

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM W ROKU 2010

Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec



WROCLAW 2012

**Dolnośląskie
Centrum
Onkologii we Wrocławiu**

**Dolnośląski
Rejestr
Nowotworów**

Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2010

Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec

Druk biuletynu sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach
„Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”

Wrocław 2012

Współpraca:

Zespół Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów:

**Elżbieta Chwieralska, Kamila Kępska,
Elżbieta Lipska, Helena Łoboda,
Małgorzata Modrzejewska**

Tłumaczenie na język angielski: Kamila Kępska, dr n.med. Radosław Tarkowski

SPIS TREŚCI

strona

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	4
Wstęp	10
Zachorowania	12
Trendy	19
Przeżycia 5-letnie, zmiany w latach 1985-2006	24
Pierwotne nowotwory mnogie w populacji dolnośląskiej w roku 2010	26
Metody leczenia chorych z 2010 roku	35
Metodyka	38
Piśmiennictwo	39
Karta zgłoszenia nowotworu	41
Instrukcja wypełniania KZN	42

Tabele

1. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, woj. Dolnośląskie, 2010	15
2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w powiatach woj. Dolnośląskiego, 2010	16
3. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, miasto Wrocław, 2010	18
4. Trendy liczb zachorowań na najczęstsze na Dolnym Śląsku nowotwory na podstawie danych z lat 1985-2010 oraz 2001-2010	19
5. Wartości 5-letnich przeżyć względnych w pięcioletnich okresach 1985-2006	25
6. Nowotwory mnogie zarejestrowane w latach 1984-2009	28
7. Odsetki nowotworów potwierdzonych badaniem histopatologicznym w DRN	28
8. Czas, po jakim wystąpił drugi nowotwór	29
9. Pierwsze nowotwory mężczyźni	30
10. Pierwsze nowotwory u kobiet	30
11. Najczęstsze nowotwory mnogie u mężczyzn	31
12. Najczęstsze nowotwory mnogie u kobiet	31
13. Najczęstsze pary nowotworów, mężczyźni	32
14. Najczęstsze pary nowotworów, kobiety	33
15. Przeżycia 5-letnie chorych na pierwotne nowotwory mnogie z lat 1985-2004	33
16. Metody leczenia w najczęstszych umiejscowieniach, odsetki leczonych radykalnie w DCO	37

Ryciny

1. Struktura nowotworów złośliwych według umiejscowienia, Dolny Śląsk, 2010	14
2.1 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2010 w grupach wieku, mężczyźni	17
2.2 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2010 w grupach wieku, kobiety	17
3. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-10: C00-D09) na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010	20
4. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010	20
5.1. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Mężczyźni	21
5.2. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Kobiety	21
6. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo-płciowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Mężczyźni	22
7. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Mężczyźni	22
8. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010.	23
9. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe narządów rodnych u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010.	23
10. Przeżycia 5-letnie w woj. dolnośląskim, zmiany w latach 1985-2006	25

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

jest samodzielnym, publicznym zakładem opieki zdrowotnej o charakterze referencyjnym. Zostało powołane w 1954 r. pod kierownictwem dr med. Józefa Filipczyka zaledwie kilka tygodni po powstaniu pierwszego ośrodka onkologicznego - w Poznaniu.

Obszarem działalności Centrum jest województwo dolnośląskie. Udzielamy wszechstronnych, wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych,
- rehabilitacji,
- opieki paliatywnej,
- profilaktyki pierwotnej i wtórnej,
- promowania zdrowia.

Zajmujemy się również przed i podyplomowym kształceniem personelu medycznego, działalnością naukowo-badawczą, prowadzimy nadzór specjalistyczny w województwie. O postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym decydują w każdym przypadku trzej specjaliści: chirurg-onkolog, radioterapeuta i chemioterapeuta (onkolog kliniczny). Uzupełniają się wzajemnie, stosując różne metody i opracowując indywidualny program postępowania onkologicznego – daje to gwarancje uzyskania najlepszych wyników leczenia.

W dniu 27.01.2011 odbyło się uroczyste otwarcie, nowoczesnie wyposażonych obiektów. Do wyremontowanego budynku A zostały przeniesione Oddziały Chirurgii i Ginekologii Onkologicznej oraz nowo powstały Oddział Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii. W nowo wybudowanym budynku A1 znalazł się Blok Operacyjny. Wymienione jednostki zostały wyposażone w łóżka z nowoczesnym systemem nadzoru nad pacjentem oraz aparaturę medyczną o najwyższym standardzie. Nowością jest własna Centralna Sterylizatornia, która rozpoczęła swoją działalność według obowiązujących przepisów prawnych i epidemiologicznych.

W Dolnośląskim Centrum Onkologii funkcjonują dwa **Oddziały Chirurgii Onkologicznej**. Ich główne zadanie polega na diagnozowaniu oraz leczeniu operacyjnym nowotworów złośliwych, zgodnie ze standardami obowiązującymi w Unii Europejskiej – ze szczególnym uwzględnieniem gruczołu piersiowego, przewodu pokarmowego, tkanek miękkich oraz czerniaka złośliwego.

W procesie leczenia raka piersi stosowane są nowoczesne techniki operacyjne, dające pacjentom nie tylko o ponad 10% wyższy wskaźnik przeżycia w porównaniu do leczonych poza Centrum, ale również zadowalający efekt kosmetyczny.

We wczesnych stadiach zaawansowania choroby, wykonuje się zabiegi oszczędzające z zachowaniem piersi, połączone z biopsją węzła wartowniczego. Dzięki temu 80% kobiet może uniknąć okaleczającego usuwania węzłów chłonnych dołu pachowego (wiążącego się z zagrożeniem obrzęku kończyny górnej). Odnotowujemy tu wskaźnik wyleczeń na poziomie 95%. W przypadkach bardziej zaawansowanych – gdzie konieczna jest amputacja - proponuje się pacjentkom rekonstrukcję z użyciem własnych tkanek lub protezy gruczołu piersiowego.

Dużym sukcesem stała się wypracowana w naszym Centrum, oryginalna technika operacji raka odbytnicy – z ang. *AbdominiSacralis Amputation of the Rectum* (ASAR). Została ona opisana w amerykańskim czasopiśmie naukowym „Annals of Surgical Oncology”. Dzięki tej metodzie leczenia chirurgicznego zwiększono pięcioletni okres przeżycia pacjentów o ponad 25% - obecnie wynosi on 60,4%. Jest to najlepszy wynik w Polsce i w Europie.

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu świadczy pełny wachlarz usług z zakresu **radioterapii**. Tej metody leczenia onkologicznego wymaga ponad 70% chorych, cierpiących na nowotwory złośliwe. Stosujemy hospitalizację na dwóch Oddziałach Radioterapii tzw. ogólnej, dwóch Oddziałach Radioterapii o profilu ginekologicznym, jednym

Oddziale Radioterapii Stacjonarnej; leczymy chorych tą metodą również w trybie ambulatoryjnym w Zakładzie Teleradioterapii.

Zespół wybitnych specjalistów umożliwił wdrożenie bezpiecznych i skutecznych technik w tym zakresie. Wyposażenie w nowoczesny sprzęt stworzyło chorym nowe szanse leczenia wielu rodzajów nowotworów złośliwych.

Nowoczesne techniki radioterapii;

3D - radioterapia trójwymiarowa

TBI to procedura napromieniania całego ciała, przygotowująca chorych, w tym dzieci do przeszczepu szpiku kostnego. Jest opisywana i publikowana przez zespół Dolnośląskiego Centrum Onkologii na międzynarodowych konferencjach specjalistycznych, takich jak:

- Kongres ESTRO – Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej,
- Kongres ARS – Amerykańskiego Towarzystwa Radowego,
- Kongres ASTRO – Amerykańskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej.

IMRT to technika umożliwiająca modulację intensywności dawki w trakcie napromieniania, co zwiększyło możliwość podania odpowiednio wysokiej dawki leczniczej na nieregularny obszar dotknięty zmianami nowotworowymi, bez ryzyka uszkodzenia zdrowych narządów. Ostatnio dołożono do niej technikę łukową RapidArc, pozwalającą na skrócenie czasu napromieniania o ok. 1/3, co dodatkowo poprawia komfort leczenia i umożliwia leczenie większej liczby chorych.

Radioterapia stereotaktyczna - to najbardziej wysublimowana technologia leczenia, która stanowi bezkrwawą alternatywę leczenia operacyjnego – np. w obszarach mózgu niedostępnych dla neurochirurga.

4D tzw. bramkowanie – nowoczesna technika radioterapii, która dała nowe szanse w leczeniu raka, którego lokalizacja zmienia się w trakcie oddychania, np. rak płuca.

Doświadczenia w zakresie jednoczesowej radio-chemioterapii, umożliwiły poprawę wyników leczenia w wielu nowotworach dotychczas nieuleczalnych.

Na wyposażeniu Zakładu Teleradioterapii znajduje się linia terapeutyczna firmy Varian zawierająca:

- symulator rtg *Ximatron*,
- 2 symulatory rtg *Acuity*,
- system planowania leczenia *Eclipse* wraz z podstawowymi i lekarskimi stacjami planowania leczenia,
- pięć akceleratorów wieloenergetycznych oraz wysokoenergetycznych firmy Varian; wszystkie z kolimatorami wielolistkowymi MLC; wszystkie wyposażone w system wizualizacji wiązki promieniowania Portal Vision i posiadające opcję terapii dynamicznej IMRT, w tym jeden z systemem rtg wizualizacji w wiązce promieniowania (OBI) oraz jeden z systemem stereotaksji (mikrokolimatorem wielolistkowym i systemem planowania),
- jeden akcelerator jednoenergetyczny oraz niskoenergetyczny firmy Varian,
- komputerowy system weryfikacji i zarządzania VARiS i obrazowania VARiS Vision
- stację *Coherence Dosimetrics* współpracującą z systemem Varis/VarisVision, umożliwiającą wirtualne planowanie leczenia i fuzję badań obrazowych (np. PET-CT, NMR).

W fazie intensywnego rozwoju znajduje się **Zakład Brachyterapii**, który ostatnio został wyposażony w nowy Gammamed HDR. Leczy się tu chore na raka szyjki i trzonu macicy.

W 2009 r. nasz zespół specjalistów z zakresu radioterapii onkologicznej po raz pierwszy przeprowadził kurs specjalizacyjny dla lekarzy z Polski obejmujący merytorycznie leczenie nowotworów złośliwych wieku dziecięcego. Dolnośląskie Centrum Onkologii zostało wówczas wytypowane przez CMKP jako jedyny ośrodek w kraju prowadzący tego rodzaju kursy.

Oddziały o profilu ginekologii onkologicznej specjalizują się w pełnoprofilowej terapii nowotworów, w tym w leczeniu skojarzonym, korzystając z najnowszych osiągnięć nauki w dziedzinie terapii nowotworów narządu rodno.

Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii oraz Oddział Dzienny o tym profilu zajmują się z kolei leczeniem systemowym nowotworów złośliwych za pomocą cytostatyków, metodą celowaną (przeciwciała, inhibitory enzymatyczne, hormonoterapia), metodą biologiczną (analogi somatostatyny) oraz immunoterapią. Wiele nowotworów leczonych jest w sposób skojarzony z radioterapią oraz chirurgią (leczenie indukcyjne, uzupełniające, radiochemioterapia jednoczasowa).

Kadra naszych specjalistów realizuje liczne badania kliniczne nad nowymi lekami II i III fazy. Badania prowadzone są w ramach projektów obejmujących wybrane ośrodki onkologiczne w Polsce i na świecie. Ich wyniki przedstawia się na Światowych Konferencjach Naukowych ASCO w Stanach Zjednoczonych oraz ESMO w Europie. Istnieje ścisła współpraca ze Światowym oraz Ogólnopolskim Rejestrem Mięsaków Podścieliskowych Przewodu Pokarmowego (GOLD ReGISTry) – daje to dodatkowe uprawnienia lecznicze w przypadkach niepowodzeń.

Nasz ośrodek jest organizatorem kursu specjalizacyjnego w dziedzinie Onkologii Klinicznej w ramach Europejskich Funduszy Strukturalnych. Ordynator Oddziału Chemioterapii został powołany przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych na członka Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie Onkologii Klinicznej.

W naszym Centrum funkcjonuje **Dział Rehabilitacji Ruchowej**, obejmujący opieką leczonych tu pacjentów.

Specjalistyczna Przychodnia Onkologiczna udziela kompleksowych świadczeń zdrowotnych poprzez konsultacje lekarskie z zakresu wszystkich specjalności onkologicznych. Wykonuje się w niej planowe zabiegi chirurgiczne, badania endoskopowe i kolposkopowe. W strukturze Specjalistycznej Przychodni Onkologicznej znajduje się również Poradnia Profilaktyki Chorób Sutka, gdzie prowadzona jest działalność profilaktyczna oraz diagnostyczna.

Hospicjum Domowe wraz z Poradnią Medycyny Paliatywnej tworzy wielodyscyplinarny zespół specjalistów. Gwarantuje on fachową opiekę chorym, u których wyczerpały się możliwości leczenia onkologicznego. Ponadto udziela wszechstronnej pomocy ich rodzinom.

W naszym Centrum funkcjonuje **Dolnośląski Rejestr Nowotworów**, zajmujący się zbieraniem informacji populacyjnych o nowotworach złośliwych na Dolnym Śląsku i opracowywaniem ich w postaci biuletynów. Powołanie Komisji ds. Epidemiologii w 2009 r. umożliwiło analizę zachorowań, struktury stopnia zaawansowania choroby oraz uzyskiwanego wskaźnika przeżyć. Dane te stały się podstawą strategii rozwoju Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Już kilkanaście lat temu Rejestr osiągnął dużą wiarygodność. Zaowocowało to przyjęciem naszego ośrodka do Międzynarodowego Stowarzyszenia Rejestrów Nowotworowych (IACR) w Lyonie.

