

Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2011

Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec



Wrocław 2013

**Dolnośląskie
Centrum
Onkologii we Wrocławiu**

**Dolnośląski
Rejestr
Nowotworów**

Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2011

Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec

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

Wrocław 2013

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

Wydawca, druk i oprawa:

Stralfors sp. z o.o.

ul. Parkowa 56, 86-130 Laskowice

tel. 52 33 18 166, fax 52 33 18 312

Nr ISBN: 978-83-935609-1-2

| SPIS TREŚCI

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	4
Wstęp	10
Zachorowania	12
Trendy	19
Problem nadrejestracji i jego wpływ na wskaźniki przeżyć 5-letnich	24
Przeżycia 5-letnie, zmiany w latach 1985-2007	28
Pierwotne nowotwory mnogie w populacji dolnośląskiej w roku 2011	30
Metody leczenia chorych z 2011 roku	39
Metodyka	40
Piśmiennictwo	41
Karta zgłoszenia nowotworu	43
Instrukcja wypełniania KZN	44
Tabele	
1. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, woj. dolnośląskie, 2011	15
2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w powiatach woj. dolnośląskiego, 2011	16
3. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, miasto Wrocław, 2011	18
4. Trendy zmian liczb zachorowań na najczęstsze na Dolnym Śląsku nowotwory na podstawie danych z lat 1985-2011 oraz 2001-2011	19
5. Udział procentowy zgłoszenia podejrzenia nowotworu złośliwego niepotwierzonego w dalszej obserwacji w liczbach zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem w woj. dolnośląskim w latach 2005-2006	25
6. Wskaźniki 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2005-2006 w całym materiale i po wykluczeniu niepotwierdzonych podejrzeń	26
7. Różnica wartości wskaźnika względnych 5-letnich przeżyć w całym materiale i po ponownej analizie	27
8. Wartości 5-letnich przeżyć względnych w pięcioletnich okresach 1985-2007	29
9. Nowotwory mnogie zarejestrowane w latach 1984-2011	32
10. Odsetki nowotworów potwierdzonych badaniem histopatologicznym w DRN	32
11. Czas, po jakim wystąpił drugi nowotwór	33
12. Pierwsze nowotwory u mężczyzn	34
13. Pierwsze nowotwory u kobiet	34
14. Najczęstsze nowotwory mnogie u mężczyzn	35
15. Najczęstsze nowotwory mnogie u kobiet	35
16. Najczęstsze pary nowotworów u mężczyzn	36
17. Najczęstsze pary nowotworów u kobiet	36
18. Przeżycia 5-letnie chorych na pierwotne nowotwory mnogie z lat 1985-2004	37
19. Metody leczenia w najczęstszych umiejscowieniach, odsetki leczonych radykalnie w DCO	39
Ryciny	
1. Struktura nowotworów złośliwych według umiejscowienia, Dolny Śląsk, 2011	14
2.1 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2011 w grupach wieku, mężczyźni	17
2.2 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2011 w grupach wieku, kobiety	17
3. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-10: C00-D09) na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011	20
4. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011	20
5.1 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Mężczyźni	21
5.2 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Kobiety	21
6. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo-płciowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Mężczyźni	22
7. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Mężczyźni	22
8. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011.	23
9. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe narządów rodnych u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011.	23

| 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 specjalści: 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. AbdominoSacralis 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 jednoczasowej radio-chemioterapii, umożliwiły poprawę wyników leczenia w wielu nowotworach dotychczas nieuleczalnych.

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

- o symulator rtg *Ximatron*,
- o 2 symulatory rtg *Acuity*,
- o system planowania leczenia *Eclipse* wraz z podstawowymi i lekarskimi stacjami planowania leczenia,
- o 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),
- o jeden akcelerator jednoenergetyczny oraz niskoenergetyczny firmy Varian,
- o komputerowy system weryfikacji i zarządzania *VARiS* i obrazowania *VARiS Vision*
- o stację *Coherence Dosimetrics* współpracującą z systemem *Varis/VarisVision*, umożliwiającą wirtualne planowanie leczenia i fuzje 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 rodowego.

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, Zakład Diagnostyki Chorób Piersi, 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 **Zakładu Diagnostyki Chorób Piersi**. 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	18
Specjaliści chirurgii ogólnej	5
Specjaliści radioterapii onkologicznej	31
Specjaliści onkologii klinicznej (chemioterapii)	11
Specjaliści ginekologii onkologicznej	5
Specjaliści radiodiagnostyki	9
Specjaliści patomorfologii	6
Specjaliści medycyny paliatywnej	9
Specjaliści anestezjologii	8
Razem	102

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 pielęgniarzek Dolnośląskiego Centrum Onkologii systematycznie podwyższa kwalifikacje zawodowe. Wysoki poziom wiedzy naszej kadry zaowocował zdobytym dwukrotnie tytułem „Pielęgniarka Roku” oraz pięciokrotnie miejscem na podium dla województwa dolnośląskiego w okresie 2008-2013.

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 Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Miaczy**, monitorujący i sprawujący na terenie Dolnego Śląska nadzór nad realizacją tych programów. 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.

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 mieszkanki Dolnego Śląska.

Ośrodek ten przystępuje do organizacji IV Międzynarodowej Konferencji Naukowej dotyczącej programów skryningowych, z honorowym patronatem Ministra Zdrowia oraz Marszałka Województwa Dolnośląskiego.

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący **Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Miaczy** 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.

W 2011 r. DCO zostało przyjęte do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

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 2012 roku, w XX edycji konkursu, po raz **piąty** 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. leczenia **dr n. med. Maria Jagas**. Zastępcą Dyrektora ds. Ekonomiczno–Eksploatacyjnych 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. leczenia
dr n.med. Maria Jagas



| WSTĘP

W roku 2011 według danych GUS stwierdzono w woj. dolnośląskim 12.323 zachorowania (inwazyjne i *in situ*) i 7.578 zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe stanowiły przyczynę 25,8% spośród wszystkich 29.305 zgonów. Nasze ostatnie dane wskazują, że obserwowane przeżycia 5-letnie chorych na nowotwory złośliwe z roku 2007 roku wyniosły 41%. Uwzględniając ten fakt szacujemy, że 37% mieszkańców Dolnego Śląska będzie chorowało w swoim życiu na nowotwór złośliwy.

Standaryzowane współczynniki zachorowalności wyniosły w 2011 roku dla mężczyzn 283,3 i dla kobiet 229,4 na 100 tys. (w roku 2010 odpowiednio 269,0 i 214,3). Standaryzowane współczynniki umieralności w roku 2011 wyniosły 189,2 u mężczyzn i 105,8 na 100 tys. (w roku 2010 odpowiednio 187,1 i 99,0).

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 2011.

Podobnie jak poprzednie, zawiera ono podstawowe dane o występowaniu nowotworów na Dolnym Śląsku, ich zróżnicowaniu pod względem geografii województwa, 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/drn> umieściliśmy szczegółowe dane o zachorowaniach w pięcioletnich grupach wiekowych według płci i rozpoznań, powiatów oraz liczby zachorowań w gminach woj. dolnośląskiego.

Dziękujemy pracownikom ochrony 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 12 323 new cancer incidence (invasive and *in situ*) and 7 578 deaths due to cancer in Lower Silesian population in 2011. Malignant tumors were the cause of 25.8% of all 29 305 deaths. Our recent data suggest that observed 5-year survival of patients with cancer increased to 41% in 2007.

Given these data, we estimate that almost 37% of the Lower Silesian population will suffer from cancer.

Standardized incidence rates in 2011 reached 283.3 per 100 000 at men and 229.4 at women (In 2010- 269.0 and 214.3 respectively). Standardized mortality rates in 2011 there were respectively 189.2 at men and 105.8 at women (per 100 000).

We consider 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 2011 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 Voivodeship into four districts. Therefore we give details of the numbers of cases of cancer in Lower Silesia major cities: Wrocław, Wałbrzych, Legnica and Jelenia Góra and in the other districts. Presented data may play role in cancer prevention planning, including screening.

In addition, at <http://www.dco.com.pl/drn> 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 voivodeship.

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, Wrocław, 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 standardized incidence rates in the Lower Silesia Voivodeship 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 2011 roku było to 2.877.840 mieszkańców, 52,1% tej liczby stanowiły kobiety.

W roku 2011 zarejestrowano w województwie dolnośląskim 11.924 nowe zachorowania (w roku 2010 było ich 11.267) na inwazyjne nowotwory złośliwe (ICD-10: C00 – C97). W porównaniu z rokiem 2010 odnotowaliśmy wzrost liczby zachorowań o 657 przypadków (5,8%). Zachorowania mężczyzn stanowiły 49,1%, a kobiet 50,9% wszystkich zarejestrowanych nowotworów.

Ponadto stwierdziliśmy wzrost o 1,5% zarejestrowanych nowotworów przedinwazyjnych D00 – D09 (z 394 w roku 2010 do 399 w 2011). U mężczyzn stwierdzono 147 nowotworów *in situ* i 252 u kobiet.

Najczęściej występującymi umiejscowieniami nowotworów inwazyjnych u mężczyzn były płuco (20,1%), jelito grube (okrężnica i odbytnica – 13,3%), gruczoł krokowy (12,1%), pęcherz moczowy (7,4%) i układ limfatyczny i krwiotwórczy (4,5%) a u kobiet pierś (23,9%), jelito grube (11,2%), płuco (9,5%), trzon macicy (7,1%), układ limfatyczny i krwiotwórczy (4,6%), jajnik (4,5%) i szyjka macicy (4%).

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 2008-2011 w porównaniu z 2007 wzrosły liczby nowotworów przedinwazyjnych, co czwarty rak szyjki macicy stwierdzony w latach 2008-2011 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.

