreichenden hohen Erfassungsgrad kann aussagekräftige Daten zu Krebsinzidenz, Stadien-Verteilung und Überleben liefern. Das Fehlen ganzer Inzidenzfälle in der Dokumentation führt zu einer Verzerrung der Ergebnisse durch eine selektive Dokumentation bestimmter Fälle (z.B. in Bezug auf die Prognose). Die Vollzähligkeit erhöht sich mit der Zeit. Die meisten Register publizieren deshalb die Ergebnisse erst 18-24 Monate nach Ende des Inzidenzjahres. Da wir im aktuellen Bericht über das Inzidenzjahr 2011 Daten publizieren, ist anzunehmen, dass **die Vollzähligkeit noch nicht erreicht ist**. Um den Zustand zu quantifizieren, haben wir berechnet, wie viele Fälle zu erwarten wären, hätte das FL eine ähnliche Häufigkeit wie die Region SGA in der gleichen Periode, bereinigt nach Altersstruktur. Auch wenn aufgrund dieser Messgrösse die aktuellen Daten ziemlich vollzählig erscheinen, wird eine definitive Aussage für das Jahr 2011 erst in einigen Jahren möglich sein. Auf jeden Fall sind die Unterschiede zwischen registrierten und erwarteten Anzahl Fälle statistisch nicht signifikant.

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 mit einem zu diesem Zweck von der IARC entwickelten Tool überprüft. Anschliessend wird ein Teil der Datensätze durch eine zweifache Kodierung überprüft. Basismerkmale der Tumoren (Lokalisation, Histologie, Dignität) werden im Sinne der Qualitätssicherung von zwei verschiedenen Mitarbeitern kodiert. Die Validität ist sehr gut und vollkommen vergleichbar mit den Daten für die Region St. Gallen-Appenzell.

Tabelle 1: Beobachtete und erwartete Anzahl Malignome-Fälle in der Bevölkerung des FL für das Jahr 2011

Krebsart	Männer				Frauen			
	registriert ^a	erwartet ^b	Differenz ^c	signifikant ^d	registriert ^a	erwartet ^b	Differenz ^c	signifikant ^d
Kolorektal	6	11	- 5	nein	6	7	- 1	nein
Lunge	12	10	+ 2	nein	7	5	+ 2	nein
Melanome	5	4	+ 1	nein	7	4	+ 3	nein
Brust	-	-	-		29	22	+ 7	nein
Prostata	38	28	+ 10	nein	-	-	-	
Haematologie	8	7	+ 1	nein	7	5	+ 2	nein
CLL	1	0	- 1	nein	0	0	0	nein
Invasive ohne NMHT	93	93	+/- 0	nein	82	71	+ 11	nein

a Anzahl registrierte Fälle
b Anzahl erwartete Fälle gemäss Durchschnitt 2009-2011 in der Region St.Gallen-Appenzell
c Differenz zwischen registrierten und erwarteten Anzahl Fälle
d Signifikanz der Differenz gemäss z-Test. Keine der ermittelten Differenzen war statistisch signifikant auf dem 5% Niveau
NMHT "nicht melanotische Hauttumoren"

