

Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2012

Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec



Wrocław 2014

**Dolnośląskie
Centrum
Onkologii we Wrocławiu**

**Dolnośląski
Rejestr
Nowotworów**

Nowotwory złośliwe w woj. dolnośląskim w roku 2012

Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec



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

Wrocław 2014

Współpraca:

Zespół Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów:

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

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

| SPIS TREŚCI

	strona
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	4
Wstęp	10
Zachorowania	12
Trendy	19
Przeżycia 5-letnie, zmiany w latach 1985-2008	24
Pierwotne nowotwory mnogie w populacji dolnośląskiej w roku 2012	26
Metody leczenia chorych z 2012 roku	34
Jednostki zgłaszające karty dotyczące zachorowań w 2012 roku	36
Leczenie i przeżycia 5-letnie dolnośląskich chorych na raka odbytnicy z lat 2004-2008	39
Leczenie i przeżycia 5-letnie dolnośląskich kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi z lat 2004-2008	42
Metodyka	46
Piśmiennictwo	47
Karta zgłoszenia nowotworu	49
Instrukcja wypełniania KZN	50
Tabele	
1. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, woj. dolnośląskie, 2012	15
2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w powiatach woj. dolnośląskiego, 2012	16
3. Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, miasto Wrocław, 2012	18
4. Trendy zmian liczb zachorowań na najczęstsze na Dolnym Śląsku nowotwory na podstawie danych z lat 1985-2012 oraz 2001-2012	19
5. Wartości 5-letnich przeżyć względnych w pięcioletnich okresach 1985-2007	25
6. Nowotwory mnogie zarejestrowane w latach 1984-2012	28
7. Odsetki nowotworów potwierdzonych badaniem histopatologicznym w DRN	28
8. Czas, po jakim wystąpił drugi nowotwór	29
9. Pierwsze nowotwory u mężczyzn	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	32
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	35
Ryciny	
1. Struktura nowotworów złośliwych według umiejscowienia, Dolny Śląsk, 2012	14
2.1 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2012 w grupach wieku, mężczyźni	17
2.2 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2012 w grupach wieku, kobiety	17
3. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-10: C00-D09) na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012	20
4. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012	20
5.1. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Mężczyźni	21
5.2. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Kobiety	21
6. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo-płciowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Mężczyźni	22
7. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Mężczyźni	22
8. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012.	23
9. Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe narządów rodnych u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012.	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 specjaliści: chirurg onkolog, radioterapeuta i chemioterapeuta (onkolog kliniczny). Uzupelniają 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. *Abdomini Sacralis 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.

W 2013 r. zakupiono urządzenie Performer HT przeznaczone do HIPEC-chemioterapii wewnątrzopłucnowej/wewnątrzotrzewnowej w hipertermii. Jest grupa chorych, u których lekarze onkolodzy wyczerpali wszystkie metody leczenia i bez wprowadzenia nowych technologii

medycznych nie ma szans na ich uratowanie. Jedną z takich nowoczesnych metod jest tzw. dootrzewnowa chemioterapia. (Hipertermic Intraperitoneal Chemotherapy – HIPEC). Większość nowotworów umiejscowionych w jamie brzusznej może dawać przerzuty różnymi drogami. U znaczącej liczby pacjentów niepowodzenie chirurgiczne polega na miejscowej wznowie procesu nowotworowego i pojawieniu się rozsiewu w jamie otrzewnowej. Szacunkowo można określić, że na Dolnym Śląsku występuje rocznie około 12.500 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, z czego około 1500 zachorowań, to nowotwory rozwijające się głównie w obrębie jamy brzusznej i otrzewnej. Około 30% (450 chorych) z tych zachorowań rozwinie przerzuty śródtrzewnowe, wobec których ogólnoustrojowa chemioterapia jest mało efektywna albo bezskuteczna. Dla tych chorych dotąd nie onkologia nie miała nic do zaoferowania i wszyscy umierali z powodu nowotworu w ciągu 1 roku. Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii jest jak do tej pory jedyną metodą pozwalającą na poprawę przeżyć 5-letnich u 20% chorych z przerzutami, czyli wprowadzenie tej nowatorskiej metody leczenia pozwoli na dodatkowe uratowanie rocznie około 100 chorych. Metoda ta jest stosowana w leczeniu pierwotnych nowotworów otrzewnej oraz przerzutów z innych narządów – jelita grubego, jelita cienkiego, żołądka, jajnika. Jak wynika z licznych doniesień naukowych, procedura HIPEC przyczynia się w istotny sposób do poprawy wyników leczenia onkologicznego.

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 **2 symulatory rtg ACUITY,**
- o system planowania leczenia radioterapii **ECLIPSE wraz z podstawowymi i lekarskimi stacjami planowania leczenia,**
- o pięć (z Filią w Legnicy; 3 w DCO, 2 w Filii) akceleratorów wieloenergetyczny CLINAC; **wszystkie z kolimatorami wielolistkowymi MLC 80 lub 120; wszystkie wyposażone w system wizualizacji wiązki promieniowania EPID (PortalVision) i posiadające opcję terapii dynamicznej IMRT, w tym 2 z systemami rtg wizualizacji w wiązce promieniowania IGRT (OBI) i systemami radioterapii łukowej VMAT oraz jeden z nich, dodatkowo, z systemem stereotaksji SRS (mikrokolimatorem wielolistkowym i systemem planowania), a inny z nich, dodatkowo, z opcją napromieniania kontrolowaną fazami oddechowymi pacjenta 4D Respiratory Gating.**
- o jeden najnowocześniejszy akcelerator wieloenergetyczny TrueBeam generujący zarówno wiązkę filtrowaną jak i niefiltrowaną FFF o wysokiej mocy dawki, z kolimatorem wielolistkowym o wysokiej rozdzielczości HD MLC (grubość listków w izocentrum 0,25 cm), z systemem rtg wizualizacji w wiązce promieniowania IGRT (OBI) i systemem radioterapii łukowej VMAT oraz opcją napromieniania kontrolowaną fazami oddechowymi pacjenta 4D Respiratory Gating.
- o jeden akcelerator jednoenergetyczny (niskoenergetyczny)
- o komputerowy system weryfikacji i zarządzania oraz obrazowy ARIA

Z linią współpracują 2 TK do planowania radioterapii (DCO i Filia w Legnicy) firmy Siemens umożliwiające wirtualne planowanie leczenia (w tym 4D Respiratory Gating) i fuzje badań obrazowych (np. PET/CT, CT/NMR, itp.).

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 rodnego.

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 Onkologii Klinicznej/

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 umożliwi 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 tego typu, której działalność, z racji zadań, wykracza poza ośrodek.

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

Specjaliści chirurgii onkologicznej	18
Specjaliści chirurgii ogólnej	4
Specjaliści radioterapii onkologicznej	31
Specjaliści onkologii klinicznej (chemioterapii)	12
Specjaliści ginekologii onkologicznej	6
Specjaliści radiodiagnostyki	10
Specjaliści patomorfologii	6
Specjaliści medycyny paliatywnej	10
Specjaliści anestezjologii	9
Razem	106

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 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 Macicy**, monitorujący i sprawujący na terenie Dolnego Śląska nadzór nad realizacją tych programów. Ośrodek ten prowadzi również działania z zakresu Prewencji Pierwotnej Nowo-

tworów. 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 mieszkank 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 Macicy** 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 2013 roku, w VII edycji, przyznano naszemu ośrodkowi Dolnośląską Nagrodę Gospodarczą. Jest ona przyznawana podmiotom gospodarczym, których działalność jest istotna dla dynamicznego rozwoju Dolnego Śląska - w szczególności laureatom minimum pięciu edycji Dolnośląskiego Certyfikatu Gospodarczego.

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-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. lecznictwa
dr n.med. Maria Jagas



| WSTĘP

W roku 2012 stwierdziliśmy w woj. dolnośląskim 12.431 zachorowań na nowotwory złośliwe (inwazyjne i *in situ*). Standaryzowane współczynniki zachorowalności wyniosły w 2012 roku dla mężczyzn 294,7 i dla kobiet 231,4 na 100 tys. (w roku 2011 odpowiednio 283,3 i 214,3).

Według danych GUS w roku 2012 wystąpiło 7.900 zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe stanowiły przyczynę 25,9% spośród wszystkich 30.446 zgonów. Standaryzowane współczynniki umieralności w roku 2012 wyniosły 193,2 u mężczyzn i 111,1 na 100 tys. u kobiet (w roku 2010 odpowiednio 189,2 i 105,8).

Nasze ostatnie dane wskazują, że obserwowane przeżycia 5-letnie chorych na nowotwory złośliwe z roku 2008 roku wyniosły 41,5%. Uwzględniając ten fakt szacujemy, że 38% mieszkańców Dolnego Śląska już choruje, lub będzie chorowało w swoim życiu na nowotwór złośliwy.

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 2012.

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 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

In 2012 12431 there were new cancer cases reported for Lower Silesian Cancer Registry (invasive and in situ). Standardized incidence rates in 2012 reached 283.3 per 100 000 at men and 229.4 at women (In 2011- 283.3 and 214.3 respectively).

According to Central Statistical Office data there were 7 900 deaths due to cancer in Lower Silesian population in 2012. Malignant tumors were the cause of 25.9% of all 30 446 deaths. Standardized mortality rates in 2012 there were respectively 193, 2 at men and 111,11 at women (per 100 000). In 2011 - 189.2 and 105.8 respectively.

Our recent data suggest that observed 5-year survival of patients with cancer increased to 41, 5% in 2008.

Given these data, we estimate that almost 38% of the Lower Silesian population will suffer from cancer.

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 2012 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 2012 roku było to 2.914.362 mieszkańców, 51,9% tej liczby stanowiły kobiety.

W roku 2012 zarejestrowano w województwie dolnośląskim 12.031 nowych zachorowań (w roku 2010 było ich 11.924) na inwazyjne nowotwory złośliwe (ICD-10: C00 – C97). W porównaniu z rokiem 2011 odnotowaliśmy wzrost liczby zachorowań o 107 przypadków (0,9%). Zachorowania mężczyzn stanowiły 48,5%, a kobiet 51,5% wszystkich zarejestrowanych nowotworów. Ponadto stwierdziliśmy 400 nowotworów przedinwazyjnych D00 – D09 (399 w roku 2011). U mężczyzn stwierdzono 161 nowotworów in situ i 239 u kobiet.

Najczęściej występującymi umiejscowieniami nowotworów inwazyjnych u mężczyzn były płuco (21%), jelito grube (okrężnica i odbytnica – 13,8%), gruczoł krokowy (12,5%), pęcherz moczowy (6,5%) i układ limfatyczny i krwiotwórczy (4,5%) a u kobiet pierś (22,6%), jelito grube i płuco (10,5%), trzon macicy (7,4%), układ limfatyczny i krwiotwórczy (5,1%), jajnik (4,9%) 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 2008-2012 w porównaniu z 2007 wzrosły liczby nowotworów przedinwazyjnych, co czwarty rak szyjki macicy stwierdzony w latach 2008-2012 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 2012 największe liczby zachorowań u obu płci stwierdziliśmy w grupie wiekowej 60-64 lata, około 1100 zachorowań mężczyzn i 1000 kobiet.

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 2012. 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 2 914 362 inhabitants in 2012; 51.9% of this number were women.

There were 12 031 new cases (in 2011 there were 11 924) of invasive cancer (ICD-10: C00 - C97) reported in Lower Silesia in 2012. Compared with the year 2011 we observed increased incidence of 107 (0, 9%) cases more than year before.

