

Iris Urbschat¹, Linda Gnas², Frauke Pauly¹, Gerold Hecht², Joachim Kieschke¹

¹Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen (EKN), Registerstelle, Oldenburg

²Referenzzentrum Mammographie Nord, Oldenburg

Hintergrund

In den Jahren 2006 – 2008 wurde in Niedersachsen das Mammographie-Screening-Programm (MSP) implementiert. Ziel des MSP ist es, Brustkrebskrankungen in einem frühen Tumorstadium zu diagnostizieren, womit langfristig eine Senkung der Brustkrebsmortalität erreicht werden soll. Im Epidemiologischen Krebsregister Niedersachsen (EKN) findet regelmäßig ein Datenabgleich aller Teilnehmerinnen (TN) des MSP mit den Daten des EKN statt. Anschließend wird für jeden Brustkrebsfall der Screeningstatus klassifiziert. Ziel des Datenabgleichs ist es, Intervallkarzinome (IC) zu ermitteln. IC sind Mammakarzinome, die bei Screening-Teilnehmerinnen innerhalb von 24 Monaten nach einer unauffälligen Screening-Mammographie außerhalb des MSP diagnostiziert werden.

In dieser Auswertung wird dargestellt, wie sich die T-Stadienverteilung der Screeningfälle (SF) unterscheidet von der T-Stadienverteilung von IC, Nicht-TN und früheren TN (F-TN). F-TN sind Brustkrebspatientinnen, deren letzte Teilnahme am MSP mindestens 25 Monate zurückliegt. Weiterhin wird überprüft, ob sich die T-Stadienverteilung in diesen Gruppen über die Zeit verändert.

Methode

Für sieben der acht niedersächsischen Screeningeinheiten konnte im EKN in den Jahren 2014 + 2015 der Datenabgleich für alle TN vorgenommen werden. Die Region, für die keine MSP-Daten zur Verfügung standen, wurde ausgeschlossen. Zur Auswertung kommen 25.787 im EKN gespeicherte Brustkrebskrankungen (ICD-10 C50+D05, Datenstand Juli 2017) für 50-69-jährige Frauen aus den vollzähligen Diagnosejahren (DJ) 2006-2012. Metastasen und DCO-Fälle (für letztere liegt im EKN nur eine Todesbescheinigung vor), wurden ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Screening-Abbrecherinnen mit einer außerhalb des MSP gestellten Brustkrebsdiagnose (n=174). Als Nicht-TN werden alle Brustkrebspatientinnen ohne Match mit den MSP-Abgleichsdaten definiert. Mehrfachtumoren gehen mehrfach in die Auswertung mit ein. Dargestellt wird die T-Stadienverteilung für SF, IC, N-TN und F-TN. Für F-TN findet zusätzlich eine Unterteilung nach Abstand in Jahren zur letzten Screeninguntersuchung statt (Diagnose 2<3 / 3<4 / 4+ Jahre nach Screening-Teilnahme).

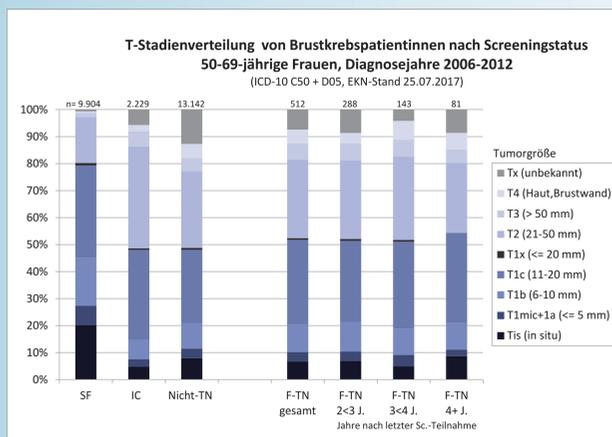


Abbildung 1: Brustkrebs-T-Stadienverteilung nach Screeningstatus. (Screeningfälle (SF), Intervallkarzinome (IC, Diagnose 0-24 Monate nach Screening), Nicht-Teilnehmerinnen (N-TN), frühere Teilnehmerinnen (F-TN gesamt = Diagnose 25+ Monate nach Screening, sowie F-TN unterteilt nach Anzahl der Jahre nach Screening); Diagnosejahre 2006-2012, 50-69-jährige Frauen).