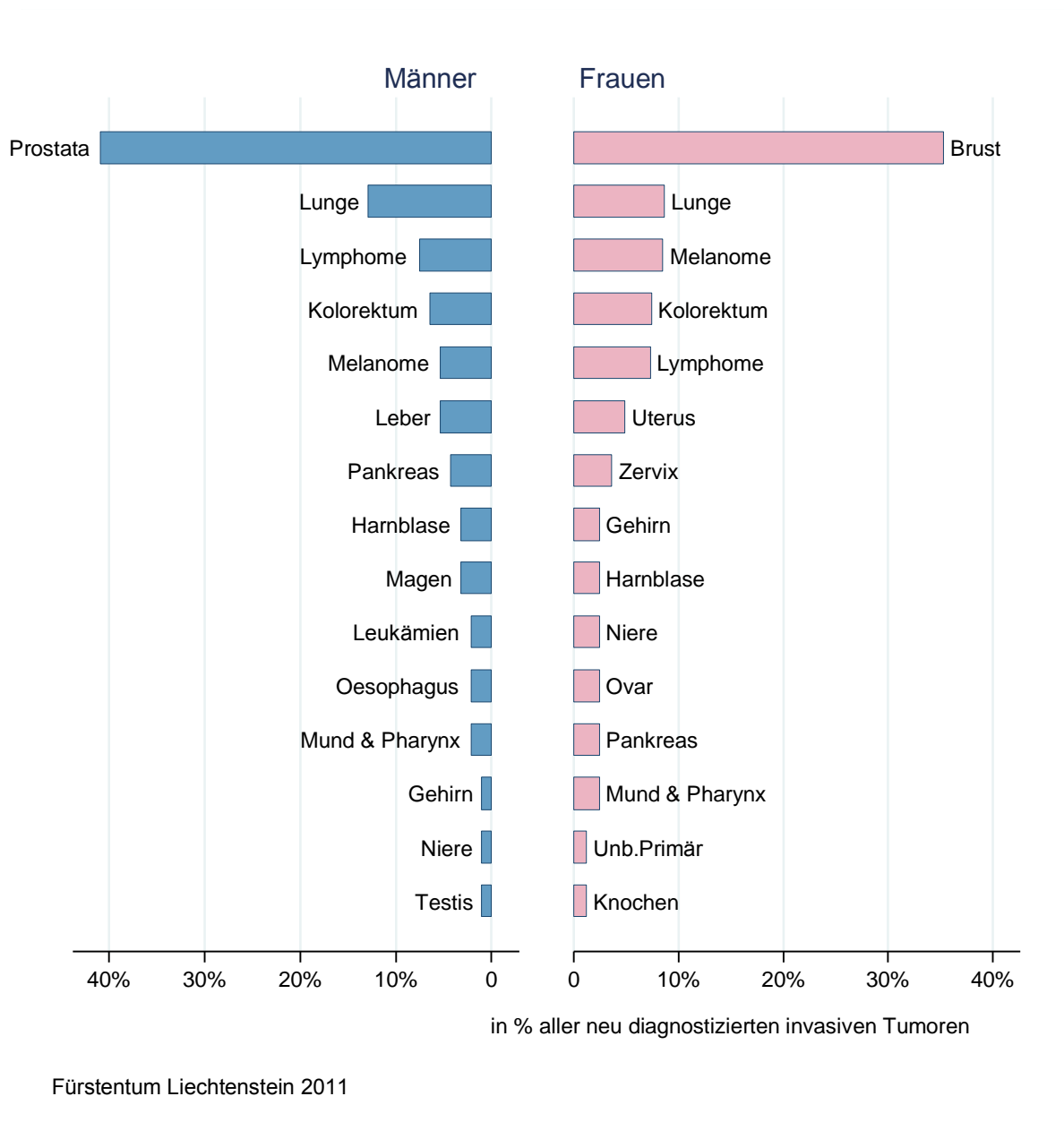
Die Aktualität der gelieferten Informationen ist für die Nutzer der Informationen von grossem Wert. Idealerweise sollten die Statistiken zeitnah sein. Da einige Fälle erst mit einer gewissen Zeitverzögerung im Register erfasst werden, können zeitnahe Statistiken unvollständig sein. Fälle, von denen das Krebsregister verspätet erfährt, sind nicht zufällig („at random“) verteilt, sondern betreffen meistens Patienten, die nicht in Zentren behandelt wurden, oder betreffen Fälle mit speziellen Tumor- oder Patientenmerkmalen (z.B. Alter). Um solche Verzerrungen zu vermeiden, wird meistens ein Kompromiss zwischen Vollständigkeit und Aktualität getroffen (siehe oben). Weltweit publizieren Register Fälle erst 18-24 Monate nach dem Ende des Inzidenzjahres oder noch später.