48.5% of all cancer cases were registered for men and 51.5% for women. Furthermore we recorded 400 new preinvasive (in situ ICD-10: D00 - D09) cancers (399 in 2012)- 161 of these tumors affected men and 239 women.

Among men, lung cancer (21% of all cases) is the most common registered cancer type, followed by the large bowel (colon and rectum - 13.8%), prostate (12.5%), urinary bladder (6.5%) and lymphatic and hematopoietic (4.5%) cancers.

The most common localizations at women encompassed: breast (22.6%), colon (10.5%), lung (10.5%), uterus (7.4%), lymphatic and hematopoietic system (5.1%), ovary (4.9%) 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 2008-2012 comparing to 2007. Every fourth cervical cancer detected in 2008-2012 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.

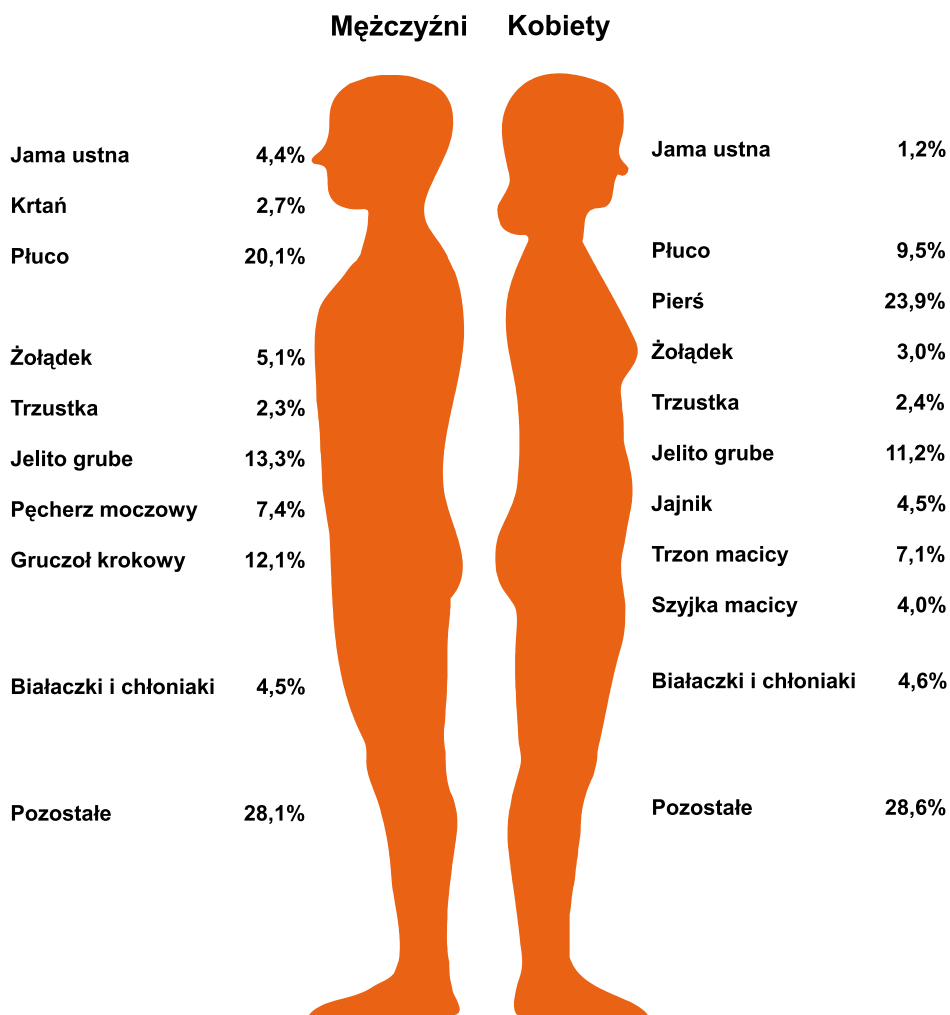
In 2012, the largest number of cases both in women and men, was found in the age group 60-64 years, about 1 100 cases of women and 1 000 men.

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 2012. 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 2012



Tab.1 Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, województwo dolnośląskie, 2012

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie umiejscowienia	C00-C97	12.031	5.838	6.193
Warga, jama ustna i gardło	C00-C14	306	209	97
Warga	C00	19	15	4
Język	C01-C02	49	37	12
Gruzoły ślinowe	C07-C08	32	13	19
Dno jamy ustnej	C04	30	24	6
Gardło	C09-C14	130	100	30
Inne i nieokreślone	C03,C05-C06	46	20	26
Narządy trawienne i otrzewna	C15-C26	2.726	1.525	1.201
Przelyk	C15	126	88	38
Żołądek	C16	489	310	179
Okreźnica	C18	858	450	408
Odbytnica	C19-C21	600	359	241
Wątrobą i pęcherzyk żółciowy	C22-C23	224	112	112
Trzustka	C25	326	159	167
Inne i nieokreślone	C17,C24,C26	103	47	56
Narządy oddechowe	C30-C39	2.143	1.442	701
Krtani	C32	211	186	25
Płuco	C33-C34	653	1.225	653
Inne i nieokreślone	C30-C31, C37-C39	54	31	23
Kość, tkanka łączna i skóra	C40-C49	1.242	609	633
Kość	C40-C41	20	15	5
Tkanka łączna	C45-C49	84	40	44
Czerniak złośliwy	C43	208	103	105
Skóra	C44	930	451	479
Pierś	C50	1.413	12	1.401
Narządy płciowe żeńskie	C51-C58	1.076	x	1.076
Szyjka macicy	C53	247	x	247
Trzon macicy	C54	458	x	458
Jajnik	C56-C57	303	x	303
Inne i nieokreślone	C51-52,C55,C58	68	x	68
Narządy płciowe męskie	C60-C63	854	854	x
Gruzoł krokowy	C61	732	732	x
Jądro	C62	109	109	x
Inne i nieokreślone	C60,C63	13	13	x
Narządy moczowe	C64-C68	951	650	301
Pęcherz moczowy	C67	501	378	123
Nerka i inne umiejscowienia	C64-66,C68	450	272	178
Oko, mózg i układ nerwowy	C69-C72	265	126	139
Gruzoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	150	29	121
Tarczycę	C73	137	22	115
Inne	C74-C75	13	7	6
Białaczki	C91-C95,C97	244	128	116
Inne tkanki zpic. I krwiotwórczej	C81-85,C88,C90,C96	335	137	198
Choroba Hodgkina	C81	43	20	23
Szpica mnogi	C90,C96	118	48	70
Inne chłoniaki	C82-85, C88	243	137	106
Inne i nieokreślone umiejscowienia	C76-C80	445	225	220

Nowotwory in situ

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie	D00-D09	400	161	239
Jama ustna, przelyk i żołądek	D00	0	0	0
Inne i nieokreślone narządy trawienne	D01	6	5	1
Ucho środkowe i układ oddechowy	D02	10	7	3
Czerniak	D03	12	4	8
Skóra	D04	36	14	22
Pierś	D05	86	0	86
Szyjka macicy	D06	71	x	71
Inne i nieokreślone narządy płciowe	D07	8	0	8
Inne i nieokreślone umiejscowienia	D09	171	131	40

Tab. 2 Zachorowania na nowotwory w powiatach woj. dolnośląskiego, 2010-2012 *

Powiat	Mężczyźni			Kobiety		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
miasto Jelenia Góra	189	203	195	227	201	183
Jeleniogórski	128	112	133	129	131	114
Bolesławiecki	137	167	151	157	176	172
Lubański	114	120	111	118	129	116
Lwówecki	86	84	92	78	91	75
Zgorzelecki	174	204	214	176	208	227
Byłe jeleniogórskie	828	890	896	885	936	887

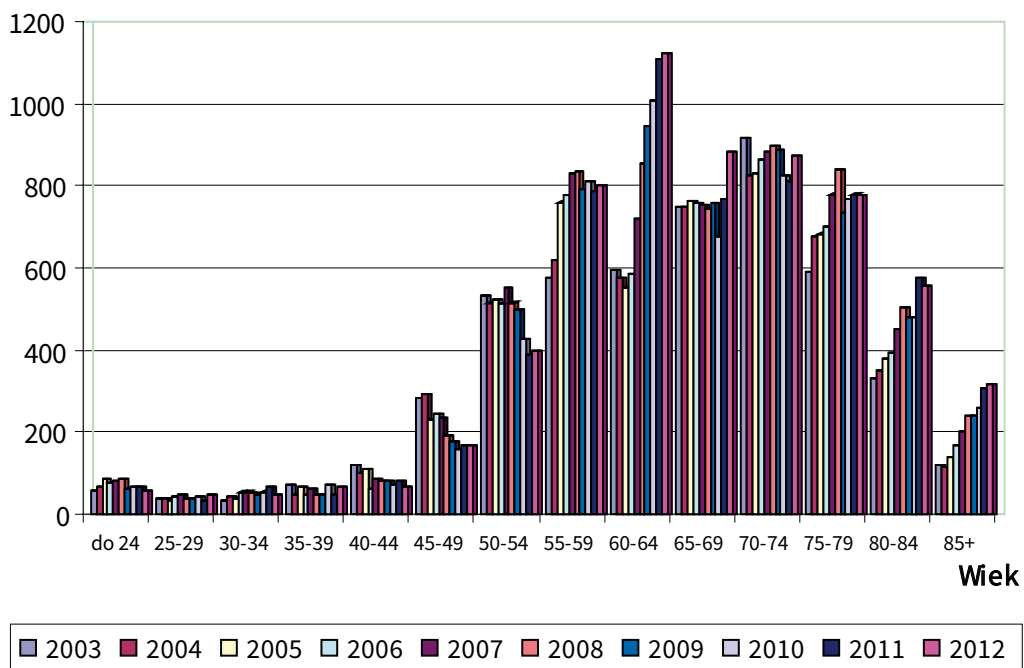
miasto Legnica	213	218	202	209	240	221
Legnicki	91	82	99	92	94	82
Głogowski	143	153	172	136	157	134
Lubiński	209	219	218	192	186	252
Polkowicki	92	104	109	97	90	101
Złotoryjski	89	110	80	84	89	100
Byłe legnickie	837	886	880	810	856	890

miasto Wałbrzych	241	226	255	267	306	319
Wałbrzyski	112	85	123	120	125	137
Dzierżoniowski	194	224	229	244	276	258
Kamienogórski	96	109	102	94	126	121
Kłodzki	351	327	313	347	290	335
Świdnicki	299	295	368	336	339	348
Ząbkowicki	132	144	139	128	165	150
Byłe wałbrzyskie	1425	1410	1529	1536	1627	1668