Od roku 2003 systematycznie wzrastają liczby zachorowań stwierdzanych w grupach wiekowych od 55 roku życia zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

W roku 2011 największe liczby zachorowań u obu płci stwierdziliśmy w grupie wiekowej 60-64 lata, około 1100 zachorowań kobiet i 1000 mężczyzn.

Ponadto stwierdziliśmy stały wzrost liczb zachorowań wykrywanych u obu płci w grupach wieku 80-84 i 85+ lat. 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 trzonu macicy u kobiet i 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 2011. 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 Voivodeship. According to the Central Statistical Office there were 2 877 840 inhabitants in 2011; 52.1% of this number were women.

There were 11 924 new cases (in 2010 there were 11 267) of invasive cancer (ICD-10: C00 - C97) reported in Lower Silesia in 2011. Compared with the year 2010 we observed increased incidence of 657 (5.8%) cases more than year before.

49.1% of all cancer cases were registered for men and 50.9% for women. We recorded 1.5% increased incidence of preinvasive (*in situ*) cancers (ICD-10: D00 - D09), from 394 in 2010 to 399 in 2011- 147 of these tumors affected men and 252 women.

Among men, lung cancer (20.1% of all cases) is the most common registered cancer type, followed by the large bowel (colon and rectum - 13.3%), prostate (12.1%), urinary bladder (7.4%) and lymphatic and hematopoietic (4.5%) cancers.

The most common localizations at women encompassed: breast (23.9%), colon (11.2%), lung (9.5%), uterus (7.1%), lymphatic and hematopoietic system (4.6%), ovary (4.5%) and cervix (4%).

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 2008-2011 comparing to 2007. Every fourth cervical cancer detected in 2008-2011 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 a systematic increase in cancer incidence observed at people of both sexes older than 55 years.

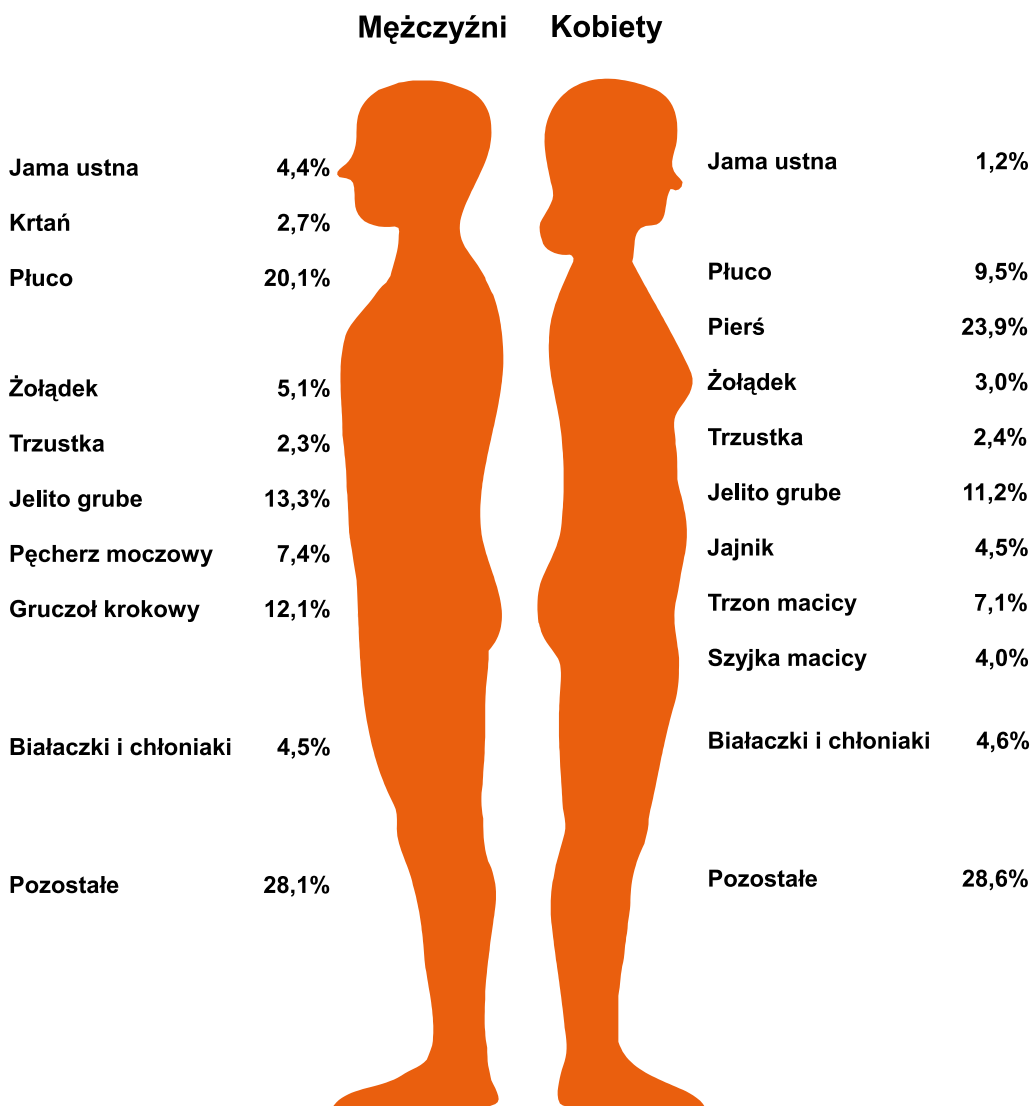
In 2011, the largest number of cases both in women and men, was found in the age group 60-64 years, about 1 100 cases of women and 1 000 men.

We found also a steady increase in the number of cases detected in both sexes in the age groups 80-84 and 85+ 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 and uterus at women. Incidence rates at all of the mentioned cancer localizations are strongly correlated with age, encompassing age groups until the age of 85 and 85+.

All of the presented data concern new cancer cases, detected in 2011. Together with other patients treated previously because of cancer and covered by 5-year surveillance it gives number of 40 000 cancer patients.

Ryc. 1 Struktura nowotworów złośliwych według umiejscowienia, Dolny Śląsk, 2011



Tab.1 Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, województwo dolnośląskie, 2011

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie umiejscowienia	C00-C97	11.924	5.856	6.068
Wargę, jama ustna i gardło	C00-C14	330	260	70
Wargę	C00	18	15	3
Język	C01-C02	55	41	14
Gruzoły ślinowe	C07-C08	51	44	7
Dno jamy ustnej	C04	42	34	8
Gardło	C09-C14	130	106	24
Inne i nieokreślone	C03,C05-C06	34	20	14
Narządy trawienne i otrzewna	C15-C26	2.672	1.451	1.221
Przełyk	C15	101	85	16
Żołądek	C16	479	298	181
Okreźnica	C18	840	434	406
Odbytnica	C19-C21	618	345	273
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	C22-C23	231	108	133
Trzustka	C25	282	135	147
Inne i nieokreślone	C17,C24,C26	101	36	65
Narządy oddechowe	C30-C39	2.005	1.374	631
Krtęć	C32	189	156	33
Płuco	C33-C34	1.758	1.179	579
Inne i nieokreślone	C30-C31, C37-C39	58	39	19
Kość, tkanka łączna i skóra	C40-C49	1.222	599	623
Kość	C40-C41	32	22	10
Tkanka łączna	C45-C49	79	46	33
Czerniak złośliwy	C43	174	84	90
Skóra	C44	937	447	490
Pierś	C50	1.463	13	1.450
Narządy płciowe żeńskie	C51-C58	1.006	x	1.006
Szyjka macicy	C53	241	x	241
Trzon macicy	C54	431	x	431
Jajnik	C56-C57	271	x	271
Inne i nieokreślone	C51-52,C55,C58	63	x	63
Narządy płciowe męskie	C60-C63	819	819	x
Gruzoł krokowy	C61	711	711	x
Jądro	C62	89	89	x
Inne i nieokreślone	C60,C63	19	19	x
Narządy moczowe	C64-C68	1.008	683	325
Pęcherz moczowy	C67	560	433	127
Nerka i inne umiejscowienia	C64-66,C68	448	250	198
Oko, mózg i układ nerwowy	C69-C72	277	151	126
Gruzoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	123	26	97
Tarczycę	C73	108	18	90
Inne	C74-C75	15	8	7
Białaczki	C91-C95,C97	244	137	107
Inne tkanki limfat. i krwiotwórczej	C81-85,C88,C90,C96	277	125	172
Choroba Hodgkina	C81	45	25	20
Szpiczak mnogi	C90,C96	77	19	58
Inne chłoniaki	C82-85, C88	175	81	94
Inne i nieokreślone umiejscowienia	C76-C80	464	230	234

Nowotwory in situ

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie	D00-D09	399	147	252
Jama ustna, przełyk i żołądek	D00	2	2	-
Inne i nieokreślone narządy trawienne	D01	3	2	1
Ucho środkowe i układ oddechowy	D02	8	8	-
Czerniak	D03	4	3	1
Skóra	D04	14	6	8
Pierś	D05	86	-	86
Szyjka macicy	D06	104	-	104
Inne i nieokreślone narządy płciowe	D07	14	1	13
Inne i nieokreślone umiejscowienia	D09	166	127	39

Tab. 2. Zachorowania na nowotwory w powiatach woj. dolnośląskiego, 2010-2011 *

Powiat	Mężczyźni		Kobiety		
	Rok	2010	2011	2010	2011
miasto Jelenia Góra		189	203	227	201
Jeleniogórski		128	112	129	131
Bolesławiecki		137	167	157	176
Lubański		114	120	118	129
Lwówecki		86	84	78	91
Zgorzelecki		174	204	176	208
Byłe jeleniogórskie		828	890	885	936