Klassifikation der im Jahr 2011 neu diagnostizierten Neoplasien

Das Krebsregister hat 242 Tumoren mit Erstdiagnosedatum im Jahr 2011 bei Einwohnern des Fürstentums Liechtenstein erfasst. Die meisten von ihnen, sowohl bei Männern wie auch bei Frauen, sind invasive Tumoren (86%). Präkanzerosen („in situ“ Tumoren) waren die zweithäufigsten mit 21 Fällen (9%). Dabei handelte es sich um 2 Fällen von Präkanzerosen im Kolon, um Fälle von Melanom in situ (2 bei Frauen und 2 bei Männern), um 4 Karzinome in situ der Brustdrüse, um 5 Karzinome in situ des Zervix (Gebärmutterhals) und bei den Männern um 6 Karzinome in situ der Harnblase.

Darüber hinaus wurden 5 benigne Tumoren des Zentralnervensystems registriert und 7 Tumoren mit Borderline-Malignität.

Invasive Tumoren



Datenquelle: Krebsregister SGA

Die häufigsten invasiven malignen Tumoren auf einem Blick

Das Prostatakarzinom war bei Männern mit 41% der Fälle der am häufigsten diagnostizierten Tumor. Zum Vergleich, in der Schweiz und im St. Gallen-Appenzell repräsentiert er rund 30% aller invasiven Tumoren bei Männern. Bei Frauen war Brustkrebs am häufigsten mit 28 Fällen. Lungenkrebs befand sich bei beiden Geschlechtern am zweiten Platz und wurde 19 Mal neu diagnostiziert, 7 Mal bei Frauen und 12 Mal bei Männern. Weitere häufig diagnostizierte invasive Tumoren waren maligne Melanome der Haut, Lymphome und kolorektale Karzinome.

Tabelle 2. Anzahl registrierte Fälle nach Lokalisation und Altersgruppe

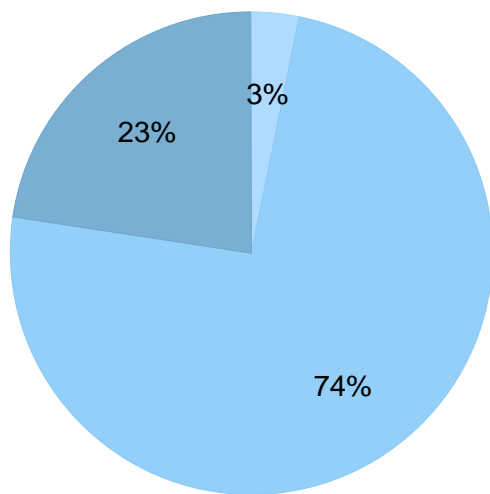
	Männer					Frauen				
	Anzahl Fälle nach Altersklasse				AS* Rate	Anzahl Fälle nach Altersklasse				AS* Rate
	0-49	50-74	75-99	Alle		0-49	50-74	75-99	Alle	
Mund & Pharynx	0	2	0	2		0	1	0	1	
Pharynx & Hypopharynx	0	0	0	0		0	1	0	1	
Oesophagus	0	1	1	2		0	0	0	0	
Magen	1	2	0	3		0	0	0	0	
Kolorektum	0	5	1	6		0	4	2	6	
Leber	0	4	1	5		0	0	0	0	
Pankreas	0	2	2	4		1	1	0	2	
Lunge	0	8	4	12	58.1*	1	6	0	7	32.6*
Knochen	0	0	0	0		0	1	0	1	
Melanome	0	5	0	5		4	3	0	7	31.4*
NMHT	1	6	7	14	66.5*	0	6	14	20	67.4
Brust	0	0	0	0		6	13	10	29	119.4
Zervix	-	-	-	-		2	0	1	3	
Uterus	-	-	-	-		0	3	1	4	
Ovar	-	-	-	-		0	2	0	2	
Prostata	0	29	9	38	180.6	-	-	-	-	
Testis	0	1	0	1		-	-	-	-	
Niere	0	1	0	1		0	1	1	2	
Harnblase	0	1	2	3		0	0	2	2	
Gehirn	0	1	0	1		1	1	0	2	
Unbekannt Primär	0	0	0	0		0	1	0	1	
Lymphome	2	4	1	7		1	3	2	6	
Leukämien	0	2	0	2		0	0	1	1	
alle ohne NMHT	3	69	21	93	436.2	17	44	21	82	350.7
alle Tumoren inkl. NMHT	4	75	28	107	502.7	17	50	35	102	418.2

AS Rate: Altersstandardisierte Rate pro 100'000 Einwohner pro Jahr (Europa Standard)
 NMHT: Nicht melanotische Hauttumoren
 *Raten basierend auf weniger als 20 Fälle können inakkurat sein.