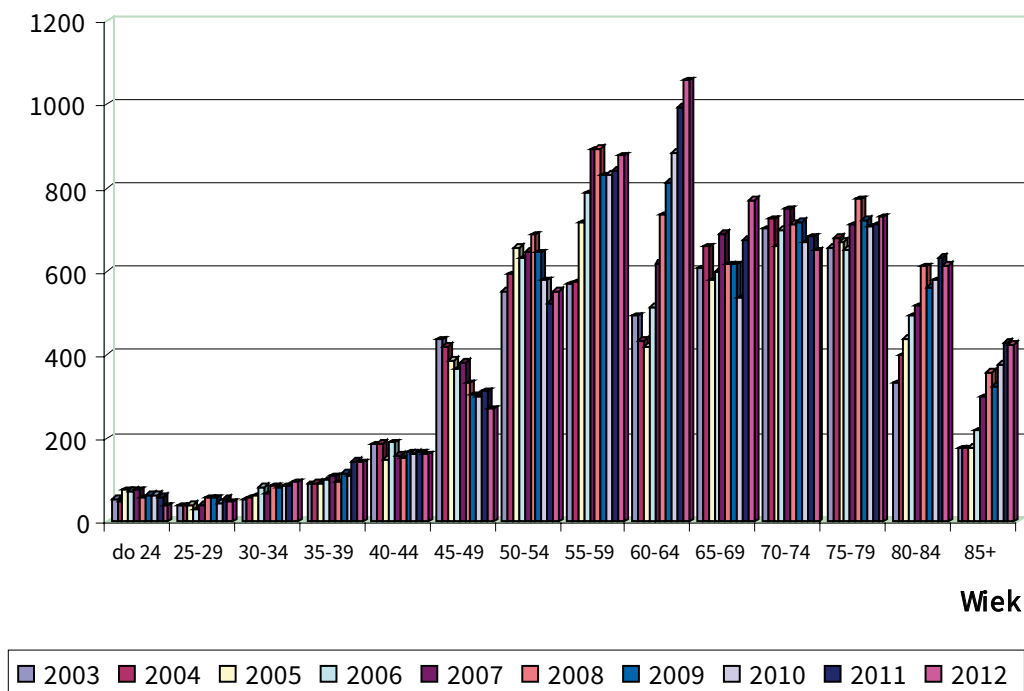
miasto Wrocław	1439	1536	1538	1598	1688	1670
Wrocławski	189	219	233	204	205	208
Górowski	52	56	62	46	45	59
Jaworski	101	85	112	93	80	110
Milicki	82	62	66	55	77	77
Oleśnicki	123	131	169	117	138	171
Oławski	228	222	191	192	221	207
Strzeliński	69	98	114	75	97	113
Średzki	75	93	89	82	83	84
Trzebnicki	136	186	170	145	146	188
Wołowski	86	111	117	95	104	109
Byłe wrocławskie	2580	2799	2861	2702	2884	2996

* 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 2003-2012 w grupach wieku, mężczyźni



Ryc. 2.2 Liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w latach 2003-2012 w grupach wieku, kobiety



Tab. 3 Zachorowania na nowotwory złośliwe według umiejscowienia i płci, miasto Wrocław, 2012

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie umiejscowienia	C00-C97	3.074	1.489	1.585
Warga, jama ustna i gardło	C00-C14	52	32	20
Warga	C00	5	4	1
Język	C01-C02	10	5	5
Gruczoły ślinowe	C07-C08	10	2	8
Dno jamy ustnej	C04	5	5	0
Gardło	C09-C14	16	13	3
Inne i nieokreślone	C03,C05-C06	6	3	3
Narządy trawienne i otrzewna	C15-C26	659	373	286
Przełyk	C15	35	19	16
Żołądek	C16	119	78	41
Okreźnica	C18	203	113	90
Odbytnica	C19-C21	144	80	64
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	C22-C23	55	28	27
Trzustka	C25	93	45	48
Inne i nieokreślone	C17,C24,C26	23	10	13
Narządy oddechowe	C30-C39	467	294	173
Krtani	C32	29	24	5
Płuco	C33-C34	424	266	158
Inne i nieokreślone	C30-C31, C37-C39	14	4	10
Kość, tkanka łączna i skóra	C40-C49	440	212	228
Kość	C40-C41	5	3	2
Tkanka łączna	C45-C49	24	11	13
Czerniak złośliwy	C43	53	27	26
Skóra	C44	358	171	187
Pierś	C50	366	3	363
Narządy płciowe żeńskie	C51-C58	254	x	254
Szyjka macicy	C53	45	x	45
Trzon macicy	C54	118	x	118
Jajnik	C56-C57	79	x	79
Inne i nieokreślone	C51-52,C55,C58	12	x	12
Narządy płciowe męskie	C60-C63	248	248	x
Gruczoł krokowy	C61	222	222	x
Jądro	C62	23	23	x
Inne i nieokreślone	C60,C63	3	3	x
Narządy moczowe	C64-C68	231	162	69
Pęcherz moczowy	C67	128	103	25
Nerka i inne umiejscowienia	C64-66,C68	103	59	44
Oko, mózg i układ nerwowy	C69-C72	57	29	28
Gruczoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	44	8	36
Tarczycza	C73	41	7	34
Inne	C74-C75	3	1	2
Biataczki	C91-C95,C97	51	26	25
Inne tkanki limfat. i krwiotwórczej	C81-85,C88,C90,C96	99	53	46
Choroba Hodgkina	C81	13	5	8
Szpiczak mnogi	C90,C96	30	16	14
Inne chłoniaki	C82-85, C88	56	32	24
Inne i nieokreślone umiejscowienia	C76-C80	90	46	44

Nowotwory in situ

Umiejscowienie	ICD-10	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Wszystkie	D00-D09	134	49	85
Jama ustna, przełyk i żołądek	D00	0	0	0
Inne i nieokreślone narządy trawienne	D01	3	3	0
Ucho środkowe i układ oddechowy	D02	1	1	0
Czerniak	D03	5	3	2
Skóra	D04	21	6	15
Pierś	D05	34	0	34
Szyjka macicy	D06	20	0	20
Inne i nieokreślone narządy płciowe	D07	2	0	2
Inne i nieokreślone umiejscowienia	D09	48	36	12

TRENDY

Analizie zmian w latach 1985-2012 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 żołądka i krtań (po -1%) oraz płuca (-0,1%).

U kobiet najszybciej rosły liczby zachorowań na nowotwory żołądka i krtań (średnio rocznie o 8%), okrężnicy (7%), płuca i trzonu macicy (5%) oraz 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 28 lat 1985-2012 oraz dwunastu lat XXI wieku 2001-2012. Na podstawie tych danych prognozujemy, że średni roczny wzrost liczby zachorowań na wszystkie nowotwory u obu płci w najbliższych latach może wynieść najmniej 170, może jednak sięgać 210 zachorowań.

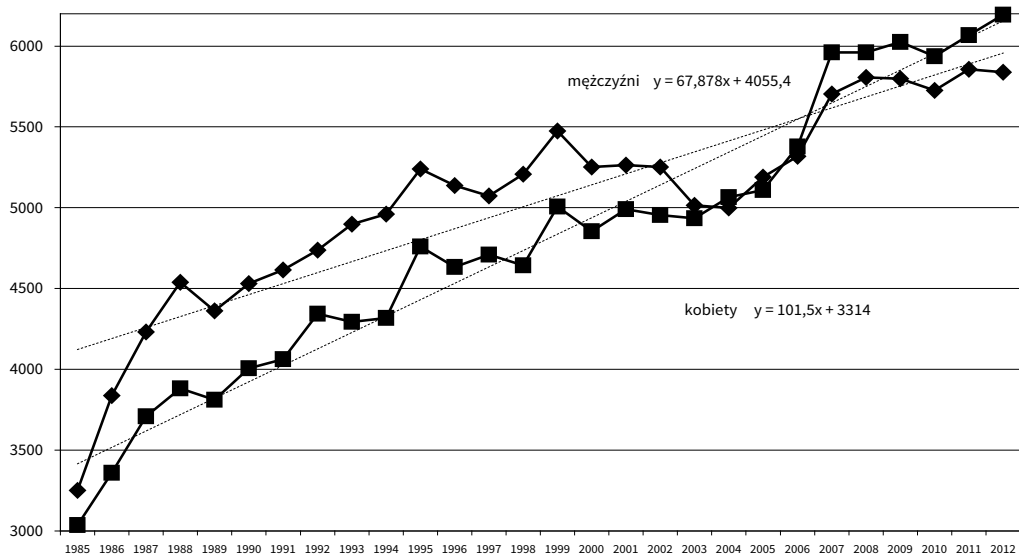
Tab. 4 Trendy liczb zachorowań na najczęstsze na Dolnym Śląsku nowotwory na podstawie danych z lat 1985-2012 oraz 2001-2012

Mężczyźni	Zmiana roczna (liczby)	
	1985-2012	2001-2012
ogółem	+68	+80
gruczoł krokowy	+20	+34
pęcherz moczowy	+10	-4
okrężnica	+12	+10
odbytnica	+7	+9
nerka	+5	+2
płuco	-4	-22
trzustka	0	+1
krtań	-2	-3
żołądek	-4	+2

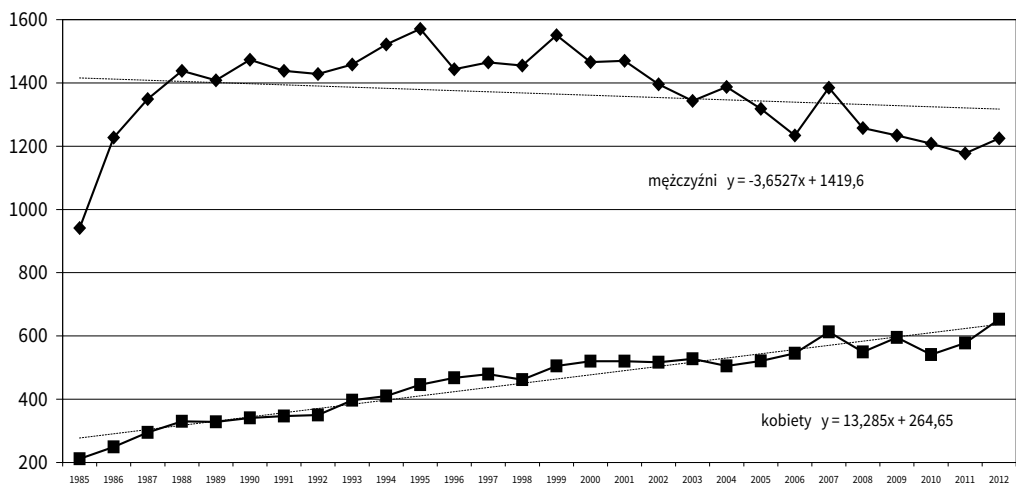
Kobiety	Zmiana roczna (liczby)	
	1985-2012	2001-2012
ogółem	+101	+134
piers*	+35	+38
płuco	+13	+9
okrężnica	+10	+8
trzon macicy	+8	+17
odbytnica	+5	+6
jajnik	+3	0
trzustka	+2	+2
żołądek	-3	-3
szyjka macicy*	-7	-5

* dotyczy inwazyjnych (C50 i C53)

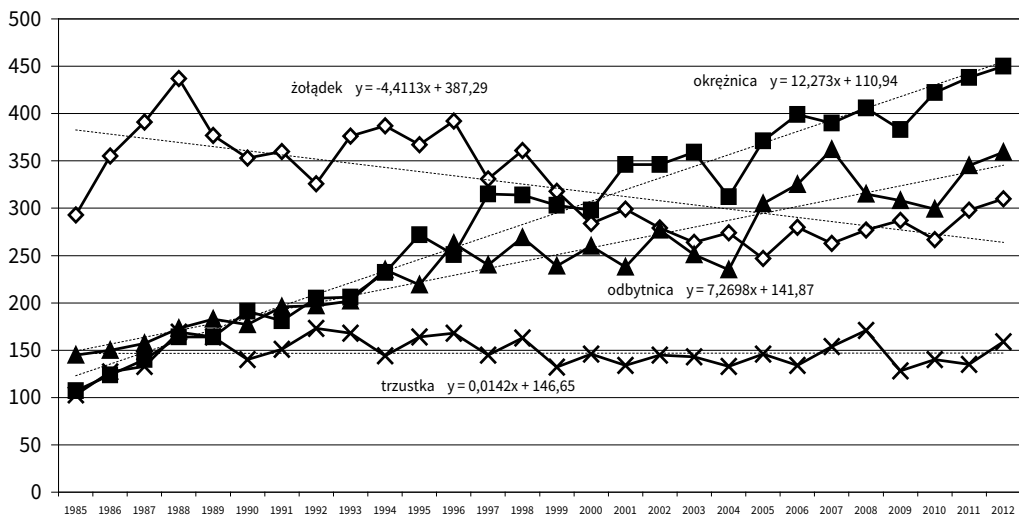
Ryc.3 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem (ICD-10: C00-D09) na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012