Abb. 2)

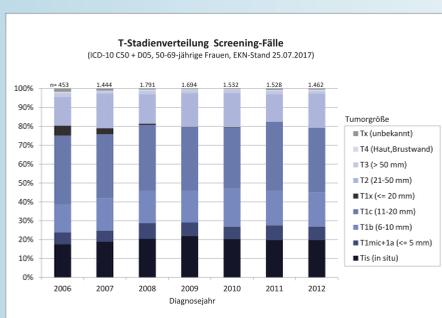


Abb. 3)

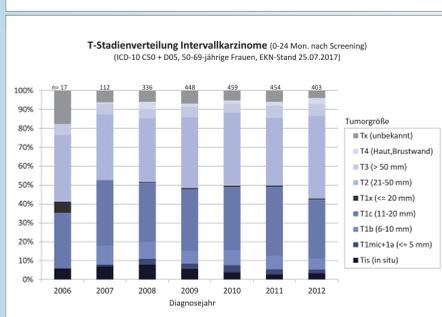


Abb. 4)

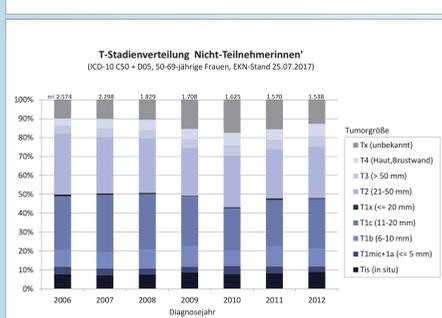
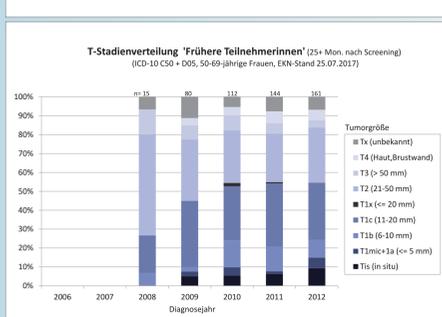


Abb. 5)



Abbildungen 2-5: Zeitlicher Verlauf der Brustkrebs-T-Stadienverteilung für Screeningfälle (Abb. 2), Intervallkarzinome (Abb. 3), Nicht-Teilnehmerinnen (Abb. 4) und frühere Teilnehmerinnen (Abb. 5) des MSP (ICD-10 C50+D05; 50-69-jährige Frauen)

Ergebnisse

Für die DJ 2006-2012 verteilen sich die Brustkrebskrankungen der 50-69-jährigen Frauen wie folgt: 9.904 SF, 2.229 IC, 13.142 Nicht-TN und 512 F-TN.

- Der Anteil von In-situ-Tumoren und kleinen Tumoren ≤ 20 mm (Tis/T1) an allen Tumoren der jeweiligen Gruppe ist erwartungsgemäß bei den SF mit 80,2% sehr hoch. Deutlich geringer ist dieser Anteil für IC (48,6%), für Nicht-TN (48,8%) und für F-TN (52,3%) (siehe Abbildung 1).
- Der Anteil von großen Tumoren (T3/T4) ist bei Nicht-TN und F-TN etwas höher im Vergleich zu IC.
- Für F-TN zeigt sich, dass schon 2-3 Jahre nach Teilnahme am MSP die T-Stadienverteilung wieder in etwa der der Nicht-TN entspricht.
- Im zeitlichen Verlauf gibt es nur geringfügige Veränderungen der T-Stadienverteilung in den vier Gruppen (siehe Abbildungen 2-5).
- Bemerkenswert ist allerdings, dass bei den IC der Anteil von In situ-Karzinomen und sehr kleinen Tumoren ≤ 10 mm Größe (T1a+b) von 2008 bis 2012 leicht zurückgeht von 19,9% auf 11,2% (siehe Abbildung 3). Diese Karzinome werden in der Regel nur durch Mammographie entdeckt; sie können auf ein evtl. zusätzlich durchgeführtes sogenanntes ‚graues Screening‘ im Rahmen der kurativen Versorgung hinweisen.

Diskussion

Ein Screeningeffekt bezüglich der frühzeitigen Diagnose von kleinen Tumoren zeigt sich nur in der Gruppe der Screeningfälle. Sowohl IC als auch F-TN weisen eine den Nicht-TN vergleichbare T-Stadienverteilung auf. Bei den Nicht-TN ist in Einzelfällen eine Fehlklassifikation hinsichtlich der Gruppenzuordnung möglich, z.B., wenn Frauen in einem anderen Bundesland am MSP teilgenommen haben. Der Einfluss dieser möglichen Fehlklassifikation auf die Ergebnisse dürfte jedoch gering sein. Ob F-TN in zukünftigen Studien zur Evaluation der Brustkrebsmortalität den Nicht-TN gleichgesetzt werden können, sollte anhand weiterer Analysen (N- und M-Stadienverteilung, Grading) überprüft werden.

Kontakt: Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen
Email: urbschat@krebsregister-niedersachsen.de