

# Dikkedarm- en endeldarmkanker

Informatiebrochure patiënten



|                                                                             |          |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. Wat is darmkanker? .....</b>                                          | <b>4</b> |
| 1.1 Groeiwijze en uitzaaiingen .....                                        | 4        |
| <b>2. Wat zijn de symptomen? .....</b>                                      | <b>4</b> |
| 2.1 Symptomen bij een tumor in het laatste<br>deel van de dikke darm.....   | 4        |
| 2.2 Symptomen bij een tumor in het eerste<br>deel van de dikke darm.....    | 4        |
| <b>3. Diagnose .....</b>                                                    | <b>5</b> |
| 3.1 Voor de diagnose.....                                                   | 5        |
| Coloscopie .....                                                            | 5        |
| CT-scan van de buik.....                                                    | 5        |
| 3.2 Na de diagnose .....                                                    | 6        |
| MRI van de lever.....                                                       | 6        |
| Bij endeldarmkanker: MRI van de<br>bekkenbodem .....                        | 6        |
| Bij endeldarmkanker: endo-echografie                                        | 6        |
| Bloedonderzoek naar CEA-gehalte.....                                        | 6        |
| <b>4. Behandeling .....</b>                                                 | <b>6</b> |
| 4.1 Bepaling van het stadium bij dikkedarm-<br>en endeldarmkanker.....      | 6        |
| Verschillende stadia.....                                                   | 7        |
| 4.2 Behandelplan .....                                                      | 7        |
| 4.3 Doel van de behandeling .....                                           | 7        |
| Curatieve behandeling.....                                                  | 7        |
| Palliatieve behandeling.....                                                | 7        |
| Afzien van behandeling .....                                                | 7        |
| 4.4 Operatie van de darm bij dikkedarm-<br>kanker .....                     | 9        |
| Kijkoperatie of laparoscopie .....                                          | 9        |
| Robotoperatie.....                                                          | 9        |
| Operatie of laparotomie (het openen<br>van de buik) .....                   | 9        |
| 4.5 Operatie van de darm bij endeldarm-<br>kanker .....                     | 10       |
| Bestraling of chemoradiatie voor de<br>operatie .....                       | 10       |
| Operatie van de endeldarm.....                                              | 11       |
| 4.6 ERAS (Enhanced Recovery After<br>Surgery).....                          | 12       |
| 4.7 Behandeling van uitzaaiingen bij<br>dikkedarm- en endeldarmkanker ..... | 12       |
| Operatief verwijderen van uitzaaiingen<br>in de lever.....                  | 12       |
| Operatief verwijderen van uitzaaiingen<br>in de longen .....                | 12       |
| RFA of MWA bij uitzaaiingen lever .....                                     | 12       |

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| Elektroporatie of IRE bij uitzaaiingen lever .....                  | 13        |
| SIRT bij uitzaaiingen lever .....                                   | 13        |
| HIPEC bij uitzaaiingen in het buikvlies                             | 13        |
| Bestraling van uitzaaiingen in de lever of longen .....             | 13        |
| 4.8 Chemotherapie bij dikkedarm- en endeldarmkanker .....           | 14        |
| Chemotherapie als aanvullende behandeling .....                     | 14        |
| Chemotherapie als palliatieve behandeling .....                     | 14        |
| 4.9 Doelgerichte therapie bij dikkedarm- en endeldarmkanker .....   | 16        |
| Bijwerkingen van doelgerichte therapie                              | 16        |
| 4.10 Palliatieve operaties bij dikkedarm- en endeldarmkanker .....  | 16        |
| Palliatieve darmoperatie .....                                      | 16        |
| Palliatieve endoporthese .....                                      | 16        |
| 4.11 Palliatieve bestraling bij dikkedarm- en endeldarmkanker ..... | 16        |
| Bijwerkingen van palliatieve bestraling                             | 17        |
| <b>5. Stoma .....</b>                                               | <b>17</b> |
| 5.1 Wat is een stoma? .....                                         | 17        |
| 5.2 Soorten stoma .....                                             | 17        |
| Ileostoma (stoma van de dunne darm)                                 | 17        |
| Colostoma (stoma van de dikke darm)                                 | 17        |
| 5.3 Voor de operatie .....                                          | 17        |
| 5.4 Leven met een stoma .....                                       | 17        |
| 5.5 Stomaverpleegkundigen .....                                     | 18        |
| <b>6. De gevolgen van dikkedarm- en endeldarmkanker .....</b>       | <b>18</b> |
| 6.1 Overleving .....                                                | 18        |
| 6.2 Controle .....                                                  | 18        |
| 6.3 Voeding .....                                                   | 19        |
| 6.4 LARS .....                                                      | 19        |
| Wisselende stoelgang .....                                          | 19        |
| Plasklachten .....                                                  | 19        |
| Veranderende seksualiteit .....                                     | 19        |
| 6.5 Ondersteuning .....                                             | 19        |
| Extra ondersteuning .....                                           | 20        |
| Contact met lotgenoten .....                                        | 20        |
| <b>7. Team .....</b>                                                | <b>20</b> |
| <b>Notities .....</b>                                               | <b>21</b> |
| <b>Contact .....</b>                                                | <b>24</b> |

Beste patiënt,

U kreeg de diagnose darmkanker. Wat is darmkanker? Hoe wordt de diagnose gesteld? Wat gebeurt er na de diagnose en wat houdt een behandeling in? U vindt al deze informatie in deze brochure.

Hebt u nog vragen, stel ze gerust aan uw behandelend arts of verpleegkundige.

Wij helpen u graag verder.

*Tekst gebaseerd op de brochure 'Dikkedarm- en endeldarmkanker' van KWF-kankerbestrijding Nederland. Bewerkt en aangevuld met informatie door Universitair Ziekenhuis Antwerpen.*

## 1. Wat is darmkanker?

Jaarlijks krijgen ruim 8.000 mensen de diagnose dikkedarmkanker. Dikkedarmkanker ontstaat bijna altijd uit een poliep in de darmwand. Een poliep is een goedaardige tumor die kwaadaardig kan worden. Een kwaadaardig gezwel wordt kanker genoemd.

Kanker in de dikke darm kan ontstaan in alle delen van de dikke darm. Ongeveer 75% ontstaat in de laatste delen van de dikke darm. Ongeveer een derde van alle tumoren in de dikke darm ontstaan in het allerlaatste deel: de endeldarm. Dit heet endeldarmkanker of rectumcarcinoom. Bij endeldarmkanker kan het onderzoek en de behandeling anders zijn dan bij kanker in de andere delen van de dikke darm.

### 1.1 Groeiwijze en uitzaaiingen

Kanker kan uitzaaien, ook wel metastaseren genoemd. Rond de darmen zit een uitgebreid systeem van lymfevaten, lymfeklieren en bloedvaten. Groeit een tumor verder in de darmwand, dan wordt het risico groter dat kankercellen zich via lymfeklieren, lymfevaten of bloedvaten verder kunnen verspreiden in het lichaam. Deze beginnen meestal in de lymfeklieren. Zo kunnen bijvoorbeeld de lever, de longen en het buikvlies worden aangetast.

## 2. Wat zijn de symptomen?

In het algemeen kunnen de volgende klachten voorkomen bij dikkedarmkanker:

- een vol gevoel
- een gebrek aan eetlust
- een verandering van het ontlastingspatroon
- winderigheid
- bloedverlies

Daarnaast kunnen bijkomende symptomen optreden afhankelijk van de plaats van de tumor in de dikke darm.

### 2.1 Symptomen bij een tumor in het laatste deel van de dikke darm

In het laatste deel van de dikke darm is de ontlasting ingedikt. Volgende symptomen kunnen dan optreden:

- verandering in de stoelgang
- zichtbaar bloed en/of slijm bij de ontlasting
- krampende buikpijn
- valse aandrang

### 2.2 Symptomen bij een tumor in het eerste deel van de dikke darm

In het begin van de dikke darm is de ontlasting nog dun. Zo kan de ontlasting de tumor makkelijk passeren. Klachten ontstaan daardoor veel later dan bij een tumor in het laatste deel van de dikke darm. Volgende symptomen kunnen dan optreden:

- Vermoeidheid en duizeligheid door bloedarmoede. Dit kan ontstaan door langdurig bloedverlies in de dikke darm. Hierdoor is de stoelgang donker en erg plakkerig.
- Vage buikpijn
- Er ontstaat een gevoelige plek in de buik. Bij het lichamelijk onderzoek kan de arts een zwelling voelen.