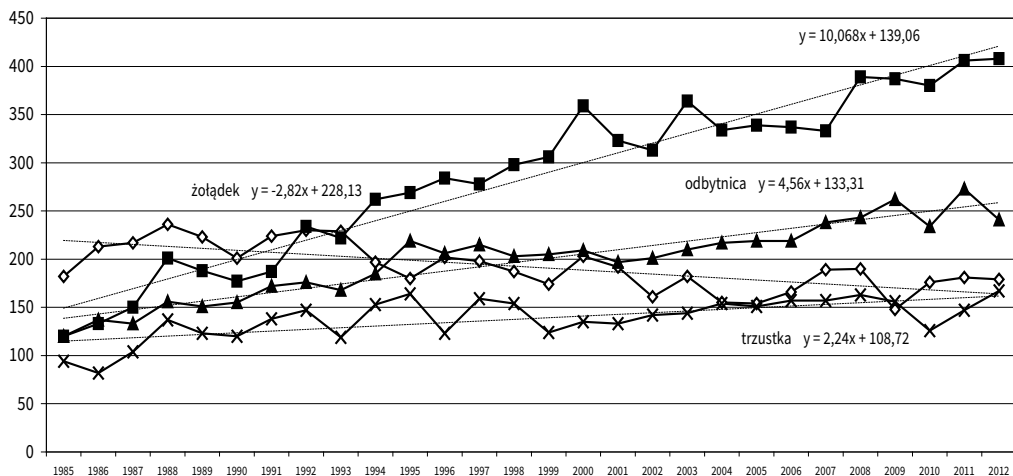
Ryc.4 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012



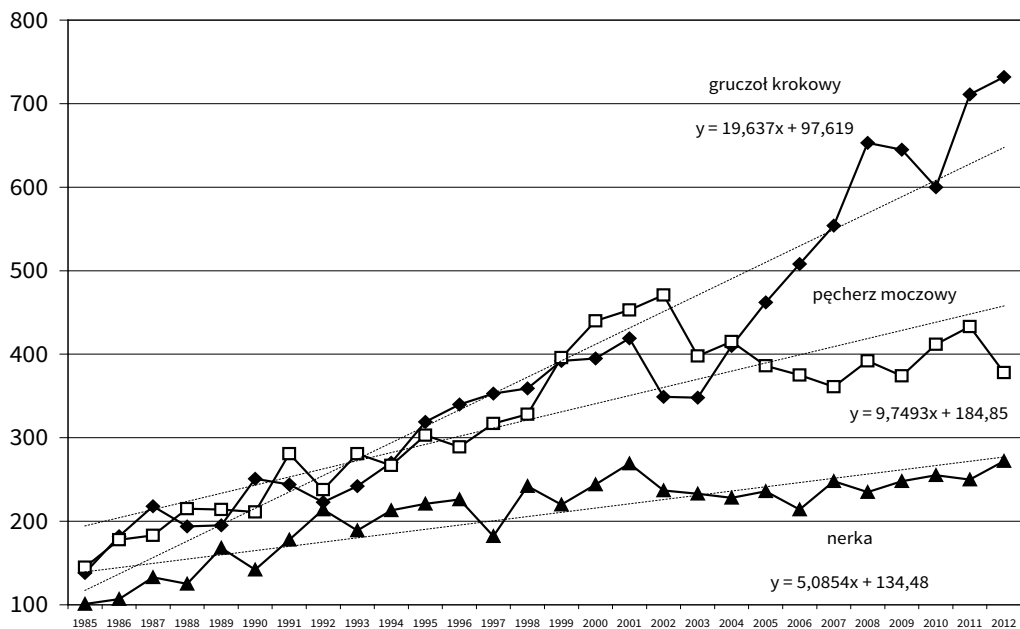
Ryc.5.1 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Mężczyźni



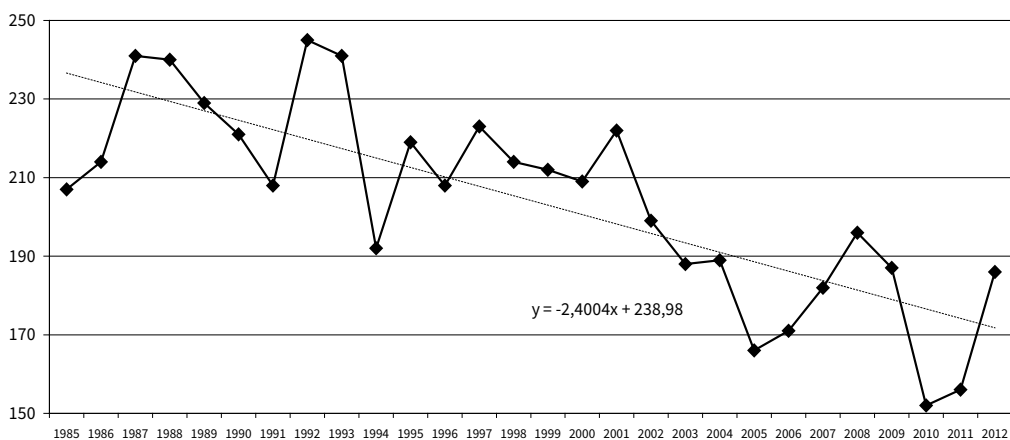
Ryc.5.2 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu pokarmowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Kobiety



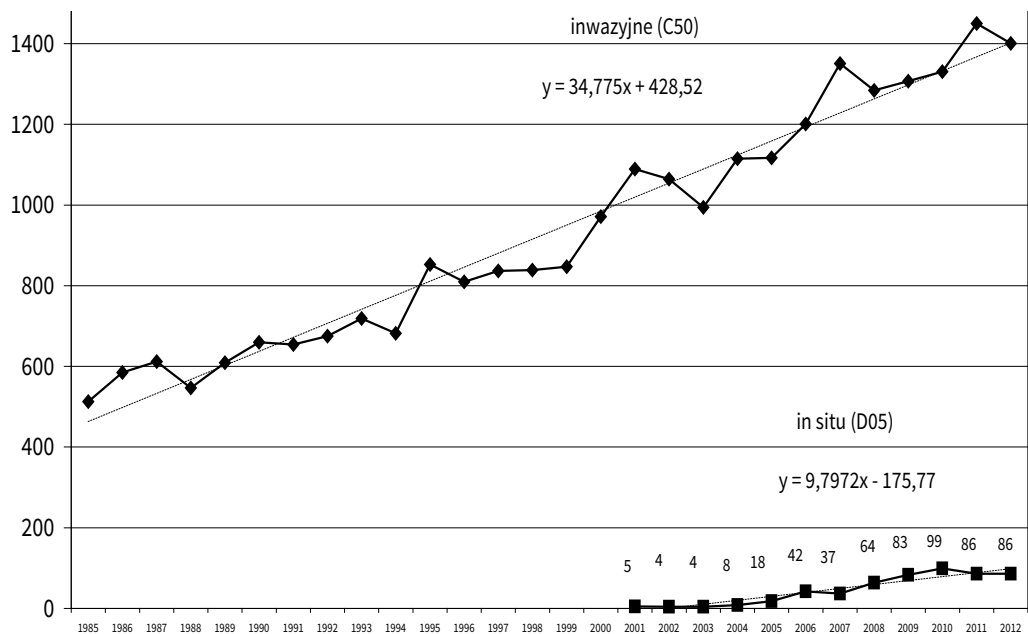
Ryc.6 Zmiany liczby zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe układu moczowo - pęciowego na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Mężczyźni



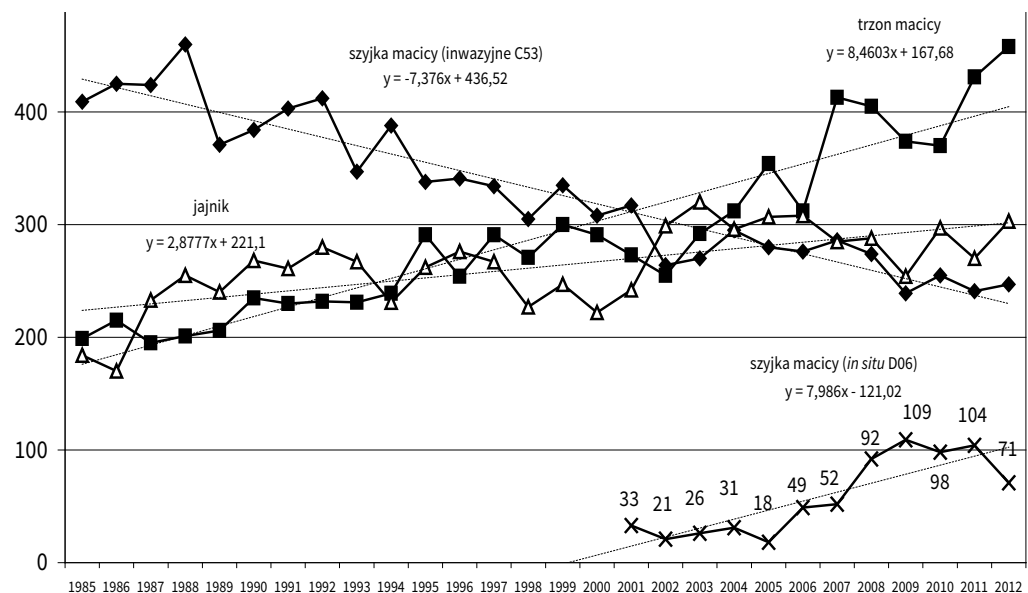
Ryc.7 Zmiany liczby zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe krtani na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012. Mężczyźni



Ryc.8 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012



Ryc.9 Zmiany liczb zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe narządów rodnych u kobiet na Dolnym Śląsku w latach 1985-2012



| PRZEŻYCIA 5-LETNIE, ZMIANY W LATACH 1985-2008

Analiza dotyczy 12.385 zachorowań na nowotwory złośliwe z roku 2008 zapisanych w bazie Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów. Weryfikacja po pięciu latach, w 2013 roku w Biurze Ewidencji Ludności pozwoliła określić *vital status* (żyje lub data zgonu) 12.297 chorych, z obserwacji stracono 88 chorych (0,7%).

Zgodnie ze standardem europejskiego badania EUROCARE z analizy wykluczono 60 zachorowań dotyczących dzieci do 15 roku życia oraz 354 nowotwory zarejestrowane tylko na podstawie aktu zgonu (Death Certifikat Only). Dodatkowo z analizy wykluczono 25 „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). Ostatecznie analizowany materiał stanowiły 11.853 zachorowania.

Wyniki porównaliśmy z wcześniej opublikowanymi, dotyczącymi 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*).

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.

W okresie 1985-2004 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 stwierdzaliśmy około 15% większe szanse kobiet, ale też większości umiejscowień.