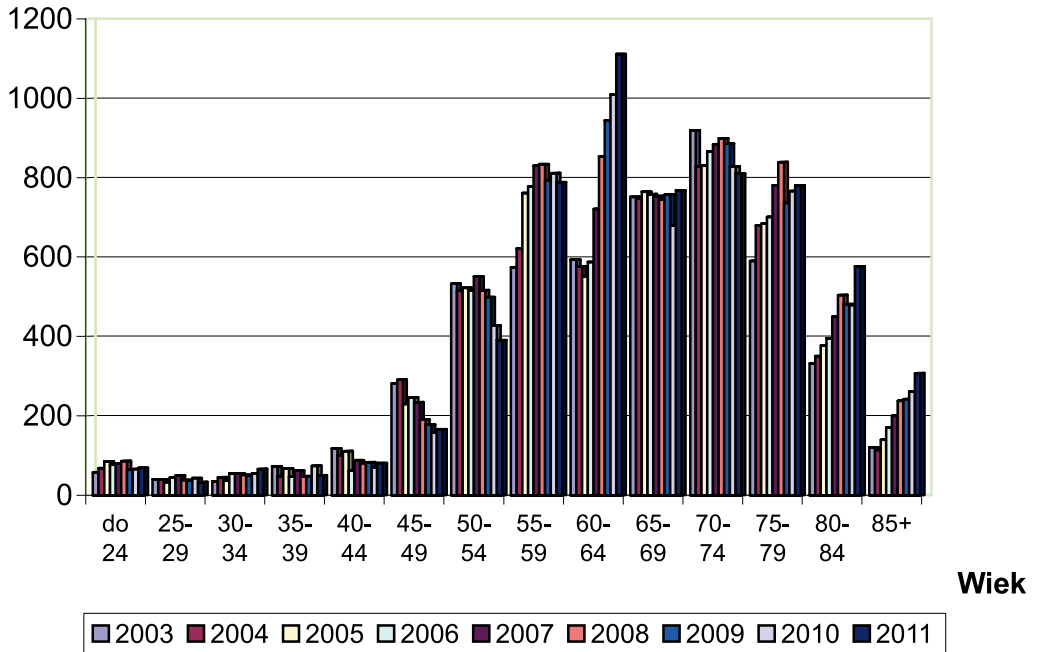
miasto Legnica		213	218	209	240
Legnicki		91	82	92	94
Głogowski		143	153	136	157
Lubiński		209	219	192	186
Polkowicki		92	104	97	90
Złotoryjski		89	110	84	89
Byłe legnickie		837	886	810	856

miasto Wałbrzych		241	226	267	306
Wałbrzyski		112	85	120	125
Dzierżoniowski		194	224	244	276
Kamiennogórski		96	109	94	126
Kłodzki		351	327	347	290
Świdnicki		299	295	336	339
Ząbkowicki		132	144	128	165
Byłe wałbrzyskie		1425	1410	1536	1627

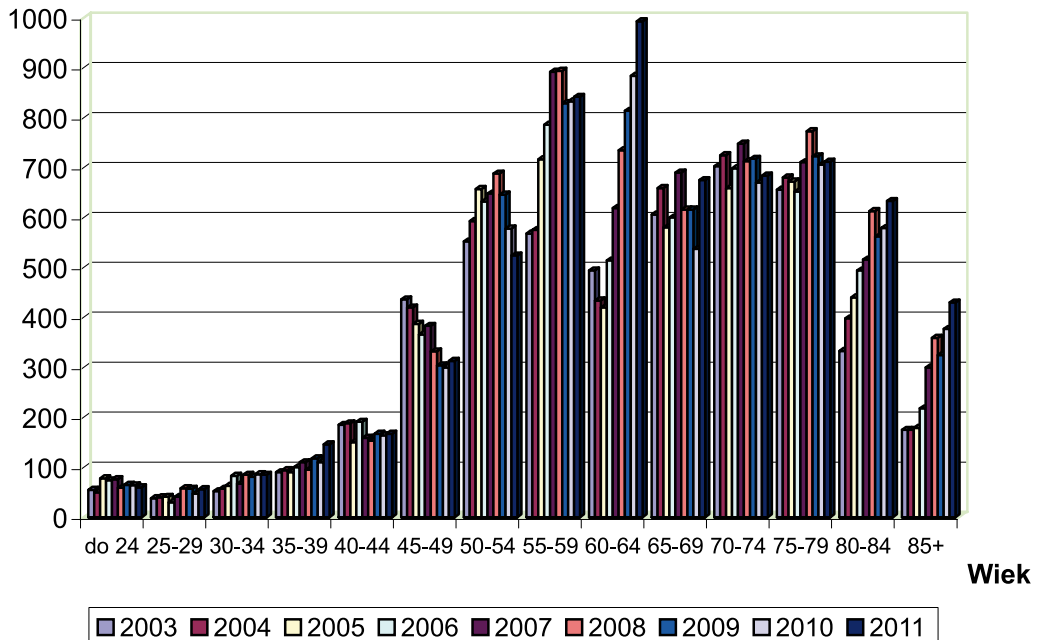
miasto Wrocław		1439	1536	1598	1688
Wrocławski		189	219	204	205
Górowski		52	56	46	45
Jaworski		101	85	93	80
Milicki		82	62	55	77
Oleśnicki		123	131	117	138
Oławski		228	222	192	221
Strzeliński		69	98	75	97
Średzki		75	93	82	83
Trzebnicki		136	186	145	146
Wołowski		86	111	95	104
Byłe wrocławskie		2580	2799	2702	2884

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

Ryc. 2.1 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2011 w grupach wieku, mężczyźni



Ryc. 2.2 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2011 w grupach wieku, kobiety



Tab. 3 Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, miasto Wrocław, 2011

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie umiejscowienia	C00-C97	3.097	1.492	1.605
Wargę, jama ustna i gardło	C00-C14	66	49	17
Wargę	C00	3	3	-
Język	C01-C02	16	11	5
Gruzoły ślinowe	C07-C08	4	3	1
Dno jamy ustnej	C04	7	5	2
Gardło	C09-C14	31	25	6
Inne i nieokreślone	C03,C05-C06	5	2	3
Narządy trawienne i otrzewna	C15-C26	687	370	317
Przełyk	C15	24	16	8
Żołądek	C16	131	82	49
Okreźnica	C18	232	132	100
Odbytnica	C19-C21	149	84	65
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	C22-C23	51	19	32
Trzustka	C25	75	31	44
Inne i nieokreślone	C17,C24,C26	25	6	19
Narządy oddechowe	C30-C39	438	280	158
Krtęć	C32	37	28	9
Płuco	C33-C34	386	245	141
Inne i nieokreślone	C30-C31, C37-C39	15	7	8
Kość, tkanka łączna i skóra	C40-C49	457	224	233
Kość	C40-C41	1	1	-
Tkanka łączna	C45-C49	26	15	11
Czerniak złośliwy	C43	59	31	28
Skóra	C44	371	177	194
Pierś	C50	403	2	401
Narządy płciowe żeńskie	C51-C58	214	x	214
Szyjka macicy	C53	44	x	44
Trzon macicy	C54	91	x	91
Jajnik	C56-C57	64	x	64
Inne i nieokreślone	C51-52,C55,C58	15	x	15
Narządy płciowe męskie	C60-C63	259	259	x
Gruzoł krokowy	C61	234	234	x
Jądro	C62	23	23	x
Inne i nieokreślone	C60,C63	2	2	x
Narządy moczowe	C64-C68	220	141	79
Pęcherz moczowy	C67	120	90	30
Nerka i inne umiejscowienia	C64-66,C68	100	51	49
Oko, mózg i układ nerwowy	C69-C72	77	44	33
Gruzoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	28	8	20
Tarczycę	C73	24	5	19
Inne	C74-C75	4	3	1
Białaczki	C91-C95,C97	63	33	30
Inne tkanki limfat. i krwiotwórczej	C81-85,C88,C90,C96	79	37	42
Choroba Hodgkina	C81	14	9	5
Szpiczak mnogi	C90,C96	23	8	15
Inne chłoniaki	C82-85, C88	42	20	22
Inne i nieokreślone umiejscowienia	C76-C80	106	45	61

Nowotwory in situ

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie	D00-D09	127	45	82
Jama ustna, przełyk i żołądek	D00	-	-	-
Inne i nieokreślone narządy trawienne	D01	1	1	-
Ucho środkowe i układ oddechowy	D02	1	1	-
Czerniak	D03	1	1	-
Skóra	D04	5	2	3
Pierś	D05	39	-	39
Szyjka macicy	D06	20	1	19
Inne i nieokreślone narządy płciowe	D07	7	1	6
Inne i nieokreślone umiejscowienia	D09	53	38	15

| TRENDY

Analizie zmian w latach 1985-2011 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 18%), 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%) oraz płuca (-0,2%).

U kobiet najszybciej rosły liczby zachorowań na nowotwory złośliwe piersi (średnio rocznie o 8%), okrężnicy (7%), płuca i trzonu macicy (5%), i odbytnicy (3%). Małe liczby rocznych zachorowań na nowotwory inwazyjne szyjki macicy (-2%) i żołądka (-1%).