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu posiada szeroką **bazę diagnostyczną** (Zakład Rentgenodiagnostyki i Ultrasonografii, Zakład Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Dział Diagnostyki Obrazowej i Małoinwazyjnej Chorób Gruczołu Sotkowego, Zakład Patomorfologii).

Zakład Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego wykorzystywany jest do:

- wykrywania i określenia rozległości zmian nowotworowych, celem określenia stopnia zaawansowania nowotworu (TNM),
- monitorowania leczenia onkologicznego,
- przygotowania chorych do wysokospecjalistycznych procedur radioterapeutycznych,

- ewentualnego poszerzenia diagnostyki w wybranych przypadkach wczesnego raka piersi.

Badania NMR charakteryzują zaawansowane techniki, które umożliwiają:

- określenie dynamiki nowotworu złośliwego,
- odróżnienie nowotworu złośliwego od zdrowych tkanek (spektroskopia),
- zróżnicowanie charakteru zmian patologicznych w wątrobie – naczyniak?, zmiana złośliwa? (dyfuzja naczyniowa),
- wykluczenie rozsiewu nowotworowego w kręgosłupie.

Jedynie w Dolnośląskim Centrum Onkologii stosuje się połączenie badań dynamicznych i dyfuzyjnych, co umożliwia precyzyjne określenie rozległości choroby nowotworowej, zlokalizowanej szczególnie w obrębie miednicy i twarzoczaszki.

Szczególnie także dbamy o rozwój **Działu Diagnostyki Obrazowej i Małoinwazyjnej Chorób Gruzolu Sutkowego**. Na jego wyposażeniu znajdują się mammografy i aparaty USG. Doświadczenie pracującego tu zespołu sprawia, że stale wzrasta rozpoznawalność wczesnych stadiów raków piersi. Nasi specjaliści stosują mało inwazyjne techniki rozpoznawcze z wykorzystaniem biopsji mammotomicznej.

Dolnośląskie Centrum Onkologii dysponuje **Pracownią Kontroli Jakości Aparatury Rentgenodiagnostycznej**, zajmującą się kontrolą jakości sprzętu diagnostycznego – szczególnie mammografii. Jest to jedyna na terenie Dolnego Śląska jednostka, której działalność, z racji zadań, wykracza poza ośrodek.

Kadrę specjalistyczną **Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu** stanowią:

Specjaliści chirurgii onkologicznej	14
Specjaliści chirurgii ogólnej	7
Specjaliści radioterapii onkologicznej	30
Specjaliści onkologii klinicznej (chemioterapii)	10
Specjaliści ginekologii onkologicznej	4
Specjaliści radiodiagnostyki	11
Specjaliści patomorfologii	6
Specjaliści medycyny paliatywnej	9
Specjaliści anestezjologii	8
Razem	99

Centrum posiada 330 łóżek stacjonarnych, w tym:

- 76 na chirurgii onkologicznej,
- 120 na radioterapii,
- 51 na radioterapii ginekologicznej,
- 44 na chemioterapii
- 10 na oddziale dziennym chemioterapii.
- 23 na ginekologii onkologicznej operacyjnej ,
- 6 na intensywnej terapii i anestezjologii.

Zespół pielęgniarek Dolnośląskiego Centrum Onkologii systematycznie podwyższa kwalifikacje zawodowe. Wysoki poziom wiedzy naszej kadry zaowocował zdobytym dwukrotnie tytułem „Pielęgniarka Roku” oraz trzykrotnie miejscem na podium dla województwa dolnośląskiego w okresie 2008-2011.

W 2005 r. powstało Dolnośląskie Stowarzyszenie Rozwoju Pielęgniarstwa Onkologicznego. Organizuje ono Konferencje Naukowe w całym kraju. W ostatnim czasie wyróżniające się aktywnością zawodową pielęgniarki zostały zaproszone przez Kierownika Katedry Onkologii

Dziecięcej – prof. dr hab. med. A. Chybicką, do zespołu przygotowującego I Międzynarodowe Sympozjum Naukowe - „Co nowego w pediatrii i onkologii” (17–18 XII 2010 r.).

Od 2010 r. zespół specjalistów naszego Centrum bierze czynny udział w Telekonferencji Ogólnopolskiej Sieci Raka Tarczycy.

Fundamentalną kwestią dla **Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu** jest jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. We wszystkich komórkach organizacyjnych DCO świadczących usługi medyczne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego został wdrożony System Zarządzania Jakością w oparciu o normę ISO 9001:2008.

W 2011 i 2012 w **Dolnośląskim Centrum Onkologii** powołano Komisje, które w sposób multidyscyplinarny układają program terapeutyczny:

- Komisja ds. Leczenia Raka Piersi,
- Komisja ds. Leczenia Nowotworów Terenu Głowy i Szyi.

W naszej placówce działa **Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Programy Profilaktyczne**, monitorujący i sprawujący na terenie Dolnego Śląska nadzór nad realizacją Programów Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Nowotworów Piersi. Ośrodek ten prowadzi również działania z zakresu prewencji pierwotnej nowotworów. Dzięki pracy zespołu specjalistów DCO oraz jednostek skryningowych Dolny Śląsk jest na trzecim miejscu w kraju pod względem ilości wykonanych cytologii i na czwartym miejscu pod względem liczby kobiet, które skorzystały z badania mammograficznego. Dzięki staraniom naszej Dyrekcji, Dolnośląskie Centrum Onkologii, w drodze konkursowej, zostało zakwalifikowane przez Ministerstwo Zdrowia do realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego – to niezwykle istotne dla naszego województwa, ponieważ należy ono do regionów wysokiego ryzyka zachorowań. Program rozpoczął działalność od września 2010 r.

Nasi specjaliści przeprowadzają kontrolę jakości w jednostkach mammograficznych oraz cytologicznych. Zapewnia to wysoką jakość oraz bezpieczeństwo wykonywanych badań. Od 2009 r. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Programy Profilaktyczne wysyła imienne zaproszenia na badania, wspierając tego rodzaju działania akcjami promocyjnymi wśród mieszkank Dolnego Śląska.

Ośrodek ten już po raz trzeci był organizatorem Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Kobieta XXI w. – wyzwania, programy screeningowe” (12–13 X 2010 r.). Konferencja została objęta honorowym patronatem Ministerstwa Zdrowia oraz Marszałka Województwa Dolnośląskiego.

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Programy Profilaktyczne otrzymał II miejsce w konkursie „Liderzy Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia 2009 – Promocja Zdrowia”, za ogromne zaangażowanie, profesjonalizm i otwartość, które stanowią fundament sukcesów w zakresie skutecznego nadzoru i koordynacji działań edukacyjnych oraz promocji programów skryningowych na terenie Dolnego Śląska.

Ostatnio w Dolnośląskim Centrum Onkologii, został zainstalowany pierwszy w Polsce, wysokiej jakości, system archiwizacji medycznej MAS, pozwalający na długoterminowe i bezpieczne przechowywanie danych medycznych.

W 2011 roku, w XVIII edycji konkursu, po raz czwarty przyznano naszemu ośrodkowi Dolnośląski Certyfikat Gospodarczy. Jest on przyznawany firmom, które „swoją działalnością wnoszą istotny wkład w rozwój regionu, w tworzeniu rynku pracy oraz stanowią wizytówkę jakości, innowacyjności, nowoczesności i solidności pracy.”

Dyrektorem **Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu**, od lutego 2009 r., jest **Andrzej Tatuśko**, zastępcą dyrektora ds. lecznictwa **dr n. med. Maria Jagas**. Zastępcą Dyrektora ds. Ekonomiczno–Eksplatacyjnych jest **Krzysztof Staśkiewicz**.

Mówiąc o sukcesach Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu nie należy zapominać o zaangażowaniu całego zespołu wybitnych specjalistów tworzących tę placówkę. To oni każdego dnia toczą walkę o ludzkie życie, oddając tej walce wszystkie swoje umiejętności, całe serce, pełne poświęcenia zaangażowanie. To dzięki nim Dolnośląskie Centrum Onkologii rozwija się i może konkurować z najlepszymi tego typu ośrodkami na świecie.

Zastępca dyrektora ds. lecznictwa
dr n.med. Maria Jagas



WSTĘP

W roku 2010 według danych GUS stwierdzono w woj. dolnośląskim 7.359 zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe stanowiły przyczynę 24,8% spośród wszystkich 29.721 zgonów. Nasze ostatnie dane wskazują, że obserwowane przeżycia 5-letnie chorych na nowotwory złośliwe z lat 2005-2006 roku wyniosły 39%. Uwzględniając ten fakt szacujemy, że prawie 40% mieszkańców Dolnego Śląska będzie chorowało w swoim życiu na nowotwór złośliwy.

Standaryzowane współczynniki zachorowalności wyniosły w 2010 roku dla mężczyzn 269,0 i dla kobiet 214,3 na 100 tys. (w roku 2009 odpowiednio 283,2 i 224,1). Także standaryzowane współczynniki umieralności zmalały u mężczyzn z 194,1 w roku 2009 do 187,1 w 2010 i u kobiet z 109,2 do 99,0 na 100 tys.

Doświadczenia nasze wskazują, że lekarze pierwszego kontaktu nie dość doceniają częstość występowania nowotworów złośliwych w społeczeństwie. Do nich też przede wszystkim adresujemy kolejne opracowanie, tym razem dotyczące roku 2010.

Podobnie jak poprzednie, zawiera ono podstawowe dane o występowaniu nowotworów na Dolnym Śląsku, ich zróżnicowaniu pod względem geografii województw, płci i umiejscowienia. Przedstawiamy także wyniki leczenia niektórych nowotworów złośliwych określone jako odsetki przeżyć pięcioletnich.

Reforma administracyjna zlikwidowała od 1999 roku podział Dolnego Śląska na cztery województwa i wprowadziła powiaty. Dlatego podajemy szczegółowe dane o liczbach zachorowań na nowotwory złośliwe w miastach dolnośląskich funkcjonujących na prawach powiatu: Wrocławiu, Wałbrzychu, Legnicy i Jeleniej Górze oraz w pozostałych powiatach. Dane te mogą pozwolić na planowanie coraz częściej prowadzonych w naszym województwie badań profilaktycznych, w tym przesiewowych.

Ponadto pod adresem <http://www.dco.com.pl/drm> umieściliśmy szczegółowe dane o zachorowaniach z lat 1984-2010 w pięcioletnich grupach wiekowych według płci i rozpoznaj, powiatów oraz liczby zachorowań w gminach woj. dolnośląskiego.

Dziękujemy pracownikom służby zdrowia Dolnego Śląska, którzy dopełniali obowiązku zgłaszania zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe wynikającego z Ustawy o Statystyce Publicznej. Dolnośląski Rejestr Nowotworów posiada dzięki nim kompletne dane o liczbach zachorowań na Dolnym Śląsku.

W biuletynie zawarte są tylko podstawowe dane z zakresu epidemiologii nowotworów złośliwych na Dolnym Śląsku. Uzyskanie bardziej szczegółowych informacji jest możliwe w Zakładzie Epidemiologii Nowotworów Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Wrocław, pl. Hirszfelda 12, tel. 71-36-89-553 do 555, fax. 71-36-89-555, email: blaszczyk.j@dco.com.pl

Na stronie internetowej Dolnośląskiego Centrum Onkologii <http://www.dco.com.pl> w zakładce „Zakład Epidemiologii i Dolnośląski Rejestr Nowotworów” znajdują się dodatkowe informacje o działalności Zakładu. Dostępne są tam wersje elektroniczne publikacji od roku 2001 oraz inne opracowania.

Standaryzowane współczynniki zachorowalności w woj. dolnośląskim są dostępne na stronie www.onkologia.org.pl w zakładce „Krajowa Baza Danych Nowotworowych”.

INTRODUCTION

According to Central Statistical Office data there were 7 359 deaths due to cancer in Lower Silesian population in 2010 . Malignant tumors were the cause of 24.8% of all 29.721 deaths. Our recent data suggest that observed 5-year survival of patients with cancer amounted to 39% in period 2005-2006.

Given these data, we estimate that almost 40% of the population of Lower Silesia will be suffer in his life from cancer.

Standardised incidence rates in 2010 reached 269.0 per 100.000 for men and 214.3 for women. (In 2009, 283.2 and 224.1 respectively). Standardized mortality rates for men declined from 194.1 in 2009 to 187.1 in 2010 and for women from 109.2 to 99.0 per 100.000 respectively.

Our experience shows that general practitioners underestimate the incidence of cancer and its impact on society. That is why we would attract especially their attention, presenting data from the year 2010 published in our bulletin.

Like its prior editions, presented bulletin contains basic data on the occurrence of cancer in Lower Silesia, diseases diversity in terms of geographical regions, gender and location. We present the results of treatment of certain malignant tumors defined as five years survival.

Administrative reform performed in 1999 divided Lower Silesia province into four districts. Therefore we give details of the numbers of cases of cancer in Lower Silesia major cities: Wroclaw, Walbrzych, Legnica and Jelenia Gora and in the other districts. Presented data may play role in cancer prevention planning, including screening. In addition, at <http://www.dco.com.pl/drm> we have presented detailed information about cancer incidence and mortality in years 1984-2010 in five-year age groups in terms of gender, diagnosis, counties, and the number of cases in districts of Lower Silesia.

