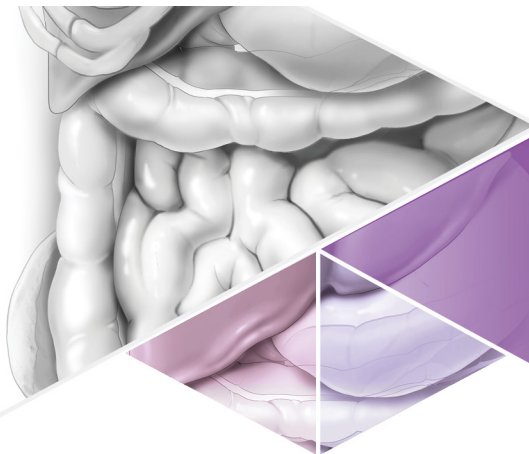


ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Medisch Centrum André Dumont
ZOL MAAS EN KEMPEN



Colon kanker

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 32 50 50
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel.+32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste patiënt,

Deze brochure geeft u meer informatie over colon tumor en de behandeling ervan, en tracht op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelende geneesheer en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al vragen te antwoorden.

Inhoudsverantwoordelijke: prof. dr. J. Knol (Abdominaal chirurg) | Juni 2024

INHOUDSTAFEL

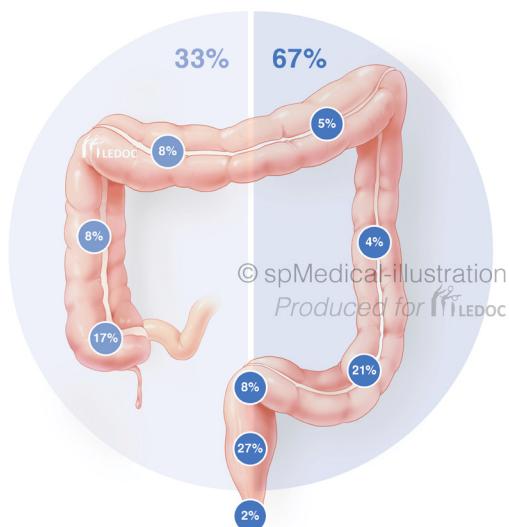
1. Wat is colon kanker?	3
1.1 Wie heeft het meeste risico op de ontwikkeling van colon kanker?	
1.2 Kan colon kanker worden voorkomen?	
1.3 Wat zijn de klachten van colon kanker?	
2. Hoe wordt colon kanker vastgesteld en verder in kaart gebracht?	6
3. Hoe wordt colon kanker behandeld?	7
4. Mogelijke complicaties	9
5. Hoe verloopt de opname?	10
6. Wat gebeurt er na de operatie?	11
7. Weetjes..	12
6. Contact	13

01 WAT IS COLON KANKER?

Het colon is de eerste 120-150 cm. van de dikke darm. Het colon eindigt in het rectum, ofwel de endeldarm. Omdat een colonkanker altijd begint als een aanwas (= poliep) van de binnenbekleding van de dikke darm, is het vroegtijdig opsporen van poliepen belangrijk zodat ze nog verwijderd kunnen worden via coloscopie.

Als de poliep toch de tijd krijgt om te groeien, kan deze ontaarden en kwaadaardig worden. Dan noemen we het colon kanker. Meestal is dan een operatie nodig. Ongeveer 5% van de mensen ontwikkelt colonkanker; bij een familiale belasting kan die kans verdubbelen.

Hoewel een colonkanker over heel de dikke darm kan voorkomen, is het meer frequent aan de linker kant of in de laatste bocht (sigmoid) naar het rectum toe.



1.1 Wie heeft het meeste risico op de ontwikkeling van colonkanker?

Niemand weet de exacte oorzaak van colonkanker. Toch weten we steeds meer over de genetische aanleg voor colonkanker en speelt erfelijkheid zeker een rol. Colonkanker komt meer voor op gevorderde leeftijd, en meer dan 90% van de mensen die het ontwikkelt, is ouder dan 50 jaar op het moment van de diagnose.

Andere risicofactoren zijn:

- Familiale voorgeschiedenis van colorectale kanker (vooral in geval van eerstegraads familieleden)
- Persoonlijke voorgeschiedenis van inflammatoire darmziekten (IBD, bv. Colitis Ulcerosa)
- Aanwezige colonpoliepen of kanker van andere organen

1.2 Kan colonkanker worden voorkomen?

Colonkanker is te voorkomen. Omdat een kwaadaardigheid van het colon ontstaat uit initieel goedaardige colonpoliepen, is het belangrijk deze vroegtijdig op te sporen via coloscopie en zo mogelijk te verwijderen. Het landelijk screeningsprogramma is hier op gericht. Ontaarding van een goedaardige poliep naar een kwaadaardige tumor verloopt gewoonlijk over een periode van enkele jaren.

