



Met wie kan ik erover praten?

Zoekt u hulp of andere informatie?
Heeft u er behoefte aan om uw hart eens te luchten?
Zoekt u informatie over een type kanker of de
behandelingsmogelijkheden?
Wilt u weten hoe u op een dienst van de Stichting tegen
Kanker beroep kunt doen?

Bel dan gratis en anoniem naar de Kankerfoon.
Professionele hulpverleners (artsen, verpleegkundigen)
nemen er de tijd voor iedereen die met kanker
geconfronteerd wordt.

De Stichting tegen Kanker
luistert naar u.



Kankerfoon
0800 15 802

Stichting tegen Kanker ®

Iedere werkdag van
9u tot 13u, op maandag van 9u tot 19u.

Leuvensesteenweg 479
1030 Brussel
tel.: + 32 2 733 68 68
info@kanker.be
www.kanker.be



Stichting
tegen Kanker
Stichting van openbaar nut

Dikkedarmkankers



Stichting
tegen Kanker
Stichting van openbaar nut



Inhoud

Voor wie is deze brochure bestemd?	3
Wat is kanker?	4
De dikke darm?	6
■ Dikkedarmkankers	8
■ Diagnose- of opsporingsonderzoeken	13
■ Behandelingen	17
■ Nevenwerking van de behandelingen	23
■ Toezicht na het stopzetten van de behandelingen	26
Nuttige informatie	27
De Stichting tegen Kanker: één missie, drie doelstellingen	31

Voor wie is deze brochure bestemd?

Deze brochure richt zich in de eerste plaats tot personen met darmkanker (dikke darm of endeldarm).

Wanneer men kanker vaststelt, rijzen er talloze vragen en emoties:

- hoe en waarom de ziekte zich ontwikkelt;
- welke onderzoeken en behandelingen noodzakelijk zijn;
- hoelang alles kan duren;
- of genezing mogelijk is;
- of de behandelingen toelaten om een normaal leven te leiden;
- of u hulp nodig heeft;
- welke kosten de ziekte met zich meebrengt;
- of u het al dan niet aan de mensen in uw omgeving vertelt;
- ...

Op die en tal van andere vragen moeten geleidelijk aan antwoorden komen, afhankelijk van geval tot geval en de individuele ontwikkeling van elke patiënt.

Uw huisarts speelt daarin een belangrijke rol. Hij of zij kan u precieze informatie geven over de evolutie van uw geval. Uiteraard moet u er wel naar vragen.

Deze brochure wil u dus zeker niet alles leren over uw ziekte. Ze bezorgt u wel zeer belangrijke, **algemene informatie** om te begrijpen wat een kanker van het urinaire stelsel is en hoe u de ziekte kunt verzorgen. De brochure helpt u om de juiste vragen aan uw huisarts te stellen, als u meer wilt weten over uw gezondheidstoestand.

Denk ook aan de mensen uit uw omgeving. Ook zij zitten met heel wat vragen. Deze brochure kan hen daarbij helpen.



Wat is kanker?

Kanker is het resultaat van een diepgaande en complexe functieverstoring van bepaalde cellen.

Normaal gezien vermenigvuldigen onze cellen zich uitsluitend om de groei en het onderhoud van ons organisme te verzekeren en blijven ze in dat deel van het lichaam waar ze zich horen te bevinden.

Binnenin elke cel waken verschillende genen (functiedeeltjes van het DNA) nauwgezet over dat proces. Toch kunnen er zich in de cel afwijkingen voordoen, zodat ze de controle over de vermenigvuldiging verliest.

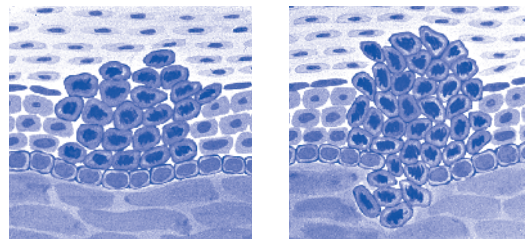
De oorzaak van die afwijkingen kan liggen bij tal van chemische stoffen of kankerverwekkende stralen die de genen kunnen beschadigen.

Een opeenstapeling van schade in welbepaalde genen is dus nodig om kanker te doen ontstaan. Dat neemt heel wat tijd in beslag. Vandaar dat kanker zelden voorkomt bij kinderen en dat de frequentie toeneemt met het ouder worden.

Eerst wordt er vanuit de eerste cel die zich overdreven vermenigvuldigt, een reeks van overtollige cellen aangemaakt, die zich op hun beurt zonder controle vermenigvuldigen.

Sommige daarvan ontsnappen uit hun oorspronkelijke plaats om andere delen van het lichaam te koloniseren.

Dat kan gebeuren via de bloed- en lymfevaten. Er vormen zich dan kolonies van kankercellen op afstand van het oorspronkelijke gezwel. Die **uitzaaiingen** noemen wetenschappers metastasen. Zij zijn verantwoordelijk voor de ernst van de ziekte. Daarom is het best een kanker te behandelen voordat er zich uitzaaiingen voordoen.



Uitzaaiing van kankercellen

Kanker kan wel uitzaaien maar gaat niet over van mens op mens.

