



## Hintergrund

Im Mund-Rachen-Bereich kommt es häufig zum Auftreten unabhängiger multifokaler Tumoren. Andererseits können Tumore sich über mehrere anatomische Bereiche ausdehnen, sodass Biopsien aus unterschiedlichen Regionen zum selben Tumorgeschehen gehören können. Dadurch ist die Entscheidung oft schwierig, ob es sich um getrennt zu zählende Zweitkarzinome handelt. Die epidemiologischen Krebsregister richten sich bei der Definition multipler Tumoren nach den Regeln der IARC (International Agency for Research on Cancer).

Grundsätzlich wird pro Organ nur eine Krebserkrankung gezählt (bei gleicher Histologiegruppe). In der Regel entspricht jeder Lokalisations-Dreisteller einem Organ. In definierten Ausnahmefällen werden mehrere Dreisteller-Lokalisationen zu einer Gruppe zusammengefasst. Nach der IARC-Empfehlung von 1994 werden die 12 Lokalisationen im Mund-Rachen-Bereich zu 8 Organ-Gruppen zusammengefasst, demgegenüber gibt es nach der Empfehlung von 2004 nur noch 4 unterschiedliche Organ-Gruppen.

Es wurde nun untersucht, welche Auswirkungen die Änderung der Regelung auf die Zweitkarzinomrate von malignen HNO-Tumoren (Diagnose - Dreisteller nach ICD-10, C00 - C14, ohne C07 und C08) hat. Darüber hinaus wurde überprüft, ob sich die Auswirkungen bei klinischen und pathologischen Meldungen unterscheiden.

## Material und Methoden

In Niedersachsen sind die Pathologen verpflichtet, jeden von Ihnen neu diagnostizierten Fall unabhängig von der Art des Präparates (u.a. Biopsien, Probe-excisionen oder OP-Präparate) an das EKN zu melden.

Demgegenüber werden klinische Meldungen mit Einwilligung der Patienten über die Nachsorgeleitstellen (NLST) an das EKN übermittelt. Im Unterschied zu den Pathologen-Meldungen werden die klinischen Befunde bereits in den NLST bearbeitet und zusammengefasst.

Anhand des Gesamtstandes (Bearbeitungsstand Februar 2007) des EKN wurde getrennt nach Pathologenmeldungen und klinischen Meldungen aus den Diagnosejahren 2000 bis 2004 die Anzahl multipler Karzinome im HNO-Bereich unter Anwendung der Empfehlung zur Zusammenfassung multipler maligner Tumoren von 1994 (siehe Tabelle 1) und unter Anwendung der Regelung von 2004 (siehe Tabelle 2) ermittelt.

IARC-Empfehlung von 1994		
ICD-O-2/3	Label	ICD-O-1
C00	Lip	140
C01	Base of tongue	
C02	Other & unspecified parts of tongue	141
C03	Gum	143
C04	Floor of mouth	144
C05	Palate	
C06	Other & unspecified parts of mouth	145
C09	Tonsil	
C10	Oropharynx	146
C11	Nasopharynx	147
C12	Pyriiform sinus	
C13	Hypopharynx	148

Tabelle 1: nach IARC Technical Report No 19. Lyon, 1994: Comparability and Quality Control in Cancer Registration

IARC-Empfehlung von 2004		
ICD-O-2/3	Label	*)
C01	Base of tongue	
C02	Other & unspecified parts of tongue	C02.9
C00	Lip	
C03	Gum	
C04	Floor of mouth	
C05	Palate	
C06	Other & unspecified parts of mouth	C06.9
C11	Nasopharynx	C11.9
C09	Tonsil	
C10	Oropharynx	
C12	Pyriiform sinus	
C13	Hypopharynx	
C14	Other and ill-defined sites in sip, oral cavity and pharynx	C14.0

\*) if diagnosed at different times, code first diagnosis, if diagnosed at the same time use codes given below