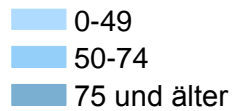
Tabelle 2 zeigt die Anzahl Fälle pro Krebsart, Geschlecht und 3 Altersgruppen: jünger als 50, 50-74 und 75 Jahre alt und älter. Die nach der Europäischen Standardbevölkerung altersstandardisierte Rate wurde nur für die häufigsten Tumoren berechnet. Bei weniger als 20 Fällen beträgt die Standardabweichung fast 25% des Wertes der Rate. Raten basierend auf weniger als 20 Fälle gelten deshalb als nicht akkurat und werden bei einigen Institutionen (z.B. National Center for Health Statistics, USA) nicht publiziert.

Alter bei Diagnosestellung

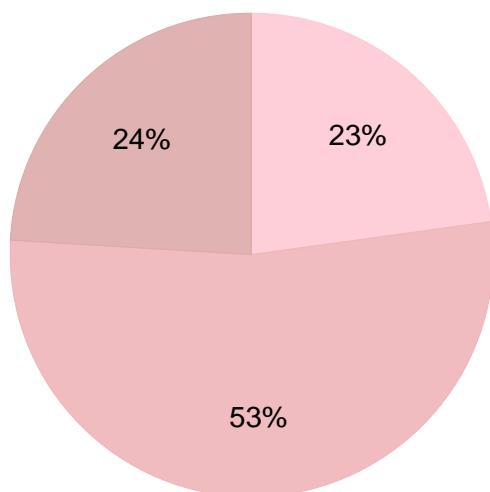
Alle Krebsarten



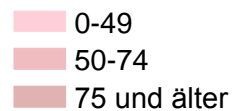
Männer



Alle Krebsarten

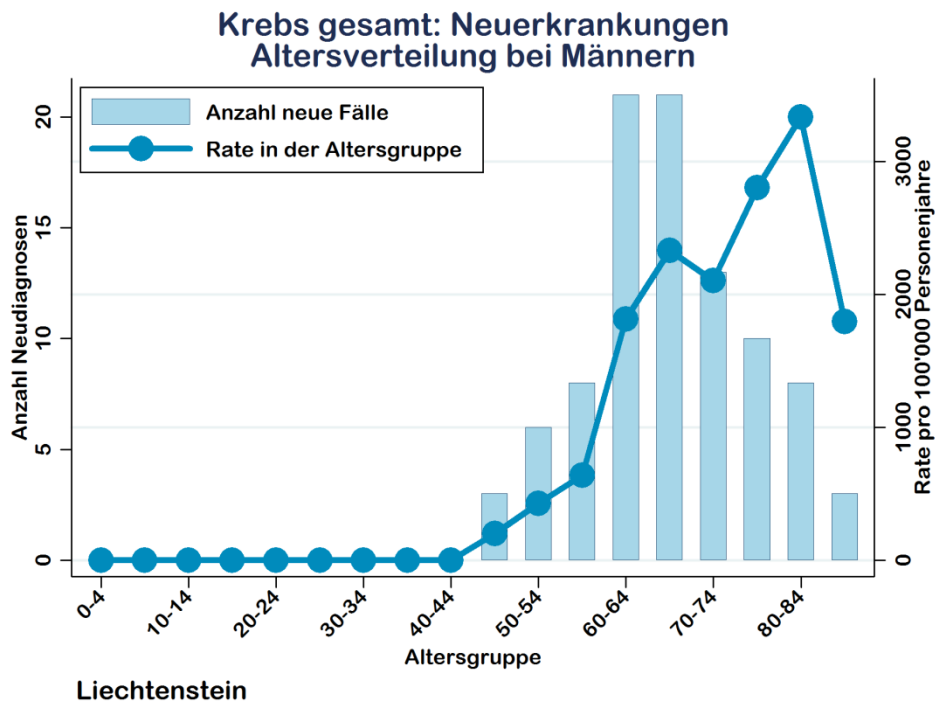


Frauen

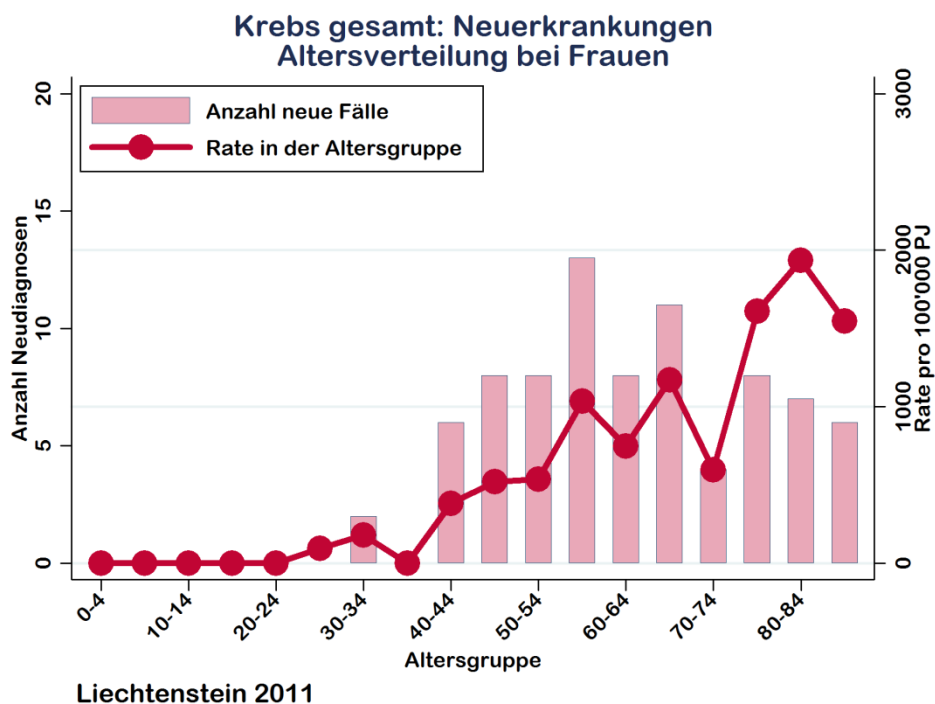


Krebs kann in jedem Alter auftreten, doch das Risiko am Krebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter. Nur 12% der im Jahr 2011 im FL neu diagnostizierten Krebserkrankungen sind vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten. Es zeigt sich aber ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern. Nur 3% der Männer waren zur Zeit der Diagnosestellung jünger als 50, bei den Frauen waren es 23%. Vor allem Brustkrebserkrankungen bei Frauen sind für den Altersverteilungsunterschied verantwortlich.

Anzahl Fälle und alterspezifische Raten



Die meisten Fälle wurden bei Männern in den Altersklassen „60-64“ und „65-69“ diagnostiziert. Obwohl die Anzahl Fälle mit dem Alter abnimmt, nimmt die altersspezifische Rate zu. Dies ist zu erklären mit der geringen Einwohnerzahl in diesen Altersklassen, was den Anteil an erkrankten Personen erhöht.



Krebserkrankungen wurden bei Frauen schon in jüngerem Alter diagnostiziert. Die Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Altersklassen ist aus der Graphik gut zu erkennen.

Internationaler und regionaler Vergleich

Die Graphik zeigt einen Vergleich der altersstandardisierten Raten für alle invasiven Malignome im Fürstentum Liechtenstein, in der Region St. Gallen-Appenzell und den Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich. Durch die Berechnung der Raten und durch die Anwendung der Altersstandardisierung werden die Zahlen vergleichbar. Die Altersstandardisierung eliminiert eventuelle Unterschiede, die sich durch die unterschiedliche Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung ergeben können. Die Raten der umliegenden Länder wurden aus Globocan ([www. http://globocan.iarc.fr/](http://globocan.iarc.fr/)) entnommen.