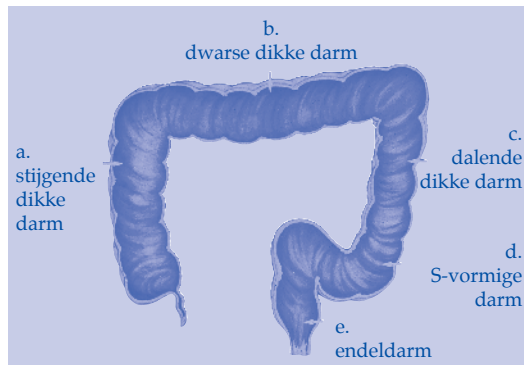
Nog een laatste precisering van de woordenschat: een gezwel wil niet altijd kanker zeggen. Het gaat om een massa overtollige cellen die al dan niet kankerachtig kunnen zijn. In het eerste geval is er sprake van een kwaadaardig gezwel (kanker), in het tweede geval gaat het om een goedaardig gezwel.

De dikke darm

Ons spijsverteringsstelsel bestaat uit een hele reeks organen. Wanneer we voedsel inslikken, passeert dat via de slokdarm, de maag, de dunne darm om vervolgens in de dikke darm terecht te komen. Die bestaat uit verschillende, anatomische stukken:

- a. de stijgende dikke darm (volgt direct op de dunne darm, aan het begin daarvan bevindt zich ook de blindedarm), ook wel rechtse dikke darm genoemd;
- b. de dwarse dikke darm;
- c. de dalende dikke darm, ook wel linkse dikke darm genoemd;
- d. de S-vormige darm;
- e. de endeldarm (die eindigt in de anus).

Dikke darm

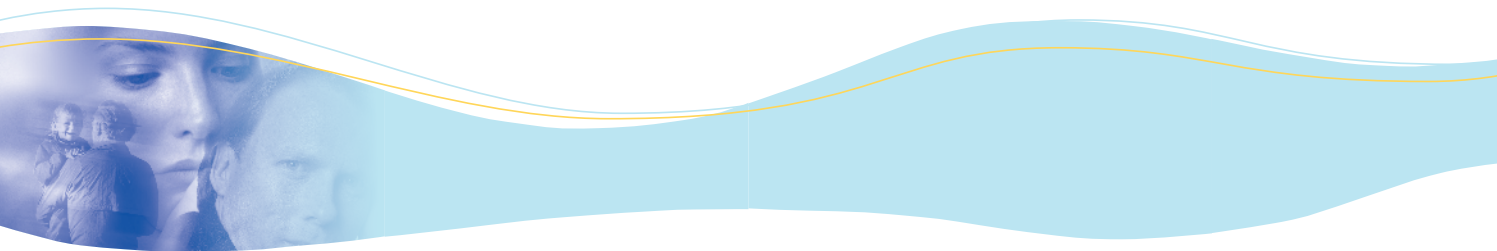


In het totaal is de dikke darm ongeveer 1,5 meter lang. Hij bevindt zich in de buikholte (de buik in spreektaal).

De wand van de dikke darm is samengesteld uit verschillende concentrische lagen. Bekeken van binnen naar buiten heeft men eerst het slijmvlies, dan het onderslijmvlies, vervolgens een laag spieren en tenslotte het buikvlies (dun vlieslaagje dat ook de buikholte bekleedt).

De dikke darm concentreert de voedingsresten door water en minerale zouten door de darmwand weg te werken. Hij herbergt tal van bacteriën (de darmflora) die, door verschillende gistingmechanismen, de stoffen afbreken die aan de vertering ontsnapt zijn. Sommige van deze bacteriën zijn zeer nuttig omdat ze vitamine K aanmaken (belangrijk voor een goede bloedstolling).

De anus stoot tenslotte de ontlasting uit. Deze bestaat uit niet afbreekbare voedingsresten (vezels), bacteriën, dode cellen van het darmslijmvlies, een beetje water en slijmen.



■ Dikkedarmkankers

In België tekent men jaarlijks meer dan 6 500 nieuwe gevallen van dikkedarmkanker op. Deze ziekte komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Toch is het de op één na meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen (na borstkanker) en de op twee na meest voorkomende vorm bij mannen (na prostaatkanker en longkanker). Mensen jonger dan 40 krijgen zelden dikkedarmkanker. De frequentie neemt snel toe na de leeftijd van 50.

Meer dan de helft van de dikkedarmkankers doen zich voor in het laatste deel (de S-vormige darm en vooral de endeldarm).

Dikkedarmkanker ontwikkelt zich vrijwel altijd vanuit een uitwas (een goedaardige poliep) van het slijmvlies. In de loop van zijn ontwikkeling dringt hij binnen in de diepste lagen van de darmwand. Wanneer kankercellen voldoende diep zijn doorgedrongen om de bloed- en lymfevaten te bereiken, kunnen ze ontsnappen en klieren en andere organen koloniseren (de lever, soms de longen of de beenderen).

De ontwikkelingsgraad van een dikkedarmkanker hangt af van de lagen in de darmwand die het gezwel bereikt heeft en de aan- of afwezigheid van uitzaaiingen (in klieren of andere delen van het lichaam).

Er bestaan twee classificaties om het stadium van de ziekte te omschrijven: "Dukes" en "TNM". Als uw huisarts deze termen gebruikt om over kanker te spreken, vraag dan wat ze betekenen in uw specifiek geval.

Oorzaken

De meeste dikkedarmkankers treffen mensen die ogenschijnlijk geen bijzondere risico's vertonen. Ze vormen het resultaat van talloze interacties tussen nog te onderzoeken onbekende, kanker-
verwekkende stoffen en genetische factoren die mensen vatbaar maken.

