

wielkopolskie centrum onkologii

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WIELKOPOLSCE W 2010 ROKU

CANCER IN THE REGION OF GREATER POLAND, 2010

**WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII
im. Marii Skłodowskiej-Curie**

**Maria Skłodowska-Curie
GREATER POLAND CANCER CENTRE**

WIELKOPOLSKI REJESTR NOWOTWORÓW
GREATER POLAND CANCER REGISTRY
Telefon/Phone: +48-61 8850-637

e-mail: rejestr.nowotworow@wco.pl
www.wco.pl/wrn

Poznań 2012
ISSN 1896-8198

Wielkopolski Rejestr Nowotworów składa serdeczne podziękowania Dyrekcji Wielkopolskiego Centrum Onkologii za zaangażowanie i wkład merytoryczny w rozwój statystyk dotyczących epidemiologii nowotworów złośliwych w Wielkopolsce.

The Greater Poland Cancer Registry wishes to thank the Management of the Greater Poland Cancer Centre for their commitment and essential contribution to the development of statistics regarding cancer epidemiology in the region of Greater Poland.



Ministerstwo
Zdrowia

Druk sfinansowano ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach zadania Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych pn.: „Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach złośliwych”.

Published under the National Cancer Combat Programme “Improvement of the cancer data collection and registration system”.

Nakład/Circulation: 2000 egz./copies
Druk/Print: REMI-B Sp.j. Bielsko-Biała, www.remib.eu

Spis treści / Table of contents

Nota o autorach	4
Słowo wstępne / Preface	5
Rozdział 1 / Chapter 1	8
1.1. Streszczenie / Summary	10
1.2. Wstęp / Introduction	11
1.3. Opis regionu / Description of the region	13
1.4. Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a) / Cancer Notification Form	13
1.5. Wielkopolski Rejestr Nowotworów / Greater Poland Cancer Registry	16
1.6. Metody statystyczne / Statistical methods	17
1.7. Kompletność rejestracji / Registration completeness	19
1.8. Ocena kompletności i jakości rejestracji / Evaluation of registration completeness and quality	22
1.9. Udział wielkopolskich ZOZ-ów w rejestracji nowotworów złośliwych / Participation of Greater Poland's health care institutions in cancer registration	22
1.10. Ocena wyników leczenia pacjentów chorych na nowotwory / Evaluation of treatment results in cancer patients	25 26
Rozdział 2 / Chapter 2	27
Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce ogółem (C00–D09) / Cancer incidence in Greater Poland – general data (C00–D09)	27 38
Rozdział 3 / Chapter 3	40
Nowotwory złośliwe głowy i szyi / Head and neck cancer (C00–C15; C30–C33; C69; C73)	45
Rozdział 4 / Chapter 4	47
Nowotwory złośliwe jelita grubego / Colorectal cancer (C18–C21)	54
Rozdział 5 / Chapter 5	56
Nowotwory złośliwe oskrzela i płuca / Malignant neoplasms of bronchus and lung (C34)	63
Rozdział 6 / Chapter 6	65
Nowotwory złośliwe sutka / Malignant neoplasm of breast (C50)	73
Rozdział 7 / Chapter 7	75
Nowotwory złośliwe szyjki macicy / Malignant neoplasms of cervix uteri (C53)	81
Rozdział 8 / Chapter 8	82
Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego / Malignant neoplasms of prostate (C61)	87
Rozdział 9 / Chapter 9	88
Nowotwory złośliwe pęcherza moczowego / Malignant neoplasms of urinary bladder (C67)	95
Rozdział 10 / Chapter 10	97
Zachorowania na nowotwory złośliwe – tabele / Cancer incidence – table	97
Rozdział 11 / Chapter 11	110
5 najczęstszych umiejscowień dla zachorowań w podziale na powiaty – tabele. / Most common cancer sites by counties – tables	110 110
Rozdział 12 / Chapter 12	128
Zgony na nowotwory złośliwe – tabele / Cancer deaths – tables	128
Rozdział 13 / Chapter 13	133
5 najczęstszych umiejscowień dla zgonów w podziale na powiaty – tabele / 5 Most common cancer sites by counties – tables	133 133
Literatura / Literature	151

Nota o autorach:

dr n. med. Beata Adamczyk – starszy asystent, pracuje na Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I w Wielkopolskim Centrum Onkologii

dr hab. prof. nadzw. Aleksander Barinow-Wojewódzki – dyrektor Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. E.J. Zeylandów, ordynator Oddziału Pulmonologiczno-Rehabilitacyjnego, kier. K-dry Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych AWF im. E. Piaseckiego w P-niu, członek: PTR, PTChP, PTO, PTT, Komisji Rehabilitacji i Integracji Społecznej PAN, zarządu WZZOZ-OP

dr n. med. Agnieszka Dyzmann-Sroka – od 1999 roku Kierownik Zakładu Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii, od 2005 roku dodatkowo Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, od 2006 dodatkowo Kierownik Biura Programu Prewencji Pierwotnej dla Wielkopolski, członek International Agency for Research on Cancer

prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński – Ordynator Oddziału Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Profesor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Prezes Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi, Przewodniczący Sekcji Rynologii i Chirurgii Plastycznej Twarzy, Członek Zarządu European Head and Neck Society, Członek Zarządu International Federation of Head and Neck Oncological Society, Członek Komitetu Naukowego European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, Członek Zespołu Konsultanta Krajowego w dziedzinie Otolaryngologii ds. onkologii laryngologicznej

prof. dr hab. n. med. Witold Kędzia – Profesor Nadzwyczajny, pracownik Kliniki Onkologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

dr n. med. Lucyna Kramer – Zastępca Kierownika Katedry i Zakładu Informatyki i Statystyki Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

dr n. med. Witold Kycler – Zastępca Ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej II w Wielkopolskim Centrum Onkologii

dr hab. n. med. Maria M. Litwiniuk - Ordynator Oddziału Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Konsultant Wojewódzki ds. Onkologii Klinicznej

dr n. med. Piotr Łaski – starszy asystent, pracuje na Oddziale Chirurgii Onkologicznej II w Wielkopolskim Centrum Onkologii

prof. dr hab. med. Janina Markowska – Kierownik Kliniki Onkologii UM w Poznaniu, członek zarządu European Society Gynecological Oncology, prezes Stowarzyszenia do Walki z Chorobą Nowotworową, przedstawiciel z Polski do Europejskiego Stowarzyszenia Edukacji Medycznej w zakresie Onkologii, członek Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Immunologicznego

dr n. med. Mirosława Matecka-Nowak – starszy asystent, pracuje w Zakładzie Radioterapii I w Wielkopolskim Centrum Onkologii

prof. UM dr hab. n. med. Piotr Milecki – Ordynator Oddziału Radioterapii Onkologicznej I i Zakładu Radioterapii I Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Konsultant Wojewódzki ds. radioterapii onkologicznej na województwo wielkopolskie

dr n. med. Ewa Mizera-Nyczak – starszy asystent w Zakładzie Patologii Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii

dr hab. n. med. Dawid Murawa – starszy asystent, pracuje na Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I w Wielkopolskim Centrum Onkologii

prof. zw. dr hab. n. med. Paweł Murawa – Ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, prof. zwyczajny Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Konsultant Wojewódzki ds. chirurgii onkologicznej na województwo wielkopolskie i lubuskie. Członek European Society of Mastology (EUSOMA), członek European Organization for Research and Treatment Melanoma Group (EORTC), członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej w latach 1998–2000 i 2002–2004. Członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO) w latach 2004–2008

Wiesława Myślińska – starszy statystyk medyczny, zajmujący się gromadzeniem danych i rejestrowaniem, analizą, kodowaniem klinicznym i morfologicznym zbioru, pracownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów działającego w Wielkopolskim Centrum Onkologii

Wiesława Olenderczyk – starszy statystyk medyczny, zajmujący się gromadzeniem danych i rejestrowaniem, analizą, kodowaniem klinicznym i morfologicznym zbioru, pracownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów działającego w Wielkopolskim Centrum Onkologii

mgr Agata Plucińska – inspektor ds. koordynacji rejestru nowotworów, zajmujący się gromadzeniem danych i rejestrowaniem, analizą, kodowaniem klinicznym i morfologicznym zbioru, pracownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów

dr n. med. Marek Porzegowski – starszy asystent, pracuje na Oddziale Chirurgii Onkologicznej II w Wielkopolskim Centrum Onkologii

prof. UM dr hab. n. med. Andrzej Roszak – Ordynator Oddziału Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej w Wielkopolskim Centrum Onkologii

mgr Małgorzata Rymarczyk-Wciorko – asystent, zajmujący się gromadzeniem danych i rejestrowaniem, analizą, kodowaniem klinicznym i morfologicznym zbioru, pracownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów

dr hab. n. med. Janusz Skowronek – Kierownik Zakładu Brachyterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii, przewodniczący Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Brachyterapii, członek: ASTRO, ESTRO, ABS, PTRO

dr n. med. Erwin Strzesak – Kierownik Działu Ewidencji Świadczeń Medycznych / Pełnomocnik Dyrektora Wielkopolskiego Centrum Onkologii ds. Rozliczeń

dr n. med. Maciej Strzyżowski – Wielkopolski Konsultant Wojewódzki ds. Urologii

lic. Beata Szczęch – inspektor ds. koordynacji rejestru nowotworów, zajmujący się gromadzeniem danych i rejestrowaniem, analizą, kodowaniem klinicznym i morfologicznym zbioru, pracownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów

dr n. med. Marek Teresiak – Ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej II w Wielkopolskim Centrum Onkologii

mgr Maciej Trojanowski – Kierownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów w Wielkopolskim Centrum Onkologii, pracownik Biura Programu Prewencji Pierwotnej

Teresa Wosicka – starszy statystyk, zajmujący się gromadzeniem danych i rejestrowaniem, analizą, kodowaniem klinicznym i morfologicznym zbioru, pracownik Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów

Słowo wstępne

Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem zdrowotny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa – biorąc pod uwagę prognozy dotyczące tempa starzenia się naszej populacji – problem ten będzie narastał.

Wielkopolska jest regionem wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory. W 2010 roku pod względem współczynników standaryzowanej zachorowalności tak mężczyźni jak i kobiety w Wielkopolsce zajmowali 2 miejsce spośród 16 województw. Pod względem współczynników standaryzowanych umieralności mężczyźni w Wielkopolsce zajmowali miejsce 4, Wielkopolska 6.

Zakładając tylko jednoprocenowy roczny wzrost liczby nowych przypadków (a w 2010 roku wzrost przypadków w stosunku do roku 2009 wyniósł prawie 5%) oraz stopniowe wydłużanie życia pacjentów (spowodowane wczesną diagnostyką oraz lepszą skutecznością leczenia) – każdego roku liczba pacjentów, którymi opiekuje się onkologia wzrasta o kilka – kilkanaście procent. Struktura zachorowań w Wielkopolsce podobna jest do zachorowań notowanych w innych krajach Europy Zachodniej. Jeśli analizować będziemy zachorowalność w liczbach bezwzględnych u obu płci ogółem, to na pierwszym miejscu znajduje się rak płuca, na drugim rak piersi, na trzecim rak jelita grubego (C18–C21). Wśród mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi są: płuca (C34), jelito grube (C18–C21), prostata (C61). U kobiet najczęstszym jest rak piersi (C50), jelito grube (C18–C21), płuca (C34). Ponad co trzeci przypadek zgonu z przyczyn nowotworu złośliwego u mężczyzn spowodowany jest rakiem płuca. Po raz kolejny w Wielkopolsce w 2010 roku także u kobiet nowotwór ten stał się pierwszą przyczyną zgonu. Niemniej obserwowana tak w Polsce jak i w Wielkopolsce większa liczba zarejestrowanych zgonów niż zachorowań nie wynika z błędów merytorycznych, czy też niskiej kompletności rejestracji, lecz jest efektem z jednej strony obserwowanego od 20 lat spadku palaczy (co przekłada się na spadek nowych zachorowań), z drugiej zaś zwiększenia odsetka 5-letnich przeżyć.

Tegoroczny biuletyn „Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce”, ma na celu publikację danych o występowaniu nowotworów złośliwych w Wielkopolsce oraz ich zróżnicowaniu pod względem geografii powiatów, płci i umiejscowienia.

Dodatkowo obecna, 9 edycja naszego wydawnictwa omawia szczegółowo sześć lokalizacji nowotworów złośliwych, które w naszej ocenie stanowią największe wyzwanie dla zdrowia publicznego w województwie wielkopolskim.

W biuletynie zawarte zostały tylko podstawowe dane z zakresu epidemiologii nowotworów złośliwych w Wielkopolsce. Uzyskanie bardziej szczegółowych informacji jest możliwe w Zakładzie Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii, tel. 61–88–50–637. Równocześnie uprzejmie informujemy, iż na stronie internetowej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w zakładce www.wco.pl/wrn znajdują się dodatkowe informacje o działalności Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów, dostępne są tam również elektroniczne wersje biuletynów od nr 1 do 9. Istnieje również możliwość wypełnienia i wydrukowania ze strony WRN elektronicznego formularza PDF Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego.



Preface

Cancer represents a significant health and economic issue for Polish society. In view of the forecasts concerning the aging of the country's population, the problem is bound to grow even more acute.

Greater Poland is a region of high cancer risk. In terms of standardized morbidity ratio, in 2010 Greater Poland is ranked second both for females and males among 16 Poland's provinces. As for standardized mortality ratio, female population of Greater Poland is ranked sixth and male population fourth.

Assuming an annual growth in the number of newly diagnosed cases of just 1 percent (5 percent growth in 2010 compare to 2009) and a gradual extension of patients' life-span (due to early diagnosis and improved treatment efficacy), the number of patients taken care of by the oncologist unit increases every year by several percent. The morbidity structure in the region of Greater Poland is similar to that in other West European countries. If we analyze the incidence in absolute numbers in both sexes in general, the first is lung cancer, followed by breast cancer, the third colorectal cancer (C18–C21). Among men, the most common malignancies are lung (C34), colorectal (C18–C21), prostate (C61). In women, breast cancer is the most common (C50), colon (C18–C21), lung (C34). More than one in three chance of dying from causes cancer in men is caused by lung cancer. Once again, in Greater Poland in 2010 this type of cancer in women has become the first cause of death. However, as observed in Poland and Greater Poland registration of more lung cancer deaths than the new cases is not due to factual errors, or low registration completeness, but it is one side effect of the observed decline of number of smokers in last 20 years (which translates into a decline in new cancer cases), on the other improvement of 5-year survival rates.

In addition, the 9th edition of our bulletin discusses in detail six cancer locations which, as we believe, represent the greatest challenge for the public health in Greater Poland province.

This year's bulletin, „Cancer Incidence in Greater Poland”, aims to publish data on the occurrence of cancers in Greater Poland and their diversity in terms of geography, counties, gender and location.

It contains only the basic data on cancer epidemiology in the region. For more details, please refer to the Cancer Epidemiology and Prophylaxis Department at the Greater Poland Cancer Centre, tel. +48 61 88 50 637. Further information on the activity of the Greater Poland Cancer Registry, as well as electronic copies of all the previous issues, is available at the Greater Poland Cancer Centre website under the tab www.wco.pl/wrn. There is also an ability to fill in and print the electronic version of Cancer Notification Form (in PDF).

dr n. med. Jerzy J. Mazurek
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa
Wielkopolskie Centrum Onkologii

Szanowni Państwo,

W ostatnich latach poprawiły się wyniki leczenia niektórych nowotworów. Wiąże się to jednak ze znacznym wzrostem kosztów. Duże wydatki muszą być wcześniej starannie zaplanowane – musimy więc wiedzieć ile będzie nowych zachorowań, czy i jak zmienia się struktura zachorowalności w naszym kraju i w naszym regionie. Powstają nowe ośrodki onkologiczne – jak powinny być rozmieszczone, by pacjenci znaleźli pomoc blisko miejsca zamieszkania? Prowadzimy programy profilaktyczne – czy przynoszą wymierne korzyści? Na te i wiele innych bardzo ważnych pytań szukamy odpowiedzi w Rejestrze Nowotworów. Coraz bardziej zabiegani, obarczeni wieloma biurokratycznymi obowiązkami często zapominamy o obowiązku wypełniania kart nowotworowych. A przecież jakość i kompletność Rejestru Nowotworów zależy od nas samych. To my tworzymy ten rejestr dla siebie i naszych pacjentów. Nie możemy traktować Rejestru Nowotworów jako „wroga”, który zabiera nam czas. Jest odwrotnie – od wielu lat towarzyszy nam jak przyjaciel, który zna odpowiedź na nasze pytania. A dla przyjaciół zawsze musimy znaleźć czas! Dbajmy więc o nasze dane, wypełniajmy starannie karty nowotworowe, a wtedy będziemy nadal mieli dobry i wiarygodny Rejestr Nowotworów, który był, jest i zawsze będzie bardzo potrzebny.



Ladies and Gentlemen,

Recent years have seen an improvement in the treatment of certain types of cancer. This, however, involves a considerable growth in costs. The heavy expenditure requires a careful planning; we need to know the number of new cases, whether and how the incidence will change in our country and region. New oncology centers are being founded – where to locate them so that patients can be offered necessary aid close to their place of residence? Preventive programmes are being carried out – do they deliver measurable benefits? Answers to these and many other questions can be looked for in cancer registries. Increasingly busy and overloaded with many bureaucratic duties, we tend to forget to fill in cancer forms, while it is us that the quality and completeness of cancer registry depend on. It is ourselves who develop this registry for our own and our patients' benefit. We must not treat the cancer registry as an 'enemy' which takes our time. It is actually the other way round: it has stood by us for many years as a friend providing answers for many of our questions. And we should always find some time for our friends, shouldn't we! Let us take care of our database, fill in the cancer forms carefully to maintain a good and reliable cancer registry that has been, is and will continue to be very useful.

Maria Litwiniuk

dr hab. n. med. Maria Litwiniuk
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie onkologii klinicznej

Województwo wielkopolskie w podziale na powiaty Greater Poland region by province



Ryc. 1. Wielkopolska na tle Polski oraz województwo wielkopolskie w podziale na powiaty.
Fig. 1. Localization of Greater Poland in Poland, districts of the Greater Poland province.

Rozdział 1 / Chapter 1

Agnieszka Dyzmann-Sroka, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Maciej Trojanowski, Teresa Wosicka, Lucyna Kramer

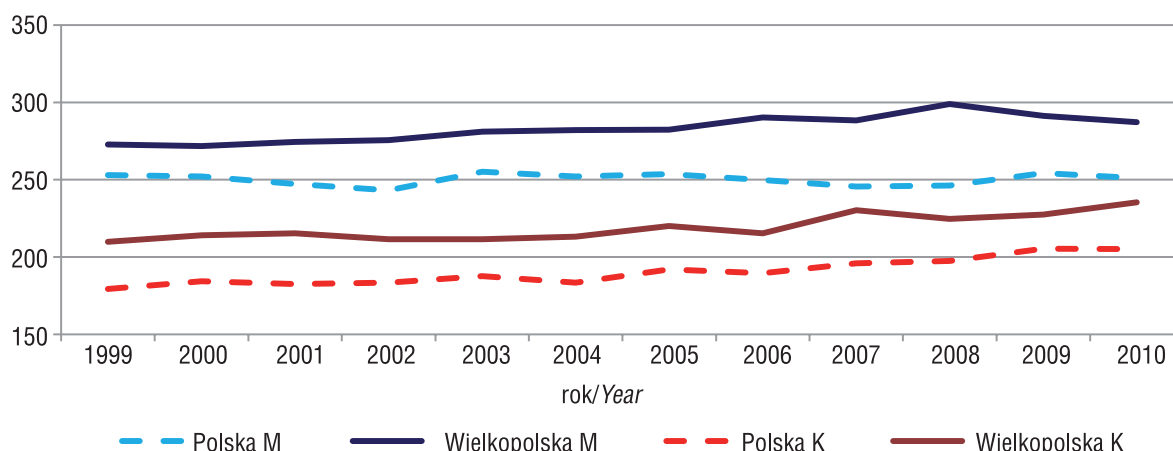
1.1. Streszczenie

W 2010 roku do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów zgłoszono 13 581 nowych zachorowań (6 722 u mężczyzn i 6 859 u kobiet). W stosunku do roku 2001 liczba nowych zachorowań wzrosła o 2 780 przypadków (tj. 26%). W porównaniu do roku 2009 liczba nowo zarejestrowanych przypadków u mężczyzn wzrosła o 168, u kobiet o 447. Biorąc pod uwagę, iż szacunkowa kompletność rejestracji w województwie wielkopolskim wynosi 99%, (niedorejestrowanie kształtuje się na poziomie 3% u mężczyzn i 0% u kobiet), szacuje się, iż około 200 zachorowań nie zostało zgłoszonych do rejestru.

W ciągu ostatnich 10. lat obserwowano tak w Polsce jak i w Wielkopolsce ciekawe zmiany współczynników standaryzowanych zachorowalności. W przypadku mężczyzn w Polsce współczynniki zachorowalności uległy zwiększeniu z $247/10^5$ do $251/10^5$ (tj. o 4 pkt.), dla Wielkopolski był to wzrost z $274/10^5$ do $287/10^5$ (tj. aż o 13 pkt.). Dla kobiet w Polsce współczynniki zachorowalności uległy zwiększeniu z $183/10^5$ do $205/10^5$ (tj. o 22 pkt.), dla Wielkopolski był to wzrost z $215/10^5$ do $235/10^5$ (tj. o 20 pkt. – ryc. 2). Takie współczynniki sytuowały Wielkopolan na 5. miejscu w 2001 roku – w 2010 jest to pozycja 2.

W przypadku Wielkopolanek sytuacja nie uległa zmianie, tak w 2001 jak i 2010 roku jest to miejsce 2. Powyższe dane pozwalają na wysnucie wniosku, iż nadal zachorowalność obserwowana u mężczyzn jest wyższa od zachorowalności u kobiet, a zachorowalność w Wielkopolsce osiąga współczynniki wyższe niż średnia dla Polski.

To oznacza, że nowotwory złośliwe pozostają istotnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Obserwowane trendy zachodzące w częstości zachorowań na nowotwory złośliwe wykazują przede wszystkim zmiany wśród zachorowań na nowotwory związane z ekspozycją na dym tytoniowy, szczególnie w populacji mężczyzn. W przypadku mężczyzn następują korzystne zmiany polegające na zmniejszaniu odsetka palących, co przekłada się na zmniejszającą się częstość zachorowań na nowotwory płuc. Na początku trend ten dotyczył młodych mężczyzn, a od początku lat 90. także mężczyzn w średnim wieku. Należy pamiętać, że nowotwory płuca nadal pozostają pierwszą przyczyną zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn (stanowiąc niemal 19% ogółu zachorowań i 29% zgonów). Schorzeniem, które w ostatnich latach wykazywało największą dynamikę wzrostu, a od 2009 wykazuje tendencję spadkową, stanowiąc trzeci co do częstości występowania u mężczyzn jest nowotwór złośliwy gruczołu krokowego. W przypadku kobiet obserwowany od 1999 roku wzrost zachorowalności na nowotwór złośliwy płuca uległ zatrzymaniu w 2009, po czym w 2010 znowu wzrósł – kolejny rok pokaże czy tendencja ta utrzyma się. W przypadku raka szyjki macicy najwyższą zachorowalność w ciągu ostatnich kilkunastu lat zarejestrowano w 2005 rok, po czym ulegała ona wahaniom, w 2010 roku liczba zachorowań zbliżona jest do roku 2009, a więc można mówić o pewnej stabilizacji. Zgodnie z oczekiwaniami nastąpił wzrost zarejestrowanych zachorowań na nowotwór złośliwy sutka u kobiet. Po interwencji Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów w jednostkach realizujących ministerialny Program Badań Przesiewowych w Kierunku Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego dla osób w wieku 50-65 lat, w szpitalach zajmujących się leczeniem chorych oraz Zakładach Patomorfologii zgodnie z oczekiwaniami zaobserwowano wzrost zgłoszonych do Rejestru nowych rozpoznanych raków jelita



Ryc. 2. Zmiany współczynników standaryzowanych zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce i Wielkopolsce w latach 1999-2010 (dane z Krajowego Rejestru Nowotworów).

Fig. 2. Changes in the standardized cancer morbidity rates in Poland and the Greater Poland region in 1999-2010 (data from the National Cancer Registry).

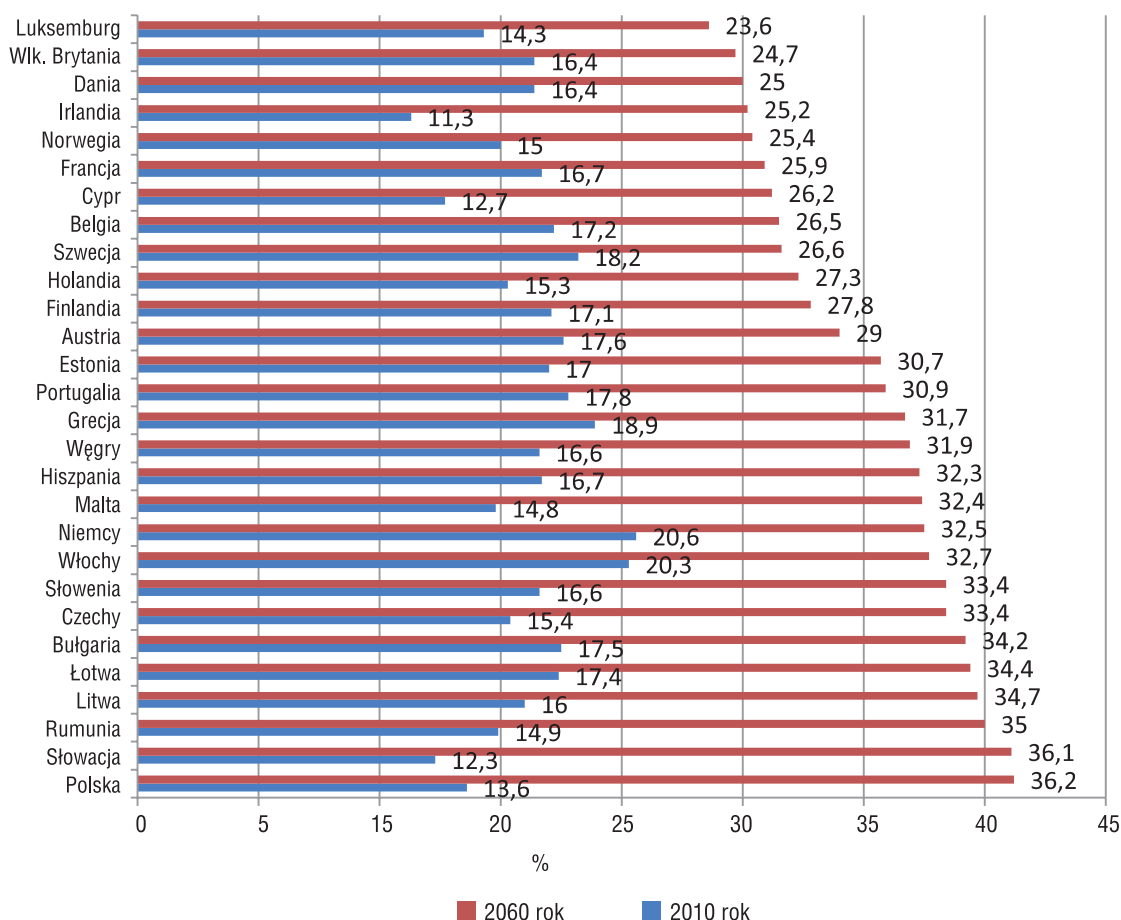
grubego (C18-C21).

W Wielkopolsce, podobnie jak w Polsce, trzy zjawiska decydują o wysokim zagrożeniu populacji nowotworami. Są to: ekspozycja na czynniki ryzyka (przede wszystkim dym tytoniowy), opóźnienie we wprowadzeniu populacyjnych programów wczesnej diagnostyki i leczenia nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy [1] oraz starzenie się społeczeństwa (w ciągu 12. lat populacja mężczyzn w wieku 50-69 lat wzrosła o 39%, kobiet o 35%). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) populacja uznawana jest za:

- młodą, gdy tylko 4% jej członków przekracza 65 lat,
- dojrzałą, gdy waha się pomiędzy 4 a 7%,
- starą, gdy ponad 7% populacji ma więcej niż 65 lat.

Tak w Polsce jak i Wielkopolsce odsetek osób w wieku 65+ wynosi aktualnie 13% - zgodnie z prognozami (European Economy 2/2009) w 2060 roku będzie to 36%, co sytuuje Polskę na 1. miejscu pośród 27 krajów Unii Europejskiej (ryc. 3). Pamiętać należy, że ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe rośnie wprost proporcjonalnie do wieku. W związku z globalnym starzeniem się społeczeństwa należy oczekiwać wzrostu zachorowalności na choroby przewlekłe, w tym nowotwory złośliwe. W 2008 roku zarejestrowano na świecie około 12 400 tys. zachorowań, WHO szacuje, że w 2030 roku będzie to około 26 400 tys. [1] (Tabela 1.).

W 2010 roku Główny Urząd Statystyczny zarejestrował w Wielkopolsce 8 218 zgonów z przyczyn nowotworów złośliwych (tj. 4 603 u mężczyzn i 3 615 u kobiet). Także pod względem współczynników standaryzowanych. W przypadku mężczyzn w Polsce współczynniki umieralności uległy zmniejszeniu z $204/10^5$ do $178/10^5$ (tj. o 26 pkt.), dla Wielkopolski był to spadek podobny tj. z 212 do 191 (o 21 pkt.). Dla kobiet w Polsce spadek ten był mniejszy, współczynniki umieralności zmniejszyły się z $108/10^5$ do $99/10^5$ (tj. o 9 pkt.), dla Wielkopolski był to spadek z 119 do 105 (tj. o 14 pkt. - ryc. 4). Takie współczynniki sytuowały Wielkopolan na 5. miejscu w 2001 roku – w 2010 jest to pozycja 4., w przypadku Wielkopolanek była to pozycja 2. w 2001 roku, w 2010 jest to miejsce 6. Nie budzi wątpliwości fakt, iż umieralność jest prostą konsekwencją zachorowalności, dlatego też umieralność obserwowana u mężczyzn jest wyższa od umieralności u kobiet. W przypadku zmian w poziomie standaryzowanych współczynników umieralności na nowotwory nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy Polską a Wielkopolską podobnych jak w przypadku zachorowalności, co potwierdza



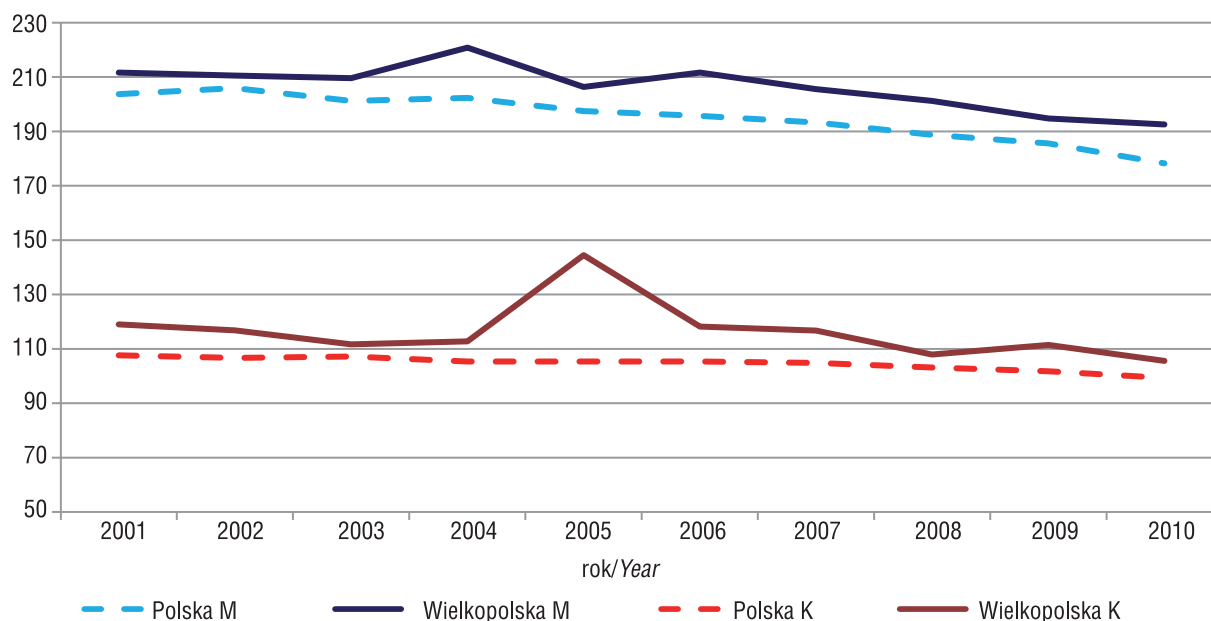
Ryc. 3. Odsetek populacji w wieku 65+ (27 krajów Unii Europejskiej).

Fig. 3. The proportion of population aged 65+ (EU27).

Tabela 1. Prognozowany wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe (w milionach).**Table 1.** Forecast growth in the number of new cancer cases (in millions).

Region	Cases 2008	Cases 2030*	
World	12,4	26	
Africa	0,7	1,6	
Europe	3,4	5,5	
East Mediterranean	0,5	1,2	
Pan-America	2,6	6,4	
South-East Asia	1,6	3,7	
Western Pacific	3,7	8,1	

* założony 1% roczny wzrost / assumed annual 1% growth

**Ryc. 4.** Zmiany współczynników standaryzowanych umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce i Wielkopolsce w latach 2001-2010.**Fig. 4.** Changes in the standardized cancer mortality rates in Poland and the Greater Poland region in 2001-2010.

efektywność działań podejmowanych przez Rejestry na rzecz poprawy kompletności w ostatnich kilku latach.

Summary

In 2010, a total 13,581 new cancer cases were reported to the Greater Poland Cancer Registry (6,722 in men and 6,859 in women). The number of new cases increased by 2,780 (26%) as compared to 2001. In comparison to 2009, the number of newly registered cases in men rose by 168, in women by 447. Considering that the completeness of registration in the Greater Poland province is 99% (unregistered cases represent 3% in men and 0% in women), around 200 cancer cases are estimated not to have been reported to the Registry.

Interesting changes in the standardized morbidity rates have been observed both in Poland and Greater Poland region over the recent ten years. For men, the morbidity rates in Poland have increased from 247/10⁵ to 251/10⁵ (i.e. by 4 points), while in Greater Poland from 274/10⁵ to 287/10⁵ (i.e. by as much as 13 points). For women, the morbidity rates in Poland have increased from 183/10⁵ to 205/10⁵ (i.e. by 22 points), while in Greater Poland from 215/10⁵ to 235/10⁵ (i.e. by 12 points – see Fig. 2). Such rates made the male population of Greater Poland to be ranked 5th among all regions of Poland in 2001, and 2nd in 2010. For the female population, the place in the ranking has not changed, being 2nd both in 2001 and in 2010. The above data lead to the conclusion that observed male morbidity continues to be higher than that observed in women, while the morbidity in the region of Greater Poland is higher than the Poland's average.

This means that malignancies remain to be a major challenge for public health care. Trends observed in cancer

incidence indicate a pronounced change in cancer morbidity related to the exposure to tobacco smoke, particularly among the male population. The proportion of smokers in the male population is found to decrease, which translates into a falling incidence of lung cancer. Initially, this trend was limited to young men, but since the early 1990s it has also been observed with middle-aged male population. Nevertheless, It needs to be remembered that lung cancer remains to be the leading cause of cancer morbidities and mortalities in men, accounting for nearly 19% of total mortalities and 29% of total mortalities. Prostate cancer is the type of the highest incidence growth rate in the recent years and the one that has shown a falling tendency since 2009, representing the third most prevalent malignancy in men. For women, the incidence of lung cancer, which has been observed to grow since 1999, levelled off in 2009 to rise again in 2010. The next year will show whether the tendency is sustained or not. In the case of cervical cancer, the highest morbidity in recent years was recorded in 2005, then it was found to fluctuate. The incidence in 2010 was similar to that in 2009 to prove a sort of stability. The incidence of breast cancer in women has increased, as expected. Also expectedly, following the Greater Poland Cancer Registry's intervention in institutions carrying out the ministerial screening programme for early detection of colorectal cancer for people aged 50-65, the number of newly diagnosed cases of colorectal cancer (C18-C21) at involved hospitals and pathomorphology units was found to increase.

In the region of Greater Poland, as in other parts of Poland, the population's high exposure to cancer is determined by three factors. Exposure to risk agents (primarily tobacco smoke); delay in the introduction of nation-wide programmes for early diagnostics and treatment of colon, breast, and cervix cancer [1]; and ageing of society (over last twelve years, the male population aged 50-59 increased by 39%, while the female population increased by 35%). According to the World Health Organisation's (WHO) definition, a population is considered to be:

- young when only 4% of its members is older than 65 years,
- mature, when the rate ranges between 4 and 7%,
- old when over 7% of its members is older than 65 years.

In Poland and Greater Poland alike, the proportion of population aged 65+ is currently 13%. According to the forecasts of the European Economy 2/2009 that proportion will rise to reach 36% in 2060 putting Poland ahead of the other 26 European Union countries (Fig. 3). It needs to be borne in mind that the risk of cancer grows proportionally to age. In view of the global ageing of the population, the incidence of chronic diseases, including cancer, is expected to grow. In 2008, around 12,400,000 new cases were registered worldwide; WHO estimates around 26,400,00 in 2030. [7] (Table 1).

In 2010, the Central Statistical Office registered 8,218 cancer deaths in Greater Poland (4,603 men and 3,615 women). Also in respect of standardized morbidity rates, some notable changes have been observed both in Poland and the Greater Poland region over the recent ten years. For men, the mortality rates in Poland have decreased from $204/10^5$ to $178/10^5$ (i.e. by 26 points); and a similar fall from $212/10^5$ to $191/10^5$ (by 21 points) has been observed in Greater Poland. For women, the nationwide decrease in the mortality rate was smaller: from $108/10^5$ to $99/10^5$ (i.e. by 9 points), and in Greater Poland from $119/10^5$ to $105/10^5$ (i.e. by 14 points – Fig. 4). Such rates made the male population of Greater Poland to be ranked 5th among all regions of Poland in 2001 (versus 4th place in 2010), whereas the female population ranked 2nd in 2001 versus 6th in 2010. Mortality rate is beyond any doubt a direct consequence of morbidity rate; therefore, mortality observed in men is higher than in women. As far as changes in the standardized cancer mortality rates are concerned, no significant differences have been found between Poland and the region of Greater Poland, contrary to recorded morbidity rates, thus confirming the efficacy of actions taken in recent years by cancer registries to improve the completeness of registration.

1.2. Wstęp

Niniejsza publikacja zawiera dane o występowaniu nowotworów złośliwych w województwie wielkopolskim, które zostały zróżnicowane pod względem płci, powiatu, wieku i ich umiejscowienia (zgodnie z X Rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych).

Introduction

This publication contains data on incidence of cancer in the Greater Poland province, broken down into gender, district, age and location (as defined by the 10th Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems).

1.3. Opis regionu

Województwo wielkopolskie jest jednym z największych w Polsce zarówno pod względem powierzchni (drugie miejsce w kraju 29 825 km²) jak i liczby mieszkańców (trzecie miejsce 3 419 426) (tab. 2). Gęstość zaludnienia wynosi 115 os/km². Ponad 55,9% populacji województwa mieszka w miastach (odsetek ten powoli spada na rzecz mieszkańców wsi) dla badanego roku liczba ludności mieszkającej na wsi wzrosła o 0,2 pkt. % tj. do 44,1%.

Populację województwa w większości stanowią kobiety, na 100 mężczyzn przypada 106 kobiet.

Wielkopolska składa się z 31 powiatów ziemskich i 4 grodzkich, w skład powiatów wchodzi 226 gmin (118 wiejskich, 89 miejsko-wiejskich i 19 miejskich).

Tabela 2. Ludność woj. wielkopolskiego wg płci i powiatów w 2010 roku. (Dane z GUS na dzień 31 XII 2010).

Table 2. Population in Greater Poland, by gender and districts in 2010.

Nazwa powiatu <i>Name of district</i>	Liczba ludności ogółem <i>Total population</i>	Mężczyźni <i>Male</i>	Kobiety <i>Female</i>
chodzieski	47 519	23 359	24 160
czarnkowsko-trzcianecki	87 086	43 002	44 084
gnieźnieński	142 285	69 641	72 644
gostyński	76 164	37 536	38 628
grodziski	50 109	24 856	25 253
jarociński	70 973	34 606	36 367
kaliski	81 388	39 960	41 428
kępiński	56 048	27 689	28 359
kolski	88 162	42 919	45 243
koniński	126 465	62 567	63 898
kościański	78 457	38 402	40 055
krotoszyński	77 471	38 026	39 445
leszczyński	52 194	25 989	26 205
międzychodzki	36 704	18 095	18 609
nowotomyski	73 090	35 665	37 425
obornicki	57 430	28 396	29 034
ostrowski	159 641	77 850	81 791
ostrzeszowski	55 047	27 180	27 867
pilski	137 723	67 096	70 627
pleszewski	62 563	30 993	31 570
poznański	327 110	159 069	168 041
rawicki	60 056	29 505	30 551
słupecki	58 436	29 018	29 418
szamotuński	87 876	42 861	45 014
średzki	55 794	27 345	28 449
śremski	59 468	29 151	30 317
turecki	83 707	40 835	42 872
wągrowiecki	68 757	33 997	34 760
wolsztyński	55 853	27 522	28 331
wrzesiński	75 125	36 646	38 479
złotowski	68 791	34 031	34 760
m. Kalisz	106 664	49 740	56 924
m. Konin	79 212	37 704	41 508
m. Leszno	64 432	30 616	33 816
m. Poznań	551 627	256 892	294 735
Wielkopolska	3 419 426	1 658 759	1 760 667

Description of the region

Greater Poland is one of Poland's largest provinces both in terms of area (second largest with the area of 29,825 sq. km) and population (third most populous with 3 419 426 people) (Tab. 2). The population density is 115 people per sq. kilometer. Greater Poland consists of 31 land districts and 4 urban districts.

More than 55.9% of the population in the region live in cities (this percentage is slowly decreasing in favor of the rural population) in the analyzed period of time, the number of people living in rural areas increased by 0.2% ie 44.1%.

The majority of population in the region are women, at 100 males 106 females.

Greater Poland consists of 31 administrative districts and 4 borough, consisting of 226 counties (118 rural, 89 rural urban and 19 urban).

1.4. Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (MZ/N-1a)

Obecnie obowiązującą w Polsce jest ustawa z dnia 29 czerwca 1995 roku o statystyce publicznej (Dz. U. z 1995 r., nr 88, poz. 439 ze zm.). Rejestr Nowotworów zbiera dane na podstawie Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (KZNZ). Od 1962 roku obowiązywała KZNZ nosząca symbol MZ/N1, która została zmodyfikowana w latach 80 i obowiązywała do 2002 roku jako karta MZ/N1a. W 2003 roku do karty wprowadzono zestaw informacji identyfikujących placówkę służby zdrowia. Wzór obecnie obowiązującej KZNZ, która nosi symbol MZ/N-1a (ryc. 5), został opublikowany w załączniku „Wzory formularzy sprawozdawczych kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych” (Dz. U. z 2004 r., nr 285, poz. 2849) oraz zmieniony na drodze Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów zmieniającego „Rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2007” (Dz. U. z 2007 r., nr 114, poz. 779). Rejestracja nowotworów w 2010 roku odbywała się na podstawie „Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2010” (Dz. U. z 2010 r., nr 3, poz. 14). Rozporządzenie to zobowiązuje wszystkie jednostki służby zdrowia i poszczególnych lekarzy do wypełniania KZNZ dla pacjentów przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu; przy wizytach kontrolnych, w czasie których zostanie stwierdzona zmiana mająca związek z leczeniem lub postępem choroby oraz na podstawie karty zgonu, jeśli przyczyną był nowotwór złośliwy. Zgłoszeniu podlegają choroby nowotworowe oznaczone w X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych kodami C00–C97 oraz nowotwory „*in situ*” (D00–D09).

Zgodnie z w/w rozporządzeniem dane za 2010 rok zebrane w Wielkopolsce na podstawie Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego zostały przesłane przed 30 czerwca 2012 roku przez Wielkopolski Rejestr Nowotworów do Krajowego Rejestru Nowotworów (z siedzibą w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie), gdzie po weryfikacji zostały one włączone w ogólnopolski raport roczny (dane dostępne na stronie <http://epid.coi.waw.pl/krn>). Dane publikowane przez Rejestry Wojewódzkie mogą różnić się od publikowanych w Biuletynie Krajowego Rejestru Nowotworów, gdyż Rejestry uzupełniają je na bieżąco.

Cancer Notification Form

The area of cancer registration is currently regulated by the Law of 29 June 1995 on public statistics (Journal of Laws of 1995, No. 88, item 439 as amended). A cancer registry collects data based on Cancer Notification Forms (CNFs). The currently applicable CNF version has the reference of MZ/N-1a (Fig. 4). The registration procedure in 2009 was based on the Council of Ministers Regulation on Programme of Statistical Surveys of the Public Statistics for 2009 (Journal of Laws of 2008, No. 221, item 1436). The Regulation requires all health care institutions and individual doctors to complete CNFs for patients with newly diagnosed or suspected cancer; at control visits where a change is found to affect treatment or disease progression; or based on a death certificate, if the death is caused by cancer. Eligible for registration are malignancies coded in the 10th Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems as C00–C97, and in situ neoplasms (D00–D09).

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KARTY ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

Zasady ogólne

Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego MZ/N-1a (ryc. 5) służy do zgłaszania wykrytych przypadków nowotworów złośliwych 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 karty zgonu, jeśli przyczyną był nowotwór złośliwy.

Adresat: MINISTERSTWO ZDROWIA, Regionalny Rejestr Onkologiczny
Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej

1. Typ karty: ☐ pierwsza ☐ kontrolna		2. Numer: _____	
Mz/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO			
Nazwa i adres jednostki - pieczęć z numerem REGON		3. REGON (cz. I resort. kodu identyf.): _____	
		4. PESEL: _____	
		5. Data urodzenia: _____ rok miesiąc dzień	
		6. Płeć: ☐ mężczyzna ☐ kobieta	
7. Nazwisko _____			
8. Imię _____		9. Poprzednie nazwisko _____	
ADRES: _____		11. Kod TERYT _____	
10. Miejscowość _____			
12. Ulica, nr domu, nr mieszkania _____			
13. Gmina _____		14. Powiat _____	
15. Województwo _____			
16. Zajęcie: ☐ uczeń ☐ prac. umysłowy ☐ prac. fizyczny ☐ rolnik ☐ emeryt/rencista ☐ inny			
17. Ukończona szkoła: ☐ bez wykształcenia ☐ podstawowa ☐ gimnazjum ☐ zasadnicza zawodowa ☐ średnia ☐ policealna ☐ wyższa			
18. DATA ROZPOZNANIA: _____ rok miesiąc dzień			
DATA PRZYJĘCIA:		22. DATA ZGONU: _____ rok miesiąc dzień	
19. Do ambulatorium: _____ rok miesiąc dzień		23. Miejsce zgonu: ☐ szpital ☐ dom ☐ inne	
20. Do szpitala: _____ rok miesiąc dzień		24. Przyczyna zgonu: ☐ nowotwór ☐ inna	
21. DATA WYPISU: _____ rok miesiąc dzień			

25. ROZPOZNANIE KLINICZNE: ICD-10 _____ Opis i lokalizacja nowotworu: _____ _____ _____		28. ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE: _____ ☐ nie pobrano materiału do badania ☐ pobrano wycinek (badanie w toku) ☐ wynik negatywny (nie potwierdzono nowotworu) ☐ wynik pozytywny (potwierdzono nowotwór) Typ histologiczny _____ _____	
26. Nowotwór: ☐ pojedynczy ☐ mnogi		29. Kod histopat. _____	
27. Strona ciała: ☐ prawa ☐ lewa ☐ obie strony			
30. Kod zaawansowania TNM: 0 1 2 3 4 X T ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ TIS N ☐ ☐ ☐ ☐ M ☐ ☐ ☐ ☐		31. Stadium zaawansowania: ☐ rak in situ ☐ regionalne (przerzuty regionalne) ☐ miejscowe ☐ uogólnione (przerzuty odległe) ☐ niedokładnie określone	
32. Inne podstawy rozpoznania: ☐ cytologia ☐ inne bad. obraz. ☐ endoskopia ☐ badanie kliniczne ☐ radiologia ☐ sekcja ☐ operacja wywiad. ☐ tylko akt zgonu ☐ badanie skryningowe możliwe zaznaczenie kilku pól		33. Leczenie skojarzone: ☐ radioter. + chemioter. ☐ chirurgia + chemioter. ☐ radioter. + chemioter. + chirurgia ☐ radioter. + chirurgia ☐ lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt 34)	
		34. Metody leczenia nieskojarzonego: ☐ chirurgia ☐ hormonoterapia ☐ radioterapia ☐ immunoterapia ☐ chemioterapia ☐ inne możliwe zaznaczenie kilku pól	
35. Rodzaj leczenia: ☐ radykalne ☐ paliatywne ☐ objawowe ☐ skierowany na leczenie ☐ brak zgody na leczenie			
36. Data wypełnienia karty: _____ rok miesiąc dzień		37. Nr statystyczny lekarza: _____	
38. Identyfikator osoby wczytującej _____		39. Podpis lekarza _____	

Kartę wypełnia się dla chorych z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu przy pierwszym oraz ponownym zgłoszeniu, a także w przypadku zgonu.

Ryc. 5. Wzór Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego.
Fig. 5. Model Cancer Notification Form.

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

ZASADY WYPEŁNIANIA KARTY

Kartę należy wypełniać czytelnie, czarnym lub niebieskim kolorem, używając drukowanych liter, a pole kodowe zaznaczyć symbolem X wewnątrz obszaru pola. Kartę można również wypełnić elektronicznie na stronie Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów (www.wco.pl/wrn), ale wówczas należy pamiętać, aby wypełnioną kartę wydrukować, podpisać i przesłać do WRN!

- Pole 1. Należy zaznaczyć, czy pacjent ma wypełnianą kartę KZNZ po raz pierwszy, czy jest to jego kolejna karta.
- Pole 2. **Nie wypełniać** (wypełnia właściwy rejestr nowotworów złośliwych).
- Pole 3. Należy wstawić nazwę lub pieczętkę 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 diagnozy czy poprzednich zgłoszeń.
- Pole 10. Należy wpisać miejscowość, w której pacjent jest zameldowany na stałe.
- Pole 11. **Nie wypełniać** (wypełnia właściwy rejestr onkologiczny).
- Pole 12. Należy wpisać ulicę, nr domu i mieszkania pacjenta w miejscu zamieszkania.
- 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 ukończoną przez pacjenta szkołę.
- 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 określonego 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.
- Pole 25. **Nie wpisywać rozpoznania klinicznego ICD-10.** Pamiętać, aby w miejscu na opis 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 jest nieznany.
- Pole 26. Należy zaznaczyć czy rozpoznany nowotwór jest pierwszym nowotworem, czy jest to kolejny, różny histologicznie nowotwór. Nie należy zakreślać pól w przypadku przerzutów.
- Pole 27. W wypadku nowotworów umiejscowionych w narządach parzystych należy podać stronę ciała pacjenta, po której znajduje się nowotwór.
- Pole 28. 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 29. **Nie wpisywać kodu histopatologicznego.** Pamiętać, aby w miejscu na opis wpisać pełne rozpoznanie histopatologiczne.
- Pole 30. Należy zakreślać stadium zaawansowania choroby nowotworowej według klasyfikacji TNM.
- Pole 31. Jeżeli diagnostyka TNM nie jest możliwa, należy określić stadium zaawansowania choroby.
- Pole 32. Jeżeli nie wykonano badania histopatologicznego, należy zakreślić, jakie inne badania były podstawą rozpoznania nowotworu. Wskazywanie innych badań, których rezultat nie posiada istotnej wartości diagnostycznej, jest niecelowe. Laparotomię należy zaznaczyć jako operację wywiadowczą.
- Pole 33. Należy określić, jakie metody leczenia skojarzonego zastosowano u pacjenta (kolejność nieistotna).
- Pole 34. Należy zakreślić, jakiemu leczeniu przeciwnowotworowemu nieskojarzonemu poddano dotychczas pacjenta (operacja wywiadowcza nie jest leczeniem chirurgicznym). Możliwe jest zaznaczenie kilku pól.
- Pole 35. Należy określić rodzaj leczenia, zaznaczając jedną z przewidzianych w karcie możliwości.
- Pole 36. Należy wpisać datę wypełnienia karty według ustalonego formatu (rrrr-mm-dd).
- Pole 37. Pole na podpis lekarza wypełniającego kartę oraz numer statystyczny lekarza.
- Pole 38. **Nie wypełniać.**
- Pole 39. Czytelny podpis i pieczęć lekarza.

1.5. Wielkopolski Rejestr Nowotworów

W swojej historii Rejestr obejmował zasięgiem różne obszary. Do 1998 roku rejestry w Polsce dzieliły się na wojewódzkie i regionalne (te obejmowały kilka województw). I tak Wielkopolski Rejestr Nowotworów obejmował opieką województwa: kaliskie, konińskie, leszczyńskie, pilskie, poznańskie, zielonogórskie. Od 1999 roku (kiedy na skutek reformy administracyjnej z dotychczasowych 49 województw utworzono 16 – liczba rejestrów została zwiększona do 16), stąd obecnie Wielkopolski Rejestr Nowotworów obejmuje 31 powiatów ziemskich oraz 4 miasta na prawach powiatu (Kalisz, Konin, Leszno, Poznań). Rejestr przechowuje dane w postaci papierowej oraz dodatkowo elektronicznie od roku 1980 dla miasta Poznania, a dla całego województwa od roku 1985.

Zadaniem Rejestru jest zbieranie danych o zachorowaniach na nowotwory złośliwe, aktualizacja tych danych w bazie rejestru, wprowadzanie nowych zachorowań, obliczanie współczynników zachorowalności i umieralności, analiza zgromadzonych danych.

Wielkopolski Rejestr Nowotworów gromadzi dane o zachorowaniach z określonego obszaru, o populacji dokładnie określonej co do jej struktury i wielkości. Dane pochodzące z Rejestru pozwalają opracować strategię resortową w zakresie ochrony zdrowia dla województwa wielkopolskiego oraz określają przyszłe potrzeby w zakresie liczby łóżek onkologicznych, liczby personelu oraz koniecznych zakupach sprzętu. Najważniejszym z zadań jakie stoją przed Rejestrem jest gromadzenie informacji, które mogą być wykorzystywane do badań naukowych, opracowań, publikacji, śledzenia losów pacjenta oraz w programach zwalczania nowotworów złośliwych. Nad bezpieczeństwem przetwarzania danych osobowych w Wielkopolskim Rejestrze Nowotworów, jako jednostce znajdującej się w strukturach Wielkopolskiego Centrum Onkologii, czuwa Administrator Bezpieczeństwa Informacji oraz Administrator Bezpieczeństwa Sieci i Systemów Informatycznych. Wszyscy pracownicy rejestru przeszli szkolenie i otrzymali imienne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w formie papierowej i elektronicznej, a kierownik rejestru posiada dodatkowo poświadczenie bezpieczeństwa upoważniające do informacji niejawnych stanowiących tajemnicę służbową.

Greater Poland Cancer Registry

Throughout its history, the Registry included different areas. Until 1998, the registers in Poland were divided into provincial and regional (These included several provinces). Greater Poland Cancer Registry covered: Kalisz, Konin, Leszno, Piła, Poznań, Zielona Góra. Since 1999 (when the result of the administrative reform of the existing 49 provinces created 16 - the number of registers has been increased to 16), so now it's scope of activity covers 31 land districts and four cities with the rights of a district (Kalisz, Konin, Leszno, Poznań). The Registry has been used to keep data in the paper form, and also electronically, for the city of Poznań since 1980 and for the rest of the province since 1985.

The Registry's role is to collect data on cancer incidence, update its database, enter new cases, calculate morbidity and mortality ratios, and analyse collected data.

The Greater Poland Cancer Registry collects data on cancer morbidity in a specific area, with regard to a population clearly defined in terms of structure and size. The safety of personal data processing in the Greater Poland Cancer Registry, as part of the Greater Poland Cancer Centre, is ensured by the Information Safety Administrator and IT Network and Systems Safety Administrator. All the Registry staff have been trained and individually authorised to process personal data in a paper and electronic form, and the Registry manager additionally holds a safety certificate authorising him or her to access confidential information constituting an official secret.

1.6. Metody statystyczne

W biuletynie za rok 2010 zastosowano kilka podstawowych wskaźników statystycznych, są to: liczby bezwzględne, wskaźniki struktury, współczynniki surowe oraz standaryzowane według wieku.

Bezwzględna liczba przypadków zachorowań (zgonów) na nowotwory złośliwe występująca w danej populacji w określonym przedziale czasu, zależy od wielkości tej populacji, jak i jej struktury wieku.

Wskaźnik struktury – przedstawiony w postaci odsetka, liczony do wszystkich zachorowań (zgonów) na nowotwory złośliwe w analizowanej populacji, odzwierciedla procentowy udział danego umiejscowienia np. raka szyjki macicy w odniesieniu do ogółu nowotworów zdiagnozowanych w analizowanym okresie czasu wśród danej populacji w tym przypadku kobiet.

Współczynnik surowy zachorowalności (umieralności) określa liczbę zachorowań (zgonów) na 100 000 badanej populacji, przy czym miara ta nie uwzględnia struktury wieku populacji.

W biuletynie używane są także **częstkowe współczynniki zachorowalności (umieralności)**, które służą do określenia częstości występowania danego schorzenia w określonej grupie wieku (również na 100 000 populacji).

Statystyka zachorowalności (umieralności) musi być porównywalna w czasie i między różnymi populacjami. W tym

celu w naszej publikacji zastosowaliśmy metody, które uwzględniają populację oraz jej strukturę. W polskim społeczeństwie występują duże zmiany w strukturze wieku ludności, które są wynikiem wpływu II Wojny Światowej. Spośród wielu metod zapewniających porównywalność występowania chorób w różnych populacjach w biuletynie za rok 2010 zastosowano **standaryzowany według wieku współczynnik zachorowalności (umieralności)**. Prognozuje on ile zachorowań (zgonów) wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standardową (w publikacji standaryzację wyników wykonano metodą bezpośrednią, jako populację standardową przyjęto "standardową populację świata"). Standaryzowany współczynnik zachorowalności (umieralności) – SR oblicza się według następującego wzoru:

$$SR = \frac{\sum_{i=1}^N \frac{k_i}{p_i} w_i}{\sum_{i=1}^N w_i}$$

gdzie:

k_i – jest liczbą zachorowań (zgonów) w i -tej grupie wieku,

p_i – jest liczebnością populacji w i -tej grupie wieku,

i – jest numerem grupy wieku ($i=1, \dots, N$),

N – jest ilością grup wieku (dla 5-letnich grup $N=18$),

w_i – jest wagą przypisaną i -tej grupie wieku, wynikającą z rozkładu standardowej populacji świata.

Wyznaczono wskaźniki 5-letnich przeżyć na podstawie tablic aktuarialnych z lat 1999-2009. Obliczono również przedziały ufności dla w/w wskaźników i policzono średni czas przeżycia dla wybranych nowotworów.

Z danych z lat 1999-2010 obliczono wg modelu wykładniczego prognozę dla zachorowań i zgonów w kolejnych latach do roku 2020 według równania:

$$\text{Prognoza} = a + b^t$$

gdzie:

a, b – współczynniki równania,

t – czas (kolejne lata).

Statistical methods

The 2010 bulletin employs a number of basic statistical indicators, such as: Absolute numbers, proportions, crude rates, rates standardized by gender.

Absolute number of cancer cases (deaths) occurring in a given population over a specific period of time, depending on the size of the population and its age structure.

Proportion expressed as a percentage, calculated in relation to the total number of cases (deaths) in the analysed population; reflects a percentage share of a given cancer location, e.g. cervix, in the overall number of cancer cases diagnosed within an analysed period in women.

Crude morbidity (mortality) rate defines the number of cancer cases (deaths) per 100,000 population, without taking into account the population age structure.

The bulletin also uses **partial morbidity (mortality) rates** serving to determine the frequency of a condition in a specific age group (also per population of 100,000).

The morbidity (mortality) statistics have to be comparable over time and across populations. To this end, the methods we applied in our publication are of the kind that take into consideration the population and its structure. Polish society has been marked with significant changes in the age structure as an aftermath of the World War Two. Out of many methods ensuring comparability of disease incidence in various populations, in our 2010 bulletin we chose to apply a **morbidity (mortality) rate standardized by age**. It forecasts how many cancer incidences (deaths) would occur in a population, should the age structure of that population be the same as that assumed as a standard one (in this

publication, standardisation of results is made by the direct method). For the purpose of this study, standard population is understood as a standard world's population. **Standardized morbidity (mortality)** rate is calculated according to the following formula:

$$SR = \frac{\sum_{i=1}^N \frac{k_i}{p_i} w_i}{\sum_{i=1}^N w_i}$$

where:

k_i – is the number of incidences (deaths) in the i -th age group,

p_i – is the size of the population in the i -th age group,

i – is the number of the age group ($i=1, \dots, N$),

N – is the number of age groups (for 5-year groups, $N=18$),

w_i – is the weight assigned to the i -th age group, derived from the distribution in the standard world's population.

1.7. Kompletność rejestracji

W biuletynie w miejsce terminu „zachorowalność” używa się „zarejestrowana zachorowalność”, aby zwrócić uwagę, że opisywane dane o zachorowalności obciążone są pewnym niedorejestrowaniem.

Jako najprostszą miarę kompletności rejestracji nowotworów złośliwych w poszczególnych województwach zastosowano wskaźnik **Zachorowania/Zgony**, który jest ilorazem liczby nowo zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem do liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem w analizowanym czasie np. roku. Wzór wskaźnika przedstawiono poniżej:

$$W_{Za/Zg}^W = \frac{Z_{zachorowania}}{Z_{zgony}}$$

W przypadku nowotworów charakteryzujących się krótkimi przeżyciami wskaźnik Za/Zg ma wartość bliską 1 (np. dla nowotworu złośliwego płuca $Za/Zg = 0,9$; kości – 0,8; mózgu – 1; wątroby – 0,7; trzustki – 0,8). W przypadku nowotworów złośliwych o lepszym rokowaniu wskaźnik Za/Zg powinien być znacząco większy niż 1 (np. dla nowotworu złośliwego sutka $Za/Zg = 2,6$; jelita grubego – 1,4; szyjki macicy – 1,8 a dla jądra – 6,5). Wartość wskaźnika Za/Zg może być bliska 1 w przypadku nowotworów rzadkich, zazwyczaj oznacza jednak znacznie zaniżoną rejestrację przypadków.

Szacunkowy odsetek zarejestrowanych nowotworów złośliwych nazywamy kompletnością rejestracji oblicza się na podstawie następującego wzoru:

$$K_R = \frac{W_{Za/Zg}^W}{W_{Za/Zg}^S} \times 100$$

gdzie $W_{Za/Zg}^S$ jest wskaźnikiem Zachorowania/Zgony uznanym za standard. Do 2006 roku włącznie $W_{Za/Zg}^S = 1,5$ (1,7 dla kobiet; 1,4 dla mężczyzn), od 2007 roku $W_{Za/Zg}^S = 1,67$ (1,9 dla kobiet; 1,5 dla mężczyzn). Równocześnie zachowana jest zasada:

$$K = \begin{cases} 100\% \text{ jeśli } K_R \geq 100 \\ K\% \text{ jeśli } K_R < 100 \end{cases}$$

W warunkach idealnych kompletność rejestracji powinna być bliska 100%, tak aby porównywanie częstości występowania nowotworów pomiędzy rejestrami odzwierciedlało prawdziwe różnice w występowaniu nowotworów, bez błędów wynikających z procesu rejestracji.

Registration completeness

The completeness of the cancer registration in particular provinces was measured by the simplest possible way, that is by determining the **Morbidity to Mortality** ratio representing the proportion between the total number of newly registered cancer cases and the total number of cancer-caused deaths in the analysed period, e.g. a year. The formula to calculate the ratio is as follows:

$$W_{Za / Zg}^W = \frac{Z_{zachorowania}}{Z_{zgony}}$$

The estimate proportion of registered cancer cases is referred to as registration completeness and calculated according to the following formula:

$$K_R = \frac{W_{Za / Zg}^W}{W_{Za / Zg}^S} \times 100$$

where $W_{Za/Zg}^S$ is the **Morbidity/Mortality** ratio recognised as standard. At the same time the following principle is followed:

$$K = \begin{cases} 100\% \text{ jeśli } K_R \geq 100 \\ K\% \text{ jeśli } K_R < 100 \end{cases}$$

1.8. Ocena kompletności i jakości rejestracji

Od początku lat 80. XX wieku w Polsce obserwuje się poprawę kompletności rejestracji nowotworów. Na początku lat 80. prof. T. Koszarowski szacował niedorejestrowanie przypadków na około 30%, w następnych latach wskaźnik ten regularnie spadał osiągając 20% w roku 1990 i 5% w 1996 [1]. W wyniku strajku lekarzy w latach 1997–1998 niektórzy z nich nie wypełniali kart MZ/N–1a i utracili ten nawyk, co spowodowało spadek kompletności rejestracji (w 2004 niedorejestrowanie wyniosło 10%).

