

Endeldarmkanker

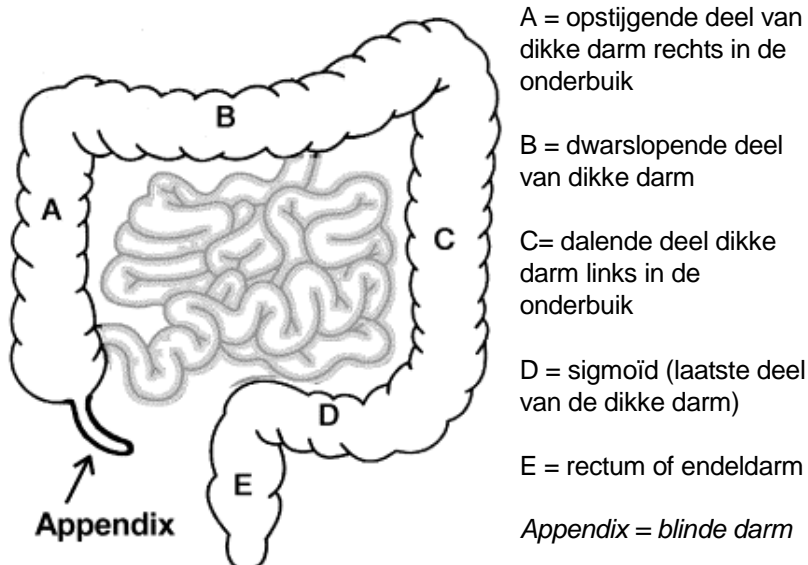
U bent naar de chirurg verwezen na de diagnose endeldarmkanker. In deze folder informeren wij u nader over endeldarmkanker en behandelingen bij endeldarmkanker.

In deze folder vindt u informatie over:

- De endeldarm
- Klachten bij endeldarmkanker
- Diagnose
- De behandeling van endeldarmkanker
 - Radiotherapie
 - Chemotherapie
 - De operatie bij endeldarmkanker
- Mogelijke complicaties na een endeldarmoperatie
- Opnameperiode
- Na de operatie
- Wetenschappelijk onderzoek
- Patiëntenverenigingen
- Nacontrole/ follow-up
- Tot slot

De endeldarm

De endeldarm is het laatste stukje van de dikke darm en is ongeveer 15 cm lang. De endeldarm wordt ook wel het rectum genoemd. In de endeldarm wordt de ontlasting tijdelijk opgeslagen. Als de endeldarm vol is, ontstaat een signaal waardoor u aandrang krijgt om te ontlasten. In de endeldarm kunnen, net als elders in de dikke darm, poliepen ontstaan. Meestal begint een poliep als een goedaardige tumor, maar een tumor kan in de loop van de tijd kwaadaardig worden. Op dat moment spreken we van endeldarmkanker.



Wanneer deze kwaadaardige tumor groter wordt, groeit deze door de verschillende lagen van de darmwand heen. Rondom de darmen bevindt zich een uitgebreid systeem van lymfevaten, lymfeklieren en bloedvaten. Naarmate een tumor verder de darmwand ingroeit, wordt het risico groter dat er tumorcellen losraken. Een losgelaten tumorcel kan vervolgens via lymfevaten en bloedvaten worden verplaatst naar elders in het lichaam en daar ingroeien als een eilandje van tumorcellen. In dat geval spreken we van een uitzaaiing (ofwel metastase).

Klachten bij endeldarmkanker

De klachten bij endeldarmkanker kunnen per patiënt heel verschillend zijn. Enkele veel voorkomende klachten zijn:

- Algemene symptomen van onwel bevinden, gewichtsverlies, vage onderbuik klachten, vermoeidheid;
- Slijm/bloedbijmenging bij de ontlasting;
- Loze aandrang voor ontlasting;
- Verandering van het ontlastingspatroon, verstopping/diarree, potloodontlasting (dunnen en langgerekte ontlasting);
- Toename van de ontlastingsfrequentie;
- Pijnklachten in het zitvlak.

