

3.15 Vulva

Tabelle 3.15.1
Übersicht über die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C51

	2011	2012	Prognose für 2016
	Frauen	Frauen	Frauen
Neuerkrankungen	3.160	3.190	4.400
rohe Erkrankungsrate ¹	7,7	7,7	10,6
standardisierte Erkrankungsrate ^{1,2}	4,6	4,5	6,1
mittleres Erkrankungsalter ³	72	72	
Sterbefälle	860	827	
rohe Sterberate ¹	2,1	2,0	
standardisierte Sterberate ^{1,2}	1,0	0,9	
5-Jahres-Prävalenz	10.900	11.200	
	<i>nach 5 Jahren</i>	<i>nach 10 Jahren</i>	
absolute Überlebensrate (2011–2012) ⁴	59 (47–70)	44 (32–53)	
relative Überlebensrate (2011–2012) ⁴	70 (58–81)	64 (50–89)	

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

Epidemiologie

In den letzten Jahren wurde in Deutschland ein deutlicher Anstieg der bösartigen Scheidentumoren (Vulvakarzinome) beobachtet. Es erkrankten im Jahr 2012 etwa 3.200 Frauen an diesem Karzinom. Noch vor zehn Jahren lag die Zahl bei weniger als der Hälfte der Fälle. Auch die Sterberaten steigen – gegenläufig zu den Sterberaten der meisten anderen gynäkologischen Tumoren – in den letzten Jahren leicht an. Zuletzt starben etwa 830 Frauen jährlich an dieser Erkrankung.

Besonders jüngere Frauen sind von dem Anstieg der Erkrankungsrate betroffen, wobei die größte Krankheitslast noch immer bei Frauen über 70 Jahren liegt. Das mittlere Erkrankungsalter an der invasiven Form beträgt 72 Jahre. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach der Diagnose eines bösartigen Vulvatumors liegt bei 70%. Die überwiegende Zahl der invasiven Karzinome wird noch in einem Tumorstadium mit geringer Ausdehnung (T1) diagnostiziert, wovon allerdings etwa jede fünfte Frau bereits einen Lymphknotenbefall aufweist.

Deutliche regionale Unterschiede bestehen sowohl in der Inzidenz als auch in der Mortalität. Das Saarland weist aktuell im Bundesländervergleich die höchste Erkrankungsrate auf. Bei international weitgehend vergleichbaren Sterberaten liegt die Neuerkrankungsrate in Deutschland höher als in den Nachbarländern, wobei Vergleichszahlen nicht überall verfügbar waren.

Risikofaktoren und Prävention

Die meisten Karzinome der Vulva sind Plattenepithelkarzinome (etwa 90%). Bei diesen Karzinomen werden zwei Typen unterschieden: nichtverhornende und verhornende Plattenepithelkarzinome. Nicht verhornende Vulvakarzinome und ihre Vorstufen (klassische (usual) vulväre intraepitheliale Neoplasie, uVIN) gehen mit einer chronischen Infektion mit humanen Papillomviren (HPV) einher. Sie betreffen meist jüngere Frauen. Die verhornenden Vulvakarzinome entstehen HPV-unabhängig vor allem bei älteren Frauen.

Für diesen häufigsten Karzinomtyp (65 bis 80%) und seine Vorstufen (differenzierte vulväre intraepitheliale Neoplasie, dVIN) sind insbesondere degenerative und chronisch entzündliche Hauterkrankungen, wie Lichen sclerosus, ein wichtiger Risikofaktor.

Als weitere Risikofaktoren des Vulvakarzinoms gelten Rauchen und übermäßiger Alkoholgenuß. Eine langanhaltende Immunsuppression, z. B. nach Organtransplantation oder bei HIV-Erkrankung, kann eine Infektion mit HPV begünstigen und so das Risiko erhöhen. Auch Krebserkrankungen im Genitalbereich und deren Vorstufen, zum Beispiel Gebärmutterhalskrebs, stellen einen Risikofaktor für das Vulvakarzinom dar.

Insbesondere HPV-bedingte Vorstufen des Vulvakarzinoms nehmen in den letzten Jahren zu. Bei diesen Vorstufen und Karzinomen gilt die HPV-Impfung als mögliche Prävention.