We would like to thank the health care workers of Lower Silesia, who fulfilled the obligation of reporting cases and deaths from malignant tumors. Owing to them, Lower Silesian Cancer Registry possesses the complete data concerning cancer incidence and mortality in our province.

The bulletin contains only basic statistics of epidemiology of cancer in Lower Silesia. To obtain more detailed information please contact with Department of Cancer Epidemiology of Lower Silesian Oncology Center, Wroclaw, pl. Hirszfelda 12, tel 71-36-89-553 to 555, fax. 71-36-89-555, e-mail: blaszczyk.j@dco.com.pl

The website of the Lower Silesian Oncology Center <http://www.dco.com.pl> in the part of "Department of Epidemiology and Cancer Registry of Lower Silesia," provides additional information about the activities of the Department. There are also electronic versions of publications from 2001 available.

Data concerning standardised incidence rates in the Lower Silesia province are available at www.onkologia.org.pl in "The National Cancer Data Base."

ZACHOROWANIA

Dane zawarte w biuletynie dotyczą obserwowanej prawie 3-milionowej populacji zamieszkującej Dolny Śląsk. Według danych GUS w 2010 roku było to 2 877 840 mieszkańców, 52,1% tej liczby stanowiły kobiety.

W roku 2010 zarejestrowano w województwie dolnośląskim 11.267 nowych zachorowań na inwazyjne nowotwory złośliwe (ICD-10: C00 – C97). W porównaniu z rokiem 2009 odnotowaliśmy spadek liczby zachorowań o 221 przypadków (2%). Zachorowania mężczyzn stanowiły 49,6%, a kobiet 50,4% wszystkich zarejestrowanych nowotworów. Ponadto zarejestrowaliśmy wzrost o 17%, z 337 w roku 2009 do 394 w 2010 nowotworów przedinwazyjnych (ICD-10: D00 – D09). U mężczyzn stwierdzono 140 tych nowotworów i 254 u kobiet.

Najczęściej występującymi umiejscowieniami nowotworów u mężczyzn były płuco (21,6%), jelito grube (okrężnica i odbytnica – 12,9%), gruczoł krokowy (10,7%), pęcherz moczowy (7,4%) i układ limfatyczny i krwiotwórczy (5,3%) a u kobiet piersi (23,4%), płuco (9,5%), jelito grube (10,8%), trzon macicy (6,5%), jajnik (5,2%), układ limfatyczny i krwiotwórczy (5,1%) i szyjka macicy (4,5%).

Obserwacja liczb zachorowań kobiet na nowotwory złośliwe piersi oraz raka szyjki macicy, które są podmiotem badań przesiewowych wskazuje na wzrost liczby nowotworów złośliwych wykrywanych u kobiet w grupach wieku objętych przesiewem. Ponadto dwukrotnie w latach 2008-2010 w porównaniu z 2007 wzrosły liczby nowotworów przedinwazyjnych, co czwarty rak szyjki macicy stwierdzony w latach 2008-2010 w woj. dolnośląskim był w stadium in situ.

Także kolejny już widoczny wzrost wykrytych nowotworów u mężczyzn w wieku 60-64 lat może być niespodziewanym następstwem zwiększonej czujności onkologicznej, będącej wtórnym efektem programu przesiewowego wśród kobiet.

W porównaniu z rokiem 2003 w ostatnich latach systematycznie wzrastają liczby zachorowań stwierdzanych w grupach wiekowych od 50 roku życia u kobiet i od 55 u mężczyzn. Z jednej strony może to być efektem starzenia się dolnośląskiej populacji, z drugiej – wzrostu zachorowalności na nowotwory okrężnicy, odbytnicy, pęcherza moczowego i skóry u obu płci oraz gruczołu krokowego u mężczyzn. Wszystkie te umiejscowienia charakteryzują się wzrostem współczynnika zachorowalności ściśle korelującym z wiekiem, aż do ostatniej grupy wiekowej, 85 i więcej lat.

Powyższe liczby dotyczą nowych zachorowań, stwierdzonych w roku 2010. Uwzględniając chorych podlegających 5-letniej obserwacji, szacujemy, że opieką onkologiczną objętych jest około 40.000 mieszkańców Dolnego Śląska chorych na nowotwory złośliwe.

CANCER INCIDENCE

Data contained in the bulletin concern nearly 3 million population of Lower Silesia province. According to the Central Statistical Office there were 2 877 840 inhabitants in 2010; 52.1% of this number were women.

There were 11 267 new cases of invasive cancer (ICD-10: C00 - C97) reported in Lower Silesia in 2010. Compared with the year 2009 we observed decreased incidence of (221 – 2% cases less in 2010). 49.6% of all cancer cases were registered for men and 50.4% for women. We recorded 17% increased incidence of preinvasive (*in situ*) cancers (ICD-10: D00 - D09), from 337 in 2009 to 394 in 2010. 140 of these tumors affected men and 254 women.

Among men, lung cancer (21.6% of all cases) is the most common registered cancer type, followed by the large bowel (colon and rectum - 12.9%), prostate (10.7%), bladder (7.4%) and lymphatic and hematopoietic (5.3%) cancers. The most common localisations at women encompassed: breast (23.4%), lung (9.5%), colon (10.8%), uterus (6.5%), ovary (5.2%), lymphatic and hematopoietic system (5.1%) and cervix (4.5%).

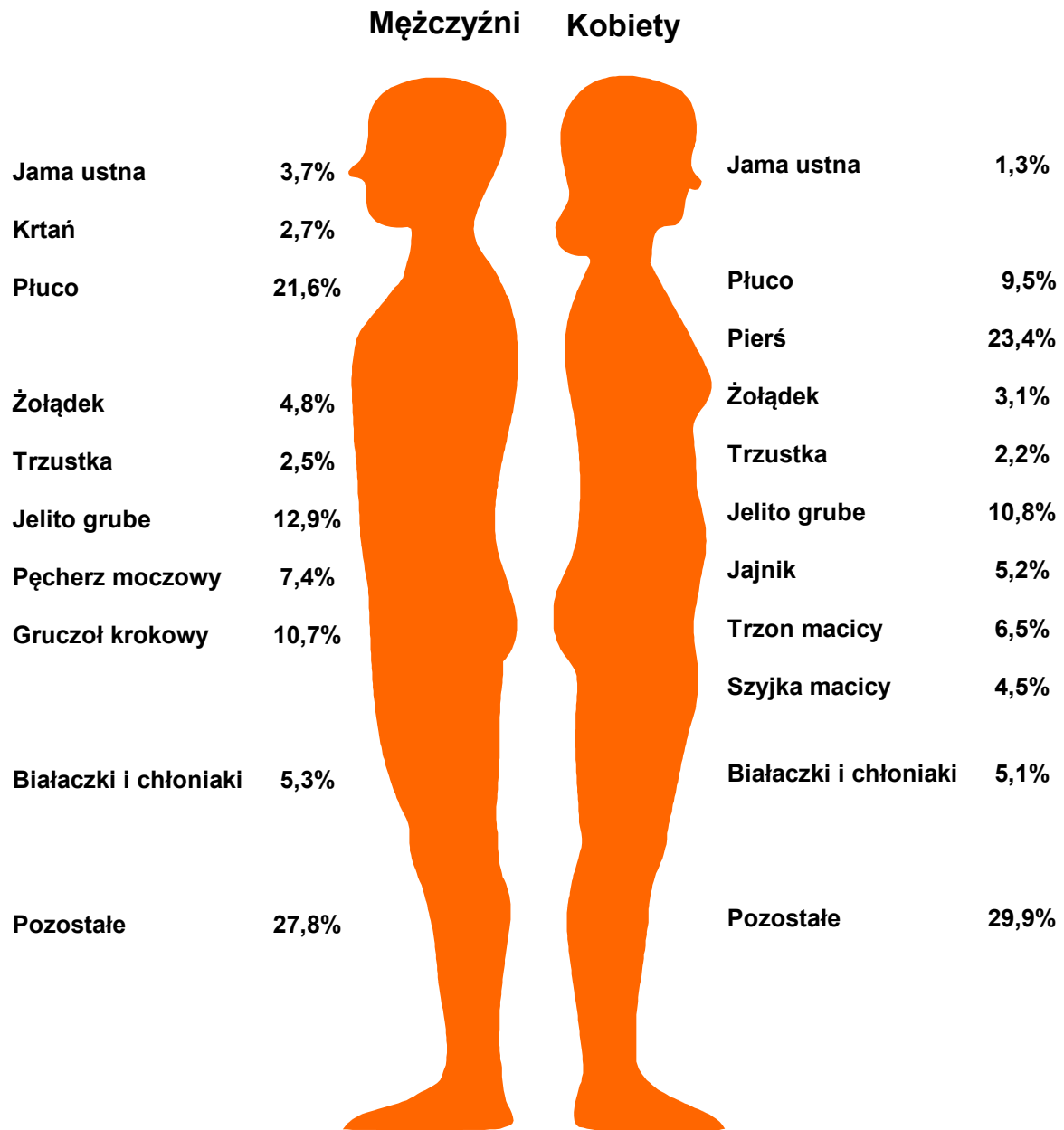
Observation of the incidence of breast and cervical cancer, both of them being the target of the population based screening programs indicate an increase in the number of cases detected in women in the screened groups. Moreover, the number of *in situ* cancers increased two fold in period 2008-2010 comparing to 2007. Every fourth cervical cancer detected in 2008-2010 in Lower Silesia was *in situ* disease.

Another already visible increase of cancer incidence at men aged 60-64 years can be an unexpected consequence of the increased vigilance of cancer, as a secondary effect of screening program for women – their relatives encompassed by population based programs.

Comparing to data from 2003, there is systematic increase in cancer incidence observed at women older than 50 years and men older than 55 years. First explanation of this situation could be the aging of the population, the second one – increasing incidence of the colon, rectum, bladder and skin cancers in both genders and prostate cancer at men. Incidence rates of all of the mentioned cancer localisations are strongly correlated with age, encompassing age groups until the age of 85.

All of the presented data concern new cancer cases, detected in 2010. Together with other patients treated previously because of cancer and covered by 5-year surveillance it gives 40.000 cancer patients.

Ryc.1 Struktura nowotworów złośliwych według umiejscowienia. Dolny Śląsk 2010



Tab.1 Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, województwo dolnośląskie, 2010

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie umiejscowienia	C00-C97	11.267	5.585	5.682
Warga, jama ustna i gardło	C00-C14	279	207	72
Warga	C00	15	13	2
Język	C01-C02	43	31	12
Gruzoły ślinowe	C07-C08	27	11	16
Dno jamy ustnej	C04	22	19	3
Gardło	C09-C14	126	102	24
Inne i nieokreślone	C03,C05-C06	46	31	15
Narządy trawienne i otrzewna	C15-C26	2.472	1.360	1.112
Przełyk	C15	111	91	20
Żołądek	C16	443	267	176
Okrężnica	C18	802	422	380
Odbytnica	C19-C21	533	299	234
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	C22-C23	224	102	122
Trzustka	C25	266	140	126
Inne i nieokreślone	C17,C24,C26	93	39	54
Narządy oddechowe	C30-C39	1.970	1.390	580
Krtąń	C32	169	152	17
Płuco	C33-C34	1.749	1.208	541
Inne i nieokreślone	C30-C31, C37-C39	52	30	22
Kość, tkanka łączna i skóra	C40-C49	1.167	561	606
Kość	C40-C41	30	21	9
Tkanka łączna	C45-C49	94	43	51
Czerniak złośliwy	C43	204	100	104
Skóra	C44	839	397	442
Pierś	C50	1.339	8	1.331
Narządy płciowe żeńskie	C51-C58	969	x	969
Szyjka macicy	C53	255	x	255
Trzon macicy	C54	370	x	370
Jajnik	C56-C57	297	x	297
Inne i nieokreślone	C51-52,C55,C58	47	x	47
Narządy płciowe męskie	C60-C63	728	728	x
Gruzoł krokowy	C61	600	600	x
Jądro	C62	99	99	x
Inne i nieokreślone	C60,C63	29	29	x
Narządy moczowe	C64-C68	927	667	260
Pęcherz moczowy	C67	528	412	116
Nerka i inne umiejscowienia	C64-66,C68	399	255	144
Oko, mózg i układ nerwowy	C69-C72	253	120	133
Gruzoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	130	28	102
Tarczyca	C73	120	24	96
Inne	C74-C75	10	4	6
Białaczki	C91-C95,C97	251	145	106
Inne tkanki limfat. i krwiotwórczej	C81-85,C88,C90,C96	334	151	183
Choroba Hodgkina	C81	44	24	20
Szpiczak mnogi	C90,C96	93	43	50
Inne chłoniaki	C82-85, C88	197	84	113
Inne i nieokreślone umiejscowienia	C76-C80	446	218	228

Nowotwory in situ

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie	D00-D09	394	140	254
Jama ustna, przełyk i żołądek	D00	4	2	2
Inne i nieokreślone narządy trawienne	D01	2	1	1
Ucho środkowe i układ oddechowy	D02	9	8	1
Czerniak	D03	5	1	4
Skóra	D04	14	7	7
Pierś	D05	99	-	99
Szyjka macicy	D06	98	-	98
Inne i nieokreślone narządy płciowe	D07	7	-	7
Inne i nieokreślone umiejscowienia	D09	156	121	35

Tab. 2 Zachorowania na nowotwory złośliwe w powiatach woj. dolnośląskiego, 2010 *

Powiat	Mężczyźni	Kobiety
miasto Jelenia Góra	189	227
Jeleniogórski	128	129
Bolesławiecki	137	157
Lubański	114	118
Lwówecki	86	78
Zgorzelecki	174	176
Byłe jeleniogórskie	828	885