Deze symptomen kunnen ook met andere ziektes dan kanker te maken hebben. Heeft u deze symptomen, raadpleeg dan uw huisarts.

## 3. Diagnose

### 3.1 Voor de diagnose

Uw huisarts zal u bevragen en u lichamelijk onderzoeken. Zo zal hij op zoek gaan naar een gevoelige plek in uw buik. Als u bloed of slijm bij de ontlasting heeft, voert uw huisarts een rectaal onderzoek uit. De huisarts onderzoekt, via de anus, de endeldarm.

Vermoedt uw huisarts dat u een gezwel of een andere aandoening van de dikke darm heeft, dan verwijst hij u door naar een gastro-enteroloog, een internist of een chirurg. Uw huisarts verwijst u ook door wanneer er geen verklaring wordt gevonden voor klachten als bloedarmoede, vermagering en/of aanhoudende buikpijn.

De specialist herhaalt het lichamelijk onderzoek en zo nodig ook het rectaal onderzoek. Daarna kunnen andere onderzoeken volgen:

#### Coloscopie

Om uw dikke darm en endeldarm volledig van binnenuit te bekijken, doet de arts bij voorkeur een coloscopie. Hij bekijkt daarmee de hele dikke darm en controleert deze op een eventuele tumor, poliepen of andere darmaandoeningen. De arts gebruikt voor het onderzoek een dunne, buigzame slang waaraan een kleine camera zit. Hij brengt de slang via de anus in de darm. Het slijmvlies wordt bekeken en via een biopsie wordt een klein stukje weefsel weggenomen voor verder onderzoek. Een patholoog onderzoekt het weefsel onder de microscoop. Met de uitslag stelt de arts een definitieve diagnose.

#### Vorbereiding coloscopie

U kunt alleen onderzocht worden als de dikke darm proper is. De arts zal u een totale darmspoeling voorschrijven. Meestal moet u daarvoor 2 liter water met een laxemiddel drinken, een deel de avond voor het onderzoek en een deel de dag van het onderzoek. Daarnaast dient u, gedurende 1 tot 3 dagen voor het onderzoek, een restenarm dieet te volgen. De voorbereiding en uitleg van het dieet wordt besproken bij het maken van de afspraak.

#### Duurtijd coloscopie

Een coloscopie duurt ongeveer 30 minuten. Veel mensen vinden dit onderzoek niet prettig. U kunt daarom een roesje (lichte vorm van narcose) of narcose krijgen. Meestal bestaat een roesje uit slaapmiddel en pijnstilling waardoor u zich meer ontspannen en een beetje slaperig kunt voelen. Ook voelt u minder pijn en angst. Houd er wel rekening mee dat u die dag niet zelf met een auto, fiets of ander vervoersmiddel kunt rijden.

#### CT-scan van de buik

Ook kan men kiezen voor het uitvoeren van een CT-scan van de buik om een oorzaak te zoeken voor uw klachten. Dit onderzoek kan volgen op een coloscopie als er een vermoeden van een tumor is. De CT-scan dient dan om na te gaan hoe uitgebreid het letsel is. Een CT van de longen en borstkas kan meer duidelijkheid geven over uitzaaiingen in deze gebieden.

De CT-scan heeft een ronde opening. U ligt voor het onderzoek op een beweegbare tafel en schuift door de opening heen. Terwijl de tafel verschuift, maakt het apparaat een serie foto's. Hierop staat steeds een ander stukje van het orgaan of weefsel afgebeeld. Deze doorsneden geven een beeld van:

- de plaats en de grootte van een mogelijke tumor
- of en hoever de tumor is doorgroeid in het weefsel rond de tumor
- of er uitzaaiingen zijn in de lymfeklieren en/of organen ergens anders in de buik of lever.

### 3.2 Na de diagnose

Bij een kwaadaardige tumor is verder onderzoek nodig zodat de arts kan vaststellen hoe groot de tumor is en of er uitzaaiingen zijn. Zo kan hij bepalen welke behandeling het meest geschikt is. Een aanvullende CT-scan van de longen kan helpen bij het bepalen van de behandeling.

Naast een CT-scan kunt u volgende onderzoeken krijgen:

#### MRI van de lever

Geeft een CT-scan niet genoeg duidelijkheid over afwijkingen in de lever, dan maakt de arts vaak een MRI van de lever. Zo kunnen kleinere uitzaaiingen in de lever worden ontdekt. Een MRI werkt met een magneetveld, radiogolven en een computer. Indien u een pacemaker heeft of metaalsplinters in uw oog of elders in uw lichaam, kan u dit onderzoek niet ondergaan.

Een MRI maakt een dwarsdoorsnede en/of lengtedoorsnede van uw lichaam zichtbaar. Zo kan de arts een mogelijke tumor en/of uitzaaiingen zien. Tijdens dit onderzoek ligt u in een soort koker. Via de intercom blijft u altijd in contact met de arts, die zich in een andere ruimte bevindt. Indien nodig laat de arts contrastvloeistof, via uw arm, inspuiten. Dankzij contrastvloeistof kan een orgaan of bloedvat beter onderscheiden worden op beeld.

#### Bij endeldarmkanker: MRI van de bekkenbodem

Bij endeldarmkanker maakt de arts vaak een MRI van de bekkenbodem. Hiermee kan hij de grootte en de ligging van de tumor zo goed mogelijk in beeld brengen. Dit is belangrijk om de juiste behandeling te kunnen bepalen.

#### Bij endeldarmkanker: endo-echografie

Indien nodig maakt de arts, bij patiënten met een tumor in de endeldarm, een endo-echografie. De doorgroei van de tumor in de wand van de endeldarm en de lymfeklieren in de directe omgeving van de tumor wordt hiermee in beeld gebracht. Het onderzoek is een combinatie van een endoscopie met een echografie. De arts brengt een dunne buis of slang via de anus in en schuift de buis 20 tot 25 centimeter in de endeldarm. Aan het eind van de slang zit een lampje en een camera. Aan de slang is een echo-apparaatje gekoppeld. Hiermee maakt de arts de endeldarm van binnenuit op een beeldscherm zichtbaar. Vaak krijgt u voor het onderzoek een lavement om de darmen leeg te maken. Uw behandelend arts bespreekt dit met u.

#### Bloedonderzoek naar CEA-gehalte

Blijkt uit de onderzoeken dat u dikkedarm- of endeldarmkanker heeft, dan onderzoekt de arts het CEA-gehalte (carcino-embryonaal antigeen gehalte) in het bloed. CEA, ook wel tumormerker genoemd, is een stof die sommige kwaadaardige tumoren afgeven. Een verhoging van het CEA betekent niet automatisch dat er sprake is van kanker, maar bij een stijging is verder onderzoek wel nodig. De arts kan het verloop van de ziekte volgen. Dit doet hij door het CEA-gehalte voor en na de operatie met elkaar te vergelijken.

## 4. Behandeling

### 4.1 Bepaling van het stadium bij dikkedarm- en endeldarmkanker

De arts zal u, in samenspraak met andere betrokken specialisten, een multidisciplinaire behandeling voorstellen. Volgende aspecten bepalen mee de behandeling:

- Uit welke soort cellen de tumor is ontstaan
- Hoe kwaadaardig deze cellen zijn
- Wat het stadium van de ziekte is

Het stadium geeft aan hoever de ziekte zich in het lichaam heeft uitgebreid. De arts stelt het stadium vast. Hij onderzoekt hiervoor:

- de plaats en grootte van de tumor
- of en hoever de tumor is doorgesproeid in het weefsel eromheen
- of er uitzaaiingen zijn in de lymfeklieren en/of organen ergens anders in het lichaam

Het soort cellen en hoe kwaadaardig deze zijn, wordt bepaald door een biopsie waarbij een stuk weefsel weggenomen en onderzocht wordt door een patholoog. Pas na dit onderzoek wordt het stadium definitief vastgesteld. Dit duurt ongeveer 10 werkdagen. Aan de hand van het stadium schat de arts vervolgens de vooruitzichten in en bepaalt hij de behandeling.