Abbildung 3.15.1a
Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten,
ICD-10 C51, Deutschland 1999–2012
je 100.000 (Europastandard)

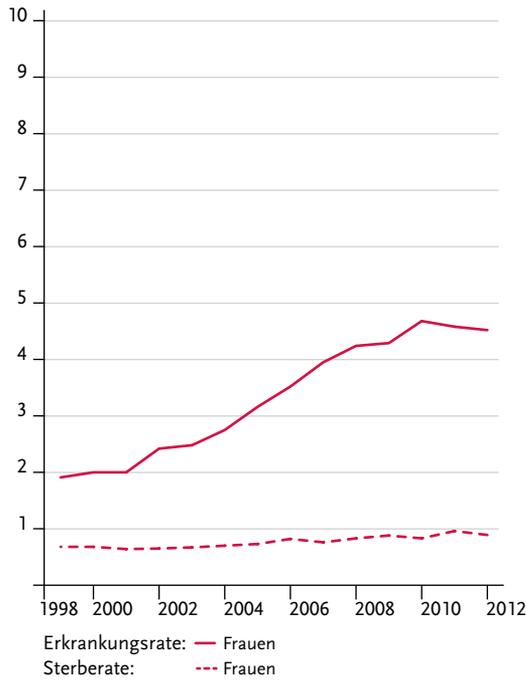


Abbildung 3.15.1b
Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle,
ICD-10 C51, Deutschland 1999–2012

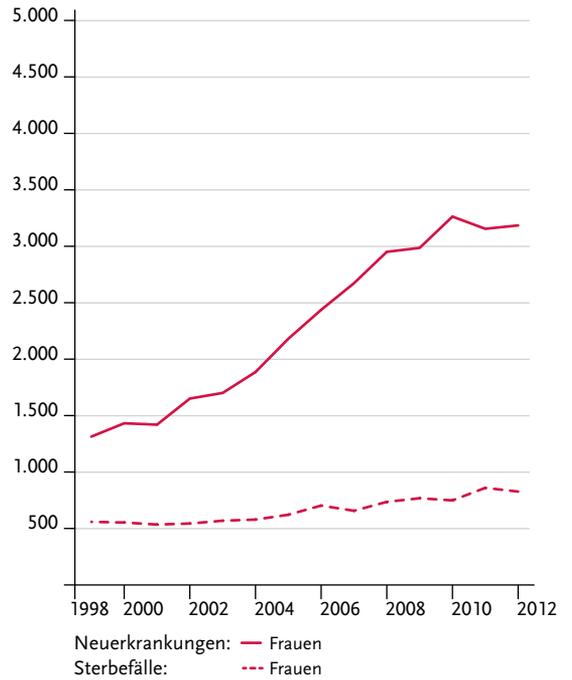


Abbildung 3.15.2
Altersspezifische Erkrankungsrate, ICD-10 C51, Deutschland 2011–2012
je 100.000

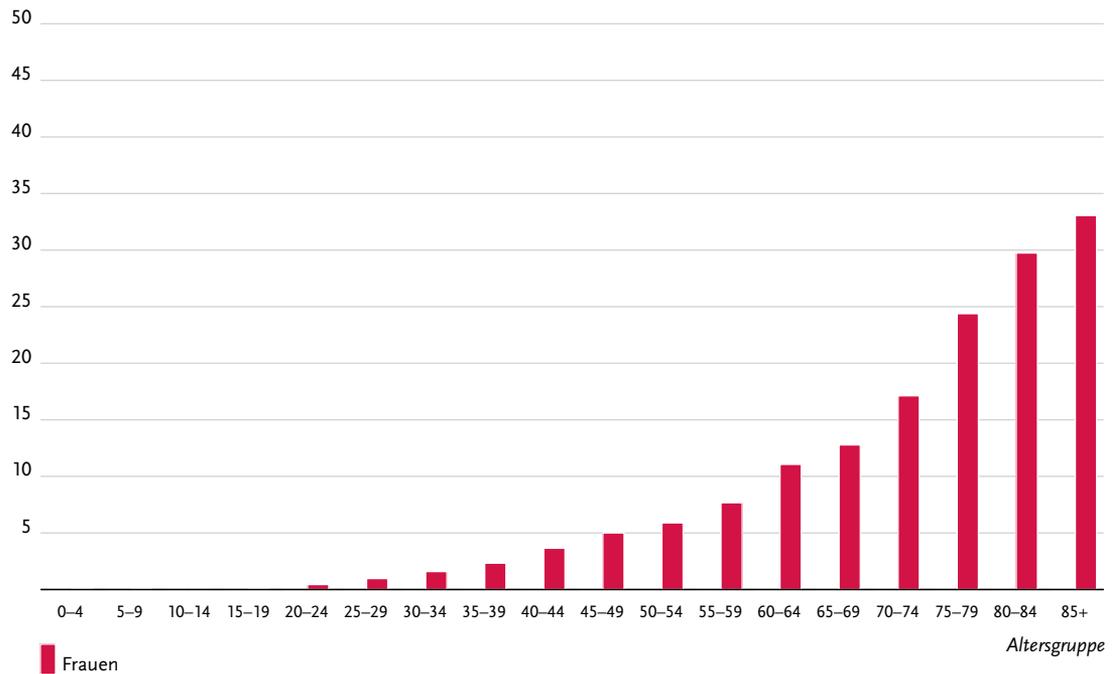


Tabelle 3.15.2
Erkrankungs- und Sterberisiko in Deutschland nach Alter, ICD-10 C51, Datenbasis 2012