Er is ook aanwijzing dat de voeding een belangrijke rol kan spelen in het voorkomen van colon kanker. Vetarme voeding die vezelrijk is, zou de belangrijkste bescherming bieden.

1.3 Wat zijn de klachten van colonkanker?

De meeste colonkankers geven geen symptomen en worden gevonden tijdens een screeningsonderzoek. Klachten die kunnen optreden, zijn een verandering van het stoelgangspatroon (diarree of constipatie) of bloedverlies in de stoelgang. In combinatie met gewichtsverlies zijn dit belangrijke alarmtekens.

Omdat andere ziektebeelden, zoals hemorroiden, gelijkaardige klachten kunnen geven, is het altijd belangrijk oplettend te zijn als de klachten aanhouden. Buikpijn of opzetting van de buik is meestal een probleem dat optreedt bij een wat groter letsel dat de darm dichtdrukt.

02 HOE WORDT COLONKANKER VASTGESTELD EN VERDER IN KAART GEBRACHT?

Bij het in kaart brengen van een colonkanker (staging) is het belangrijk om enerzijds de lokale uitgebreidheid te beoordelen, en anderzijds te zien of er uitzaaiingen zijn elders.

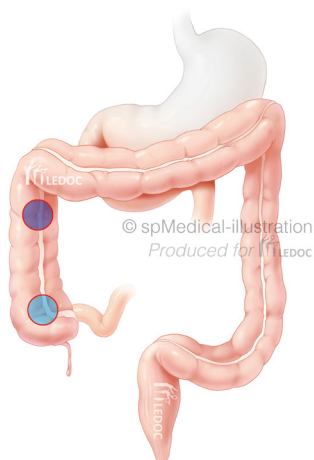
Dit is belangrijk voor zowel het kiezen van de beste behandeling als voor het inschatten van de mogelijkheden en prognose nadien. Zo is het bijvoorbeeld nodig om te weten of de tumor is ingegroeid in nabij gelegen organen, en of er klieren zijn aangetast (gelegen langs de bloedvaten naar dat specifieke darmgedeelte). Ook wordt er gekeken of er uitzaaiingen zijn naar andere organen in het lichaam. Een definitieve staging is pas mogelijk na de operatie, als het weggenomen darmgedeelte onder de microscoop wordt bekeken.

Voorafgaand aan de operatie gebeurt de staging door gebruik te maken van een aantal standaard onderzoeken, nl. coloscopie met biopsiename, CT-scans en een bloedname. Soms worden bijkomende onderzoeken verricht.

03 HOE WORDT COLONKANKER BEHANDELD?

Om van colonkanker te genezen, is het vrijwel altijd nodig om een operatie te ondergaan. De essentie van de chirurgie is dat de kanker verwijderd moet worden met alle nabij gelegen lymfeklieren, en dat er ook een stukje gezond colon aan beide kanten verwijderd moet worden. De aanleg van een stoma (de darm als opening in de huid inhechten) is slechts zelden nodig. Geoefende chirurgen kunnen in de meeste gevallen minimaal invasieve technieken (kijkoperatie/laparoscopie of robotchirurgie) gebruiken. Deze hebben als voordeel dat de insneden kleiner zijn en dat de darm sneller op gang komt, waardoor het herstel sneller gaat. Soms laat de tumor of de patiënt dit niet toe en moet er een klassieke insnede worden gemaakt. Meestal kan dit op voorhand worden besproken.

Als de tumor aan de rechter zijde is gelegen, spreken we van een rechter hemicolectomie als operatie.

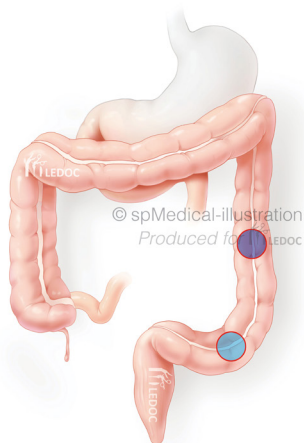


TUMOR RECHTER COLON

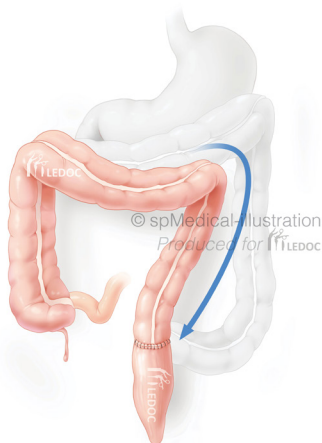


RECHTER HEMICOLECTOMIE

Als de tumor aan de linker zijde of in de laatste bocht van het colon (sigmoid) gelegen is, spreken we van een linker hemicolectomie of sigmoidresectie.