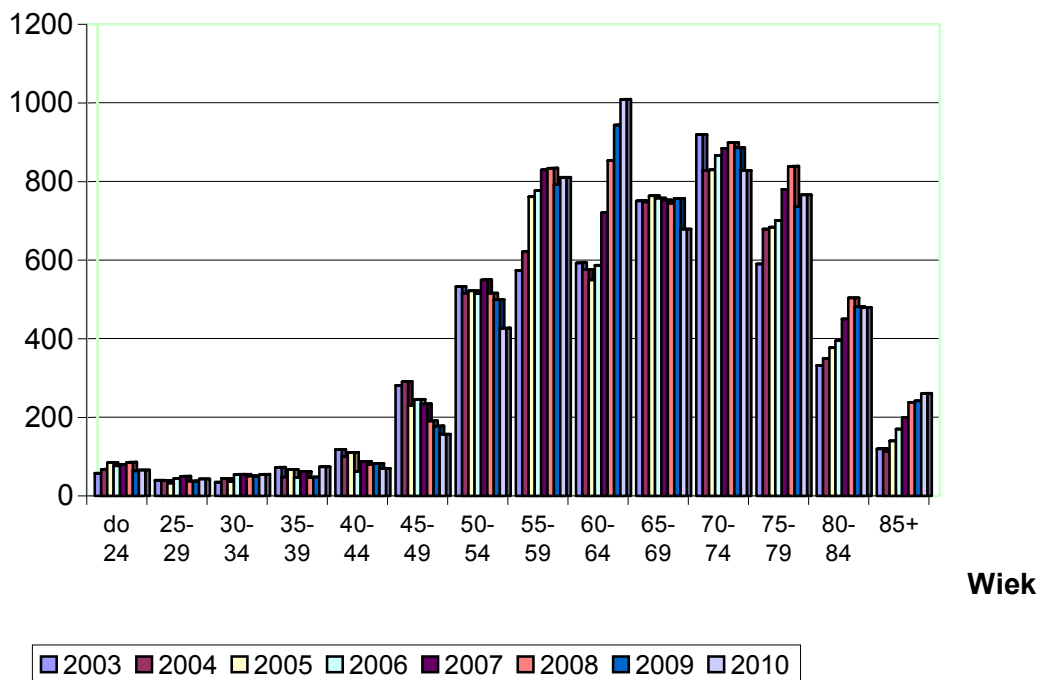
miasto Legnica	213	209
Legnicki	91	92
Głogowski	143	136
Lubiński	209	192
Polkowicki	92	97
Złotoryjski	89	84
Byłe legnickie	837	810

miasto Wałbrzych	241	267
Wałbrzyski	112	120
Dzierżoniowski	194	244
Kamiennogórski	96	94
Kłodzki	351	347
Świdnicki	299	336
Ząbkowicki	132	128
Byłe wałbrzyskie	1425	1536

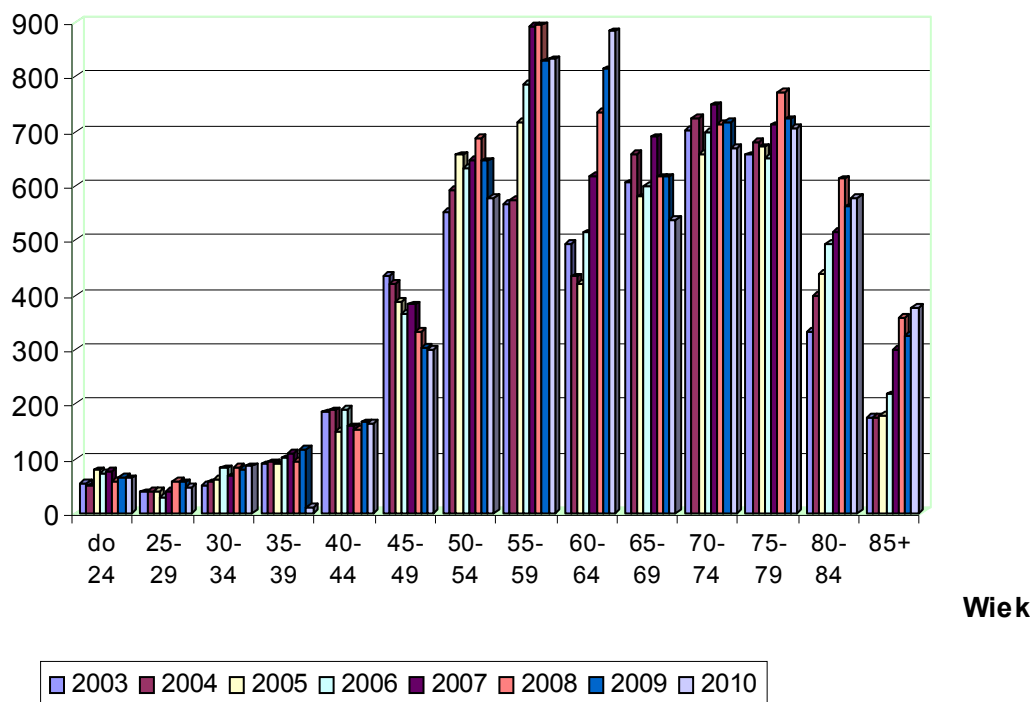
miasto Wrocław	1439	1598
Wrocławski	189	204
Górowski	52	46
Jaworski	101	93
Milicki	82	55
Oleśnicki	123	117
Oławski	228	192
Strzebiński	69	75
Średzki	75	82
Trzebnicki	136	145
Wołowski	86	95
Byłe wrocławskie	2580	2702

* Szczegółowe dane dla powiatów na stronie <http://www.dco.com.pl/drn>

Ryc. 2.1 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2010 w grupach wieku, mężczyźni



Ryc. 2.2 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2010 w grupach wieku, kobiety



Tab. 3 Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, miasto Wrocław, 2010

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie umiejscowienia	C00-C97	2.920	1.395	1.525
Warga, jama ustna i gardło	C00-C14	67	42	25
Warga	C00	3	3	-
Język	C01-C02	8	4	4
Gruzoły ślinowe	C07-C08	8	3	5
Dno jamy ustnej	C04	8	4	4
Gardło	C09-C14	31	23	8
Inne i nieokreślone	C03,C05-C06	9	5	4
Narządy trawienne i otrzewna	C15-C26	639	364	275
Przełyk	C15	18	14	4
Zołądek	C16	104	67	37
Okrężnica	C18	217	127	90
Odbytnica	C19-C21	142	83	59
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	C22-C23	52	25	27
Trzustka	C25	83	38	45
Inne i nieokreślone	C17,C24,C26	23	10	13
Narządy oddechowe	C30-C39	435	270	165
Krtąń	C32	28	24	4
Płuco	C33-C34	392	238	154
Inne i nieokreślone	C30-C31, C37-C39	15	8	7
Kość, tkanka łączna i skóra	C40-C49	438	215	223
Kość	C40-C41	10	7	3
Tkanka łączna	C45-C49	15	7	8
Czerniak złośliwy	C43	70	36	34
Skóra	C44	343	165	178
Pierś	C50	373	1	372
Narządy płciowe żeńskie	C51-C58	218	x	218
Szyjka macicy	C53	50	x	50
Trzon macicy	C54	81	x	81
Jajnik	C56-C57	77	x	77
Inne i nieokreślone	C51-52,C55,C58	10	x	10
Narządy płciowe męskie	C60-C63	229	229	x
Gruzoł krokowy	C61	199	199	x
Jądro	C62	24	24	x
Inne i nieokreślone	C60,C63	6	6	x
Narządy moczowe	C64-C68	201	136	65
Pęcherz moczowy	C67	109	83	26
Nerka i inne umiejscowienia	C64-66,C68	92	53	39
Oko, mózg i układ nerwowy	C69-C72	45	18	27
Gruzoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	33	7	26
Tarczycza	C73	29	6	23
Inne	C74-C75	4	1	3
Białaczki	C91-C95,C97	52	29	23
Inne tkanki limfat. i krwiotwórczej	C81-85,C88,C90,C96	83	37	46
Choroba Hodgkina	C81	16	9	7
Szpiczak mnogi	C90,C96	23	9	14
Inne chłoniaki	C82-85, C88	44	19	25
Inne i nieokreślone umiejscowienia	C76-C80	107	47	60

Nowotwory in situ

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie	D00-D09	120	43	77
Jama ustna, przełyk i żołądek	D00	2	-	2
Inne i nieokreślone narządy trawienne	D01	2	1	1
Ucho środkowe i układ oddechowy	D02	4	4	-
Czerniak	D03	3	-	3
Skóra	D04	8	4	4
Pierś	D05	30	-	30
Szyjka macicy	D06	17	-	17
Inne i nieokreślone narządy płciowe	D07	3	-	3
Inne i nieokreślone umiejscowienia	D09	51	34	17

TRENDY

Analizie zmian w latach 1985-2010 poddano liczby zachorowań na nowotwory ogółem i najczęstsze umiejscowienia u obu płci.

Na Dolnym Śląsku w badanym okresie stwierdzamy wzrost liczb rejestrowanych zachorowań u mężczyzn w tempie 2% rocznie, a u kobiet 3%.

U mężczyzn najszybciej rosły liczby zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (rocznie średnio o 16%), okrężnicy (11%), pęcherza moczowego (6%), odbytnicy (5%) i nerki (4%). W badanym okresie niewielki roczny trend malejący wykazywały nowotwory złośliwe żołądka i krtani (po -1%).

U kobiet najszybciej rosły liczby zachorowań na nowotwory złośliwe okrężnicy i piersi (średnio rocznie o 8%), płuca (6%), trzonu macicy (4%) i odbytnicy (3%). Mały liczbę rocznych zachorowań na nowotwory inwazyjne szyjki macicy (-2%) i żołądka (-1%).

Poniżej przedstawiamy wartości liczbowe rocznych zmian (o ile więcej, lub mniej nowotworów spodziewamy się w następnym roku) dla najczęściej stwierdzanych nowotworów obliczone na podstawie danych z 26 lat 1985-2010 oraz dziesięciu lat XXI wieku 2001-2010. Na podstawie tych danych możemy prognozować, że średni roczny wzrost liczby zachorowań na wszystkie nowotwory u obu płci w najbliższych latach może wynieść najmniej 170, może jednak sięgać 230 zachorowań więcej.

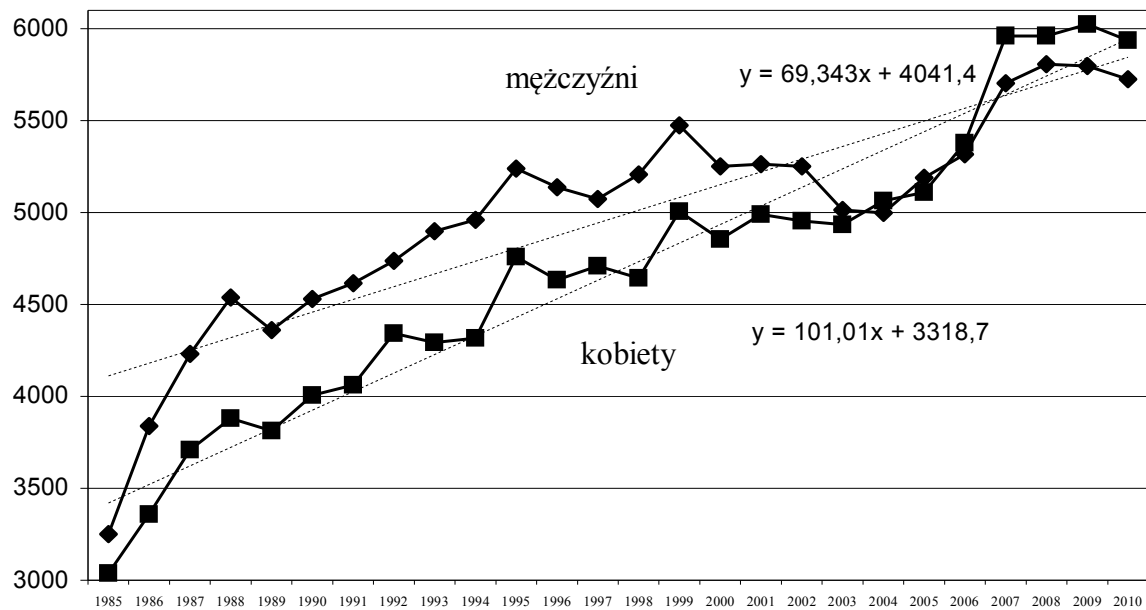
Tab. 4 Trendy liczb zachorowań na najczęstsze na Dolnym Śląsku nowotwory na podstawie danych z lat 1985-2010 oraz 2001-2010

Mężczyźni	Zmiana roczna (liczby)	
	1985-2010	2001-2010
ogółem	+69	+86
gruczoł krokowy	+18	+35
pęcherz moczowy	+12	-8
okrężnica	+12	+9
odbytnica	+7	+9
nerka	+5	0
płuco	-1	-24
trzustka	0	+1
krtani	-2	-4
żołądek	-5	-1