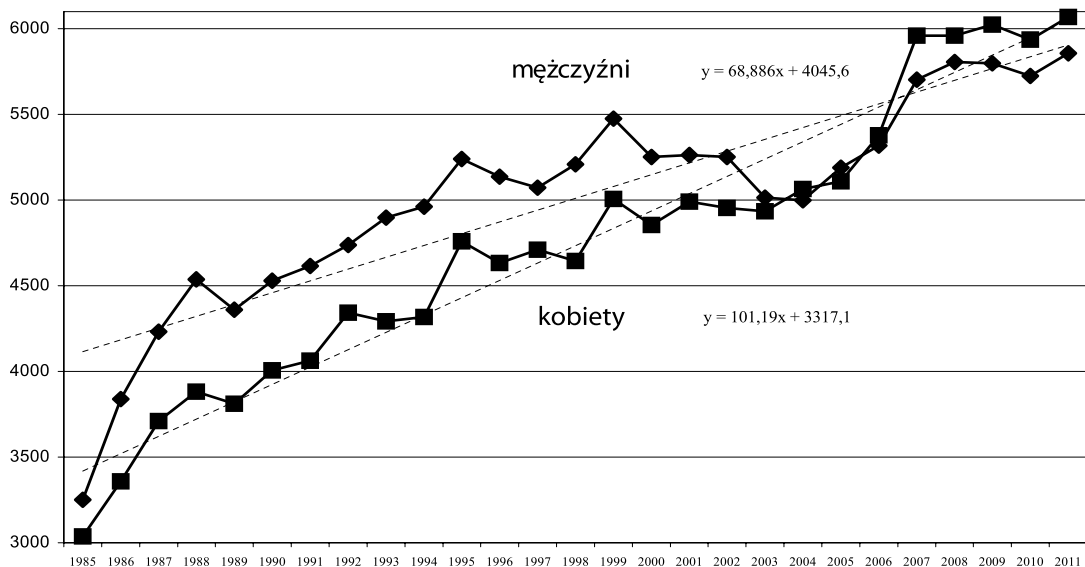
Ponizej przedstawiamy wartości liczbowe rocznych zmian (o ile więcej, lub mniej nowotworów spodziewamy się w następnym roku) dla najczęściej stwierdzanych nowotworów obliczone na podstawie danych z 27 lat 1985-2011 oraz jedenastu lat XXI wieku 2001-2011. Na podstawie tych danych możemy prognozować, że średni roczny wzrost liczby zachorowań na wszystkie nowotwory u obu płci każdego roku może wynieść między 170 a 230 zachorowań więcej.

Tab. 4 Trendy liczb zachorowań na najczęstsze na Dolnym Śląsku nowotwory na podstawie danych z lat 1985-2011 oraz 2001-2011

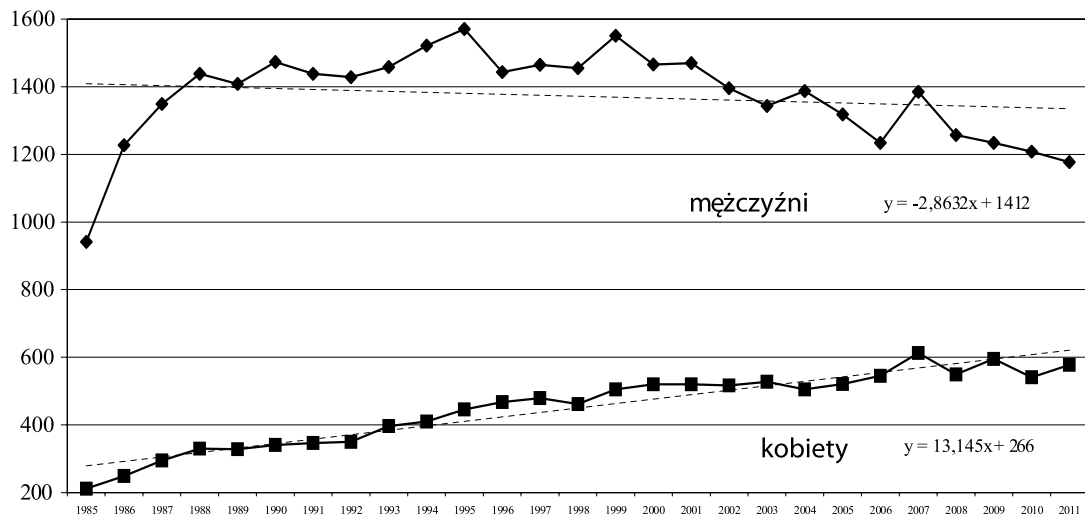
Mężczyźni	Zmiana roczna (liczby)		Kobiety	Zmiana roczna (liczby)	
	1985-2011	2001-2011		1985-2011	2001-2011
ogółem	+69	+85	ogółem	+101	+138
gruczoł krokowy	+19	+35	piersz*	+35	+40
pęcherz moczowy	+10	-8	płuco	+13	+7
okrężnica	+12	+9	okrężnica	+10	+8
odbytnica	+7	+9	trzon macicy	+8	+16
nerka	+5	0	odbytnica	+5	+5
płuco	-3	-25	jajnik	+3	-1
trzustka	0	0	trzustka	+2	+2
krtani	-3	-4	żołądek	-3	-3
żołądek	-5	0	szyjka macicy*	-8	-5

* dotyczy inwazyjnych (C50 i C53)

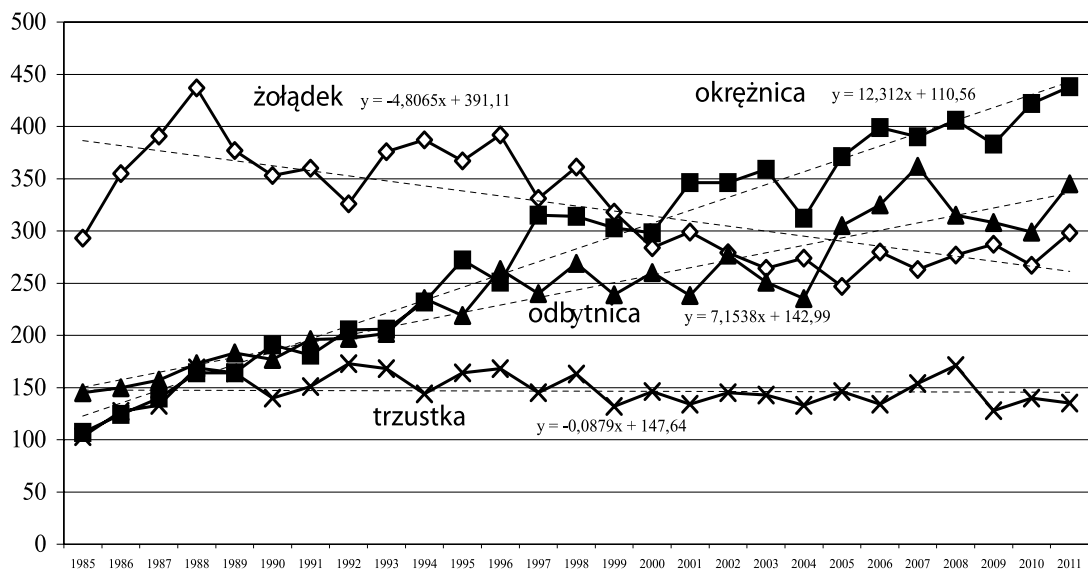
Ryc. 3 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-10: C00-D09) na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011



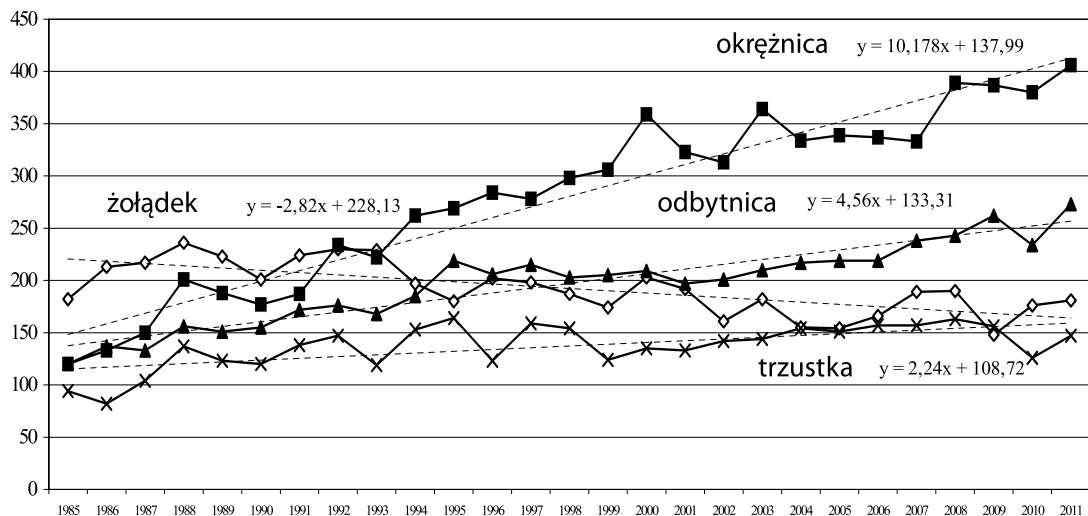
Ryc. 4 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011



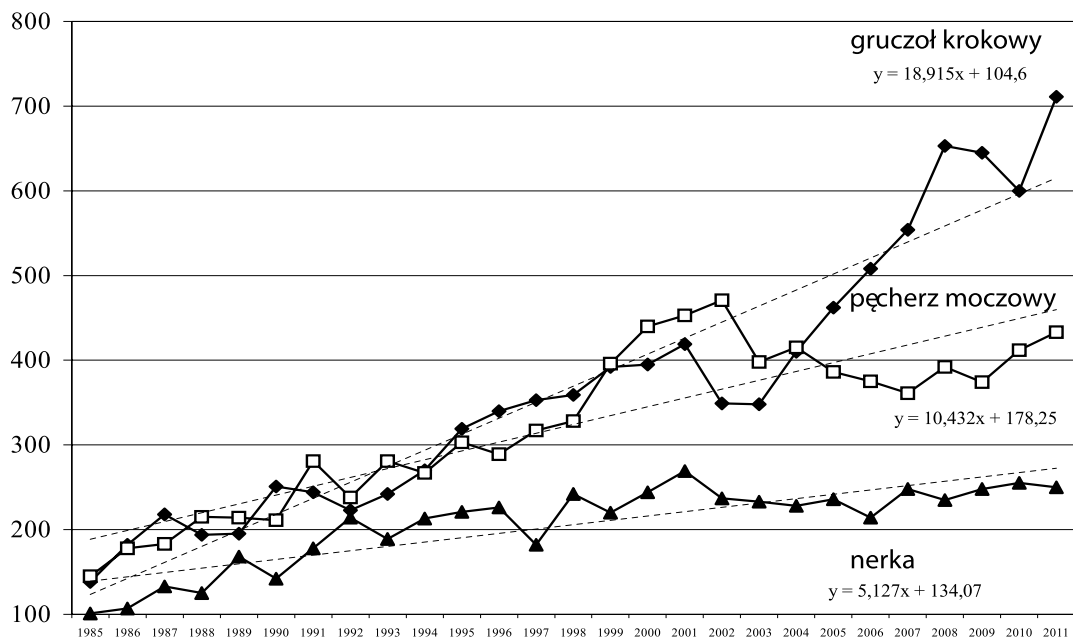
Ryc. 5.1 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Mężczyźni