Diagnose

De diagnose kan worden gesteld aan de hand van een of meerdere van de volgende onderzoeken:

- Anamnese gesprek. Hierbij zal de behandelend arts uitgebreid navraag doen naar uw klachten, ziektes/operaties in het verleden en medicijngebruik.
- Lichamelijk onderzoek. De arts kan uitwendig onderzoek doen, zoals luisteren en voelen aan de buik. Ook kan de arts een inwendig onderzoek via de anus doen, waarbij een tumor in de endeldarm soms gevoeld kan worden. Dit inwendig onderzoek kan soms onaangenaam of belastend zijn voor de patiënt, maar kan veel informatie geven over de grootte, de positie en de fixatie van de tumor ten opzichte van de omgeving.
- Bloedonderzoek. Hierbij vindt een uitgebreid bloedonderzoek plaats en wordt het CEA bepaald. Dit is een tumormarker die soms door kwaadaardige tumoren in de dikke darm en de endeldarm wordt gemaakt.
- Endoscopie. Met een flexibele camera wordt een gedeelte van de darm (sigmoïdoscopie) of de gehele dikke darm (colonoscopie) bekeken. Hierbij worden vaak weefselmonsters (biopten) genomen voor onderzoek.
- CT-scan van de onderbuik en lever. Met behulp van een computer worden in serie gemaakte röntgenfoto's bewerkt tot een speciaal beeld, vooral om te beoordelen of het gezwel verbonden is met andere organen, en om te kijken of de tumor is uitgezaaid.
- MRI scan van het bekken. Een MRI is een magneetscan waarmee de uitbreiding van het gezwel nauwkeurig kan worden vastgesteld, evenals de aanwezigheid van plaatselijke lymfeklieruitzaaiingen.
- Röntgenfoto van de borstkas om uitzaaiingen in de longen op te sporen.

De behandeling van endeldarmkanker

De behandeling van endeldarmkanker is veelal een combinatie van meerdere behandelingen. Welke behandeling voor u de beste is wordt door uw chirurg besproken in een wekelijks multidisciplinair overleg waarbij, naast de chirurg, alle specialismen vertegenwoordigd zijn die zich met de behandeling van endeldarmkanker bezig houden. Dit zijn onder andere de maag–darm–leverarts, de radiotherapeut–oncoloog, de radioloog en de internist–oncoloog.

De behandelingsmogelijkheden bestaan uit een combinatie van:

- Bestraling (radiotherapie);
- Behandeling met celdodende en celdgroei remmende medicijnen (chemotherapie);
- Operatie (chirurgie).

Voor welke behandeling wordt gekozen, is afhankelijk van de locatie en de uitgebreidheid van de tumor, in hoeverre is de tumor in de darm ingegroeid en zijn er uitzaaiingen in de lymfeklieren of in andere organen of weefsels.

Voor een van de volgende strategieën kan worden gekozen.

1. Alleen een operatie is alleen mogelijk bij heel kleine tumoren, die niet in de onderliggende spierlaag zijn ingegroeid. Deze tumoren kunnen met behulp van TEM – chirurgie (Trans anale Endoscopische Microchirurgie) worden verwijderd. Het Laurentius Ziekenhuis is het enige ziekenhuis in Limburg dat TEM chirurgie doet. Voor meer informatie willen wij u verwijzen naar onze folder TEM-chirurgie (verkrijgbaar bij de poli chirurgie) en naar onze website www.lzr.nl.

2. Een korte bestraling direct gevolgd door een operatie is een behandelingsmogelijkheid bij tumoren die in of zelfs door de darm zijn gegroeid eventueel tot in het omringende weefsel. Het doel van de bestraling is om de eventuele hele kleine (microscopische) sprieterige uitlopers van de tumor te vernietigen om zo de kans op terugkeer van de tumor te verkleinen. De behandeling bestaat uit 5 bestralingen gedurende 1 week, binnen 5 dagen na het beëindigen van de bestraling volgt de operatie.