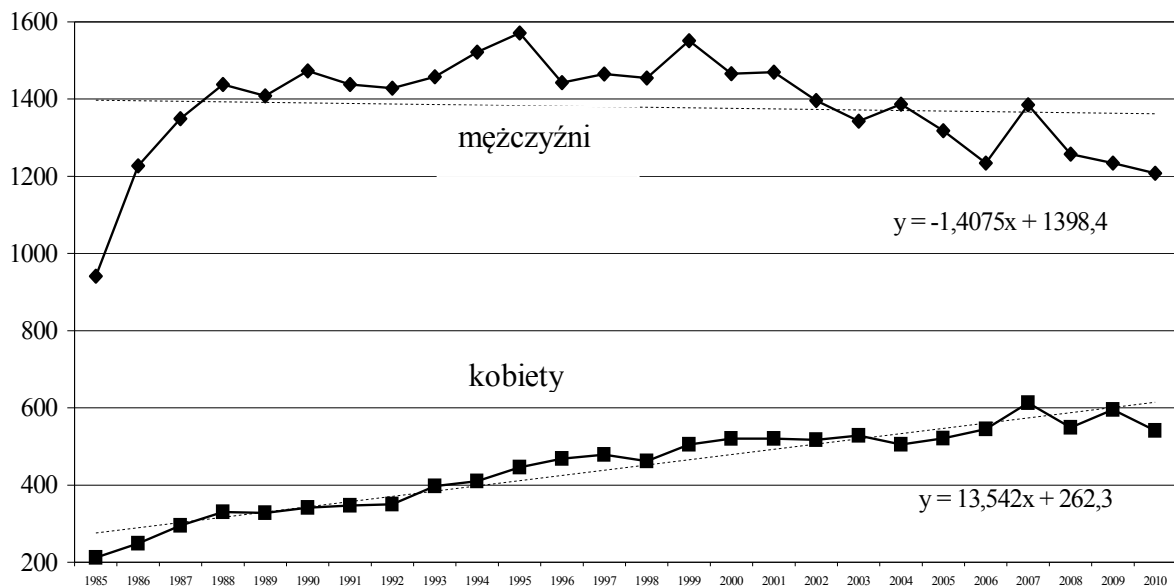
Kobiety	Zmiana roczna (liczby)	
	1985-2010	2001-2010
ogółem	+101	+146
piersz*	+34	+37
płuco	+14	+7
okrężnica	+10	+7
trzon macicy	+8	+15
odbytnica	+5	+5
jajnik	+3	0
trzustka	+2	+2
żołądek	-3	-3
szyjka macicy*	-8	-5

* dotyczy inwazyjnych (C50 i C53)

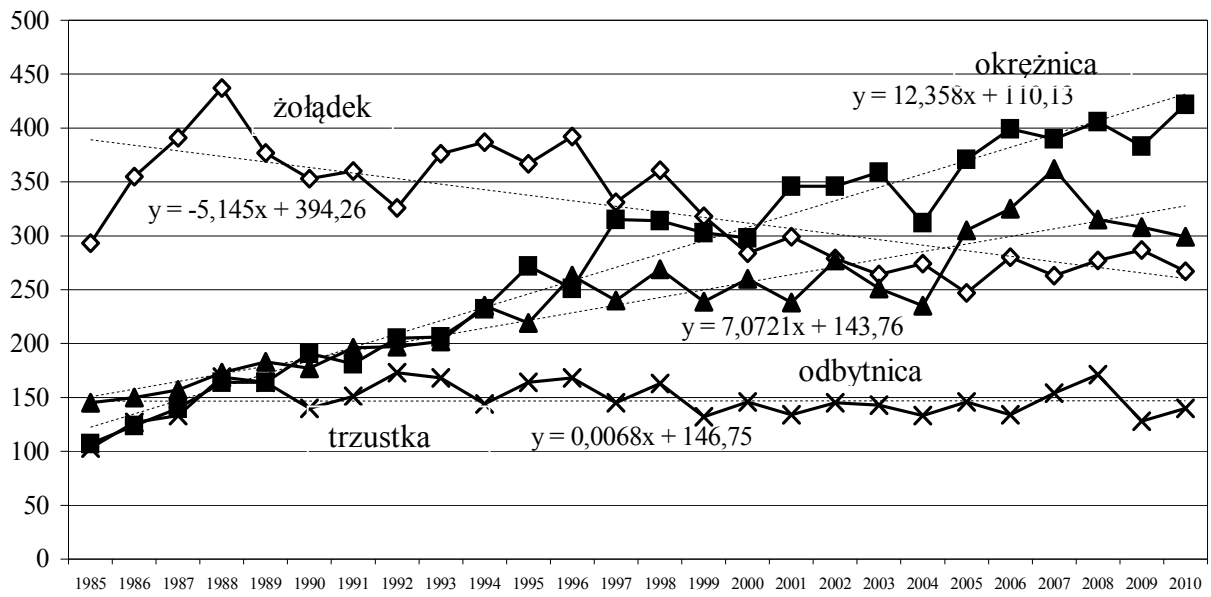
Ryc.3 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-10: C00-D09) na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010



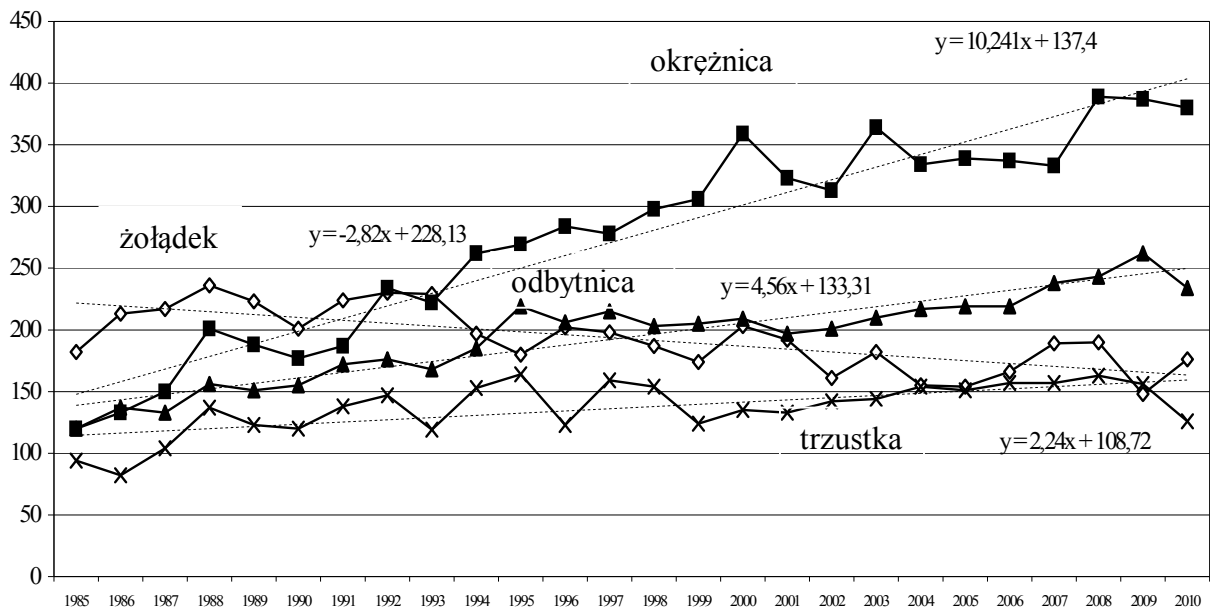
Ryc.4 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010



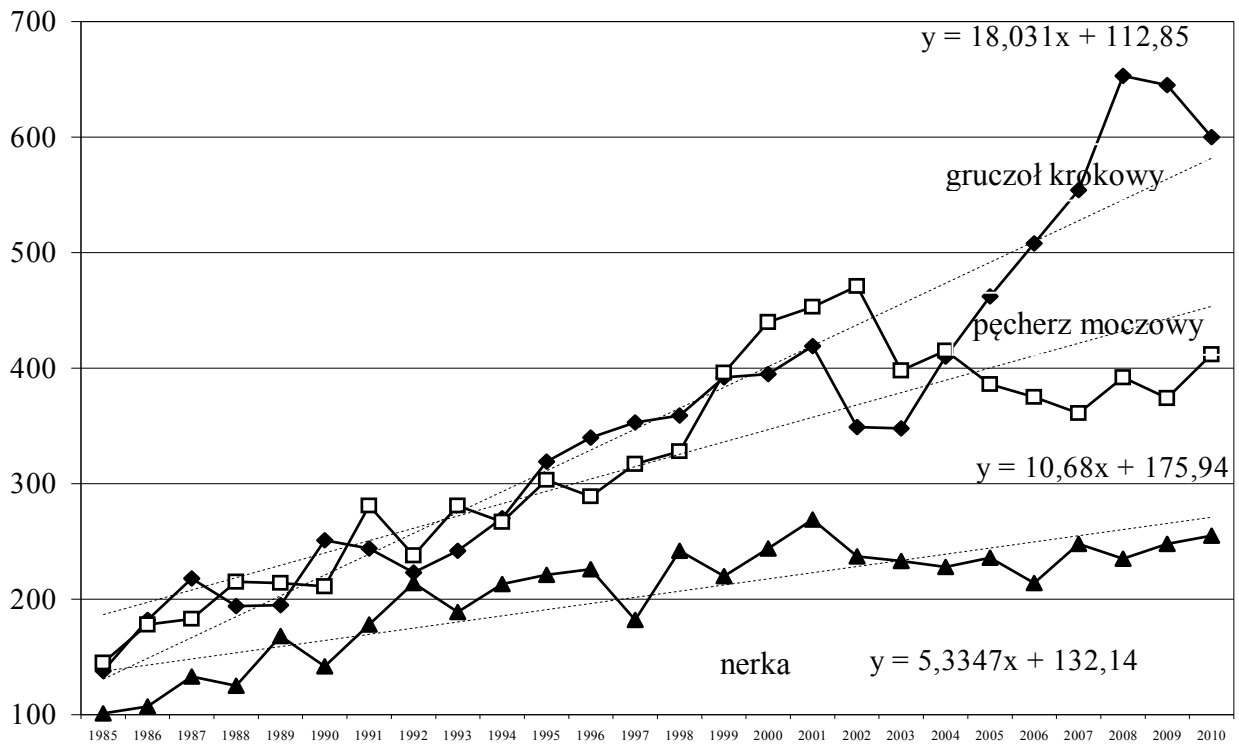
Ryc.5.1 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Mężczyźni



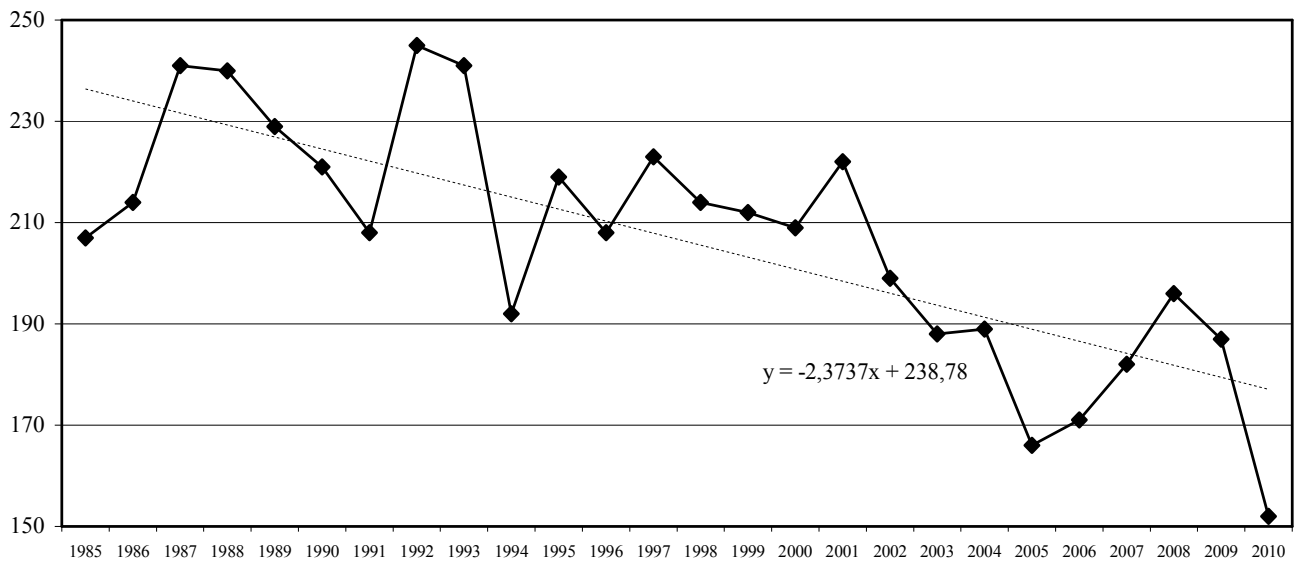
Ryc.5.2 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Kobiety