W roku 2010 wskaźnik **Zachorowania/Zgony** dla Wielkopolski ogółem wyniósł 1,7 (dla mężczyzn 1,5 i dla kobiet 1,9), co oznacza wzrost w porównaniu do 2009 roku, kiedy to wynosił 1,6 (dla mężczyzn 1,4 i dla kobiet 1,7) – tabela 3.

Zarówno w Wielkopolskim Rejestrze jak i pozostałych rejestrach w Polsce od lat zwraca uwagę różnica wartości wskaźnika **Zachorowania/Zgony** między płciami – wyższa w populacji kobiet, co należy tłumaczyć faktem, iż w populacji mężczyzn dominuje źle rokujący nowotwór złośliwy płuca [1].

Tabela 3. Wskaźniki kompletności rejestracji oraz wskaźnik **Za/Zg** dla kobiet i mężczyzn w Wielkopolsce w 2010 roku.

Table 3. Registration completeness ratios and I/D ratios for males and females in Greater Poland in 2010.

Płeć (Sex)	Wskaźnik Za/Zg (I/D rate)	Standardowy wskaźnik Za/Zg (standard I/D rate)	Kompletność (Completeness)
Mężczyźni (Male)	1,46	1,50	97%
Kobiety (Female)	1,90	1,90	100%
Wielkopolska	1,65	1,67	99%

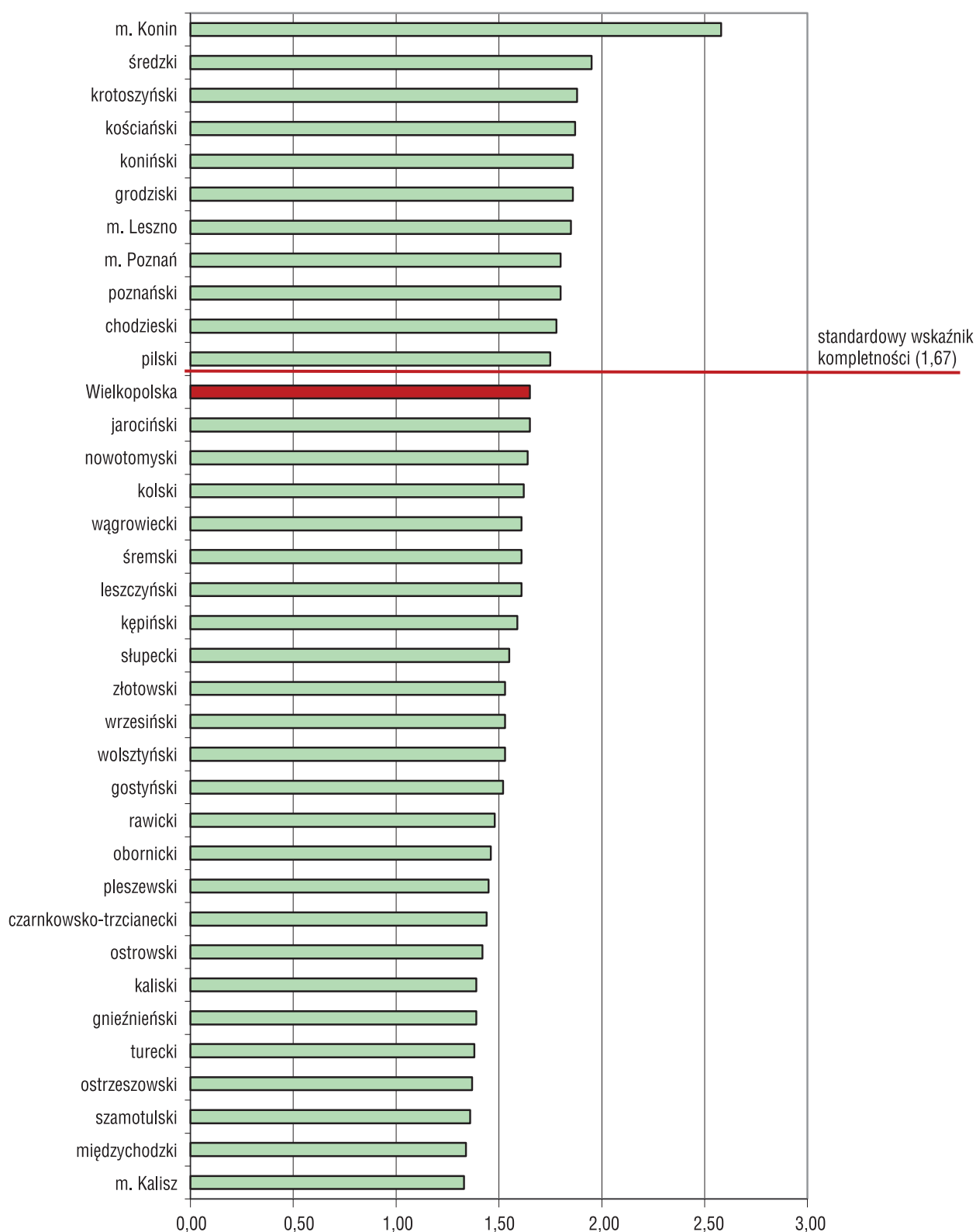
Od lat Wielkopolski Rejestr Nowotworów cechuje wysoka kompletność i jakość gromadzonych danych. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów dla danych za 2010 rok Wielkopolski Rejestr Nowotworów z kompletnością rejestracji na poziomie 99% (średnia dla Polski 90%), jakością 85% (średnia dla Polski 84%) utrzymuje się w czołówce rejestrów w Polsce. Od roku 2008 Wielkopolski Rejestr Nowotworów jest aktywnym członkiem International Association of Cancer Registries.

Wskaźnik **Zachorowania/Zgony** wykazuje w Wielkopolsce zróżnicowanie w poszczególnych powiatach i waha się od 1,33 (m. Kalisz) do 2,58 (m. Konin) (tab. 4, ryc. 6). W 2009 roku aż 6 powiatów osiągało wskaźnik o wartości $\geq 1,30$, co oznaczało niedorejestrowanie. W bieżącym roku możemy mówić o znaczącej poprawie kompletności rejestracji, gdyż żaden z powiatów nie osiągnął tak niskiego wskaźnika kompletności. Poprawiła się również średnia dla Wielkopolski i wynosi ona 1,65 (w 2009 roku = 1,57). 11 powiatów osiągnęło wskaźnik **Za/Zg** wyższy od wskaźnika standardowego (tj. 1,67), a więc cechuje je 100% kompletność.

Tabela 4. Kompletność rejestracji nowotworów w Wielkopolsce według powiatów w 2010 roku.

Table 4. Completeness of registration by province in 2010.

Nazwa powiatu (County)	Liczba zachorowań (Number of cases)	Liczba zgonów (Number of deaths)	Wskaźnik Za/Zg Ogółem (Incidence/Death rate)
chodzieski	192	108	1,78
czarnkowsko-trzcianecki	293	203	1,44
gnieźnieński	510	368	1,39
gostyński	293	193	1,52
grodziski	197	106	1,86
jarociński	264	160	1,65
kaliski	255	183	1,39
kępiński	173	109	1,59
kolski	303	187	1,62
koniński	521	280	1,86
kościański	332	178	1,87
krotoszyński	327	174	1,88
leszczyński	166	103	1,61
międzychodzki	121	91	1,34
nowotomyski	272	166	1,64
obornicki	183	125	1,46
ostrowski	571	401	1,42
ostrzeszowski	175	128	1,37
pilski	566	324	1,75
pleszewski	198	137	1,45
poznański	1 185	657	1,80
rawicki	217	147	1,48
słupecki	228	147	1,55
szamotulski	296	217	1,36
średzki	253	130	1,95
śremski	241	150	1,61
turecki	289	209	1,38
wągrowiecki	287	178	1,61
wolsztyński	201	131	1,53
wrzesiński	273	178	1,53
złotowski	224	146	1,53
m. Kalisz	383	288	1,33
m. Konin	451	175	2,58
m. Leszno	278	150	1,85
m. Poznań	2 863	1 591	1,80
Wielkopolska	13 581	8 218	1,65



Ryc. 6. Kompletność rejestracji nowotworów według powiatów w 2010 roku.

Fig. 6. Completeness of registration by province in 2010.

Evaluation of registration completeness and quality

Since the early 1980s, Poland has seen an improvement in the completeness of cancer registration. In the early 1980s, Prof. T. Koszarowski estimated the unregistered cases to account for around 30% of all cancer incidences. In the following years, this proportion steadily decreased to reach 20% in 1990 and 5% in 1996 [1]. During the health service strike in 1997–1998, some physicians did not complete their MZ/N–1a forms and then got out of the habit of doing so, which resulted in lower registration levels (in 2004, under-registration amounted to 10%).

In 2010, the mean Morbidity/Mortality ratio for Greater Poland was 1.7 (1.5 for men and 1.9 for women). In comparison it was 1.6 in 2009 (1.4 for men and 1.7 for women) – see Table 3.

Both in Greater Poland and other regions of Poland, cancer registries show a conspicuous difference in the Morbidity/Mortality ratios between the genders, with the female population exhibiting higher figures. This may be accounted for by the predominance of the poor prognostic lung cancer in the male population [1].

For many years now, the Greater Poland Cancer Registry has been known for high completeness of its data. According to the statistics of the National Cancer Registry for 2010, the Greater Poland Cancer Registry with registration completeness of 99% (Poland's mean: 90%), registration quality of 85% (Poland's mean: 84%) is one of the country's top institution of that type.

The Morbidity/Mortality ratio varies across districts, ranging from 1.33 (in Kalisz) to 2.58 (in Konin), (see Table 4, Fig. 6). The rate of ≥ 1.30 stands for under-registration. The average for Greater Poland is 1.65; therefore, districts with higher rates may be said to have a very good completeness, while those with rates equal to the standard level of 1.67 (11 districts in 2010) are considered to be marked with high completeness.

1.9. Udział wielkopolskich ZOZ-ów w rejestracji nowotworów złośliwych

Do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów wpłynęło w 2010 roku około 78 000 Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego. Z tego prawie 36 000 kart dotyczyło pacjentów, u których chorobę nowotworową zdiagnozowano w 2010 roku (w pierwszym roku od rozpoznania informację o chorym przesyła kilka jednostek). Tabela 5. przedstawia szacunkową liczbę kart przesłanych dla nowo rozpoznanych w latach 2008-2010 przypadków (pod uwagę brane były wyłącznie jednostki główne, w których nowotwór rozpoznano). Jak wynika z poniższej tabeli w 2010 roku prawie co trzeci przypadek został zgłoszony przez Wielkopolskie Centrum Onkologii (WCO). Pod względem liczb bezwzględnych jednostkami rozpoznającymi najwięcej przypadków nowotworów po WCO są: Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu, Szpital Specjalistyczny w Pile, SZOZ nad Matką i Dzieckiem (Klinika Świętej Rodziny) w Poznaniu.

Jak wynika z analizy głównych jednostek zgłaszających nowe przypadki ogólna liczba zgłoszeń utrzymała się na podobnym poziomie, w przypadku 42% jednostek zaobserwowano spadek nowych chorych, w pozostałych wzrost. Trudno ocenić czy sytuacja ta wynika z rzeczywistych tendencji, czy też spowodowana jest weryfikacją kart statystycznych osób hospitalizowanych w latach 2005-2009 dokonaną w 2012 roku przez Krajowy Rejestr Nowotworów. Weryfikacja ta pozwoliła na uzupełnienie bazy o brakujące zgłoszenia (tab. 5).

W tym miejscu zespół Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów składa szczególne podziękowania wszystkim pracownikom wielkopolskiej Służby Zdrowia, którzy działając na rzecz statystyki nowotworów złośliwych wystawili i przesłali za 2010 rok do rejestru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego. Szanowni Państwo wysoka jakość i kompletność danych naszego Rejestru jest Państwa zasługą.

Równocześnie przypominamy, iż wystawianie Kart Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (instrukcja wypełniania wraz z możliwością bezpośredniego wystawienia i wydrukowania karty dostępna na stronie www.wco.pl/wrn) jest obowiązkiem każdego lekarza wynikającym z Ustawy o Statystyce Publicznej (Dz. U. z 1995 r., nr 245, poz. 1781) regulowanym w 2010 roku rozporządzeniem wykonawczym (Dz. U. z 2010 r. nr 3, poz. 14).

Osobne podziękowania składamy Państwu za udział w weryfikacji kart statystycznych osób hospitalizowanych w latach 2005-2009, zdajemy sobie sprawę, iż była to dodatkowa Państwa praca, jednakże działania te były niezbędne do urealnienia statystyk na szczeblu ogólnopolskim.

Participation of Greater Poland's health care institutions in cancer registration

In 2010, the Greater Poland Cancer Registry received around 78,000 Cancer Notification Forms. Out of that number, 36,000 CNFs related to patients with cancers diagnosed in 2010. Table 5 shows an estimate number of forms sent for cases recognised in the period 2008-2010 (if a Cancer Notification Form had been issued by two institutions, both were included in the table). As shown in the table below, in 2010, over every third form were issued by the Greater Poland Cancer Centre (GPCC).

Tabela 5. Liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych rozpoznanych w latach 2008-2010 w podziale wg jednostki zgłaszającej.**Table 5.** Number of new cancer cases diagnosed in the period 2008–2010 broken down into notifying units.

Lp.	Nazwa jednostki / Name	Liczba rozpoznanych nowotworów złośliwych (pierwszorazowych) / Number of new registered cancers		
		2008	2009	2010
1	Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań, ul. Garbary z Poradnią na ul. Słowackiego	4 971	4 747	4 243
2	Wojewódzki Szpital Zespolony, Konin, ul. Szpitalna	373	506	657
3	Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, Poznań, ul. Szamarzewskiego	436	438	519
4	Szpital Specjalistyczny, Piła, ul. Rydygiera	491	463	447
5	SZOZ nad Matką i Dzieckiem (Klinika Świętej Rodziny), Poznań, ul. Jarochońskiego	394	450	412
6	SK Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Klinika Onkologii UM, Oddz. Pulmonologii, Klinika Hematologii, Poznań, ul. Szamarzewskiego	358	407	376
7	Szpital im. J. Strusia ZOZ Stare Miasto, Poznań, ul. Szwajcarska (dawna Kurlandzka)	427	412	371
8	SK im. H. Święckiego UM im. K. Marcinkowskiego, Poznań, ul. Przybyszewskiego	228	225	357
9	Wojewódzki Szpital Zespolony nr 1 i 2, Kalisz, ul. Poznańska	367	373	328
10	NZOZ, Puszczykowo, ul. Kraszewskiego	238	262	306
11	Wojewódzki Szpital Zespolony, Leszno, ul. Kiepury	365	348	286
12	Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów, Poznań, ul. K. Wielkiego	167	211	260
13	Szpital Wojewódzki, Poznań, ul. Juraszów (dawna Lutycka)	146	199	251
14	NZOZ Centrum Medyczne HCP, Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r.	69	88	235
15	Zespół ZOZ, Ostrów Wlkp., ul. 3 Maja	35	70	218
16	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, ul. Polna	215	228	202
17	Pleszewskie Centrum Medyczne, Pleszew, ul. Poznańska	180	232	174
18	Diagnostyka LARGO, Poznań, ul. Za Groblą	71	131	152
19	Szpital im. F. Raszei, ZOZ Poznań-Jeżyce, ul. Mickiewicza	67	79	128
20	SP ZOZ, Krotoszyn, ul. Młyńska	28	49	125
21	SP ZOZ, Śrem, ul. Józefa Chełmońskiego	162	143	121
22	NZOZ Przychodnia Onkologiczna ONKO-MED, ul. Chopina oraz NZOZ Przychodnia Lekarska KOMED Poradnia Onkologiczna, ul. Woj. Polskiego, Konin	149	164	120
23	111 Szpital Wojskowy z Przychodnią, Poznań, ul. Grunwaldzka	131	95	109
24	SK Przemienienia Pańskiego UM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, ul. Długa	74	37	107
25	Wielkopolski Specjalistyczny Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy SP ZOZ, Chodzież, ul. Strzelecka	125	117	99
26	SP ZOZ, Turek, ul. Poduchowne	103	93	92
27	Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego, Złotów, ul. Szpitalna	83	92	91
28	ZOZ MSWiA im. L. Bierkowskiego, Poznań, ul. Dojazd	67	74	87
29	SP ZOZ, Słupca, ul. Traugutta	93	106	86
30	Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. Września, ul. Słowackiego	53	86	86
31	SP ZOZ, Koło, ul. Poniatowskiego	99	140	85
32	Poradnia Onkologiczna przy Rogatce, Kalisz, ul. Śródmiejska	100	50	83

Tabela 5. Liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych rozpoznanych w latach 2008-2010 w podziale wg jednostki zgłaszającej.**Table 5.** Number of new cancer cases diagnosed in the period 2008–2010 broken down into notifying units.

Lp.	Nazwa jednostki / Name	Liczba rozpoznanych nowotworów złośliwych (pierwszorazowych) / Number of new registered cancers		
		2008	2009	2010
33	SP ZOZ, Gostyń, Plac Karola Marcinkowskiego	79	86	82
34	ZOZ, Jarocin, ul. Szpitalna	79	99	81
35	ZOZ, Wolsztyn, ul. Wschowska	16	25	78
36	SK Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego: Klinika Medycyny Paliatywnej os. Rusa, Poznań	92	98	74
37	Szpital Powiatowy im. prof. Romana Drewsa, Chodzież, ul. Stefana Żeromskiego	86	77	74
38	SP ZOZ, Kościan, ul. Szpitalna	60	81	71
39	SP ZOZ, Nowy Tomyśl, ul. Poznańska	57	80	69
40	SK im Karola Jonschera UM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, ul. Szpitalna	61	84	66
41	SP ZOZ, Grodzisk Wlkp., ul. Mossego	30	50	66
42	Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy, Wolica koło Kalisza, ul. Ludwika Pasteura	97	98	64
43	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II ZOZ, Trzcianka, ul. Sikorskiego	72	73	61
44	SP ZOZ, Oborniki, ul. Szpitalna	49	53	58
45	NZOZ VIVAX, Gniezno, ul. Witkowska	9	10	58
46	SP ZOZ, Szamotuły, ul. Sukiennicza	89	118	55
47	ZOZ Szpital, Wągrowiec, ul. Kościuszki	42	25	55
48	ZOZ, Gniezno, ul. Św. Jana	45	65	53
49	Prywatna Lecznica Certus, Poznań, ul. Grunwaldzka	31	48	52
50	SP ZOZ, Kępno, ul. Szpitalna	52	58	51
51	ZOZ i Medycyny Pracy „MED.-ALKO” Sp. z o.o. Konin, ul. Gajowa	37	34	45
52	Zespół ZOZ, Ostrzeszów, ul. Aleja Wolności	35	26	43
53	SP ZOZ, Środa Wlkp., ul. Czerwonego Krzyża	27	22	41
54	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o., Leszno, ul. Słowiańska	5	25	39
55	Przychodnia Onkologiczna, Leszno, ul. Kiepury	41	64	32
56	ARS Medical, Piła, ul. Wojska Polskiego	20	19	30
57	Szpital Powiatowy w Wyrzysku SP ZOZ, ul. 22-go Stycznia	27	28	27
58	AMIKA Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. Przychodnia Specjalistyczna, Września, ul. Sienkiewicza	16	16	27
59	SP ZOZ, Rawicz, ul. Generała Grota-Roweckiego	20	16	25
60	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka”, Gniezno, ul. Poznańska	14	21	20
61	Zespół ZOZ Szpital Powiatowy Czarnków, ul. Kościuszki	10	30	11
62	Samodzielny Publiczny ZOZ, Międzybóże, ul. Szpitalna	7	23	10

At this point, the team of the Greater Poland Cancer Registry would like to extend their particular thanks to all the staff members of local health care institutions who completed and sent to us Cancer Notification Forms in 2010. It is also owing to their work that the high quality and completeness of our Registry's data have been achieved. At the same time, we would like to remind all doctors that they are obliged to issue Cancer Notification Forms (completion instructions along with an issue and print options are available at www.wco.pl/wrn) under the Public Statistics Act (Journal of Laws from 1995, No. 245, item 1781) regulated by the implementing regulation of 2010 (Journal of Laws from 2010, No. 3, item 14).

1.10. Ocena wyników leczenia pacjentów chorych na nowotwory

Ogólnie przyjętą i najprostszą metodą oceny skuteczności leczenia jest określenie długości przeżycia chorego od momentu zdiagnozowania nowotworu. W większości publikacji jako podstawę analiz statystycznych dotyczących oceny przeżycia chorych przyjmuje się w przypadku chorób nowotworowych 5-letni okres przeżycia. Jeżeli pacjent przeżyje 5 lat od postawienia diagnozy (bez wznowy choroby) w praktyce uznaje się go za wyleczonego. W związku z powyższym do oceny skuteczności leczenia w Wielkopolsce obliczono przeżycia 5-letnie dla dziesięciu najczęstszych rozpoznań zarejestrowanych w Wielkopolsce w latach 2000-2002 dla kobiet i mężczyzn.

Tabela 6. Odsetek przeżyć 5-letnich dla 10. najczęstszych umiejscowień rozpoznanych w Wielkopolsce w latach 2000-2002 w podziale na płeć.

Table 6. Proportion of five-year survivals for ten most frequent cancer locations diagnosed in Greater Poland in the period 2000–2002, broken down by gender.

Meżczyźni / Males

Przyczyna (Diagnosis)	Liczba przypadków (New cancer cases)	Liczba zgonów (Number of deaths)	Obserwowany skumulowany (Observed accumulated)	Przedział ufności (Confidence interval)	Średni czas przeżycia pacjenta (w latach) (Average survival in years)
C34 płuco (lung)	3022	2868	7,45%	6,51%-8,38%	1
C61 gruczoł krokowy (prostate)	1287	828	49,03%	46,30%-51,76%	5
C67 pęcherz moczowy (urinary bladder)	905	591	47,29%	44,04%-50,55%	5
C18 okrężnica (colon)	796	571	35,68%	32,35%-39,01%	4
C16 żołądek (stomach)	749	678	12,95%	10,55%-15,36%	2
C20 odbytnica (rectum)	676	515	34,32%	30,74%-37,90%	4
C64 nerka (kidney)	464	301	44,40%	39,88%-48,92%	4
C32 krtań (larynx)	519	352	41,81%	37,57%-46,05%	4
C25 trzustka (pancreas)	302	291	4,64%	2,26%-7,01%	1
C71 mózg (brain)	266	211	25,56%	20,32%-30,81%	3

Kobiety / Females

Przyczyna (Diagnosis)	Liczba przypadków (New cancer cases)	Liczba zgonów (Number of deaths)	Obserwowany skumulowany (Observed accumulated)	Przedział ufności (Confidence interval)	Średni czas przeżycia pacjenta (w latach) (Average survival in years)
C50 pierś (breast)	3385	1358	70,40%	68,86%-71,94%	7
C34 płuco (lung)	798	736	10,40%	8,28%-12,52%	2
C54 trzon macicy (corpus uteri)	864	326	70,25%	67,21%-73,30%	6
C18 okrężnica (colon)	811	553	39,46%	36,09%-42,82%	4
C56 jajnik (ovary)	747	530	39,09%	35,59%-42,59%	4
C53 szyjka macicy (cervix uteri)	830	471	50,00%	46,60%-53,40%	5
C20 odbytnica (rectum)	468	341	35,04%	30,72%-39,37%	4
C25 trzustka (pancreas)	261	251	4,60%	2,06%-7,14%	1
C16 żołądek (stomach)	420	361	17,38%	13,76%-21,01%	2
C73 tarczycza (thyroid)	436	49	91,97%	89,42%-94,52%	8

Z analizy usunięto przypadki, u których rozpoznano nowotwory mnogie, pacjentów zgłoszonych tylko na podstawie karty zgonu oraz przypadki, u których nie dało się ustalić *status vital* w weryfikacji przeprowadzonej z Urzędem Wojewódzkim pod względem adresu, danych osobowych czy też migracji (Wielkopolski Rejestr Nowotworów każdego roku w maju dokonuje weryfikacji *status vital* oraz uzupełnienia brakujących nr PESEL poprzez porównanie bazy z bazą Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Meldunkowego).

Metoda, którą obliczono poniższe wskaźniki została przedstawiona w rozdziale 1.6. Obliczeń dokonano w programie STATISTICA (wersja 8.0.360.0). Wyniki przedstawia tabela 6.

Evaluation of treatment results in cancer patients

The commonly accepted and simplest method to evaluate treatment efficacy is to determine patient's survival post diagnosis. In most studies, statistical analyses of cancer survivals are based on a five-year period. Patients who survive five years after the diagnosis (without recurrence) are, in practice, considered to be cured. In view of that, to evaluate treatment efficacy in Greater Poland, five-year survivals were determined for ten most frequent diagnosed cancers registered in the region over the period 2000-2002 for men and women.

Excluded from the analysis were cases of multiple cancer, patients reported by declaration of death only, and cases where *status vital* could not be established by verification conducted with the Voivodeship Office for address, personal details or migration data (the Greater Poland Cancer Registry verifies *status vital* annually and updates missing PESELs (Personal Identification Numbers) by comparing its database with that of the Greater Poland Voivodeship Office – Population Registry Department).

The method used to calculate the below stated rates is shown in Chapter 1.6. All computations were made using STATISTICA (8.0.360.0). Results are shown in Table 6.

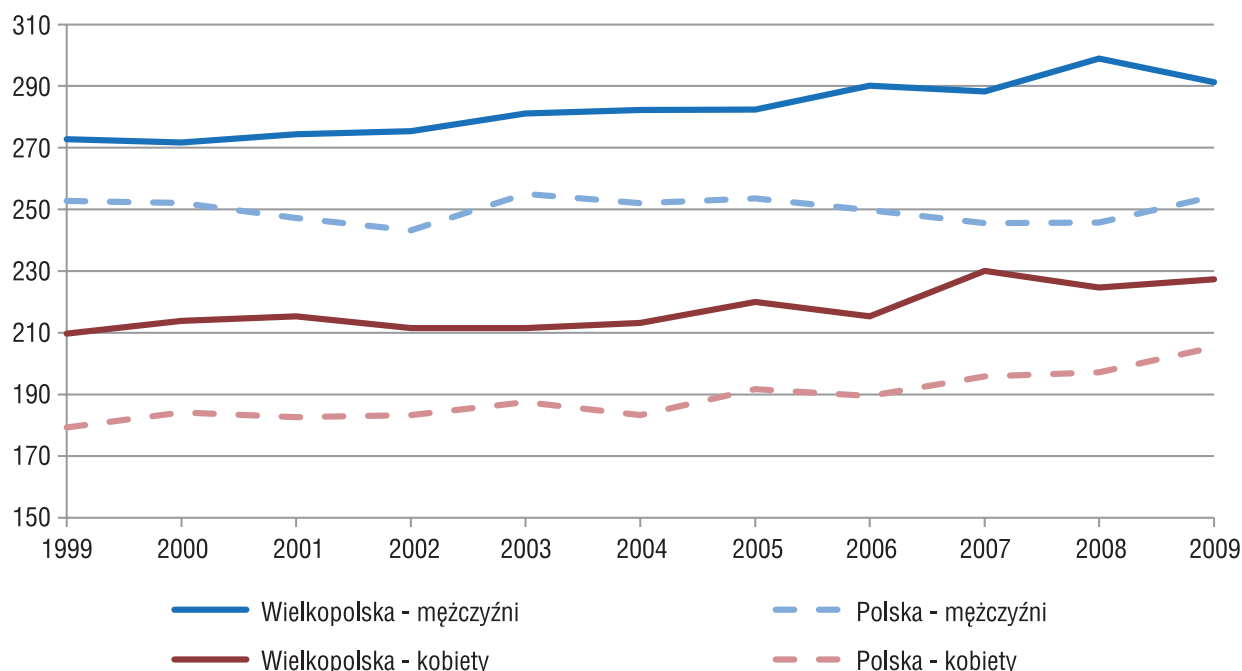
Rozdział 2

Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce ogółem (C00–D09)

Agnieszka Dyzmann-Sroka, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka, Ewa Mizera-Nyczak, Erwin Strzesak

Jeszcze w 1965 roku kiedy powstawała Międzynarodowa Agencja do Badań nad Rakiem (IARC) nowotwory uważane były za chorobę współczesną, typową dla stylu życia wysokorozwiniętych krajów Europy Zachodniej, dzisiaj 1/2 zachorowań oraz 2/3 zgonów rejestrowanych jest w krajach średnio i nisko rozwiniętych [1]. Problemem specyficznym dla naszego kraju jest niska skuteczność leczenia spowodowana – jak wykazały badania przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – faktem, iż większość Polaków nie prowadzi zdrowego stylu życia [7]. Przede wszystkim wykazują irracjonalną niechęć do badań profilaktycznych. Większość zgłasza się do onkologa, gdy choroba jest już zaawansowana, a szanse na całkowite wyleczenie zdecydowanie mniejsze. O tym, że Polacy unikają badań profilaktycznych decydują cztery czynniki: społeczny, ekonomiczny, psychologiczny i organizacyjny [8]. Dużą winę ponoszą również funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy. Diagnoza „rak” nadal kojarzona jest z wyrokiem śmierci. Poza unikaniem badań profilaktycznych Polacy odżywiają się nieprawidłowo, nie uprawiają sportu, palą papierosy, piją alkohol. Także w Wielkopolsce nowotwory złośliwe stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, a biorąc pod uwagę tempo starzenia się populacji – należy oczekiwać, że starzenie się społeczeństwa będzie miało główny wpływ na zwiększanie liczby nowych zachorowań (w stosunku do 2001 roku grupa wiekowa 50-69 wzrosła aż o 31% w przypadku mężczyzn, o 28% u kobiet). Właściwą ocenę aktualnej sytuacji epidemiologicznej w województwie zaburza weryfikacja dokonana przez Krajowy Rejestr Nowotworów w 2012 roku, niemniej stabilna różnica pomiędzy danymi przed i po weryfikacji świadczy o dobrej pracy Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów i wysokiej kompletności zgromadzonej bazy danych co potwierdza Krajowy Rejestr Nowotworów (ryc. 7).

Porównanie baz danych Wojewódzkich Rejestrów Nowotworów z kartami statystycznymi osób hospitalizowanych w latach 2005-2009 miało istotny wpływ na poprawę kompletności zgłoszeń dla danych archiwalnych, lecz nie objęło danych za rok 2010. Gdy spojrzymy na dane przed weryfikacją, to w roku 2010 w Wielkopolsce zarejestrowano 13 581 nowych zachorowań (tj. 6 722 przypadków u mężczyzn i 6 859 u kobiet), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 26% (tj. 2 780 przypadków). W porównaniu do roku 2009 liczba przypadków u mężczyzn wzrosła o 168 chorych, u kobiet o 447 chorych (wzrost liczby nowych zachorowań w stosunku do roku poprzedniego o 4,7%). Jednakże porównanie zgłoszonych w 2010 roku zachorowań z bazą za rok 2009 po weryfikacji wskazywałoby, iż w przypadku mężczyzn nastąpił spadek zachorowań o 242 przypadki, u kobiet wzrost o 110 przypadków. To wymaga głębszej analizy. Zgodnie z metodami opisanymi



Ryc. 7. Zmiany w trendach zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w latach 1999-2009 po weryfikacji kart szpitalnych przez Krajowy Rejestr Nowotworów.

Fig. 7. Changes in cancer morbidity trends in Greater Poland 1999-2009 after verification of hospital cards by National Cancer Registry.

w rozdziale 1.7 kompletność rejestracji oblicza się na podstawie stosunku wskaźnika **Zachorowania/Zgony** osiągniętego w danym roku w województwie do wskaźnika **Za/Zg** przyjętego za standard. W 2009 roku wskaźnik **Za/Zg** dla mężczyzn w Wielkopolsce w przypadku danych archiwalnych wynosił 1,44 i na podstawie standardowego wskaźnika **Za/Zg**=1,50 wyliczono, iż niekompletność rejestracji wyniosła 4% (tj. powinno być ogółem 6 816 nowych zachorowań). Kompletność wyliczona na podstawie zaktualizowanych danych (1,53) i standardowego wskaźnika (1,50)=100%, przy czym faktyczna liczba zachorowań dla mężczyzn po weryfikacji (tj. 6 964) jest wyższa od prognozowanej na podstawie kompletności rejestracji o 148 przypadków. W tym samym roku wskaźnik **Za/Zg** dla kobiet w Wielkopolsce w przypadku danych archiwalnych wynosił 1,70 i na podstawie standardowego wskaźnika **Za/Zg**=1,90 wyliczono, iż niekompletność rejestracji wyniosła 9% (tj. powinno być ogółem 6 989 nowych zachorowań). Kompletność wyliczona na podstawie zaktualizowanych danych (1,82) i standardowego wskaźnika (1,90)=96% (tj. powinno być 7 019 nowych zachorowań). Faktyczna liczba zachorowań dla kobiet po weryfikacji (tj. 6 749) jest niższa od prognozowanej na podstawie kompletności rejestracji o 270 przypadków. Powyższe wskazuje na potrzebę aktualizacji wskaźników **Za/Zg** przyjętych za standard dla poszczególnych płci (tab. 3, 7 i 8).

W 2010 roku wśród mężczyzn nadal najczęstszymi lokalizacjami są: płuco (C34), prostata (C61), okrężnica (C18). U kobiet najczęstszym pozostaje: rak piersi (C50), płuco (C34) oraz trzon macicy (C54) (ryc. 8-9 oraz tab. 9-10).

Tabela 7. Zachorowania na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w latach 2001-2010.

Table 7. Cancer incidence in males, Greater Poland, 2001-2010.

Rok (year)	Liczba bezwzględna (absolute number)		Wsp. surowy (crude rate)		Wsp. stand. (stand. rate)	
	dane archiwalne	dane po weryfikacji KRN	dane archiwalne	dane po weryfikacji KRN	dane archiwalne	dane po weryfikacji KRN
2001	5 298	5 367	324,4	330,8	274,4	280,7
2002	5 399	5 584	332,3	343,6	275,4	285,3
2003	5 625	5 749	345,8	353,4	281,1	287,4
2004	5 728	5 908	351,6	362,6	282,2	290,7
2005	5 874	6 340	359,9	388,5	282,5	304,4
2006	6 119	6 513	374,3	398,3	298,2	317,0
2007	6 338	6 749	386,9	412,0	289,3	308,5
2008	6 649	7 086	404,7	431,3	298,9	318,1
2009	6 554	6 964	397,5	422,4	290,5	308,1
2010	-	6 722	-	405,2	-	288,1

Tabela 8. Zachorowania na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w latach 2001-2010.

Table 8. Cancer incidence in females, Greater Poland, 2001-2010.

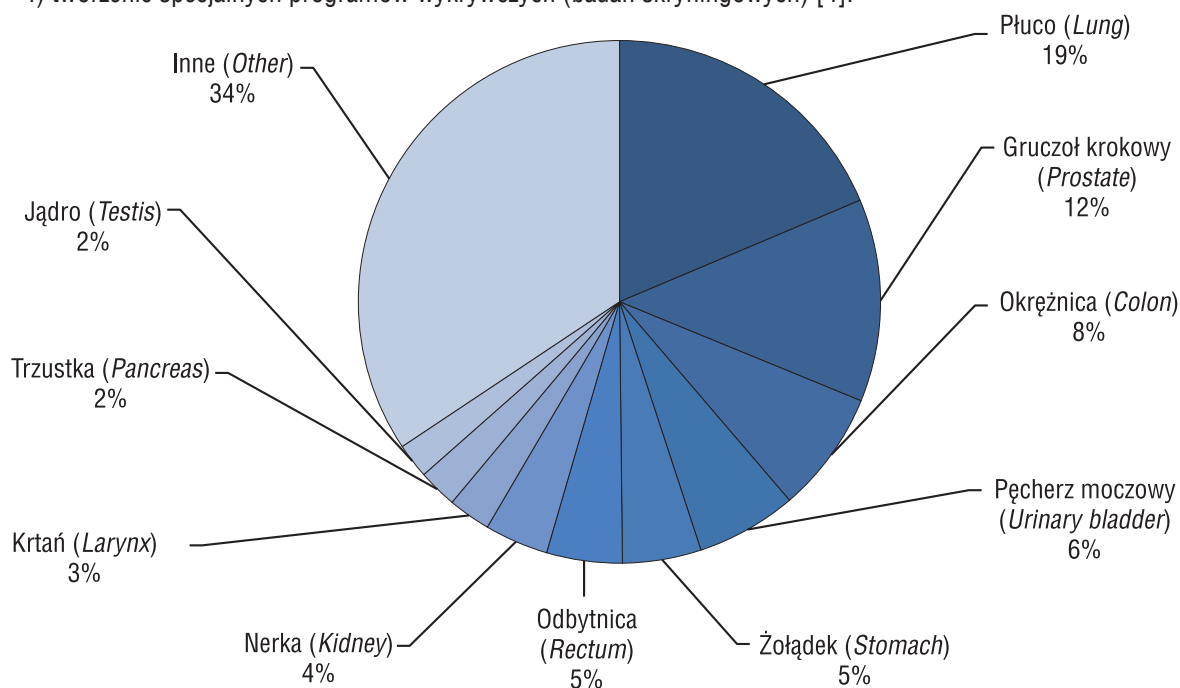
Rok (year)	Liczba bezwzględna (absolute number)		Wsp. surowy (crude rate)		Wsp. stand. (stand. rate)	
	dane archiwalne	dane po weryfikacji KRN	dane archiwalne	dane po weryfikacji KRN	dane archiwalne	dane po weryfikacji KRN
2001	5 503	5 559	319,0	323,2	215,3	218,3
2002	5 475	5 616	317,8	326,0	211,5	217,4
2003	5 570	5 722	322,9	331,7	211,5	217,1
2004	5 656	5 770	327,3	333,9	213,2	217,6
2005	5 912	6 282	341,4	362,8	220,0	232,8
2006	5 862	6 178	337,8	356,1	225,8	237,4
2007	6 427	6 746	369,5	387,8	230,4	241,0
2008	6 294	6 714	360,8	384,8	224,6	237,9
2009	6 412	6 749	366,2	385,5	227,0	237,5
2010	-	6 859	-	389,6	-	234,7

W tabeli numer 9 przedstawiono 10 najczęściej występujących u mężczyzn umiejscowień nowotworów złośliwych w 2010 roku. Najczęściej występujące umiejscowienia nowotworów u kobiet obrazuje tabela numer 10.

Strukturę zachorowań na nowotwory istotne w poszczególnych grupach wiekowych w Wielkopolsce u mężczyzn w 2010 roku zobrazowano na rycinie numer 10, dla kobiet na rycinie numer 11.

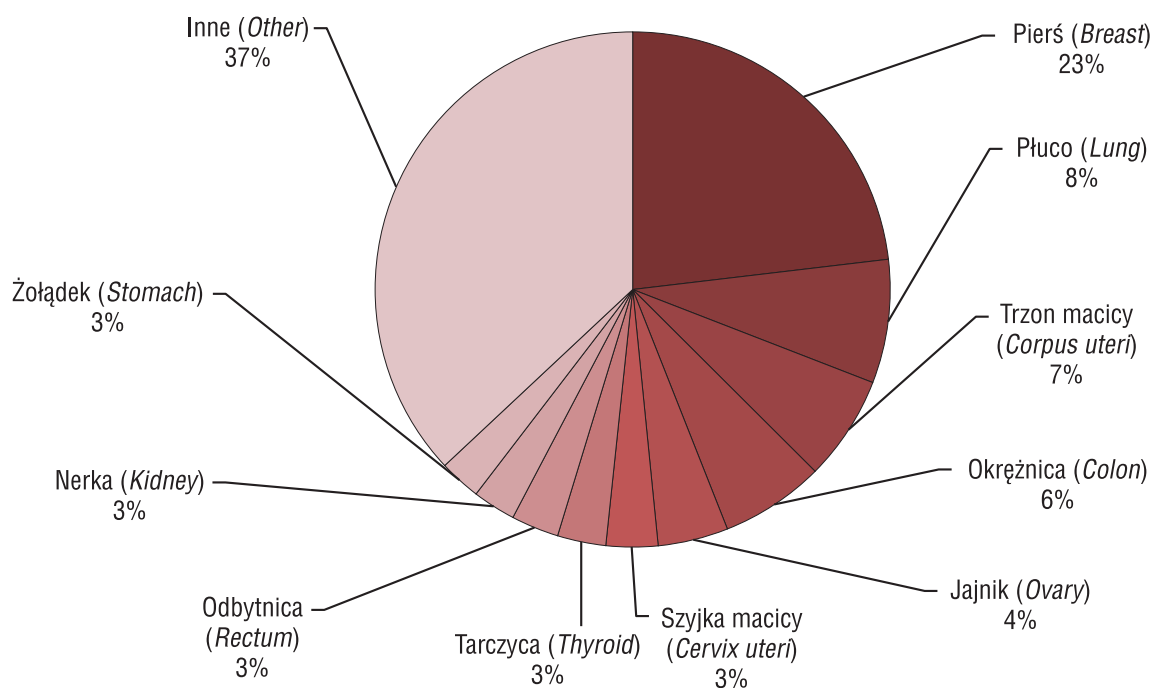
Głównym celem walki z rakiem jest wczesne wykrywanie nowotworów, mające na celu wykrycie choroby w fazie bezobjawowej wykrywalnej (nim ujawni się ona klinicznie), co realizowane jest poprzez:

- 1) kształtowanie społeczeństwa w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, m.in. poprzez samokontrolę piersi i zgłaszanie się na profilaktyczne badania skryningowe,
- 2) szkolenie personelu medycznego,
- 3) rutynowe badania wykrywcze, wykonywane przez lekarzy w codziennej pracy,
- 4) tworzenie specjalnych programów wykrywczych (badań skryningowych) [4].



Ryc. 8. Struktura zachorowań u mężczyzn w Wielkopolsce w 2010 roku.

Fig. 8. Structure of cancer incidence in 2010, males, Greater Poland.



Ryc. 9. Struktura zachorowań u kobiet w Wielkopolsce w 2010 roku.

Fig. 9. Structure of cancer incidence in 2010, females, Greater Poland.

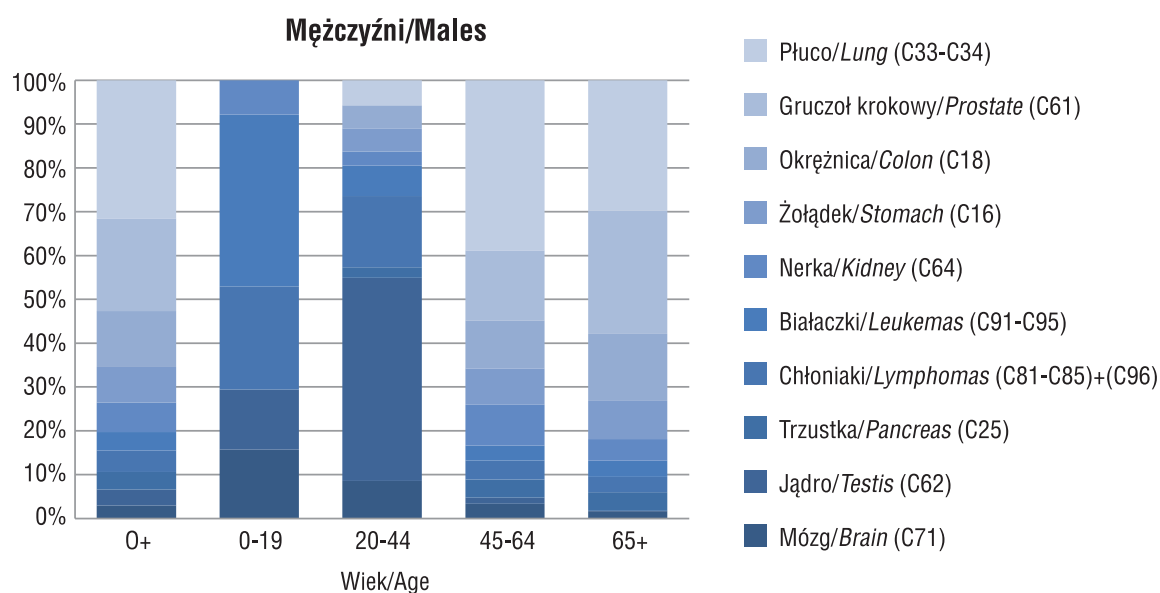
Tabela 9. Najczęściej występujące umiejscowienia nowotworów u mężczyzn w Wielkopolsce w 2010 roku – zachorowania.**Table 9.** Most common cancer sites in 2010, Greater Poland, males.

Miejsce (place)	Umiejscowienie (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Współczynnik surowy (crude rate)	Współczynnik standaryzowany (standardized rate)	Odsetek (percentage)
1.	C34 płuco (<i>lung</i>)	1 253	75,54	53,20	18,64%
2.	C61 gruczoł krokowy (<i>prostate</i>)	843	50,82	35,84	12,54%
3.	C18 okrężnica (<i>colon</i>)	507	30,57	21,38	7,54%
4.	C67 pęcherz moczowy (<i>urinary bladder</i>)	419	25,26	17,44	6,23%
5.	C16 żołądek (<i>stomach</i>)	327	19,71	13,63	4,86%
6.	C20 odbytnica (<i>rectum</i>)	315	18,99	13,31	4,69%
7.	C64 nerka (<i>kidney</i>)	265	15,98	11,52	3,94%
8.	C32 krtań (<i>larynx</i>)	177	10,67	7,47	2,63%
9.	C25 trzustka (<i>pancreas</i>)	162	9,77	6,76	2,41%
10.	C62 jądro (<i>testis</i>)	145	8,74	7,35	2,16%

Tabela 10. Najczęściej występujące umiejscowienia nowotworów u kobiet w Wielkopolsce w 2010 roku – zachorowania.**Table 10.** Most common cancer sites in 2010, Greater Poland, females.

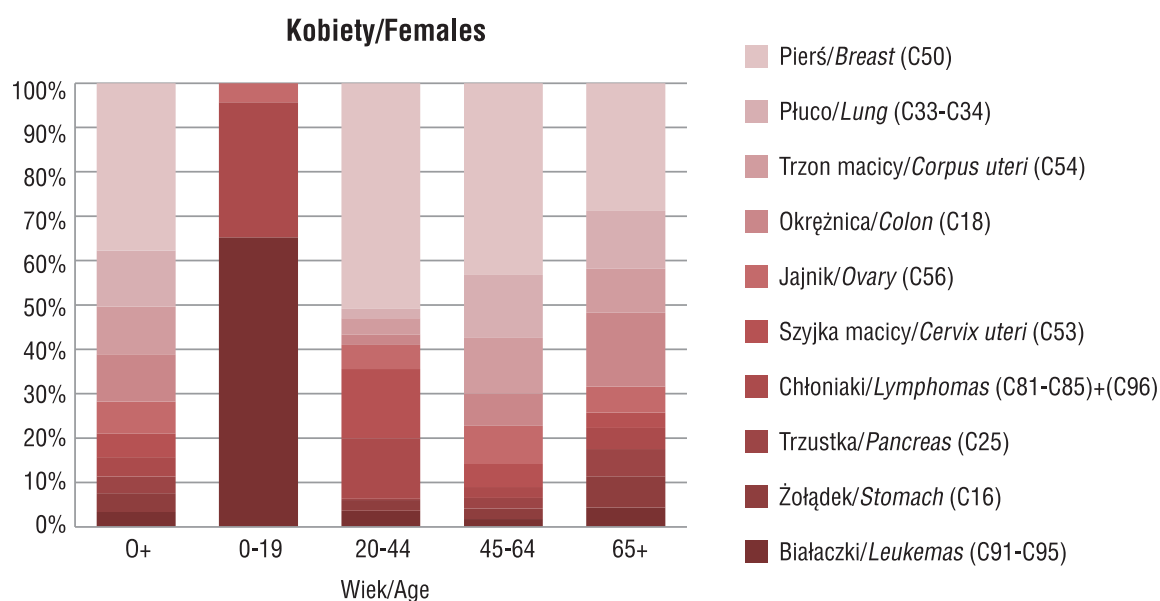
Miejsce (place)	Umiejscowienie (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Współczynnik surowy (crude rate)	Współczynnik standaryzowany (standardized rate)	Odsetek (percentage)
1.	C50 pierś (<i>breast</i>)	1 586	90,08	58,41	23,12%
2.	C34 płuco (<i>lung</i>)	532	30,22	17,91	7,76%
3.	C54 trzon macicy (<i>corpus uteri</i>)	452	25,67	15,63	6,59%
4.	C18 okrężnica (<i>colon</i>)	448	25,44	13,29	6,53%
5.	C56 jajnik (<i>ovary</i>)	303	17,21	10,94	4,42%
6.	C53 szyjka macicy (<i>cervix uteri</i>)	223	12,67	8,85	3,25%
7.	C73 tarczyca (<i>thyroid</i>)	209	11,87	8,53	3,05%
8.	C20 odbytnica (<i>rectum</i>)	205	11,64	5,95	2,99%
9.	C64 nerka (<i>kidney</i>)	185	10,51	6,00	2,70%
10.	C16 żołądek (<i>stomach</i>)	180	10,22	5,37	2,62%

Istnieją nowotwory, w przypadku których poprzez badanie skryningowe można wykryć stany przednowotworowe i wprowadzając leczenie zapobiec rozwinieciu się nowotworu złośliwego (doskonałym przykładem jest tu CIN2 w profilaktyce szyjki macicy). W innych przypadkach np. raku piersi, nie potrafimy zapobiec zachorowaniu i sukcesem jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium zaawansowania – najlepiej przedinwazyjnym (tj. DCIS). Badania przeprowadzone w Mazowieckim Rejestrze Nowotworów wykazały, że wyleczalność raków przedinwazyjnych wynosi około 100%, a nowotworów w stadium miejscowym 75-80%. Każde następne stadium zaawansowania zmniejsza szanse wyleczenia o średnio 25% [4]. Dlatego też ze względów epidemiologicznych niezwykle ważnym jest obserwowany w Wielkopolsce stopniowy wzrost liczby rejestrowanych raków *in situ* (tzw. przedinwazyjnych, stopień zaawansowania „0”). W omawianym roku zarejestrowano w Wielkopolsce 359 przypadków nowotworów *in situ* (tabela 11-12). W stosunku do roku 2005, kiedy uruchamiano Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest to wzrost o 143 przypadki (tj. o 66%), w porównaniu do 2009 roku zanotowano wzrost 32 przypadki (tj. prawie 10 %). Stały wzrost liczby rozpoznawanych raków *in situ* potwierdza skuteczność programów skryningowych. W województwie wielkopolskim (zgodnie z oceną Krajowego Rejestru Nowotworów) obserwowana jest bardzo dobra zgłaszalność przypadków raka *in situ* tj. 2,5%.



Ryc. 10. Struktura zachorowań na wybrane nowotwory istotne w poszczególnych grupach wiekowych w Wielkopolsce u mężczyzn w 2010 roku.

Fig. 10. Most common cancer locations in males in Greater Poland, 2010.



Ryc. 11. Struktura zachorowań na wybrane nowotwory istotne w poszczególnych grupach wiekowych w Wielkopolsce u kobiet w 2010 roku.

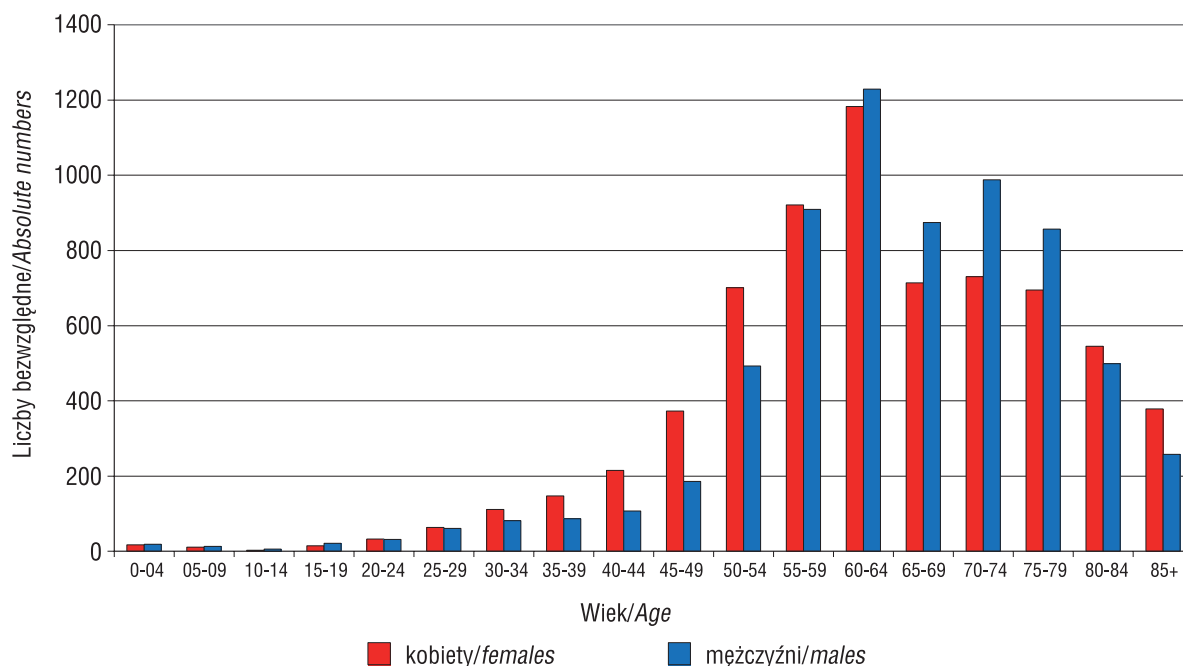
Fig. 11. Most common cancer locations in females in Greater Poland, 2010.

W 2010 roku zarejestrowano na podstawie badania skryningowego 588 przypadków nowotworów złośliwych, tj. o 227 (tj. 63%) więcej niż w roku 2009 oraz o 275 więcej niż w roku 2008. Spośród nich 510 przypadków (87%) dotyczyło raka piersi, 34 raka płuca, 16 raka szyjki macicy, 11 raka jelita grubego, pozostałych 17 lokalnego programu przesiewowego w kierunku wczesnego wykrycia raka prostaty.

Nowotwory wykryte w skryningu powinny być zgłaszane do rejestru z wyraźnym wskazaniem podstawy rozpoznania (tzn. z zaznaczeniem „badanie skryningowe” w pozycji 32 Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego). Przypadki zgłoszone do rejestru stanowią podstawę oceny skuteczności programów skryningowych.

W Wielkopolsce rozpoznano 106 przypadków nowotworów złośliwych u dzieci w wieku 0-19 lat (wartość współczynnika surowego zachorowań u dzieci kształtuje się na poziomie 14 przypadków na 100 000 populacji).

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2010 roku w województwie wielkopolskim zarejestrowano 8 218 zgonów z powodu nowotworów złośliwych (tj. 4 603 u mężczyzn i 3 615 u kobiet), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o ponad 8% (tab. 13-14).



Ryc. 12. Liczba zachorowań na nowotwory w Wielkopolsce w grupach wiekowych w 2010 roku.
Fig. 12. Cancer incidence by age groups, Greater Poland 2010.

Tabela 11. Nowotwory in situ rozpoznane u mężczyzn w Wielkopolsce w latach 2005-2010.
Table 11. In situ cancers in Greater Poland in 2005-2010, males.

Miejsce (place)	Umiejscowienie (site)	Liczba bezwzględna rok 2005 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2006 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2007 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2008 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2009 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2010 (absolute number)
1.	D00 rak <i>in situ</i> jamy ustnej, przełyku i żołądka (Carcinoma <i>in situ</i> of oral cavity, oesophagus and stomach)	0	1	0	1	2	1
2.	D01 rak <i>in situ</i> innych i nieokreślonych części narządów trawiennych (Carcinoma <i>in situ</i> of other and unspecified digestive organs)	0	2	0	1	3	2
3.	D02 rak <i>in situ</i> ucha środkowego i ukł. oddechowego (Carcinoma <i>in situ</i> of middle ear and respiratory system)	1	1	6	3	5	3
4.	D03 czerniak <i>in situ</i> (Melanoma <i>in situ</i>)	6	3	4	4	5	1
5.	D04 rak <i>in situ</i> skóry (Carcinoma <i>in situ</i> of skin)	11	7	13	14	14	7
6.	D05 rak <i>in situ</i> sutka (Carcinoma <i>in situ</i> of breast)	0	1	0	1	0	0
7.	D07 rak <i>in situ</i> innych i nieokr. narządów płciowych (Carcinoma <i>in situ</i> of other and unspecified genital organs)	2	0	2	1	2	3
8.	D09 rak <i>in situ</i> innych i nieokr. umiejscowień (Carcinoma <i>in situ</i> of other and unspecified sites)	2	7	16	51	56	82

Tabela 12. Nowotwory *in situ* rozpoznane u kobiet w Wielkopolsce w latach 2005-2010.**Table 12.** *In situ* cancers in Greater Poland in 2005-2010, females.

Miejsce (place)	Umiejscowienie (site)	Liczba bezwzględna rok 2005 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2006 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2007 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2008 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2009 (absolute number)	Liczba bezwzględna rok 2010 (absolute number)
1.	D00 rak <i>in situ</i> jamy ustnej, przełyku i żołądka (<i>Carcinoma in situ of oral cavity, oesophagus and stomach</i>)	0	0	0	1	0	1
2.	D01 rak <i>in situ</i> innych i nieokreślonych części narządów trawiennych (<i>Carcinoma in situ of other and unspecified digestive organs</i>)	0	0	2	1	3	2
3.	D02 rak <i>in situ</i> ucha środkowego i ukł. oddechowego (<i>Carcinoma in situ of middle ear and respiratory system</i>)	2	0	2	0	0	0
4.	D03 czerniak <i>in situ</i> (<i>Melanoma in situ</i>)	9	6	6	3	6	10
5.	D04 rak <i>in situ</i> skóry (<i>Carcinoma in situ of skin</i>)	16	21	30	19	20	29
6.	D05 rak <i>in situ</i> sutka (<i>Carcinoma in situ of breast</i>)	86	82	82	101	112	134
7.	D06 rak <i>in situ</i> szyjki macicy (<i>Carcinoma in situ of cervix uteri</i>)	78	46	100	92	71	61
8.	D07 rak <i>in situ</i> innych i nieokr. narządów płciowych (<i>Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs</i>)	1	4	4	4	8	4
9.	D09 rak <i>in situ</i> innych i nieokr. umiejscowień (<i>Carcinoma in situ of other and unspecified sites</i>)	2	2	11	11	20	19

Tabela 13. Zgony na nowotwory złośliwe u mężczyzn
w Wielkopolsce w latach 2001-2010.**Table 13.** Cancer mortality in males 2001-2010, Greater
Poland.

Rok (year)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Średnio- roczna stopa wzrostu (%)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001	4 178	-	255,8	211,6
2002	4 193	0,36	258,0	210,5
2003	4 266	1,74	262,3	209,6
2004	4 550	6,66	279,3	220,8
2005	4 345	-4,51	266,2	206,4
2006	4 572	5,22	279,6	217,1
2007	4 570	-0,04	279,0	205,5
2008	4 606	0,79	280,4	201,2
2009	4 545	-1,32	275,7	194,8
2010	4 603	1,28	277,5	192,1

Tabela 14. Zgony na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielko-
polsce w latach 2001-2010.**Table 14.** Cancer mortality in females 2001-2010, Greater
Poland.

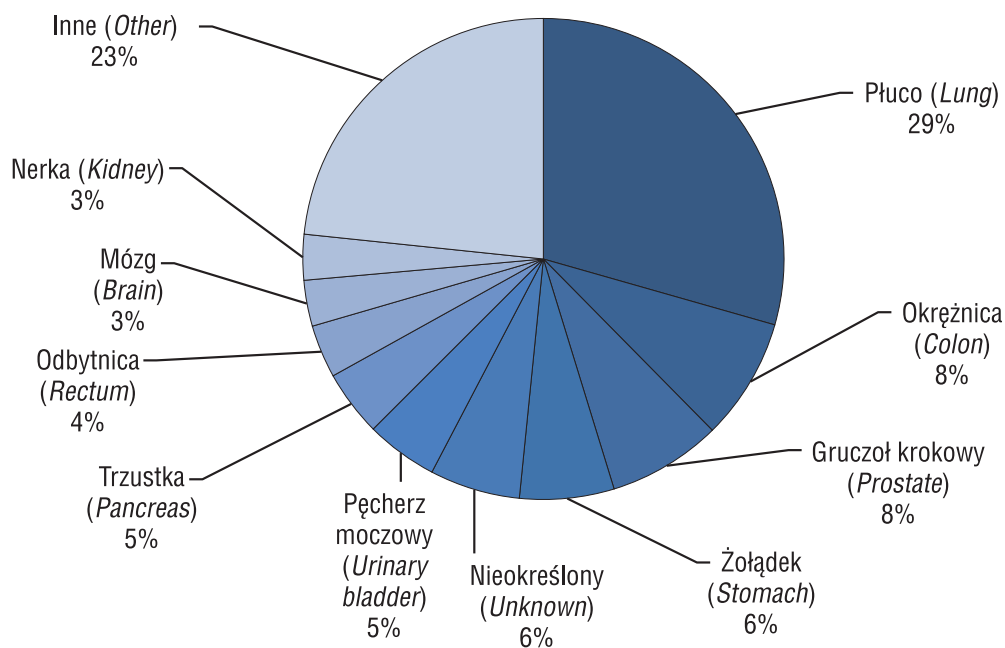
Rok (year)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Średnio- roczna stopa wzrostu (%)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001	3 408	-	197,6	119,0
2002	3 391	-0,50	196,8	116,9
2003	3 329	-1,83	193,0	111,7
2004	3 407	2,34	197,2	112,8
2005	3 540	3,90	204,4	114,5
2006	3 679	3,93	212,0	123,7
2007	3 710	0,84	213,3	116,7
2008	3 573	-3,69	204,8	107,9
2009	3 713	3,92	212,1	111,5
2010	3 615	-2,64	205,3	105,3

Najczęstszą przyczyną zgonów z przyczyn nowotworów złośliwych zarejestrowaną w 2010 roku u mężczyzn było: płuco (C34), prostata (C61) oraz okrężnica (C18). Strukturę zgonów z przyczyn nowotworów złośliwych u mężczyzn przedstawiono na rycinie 13.

Najczęstszą przyczyną zgonów z przyczyn nowotworów złośliwych u kobiet już po raz drugi jest płuco (C34), następnie pierś (C50) oraz okrężnica (C18). Strukturę zgonów z przyczyn nowotworów złośliwych u kobiet przedstawiono na rycinie 14.

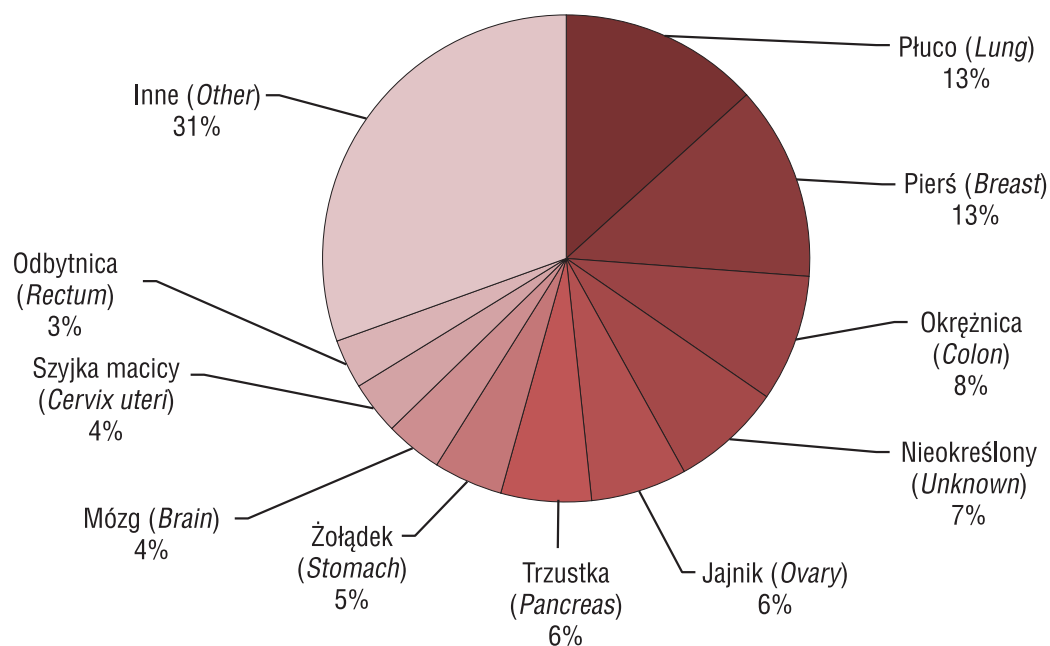
W tabeli numer 15 przedstawiono 10 najczęściej występujących u mężczyzn umiejscowień zgonów na nowotwory złośliwe w 2010 roku. Najczęściej występujące umiejscowienia zgonów na nowotwory u kobiet obrazuje tabela numer 16.