Onze **voeding** speelt zeer waarschijnlijk een rol in die mate dat wat we eten onze darmen blootstelt aan een cocktail van kankerverwekkende, chemische stoffen of in tegendeel beschermende stoffen. Verschillende studies hebben aangetoond dat dikkedarmkankers vaker voorkomen bij mensen die veel dierlijke vetten en weinig vezels eten. Men moet wel nog opsporen hoe deze stoffen precies werken.

Gebrek aan **fysieke activiteit** kan de ontwikkeling van deze kankers bevorderen door de doorstroming in de darmen te vertragen. Wie "luie" darm zegt, zegt inderdaad ook verhoging van de contacttijd tussen de kankerverwekkende moleculen in de fecaliën en de darmwand.

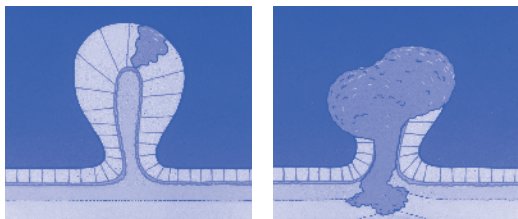
Dikkedarmkankers komen iets vaker voor bij rokers. Vandaar de (nog niet opgehelderde) vraag of er een mogelijk verband bestaat met **roken**.



Er zijn ook andere risicofactoren gekend:

- **De aanwezigheid van adenomen (goedaardige poliepen) op het slijmvlies van de darmen.** De meeste dikkedarmkankers ontstaan immers op zulke poliepen. Hoe groter het adenoom, hoe groter de kans op ontarding ervan. De frequentie van poliepen neemt toe met de leeftijd, net zoals dat bij darmkanker het geval is.

Ontstaan van kanker uit poliepen



- **Chronische ontstekingsziekten van de dikke darm.** Men heeft vastgesteld dat darmkankers vaker voorkomen bij patiënten met een lange voorgeschiedenis van colitis ulcerosa of, in mindere mate, de ziekte van Crohn. Deze kankers kunnen op een gemiddeld vroegere leeftijd ontstaan.
- **Een eerste geval van dikkedarmkanker.** Een patiënt die genezen is van een eerste dikkedarmkanker, blijft een verhoogde kans hebben om nogmaals een dikkedarmkanker te krijgen, zonder verband met het eerste geval.

Tenslotte speelt ook **erfelijkheid** een belangrijke rol. De kans op darmkanker ligt twee tot driemaal zo hoog bij eerstegraadsverwanten van de zieke. Men schat dat 30 percent van de personen met dikkedarmkanker zouden drager zijn van een genetische afwijking (mutatie van een of meerdere bepaalde genen), overgeërfd van één van hun ouders. Deze afwijkingen zijn niet allemaal even belangrijk. Twee derden van deze afwijkingen gaan ook gepaard met een lichte tot middelmatig verhoogde kans op dikkedarmkanker. Men kan dus gemakkelijk drager zijn van een genetische afwijking, zonder ooit de ziekte te krijgen.

Een derde van deze afwijkingen (dat gaat om ongeveer 10 percent van de patiënten) stellen de personen die er drager van zijn, bloot aan een verhoogd risico. Men spreekt dan van “niet-polyposische erfelijke darmkanker” (vroeger syndroom van Lynch genoemd), of iets minder vaak van “adenomateuze familiale polyposis”. Wanneer zich een dikkedarmkanker voordoet op een leeftijd ver onder het gemiddelde, mag men deze vorm van kanker vermoeden. Verschillende genetische mutaties verantwoordelijk voor deze ziektes heeft men al kunnen identificeren. Ze hebben één kans op twee om zich generatie op generatie verder te zetten. Dat is de voornaamste reden waarom familieleden van deze patiënten zich aan een genetisch onderzoek moeten laten onderwerpen. Mensen die drager zijn van het gemuteerd gen staan onder nauwgezet toezicht en krijgen, indien nodig, preventieve behandelingen (van wanneer ze nog kind zijn als het om familiale polyposis gaat).

Vergeet niet dat kankers niet besmettelijk zijn!



Symptomen

Darmkankers kunnen gepaard gaan met heel wat verschillende symptomen die echter niet typisch zijn voor deze ziekte. De aard van de symptomen en de snelheid waarmee ze opduiken verschilt naargelang de plaats van het gezwel binnenin de dikke darm.

Kankers die zich bevinden aan het **uiteinde van de dikke darm** (de S-vormige darm en de endeldarm) kunnen gepaard gaan met bloedverlies via de anus, bloedsporen in de ontlasting of op het wc-papier. Men kan ook een onverklaarbare en aanhoudende verandering van het stoelgangpatroon vaststellen (verstopping, diarree of afwisseling van de twee), valse behoeften of minder grote ontlasting.

Gezwellen **hogerop in de dikke darm** (de stijgende dikke darm) kunnen langer onopgemerkt blijven. Ze gaan eerder gepaard met vermoeidheid (heeft vaak te maken met bloedarmoede veroorzaakt door chronisch bloedverlies ter hoogte van het gezwel), met onverklaarbaar vermageren of met aanhoudende buikpijn (vaak onder de vorm van onregelmatige krampen). Geen enkel van deze symptomen wijst automatisch op darmkanker, maar ze rechtvaardigen wel een medisch onderzoek.