### Verschillende stadia

Bij dikkedarmkanker en endeldarmkanker zijn er 4 stadia:

- stadium I: de tumor is beperkt tot het slijmvlies of de binnenste laag spierweefsel van de dikke darm.
- stadium II: de tumor is door de spierlaag van de darmwand heen gegroeid en eventueel in het weefsel eromheen.
- stadium III: er zijn uitzaaiingen in de lymfeklieren in de buurt van de tumor.
- stadium IV: er zijn uitzaaiingen in verder weg gelegen lymfeklieren en/of in andere organen of weefsels.

## 4.2 Behandelplan

Uw arts bespreekt uw ziektegeschiedenis en uw behandelplan met een team van gespecialiseerde artsen in een multidisciplinair overleg (MOC-verleg). Dit behandelplan wordt bepaald op basis van nationale – en internationale richtlijnen en de volgende gegevens:

- het stadium van de ziekte
- kenmerken van de tumor, bijvoorbeeld hoe kwaadaardig deze is
- de plaats van de tumor
- uw lichamelijke conditie

## 4.3 Doel van de behandeling

Een behandeling kan gericht zijn op genezing, maar ook op het remmen van de ziekte. Uw behandelend arts bekijkt samen met u uw situatie en mogelijkheden.

### Curatieve behandeling

Is genezing het doel, dan is er sprake van een curatieve behandeling. Vaak wordt dit gecombineerd met een aanvullende behandeling.

- \* Neo-adjuvante behandeling: een aanvullende behandeling vóór een andere behandeling. Een voorbeeld hiervan is radiotherapie en chemotherapie om de tumor kleiner te maken vóór een operatie.
- \* Adjuvante behandeling: een aanvullende behandeling na een operatie. Een voorbeeld van een adjuvante behandeling is chemotherapie na een operatie om overgebleven kankercellen te doden.

### Palliatieve behandeling

Is genezing niet (meer) mogelijk, dan kunt u een palliatieve behandeling krijgen. Deze behandeling is gericht op het remmen van de ziekte en/of vermindering of het voorkomen van klachten.

### Afzien van behandeling

Tijdens uw ziekte kunt u of uw arts de indruk hebben dat de behandeling of de gevolgen daarvan niet meer opwegen tegen de te verwachten resultaten. Twijfelt u aan de zin van een (verdere) behandeling, dan kunt u dit best bespreken met uw behandelend arts of huisarts. Iedereen heeft het recht om af te zien van (verdere) behandeling(en). Uw arts blijft u de medische zorg en begeleiding geven die nodig zijn om de gevolgen van uw ziekte zo veel mogelijk te bestrijden.



## 4.4 Operatie van de darm bij dikkedarmkanker

Bij dikkedarmkanker is een operatie de hoeksteen van de behandeling. Vaak is een combinatie van behandelmethoden nodig, maar een operatie is essentieel.

Indien mogelijk verwijdert de arts de tumor. Meestal is dit een operatie die in opzet genezend is. De arts verwijdert de tumor ruim, omdat er tijdens de operatie niet te zien is of er in het weefsel rondom de tumor ook kankercellen zitten. Dat wil zeggen dat naast de tumor ook een deel van de gezonde darm en de lymfeklieren, lymfevaten en bloedvaten die omheen de tumor liggen weggenomen worden. Ruim opereren vergroot de kans dat alle kankercellen weg zijn.

Een patholoog onderzoekt het weggenomen weefsel onder de microscoop op aanwezigheid van kankercellen. De uitslag van dit onderzoek geeft belangrijke informatie over het stadium van de ziekte. Hiermee bepaalt de arts bijvoorbeeld of verdere behandeling met chemotherapie nodig is.

Nadat het dikke darmweefsel is verwijderd, hecht de arts de twee uiteinden van de dikke darm weer aan elkaar. Zo'n verbinding heeft een naad of anastomose. Indien nodig legt de arts een tijdelijke stoma aan.

De arts kan het deel van de darm met de tumor op drie manieren verwijderen:

### 1. Kijkoperatie of laparoscopie

Hierbij wordt het gedeelte van de darm met de tumor verwijderd via een kijkoperatie of laparoscopische operatie. Bij een kijkoperatie zijn de wonden kleiner dan wanneer de buik moet worden geopend (laparotomie). Deze manier van opereren heeft dezelfde goede uitkomsten als bij het openen van de buik maar bij een kijkoperatie zal u sneller van de ingreep herstellen. Een kijkoperatie is niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld als de tumor te groot is of als u al eerder operaties in de buik heeft ondergaan. Soms ziet de arts pas tijdens de operatie dat hij toch de buik moet openen om de tumor veilig te kunnen verwijderen.

### 2. Robotoperatie

Bij een operatie met de robot ondervindt u dezelfde kleine wondjes als bij een kijkoperatie. De armen van de robot worden door deze kleine wondjes in de buik gebracht. De chirurg bestuurt de robot vanuit een cabine. Het herstel na deze operatie gaat, net zoals bij de kijkoperatie, vlotter dan na een laparotomie.

### 3. Laparotomie (het openen van de buik)

Als de arts oordeelt dat een kijkoperatie bij u niet mogelijk is, stelt de arts voor om de operatie uit te voeren via laparotomie. Hierbij wordt het gedeelte van de darm met de tumor verwijderd via een snee in het midden van de buik.

Complicaties bij een operatie van de dikkedarm

Bij elke operatie kunnen complicaties ontstaan. U kunt bij een operatie aan de dikke darm last krijgen van:

- nabloeding
- infectie of ontsteking van de wond
- longontsteking
- trombose: een bloedpropje in de bloedvaten
- ileus: de maag en darmen werken tijdelijk niet meer. Hierdoor kunt u niet eten en bent u soms misselijk. Dit gaat vanzelf over, maar tot die tijd krijgt u voedingsstoffen via een infuus.
- naadlekkage: als de nieuwe verbinding van de darmen niet goed geneest, kan er darminhoud in de buik lekken. Indien nodig wordt de verbinding afgebroken en een stoma aangelegd.

Als er een complicatie optreedt, is dit vrijwel altijd tijdens de opname in het ziekenhuis en kan de juiste behandeling meteen gestart worden. Indien u één van bovenstaande complicaties ondervindt na ontslag uit het ziekenhuis, neemt u best contact op met uw behandelend arts. Samen wordt er naar een oplossing gezocht.

De eerste weken na een operatie van de darm bij dikkedarmkanker kunt u last krijgen van wisselende stoelgang. Dit is een normaal gevolg van de operatie.

## 4.5 Operatie van de darm bij endeldarmkanker

Bij endeldarmkanker is een operatie de meest toegepaste behandeling. Vaak is een combinatie van behandelmethoden nodig. De behandeling van endeldarmkanker is iets anders dan bij kanker in de andere delen van de dikke darm.

### Bestraling en chemoradiatie voor de operatie

Afhankelijk van het stadium van de darmkanker wordt u voor de operatie bestraald. Dit heet een neo-adjuvante of aanvullende bestraling. Bij chemoradiatie krijgt u naast de bestraling ook chemotherapie voor de ingreep.

#### Bestraling

Bestraling is een onderdeel van een behandeling die in opzet genezend is, met als doel zoveel mogelijk kankercellen te vernietigen en de overige kankercellen minder levensvatbaar te maken. De arts verkleint zo de kans op plaatselijke terugkeer van de kanker. Een bestraling voor de operatie is geen uitstel van de behandeling, maar een belangrijk onderdeel daarvan.