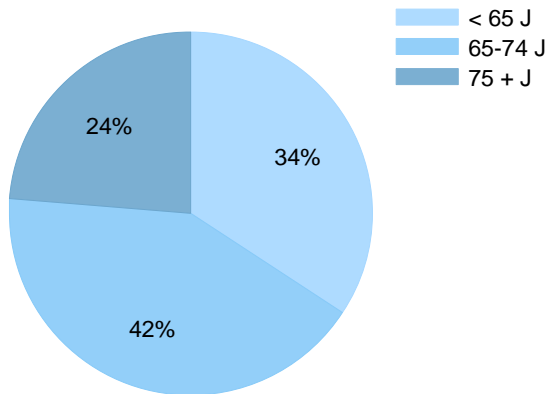
Die senkrechte Linie ist das arithmetische Mittel der Raten der umliegenden Länder. Die Quadrate stellen die Raten dar, die roten Linien beschreiben die 95% Vertrauensintervalle. Die aktuell geschätzte Rate für das FL ist vergleichbar mit den Raten der umliegenden Ländern.

Datenquellen: Globocan und Krebsregister SGA

Prostatakarzinom

Alter bei Diagnose

Alter

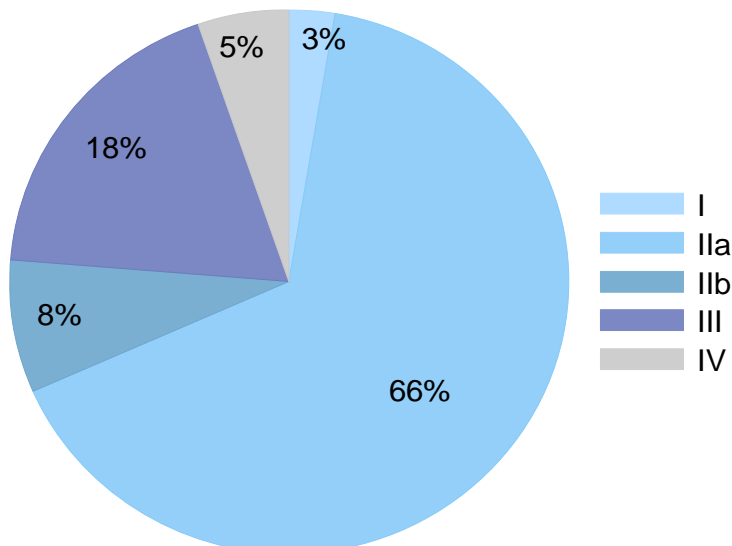


Die 38 neu diagnostizierten Prostatakarzinome wurden bei Männern zwischen 51 und 84 Jahre entdeckt. Rund ein Drittel der Patienten (n= 13) waren zur Zeit der Diagnose zwischen 51 und 64 Jahre alt, 42% (n=16) waren 65-74 Jahre alt und 9 Patienten (24%) waren über 75. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 67.5 Jahren.

Art der Entdeckung und Stadium bei Diagnosestellung

Das Prostatakarzinom ist einzigartig unter den malignen Tumoren wegen seiner hohen Prävalenz und des oft langsamen Wachstums. Die meisten Leitlinien empfehlen deshalb eine individuelle Früherkennungsstrategie. Im Jahr 2011 wurden im FL 38 Erkrankungsfälle gemeldet. Das sind 10 Fälle mehr als erwartet aufgrund der Bevölkerungszahlen (siehe Seite 7). Fast 80% wurden durch Screening entdeckt (meistens durch Bestimmung des „Prostata spezifische Antigens“ (PSA) allein oder in Kombination mit anderen Methoden), bei 4 Patienten haben Symptome zur Entdeckung geführt. Drei Viertel der neu diagnostizierten Tumoren befinden sich in einem Frühstadium (Stadium I, IIa und IIb), weitere 6 (18%) waren noch auf der Prostata begrenzte Tumoren und bei 2 Patienten wurde ein Prostatakarzinom im fortgeschrittenen Stadium entdeckt. Die Informationen zur Behandlung sind noch nicht vollständig. Bei mindestens 65% der Fälle wurde eine Prostatektomie durchgeführt.