Chorzy mężczyźni z roku 2007 osiągnęli najwyższe w badanym okresie wskaźnik przeżyć dla nowotworów ogółem, po raz pierwszy przekroczył on 40%. Złożyły się na to najwyższe dotąd wskaźniki dla nowotworów gruczołu krokowego (73,7%), czerniaka (62,3%), nerki (61,7%), chłoniaków (50,8%), odbytnicy (48,9%), części ustnej gardła (35,7%) i żołądka (16,1%). U kobiet najwyższe dotąd wskaźniki przeżyć stwierdzono dla nowotworów trzonu macicy (79,1%), jajnika (44,2%) i białaczek (48,8%).

Najlepiej rokowały u mężczyzn nowotwory jądra (87,1%) i gruczołu krokowego (73,7%), a u kobiet piersi (79,4%) i trzonu macicy (79,1%). Najgorzej u obu płci nowotwory przełyku, wątroby i trzustki (od 0% do 6,1% 5-letnich przeżyć względnych).

Tab.5 Wartości 5-letnich przeżyć względnych w woj. dolnośląskim, zmiany w latach 1985-2008

Umiejscowienie	Mężczyźni						Kobiety							
	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-06	2007*	2008*	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-06	2007*	2008*
Warga, jama ustna i gardło (C00-14)	48,0	39,1	34,6	32,9	33,6	31,2	31,2	53,7	55,5	57,2	52,7	52,0	55,6	46,4
Część ustna gardła (C09-10)	21,3	24,1	20,0	25,4	27,8	32,1	35,7	43,8	50,7	49,3	47,2	53,9	69,1	46,1
Przełyk (C15)	5,7	5,7	5,4	6,4	4,4	10,7	2,8	14,7	9,2	10,7	7,7	0,0	5,2	0,0
Żołądek (C16)	10,5	11,5	14,1	14,0	13,4	13,7	16,1	13,8	15,3	17,2	18,9	20,0	22,0	15,9
Okreźnica (C18)	26,8	36,0	41,2	45,6	45,5	53,4	47,6	31,2	39,2	39,8	46,8	44,4	49,8	47,0
Odbytnica (C19-C20)	25,0	28,2	37,3	45,7	45,0	48,6	48,9	25,6	25,7	36,9	47,3	46,2	57,2	50,3
Wątroba (C22)	2,8	8,7	8,8	8,3	7,8	5,6	3,4	2,8	9,9	11,1	16,9	15,3	1,8	5,1
Trzustka (C25)	6,8	11,8	13,5	10,7	5,6	1,6	6,1	6,9	9,0	10,2	10,0	5,5	2,8	5,4
Krtań (C32)	48,1	49,4	50,2	51,4	46,7	47,5	43,4	56,0	54,8	59,6	57,7	67,3	66,8	47,6
Płuco (C33-C34)	8,9	10,0	12,6	15,5	13,8	9,6	11,6	14,0	16,2	20,6	22,0	17,2	12,9	14,4
Czerniak złośliwy skóry (C43)	43,4	40,8	51,6	55,2	52,1	59,5	62,3	59,4	62,1	66,5	62,2	68,7	74,7	61,1
Pierś (C50)								56,4	62,4	71,1	76,3	77,7	80,0	79,4
Szyjka macicy (C53)								60,8	58,6	55,0	53,8	55,8	50,3	50,1
Trzon macicy (C54)								73,4	72,2	74,2	77,0	73,1	74,3	79,1
Jajnik (C56)								39,1	38,1	38,9	43,6	39,5	40,6	44,2
Gruzoł krokowy (C61)	40,2	46,8	55,3	67,7	72,6	68,0	73,7							
Jądro (C62)	71,1	79,9	84,2	87,9	88,2	89,0	87,1							
Nerka (C64)	34,2	47,0	52,8	57,9	50,2	56,5	61,7	45,2	54,5	62,1	65,4	64,7	58,0	57,4
Pęcherz moczowy (C67)	50,7	54,1	58,7	65,3	61,3	57,7	54,5	47,6	54,2	65,1	68,8	64,9	59,8	51,8
Mózg (C71)	29,3	23,3	25,0	23,3	22,0	18,6	23,0	32,9	33,7	36,0	32,5	29,5	26,5	29,0
Choroba Hodgkina (C81)	62,0	60,0	62,0	78,1	58,8	65,3	68,5	66,0	64,5	69,0	80,2	75,1	84,8	78,4
Chłoniaki bez Hodgkina (C82-85, 96)	35,0	35,1	46,1	40,5	44,5	43,0	50,8	46,8	46,1	41,9	47,2	36,4	49,6	49,3
Białaczki (C91-95)	38,3	31,1	35,8	35,2	40,3	42,5	40,8	31,8	37,5	42,5	43,7	38,8	46,5	48,8
Wszystkie umiejscowienia	26,5	29,0	32,7	37,5	38,0	39,9	41,4	42,5	44,5	48,3	52,3	51,8	55,2	54,5

* Z analizy wykluczono chorych żyjących 5 lat zgłoszonych z podejrzeniami nowotworów, bez potwierdzenia histopatologicznego, nieleczone w ciągu 5 lat

PIERWOTNE NOWOTWORY MNOGIE W POPULACJI DOLNOŚLĄSKIEJ W ROKU 2012

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 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 12.577 nowotworów C00-D09 zarejestrowanych w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów (DRN) w 2012 roku stwierdziliśmy 904 nowotwory spełniające definicję WHO (w tym 60 trzecich i 3 czwarte pierwotne nowotwory). W roku 2012 nowotwory mnogie stanowiły 7,2% wszystkich zarejestrowanych nowotworów.
- U 95 chorych były to nowotwory synchroniczne (rozpoznane w ciągu 2 miesięcy). Stanowiły one 10,5% wszystkich nowotworów mnogich.

Poniższa tabela pokazuje liczby i odsetki nowotworów mnogich w latach 1984-2012, podstawowy wpływ na różnice w liczbach rejestrowanych nowotworów mnogich miał czas zbierania danych (obecnie 29 lat).

Tab. 6 Nowotwory mnogie zarejestrowane w latach 1984-2012

Rok	Liczba	% w DRN						
1984	5	0,1	1993	121	1,3	2003	389	3,9
1985	15	0,2	1994	127	1,3	2004	390	3,7
1986	22	0,3	1995	151	1,5	2005	422	3,9
1987	29	0,4	1996	159	1,6	2006	493	4,5
1988	31	0,4	1997	193	1,9	2007	554	4,6
1989	74	0,9	1998	258	2,5	2008	567	4,6
1990	79	0,9	1999	317	3,0	2009	598	5,1
1991	95	1,1	2000	350	3,5	2010	739	6,3
1992	107	1,2	2001	362	3,5	2011	721	5,8
			2002	415	3,9	2012	904	7,2

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 prawie 90% w roku 2012.

Tab. 7 Odsetki zarejestrowanych nowotworów potwierdzonych histopatologicznie

Rok	%	Rok	%	Rok	%
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	2012	89,6
1993	63,4	2003	66,8		

Tab. 8 Czas, po jakim wystąpił nowotwór mnogi

Mnogi nowotwór po latach	Liczba	%
0-4	421	48,3
w tym 0 lat	192 (w tym synchroniczne 95)	
w tym 1rok	89	
w tym 2 lata	64	
w tym 3 lata	65	
w tym 4 lata	59	
5-9	193	22,1
10-14	116	13,3
15-19	70	8,0
20+	72	8,3

- W pierwszych pięciu latach od zachorowania na pierwszy nowotwór wystąpiło 48% zachorowań na nowotwór mnogi.
- 401 (44,4%) nowotworów mnogich dotyczyło mężczyzn, a 503 (55,6%) kobiet.

3. Po jakich pierwszych zachorowaniach występowały mnogie nowotwory?

Tab. 9 Pierwsze nowotwory u mężczyzn

Rozpoznanie	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
Skóra	76	19,0	7,3
Gruzoł krokowy	58	14,4	11,8
Pęcherz moczowy	49	12,2	6,1
Płuco	34	8,5	19,8
Okrężnica	32	8,0	7,3
Odbytnica	17	4,2	4,5
Nerka	16	4,0	4,2
Krtań	15	3,7	3,0
Białaczkę limfatyczna	11	2,7	1,2
Rak in situ BNO	11	2,7	2,1

Tab.10 Pierwsze nowotwory u kobiet

Rozpoznanie	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
Piers	153	30,4	21,8
Trzon macicy	54	10,7	7,1
Skóra	46	9,1	7,4
Szyjka macicy	36	7,2	3,8
Jajnik	24	4,8	4,5
Płuco	22	4,4	10,1
Okrężnica	19	3,8	6,3
Odbytnica	15	3,0	3,0
Nerka	13	2,6	2,5
Rak in situ szyjki macicy	12	2,4	1,1
Pęcherz moczowy	11	2,2	1,9

- Różnice 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. 11 Najczęstsze nowotwory mnogie u mężczyzn

ICD-10	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
płuco	64	16,0	19,8
gruczoł krokowy	61	15,2	11,8
skóra	60	15,0	7,3
pęcherz moczowy	35	8,7	6,1
okrężnica	22	5,5	7,3
nerka	19	4,7	4,2
odbytnica	15	3,7	4,5
żołądek	15	3,7	5,0
Rak in situ BNO nieokreślone in situ	15	3,7	2,1

Tab. 12 Najczęstsze nowotwory mnogie u kobiet

ICD-10	Liczba	% mnogich	% pierwotnych w DRN
Pierś	123	24,5	21,8
Skóra	50	9,9	7,4
Płuco	46	9,1	10,1
Okrężnica	34	6,8	6,3
Jajnik	28	5,6	4,5
Trzon macicy	27	5,4	7,1
Odbytnica	16	3,2	3,0
Pęcherz moczowy	16	3,2	1,9
Nerka	16	3,2	2,5
Żołądek	16	3,2	2,8
Szyjka macicy	13	2,6	3,8
Rak in situ piersi	13	2,6	1,3

- U mężczyzn znacznie większy odsetek stanowiły nowotwory złośliwe skóry (15% : 7,3%) i nowotwory in situ BNO (3,7% : 2,1%).
- U kobiet znacznie większy odsetek stanowiły nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (3,2% : 1,9%) oraz nowotwory in situ piersi (2,6% : 1,3%).