Bestraling of radiotherapie is een plaatselijke behandeling met röntgenstraling. Enkel het deel van uw lichaam waar de tumor zit wordt bestraald. De bestraling kan bestaan uit een korte serie (5 bestralingen in 1 week) of lange serie (5 bestralingen verspreidt over 5 tot 6 weken, 5 maal per week) bestralingen. De keuze hangt af van:

- of en hoever de tumor is doorgroeid in het omliggende weefsel
- de plaats waar de tumor zit
- of er uitzaaiingen zijn in de lymfeklieren

#### Chemoradiatie

Bij chemoradiatie krijgt u tijdens een bepaalde periode bestraling gecombineerd met chemotherapie. Chemotherapie is een behandeling met cytostatica. Deze medicatie verspreidt zich via het bloed doorheen uw lichaam en doodt cellen of remt de celdeling. Chemotherapie en bestraling versterken elkaar in hun werking. U wordt 6 tot 10 weken na afloop van de chemoradiatie geopereerd.

Bij bestraling of chemoradiatie voor een operatie kunt u last krijgen van:

- een verandering in het ontlastingspatroon, zoals bijvoorbeeld de stoelgangsfrequentie of consistentie. Zolang de tumor nog niet is verwijderd, kunnen de klachten ook hiervan het gevolg zijn.
- valse aandrang voor stoelgang
- vaker moeten plassen: omdat vaak ook een deel van de blaas is bestraald
- een plaatselijke reactie van de huid: een rode of donker verkleurde huid en soms blaren op de plek van de bestraling
- haaruitval op de plek van bestraling
- vermoeidheid

Wanneer eventuele bijwerkingen optreden, hangt af van de duur van de bestralingsbehandeling:

- Bij een korte bestralingsbehandeling vallen de bijwerkingen van de bestraling samen met de periode kort na de operatie.
- Bij een lange bestralingsserie treden de meeste bijwerkingen tijdens of kort na de bestraling op.

Bij chemoradiatie krijgt u 2 behandelingen tegelijkertijd. De bijwerkingen kunnen heviger zijn. U kunt last krijgen van:

- diarree
- hand-voet-syndroom: rode handpalmen en/of voetzolen, de huid kan vervellen en de handen en voeten zijn soms pijnlijk
- misselijkheid
- stomatitis: geïrriteerd slijmvlies in de mond en keel
- kans op infecties, door daling van de witte bloedcellen
- verlies van eetlust
- vermoeidheid

Meestal verliest u niet al uw haar. Dit komt omdat de hoeveelheid chemotherapie bij chemoradiatie veel lager is dan wanneer u alleen chemotherapie krijgt. Het haar kan wel dunner worden. Vaak verdwijnen de meeste klachten een paar weken na de behandeling. Het ontlastingspatroon kan door zowel de bestraling als de operatie blijvend veranderen.

Uw behandelend arts geeft u advies over hoe u de bijwerkingen kunt beperken.

### Operatie van de endeldarm

Meestal is dit een operatie die in opzet genezend is. Deze operatie gebeurt onder algemene verdoving. De arts verwijdert indien mogelijk de tumor en ook een deel van de gezonde darm, de lymfeklieren, lymfevaten en bloedvaten die om de tumor liggen. Zo vergroot de kans dat alle kankercellen weg zijn. De arts kan het deel van de endeldarm met de tumor op een aantal manieren verwijderen:

#### 1. Kijkoperatie

Bij een kijk- of laparoscopische operatie wordt de tumor in de endeldarm verwijderd via meerdere kleine insnedes van minder dan een centimeter. Deze manier van opereren heeft dezelfde goede uitkomsten als bij het openen van de buik, maar bij een kijkoperatie zal u sneller van de ingreep herstellen. Soms ziet de arts pas tijdens de operatie dat hij toch de buik moet openen om de tumor veilig te kunnen verwijderen.

#### 2. Kijkoperatie met de robot

Een kijkoperatie kan ook uitgevoerd worden met een robot. Bij een operatie met de robot ondervindt u dezelfde kleine wondjes als bij een kijkoperatie. De armen van de robot worden door deze kleine wondjes in de buik gebracht. De chirurg bestuurt de robot vanuit een cabine. Het herstel na deze operatie gaat, net als bij de kijkoperatie, vlotter dan na een laparotomie.

#### 3. Laparotomie (het openen van de buik)

Hierbij wordt het gedeelte van de darm met de tumor verwijderd via een snee in het midden van de buik. Als de arts oordeelt dat een kijkoperatie bij u niet mogelijk is, stelt de arts voor om de operatie uit te voeren via een laparotomie.

#### 4. Via de buik en de anus

Bij een transanale TME (Totale Mesorectale Excisie) of TaTME (Transanale Totale Mesorectale Excisie) opereert de arts via de buik en via de anus. Als de tumor laag in de endeldarm zit is het gemakkelijker om het laatste deel van de endeldarm via de anus te opereren. Als de tumor in de endeldarm te groot is om via de anus te opereren, wordt de tumor via een sneetje in de buik verwijderd.

### Aanleg van een stoma

Nadat de endeldarm geheel of gedeeltelijk is verwijderd, hecht de arts de 2 uiteinden van de dikke darm weer aan elkaar. Zo'n verbinding heet een naad of anastomose. Meestal legt de arts een stoma aan, dat is een kunstmatige uitgang van de darm in de huid van de buik. Een stoma kan tijdelijk of blijvend zijn, dit hangt af van de locatie van de tumor. Verder in deze brochure leest u meer over een stoma.

### Rectumamputatie

Indien de tumor in de sluitspier groeit is het niet altijd mogelijk om deze te sparen. Een definitief dikdarmstoma wordt dan aangelegd.

### Complicaties bij een operatie van de endeldarm

- naadlekkage: als de nieuwe verbinding van de darmen niet goed geneest, kan er darminhoud in de buik lekken. Hoe dichter de verbinding bij de anus ligt, hoe groter het risico is.
- LARS (Lower anterior resection syndrome) is een verzamelnaam voor klachten omtrent stoelgang die kunnen optreden na het geheel of gedeeltelijk verwijderen van de endeldarm. Meer info vind je verder in deze brochure. Indien een beschermende dundarmstoma werd aangelegd kunnen deze klachten optreden na het sluiten van de stoma. Klachten kunnen zijn:
  - frequente stoelgang tot 10-15 keer per dag (ook 's nachts)
  - fragmentatie: in een korte periode van 1-2 uur meerder keren een kleine hoeveelheid stoelgang hebben.

- Urgency: de stoelgang (defecatie) kan niet lang worden uitgesteld.
- Incontinentie: ongewild verlies van flatus (winderigheid) of stoelgang.
- plasklachten: soms worden tijdens de operatie zenuwen beschadigd. Daardoor is er een klein risico dat u na de operatie niet zelf kunt plassen. Dit is meestal tijdelijk. Mogelijk heeft u na de operatie een blaas-katheter, een slangetje in uw blaas, om de urine af te voeren. Het is mogelijk dat u na de operatie u blaas niet meer helemaal kan leeg plassen. Daardoor moet u vaker naar het toilet.
- nabloeding
- infectie of ontsteking van de wond
- longontsteking
- trombose: een bloedpropje in de bloedvaten
- ileus: de maag en darmen werken tijdelijk niet meer. Hierdoor kunt u niet eten en bent u soms misselijk. Dit gaat vanzelf over, maar tot die tijd krijgt u voedingsstoffen via een infuus.

#### 4.6 ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is een kwaliteitsprogramma dat toegepast wordt bij dikkedarmoperaties. Dat wil zeggen dat we bepaalde zorgmaatregelen hanteren om uw herstel na de operatie te verbeteren en te versnellen en uw verblijf in het ziekenhuis in te korten tot 3 dagen na de operatie. Uw arts bespreekt met u of u in aanmerking komt. Meer informatie over ERAS vindt u terug in de specifieke brochure rond ERAS.