Frauen im Alter von	Erkrankungsrisiko				Sterberisiko			
	in den nächsten 10 Jahren		jemals		in den nächsten 10 Jahren		jemals	
35 Jahren	<0,1%	(1 von 3.300)	0,6%	(1 von 160)	<0,1%	(1 von 47.300)	0,2%	(1 von 570)
45 Jahren	0,1%	(1 von 1.900)	0,6%	(1 von 170)	<0,1%	(1 von 15.700)	0,2%	(1 von 580)
55 Jahren	0,1%	(1 von 1.100)	0,5%	(1 von 180)	<0,1%	(1 von 8.900)	0,2%	(1 von 590)
65 Jahren	0,1%	(1 von 690)	0,5%	(1 von 210)	<0,1%	(1 von 3.200)	0,2%	(1 von 600)
75 Jahren	0,2%	(1 von 440)	0,4%	(1 von 270)	0,1%	(1 von 1.300)	0,2%	(1 von 650)
Lebenszeitrisiko			0,6%	(1 von 160)			0,2%	(1 von 580)

Abbildung 3.15.3
Verteilung der T-Stadien bei Erstdiagnose (oben: inkl. fehlender Angaben und DCO-Fälle; unten: nur gültige Werte)
ICD-10 C51, Deutschland 2011 – 2012

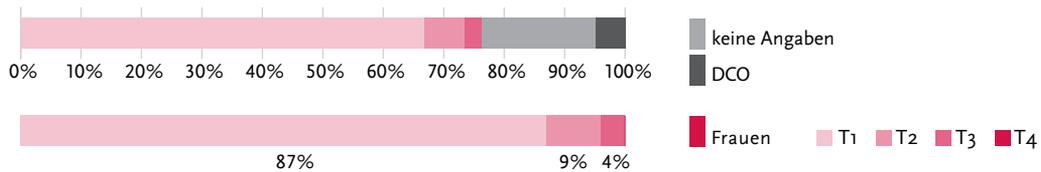


Abbildung 3.15.4a
Absolute Überlebensraten bis 10 Jahre nach Erstdiagnose,
ICD-10 C51, Deutschland 2011 – 2012

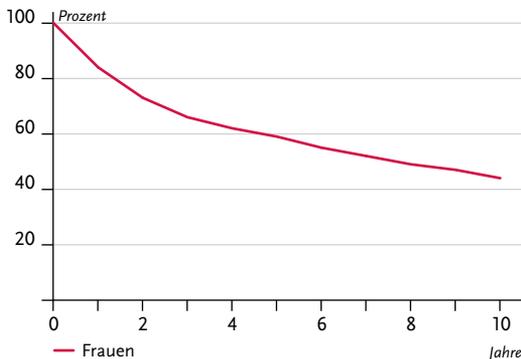


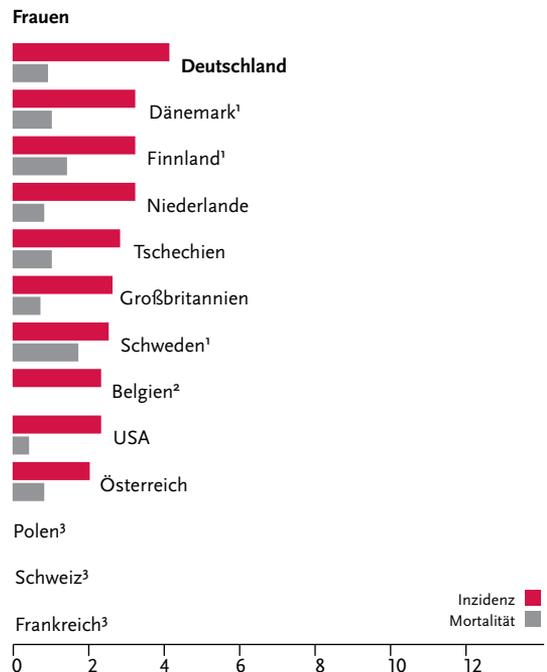
Abbildung 3.15.4b
Relative Überlebensraten bis 10 Jahre nach Erstdiagnose,
ICD-10 C51, Deutschland 2011 – 2012



Abbildung 3.15.5
Erfasste altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten in den Bundesländern,
ICD-10 C51, 2011 – 2012
je 100.000 (Europastandard)



Abbildung 3.15.6
Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten im internationalen Vergleich,
ICD-10 C51, 2011 – 2012 oder letztes verfügbares Jahr (Einzelheiten und Datenquellen s. Anhang)
je 100.000 (Europastandard)



¹ Angaben mit C52, C57.7, C57.8 und C57.9

² keine Angaben zur Mortalität

³ keine Angaben vorhanden