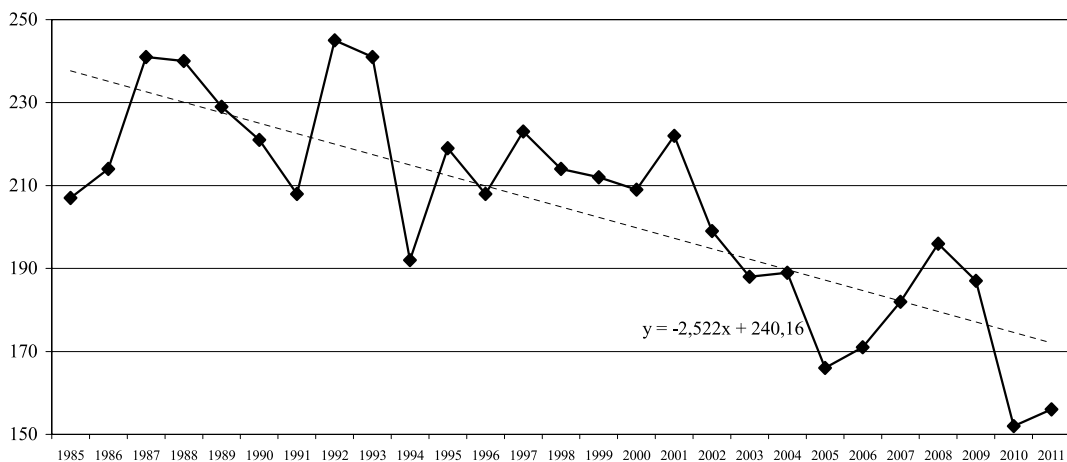
Ryc. 5.2 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Kobiety



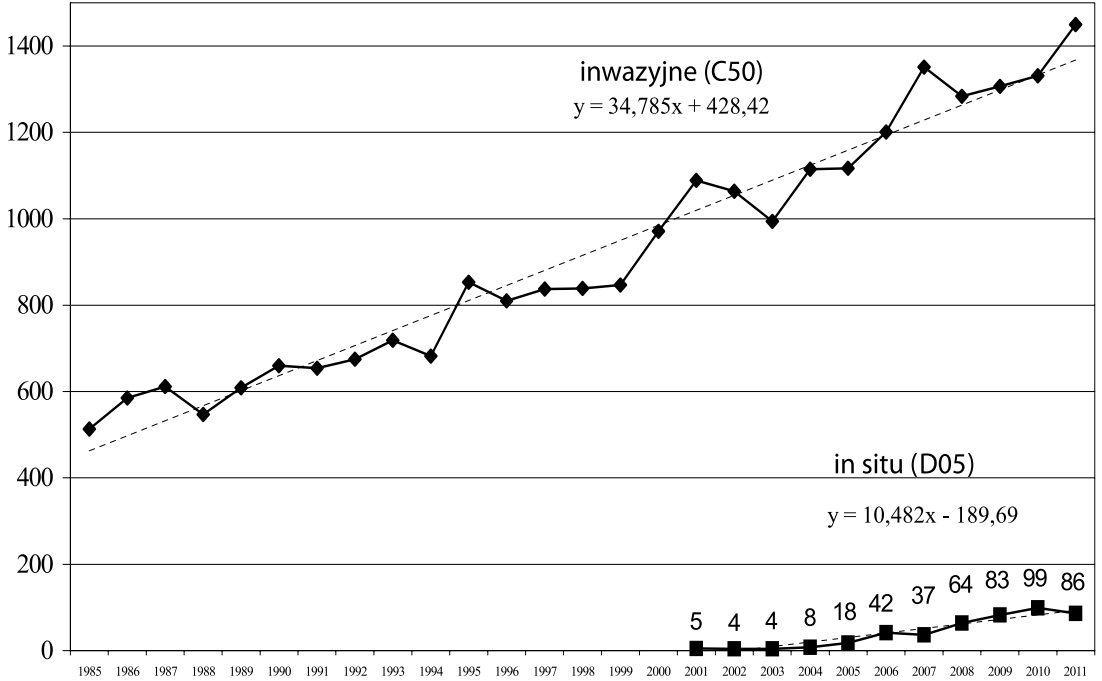
Ryc. 6 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo-płciowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Mężczyźni



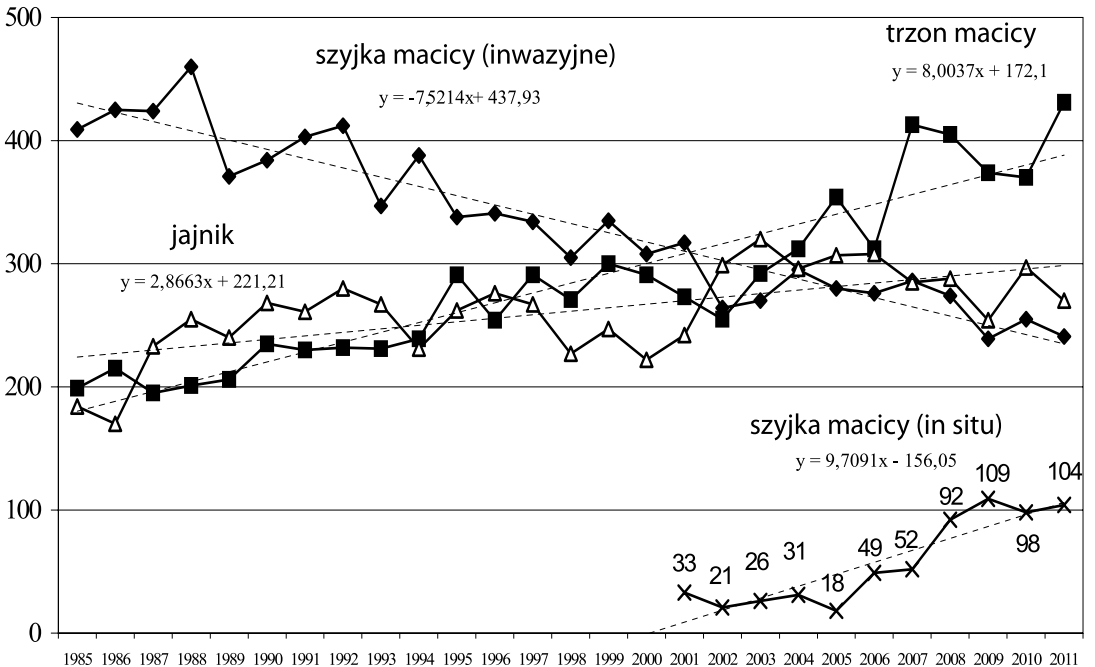
Ryc. 7 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011. Mężczyźni



Ryc. 8 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2011



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



| PROBLEM NADREJESTRACJI I JEJ WPŁYW NA WSKAŹNIKI PRZEŻYĆ PIĘCIOLETNICH

Obliczone dla chorych dolnośląskich z lat 2005-2006 wskaźniki przeżyć pięcioletnich **[26]** okazały się niespodziewanie wysokie dla nowotworów źle rokujących: płuca, wątroby, trzustki, jajnika, nerki i mózgu.

Podstawę analizy wskaźników względnych 5-letnich przeżyć stanowiła kohorta licząca 20.764 zachorowań na nowotwory złośliwe w latach 2005-2006, obecnie dokonaliśmy ponownej analizy przypadków.

Zgodnie z instrukcją „Kartę MzN1-a wypełnia się dla chorych z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu przy pierwszym oraz ponownym zgłoszeniu, a także w przypadku zgonu”.

Analiza wskazała na 586 (2,8%) jednorazowych zgłoszeń w kategorii „podejrzenie nowotworu” z lat 2005-2006, dla których nie wpłynęły żadne dalsze informacje o potwierdzeniu rozpoznania nowotworu ani też leczeniu choroby, natomiast 5-letnia obserwacja zweryfikowana przez Biuro Ewidencji Ludności wykazała, że osoby te żyją. Obecnie przypadki te uznaliśmy za niepotwierdzone podejrzenia nowotworu złośliwego. W czasie wprowadzania chorych do bazy Rejestru weryfikacja nie była możliwa do przeprowadzenia z powodu braku możliwości śledzenia indywidualnego losu chorych (kategoria „skierowani na leczenie”). Obecnie przypadki te uznaliśmy za niepotwierdzone podejrzenia nowotworu złośliwego.

Jak przedstawiono w tab.1, przypadki takie stanowiły 2,8% wszystkich zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w latach 2005-2006. Najwyższy był udział nowotworów mózgu – 9,7%, białaczek – 7,1%, nerki – 6,4%, wątroby – 5,6% i płuca – 5,3%.