3. Een lange bestraling met chemotherapie, oftewel chemoradiatie, gevolgd door een periode van 10 weken rust, waarna een operatie plaatsvindt. Hiertoe wordt besloten bij tumoren die door de spierlaag van de darm zijn gegroeid eventueel in het omringende weefsel, waarbij gevreesd wordt dat de tumor niet in zijn geheel met de operatie kan worden verwijderd, of waarbij de MRI–scan op uitzaaiingen verdachte lymfeklieren laat zien. Het doel van de bestralingen en chemotherapie is de tumor te verkleinen, waardoor de operatie makkelijker is en om de kans op het terugkomen van de tumor te verkleinen.

De behandeling bestaat dan uit een lange serie bestralingen, 4-6 weken lang gedurende 5 dagen in de week. In dezelfde periode wordt dan ook chemotherapie (celdodende of celgroei remmende medicijnen) toegediend. Meestal wordt gebruik gemaakt van het medicijn Xeloda, een middel dat in tabletvorm wordt toegediend. Er wordt mee gestart op de eerste dag van de bestraling en men gaat door tot de laatste dag van de bestraling. De chemotherapie wordt voorgeschreven door de internist-oncoloog (internist gespecialiseerd in de behandeling van kanker).

De operatie volgt 8-10 weken na het beëindigen van de chemotherapie en de bestraling. De tumor slinkt nog in deze periode ten gevolge van de chemotherapie en de bestraling. Om te beoordelen hoeveel de tumor kleiner geworden is wordt er 7-8 weken na de laatste dag van de chemotherapie en bestraling een MRI–scan gemaakt.

Bij een tumor met uitzaaiingen in de verder gelegen lymfeklieren en/of in andere organen of weefsels, is het niet altijd mogelijk een standaard behandeling te volgen. De behandeling is dan van veel persoonlijke factoren afhankelijk. Vaak worden eerst de uitzaaiingen behandeld, voor men overgaat tot behandeling van de endeldarmtumor.

Radiotherapie

Voor bestraling worden patiënten vanuit het Laurentius Ziekenhuis doorverwezen naar de Maastricht-kliniek in Maastricht. Nadat u van uw chirurg te horen heeft gekregen dat u in aanmerking komt voor radiotherapie, wordt u door de Maastricht-kliniek, radiotherapie Maastricht, gebeld voor een eerste gesprek met de radiotherapeut – oncoloog. Het eerste gesprek vindt altijd in de Maastricht-kliniek in Maastricht plaats. De bestralingen kunnen ook in de Maastricht-kliniek in Venlo (in VieCuri Venlo) plaatsvinden. Tijdens het eerste gesprek krijgt u uitleg over de behandeling en kunt u terecht met al uw vragen. Vanuit de Maastricht-kliniek wordt dan ook, op uw verzoek, het vervoer en de vergoeding van het vervoer geregeld. Neemt u bij het eerste bezoek aan de Maastricht kliniek wel uw zorgverzekeringpasje mee en een lijst van alle medicijnen die u nu gebruikt.

Chemotherapie

Als u van uw chirurg te horen heeft gekregen dat u in aanmerking komt voor chemotherapie, dan krijgt u van de chirurgisch verpleegkundige op de polikliniek een afspraak mee voor een gesprek met een internist-oncoloog en oncologisch verpleegkundige hier in Laurentius. Zij zullen u in een eerste gesprek uitleg geven over de chemotherapie en bij hen kunt u terecht met verdere vragen over de chemotherapie. Neem bij het eerste gesprek een lijst mee met alle medicijnen die u nu gebruikt.

De operatie bij endeldarmkanker

In het Laurentius Ziekenhuis voeren de chirurgen indien mogelijk de endeldarmoperatie uit via een kijkoperatie, oftewel laparoscopie. Bij deze speciale kijkbuistechniek hoeft er geen grote snede gemaakt te worden. Bovendien geeft deze techniek kleinere littekens en minder wondpijn na de operatie. Uiteraard is dit niet altijd mogelijk. Soms is dit vooraf bekend en soms blijkt dit pas tijdens de operatie. In dat geval zal ervoor worden gekozen om de tumor alsnog via een grotere snede te verwijderen. Zowel bij de kijkoperatie

als bij de grotere snede wordt behalve de tumor ook het omliggende vetweefsel, waarin de lymfeklieren zich bevinden, weggenomen. Dit om de kans op terugkeren van de tumor in het operatiegebied zo klein mogelijk te maken. De chirurg zal proberen de uiteinden van de darm weer met elkaar te verbinden, zo'n verbinding noemt men een anastomose.