Stadium bei Diagnose

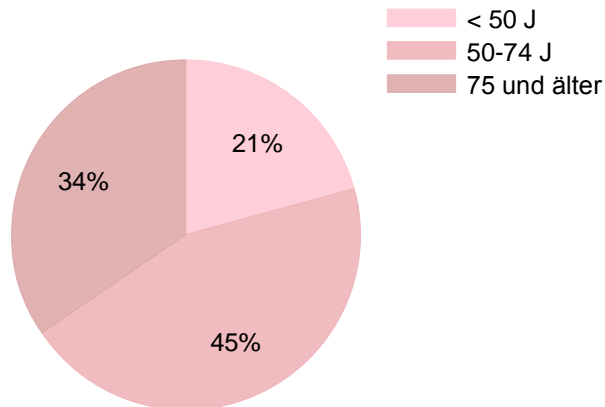


Datenquelle: Krebsregister SGA

Brustkrebs bei Frauen

Alter bei Diagnose

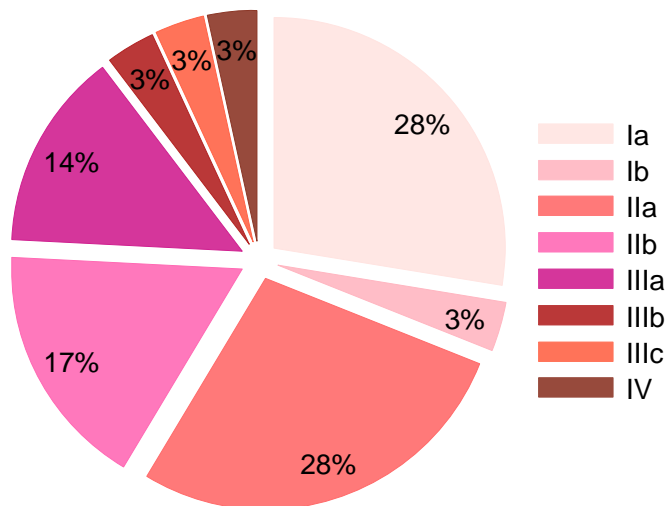
Alter



Brustkrebs ist der häufigste Tumor bei Frauen und für über ein Drittel aller Malignom-Neuerkrankungen bei Frauen verantwortlich. Im Jahr 2011 erkrankten im FL 33 Frauen an Brustkrebs. Bei 4 Frauen handelte es sich um ein Karzinom in situ, bei 29 Frauen wurde ein invasives Mammakarzinom diagnostiziert. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 62 Jahren. Die jüngste Patientin war 31, die älteste 91 Jahre alt. Die Verteilung der Altersgruppen ist aus der Graphik „Alter“ ersichtlich. 21% der Frauen waren zur Zeit der Diagnosestellung jünger als 50.

Art der Entdeckung und Stadium bei Diagnosestellung

Stadium bei Diagnose



Die Prognose der Erkrankung hängt im Wesentlichen von der Ausdehnung des Tumors zur Zeit der Diagnosestellung sowie von weiteren biologischen Merkmalen ab. Zur Quantifizierung der Tumorausdehnung wird das TNM System benutzt. Damit lassen sich die Tumorgrosse mit dem Befall der regionalen Lymphknoten und Fernmetastasen in einer Kenngrösse (das Stadium) kombinieren. Stadium Ia und Ib stehen für eine Tumorgrosse unter 2 cm und keinen (oder nur mikroskopischen) Befall der regionalen Lymphknoten. Es sind die Frühstadien. Die Mammographie