#### 4.7 Behandeling van uitzaaiingen bij dikkedarm- en endeldarmkanker

Heeft u één of enkele uitzaaiingen in de lever, de longen of het buikvlies, dan bestaan er behandelingen die in opzet genezend zijn:

##### Operatief verwijderen van uitzaaiingen in de lever

De arts verwijdert een deel of delen van de lever. Dit wordt ook wel partiële hepatectomie of metastasectomie genoemd. Of dit mogelijk is, hangt onder andere af van uw conditie, het aantal uitzaaiingen en de plaats van de uitzaaiingen. In de weken volgende op de operatie kan de lever weer aangroeien. De kans op herstel van de lever is afhankelijk van de conditie van het overgebleven deel van de lever. In bepaalde situaties kunt u de leveroperatie tegelijk met de darmoperatie ondergaan.

Zoals bij elke operatie kunnen complicaties optreden. U kunt bij een operatie van de lever last krijgen van:

- pijn, dit is meestal goed te bestrijden met medicijnen
- bloedingen
- lekkage van gal in de buik
- infecties
- het tijdelijk verslechteren van de leverfunctie

##### Operatief verwijderen van uitzaaiingen in de longen

De arts verwijdert de tumor en een deel van het longweefsel eromheen. Vaak wordt ook een longkwab verwijderd. Indien nodig haalt de arts een long helemaal weg. Een longoperatie is een grote operatie die veel van u vraagt. U krijgt intensieve nazorg, met een goede pijnbestrijding. U krijgt begeleiding van een kinesist, om op de juiste manier adem te halen en slijm op te hoesten.

Deze operatie kan gevolgen hebben. Doordat de arts een (deel van een) long verwijdert, ontstaat ruimte. Verwijdert de arts een long helemaal, dan vult de ontstane ruimte zich met vocht. Verwijdert de arts een deel van een long, dan vult de ontstane ruimte zich met het overgebleven deel van de long. De borstkas wordt vaak iets kleiner aan de kant waar (een deel van) een long is weggenomen. Na de operatie kunnen volgende klachten ontstaan:

- Moeilijker ademen bij bepaalde weersomstandigheden (bijvoorbeeld bij vochtig weer, felle kou of veel wind).
- Verminderen van uithoudingsvermogen doordat de longinhoud verkleint.

### RFA (Radio Frequency Ablation) of MWA (Microwave Ablation) bij uitzaaiingen lever

Bij uitzaaiingen in de lever kunt u soms een RFA (Radio Frequency Ablation) of MWA (Microwave Ablation) behandeling krijgen. Deze behandelingen zijn in opzet genezend. Hierbij brandt de arts de uitzaaiingen in de lever met radiogolven (RFA) of microgolven (MWA) weg. Dit kan tijdens een operatie. De straling kan ook van buitenaf door de huid heen worden gegeven.

Niet iedereen kan deze behandeling krijgen. Overleg met uw arts of u in aanmerking komt voor deze behandelingen. Na een RFA of MWA behandeling kunt u buikpijn krijgen. In overleg met uw behandelend arts krijgt u hiervoor de nodige medicatie.

### Elektroporatie of IRE (IRreversible Electroporation) bij uitzaaiingen lever

Een IRE-behandeling heeft veel gelijkenissen met een RFA- of MWA-behandeling. Het verschil is dat een IRE-behandeling gebruik maakt van nanoknife-technologie. Een deel van de tumoren die door hun ligging nabij of rond bloedvaten voordien moeizaam of niet behandelbaar waren, kunnen met deze nieuwe nanoknife-technologie door middel van elektrische stroomstoten vernietigd worden. Hierdoor kan een tumor afsterven, zonder schade aan de bloedvaten aan te richten.

### SIRT (Selectieve Interne RadioTherapie) bij uitzaaiingen lever

Heeft u uitzaaiingen in de lever die niet operatief te verwijderen zijn, dan kunt u in aanmerking komen voor een SIRT-behandeling. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van inwendige bestraling met yttrium, rechtstreeks in het tumorweefsel van de lever. Dit gebeurt door het inbrengen van miljoenen kleine radioactieve bolletjes, genaamd SIR-Spheres microsferen. Op deze manier kunnen zeer hoge dosissen straling toegediend worden aan de tumorcellen, maar blijft het gezonde weefsel gespaard. Niet iedereen kan deze behandeling krijgen. Overleg met uw behandelend arts of u in aanmerking komt voor een SIRT-behandeling.

### HIPEC (Hypertherme IntraPEritoneale Chemotherapie) bij uitzaaiingen in het buikvlies

HIPEC is in opzet een genezende behandeling van uitzaaiingen in het buikvlies. Maar genezing is niet altijd haalbaar. Het effect van een HIPEC-behandeling is afhankelijk van het stadium van de ziekte aan het begin van de behandeling. HIPEC is een combinatiebehandeling van een operatie en chemotherapie. Chemotherapie is een behandeling met cytostatica (medicatie die cellen doden of de celdeling remmen).

Tijdens de operatie bepaalt de arts hoe uitgebreid de buikvliesuitzaaiingen zijn aan de hand van een PCI-score (Peritoneal Carcinomatosis Index). Nadien verwijdert de arts eerst al het zichtbare tumorweefsel. Daarna spoelt hij de buikholte met een hoge dosis warme chemotherapie. De behandeling is bedoeld om de kankercellen, die nog in de buikholte zitten, te vernietigen. Het effect van een HIPEC-behandeling is doeltreffender dan een gewone chemotherapie. Dit komt doordat u de medicatie alleen in de buik krijgt. Zo kan uw lichaam een hogere dosis chemotherapie verdragen. Ook heeft de combinatie van de operatie en de verwarmde chemotherapie een groter effect. Indien de PCI-score te hoog is, kan worden besloten de operatie te stoppen.

HIPEC is een zware ingreep met kans op complicaties. Daarom komen alleen mensen die in een goede conditie zijn in aanmerking voor deze behandeling. U kunt bij een HIPEC-behandeling last krijgen van:

- Algemene gevolgen van een operatie:
  - trombose: dit is een bloedpropje in de bloedvaten
  - nabloeding
  - infectie
- Naadlekkage: hierbij lekt darminhoud naar de buikholte. Een tweede operatie is dan vaak noodzakelijk.
- Ileus: de maag en darmen werken tijdelijk niet meer. Hierdoor kunt u niet eten en bent u soms misselijk. Dit gaat vanzelf over, maar tot die tijd krijgt u voedingsstoffen via een infuus.
- Bijwerkingen van de chemotherapie: door de afname van het aantal witte bloedlichaampjes ontstaat een grotere gevoeligheid voor infecties. Ook dit gaat vanzelf over.

### Bestraling van uitzaaiingen in de lever of longen

Bij uitzaaiingen in de lever of longen, waarbij bovenstaande behandelingen niet mogelijk zijn, kan een stereotactische bestraling werken. Stereotactisch betekent dat de tumor heel nauwkeurig bestraald wordt vanuit verschillende richtingen. Deze behandeling is in opzet genezend. Een stereotactische bestraling is uitwendig: u wordt door de huid heen bestraald. Daardoor kunt u per keer een zeer hoge bestralingsdosis krijgen. De arts kan het gezonde weefsel rondom de tumor tot op de millimeter nauwkeurig sparen. Voor een stereotactische bestraling is geen ziekenhuisopname nodig.

## 4.8 Chemotherapie bij dikkedarm- en endeldarmkanker

Bij dikkedarm- en endeldarmkanker kan de arts chemotherapie voorschrijven. Chemotherapie is een behandeling met cytostatica. Deze medicatie doodt cellen of remt de celdeling en verspreidt zich via het bloed door uw lichaam. Chemotherapie kan op bijna alle plaatsen kankercellen bereiken. U krijgt deze behandeling als kuur: dit betekent dat u altijd een periode chemotherapie krijgt en een periode niet. Bijvoorbeeld: u krijgt een week chemotherapie en heeft daarna 3 weken rust. U krijgt zo'n chemokuur meestal een paar keer achter elkaar.

Chemotherapie kunt u in het oncologisch- en hematologisch dagziekenhuis of thuis krijgen. De arts kan chemotherapie ook in combinatie met doelgerichte therapie voorschrijven. Samen met uw behandelend arts besluit u wel of niet met chemotherapie en/of doelgerichte therapie te starten. Die beslissing hangt onder andere af van het resultaat van het microscopisch onderzoek van het verwijderde deel dikke darm of endeldarm, mogelijke andere ziekten, uw conditie en uw eigen keuze. Het aantal behandelmogelijkheden is de laatste jaren toegenomen en daarmee ook de keuzes die u kunt maken.