W grupie 7.772 chorych, którzy żyli w dniu zakończenia 5-letniej obserwacji najwięcej przypadków było z podejrzeniem nowotworów źle rokujących, tj. płuca 65,1%, mózgu 61,7% wątroby 59,1% oraz trzustki 46,3% (tab.5).

Tab. 5 Udział procentowy zgłoszenia podejrzenia nowotworu złośliwego niepotwierdzonego w dalszej obserwacji w liczbach zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem w woj. dolnośląskim w latach 2005 -2006

	N	Przeżyli 5 lat	Przeżyli 5 lat bez leczenia	% wszystkich	% żyjących 5 lat
Wszystkie umiejscowienia	20.764	7772	586	2,8	7,5
Mózg (C71)	382	60	37	9,7	61,7
Białaczki (C91-95)	408	118	29	7,1	24,6
Nerka (C64)	676	311	43	6,4	13,8
Wątroba (C22)	234	22	13	5,6	59,1
Płuco (C33-C34)	3405	275	179	5,3	65,1
Pęcherz moczowy (C67)	995	505	25	2,5	5,0
Trzustka (C25)	572	28	13	2,3	46,4
Jajnik (C56)	589	208	13	2,2	6,3
Żołądek (C16)	845	98	16	1,9	16,3
Wargi, jama ustna i gardło (C00-14)	328	105	6	1,8	5,7
Okrężnica (C18)	1456	525	25	1,7	4,8
Gruczoł krokowy (C61)	1066	610	17	1,6	2,8
Część ustna gardła (C09-10)	196	57	3	1,5	5,3
Szyjka macicy (C53)	622	325	8	1,3	2,5
Chłoniaki bez Hodgkina (C82-85, 96)	347	140	4	1,2	2,9
Odbytnica (C19-C21)	1076	403	11	1,0	2,7
Pierś (C50)	2391	1725	22	0,9	1,3
Trzon macicy (C54)	697	466	6	0,9	1,3
Czerniak złośliwy skóry (C43)	342	185	3	0,9	1,6
Jądro (C62)	176	151	1	0,6	0,7
Przetyk (C15)	228	6	1	0,4	16,7
Krtań (C32)	398	175	1	0,3	0,6
Choroba Hodgkina (C81)	115	90	0	0,0	0,0

Obliczono ponownie obserwowane i względne wskaźniki przeżyć 5-letnich dla obu płci, w rzeczywistości dla nowotworów źle rokujących: płuca, wątroby, trzustki, jajnika, nerki i mózgu były one znacznie niższe, porównywalne z europejskimi, co przedstawiono w Tab. 6.

Tab. 6 Wskaźniki 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2005-2006 w całym materiale i po wykluczeniu niepotwierdzonych podejrzeń

Umiejscowienie	Mężczyźni				Kobiety			
	przed		po		przed		po	
	Obs.	Wzgl.	Obs.	Wzgl.	Obs.	Wzgl.	Obs.	Wzgl.
Warga, jama ustna i gardło (C00-14)	29,0	33,6	28,4	32,9	45,1	52,0	44,3	50,9
Część ustna gardła (C09-10)	24,7	27,8	23,7	26,7	51,2	53,9	50,0	52,7
Przełyk (C15)	3,7	4,4	3,2	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Żołądek (C16)	10,0	13,4	11,7	12,4	16,9	20,0	14,1	16,7
Okreźnica (C18)	36,4	45,5	35,5	44,3	37,8	44,4	36,5	42,9
Odbytnica (C19-C21)	36,6	45,0	36,1	44,4	40,2	46,2	39,4	45,3
Wątroba (C22)	6,4	7,8	3,3	4,0	12,8	15,3	5,0	6,0
Trzustka (C25)	4,6	5,6	1,8	2,2	4,9	5,6	3,3	3,8
Krtań (C32)	39,5	45,4	39,4	45,3	63,8	67,3	63,8	67,3
Płuco (C33-C34)	11,4	13,8	7,5	9,1	15,5	17,2	9,5	10,6
Czerniak złośliwy skóry (C43)	45,3	52,1	45,0	51,7	63,4	68,7	63,0	68,3
Pierś (C50)					72,4	77,7	72,2	74,4
Szyjka macicy (C53)					47,6	50,5	46,9	49,8
Trzon macicy (C54)					67,1	73,1	66,9	72,9
Jajnik (C56)					36,6	39,5	35,9	38,8
Gruzoł krokowy (C61)	57,5	72,6	56,8	71,7				
Jądro (C62)	85,9	88,2	85,8	88,1				
Nerka (C64)	42,8	50,2	40,6	47,6	58,6	64,7	55,2	60,9
Pęcherz moczowy (C67)	49,5	61,3	48,7	60,3	57,3	64,9	55,2	62,7
Mózg (C71)	20,0	22,6	14,1	16,0	26,6	29,5	18,0	20,0
Choroba Hodgkina (C81)	71,2	77,5	71,2	77,5	84,1	85,7	84,1	85,7
Chłoniaki bez Hodgkina (C82-85, 96)	37,9	44,5	37,5	44,0	44,0	49,4	43,0	48,4
Białaczki (C91-95)	33,0	40,3	29,1	35,6	33,7	38,8	28,5	32,9
Wszystkie umiejscowienia	31,3	38,0	29,5	35,8	46,5	51,8	44,9	50,1

W Tab.7 pokazujemy różnicę w pkt. % w stosunku do „poprawionych” wskaźników względnych 5-letnich przeżyć po przeprowadzeniu ponownej analizy. Największe różnice dotyczą nowotworów źle rokujących, które w rzeczywistości są niższe, niż przedstawiono poprzednio w biuletynie. Różnica wartości wskaźnika wyrażona w pkt. % wynosi odpowiednio dla mężczyzn i kobiet: mózg 6,6 i 9,5, wątroba 3,8 i 9,3, płuco 4,7 i 6,6, białaczki 4,7 i 5,9, nerka 2,6 i 3,8.

Tab.7 Różnica wartości wskaźnika względnych 5-letnich przeżyć w całym materiale i po ponownej analizie

Umiejscowienie	M	K
Warga, jama ustna i gardło (C00-14)	-0,7	-1,1
Część ustna gardła (C09-10)	-1,1	-1,2
Przełyk (C15)	-0,6	0
Żołądek (C16)	-1	-3,3
Okrężnica (C18)	-1,2	-1,5
Odbytnica (C19-C21)	-0,6	-0,9
Wątroba (C22)	-3,8	-9,3
Trzustka (C25)	-3,4	-1,8
Krtań (C32)	-0,1	0
Płuco (C33-C34)	-4,7	-6,6
Czerniak złośliwy skóry (C43)	-0,4	-0,4
Pierś (C50)	0	-3,3
Szyjka macicy (C53)	0	-0,7
Trzon macicy (C54)	0	-0,2
Jajnik (C56)	0	-0,7
Gruzoł krokowy (C61)	-0,9	0
Jądro (C62)	-0,1	0
Nerka (C64)	-2,6	-3,8
Pęcherz moczowy (C67)	-1	-2,2
Mózg (C71)	-6,6	-9,5
Choroba Hodgkina (C81)	0	0
Chłoniaki bez Hodgkina (C82-85, 96)	-0,5	-1
Białaczki (C91-95)	-4,7	-5,9
Wszystkie umiejscowienia	-2,2	-1,7

Wnioski

1. Dane Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów z lat 2005-2006 były obarczone błędem nadrejestracji (2,8%), który wynikał z wprowadzenia do bazy niezwyfikowanych danych (zgodnie z obowiązkiem zgłoszenia) o podejrzeniu zachorowania na nowotwór złośliwy. *Follow-back* dla tych chorych nie był możliwy do przeprowadzenia z powodu braku możliwości śledzenia indywidualnego losu chorych (kategoria „skierowani na leczenie”).
2. Niepotwierdzone podejrzenia stanowiły ponad 5% wszystkich zarejestrowanych zachorowań dla nowotworów mózgu, białaczek, nerki, wątroby i płuca. Analiza przeprowadzona w oparciu o poprawione dane wykazała, że w rzeczywistości wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć dla tych nowotworów są znacząco niższe od publikowanych poprzednio.
3. Przy wprowadzaniu do bazy „Dolnośląski Rejestr Nowotworów” nowych rekordów dotyczących nowotworów mózgu, białaczek, nerki, wątroby i płuca należy zwrócić szczególną uwagę.

| PRZEŻYCIA 5-LETNIE, ZMIANY W LATACH 1985-2007

Analiza dotyczy 12.101 zachorowań na nowotwory złośliwe z roku 2007 zapisanych w bazie Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów. Zgodnie ze standardem europejskiego badania EUROCARE z badania wykluczono dzieci do 15 roku życia oraz nowotwory zarejestrowane na podstawie aktu zgonu.

Weryfikacja po pięciu latach, w 2013 roku w Biurze Ewidencji Ludności pozwoliła określić *vital status* (żyje lub data zgonu) 11.940 chorych. Po przeprowadzeniu *follow-up* z analizy wykluczono dodatkowo 245 „wiecznie żyjących nieleczonych podejrzeń nowotworu” (zgłoszenia z przed pięciu lat, dotyczące osób żyjących, o których nie otrzymano żadnych informacji o dalszej diagnostyce oraz wdrożeniu leczenia).

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 (Błaszczyk J., Jagas M., Bębenek M.: *Przeżycia 5-letnie chorych na nowotwory złośliwe z lat 1985-2004 w woj. dolnośląskim. Dolnośląskie Centrum Onkologii, 2011*).