Om de anastomose te laten genezen zonder dat er darminhoud langs komt, wordt er vaak een tijdelijk stoma aangelegd. Zo'n tijdelijk stoma wordt in de regel na 2 tot 3 maanden, indien u voldoende hersteld bent van de operatie, weer opgeheven. Daar is dus een tweede, minder grote operatie voor nodig. Het is alleen mogelijk om een anastomose te maken als de tumor niet te dicht bij de anus is gelegen, dus als er genoeg gezonde endeldarm onder het niveau van de tumor kan worden gespaard. Is dit niet het geval dan zal de hele endeldarm moeten worden verwijderd inclusief de anus. In dat geval spreekt men van een endeldarmamputatie. Het is dan onvermijdelijk dat er een blijvend stoma wordt aangelegd.

Als voor de operatie bekend is dat u een stoma krijgt of de chirurg acht de kans op het krijgen van een stoma groot, dan zal de chirurg u doorverwijzen naar de stomaverpleegkundige. Voor de operatie volgt dan een informatief gesprek met u en uw partner of ander vertrouwd persoon en de stomaverpleegkundige over de operatie, de verzorging van uw stoma en de verschillende soorten opvangmateriaal. Verder heeft u de mogelijkheid vragen te stellen over het dragen van een stoma. Bij opname, zal de stomaverpleegkundige samen met u de juiste plaats van het stoma bepalen. De stomaverpleegkundige zal u en uw partner tijdens de hele opname begeleiden en vertrouwd maken met de stomazorg, zodat u zo zelfstandig mogelijk met ontslag kan.

Na ontslag komt u nog regelmatig bij de stomaverpleegkundige op controle, zij richt zich voornamelijk op controle van het stoma en op problemen die zich voordoen met het stoma. Ook de psychosociale aspecten blijven aanbod komen bij iedere controle.

Mogelijke complicaties na een endeldarmoperatie

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is er bij een operatie aan de endeldarm net als bij alle operaties kans op:

- Trombose (bloedprop in een bloedvat);
- Longontsteking;
- Blaasontsteking;
- Nabloeding;
- Wondinfectie.

Specifieke complicaties bij een endeldarmoperatie zijn:

- Lekkage van de darmnaad (anastomose), vaak moet dan een nieuwe operatie volgen waarbij alsnog een stoma wordt aangelegd.
- Impotentie/erectiestoornissen bij mannen door beschadiging van zenuwen naar de geslachtsorganen. En seksuele stoornissen bij vrouwen.
- Mictieklachten (plasproblemen) door beschadiging van zenuwen naar de blaas. Deze klachten zijn wel vaak van tijdelijke aard.
- Na een endeldarmamputatie komen vaak wondgenezingsstoornissen bij het zitvlak voor, mede doordat het gebied voorbestraald is.

Opnameperiode

De periode van opname kan verschillen van minimaal 4 tot ongeveer 10 dagen, afhankelijk van uw herstel en eigen welbevinden.

We streven naar een snel herstel door middel van:

- Goede pijnstilling, de eerste dagen met behulp van epidurale pijnstilling (ruggenprik-verdooving). Hiervoor wordt bij aanvang van de operatie door de anesthesist door middel van een ruggenprik een dun slangetje in het ruggenmerg gebracht, dat zorgt voor een continue pijnstilling. Deze pijnstilling blijft drie dagen zitten, waarna u overgaat op pijnstilling in tabletvorm. Indien niet wordt gekozen voor een epidurale catheter, dan krijgt u pijnstilling in tabletvorm in combinatie met pijnstilling die d.m.v onderhuidse spuitjes wordt gezet (subcutaan).
- Bestrijden van misselijkheid. Hiervoor zijn protocollen opgezet zodat de verpleegkundigen op de afdeling weten wat voor medicatie ze u mogen geven bij misselijkheidklachten.
- Snel starten met mobiliseren, liefst nog op de avond na de operatie, en dit iedere dag uitbreiden. Dit voor het behoud van spiermassa en het maakt de kans op trombose en longontsteking kleiner.
- Snel weer beginnen met eten en drinken, na de operatie gelijk starten met heldere dranken en dan zo snel mogelijk uitbreiden naar vaste voeding. Dit om de darmfunctie te stimuleren en de kans op infecties

te verkleinen.