### Chemotherapie als aanvullende behandeling

Na de operatie onderzoekt de patholoog het tumorweefsel. Hij kijkt daarbij ook naar de kenmerken van de kankercellen. Is er een grote kans dat er kankercellen in het lichaam zijn achtergebleven, dan kan de arts aanvullende chemotherapie geven om deze cellen te vernietigen. Chemotherapie kan ook gecombineerd worden met doelgerichte therapie. De eventueel achtergebleven kankercellen (micrometastasen) zijn niet met het blote oog of door onderzoeken te zien.

Aanvullende chemotherapie wordt vaak gegeven aan patiënten met een stadium III van dikkedarmkanker. Bij stadium II adviseert de arts enkel aanvullende chemotherapie als er een grote kans is dat de ziekte terugkomt. Bijvoorbeeld als de tumor is ingegroeid in de bloedvaten of lymfevaten. Soms kan de arts uitzaaiingen operatief verwijderen na een voorbehandeling met chemotherapie.

### Chemotherapie als palliatieve behandeling

Patiënten met dikkedarm- en endeldarmkanker die niet meer kunnen genezen, krijgen vaak het voorstel de ziekte te behandelen met chemotherapie. De arts kan chemotherapie ook in combinatie met doelgerichte therapie geven. Deze palliatieve behandeling is gericht op het remmen van de ziekte en/of vermindering of het voorkomen van klachten. De levensverwachting en kwaliteit van het leven worden zo verlengd.

De meest voorkomende bijwerkingen van chemotherapie zijn:

- diarree
- rode handpalmen en/of voetzolen
- hand-voet-syndroom: de huid kan vervellen en de handen en voeten zijn soms pijnlijk
- misselijkheid en overgeven
- stomatitis: geïrriteerd slijmvlies in de mond en keel
- daling van de witte bloedcellen waardoor er meer kans is op infecties
- neuropathie: tintelingen en pijn aan handen en voeten door irritatie van zenuwbanen, dit kan verergeren door de koude
- bloedingen en/of bloeduitstorting door een daling van de bloedplaatjes
- bloeduitstorting
- haaruitval
- zweten en duizeligheid tijdens de toediening
- verlies van eetlust
- vermoeidheid

Of en hoeveel last u krijgt van bijwerkingen hangt onder andere af van de soort en hoeveelheid chemotherapie die u krijgt.



#### 4.9 Doelgerichte therapie bij dikkedarm- en endeldarmkanker

Doelgerichte therapie of targeted therapy richt zich vooral op de kankercel en remt zo de vermenigvuldiging van de cel af. Zo worden de gezonde cellen niet aangetast en zijn er minder bijwerkingen dan bij chemotherapie. Bij darmkanker kan de arts doelgerichte therapie voorschrijven als aanvullende of palliatieve behandeling, al dan niet in combinatie met chemotherapie.

De arts kan doelgerichte therapie ook in combinatie met chemotherapie geven. Samen met uw behandelend arts besluit u wel of niet met chemotherapie en/of doelgerichte therapie te starten. Die beslissing hangt onder andere af van mogelijke andere ziekten, uw conditie en uw eigen keuze.

##### Bijwerkingen van doelgerichte therapie

De meest voorkomende bijwerkingen van doelgerichte therapie zijn:

- verhoogde bloeddruk
- huidafwijkingen
- diarree
- verlies van eiwit of magnesium via de urine

Volgende bijwerkingen komen zelden voor: bloedingen, stolsels in de bloedvaten en stoornissen in de wondgenezing

Of en hoeveel last u krijgt van bijwerkingen, hangt onder andere af van de soort en hoeveelheid medicatie die u krijgt.

#### 4.10 Palliatieve operaties bij dikkedarm- en endeldarmkanker

Een palliatieve behandeling is gericht op het remmen van de ziekte en/of vermindering of het voorkomen van klachten. Het belangrijkste doel van een palliatieve operatie is ervoor te zorgen dat de ontlasting goed door de dikke darm kan.

##### Palliatieve darmoperatie

Indien mogelijk verwijdert de arts de tumor tijdens de operatie. Is er doorgroei in omringende weefsels, dan kan een uitgebreidere operatie nodig zijn. Kan de tumor niet verwijderd worden en is er risico op verstopping van de dikke darm, dan kan het aangetaste deel van de darm worden overbrugd door een zogenaamde 'bypass'. Hierbij wordt de tumor niet verwijderd maar de gezonde darmdelen die voor en na de tumor liggen worden met elkaar verbonden. Hierdoor kan de ontlasting verder door de darmen. Als dit niet mogelijk is, kan een stoma aangelegd worden op het deel van de dikke darm dat voor de afsluiting ligt. Een stoma is een kunstmatige uitgang van de darm in de huid van de buik.

##### Palliatieve endoprothese

Bij een ernstige vernauwing van het laatste deel van de dikke darm kan de arts een buisje, ook wel stent of endoprothese genoemd, in de tumor brengen. Dit zorgt ervoor dat de ontlasting (tijdelijk) weer door de dikke darm kan.

#### 4.11 Palliatieve bestraling bij dikkedarm- en endeldarmkanker

Kunt u niet (meer) genezen, dan kan de arts de klachten van de tumor of uitzaaiingen verminderen of voorkomen door palliatieve bestralingen. Tijdens een bestraling wordt de kanker behandeld met röntgenstraling, met als doel de kankercellen te vernietigen en de gezonde cellen zoveel mogelijk te sparen. Afhankelijk van de klachten wordt de frequentie van de bestraling, ook wel radiotherapie genoemd, bepaald. Enkel het deel van uw lichaam waar de tumor zit wordt, door de huid heen, bestraald. De radiotherapeut bepaalt nauwkeurig de hoeveelheid straling en de plek waar u wordt bestraald.

##### Bijwerkingen van palliatieve bestraling

Of uw bijwerkingen krijgt en welke deze zijn, hangt af van de plaats die is bestraald. Meestal vallen de bijwerkingen na een palliatieve bestraling mee omdat er maar kort bestraald wordt. Uw behandelend arts geeft u advies over hoe u de bijwerkingen kunt beperken.

## 5. Stoma

### 5.1 Wat is een stoma?

Een stoma is een kunstmatige uitgang van de darm in de huid van de buik. Doordat de stoma geen sluitspier heeft, kunt u de ontlasting niet ophouden. Uw ontlasting komt terecht in een plastic opvangzakje. Een stoma kan tijdelijk nodig zijn, maar soms is een blijvende stoma nodig. De aanleg van een tijdelijk stoma geeft de darm de tijd om tot rust te komen en zich te herstellen. Dit wordt voornamelijk gedaan na operaties aan de endeldarm om de nieuwe darmverbinding te beschermen tegen lekkage en bij verstopping van de darm. Het tijdelijke stoma wordt aangelegd in een gezond deel van de darm. Vaak is dit in de dunne darm voor het begin van de dikke darm. Na enkele maanden volgt een tweede operatie waarin de arts de stoma verwijderd. De ontlasting volgt dan weer de normale weg.

Op [www.uza.be/behandeling/stomazorg](http://www.uza.be/behandeling/stomazorg) vindt u een filmpje waarbij de stomazorg wordt uitgelegd.

### 5.2 Soorten stoma

Er zijn 2 soorten stoma's van de darm mogelijk, namelijk een stoma van de dunne darm (ileostoma) en een stoma van de dikke darm (colostoma)

#### 1. Ileostoma (stoma van de dunne darm)

Een stoma van de dunne darm (ileostoma) is de meest frequent aangelegde stoma na endeldarmoperaties en heeft tot doel de nieuwgemaakte darmverbinding in de buik te beschermen tegen de gevolgen van naadlekkage. Patiënten met een ileostoma hebben dunne ontlasting en deze komt vrijwel gedurende de hele dag, maar vooral na de warme maaltijd. De stoma kan worden gesloten 6 weken na de eerste ingreep of na chemotherapie, indien nodig. Als het tijdelijke stoma is opgeheven, zult u in het begin wat vaker naar het toilet moeten en het kost u iets meer inspanning om de ontlasting op te houden. Meer informatie vindt u bij het hoofdstuk 'gevolgen' onder 'LARS'. Meestal verbetert dit het eerste jaar na de operatie.