Strukturę zgonów na nowotwory w Wielkopolsce wg wieku dla mężczyzn obrazuje rycina 15, dla kobiet rycina 16.



Ryc. 13. Struktura zgonów u mężczyzn w Wielkopolsce w 2010 roku.

Fig. 13. Distribution of cancer deaths in males, Greater Poland 2010.



Ryc. 14. Struktura zgonów u kobiet w Wielkopolsce w 2010 roku.

Fig. 14. Distribution of cancer deaths in females, Greater Poland 2010.

Tabela 15. Najczęściej występujące umiejscowienia nowotworów u mężczyzn w Wielkopolsce w 2010 roku – zgony.**Table 15.** Most common cancer deaths sites in males Greater Poland, 2010.

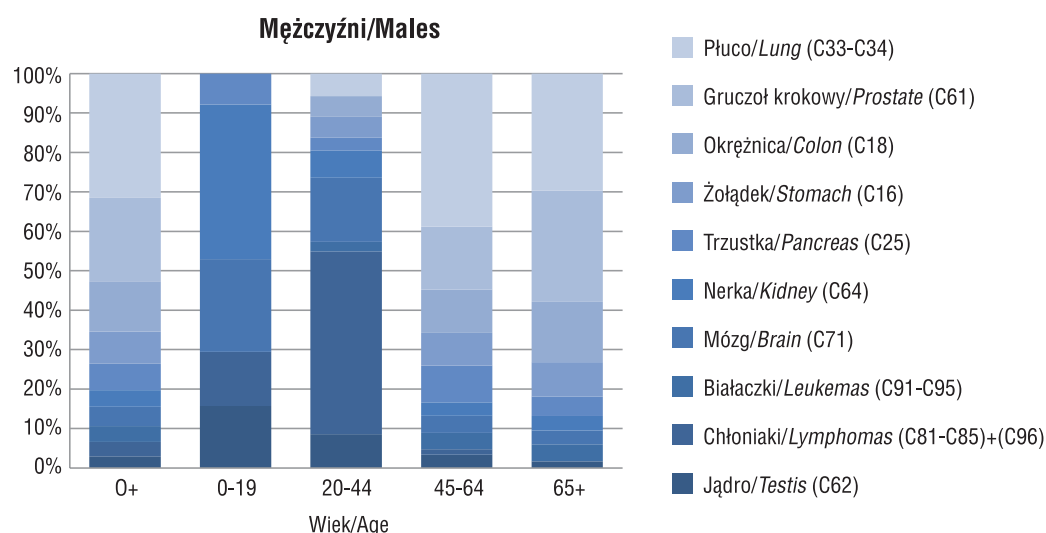
Miejsce (place)	Umiejscowienie (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Współczynnik surowy (crude rate)	Współczynnik standaryzowany (standardized rate)	Odsetek (percentage)
1.	C34 płuco (<i>lung</i>)	1 354	81,63	56,94	29,42%
2.	C18 okrężnica (<i>colon</i>)	377	22,73	15,37	8,19%
3.	C61 gruczoł krokowy (<i>prostate</i>)	352	21,22	13,83	7,65%
4.	C16 żołądek (<i>stomach</i>)	292	17,60	12,16	6,34%
5.	C80 nieokreślony (<i>unknown</i>)	280	16,88	11,71	6,08%
6.	C67 pęcherz moczowy (<i>urinary bladder</i>)	222	13,38	8,98	4,82%
7.	C25 trzustka (<i>pancreas</i>)	204	12,30	8,59	4,43%
8.	C20 odbytnica (<i>rectum</i>)	164	9,89	6,59	3,56%
9.	C71 mózg (<i>brain</i>)	142	8,56	6,44	3,09%
10.	C64 nerka (<i>kidney</i>)	141	8,50	5,74	3,06%

Tabela 16. Najczęściej występujące umiejscowienia nowotworów u kobiet w Wielkopolsce w 2010 roku – zgony.**Table 16.** Most common cancer deaths sites in females Greater Poland, 2010.

Miejsce (place)	Umiejscowienie (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Współczynnik surowy (crude rate)	Współczynnik standaryzowany (standardized rate)	Odsetek (percentage)
1.	C34 płuco (<i>lung</i>)	480	27,26	15,24	13,28%
2.	C50 pierś (<i>breast</i>)	466	26,47	13,91	12,89%
3.	C18 okrężnica (<i>colon</i>)	305	17,32	7,92	8,44%
4.	C80 nieokreślony (<i>unknown</i>)	265	15,05	6,83	7,33%
5.	C56 jajnik (<i>ovary</i>)	231	13,12	7,59	6,39%
6.	C25 trzustka (<i>pancreas</i>)	217	12,32	6,30	6,00%
7.	C16 żołądek (<i>stomach</i>)	166	9,43	4,56	4,59%
8.	C71 mózg (<i>brain</i>)	137	7,78	4,82	3,79%
9.	C53 szyjka macicy (<i>cervix uteri</i>)	127	7,21	4,56	3,51%
10.	C20 odbytnica (<i>rectum</i>)	118	6,70	3,09	3,26%

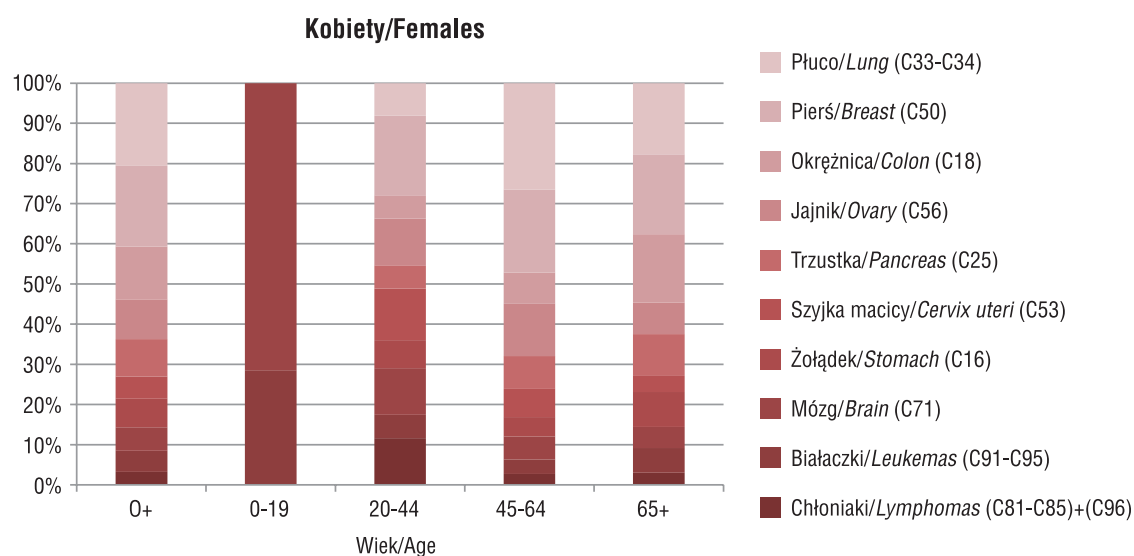
Bezwzględną liczbę zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w grupach wiekowych przedstawiono na rycinie 17, natomiast trendy zachorowalności i umieralności w podziale na płeć w latach 1999–2009 obrazuje rycina 18. Trendy zarejestrowanej zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe ogółem wykazują istotną zależność od płci. Na przełomie 12–stu lat utrzymuje się różnica w poziomie współczynników standaryzowanych zachorowalności, przy czym współczynniki te dla mężczyzn pozostają wyższe na poziomie 50–70 na każde 100 000 populacji. Różnice współczynników są jeszcze wyraźniejsze dla zgonów, tu dla mężczyzn są one wyższe o ok. 80–100 na każde 100 000.

Starzenie się społeczeństwa w połączeniu ze stopniowym wydłużaniem długości życia pacjentów (jako efektem poprawy diagnostyki i poprawiającej się efektywności leczenia) oraz irracjonalną niechęcią Polaków do profilaktyki pierwotnej i wtórnej stanowić będzie ważny wyznacznik zachorowalności i umieralności w drugiej połowie XXI wieku. Obliczona na podstawie danych z lat 1999–2010 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów zarejestruje prawie 19 000 nowych przypadków zachorowań



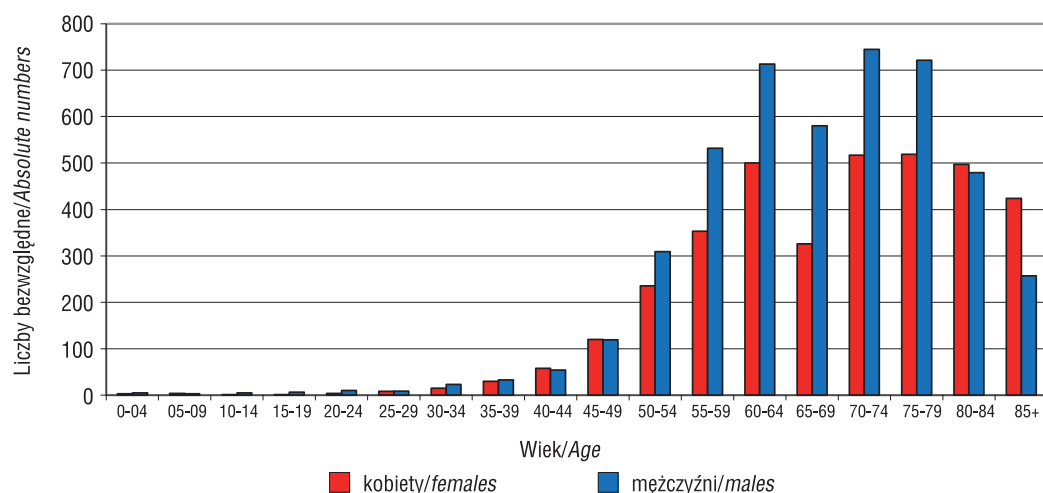
Ryc. 15. Struktura zgonów na nowotwory w Wielkopolsce według wieku u mężczyzn w 2010 roku.

Fig. 15. Distribution of cancer deaths in Greater Poland by age in males in 2010.



Ryc. 16. Struktura zgonów na nowotwory w Wielkopolsce według wieku u kobiet w 2010 roku.

Fig. 16. Distribution of cancer deaths in Greater Poland by age in females in 2010.

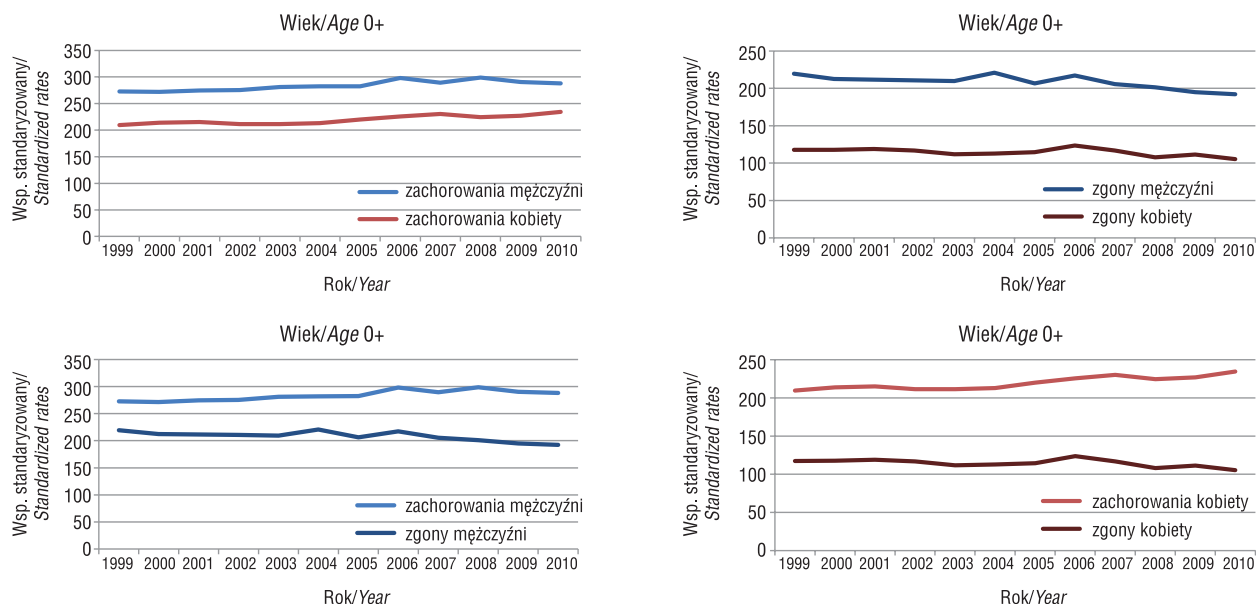


Ryc. 17. Liczba zgonów na nowotwory w Wielkopolsce w grupach wiekowych w 2010 roku.

Fig. 17. Cancer deaths by age groups in 2010.

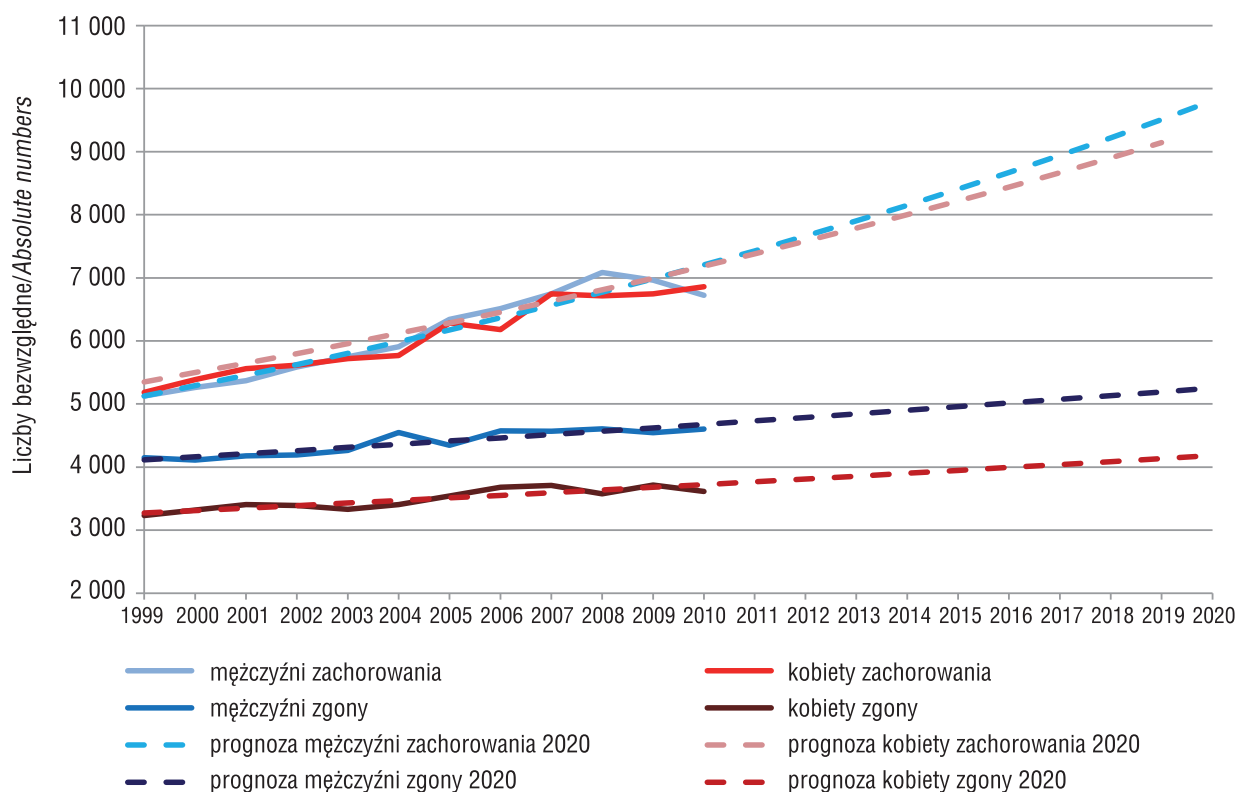
(9 810 u mężczyzn oraz 9 145 u kobiet), pod opieką onkologów znajdować się będzie około 57 000 chorych (ryc. 19), co w przełożeniu na świadczenia medyczne oznaczać będzie dla Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydatki rzędu 340÷440 mln PLN rocznie, co w przeliczeniu na jednego pacjenta da kwotę ok. 6÷8 tys. PLN rocznie.

Szacowana dla 2020 r. liczba zgonów z przyczyn nowotworów wyniesie około 9 500 (5 253 u mężczyzn oraz 4 184 u kobiet).



Ryc. 18. Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe u mężczyzn i kobiet w Wielkopolsce w latach 1999-2010 (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).

Fig. 18. Cancer-related morbidity and mortality trends in males and females in Greater Poland 1999-2010 (historic data for 1999-2009 adjusted for 2010).



Ryc. 19. Planowany globalny wzrost zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe.

Fig. 19. Predicted changes in cancer incidence and mortality.

Chapter 2

Cancer incidence in Greater Poland – general data (C00–D09)

Back in 1965, when the International Agency for Research on Cancer (IARC) was founded, cancer was considered to be a disease of a modern type, typical for highly developed countries of the Western Europe. Today, half of cancer cases and two-thirds of all registered deaths from cancer occur in developing or underdeveloped countries [1]. Poland is specifically characterised by low efficacy of treatment due to the fact that most Polish people – as shown by studies commissioned by the Ministry of Health – do not pursue a healthy lifestyle [7]. Above all, they show an irrational reluctance to preventive examination, in most part, report to an oncologist only when the disease is in an advanced stage with chances of full recovery greatly diminished. The aversion to preventive examinations can be accounted for by four types of factors: social, economical, psychological and organisational [8]. Certain conventional stereotypes are also to blame. A cancer diagnosis is still associated with a death sentence. Apart from avoiding preventive examinations, Polish people tend to follow wrong eating habits, do not practice sports, smoke cigarettes and drink alcohol. The region of Greater Poland is no exception that way. Considering the rate of population ageing, the problem is going to become even worse (compared to 1999, the male population of Greater Poland has increased by only 1.6% and the female population by 2.1%; whereas the 50-69 age group has grown by as much as 31.0% and 28.0%, respectively).

In 2010, 13,581 new cases of cancer were reported to the Greater Poland Cancer Registry (6,722 in men and 6,859 in women). The number of new cases increased by 2,780 (26%) as compared to 2001. In comparison to 2009, the number of newly registered cancers rose by 168 in men and 447 in women. Considering that the completeness of registration in the Greater Poland region is 99% (unregistered cases represent 3% in men and 0% in women), over 200 cancer cases are estimated not have been reported to the Registry. The growth of cancer incidence in relation to the previous year by just 4.7% – given the rate of population ageing and local and national screening programmes – seems to indicate a lower completeness of data due, among other factors, to limitations in the access to Declarations of Death and calls for further analysis (see Table 7 and 8).

Most prevalent cancers in men are those of the lung (C34), prostate (C61), colon (C18). In women, the most common locations are breast (C50), lung (C34), cervix (C54) (see Fig. 8-9 and Tables 9-10).

Table 9 shows the ten most frequent cancer locations in men in 2010. The most common cancer locations in women are shown in Table 10.

Cancer incidence by age for men in the Greater Poland region in 2010 is shown in Fig. 10, for females in Fig 11.

Distribution of cancer incidence by age groups in the region of Greater Poland, 2010, is shown in Fig. 12.

The main goal of the combat against cancer is to be able to diagnose it early, when the disease is at its symptomless detectable stage (before clinical symptoms reveal), which is achieved by:

1) raising public awareness of early cancer diagnosis, including by breast self-examination and preventive screening tests;

2) medical staff training;

3) routine diagnostic examination performed by doctors on every-day basis;

4) special diagnostic programmes (screening tests) [2].

In the year concerned, 359 in situ cancer cases were registered (Tables 11-12). The proportion of in situ cancer cases in the region is 2.5%. A study conducted by the Masovia Cancer Registry showed that the cure rate for pre-invasive cancers is nearly 100% versus 75–80% for the localised stage. Each successive stage reduces survivability by an average of 25% [2]. Therefore, it is very important, in epidemiological terms, that more and more in situ cancers (otherwise referred to as pre-invasive, stage '0') are recorded in Poland.

In 2009, 588 cancer cases were found in screening tests, that is 227 more than in 2009. Of them, 510 (87%) were breast cancers, 34 lung cancers, 16 cervical cancers, 11 colorectal cancers, and the other 17 were found under screening programmes for early detection of prostate cancer. Cancer cases recognised during screening tests should be reported to the registry with a clear indication of the source of report (i.e. with „screening test” put in box 32 of the Cancer Notification Form). Cases reported to the registry represent the basis for evaluating efficacy of screening programmes.

In the Greater Poland region, 106 children aged 0–19 were diagnosed with cancer (raw incidence rate in children is 14 cases per 100,000 population).

According to the statistics of the Central Statistical Office, 8,218 cancer-related deaths were registered in the region in 2010 (4,603 in men and 3,615 of women) representing an increase of nearly 8% (Tables 13-14).

The leading causes of cancer deaths reported in 2010 in men were lung cancer (C34), prostate cancer (C61) and cancer of the colon (C18). The distribution of cancer-caused deaths is shown in Fig. 13.

The leading causes of cancer deaths reported in 2010 in women was, for the second time, lung cancer (C34) followed by breast cancer (C50) and cancer of the colon (C18). The distribution of cancer-caused deaths in females is shown in Fig. 14.

Table 15 shows the ten most frequent cancer locations causing deaths in men in 2010. Most common cancer loca-

tions causing deaths in women are shown in Table 16.

Distribution of cancer-caused deaths by age in the Greater Poland region is shown in Fig. 15 for males and in Fig. 16 for females.

The absolute number of cancer-caused deaths broken down by age groups is shown in Fig. 17, while morbidity and mortality trends by gender in 1999–2010 are shown in Fig. 18. The trends in registered cancer morbidity and mortality show a strong gender-dependence. Over the recent 12 years, standardized incidence ratios have differed between genders, with men exhibiting levels higher by 50–70 cases per 100,000 population. The disparity is even more pronounced for deaths, with men exceeding women by 80–100 cases per 100,000 population.

The ageing of population combined with a gradual extension of patients' survival (due to improved diagnostics and treatment efficacy) and Polish people's irrational aversion to primary and secondary preventive care will make important factors determining cancer morbidity and mortality further into the 21st century. The morbidity and mortality forecast for 2020, established according to an approved model based on data from 1999–2009, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record 19,000 new cancer cases (9,810 in men and 9,145 in women), while 57,000 patients will be under oncologist care (Fig. 19), which will translate into annual expenditure of PLN 340÷440 million to be covered by the Greater Poland Branch of the National Health Fund (approx. PLN 6,000÷8,000 per patient).

Cancer-caused mortality in 2020 is predicted to be 9,500 (5,253 men and 4,184 women).

Rozdział 3

Nowotwory złośliwe głowy i szyi (C00-C15; C30-C33; C69; C73)

Wojciech Golusiński, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Magdalena Kordylewska, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka

W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe głowy i szyi (rozumiane szeroko tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) stanowiły trzecią u mężczyzn i piątą u kobiet przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie zgłoszono 948 nowych zachorowań (tj. 578 przypadków u mężczyzn i 370 u kobiet) co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 17% (tj. 137 przypadków - tab. 17, ryc. 20). Przy czym należy zwrócić uwagę, iż tempo wzrostu nowo rozpoznawanych nowotworów przyspiesza, gdyż przyrost roczny (2010/2009) wyniósł już 4%.

Tabela 17. Zmiany w strukturze zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe głowy i szyi w Wielkopolsce u mężczyzn i kobiet.

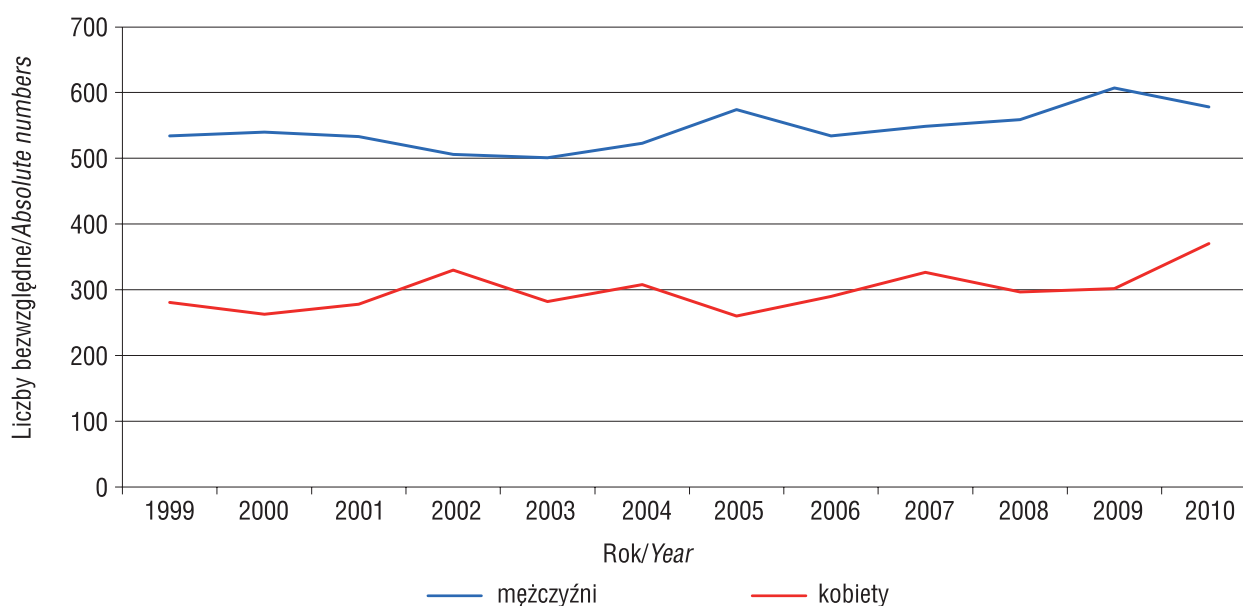
Table 17. Changes in the structure of head and neck cancer morbidity and mortality in Greater Poland in males and females.

Mężczyźni/Male

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Odsetek Percentage	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Odsetek Percentage
2001		533	32,9	28,0	9,9%		389	24,0	20,2	9,3%
2009		607	36,8	26,7	9,3%		387	23,5	17,1	8,5%
2010		578	34,9	24,4	8,6%		406	24,5	17,3	8,8%

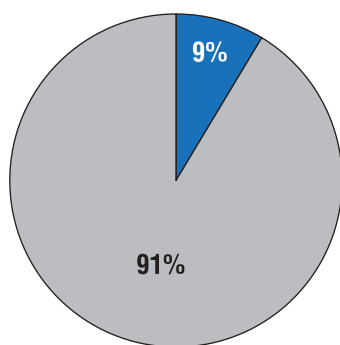
Kobiety/Female

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Odsetek Percentage	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Odsetek Percentage
2001		278	16,2	11,9	5,0%		109	6,3	3,5	3,2%
2009		302	17,3	11,9	4,7%		106	6,1	3,2	2,9%
2010		370	21,0	13,8	5,4%		114	6,5	3,1	3,2%



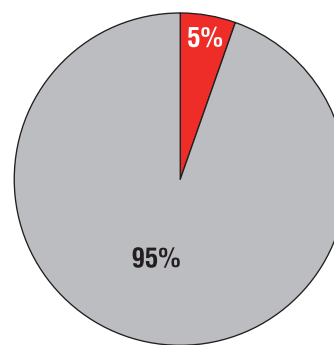
Ryc. 20. Zmiany w zachorowalności na nowotwory głowy i szyi u mężczyzn i kobiet w Wielkopolsce.

Fig. 20. Changes in the structure of head and neck cancer morbidity in Greater Poland in males and females.



Ryc. 21. Odsetek zachorowań u mężczyzn na nowotwory złośliwe głowy i szyi w 2010 roku.

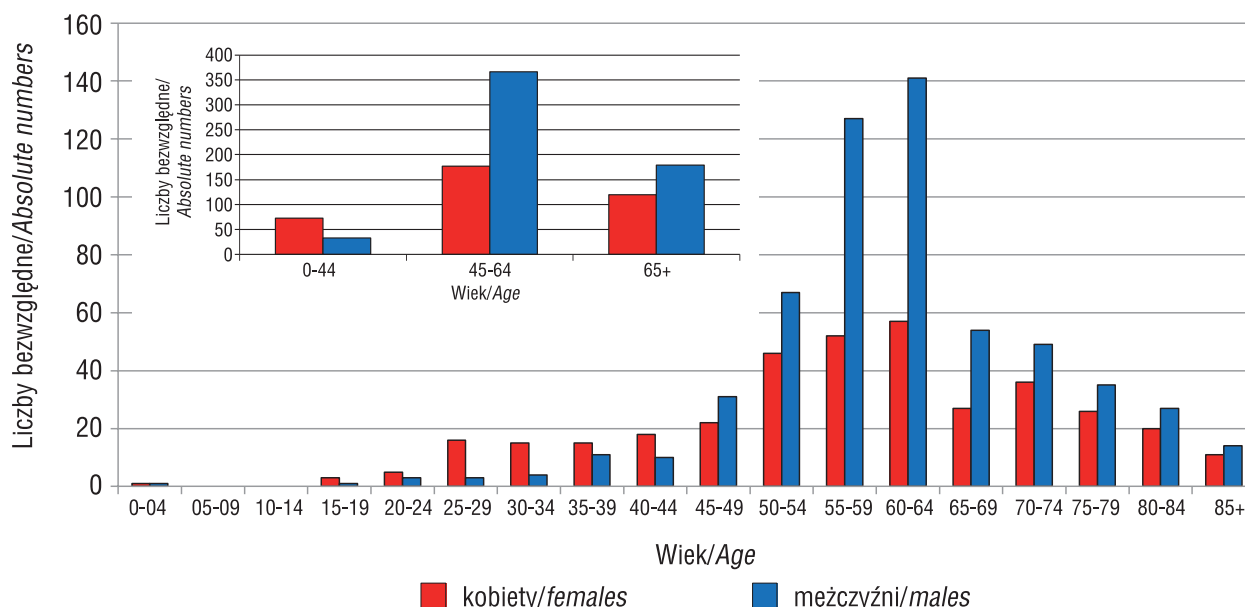
Fig. 21. Proportion of head and neck cancer cases in males 2010.



Ryc. 22. Odsetek zachorowań u kobiet na nowotwory złośliwe głowy i szyi w 2010 roku.

Fig. 22. Proportion of head and neck cancer cases in females 2010.

Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w 2010 roku, nowotwory złośliwe głowy i szyi stanowiły 9% zachorowań u mężczyzn (ryc. 21) i 5% u kobiet (ryc. 22).



Ryc. 23. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe głowy i szyi w grupach wieku w 2010 roku.

Fig. 23. Number of new registered, head and neck cancer cases by age.

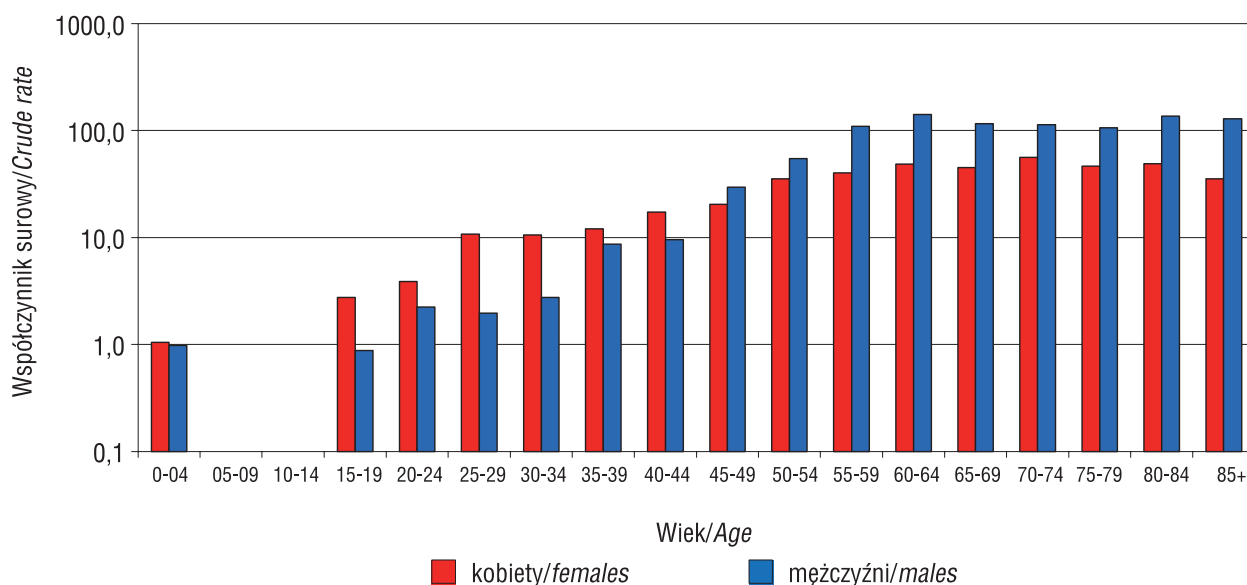
Analiza zmian w zachorowalności na ten typ nowotworów na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, wykazuje stabilizację, a nawet spadek zachorowań u mężczyzn, natomiast stały wzrost w przypadku kobiet (tab.17, ryc. 20). W grupie młodych Wielkopolan na szczególną uwagę zasługuje fakt zdecydowanie wyższej liczby zachorowań u kobiet.

Nowotwory głowy i szyi to przypadki, którym mało uwagi poświęcano w ostatnich latach, gdyż długo utożsamiane były wyłącznie z niskim statusem socjo-ekonomicznym, dziś wobec udowodnionego wpływu wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) na powstawanie tego typu nowotworów oraz stałego wzrostu zachorowalności w grupie młodych abstynentów należy zmienić spojrzenie na ten problem. Dlatego też nowotwory głowy i szyi stanowią ciekawy materiał do badań. Jak w przypadku większości nowotworów ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia włącznie. W populacji mężczyzn 63%, a w populacji kobiet 48% rozpoznanych nowotworów głowy i szyi występuje u osób w wieku 45-64. Szczyt zachorowalności przypada zarówno u mężczyzn jak i u kobiet na lata 55-64. Po czym następuje gwałtowny spadek zachorowalności (ryc. 23).

Głównym czynnikiem etiologicznym nowotworów głowy i szyi są kancerogeny zawarte w dymie tytoniowym. Działanie rakotwórczych czynników wzmacnia spożywanie wysokoprocentowego alkoholu. W powstawaniu niektórych raków rejonu głowy i szyi istotną rolę odgrywają wirusy (Epsteina-Barr oraz brodawczaka ludzkiego HPV - human papilloma

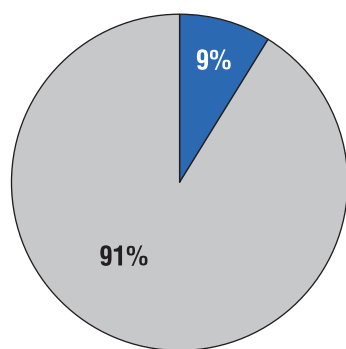
virus). Nowotworom nabłonkowym często towarzyszą zaburzenia molekularne, najczęstsze z nich to mutacje genów supresorowych (np. genu TP53), sekwencje mikrosatelitarne (mutacje genów mismatch repair odpowiedzialnych za naprawę DNA), nadekspresja i mutacje receptora dla naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR- epidermal growth factor receptor) oraz namnażanie DNA niektórych onkogenów, jak np. BCL-1 czy INT-2 [2].

Jak można zaobserwować na przykładzie współczynników surowych zachorowalności zwiększone ryzyko zachorowania obserwuje się już od grupy wiekowej 40-44, najwyższe u osób po 55-64, w grupie 65+ nadal utrzymuje się na wysokim poziomie (ryc. 24).



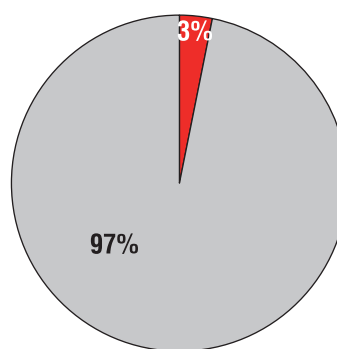
Ryc. 24. Zachorowania na nowotwory złośliwe głowy i szyi na 100 000 pop. w 2010 roku (log).

Fig. 24. New registered, head and neck cancer cases per 100 000 (log).



Ryc. 25. Odsetek zgonów u mężczyzn na nowotwory złośliwe głowy i szyi w 2010 roku.

Fig. 25. Proportion of head and neck cancer mortality in males 2010.

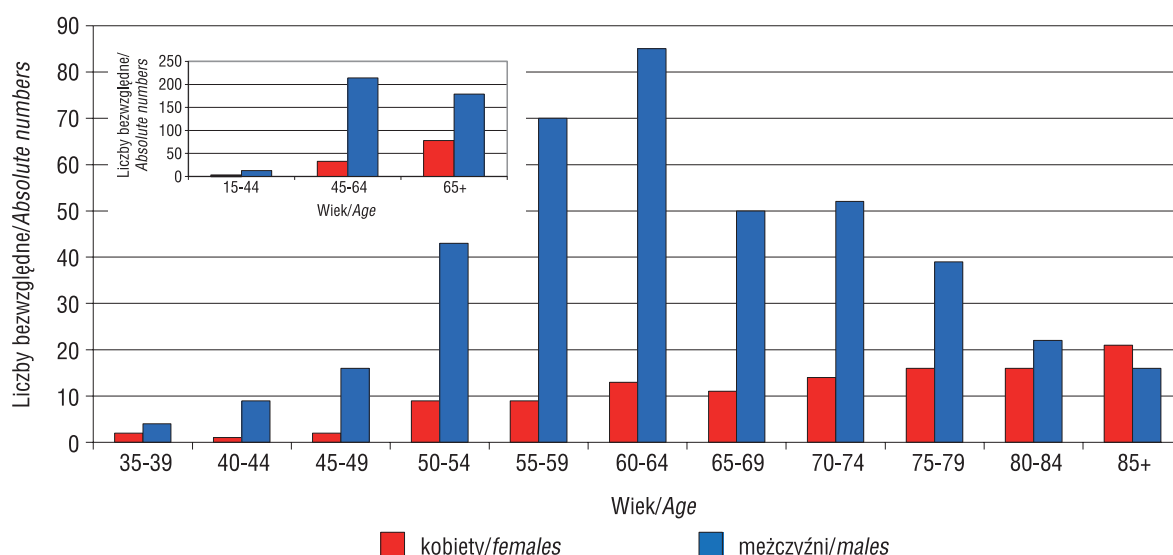


Ryc. 26. Odsetek zgonów u kobiet na nowotwory złośliwe głowy i szyi w 2010 roku.

Fig. 26. Proportion of head and neck cancer mortality in females 2010.

Zgodnie z danymi GUS w 2010 roku w Wielkopolsce zarejestrowano 520 zgony z przyczyn nowotworów głowy i szyi (tj. u mężczyzn 406, u kobiet 114), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 4% (tab. 16). W Wielkopolsce nowotwory głowy i szyi są przyczyną 9% zgonów z powodu choroby nowotworowej u mężczyzn (ryc. 25) oraz 3% zgonów u kobiet (ryc. 26).

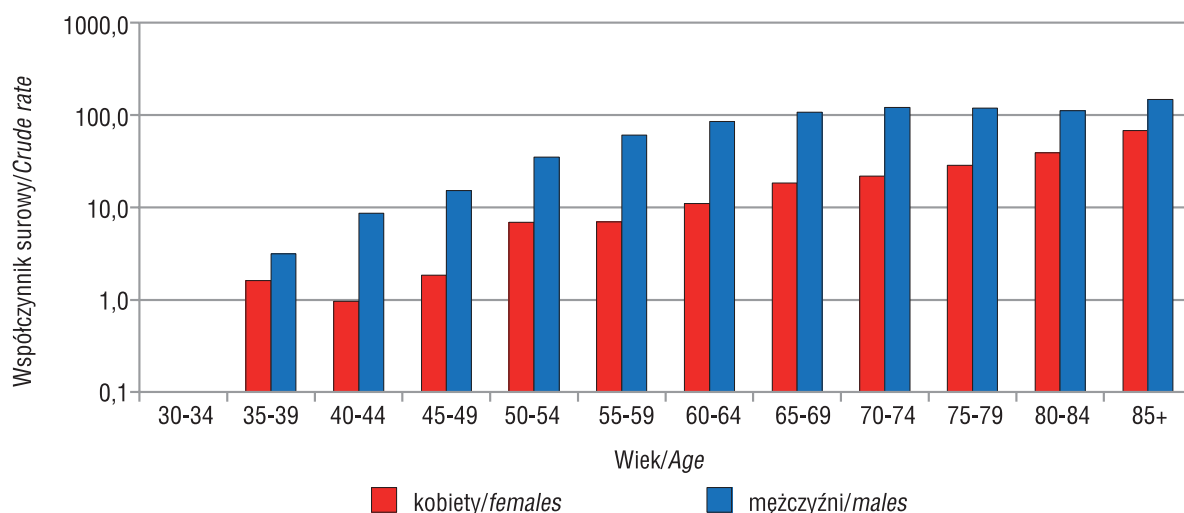
Okolo 82% zgonów z przyczyn nowotworów głowy i szyi u mężczyzn oraz odpowiednio 88% u kobiet zarejestrowano w grupie wiekowej 55+ (ryc. 27).



Ryc. 27. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe głowy i szyi w grupach wieku w 2010 roku.

Fig. 27. Number of head and neck cancer deaths by age groups.

Również pod względem współczynników surowych umieralności u obu płci widoczny jest wzrost ryzyka zgonu wraz z wiekiem (ryc. 28).



Ryc. 28. Zgony na nowotwory złośliwe głowy i szyi na 100 000 pop. w 2010 roku (log).

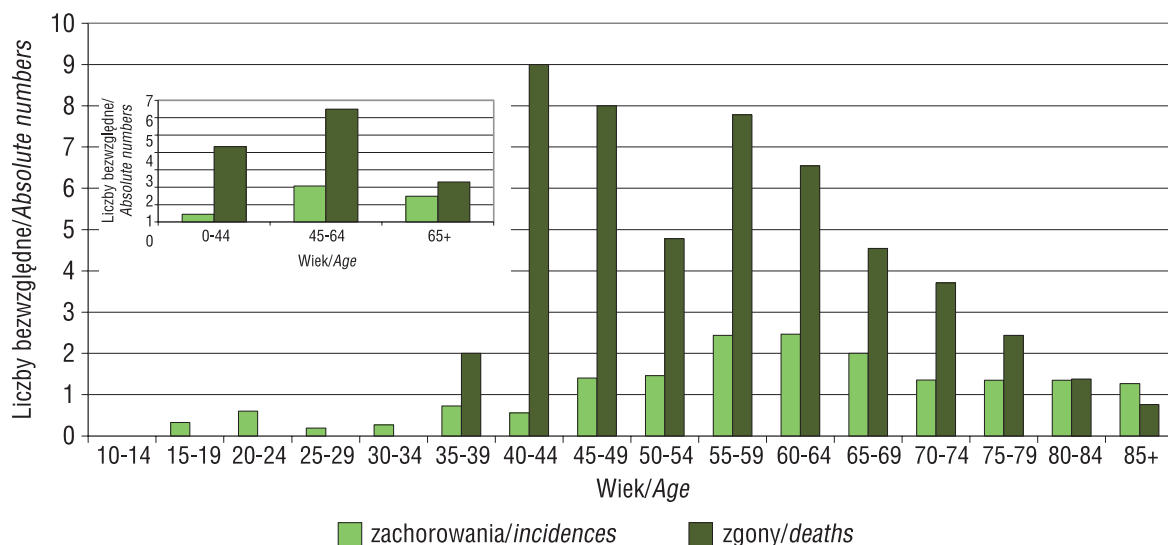
Fig. 28. Head and neck cancer deaths per 100 000 (log).

Jak wykazuje wskaźnik **Zachorowania mężczyźni/Zachorowania kobiety**, który jest odzwierciedleniem ryzyka względnego przy założeniu, że grupą odniesienia są kobiety, ryzyko względne zachorowania na nowotwory głowy i szyi jest generalnie wyższe u mężczyzn ($ZaM/ZaK=1,56$ – ryc. 29). Także w przypadku wskaźnika **Zgony mężczyźni/Zgony kobiety** ryzyko względne zgonu jest zdecydowanie większe u mężczyzn ($ZgM/ZgK=3,56$) przy czym na szczególną uwagę zwraca grupa wiekowa 40-44 dla której wskaźnik ten osiąga wartość 9.

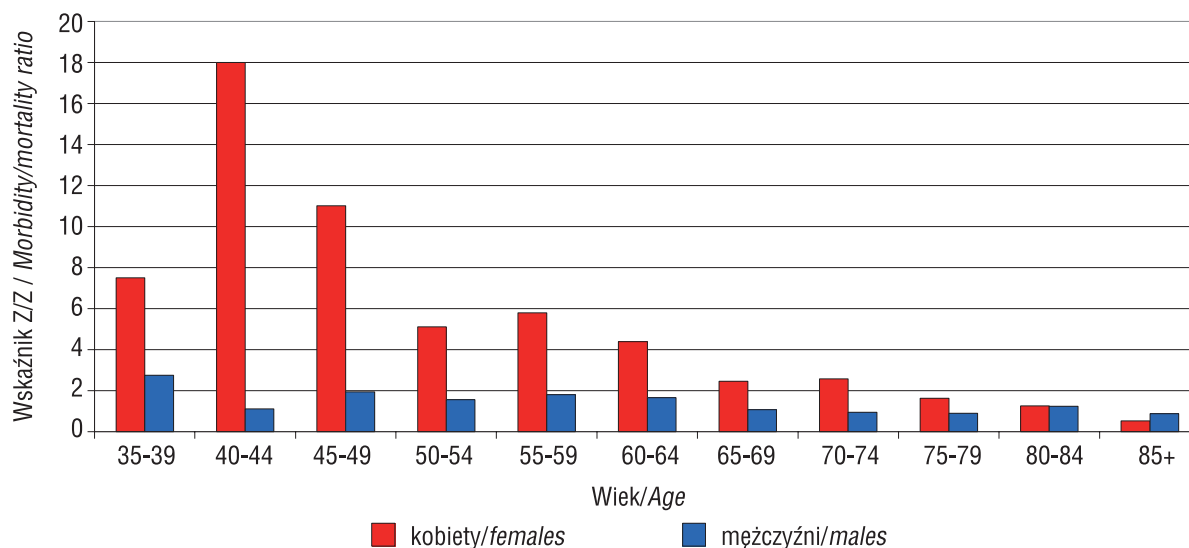
Dla większości przypadków wskaźnik **Zachorowania/Zgony** przyjmuje wartość wyższą od jedności. Wyjątek stanowią: u mężczyzn grupa 85+, u kobiet 70-74 oraz 80+. Szczególną uwagę zwraca u kobiet grupa wiekowa 45-49, w której wskaźnik **Zachorowania/Zgony** jest prawie czternastokrotnie wyższy niż u mężczyzn (ryc. 30).

Obliczona na podstawie danych z lat 1999-2009 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów zarejestruje 1 085 nowych przypadków zachorowań (681 u mężczyzn oraz 404 u kobiet; ryc. 31). Szacowana dla 2020 roku liczba zgonów z przyczyn nowotworów głowy i szyi wyniesie ponad 540 (418 u mężczyzn oraz 122 u kobiet; ryc. 32).

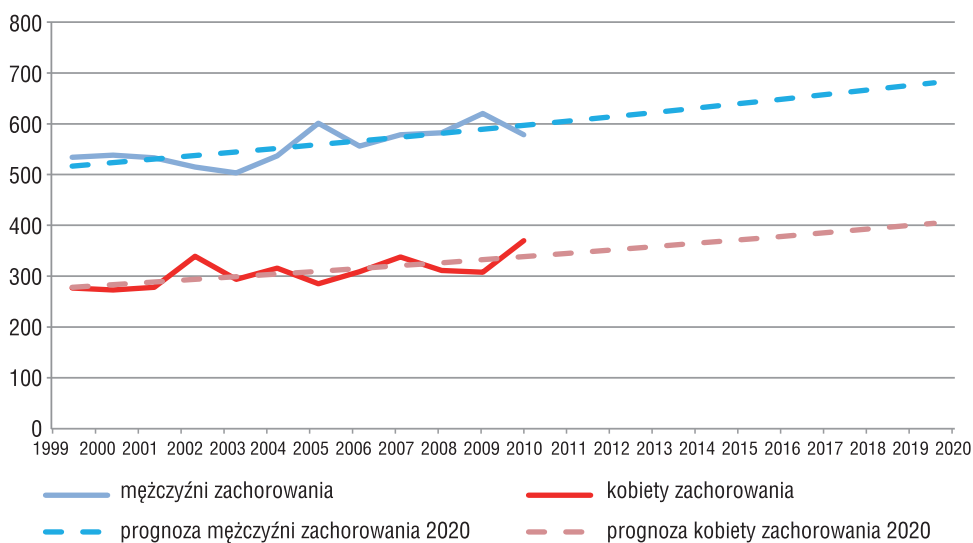
Nowotwory złośliwe głowy i szyi ze względu na duże różnice w obserwowanych odsetkach 5-letnich przeżyć (np. przeżył 7,6%, krtań 44,9%, tarczycy 83%) [2] są przypadkami wartymi szerszych badań, a ze względu na specyfikę grupy podwyższonego ryzyka umiejscowieniem, którego statystyki poprawić mógłby dobry program profilaktyki pierwotnej



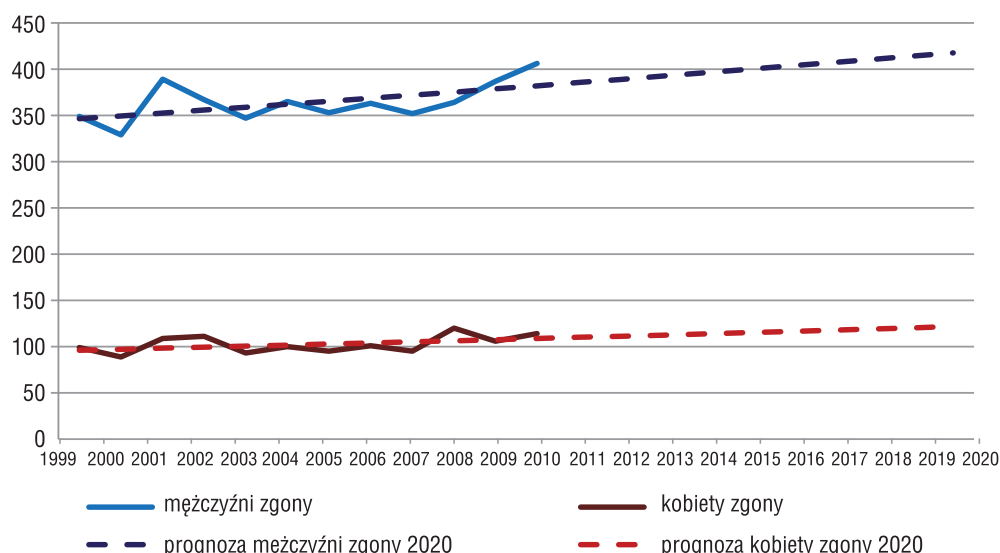
Ryc. 29. Wskaźnik Zachorowania mężczyźni/Zachorowania kobiety oraz Zgony mężczyźni/Zgony kobiety w 2010 roku.
Fig. 29. Males/Females ratio 2010.



Ryc. 30. Wskaźnik Zachorowania/Zgony na nowotwory złośliwe głowy i szyi dla kobiet i mężczyzn w 2010 roku.
Fig. 30. Head and neck cancer Morbidity/Mortality ratio for males and females, 2010.



Ryc. 31. Planowany globalny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe głowy i szyi.
Fig. 31. Predicted changes in head and neck cancer incidence.



Ryc. 32. Planowany globalny wzrost umieralności na nowotwory złośliwe głowy i szyi.

Fig. 32. Predicted changes in head and neck cancer mortality.

i wtórnej. W 2011 roku prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński (ordynator Oddziału Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej w Wielkopolskim Centrum Onkologii) wraz z Dyrektorem WCO prof. dr hab. Julianem Malickim rozpoczęli starania o poszerzenie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych o moduł „Pierwszego w Polsce Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi”. W 2012 roku program został zaprezentowany podczas 5th ECHNO European Conference on Head and Neck Oncology, prezentacja na forum ogólnopolskim odbędzie się 12 grudnia 2012 roku podczas konferencji prasowej, przy współudziale Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

Celem projektowanego Programu jest poznanie wiedzy i zachowań prozdrowotnych społeczeństwa, edukacja w kierunku upowszechniania wiedzy nt. tych nowotworów poprzez m. in. kolportaż przygotowanych materiałów, organizację kampanii medialnych popularyzujących postawy prozdrowotne i prowadzących do zmian stylu życia, co wpływać ma na stopniowe zmniejszanie zachorowalności na nowotwory głowy i szyi. Poprzez program profilaktyki wtórnej oczekujemy zwiększenia odsetka zmian wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania, co z kolei wpływać ma na osiągnięcie po 8-10 latach zmniejszenia umieralności w populacji wyznaczonej do skryningu. Prace odbywać się będą z uwzględnieniem czterech aspektów jakimi są: edukacja pracowników służby zdrowia, podniesienie świadomości ogółu społeczeństwa, podniesienie wartości i znaczenia opieki psychologiczno-socjalnej u chorych, zbudowanie dobrych relacji pomiędzy politykami, ekspertami itd., a organizacjami pacjenckimi i ludźmi żyjącymi z chorobą nowotworową.

Zadania do realizacji:

- organizacja systemu koordynacji logistyczno-administracyjnej w skali kraju,
- przeprowadzenie badań ankietowych dotyczących wiedzy populacji o profilaktyce nowotworów głowy i szyi oraz zachowań prozdrowotnych społeczeństwa w tym zakresie,
- radykalna poprawa stanu edukacji społeczeństwa polskiego, w tym także środowisk medycznych, w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia oraz programów wczesnego rozpoznawania tych nowotworów,
- urealnienie statystyk nt. epidemiologii nowotworów głowy i szyi poprzez zwiększenie jakości i kompletności bazy danych Krajowego Rejestru Nowotworów (aby poprawić kompletność rejestracji koniecznym staje się upowszechnienie w tej grupie zawodowej wiedzy o obowiązku rejestracji nowotworów złośliwych),
- pilotaż skryningu w 5 ośrodkach w Polsce, a następnie badania ogólnopolskie i upowszechnienie w społeczeństwie wczesnej diagnostyki nowotworów głowy i szyi. Akcje medialne realizowane będą we współpracy z Biurem Prasy i Promocji Zdrowia.

Chapter 3

Head and neck cancer (C00-C15; C30-C33; C69; C73)

In the region of Greater Poland, in 2010, broadly taken head and neck cancers (C00-C15; C30-C33; C69; C73) represented the third most frequent cancer type in men and the fifth in women. In that period, 948 new cancers were reported (including 578 men and 370 women), meaning a 17% growth (137 cases) in comparison to 2001 (see Table 17 and Fig. 20).

Of all malignancies reported in 2010, head and neck cancers accounted for 9% in men (Fig. 21) and 5% in women (Fig. 22).

H&N cancers make for an interesting study material as they have not been given much attention in recent years. As is the case with most cancers, the risk of head and neck cancer increases with age for both genders until 64 years of age (64 included). The population aged 45-64 account for 63% of H&N cancers in men and 48% in women. After the peak incidence recorded for both men and women at the age of 55-64, the rate morbidity starts rapidly falling (Fig. 23).

Experts argue that head and neck cancers are primarily caused by carcinogenic substances contained in tobacco smoke. Other confirmed contributing factors include the overuse of spirits. Also certain viruses (Epstein-Barr and human papilloma virus) are believed to induce certain types of H&N cancers. Epithelial cancers are often accompanied by molecular disorders, most typically suppressor gene mutations (e.g. the TP53 gene), microsatellite sequences (DNA mismatch repair gene mutations), over-expression and epidermal growth factor receptor (EGFR) mutations, as well as amplification of some oncogenes, such as BCL-1 or INT-2 [2].

As indicated by raw incidence rates, increased cancer risk can be observed to begin in the 40-44 age group, peak at 55-64, and maintain at a high level over 65 (Fig. 24).

According to the statistics of the Central Statistical Office, 520 head and neck cancer deaths were registered in Greater Poland in 2010 (406 in men and 114 in women) constituting an increase of 4% (Table 17). In our region, H&N cancers accounts for 9% of cancer deaths in men (Fig. 25) and 3% in women (Fig. 26).

Around 82% of deaths from those cancers in men and 88% in women were registered for the 55+ age group (Fig. 27).

The raw mortality rate is also found to rise with age (Fig. 28).

As indicated by the male to female incidence ratio, which reflects relative risk with women taken as a reference group, a relative risk of H&N cancer is generally higher with men ($M/F=1,56$ – see Fig. 29). Also, the male to female mortality ratio indicates a much higher relative risk of death for men than for women ($M/F=3,56$), notably in the 40-44 age group where the ratio amounts to 9.

In most categories, the Morbidity/Mortality ratio is higher than 1, with the exception of men over 85, and women of 70-74 and over 80 years of age. Of particular note is the 45-49 age group, where the Morbidity/Mortality ratio for women is almost fourteen times higher than for men (see Fig. 30).

The morbidity and mortality forecast for 2020 established according to an approved model based on data from 1999–2009, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record 930 new cancer cases (623 in men and 307 in women; see Fig. 31). The number of H&N cancer deaths in 2020 is predicted to be 500 (394 men and 116 women; see Fig. 32).

Due to the high disparity in observed 5-year survival rates, (e.g. the oesophagus 7.6%, the larynx 44.9%, the thyroid 83%)[2], head and neck cancers seem to call for more extensive research, and an effective primary and secondary prevention programme. In 2011, prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński (Head of the Head and Neck Surgery and Laryngological Oncology Department at the Greater Poland Cancer Centre) and GPCC Director, prof. dr hab. Julian Malicki initiated efforts aimed to expand the National Cancer Control Programme to include Poland's first Population-Based Programme for Prevention and Early Detection of Head and Neck Cancers.

The goal of the programme is to identify the level of public knowledge on health promoting behaviours and to raise public awareness of cancer by disseminating information materials and organising media campaigns to promote healthy lifestyle with a view to achieve a gradual reduction of H&N cancer incidence and, through a secondary preventive care programme, to increase the proportion of malignancies detected at early stages, thus lowering the death rate among the screened population in 8-10 years after the launch of the programme.

Tasks to be performed:

- organisation of a nation-wide logistic and administrative coordination system,
- organisation of a survey on public knowledge of H&N cancer prevention and related health-promoting behaviours,
- raising of public awareness, including the medical community, of preventive health care, healthy lifestyle and early detection programmes for H&N cancers,
- update of statistics on epidemiology of H&N cancers by improving the quality and completeness of the National Cancer Registry's database (to improve the completeness of registration, doctors have to be informed of the obligation to register cancer cases),
- launch of a pilot screening programmes in five centres around Poland followed by nation-wide control examinations and promotion of early diagnostics for H&N cancers. The media campaigns will be carried out in cooperation with the Press and Health Promotion Office.

Rozdział 4

Nowotwory złośliwe jelita grubego (C18–C21)

Paweł Murawa, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Erwin Strzesak, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka

Tabela 18. Zmiany w zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego w Wielkopolsce u mężczyzn i kobiet w latach 2001-2010 (Dane archiwalne za lata 2001-2009 uaktualnione o rok 2010).

Table 18. Changes of colorectal cancer morbidity and mortality in Greater Poland in males and females, 2001-2010 (historic data for 2001-2009 adjusted for 2010).

Mężczyźni/Male

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		638	39,3	33,1		410	25,3	20,8
2002		611	37,6	30,9		478	29,4	23,7
2003		646	39,7	32,2		466	28,7	22,6
2004		694	42,6	33,8		483	29,7	23,0
2005		743	45,5	36,1		477	29,2	22,4
2006		747	45,7	35,7		529	32,4	24,3
2007		808	49,3	36,2		496	30,3	22,1
2008		726	44,2	32,2		522	31,8	22,5
2009		730	44,3	31,6		543	32,9	22,8
2010		876	52,8	36,9		568	34,2	23,1

Kobiety/Female

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		549	31,9	18,9		397	23,1	12,6
2002		596	34,6	20,5		404	23,5	12,2
2003		610	35,4	20,2		443	25,7	13,2
2004		602	34,8	20,9		408	23,6	12,1
2005		610	35,2	20,4		427	24,7	12,8
2006		584	33,7	20,1		418	24,1	12,2
2007		651	37,4	20,5		464	26,7	13,2
2008		604	34,6	18,9		447	25,6	12,7
2009		578	33,0	17,7		454	25,9	11,6
2010		697	39,6	20,5		451	25,6	11,7

W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe jelita grubego rozumiane szeroko (tj. C18–C21) stanowiły zarówno u mężczyzn jak i kobiet drugą przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie zgłoszono 1 573 nowych zachorowań (tj. 876 przypadków u mężczyzn i 697 u kobiet), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 33% (tj. 386 przypadki). Zgłoszona w 2009 roku liczba 1 308 nowych przypadków (w tym 5 przypadków wykrytych w skryningu) w odniesieniu do trendów europejskich oznacza niekompletność zgłoszeń i prawdopodobnie wynika ze sposobu rozliczania z NFZ cykli chemii i radioterapii. Część Świadczeniodawców dla pacjentów z rakiem jelita grubego jako zasadnicze rozpoznanie wpisuje kod Z51.1 (tj. wg ICD-X: każda chemia i radioterapia) a nie kody z zakresu C18–C21. Niemniej biorąc pod uwagę, iż w roku 2008 nie zgłoszono do Rejestru żadnego przypadku raka jelita grubego wykrytego w skryningu – można powiedzieć, iż działania Rejestru zmierzające do urealnienia statystyk i stałej poprawy kompletności odnoszą skutek (tab. 18).

Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe, nowotwór złośliwy jelita grubego stanowił 13% nowych zachorowań u mężczyzn (ryc. 33) i 10% u kobiet (ryc. 34).

Nowotwory jelita grubego stanowią w ostatnich latach w Polsce schorzenie o największej dynamice wzrostu [2]. Jak w przypadku większości nowotworów ryzyko zachorowania na raka jelita grubego zwiększa się u obu płci wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych. W populacji mężczyzn 59%, a w populacji kobiet 63% rozpoznanych nowotworów jelita grubego występuje u osób powyżej 65 roku życia (ryc. 35). Jak podają specjaliści przyczyny powstawania raka jelita grubego nie zostały ostatecznie poznane, chociaż niewątpliwymi czynnikami ryzyka są predyspozycje genetyczne, gruczołowe polipy oraz niektóre choroby zapalne jelita grubego i czynniki środowiskowe (głównie dietetyczne) [2].

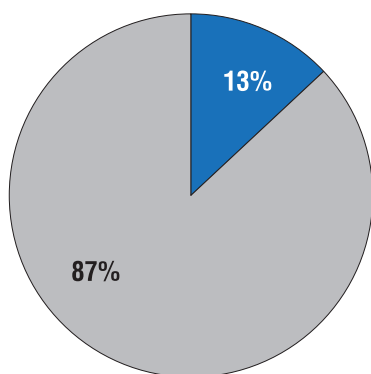
Jak można zaobserwować na przykładzie współczynników surowych zachorowalności zwiększone ryzyko zachorowania występuje u osób po 50 roku życia, a szczyt zachorowań przypada na 7-8 dekadę życia (ryc. 36) [2].