■ Diagnose- of opsporingsonderzoeken

Opsporing wordt aanbevolen vanaf 50 jaar bij mensen zonder speciaal verhoogd risico. Bij mensen met een verhoogd risico zoals familiaal voorkomen van darmkanker, erfelijke vormen of chronische darmontstekingen dient op jongere leeftijd en frequenter te worden gescreend. Opsporing bij de algemene bevolking vanaf 50 jaar is mogelijk door middel van een colonoscopie of opsporen van niet zichtbaar bloed in de ontlasting.

Wanneer de arts vermoedt dat zijn patiënt darmkanker heeft, nadat hij of zij de patiënt onderzocht en ondervraagd heeft, moeten er verschillende onderzoeken gebeuren om de diagnose te bevestigen.

Rectaal onderzoek

Met een vinger betast men de wand van de endeldarm. Met dat onderzoek komt men gezwellen op het spoor die zich dichtbij de anus bevinden.

Opsporen van verborgen bloed in de ontlasting

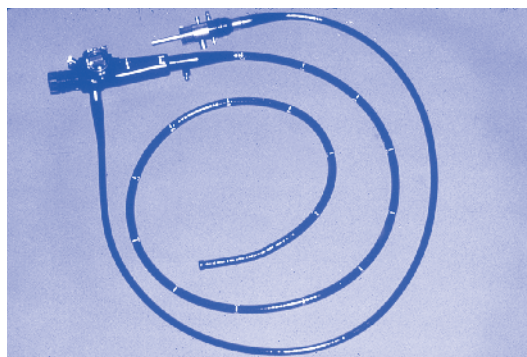
Een kanker gaat vaak gepaard met bloedverlies dat niet altijd zichtbaar is voor het blote oog. Deze microscopisch kleine bloedingen kan men op het spoor komen door een staal van de ontlasting te laten reageren met chemische stoffen (techniek die gekend staat onder de naam "Hemocult®").



Endoscopie

Een endoscoop is een dunne, soepele buis uitgerust met een optisch systeem en een verlichtingssysteem. Zo kan men de wanden van de lichaamsholten of de holle organen onderzoeken. Eerst leegt men de dikke darm (d.m.v. een laxeermiddel). Vervolgens brengt men de endoscoop in via de anus. Als het apparaat tot aan de S-vormige darm gaat, heet het onderzoek een recto-sigmoidoscopie. Men spreekt van coloscopie wanneer men de hele dikke darm onderzoekt. Met behulp van de endoscoop kan men kleine stukjes verdacht weefsel wegnemen (een poliep bijvoorbeeld). Onder de microscoop onderzoekt men vervolgens dat staal om de juiste aard ervan te bepalen. Dat is van kapitaal belang voor de diagnose omdat enkel het microscopisch onderzoek zekerheid biedt over de al dan niet kankerachtige aard van een gezwel.

Endoscoop



Radiografie of virtuele colonoscopie

Het onderzoek van de dikke darm gebeurt door middel van klassieke radiografie of scanner. In dat laatste geval spreken we van virtuele colonoscopie. Vooraf moet de patiënt een laxeermiddel innemen om de dikke darm volledig leeg te maken. Dat is nodig om een goed beeld te krijgen van de darmwand en eventuele afwijkingen op te sporen. Tijdens het onderzoek blazen de artsen lucht in de dikke darm via een rectale sonde om de darmwand zo goed mogelijk te bekijken. Bij een klassieke radiografie brengen ze via die rectale sonde ook een contrastproduct in.

CEA dosering (carcino-embryonair antigeen)

Het gaat om een stof die van nature in heel kleine hoeveelheden aanwezig is in het bloed, maar die bepaalde kankers (waaronder dikkedarmkanker) in overvloed aanmaken. In het medisch jargon heet een dergelijke stof tumormerker. De dosering gebeurt door bloedafname.

Als de diagnose kanker luidt, vraagt de huisarts andere onderzoeken aan om de ontwikkelingsgraad van het gezwel vast te stellen.

In geval van endeldarmkanker kan dat gaan om een **transrectale echografie** (waarbij men een ultrasone sonde in de anus inbrengt). Ook een **CT-scanner** of een **magnetische kernresonantie (RMN)** kunnen nuttig zijn. Deze onderzoeken geven een beeld over hoe diep het gezwel zich



binnenin de darmwand heeft genesteld (dat is zeer belangrijk om het stadium van de ziekte te bepalen) en laten toe om afwijkingen (eventuele uitzaaiingen) op te sporen in de lymfeklieren rond de dikke darm.

Vervolgens voert men een **uitzaaiingbalans** uit, op zoek naar eventuele metastasen. Deze balans omvat een onderzoek van de lever (echografie, scanner of magnetische kernresonantie). Uitzaaiingen van darmkanker doen zich vaak in de lever voor. Men onderzoekt ook de longen, zeker in het geval van endeldarmkanker.

Als u één van deze onderzoeken moet ondergaan, vraag dan gerust uitleg over het hoe en waarom ervan.

Afhankelijk van de resultaten van de balans kan men dan de gepaste behandelingen voorstellen.

■ Behandelingen

Voor de behandeling van kanker bestaan er drie regelmatig toegepaste types. Het gaat om chirurgie, radiotherapie (stralen) en chemotherapie (medicijnen).