TUMOR LINKER COLON



LINKER HEMICOLECTOMIE

Afhankelijk van de definitieve (pathologische/microscopische) staging, wordt een verder behandelplan gemaakt. Dit kan enkel opvolging zijn, maar soms ook bijkomende chemotherapie, of een behandeling gericht op eventuele uitzaaiingen.

04 MOGELIJKE COMPLICATIES

De duidelijk overgrote meerderheid van de procedures evenals hun verder herstel verloopt ongecompliceerd. Mogelijke complicaties betreffen een wondinfectie, nabloeding, longontsteking, of een naadlekkage. Vaak kunnen deze zonder reïnterventie behandeld worden, maar soms is een heringreep noodzakelijk.

05 HOE VERLOOPT DE OPNAME?

Bij voorkeur gebeurt de ingreep gepland. Meestal kan de patiënt de dag van de ingreep binnenkomen. Een volledige darmvoorbereiding is niet nodig, wel in de meeste gevallen een lavement. De chirurg zal u van tevoren uitleggen of de ingreep met kleine insnedes (kijkoperatie of robotchirurgie) of met een grotere incisie zal gebeuren. De gemiddelde opnameduur is 3-4 dagen. Het richtuur voor ontslag is 11 uur.

Bij opname in acute omstandigheden kan het verblijf veel langer duren, afhankelijk van de algemene weerslag bij opname, het type chirurgie dat noodzakelijk is en de grotere kans op complicaties en de behandeling ervan.

Voorschriften voor thuiszorg en pijnstilling worden u bij ontslag meegegeven, alsook een afspraak bij de specialist. In geval van een stoma krijgt u ook een afspraak bij een stoma-verpleegkundige. Hoewel de specialist dit met u zal overlopen, meldt u best allergieën en/of de inname van bloedverdunners nog eens extra aan de chirurg en de anesthesist.

06 WAT GEBEURT ER NA DE OPERATIE?

Waar er vroeger na een darmoperatie werd geadviseerd om veel rust te houden en weinig te eten, is uit allerlei studies gebleken dat juist beweging en het vrij snel hernemen van een normaal voedingspatroon stimulerend werken. Op die manier komt de darm beter op gang en zijn risico's op longontsteking en thrombose (bloedklonter in het been) veel kleiner. Er worden ook voor thuis spuitjes tegen thrombose voorzien.

De operatiewond(j)es worden meestal dichtgelijmd; een douche nemen is mogelijk, een bad wordt best vermeden totdat u terugkomt bij de specialist. Op de plaats van de grootste snede is de kans op een wondinfectie iets groter; daarom ziet de huisarts de patiënt best terug voor opvolging. U komt na de ingreep ook terug bij de chirurg. Bovendien krijgt u altijd een afspraak bij de verwijzend specialist; er dient altijd een goede opvolging te gebeuren en soms wordt er een nabehandeling voorzien.

07 WEETJES..

- Het belangrijkste risico na een darmoperatie is een naadlekkage; dit is een defect op de plaats waar de twee darmuiteinden weer aan elkaar zijn gezet. Hoewel dit een complicatie is die niet vaak optreedt, kan het een flinke stap achteruit betekenen met soms zelfs de noodzaak voor een bijkomende ingreep.
- Beperkt bloed bij de ontlasting is in de eerste week na de operatie niet alarmerend. Toenemende buikpijn, soms in combinatie met anaal bloedverlies, is soms een eerste teken van een naadlekkage. Best contacteert u daarvoor de specialist.
- Beweging is goed! Wandelen mag zeker. Met fietsen en heffen wordt best 4 weken gewacht.

06 CONTACT

Verpleegafdeling A3.00: 089 80 63 10

Verpleegafdeling A3.50: 089 80 63 20

Wondzorg: 089/32 50 33

Stomaverpleegkundige: 089 32 15 33

Secretariaat Abdominale Chirurgie: 089 32 60 20

Onze Verpleegkundig specialist van het Colorectaal Zorgpad, Mevr. Marga Bogaert, is steeds bereikbaar via het Secretariaat: 089 32 60 20



Alle rechten zijn voorbehouden aan @spMedical-Illustration. De tekeningen zijn exclusief gemaakt voor het Limburgs Expertisecentrum voor Digestieve en Oncologische Chirurgie (LEDOC). De tekeningen mogen niet gekopieerd of op enige manier (electronisch, mechanisch, fotografisch) gebruikt worden zonder toestemming van de rechthebbende

[illegible]

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.



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be