Zgodnie z danymi GUS w 2010 roku w Wielkopolsce zarejestrowano 1 019 zgonów z przyczyn raka jelita grubego (tj. u mężczyzn 568, u kobiet 451), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 26% (tab. 18). W Wielkopolsce nowotwory jelita grubego są przyczyną 12% zgonów z powodu choroby nowotworowej zarówno u mężczyzn (ryc. 37) jak i u kobiet (ryc. 38).

Umieralność z przyczyn raka jelita grubego wzrasta u obu płci wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych, co jest szczególnie widoczne na małym wykresie z podziałem na trzy grupy (ryc. 39).

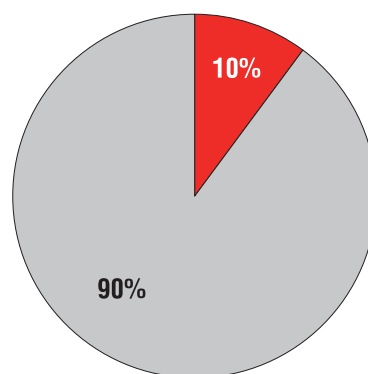
Również pod względem współczynników surowych umieralności u obu płci widoczny jest wzrost ryzyka zgonu wraz z wiekiem (ryc. 40).

Jak wykazuje wskaźnik **Zachorowania mężczyźni/Zachorowania kobiety**, który jest odzwierciedleniem ryzyka względnego przy założeniu, że grupą odniesienia są kobiety, ryzyko względne zachorowania na raka jelita grubego jest generalnie wyższe dla mężczyzn, co szczególnie widoczne jest na małym wykresie z podziałem na trzy grupy wieku (ryc. 41). W przypadku wskaźnika **Zgony mężczyźni/Zgony kobiety** poza grupą 30-34 oraz 40-44 i 85+ ryzyko względne zgonu jest wyższe u mężczyzn (ryc. 41).



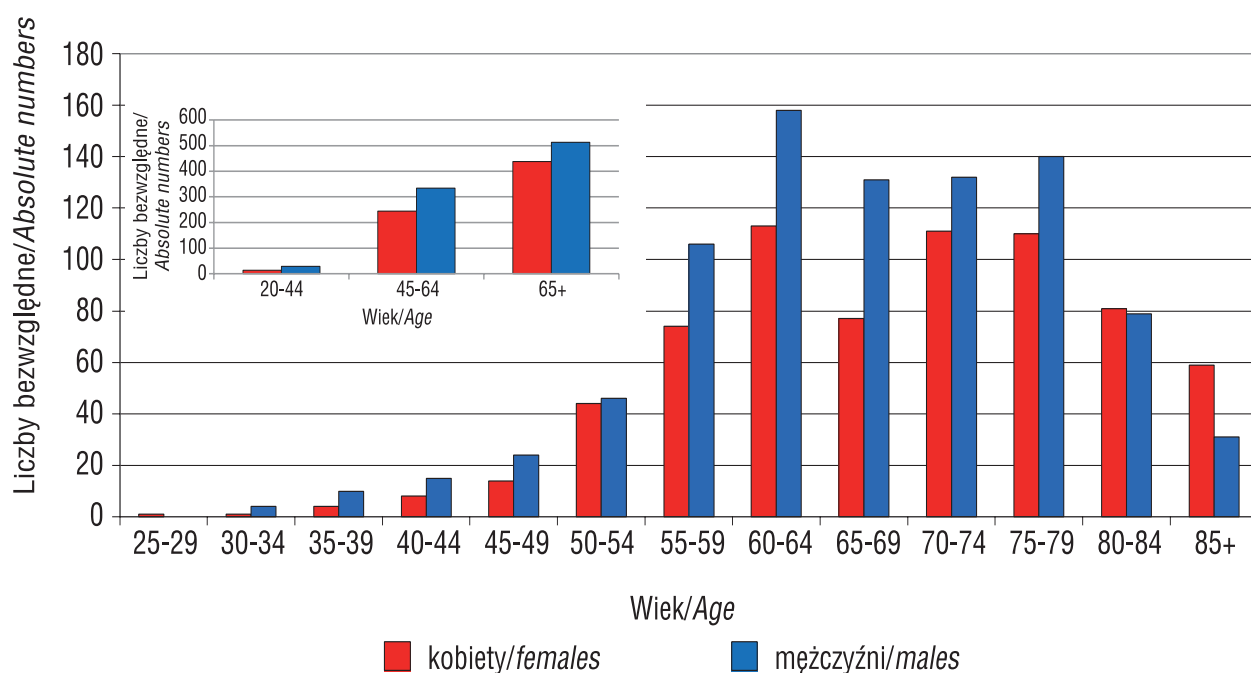
Ryc. 33. Odsetek zachorowań u mężczyzn na nowotwory złośliwe jelita grubego w 2010 roku.

Fig. 33. Proportion of colorectal cancer cases in males 2010.



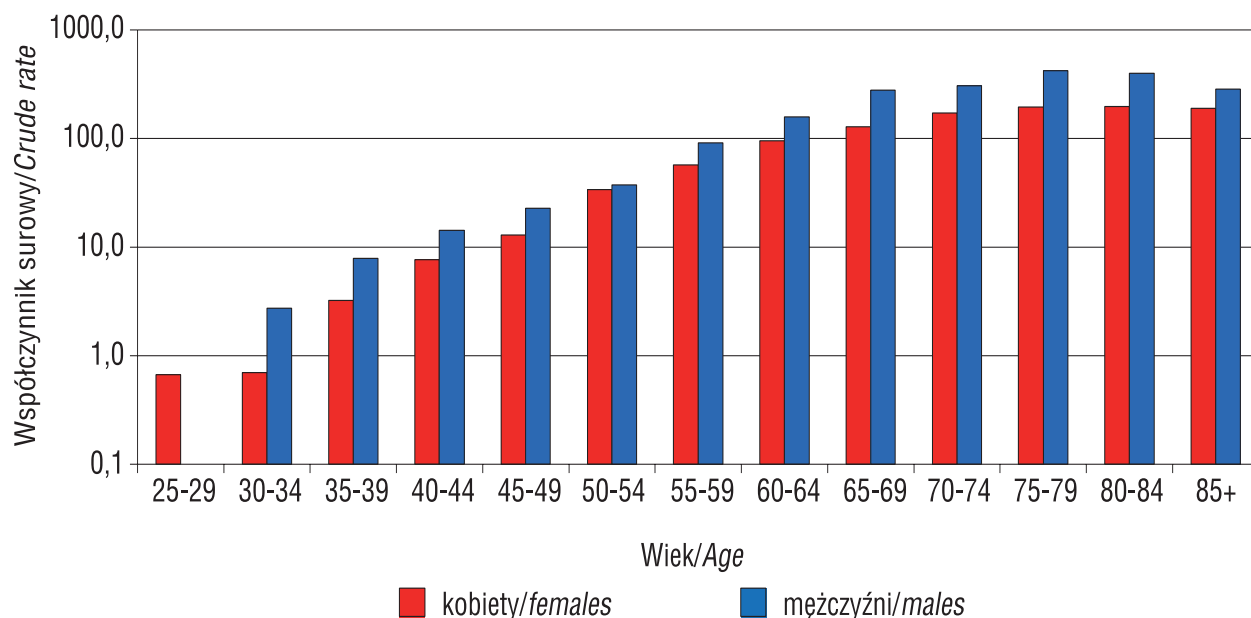
Ryc. 34. Odsetek zachorowań u kobiet na nowotwory złośliwe jelita grubego w 2010 roku.

Fig. 34. Proportion of colorectal cancer cases in females 2010.



Ryc. 35. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego w grupach wieku w 2010 roku.

Fig. 35. Number of new registered, colorectal cancer cases by age.

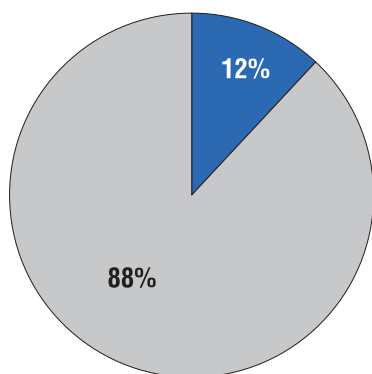


Ryc. 36. Zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego na 100 000 pop. w 2010 roku (log).

Fig. 36. New registered, colorectal cancer cases per 100 000 (log).

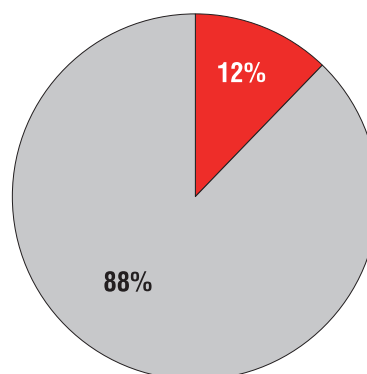
Wskaźnik **Zachorowania/Zgony** przyjmuje u mężczyzn wartości wyższe od jedności poza grupą 85+, a u kobiet wskaźnik ten nie przekracza jedności dla grupy wiekowej 30-34 oraz 85+. Na szczególną uwagę u mężczyzn zasługują grupy wiekowe 30-34, w której wskaźnik **Zachorowania/Zgony** jest siedmiokrotnie wyższy niż u kobiet oraz grupa 40-44, w której ten wskaźnik jest niemal trzykrotnie wyższy (ryc. 42).

Trendy zarejestrowanej zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego dla wszystkich grup wiekowych wykazują istotną zależność od płci (ryc. 43). Na przełomie 12. lat utrzymuje się różnica w poziomie współczynników standaryzowanych zachorowalności, przy czym współczynniki te dla mężczyzn pozostają wyższe na poziomie 11–16 na każde 100 000 populacji. Podobne różnice współczynników zanotowano dla zgonów, tu dla mężczyzn są wyższe o ok 9–11 na każde 100 000. Obserwowany u obu płci od 2007 roku korzystny trend spadkowy dla zachorowań zatrzymał się i w 2010 roku zanotowano wzrost, utrzymuje się tendencja spadkowa dla zgonów u kobiet. W grupie wiekowej 20–44 pomimo dużych wahań w poszczególnych latach w 2010 roku obserwujemy wzrost zachorowalności i spadek umieralności u obu płci. Podobną tendencję zaobserwowano u obu płci w grupie wiekowej 45–64. W grupie 65+ u obu płci obserwujemy wzrost zachorowalności, przy czym standaryzowany współczynnik zachorowalności dla kobiet



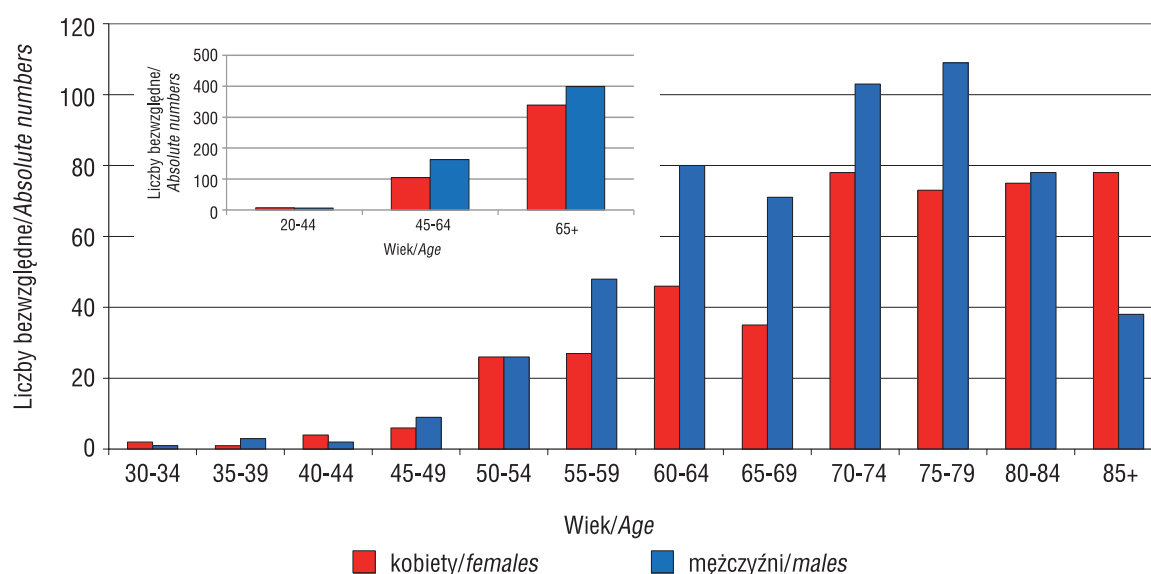
Ryc. 37. Odsetek zgonów u mężczyzn na nowotwory złośliwe jelita grubego w 2010 roku.

Fig. 37. Proportion of colorectal cancer mortality in males 2010.



Ryc. 38. Odsetek zgonów u kobiet na nowotwory złośliwe jelita grubego w 2010 roku.

Fig. 38. Proportion of colorectal cancer mortality in females 2010.

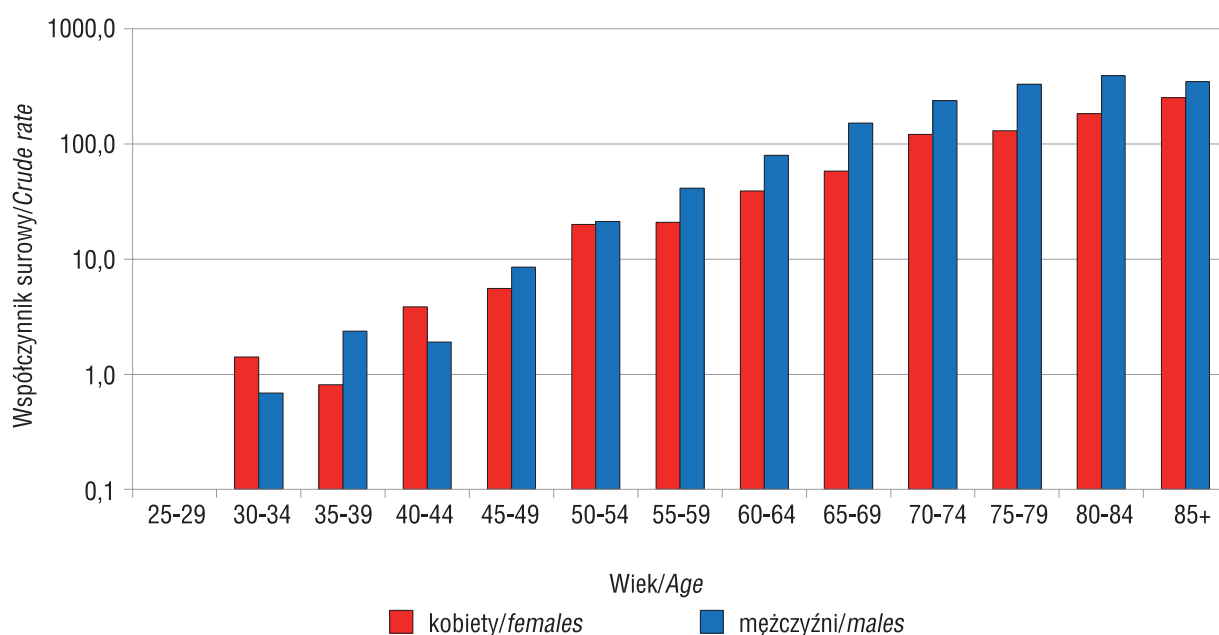


Ryc. 39. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe jelita grubego w grupach wieku w 2010 roku.

Fig. 39. Number of colorectal cancer deaths by age groups.

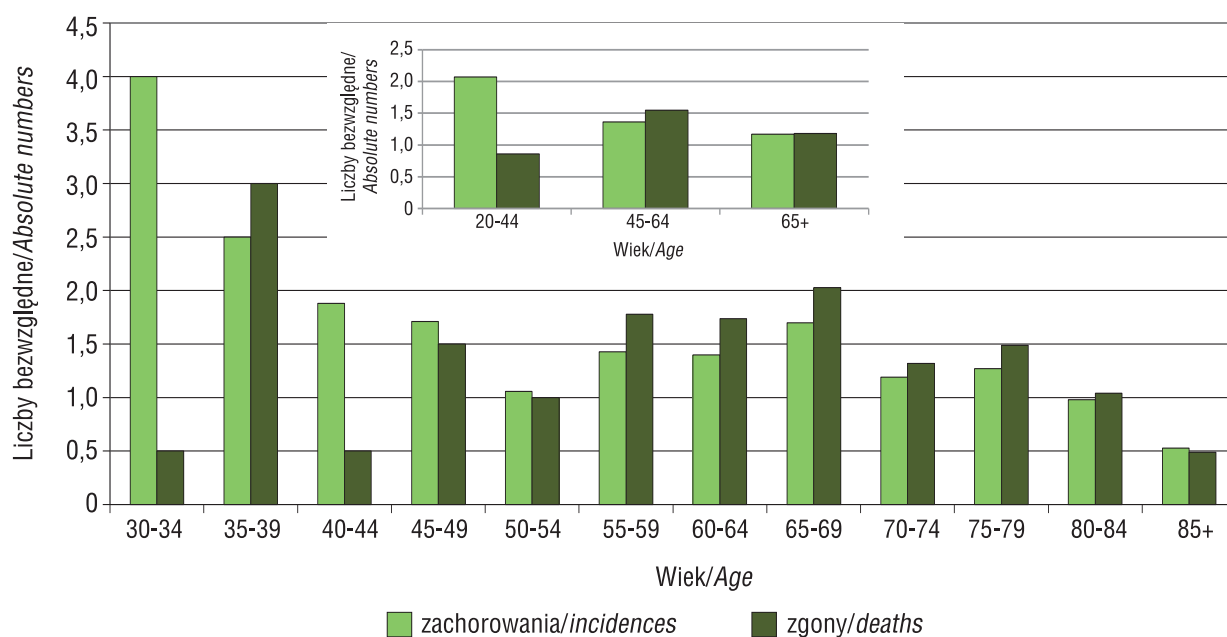
w 2010 roku identyczny jest ze współczynnikiem osiągniętym w roku 1999. O podobnej tendencji możemy powiedzieć w przypadku zgonów, przy czym u kobiet współczynnik w roku 2010 (tj. 109/10⁵) jest nawet nieco niższy niż w roku 1999 (tj. 116/10⁵).

Nowotwór złośliwy jelita grubego ze względu na masowość występowania oraz stosunkowo niski odsetek przeżyć (30–33%) [2] jest umiejscowieniem w przypadku, którego statystyki poprawić mógłby dobry program profilaktyki pierwotnej i wtórnej. W Polsce program profilaktyki raka jelita grubego stanowi jedno z zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Do badań profilaktycznych kwalifikują się mężczyźni i kobiety bez objawów raka jelita grubego:



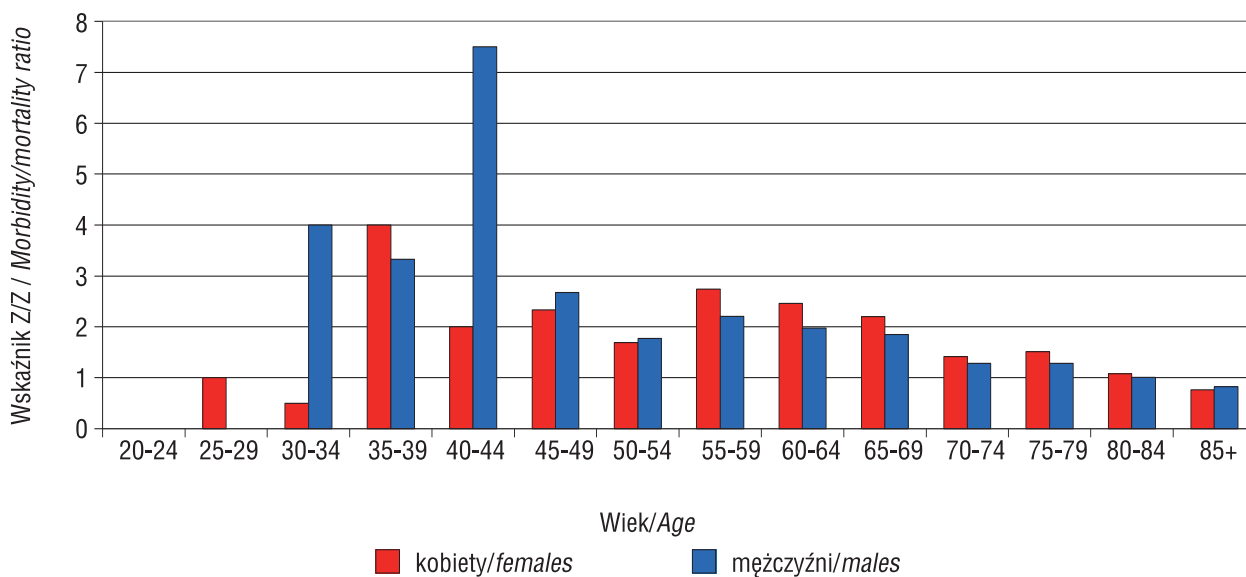
Ryc. 40. Zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego na 100 000 pop. w 2010 roku (log).

Fig. 40. Colorectal cancer deaths per 100 000 (log).

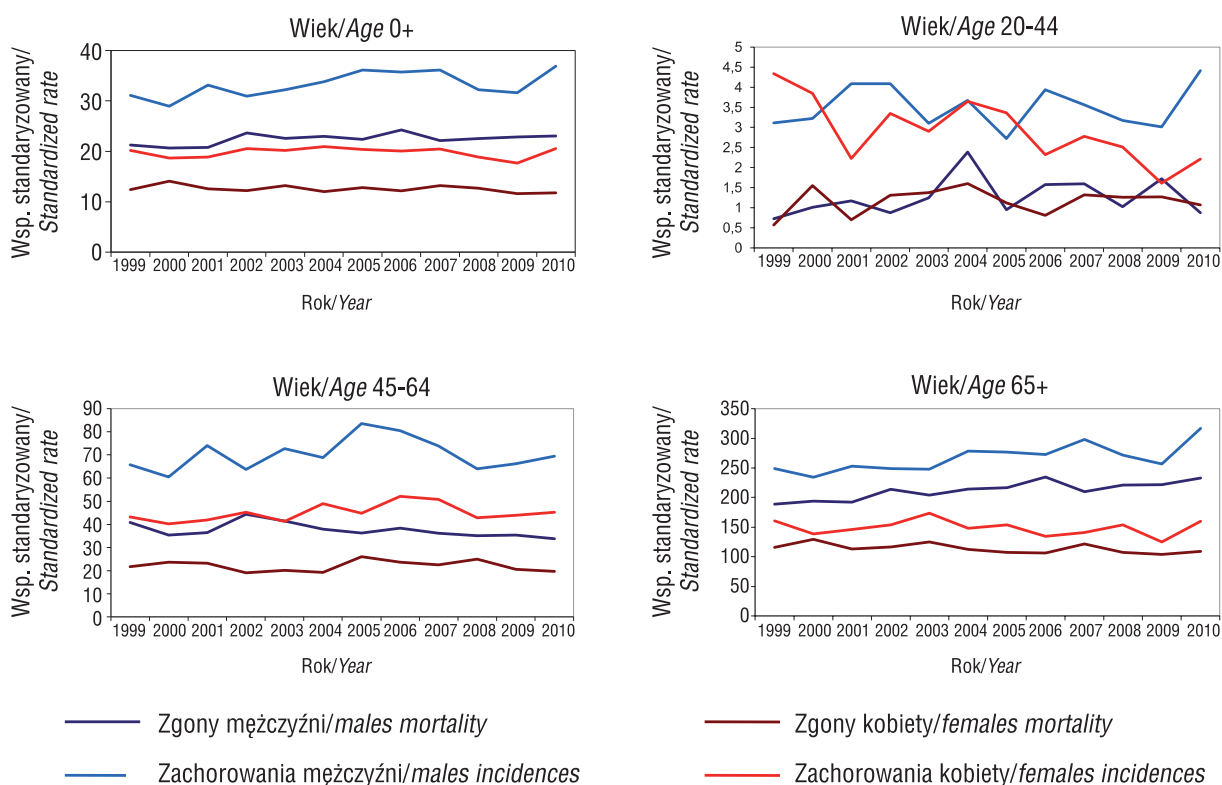


Ryc. 41. Wskaźnik mężczyźni/kobiety 2010.

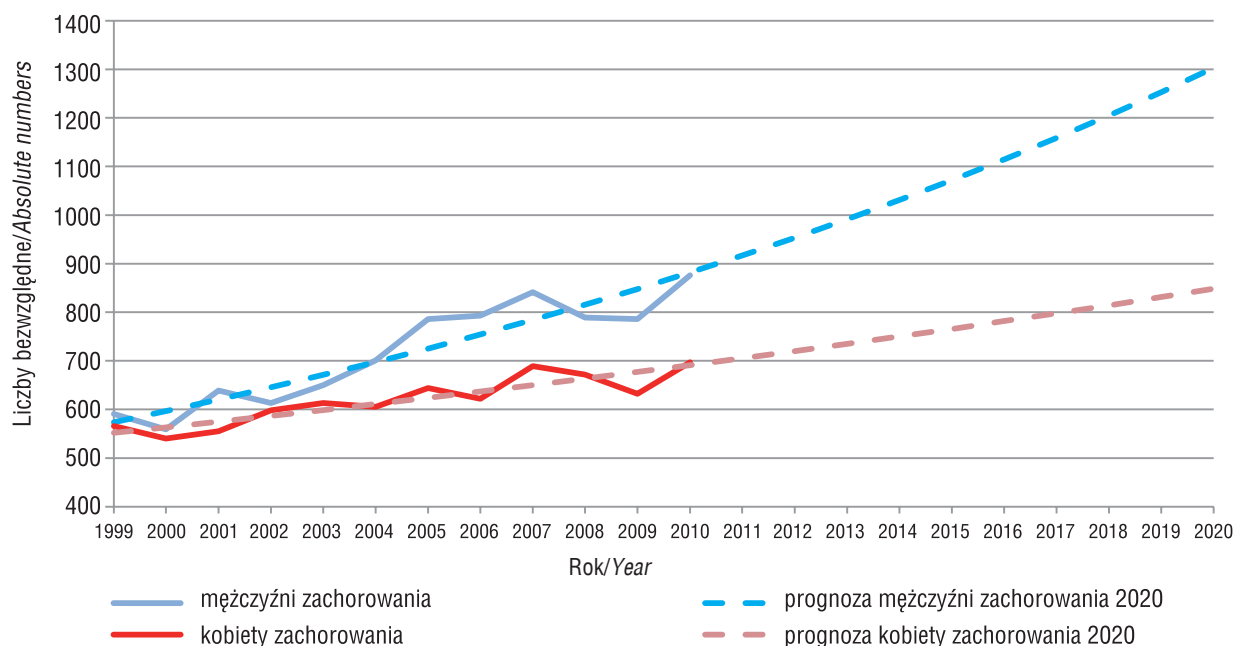
Fig. 41. Males/Females ratio 2010.



Ryc. 42. Wskaźnik Zachorowania/Zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego dla kobiet i mężczyzn w 2010 roku.
Fig. 42. Colorectal cancer Morbidity/Mortality ratio for males and females, 2010.

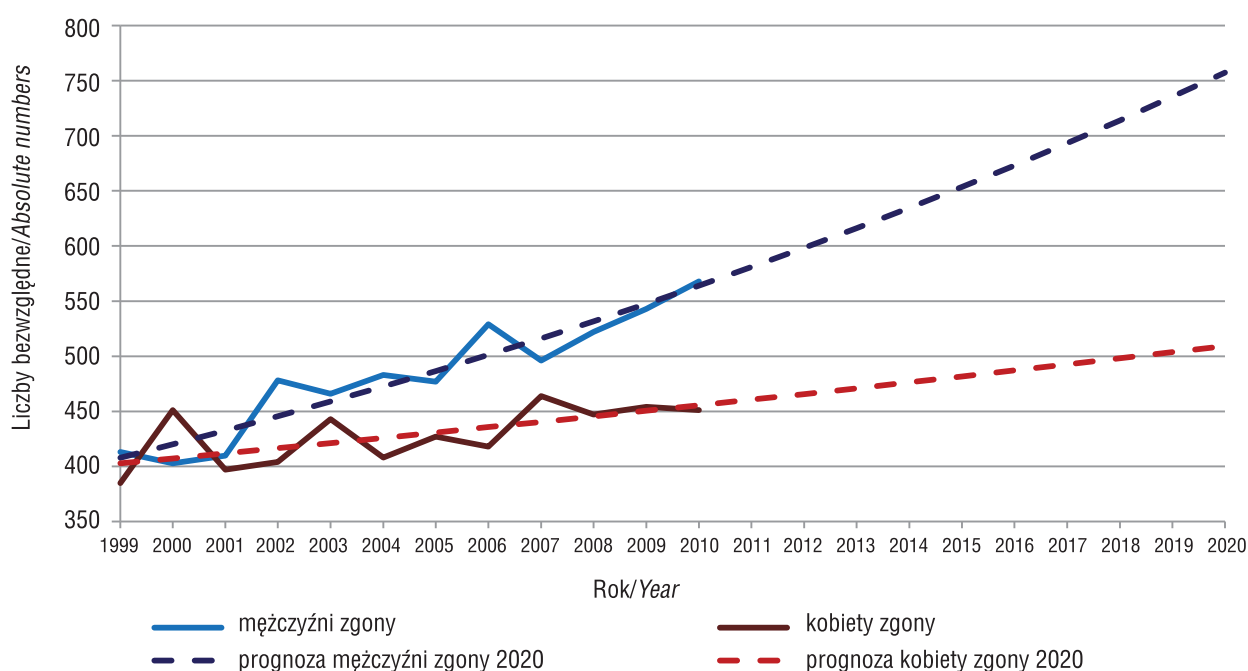


Ryc. 43. Trendy umieralności vs trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce w latach 1999-2010 wg wieku i płci (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).
Fig. 43. Colorectal cancer mortality vs. colorectal cancer morbidity in Greater Poland in 1999-2010 by age and gender (historic data for 1999-2009 adjusted for 2010).



Ryc. 44. Planowany globalny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego.

Fig. 44. Predicted changes in colorectal cancer incidence.



Ryc. 45. Planowany globalny wzrost umieralności na nowotwory złośliwe jelita grubego.

Fig. 45. Predicted changes in colorectal cancer mortality.

- w wieku 50–65 lat,
- w wieku 40–65 lat, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (tj. rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
- w wieku 25–65 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP (w tym przypadku konieczne jest skierowanie z Poradni Genetycznej).

W ramach programu raz na 10. lat wykonywana jest kolonoskopia. Badanie w Wielkopolsce wykonywane jest w 7 ośrodkach, to jest SPZOZ w Kościanie, NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne „Vetriculum”, Szpital Specjalistyczny im. St. Staszica w Pile Sp. z o.o., Ars Medical sp. z o.o. w Pile, NSZOZ „Termedica” w Poznaniu, Pleszewskie Centrum

Medyczne Sp. z o.o., Centrum Medycyny Małoinwazyjnej Endoskopia w Swarzędzu. Dodatkowo Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego finansuje badania na krew utajoną w kale w ramach lokalnego programu profilaktyki raka dolnego odcinka przewodu pokarmowego (badania wykonuje OPEN).

Obliczona na podstawie danych z lat 1999–2010 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów zarejestruje około 2 151 nowych przypadków zachorowań (1 303 u mężczyzn oraz 848 u kobiet), pod opieką onkologów znajdować się będzie około 6 500 chorych (ryc. 44), co w przełożeniu na świadczenia medyczne oznaczać będzie dla Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydatki rzędu 19,4 mln PLN rocznie. W tym uwzględnić należy koszty:

- 14,38 mln PLN na procedury zabiegowe i radioterapeutyczne,
- 1,24 mln PLN na badania diagnostyczne typu obrazowego i laboratoryjnego,
- 2,3 mln PLN na leczenie chemioterapeutyczne.

Średnio na jednego pacjenta leczonego w ciągu roku z powodu nowotworu złośliwego j. grubego (C18) przeznaczają się 14,7 tys. PLN.

Szacowana dla 2020 r. liczba zgonów z przyczyn nowotworów jelita grubego wyniesie około 1 267 (757 u mężczyzn oraz 509 u kobiet) (ryc. 45).

Chapter 4

Colorectal cancer (C18-C21)

In the region of Greater Poland, in 2010, colorectal cancers (C18–C21) represented the second most frequent cancer type in men and women. In that period, 1,573 new cancer incidences were reported (including 876 men and 697 women), meaning a 33% growth (386 cases) in comparison to 2001. When compared to current European trends, the total of 1,308 cases reported in 2009 (including 5 detected in screening tests) imply incompleteness of registration and is likely to result from the way chemotherapy and radiation therapy courses are settled with the National Health Fund. Some health service providers to colorectal cancer patients tend to enter the code Z51.1 (i.e. according to ICD-X: each chemotherapy or radiotherapy procedure) as a basic diagnosis rather than any of the C18-C21 codes.

Of all new malignancies recorded, colorectal cancers accounted for 13% of cases in men (Fig. 33) and 10% in women (Fig. 34).

Colorectal cancers have recently been found to show the fastest growth rate of all cancers registered in Poland [3], therefore. As is in the case with most cancers, the risk of colorectal cancer increases with age for both genders. 59% of diagnosed colorectal cancers in the male population and 63% in the female population occur in individuals over 65 years of age (see Fig. 35).

While the origins of colorectal cancer are yet to be uncovered, its confirmed contributing factors include genetic predispositions, glandular polyps, certain infectious diseases of the large intestine and environmental agents (mainly dietary) [2]. As indicated by raw incidence rates, increased risk of cancer occurs with individuals over 50 years of age, with its peak at the 7th and 8th decade of life (see Fig. 36) [2].

According to the statistics of the Central Statistical Office, 1019 colorectal cancer deaths were registered in Greater Poland in 2010 (568 in men and 451 in women) constituting an increase of 26% (Table 18). In Greater Poland, colorectal cancer accounts for 12% of cancer deaths both in men (Fig. 37) and in women (Fig. 38).

Colorectal cancer mortality increases with age for both genders, which can clearly be seen in the small chart showing the age breakdown (Fig. 39).

The raw mortality rate is also found to rise with age (Fig. 40).

As indicated by the male to female incidence ratio, which reflects relative risk with women taken as a reference group, the relative risk of colorectal cancer is generally higher with men, which is particularly clear in the small chart with patients broken down into three age groups (Fig. 41). The male to female mortality ratio also indicates a higher risk of death in men (Fig. 41).

The trends in registered colorectal cancer morbidity and mortality show a strong gender-dependence for all age groups (see Fig. 43). Over the recent 12 years, standardized incidence ratios have differed between genders, with men showing levels higher by 11–16 cases per 100,000 population. Similar disparity is observed for cancer deaths, with men exceeding women by 9–11 cases per 100,000 population. While a falling incidence has been observed since 2007 to 2010 for both genders, the death rate has been observed to fall slightly also in both genders.

Considering its massive occurrence and relatively low rate of survival (30–33%)[2], colorectal cancer seems to call for an effective primary and secondary prevention programme. In Poland, prevention of colorectal cancer is one of the tasks under the National Cancer Control Programme. Qualified for preventive examination are men and women without symptoms of colorectal cancer, aged:

- 50–65,
- 40–65, with family history of colorectal cancer relating regarding a first-degree relative (parents, offspring, and

siblings),

- 25–65, coming from a HNPCC or FAP family (in that case, referral to a genetics clinic is necessary).

The programme provides for colonoscopy to be performed once every ten years. In the Greater Poland region, the procedure is delivered in centres: NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne 'Ventriculus' Sp. z o.o., Leszno, NSZOZ 'Medley' S.C., Konin, Ares Medical p. z o.o., Piła, and NSZOZ 'Timeframe', Poznań. In addition, the Marshall Office of the Greater Poland Region provides funding for faecal occult blood tests under the local lower gastrointestinal cancer prevention programme (tests performed by the Centre for Cancer Prevention and Epidemiology).

The morbidity and mortality forecast for 2020, established according to an approved model based on data from 1999–2010, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record around 2,151 new cancer cases (1,303 in men and 848 in women), while 6,500 will be under oncologist care (Fig. 44), which will translate into annual expenditure of PLN 19.4 million to be covered by the Greater Poland Branch of the National Health Fund. The expenses will include:

- PLN 14.38 million for surgery and radiotherapy procedures,
- PLN 1.24 million for imaging and laboratory diagnostics,
- PLN 2.3 million for chemotherapy.

An average annual amount of PLN 14,700 is spent per patient treated for cancer of the colon (C18).

The number of colorectal cancer deaths in 2020 is predicted to be 1,260 (750 men and 511 women) (see Fig. 45).

Rozdział 5

Nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (C34)

Aleksander Barinow-Wojewódzki, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Mirosława Matecka-Nowak, Marek Teresiak, Marek Porzegowski, Piotr Łaski, Witold Kycler, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka

W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe płuca (C34) stanowiły pierwszą przyczynę zachorowalności u mężczyzn oraz drugą u kobiet. W analizowanym okresie zgłoszono 1 785 (tj. 1 253 przypadków u mężczyzn i 532 u kobiet), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 21% (tj. 313 przypadków). W porównaniu do roku 2009 liczba przypadków u mężczyzn zwiększyła się o 20 chorych (tj. 2%), u kobiet o 69 chorych (tj. 15%; tab. 19). Podobne tendencje zaobserwowano również w przypadku współczynników surowych i standaryzowanych.

Tabela 19. Zmiany zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe płuca w Wielkopolsce u mężczyzn i kobiet w latach 2001-2010 (Dane archiwalne za lata 2001-2009 uaktualnione o rok 2010).

Table 19. Changes of lung cancer morbidity and mortality in Wielkopolska in males and females, 2001-2010 (historic data for 2001-2009 adjusted for 2010).

Mężczyźni/ Male

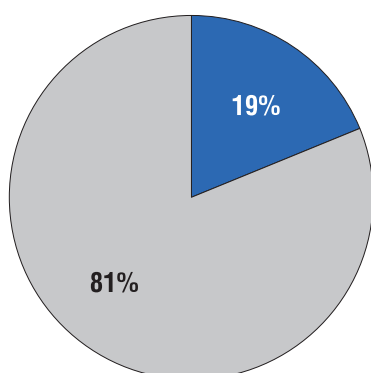
Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bez-względna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bez-względna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		1 143	70,0	59,0		1 274	78,0	65,9
2002		1 231	75,8	62,4		1 254	77,2	63,5
2003		1 330	81,8	68,8		1 324	81,4	66,0
2004		1 250	76,7	61,2		1 386	85,1	68,2
2005		1 257	77,0	60,6		1 269	77,8	61,1
2006		1 324	81,0	64,3		1 423	87,0	68,7
2007		1 305	79,7	59,1		1 388	84,7	62,6
2008		1 289	78,5	57,4		1 412	86,0	61,9
2009		1 233	74,8	53,9		1 336	81,0	58,1
2010		1 253	75,5	53,2		1 354	81,6	56,9

Kobiety/Female

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bez-względna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bez-względna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		329	19,1	12,3		363	21,0	13,4
2002		319	18,5	12,1		351	20,4	12,9
2003		408	23,7	15,4		373	21,6	13,3
2004		379	21,9	14,2		360	20,8	12,8
2005		378	21,8	13,5		373	21,5	13,3
2006		437	25,2	16,6		465	26,8	16,9
2007		452	26,0	16,0		450	25,9	15,4
2008		483	27,7	16,7		453	26,0	15,1
2009		463	26,5	15,7		500	28,6	16,4
2010		532	30,2	17,9		480	27,3	15,2

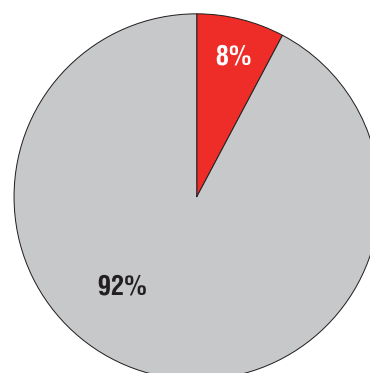
Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe, płuco stanowiło 19% zachorowań u mężczyzn (ryc. 46) i 7% u kobiet (ryc. 47).

Obserwowane obecnie zachorowania na nowotwory tytoniozależne, ze względu na swój długi okres utajenia i brak objawów, odzwierciedlają strukturę palenia tytoniu w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat [6]. Utrzymanie się zachorowalności u mężczyzn na podobnym poziomie jak w roku ubiegłym przy równoczesnym wzroście zachorowań u kobiet spowodowane jest zmniejszaniem się odsetka palaczy, początkowo w grupie młodszych mężczyzn, ze stopniowym rozszerzaniem się na całą populację mężczyzn przy równoczesnym zwiększaniu się odsetka palących kobiet. Wysoki odsetek populacji kobiet z roczników 1940–1970 palących papierosy oraz czasookres narażenia na szkodliwe działanie dymu tytoniowego ma swoje odzwierciedlenie w zwiększaniu się zachorowalności. Ryzyko zachorowania na raka płuca zależy przede wszystkim od narażenia na działanie rakotwórczych składników dymu tytoniowego, a także niektórych fizycznych i chemicznych czynników środowiskowych (metale radioaktywne i gazowe produkty ich rozpadu, nikiel, chrom, arsen, azbest, związki węglowodorowe) oraz czynników genetycznych [2]. Nie ma wątpliwości, iż dym tytoniowy stanowi najsilniejszy pojedynczy czynnik kancerogeny. Ryzyko zachorowania rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów i czasookresem palenia (ryc. 48-49).



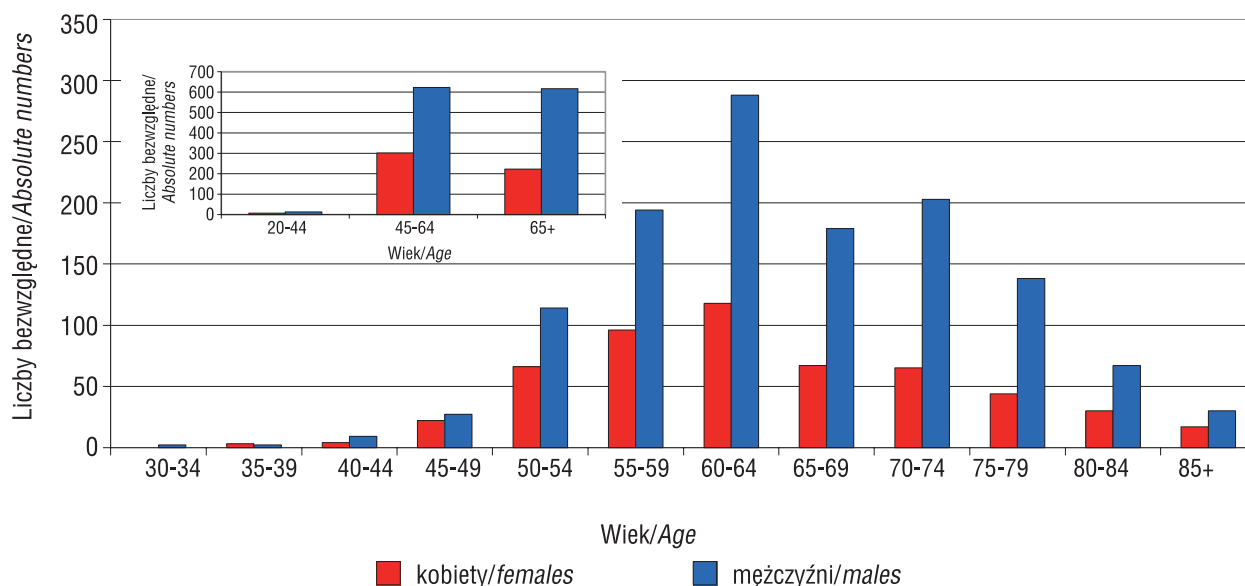
Ryc. 46. Odsetek zachorowań u mężczyzn na nowotwory złośliwe płuca w 2010 roku.

Fig. 46. Proportion of lung cancer incidence in males 2010.



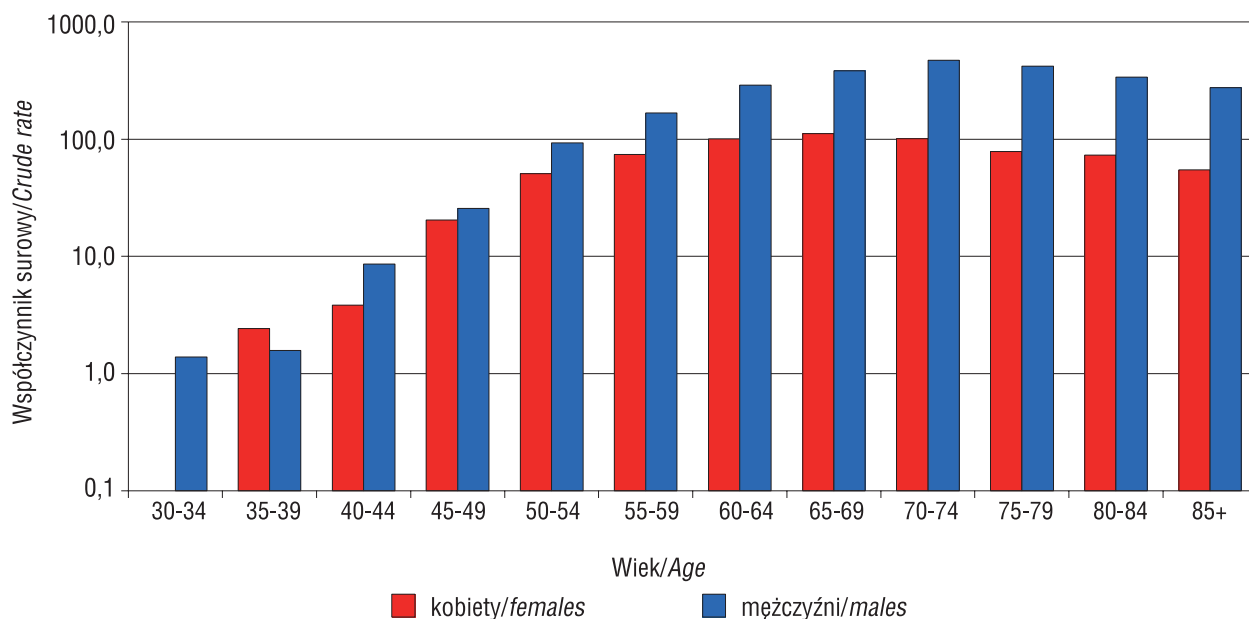
Ryc. 47. Odsetek zachorowań u kobiet na nowotwory złośliwe płuca w 2010 roku.

Fig. 47. Proportion of lung cancer incidence in females 2010.



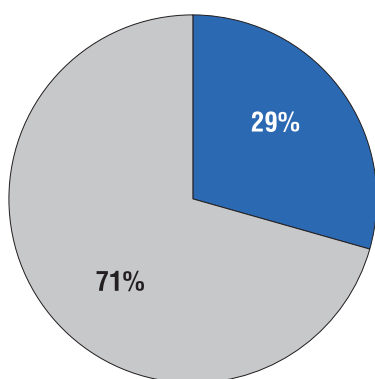
Ryc. 48. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe płuca w grupach wieku w 2010 roku.

Fig. 48. Number of new lung cancer cases by age groups



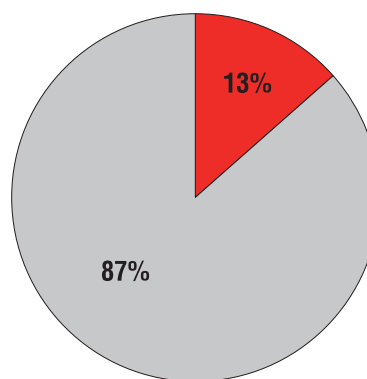
Ryc. 49. Zachorowania na nowotwory złośliwe płuca na 100 000 pop. w 2010 roku (log).

Fig. 49. Number of new lung cancer cases by age groups per 100 000 (log).



Ryc. 50. Odsetek zgonów u mężczyzn na nowotwory złośliwe płuca w 2010 roku.

Fig. 50. Proportion of lung cancer mortality in males 2010.



Ryc. 51. Odsetek zgonów u kobiet na nowotwory złośliwe płuca w 2010 roku.

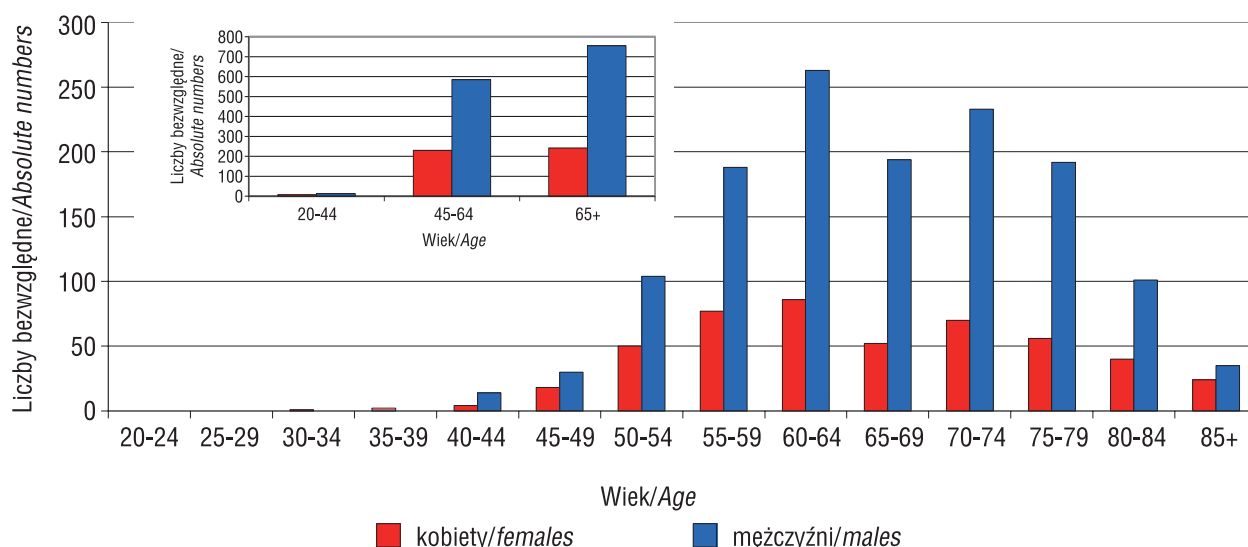
Fig. 51. Proportion of lung cancer mortality in females 2010.

Jak wykazały badania prowadzone w Europie, Japonii i Ameryce Północnej, paleniu można przypisać 87–91% zachorowań na raka płuca u mężczyzn i 57–86% u kobiet [6]. Szczególnie duże narażenie wystąpieniem nowotworu złośliwego płuca obserwuje się u osób powyżej 50 roku życia, palących powyżej 20 paczkolet i/lub narażonych na czynniki rakotwórcze. Szczegółowy wykres zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w podziale na płeć i grupy wieku przedstawiono na rycinie 35 [2]. Wzrost zachorowalności wraz z wiekiem jest szczególnie widoczny w przypadku współczynników surowych (ryc. 49).

Palenie tytoniu zwiększa również ryzyko raka przełyku, raka gardła i raka jamy ustnej, raka pęcherza moczowego, raka trzustki, a także raka nerki, żołądka, szyjki macicy oraz białaczki szpikowej. Palenie powoduje również wiele innych chorób, przede wszystkim przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a także zwiększa ryzyko chorób serca i udaru mózgu [6].

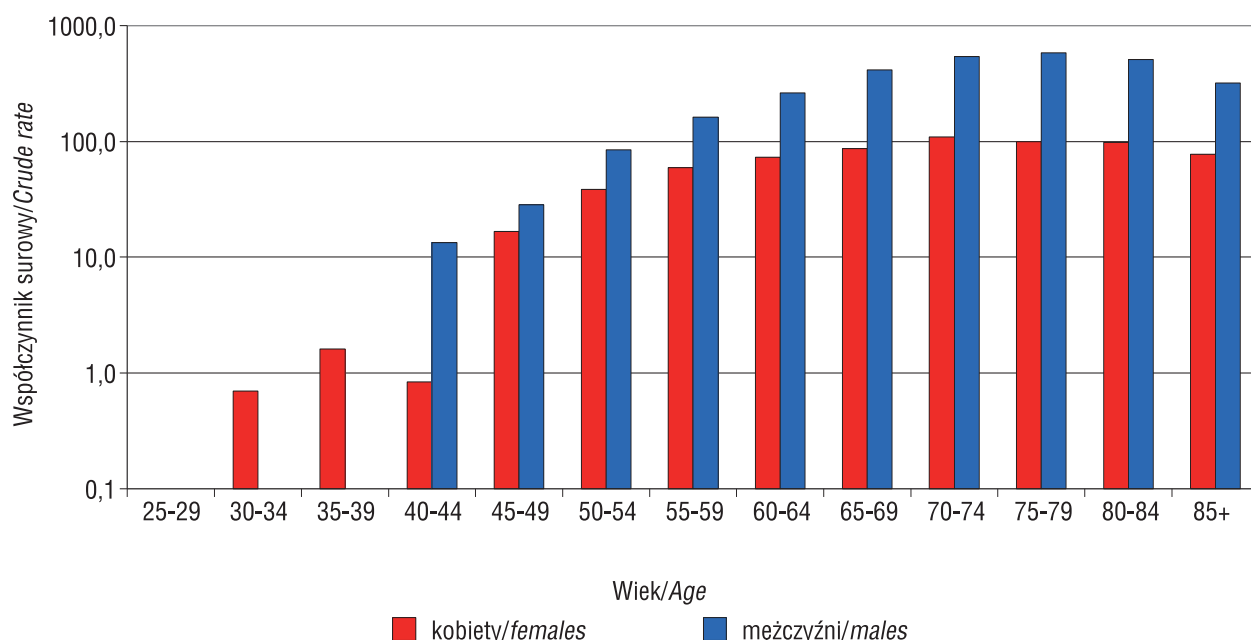
Zgodnie z danymi GUS w 2010 roku w Wielkopolsce zarejestrowano 1 834 zgonów z przyczyny raka płuca (tj. u mężczyzn 1 354, u kobiet 480), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 12% (tab. 19). W stosunku do roku 2009 liczba zgonów ogółem spadła o 2 przypadki, jednakże należy zwrócić uwagę, iż w przypadku mężczyzn mówimy o wzroście o 18 przypadków, u kobiet o spadku o 20.

Tak w Polsce, jak i Wielkopolsce rak płuca jest przyczyną największej liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory płuca są przyczyną 29% zgonów z powodu choroby nowotworowej u mężczyzn (ryc. 50) oraz 13% zgonów u kobiet (ryc. 51).



Ryc. 52. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe płuca w grupach wieku w 2010 roku.

Fig. 52. Number of lung cancer deaths by age groups.



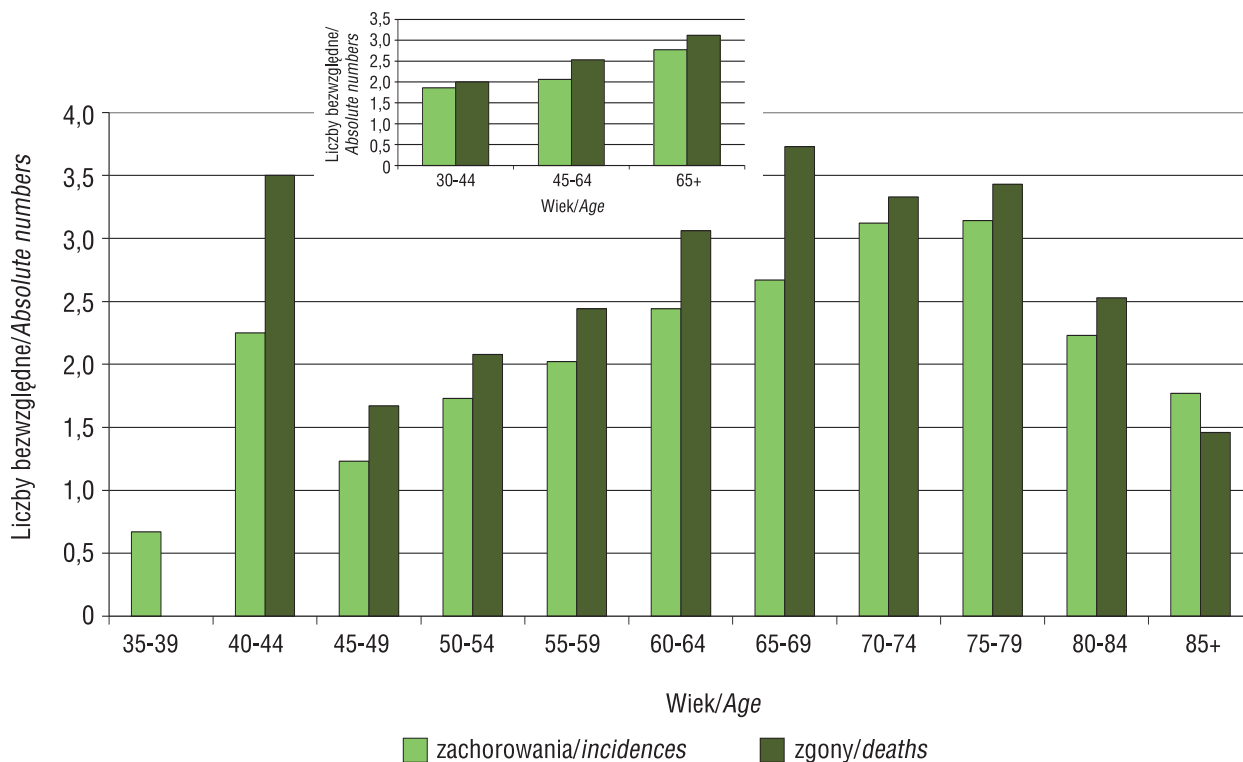
Ryc. 53. Zgony na nowotwory złośliwe płuca na 100 000 pop. w 2010 roku (log).

Fig. 53. Number of deaths, lung cancer per 100 000 (log).

Niemniej biorąc pod uwagę wskaźnik struktury dla zachorowań u obu płci i porównując go ze wskaźnikiem dla zgonów można ocenić, iż odsetek palaczy w pokoleniach urodzonych po 1970 roku zmniejsza się. To bardzo dobra wiadomość, gdyż jak podaje KRN - wskaźnik umieralności wieloletnich palaczy w wieku 35–69 lat jest trzykrotnie wyższy niż osób nigdy niepalących w tym samym wieku. Można przypuszczać, że połowa nałogowych palaczy, którzy zaczęli palić we wczesnym okresie życia, umrze z powodu konsekwencji tego nałogu. Połowa z nich umiera w średnim wieku (a więc żyją 20–25 lat krócej od osób niepalących); reszta w późniejszym wieku (tracąc 7–8 lat życia) [6]. W przypadku zgonów na nowotwory złośliwe płuca w Wielkopolsce liczby bezwzględne rosną wraz z wiekiem, co szczególnie widoczne jest na rycinie z podziałem na trzy grupy wiekowe (ryc. 52) oraz co potwierdzają współczynniki surowe dla 5-letnich grup wieku (ryc. 53).

Zarejestrowane w roku 2010 u mężczyzn współczynniki standaryzowane umieralności na poziomie 57/100 000 tj. nieco wyższym niż zachorowalności (53/100 000) i adekwatnie u kobiet (współczynniki standaryzowane umieralności na poziomie 15/100 000 tj. niższym niż zachorowalności - 18/100 000), również potwierdzają obserwowane od kilkunastu lat zmniejszanie się odsetka palaczy w grupie mężczyzn oraz rozpoczęcie zmniejszania się odsetka palaczek w grupie kobiet.

Wskaźnik **Z**achorowania mężczyzn/**Z**achorowania kobiety, który jest odzwierciedleniem ryzyka względnego przy

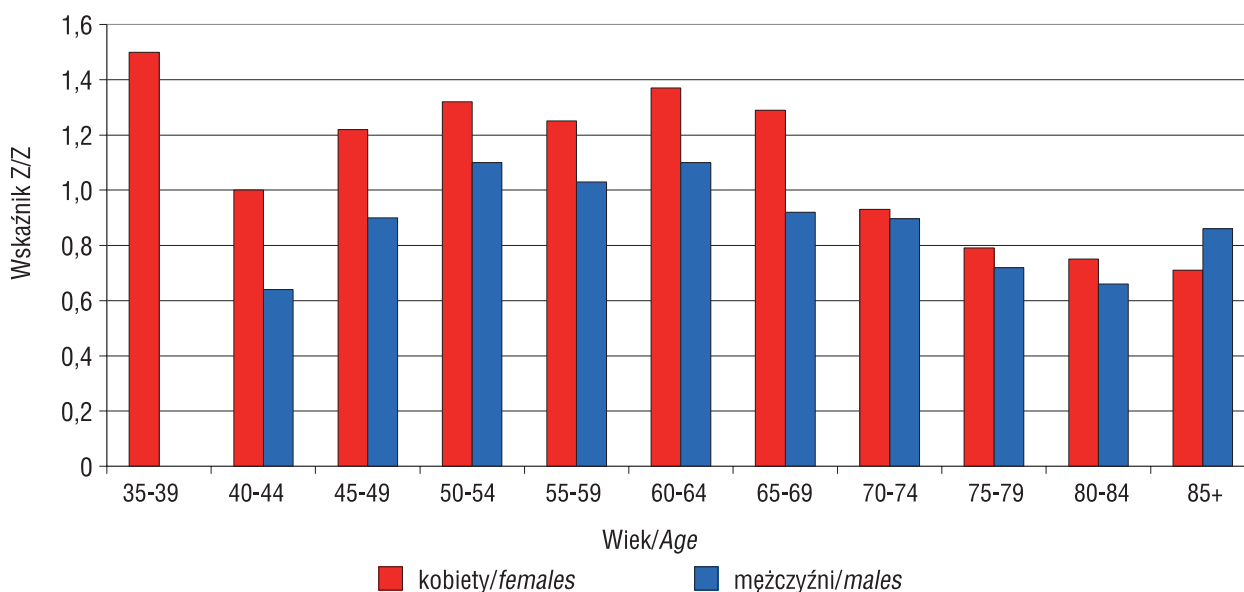


Ryc. 54. Wskaźnik mężczyźni/kobiety 2010.

Fig. 54. Lung cancer male/female ratio 2010.

założeniu, że grupą odniesienia są kobiety (poza grupą 85+, gdzie oscylują na poziomie jedności) wskazuje na zdecydowanie wyższe ryzyko dla mężczyzn, co jest rzeczywistym odzwierciedleniem procenta palących mężczyzn do palących kobiet (wyjątek stanowi grupa 35-39 lat; ryc. 54). Podobną sytuację zaobserwowano dla wskaźnika **Zgony** mężczyźni/**Zgony** kobiety.

Wskaźnik **Zachorowania/Zgony** u mężczyzn przyjmuje wartość wyższą od jedności w grupie wiekowej 50-64, u kobiet natomiast w grupie wiekowej 35-39 oraz 45-69 (ryc. 55).



Ryc. 55. Wskaźnik Zachorowania/Zgony na nowotwory złośliwe płuca dla kobiet i mężczyzn w 2010 roku.