Indien nodig krijgt de patiënt een combinatie van verschillende behandelingen. De keuze van behandeling verschilt van geval tot geval en hangt af van:

- de celaard van elke kanker;
- de plaats ervan;
- de graad van uitzaaiing;
- de algemene gezondheidstoestand van de patiënt, of anders gezegd de manier waarop de voornaamste vitale organen functioneren.





Chirurgie

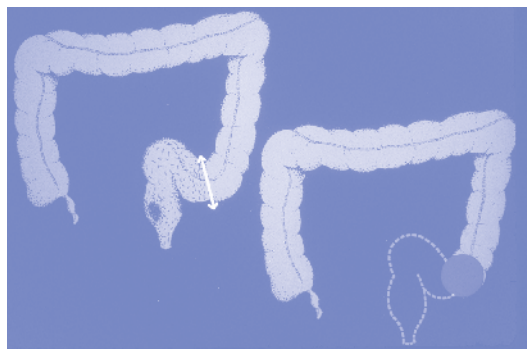
Bij darmkanker is een heelkundige ingreep bijna een verplicht onderdeel van de behandeling. Dat kan **curatief** zijn (men verwijdert het hele gezwel) of **palliatief** (men vermijdt een darmobstructie door de kanker).

Voor de operatie leegt men de darmen zo nauwgezet mogelijk (laxeermiddelen, lavement, dieet zonder resten).

Het type van heelkundige ingreep hangt in grote mate af van de plaats van het gezwel.

Wanneer de kanker zich in de directe omgeving van de anus bevindt, moet de chirurg deze soms verwijderen. Uiteraard moet de patiënt dan een kunstmatige anus (colostomie in medische vaktaal) krijgen. Daarom leidt men het uiteinde van de dikke darm naar de huid (ter hoogte van de buik) en verbindt men de dikke darm met een afneembaar zakje om de ontlasting in kwijt te kunnen.

Verwijdering van het gezwel en maken van een kunstmatige anus



We moeten er wel op wijzen dat de vooruitgang in de chirurgie en de combinatie met radiotherapie maken dat een kunstmatige anus steeds minder vaak nodig is. Indien mogelijk laat men de natuurlijke anus op zijn plaats zitten en verbindt men hem opnieuw met de dikke darm. Dat kan gebeuren bij de eerste operatie of na enkele maanden. In dat laatste geval plaatst men wel tijdelijk een kunstmatige anus.

De operatie heeft als doel het gezwel en de naburige weefsels die eventueel kankercellen bevatten, volledig te verwijderen. Door microscopische analyse van de kanker en de klieren die men in de onmiddellijke nabijheid van de dikke darm wegneemt, kan men beslissen of andere behandelingen al dan niet nodig zijn. Als dat het geval is kan de arts radiotherapie of chemotherapie voorschrijven ter aanvulling op de ingreep.

Radiotherapie

Als **aanvulling op chirurgie** past men bij endeldarmkanker ook radiotherapie toe. De bestraling kan na de operatie gebeuren (afhankelijk van het resultaat van de ingreep), maar vaak gebeurt het ook voor de ingreep om de kans op plaatselijk hervallen te verkleinen.

In bepaalde gevallen kan radiotherapie voor de operatie er ook voor zorgen dat het gezwel verkleint. Dat vergemakkelijkt de operatie of beperkt de gevolgen (bewaring van de anus). In de zelden voorkomende situaties waarin de gezondheidstoestand van de patiënt geen operatie toelaat, bestaat de behandeling uit een radiotherapie om darmobstructie tegen te gaan of te voorkomen.



Radiotherapie in combinatie met chemotherapie voor of na de heekkundige ingreep is ook mogelijk.

Chemotherapie

Chemotherapie wordt ook vaak gebruikt voor de behandeling van darmkanker. De behandeling gebeurt door middel van intraveneuze injecties. Het gebruik van andere soorten therapie, bovenop 5-FU, heeft de doeltreffendheid nog vergroot. Recentelijk heeft het gebruik van nieuwe gerichte geneesmiddelen (zie hieronder) in combinatie met chemotherapie deze resultaten nog verbeterd. Chemotherapie als aanvulling op chirurgie (we spreken dan van adjuvansbehandeling) is gebruikelijk wanneer de overwoekering van de darmwand door het gezwel of de aanwezigheid van kankercellen in de klieren een risico op herval doen vrezen. Artsen gebruiken die combinatie ook wanneer er zich uitzaaiingen voordoen in andere organen (lever, longen,...).

De nieuwe gerichte behandelingen

Voortvloeiend uit het wetenschappelijk kankeronderzoek en de klinische proeven bestaat er nu een nieuwe generatie geneesmiddelen. Artsen gebruiken ze in combinatie met chemotherapie voor de behandeling van darmkanker in bepaalde stadia van de ontwikkeling. Zoals de naam al aangeeft, werken deze nieuwe gerichte geneesmiddelen op een heel specifieke manier. Ze verstoren de aanmaak van nieuwe bloedvaten (neo-angiogenesis) binnenin de kankergezwellen en hun uitzaaiingen.

Sommige van deze nieuwe medicijnen blokkeren de receptoren die aanwezig zijn aan de oppervlakte van bepaalde kankercellen (EGFR - receptoren van de menselijke epidermische groeifactor).