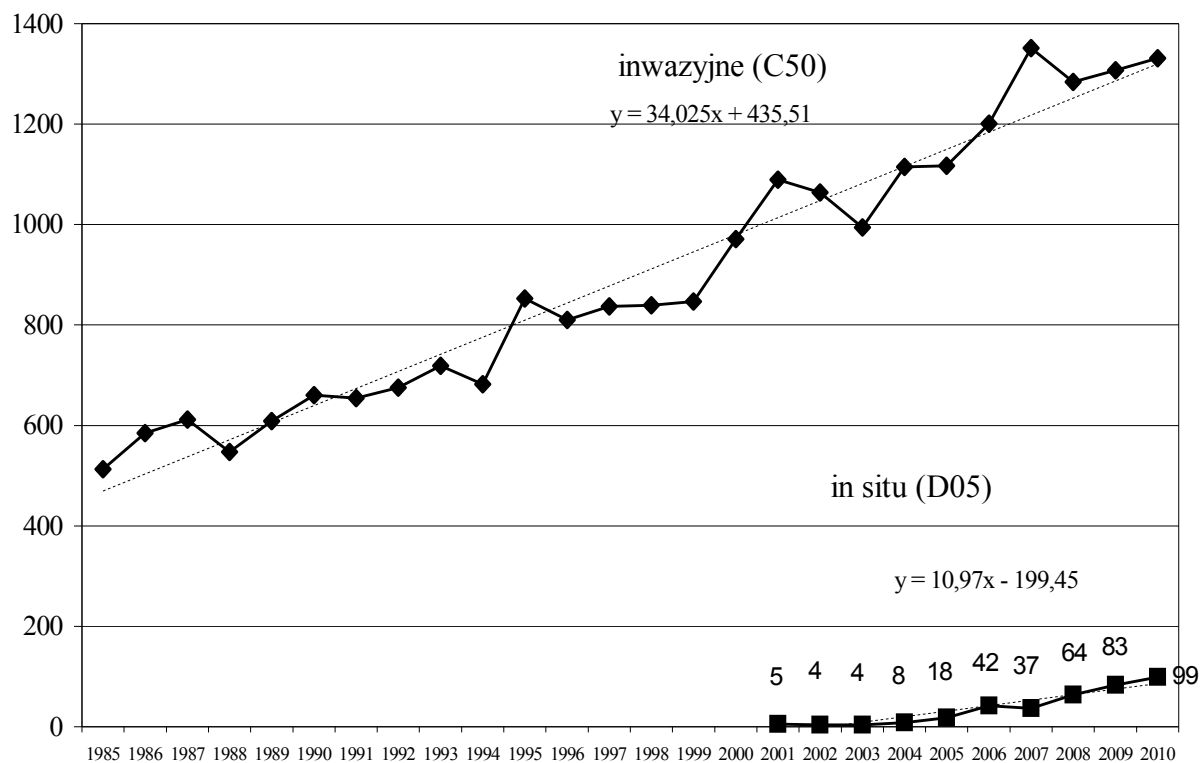
Ryc.6 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo - płciowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Mężczyźni



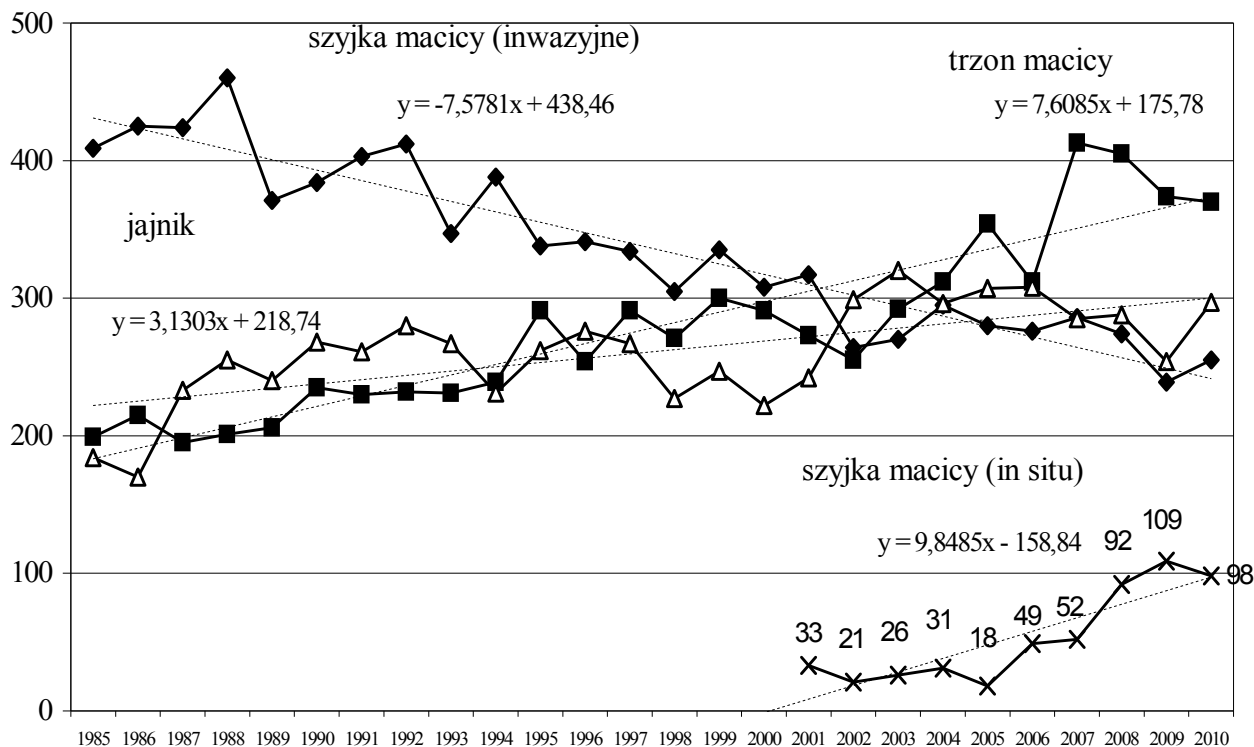
Ryc.7 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010. Mężczyźni



Ryc.8 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010



Ryc.9 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe narządów rodnych u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2010.



PRZEŻYCIA 5-LETNIE, ZMIANY W LATACH 1985-2006

Analiza dotyczy zachorowań chorych od 15 roku życia (standard europejskiego badania EUROCORE), z lat 1985-2006 w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów wprowadziliśmy do bazy danych. Weryfikacja po pięciu latach, w 2012 roku w Biurze Ewidencji Ludności pozwoliła określić *vital status* (żyje lub data zgonu). Analiza dotyczy ponadto wcześniej opublikowanych danych, dotyczących 33.507 chorych z lat 1985-1989, 42.343 z 1990-1994 oraz 48.650 z lat 1995-1999 i 50.657 z lat 2000-2004 (Błaszczak J., Jagas M., Bębenek M.: Przeżycia 5-letnie chorych na nowotwory złośliwe z lat 1985-2004 w woj. dolnośląskim. Dolnośląskie Centrum Onkologii, 2011). Z lat 2005-2006 analizowano 21.622 zachorowania.

Poniższa tabela pokazuje wartości względnych przeżyć 5-letnich (czyli uwzględniające tablice dalszego trwania życia w zależności od wieku) dla nowotworów ogółem oraz wybranych częstych umiejscowień.

Co pięć lat wartości przeżyć względnych dla wszystkich nowotworów u obu płci na Dolnym Śląsku zwiększają się o 3,6%, co oznacza szanse na wyleczenie dla kolejnych 2.000 chorych z liczby 55.000 nowotworów stwierdzanych w pięciu latach w woj. dolnośląskim.

Zdecydowanie większe szanse na przeżycie pięciu lat w badanym okresie miały kobiety. Dotyczyło to nie tylko nowotworów analizowanych łącznie, gdzie stwierdziliśmy 15% większe szanse kobiet, ale też większości umiejscowień, z wyłączeniem trzustki.

Chorzy z lat 2005-2006 u obu płci osiągnęli najwyższe od 1985 roku wskaźniki przeżyć względnych tylko dla nowotworów części ustnej gardła (27,8 i 53,9%). U mężczyzn osiągnięto najwyższe dotąd wskaźniki dla nowotworów gruczołu krokowego (72,6%) i jądra (88,2%), u kobiet – żołądka (20%), krtani (67,3%), piersi (77,7%) i czerniaka złośliwego skóry (68,7%).

W porównaniu z okresem 2000-2004 wskaźnik dla nowotworów ogółem u mężczyzn wzrósł w latach 2005-2006 o 0,5%, u kobiet zmalał o 0,5%.

Tab.10 Wartości 5-letnich przeżyć względnych w woj. dolnośląskim, zmiany w latach 1985-2006

Umiejscowienie	Mężczyźni					Kobiety				
	1985 -89	1990 -94	1995 -99	2000 -04	2005 -06	1985 -89	1990 -94	1995 -99	2000 -04	2005 -06
Warga, jama ustna i gardło (C00-14)	48,0	39,1	34,6	32,9	33,6	53,7	55,5	57,2	52,7	52,0
Część ustna gardła (C09-10)	21,3	24,1	20,0	25,4	27,8	43,8	50,7	49,3	47,2	53,9
Przełyk (C15)	5,7	5,7	5,4	6,4	4,4	14,7	9,2	10,7	7,7	0,0
Żołądek (C16)	10,5	11,5	14,1	14,0	13,4	13,8	15,3	17,2	18,9	20,0
Okreznica (C18)	26,8	36,0	41,2	45,6	45,5	31,2	39,2	39,8	46,8	44,4
Odbytnica (C19-C21)	25,0	28,2	37,3	45,7	45,0	25,6	25,7	36,9	47,3	46,2
Wątroba (C22)	2,8	8,7	8,8	8,3	7,8	2,8	9,9	11,1	16,9	15,3
Trzustka (C25)	6,8	11,8	13,5	10,7	5,6	6,9	9,0	10,2	10,0	5,5
Krtań (C32)	48,1	49,4	50,2	51,4	46,7	56,0	54,8	59,6	57,7	67,3
Płuco (C33-C34)	8,9	10,0	12,6	15,5	13,8	14,0	16,2	20,6	22,0	17,2
Czerniak złośliwy skóry (C43)	43,4	40,8	51,6	55,2	52,1	59,4	62,1	66,5	62,2	68,7
Piers (C50)						56,4	62,4	71,1	76,3	77,7
Szyjka macicy (C53)						60,8	58,6	55,0	53,8	55,8
Trzon macicy (C54)						73,4	72,2	74,2	77,0	73,1
Jajnik (C56)						39,1	38,1	38,9	43,6	39,5
Gruzoł krokowy (C61)	40,2	46,8	55,3	67,7	72,6					
Jądro (C62)	71,1	79,9	84,2	87,9	88,2					
Nerka (C64)	34,2	47,0	52,8	57,9	50,2	45,2	54,5	62,1	65,4	64,7
Pęcherz moczowy (C67)	50,7	54,1	58,7	65,3	61,3	47,6	54,2	65,1	68,8	64,9
Mózg (C71)	29,3	23,3	25,0	23,3	22,0	32,9	33,7	36,0	32,5	29,5
Choroba Hodgkina (C81)	62,0	60,0	62,0	78,1	58,8	66,0	64,5	69,0	80,2	75,1
Chłoniaki bez Hodgkina (C82-85, 96)	35,0	35,1	46,1	40,5	44,5	46,8	46,1	41,9	47,2	36,4

Białaczki (C91-95)	38,3	31,1	35,8	35,2	40,3	31,8	37,5	42,5	43,7	38,8
Wszystkie umiejscowienia	26,5	29,0	32,7	37,5	38,0	42,5	44,5	48,3	52,3	51,8

PIERWOTNE NOWOTWORY MNOGIE (*Multiple Primary Cancer*) W POPULACJI DOLNOŚLĄSKIEJ W ROKU 2010

1. Definicja

WHO w 1995 roku przyjęła następującą definicję pierwotnych nowotworów mnogich:

- Uznanie istnienia dwóch lub większej liczby pierwotnych nowotworów mnogich nie zależy od czasu ich wystąpienia.
- Nowotwór jest pierwotnym, jeśli rozwija się w swoim umiejscowieniu, nie stanowi części już istniejącego procesu nowotworowego i nie jest także jego rozsiewem, przerzutem ani wznową.
- Tylko jeden nowotwór może być rozpoznany w jednym narządzie lub narządach parzystych w przypadku stwierdzenia w obu miejscach procesu rozrostowego o tym samym utkaniu histopatologicznym.
- Dane z punktu poprzedniego tracą swoją ważność w przypadku wystąpienia różnych utkań histopatologicznych.
- W przypadku nowotworów układowych lub wielośrodkowych potencjalnie obejmujących wiele odrębnych organów, czterech histologicznych grup - chłoniaki, białaczki, mięsak Kaposiego i międzybłoniak, są one liczone tylko raz w każdym przypadku.
- Nowotwór wieloogniskowy jest uważany za pojedynczy nowotwór.
- Rak skóry stanowi szczególnie problem, ta sama osoba może mieć wiele takich nowotworów przez całe życie. Zalecenia WHO są takie, aby tylko pierwszy guz określonego typu histologicznego, w dowolnym miejscu na skórze, był liczony jako wystąpienie jednej choroby nowotworowej.