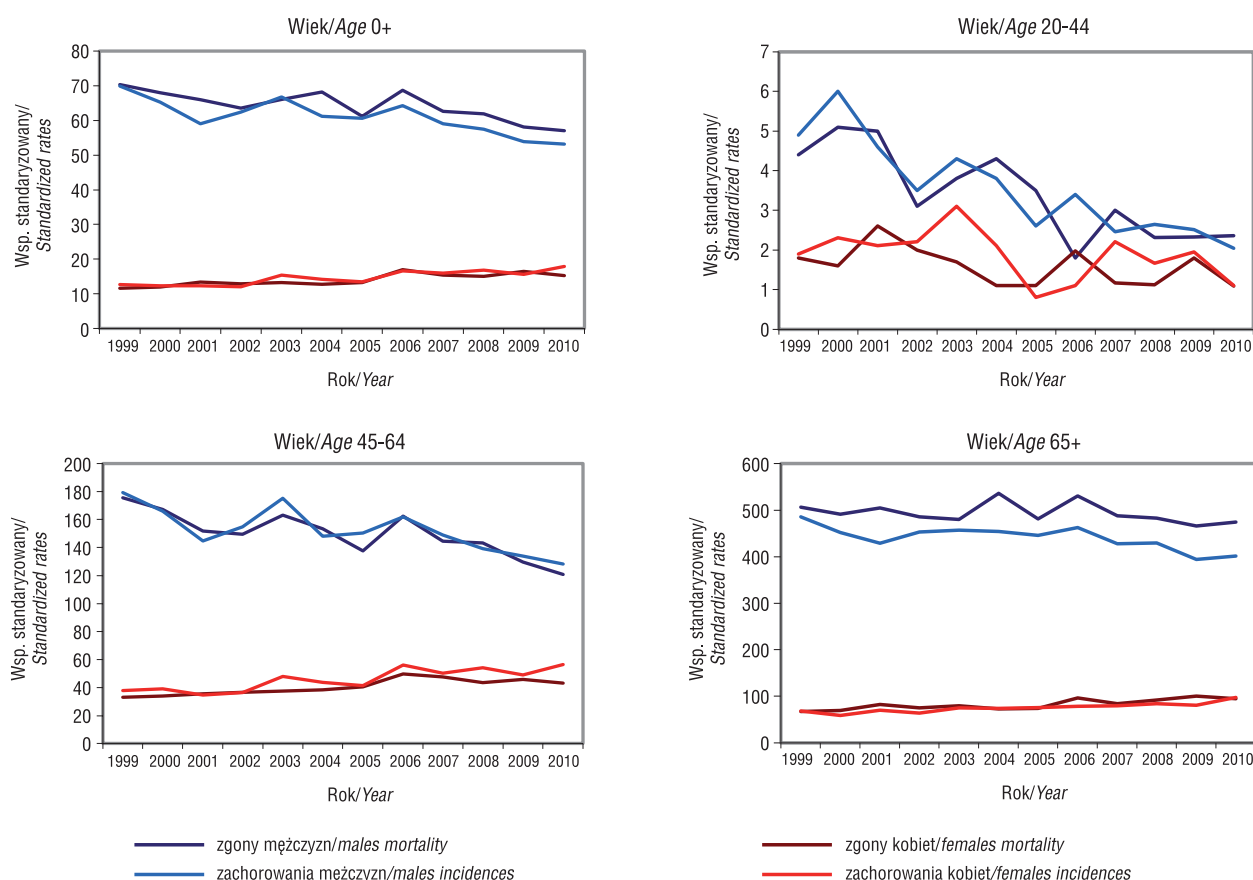
Fig. 55. Lung cancer morbidity/mortality ratio for males and females, 2010.

Trendy zarejestrowanej zachorowalności i umieralności na nowotwór złośliwy płuca w grupie wiekowej 0+ w Wielkopolsce w latach 1999-2010 wykazują u mężczyzn stałą tendencję spadkową (przy czym od 2006 roku współczynniki dla zgonów są wyższe od współczynników dla zachorowań), natomiast u kobiet zarówno krzywa zachorowań jak i zgonów wykazuje tendencję wzrostową (ryc. 56). W analizowanym okresie krzywe zachorowań i zgonów tak w grupie młodych mężczyzn jak i kobiet (20-44 lat) pomimo dużych wahań utrzymują tendencję spadkową. W grupie 45-64 lat w przypadku mężczyzn krzywe wykazują ogólną tendencję spadkową, u kobiet wzrostową. Podobne tendencje można zauważyć w grupie wiekowej 65+.

Polska jako członek Unii Europejskiej, bierze czynny udział w jej polityce zdrowotnej. Jako pozytywny należy odebrać fakt, iż w październiku 2007 roku Parlament Europejski przyjął sprawozdanie Karla-Heinza Florena, w którym zwraca uwagę, że jedynie pełny zakaz palenia we wszelkich zamkniętych miejscach pracy, restauracjach, barach i środkach transportu publicznego będzie chronił życie niepalących. Dym papierosowy uznany został za czynnik rakotwórczy kategorii 1 oraz ograniczono dostępność do papierosów dla młodzieży (przez likwidację automatów z papierosami) wraz z zakazem sprzedaży tytoniu osobom poniżej 18 roku życia.

Częstość rozpoczynania palenia tytoniu przez młodych ludzi będzie ważnym wyznacznikiem zachorowalności i umieralności w drugiej połowie XXI wieku, jednak częstość zrywania z nałogiem przez aktualnych palaczy wpłynie na umieralność w najbliższych dziesięcioleciach. Obliczona na podstawie danych z lat 1999-2010 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów zarejestruje 2 407 nowych przypadków zachorowań (1 473 u mężczyzn oraz 934 u kobiet – ryc. 57). Szacowana dla 2020 roku liczba zgonów z przyczyn nowotworów wyniesie około 2 284 (1 492 u mężczyzn oraz 792 u kobiet – ryc. 58).

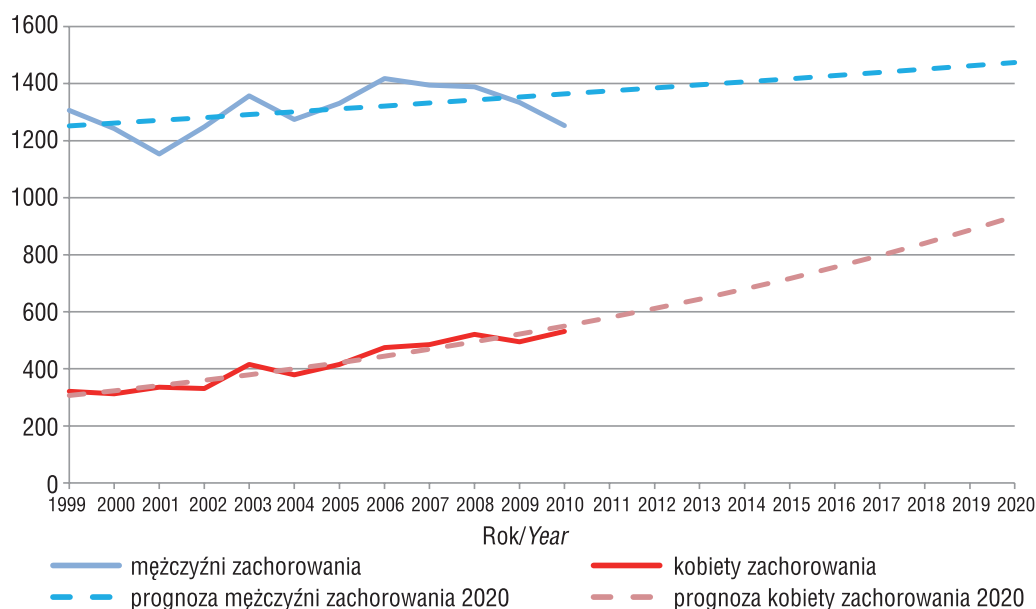
Nowotwór złośliwy płuca ze względu na masowość występowania oraz niski odsetek przeżyć (9-14%) jest umiejscowieniem w przypadku, którego statystyki poprawić mógłby dobry program profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Niestety dotychczasowe próby stosowania badań przesiewowych lub farmakologicznego zapobiegania w celu zmniejszenia umieralności z powodu raka płuca okazały się nieskuteczne, przy czym kontynuowane są prospektywne badania z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej 64 rzędowej. W Wielkopolsce od 1 października 2009 roku Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego finansuje w pięciu szpitalach (tj. Koninie, Kaliszu, Lesznie, Pile, Poznaniu)



Ryc. 56. Trendy umieralności vs trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w Polsce w latach 1999-2010 wg wieku i płci (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).

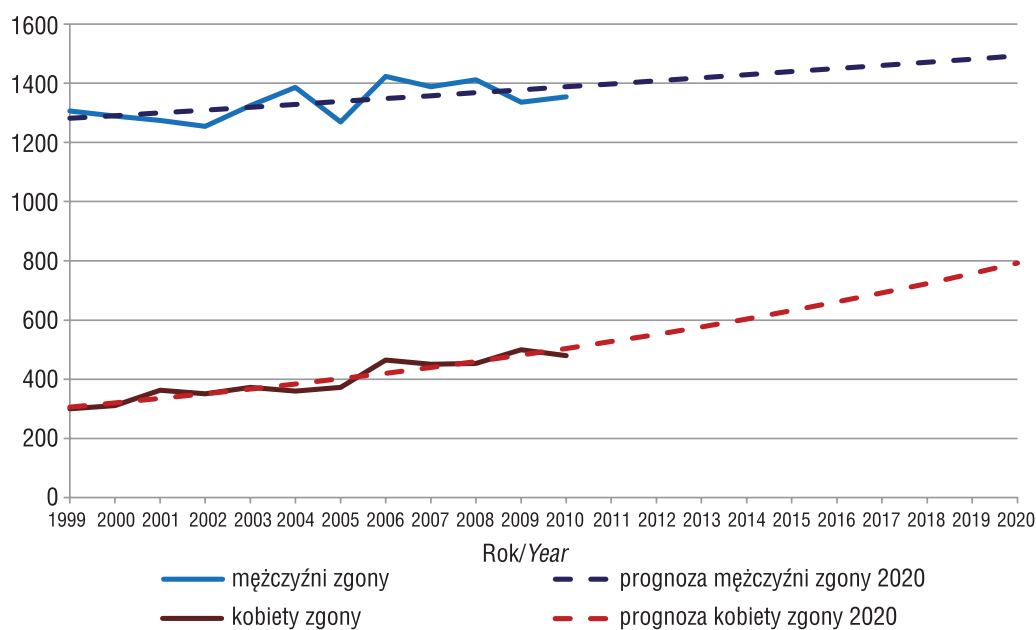
Fig. 56. Lung cancer mortality vs. lung cancer morbidity in Greater Poland in 1999-2010 by age and gender (historic data for 1999-2009 adjusted for 2010).

badania w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuc. Za 2009 rok do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów wpłynęło 1. zgłoszenie raka płuca wykrytego w lokalnym skryningu, za 2010 rok były to już 34 przypadki, a 11 za 2011. Program skierowany jest do kobiet i mężczyzn w wieku 55–70 lat palących minimum 2 paczki dziennie od 20 lat. Program koordynuje Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu. Informacje dostępne na stronie www.wczesnewykrywanierakapluc.wcpit.pl lub pod numerem tel. 61–665–42–26, mail.koordinator@wcpit.pl.



Ryc. 57. Planowany globalny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca.

Fig. 57. Predicted changes in lung cancer incidence.



Ryc. 58. Planowany globalny wzrost umieralności na nowotwory złośliwe płuca.

Fig. 58. Predicted changes in lung cancer mortality.

Chapter 5

Malignant neoplasms of bronchus and lung (C34)

In 2010 in the region of Greater Poland, lung cancer (C34) represented the most common malignancy in men and the second most common in women. In that period, 1,785 new cancer incidences were reported (including 1,253 men and 532 women), meaning a 21% growth (313 cases). Compared to 2008, the number of newly registered cases increased by 20 in men and by 69 in women (see Table 19). Similar tendencies apply to raw and standardized ratios.

Of all malignancies, lung cancer accounted for 19% of cases in men (Fig. 46) and 7% in women (Fig. 47).

Due to their long latency and lack of symptoms, currently occurring tobacco-caused cancers are reflective of the population's smoking habits over the recent several decades [6]. A favourable trend that can be seen in respect of men is attributable to gradual reduction in the proportion of smokers, first among younger men, then expanding the whole male population. As regards women, a gradual increase in the proportion of smokers and the exposure to tobacco smoke of the female population within the period of 1940–1970 has given rise to a stepwise growth in female lung cancer incidence. The risk of lung cancer depends primarily on the level of exposure to carcinogenic components of tobacco smoke, as well as some physical and chemical environmental agents (radioactive metals, and gaseous products of their decomposition, nickel, chromium, arsenic, asbestos, hydrocarbon compounds) and genetic factors [2]. Tobacco smoke is beyond any doubt the strongest single carcinogenic agent. The risk of developing the disease grows with the number of cigarettes smoked and the period of smoking (see Fig. 48–49).

As shown by studies conducted in Europe, Japan and North America, smoking is responsible for 87–91% cases of lung cancer in men and 57–86% in women [6]. The risk is particularly high with people over 50 years of age who have smoked for more than 20 pack years and/or have been exposed to carcinogenic agents. A detailed chart of lung cancer incidence by gender and age groups is shown in Fig. 48 [2]. The correlation between incidence and age is most clearly shown by raw ratios (see Fig. 49).

Smoking also increases the risk of cancers of the oesophagus, pharynx, mouth, bladder, pancreas, kidney, stomach, cervix, and myelogenous leukaemia. It also causes many other diseases, most notably chronic obstructive pulmonary disease, and the risk of heart disease and brain stroke [6].

According to the statistics of the Central Statistical Office, 1,834 lung cancer deaths were registered in the Greater Poland region in 2010 (1,354 in men and 480 in women) constituting an increase of 12% (Table 19). However, the number of mortalities fell by 20 in women and raised by 18 in men as compared to the previous year.

Both in Poland and the region of Greater Poland, lung cancer is the leading cause of cancer-related deaths. It accounts for 29% of cancer deaths in men (Fig. 50) and 13% in women (Fig. 51).

Mortality of smokers aged 35–69 is three times higher than that of non-smokers at the same age. It may be assumed that half of addicted smokers who started smoking early in their lives will die because of it. Of them, 50% will die in the middle age (meaning they live some 20–25 years shorter than non-smokers); the other 50% at a later stage (losing 7–8 of their lives) [9]. The absolute numbers of deaths caused by lung cancer in Greater Poland increase with age, which shows particularly clearly in the figure featuring the three age groups (see Fig. 52) and which is confirmed by raw ratios for the age groups (see Fig. 53).

The standardized death rate for men in 2010 of 57/100 000, a little higher than incidence (53/100 000) – in contrast to women for whom both rates showed an equal level of 15/100 000 – seem to confirm the decline in the proportion of male smokers that has been observed for more than ten years and a beginning of decrease of proportion of female smokers.

As indicated by the male to female incidence ratio, which reflects relative risk with women taken as a reference group (except for the 85+ group where the ratio oscillates around 1), the risk of lung cancer is generally higher with men, which is reflected in actuality by the difference in the proportions of smoking men and smoking women (see Fig. 54). The same applies to the male to female mortality rate (with the exception of the 35–39 age group).

The Morbidity/Mortality rate in men is higher than 1 in the 50–64 age group. In women, the rate exceeds 1 in the 35–39, 45–69 age groups. (see Fig. 55).

The trends in lung cancer incidence and mortality for the 0+ age group in the Greater Poland region, 1999–2010, demonstrate a slight decline for men since 2006, and a slight decline for women since 2008. However, mortality in women has slightly risen in that period (see Fig. 56). In the period concerned, the incidence and mortality curves in the group of younger men (20–44) were approaching each other, while for women they were going apart. In the 45–64 age group, despite some fluctuations, the curves representing men can be said to show a general falling tendency, while those representing women begin closing together. The incidence and mortality curves for the 65+ age group of men, fluctuating as they are, show a general declining tendency.

The prevalence of starting the smoking habit by young people will be an important predictor of lung cancer incidence and mortality in the late 21st century, while the prevalence of quitting tobacco by present smokers will affect mortality in the nearest decades. The morbidity and mortality forecast for 2020, established according to an approved

model based on data from 1999–2010, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record 2,407 new cancer cases (1,473 in men and 934 in women; see Fig. 57). The number of lung cancer deaths in 2020 is predicted to be 2,284 (1,492 men and 792 women) (see Fig. 58).

Considering its massive occurrence and relatively low rate of survival (9-14%), lung cancer seems to call for an effective primary and secondary prevention programme. Unfortunately, the attempts taken so far to reduce mortality related to lung cancer by screening programmes and pharmacological prevention have proved unsuccessful, although prospective examinations using low-dose 64-slice tomography are continued. Since 1 October 2009, the Marshall Office of the Greater Poland Region has financed preventive examinations in five hospitals (in Konin, Globalising, Leverages, Piła and Poznań) under the Lung Cancer Early Detection Programme. None of the lung cancer cases reported to the Greater Poland Cancer Registry in the period concerned had been detected in local screening tests, however, 26 cases were detected in 2010-2011. The programme is directed to men and women aged 55–70 who have smoked at least one packs a day for recent 20 years. The programme is coordinated by the Greater Poland Centre for Pulmonology and Tracheal Surgery. For more information see www.wczesnewykrywanierakapluc.wcpit.pl or call 61–665–42–26, mail: koordynator@wcpit.pl.

Rozdział 6

Nowotwory złośliwe sutka (C50)

Paweł Murawa, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Maria M. Litwiniuk, Dawid Murawa, Beata Adamczyk, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka

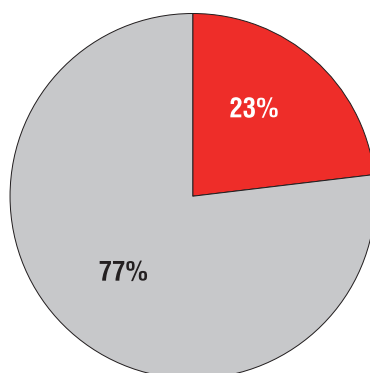
W Wielkopolsce w 2010 roku rak piersi (C50) był nowotworem o największej zachorowalności u kobiet. W analizowanym okresie został rozpoznany u 1 586 kobiet (tab. 20), co w stosunku do 2001 roku oznacza wzrost o 31% (tj. 371 przypadków). W porównaniu do roku 2009 liczba ta wzrosła o 84 chorych (tj. 6%). Podobne tendencje dotyczą również współczynników surowych i standaryzowanych.

Tabela 20. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe sutka w Wielkopolsce w latach 2001-2010 (Dane archiwalne za lata 2001-2009 uaktualnione o rok 2010).

Table 20. Changes in the structure of breast cancer morbidity and mortality in Greater Poland, 2001-2010 (historic data for 2001-2009 adjusted for 2010).

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		1 215	70,4	50,1		472	27,4	17,7
2002		1 188	69,0	48,2		465	27,0	17,2
2003		1 197	69,4	47,9		450	26,1	15,9
2004		1 199	69,4	48,1		466	27,0	16,7
2005		1 284	74,1	50,5		524	30,3	18,1
2006		1 266	72,9	52,0		503	28,9	17,4
2007		1 466	84,3	55,9		478	27,5	15,9
2008		1 391	79,7	52,5		485	27,8	14,7
2009		1 502	85,8	56,3		487	27,8	15,5
2010		1 586	90,1	58,4		466	26,5	13,9

Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce u kobiet rak piersi stanowił 23% (ryc. 59).

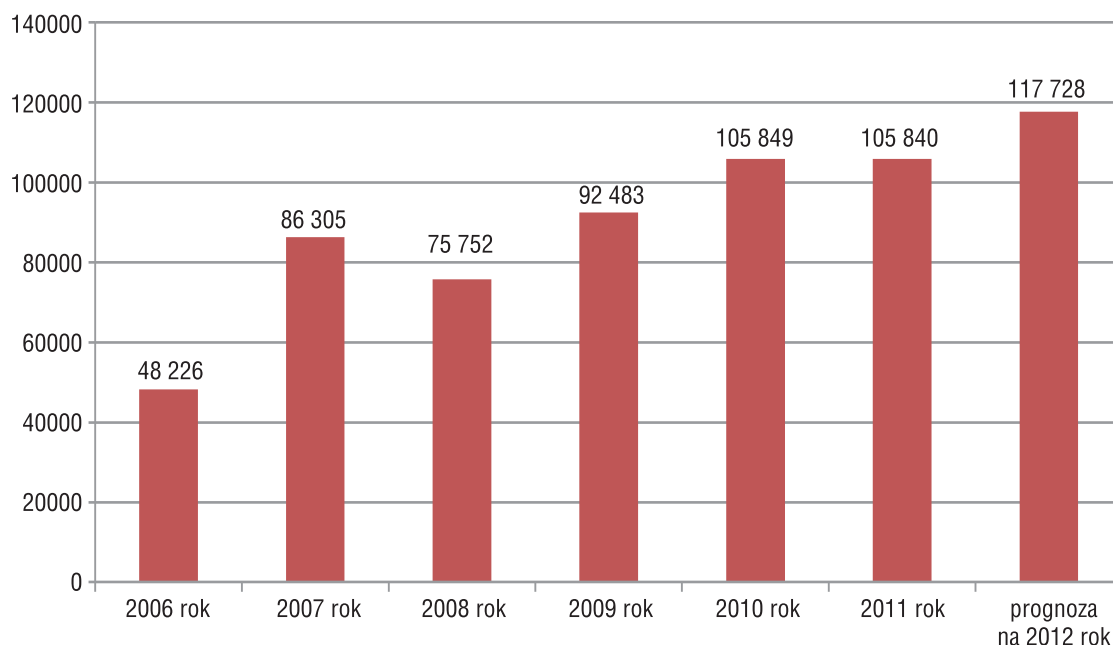


Ryc. 59. Odsetek zachorowań w 2010 roku na nowotwory złośliwe piersi.

Fig. 59. Proportion of breast cancer incidence in females 2010.

Zaobserwowany w 2010 roku (w stosunku do roku poprzedniego) wzrost zachorowalności zarówno w zakresie liczb bezwzględnych jak i współczynników standaryzowanych zachorowalności nie wynika ze zwiększenia zachorowalności na raka piersi lecz, jak prognozowano w roku 2008, jest związany ze zwiększeniem liczby badań profilaktycznych zrealizowanych w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, co potwierdzają również statystyki za rok 2012 (ryc. 60).

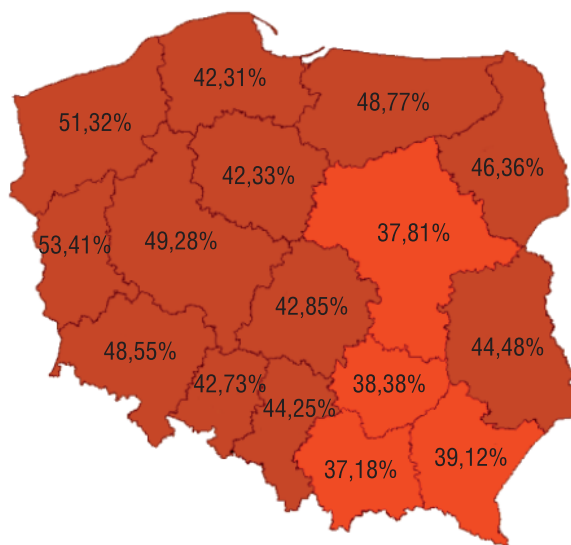
**Liczba wykonanych mammografii skryningowych
w Wielkopolsce w latach 2006-2012**



Ryc. 60. Wykonane badania mammograficzne w Wielkopolsce w latach 2006-2012.

Fig. 60. Number of screening mammograms 2006-2012.

Należy pamiętać, że dopiero objęcie badaniami profilaktycznymi minimum 70% populacji w wieku 50–69 lat będzie miało istotny wpływ na statystyki rejestru (w pierwszej kolejności oczekuje się istotnego wzrostu nowo rozpoznanych zachorowań, po 8-10 latach spadku umieralności). Objęcie populacji Wielkopolanek profilaktycznymi badaniami mammograficznymi na dzień 01-10-2012 wynosi 49% (średnia dla Polski 44% ryc. 61).



Ryc. 61. Objęcie populacji profilaktycznymi badaniami mammograficznymi. Źródło SIMP, dane na dzień 01-10-2012.

Fig. 61. Population coverage by screening mammography in Poland as 01-10-2012, source: SIMP.

Etiologia większości przypadków raka piersi nie jest znana. Nie mniej najważniejszymi czynnikami ryzyka zachorowania są: płeć żeńska, starszy wiek, pierwsza miesiączka we wczesnym wieku, menopauza w późnym wieku, późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego, niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi, rodzinne występowanie raka piersi (zwłaszcza w młodszym wieku) oraz nosicielstwo mutacji niektórych genów (przede wszystkim BRCA1 i BRCA2) [2]. Biorąc pod uwagę ogólne starzenie się populacji (w ciągu 10 lat populacja kobiet w wieku 50+ wzrosła o 24%) oraz fakt, iż 81% wszystkich przypadków tego nowotworu rozpoznanych zostało u kobiet w wieku 50+, liczba nowych zachorowań będzie wzrastać w kolejnych latach. W ciągu ostatnich 10 lat liczba zachorowań wzrosła o 29% i ponad 3-krotnie przewyższa liczbę zgonów. Duża różnica pomiędzy współczynnikami surowymi i standaryzowanymi wskazuje, że większość zachorowań i zgonów ma miejsce w starszych grupach wieku.

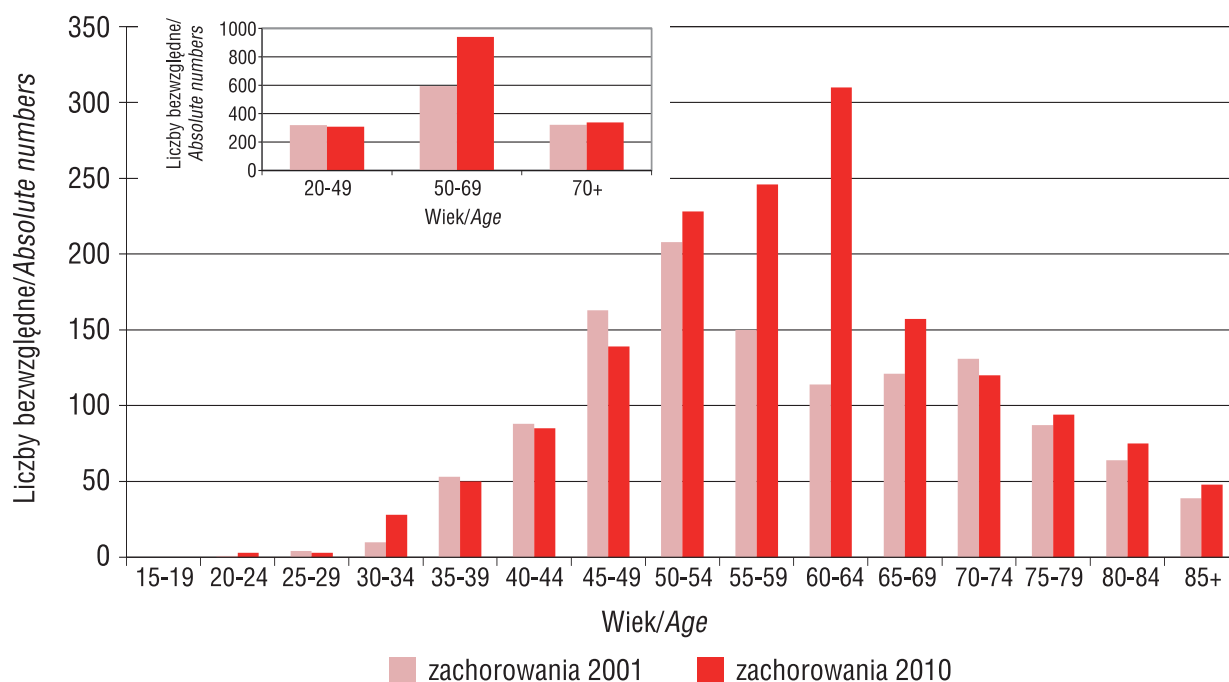
W ciągu ostatnich 11 lat zaobserwowano wzrost zachorowań w grupie młodszych kobiet. I tak w grupie 20-29 liczba nowych chorych zwiększyła się z 2 do 9 przypadków, a w grupie 30-39 z 47 do 85 przypadków (także wzrosły: współczynniki surowe, standaryzowane, jak i wskaźniki struktury – szczegóły przedstawiono w tabeli 21).

Tabela 21. Zachorowania na nowotwory złośliwe sutka w Wielkopolsce w roku 1999 i 2009 dla wybranych grup wieku.

Table 21. Changes in the structure of breast cancer morbidity in Greater Poland, 1999 and 2009 year for choosen age groups.

Rok (year)	Wiek (age)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Odsetek (percentage)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
1999	20-29	2	0,2%	0,8	0,8
2009		9	0,6%	3,2	3,1
1999	30-39	47	4,1%	21,5	21,0
2009		85	5,7%	33,4	34,4

Ponad połowę przypadków zachorowań na nowotwory piersi zanotowano w grupie 50–69 (tj. 55%) (ryc. 62). Porównanie rozkładu zarejestrowanych zachorowań w 5-letnich grupach wieku w roku 2001 i 2010 pokazuje jak realizacja Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi wpłynęła na statystyki epidemiologiczne w regionie. Dzięki doskonałej współpracy Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego z Rejestrem Nowotworów możliwa jest systematyczna kontrola jakości i skuteczności przeprowadzanych badań profilaktycznych.

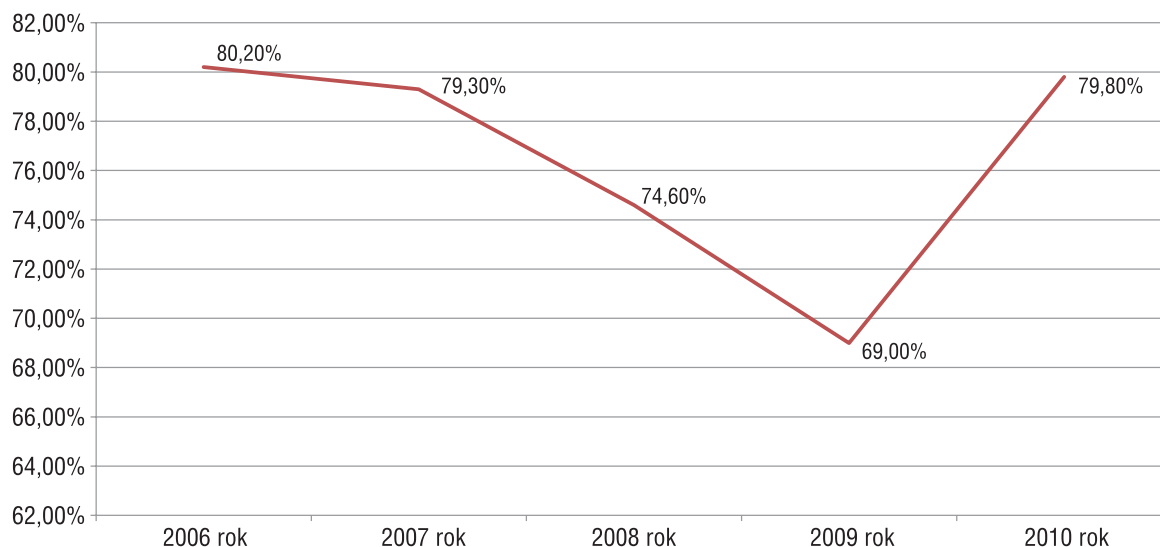


Ryc. 62. Zmiany w strukturze zachorowań na nowotwory złośliwe piersi u kobiet w Wielkopolsce w grupach wiekowych w 2010 wobec 2001 roku.

Fig. 62. Changes in breast cancer incidence structure, 2010 vs. 2001.

Większa liczba wykrytych zmian łączy się z rozpoznawaniem zmian w niższych stopniach zaawansowania, które bez uruchomienia programu profilaktycznego pozostałyby przez kilka lat w utajeniu. Jak pokazują dane zebrane przez Wielkopolski Rejestr Nowotworów przy współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi odsetek raków piersi wykrytych we wczesnych stadiach zaawansowania (tj. stadium „0” - *in situ* oraz „I” - miejscowe), dla grupy kobiet w wieku 50–69 lat uczestniczących w skryningu waha się pomiędzy 69% a 80% i jest zdecydowanie wyższy od odsetka dla kobiet nie uczestniczących w skryningu (2010 - 56% i 0% raków *in situ*) (ryc. 63).

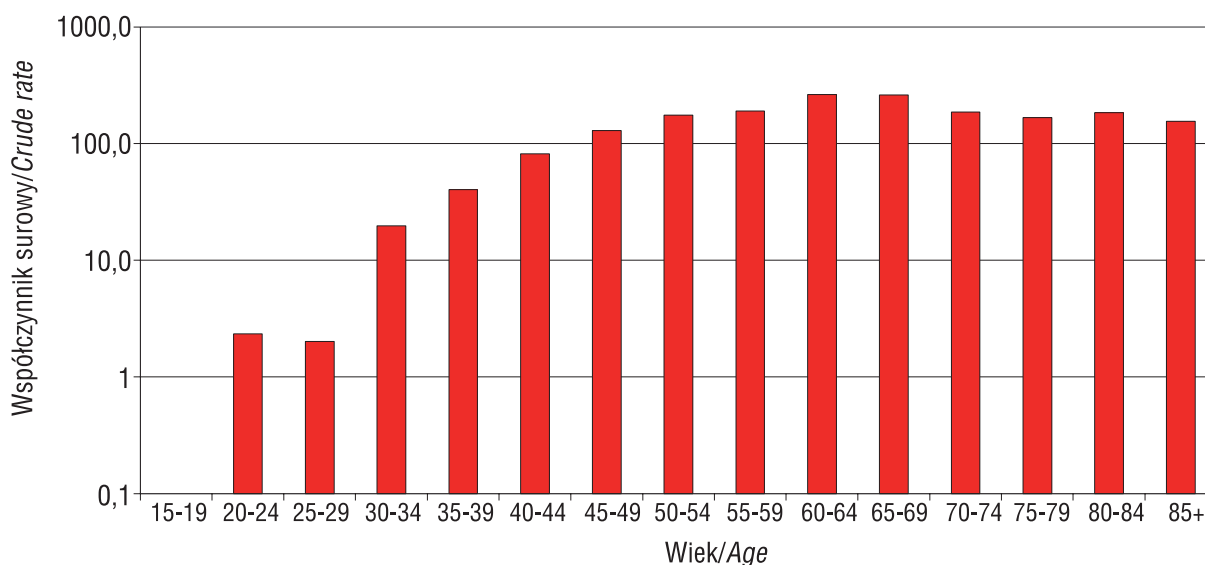
W 2010 roku do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów zgłoszono 510 przypadków nowotworów złośliwych wykrytych w badaniach skryningowych, w tym 448 przypadków raka piersi inwazyjnego (C50) i 62 przypadki raka przedinwazyjnego (D05). Ważne jest również, że wzrasta liczba wykrywanych w skryningu raków przedinwazyjnych (w roku 2006 było to 8 przypadków, w 2007 – 10, w 2008 – 21, a w 2009 – 45).



Ryc. 63. Odsetek raków piersi zdiagnozowanych w stopniu „0” i „I” (z wyłączeniem braków danych) - źródło Wielkopolski Rejestr Nowotworów, dane za lata 2006-2010.

Fig. 63. Percentage of breast cancers diagnosed in stage 0 and I (“no data” cases excluded). Source: Greater Poland Cancer Registry, 2006-2010.

Współczynniki zachorowalności wzrastają niemalże liniowo z wiekiem od 30. do 69. roku życia, w starszych grupach wiekowych współczynniki te ulegają wahaniom pomiędzy wartościami 155-187 na 100 000 (ryc. 64).

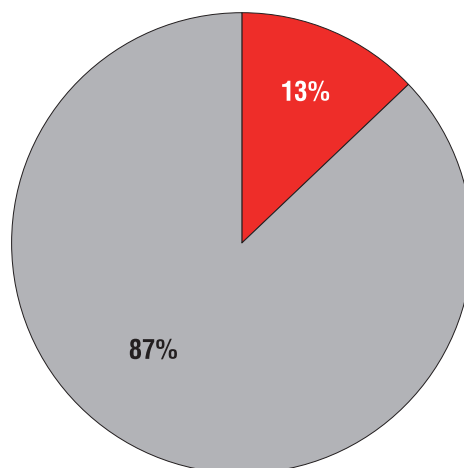


Ryc. 64. Zachorowania na nowotwory piersi u kobiet w Wielkopolsce na 100 000 populacji w 2010 roku (log).

Fig. 64. Crude rate for breast cancer incidence by age groups per 100 000, breast cancer (log).

Zgodnie z danymi GUS w 2010 roku w Wielkopolsce zarejestrowano 466 zgonów z powodu raka piersi, co w stosunku do roku 2001 oznacza spadek o 6 przypadków (tab. 20). W stosunku do 2009 roku liczba zgonów zmniejszyła się o 21 przypadków, co w połączeniu z obniżeniem standaryzowanych współczynników zgonów potwierdza efektywność skryningu.

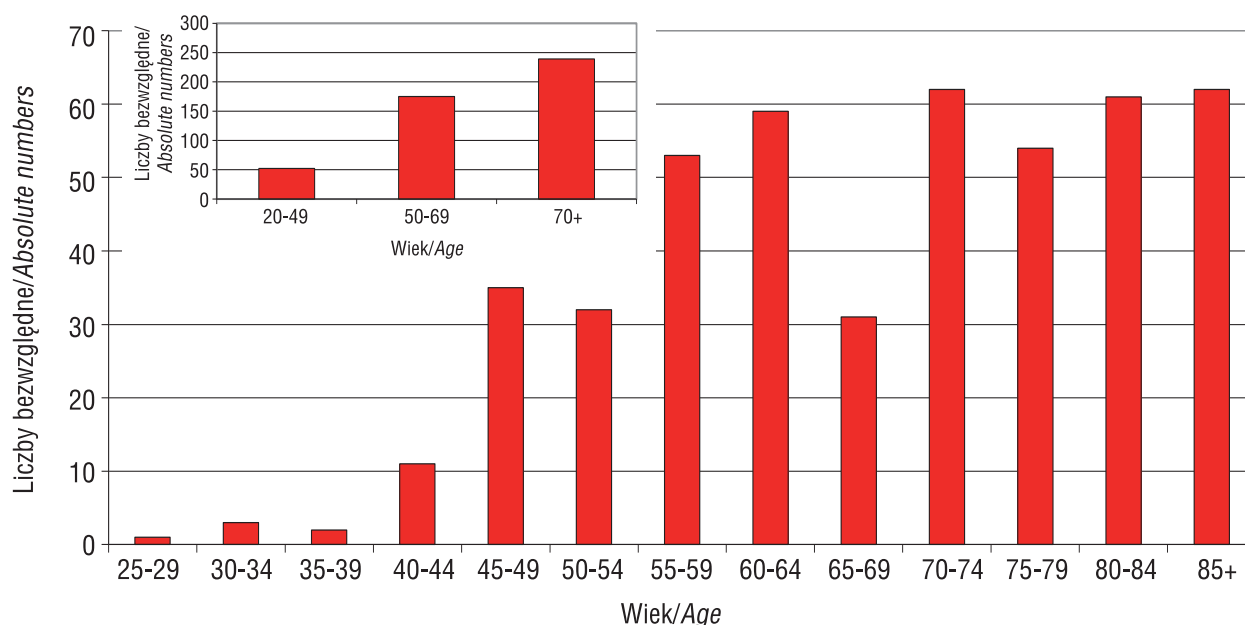
W 2010 roku, drugi już rok z rzędu, rak piersi ze wskaźnikiem struktury 13% zajmuje drugą pozycję pod względem zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u Wielkopolanek (ryc. 65).



Ryc. 65. Odsetek zgonów w 2010 roku na nowotwory złośliwe piersi.

Fig. 65. Proportion of breast cancer deaths.

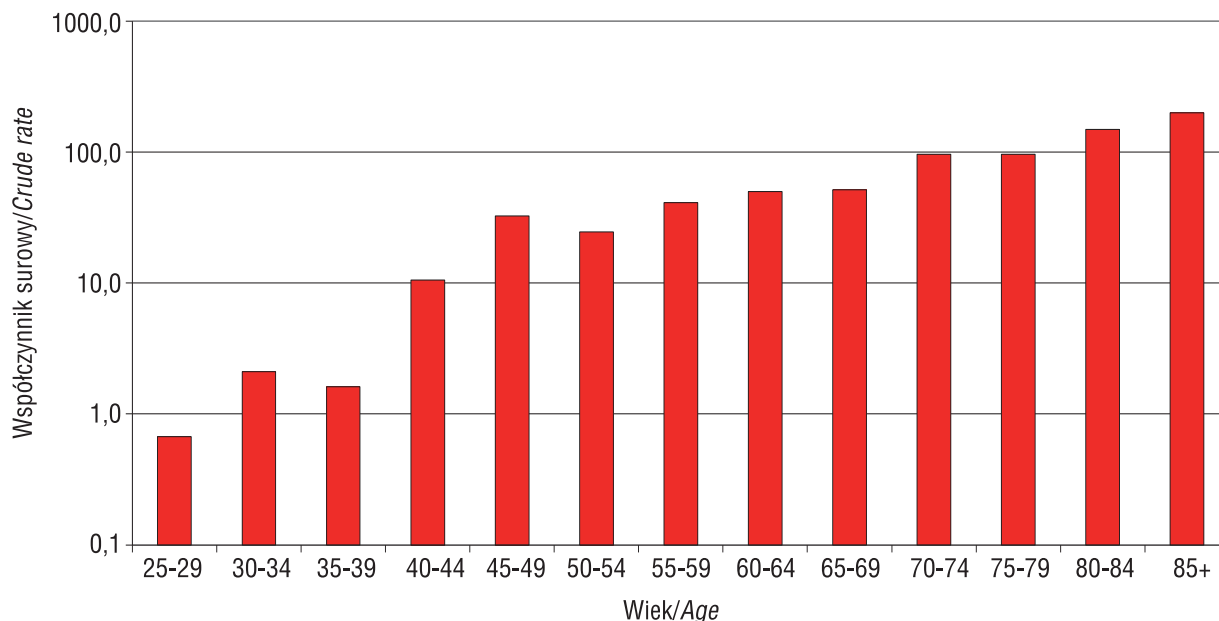
Liczby bezwzględne zgonów wzrastają niemalże liniowo z wiekiem, co jest lepiej widoczne na rycinie z podziałem na trzy grupy wieku. Prawie dziewięćdziesiąt procent (89%) zgonów zarejestrowano u kobiet w wieku 50+ (ryc. 66).



Ryc. 66. Liczba zgonów na nowotwory piersi u kobiet w Wielkopolsce według wieku w 2010 roku.

Fig. 66. Number of breast cancer deaths by age groups in Greater Poland, 2010.

Jeszcze lepiej tendencje te widoczne są w przypadku surowych współczynników umieralności (ryc. 67). Najwyższe współczynniki zaobserwowano w grupie 85+.



Ryc. 67. Zgony na nowotwory piersi u kobiet w Wielkopolsce na 100 000 populacji w 2010 roku (log).

Fig. 67. Number of breast cancer deaths by age groups per 100 000 (log).

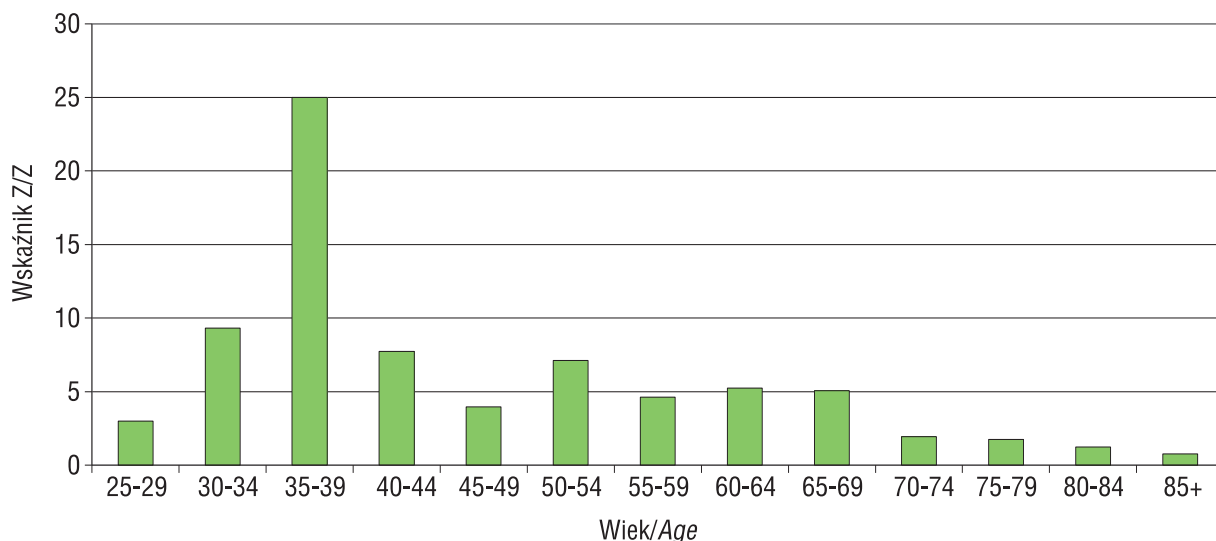
Rak piersi jest nowotworem, z którym współczesna onkologia potrafi już skutecznie walczyć – musi być spełniony tylko jeden warunek – choroba musi być wykryta we wczesnym stadium zaawansowania. Efekty rozpoczętego w 2000 roku przez Ministerstwo Zdrowia, początkowo niepopulacyjnego i nieaktywnego, a od 2006 Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi widoczne są w zaobserwowanym w całej Polsce spadku standaryzowanych współczynników umieralności. Na szczególną uwagę zwraca fakt, iż w Wielkopolsce, która w 1999 roku ze współczynnikiem na poziomie $19/10^5$ zajmowała niechlubną, najwyższą pozycję pośród 16 województw – zanotowano najwyższy spadek tego współczynnika tj. do $14/10^5$ w roku 2010 (tab. 22).

Tabela 22. Zmiany standaryzowanych współczynników umieralności z przyczyn raka piersi w latach 1999-2010.

Table 22. Changes in ASR for breast cancer mortality 1999-2010.

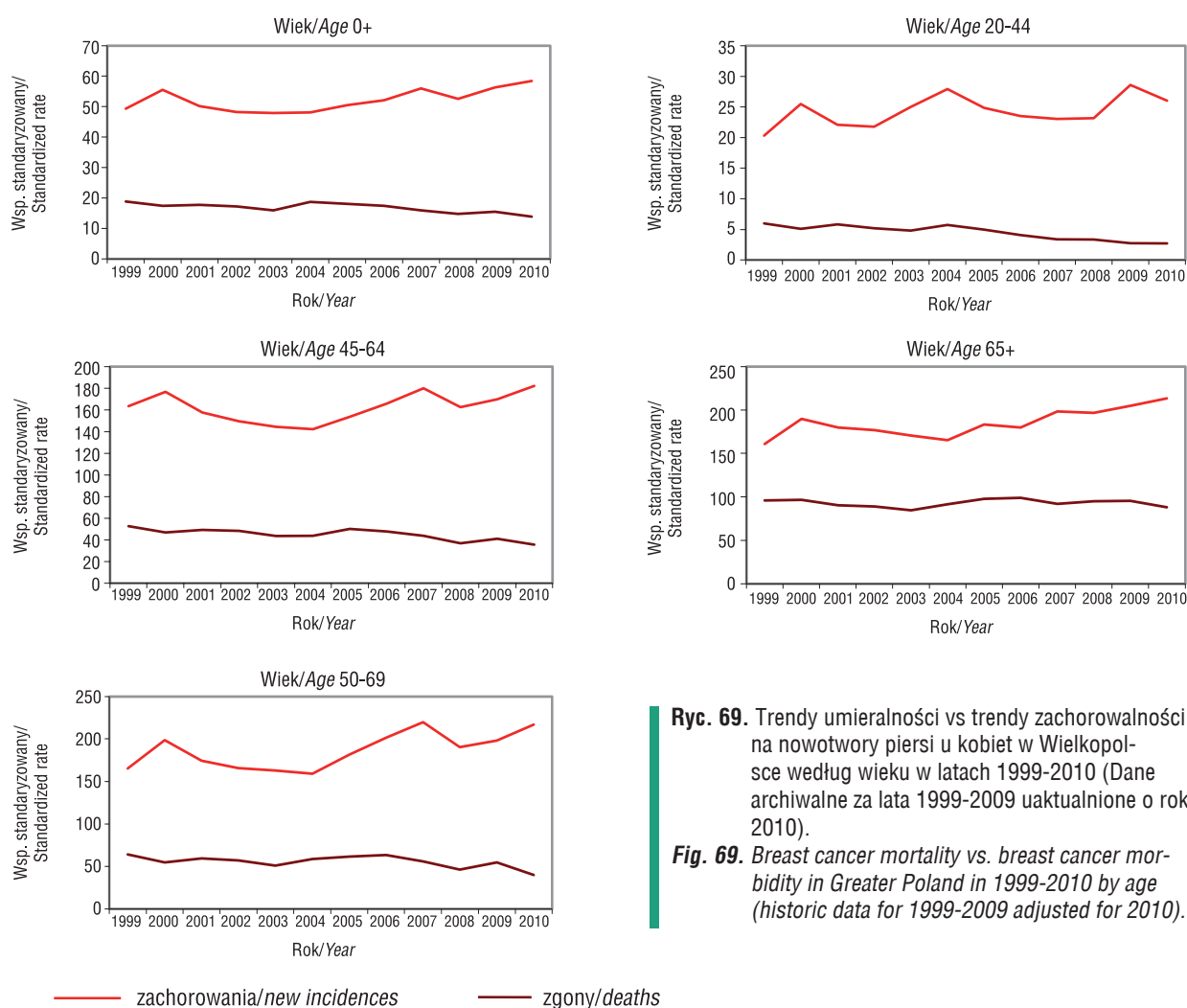
Lp.	Województwo	Współczynniki standaryzowane dla zgonów na nowotwór złośliwy sutka w latach:											
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1.	dolnośląskie	13,5	15,1	13,3	14,6	14,9	14,5	13,3	14	14,7	15,1	13,1	12,3
2.	kujawsko-pomorskie	16,3	17,1	16,2	18,1	18,1	19,1	15,2	18,2	16,7	15,2	17,1	14,8
3.	lubelskie	12,9	12,2	14,2	12,4	13,7	12,2	12,9	10,8	11,2	10,3	11,7	11,9
4.	lubuskie	14,3	14,4	11,7	12,3	15	13,6	15,7	17,9	12,8	13,7	12	14,2
5.	łódzkie	15,2	13,7	14,7	13	15,6	14,5	15	15,3	14,6	14,4	14,9	15,3
6.	małopolskie	15	14,1	14,2	15,1	15,8	14,4	14,1	14,7	13,3	14,5	14,2	13,6
7.	mazowieckie	13,3	15	15,8	15	14,4	14,9	14,8	14,7	13,9	15,5	13,9	14,6
8.	opolskie	13,6	14,9	14,4	14,5	15,7	12,5	11,7	10,9	12,2	13,8	12	12,1
9.	podkarpackie	13,3	12,6	12,3	12,9	12,2	11,9	12	12	13	14,2	12,3	11,5
10.	podlaskie	13,2	14,5	12,6	14,4	14,6	13,4	13,7	10,5	15,8	13,3	13	11,3
11.	pomorskie	16,2	16,8	17	17,1	15,9	15,2	15,4	16,6	16,1	14,9	14,2	14,5
12.	śląskie	16,3	16	15,9	15,9	15,5	14,5	18,7	17	17,1	16,8	15,5	15,3
13.	świętokrzyskie	13,9	14,4	14,3	14	15,8	11,8	13,3	12,9	13,9	16,4	13,7	13,6
14.	warmińsko-mazurskie	13,5	12,6	14,2	14,7	11,8	13,1	12,7	13,8	13,2	14	14,3	13
15.	wielkopolskie	18,8	17,4	17,7	17,2	15,9	16,7	18,1	16,5	15,9	14,7	15,5	13,9
16.	zachodniopomorskie	13,3	16,1	14,4	14,3	13,8	15	12,2	14,1	13,5	14	13,1	11,7
	Polska	14,8	15	15	15	15	14,5	14,9	14,8	14,5	14,8	14,1	13,7

Rak piersi należy do nowotworów dobrze rokujących, w przypadku wskaźnika **Zachorowania/Zgony** ogółem osiągnął on wartość = 3,4. Generalnie osiąga on wartość znacząco wyższą od jedności (za wyjątkiem grupy 85+ - ryc. 68). Najwyższy wskaźnik Za/Zg (tj. 25) zaobserwowano w grupie 35-39.



Ryc. 68. Wskaźnik **Zachorowania/Zgony** na nowotwory piersi u kobiet w Wielkopolsce w 2010 roku.

Fig. 68. Breast cancer morbidity/mortality ratio.



Ryc. 69. Trendy umieralności vs trendy zachorowalności na nowotwory piersi u kobiet w Wielkopolsce według wieku w latach 1999-2010 (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).

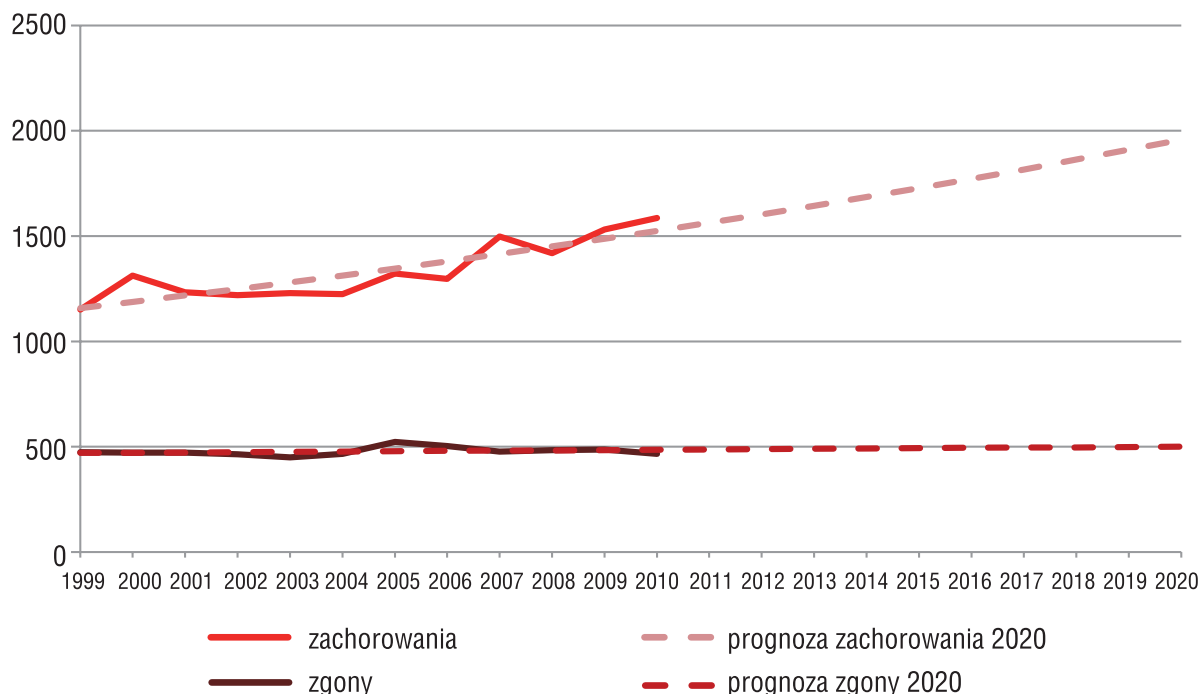
Fig. 69. Breast cancer mortality vs. breast cancer morbidity in Greater Poland in 1999-2010 by age (historic data for 1999-2009 adjusted for 2010).

Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi u kobiet dla grupy wiekowej 0+ wykazują trzy momenty wzrostu tj. w roku 2000 (kiedy Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło finansowanie badań profilaktycznych i kampanię oświatową), w 2007 roku (kiedy NFZ przestał limitować badania skryningowe i rozpoczął wysyłkę zaproszeń imiennych na badania) oraz od roku 2009 (kiedy to cykliczna wysyłka zaproszeń przyczyniła się do istotnego wzrostu wykonanych badań skryningowych). Krzywa dla zgonów wykazywała tendencję spadkową do roku 2003 i po wzroście w roku 2004 ponownie spada (ryc. 69). W grupie wiekowej 20-44 odnotowano trzy punkty wzrostowe (tj. w roku 2000, 2004 oraz 2009). Krzywa dla zgonów ulega wahaniom, nie mniej utrzymuje tendencję spadkową. Krzywe zachorowalności i umieralności dla grupy 45-64 wykazują tendencje zbliżone do grupy 0+. W grupie wiekowej 65+ krzywa dla zachorowalności wykazuje tendencję wzrostową, krzywa dla zgonów utrzymuje się na podobnym poziomie. Dla realizatorów Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi najciekawszymi są zmiany obserwowane w grupie 50-69 lat. Tu krzywa dla zachorowalności pomimo wahań utrzymuje tendencję wzrostową (po maksimum w 2000 roku, kolejne zapoczątkowane w roku 2005 utrzymuje wysoki poziom do chwili obecnej). Krzywa dla zgonów wykazuje korzystny trend spadkowy.

Duża różnica pomiędzy wartościami współczynników surowych i standaryzowanych potwierdza, iż populacja Wielkopolanek jest zdecydowanie starsza od standardowej populacji świata.

Trudno jest ocenić, w którym roku Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi osiągnie poziom 70% objęcia populacji (kiedy to po istotnym wzroście nowo rozpoznanych przypadków można by oczekiwać kilkuletniego okresu spadku zarejestrowanej zachorowalności - jako efektu wcześniejszego wykrycia przypadków, które pozostałyby przez kilka lat w ukryciu). W związku z powyższym prognozę zachorowalności i umieralności dla roku 2020 obliczono na podstawie danych z lat 1999-2010 według modelu wykładniczego. Prognoza wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów rejestruje 1 958 nowych przypadków zachorowań, pod opieką onkologów znajdować się będzie około 5 900 chorych (ryc. 70). Szacowana dla 2020 liczba zgonów z powodu raka piersi wyniesie około 529.

Rak piersi, ze względu na masowość występowania oraz potwierdzoną skuteczność leczenia przypadków wykrytych we wczesnym stadium, jest nowotworem, w przypadku którego statystyki poprawić mógłby dobry program profilaktyki wtórnej. W Wielkopolsce badania w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, które finansuje WOW NFZ realizowane są przez 32 świadczeniodawców stacjonarnych i mobilnych wykonujących mammografię w Wielkopolsce (pełna lista umieszczona została na wewnętrznej stronie okładki). Program skierowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które nie były leczone z powodu raka piersi i nie wykonały badania mammograficznego w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Program koordynuje Wielkopolskie Centrum Onkologii. Informacje dostępne na stronie www.wco.pl/wok lub pod numerem tel. 61-88-50-915.



Ryc. 70. Planowany globalny wzrost zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe piersi (dane zaktualizowane na podstawie weryfikacji KRN).

Fig. 70. Predicted changes in breast cancer incidence and mortality.

Chapter 6

Malignant neoplasm of breast (C50)

In 2010, in Greater Poland, breast cancer (C50) was the most common malignancy in women. In that period concerned, it was diagnosed in 1,586 women (Table 20), representing a 31% growth (371 cases). The number of new cases increased by 84 (6%) as compared to 2009. Similar tendencies apply to raw and standardized ratios.

Breast cancer accounts for 23% of all malignancies recorded in Greater Poland (Fig. 59).

The growth in incidence observed in 2010, both in terms of absolute figures and standardized ratios, does not result from the increased incidence of breast cancer, but, as predicted in 2008, is associated with the increase in the number of preventive examinations performed under the Population-Based Programme for Early Detection of Breast Cancer, also confirmed by relevant statistics for 2012 (see Fig. 60).

It has to be borne in mind that the Registry statistics will not be affected until at least 70% of the population aged 50–69 is covered with preventive health care (a significant growth in newly diagnosed cases is expected). With more breast cancers detected at early stage, recorded incidence in the following years should be reduced. The preventive mammography coverage for the female population of the Greater Poland region as of 1 October 2012 is 49% (Poland's average: 44%) (see Fig. 61.)

The ethiology of most cancers is unknown. Yet the most important risk factors include: female gender, old age, early first menstruation, late menopause, late birth of a living child, long-term hormonal substitution therapy, exposure to ionising radiation, certain benign breast malignancies, family history of breast cancer (especially at young age) and being a carrier of some gene mutations (mostly BRCA1 and BRCA2) [2]. Considering a general process of population ageing (over recent 11 years, the population of females aged 50+ has grown by 21.1%) and the fact that 79% of all breast cancers are recognised with women over 50 years of age, breast cancer incidence is bound to rise in the following years. Even now the absolute number of new cases is 23.3% higher than 11 years ago and 3 times higher than the number of deaths caused by that cancer. A large difference between raw and standardized ratios indicates that most cancers occur at in the older age groups.

The last 11 years, however, have seen a growing incidence in younger women. For example, in the 20-29 age group, the number of new cases rose from 2 to 9, and in the 30-39 age group from 47 to 85 (raw and standardized ratios, and proportions all went up for details see Table 21).

More than half of breast cancer cases were recorded in the 50-69 age group (55%) (Fig. 62). A significant growth in the number of cases detected in 2009 in the 50–69 age group (as compared to 1999), does not result directly from increased incidence in that group, but represents the first outcome of the Population-Based Programme for Early Detection of Breast Cancer implemented in 2005 with a view to cover as much of the target population as possible, link the examinations with the cancer registry and control the quality and efficacy of the examination on a regular basis.

A larger number of detected malignancies translates into a larger number of diagnosed lower stage cases that might otherwise remain latent for several years. As shown by data gathered by the Greater Poland Cancer Registry in cooperation with Provincial Coordination Centre for the Population-Based Programme for Early Detection of Breast Cancer, the proportion of detected early stage cancers (stage '0' - in situ and 'I' - localised) for female participants of the screening programme aged 50–69 ranges between 69% and 80% and is much higher than the equivalent proportion in non-participants (56% in 2010, with no in-situ cancers detected) (see Fig. 63).

In 2010, the Greater Poland Cancer Registry received 510 cases of cancers detected in screening tests, including 448 invasive breast cancers (C50) and 62 pre-invasive breast cancers (D05).

The incidence rate rises almost linearly with age in the 30-69 age group, the rate fluctuates between 155 and 187 per 100,000 (see Fig. 64).

According to the statistics of the Central Statistical Office, 466 breast cancer deaths were registered in Greater Poland in 2010. The number of mortalities decreased by 21 as compared to 2009.

In 2010, breast cancer ranked second among cancer-related deaths causes in female residents of the Greater Poland region, accounting for 13% deaths (see Fig. 65).

Raw death rates rise almost linearly with age (see Fig. 66). The highest rates were observed for the 85+ group. 89% of deaths were recorded for women aged 50+ (see Fig. 66).

The breast cancer incidence in women of all ages showed three moments of rapid growth: in 2000 (when the Ministry of Health began financing preventive examinations and awareness-raising campaigns); in 2007 (when the National Health Fund lifted its limitations on screening tests and started sending individual invitations to those tests); and in 2009 (when the regular distribution of invitations contributed to a significant growth in the number of performed screening tests). The death rate had been declining until 2003 then rose in 2004 to return to its falling trend that has continued until 2008 (see Fig. 64). The 20-44 age group recorded three spurting points (2000, 2004 and 2009) The mortality curve shows some rises and falls, but keeps a general downward course. The incidence and mortality curves for the 45-64 age group show tendencies similar to those of the 0+ age group. The 65+ age group is marked with an increasing incidence

of breast cancer, and a level mortality curve. The incidence curve for the 50-69 age group, despite some fluctuations, shows a rising trends with two peaks in 2000 and 2007. The mortality curve runs along a similar line.

The large difference between the raw and standardized ratios confirms that the female population of the Greater Poland region is much older than the standard world population.

It is hard to assess when the the Population-Based Programme for Early Breast Cancer Detection will achieve the 70% population coverage (where a significant growth in early diagnosed cases may be expected to bring about a period of declining registered incidence – as an effect of early detection of cases that might otherwise remain latent for several years). In view of the above, the predicted incidence and mortality in 2020 were established based on data from 1999–2010 using an exponential model. The forecast indicates that the Wielkopolska Cancer Registry will record 1.958 new cases and 5,900 patients will be under oncologist care (see Fig. 70). The number of breast cancer deaths predicted for 2020 is around 529.

Considering its massive occurrence and confirmed curability of early detected cases, breast cancer seems to call for an effective primary and secondary prevention programme. Examinations under the Programme for Early Breast Cancer Detection funded by the local NHF department are performed by 19 providers in 20 centres around the region. The programme is directed to women aged 50–69 who have not been treated for breast cancer nor given mammography over the recent 24 months. The programme is coordinated by the Greater Poland Cancer Centre. For more information see www.wco.pl/wok or call 61–88–50–915.

Rozdział 7

Nowotwory złośliwe szyjki macicy (C53)

Janina Markowska, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Witold Kędzia, Andrzej Roszak, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka

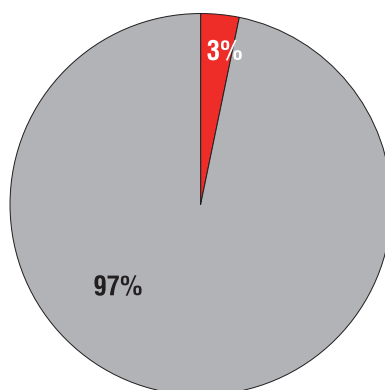
W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe szyjki macicy (C53) stanowiły u kobiet szóstą przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie wykryto 223 nowych przypadków, co w stosunku do roku 2001 oznacza spadek niemalże o 50% (tj. 111 przypadków). W porównaniu do roku 2009 zachorowalność utrzymała się na podobnym poziomie, co w połączeniu z faktem, iż w tym samym 2010 roku zgłoszono 7 przypadków inwazyjnego raka szyjki macicy (C53) oraz 9 przypadków przedinwazyjnego raka szyjki macicy (D06) wykrytych w skryningu tj. o 24 przypadki więcej niż w roku 2007, 8 przypadków więcej niż w roku 2008 mogło by to oznaczać pierwsze efekty realizowanego od 2006 roku Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Jednakże fakt, iż równocześnie było to o 12 przypadków mniej niż w roku 2009 oznaczać może zarówno korzystny trend (poprzez wykrywanie i leczenie stanów przednowotworowych, zapobiega się powstaniu raka szyjki macicy) jak i zatrzymanie rozwoju skryningu, dlatego wymaga dalszych badań (tab. 23). Podobne tendencje dotyczą również współczynników surowych.