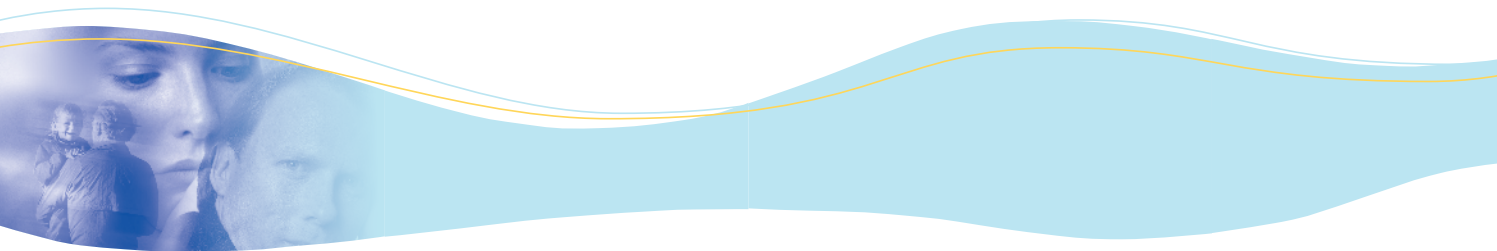
De behandeling van uitzaaiingen in het buikvlies: HIPEC

HIPEC (Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie) is een combinatiebehandeling van chirurgie en chemotherapie, waarbij de cytostatica tijdens de operatie rechtstreeks aan het buikvlies toegediend worden.

HIPEC kan worden toegepast bij uitzaaiingen in het buikvlies. Tijdens een operatie verwijdert de chirurg eerst alle zichtbare tumoren. Het aangetaste buikvlies wordt weggenomen. Dit groeit later terug. Daarna word gedurende ongeveer anderhalf uur 3 liter cytostatica (chemotherapie) in de buik rondgepompt.

HIPEC is een zware ingreep waarbij de kans op complicaties ongeveer 30% bedraagt.

HIPEC is in opzet een curatieve behandeling, maar meestal is definitieve genezing niet haalbaar. Het gaat om extra levensjaren met behoud van een goede conditie. Het effect hangt af van de uitgebreidheid van de ziekte bij aanvang van de behandeling.



De behandeling van uitzaaiingen in de lever

Wanneer darmkanker zich uitbreidt, doen er zich vaak uitzaaiingen voor in de lever. In het geval van een geïsoleerde leveruitzaaiing, die relatief zeldzaam is, beslist men soms om het gezwel via een chirurgische ingreep te verwijderen.

Meestal bestrijdt men uitzaaiingen door **chemotherapie** in combinatie met de nieuwe doelgerichte behandelingen die daarvoor onopereerbare uitzaaiingen toch opereerbaar maken.

Uitzaaiingen in de lever kunnen soms behandeld worden met RFA (Radio Frequency Ablation). Bij deze techniek worden de uitzaaiingen door middel van elektromagnetische straling weggebrand. De techniek kan door de huid heen toegepast worden of tijdens een operatie.

Het gebeurt dat uitzaaiingen pijn veroorzaken door uitzetting van de lever. Om de pijn van de patiënt te verlichten, gaat men in bepaalde gevallen over tot zeer lokale injecties (embolisatie genoemd) van chemotherapie via een katheter (smal buisje) in de leverslagader.

■ Nevenwerking van de behandelingen

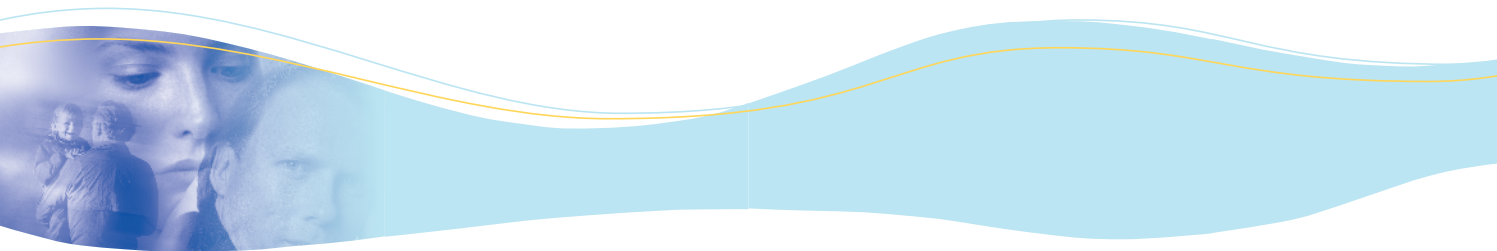
De aard en de ernst van de neveneffecten variëren naargelang het type van behandeling en de individuele gevoeligheid van elke zieke.

Belangrijke bemerking: de aanwezigheid, de duur of de intensiteit van de neveneffecten hebben niets te zien met de doeltreffendheid van de behandeling.

Chirurgie

Chirurgie kan leiden tot het aanmaken van een tijdelijke of definitieve kunstmatige anus (colostomie). Alles hangt af van de plaats van het gezwel en de graad van uitzaaiing. Aarzel niet om er voor de operatie met de chirurg over te praten, als deze dat type van ingreep bij u zou uitvoeren. De patiënt bepaalt in overleg met het medisch team mee de plaats van de colostomie, om een plaats op de buik te kiezen die het minst ongemak met zich meebrengt.