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 stwierdzonych 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 roku 2007 u obu płci osiągnęli najwyższe od 1985 roku wskaźniki przeżyć dla nowotworów ogółem (39,9 i 55,2%), ponadto dla części ustnej gardła (32,1 i 69,1%), okrężnicy (53,4 i 49,8), odbytnicy (48,6 i 57,2%), czerniaka (56,5 i 74,7%) oraz białaczek (42,5 i 46,5%). U mężczyzn osiągnięto także najwyższe dotąd wskaźniki dla nowotworów przełyku (10,7%) i jądra (89%), u kobiet – żołądka (22%), piersi (80%), choroby Hodgkina (84,8%) i chłoniaków (49,6%).

Tab. 8. Wartości 5-letnich przeżyć względnych w woj. dolnośląskim, zmiany w latach 1985-2007

Mężczyźni						Kobiety						Umiejscowienie	
1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-06	2007*	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-06	2007*		
48,0	39,1	34,6	32,9	33,6	31,2	53,7	55,5	57,2	52,7	52,0	55,6	Warga, jama ustna i gardło (C00-14)	
21,3	24,1	20,0	25,4	27,8	32,1	43,8	50,7	49,3	47,2	53,9	69,1	Część ustna gardła (C09-10)	
5,7	5,7	5,4	6,4	4,4	10,7	14,7	9,2	10,7	7,7	0,0	5,2	Przełyk (C15)	
10,5	11,5	14,1	14,0	13,4	13,7	13,8	15,3	17,2	18,9	20,0	22,0	Żołądek (C16)	
26,8	36,0	41,2	45,6	45,5	53,4	31,2	39,2	39,8	46,8	44,4	49,8	Okreźnica (C18)	
25,0	28,2	37,3	45,7	45,0	48,6	25,6	25,7	36,9	47,3	46,2	57,2	Odbytnica (C19-C20)	
2,8	8,7	8,8	8,3	7,8	5,6	2,8	9,9	11,1	16,9	15,3	1,8	Wątroba (C22)	
6,8	11,8	13,5	10,7	5,6	1,6	6,9	9,0	10,2	10,0	5,5	2,8	Trzustka (C25)	
48,1	49,4	50,2	51,4	46,7	47,5	56,0	54,8	59,6	57,7	67,3	66,8	Krtań (C32)	
8,9	10,0	12,6	15,5	13,8	9,6	14,0	16,2	20,6	22,0	17,2	12,9	Płuco (C33-C34)	
43,4	40,8	51,6	55,2	52,1	59,5	59,4	62,1	66,5	62,2	68,7	74,7	Czerniak złośliwy skóry (C43)	
						56,4	62,4	71,1	76,3	77,7	80,0	Pierś (C50)	
						60,8	58,6	55,0	53,8	55,8	50,3	Szyjka macicy (C53)	
						73,4	72,2	74,2	77,0	73,1	74,3	Trzon macicy (C54)	
						39,1	38,1	38,9	43,6	39,5	40,6	Jajnik (C56)	
40,2	46,8	55,3	67,7	72,6	68,0							Gruzoł krokowy (C61)	
71,1	79,9	84,2	87,9	88,2	89,0							Jądro (C62)	
34,2	47,0	52,8	57,9	50,2	56,5	45,2	54,5	62,1	65,4	64,7	58,0	Nerka (C64)	
50,7	54,1	58,7	65,3	61,3	57,7	47,6	54,2	65,1	68,8	64,9	59,8	Pęcherz moczowy (C67)	
29,3	23,3	25,0	23,3	22,0	18,6	32,9	33,7	36,0	32,5	29,5	26,5	Mózg (C71)	
62,0	60,0	62,0	78,1	58,8	65,3	66,0	64,5	69,0	80,2	75,1	84,8	Choroba Hodgkina (C81)	
35,0	35,1	46,1	40,5	44,5	43,0	46,8	46,1	41,9	47,2	36,4	49,6	Chłoniaki bez Hodgkina (C82-85, 96)	
38,3	31,1	35,8	35,2	40,3	42,5	31,8	37,5	42,5	43,7	38,8	46,5	Białaczki (C91-95)	
26,5	29,0	32,7	37,5	38,0	39,9	42,5	44,5	48,3	52,3	51,8	55,2	Wszystkie umiejscowienia	

* Z analizy w roku 2007 wykluczono chorych żyjących 5 lat zgłoszonych z podejrzeniami i nowotworów, bez potwierdzenia histopatologicznego, nielezione do 2013 roku.

| **PIERWOTNE NOWOTWORY MNOGIE W POPULACJI DOLNOŚLĄSKIEJ W ROKU 2011**

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 wielogniskowy jest uważany za pojedynczy nowotwór.
- Rak skóry stanowi szczególny 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 12.323 nowotworów C00-D09 zarejestrowanych w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów (DRN) w 2011 roku stwierdziliśmy 721 nowotworów spełniających definicję WHO (w tym 39 trzecich i 1 czwarty pierwotny nowotwór). W roku 2011 nowotwory mnogie stanowiły 5,8% wszystkich zarejestrowanych nowotworów.
- U 77 chorych były to nowotwory synchroniczne (rozpoznane w ciągu 2 miesięcy). Stanowiły one 10,7% wszystkich nowotworów mnogich.

Poniższa tabela pokazuje liczby i odsetki nowotworów mnogich w latach 1984-2011, podstawowy wpływ na różnicę w liczbach rejestrowanych nowotworów mnogich miał czas zbierania danych.

Tab. 9 Nowotwory mnogie zarejestrowane w latach 1984-2009

Rok	Liczba	% w DRN	1993	121	1,3	2003	389	3,9
1984	5	0,1	1994	127	1,3	2004	390	3,7
1985	15	0,2	1995	151	1,5	2005	422	3,9
1986	22	0,3	1996	159	1,6	2006	493	4,5
1987	29	0,4	1997	193	1,9	2007	554	4,6
1988	31	0,4	1998	258	2,5	2008	567	4,6
1989	74	0,9	1999	317	3,0	2009	598	5,1
1990	79	0,9	2000	350	3,5	2010	739	6,3
1991	95	1,1	2001	362	3,5	2011	721	5,8
1992	107	1,2	2002	415	3,9			

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 ponad 88% w roku 2011.

Tab. 10 Odsetki nowotworów potwierdzonych badaniem histopatologicznym w DRN

Rok	%	1993	63,4	2003	66,8
1984	54,0	1994	61,7	2004	67,8
1985	53,5	1995	61,7	2005	71,9
1986	53,4	1996	62,6	2006	80,5
1987	56,3	1997	62,7	2007	81,1
1988	54,9	1998	62,3	2008	81,1
1989	58,2	1999	61,2	2009	85,9
1990	60,2	2000	65,1	2010	86,0
1991	61,2	2001	66,3	2011	88,2
1992	61,5	2002	67,4		

Tab. 11 Czas, po jakim wystąpił nowotwór mnogi

Mnogi nowotwór po latach	Liczba	%
0-4	316 (w tym synchroniczne 57)	43,8
<i>w tym 0 lat</i>	104	
<i>w tym 1 rok</i>	51	
<i>w tym 2 lata</i>	72	
<i>w tym 3 lata</i>	42	
<i>w tym 4 lata</i>	47	
5-9	156	21,6
10-14	122	16,9
15-19	62	8,6
20+	65	9,0

- W pięciu latach od zachorowania na pierwszy nowotwór wystąpiło 44% zachorowań na nowotwór mnogi.
- 336 (46,7%) nowotworów mnogich dotyczyło mężczyzn, a 385 (53,3%) kobiet.

3. Po jakich pierwszych zachorowaniach występowały mnogie nowotwory?

Tab. 12 Pierwsze nowotwory mężczyźni

Rozpoznanie	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
Skóra	77	22,9	7,0
Gruczoł krokowy	50	14,9	12,1
Pęcherz moczowy	35	10,4	7,4
Nerka	19	2,6	4,1
Okrężnica	17	5,1	9,9
Krtań	17	5,1	2,7
Płuco	13	3,9	20,1
Odbytnica	13	3,9	3,0
Żołądek	10	3,0	5,1

Tab.13 Pierwsze nowotwory u kobiet

Rozpoznanie	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
Pierś	106	27,5	23,9
Trzon macicy	53	13,8	7,1
Skóra	43	11,2	6,1
Jajnik	27	7,0	4,5
Szyjka macicy	19	4,9	4,0
Nerka	16	4,2	2,5
Pęcherz moczowy	13	3,8	2,0
Okrężnica	12	3,1	6,7

- Różnice z udziału wskazanych umiejscowień w zbiorach nowotworów pierwszych oraz mnogich wynikały z różnic w wyleczalności pierwszych nowotworów – od około 10% dla płuca do prawie 100% dla skóry.
- Wyróżniają się nowotwory tytoniozależne - krtań i pęcherz moczowy u mężczyzn, które w latach 1990-1994 rokowały 50 % przeżyciami 5-letnimi, odsetek wystąpienia po nich drugich nowotworów był znacznie większy.
- U kobiet dwukrotnie częściej drugi nowotwór wystąpił po tytoniozależnym nowotworze pęcherza moczowego, przeżycie 5-letnie względne z lat 1990-1994 dla tego nowotworu wynosiło 68,8%.

4. 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. 14 Najczęstsze nowotwory mnogie u mężczyzn

ICD-10	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
skóra	47	14,0	7,0
płuco	44	13,1	20,1
gruczoł krokowy	41	12,2	12,1
okreźnica	32	9,5	9,9
pęcherz moczowy	27	8,0	7,4
odbytnica	14	4,2	3,0
żołądek	15	4,5	5,1
nerka	10	3,0	4,1
Innei nieokreślone in situ	10	3,0	2,1

Tab. 15 Najczęstsze nowotwory mnogie u kobiet

ICD-10	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
Pierś	93	24,2	23,9
Skóra	53	13,8	7,8
Okreźnica	30	7,8	6,7
Płuco	23	6,0	9,5
Trzon macicy	23	6,0	7,1
Jajnik	19	4,9	4,5
Odbytnica	13	3,4	4,1
Pęcherz moczowy	13	3,4	2,0
Nerka	12	3,1	2,5
Szyjka macicy	12	3,1	4,0
Żołądek	12	3,1	3,0

- U mężczyzn znacznie większy odsetek stanowiły nowotwory złośliwe skóry (14% : 7%) i odbytnicy (4,2%:3%).
- U kobiet również znacznie większy odsetek stanowiły nowotwory złośliwe skóry (13,8% : 7,8%) oraz pęcherza moczowego (3,4%:2%).