4. Najczęstsze pary nowotworów

Tab. 13 Najczęstsze pary nowotworów, mężczyźni

Rozpoznanie 1	Rozpoznanie 2	Liczba
Skóra	Skóra	16
Skóra	Gruzoł krokowy	14
Pęcherz moczowy	Gruzoł krokowy	12
Skóra	Płuco	11
Okrężnica	Gruzoł krokowy	7
Okrężnica	Płuco	7
Płuco	Pęcherz moczowy	7
Płuco	Gruzoł krokowy	7

Tab. 14 Najczęstsze pary nowotworów, kobiety

Rozpoznanie 1	Rozpoznanie 2	Liczba
Pierś	Pierś	38
Trzon macicy	Pierś	17
Pierś	Okrężnica	14
Jajnik	Pierś	13
Pierś	Skóra	11
Szyjka macicy	Pierś	11
Pierś	Trzon macicy	10
Pierś	In situ pierś	10
Pierś	Jajnik	10
Pierś	Płuco	9
Skóra	Skóra	9

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

Analiza zbioru 1.828 mężczyzn i 1.888 kobiet, którzy zachorowali na drugi nowotwór w latach 1985-2004 pokazuje, że 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 przebytych 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	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	Razem
	Względny odsetek przeżyć		41,8%	41,8%	36,5%	32,4%	43,8%
95% przedział ufności		28-55%	33-51%	31-42%	28-36%	37-51%	34-40%
Liczba chorych		54	126	364	783	501	1.828
Kobiety	Wiek	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	Razem
Względny odsetek przeżyć		42,5%	62,5%	50,2%	50,5%	41,5%	50,5%
95% przedział ufności		34-51%	57-68%	45-55%	46-55%	34-49%	48-53%
Liczba chorych		143	281	464	629	371	1.888

6. Wnioski

1. W Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów w roku 2012 stwierdziliśmy 905 pierwotnych nowotworów mnogich, stanowią one 7,2% wszystkich nowotworów.
2. Nowotwory synchroniczne stanowiły 10,5% wszystkich nowotworów mnogich.
3. Różnice w udziale procentowym umiejscowień w zbiorach nowotworów pojedynczych i mnogich wynikają z różnic w wyleczalności pierwszych nowotworów.
4. Często 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 2012 ROKU

Według informacji z kart zgłoszenia Mz/N1-a z roku 2012 leczenie radykalne wdrożono do końca 2013 roku u 7.012 chorych, u 3.297 - paliatywnie i u 1.195 objawowe. 921 chorych zostało skierowanych na leczenie (ale nie pojawiła się w DRN informacja z karty kontrolnej o jego podjęciu), w 90 przypadkach brak jest informacji o typie leczenia, a 62 chorych nie wyraziło zgody na leczenie.

Chirurgią leczonych było 7.181 (57,1%) dolnośląskich chorych z 2012 roku, radioterapią 4.097 (32,6%) i chemioterapią 5.427 (42,9%).

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., 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**].

Ze wszystkich 12.578 chorych, którzy zachorowali na nowotwór w roku 2012 w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu leczonych było 4.677 (37,1%). Podobny odsetek dotyczył chorych z lat poprzednich – z roku 2010 37,3% (4.297 z 11.517) a w roku 2011 37,4% (4.564 z 12.195).

Spośród wszystkich 7.181 chorych z 2012 roku leczonych chirurgią 1.935 (26,9%) było operowanych w DCO. Dla najczęstszych umiejscowień odsetki chorych operowanych w Ośrodku Referencyjnym wynosiły odpowiednio:

1. Okrężnica C18: w roku 2012 - 856 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 683 (80%), w tym w DCO 103 - (15% wszystkich operacji).
2. Odbytnica C19-C21: 598 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 475 (79%). W DCO - 162 (34% wszystkich).
3. Czerniak złośliwy skóry C43: w roku 2012 - 204 zachorowania, leczonych chirurgicznie 181 (89%). W DCO 87 operacji (40%).
4. Inne nowotwory złośliwe skóry C44 - 927 zachorowań. Spośród nich leczonych 819 (88%), w DCO 331 - (40%).
5. Sutek C50: 1.415 zachorowań, leczonych chirurgicznie 1.213 (85%), w DCO 513 (42%).
6. Jajnik C56: 288 zachorowań. Spośród nich do końca następnego roku było leczonych chirurgicznie 224 (78%). W DCO 124 operacji w 2010 (55%).

Spośród wszystkich 4.097 chorych leczonych radioterapią 2.891 (70,6%) było leczonych w DCO, chemioterapią 42,9% (2.330 z 5.427).

Tab. 16 Metody leczenia w najczęstszych umiejscowieniach, odsetki leczonych radykalnie w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu

Nowotwór	icd10	Zachorowań w roku 2012	Chirurgia	%	W tym chirurgia w DCO	% chirurgii w DCO	rth	%	W tym rth DCO	% rth DCO	chth	%	W tym chth DCO	% chth DCO
Ogółem	C00-D09	12577	7181	57,1	1935	26,9	4097	32,6	2891	70,6	5427	43,2	2330	42,9
Oskrzel i płuco	C34	1866	369	19,8	18	4,9	676	36,2	452	66,9	839	45,0	61	7,3
Sutek	C50	1415	1213	85,7	513	42,3	924	65,3	649	70,2	894	63,2	503	56,3
Skóra	C44	927	819	88,3	331	40,4	50	5,4	37	74,0	41	4,4	34	82,9
Okreźnica	C18	856	683	79,8	103	15,1	53	6,2	29	54,7	430	50,2	187	43,5
Gruczoł krokowy	C61	728	211	29,0	5	2,4	345	47,4	259	75,1	260	35,7	31	11,9
Odbytnica	C19-21	598	471	78,8	162	34,4	263	44,0	183	69,6	354	59,2	236	66,7
Pęcherz moczowy	C67	500	391	78,2	5	1,3	44	8,8	29	65,9	205	41,0	25	12,2
Żołądek	C16	485	280	57,7	64	22,9	88	18,1	55	62,5	239	49,3	136	56,9
Trzon macicy	C54	457	355	77,7	146	41,1	313	68,5	256	81,8	200	43,8	92	46,0
Nerka	C64	419	323	77,1	12	3,7	55	13,1	41	74,5	77	18,4	43	55,8
Trzustka	C25	323	135	41,8	28	20,7	14	4,3	6	42,9	119	36,8	61	51,3
Jajnik	C56	288	224	77,8	124	55,4	26	9,0	19	73,1	213	74,0	137	64,3
Mózg, oko, CUN	C69-72	265	109	41,1	2	1,9	147	55,5	104	70,7	87	32,8	64	73,6
Szyjka macicy	C53	246	95	38,6	44	46,3	182	74,0	151	83,0	157	63,8	120	76,4
Krtań	C32	210	91	43,3	4	4,4	155	73,8	120	77,4	73	34,8	52	71,2
Czerniak skóry	C43	204	181	88,7	93	51,4	25	12,3	21	84,0	48	23,5	41	85,4
Nowotwór BNO	C80	177	19	10,7	6	31,6	14	7,9	9	64,3	22	12,4	17	77,3
Rak in situ innych umiejscowień	D09	170	139	81,8		0,0	3	1,8		0,0	73	42,9	3	4,1
Wątroba	C22	152	48	31,6	13	27,1	1	0,7		0,0	42	27,6	26	61,9
Tarczycza	C73	137	127	92,7	4	3,1	72	52,6	12	16,7	63	46,0	9	14,3
Chtoniaki niezłaznicze	C83	136	50	36,8	19	38,0	37	27,2	30	81,1	101	74,3	47	46,5
Przetyk	C15	126	41	32,5	3	7,3	51	40,5	31	60,8	59	46,8	42	71,2
Białaczka limfatyczna	C91	116	5	4,3	3	60,0	12	10,3	9	75,0	62	53,4	4	6,5

JEDNOSTKI ZGŁASZAJĄCE KARTY DOTYCZĄCE ZACHOROWAŃ Z 2012 ROKU

Liczba	Nazwa jednostki zgłaszającej
6388	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU
1464	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROŃ PŁUC WE WROCŁAWIU
1253	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU
1016	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY
961	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO
928	WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ
904	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ WROCŁAW
894	AKADEMICKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
860	EUROMEDIC ONKOTERAPIA WAŁBRZYCH
793	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY
600	REGIONALNE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z O.O. LUBIN
551	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.J.GROMKOWSKIEGO
500	CENTRUM ONKOLOGII INSTYTUT IM MARII SKŁODOWSKIEJ CURIE
434	DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA
431	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 WE WROCŁAWIU
399	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁODZKU
370	Riad El Zein OŚRODEK MEDYCZYNY PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ
332	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE
327	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU
312	MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA AKCYJNA
251	POLSKIE TOWARZYSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ WAŁBRZYCH
236	SZPITAL POWIATOWY W DZIERŻONIOWIE
203	EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA
188	IŻERSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I CHEMIOTERAPII „IŻER-MED”
179	SANATORIA DOLNOŚLĄSKIE SPÓŁKA Z O.O.
158	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GŁOGOWIE
135	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZŁOTORYI
134	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWCU
129	POWIATOWY ZESPÓŁ SZPITALI
126	STRZELIŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE
121	KONWENT OO. BONIFRATRÓW
117	MILICKIE CENTRUM MEDYCZNE
110	SPECJALISTYCZNY SZPITAL GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY WAŁBRZYCH
104	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE
95	ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE W LUBANIU
91	POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W WOŁOWIE
90	JAWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE
86	WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII
83	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA LWÓWEK ŚLĄSKI
82	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE DOLMED
81	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSW WROCŁAW
79	ENDO MED SC WROCŁAW
79	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE W POLANICY ZDROJU
79	SZPITAL IM.ŚW.JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY
70	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA W KOWARACH
68	MIKULICZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
67	POLKOWICKIE CENTRUM USŁUG ZDROWOTNYCH
60	SPOŁECZNA FUNDACJA SOLIDARNOŚCI, LEGNICA

Liczba	Nazwa jednostki zgłaszającej
59	SAMODZIELNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNICY
51	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOGATYNI
48	KCM CLINIC SPÓŁKA AKCYJNA
46	POWIATOWE CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZE
46	NAMYSŁOWSKIE CENTRUM ZDROWIA S A
43	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI
42	SZPITAL WOJEWÓDZKI W ZIELONEJ GÓRZE
39	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYSTRZYCY KŁODZKIEJ
36	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GAJA, ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TERRA
36	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.A.FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU
36	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W PIESZCACH
33	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI
27	CENTRUM MEDYCZNE „ASTRA” S.C.
25	PRAKTYKA LEKARSKA ANNA CISOWSKA
24	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWOGRODZIEC
22	RADIMED SP Z O O LEGNICA
22	STRZEGOMSKIE CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE
21	EKUMENICZNA STACJA OPIEKI PALIATYWNEJ WROCŁAW
21	SZPITAL KLINICZNY IM HELIODORA SWIECICKIEGO W POZNANIU
20	ONKOMED SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA
20	CENTRUM ONKOLOGII W BYDGOSZCZY
19	JERZY FUŁEK ROBERT SEIFERT PIOTR WOJTYŁAK SPÓŁKA CYWILNA
18	WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ W BYDGOSZCZY
18	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie
18	GINEKOLOGICZNO POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY POZNAŃ
17	NZOZ-PRZYCHODNIA „NA BROWARNEJ”
17	OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII
14	SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE
13	PRYWATNA POLIKLINIKA „NA GROBLI”
13	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH „PROXIMUM”
13	SZPITAL KLINICZNY PRZEMIANIENIA PAŃSKIEGO W POZNANIU
12	NOWE MIASTO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
10	CENTRUM MEDYCZNE Poznań
10	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY
9	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ZDROWY SOBIĘCIN”
9	CENTRUM ZDROWIA KOBIEC „FEMINA”
8	HIPOKRATES - GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA SPÓŁKA CYWILNA
8	PRZYCHODNIA LEKARSKA „TWÓJ LEKARZ”
7	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ŚRÓDMIEŚCIE-BIAŁY KAMIEŃ”
7	CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNE „MEDICUS”
7	WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA
6	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO GRAZYNA PRZEWOŻNA
6	WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH
5	Szpital Powiatowy w Oleśnicy
5	POLSKIE CENTRUM ZDROWIA INSTYTUT MEDYCZNY
4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ZAWIDAWIE”
4	PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDICA S.C.
4	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MIETKOWIE
4	SPÓŁKA LEKARSKA „BIEGUNOWA”
4	PRAKTYKA LEKARZY WŁODZIMIERZ CURYŁO, IŁONA CURYŁO-DZIUBA
4	STOMADENT, BOLESŁAWIEC
3	POLSKIE CENTRUM ZDROWIA ŚRODA ŚLĄSKA