#### 2. Colostoma (stoma van de dikke darm)

Bij een stoma van de dikke darm (colostoma) is de ontlasting vaak van gewone dikte. De stoma geeft meestal eenmaal per dag een normale hoeveelheid ontlasting. Mogelijks verliest u daarnaast verspreid over de dag kleine hoeveelheden ontlasting. Als u een colostoma heeft op het laatste deel van de dikke darm, kunt u uw darmen legen door te 'spoelen'. Dit kan alleen na toestemming van uw behandelend arts. Spoelen is te vergelijken met een lavement. U brengt water via de stoma in de darm. Het water activeert de dikke darm zodat deze zich na enige tijd leegt. Daardoor heeft u langere tijd geen ontlasting. Voor alle zekerheid moet u de stoma wel afdekken.

### 5.3 Voor de operatie

De stomaverpleegkundige of de arts bepaalt voor de operatie de plaats van de stoma op de buik. Als proef wordt er een opvangzakje op uw huid geplakt en voert u, met het zakje op uw buik, allerlei bewegingen uit. Zo kunt u ervaren of het zakje op die plaats goed blijft zitten. Ook krijgt u informatie over de bestaande opvangmaterialen en de verzorging van de stoma. De arts bepaalt tijdens de operatie of het technisch mogelijk is om de stoma aan te leggen op de vooraf bepaalde plaats. Daarbij wordt er rekening gehouden met onder andere uw lichaamsbouw en uw dagelijkse bezigheden.

### 5.4 Leven met een stoma

Een stoma betekent vaak een grote verandering in uw leven. Meestal is een stoma geen belemmering om weer aan het werk te gaan. Overleg bij zwaar lichamelijk werk met uw arts en bedrijfsarts. Wilt u sporten, bespreek dit dan met uw arts of stomaverpleegkundige. De meeste sporten zijn mogelijk met een stoma. De verschillende behandelingen kunnen invloed hebben op uw seksleven. Een stoma hoeft uw seksleven niet te belemmeren, maar door het stoma is uw uiterlijk veranderd. Dat kan schaamtegevoelens of onzekerheid oproepen.

## 5.5 Stomaverpleegkundigen

In het UZA werken speciaal opgeleide stomaverpleegkundigen. Zij staan steeds voor u klaar en geven voorlichting, begeleiding en praktische hulp aan mensen die een stoma hebben of een stoma gaan krijgen. De stomaverpleegkundige leert u hoe u met een stoma moet omgaan. Ook na de operatie en als u weer thuis bent, kunt u met vragen of problemen bij deze verpleegkundige terecht op de stomaraadpleging. Tijdens deze raadpleging gaat de stomaverpleegkundige na of er problemen zijn met de stoma. De stomaverpleegkundige bespreekt hoe u het dagelijkse leven met de stoma weer opneemt. Als het nodig is, wordt er samen met u gekeken naar ander stomamateriaal.

# 6. De gevolgen van dikgedarm- en endeldarmkanker

Bij dikgedarm- en endeldarmkanker is het moeilijk aan te geven wanneer iemand echt genezen is; vaak bestaat het risico dat de ziekte terugkomt. We spreken daarom liever van overlevingspercentages in plaats van genezingspercentages. Daarbij wordt meestal het percentage van de patiënten bepaald die vijf jaar na het stellen van de diagnose nog in leven zijn.

## 6.1 Overleving

De kans om dikgedarm- of endeldarmkanker te overleven, is groter als de ziekte in een vroeger stadium ontdekt en behandeld wordt. In een vroeg stadium is de kans kleiner op uitzaaiingen in plaatselijke lymfeklieren of andere plaatsen in het lichaam.

Overlevingspercentages voor een groep patiënten zijn niet zomaar op uw individuele situatie van toepassing. U kunt terecht bij uw behandelend arts om uw toekomstperspectief te bespreken.

## 6.2 Controle

Nadat u voor dikgedarm- of endeldarmkanker werd behandeld, wordt u nog enige tijd verder opgevolgd ter controle. De arts controleert vooral of:

- De ziekte op dezelfde plek is teruggekomen.
- Er uitzaaiingen zijn, bijvoorbeeld in de lever, de longen of op het buikvlies.
- Er nieuwe tumoren of poliepen (een voorstadium van een tumor) in de darm zitten.

De onderzoeken bestaan uit:

- Een regelmatig bloedonderzoek op CEA-gehalte (carcino-embryonaal antigeen gehalte) in het bloed, ook wel tumormerker genoemd.
- Een coloscopie om de 3 tot 6 jaar.
- Echografie van de lever.

Heeft u bepaalde klachten, dan kan uw arts aanvullende onderzoeken laten doen, bijvoorbeeld:

- Een röntgenfoto van uw longen.
- Een CT-scan van uw longen en/of buik.
- Een PET-CT scan van uw hele lichaam.

Na 5 jaar controleert uw arts nog of er nieuwe poliepen of tumoren aanwezig zijn.

### 6.3 Voeding

Door kanker of de behandeling ervan kan het voedingsevenwicht verstoord worden en eetgewoonten veranderen. Mindere eetlust, vermoeidheid, afkeervoor bepaalde voedingsmiddelen en veranderend smaak zijn vaak voorkomende klachten. Wat kunt u doen bij zulke klachten, hoe kunt u uw voeding aanpassen om zo goed mogelijk te blijven eten? En wat na de behandeling?

De dienst oncodiëtik kan u hierbij helpen. De oncodiëtist kan patiënten een optimaal voedingsadvies geven van diagnose tot het einde van de behandeling. Dit voedingsadvies ondersteunt het behandeltraject en heeft een positieve invloed op het welbevinden van de patiënt, wat leidt tot het behouden of verbeteren van het goed functioneren in het dagelijkse leven en de totale levenskwaliteit.

### 6.4 LARS (Lower Anterior Resection Syndrome) - functionele gevolgen bij een operatie van de endeldarm

LARS is een verzamelnaam voor alle problemen rond wisselende stoelgang, plasklachten en veranderende seksualiteit.

#### Wisselende stoelgang

Is een deel van uw dikke darm verwijderd, dan kan uw ontlasting (tijdelijk) dunner zijn dan normaal. Dit komt doordat de darm minder oppervlakte heeft om de ontlasting in te dikken. Vezelrijke voeding kan helpen de ontlasting in te dikken. Is (een deel van) uw endeldarm verwijderd, dan kunt u moeite hebben met het ophouden van ontlasting, minder gevoel van aandrang hebben. Hierdoor kunt u (ongemerkt) wat ontlasting verliezen. Meestal is deze klacht tijdelijk. Onder andere een vezelrijk dieet en bekkenbodentraining kunnen helpen. Bespreek dit met uw behandelend arts.

#### Plasklachten

soms worden tijdens de operatie zenuwen beschadigd. Daardoor is er een klein risico dat u na de operatie niet zelf kunt plassen. Dit is meestal tijdelijk. Mogelijk heeft u na de operatie een blaaskatheter, een slangetje in uw blaas, om de urine af te voeren. Het is mogelijk dat u na de operatie uw blaas niet meer helemaal kan leeg plassen. Daardoor moeten u vaker naar het toilet.

#### Seksuele klachten

Bij een operatie van de endeldarm kunnen zenuwbanen of bloedvaten die belangrijk zijn voor het seksuele functioneren beschadigen. Bij mannen kan dit voor veranderingen zorgen zoals erectiestoornissen of orgasme zonder zaadlozing. Ook een droog orgasme is mogelijk, doordat het sperma bij de zaadlozing in de blaas terecht komt. Bij vrouwen kan dit voor veranderingen zorgen in de beleving van orgasme of het uitblijven ervan. Ook een droge vagina kan voorkomen. Bespreek met uw behandelend arts en uw eventuele partner deze mogelijke gevolgen.