Bij een kunstmatige anus krijgt de patiënt precieze aanwijzingen (eventueel te volgen dieet, plaatselijke zorgen, vervanging van het zakje) vooraleer het ziekenhuis te verlaten. Zo kan de patiënt zo snel mogelijk terug een normaal leven leiden. Voor praktische tips over dit onderwerp kunt u terecht bij een vereniging voor mensen met een stoma. De gegevens hiervan kunt u bekomen via de Kankerfoon van de Stichting tegen Kanker (zie p. 32).



Radiotherapie

Radiotherapie doodt de cellen die zich delen (kankercellen, maar ook de 'goede' cellen) op de plaats waar de stralen op gericht staan.

Naast een groeiende vermoeidheid, beperken de nevenwerkingen van deze behandeling zich dus tot de bestraalde plaats, afhankelijk van de ontvangen dosis, de duur van de behandeling en de gevoeligheid van de organen aan de stralen. Bij bestraling van endeldarmkanker, kan de huid van de onderbuik geïrriteerd zijn (rood, net zoals bij een zonnslag), net zoals de wand van de endeldarm (veelvuldig ontlasten, vermengd met slijm) of de blaas (vaak urineren). Deze nevenwerkingen zijn meestal van tijdelijke aard en verdwijnen relatief snel na de behandeling.

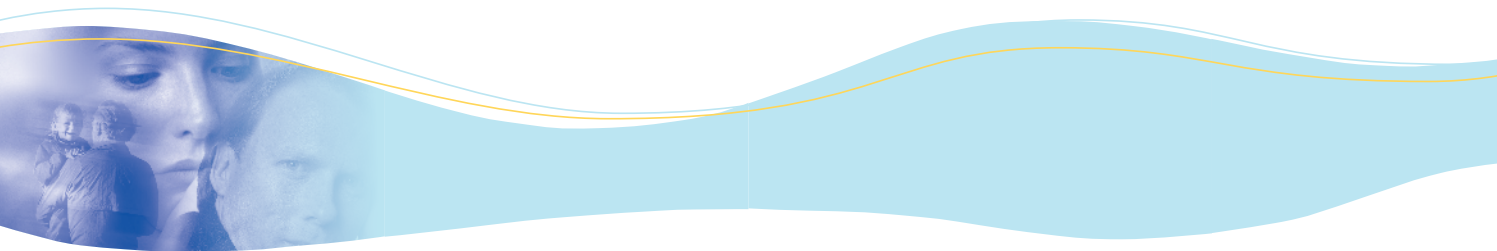
Chemotherapie

Ook chemotherapie valt de cellen aan die zich verdelen, maar - in tegenstelling tot radiotherapie - gaat het om een algemene behandeling. De medicijnen komen via het bloed inderdaad overal in het lichaam terecht. Naast de kankercellen, lijden ook de normale cellen die zich vermenigvuldigen om het bloed te vernieuwen (beendermerg) of de organen ook onder de chemotherapie. Vandaar neveneffecten (vatbaarheid voor infecties, gebrek aan rode bloedlichaampjes, misselijkheid, enzovoort) die de bruikbare hoeveelheid van medicijnen soms beperken.

De behandeling moet inderdaad voldoende 'goede' cellen sparen opdat deze de schade tussen twee kuren of na de behandeling kunnen herstellen.

Het 5-FU (basisgeneesmiddel voor chemotherapie bij darmkanker) onder de vorm van regelmatige intraveneuze injecties, kan gepaard gaan met misselijkheid, soms ook met braken en met een toxiciteit voor het beendermerg en de slijmvliezen. Hetzelfde geneesmiddel toegediend met behulp van een draagbaar pompje is doeltreffender en draaglijker. In dat laatste geval is het meest voorkomende neveneffect vermoeidheid die kan variëren van geval tot geval.

Als u meer informatie wilt over de neveneffecten van chemotherapie of radiotherapie, of praktische tips zoekt om de nevenwerkingen te verzachten, kunt u gratis een brochure met uitleg aanvragen bij de Stichting tegen Kanker. U kunt ook terecht op de website van de Stichting (www.kanker.be) onder de rubriek 'Behandelingen' of bij de **Kankerfoon op 0800 15 802**.



■ Toezicht na het stopzetten van de behandelingen

Na het stopzetten van de behandelingen, blijft de patiënt onder toezicht om een eventueel herval of een nieuw geval van darmkanker op te sporen. Het standaardschema (aangepast in functie van de patiënt) bestaat uit een **jaarlijkse coloscopie** gedurende de eerste drie jaren, vervolgens elke drie of vijf jaar als men geen herval of nieuwe poliepen ontdekt heeft. Als het om endeldarmkanker ging, vult een scanner het onderzoek aan.

■ Nuttige informatie

Vermoeidheid

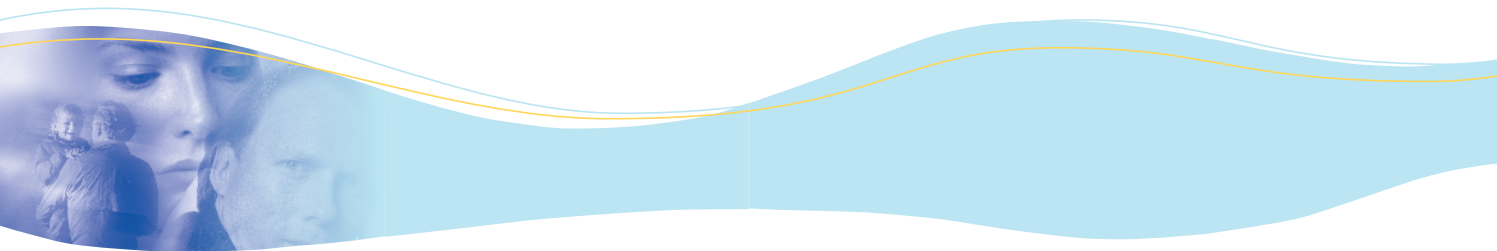
Vermoeidheid is een bijwerking van kanker en/of de behandeling, die de laatste jaren door steeds meer patiënten wordt gemeld. Patiënten kunnen soms na lange tijd nog last hebben van extreme vermoeidheid.