Tabelle 2: nach Internal Report No. 2004/02, IARC, Lyon 2004: International Rules For Multiple Primary Cancers

## Ergebnisse

Im Diagnosezeitraum 2000 - 2004 wurden insgesamt 4503 Patientinnen und Patienten mit malignen HNO-Tumoren gezählt. Bei der Auswertung von Pathologie-Befunden unter Anwendung der IARC-Regelung von 1994 (siehe Tabelle 1) wurden 680 HNO-Zweitkarzinome festgestellt. Mit der Bearbeitung nach der IARC-Empfehlung von 2004 (siehe Tabelle 2) verringerte sich die Anzahl um 274 (40,3%) auf 406 HNO-Zweitumore.

Die Betrachtung der klinisch gemeldeten malignen HNO-Tumore ergab einerseits eine deutlich geringere Anzahl unterschiedlicher Diagnosedreisteller (99 klinisch gemeldete im Vergleich zu 1533 pathologisch gemeldeten) und eine Verringerung der HNO- Zweitkarzinome von 42 nach der alten Regel ermittelten Karzinome um 16 (38,1%) auf 26 nach der neuen Regelung.

## Diskussion

Die Änderung des Regelwerkes zur Zusammenfassung multipler maligner HNO-Tumoren hätte demnach eine Verringerung der Anzahl der Zweitkarzinome zur Folge und somit auch Auswirkungen auf die Anzahl der Neuerkrankungen. Diese würde sich um ca. 5 % verringern.

In diesem Zusammenhang ergeben sich folgende interessante Fragestellungen:

- Wie einheitlich wird in epidemiologischen Krebsregistern mit Zweitumoren umgegangen?
- Wie unterschiedlich ist das Melderkontingent?

Zur Klärung wäre es interessant, die Zweitkarzinomrate der epidemiologischen Krebsregister zu vergleichen.

## Schlussfolgerungen

Bei der Umstellung der Bearbeitung multifokaler maligner Tumorgeschehen in epidemiologischen Krebsregistern ist eine Verringerung der Zweitkarzinomrate bei HNO-Karzinomen zu erwarten, was bei der Interpretation von tumorbezogenen Inzidenzraten berücksichtigt werden sollte.

Problematisch bei der Auswertung der klinischen Meldungen ist, dass diese im Gegensatz zu pathologischen Befunden häufig schon zusammengefasst im epidemiologischen Krebsregister eingehen. Dadurch ergeben sich Hinweise auf Unterschiede in der Anzahl der Meldungen von abweichenden Diagnose-Dreistellern im Vergleich von pathologischen zu klinischen Meldungen.

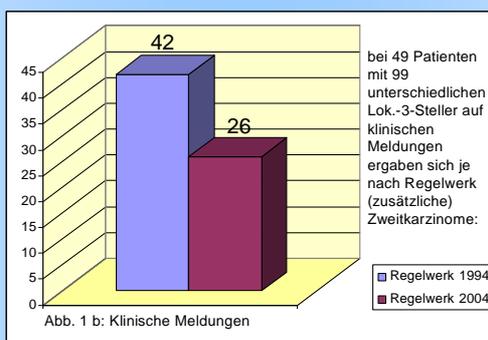
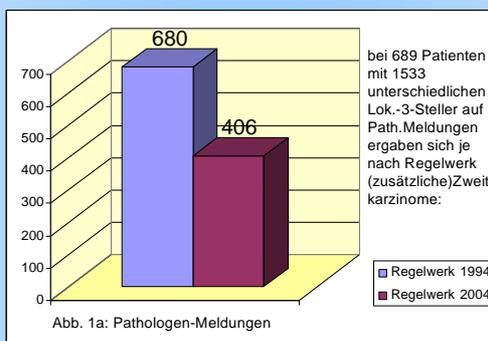


Abb. 1: Anzahl HNO-Karzinome bei Anwendung verschiedener Regelwerke