

3.16 Gebärmutterhals

Tabelle 3.16.1
Übersicht über die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C53

	2011	2012	Prognose für 2016
	Frauen	Frauen	Frauen
Neuerkrankungen	4.720	4.640	4.300
rohe Erkrankungsrate ¹	11,5	11,3	10,4
standardisierte Erkrankungsrate ^{1,2}	9,4	9,3	8,5
mittleres Erkrankungsalter ³	54	53	
Sterbefälle	1.626	1.617	
rohe Sterberate ¹	4,0	3,9	
standardisierte Sterberate ^{1,2}	2,6	2,6	
5-Jahres-Prävalenz	18.200	17.900	
	<i>nach 5 Jahren</i>	<i>nach 10 Jahren</i>	
absolute Überlebensrate (2011–2012) ⁴	65 (60–71)	58 (55–65)	
relative Überlebensrate (2011–2012) ⁴	68 (62–74)	65 (60–71)	

¹ je 100.000 Personen ² altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung ³ Median ⁴ in Prozent (niedrigster und höchster Wert der einbezogenen Bundesländer)

Epidemiologie

In Deutschland erkrankten 2012 etwa 4.600 Frauen am Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom). Etwa drei Viertel der Zervixkarzinome sind Plattenepithelkarzinome. Adenokarzinome (etwa 20 %) weisen eher auf einen höher gelegenen Ursprung am Übergang zwischen Gebärmutterkörper und -hals hin.

Die Neuerkrankungsraten der Frauen am invasiven Karzinom des Gebärmutterhalses verlaufen seit Ende der 1990er Jahre weitgehend stabil auf einem deutlich niedrigeren Niveau als noch in den 1980er Jahren. Das mittlere Erkrankungsalter am bereits invasiven Krebs beträgt 53 Jahre. Frauen sind somit bei Diagnose im Mittel 10 bis 15 Jahre jünger als Frauen mit anderen gynäkologischen Krebserkrankungen. Am in situ Karzinom erkranken Frauen im Mittel bereits mit 34 Jahren. Es tritt etwa zwei- bis dreimal häufiger auf als das invasive Karzinom.

Insgesamt sterben in Deutschland derzeit etwa 1.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach der Diagnose eines invasiven Gebärmutterhalstumors liegt bei 68 %.

Innerhalb Deutschlands wie auch im internationalen Vergleich zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in den Erkrankungsraten. Frauen im Saarland sind ähnlich häufig vom Zervixkarzinom betroffen wie Frauen in Dänemark, die bei vergleichbaren Sterberaten eine der höchsten Erkrankungsraten (nach Polen und Tschechien) von den Nachbarländern aufweisen. Die niedrigsten Erkrankungs- und Sterberaten werden in Finnland und der Schweiz beobachtet.

Risikofaktoren und Früherkennung

Als Hauptursache von Gebärmutterhalskrebs gilt eine sexuell übertragene Infektion mit humanen Papillomviren (HPV). Der Großteil aller Frauen wird im Laufe des Lebens mit HPV infiziert. Heilen die Infektionen nicht aus, vor allem mit Viren aus der Hochrisikogruppe (u. a. HPV 16, 18), kann sich ein Zervixkarzinom entwickeln. Zusätzliche Risikofaktoren sind Rauchen, Infektionen im Genitalbereich mit sexuell übertragbaren Erregern, wie Herpes-simplex oder Chlamydien, früher Beginn sexueller Aktivität, viele Geburten sowie ein stark geschwächtes Immunsystem. Auch eine langfristige Einnahme oraler Kontrazeptiva (»Pille«) wird mit einem leicht erhöhten Erkrankungsrisiko in Zusammenhang gebracht. Nach Absetzen der Kontrazeptiva nimmt das Risiko jedoch wieder ab; nach etwa zehn Jahren scheint kein Unterschied zu Nicht-Anwenderinnen zu bestehen.

Frauen in Deutschland können ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich einen Zellabstrich am Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) durchführen lassen, als Teil der gesetzlichen Krebsfrüherkennung. Seit März 2007 empfiehlt die deutsche Ständige Impfkommision (STIKO), Mädchen gegen HPV 16 und 18 zu impfen, die für etwa 70 % aller Zervixkarzinome verantwortlich gemacht werden. Derzeit gilt die Impfpflicht vorrangig für das Alter zwischen 9 und 14 Jahren. Bereits jetzt ist belegt, dass die Impfung die Entwicklung von Krebsvorstufen am Gebärmutterhals verhindern kann. Die Impfung kann den PAP-Abstrich allerdings nicht ersetzen, da sie nur vor den häufigsten Hochrisiko-Papillomviren schützt.