Liczba	Nazwa jednostki zgłaszającej
3	NZOZ „TWÓJ LEKARZ” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
3	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MULTI-MEDYK”
3	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO KATARZYNA JANIK
3	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBROSZYCACH
3	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „AGM-MED”
3	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „UNIMED”
3	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDICUS”
3	„LANCET”- PRZYCHODNIA LEKARSKA
3	PRZYCHODNIA „LEKARZ DOMOWY” S.C.
3	PRAKTYKA LEKARSKA TWÓJ LEKARZ S.C.
3	WETO-MED SPÓŁKA CYWILNA Wrocław
3	FUNDACJA WROCŁAWSKIE HOSPICIUM DLA DZIECI
2	PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA
2	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO AGATA SŁAWIN
2	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA TARCZYLUK-MIŚKIEWICZ
2	ARS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
2	OŚRODEK OPIEKI ZDROWOTNEJ „NEX-MEDICAL”
2	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JOLANTA STRZELEC
2	SAMORZĄDOWA PRZYCHODNIA ZDROWIA W JAWORZYNIE ŚLĄSKIEJ
2	OŚRODEK ZDROWIA W KUNICACH
2	PRZYCHODNIA „FONS VITAE” S.C.
2	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBAWCE
2	SKOMED JÓZEF I ŁUKASZ SKORUPSCY S.C.
2	CENTRUM MEDYCZNE W LEGNICY
2	PORADNIA RODZINNA „FAMILIA”
2	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ, Miłicz
2	WOJEWÓDZKIE CENTRUM PSYCHIATRII W STRONIU ŚLĄSKIM
1	ZESPÓŁ LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO
1	BROCH-MED SPÓŁKA CYWILNA
1	MEDICOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
1	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA
1	„OMEGA” Specjalistyczna Przychodnia Ginekologiczno - Położnicza
1	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO EWA STOCKA-BŁĄŻEJEWSKA
1	CENTRUM MEDYCZNE „HIPOKRATES” S.C.
1	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BEATA STECKA
1	PRAKTYKA LEKARZY MEDICUS
1	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PEMED MAŁGORZATA PEPERA
1	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO EDYTA NIEBUDEK
1	ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH „MEDYK”
1	GMINNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORNIE
1	ELŻBIETA WENTA-STAROSTKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
1	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIROŚŁAWA OKOWIŃSKA
1	PRYWATNY GABINET LEKARSKI, DANUTA POWIERZA
1	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „TERAPIA”
1	LUBMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
1	PRZYCHODNIA REJONOWA W PROCHOWICACH
1	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ZDZISŁAWA DATA
1	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EDAMED S.C.
1	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWOGRODZCU
1	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO „NOVA”
1	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GINEKOMED

LECZENIE I PRZEŻYCIA 5-LETNIE DOLNOŚLĄSKICH CHORYCH NA RAKA ODBYTNICY Z LAT 2004-2008

W latach 2004-2008 w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów zarejestrowano 2725 zachorowań na nowotwory złośliwe odbytnicy (C19-C21). Chorzy byli w wieku 22-97 lat, mediana wynosiła 67 lat, u operowanych w DCO 65, a poza DCO 68.

Materiał ten podzielono według metody i miejsca leczenia (w Dolnośląskim Centrum Onkologii lub poza nim) oraz obliczono obserwowane (odsetki żyjących 5 lat) i względne (uwzględniające wiek chorych, wpływający na naturalną wymieralność) przeżycia 5-letnie.

Weryfikacja zgonów po 5 latach wykazała, że wskaźnik względnych przeżyć 5-letnich wyniósł u dolnośląskich chorych 50,8% (EUROCARE-5 podaje dla Polski za lata 2000-2007 44,3, a dla Europy 55,8%). Wskaźnik przeżyć był w woj. dolnośląskim zróżnicowany w zależności od metod leczenia. Najniższy (30,8%) stwierdziliśmy dla 508 chorych bez leczenia operacyjnego, a najwyższy (64,5%) u leczonych chirurgią skojarzoną z radio- oraz chemioterapią.

Wśród 598 chorych (21,9%) leczonych tylko chirurgicznie, odsetek przeżyć 5-letnich wyniósł 48,8% i był znacznie niższy od stwierdzanego u leczonych metodami skojarzonymi z radioterapią (60,5 – 64,5%) (Tab. 1).

Tab.1 Przeżycia 5-letnie chorych w zależności od metod leczenia.

Leczenie	Liczba	Przeżycie 5 lat	% przeżyć 5-letnich	
			obserwowanych	względnych
Tylko chirurgia	598	221	37,0	48,8
Chirurgia + tylko radioterapia	204	100	49,0	60,5
Chirurgia + rth + chemioterapia	928	513	55,3	64,5
Chirurgia + tylko chemioterapia	487	162	33,3	39,9
Leczeni bez chirurgii	508	112	22,0	30,8
Wszystkie	2725	1108	40,7	50,8

W dalszej analizie chorych leczonych chirurgicznie (Tab. 2) podzieliliśmy materiał 2217 chorych według miejsca operacji, 848 (38,2%) chirurgii było wykonanych w DCO. Przeżycia 5-letnie względne operowanych w DCO wyniosły 60,8%, poza DCO 51%.

Największą różnicę stwierdziliśmy dla „tylko operowanych”, 71,2% przeżyć 5-letnich operowanych w DCO wobec 40,4% poza DCO (wiersz oznaczony * w Tab. 3), różnica wynosi 30,8%.

Wydaje się, że jest ona skutkiem nie wdrożenia u części operowanych poza DCO metod skojarzonych, głównie radioterapii: była ona użyta u 42,6% chorych operowanych poza DCO wobec 64,7% operowanych w DCO. Jednocześnie udział chemioterapii był podobny, wyniósł 60,9% u operowanych poza DCO i 68,5% operowanych w DCO (Tab 3).

Tab. 2 Przeżycia 5-letnie w zależności od miejsca operacji i metody leczenia.

	Leczenie	Chirurgia poza DCO				Chirurgia w DCO			
		N	5 lat	Przeżycie 5-letnie		N	5 lat	Przeżycie 5-letnie	
				obserwowane	względne			obserwowane	względne
*	Tylko chirurgia	440	132	30,0	40,4	158	89	56,3	71,2
	Chirurgia + tylko radioterapia	95	40	42,1	52,3	109	60	55,0	68,2
**	+ rth poza DCO	29	11	37,9	49,1	5	2	40,0	49,7
***	+ rth w DCO	66	29	43,9	56,2	104	58	55,8	69,1
	Chirurgia + rth + chemioterapia	489	272	55,6	65,0	439	241	54,9	64,2
	+ rth i chth poza DCO	78	40	51,3	61,7	14	7	50,0	61,3
	+ rth poza DCO + chth w DCO	8	1	12,5	14,3	16	3	18,8	25,0
	+ rth w DCO + chth poza DCO	121	66	54,5	64,6	60	36	60,0	72,2
****	+ rth i chth w DCO	282	165	58,5	67,6	349	195	55,9	64,9
	Chirurgia + tylko chemioterapia	345	120	34,8	42,1	142	42	29,6	34,7
	+ chth poza DCO	269	93	34,6	42,4	50	12	24,0	28,2
	+ chth w DCO	76	27	35,5	41,3	92	30	32,6	38,3
	Wszystkie chirurgie	1369	564	41,2	51,0	848	432	50,9	60,8

Tab. 3 Struktura metod leczenia chorych w zależności od miejsca operacji

Metoda leczenia	Operowani poza DCO	Operowani w DCO
Tylko chirurgia	32,1%	18,6%
Chirurgia + tylko radioterapia	6,9%	12,9%
Chirurgia + rth + chemioterapia	35,7%	51,8%
Chirurgia + tylko chemioterapia	25,2%	16,7%

Spśród wszystkich operowanych chorych dla 1909 (86,1%) posiadamy w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów informacje o zaawansowaniu nowotworu (Tab. 4). Udział w strukturze operowanych poza DCO i w DCO stadiów miejscowych był identyczny (50,2% vs. 49,8%), o 2,2% więcej poza DCO było operowanych stadiów uogólnionych (23,1% vs. 20,9%), były to prawdopodobnie przypadki ostro-dyżurowe.

Tab. 4 Struktura zaawansowania chorych operowanych poza DCO i w DCO

Zaawansowanie + TNM	Operowani poza DCO	%	Operowani w DCO	%
Miejscowe	629	50,2	327	49,8
Regionalne	334	26,7	192	29,3
Uogólnione	290	23,1	137	20,9
	1253	100	656	100

Różnice w przeżyciach operowanych w DCO i poza DCO przy chirurgii skojarzonej z radioterapią zmniejszyły się i wyniosły 15,9%, a z radio- i chemioterapią 0,8% oraz chirurgii skojarzonej tylko z chemioterapią 7,4%, dwie ostatnie różnice na korzyść operowanych poza DCO (Tab.2).

Dodatkowo stwierdziliśmy znacznie lepsze wskaźniki, jeśli radioterapia odbywała się w DCO: u operowanych poza DCO 56,2 vs. 49,1%, w DCO 69,1 vs. 49,7% (wiersze ** i *** w Tab.2), jednak operowani poza DCO rokowali o 12,9% gorzej, niż operowani w DCO (wiersz *** w Tab. 2).

Bez względu na miejsce operacji – w DCO, lub poza nim, jeśli radioterapia i chemioterapia była w DCO chorzy osiągnęli podobne wartości wskaźnika przeżyć 5-letnich: 67,6% vs. 64,9% (dla operowanych poza DCO lepszy więc o 2,7%) (**** w Tab.2).

Łącznie chirurgią i radioterapią leczonych było 1132 spośród 2725 chorych. Bez względu na miejsce chirurgii wskaźniki przeżyć 5-letnich były porównywalne: 65,4% w DCO i 63,3% dla operowanych poza DCO. Wskazuje to na duży wpływ stosowania radioterapii na rokowanie chorych. Chorzy napromieniani w DCO (86,6% wszystkich radioterapii) rokowali 11,6 – 25,4% lepiej, dla operowanych poza DCO wskaźniki wyniosły 54,7% przy radioterapii poza DCO wobec 65,3% w DCO i u operowanych w DCO 41% i 66,4% (Tab. 4).

Tab. 4 Wskaźniki przeżyć 5-letnich chorych leczonych chirurgią i radioterapią

Rth	Operowani poza DCO				Operowani w DCO			
	N	5 lat	% przeżyć 5-letnich		N	5 lat	% przeżyć 5-letnich	
			obserwowane	względne			obserwowane	względne
Poza DCO	115	52	45,2	54,7	35	12	34,3	41,0
W DCO	469	260	55,4	65,3	513	289	56,3	66,4
Wszystkie chir+rth	584	312	53,4	63,3	548	301	54,9	65,4

Wnioski:

1. Wskaźnik względnych przeżyć 5-letnich dolnośląskich chorych na raka odbytnicy z lat 2004-2008 wyniósł 50,8% i był zróżnicowany w zależności od metod leczenia. Najniższy (30,8%) był dla chorych bez leczenia operacyjnego, a najwyższy (64,5%) u leczonych chirurgią skojarzoną z radio- i chemioterapią.
2. Spośród 440 chorych operowanych poza DCO, u których nie wdrożono radioterapii 5 lat przeżyło 132 (30%). Dla operowanych w DCO odsetek ten wyniósł 56,3%. Odpowiednie wskaźniki przeżyć względnych 5-letnich wyniosły 40,4 i 71,2%, różnica 30,8%.
3. Radioterapia była wdrożona u 42,7% chorych operowanych poza DCO i u 64,6% operowanych w DCO. U tych chorych stwierdzamy zbliżone odsetki przeżyć 63,3 vs. 65,4%, bez względu na miejsce operacji, co wskazuje na istotne znaczenie radioterapii w leczeniu raka odbytnicy.
4. Chorzy napromieniani w DCO (86,6% wszystkich radioterapii) rokowali 10 – 22% lepiej, niż napromieniani poza DCO.