Tabela 23. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe szyjki macicy w Wielkopolsce w latach 2001-2010 roku (Dane archiwalne za lata 2001-2009 uaktualnione o rok 2010).

Table 23. Changes in the structure of cervical cancer morbidity and mortality in Greater Poland in, 2001-2010 (historic data for 2001-2009 adjusted for 2010).

Rok (year)		Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)		Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001	Zachorowania (incidence)	334	19,4	14,7	Zgony (deaths)	162	9,4	6,4
2002		298	17,3	12,7		156	9,1	6,1
2003		255	14,8	10,6		135	7,8	5,3
2004		242	14,0	10,2		153	8,9	6,0
2005		301	17,4	12,6		157	9,1	5,7
2006		255	14,7	11,1		159	9,2	6,2
2007		272	15,6	11,0		152	8,7	5,8
2008		290	16,6	11,9		126	7,2	4,5
2009		221	12,6	8,9		178	10,2	6,4
2010		223	12,7	8,9		127	7,21	4,56

Spośród wszystkich nowotworów złośliwych rozpoznanych u kobiet w Wielkopolsce, nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowiły około 3% (ryc. 71).

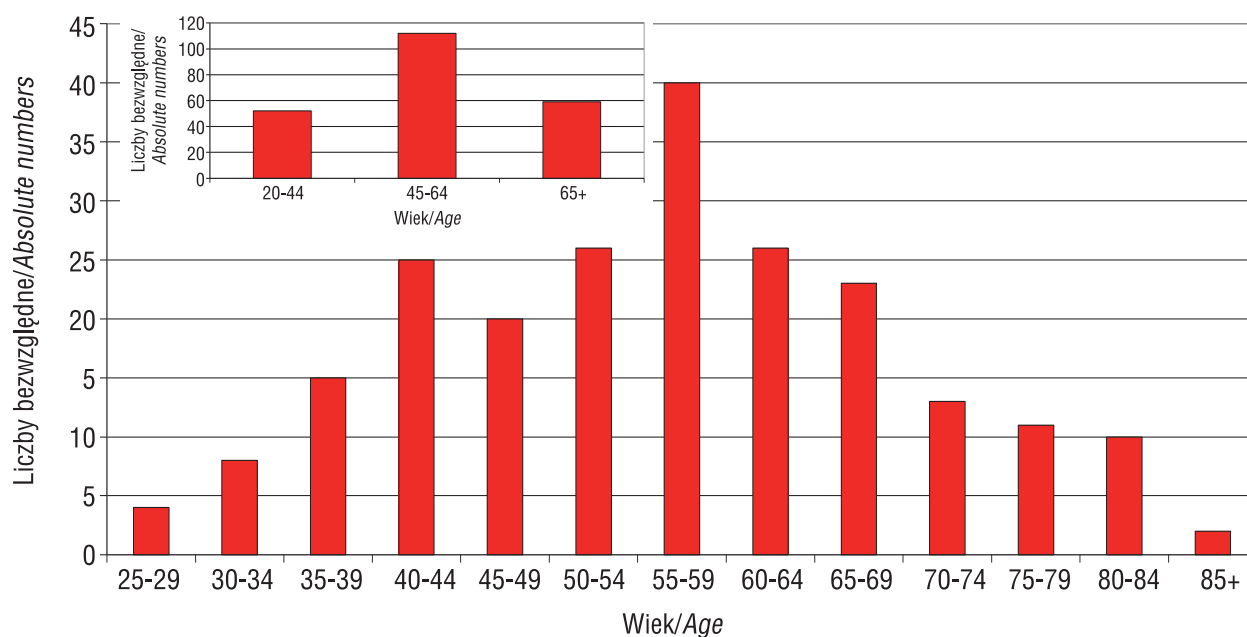


Ryc. 71. Odsetek zachorowań w 2010 roku na nowotwory złośliwe szyjki macicy.

Fig. 71. Proportion of cervical cancer incidence, 2010.

U kobiet w Polsce ze względów epidemiologicznych rak szyjki macicy odgrywa istotną rolę. Podstawowym czynnikiem mającym wpływ na wyniki leczenia (przeżycia) ma stopień zaawansowania klinicznego choroby. W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa przetrwałe zakażenie wysokoonkogennym wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papilloma virus*). Ponadto czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy są: wiek, wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, duża liczba partnerów seksualnych oraz porodów, palenie tytoniu, niski status socjoekonomiczny, stwierdzona wcześniej patologia w badaniu cytologicznym, partnerzy podwyższonego ryzyka, wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych, niewłaściwa dieta, zakażenie wirusem HIV oraz choroby zapalne przenoszone drogą płciową np. *chlamydia trachomatis* [2].

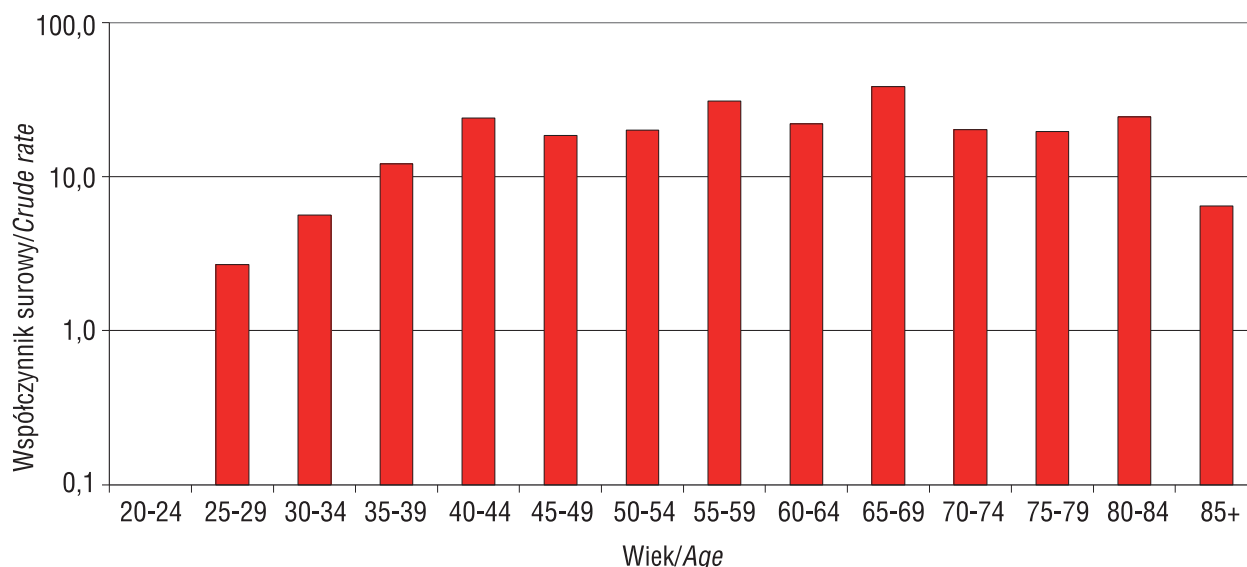
Zgodnie z danymi Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów, w 2010 roku pierwsze przypadki raka szyjki macicy zdiagnozowano u kobiet powyżej 25 roku życia. Najwyższą liczbę zachorowań zaobserwowano w grupie 55-59 (ryc. 72).



Ryc. 72. Liczba zachorowań na nowotwory szyjki macicy w Wielkopolsce według wieku w 2010 roku.

Fig. 72. Number of cervical cancer deaths by age groups, 2010.

Współczynniki surowe zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy od grupy 25-29 do 40-44 podwajają się, po czym obserwowane są wahania pomiędzy 19, a 38/105, wyjątek stanowi grupa 85+(ryc. 73).



Ryc. 73. Zachorowania, nowotwory złośliwe szyjki macicy w Wielkopolsce, na 100 000 populacji w 2010 roku (log).

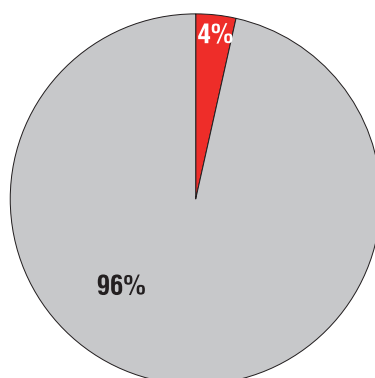
Fig. 73. Cervical cancer incidence by age groups per population 100 000 (log), 2010.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Wielkopolsce zarejestrowano 127 zgonów z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, co w stosunku do roku 2001 oznacza spadek o 28% (tab. 23). Spadek liczby zgonów zarejestrowany w roku 2010 (w porównaniu do roku 2009) na poziomie 51 przypadków (tj. 40%) oznacza, iż tempo spadku umieralności Wielkopolanek z przyczyn raka szyjki macicy przyspiesza i stanowić może kolejny argument na potwierdzenie efektywności skryningu. Warto nadmienić, iż zarejestrowany w 2010 roku w Wielkopolsce standaryzowany współczynnik dla zgonów na poziomie nie całych 5/10⁵ oznacza wynik jeden z najniższych w Polsce (tab. 24).

Tabela 24. Zmiany standaryzowanych współczynników umieralności z przyczyn raka szyjki macicy w latach 1999-2010.
Table 24. Changes in ASR for cervical cancer mortality 1999-2010.

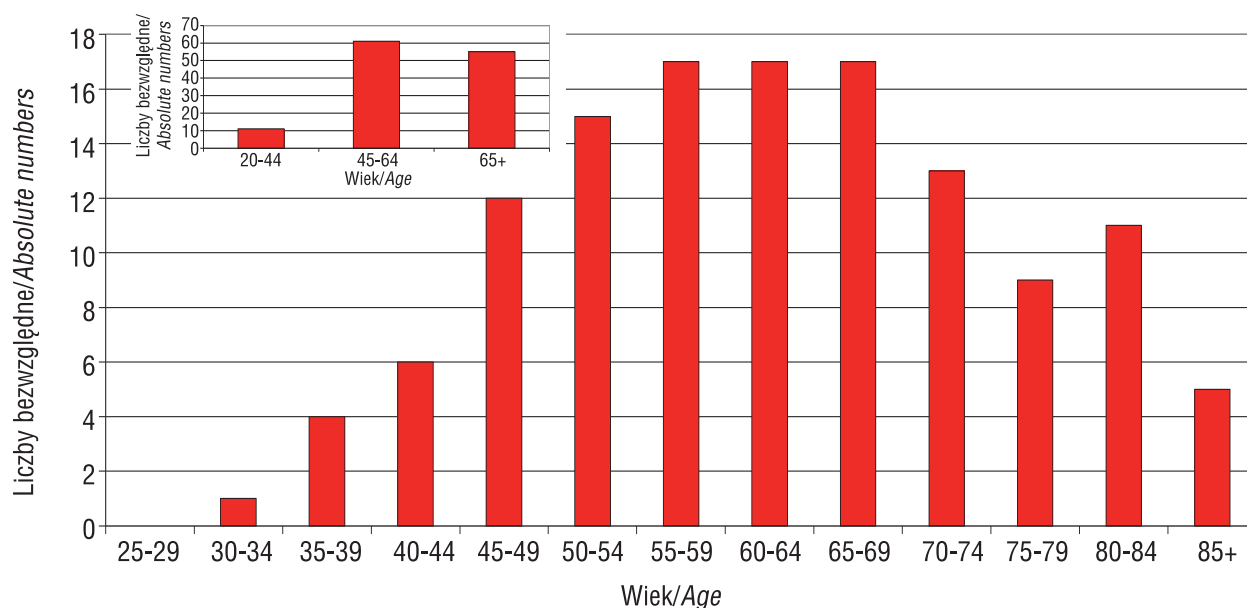
Lp.	Województwo	Współczynnik standaryzowany ASR											
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1.	dolnośląskie	6,4	6,4	5,5	5,8	5,9	5,9	5,5	5,4	6,2	5,7	4,8	5,1
2.	kujawsko-pomorskie	7,6	7,7	7,1	6,2	6,7	6,3	5,6	7,3	7,5	4,9	5,4	5,3
3.	lubelskie	4,2	5,2	6,5	6,1	5,2	5	4,6	4,3	4,1	5,1	4,1	4
4.	lubuskie	13	10,4	6,8	10,2	7,1	8,3	8,1	6,3	8	7,4	5,8	7,5
5.	łódzkie	5,8	7,3	6,4	6,1	6,8	6	5,7	6,3	5,8	4,3	5,4	4,9
6.	małopolskie	6,6	6,6	5,9	5,7	5,9	5,7	4,9	5,1	4,8	5,3	4,6	4,3
7.	mazowieckie	5,7	6,7	6,6	6,3	5,8	5,4	5,4	5,6	5,6	4,8	5,4	5,4
8.	opolskie	6,1	7,1	5,1	4,7	5	5,8	4,6	4,3	5,3	7	4,7	5,7
9.	podkarpackie	6,3	5,2	4,2	3,6	4,3	4,7	3,9	4,5	3,6	5,5	5,2	3,6
10.	podlaskie	6,2	6	4,2	6,1	7,4	6,7	5,2	5	6	5,3	4,4	5,7
11.	pomorskie	6,7	8	7	8,3	7,8	7,9	6,3	7,3	7,1	6,2	6,2	5,3
12.	śląskie	5,8	7	5,2	6	6	5,1	6,5	5,5	6,6	5,5	5,2	6
13.	świętokrzyskie	6,6	6,8	5,3	4,4	5,4	4,7	5,1	4,9	6	4,5	4	3,9
14.	warmińsko-mazurskie	6,7	7	5,8	8,3	6,3	7	6,3	5,6	6,8	6,1	7,1	6,5
15.	wielkopolskie	6,3	6	6,4	6,1	5,3	6	5,7	6,2	5,8	4,5	6,4	4,6
16.	zachodniopomorskie	8,7	7,8	7,9	7	6,7	8,6	8	6,8	5,6	5,7	5,1	5,5
	Polska	6,4	6,8	6	6,2	6	5,9	5,7	5,6	5,9	5,3	5,3	5,1

W Wielkopolsce w 2010 roku rak szyjki macicy był przyczyną 4% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych u kobiet (ryc. 74).



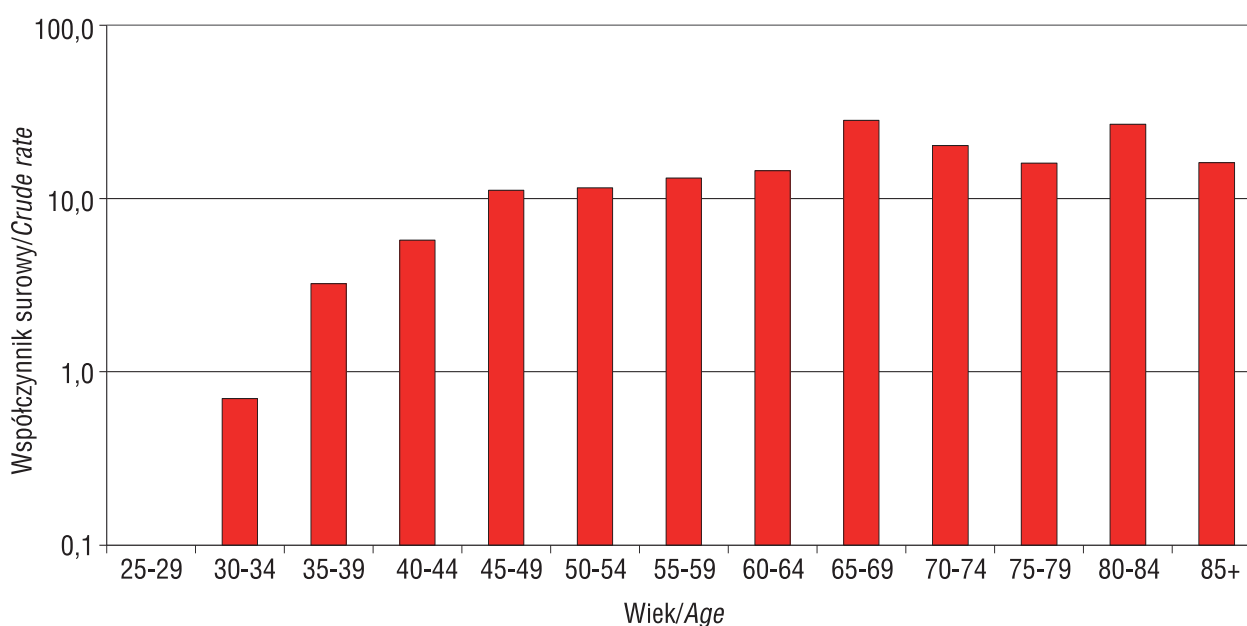
Ryc. 74. Odsetek zgonów w 2010 roku na nowotwory złośliwe szyjki macicy.
Fig. 74. Proportion of cervical cancer deaths, 2010.

Prawie połowa zgonów na nowotwory złośliwe szyjki macicy (48%) zarejestrowana została u kobiet w wieku 45-64 lat (ryc. 75).



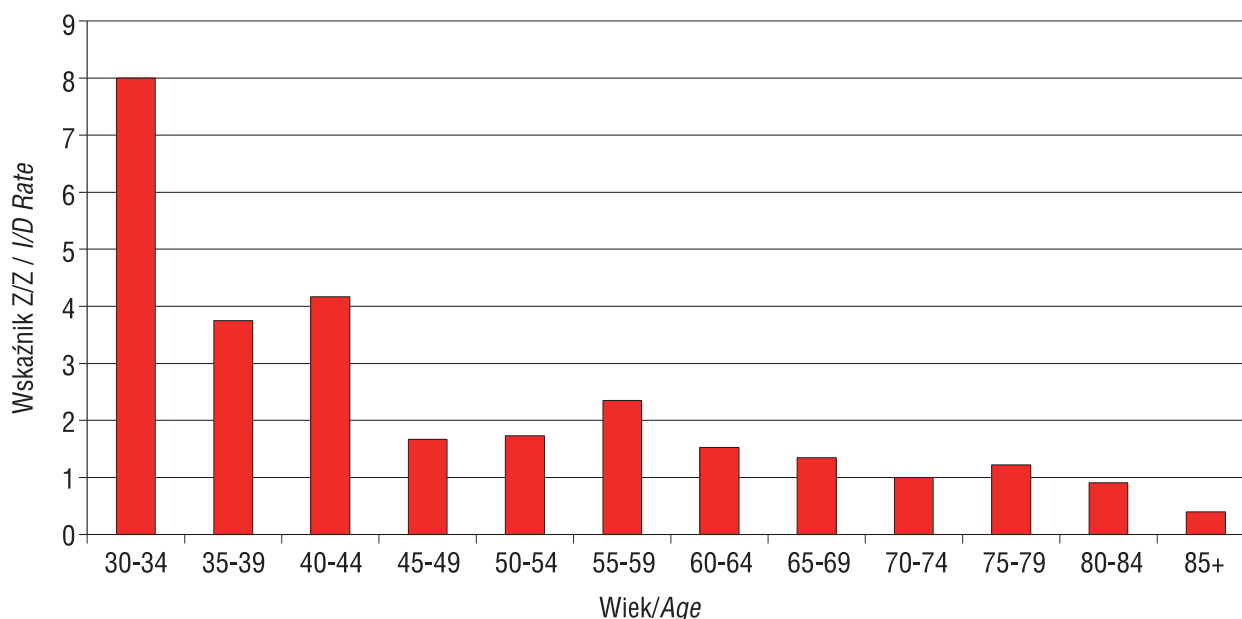
Ryc. 75. Liczba zgonów na nowotwory szyjki macicy w Wielkopolsce według wieku w 2010 roku.
Fig. 75. Number of cervical cancer deaths by age groups, 2010.

Rozkład współczynników surowych umieralności przedstawiono na rycinie 76.



Ryc. 76. Zgony, nowotwory szyjki macicy w Wielkopolsce, na 100 000 populacji w 2010 roku (log).
Fig. 76. Cervical cancer deaths by age groups per population 100 000 (log), 2010.

W przypadku nowotworów o dobrych rokowaniach wskaźnik **Zachorowania/Zgony** powinien być znacząco wyższy od jedności. Dla raka szyjki macicy ogółem wynosi on 1,8. W podziale na 5-letnie grupy wieku osiągnął on najwyższą wartość (tj. 8) w grupie wiekowej 30-34, jedynie dla chorych w wieku 80+ nie przekracza jedności (ryc. 77).



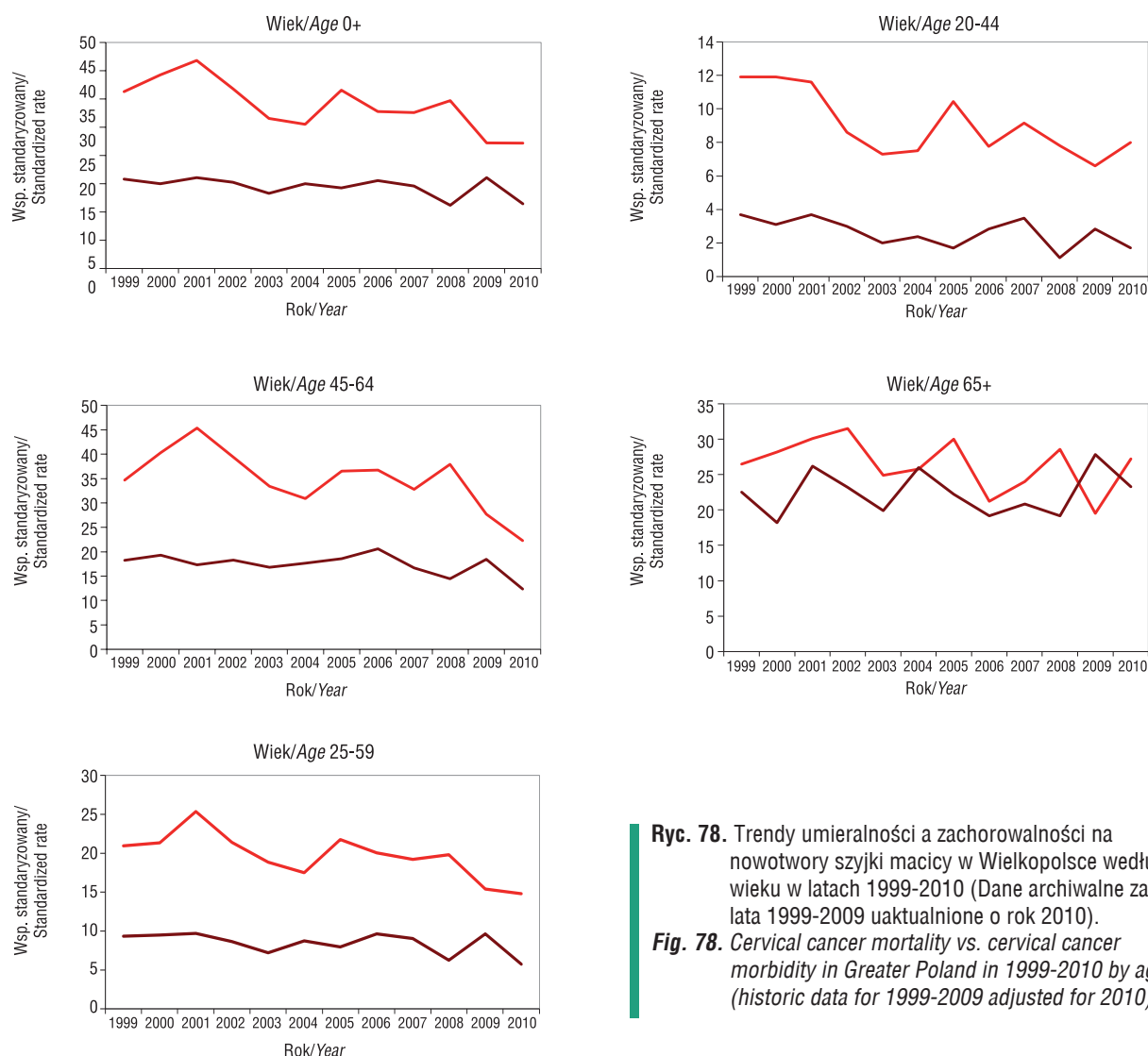
Ryc. 77. Wskaźnik **Zachorowania/Zgony**, na nowotwory szyjki macicy w Wielkopolsce w 2010 roku.

Fig. 77. Cervical cancer morbidity/mortality ratio, 2010.

Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy w Wielkopolsce w latach 1999–2010 analizowane na podstawie współczynników standaryzowanych cechuje duża różnorodność dla poszczególnych grup wieku. W grupie 0+ (chore z uwzględnieniem wszystkich grup wiekowych) jak i grupa 45-64 lat, w której pomimo wahań krzywe tak dla zachorowalności jak i umieralności utrzymują tendencję spadkową. Krzywe zachorowalności i umieralności dla grupy 20-44 wykazują duże wahania, niemniej utrzymuje się tendencja spadkowa widoczna zwłaszcza w przypadku zachorowań. W grupie 65+ współczynniki standaryzowane zachorowalności jak i umieralności utrzymały się na poziomie z 1999 roku. W strefie szczególnego zainteresowania znajduje się grupa objęta programem badań skryningowych tj. 25-59 lat - tu krzywe zachorowalności i umieralności wykazują zgodnie z oczekiwaniami tendencję spadkową (ryc. 78).

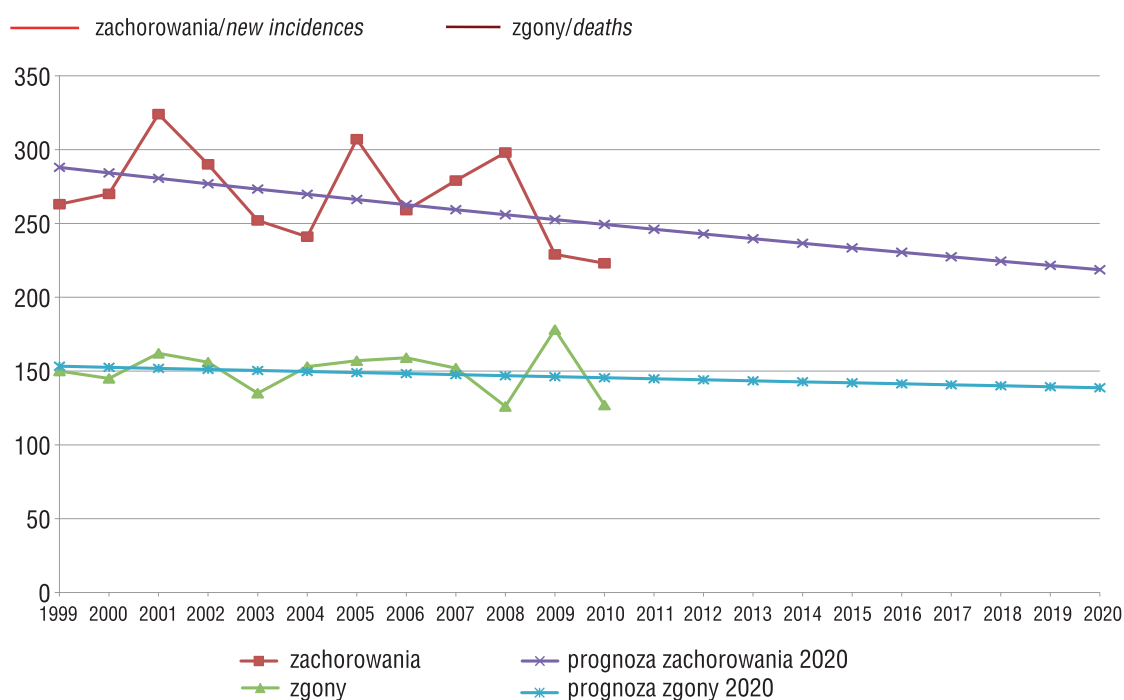
W Wielkopolsce badania w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, które finansuje WOW NFZ realizuje 120 świadczeniodawców w 226 miejscach. Program skierowany jest do kobiet w wieku 25–59 lat, które nie były leczone z powodu raka szyjki macicy i nie wykonały badania w ciągu ostatnich 36 miesięcy. Program koordynuje Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM. Informacje dostępne na stronie www.wok-poznan.idl.pl lub pod numerem tel. 61-84-19-692.

Obliczona na podstawie danych z lat 1999–2010 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów rejestruje 219 nowych przypadków zachorowań, pod opieką onkologów znajdować się będzie około 657 chorych (ryc. 79). Szacowana dla 2020 liczba zgonów z przyczyn raka szyjki macicy wyniesie około 139.



Ryc. 78. Trendy umieralności a zachorowalności na nowotwory szyjki macicy w Wielkopolsce według wieku w latach 1999-2010 (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).

Fig. 78. Cervical cancer mortality vs. cervical cancer morbidity in Greater Poland in 1999-2010 by age (historic data for 1999-2009 adjusted for 2010).



Ryc. 79. Planowany globalny wzrost zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe szyjki macicy.

Fig. 79. Predicted changes in cervical cancer incidence and mortality.

Chapter 7

Malignant neoplasms of cervix uteri (C53)

In the region of Greater Poland, in 2010, cervical cancers (C53) represented the sixth most common cancer in women. In the period concerned, 223 new cases were diagnosed, representing a 50% decrease (111 cases) compared to 2001.

Cervical cancer accounts for around 3% of all malignancies in women recorded in Greater Poland (Fig. 71).

The Greater Poland Cancer Registry was reported 7 cases of invasive cervical cancer (C53) and 9 cases of in situ cervical cancer (D06) detected in screening tests, that is 24 cases more than in 2007 and 8 cases more than in 2008.

Cervical cancer is a significant epidemiological issue in Polish women. The main factor affecting the result of treatment (survival) is the stage of the disease at diagnosis. The predominant factor in the etiology of cervical cancer is the infection with highly oncogenic human papilloma virus. Other risk factors for cervical cancer include: age, early initiation of sexual activity, large number of sexual partners and births, smoking, low social and economic status, earlier pathology confirmed by a cytology test, high risk partners, long-term use of hormonal contraceptives, improper diet, HIV infection and infectious sexually transmitted diseases, e.g. chlamydia extracranial [2].

According to the Greater Poland Cancer Registry's data, in 2010, first cases of cancer of the cervix were diagnosed in women over 25 years of age. The highest incidence was observed in the 55-59 age group, as shown by the figure featuring the division into three age groups (see Fig. 72).

Raw cervical cancer incidence rates according to 5-year age groups are shown in Fig. 73.

According to the statistics of the Central Statistical Office, 127 cervical cancer deaths were registered in Greater Poland in 2009, constituting an decrease of 28% as compared to 2001 (Table 23). The number of mortalities decreased by 51 as compared to 2009.

The distribution of raw mortality rates is shown in Fig. 76.

Cervical cancer incidence in the Greater Poland region, 1999–2010, analysed on the basis of standardized ratios are characterized with high variation across age groups. Nevertheless, incidence curves both for the 0+ and other age groups show a declining tendency. Mortality curves for the 0+ and 45-64 age groups are decreasing.

Examinations under the Programme for Early Detection of Cervical Cancer, funded by the local NHF department, are performed by 120 providers in 226 locations. The programme is directed to women aged 25-59 who have not been treated for cervical cancer nor examined over the recent 36 months. The Programme is coordinated by the Medical University Gynaecology and Obstetrics Hospital. For more information see www.wok-poznan.idl.pl or call 61-84-19-692.

The incidence and mortality forecast for 2020, established according to an approved model based on data from 1999–2010, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record 219 new cancer cases, while 657 patients will be under oncologist care (Fig. 79). The number of cervical cancer deaths in 2020 is predicted to be around 139.

Rozdział 8

Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (C61)

Maciej Strzyżowski, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Janusz Skowronek, Agata Plucińska, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka

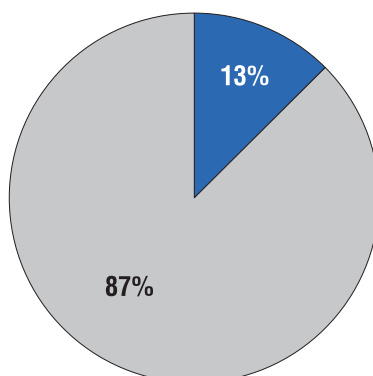
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego jest chorobą, którą w ciągu ostatnich lat cechowała największa dynamika wzrostu zachorowalności. Zgodnie z wynikami badania Globocan 2008 prostata zajmuje 1 miejsce wśród mężczyzn w Europie. W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (C61) stanowiły drugą u mężczyzn przyczynę zachorowalności, gdyby trend obserwowany do 2008 roku utrzymał się rak gruczołu krokowego mógłby w ciągu dekady stać się najczęstszym nowotworem rozpoznawanym u mężczyzn. Niemniej zarejestrowany w 2009 roku i kontynuowany w roku 2010 spadek zachorowalności pozwala oczekiwać, iż osiągnięto stabilizację zachorowań. W 2010 roku zgłoszono 843 przypadki nowych zachorowań, co w stosunku do roku 2001 stanowi wzrost o 52% (tj. o 288 przypadków). W porównaniu do roku 2009 liczba przypadków zmniejszyła się o 90 chorych (tj. 11%). Według danych, obserwowany do 2008 roku w Europie wzrost zachorowalności na raka gruczołu krokowego był efektem zwiększenia w ciągu ostatnich kilkunastu lat dostępności do badań diagnostycznych, a zwłaszcza oznaczania stężenia swoistego antygenu sterczowego – PSA (*prostate-specific antigen*) w surowicy [2] oraz wydłużania średniej długości życia mężczyzn (tab. 25). Starzenie się populacji obserwowane jest również w Wielkopolsce, w porównaniu do 2001 roku populacja mężczyzn w Wielkopolsce ogółem wzrosła zaledwie o 2,2%, podczas gdy grupa w wieku 50-69 wzrosła aż o 31,3%. W Wielkopolsce realizowane są dwa lokalne Programy Badań Przesiewowych, pierwszy finansowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego realizowany jest przez Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów, drugi finansowany przez Urząd Miasta Poznania realizowany jest przez Katedrę i Klinikę Urologii i Onkologii Urologicznej UM. Za rok 2010 do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów wpłynęło 17 zgłoszeń przypadków raka gruczołu krokowego wykrytych w skryningu (w roku 2009 było to 11 przypadków, w 2008 natomiast aż 88). Warto zaznaczyć, że wśród przypadków wykrytych w lokalnym skryningu, aż 80% stanowiły zmiany wczesne, a średnia wieku wynosiła 71 lat.

Tabela 25. Zarejestrowane zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego u mężczyzn w Wielkopolsce w latach 2001-2010 (Dane archiwalne za lata 2001-2009 uaktualnione o rok 2010).

Table 25. Changes in the structure of prostate cancer morbidity and mortality in Greater Poland in, 2001-2010 (historic data for 2001-2009 adjusted for 2010).

Rok (year)		Liczba bez- względna (absolute num- ber)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)		Liczba bez- względna (absolute num- ber)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001	Zachorowania (incidences)	555	34,0	27,8	Zgony (deaths)	338	20,7	16,1
2002		573	35,3	28,6		331	20,4	15,5
2003		565	34,7	27,8		305	18,8	14,1
2004		617	37,9	29,8		325	19,9	14,9
2005		691	42,3	32,7		330	20,2	14,7
2006		737	45,1	34,6		310	19,0	13,7
2007		880	53,7	39,3		377	23,0	15,9
2008		997	60,7	43,6		360	21,9	15,0
2009		933	56,6	40,8		378	22,9	15,2
2010		843	50,8	35,8		352	21,2	13,8

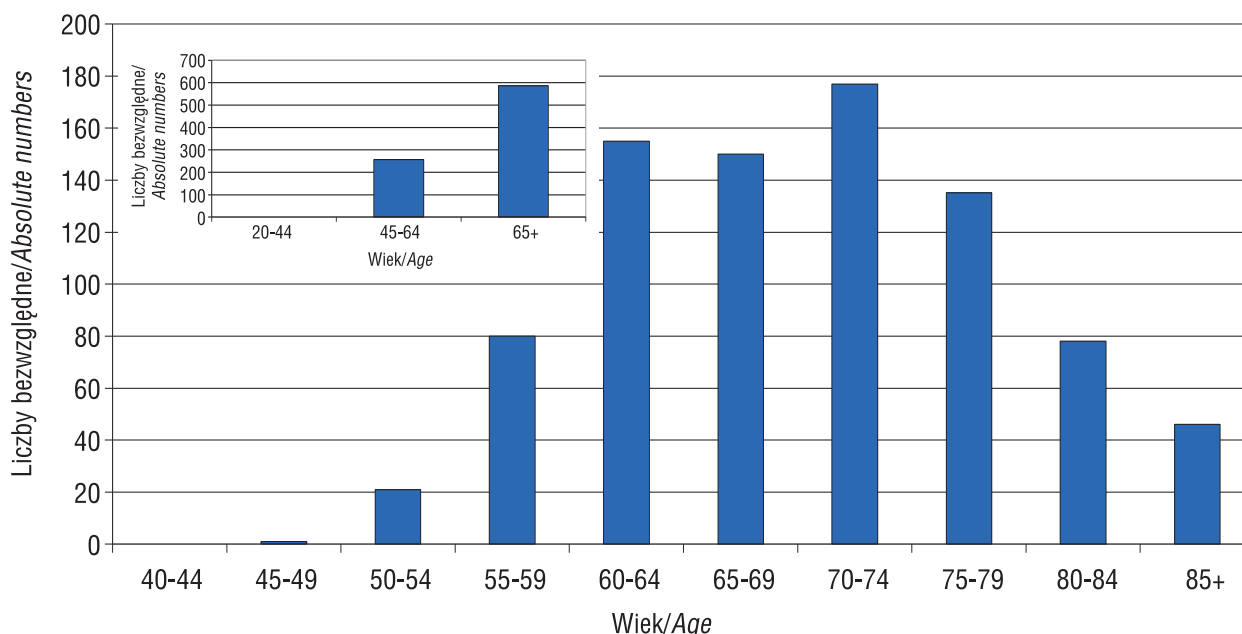
Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce, rak gruczołu krokowego stanowił 13% (ryc. 80), warto przypomnieć, że w 2001 stanowił on 9%.



Ryc. 80. Odsetek zachorowań na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w 2010 roku w Wielkopolsce.

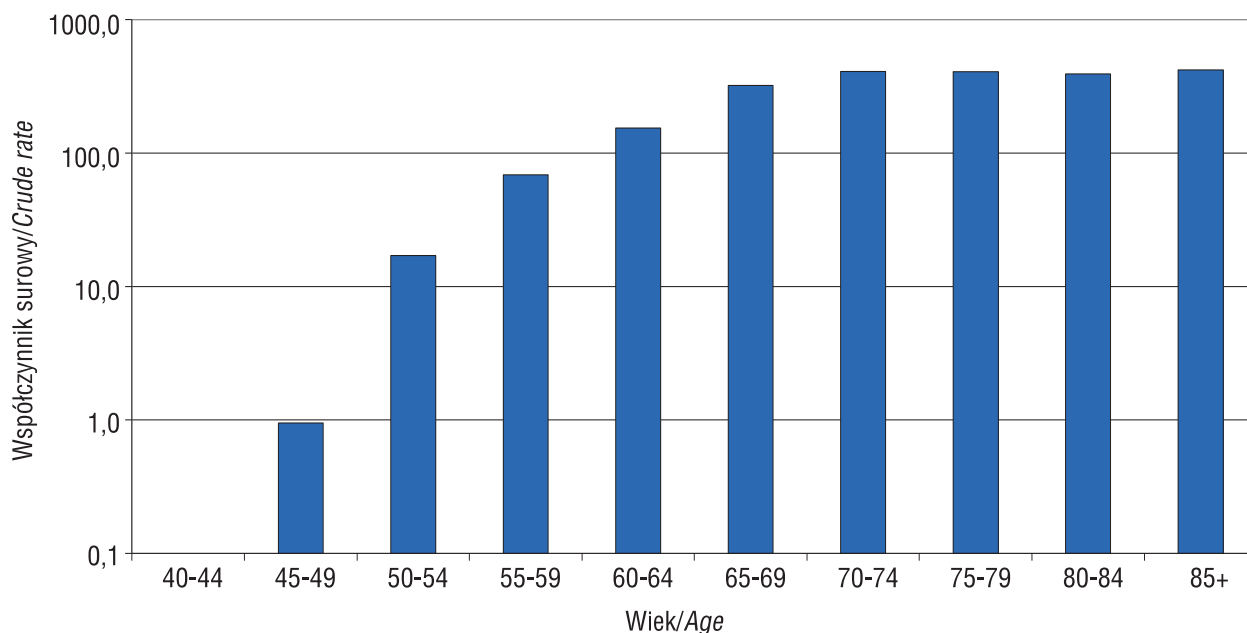
Fig. 80. Proportion of prostate cancer incidence, 2010.

Zgodnie z opinią specjalistów [2] rak gruczołu krokowego rozpoznawany jest zwykle po 60. roku życia (88% przypadków), gdyż do czynników ryzyka należą wiek mężczyzn oraz predyspozycje dziedziczne. Niemniej warto wspomnieć, że w Wielkopolsce, obserwowany jest wzrost liczby zarejestrowanych zachorowań w grupie młodych mężczyzn tj. w wieku do 59 roku życia włącznie. W 1999 roku zarejestrowano 28 takich przypadków, w 2001 roku 61, w 2010 już 102 przypadki. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem, co widać szczególnie na małej rycinie z podziałem na trzy grupy wieku (ryc. 81) oraz potwierdzają współczynniki surowe (ryc. 82).



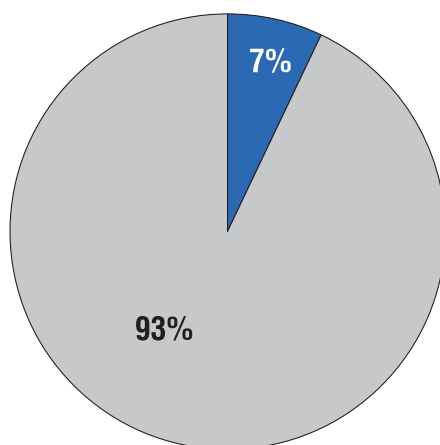
Ryc. 81. Liczba zarejestrowanych zachorowań na nowotwory gruczołu krokowego w Wielkopolsce według wieku w 2010 roku.

Fig. 81. New registered cases of prostate cancer by age, 2010.



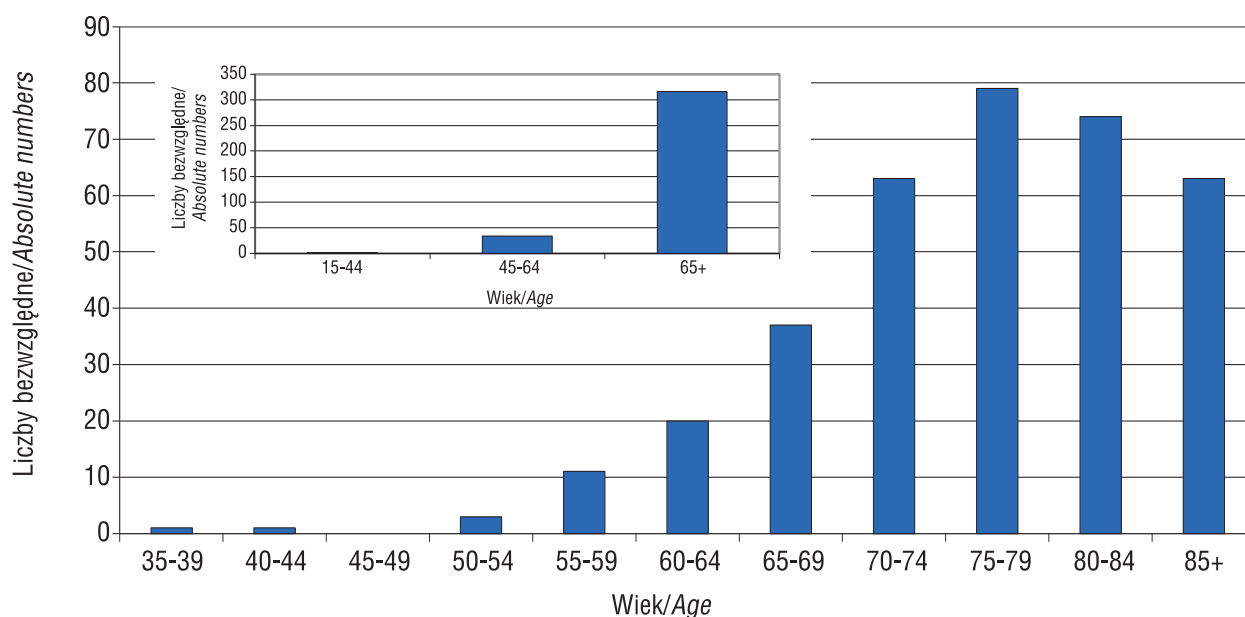
Ryc. 82. Zachorowania na nowotwory gruczołu krokowego w Wielkopolsce na 100 000 populacji w 2010 roku (log).
Fig. 82. Number of new registered prostate cancer by age groups per 100 000 in 2010 (log).

Zgodnie z danymi GUS w 2010 roku w Wielkopolsce zarejestrowano 352 zgony spowodowane nowotworem złośliwym gruczołu krokowego, co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 4% (tab. 25). W porównaniu do roku 2009 liczba zgonów spadła o 7% (tj. 26 przypadków). Rak gruczołu krokowego stanowił 7% wszystkich zgonów na nowotwory złośliwe (ryc. 83).



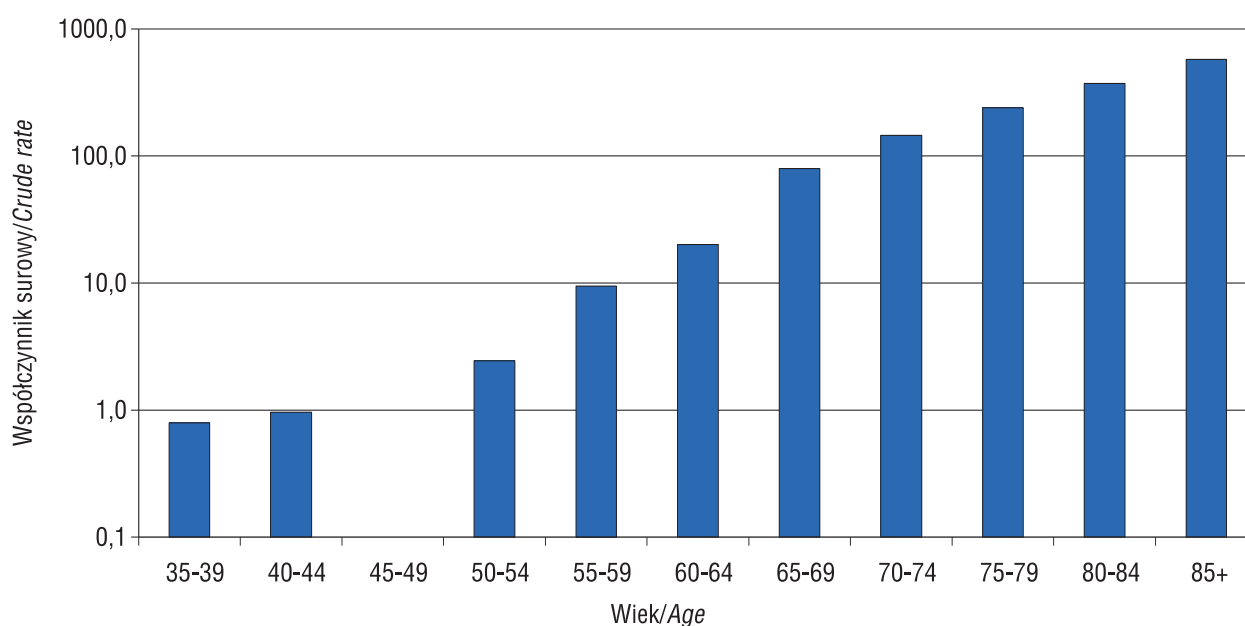
Ryc. 83. Odsetek zgonów na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w 2010 roku w Wielkopolsce.
Fig. 83. Proportion of prostate cancer deaths, 2010.

Liczba zgonów podobnie jak zachorowań rośnie z wiekiem – 90% zgonów zanotowano u mężczyzn po 65. roku życia, co jest szczególnie zauważalne na małej rycinie z podziałem na trzy grupy wiekowe – ryc. 84-85.



Ryc. 84. Liczba zgonów na nowotwory gruczołu krokowego w Wielkopolsce według wieku w 2010 roku.

Fig. 84. Number of prostate cancer deaths by age groups, 2010.

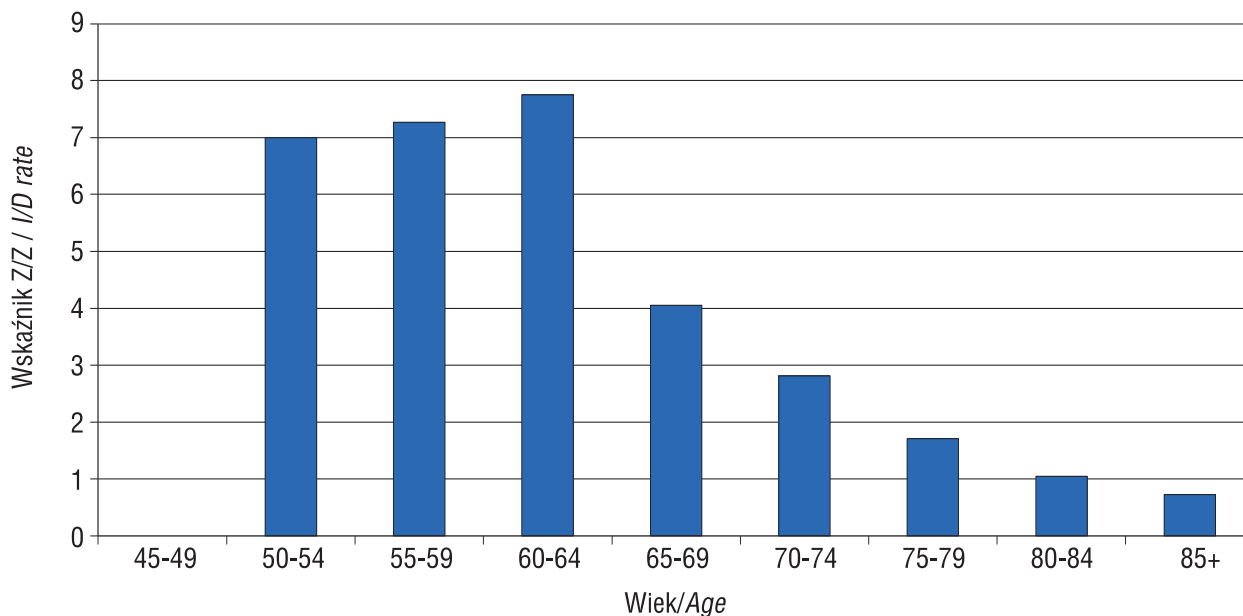


Ryc. 85. Zgony na nowotwory gruczołu krokowego w Wielkopolsce na 100 000 populacji w 2010 roku.

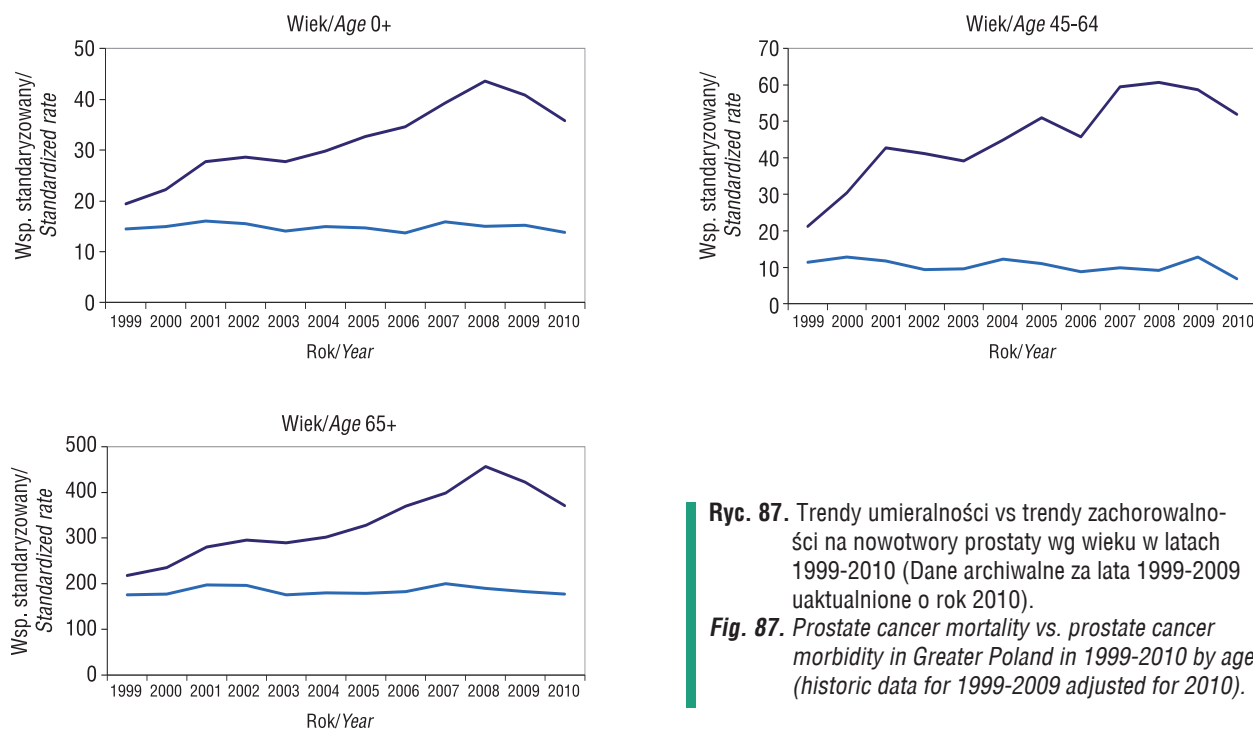
Fig. 85. Prostate cancer deaths by age groups per population 100 000, 2010.

Wskaźnik **Zachorowania/Zgony** dla raka prostaty ogółem osiąga wartość 2,4. W podziale na 5-letnie grupy wieku, poza grupą 85+ wskaźnik ten ma wartość wyższą od jedności (ryc. 86). Najwyższy wskaźnik tj. 7,75 zaobserwowano dla grupy 60-64.

Analiza trendów zachorowalności z powodu raka gruczołu krokowego między 1999 a 2010 rokiem dla wszystkich grup wieku do roku 2008 wykazywała istotny wzrost zachorowalności. W przypadku umieralności dla grupy 0+ oraz 65+ krzywe utrzymały się na podobnym poziomie, a nawet można powiedzieć o lekkim spadku. Zdecydowany spadek zaobserwowano pomiędzy 1999, a 2010 rokiem w grupie 45-64 (ryc. 87).

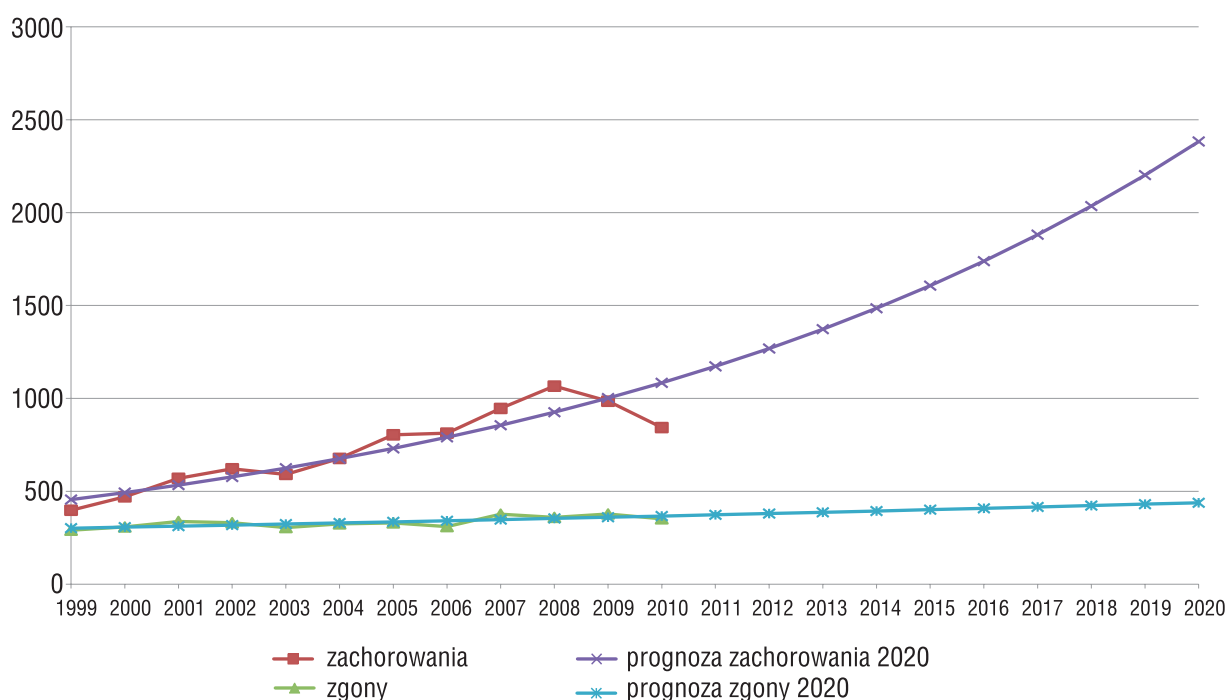


Ryc. 86. Wskaźnik Zachorowania/Zgony na nowotwory gruczołu krokowego w 2010 roku.
Fig. 86. Prostate cancer morbidity/mortality ratio, 2010.



Ryc. 87. Trendy umieralności vs trendy zachorowalności na nowotwory prostaty wg wieku w latach 1999-2010 (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).
Fig. 87. Prostate cancer mortality vs. prostate cancer morbidity in Greater Poland in 1999-2010 by age (historic data for 1999-2009 adjusted for 2010).

Obliczona na podstawie danych z lat 1999–2010 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów zarejestruje 2 383 nowych przypadków zachorowań, pod opieką onkologów znajdować się będzie około 7 150 chorych (ryc. 88). Szacowana dla 2020 liczba zgonów z przyczyn raka prostaty wyniesie około 440.



Ryc. 88. Planowany globalny wzrost zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe prostaty.

Fig. 88. Predicted changes in prostate cancer incidence and mortality.

Chapter 8

Malignant neoplasms of prostate (C61)

In 2010, 843 new cases were reported, representing a 52% increase (288 cases) compared to 2001. As compared to 2009, the number of new cases has decreased by 90 (11%), which, considering the trends observed in Europe, may be an outcome of under-registration and requires further analysis. According to the findings of the Globocan 2008 study, the incidence of prostate cancer in Europe is constantly growing. It is the most frequently diagnosed cancer in men, which results from the recent improvement in the access to diagnostic examinations, in particular prostate-specific antigen (PSA) tests [2] and the extension of mean life expectancy of men (see Table 25).

Prostate cancer accounts for 13% of all cancers recorded in men in the region of Greater Poland (Fig. 80).

Expert agree [2] that prostate cancer is usually diagnosed in patients over 60 years of age (88% of cases), age and genetic predispositions being main risk factors. However, the Greater Poland region has seen a growth in the recorded incidence in younger men, aged 59 and younger. In 1999, only 28 such cases were registered versus 102 in 2010. The risk of cancer increases with age, as shown clearly in the small chart featuring the division into three age groups (see Fig. 81) and which is confirmed by raw ratios (see Fig. 82).

According to the statistics of the Central Statistical Office, 352 prostate cancer deaths were registered in Greater Poland in 2010, constituting 4% increase compared to 2001 (Table 25). The number of deaths increased by 7% (26 cases) compared to 2009. Prostate cancer accounted for 7% of all causes of cancer-related deaths (see Fig. 83).

The death rate from prostate cancer increases with age 90% of deaths were recorded in men over 65 years of age, which can clearly be seen in the small chart showing the division into three age groups see Fig. 84-85).

Analysis of prostate cancer incidence in 1999-2010 for the 0+ and other age groups indicates a significant increase in incidence, with mortality curves remaining at a similar level (see Fig. 87).

The incidence and mortality forecast for 2020, established according to an approved model based on data from 1999-2010, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record 2,383 new cases of prostate cancer, while 7,150 patients will be under oncologist care (Fig. 88). The number of prostate cancer deaths predicted for 2020 is around 440.

Rozdział 9

Nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (C67)

Maciej Strzyżowski, Agnieszka Dyzmann-Sroka, Piotr Milecki, Maciej Trojanowski, Wiesława Myślińska, Wiesława Olenderczyk, Agata Plucińska, Małgorzata Rymarczyk-Wciorko, Beata Szczęch, Teresa Wosicka.

W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (C67) stanowiły czwartą przyczynę zachorowalności u mężczyzn oraz piętnastą u kobiet. W analizowanym okresie zgłoszono 522 (tj. 419 przypadków u mężczyzn i 103 u kobiet). Biorąc pod uwagę, że w 1999 roku zarejestrowano 374 przypadków tego nowotworu (tj. 299 przypadków u mężczyzn i 75 u kobiet), a w 2001 roku 447 przypadków, czyli w stosunku do roku 1999 zanotowano wzrost zachorowań na poziomie 40%, a w stosunku do 2001 roku było to 17% – można powiedzieć, że tempo wzrostu zachorowalności uległo zatrzymaniu (ryc. 89). Tezę tę potwierdza fakt, iż w porównaniu do roku 2009 liczba przypadków u mężczyzn zmniejszyła się o 12 chorych (tj. 3%), u kobiet o 15 chorych (tj. 1%; tab. 26). Podobne tendencje zaobserwowano również w przypadku współczynników surowych i standaryzowanych.

Tabela 26. Zmiany zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Wielkopolsce u mężczyzn i kobiet w latach 2001-2010 (Dane archiwalne za lata 2001-2009 uaktualnione o rok 2010).

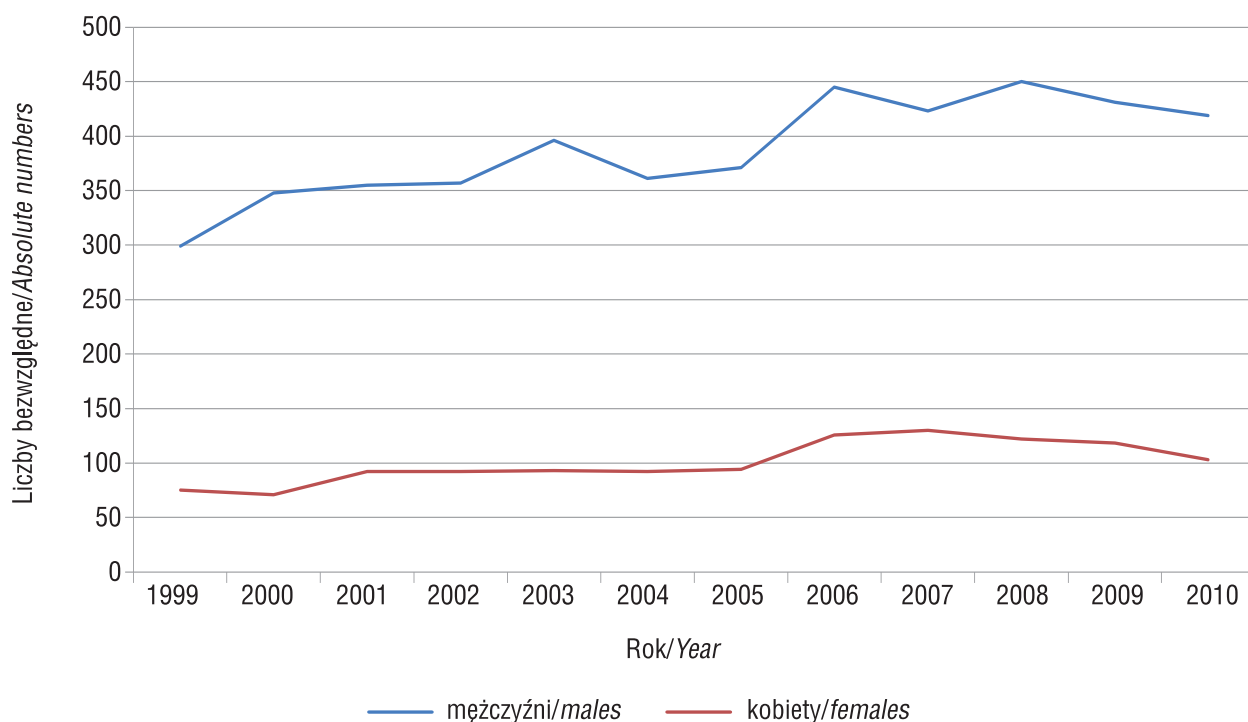
Table 26. Bladder cancer morbidity and mortality trends in males and females in Wielkopolska 2001-2010 (historic data for 2001-2009 adjusted for 2010).