Abbildung 3.16.1a
Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, ICD-10 C53, Deutschland 1999–2012
je 100.000 (Europastandard)

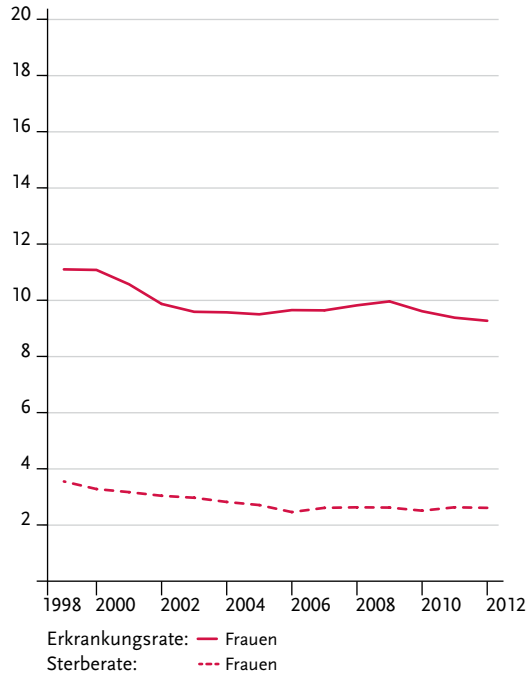


Abbildung 3.16.1b
Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle, ICD-10 C53, Deutschland 1999–2012

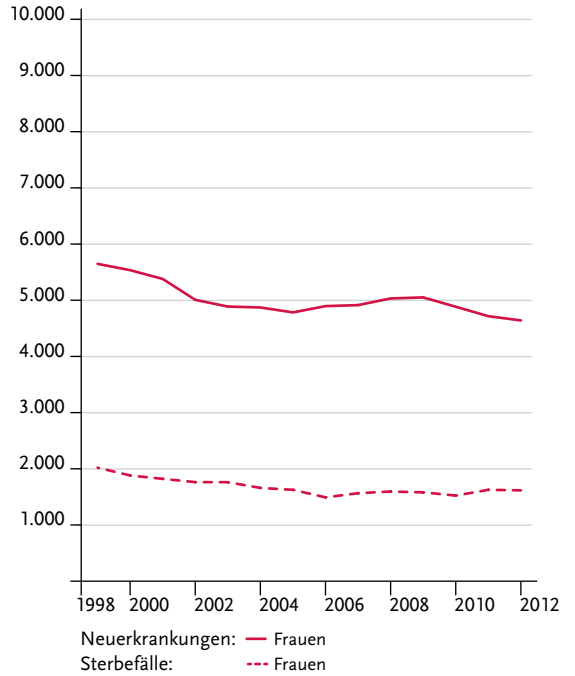


Abbildung 3.16.2
Altersspezifische Erkrankungsrate, ICD-10 C53, Deutschland 2011–2012
je 100.000

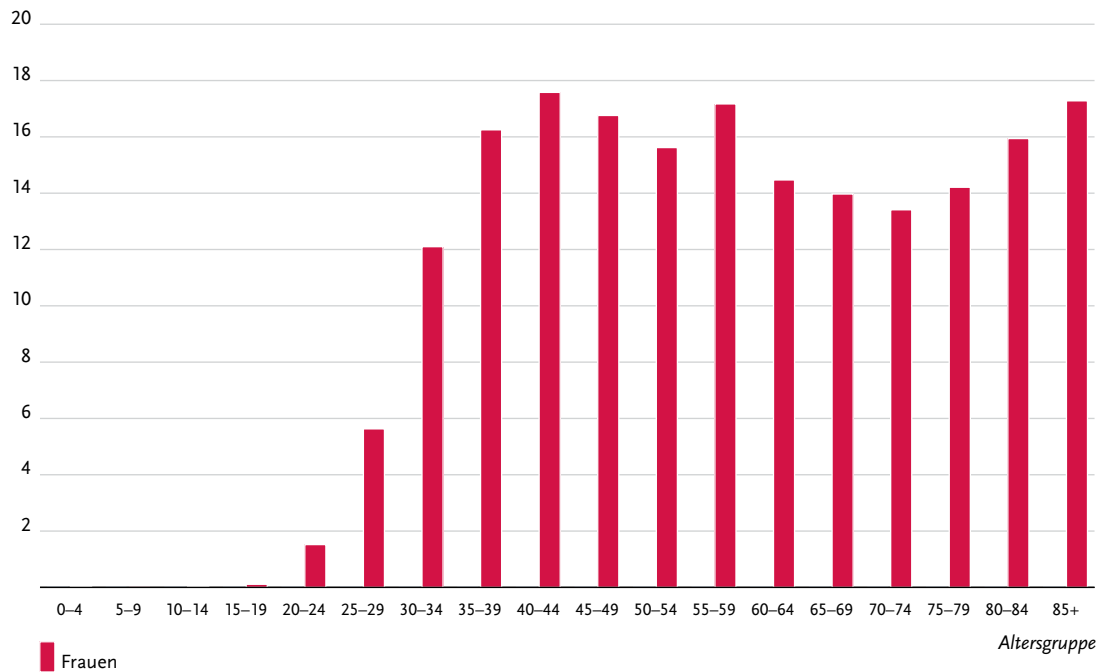


Tabelle 3.16.2
Erkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter, ICD-10 C53, Datenbasis 2012