LECZENIE I PRZEŻYCIA 5-LETNIE DOLNOŚLĄSKICH Kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi z lat 2004-2008

W latach 2004-2008 w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów zarejestrowaliśmy 6.125 zachorowań na inwazyjne nowotwory piersi C50 u kobiet. 5.473 chore leczono chirurgicznie, 4.867 chemioterapią i 3.605 radioterapią.

Jak pokazuje Tab.1, połowa chorych (50%) była leczona chirurgią skojarzoną z radio- i chemioterapią, 24,7% (co czwarta chora) tylko z chemioterapią, 9,9% (co dziesiąta) tylko chirurgią oraz 4,8% (co dwudziesta) chirurgią skojarzoną tylko z radioterapią. Nieoperacyjny był co dziesiąty nowotwór (10,6%).

5 lat przeżyło 4.415 chorych (72,1%), wskaźnik przeżyć względnych (uwzględniający związaną z wiekiem wymieralność naturalną) wyniósł 77,6% (dla raków operacyjnych 82% i nieoperacyjnych 37,1%).

Tab.1 Przeżycia 5-letnie chorych w zależności od metod leczenia.

Leczenie	Liczba	%	Przeżycie 5 lat	% przeżyć 5-letnich	
				obserwowanych	względnych
Tylko chirurgia	609	9,9	445	73,1	82,3
Chirurgia + tylko radioterapia	292	4,8	229	78,4	85,3
Chirurgia + rth + chemioterapia	3060	50,0	2369	77,4	80,9
Chirurgia + tylko chemioterapia	1512	24,7	1162	76,9	83,4
łącznie leczone radykalnie	5473	89,4	4205	76,8	82,0
Leczone bez chirurgii (objawowo lub paliatywnie)	652	10,6	206	31,6	37,1
Wszystkie	6125	100	4415	72,1	77,6

1. Chirurgia

Analiza dotycząca miejsca operacji (DCO lub poza DCO) pokazała, że najwyższą wartość wskaźnik 5-letnich przeżyć względnych osiągnął dla chorych leczonych w DCO chirurgią skojarzoną z z chemioterapią (87,7%) lub radioterapią (87,3%), był on wyższy o 8% i 6,1% od stwierdzonego u operowanych poza DCO (79,7% i 81,2%). W grupie chorych tylko operowanych oraz grupie leczonych chirurgią skojarzoną z radio- i chemioterapią nie stwierdziliśmy wpływu miejsca operacji na wartość wskaźnika (Tab.2).

Tab.2 Przeżycia 5-letnie chorych w zależności od miejsca operacji (w DCO lub poza nim)

Leczenie	Chirurgia w DCO				Chirurgia poza DCO			
	N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %		N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %	
			obserwowane	względne			obserwowane	względne
Tylko chirurgia	283	208	73,5	82,1	326	237	72,7	82,5
Chirurgia + tylko radioterapia	156	127	81,4	87,3	136	102	75,0	81,2
Chirurgia + rth + chemioterapia	1800	1393	77,4	80,8	1260	976	77,5	80,9
Chirurgia + tylko chemioterapia	702	570	81,2	87,7	810	592	73,1	79,7
Wszystkie chirurgie	2939	2297	78,2	82,9	2532	1911	75,5	80,9

2. Radioterapia

Przeważająca większość - 3028 z 3252 (93,1%) chorych leczonych radioterapią skojarzoną z chirurgią było napromienianych w DCO. Wskaźnik przeżyć względnych tych chorych był o 7,9% wyższy, niż u chorych napromienianych poza DCO. Zwraca uwagę grupa 150 kobiet zarówno operowanych, jak i napromienianych poza DCO, tu niekorzystna różnica wyniosła 11,4% (Tab.4).

Tab.3 Przeżycia 5-letnie chorych w zależności od miejsca radioterapii (w DCO lub poza nim)

Chirurgia	Radioterapia w DCO				Radioterapia poza DCO			
	N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %		N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %	
			obserwowane	względne			obserwowane	względne
W DCO	1857	1446	77,9	81,4	99	74	74,7	80,0
Poza DCO	1171	928	79,2	82,8	225	150	66,7	71,4
Razem	3028	2372	78,3	81,9	324	224	69,1	74,0

3. Chemioterapia

1830 chorych leczonych kompleksowo z udziałem chirurgii i chemioterapii w DCO rokowało nieco lepiej, niż 1680 leczonych zarówno chirurgią, jak i chemioterapią w innych szpitalach. Przeżycia względne wyniosły odpowiednio 81,7 i 80,9%.

Tab.4 Przeżycia 5-letnie chorych w zależności od miejsca leczenia

Chirurgia i chemioterapia w DCO				Chirurgia i chemioterapia poza DCO			
N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %		N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %	
		obserwowane	względne			obserwowane	względne
1830	1424	77,8	81,7	1680	1273	75,8	80,9

4. Nowotwory piersi nieoperacyjne:

W latach 2004-2008 zarejestrowaliśmy 652 nieoperacyjne nowotwory złośliwe piersi (10,6% wszystkich zachorowań). Ponad połowa (50,8%) wszystkich raków nieoperacyjnych wystąpiło u kobiet od 70 roku życia, podczas, gdy w tej grupie wieku stwierdziliśmy tylko 20,4% wszystkich nowotworów piersi.

212 chorych było leczonych paliatywnie, 133 radykalnie chemio- lub/i radioterapią, i 148 objawowo. Dla 159 chorych zarejestrowanych w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów nie mamy informacji o rodzaju leczenia, z czego 18 kobiet nie wyraziło zgody na leczenie (wszystkie one miały ponad 70 lat).

Tab. 5 Przeżycia 5-letnie chorych z guzami nieoperacyjnymi

Leczenie	Liczba	Przeżycie 5 lat	% przeżyć 5-letnich	
			obserwowanych	względnych
Brak informacji	159	58	36,5	42,0
Radykalnie	133	96	72,2	75,0
Paliatywnie	212	31	14,6	20,1
Objawowo	148	21	14,2	19,5
Razem	652	206	31,6	37,1

5. Zaawansowanie operowanych nowotworów:

Dla 4.936 (90,2%) operowanych nowotworów piersi w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów posiadamy informację o zaawansowaniu klinicznym choroby. Stadia miejscowe stanowiły 57,4%, regionalne 35,1% i uogólnione 7,5% wszystkich nowotworów. W DCO były większe odsetki leczonych chirurgią stadiów miejscowych i uogólnionych (59,1 vs. 55,8% i 8,9 vs. 6%) (Tab.6).

Tab.6 Zaawansowanie kliniczne operowanych nowotworów złośliwych sutka

Stadium zaawansowania klinicznego	Wszystkie operowane		Operowane w DCO		Operowane poza DCO	
	N	%	N	%	N	%
Miejscowe	2836	57,4	1469	59,1	1367	55,8
Regionalne	1732	35,1	796	32,0	936	38,2
Uogólnione	368	7,5	221	8,9	147	6,0

Analiza przeżyć 5-letnich dla poszczególnych stadiów zaawansowania klinicznego leczonych w i poza DCO wskazuje, że różnice wystąpiły dla stadiów określonych jako regionalne: wskaźnik przeżyć względnych operowanych w DCO wyniósł 80,1% i poza DCO 73,4% oraz uogólnionych: 21,5% vs. 24%.

Tab.7 Przeżycia 5-letnie chorych w zależności od zaawansowania i miejsca chirurgii

Stadium	Chirurgia w DCO				Chirurgia poza DCO			
	N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %		N	5 lat	Przeżycie 5-letnie w %	
			obserwowane	względne			obserwowane	względne
Miejscowe	1469	1284	87,4	92,1	1367	1184	86,6	92,3
Regionalne	796	602	75,6	80,1	936	636	67,9	73,4
Uogólnione	221	44	19,9	21,5	147	33	22,4	24,0

6. Wielkość operowanych guzów:

Dla 3251 spośród 5473 (59,4%) nowotworów leczonych chirurgią na kartach zgłoszenia zaawansowanie określone było jako TNM. Guzy T1 stanowiły 44,3% wszystkich, T2 - 37,9%, T3 - 8,3% i T4 - 9,4%. W DCO zdecydowanie większy odsetek stanowiły operowane guzy T1 (51,1% wszystkich T), niż poza DCO (39,8%).

Tab.8 Wielkość operowanych nowotworów złośliwych sutka

Wielkość guza (cecha T)	Wszystkie operowane		Operowane w DCO		Operowane poza DCO	
	N	%	N	%	N	%
T1	1441	44,3	663	51,1	778	39,8
T2	1233	37,9	397	30,6	836	42,8
T3	270	8,3	107	8,2	163	8,3
T4	307	9,4	131	10,1	176	9,0
Wszystkie oznaczone TNM	3251	100,0	1298	100,0	1953	100,0

7. Wnioski

1. W latach 2004-2008 w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów zarejestrowaliśmy 6.125 zachorowań na inwazyjne nowotwory piersi.
2. Wskaźnik 5-letnich przeżyć względnych wyniósł 77,6%, w tym dla raków operacyjnych 82% i nieoperacyjnych 37,1%.
3. Najwyższe wskaźniki 5-letnich przeżyć stwierdzono dla chorych leczonych w DCO chirurgią skojarzoną z z chemioterapią (87,7%) lub radioterapią (87,3%), był on wyższy o 8% i 6,1% od stwierdzanego u operowanych poza DCO.
4. Wskaźnik przeżyć względnych chorych napromienianych w DCO był o 7,9% wyższy, niż poza DCO.
5. Ponad połowa wszystkich raków nieoperacyjnych wystąpiło u kobiet od 70 roku życia.
6. Stadia miejscowe stanowiły 57,4% wszystkich zachorowań, regionalne 35,1% i uogólnione 7,5%.

| METODYKA

Podobnie jak poprzednio wydane [1-27], także ten biuletyn ma na celu bardziej szczegółowe przedstawienie sytuacji zachorowań na nowotwory złośliwe na Dolnym Śląsku, niż podaje to wydawnictwo Centrum Onkologii w Warszawie, będące źródłem informacji o nowotworach w Polsce [28].

Dane o zachorowaniach na nowotwory złośliwe pochodzą z Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów, były one porównywane przez WHO z danymi innych krajów świata [29-31].

Dane demograficzne oraz o zgonach pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego.

Podziału na umiejscowienia dokonano według obowiązującej dziesiątej rewizji ICD (kasyfikacji chorób nowotworowych) [32].

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 [33]. 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 zło-

śliwe 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.
27. Błaszczyk J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w woj. Dolnośląskim w roku 2011. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław 2013.

Pozostałe:

28. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Centrum Onkologii, Warszawa, 2013.
29. Parkin D.M., Muir C.S. (red.): Cancer Incidence in Five Continents Vol.VI, International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1992.
30. Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. (red.): Cancer Incidence in Five Continents Vol.VII, International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1997.
31. Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J. (red.): Cancer Incidence in Five Continents Vol.VIII, International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2002.
32. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków, 1994.
33. 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 wypełnianą kartę KZNZ 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, p 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 pacjer (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