Voorwaarden voor ontslag:

- Goede inname van drank en voedsel, d.w.z. 1 ½ tot 2 liter drinken per dag en kleine maaltijden nuttigen;
- Darmen produceren “windjes”, u hoeft niet perse ontlasting te hebben gehad;
- U bent voldoende mobiel, d.w.z. u komt geregeld uit bed en loopt rond.
- Pijnstilling is onder controle;
- Indien er hulp nodig is thuis, dan is deze geregeld.

Na de operatie

Na de operatie, wanneer een deel van de endeldarm is verwijderd en indien er een aansluiting is gemaakt, is de inhoud van de endeldarm verkleind. Dit betekent over het algemeen dat u vaker ontlasting zult hebben, de eerste maanden soms wel 7 keer op een dag, met ook een urgente aandrang. Indien u voor de operatie altijd al moeite heeft gehad met het ophouden of onder controle houden van de ontlasting, kan dit door de operatie verergeren. Meldt u dit dan voor de operatie bij de chirurg. Dit kan namelijk, uiteraard in overleg met u, consequenties hebben voor het te volgen beleid.

Wetenschappelijk onderzoek

De laatste jaren is er veel verbeterd in de behandeling van endeldarmkanker. De kans dat u compleet genezen wordt is hierdoor enorm vergroot. Dit is een gevolg van het goede wetenschappelijke onderzoek dat hiervoor is uitgevoerd, in het buitenland, maar met name ook in Nederland. Nederlands onderzoek staat wereldwijd bekend als baanbrekend op het gebied van diagnostiek en behandeling van endeldarmkanker. In nauwe samenwerking met de universiteiten van Maastricht, Nijmegen en Groningen zijn er diverse onderzoeken waaraan door het Laurentius Ziekenhuis wordt deelgenomen. Indien u voor een van deze studies, die onder andere worden gesteund door KWF kankerfonds, in aanmerking komt, zal uw chirurg u hiervoor benaderen en uitleg geven. Het staat u te allen tijde vrij om hieraan deel te nemen.

Patiëntenverenigingen

Wilt u meer informatie over endeldarmkanker of over het hebben van een stoma of wilt u in contact komen met lotgenoten dan kunt u terecht op diverse internetsites zoals :

- www.kankerwiehelpt.nl
- www.kwf.nl
- www.stomavereniging.nl

Nacontrole / follow-up

Ongeveer 10-14 dagen na de operatie krijgt u van de chirurg de uitslag van het onderzoek van het verwijderde weefsel. Aan de hand van de uitslag bespreekt de chirurg met u de mogelijkheid van een eventuele nabehandeling, bijvoorbeeld chemotherapie.

Na alle behandelingen blijft u nog een aantal jaren onder controle. Indien u chemotherapie heeft gekregen, wordt de nacontrole verzorgd door de internist – oncoloog, in alle andere gevallen door de chirurg. Deze controles zijn bedoeld om een nieuwe tumor of uitzaaiingen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Verder kan er bij deze nacontroles ingegaan worden op hoe de behandeling is ervaren, op eventuele klachten, symptomen en vragen die u heeft.

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, dan kunt u terecht bij uw chirurg of een chirurgisch verpleegkundige. Het telefoonnummer van de polikliniek chirurgie is (0475) 38 27 32.

Laurentius Ziekenhuis
Mgr. Driessenstraat 6
(hoofdingang bereikbaar via de Oranjelaan)
6043 CV Roermond
www.lzr.nl

Patiëntencommunicatie Laurentius Ziekenhuis
34278470 - Chirurgie - april 2020