Frauen im Alter von	Erkrankungsrisiko				Sterberisiko			
	in den nächsten 10 Jahren		jemals		in den nächsten 10 Jahren		jemals	
15 Jahren	<0,1%	(1 von 9.100)	0,8%	(1 von 120)	<0,1%	(1 von 353.400)	0,3%	(1 von 330)
25 Jahren	0,1%	(1 von 1.100)	0,8%	(1 von 120)	<0,1%	(1 von 12.700)	0,3%	(1 von 330)
35 Jahren	0,2%	(1 von 620)	0,8%	(1 von 130)	<0,1%	(1 von 4.800)	0,3%	(1 von 340)
45 Jahren	0,2%	(1 von 620)	0,6%	(1 von 170)	<0,1%	(1 von 2.200)	0,3%	(1 von 360)
55 Jahren	0,2%	(1 von 650)	0,4%	(1 von 230)	0,1%	(1 von 1.600)	0,2%	(1 von 420)
65 Jahren	0,1%	(1 von 750)	0,3%	(1 von 330)	0,1%	(1 von 1.600)	0,2%	(1 von 530)
75 Jahren	0,1%	(1 von 820)	0,2%	(1 von 520)	0,1%	(1 von 1.300)	0,1%	(1 von 710)
Lebenszeitrisiko			0,8%	(1 von 120)			0,3%	(1 von 330)

Abbildung 3.16.3
Verteilung der T-Stadien bei Erstdiagnose (oben: inkl. fehlender Angaben und DCO-Fälle; unten: nur gültige Werte)
ICD-10 C53, Deutschland 2011–2012

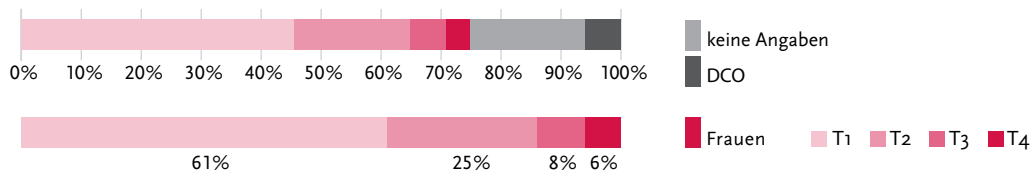


Abbildung 3.16.4a
Absolute Überlebensraten bis 10 Jahre nach Erstdiagnose,
ICD-10 C53, Deutschland 2011–2012

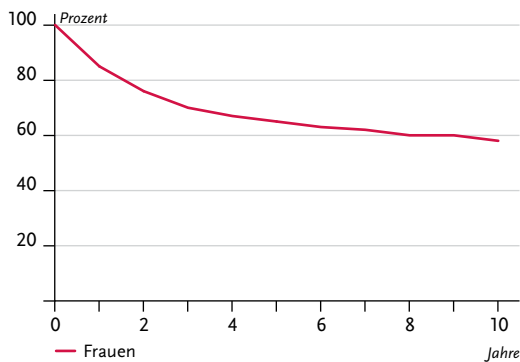


Abbildung 3.16.4b
Relative Überlebensraten bis 10 Jahre nach Erstdiagnose,
ICD-10 C53, Deutschland 2011–2012



Abbildung 3.16.5
Erfasste altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten in den Bundesländern,
ICD-10 C53, 2011–2012
je 100.000 (Europastandard)

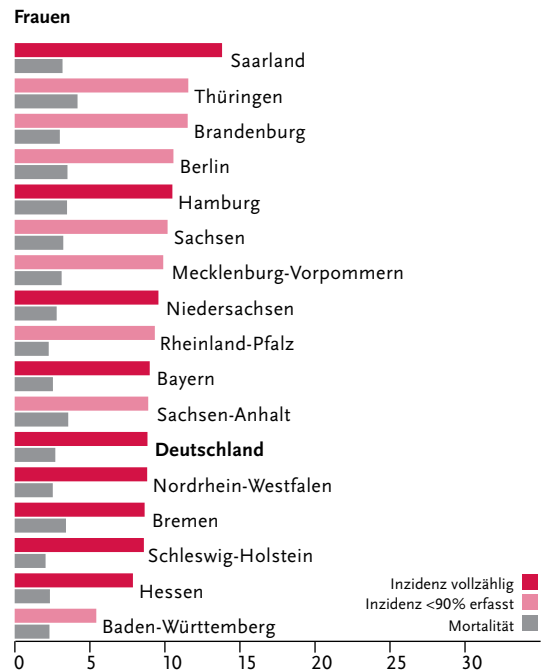


Abbildung 3.16.6
Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten im internationalen Vergleich,
ICD-10 C53, 2011–2012 oder letztes verfügbares Jahr (Einzelheiten und Datenquellen s. Anhang)
je 100.000 (Europastandard)