Grupy kodów ICD-O-2/3 które w sensie „pierwotny nowotwór mnogi” uważane są za jeden narząd

C01 Base of tongue C02 Other and unspecified parts of tongue
C05 Palate C06 Other and unspecified parts of mouth
C07 Parotid gland C08 Other and unspecified major salivary glands
C09 Tonsil C10 Oropharynx
C12 Pyriform sinus C13 Hypopharynx
C19 Rectosigmoid junction C20 Rectum
C23 Gallbladder C24 Other and unspecified parts of biliary tract
C30 Nasal cavity and middle C31 Accessory sinus ear
C33 Trachea C34 Bronchus and lung
C37 Thymus C38.0-3 Heart and mediastinum C38.8 Overlapping lesion of heart, mediastinum and pleura
C40 Bones, joints and articular C41 Bones, joints and articular cartilage of other and unspec. sites cartilage of limbs

C51 Vulva C52 Vagina C57.7 Other specified female genital C57.8-9 Overlapping lesion and female genital tract, NOS
C60 Penis C63 Other and unspecified male genital organs
C64 Kidney C65 Renal pelvis C66 Ureter C68 Other and unspecified urinary organs
C74 Adrenal gland C75 Other endocrine glands and related structures

Grupy nowotworów uważanych za różne morfologicznie na użytek definiowania nowotworów mnogich (według Berga, 1994)

1.	Carcinomas Squamous carcinomas	M-805 - 808, M-812 - 813
2.	Basal cell carcinomas	M-809 - 811
3.	Adenocarcinomas	M-814, M-816, M-819 - 822, M-826 - 833, M-835 - 855, M-857, M-894
4.	Other specific carcinomas	M-803 - 804, M-815, M-817 - 818, M-823, M-824, M-825, M-834, M-856, M-858 - 867
5.	Unspecified carcinomas (NOS)	M-801, M-802
6.	Sarcomas and soft tissue tumors	M-868 - 871, M-880 - 892, M-899, M-904, M-912 - 913, M-915 - 925, M-937, M-954 - 958
7.	Lymphomas	M-959 - 972
8.	Leukaemia	M-980 - 994, M-995, M-996, M-998
9.	Kaposi's sarcoma	M-914
10.	Mesothelioma	M-905
11.	Other specified types of cancer	M-872 - 879, M-893, M-895 - 898, M-900 - 903, M-906 - 911, M-926 - 936, M-938 - 953, M-973 - 975, M-976
12.	Unspecified types of cancer	M-800, M-997

2. Epidemiologia nowotworów mnogich w woj. dolnośląskim

- W zbiorze 11.661 nowotworów C00-D09 zarejestrowanych w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów (DRN) w 2010 roku stwierdziliśmy 739 nowotworów spełniających definicję WHO (w tym 30 trzecich i 2 czwarte pierwotne nowotwory mnogie).
- U 57 chorych były to nowotwory synchroniczne (rozpoznane w ciągu 2 miesięcy). Stanowiły one 7,7% wszystkich nowotworów mnogich.
- W roku 2010 nowotwory mnogie stanowiły 6,3% wszystkich zarejestrowanych nowotworów, nastąpił więc dalszy wzrost ich udziału.

Poniższa tabela pokazuje liczby i odsetki nowotworów mnogich przed rokiem 2010, podstawowy wpływ na różnice w liczbach rejestrowanych nowotworów mnogich miał czas zbierania danych.

Tab. 6 Nowotwory mnogie zarejestrowane w latach 1984-2009

Rok	Liczba	% w DRN		1992	107	1,2		2001	362	3,5
1984	5	0,1		1993	121	1,3		2002	415	3,9
1985	15	0,2		1994	127	1,3		2003	389	3,9
1986	22	0,3		1995	151	1,5		2004	390	3,7
1987	29	0,4		1996	159	1,6		2005	422	3,9
1988	31	0,4		1997	193	1,9		2006	493	4,5
1989	74	0,9		1998	258	2,5		2007	554	4,6
1990	79	0,9		1999	317	3,0		2008	567	4,6
1991	95	1,1		2000	350	3,5		2009	598	5,1

Drugą przyczyną zwiększenia się liczby rejestrowanych nowotworów mnogich była jakość danych - odsetek zarejestrowanych nowotworów potwierdzonych histopatologicznie - od nieco ponad 50% w latach 1984-89 do 86% w roku 2009.

Tab. 7 Odsetki nowotworów potwierdzonych badaniem histopatologicznym w DRN

Rok	%
1984	54,0
1985	53,5
1986	53,4
1987	56,3
1988	54,9
1989	58,2
1990	60,2
1991	61,2
1992	61,5
1993	63,4

Rok	%
1994	61,7
1995	61,7
1996	62,6
1997	62,7
1998	62,3
1999	61,2
2000	65,1
2001	66,3
2002	67,4
2003	66,8

Rok	%
2004	67,8
2005	71,9
2006	80,5
2007	81,1
2008	81,1
2009	85,9
2010	86,0

Tab. 8 Czas, po jakim wystąpił drugi nowotwór

Drugi nowotwór po latach	Liczba	%
0-4	319 (w tym synchroniczne 57)	43,2
<i>w tym 0 lat</i>	128	
<i>w tym 1 rok</i>	62	
<i>w tym 2 lata</i>	53	
<i>w tym 3 lata</i>	37	
<i>w tym 4 lata</i>	39	
5-9	159	21,5
10-14	131	17,7
15-19	70	9,5
20+	60	8,1

- Tylko 43% zachorowań na nowotwory mnogie w zbiorze Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów wystąpiło w ciągu pięciu lat od pierwszego zachorowania.
- Udział płci był taki sam, jak dla pierwszych zachorowań: 362 (49%) nowotworów mnogich dotyczyło mężczyzn, a 377 (51%) kobiet.
- U mężczyzn mediana wieku zachorowania na pierwszy nowotwór to 65 lat, u kobiet 64 lata. Porównując średni oczekiwany czas życia od zachorowania na nowotwór do oczekiwanej długości życia (u mężczyzn 71 lat, u kobiet 80), dla mężczyzn wynosił on 6, a dla kobiet 16 lat. Ryzyko populacyjne wystąpienia mnogiego nowotworu jest więc statystycznie dla mężczyzn większe, skoro żyjąc od zachorowania na pierwszy nowotwór średnio 10 lat krócej, tak samo często chorują na drugi nowotwór.

2. Po jakich pierwszych zachorowaniach częściej występowały mnogie nowotwory?

Tab. 9 Pierwsze nowotwory mężczyźni

Rozpoznanie 1	Liczba	%	% pierwotnych w DRN
Skóra	64	17,7	7,0
Gruzoł krokowy	47	13,0	10,7
Pęcherz moczowy	40	11,0	7,4
Płuco	34	9,4	21,6
Okreźnica	27	7,5	9,9
Nerka	20	5,5	4,1
Krtań	18	5,0	2,7
Odbytnica	17	4,7	3,0

Tab.10 Pierwsze nowotwory u kobiet

Rozpoznanie 1	Liczba	%	% pierwotnych w DRN
Piers	109	28,9	23,4
Skóra	50	13,3	6,1
Trzon macicy	32	8,5	6,5
Szyjka macicy	24	6,4	4,5
Jajnik	17	4,5	5,2
Pęcherz moczowy	14	3,7	2,0
Płuco	14	3,7	9,5

- Różnice z udziału wskazanych umiejscowień w zbiorach nowotworów pierwszych oraz mnogich wynikały z różnic w wyleczalności pierwszych nowotworów – od 10% dla płuca do prawie 100% dla wargi i skóry.
- Udział umiejscowień rokujących około 50-procentową wyleczalnością (gruczoł krokowy, nerka, okreźnica u mężczyzn, szyjka macicy, jajnik, okreźnica u kobiet) w tych zbiorach jest podobny.
- Wyróżniają się nowotwory tytoniozależne - krtań i pęcherz moczowy u mężczyzn, które w latach 1990-1994 rokowały 50 % przeżyciami 5-letnimi, jednak udział drugich nowotworów był 2 razy większy.

- U kobiet ponad dwukrotnie częściej drugi nowotwór wystąpił po tytoniozależnym nowotworze pęcherza moczowego, przeżycie 5-letnie względne z lat 1990-1994 dla tego nowotworu wynosiło 68,8%.

3. Czy pewne nowotwory występują jako drugie częściej, niż jako pierwsze?

W poniższych tabelach porównano udział procentowy najczęstszych nowotworów mnogich oraz pierwszych u obu płci.

Tab. 11 Najczęstsze nowotwory mnogie u mężczyzn

	ICD-10	Liczba	% mnogich	% pierwotnych
1.	skóra	56	15,5	7,0
2.	płuco	48	13,3	21,6
3.	gruczoł krokowy	47	13,0	10,7
4.	pęcherz moczowy	34	9,4	7,4
5.	okrężnica	27	7,5	9,9
6.	odbytnica	22	6,1	3,0
7.	nerka	15	4,2	4,1
8.	żołądek	13	3,6	4,8
9.	czerniak	10	2,8	1,8
10.	krtań	7	1,9	2,7

Tab. 12 Najczęstsze nowotwory mnogie u kobiet

	ICD-10	Liczba	% mnogich	% pierwotnych
1.	Pierś	84	22,3	23,4
2.	Skóra	36	9,5	7,8
3.	Płuco	28	7,4	9,5
4.	Okrężnica	25	6,6	6,7

5.	Trzon macicy	21	5,6	6,5
6.	Jajnik	16	4,2	5,2
7.	Odbytnica	15	4,0	4,1
8.	Żołądek	14	3,7	3,1
9.	Nerka	12	3,2	2,5
10.	Szyjka macicy	11	2,9	4,5

- U mężczyzn znacznie większy odsetek stanowiły nowotwory złośliwe skóry (15,5 : 7%) i odbytnicy (6,1:3%%).
- U kobiet nie stwierdzono różnic w udziale nowotworów pierwszych i mnogich.

4. Najczęstsze pary nowotworów

Tab. 13 Najczęstsze pary nowotworów, mężczyźni

Rozpoznanie 1	Rozpoznanie 2	Liczba
Skóra	Płuco	18
Skóra	Skóra	9
Pęcherz moczowy	Gruzoł krokowy	9
Gruzoł krokowy	Pęcherz moczowy	9
Gruzoł krokowy	Skóra	9
Płuco	Okrężnica	8
Pęcherz moczowy	Płuco	7
Odbytnica	Gruzoł krokowy	7
Pęcherz moczowy	Okrężnica	6
Krtań	Gruzoł krokowy	6
Pęcherz moczowy	Skóra	6

Tab. 14 Najczęstsze pary nowotworów, kobiety

Rozpoznanie 1	Rozpoznanie 2	Liczba
Pierś	Pierś	20
Skóra	Pierś	13
Pierś	Trzon macicy	11
Trzon macicy	Pierś	9
Pierś	Szyjka macicy	9
Pierś	Jajnik	8
Pierś	Skóra	8
Pierś	Płuco	8
Jajnik	Pierś	7
Pierś	Okrężnica	7

U mężczyzn częste jako mnogie są nowotwory „tytoniozależne”, szczególnie: płuca, pęcherza moczowego. U kobiet wyróżniają się pary nowotworów „genetycznych”: piersi, jelita grubego, jajnika.

5. Rokowanie nowotworów mnogich

Przeżycia 5-letnie przeanalizowano dla 1.828 mężczyzn i 1.888 kobiet, którzy zachorowali na drugi nowotwór w latach 1985-2004. Wskaźnik przeżyć względnych dla mężczyzn wyniósł 36,8% i był wyższy o 5,4% od stwierdzonego dla pierwszych nowotworów, u kobiet 50,5% - o 3,6%, niż dla wszystkich zachorowań z lat 1985-2004.

Wpływ na to niewątpliwie miała zwiększona świadomość chorego po pierwszym nowotworze oraz pozostawanie w kontroli onkologicznej, pozwalającej wcześniej wykryć drugi nowotwór.

Odmienne, niż dla pierwszych zachorowań, rokowanie nowotworów mnogich było podobne we wszystkich analizowanych grupach wieku.

Tab. 15 Przeżycia 5-letnie chorych na pierwotne nowotwory mnogie z lat 1985-2004

Mężczyźni	Wiek					Razem
	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Względny odsetek przeżyć	0,418	0,418	0,365	0,324	0,438	0,368
95% przedział ufności od	0,284	0,326	0,309	0,284	0,366	0,340
95% przedział ufności do	0,552	0,509	0,420	0,364	0,509	0,396

Liczba chorych	54	126	364	783	501	1.828
Kobiety	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	Razem
Względny odsetek przeżyć	0,425	0,625	0,502	0,505	0,415	0,505
95% przedział ufności od	0,342	0,566	0,453	0,458	0,342	0,478
95% przedział ufności do	0,506	0,683	0,550	0,551	0,486	0,531
Liczba chorych	143	281	464	629	371	1.888

7. Wnioski

1. W Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów w roku 2010 stwierdziliśmy 739 pierwotnych nowotworów mnogich, stanowiły one 6,3% wszystkich nowotworów.
2. Nowotwory synchroniczne stanowiły 11,5% wszystkich nowotworów mnogich.
3. Ryzyko populacyjne wystąpienia mnogiego nowotworu jest u mężczyzn większe, niż u kobiet.
4. Różnice z udziału umiejscowień w zbiorach nowotworów pojedynczych i mnogich wynikają z różnic w wyleczalności nowotworów.
5. Częste jako mnogie u mężczyzn były nowotwory tytoniozależne (wyróżniają się nowotwory pęcherza moczowego), u kobiet wyróżniały się nowotwory pochodzenia genetycznego.
6. Drugie nowotwory roją lepiej, niż pierwsze. Wpływ na to ma prawdopodobnie pozostawanie w kontroli onkologicznej, pozwalającej wcześniej wykryć drugi nowotwór.

METODY LECZENIA CHORYCH Z 2010 ROKU

Według informacji z kart zgłoszenia Mz/N1-a z roku 2010 leczenie radykalne wdrożono do końca 2011 roku u 6.156 chorych, u 2.982 - paliatywne i u 1.530 objawowe. 533 osoby zostały skierowane na leczenie (ale nie pojawiła się w DRN informacja o jego podjęciu), w 404 przypadkach brak jest informacji o typie leczenia, a 57 chorych nie wyraziło zgody na leczenie.

Chirurgicznie leczonych było 6.127 (52,5%) dolnośląskich chorych z roku 2010, radioterapią 3.103 (26,6%) i chemioterapią 4.328 (37,1%).

W przeprowadzonym w 2011 roku badaniu przeżyć 5-letnich chorych na wybrane nowotwory leczonych radykalnie w jedynym na Dolnym Śląsku Ośrodku Referencyjnym – Dolnośląskim Centrum Onkologii i poza nim wykazano, że lepiej przygotowane są do leczenia referencyjne ośrodki onkologiczne, w skład których wchodzi oddziały chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej i radioterapii ściśle z sobą współpracujące. [Bębenek M., Sędziak T., Kapturkiewicz B., Błaszczak J.: Znaczenie Regionalnych Ośrodków Onkologicznych w Polsce jako jednostek referencyjnych w poprawie rokowania chorych na nowotwory – przykład Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Nowotwory, 2011;61(4):349-354]

Spośród wszystkich chorych z 2010 roku leczonych chirurgią 1.509 (24,6%) było operowanych w DCO.