Mężczyźni/Male

Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		355	21,9	18,7		188	11,6	9,3
2002		357	22,0	17,9		180	11,1	8,9
2003		396	24,3	19,5		178	10,9	8,5
2004		361	22,2	17,3		223	13,7	10,7
2005		371	22,7	17,2		194	11,9	9,0
2006		445	27,2	21,0		185	11,3	8,5
2007		423	25,8	18,7		206	12,6	9,0
2008		450	27,4	19,9		199	12,1	8,6
2009		431	26,1	18,8		209	12,7	8,5
2010		419	25,3	17,4		222	13,4	9,0

Kobiety/Female

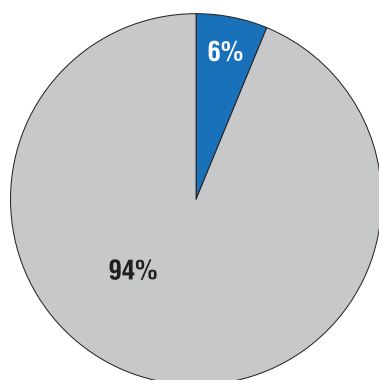
Rok (year)	Zachorowania (incidence)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)	Zgony (deaths)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude rate)	Wsp. stand. (stand. rate)
2001		92	5,4	3,2		44	2,6	1,4
2002		92	5,3	3,1		48	2,8	1,3
2003		93	5,4	3,2		41	2,4	1,1
2004		92	5,3	2,9		51	3,0	1,5
2005		94	5,4	3,1		32	1,9	0,8
2006		126	7,3	4,4		57	3,3	1,7
2007		130	7,5	4,1		56	3,2	1,6
2008		122	7,0	3,8		60	3,4	1,7
2009		118	6,7	3,5		55	3,14	1,43
2010		103	5,9	3,1		41	2,3	1,1



Ryc. 89. Zmiany w zachorowalności na nowotwory pęcherza moczowego u mężczyzn i kobiet w Wielkopolsce.

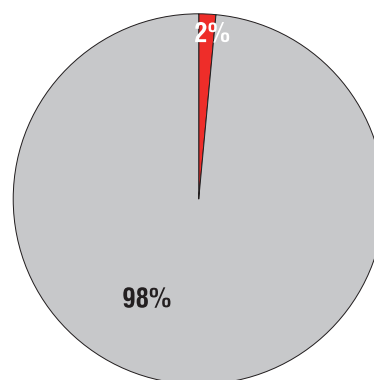
Fig. 89. Variations in bladder cancer incidence in men and women, Wielkopolska region.

Spośród wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe, pęcherz moczowy stanowił 6% zachorowań u mężczyzn (ryc. 90) i 2% u kobiet (ryc. 91).



Ryc. 90. Odsetek zachorowań u mężczyzn na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w 2010 roku.

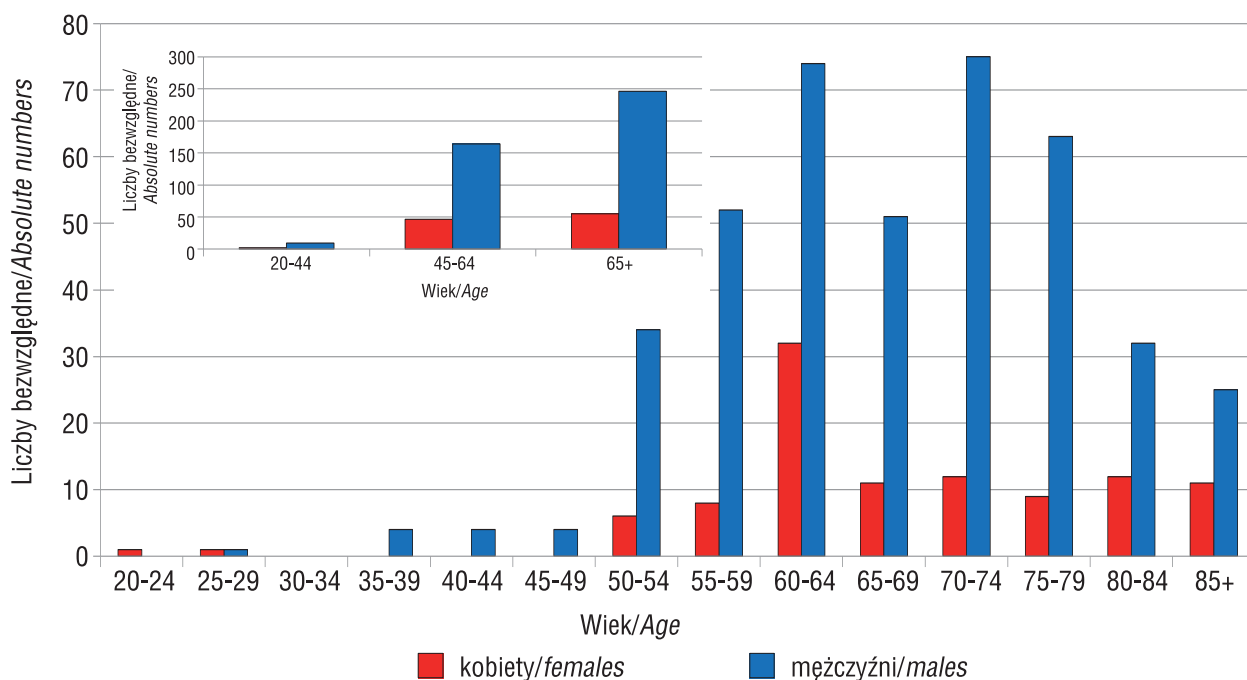
Fig. 90. Proportion of deaths caused by bladder cancer in men, 2010.



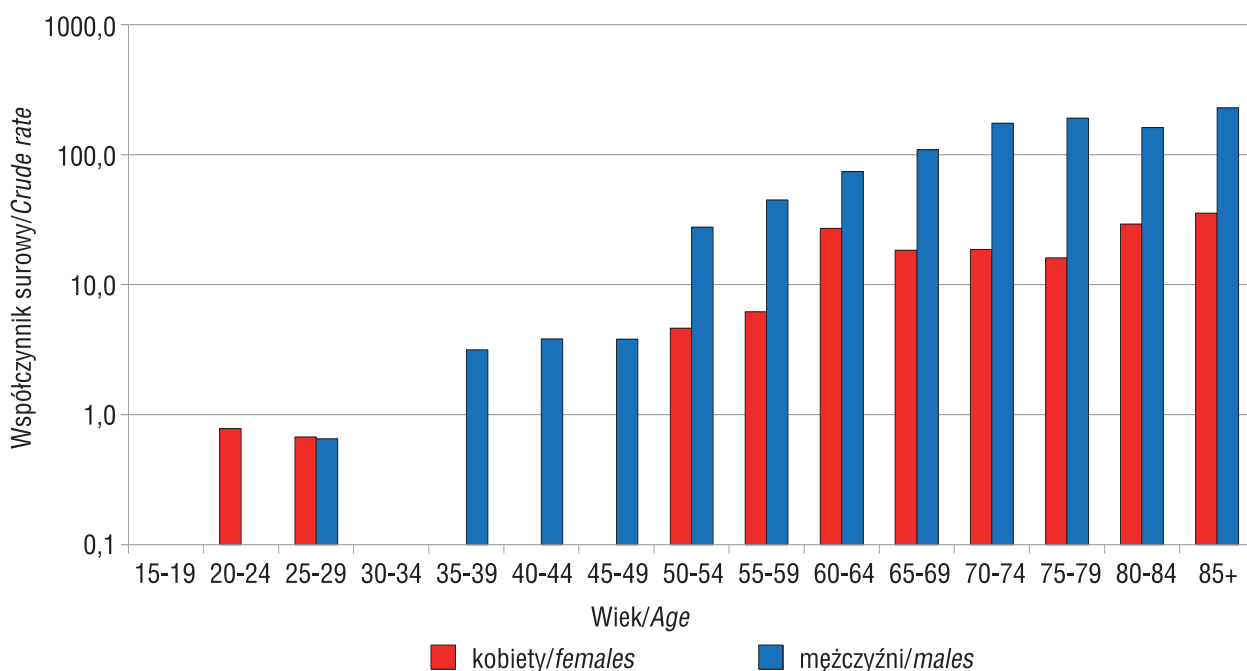
Ryc. 91. Odsetek zachorowań u kobiet na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w 2010 roku.

Fig. 91. Proportion of deaths caused by bladder cancer in women, 2010.

Częstość występowania raka pęcherza moczowego znacząco wzrastała w ciągu ostatnich kilkunastu lat w całej Europie, stanowiąc ponad 4% wszystkich nowotworów złośliwych (107 419 zachorowań w 2008 roku) [1,2,3]. Ryzyko rozwoju raka pęcherza poniżej 75. roku życia wynosi 2-4% u mężczyzn i 0,5-1% u kobiet (ryc. 92) [2]. Wzrost zachorowalności wraz z wiekiem jest szczególnie widoczny w przypadku współczynników surowych (ryc. 93).



Ryc. 92. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w grupach wieku w 2010 roku.
Fig. 92. Bladder cancer incidence by age groups, 2010.



Ryc. 93. Zachorowania na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego na 100 000 pop. w 2010 roku (log).
Fig. 93. Number of bladder cancer cases per 100,000 population in 2010 (log).

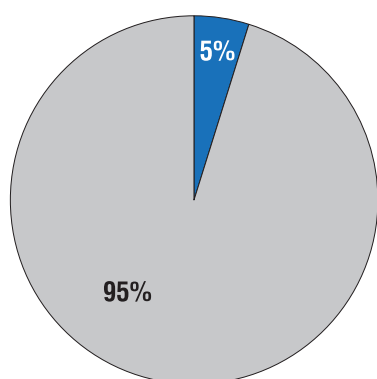
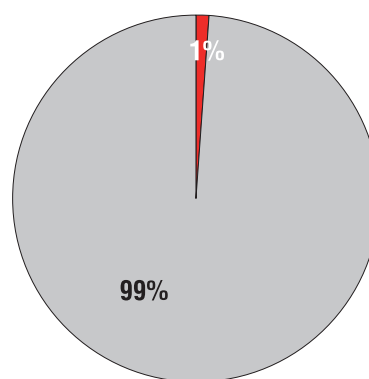
Do najważniejszych czynników ryzyka raka pęcherza moczowego zaliczamy czynniki zawodowe i środowiskowe (tab. 27) [2]. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje palenie tytoniu za najistotniejszy czynnik ryzyka tego nowotworu [1]. Do potwierdzonych nieprawidłowości genetycznych związanych z występowaniem raka pęcherza moczowego zaliczane są między innymi: ekspresja protoonkogenów RAS i MYC, onkogenów związanych z receptorem naskórkowego czynnika wzrostu i mutacje niektórych genów supresorowych (RB1, TP53) [2].

Tabela 27. Czynniki zawodowe i środowiskowe zwiększające ryzyko zachorowania na raka pęcherza moczowego [2].**Table 27.** Occupational and environmental factors increasing the risk of bladder cancer [2].

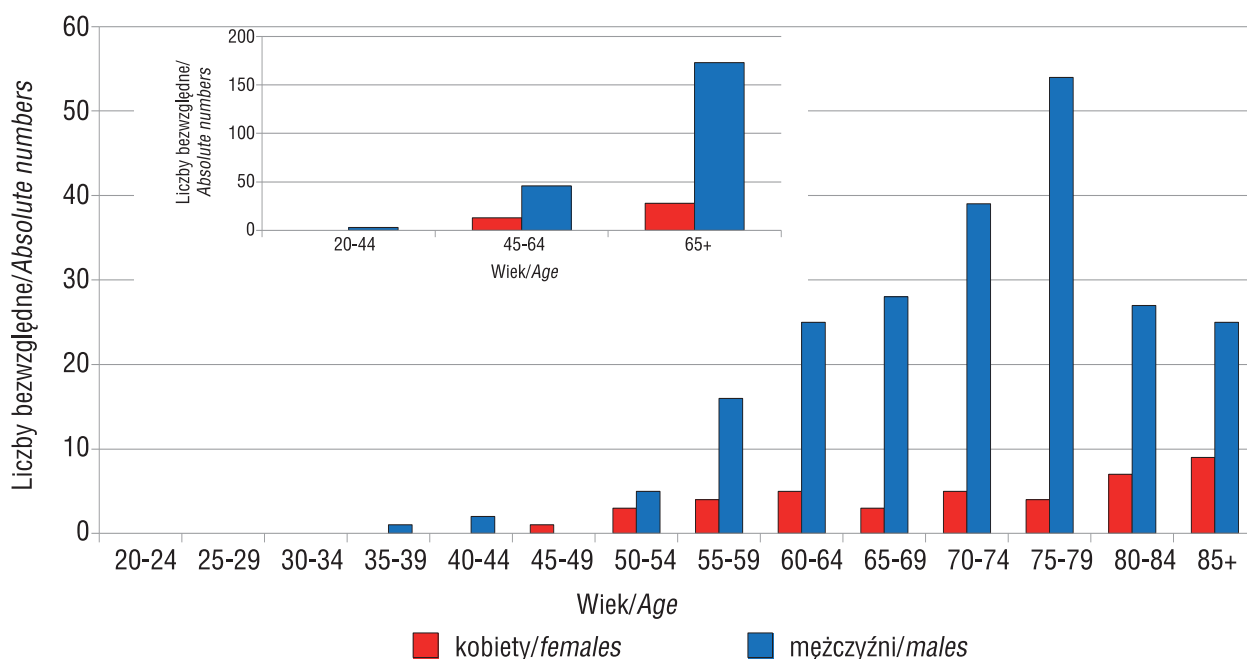
Zawody i związki chemiczne związane z występowaniem raka pęcherza moczowego	
Zawody	Związki chemiczne
Robotnicy zakładów tekstylnych	α - i β -naftylamina
Farbiarze	4-aminobifenyl
Robotnicy przemysłu gumowego	Benzydyna
Garbarze	Chlornafazyna
Malarze	4-chloro-0-toluidyna, 0-toluidyna
Kierowcy ciężarówek	4,4'-metyleno-bis-(2-chloroanilina)
Operatorzy wiertarek	Metylenodianilina
Pracownicy przemysłu chemicznego	Barwniki azowe (pochodne benzydyny)
Pracownicy rafinerii	Związki zawierające fenacetynę
Czynniki sprzyjające zachorowaniu na raka pęcherza moczowego	
Palenie tytoniu	
Alkoholizm	
Przewlekłe drażnienie i stany zapalne (np. wynicowany pęcherz moczowy, uchyłki pęcherza)	
Fenacetyna i jej pochodne	
Bilharczoza	
Endemiczna rodzinna nefropatia białkarska	
Spożywanie wody na obszarach rolniczych, na których używa się dużej ilości pestycydów	
Ekspozycja na duże dawki cyklofosfamidu	
Stosowanie bisakodylu	
Przebyta RTH z powodu raka szyjki macicy lub raka gruczołu krokowego	

Zgodnie z danymi GUS w 2010 roku w Wielkopolsce zarejestrowano 263 zgonów z przyczyny raka pęcherza moczowego (tj. u mężczyzn 222, u kobiet 41), co w stosunku do roku 2001 oznacza wzrost o 13% (tab. 26). W stosunku do roku 2009 liczba zgonów ogółem spadła o 1 przypadek, jednakże należy zwrócić uwagę, iż w przypadku mężczyzn mówimy o wzroście o 11 przypadków, u kobiet o spadku 14.

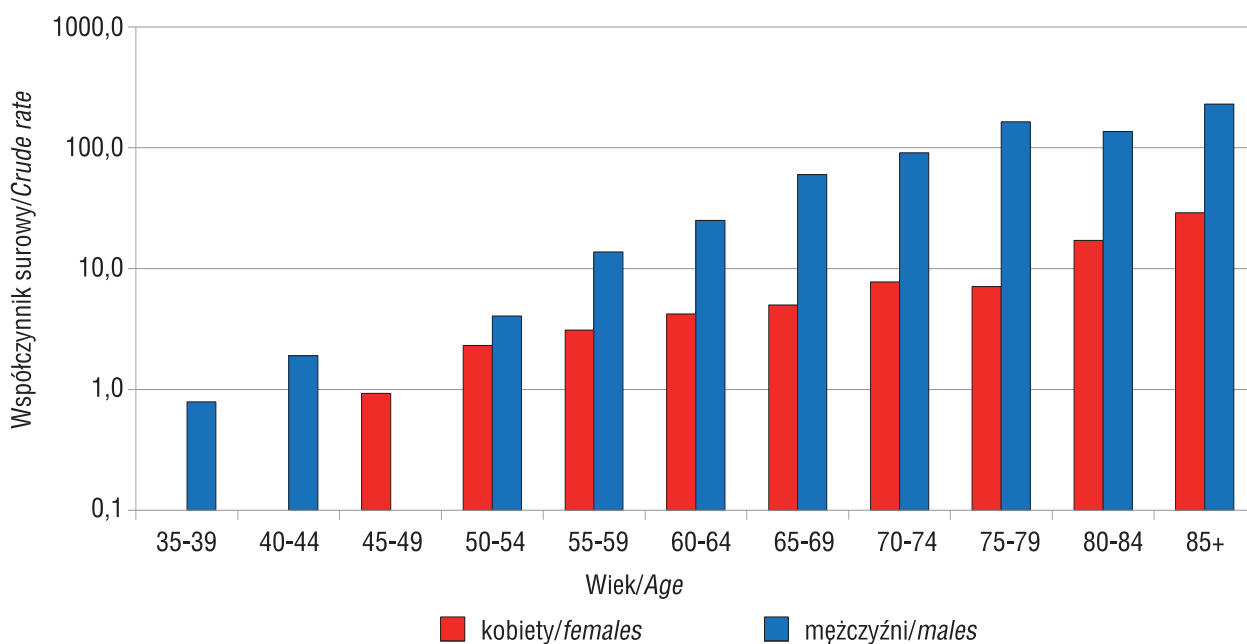
W Wielkopolsce rak pęcherza moczowego jest przyczyną 5% zgonów u mężczyzn (ryc. 94) oraz 1% zgonów u kobiet (ryc. 95).

**Ryc. 94.** Odsetek zgonów u mężczyzn na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w 2010 roku.**Fig. 94.** The proportion of deaths caused by bladder cancer in men, 2010.**Ryc. 95.** Odsetek zgonów u kobiet na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w 2010 roku.**Fig. 95.** Proportion of deaths caused by bladder cancer in women, 2010.

W przypadku zgonów na nowotwory pęcherza moczowego w Wielkopolsce liczby bezwzględne rosną wraz z wiekiem, co szczególnie widoczne jest na rycinie z podziałem na trzy grupy wiekowe (ryc. 96) oraz co potwierdzają współczynniki surowe dla 5-letnich grup wieku (ryc. 97).

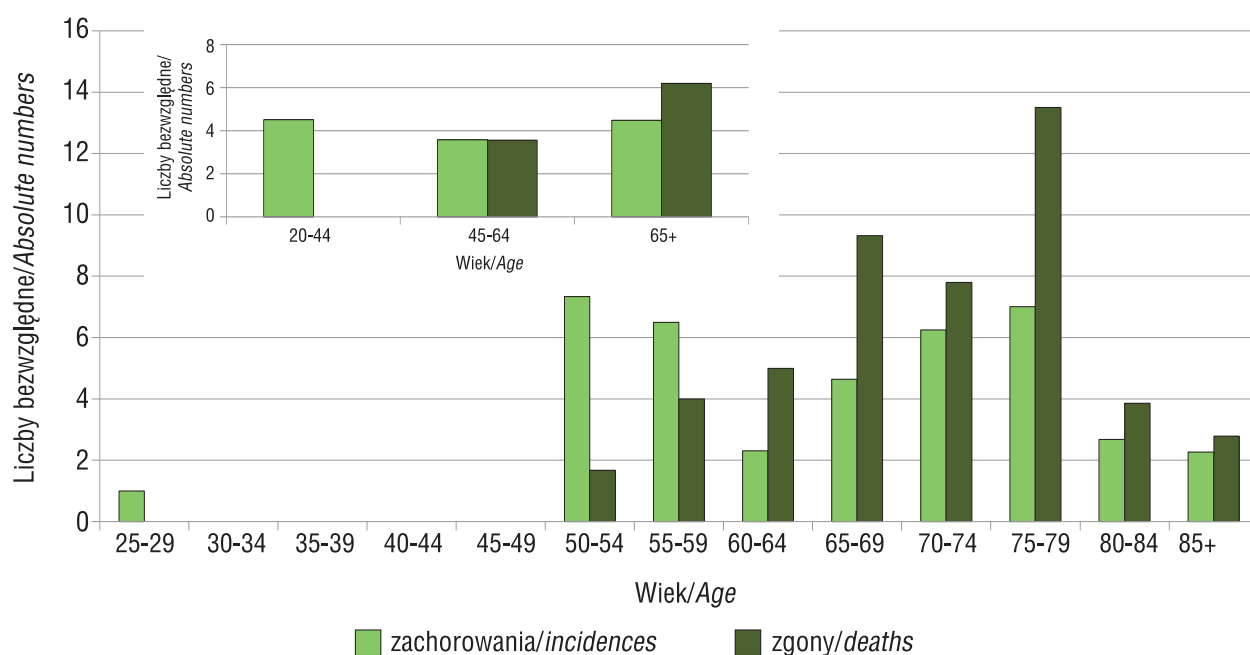


Ryc. 96. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w grupach wieku w 2010 roku.
Fig. 96. Bladder cancer mortality by age groups, 2010.



Ryc. 97. Zgony na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego na 100 000 pop. w 2010 roku (log).
Fig. 97. Number of bladder cancer deaths per 100,000 population in 2010 (log).

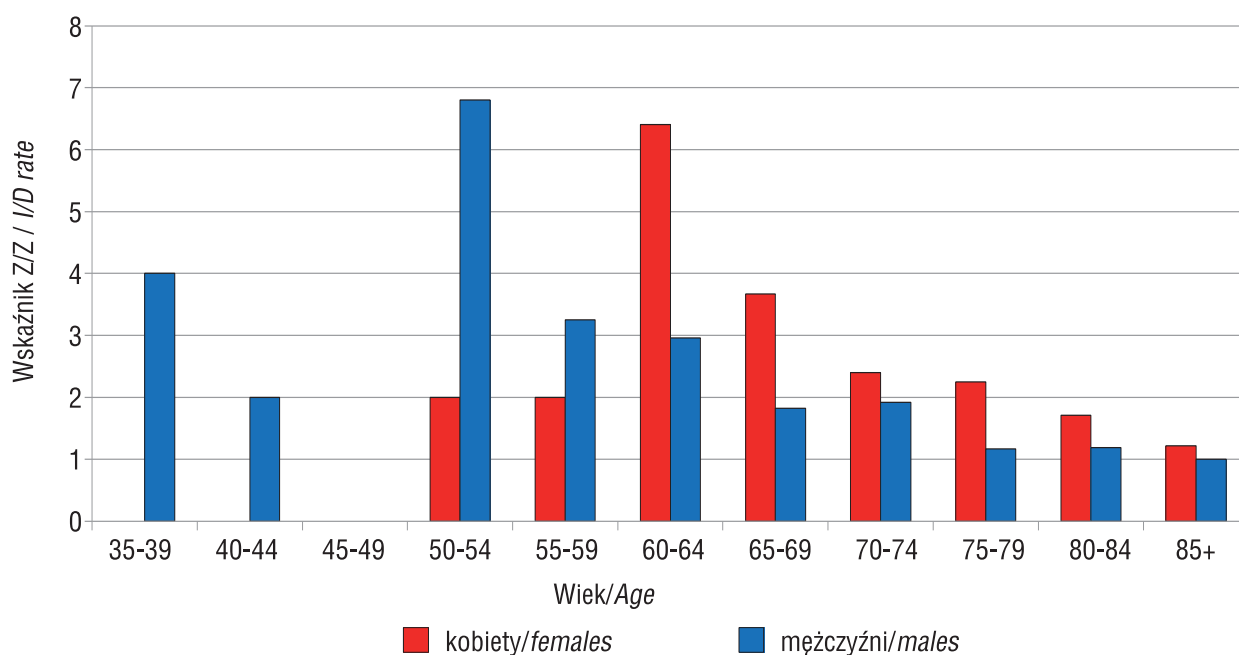
Wskaźnik **Zachorowania mężczyźni/Zachorowania kobiety**, który jest odzwierciedleniem ryzyka względnego przy założeniu, że grupą odniesienia są kobiety wskazuje na zdecydowanie wyższe ryzyko dla mężczyzn (grupa 25-29=1; ryc. 98). Wskaźnik **Zgony mężczyźni/Zgony kobiety** dla wszystkich grup osiąga wartość wyższą od jedności.



Ryc. 98. Wskaźnik mężczyźni/kobiety 2010.

Fig. 98. Male/Female ratio, 2010.

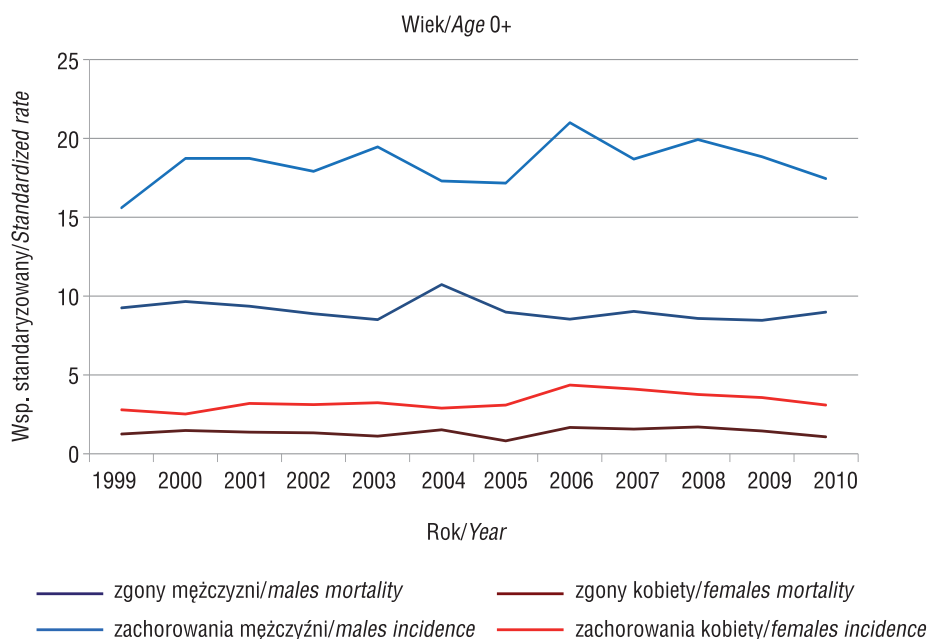
Rak pęcherza moczowego jest nowotworem dobrze rokującym, wskaźnik **Zachorowania/Zgony** u mężczyzn ogółem przyjmuje wartość 1,9; u kobiet 2,5. Generalnie wartość wyższą od jedności przyjmuje we wszystkich grupach wiekowych (wyjątek stanowi grupa 85+ u mężczyzn, ryc. 99).



Ryc. 99. Wskaźnik **Zachorowania/Zgony** na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego dla kobiet i mężczyzn w 2010 roku.

Fig. 99. Bladder cancer Morbidity/Mortality ratio for men and women, 2010.

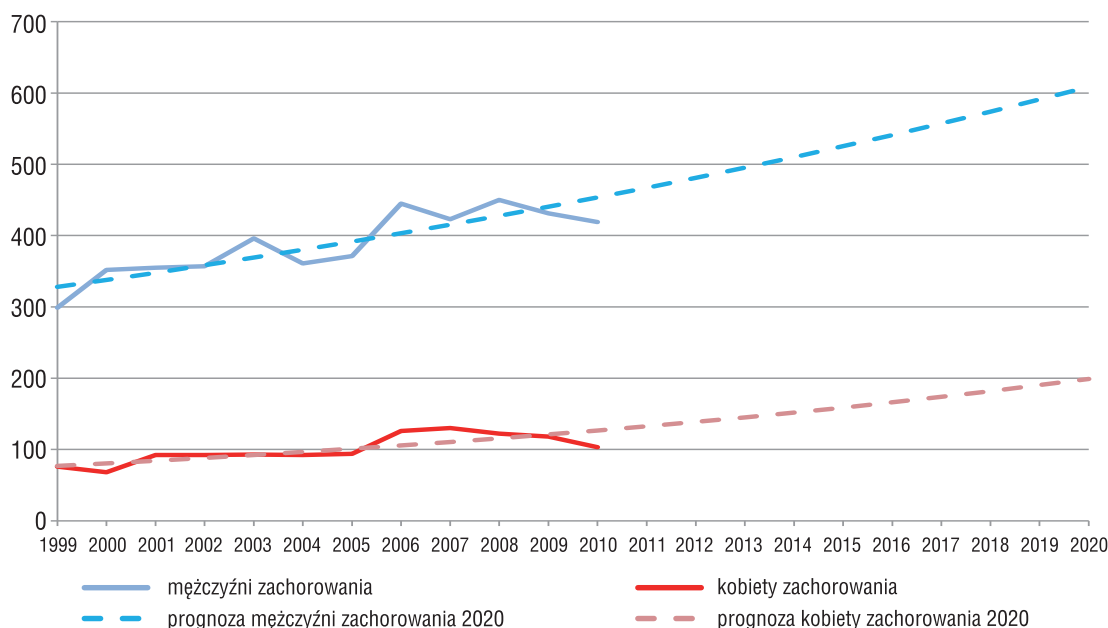
Trendy zarejestrowanej zachorowalności na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w grupie wiekowej 0+ (tzn. dla chorych we wszystkich grupach wiekowych) w Wielkopolsce w latach 1999–2010 pomimo dużych wahań wykazują tendencję wzrostową u mężczyzn, natomiast u kobiet utrzymują się na podobnym poziomie. W analizowanym okresie krzywe dla zgonów u obu płci pomimo lekkich wahań utrzymują plateau (ryc. 100).



Ryc. 100. Trendy umieralności vs trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego w Polsce w latach 1999–2010 wg. wieku i płci (Dane archiwalne za lata 1999–2009 uaktualnione o rok 2010).

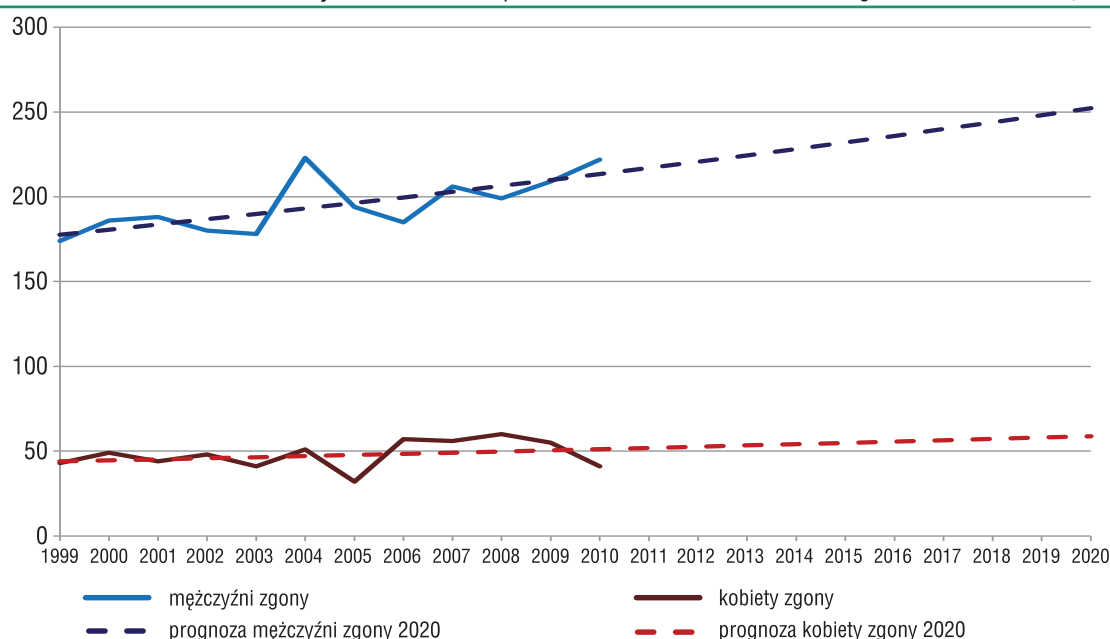
Fig. 100. Bladder cancer morbidity vs. mortality trends in Poland 1999–2010 by age and gender (historic data for 1999–2009 adjusted for 2010).

Obliczona na podstawie danych z lat 1999–2010 według przyjętego modelu prognoza zachorowalności i umieralności dla roku 2020 wskazuje, iż Wielkopolski Rejestr Nowotworów rejestruje 808 nowych przypadków zachorowań (609 u mężczyzn oraz 199 u kobiet – ryc. 101). Szacowana dla 2020 roku liczba zgonów z przyczyn nowotworów wyniesie około 311 (252 u mężczyzn oraz 59 u kobiet – ryc. 102).



Ryc. 101. Planowany globalny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego.

Fig. 101. Predicted global growth in bladder cancer incidence.



Ryc. 102. Planowany globalny wzrost umieralności na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego.

Fig. 102. Predicted global growth in bladder cancer mortality.

Chapter 9

Malignant neoplasms of urinary bladder (C67)

In 2010 in Greater Poland, bladder cancer (C67) represented the fourth most common mortality cause in men and the fifteenth in women. In the analysed period, 522 cases were reported (including 419 in men and 103 in women). Considering that 374 cases of that type of cancer were recorded in 1999 (including 299 in men and 75 in women), and in 2001, there were 447 cases, representing a 40% growth as compared to 1999, while with regard to 2001 the growth has been 17%, the incidence rate may be said to stop growing (Fig. 89). This conclusion is confirmed by the year 2009 seeing the number of newly registered cases fall by 12 (3%) in men and by 15 (1%) in women (Table 26). Similar tendencies have been found for raw and standardized ratios.

Of all malignancies, bladder cancer represented 6% of cases in men (Fig. 90) and 2% in women (Fig. 91).

The incidence of bladder cancer has steeply risen across Europe for more than a decade, constituting over 4% of all cancers (107,419 cases in 2008) [1,2,3]. The risk of contracting that cancer before 75 years of age is 2-4% in men and 0.5-1% in Women (Fig. 92) [2]. The correlation between incidence and age is most clearly shown by raw ratios (see Fig. 93).

The most significant risk factors are those occupational and environmental nature (Table 27) [2]. The World Health Organisation considers smoking to be the most significant contributing factor in this type of cancer [1]. Confirmed genetic abnormalities associated with the occurrence of bladder cancer include: the expression of RAS and MYC protooncogenes, expression of oncogenes related to the receptor of epidermal growth factor, and mutations of certain suppressor genes (RB1, TP53) [2].

According to the statistics of the Central Statistical Office, 263 bladder cancer deaths were registered in Greater Poland in 2010 (including 222 in men and 41 in women) constituting an increase of 13% (Table 26). In comparison to 2009 the total number of deaths fell by 1, but it needs to be noted that the number grew by 11 cases for men and dropped by 14 cases for women.

In the region of Greater Poland, bladder cancer accounts for 5% of deaths in men (Fig. 94) and 1% in women (Fig. 95).

The absolute numbers of deaths caused by bladder cancer in Greater Poland increase with age, which shows particularly clearly in the figure featuring the three age groups (Fig. 96) and as confirmed by raw ratios for age groups (Fig. 97).

The male to female incidence ratio, which reflects the relative risk where women are taken as a reference group,

indicated a much higher risk for men (group 25-29=1 – Fig. 98). The male to female mortality ratio is higher than unity for all age groups.

Bladder cancer is a type of good prognosis, a total Morbidity/Mortality ratio is 1.9 in men and 2.5 in women. It is generally higher than unity for all age groups (except for men aged 85+, see Fig. 99).

Trends of registered bladder cancer incidence in the 0+ age group (i.e. for patients of all age groups) in Greater Poland, in 1999–2010, despite high fluctuations, show a rising tendency in men, while maintain at a similar level in women. The mortality curves in the period analysed are at a plateau despite a slight fluctuation (Fig. 100).

The morbidity and mortality forecast for 2020 established according to an approved model based on data from 1999-2010, indicates that the Greater Poland Cancer Registry will record 808 new cancer cases (609 in men and 199 in women – see Fig. 101). The number of bladder cancer deaths in 2020 is predicted to be approx. 311 (252 men and 59 women – see Fig. 102).

Rozdział 10

Zachorowania na nowotwory złośliwe – tabele

Chapter 10

Cancer incidence – table

Tabela 28. Mężczyźni/zachorowania 2010

Table 28. Incidences males 2010

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
OGÓŁEM (TOTAL)	C00-D09	6 722	405,24	288,06		
Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła	C00-C14	241	14,53	9,99	3,59	
Warga	C00-C00.9	30	1,81	1,20	0,44	30
Nasada języka	C01	16	0,96	0,61	0,24	41
Inne i nieokreślone części języka	C02-C02.9	19	1,15	0,80	0,28	37
Dziąsło	C03-C03.9	4	0,24	0,15	0,06	65
Dno jamy ustnej	C04-C04.9	38	2,29	1,51	0,57	27
Podniebienie	C05-C05.9	5	0,30	0,19	0,70	58
Inne nieokreślone części jamy ustnej	C06-C06.9	7	0,42	0,28	0,10	55
Ślinianka przyuszna	C07	20	1,21	0,85	0,30	36
Inne nieokreśl. duże gruczoły ślinowe	C08-C08.9	4	0,24	0,17	0,06	63
Migdałek	C09-C09.9	33	1,99	1,44	0,49	29
Część ustna gardła	C10-C10.9	11	0,66	0,45	0,16	47
Część nosowa gardła	C11-C11.9	10	0,60	0,42	0,15	50
Zachyłek gruszkowy	C12-C12.9	12	0,72	0,52	0,18	46
Część krtańowa gardła	C13-C13.9	18	1,09	0,80	0,27	38
Inne bliżej nieokreśl. umiejscowienie w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	C14-C14.8	14	0,84	0,62	0,21	43
Nowotwory złośliwe narządów trawiennych	C15-C26	1 610	97,06	67,45	23,95	
Przełyk	C15-C15.9	94	5,67	3,89	1,40	14
Żołądek	C16-C16.9	327	19,71	13,63	4,86	6
Jelito cienkie	C17-C17.9	9	0,54	0,37	0,13	51
Jelito grube	C18-C18.9	507	30,57	21,38	7,54	4
Zgięcie esiczo-odbytnicze	C19	50	3,01	2,05	0,74	24
Odbytnica	C20	315	18,99	13,31	4,69	7
Odbyt i kanał odbytu	C21-C21.8	4	0,24	0,12	0,06	68
Wątroba i przewody żółciowe	C22-C22.9	85	5,12	3,63	1,26	17
Pęcherzyk żółciowy	C23	15	0,90	0,60	0,22	42

Tabela 28. Mężczyźni/zachorowania 2010
Table 28. Incidences males 2010

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
Inne i nieokreślone części dróg żółciowych	C24-C24.9	29	1,75	1,19	0,43	31
Trzustka	C25-C25.9	162	9,77	6,76	2,41	10
Inne nieokreślone narządy trawienne	C26-C26.9	13	0,78	0,51	0,19	44
Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej	C30-C39	1 452	87,54	61,71	21,60	
Jama nosowa i ucha środkowego	C30-C30.1	3	0,18	0,11	0,05	74
Zatoki przynosowe	C31-C31.9	4	0,24	0,18	0,06	61
Krtień	C32-C32.9	177	10,67	7,47	2,63	9
Tchawica	C33	3	0,18	0,13	0,05	71
Płuco	C34-C34.9	1 253	75,54	53,20	18,64	1
Grasica	C37	2	0,12	0,09	0,03	76
Serce, śródpiersie i opłucna	C38-C38.8	10	0,60	0,54	0,15	49
Nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej	C40-C41	8	0,48	0,48	0,12	
Kości i chrząstka stawowa kończyn	C40-C40.9	4	0,24	0,34	0,06	59
Kości i chrząstka stawowa o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	C41-C41.9	4	0,24	0,15	0,06	66
Czerniak i inne nowotwory skóry	C43-C44	706	42,56	29,21	10,50	
Czerniak	C43-C43.9	90	5,43	3,79	1,34	16
Skóra	C44-C44.9	616	37,14	25,41	9,16	3
Nowotwory złośliwe międzybłonna i tkanek miękkich	C45-C49	40	2,41	1,97	0,60	
Międzybłoniak	C45-C45.9	4	0,24	0,18	0,06	62
Nerwy obwodowe i autonomiczny układ nerwowy	C47-C47.9	1	0,06	0,12	0,02	80
Przestrzeń zaotrzewnowa i otrzewna	C48-C48.8	8	0,48	0,39	0,12	52
Tkanka łączna i inne tkanki miękkie	C49-C49.9	27	1,63	1,29	0,40	32
Pierś	C50-C50.9	11	0,66	0,44	0,16	48
Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych	C60-C63	1 013	61,07	44,22	15,07	
Prącie	C60-C60.9	21	1,27	0,87	0,31	35

Tabela 28. Mężczyźni/zachorowania 2010

Table 28. Incidences males 2010

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
Gruzoł krokowy	C61	843	50,82	35,84	12,54	2
Jądro	C62-C62.9	145	8,74	7,35	2,16	11
Inne nieokreślone męskie narządy płciowe	C63-C63.9	4	0,24	0,16	0,06	64
Nowotwory złośliwe układu moczowego	C64-C68	710	42,80	30,07	10,56	
Nerka	C64	265	15,98	11,52	3,94	8
Miedniczka nerkowa	C65	21	1,27	0,88	0,31	33
Moczowód	C66	2	0,12	0,09	0,03	77
Pęcherz moczowy	C67-C67.9	419	25,26	17,44	6,23	5
Inne nieokreślone narządy moczowe	C68-C68.9	3	0,18	0,14	0,05	70
Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego	C69-C72	132	7,96	6,34	1,96	
Oko	C69-C69.9	12	0,72	0,69	0,18	45
Opony	C70-C70.9	2	0,12	0,08	0,03	78
Mózg	C71-C71.9	117	7,05	5,53	1,74	12
Rdzeń kręgowy, nerwy czaszkowe i inne części centralnego systemu nerwowego	C72-C72.9	1	0,06	0,04	0,02	82
Nowotwory złośliwe tarczycy i innych narządów wydzielania wewnętrznego	C73-C75	51	3,07	2,39	0,76	
Tarczycza	C73	44	2,65	1,96	0,66	25
Nadnercze	C74-C74.9	3	0,18	0,24	0,05	69
Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych	C75-C75.9	4	0,24	0,19	0,06	60
Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu	C76-C80	226	13,62	9,53	3,36	
Głowa, twarz, szyja	C76-C76.8	21	1,27	0,88	0,31	34
Wtórne i nieokreślone węzły chłonne	C77-C77.9	17	1,02	0,77	0,25	39
Wtórne nowotwory układu oddechowego	C78-C78.8	67	4,04	2,80	1,00	19
Wtórny nowotwór innych umiejscowień	C79-C79.8	60	3,62	2,51	0,89	21
Nowotwór bez określ. umiejscowienia	C80	61	3,68	2,57	0,91	20

Tabela 28. Mężczyźni/zachorowania 2010

Table 28. Incidences males 2010

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	C81-C96	423	25,50	20,29	6,29	
Choroba Hodgkina	C81-C81.9	35	2,11	2,08	0,52	28
Chłoniak nieziarniczy guzkowy	C82-C82.9	16	0,96	0,76	0,24	40
Chłoniak nieziarniczy rozlany	C83-C83.9	90	5,43	4,16	1,34	15
Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T	C84-C84.5	7	0,42	0,31	0,10	54
Inne nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	C85-C85.9	40	2,41	1,84	0,60	26
Złośliwe choroby immunoproliferacyjne	C88-C88.9	4	0,24	0,13	0,06	67
Szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych	C90-C90.9	57	3,44	2,40	0,85	23
Białaczka limfatyczna	C91-C91.9	98	5,91	5,16	1,46	13
Białaczka szpikowa	C92-C92.9	59	3,56	2,62	0,88	22
Białaczka monocytowa	C93-C93.9	3	0,18	0,11	0,05	75
Inne białaczki określonego rodzaju	C94-C94.7	1	0,06	0,03	0,02	84
Białaczka z komórek nieokreśl. rodzaju	C95-C95.9	7	0,42	0,36	0,10	53
Inny i nieokreślony nowotwór tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	C96-C96.9	6	0,36	0,33	0,09	57
Nowotwory in situ	D00-D09	99	5,97	3,97	1,47	
Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka	D00-D00.2	1	0,06	0,04	0,02	83
Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych	D01-D01.9	2	0,12	0,08	0,03	79
Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	D02-D02.4	3	0,18	0,12	0,05	73
Czerniak in situ	D03-D03.9	1	0,06	0,05	0,02	81
Rak in situ skóry	D04-D04.9	7	0,42	0,26	0,10	56
Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych	D07-D07.9	3	0,18	0,13	0,05	72
Rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień	D09-D09.9	82	4,94	3,30	1,22	18

Tabela 29. Kobiety/zachorowania 2010.**Table 29.** Female incidences.

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
OGÓŁEM (TOTAL)	C00-D09	6 859	389,57	234,65		
Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła	C00-C14	78	4,43	2,54	1,14	
Warga	C00-C00.9	9	0,51	0,22	0,13	52
Nasada języka	C01	5	0,28	0,17	0,07	66
Inne i nieokreślone części języka	C02-C02.9	8	0,45	0,32	0,12	53
Dziąsło	C03-C03.9	2	0,11	0,03	0,03	82
Dno jamy ustnej	C04-C04.9	9	0,51	0,29	0,13	51
Podniebienie	C05-C05.9	4	0,23	0,13	0,06	70
Inne nieokreślone części jamy ustnej	C06-C06.9	3	0,17	0,10	0,04	76
Ślinianka przyuszna	C07	11	0,62	0,35	0,16	47
Inne nieokreśl. duże gruczoły ślinowe	C08-C08.9	3	0,17	0,13	0,04	74
Migdałek	C09-C09.9	13	0,74	0,42	0,19	42
Część nosowa gardła	C11-C11.9	4	0,23	0,12	0,06	71
Część krtaniowa gardła	C13-C13.9	6	0,34	0,23	0,09	59
Inne bliżej nieokreśl. umiejscowienie w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	C14-C14.8	1	0,06	0,01	0,01	85
Nowotwory złośliwe narządów trawiennych	C15-C26	1 251	71,05	36,67	18,24	
Przełyk	C15-C15.9	27	1,53	0,78	0,39	34
Żołądek	C16-C16.9	180	10,22	5,37	2,62	11
Jelito cienkie	C17-C17.9	16	0,91	0,59	0,23	40
Jelito grube	C18-C18.9	448	25,44	13,29	6,53	5
Zgięcie esiczo-odbytnicze	C19	33	1,87	1,00	0,48	30
Odbytnica	C20	205	11,64	5,95	2,99	9
Odbyt i kanał odbytu	C21-C21.8	11	0,62	0,30	0,16	48
Wątroba i przewody żółciowe	C22-C22.9	62	3,52	1,79	0,90	23
Pęcherzyk żółciowy	C23	71	4,03	1,98	1,04	21
Inne i nieokreślone części dróg żółciowych	C24-C24.9	28	1,59	0,74	0,41	33
Trzustka	C25-C25.9	157	8,92	4,55	2,29	12
Inne i niedokładnie określone narządy trawienne	C26-C26.9	13	0,74	0,34	0,19	44

Tabela 29. Kobiety/zachorowania 2010.
Table 29. Female incidences

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej	C30-C39	581	33,00	19,64	8,47	
Jama nosowa i ucha środkowego	C30-C30.1	3	0,17	0,13	0,04	75
Zatoki przynosowe	C31-C31.9	5	0,28	0,15	0,07	67
Krtąń	C32-C32.9	28	1,59	1,00	0,41	32
Tchawica	C33	1	0,06	0,03	0,01	83
Płuco	C34-C34.9	532	30,22	17,91	7,76	3
Serce, śródpiersie i opłucna	C38-C38.8	10	0,57	0,34	0,15	50
Nowotwór innych nieokreśl. części układu oddechowego i narz. kl. piersiowej	C39-C39.9	2	0,11	0,08	0,03	80
Nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej	C40-C41	11	0,62	0,60	0,16	
Kości i chrząstka stawowa kończyn	C40-C40.9	7	0,40	0,44	0,10	55
Nowotwór kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreśl. umiejscowieniu	C41-C41.9	4	0,23	0,16	0,06	69
Czerniak i inne nowotwory skóry	C43-C44	723	41,06	22,44	10,54	
Czerniak	C43-C43.9	127	7,21	4,67	1,85	14
Skóra	C44-C44.9	596	33,85	17,77	8,69	2
Nowotwory złośliwe międzybłonna i tkanek miękkich	C45-C49	40	2,27	1,88	0,58	
Międzybłoniak	C45-C45.9	5	0,28	0,21	0,07	65
Mięsak Kaposiego	C46-C46.9	1	0,06	0,01	0,01	86
Nowotwory nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	C47-C47.9	5	0,28	0,37	0,07	62
Przestrzeń zaotrzewnowa i otrzewna	C48-C48.8	12	0,68	0,44	0,17	46
Tkanka łączna i inne tkanki miękkie	C49-C49.9	17	0,97	0,84	0,25	38
Pierś	C50-C50.9	1 586	90,08	58,41	23,12	1
Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych	C51-C58	1 021	57,99	36,62	14,89	

Tabela 29. Kobiety/zachorowania 2010.

Table 29. Female incidences

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
Srom	C51-C51.9	27	1,53	0,72	0,39	35
Pochwa	C52	3	0,17	0,10	0,04	77
Szyjka macicy	C53-C53.9	223	12,67	8,85	3,25	7
Trzon macicy	C54-C54.9	452	25,67	15,63	6,59	4
Macica nieokreślona	C55	8	0,45	0,24	0,12	54
Jajnik	C56	303	17,21	10,94	4,42	6
Inne nieokreślone żeńskie narządy płciowe	C57-C57.9	5	0,28	0,13	0,07	68
Nowotwory złośliwe układu moczowego	C64-C68	304	17,27	9,49	4,43	
Nerka	C64	185	10,51	6,00	2,70	10
Miedniczka nerkowa	C65	13	0,74	0,32	0,19	45
Moczowód	C66	3	0,17	0,08	0,04	79
Pęcherz moczowy	C67-C67.9	103	5,85	3,09	1,50	16
Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego	C69-C72	147	8,35	5,99	2,14	
Oko	C69-C69.9	19	1,08	0,67	0,28	37
Opony	C70-C70.9	13	0,74	0,38	0,19	43
Mózg	C71-C71.9	109	6,19	4,75	1,59	15
Nowotwór rdzenia kręgowego, nerwów czask. i innych części centralnego systemu nerwowego	C72-C72.9	6	0,34	0,18	0,09	60
Nowotwory złośliwe tarczycy i innych narządów wydzielania wewnętrznego	C73-C75	218	12,38	8,95	3,18	
Tarczycza	C73	209	11,87	8,53	3,05	8
Nadnercze	C74-C74.9	6	0,34	0,33	0,09	58
Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych	C75-C75.9	3	0,17	0,10	0,04	78
Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu	C76-C80	232	13,18	6,11	3,38	
Głowa, twarz, szyja	C76-C76.8	35	1,99	0,81	0,51	28
Wtórne i nieokreślone węzły chłonne	C77-C77.9	13	0,74	0,43	0,19	41
Wtórne nowotwory układu oddechowego	C78-C78.8	68	3,86	1,86	0,99	22
Wtórny nowotwór innych umiejscowień	C79-C79.8	42	2,39	1,30	0,61	26

Tabela 29. Kobiety/zachorowania 2010.

Table 29. Female incidences

Umiejscowienie nowotworu (site)	ICD-10	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)	Wskaźnik struktury (structure rate) %	Kolejność występowania (sequence)
Nowotwór bez określ. umiejscowienia	C80	74	4,20	1,71	1,08	19
Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	C81-C96	407	23,12	15,21	5,93	
Choroba Hodgkina	C81-C81.9	33	1,87	1,76	0,48	29
Chłoniak nieziarniczy guzkowy	C82-C82.9	16	0,91	0,60	0,23	39
Chłoniak nieziarniczy rozlany	C83-C83.9	82	4,66	2,79	1,20	17
Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T	C84-C84.5	7	0,40	0,37	0,10	56
Inne nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych	C85-C85.9	40	2,27	1,36	0,58	27
Złośliwe choroby immunoproliferacyjne	C88-C88.9	4	0,23	0,11	0,06	72
Szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych	C90-C90.9	79	4,49	2,34	1,15	18
Białaczka limfatyczna	C91-C91.9	72	4,09	2,99	1,05	20
Białaczka szpikowa	C92-C92.9	51	2,90	1,98	0,74	25
Białaczka monocytowa	C93-C93.9	5	0,28	0,25	0,07	63
Inne białaczki określonego rodzaju	C94-C94.7	5	0,28	0,24	0,07	64
Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju	C95-C95.9	6	0,34	0,11	0,09	61
Inny i nieokreślony nowotwór tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	C96-C96.9	7	0,40	0,30	0,10	57
Nowotwory in situ	D00-D09	260	14,77	10,11	3,79	
Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka	D00-D00.2	1	0,06	0,03	0,01	84
Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych	D01-D01.9	2	0,11	0,08	0,03	81
Czerniak in situ	D03-D03.9	10	0,57	0,42	0,15	49
Rak in situ skóry	D04-D04.9	29	1,65	0,86	0,42	31
Rak in situ piersi	D05-D05.9	134	7,61	5,04	1,95	13
Rak in situ szyjki macicy	D06-D06.9	61	3,46	2,83	0,89	24
Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych	D07-D07.6	4	0,23	0,11	0,06	73
Rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień	D09-D09.9	19	1,08	0,72	0,28	36

Tabela 30. Zachorowania na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według powiatów w latach 1999-2010 (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).**Table 30.** Cancer incidences by county.

Powiat (county)	Zachorowania na nowotwory liczby bezwzględne (New cancer incidence – absolute numbers)											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
chodzieski	151	165	145	170	171	193	169	151	211	182	192	192
czarnkowsko-trzcianecki	269	268	305	247	279	283	290	307	374	308	330	293
gnieźnieński	414	368	382	399	439	431	478	452	450	463	461	510
gostyński	197	241	243	272	252	265	231	279	272	295	288	293
grodziski	106	115	113	112	122	124	108	124	150	160	176	197
jarociński	247	217	242	222	253	252	255	252	276	278	262	264
kaliski	247	240	216	250	220	211	226	252	245	241	219	255
kępiński	145	156	179	185	173	197	197	177	169	175	156	173
kolski	217	270	239	244	291	301	291	331	323	340	381	303
koniński	342	324	355	355	393	365	344	394	416	428	503	521
kościański	219	235	245	248	271	268	282	236	314	304	295	332
krotoszyński	226	231	218	225	208	217	200	225	241	259	206	327
leszczyński	127	130	129	142	164	133	168	180	191	182	169	166
międzychodzki	122	124	97	89	91	92	85	117	131	103	128	121
nowotomyski	216	215	214	245	242	237	209	247	270	275	247	272
obornicki	170	167	213	190	187	192	165	210	194	205	197	183
ostrowski	503	474	479	486	458	514	510	508	511	464	451	571
ostrzeszowski	138	141	145	118	130	144	130	162	157	155	155	175
pilski	382	459	479	460	394	433	426	476	509	601	527	566
pleszewski	174	194	188	168	171	190	204	189	205	186	191	198
poznański	728	783	804	845	892	907	1012	984	1 018	1 124	1077	1185
rawicki	175	164	174	179	186	176	196	200	210	235	209	217
słupecki	170	129	138	141	138	162	236	247	226	224	251	228
szamotulski	284	262	299	313	294	333	339	309	332	328	367	296
średzki	139	168	154	158	195	183	198	165	202	233	227	253
śremski	167	173	196	191	181	217	193	162	248	237	212	241
turecki	248	251	239	262	266	237	237	289	283	308	305	289
wągrowiecki	176	194	198	175	223	198	187	195	219	201	226	287
wolsztyński	111	146	132	119	146	140	164	144	161	160	143	201
wrzesiński	218	197	188	209	191	216	232	218	290	293	280	273
złotowski	203	209	173	192	217	211	224	231	221	228	200	224
m. Kalisz	401	375	431	425	411	397	426	415	451	426	392	383
m. Konin	252	290	296	289	301	301	329	345	348	363	417	451
m. Leszno	197	178	210	205	229	205	231	254	283	280	299	278
m. Poznań	2 235	2 298	2 343	2 344	2 416	2 459	2 612	2 554	2 664	2 699	2 827	2 863
OGÓŁEM (TOTAL)	10 316	10 551	10 801	10 874	11 195	11 384	11 784	11 981	12 765	12 943	12 966	13 581

Tabela 31. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – mężczyźni, 2010.
Table 31. Cancer incidences by site and five-year age group – males, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C00-D09	19	13	6	22	32	61	82	87	107	186	493	909	1229	874	988	857	499	258	6722
C00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4	3	6	5	4	3	30
C01	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6	5	0	1	1	1	0	16
C02	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4	4	5	1	0	1	0	0	19
C03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	4
C04	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	9	13	5	3	0	2	3	0	38
C05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	5
C06	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	7
C07	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	3	2	1	3	1	4	20
C08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	4
C09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	11	6	5	3	1	0	0	33
C10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3	2	0	1	0	0	0	11
C11	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	3	0	1	1	0	0	10
C12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	3	1	0	1	1	0	12
C13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	5	2	4	0	0	0	18
C14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4	3	2	0	0	0	14
C15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	11	19	27	10	7	8	5	2	94
C16	0	0	0	0	2	0	2	2	7	12	28	47	47	40	46	46	33	15	327
C17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	1	1	0	0	1	0	9
C18	0	0	0	0	0	0	2	4	7	12	18	53	93	82	79	83	52	22	507
C19	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	5	9	10	4	5	8	2	1	50
C20	0	0	0	0	0	0	2	3	7	10	23	42	55	45	48	48	24	8	315
C21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	4
C22	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	6	12	13	15	13	11	7	4	85
C23	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	5	5	0	0	15
C24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11	4	4	3	2	2	1	29
C25	0	0	0	0	0	0	0	2	4	7	13	20	27	16	27	24	13	9	162
C26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	4	1	3	0	13
C30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3
C31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4
C32	0	0	0	0	0	0	1	0	2	12	18	38	52	17	17	8	8	4	177
C33	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
C34	0	0	0	0	0	0	2	2	9	27	114	194	288	179	203	138	67	30	1253
C37	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
C38	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	1	1	0	10
C40	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
C41	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4
C43	0	0	0	0	0	1	4	8	4	9	9	9	14	5	6	14	6	1	90
C44	0	0	0	0	1	0	8	9	10	14	33	60	101	73	93	109	64	41	616
C45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	4
C47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	2	0	0	0	8
C49	0	0	1	0	3	1	1	1	2	2	0	4	2	2	3	2	2	1	27

Tabela 31. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – mężczyźni, 2010.
Table 31. Cancer incidences by site and five-year age group – males, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	2	1	2	0	11
C60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	4	0	5	0	2	4	21
C61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	21	80	155	150	177	135	78	46	843
C62	0	0	0	7	9	34	29	23	19	7	9	6	0	2	0	0	0	0	145
C63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4
C64	2	2	0	0	0	1	0	1	6	12	30	52	55	29	34	24	11	6	265
C65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	8	3	2	3	0	0	21
C66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
C67	0	0	0	0	0	1	0	4	4	4	34	52	74	51	75	63	32	25	419
C68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
C69	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	4	2	0	0	0	12
C70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
C71	3	1	0	4	4	4	4	5	4	2	9	26	17	12	12	6	4	0	117
C72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
C73	0	0	0	1	2	3	2	3	3	2	5	7	6	2	3	4	1	0	44
C74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
C75	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	4
C76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	3	4	2	4	1	21
C77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	3	3	2	0	2	1	17
C78	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	7	8	13	6	13	9	2	67
C79	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	6	13	16	7	7	3	4	1	60
C80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	11	11	7	8	6	5	61
C81	1	1	1	4	6	4	4	0	2	3	0	3	1	3	1	1	0	0	35
C82	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2	2	1	2	2	1	1	0	0	16
C83	0	2	0	0	2	3	4	2	3	5	6	9	12	14	10	10	6	2	90
C84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
C85	0	1	0	1	0	1	2	2	0	2	5	5	5	4	4	4	1	3	40
C88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4
C90	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	3	3	7	6	14	11	5	3	57
C91	7	5	2	1	1	3	1	2	1	1	7	13	12	12	11	11	8	0	98
C92	1	0	0	3	0	2	5	1	1	3	4	5	8	5	4	6	8	3	59
C93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3
C94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C95	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1	7
C96	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	0	6
D00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
D01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
D02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3
D03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
D04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	1	7
D07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
D09	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	16	15	9	9	14	5	6	82

Tabela 32. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – kobiety, 2010.
Table 32 Cancer incidences by site and five-year age group – females, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C00-D09	17	11	3	15	33	64	112	148	215	373	701	921	1183	714	730	695	545	379	6859
C00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	3	9
C01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5
C02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	1	1	0	0	8
C03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
C04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	2	0	1	0	9
C05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	4
C06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
C07	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	0	2	11
C08	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
C09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	3	1	1	1	2	13
C11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	4
C13	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	6
C14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	2	4	4	4	4	2	27
C16	0	0	0	0	0	2	0	2	4	6	12	14	18	23	27	27	26	19	180
C17	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	3	3	2	2	1	0	0	16
C18	0	0	0	0	0	1	0	2	5	9	33	42	70	50	79	69	51	37	448
C19	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	6	9	2	4	7	1	1	33
C20	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	9	24	32	24	27	34	25	21	205
C21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	0	4	0	11
C22	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	7	7	9	8	11	9	7	62
C23	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	9	15	4	10	10	7	11	71
C24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3	2	5	4	4	5	28
C25	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	9	11	27	21	21	27	23	13	157
C26	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	2	4	2	0	13
C30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
C31	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	5
C32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	6	11	2	0	2	0	0	28
C33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
C34	0	0	0	0	0	0	0	3	4	22	66	96	118	67	65	44	30	17	532
C38	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	2	1	0	1	10
C39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
C40	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	7
C41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	4
C43	0	0	0	0	2	6	8	6	2	8	14	19	17	13	12	9	6	5	127
C44	0	0	0	0	0	4	5	9	16	20	38	55	83	62	73	80	86	65	596
C45	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	5
C46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C47	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5
C48	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	2	1	2	1	12
C49	2	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	17
C50	0	0	0	0	3	3	28	50	85	139	228	246	310	157	120	94	75	48	1 586

Tabela 32. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – kobiety, 2010
Table 32. Cancer incidences by site and five-year age group – females, 2010

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	3	4	5	2	6	27
C52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
C53	0	0	0	0	0	4	8	15	25	20	26	40	26	23	13	11	10	2	223
C54	0	0	0	0	0	1	2	2	7	29	57	97	87	52	50	37	19	12	452
C55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	1	8
C56	1	0	0	0	1	0	5	3	9	28	47	54	54	29	26	31	11	4	303
C57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	5
C64	1	1	0	0	0	0	2	1	3	3	13	22	45	21	25	23	18	7	185
C65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	1	4	2	0	13
C66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3
C67	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	8	32	11	12	9	12	11	103
C69	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	5	3	2	1	19
C70	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	0	4	2	1	1	13
C71	2	4	0	2	4	3	6	5	3	10	5	7	14	16	5	14	5	4	109
C72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	6
C73	0	0	0	2	5	15	15	13	16	15	30	30	26	11	15	9	7	0	209
C74	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	6
C75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3
C76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	1	2	10	4	8	35
C77	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	4	0	1	2	0	0	13
C78	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	8	10	7	3	12	11	10	68
C79	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	3	7	3	7	7	5	2	42
C80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	2	7	5	11	20	19	74
C81	0	0	0	4	7	6	9	1	0	2	0	0	2	1	0	1	0	0	33
C82	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	4	1	2	2	2	2	0	0	16
C83	0	0	0	0	1	2	3	1	5	1	5	6	13	11	14	6	9	5	82
C84	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	7
C85	0	0	0	1	0	3	1	1	0	0	7	2	1	7	3	4	5	5	40
C88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4
C90	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	5	7	15	7	12	19	6	4	79
C91	5	3	0	2	1	1	0	1	0	2	2	5	11	6	8	12	6	7	72
C92	0	0	2	2	2	0	1	5	1	4	3	2	5	3	7	5	7	2	51
C93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	5
C94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	5
C95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	6
C96	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	7
D00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
D01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
D03	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	2	0	1	1	1	0	0	10
D04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	5	5	3	3	5	3	29
D05	0	0	0	0	0	0	2	4	3	9	24	31	29	17	9	4	2	0	134
D06	0	0	0	0	0	10	9	9	8	6	8	4	6	1	0	0	0	0	61
D07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	4
D09	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	4	2	4	2	1	0	1	19

Rozdział 11

5 najczęstszych umiejscowień dla zachorowań w podziale na powiaty
– tabele

Chapter 11

Most common cancer sites by counties – tables

Tabela 33. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie chodzieskim w 2010 roku (na 100 tys.).