### 6.5 Ondersteuning

Leven met kanker is niet vanzelfsprekend. Naast de lichamelijke consequenties zijn er ook ernstige gevolgen op psychologisch en sociaal vlak. Dat geldt voor de periode dat er verscheidene onderzoeken plaatsvinden, het moment dat u te horen krijgt dat u kanker heeft, de periode dat u wordt behandeld en het herstel nadien. Wanneer u te horen krijgt dat u kanker heeft, kunt u terecht komen in een draaikolk van emoties bestaande uit ongeloof, ontredde, verdriet, angst, onmacht, kwaadheid, schuldgevoelens...

Er kunnen zich verschillende vragen en gedachten aan u opdringen. Waarom ik? Ik heb altijd gezond geleefd. Ik ben nooit ziek geweest. Het is niet eerlijk! Wat gebeurt er met mijn lichaam? Wat met mijn kinderen? Het is mijn schuld. Zal ik pijn lijden? Wat zijn mijn kansen? Ik ga sterven. Wat kan ik doen?

Binnen een korte tijdspanne doen er zich grote veranderingen voor die van u en uw naasten een aanpassing vragen en stress kunnen veroorzaken. Denk maar aan veranderingen in uw werksituatie, vriendenkring en vrijetijdsbesteding. Deze stress kan leiden tot meer vechtlust zodat u met al die veranderingen kan omgaan.

Daarnaast kunt u zich door al die veranderingen gealarmeerd voelen of in paniek geraken. Volgende klachten kunnen hierbij optreden: prikkelbaarheid, concentratie- en geheugenproblemen, depressieve gevoelens zoals onmacht en wanhoop, slaapproblemen, onophoudelijke negatieve gedachten, plotse huilbuien, gevoelens van onbegrip en eenzaamheid... Wanneer deze klachten blijven duren kunt u zelfs helemaal uitgeput geraken.

Na de behandeling is het meestal niet eenvoudig de draad weer op te pakken. Ook uw partner, kinderen, familieleden en vrienden krijgen veel te verwerken. Vaak voelen zij zich machteloos en wanhopig, en zijn bang u te verliezen. Er bestaat geen pasklaar antwoord op de vraag hoe u het beste met kanker kunt leven. Iedereen is anders en elke situatie is anders. Iedereen verwerkt de diagnose van kanker op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo.

U kunt wel meer grip op uw situatie proberen te krijgen door goede informatie te zoeken bij professionals, een dagboek bij te houden of er met anderen over te praten. Bijvoorbeeld met mensen uit uw omgeving, uw (huis)arts, verpleegkundige of psycholoog. Er zijn ook mensen die alles liever over zich heen laten komen en hun problemen en gevoelens voor zich houden. Bijvoorbeeld omdat zij een ander er niet mee willen belasten of gewend zijn alles eerst zelf uit te zoeken. Zij kunnen op een later tijdstip ook zeker beroep doen op anderen.

### Extra ondersteuning

In het UZA staat steeds een team van psychologen klaar om u door deze moeilijke periode heen te loodsen indien u daar behoefte aan hebt. Een psycholoog kan u helpen met het leren omgaan met stress- en angstklachten. Ook kan zij helpen bij eventuele moeilijkheden met de aanpassingen die kanker en de behandeling van u en uw omgeving vragen. Er wordt hierbij speciale aandacht en zorg gegeven aan de partners en (jonge) kinderen. Aarzel dus niet om tips en advies te vragen doorheen uw oncologische traject. Ook staat er een team van verpleegkundig trajectbegeleiders voor u klaar. Zij loodsen u doorheen uw oncologisch traject. Achteraan deze brochure vindt u de contactgegevens van de trajectbegeleider voor gastro-enterologische kanker.

### Contact met lotgenoten

Het uitwisselen van ervaringen en het delen van gevoelens met iemand in een vergelijkbare situatie kunnen helpen de moeilijke periode door te komen. Lotgenoten hebben vaak aan een half woord genoeg om elkaar te begrijpen. Talk Blue Vlaanderen is een vereniging van en voor mannen en vrouwen met darmkanker en hun partner. Ook zijn er specifieke groepen voor mensen met een stoma. Zij kunnen u helpen en begeleiden om weer een zo normaal mogelijk leven te kunnen leiden. Vraag naar meer informatie bij uw behandelend arts, verpleegkundige of psycholoog.

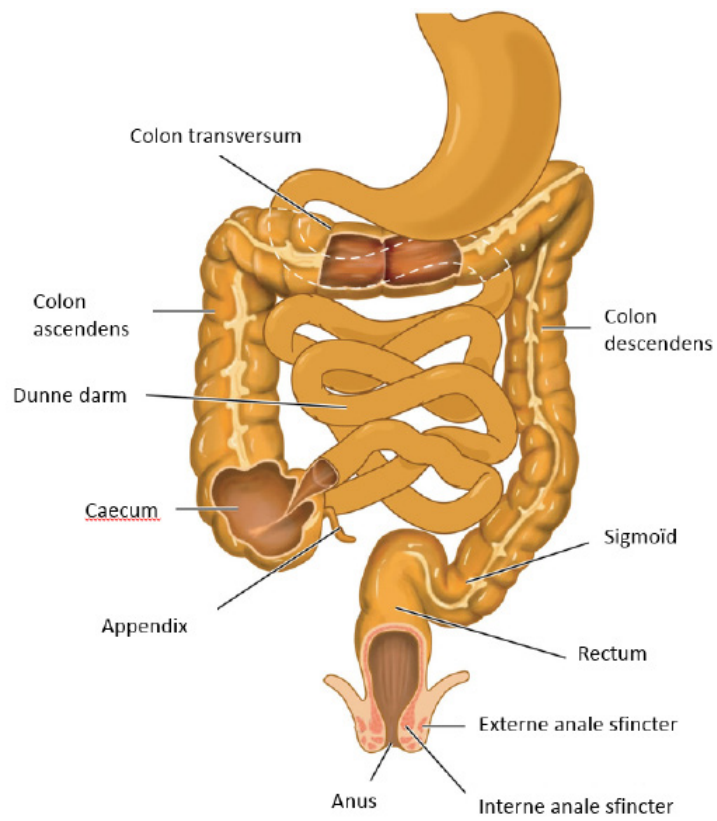
## 7. Team voor de diagnose en behandeling van dikkedarm- en endeldarmkanker

Er zijn verschillende behandelingen mogelijk die elk worden uitgevoerd door de specialist ter zake. Tijdens het wettelijke multidisciplinair oncologisch overleg (MOC-overleg) komen deze specialisten samen om te overleggen welke behandeling voor u het meest geschikt is. Het team bestaat uit artsen uit volgende disciplines:

- Gastro-enterologie
- Abdominale chirurgie
- Oncologie radiotherapie
- Leverchirurgie
- Stomaverpleegkundigen
- Psychologen
- Diëtisten
- Verpleegkundig trajectbegeleiders

Ga naar [www.uza.be/gastro-enterologische-kanker/team](http://www.uza.be/gastro-enterologische-kanker/team) en ontdek het volledige team.

# Notities

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.





# Contact

Indien u nog vragen hebt over uw behandeling, operatie of opvolging, aarzel dan niet om onze artsen en verpleegkundigen te contacteren.

Het oncologisch en hematologisch dagziekenhuis (verpleging) kunt u bereiken via +32 821 31 98.

U kunt de dienst abdominale-, kinder- en reconstructieve heelkunde bereiken via +32 821 33 31 of [abdominaleheelkunde@uza.be](mailto:abdominaleheelkunde@uza.be) (op werkdagen van 8 tot 16.30 uur).

De verpleegkundig trajectbegeleider kunt u bereiken via +32 821 52 34.

Deze brochure bevat algemene informatie en is bedoeld als aanvulling op het gesprek met uw zorgverlener.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem  
Tel +32 3 821 30 00 / [www.uza.be](http://www.uza.be)  
Volg ons op facebook  en twitter 



Het UZA draagt het JCI-label  
voor veilige en kwaliteitsvolle zorg.