Dla najczęstszych umiejscowień odsetki chorych operowanych w Ośrodku Referencyjnym wynosiły odpowiednio:

1. Okrężnica C18: w roku 2010 - 802 zachorowania. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 605 (75,4%). W DCO 107 - (17,7% wszystkich operacji).
2. Odbytka C19-C20: 533 zachorowania. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 321 (60,2%). W DCO - 143 (44,5% wszystkich).
3. Czerniak złośliwy skóry C43: w roku 2010 - 204 zachorowania, leczonych chirurgicznie 180 (88,2%). W DCO 110 operacji (61,1%).
4. Inne nowotwory złośliwe skóry C44 - 834 zachorowań. Spośród nich leczonych 752 (89,6%). W DCO 266 - (35,4%).

5. Sutek C50: 1339 zachorowań, leczonych chirurgicznie 1078 (80,5%). W DCO 520 (48,2%).
6. Jajnik C56: 297 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 165 (55,6%). W DCO 119 operacji w 2010 (72,1%).

Radioterapią było leczonych w DCO 80,7% wszystkich osób, chemioterapią 27,4%.

Tab. 16 Metody leczenia w najczęstszych umiejscowieniach, odsetki leczonych radykalnie w DCO

Nowotwór	icd10	Zachorowań	Chirurgia	%	W tym chirurgi a w DCO	% chirurgii w DCO	rth	%	W tym rth DCO	% rrth DCO	chth	%	W tym chth DCO	% chth DCO
Ogółem	C00-D09	11661	6127	52,5	1509	24,6	3103	26,6	2503	80,7	4328	37,1	1185	27,4
Oskrzele i płuco	C34	1749	303	17,3	20	6,6	468	26,8	339	72,4	807	46,1	16	2,0
Sutek	C50	1339	1078	80,5	520	48,2	695	51,9	632	90,9	799	59,7	309	38,7
Skóra	C44	839	752	89,6	266	35,4	40	4,8	31	77,5	21	2,5	4	19,0
Okreźnica	C18	802	605	75,4	107	17,7	59	7,4	18	30,5	372	46,4	133	35,8
Gruczoł krokowy	C61	600	181	30,2	9	5,0	214	35,7	177	82,7	212	35,3	4	1,9
Pęcherz moczowy	C67	528	420	79,5	5	1,2	26	4,9	18	69,2	177	33,5	10	5,6
Odbytnica	C20	533	321	60,2	143	44,5	163	30,6	147	90,2	200	37,5	103	51,5
Żołądek	C16	443	233	52,6	51	21,9	53	12,0	43	81,1	170	38,4	68	40,0
Trzon macicy	C54	370	188	50,8	132	70,2	235	63,5	202	86,0	140	37,8	19	13,6
Nerka	C64	399	271	67,9	7	2,6	16	4,0	16	100,0	22	5,5	10	45,5
Jajnik	C56	297	165	55,6	119	72,1	41	13,8	14	34,1	177	59,6	93	52,5
Trzustka	C25	266	114	42,9	28	24,6	18	6,8	6	33,3	90	33,8	29	32,2
Szyjka macicy	C53	255	53	20,8	43	81,1	185	72,5	157	84,9	155	60,8	95	61,3
Mózg, oko, CUN	C69-C72	253	76	30,0	1	1,3	88	34,8	61	69,3	32	12,6	12	37,5
Czerniak	C43	204	180	88,2	110	61,1	20	9,8	20	100,0	26	12,7	10	38,5
Krtań	C32	167	75	44,9	4	5,3	109	65,3	104	95,4	37	22,2	26	70,3
Wątroba	C22	143	23	16,1	13	56,5	10	7,0	7	70,0	33	23,1	11	33,3
Tarczycza	C73	119	102	85,7	5	4,9	82	68,9	9	11,0	53	44,5	2	3,8
Przelyk	C15	110	30	27,3	2	6,7	49	44,5	28	57,1	55	50,0	14	25,5

METODYKA

Podobnie jak poprzednio wydane [1-25], także ten biuletyn ma na celu bardziej szczegółowe przedstawienie sytuacji zachorowań na nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku, niż podaje to wydawnictwo Centrum Onkologii, będące źródłem informacji o nowotworach w Polsce [26].

Dane o zachorowaniach na nowotwory złośliwe pochodzą z Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów, były one porównywane przez WHO z danymi innych krajów świata [27-29].

Dane demograficzne oraz o zgonach pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego.

Podziału na umiejscowienia dokonano według obowiązującej dziesiątej rewizji ICD (klasyfikacji chorób nowotworowych) [30].

W celu obliczenia trendów zmiany liczb zachorowań obliczono regresję liniową, została ona zilustrowana na wykresach. Zmianę roczną wyrażono w procentach.

Do obliczenia przeżyć względnych użyto własnego arkusza obliczeniowego Microsoft Excel, którego budowę oparto na standardowej metodzie Hakulinena [31]. Metoda oparta jest na obliczeniu teoretycznych wartości przeżyć uwzględniających wiek chorych i związane z nim wartości współczynnika dalszego trwania życia. Łącznie do analizy włączono 175.157 nowotworów złośliwych z lat 1985-2004 oraz 10.531 chorych z 2005 roku.

PIŚMIENNICTWO

Wydawnictwa Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu:

1. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1991. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1993.
2. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1992. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1994.
3. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1993. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1995.
4. Błaszczyk J., Keppel J., Pudełko M.: Atlas zachorowalności na nowotwory kobiece w woj. jeleniogórskim w latach 1984-1993. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1996.
5. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1994. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1996.
6. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1995. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1997.
7. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Atlas nowotworów złośliwych w woj. wrocławskim w latach 1985-1994. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1997.
8. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1996. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1998.
9. Błaszczyk J., Pudełko M., Lorenz K.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1997. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1999.
10. Błaszczyk J., Pudełko M., Sidorowicz W.: Atlas zachorowalności na nowotwory złośliwe we Wrocławiu w latach 1995-1997. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 1999.
11. Błaszczyk J., Pudełko M.: Nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku w roku 1998. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2000.
12. Błaszczyk J., Pudełko M.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 1999. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2001.
13. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2000. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2002.
14. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K., Maroszek J.: Atlas zachorowalności na nowotwory złośliwe we Wrocławiu w latach 1998-2001. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2003.
15. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2001. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2003.
16. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2002. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2004.
17. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2003. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2005.
18. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2004. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2006.
19. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2005. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2007.
20. Błaszczyk J., Pudełko M., Bębenek M.: Przeżycia pięcioletnie chorych na nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim z lat 1985-2001. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2007.

21. Błaszczak J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2006. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2008.
22. Błaszczak J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2007. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2009.
23. Błaszczak J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2008. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2010.
24. Błaszczak J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2009. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2011.
25. Błaszczak J., Jagas M., Bębenek M.: Przeżycia pięcioletnie chorych na nowotwory złośliwe z lat 1985-2004 w woj. Dolnośląskim. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2011.

Pozostałe:

26. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2008 roku. Centrum Onkologii, Warszawa, 2010.
27. Parkin D.M., Muir C.S. (red.): Cancer Incidence in Five Continents Vol.VI, International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1992.
28. Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. (red.): Cancer Incidence in Five Continents Vol.VII, International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1997.
29. Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. (red.): Cancer Incidence in Five Continents Vol.VIII, International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2002.
30. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków, 1994.
31. Hakulinen T.: Cancer survival corrected for heterogeneity in patient withdrawal. Biometrics 1982, 38, 933-942.

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KARTY ZGŁOSZENIA NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH

Zasady Ogólne

Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego MZ/N-1a służy do zgłaszania wykrytych przypadków nowotworów złośliwych oraz raka *in situ* przez placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie całego kraju.

Kartę należy wypełniać:

- przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu,
- przy wizytach kontrolnych, w czasie których zostanie stwierdzona zmiana mająca związek z leczeniem lub postępowaniem choroby,
- na podstawie aktu zgonu, jeśli przyczyną zgonu był nowotwór złośliwy.

Zgłoszeniu podlegają choroby nowotworowe oznaczone w X rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych numerami C00-C97 oraz D00-D09.

ZASADY WYPEŁNIANIA KARTY

Kartę należy wypełniać czytelnie czarnym lub niebieskim długopisem, używając drukowanych liter, a pola kodowe zaznaczać **symbolem X** wewnątrz obszaru pola.

Nie należy wypełniać pól oznaczonych szarym kolorem (nr 2, 11, 25, 29, 38).

- Pole 1. Należy zaznaczyć, czy pacjent ma wypełnianą kartę KZN po raz pierwszy, czy jest to jego kolejna karta.
- Pole 2. Nie wypełniać (wypełnia regionalny rejestr onkologiczny).
- Pole 3. Należy wstawić nazwę lub stempel jednostki zgłaszającej oraz wpisać jej numer REGON.
- Pole 4. Należy wpisać pełny numer PESEL.
- Pole 5. Należy wpisać datę urodzenia według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 6. Należy zaznaczyć znakiem X odpowiednią płeć.
- Pole 7. Należy wpisać aktualne nazwisko pacjenta.
- Pole 8. Należy wpisać imię (imiona) pacjenta.
- Pole 9. Przy zmianie nazwiska należy podać również to nazwisko, które pacjent nosił w czasie postawienia pierwszej diagnozy czy poprzednich zgłoszeń.
- Pole 10. Należy wpisać miejscowość, w której pacjent jest zameldowany na stałe.
- Pole 11. Nie wypełniać (wypełnia Rejestr Nowotworów Złośliwych).
- Pole 12. Należy wpisać ulicę, nr domu i mieszkania pacjenta w miejscu zameldowania.
- Pole 13. Należy wpisać gminę, w której leży miejscowość.
- Pole 14. Należy wpisać powiat, w którym leży miejscowość.
- Pole 15. Należy wpisać województwo, w którym leży miejscowość.
- Pole 16. Należy zaznaczyć znakiem X rodzaj wykonywanego zajęcia.
- Pole 17. Należy zaznaczyć znakiem X wykształcenie pacjenta.
- Pole 18. Należy wpisać datę rozpoznania nowotworu według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 19. Należy wpisać datę porady ambulatoryjnej według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 20. Należy wpisać datę przyjęcia do szpitala według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 21. Należy wpisać datę wypisu ze szpitala według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 22. Należy wpisać datę zgonu pacjenta według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 23. Należy zaznaczyć znakiem X miejsce zgonu pacjenta (hospicjum należy do kategorii „inne”).
- Pole 24. Należy zaznaczyć znakiem X przyczynę zgonu pacjenta.
- Pole 25. Pola kodowego nie wypełniać. W miejscu na opis należy wpisać rozpoznanie kliniczne z dokładnym umiejscowieniem nowotworu (także tkanki krwiotwórczej i układu chłonnego), precyzując czy chodzi o umiejscowienie pierwotne, czy przerzut, a pierwotny punkt wyjścia nowotworu jest nieznan.
- Pole 26. Należy zaznaczyć, czy rozpoznany nowotwór jest pierwszym nowotworem, czy jest to kolejny różny histologicznie nowotwór. Nie należy zakreślać pól w wypadku przerzutów.
- Pole 27. W wypadku nowotworów umiejscowionych w narządach parzystych należy podać stronę ciała pacjenta, po której znajduje się nowotwór.
- Pole 28. Pola kodowego nie wypełniać. W miejscu na opis należy wpisać rozpoznanie histopatologiczne.
- Pole 29. Jeżeli chory nie miał badania histopatologicznego, w polu należy zakreślić „nie pobrano materiału do badania”. Jeżeli nie otrzymano jeszcze wyniku badania, należy zakreślić „pobrano wycinek - badanie w toku”. Jeżeli wynik badania był ujemny, należy zakreślić „wynik negatywny”, jeśli zaś badanie potwierdziło występowanie nowotworu, należy podać pełne rozpoznanie histopatologiczne lub zakreślić „wynik pozytywny”.
- Pole 30. Należy zakreślić stadium zaawansowania choroby nowotworowej według klasyfikacji TNM.
- Pole 31. Jeżeli diagnostyka TNM nie jest możliwa, należy określić stadium zaawansowania choroby.
- Pole 32. Jeżeli nie wykonano badania histopatologicznego, należy zakreślić, jakie inne badania były podstawą rozpoznania nowotworu. Wskazywanie innych badań, których rezultat nie posiada istotnej wartości diagnostycznej, jest niecelowe. Laparotomię należy zaznaczyć jako operację wywiadowczą.
- Pole 33. Należy określić, jakie metody leczenia skojarzonego zastosowano u pacjenta (kolejność nieistotna).
- Pole 34. Należy zakreślić, jakiemu leczeniu przeciwnowotworowemu nieskojarzonemu poddano dotychczas pacjenta (operacja wywiadowcza nie jest leczeniem chirurgicznym). Możliwe jest zaznaczenie kilku pól.
- Pole 35. Należy określić rodzaj leczenia, zaznaczając jedną z przewidzianych w karcie możliwości.
- Pole 36. Należy wpisać datę wypełnienia karty według ustalonego formatu: rrrr-mm-dd.
- Pole 37. Pole na podpis lekarza wypełniającego kartę oraz numer statystyczny lekarza.
- Pole 38. Nie wypełniać.
- Pole 39. Czytelny podpis i pieczęć lekarza.