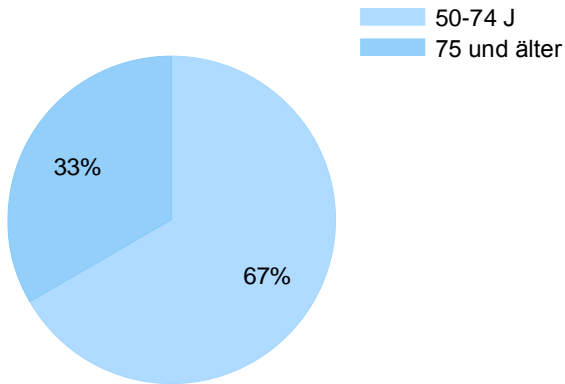
als Früherkennungsmassnahme zielt darauf, Tumoren in diesen Frühstadien zu erkennen bevor sie tastbar sind. Beim Stadium IIa und IIb liegt entweder die Tumorgrosse zwischen 2 und 5 cm oder die regionalen Lymphknoten sind befallen. Bei Stadium IIIa, IIIb und IIIc handelt es sich um lokal fortgeschrittene Tumoren. Bei Stadium IV liegen bereits Fernmetastasen vor. Nur bei 31% (n=9) der Patientinnen war die Tumorgrosse unter 2 cm und die regionalen Lymphknoten waren nicht befallen. Bei 20% (n=6) wurde ein lokal fortgeschrittener Tumor diagnostiziert, und bei einer Patientin wurde ein bereits fernmetastasierter Tumor entdeckt.

Datenquelle: Krebsregister SGA

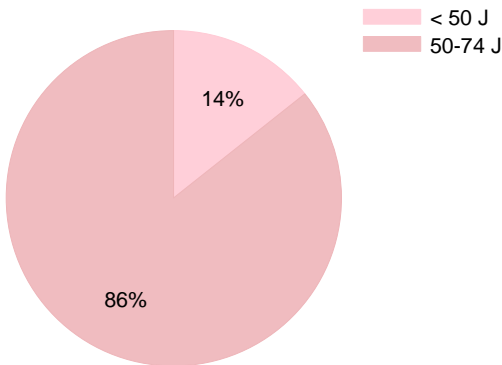
Lungenkrebs

Alter bei Diagnose

Männer



Frauen

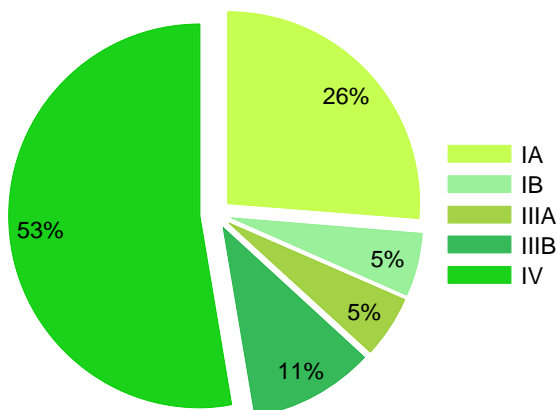


Lungenkrebs (auch Bronchuskarzinom genannt) hat seinen Ursprung in entarteten Zellen der unteren Atemwege. Hauptursache bei der Entstehung von Lungenkarzinomen ist der Tabakrauch. Daneben gibt es einige Substanzen (z.B. Asbest, Radon), die Lungenkrebs verursachen, vor allem im Rahmen der beruflichen Exposition oder durch die Umweltbelastung. Das Edelgas Radon kommt häufig in den alpinen Regionen vor. Lungenkrebs war sowohl bei Männern wie auch bei Frauen der zweithäufigste neu diagnostizierte Tumor. Im Jahr 2011 wurden 12 Männer (63% der Fälle) und 7 Frauen mit Lungenkrebs registriert. Frauen waren deutlich jünger als Männer bei der Diagnosestellung. Das mittlere Alter lag bei Frauen bei 57 Jahren, bei Männern bei 69 Jahren.

Stadium bei Diagnose

Lungentumoren machen sich erst spät eindeutig bemerkbar. Unter den 19 neu diagnostizierten Bronchuskarzinomen waren 10 bereits metastasiert (Stadium IV), 3 weitere waren im lokal fortgeschrittenen Stadium, aber 6 wurden in Stadium Ia und Ib diagnostiziert, mit einer günstigen Prognose.

Stadium bei Diagnose



Datenquelle: Krebsregister SGA

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
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	St. Gallen-Appenzell
TNM-System:	TNM steht für T=Tumor N=Nodes (Lymphknoten) und M=Metastasen: Internationale Klassifikation zur Einteilung der Entwicklungsstadien maligner Tumoren.