5. Najczęstsze pary nowotworów

Tab. 16 Najczęstsze pary nowotworów, mężczyźni

Rozpoznanie 1	Rozpoznanie 2	Liczba
Pęcherz moczowy	Gruzoł krokowy	16
Skóra	Płuco	10
Skóra	Skóra	10
Skóra	Gruzoł krokowy	9
Gruzoł krokowy	Okrężnica	8
Pęcherz moczowy	Płuco	7
Gruzoł krokowy	Pęcherz moczowy	7

Tab. 17 Najczęstsze pary nowotworów, kobiety

Rozpoznanie 1	Rozpoznanie 2	Liczba
Pierś	Pierś	20
Trzon macicy	Pierś	18
Pierś	Skóra	17
Jajnik	Pierś	12
Pierś	Okrężnica	11
Pierś	Trzon macicy	10
Pierś	Jajnik	9
Pierś	Płuco	8
Skóra	Pierś	8
Trzon macicy	Skóra	8
Skóra	Skóra	8

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

6. 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 nowotworów mnogich dla mężczyzn wyniósł 36,8% i był wyższy o 5,4% od stwierdzonego dla pierwszych nowotworów, a u kobiet 50,5% - o 3,6% wyższy 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.

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

Tab. 18 Przeżycia 5-letnie chorych na pierwotne nowotwory mnogie z lat 1985-2004

Mężczyźni	Wiek	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	Razem
	Względny odsetek przeżyć		0,418	0,418	0,365	0,324	0,438
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	Wiek	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	Razem
Względny odsetek przeżyć		0,425	0,625	0,502	0,502	0,505	0,505
95% przedział ufności od		0,342	0,566	0,453	0,453	0,458	0,478
95% przedział ufności do		0,506	0,683	0,550	0,550	0,551	0,531
Liczba chorych		143	281	464	464	629	1.888

7. Wnioski

1. W Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów w roku 2011 stwierdziliśmy 721 pierwotnych nowotworów mnogich, stanowiły one 5,8% wszystkich nowotworów.
2. Nowotwory synchroniczne stanowiły 10,7% wszystkich nowotworów mnogich.
3. Różnice w udziale umiejscowień w zbiorach nowotworów pojedynczych i mnogich wynikają z różnic w wyleczalności pierwszych nowotworów.
4. Częste jako mnogie u mężczyzn były nowotwory tytoniozależne (wyróżniają się nowotwory pęcherza moczowego), u kobiet wyróżniały się nowotwory pochodzenia genetycznego.
5. Drugie nowotwory rokują lepiej, niż pierwsze. Wpływ na to ma prawdopodobnie pozostawanie w kontroli onkologicznej, pozwalającej wcześniej wykryć drugi nowotwór.

| METODY LECZENIA CHORYCH Z 2011 ROKU

Według informacji z kart zgłoszenia Mz/N1-a u chorych z roku 2011 leczenie radykalne wdrożono do końca 2012 roku u 6.779, u 3.117 - paliatywne i u 1.286 objawowe. 982 osoby zostały skierowane na leczenie (ale nie pojawiła się w DRN informacja z karty kontrolnej o jego podjęciu), w 104 przypadkach brak jest informacji o typie leczenia, a 57 chorych nie wyraziło zgody na leczenie.

Chirurgicznie leczonych było 6.980 (56,6%) dolnośląskich chorych z roku 2011, radioterapią 4.117 (33,4%) i chemioterapią 5.311 (43,1%).

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 we Wrocławiu 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., Błaszczuk 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 2011 roku leczonych chirurgią 1.940 (27,8%) było operowanych w DCO. Dla najczęstszych umiejscowień odsetki chorych operowanych w Ośrodku Referencyjnym wynosiły odpowiednio:

1. Okrężnica C18: w roku 2011 - 835 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 638 (76%), w tym w DCO 92 - (14,4% wszystkich operacji).
2. Odbytnica C19-C20: 511 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 395 (63,9%). W DCO - 150 (38% wszystkich).
3. Czerniak złośliwy skóry C43: w roku 2011 - 173 zachorowania, leczonych chirurgicznie 161 (92,5%). W DCO 87 operacji (54%).
4. Inne nowotwory złośliwe skóry C44 - 928 zachorowań. Spośród nich leczonych 803 (85,7%). W DCO 272 - (33,9%).
5. Sutek C50: 1492 zachorowania, leczonych chirurgicznie 1247 (85,2%). W DCO 558 (44,7%).
6. Jajnik C56: 256 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 199 (73,4%). W DCO 114 operacji w 2010 (57,3%).

Radioterapią było leczonych w DCO 69,2% wszystkich osób, chemioterapią 46,4%

Tab. 19. Metody leczenia w najczęstszych umiejscowieniach, odsetki leczonych radykalnie w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu

Nowotwór	icd10	Zachorowań w roku 2011	Chirurgia	%	W tym chirurgia w DCO	% chirurgii w DCO	rrth	%	W tym rrth DCO	% rrth DCO	chth	% chth DCO	W tym chth DCO	% chth DCO
Ogółem	C00-D09	12195	6980	56,6	1940	27,8	4117	33,4	2851	69,2	5311	43,1	2466	46,4
Oskrzela i płuco	C34	1747	335	19,1	12	3,6	638	36,3	407	63,8	819	46,6	50	6,1
Sutek	C50	1462	1247	85,2	558	44,7	976	66,7	676	69,3	1084	74,1	629	58,0
Skóra	C44	928	803	85,7	272	33,9	50	5,3	34	68,0	52	5,5	32	61,5
Okreźnica	C18	835	638	76,0	92	14,4	79	9,4	40	50,6	471	56,1	237	50,3
Gruczoł krokowy	C61	687	207	29,1	9	4,3	303	42,6	212	70,0	258	36,3	24	9,3
Pęcherz moczowy	C67	538	414	73,9	4	1	34	6,1	18	52,9	209	37,3	25	12,0
Odbytница	C20	511	395	63,9	150	38	259	41,9	175	67,6	306	49,5	201	65,7
Żołądek	C16	478	286	59,7	47	16,4	78	16,3	49	62,8	235	49,1	146	62,1
Trzon macicy	C54	427	335	76,7	186	55,5	300	68,6	242	80,7	149	34,1	63	42,3
Nerka	C64	421	314	70,1	14	4,5	35	7,8	22	62,9	55	12,3	38	69,1
Trzustka	C25	281	134	47,5	27	20,1	17	6,0	6	35,3	120	42,6	71	59,2
Mózg, oko, CUN	C69-72	280	23	8,3	1	4,3	169	61,0	126	74,6	96	34,7	78	81,0
Jajnik	C56	256	199	73,4	114	57,3	25	9,2	7	28,0	180	66,4	122	67,8
Szyjka macicy	C53	240	96	39,8	46	47,9	184	76,3	152	82,6	135	56,0	105	77,8
Nowotwór BNO	C80	210	24	8,7	7	29,2	26	9,4	14	53,8	29	10,5	17	58,6
Krtań	C32	186	67	35,4	1	1,5	150	79,4	127	84,7	59	31,2	44	74,6
Czerniak skóry	C43	173	161	92,5	87	54	29	16,7	23	79,3	55	31,6	45	81,8
Rak in situ innych umiejscowień	D09	166	130	78,3	4	3,1	7	4,2	4	57,1	62	37,3	1	1,6
Wątroba	C22	155	43	18,6	13	30,2	15	6,5	8	53,3	49	21,2	38	77,6
Białaczka limfatyczna	C91	129	3	2,3	2	66,7	8	6,2	7	87,5	3	2,3	3	100,0
Tarczycza	C73	107	93	86,1	6	6,5	62	57,4	6	9,7	64	59,3	6	9,4
Rak in situ szyjki macicy	D06	102	62	59,6	34	54,8	13	12,5	5	38,5	4	3,8	1	25,0
Przełyk	C15	101	35	0,0	-	0,0	47	46,5	22	46,8	57	56,4	37	64,9

| METODYKA

Podobnie jak poprzednio wydane [1-26], 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 [27].

Dane o zachorowaniach na nowotwory złośliwe pochodzą z Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów, były one porównywane przez WHO z danymi innych krajów świata [28-30].

Dane demograficzne oraz o zgonach pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego.

Podziału na umiejscowienia dokonano według obowiązującej dziesiątej rewizji ICD (klasyfikacji chorób nowotworowych) [31].

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 [32]. Metoda oparta jest na obliczeniu teoretycznych wartości przeżyć uwzględniających wiek chorych i związane z nim wartości współczynnika dalszego trwania życia.

| 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. Błaszczyk J., Pudełko M., Cisarż K.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2006. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2008.
22. Błaszczyk J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2007. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2009.
23. Błaszczyk J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2008. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2010.
24. Błaszczyk J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2009. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2011.
25. Błaszczyk J., Jagas M., Bębenek M.: Przeżycia pięcioletnie chorych na nowotwory złośliwe z lat 1985-2004 w woj. Dolnośląskim. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2011.
26. Błaszczyk J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2010. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2012.

Pozostałe:

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

INSTRUKCJA WYPELNIANIA 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 postępem 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 WYPELNIANIA 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 wypełnioną kartę KZNS 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 nieznany.
- 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.

ISBN: 978-83-935609-1-2