Spreek hierover met uw arts. Hij kan u raad geven om deze vermoeidheid te verhelpen of de gevolgen hiervan te verminderen.

Het lijden van de zieken verlichten

Als er sprake is van kanker, denken veel mensen onmiddellijk aan pijn. Dat is zeker niet de regel. Een kanker op zich is zelden pijnlijk, maar het binnendringen in of de samendrukking van organen, bloedvaten of zenuwen kan pijn veroorzaken. Er bestaan verschillende manieren om pijn te verzachten, van aspirine tot morfine (bij correct gebruik is het een uitstekend geneesmiddel), over chirurgie, chemotherapie of palliatieve radiotherapie (om het lijden van de patiënt te verzachten).

Om een optimaal effect te hebben, moeten de behandelingen onder medisch toezicht gebeuren en moeten de patiënten ze nauwgezet opvolgen. Zo is het van kapitaal belang zich strikt te houden aan de voorgeschreven doses pijnstillers.



Het belang van een goede voeding

Kwaliteitsvolle voeding is voor iedereen belangrijk, zeker als de ziekte of de behandelingen het gestel op de proef stellen. Probeer zoveel mogelijk normaal te eten. Vraag uw arts gerust om raad als u moeilijkheden hebt.

Volg nooit op eigen houtje een zogezegd antikankerdieet. De doeltreffendheid ervan is nauwelijks aangetoond en u loopt het risico uw lichaam op een ongelegen moment te verzwakken.

Een brochure met als titel 'Voeding bij kanker' is op simpel verzoek verkrijgbaar bij de Stichting tegen Kanker. Op de website www.kanker.be vindt u ook tal van adviezen over dit onderwerp.



Het belang van goede moed

Goede moed is altijd belangrijk, zelfs al volstaat dat niet om de beste genezingskansen te garanderen. Toch is het een essentieel element om beter te leven, wat er ook gebeurt. Het helpt u om de moeilijke momenten van de ziekte en de behandeling gemakkelijker door te komen.

Het is dus zeer normaal dat er zich ups en downs voordoen.

Houd uw problemen niet voor uzelf. Praat erover met iemand die dichtbij u staat, met iemand van het verplegend personeel of met een psycholoog.

Er bestaat een vereniging van mensen met een colostomie (kunstmatige anus). De gegevens van deze vereniging kan u bekomen bij de Kankerfoon van de Stichting tegen Kanker (zie pagina 32).



Het belang van een vertrouwensrelatie met de mensen die u verzorgen

Deze brochure beantwoordt ongetwijfeld niet alle vragen die op dit moment bij u leven of die later bij u op zullen komen. Dat was ook niet het doel.

Met deze algemene uitleg hebben we geprobeerd u de voornaamste aspecten van de ziekte en de behandelingen beter te leren begrijpen. Zo bent u beter geplaatst om aan uw arts de vragen te stellen die u bezighouden. Enkel hij kan de ontwikkeling van uw geval volledig duiden.

Uiteraard mag u niet vergeten dat de geneeskunde niet altijd antwoorden heeft op alle vragen. Elke patiënt is immers anders.

Vraag uw arts indien nodig gerust om uitleg en durf uw vragen opnieuw te stellen tot u een begrijpbaar antwoord hebt gekregen ... Dat zal u helpen om een echte dialoog op te bouwen, wat broodnodig is om de ziekte het hoofd te bieden. Zo neemt u in gezamenlijk overleg en in het volste vertrouwen alle beslissingen.

Bezoek onze website www.kanker.be

In de rubriek "Over kanker" vindt u veel nuttige informatie. U kunt er ook onze vele brochures raadplegen onder de rubriek "Publicaties". Deze kunnen ook besteld worden op het nummer 02 733 68 68.

De Stichting tegen Kanker: één missie, drie doelstellingen

De Stichting tegen Kanker heeft slechts één ambitie: zoveel mogelijk vooruitgang maken in de strijd tegen kanker.

Om dat mogelijk te maken werken we op drie niveaus:

☞ Wij financieren het kankeronderzoek in België

Om de genezingskansen te verhogen, financieren wij het werk van onderzoekers in de grote onderzoekscentra in ons land, voornamelijk universiteiten.

☞ Wij bieden sociale hulp, financiële steun en informatie aan patiënten en hun naasten

Om de levenskwaliteit van mensen met kanker te verbeteren, bieden wij informatie, sociale hulp en ondersteuning aan personen met en na kanker en hun naasten.

☞ Wij promoten een gezonde levenswijze, preventie en opsporing door het breed verspreiden van wetenschappelijk gevalideerde informatie

Om het risico op kanker te verminderen, moedigen wij het publiek aan om een gezonde levenswijze aan te nemen en deel te nemen aan opsporingsprogramma's. Daarom verspreiden wij op brede schaal wetenschappelijk gevalideerde informatie.