Table 33. Most common cancer sites in chodzieski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	192	404,05	268,98
Lp.	Mężczyźni (male)	90	385,29	303,04
1.	C61 gruczoł krokowy	14	59,93	49,14
2.	C34 płuco	14	59,93	47,75
3.	C67 pęcherz moczowy	9	38,53	29,02
4.	C16 żołądek	5	21,41	18,99
5.	C20 odbytnica	5	21,41	16,59
	Kobiety (female)	120	422,19	254,30
1.	C50 pierś	23	95,20	63,12
2.	C34 płuco	9	37,25	21,9
3.	C20 odbytnica	9	37,25	19,87
4.	C54 trzon macicy	7	28,97	18,16
5.	C18 okrężnica	5	20,7	8,36

Tabela 34. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim w 2010 roku (na 100 tys.).

Table 34. Most common cancer sites in czarnkowsko-trzcianecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	293	336,45	225,15
Lp.	Mężczyźni (male)	147	341,84	253,93
1.	C34 płuco	44	102,32	77,14
2.	C61 gruczoł krokowy	10	23,25	17,04
3.	C18 okrężnica	10	23,25	15,68
4.	C67 pęcherz moczowy	9	20,93	16,08
5.	C16 żołądek	9	20,93	14,88
	Kobiety (female)	146	331,19	212,83
1.	C50 pierś	46	104,35	72,80
2.	C34 płuco	19	43,10	30,57
3.	C18 okrężnica	10	22,68	12,73
4.	C73 tarczyca	6	13,61	10,28
5.	C54 trzon macicy	5	11,34	7,76

Tabela 35. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie gnieźnieńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 35.** Most common cancer sites in gnieźnieński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	510	358,44	237,10
Lp.	Mężczyźni (male)	244	350,37	254,51
1.	C34 płuco	43	61,75	44,89
2.	C61 gruczoł krokowy	36	51,69	37,78
3.	C67 pęcherz moczowy	16	22,97	15,22
4.	C20 odbytnica	13	18,67	13,47
5.	C18 okrężnica	12	17,23	12,17
	Kobiety (female)	266	366,17	234,05
1.	C50 pierś	84	115,63	76,70
2.	C34 płuco	28	38,54	22,86
3.	C54 trzon macicy	14	19,27	10,52
4.	C56 jajnik	13	17,90	11,46
5.	C18 okrężnica	13	17,90	10,27

Tabela 36. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie gostyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 36.** Most common cancer sites in gostyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	293	384,70	248,88
Lp.	Mężczyźni (male)	156	415,60	301,03
1.	C34 płuco	37	98,57	64,49
2.	C61 gruczoł krokowy	19	50,62	38,07
3.	C18 okrężnica	16	42,63	36,24
4.	C67 pęcherz moczowy	13	34,63	21,34
5.	C64 nerka	7	18,65	15,59
	Kobiety (female)	137	354,67	211,48
1.	C50 pierś	27	69,90	51,35
2.	C34 płuco	13	33,65	18,16
3.	C56 jajnik	12	31,07	19,31
4.	C54 trzon macicy	9	23,30	12,52
5.	D05 rak <i>in situ</i> sutka	6	15,53	10,49

Tabela 37. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie grodziskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 37.** Most common cancer sites in grodziski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	197	393,14	290,30
Lp.	Mężczyźni (male)	100	402,32	332,30
1.	C34 płuco	14	56,32	54,92
2.	C61 gruczoł krokowy	9	36,21	27,30
3.	C18 okrężnica	7	28,16	25,27
4.	C67 pęcherz moczowy	6	24,12	21,94
5.	C64 nerka	6	24,12	15,36
	Kobiety (female)	97	384,11	267,36
1.	C50 pierś	27	106,92	79,01
2.	C18 okrężnica	10	39,60	18,72
3.	C54 trzon macicy	8	31,68	25,28
4.	C34 płuco	7	27,72	18,30
5.	C73 tarczyca	4	15,84	12,56

Tabela 38. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie jarocińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 38.** Most common cancer sites in jarociński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	264	371,97	239,76
Lp.	Mężczyźni (male)	145	419,00	292,74
1.	C34 płuco	31	89,58	69,20
2.	C61 gruczoł krokowy	18	52,01	33,34
3.	C20 odbytnica	11	31,79	22,04
4.	C67 pęcherz moczowy	8	23,12	17,67
5.	C18 okrężnica	8	23,12	14,93
	Kobiety (female)	119	327,22	205,35
1.	C50 pierś	34	93,49	59,42
2.	C54 trzon macicy	12	33,00	20,62
3.	C18 okrężnica	9	24,75	16,33
4.	C34 płuco	6	16,50	12,17
5.	C56 jajnik	5	13,75	8,82

Tabela 39. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kaliskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 39.** Most common cancer sites in kaliski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	255	313,31	203,51
Lp.	Mężczyźni (male)	131	327,83	239,95
1.	C34 płuco	20	50,05	39,26
2.	C61 gruczoł krokowy	17	42,54	31,64
3.	C18 okrężnica	16	40,04	24,51
4.	C20 odbytnica	12	30,03	21,08
5.	C67 pęcherz moczowy	8	20,02	12,59
	Kobiety (female)	124	299,31	175,38
1.	C50 pierś	28	67,59	47,96
2.	C56 jajnik	10	24,14	16,30
3.	C54 trzon macicy	9	21,72	14,79
4.	C18 okrężnica	9	21,72	11,23
5.	C23 pęcherzyk żółciowy	7	16,90	7,82

Tabela 40. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kępińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 40.** Most common cancer sites in kępiński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	173	308,66	207,90
Lp.	Mężczyźni (male)	86	310,59	243,64
1.	C61 gruczoł krokowy	13	46,95	35,18
2.	C67 pęcherz moczowy	11	39,73	27,74
3.	C34 płuco	10	36,12	29,25
4.	C16 żołądek	9	32,50	22,65
5.	C64 nerka	8	28,89	22,77
	Kobiety (female)	87	306,78	187,55
1.	C50 pierś	20	70,52	47,29
2.	C56 jajnik	11	38,79	27,67
3.	C34 płuco	10	35,26	21,33
4.	C64 nerka	6	21,16	14,95
5.	C54 trzon macicy	3	10,58	7,77

Tabela 41. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kolskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 41.** Most common cancer sites in kolski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	303	343,69	211,74
Lp.	Mężczyźni (male)	149	347,17	238,27
1.	C34 płuco	28	65,24	42,29
2.	C61 gruczoł krokowy	23	53,59	36,90
3.	C18 okrężnica	16	37,28	24,88
4.	C67 pęcherz moczowy	14	32,62	22,08
5.	C32 krtań	10	23,30	14,78
	Kobiety (female)	154	340,38	196,10
1.	C50 pierś	44	97,25	62,57
2.	C64 nerka	10	22,10	12,89
3.	C18 okrężnica	10	22,10	12,84
4.	C34 płuco	9	19,89	11,71
5.	C54 trzon macicy	8	17,68	9,08

Tabela 42. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie konińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 42.** Most common cancer sites in koniński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	521	411,97	275,61
Lp.	Mężczyźni (male)	294	469,90	360,05
1.	C34 płuco	53	84,71	67,48
2.	C18 okrężnica	29	46,35	34,41
3.	C61 gruczoł krokowy	25	39,96	31,20
4.	C20 odbytnica	22	35,16	23,61
5.	C16 żołądek	20	31,97	25,44
	Kobiety (female)	227	355,25	215,15
1.	C50 pierś	34	53,21	37,00
2.	C18 okrężnica	15	23,47	16,99
3.	C34 płuco	14	21,91	16,66
4.	C54 trzon macicy	12	18,78	13,51
5.	C56 jajnik	11	17,21	12,12

Tablica 43. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kościańskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 43.** Most common cancer sites in kościański county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	332	423,16	273,07
Lp.	Mężczyźni (male)	175	455,71	325,31
1.	C34 płuco	27	70,31	53,19
2.	C18 okrężnica	15	39,06	33,08
3.	C61 gruczoł krokowy	15	39,06	28,42
4.	C67 pęcherz moczowy	14	36,46	25,64
5.	C16 żołądek	9	23,44	16,85
	Kobiety (female)	157	391,96	243,41
1.	C50 pierś	35	87,38	55,51
2.	C34 płuco	15	37,45	25,82
3.	C18 okrężnica	12	29,96	17,56
4.	C56 jajnik	10	24,97	15,29
5.	C54 trzon macicy	10	24,97	13,42

Tabela 44. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie krotoszyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 44.** Most common cancer sites in krotoszyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	327	422,09	273,73
Lp.	Mężczyźni (male)	152	399,73	290,15
1.	C34 płuco	24	63,11	42,69
2.	C61 gruczoł krokowy	19	49,97	35,69
3.	C18 okrężnica	10	26,30	18,57
4.	C64 nerka	8	21,04	16,77
5.	C20 odbytnica	7	18,41	16,02
	Kobiety (female)	175	443,66	267,14
1.	C50 pierś	34	86,20	61,22
2.	C18 okrężnica	20	50,70	23,72
3.	C54 trzon macicy	13	32,96	17,92
4.	C56 jajnik	9	22,82	16,31
5.	C34 płuco	9	22,82	11,69

Tabela 45. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie leszczyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 45.** Most common cancer sites in leszczyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	166	318,04	234,18
Lp.	Mężczyźni (male)	90	346,30	283,29
1.	C61 gruczoł krokowy	12	46,17	39,83
2.	C34 płuco	11	42,33	35,50
3.	C16 żołądek	9	34,63	25,85
4.	C67 pęcherz moczowy	8	30,78	24,59
5.	C64 nerka	6	23,09	23,72
	Kobiety (female)	76	290,02	193,33
1.	C50 pierś	23	87,77	63,40
2.	C34 płuco	8	30,53	18,02
3.	C54 trzon macicy	6	22,90	15,16
4.	C18 okrężnica	5	19,08	11,19
5.	C56 jajnik	5	19,08	11,18

Tabela 46. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie międzychodzkiem w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 46.** Most common cancer sites in międzychodzki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	121	329,66	230,86
Lp.	Mężczyźni (male)	59	326,06	264,66
1.	C34 płuco	16	88,42	73,53
2.	C61 gruczoł krokowy	6	33,16	21,31
3.	C18 okrężnica	5	27,63	18,15
4.	C71 mózg	3	16,58	15,61
5.	C92 białaczka szpikowa	2	11,05	14,18
	Kobiety (female)	62	333,17	213,10
1.	C50 pierś	19	102,10	68,00
2.	C34 płuco	6	32,24	16,53
3.	C64 nerka	5	26,87	17,82
4.	C71 mózg	3	16,12	17,79
5.	C16 żołądek	2	10,75	8,99

Tabela 47. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie nowotomyskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 47.** Most common cancer sites in nowotomyski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	272	372,14	260,61
Lp.	Mężczyźni (male)	142	398,15	308,41
1.	C61 gruczoł krokowy	28	78,51	60,02
2.	C34 płuco	24	67,29	53,09
3.	C20 odbytnica	11	30,84	23,70
4.	C16 żołądek	10	28,04	21,65
5.	D09 rak <i>in situ</i> innych i nieokreślonych umiejscowień	7	19,63	15,07
	Kobiety (female)	130	347,36	230,70
1.	C50 pierś	28	74,82	55,72
2.	C18 okrężnica	14	37,41	19,69
3.	C54 trzon macicy	10	26,72	19,88
4.	C73 tarczyca	8	21,38	16,37
5.	C25 trzustka	6	16,03	8,76

Tabela 48. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie obornickim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 48.** Most common cancer sites in obornicki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	183	318,65	228,19
Lp.	Mężczyźni (male)	89	313,42	244,14
1.	C34 płuco	23	81,00	60,52
2.	C61 gruczoł krokowy	7	24,65	21,46
3.	C20 odbytnica	6	21,13	15,85
4.	C18 okrężnica	5	17,61	16,25
5.	C67 pęcherz moczowy	5	17,61	12,09
	Kobiety (female)	94	323,76	223,90
1.	C50 pierś	21	72,33	48,54
2.	C18 okrężnica	8	27,55	18,40
3.	C54 trzon macicy	6	20,67	12,33
4.	C34 płuco	5	17,22	11,61
5.	C56 jajnik	13,78	9,70	

Tabela 49. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie ostrowskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 49.** Most common cancer sites in ostrowski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	571	357,68	221,83
Lp.	Mężczyźni (male)	273	350,67	240,62
1.	C34 płuco	40	51,38	35,38
2.	C61 gruczoł krokowy	28	35,97	23,83
3.	C18 okrężnica	22	28,26	18,64
4.	C67 pęcherz moczowy	18	23,12	15,80
5.	C20 odbytnica	14	17,98	12,26
	Kobiety (female)	298	364,34	214,26
1.	C50 pierś	75	91,70	61,32
2.	C54 trzon macicy	21	25,68	14,80
3.	C18 okrężnica	19	23,23	13,12
4.	C34 płuco	18	22,01	12,38
5.	C16 żołądek	16	19,56	9,53

Tabela 50. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie ostrzeszowskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 50.** Most common cancer sites in ostrzeszowski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	175	317,91	213,65
Lp.	Mężczyźni (male)	94	345,84	248,99
1.	C34 płuco	16	58,87	43,65
2.	C61 gruczoł krokowy	13	47,83	33,42
3.	C18 okrężnica	8	29,43	24,77
4.	C16 żołądek	7	25,75	18,03
5.	C64 nerka	4	14,72	12,40
	Kobiety (female)	81	290,67	194,76
1.	C50 pierś	17	61,00	36,40
2.	C54 trzon macicy	8	28,71	20,28
3.	C34 płuco	8	28,71	16,65
4.	C71 mózg	4	14,35	13,48
5.	C53 szyjka macicy	4	14,35	10,70

Tabela 51. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie pilskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 51.** Most common cancer sites in pilski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	566	410,97	270,12
Lp.	Mężczyźni (male)	246	366,64	269,55
1.	C34 płuco	65	96,88	72,24
2.	C16 żołądek	15	22,36	16,27
3.	C67 pęcherz moczowy	15	22,36	15,42
4.	C20 odbytnica	15	22,36	14,92
5.	C64 nerka	13	19,38	14,79
	Kobiety (female)	320	453,08	279,659
1.	C50 piers	71	100,53	62,33
2.	C54 trzon macicy	37	52,39	32,58
3.	C34 płuco	27	38,23	25,15
4.	C18 okrężnica	21	29,73	16,30
5.	C53 szyjka macicy	18	25,49	18,31

Tabela 52. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie pleszewskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 52.** Most common cancer sites in pleszewski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	198	316,48	202,25
Lp.	Mężczyźni (male)	92	296,84	213,64
1.	C61 gruczoł krokowy	15	48,40	36,04
2.	C34 płuco	15	48,40	34,92
3.	C18 okrężnica	9	29,04	20,21
4.	C64 nerka	5	16,13	11,64
5.	C67 pęcherz moczowy	5	16,13	11,50
	Kobiety (female)	106	335,76	195,60
1.	C50 piers	29	91,86	56,65
2.	C54 trzon macicy	8	25,34	17,68
3.	C34 płuco	6	19,01	9,62
4.	C16 żołądek	5	15,84	9,46
5.	C56 jajnik	4	12,67	7,54

Tabela 53. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie poznańskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 53.** Most common cancer sites in poznański county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	1185	362,26	264,32
Lp.	Mężczyźni (male)	604	379,71	302,87
1.	C34 płuco	112	70,41	55,58
2.	C61 gruczoł krokowy	88	55,32	44,07
3.	C18 okrężnica	38	23,89	19,06
4.	D09 rak <i>in situ</i> innych i nieokreślonych umiejscowień	29	18,23	14,72
5.	C67 pęcherz moczowy	29	18,23	14,40
	Kobiety (female)	581	345,75	239,85
1.	C50 pierś	144	85,69	61,20
2.	C54 trzon macicy	39	23,21	16,70
3.	C18 okrężnica	38	22,61	13,87
4.	C34 płuco	36	21,42	14,30
5.	C56 jajnik	30	17,85	13,91

Tabela 54. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie rawickim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 54.** Most common cancer sites in rawicki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	217	361,33	243,37
Lp.	Mężczyźni (male)	111	376,21	267,13
1.	C34 płuco	21	71,17	50,57
2.	C67 pęcherz moczowy	14	47,45	32,22
3.	C61 gruczoł krokowy	13	44,06	30,50
4.	C18 okrężnica	9	30,50	20,98
5.	C20 odbytnica	7	23,72	15,65
	Kobiety (female)	106	346,96	234,34
1.	C50 pierś	22	72,01	50,87
2.	C34 płuco	12	39,28	25,20
3.	C54 trzon macicy	12	39,28	23,29
4.	C18 okrężnica	11	36,01	19,74
5.	C73 tarczyca	5	16,37	15,24

Tabela 55. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie słupeckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 55.** Most common cancer sites in słupecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	228	390,17	253,82
Lp.	Mężczyźni (male)	119	410,09	287,70
1.	C34 płuco	19	65,48	43,44
2.	C18 okrężnica	13	44,80	32,38
3.	C61 gruczoł krokowy	10	34,46	23,45
4.	C20 odbytnica	9	31,02	19,02
5.	C67 pęcherz moczowy	8	27,57	19,04
	Kobiety (female)	109	370,52	235,26
1.	C50 pierś	22	74,78	53,69
2.	C34 płuco	12	40,79	24,54
3.	C18 okrężnica	9	30,59	16,01
4.	C56 jajnik	8	27,19	19,76
5.	C53 szyjka macicy	7	23,79	16,66

Tabela 56. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie szamotulskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 56.** Most common cancer sites in szamotulski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	296	336,84	230,23
Lp.	Mężczyźni (male)	141	328,97	246,50
1.	C34 płuco	33	76,99	58,41
2.	C61 gruczoł krokowy	24	55,99	39,31
3.	C16 żołądek	11	25,66	19,27
4.	C18 okrężnica	8	18,66	16,06
5.	C67 pęcherz moczowy	6	14	12,11
	Kobiety (female)	155	344,34	226,90
1.	C50 pierś	38	84,42	58,26
2.	C54 trzon macicy	13	28,88	19,87
3.	C34 płuco	12	26,66	14,62
4.	C53 szyjka macicy	8	17,77	14,73
5.	C56 jajnik	8	17,77	11,87

Tabela 57. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie średzkim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 57.** Most common cancer sites in średzki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	253	453,45	303,15
Lp.	Mężczyźni (male)	131	479,06	374,20
1.	C34 płuco	30	109,71	90,18
2.	C61 gruczoł krokowy	17	62,17	42,71
3.	C18 okrężnica	10	36,57	27,21
4.	C32 krtań	7	25,60	21,46
5.	C16 żołądek	6	21,94	17,56
	Kobiety (female)	122	428,84	256,96
1.	C50 pierś	23	80,85	53,12
2.	C54 trzon macicy	10	35,15	18,86
3.	C18 okrężnica	10	35,15	18,03
4.	C34 płuco	7	24,61	16,37
5.	C53 szyjka macicy	6	21,09	17,13

Tabela 58. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie śremskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 58.** Most common cancer sites in śremski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	241	405,26	273,45
Lp.	Mężczyźni (male)	120	411,65	311,93
1.	C34 płuco	31	106,34	81,38
2.	C61 gruczoł krokowy	14	48,03	35,89
3.	C18 okrężnica	12	41,16	34,38
4.	C64 nerka	7	24,01	16,77
5.	C16 żołądek	5	17,15	13,63
	Kobiety (female)	121	399,12	253,92
1.	C50 pierś	31	102,25	68,44
2.	C34 płuco	20	65,97	43,77
3.	C18 okrężnica	6	19,79	13,82
4.	C64 nerka	5	16,49	10,55
5.	C56 jajnik	5	16,49	10,20

Tabela 59. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie tureckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 59.** Most common cancer sites in turecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	289	345,25	220,11
Lp.	Mężczyźni (male)	150	367,33	264,97
1.	C34 płuco	38	93,06	65,76
2.	C61 gruczoł krokowy	15	36,73	25,18
3.	C18 okrężnica	13	31,84	19,54
4.	C67 pęcherz moczowy	7	17,14	13,26
5.	C20 odbytnica	6	14,69	12,15
	Kobiety (female)	139	324,22	194,27
1.	C50 pierś	27	62,98	42,20
2.	C56 jajnik	12	27,99	18,09
3.	C20 odbytnica	10	23,33	13,40
4.	C53 szyjka macicy	8	18,66	13,74
5.	C54 trzon macicy	8	18,66	12,63

Tabela 60. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie wągrowieckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 60.** Most common cancer sites in wągrowiecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	287	417,41	285,75
Lp.	Mężczyźni (male)	137	402,98	304,32
1.	C34 płuco	23	67,65	55,55
2.	C61 gruczoł krokowy	22	64,71	48,15
3.	C18 okrężnica	12	35,30	27,10
4.	C67 pęcherz moczowy	11	32,36	21,49
5.	C16 żołądek	7	20,59	17,50
	Kobiety (female)	150	431,53	282,88
1.	C50 pierś	29	83,43	56,20
2.	C34 płuco	14	40,28	26,23
3.	C54 trzon macicy	13	37,40	23,77
4.	C18 okrężnica	7	20,14	12,10
5.	C23 pęcherzyk żółciowy	5	14,38	6,18

Tabela 61. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie wolsztyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 61.** Most common cancer sites in wolsztyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	201	359,87	241,36
Lp.	Mężczyźni (male)	110	399,68	294,87
1.	C34 płuco	24	87,20	57,77
2.	C61 gruczoł krokowy	16	58,14	43,86
3.	C20 odbytnica	9	32,70	28,21
4.	C18 okrężnica	9	32,70	22,88
5.	C67 pęcherz moczowy	8	29,07	22,72
	Kobiety (female)	91	321,2	206,09
1.	C50 pierś	22	77,65	59,41
2.	C56 jajnik	9	31,77	20,82
3.	C18 okrężnica	6	21,18	12,28
4.	C54 trzon macicy	5	17,65	12,02
5.	C20 odbytnica	5	17,65	7,79

Tabela 62. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie wrzesińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 62.** Most common cancer sites in wrzesiński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	273	363,39	236,74
Lp.	Mężczyźni (male)	134	365,66	274,43
1.	C34 płuco	30	81,86	58,21
2.	C18 okrężnica	14	38,20	25,22
3.	C61 gruczoł krokowy	13	35,47	29,86
4.	C67 pęcherz moczowy	11	30,02	22,99
5.	C25 trzustka	9	24,56	19,06
	Kobiety (female)	139	361,24	210,01
1.	C50 pierś	36	93,56	62,02
2.	C34 płuco	12	31,19	18,83
3.	C56 jajnik	8	20,79	11,50
4.	C18 okrężnica	7	18,19	9,09
5.	C53 szyjka macicy	6	15,59	9,88

Tabela 63. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie złotowskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 63.** Most common cancer sites in złotowski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	224	325,62	228,89
Lp.	Mężczyźni (male)	106	311,48	242,19
1.	C34 płuco	32	94,03	69,12
2.	C18 okrężnica	12	35,26	25,81
3.	C61 gruczoł krokowy	10	29,38	27,03
4.	C64 nerka	10	29,38	24,79
5.	C67 pęcherz moczowy	5	14,69	12,07
	Kobiety (female)	118	339,47	228,82
1.	C50 pierś	32	92,06	67,25
2.	C54 trzon macicy	10	28,77	18,97
3.	C18 okrężnica	8	23,01	14,70
4.	C73 tarczyca	7	20,14	14,82
5.	C20 odbytnica	7	20,14	9,75

Tabela 64. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Kalisz w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 64.** Most common cancer sites in Kalisz city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	383	359,07	195,47
Lp.	Mężczyźni (male)	187	375,95	225,69
1.	C34 płuco	28	56,29	34,29
2.	C61 gruczoł krokowy	24	48,25	28,50
3.	C67 pęcherz moczowy	21	42,22	24,04
4.	C16 żołądek	11	22,11	13,05
5.	C18 okrężnica	11	22,11	12,39
	Kobiety (female)	196	344,32	180,80
1.	C50 pierś	45	79,05	40,00
2.	C54 trzon macicy	17	29,86	16,53
3.	C34 płuco	14	24,59	12,46
4.	C53 szyjka macicy	13	22,84	13,15
5.	C20 odbytnica	11	19,32	9,84

Tabela 65. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Konin w 2010 roku (na 100 tys.).
Table 65. Most common cancer sites in Konin city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	451	569,36	313,47
Lp.	Mężczyźni (male)	217	575,54	359,81
1.	C34 płuco	42	111,39	69,19
2.	C61 gruczoł krokowy	28	74,26	46,08
3.	C18 okrężnica	18	47,74	30,60
4.	C16 żołądek	16	42,44	25,21
5.	C67 pęcherz moczowy	14	37,13	20,63
	Kobiety (female)	234	563,75	287,03
1.	C50 pierś	51	122,87	70,34
2.	C18 okrężnica	24	57,82	25,28
3.	C34 płuco	21	50,59	23,62
4.	C54 trzon macicy	12	28,91	15,17
5.	C73 tarczyca	9	21,68	14,45

Tabela 66. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Leszno w 2010 roku (na 100 tys.).
Table 66. Most common cancer sites in Leszno city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	278	431,46	267,47
Lp.	Mężczyźni (male)	136	444,21	305,83
1.	C34 płuco	20	65,33	39,07
2.	C61 gruczoł krokowy	14	45,73	29,91
3.	C20 odbytnica	13	42,46	27,92
4.	C67 pęcherz moczowy	13	42,46	26,36
5.	C18 okrężnica	11	35,93	23,43
	Kobiety (female)	142	419,92	248,54
1.	C50 pierś	33	97,59	55,87
2.	C18 okrężnica	15	44,36	23,64
3.	C34 płuco	14	41,40	22,88
4.	C56 jelito	8	23,66	14,19
5.	C73 tarczyca	7	20,70	15,06

Tabela 67. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Poznań w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 67.** Most common cancer sites in Poznań city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem zachorowania (total incidence)	2 863	519,01	283,72
Lp.	Mężczyźni (male)	1 365	531,35	321,56
1.	C34 płuco	215	83,69	48,64
2.	C61 gruczoł krokowy	197	76,69	44,80
3.	C18 okrężnica	102	39,71	23,16
4.	C67 pęcherz moczowy	71	27,64	17,60
5.	C16 żołądek	58	22,58	12,86
6.	C64 nerka	47	18,30	11,11
7.	C20 odbytnica	20	15,57	10,66
8.	C25 trzustka	37	14,40	8,13
9.	D09 rak <i>in situ</i> pęcherza moczowego	31	12,07	6,92
10.	C32 krtań	29	11,29	6,84
	Kobiety (female)	1 498	508,25	265,54
1.	C50 piersć	312	105,86	59,17
2.	C34 płuco	119	40,38	20,08
3.	C18 okrężnica	90	30,54	12,59
4.	C54 trzon macicy	86	29,18	15,97
5.	C56 jajnik	46	15,61	8,25
6.	C73 tarczyca	44	14,93	9,77
7.	C25 trzustka	44	14,93	6,88
8.	C53 szyjka macicy	43	14,59	9,57
9.	C20 odbytnica	39	13,23	5,53
10.	C16 żołądek	37	12,55	5,61

Rozdział 12

Zgony na nowotwory złośliwe – tabele

Chapter 12

Cancer deaths – tables

Tabela 68. Zgony na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według powiatów w latach 1999-2010 (Dane archiwalne za lata 1999-2009 uaktualnione o rok 2010).**Table 68.** Cancer deaths by county.

Powiat (county)	Zgony na nowotwory – liczby bezwzględne											
	Cancer deaths incidence - absolute numbers											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
chodzieski	104	99	100	96	95	126	97	119	134	87	114	108
czarnkowsko-trzcianecki	207	204	217	185	194	222	189	212	209	234	209	203
gnieźnieński	340	311	296	318	315	336	342	335	364	308	342	368
gostyński	137	141	158	158	155	179	163	177	182	190	180	193
grodziski	77	95	96	82	87	100	91	83	99	92	121	106
jarociński	146	150	154	146	163	164	168	161	170	177	189	160
kaliski	193	175	187	200	172	187	187	194	174	179	200	183
kępiński	104	100	99	103	104	126	146	134	109	106	114	109
kolski	198	211	213	230	225	243	215	230	228	237	229	187
koniński	283	251	240	239	277	286	278	305	290	254	272	280
kościański	149	170	153	178	167	166	186	186	192	183	198	178
krotoszyński	169	169	200	186	175	186	175	166	186	206	199	174
leszczyński	84	95	92	101	106	100	130	105	113	111	101	103
międzychodzki	77	91	96	80	82	59	92	66	82	80	88	91
nowotomyski	162	155	128	173	149	168	145	157	156	176	141	166
obornicki	122	108	134	129	132	147	114	150	130	139	139	125
ostrowski	358	345	387	369	384	403	388	413	419	371	396	401
ostrzeszowski	112	97	107	87	100	100	124	108	113	110	115	128
pilski	270	279	284	278	278	309	318	325	310	340	351	324
pleszewski	117	134	147	138	136	135	146	167	137	127	161	137
poznański	490	564	506	591	565	588	628	653	634	635	626	657
rawicki	138	118	138	141	140	143	122	135	157	137	155	147
śłupecki	145	114	149	129	121	109	143	160	141	163	151	147
szamotulski	190	192	219	195	196	200	201	223	202	244	231	217
średzki	99	96	104	100	117	130	122	107	123	139	144	130
śremski	110	113	116	120	115	139	107	129	129	155	134	150
turecki	172	176	150	185	159	182	177	209	198	218	194	209
wągrowiecki	162	140	146	147	162	164	135	150	173	142	154	178
wolsztyński	82	114	111	96	104	106	117	104	148	109	95	131
wrzesiński	154	170	174	148	165	164	176	161	189	173	186	178
złotowski	134	138	136	115	122	141	141	173	158	133	167	146
m. Kalisz	248	260	295	307	274	265	296	302	291	302	304	288
m. Konin	177	165	175	200	167	177	199	175	217	183	183	175
m. Leszno	128	130	156	125	118	137	157	164	155	165	157	150
m. Poznań	1 545	1 559	1 523	1 509	1 574	1 570	1 470	1 613	1 568	1 574	1 518	1 591
OGÓŁEM (TOTAL)	7 383	7 429	7 586	7 584	7 595	7 957	7 885	8 251	8 280	8 179	8 258	8 218

Tabela 69. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – mężczyźni, 2010.
Table 69. Cancer deaths by site and five-year age group – males, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	0	7
C01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	3	1	2	1	0	0	12
C02	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	6	2	1	3	1	0	20
C03	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
C04	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	5	5	1	1	0	1	1	22
C05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	1	1	0	0	8
C06	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
C07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	1	3	10
C08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	4
C09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	8	0	4	1	0	0	21
C10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
C11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	9
C12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
C13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	2	8	2	2	0	1	22
C14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	7	0	3	1	1	1	20
C15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	11	19	24	12	14	10	8	4	110
C16	0	0	0	0	1	1	2	0	6	14	23	27	42	35	52	38	42	9	292
C17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	4
C18	0	0	0	0	0	0	1	3	2	6	17	29	56	47	72	66	54	24	377
C19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	3	1	0	14
C20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	18	20	23	22	36	23	13	164
C21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	4	4	0	1	13
C22	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	12	10	11	14	16	12	2	84
C23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	4	5	1	0	16
C24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	7	0	2	6	1	0	22
C25	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	18	34	24	28	31	27	19	10	204
C26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	3	4	4	2	0	22
C30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
C31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
C32	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	14	13	24	17	18	15	8	3	114
C33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
C34	0	0	0	0	0	0	0	0	14	30	104	188	263	194	233	192	101	35	1354
C38	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	4	2	7	2	3	4	1	27
C39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
C40	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
C41	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	2	0	8
C43	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	5	7	1	8	4	7	3	41
C44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	1	2	4	3	16
C45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	1	0	0	7
C47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	1	1	0	8

Tabela 69. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – mężczyźni, 2010.
Table 69. Cancer deaths by site and five-year age group – males, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C49	1	0	2	0	1	0	1	2	1	2	1	0	0	0	1	2	1	2	17
C50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3
C60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	6
C61	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	11	20	37	63	79	74	63	352
C62	0	0	0	0	1	3	3	5	3	2	3	1	2	1	0	0	0	0	24
C64	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	10	11	27	15	22	27	15	8	141
C65	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
C66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
C67	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5	16	25	28	39	54	27	25	222
C68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
C69	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	2	0	1	7
C70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C71	2	1	2	0	2	1	6	6	5	8	12	21	26	13	16	16	4	1	142
C72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3
C73	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	0	0	6
C74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	5
C75	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	5
C76	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	2	5	4	5	4	1	2	27
C78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
C80	0	1	0	0	0	1	1	3	1	6	14	35	41	39	43	44	30	21	280
C81	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	4	0	3	0	1	0	0	0	12
C82	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	3	1	1	1	10
C83	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	5	6	2	3	5	2	1	0	27
C84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
C85	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	8	2	3	5	5	7	4	3	39
C88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
C90	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	1	4	7	7	11	7	10	2	54
C91	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	6	10	6	7	10	13	5	4	67
C92	0	0	0	2	3	0	2	2	0	3	3	5	9	7	8	7	4	4	59
C93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
C94	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	4
C95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	3	1	1	9

Tabela 70. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – kobiety, 2010.
Table 70. Cancer deaths by site and five-year age group – females, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
C01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
C02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	5
C04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	5
C05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
C06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
C07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4
C09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	4
C11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	0	6
C13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
C14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
C15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	4	2	3	5	4	2	5	28
C16	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	11	12	15	17	21	27	33	20	166
C17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	2	8
C18	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	16	16	34	27	50	46	52	57	305
C19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2	2	2	1	11
C20	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	8	10	10	6	21	23	16	19	118
C21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	5	2	5	1	17
C22	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	8	10	7	14	17	13	12	87
C23	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	8	13	9	12	11	14	12	84
C24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	5	5	9	3	7	35
C25	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	9	22	36	26	32	32	32	19	217
C26	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	2	5	4	2	18
C30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5
C32	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	5	3	1	1	3	17
C33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
C34	0	0	0	0	0	0	1	2	4	18	50	77	86	52	70	56	40	24	480
C38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	6	1	1	4	3	2	20
C40	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
C41	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	7
C43	0	0	0	0	0	1	2	2	3	5	1	4	6	3	6	9	8	4	54
C44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	10	12	25
C45	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
C46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C47	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
C48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5	1	1	2	12
C49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	5
C50	0	0	0	0	0	1	3	2	11	35	32	53	59	31	62	54	61	62	466
C51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	2	5	8	6	27

Tabela 70. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce według umiejscowienia i 5-letnich grup wieku – kobiety, 2010.
Table 70. Cancer deaths by site and five-year age group – females, 2010.

ICD-X	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	ogółem (total)
C52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	0	0	7
C53	0	0	0	0	0	0	1	4	6	12	15	17	17	17	13	9	11	5	127
C54	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	10	11	8	10	12	7	10	73
C55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	3	1	3	5	5	4	28
C56	0	0	0	0	0	2	1	1	6	14	24	32	43	17	39	30	15	7	231
C57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	1	2	3	3	3	19
C64	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5	9	9	14	21	15	3	81
C66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	4
C67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	5	3	5	4	7	9	41
C68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
C69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	6
C70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
C71	2	2	1	0	1	1	2	4	2	5	13	14	18	19	8	18	16	11	137
C72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
C73	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	0	5	7	3	21
C74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	4
C75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
C76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	9	6	3	7	9	14	51
C80	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	9	15	37	21	45	43	45	45	265
C81	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	7
C82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
C83	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	2	4	2	2	4	1	1	23
C84	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
C85	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	5	6	6	6	3	5	37
C88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
C90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	4	3	14	9	11	3	53
C91	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	9	3	4	9	9	11	55
C92	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	1	7	5	10	8	9	5	53
C93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
C94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3
C95	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	1	9
C96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2

Rozdział 13

5 najczęstszych umiejscowień dla zgonów w podziale na powiaty – tabele
Chapter 13

Most common cancer sites by counties – tables

Tabela 71. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie chodzieskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 71.** Most common cancer death sites in chodzieski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	108	227,28	134,88
Lp.	Mężczyźni (male)	65	278,27	211,00
1.	C34 płuco	16	68,50	49,38
2.	C18 okrężnica	8	34,25	28,00
3.	C25 trzustka	6	25,69	19,86
4.	C67 pęcherz moczowy	5	21,41	16,85
5.	C20 odbytnica	5	21,41	15,33
	Kobiety (female)	43	177,98	83,79
1.	C16 żołądek	6	24,83	11,49
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	5	20,70	9,42
3.	C50 pierś	5	20,70	8,95
4.	C34 płuco	3	12,42	8,42
5.	C53 szyjka macicy	3	12,42	7,74

Tabela 72. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 72.** Most common cancer death sites in czarnkowsko-trzcianecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	203	233,10	150,20
Lp.	Mężczyźni (male)	119	276,73	211,17
1.	C34 płuco	46	106,97	79,57
2.	C18 okrężnica	14	32,56	23,34
3.	C16 żołądek	8	18,60	14,15
4.	C15 przełyk	7	16,28	13,66
5.	C67 pęcherz moczowy	7	16,28	12,59
	Kobiety (female)	84	190,55	110,31
1.	C34 płuco	17	38,56	25,63
2.	C50 pierś	9	20,42	14,25
3.	C56 jajnik	6	13,61	8,93
4.	C18 okrężnica	5	11,34	6,91
5.	C16 żołądek	5	11,34	5,33

Tabela 73. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie gnieźnieńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 73.** Most common cancer death sites in gnieźnieński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	368	258,64	156,60
Lp.	Mężczyźni (male)	196	281,44	202,35
1.	C34 płuco	65	93,34	65,02
2.	C25 trzustka	21	30,15	22,38
3.	C18 okrężnica	15	21,54	14,53
4.	C20 odbytnica	13	18,67	13,26
5.	C67 pęcherz moczowy	10	14,36	10,53
	Kobiety (female)	172	236,77	122,52
1.	C34 płuco	26	35,79	19,22
2.	C50 pierś	25	34,41	15,83
3.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	18	24,78	12,03
4.	C25 trzustka	11	15,14	7,98
5.	C56 jajnik	10	13,77	8,98

Tabela 74. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie gostyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 74.** Most common cancer death sites in gostyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	193	253,40	149,87
Lp.	Mężczyźni (male)	118	314,36	215,73
1.	C34 płuco	35	93,24	58,79
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	11	29,31	21,77
3.	C61 gruczoł krokowy	11	29,31	18,33
4.	C71 mózg	6	15,98	12,70
5.	C18 okrężnica	6	15,98	10,94
	Kobiety (female)	75	194,16	99,16
1.	C50 pierś	11	28,48	17,17
2.	C56 jajnik	9	23,30	12,91
3.	C34 płuco	9	23,30	11,89
4.	C16 żołądek	5	12,94	7,50
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	5	12,94	6,81

Tabela 75. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie grodziskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 75.** Most common cancer death sites in grodziski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	106	211,54	149,35
Lp.	Mężczyźni (male)	55	221,27	188,48
1.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	9	36,21	30,51
2.	C34 płuco	8	32,19	23,06
3.	C16 żołądek	7	28,16	22,57
4.	C61 gruczoł krokowy	5	20,12	17,56
5.	C64 nerka	5	20,12	15,73
	Kobiety (female)	51	201,96	120,03
1.	C18 okrężnica	7	27,72	13,01
2.	C34 płuco	6	23,76	12,20
3.	C50 pierś	5	19,80	14,44
4.	C71 mózg	5	19,80	13,47
5.	C25 trzustka	3	11,88	6,99

Tabela 76. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie jarocińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 76.** Most common cancer death sites in jarociński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	160	225,44	135,32
Lp.	Mężczyźni (male)	108	312,08	219,91
1.	C34 płuco	30	86,69	60,04
2.	C16 żołądek	14	40,46	28,58
3.	C18 okrężnica	8	23,12	18,83
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	6	17,34	12,71
5.	C61 gruczoł krokowy	6	17,34	10,71
	Kobiety (female)	52	142,99	71,85
1.	C50 pierś	10	27,50	15,80
2.	C56 jajnik	6	16,50	10,64
3.	C25 trzustka	5	13,75	7,06
4.	C18 okrężnica	4	11,00	5,35
5.	C34 płuco	3	8,25	2,63

Tabela 77. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kaliskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 77.** Most common cancer death sites in kaliski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	183	224,85	130,81
Lp.	Mężczyźni (male)	110	275,28	193,18
1.	C34 płuco	39	97,60	71,10
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	8	20,02	12,93
3.	C15 przełyk	6	15,02	11,36
4.	C16 żołądek	6	15,02	9,33
5.	C61 gruczoł krokowy	5	12,51	8,46
	Kobiety (female)	73	176,21	80,43
1.	C50 pierś	15	36,21	16,80
2.	C23 pęcherzyk żółciowy	9	21,72	12,05
3.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	8	19,31	9,77
4.	C18 okrężnica	6	14,48	4,62
5.	C20 odbytnica	4	9,66	3,41

Tabela 78. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kępińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 78.** Most common cancer death sites in kępiński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	109	194,48	119,73
Lp.	Mężczyźni (male)	68	245,58	182,94
1.	C34 płuco	13	46,95	36,93
2.	C18 okrężnica	8	28,89	21,27
3.	C61 gruczoł krokowy	7	25,28	18,70
4.	C16 żołądek	6	21,67	16,14
5.	C67 pęcherz moczowy	4	14,45	11,85
	Kobiety (female)	41	144,57	71,99
1.	C50 pierś	6	21,16	11,98
2.	C34 płuco	5	17,63	9,87
3.	C76 nowotwór złośliwy umiejscowień innych i niedokładnie określonych	3	10,58	6,56
4.	C56 jajnik	3	10,58	5,42
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	3	10,58	3,98

Tabela 79. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kolskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 79.** Most common cancer death sites in kolski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	187	212,11	117,76
Lp.	Mężczyźni (male)	117	272,61	175,08
1.	C34 płuco	35	81,55	49,77
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	12	27,96	17,35
3.	C61 gruczoł krokowy	10	23,30	12,24
4.	C18 okrężnica	8	18,64	13,53
5.	C20 odbytnica	7	16,31	10,21
	Kobiety (female)	70	154,72	73,15
1.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	12	26,52	9,17
2.	C34 płuco	7	15,47	7,84
3.	C50 pierś	5	11,05	7,82
4.	C56 jajnik	5	11,05	7,45
5.	C25 trzustka	5	11,05	5,26

Tabela 80. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie konińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 80.** Most common cancer death sites in koniński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	280	221,41	140,53
Lp.	Mężczyźni (male)	169	270,11	203,59
1.	C34 płuco	47	75,12	59,28
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	15	23,97	17,86
3.	C18 okrężnica	15	23,97	16,40
4.	C16 żołądek	12	19,80	14,42
5.	C61 gruczoł krokowy	11	17,58	11,09
	Kobiety (female)	111	173,71	92,57
1.	C34 płuco	14	21,91	13,94
2.	C18 okrężnica	14	21,91	13,69
3.	C50 pierś	10	15,65	7,42
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	8	12,52	4,77
5.	C16 żołądek	7	10,95	3,47

Tabela 81. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie kościańskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 81.** Most common cancer death sites in kościański county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	178	226,88	142,21
Lp.	Mężczyźni (male)	103	268,22	203,01
1.	C34 płuco	33	85,93	71,28
2.	C16 żołądek	10	26,04	16,49
3.	C61 gruczoł krokowy	9	23,44	14,10
4.	C20 odbytnica	6	15,62	12,75
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	6	15,62	11,25
	Kobiety (female)	75	187,24	97,64
1.	C50 pierś	12	29,96	12,67
2.	C18 okrężnica	9	22,47	8,36
3.	C71 mózg	8	19,97	9,68
4.	C34 płuco	5	12,48	8,70
5.	C53 szyjka macicy	5	12,48	8,52

Tabela 82. Zgony najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie krotoszyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 82.** Most common cancer death sites in krotoszyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	174	224,60	139,57
Lp.	Mężczyźni (male)	99	260,35	189,90
1.	C34 płuco	25	65,74	47,07
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	7	18,41	13,22
3.	C18 okrężnica	7	18,41	10,35
4.	C67 pęcherz moczowy	6	15,78	12,38
5.	C61 gruczoł krokowy	6	15,78	11,95
	Kobiety (female)	75	190,14	104,26
1.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	11	27,89	12,45
2.	C50 pierś	10	25,35	16,40
3.	C18 okrężnica	7	17,75	9,31
4.	C25 trzustka	5	12,68	8,45
5.	C16 żołądek	5	12,68	5,44

Tabela 83. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie leszczyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 83.** Most common cancer death sites in leszczyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	103	197,34	134,92
Lp.	Mężczyźni (male)	54	207,78	163,59
1.	C34 płuco	15	57,72	44,15
2.	C61 gruczoł krokowy	7	26,93	25,60
3.	C18 okrężnica	4	15,39	12,01
4.	C16 żołądek	4	15,39	10,54
5.	C67 pęcherz moczowy	3	11,54	9,94
	Kobiety (female)	49	186,99	110,30
1.	C18 okrężnica	8	30,53	14,98
2.	C50 pierś	6	22,90	20,15
3.	C56 jajnik	6	22,90	14,45
4.	C34 płuco	6	22,90	13,82
5.	C71 mózg	5	19,08	15,49

Tabela 84. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie międzychodzkim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 84.** Most common cancer death sites in międzychodzki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	91	247,93	158,86
Lp.	Mężczyźni (male)	50	276,32	218,82
1.	C34 płuco	14	77,37	60,70
2.	C22 wątroba	4	22,11	15,85
3.	C18 okrężnica	3	16,58	14,37
4.	C20 odbytnica	3	16,58	13,39
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	4	22,11	12,40
	Kobiety (female)	41	220,32	117,98
1.	C18 okrężnica	4	21,49	8,09
2.	C22 wątroba	4	21,49	8,01
3.	C53 szyjka macicy	3	16,12	11,83
4.	C34 płuco	3	16,12	8,11
5.	C23 pęcherzyk żółciowy	3	16,12	8,03

Tabela 85. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie nowotomyskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 85.** Most common cancer death sites in nowotomyski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	166	227,12	141,97
Lp.	Mężczyźni (male)	101	283,19	210,92
1.	C34 płuco	27	75,70	54,60
2.	C20 odbytnica	9	25,23	19,87
3.	C18 okrężnica	9	25,23	17,40
4.	C61 gruczoł krokowy	7	19,63	16,21
5.	C67 pęcherz moczowy	7	19,63	15,88
	Kobiety (female)	65	173,68	93,22
1.	C50 pierś	12	32,06	20,28
2.	C34 płuco	8	21,38	14,23
3.	C18 okrężnica	7	18,70	9,18
4.	C56 jajnik	5	13,36	6,47
5.	C53 szyjka macicy	4	10,69	7,09

Tabela 86. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie obornickim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 86.** Most common cancer death sites in obornicki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	125	217,66	143,70
Lp.	Mężczyźni (male)	68	239,47	185,15
1.	C34 płuco	25	88,04	68,43
2.	C67 pęcherz moczowy	7	24,65	21,93
3.	C18 okrężnica	5	17,61	14,14
4.	C25 trzustka	3	10,56	9,03
5.	C71 mózg	3	10,56	8,35
	Kobiety (female)	57	196,32	110,44
1.	C34 płuco	9	31,00	18,63
2.	C18 okrężnica	6	20,67	11,37
3.	C56 jajnik	5	17,22	9,03
4.	C50 pierś	5	17,22	8,97
5.	C25 trzustka	4	13,78	10,23

Tabela 87. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie ostrowskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 87.** Most common cancer death sites in ostrowski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	401	251,19	142,68
Lp.	Mężczyźni (male)	224	287,73	198,08
1.	C34 płuco	68	87,35	61,21
2.	C18 okrężnica	22	28,26	18,60
3.	C61 gruczoł krokowy	17	21,84	14,20
4.	C16 żołądek	16	20,55	13,28
5.	C67 pęcherz moczowy	13	16,70	11,76
	Kobiety (female)	177	216,41	102,66
1.	C50 pierś	20	24,45	15,00
2.	C34 płuco	17	20,78	12,03
3.	C25 trzustka	12	14,67	7,05
4.	C16 żołądek	12	14,67	6,22
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	11	13,45	4,74

Tabela 88. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie ostrzeszowskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 88.** Most common cancer death sites in ostrzeszowski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	128	232,53	143,93
Lp.	Mężczyźni (male)	75	275,94	194,27
1.	C34 płuco	23	84,62	60,46
2.	C67 pęcherz moczowy	6	22,08	13,43
3.	C61 gruczoł krokowy	5	18,40	13,15
4.	C16 żołądek	5	18,40	12,80
5.	C64 nerka	4	14,72	11,96
	Kobiety (female)	53	190,19	107,60
1.	C34 płuco	6	21,53	13,70
2.	C50 pierś	5	17,94	9,25
3.	C53 szyjka macicy	4	14,35	10,50
4.	C18 okrężnica	4	14,35	7,09
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	4	14,35	6,03

Tabela 89. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie pilskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 89.** Most common cancer death sites in pilski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	324	235,25	141,85
Lp.	Mężczyźni (male)	174	259,33	189,36
1.	C34 płuco	59	87,93	66,04
2.	C61 gruczoł krokowy	19	28,32	21,40
3.	C67 pęcherz moczowy	11	16,39	10,58
4.	C25 trzustka	9	13,41	8,22
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	8	11,92	10,28
	Kobiety (female)	150	212,38	108,67
1.	C34 płuco	22	31,15	16,79
2.	C50 pierś	20	28,32	12,47
3.	C56 jajnik	12	16,99	9,08
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	12	16,99	7,50
5.	C71 mózg	10	14,16	6,87

Tabela 90. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie pleszewskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 90.** Most common cancer death sites in pleszewski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	137	218,98	134,59
Lp.	Mężczyźni (male)	83	267,80	190,34
1.	C34 płuco	19	61,30	45,48
2.	C18 okrężnica	9	29,04	19,60
3.	C61 gruczoł krokowy	6	19,36	14,25
4.	C15 przełyk	6	19,36	12,99
5.	C16 żołądek	5	16,13	13,16
	Kobiety (female)	54	171,05	94,51
1.	C50 pierś	11	34,84	21,02
2.	C34 płuco	7	22,17	12,57
3.	C56 jajnik	4	12,67	9,44
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	4	12,67	4,73
5.	C91 białaczka limfatyczna	4	12,67	4,65

Tabela 91. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie poznańskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 91.** Most common cancer death sites in poznański county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	657	200,85	137,32
Lp.	Mężczyźni (male)	349	219,40	170,18
1.	C34 płuco	99	62,24	47,64
2.	C18 okrężnica	27	16,97	14,02
3.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	24	15,09	11,09
4.	C61 gruczoł krokowy	22	13,83	10,81
5.	C67 pęcherz moczowy	21	13,20	9,29
	Kobiety (female)	308	183,29	114,40
1.	C50 pierś	42	24,99	14,19
2.	C34 płuco	41	24,40	16,20
3.	C56 jajnik	30	17,85	12,66
4.	C18 okrężnica	26	15,47	9,34
5.	C25 trzustka	21	12,50	7,01

Tabela 92. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie rawickim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 92.** Most common cancer death sites in rawicki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	147	244,77	160,42
Lp.	Mężczyźni (male)	89	301,64	227,06
1.	C34 płuco	26	88,12	69,37
2.	C18 okrężnica	9	30,50	23,76
3.	C16 żołądek	9	30,50	23,50
4.	C61 gruczoł krokowy	6	20,34	15,38
5.	C20 odbytnica	4	13,56	8,20
	Kobiety (female)	58	189,85	115,54
1.	C56 jajnik	8	26,19	18,86
2.	C25 trzustka	6	19,64	7,19
3.	C18 okrężnica	5	16,37	9,68
4.	C34 płuco	4	13,09	9,19
5.	C50 pierś	4	13,09	6,32

Tabela 93. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie słupeckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 93.** Most common cancer death sites in słupecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	147	251,56	145,55
Lp.	Mężczyźni (male)	85	292,92	193,44
1.	C34 płuco	23	79,26	55,17
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	8	27,57	19,32
3.	C16 żołądek	6	20,68	12,90
90	C18 okrężnica	6	20,68	12,58
5.	C32 krtań	5	17,23	11,37
	Kobiety (female)	62	210,76	107,85
1.	C34 płuco	16	54,39	30,84
2.	C53 szyjka macicy	7	23,79	15,56
3.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	7	23,79	10,58
4.	C18 okrężnica	5	17,00	7,38
5.	C50 piers	4	13,60	7,71

Tabela 94. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie szamotulskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 94.** Most common cancer death sites in szamotulski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	217	246,94	157,09
Lp.	Mężczyźni (male)	120	279,97	215,65
1.	C34 płuco	38	88,66	69,83
2.	C61 gruczoł krokowy	11	25,66	21,07
3.	C64 nerka	8	18,66	14,53
4.	C16 żołądek	7	16,33	13,53
5.	C18 okrężnica	7	16,33	12,07
	Kobiety (female)	97	215,49	117,56
1.	C50 piers	17	37,77	22,55
2.	C34 płuco	15	33,32	17,48
3.	C18 okrężnica	12	26,66	11,90
4.	C56 jajnik	6	13,33	7,93
5.	C20 odbytnica	5	11,11	6,69

Tabela 95. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie średzkim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 95.** Most common cancer death sites in średzki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	130	233,00	142,81
Lp.	Mężczyźni (male)	70	255,99	188,42
1.	C34 płuco	18	65,83	50,51
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	7	25,60	19,62
3.	C61 gruczoł krokowy	7	25,60	18,75
4.	C25 trzustka	6	21,94	18,70
5.	C18 okrężnica	6	21,94	14,28
	Kobiety (female)	60	210,90	106,79
1.	C18 okrężnica	11	38,67	15,07
2.	C50 pierś	10	35,15	15,15
3.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	8	28,12	14,27
4.	C64 nerka	3	10,55	7,74
5.	C16 żołądek	3	10,55	6,06

Tabela 96. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie śremskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 96.** Most common cancer death sites in śremski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	150	252,24	162,99
Lp.	Mężczyźni (male)	86	295,02	224,20
1.	C34 płuco	35	120,06	96,17
2.	C16 żołądek	8	27,44	20,56
3.	C71 mózg	7	24,01	16,16
4.	C64 nerka	6	20,58	14,39
5.	C18 okrężnica	6	20,58	14,03
	Kobiety (female)	64	211,10	123,20
1.	C34 płuco	18	59,37	38,27
2.	C18 okrężnica	6	19,79	10,28
3.	C56 jajnik	5	16,49	9,30
4.	C50 pierś	4	13,19	8,62
5.	C21 odbyt	3	9,90	6,23

Tabela 97. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie tureckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 97.** Most common cancer death sites in turecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	209	249,68	145,31
Lp.	Mężczyźni (male)	127	311,01	208,97
1.	C34 płuco	38	93,06	64,62
2.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	11	26,94	18,35
3.	C20 odbytnica	10	24,49	16,10
4.	C71 mózg	8	19,59	14,43
5.	C67 pęcherz moczowy	8	19,59	13,33
	Kobiety (female)	82	191,27	102,11
1.	C50 piers	11	25,66	15,09
2.	C18 okrężnica	6	14,00	6,58
3.	C25 trzustka	6	14,00	5,75
4.	C56 jajnik	5	11,66	6,67
5.	C71 mózg	4	9,33	8,67

Tabela 98. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie wągrowieckim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 98.** Most common cancer death sites in wągrowiecki county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	178	258,88	165,05
Lp.	Mężczyźni (male)	101	297,09	224,10
1.	C34 płuco	29	85,30	63,77
2.	C18 okrężnica	9	26,47	18,84
3.	C71 mózg	8	23,53	17,80
4.	C16 żołądek	7	20,59	17,68
5.	C61 gruczoł krokowy	7	20,59	14,07
	Kobiety (female)	77	221,52	123,47
1.	C34 płuco	14	40,28	22,96
2.	C50 piers	11	31,65	18,09
3.	C23 pęcherzyk żółciowy	7	20,14	10,52
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	5	14,38	7,71
5.	C18 okrężnica	5	14,38	6,66

Tabela 99. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie wolsztyńskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 99.** Most common cancer death sites in wolsztyński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	131	234,54	148,56
Lp.	Mężczyźni (male)	77	279,78	202,77
1.	C34 płuco	19	69,04	49,66
2.	C61 gruczoł krokowy	9	32,70	27,24
3.	C18 okrężnica	8	29,07	20,13
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	7	25,43	15,80
5.	C25 trzustka	6	21,80	16,65
	Kobiety (female)	54	190,60	113,74
1.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	10	35,30	19,32
2.	C50 pierś	6	21,18	17,20
3.	C18 okrężnica	5	17,65	7,93
4.	C25 trzustka	4	14,12	6,66
5.	C71 mózg	3	10,59	9,09

Tabela 100. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie wrzesińskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 100.** Most common cancer death sites in wrzesiński county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	178	236,94	143,50
Lp.	Mężczyźni (male)	100	272,88	194,64
1.	C34 płuco	35	95,51	68,55
2.	C25 trzustka	9	24,56	16,60
3.	C18 okrężnica	6	16,37	12,64
4.	C61 gruczoł krokowy	6	16,37	11,25
5.	C20 odbytnica	5	13,64	9,52
	Kobiety (female)	78	202,71	104,07
1.	C50 pierś	14	36,38	19,84
2.	C34 płuco	9	23,39	13,65
3.	C18 okrężnica	8	20,79	8,89
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	5	12,99	5,63
5.	C25 trzustka	5	12,99	5,59

Tabela 101. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w powiecie złotowskim w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 101.** Most common cancer death sites in złotowski county in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	146	212,24	137,30
Lp.	Mężczyźni (male)	86	252,71	197,66
1.	C34 płuco	32	94,03	72,74
2.	C61 gruczoł krokowy	11	32,32	23,85
3.	C16 żołądek	6	17,63	13,69
4.	C18 okrężnica	6	17,63	13,51
5.	C64 nerka	5	14,69	12,47
	Kobiety (female)	60	172,61	93,88
1.	C50 pierś	8	23,01	11,84
2.	C34 płuco	7	20,14	12,56
3.	C56 jajnik	6	17,26	12,39
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	6	17,26	8,31
5.	C18 okrężnica	4	11,51	7,15

Tabela 102. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Kalisz w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 102.** Most common cancer death sites in Kalisz city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	288	270,01	135,00
Lp.	Mężczyźni (male)	157	315,64	189,98
1.	C34 płuco	48	96,50	57,69
2.	C61 gruczoł krokowy	19	38,20	19,56
3.	C16 żołądek	13	26,14	15,73
4.	C18 okrężnica	11	22,11	13,34
5.	C71 mózg	8	16,08	9,75
	Kobiety (female)	131	230,13	99,77
1.	C34 płuco	26	45,67	22,24
2.	C50 pierś	16	28,11	11,57
3.	C56 jajnik	10	17,57	7,07
4.	C71 mózg	8	14,05	8,22
5.	C25 trzustka	8	14,05	5,09

Tabela 103. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Konin w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 103.** Most common cancer death sites in Konin city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	175	220,93	116,99
Lp.	Mężczyźni (male)	86	228,09	140,42
1.	C34 płuco	28	74,26	43,41
2.	C16 żołądek	10	26,52	15,57
3.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	6	15,91	10,66
4.	C18 okrężnica	6	15,91	9,80
5.	C67 pęcherz moczowy	5	13,26	9,45
	Kobiety (female)	89	214,42	101,04
1.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	15	36,14	16,25
2.	C34 płuco	13	31,32	15,48
3.	C50 pierś	8	19,27	9,10
4.	C18 okrężnica	7	16,86	6,51
5.	C90 szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych	5	12,05	4,80

Tabela 104. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Leszno w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 104.** Most common cancer death sites in Leszno city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	150	232,80	132,41
Lp.	Mężczyźni (male)	73	238,44	153,45
1.	C34 płuco	14	45,73	28,22
2.	C18 okrężnica	11	35,93	23,60
3.	C61 gruczoł krokowy	9	29,40	20,64
4.	C20 odbytnica	6	19,60	11,30
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	4	13,07	8,99
	Kobiety (female)	77	227,70	123,65
1.	C34 płuco	14	41,40	25,47
2.	C50 pierś	8	23,66	9,39
3.	C20 odbytnica	6	17,74	10,02
4.	C53 szyjka macicy	6	17,74	9,55
5.	C18 okrężnica	6	17,74	6,15

Tabela 105. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w m. Poznań w 2010 roku (na 100 tys.).**Table 105.** Most common cancer death sites in Poznań city in 2010.

	Umiejscowienie nowotworu (site)	Liczba bezwzględna (absolute number)	Wsp. surowy (crude incidence rate)	Wsp. standaryzowany (standardized incidence rate)
	Ogółem	1 591	288,42	139,43
Lp.	Mężczyźni (male)	841	327,37	184,63
1.	C34 płuco	230	89,53	51,50
2.	C18 okrężnica	88	34,26	18,12
3.	C61 gruczoł krokowy	77	29,97	14,32
4.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	64	24,91	13,23
5.	C16 żołądek	56	21,80	12,89
6.	C25 trzustka	39	15,18	9,56
7.	C67 pęcherz moczowy	35	13,62	7,15
8.	C22 wątroba	27	10,51	6,16
9.	C64 nerka	25	9,73	5,43
10.	C20 odbytnica	19	7,40	3,61
	Kobiety (female)	750	254,47	111,87
1.	C34 płuco	116	39,36	17,83
2.	C50 piersi	99	33,59	14,81
3.	C18 okrężnica	76	25,79	10,10
4.	C25 trzustka	57	19,34	8,76
5.	C80 nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	57	19,34	6,94
6.	C56 jajnik	40	13,57	6,58
7.	C16 żołądek	29	9,84	4,29
8.	C71 mózg	25	8,48	4,84
9.	C53 szyjka macicy	22	7,46	3,92
10.	C22 wątroba	21	7,13	3,01

Literatura / Literature

1. Boyle P, Lewin B, (editors) World Cancer Report 2008, Word Heath Organization; Lyon 2008
2. Krzakowski M, Dziadziuszko R, Fijuth J, Herman K, Jarosz J i inni. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2011, tom. I/II; Via Medica; Gdańsk 2011
3. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2009 roku; Warszawa 2011
4. Wronkowski Z, Zwierko M, Nowacki M.P. Zasady i wyniki programu modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce; Nowotwory 2002
5. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10
6. Zatoński W, Lissowska J, Didkowska J, Jabłońska J, Cieśla J. Europejski Kodeks Walki z Rakiem 2003 – wydanie polskie. Centrum Onkologii Instytut; Warszawa 2009
7. Dyzmann-Sroka A, Jędrzejczak A, Kubiak A, Trojanowski M. Wiedza o nowotworach i profilaktyce. Raport dla województwa wielkopolskiego; Poznań 2008
8. Dyzmann-Sroka A, Jędrzejczak A, Trojanowski M, Kubiak A. Przyczyny niskiej zgłaszalności Polek na badania profilaktyczne. Wydane w: Zeszyty Naukowe Wielkopolskiego Centrum Onkologii 2010; tom 7 suppl. 1; Poznań 2010

oraz strony internetowe:

Badania GLOBOCAN - <http://globocan.iarc.fr/>

Krajowego Rejestru Nowotworów - <http://85.128.14.124/krn/>

Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów - <http://www.wco.pl/wrn/>

