

Patiënten Informatie Map (PIM)

Dikkedarmkanker

Deze Patiënten Informatie Map is eigendom van:

Naam: _____

De vinder van deze map wordt dringend verzocht contact op te nemen met de polikliniek chirurgie van ZGT ziekenhuislocatie Almelo 088 708 33 20 of polikliniek chirurgie ZGT ziekenhuislocatie Hengelo 088 708 52 31

Almelo

Zilvermeeuw 1

Postbus 7600

7600 SZ Almelo

Hengelo

Geerdinksweg 141

Postbus 546

7550 AM Hengelo

 facebook.com/ZGTinfo

 twitter.com/ZGT_info

 linkedin.com/company/zgt

 youtube.com/user/ZGTinfo

 zgt.nl - zgt.nl/mijnzgt

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Afspraken	4
3. Namen, adressen en telefoonnummers	5
4. Darmkanker	7
4.1 De darm	7
4.2 Wat is dikkedarmkanker?	8
4.3 De oorzaak	8
4.4 Symptomen	9
4.5 Hoe wordt dikkedarmkanker vastgesteld?	9
4.6 Multidisciplinair oncologisch team	10
4.7 Stadia indeling dikkedarmkanker	11
5. De behandeling van dikkedarmkanker	12
5.1 Operatieve behandeling	12
5.2 Chemotherapie	14
5.3 Afzien van een behandeling	14
6. Psychosociale begeleiding	15
7. Oncologische revalidatie	16
8. Overzicht nuttige websites	17
9. Aantekeningen	19

1. Inleiding

De chirurg heeft bij u de diagnose darmkanker vastgesteld. Deze diagnose roept wellicht veel vragen bij u op. Met deze Patiënten Informatie Map (PIM) verwachten wij een bijdrage te leveren aan een zo goed mogelijke voorlichting om eventuele angst en onzekerheid bij u te verminderen of weg te nemen. U kunt thuis op uw gemak de informatie over deze diagnose nog eens nalezen.

Tijdens het zorgtraject krijgt u met verschillende specialisten te maken. Vanaf het eerste bezoek met de chirurg is de chirurg uw hoofdbehandelaar. Dat wil zeggen dat de chirurg verantwoordelijk is en de regie voert over het verdere medische behandel-, en nazorgtraject. Bij problemen of onduidelijkheden kunt u bij hem of haar terecht. Als u niet fit genoeg bent om een operatie te ondergaan, bijvoorbeeld door ernstige hart,-/of vaataandoeningen, slechte longfunctie of algemene conditie dan wordt (of blijft) de maag- darm- leverarts of internist-oncoloog uw hoofdbehandelaar. Dit is afhankelijk van welke behandeling wordt gekozen.

Opbouw van de PIM

Deze PIM begint met contact-informatie van afdelingen en zorgverleners waarmee u te maken krijgt. Daarna leest u in het kort iets over de anatomie van de darmen en de functie van de darmen. Vervolgens worden de oorzaken en symptomen van darmkanker besproken. In hoofdstuk 4 worden de vervolgonderzoeken besproken die nodig zijn om het stadium waarin uw kanker zich bevindt te bepalen. Dit is belangrijk om samen met u en het multidisciplinaire team een goed behandelplan te maken. De behandelmogelijkheden komen in hoofdstuk 5 aan de orde. Er is een aparte folder over de gang van zaken rondom een eventuele operatie. Verder wordt in deze PIM aandacht besteed aan de mogelijkheden van nazorg en revalidatie. In het laatste hoofdstuk van deze map verwijzen wij u onder meer naar diverse websites en patiëntenorganisaties voor mensen met dikkedarmkanker. Via deze bronnen kunt u eventueel in contact komen met lotgenoten.

Gebruik van de PIM

Deze map is van u. U kunt hierin aantekeningen maken van uw gesprekken met hulpverleners. Ook kunt u de schriftelijke informatie die u eventueel nog krijgt toevoegen. Het is daarom handig om bij elk bezoek aan ZGT deze PIM mee te nemen.

Meer weten?

Vraag het aan de verpleegkundig specialist of de oncologie verpleegkundige (gastro-enterologie) van de polikliniek chirurgie. Zij helpen u graag verder.

3. Namen, adressen en telefoonnummers

In ZGT zijn verschillende zorgverleners betrokken bij de zorg voor mensen met dikkedarmkanker.

ZGT Almelo:
Bezoekadres: Zilvermeeuw 1, 7609 PP Almelo
Postadres: Postbus 7600, 7600 SZ Almelo

ZGT Hengelo
Bezoekadres: Geerdinksweg 141, 7555 DL Hengelo
Postadres: Postbus 546, 7550 AM Hengelo

Chirurgie

Polikliniek Almelo routenummer 1.8, 1e verdieping, tel. 088 708 52 31
Polikliniek Hengelo routenummer 0.6, begane grond, tel. 088 708 52 31

Chirurgen:

Dhr. A.T.M. Claassen
Dhr. dr. M.J. van Det
Mw. Dr. E.D. van der Ende
Dhr. dr. I.F. Faneyte
Dhr. H.J. Heijmans
Dhr. dr. E.A. Kouwenhoven
Dhr. J.W.P. Vanstiphout
Mw. dr. K.M.J. Thijssens
Dhr. dr. M. Lutke Holzik

Verpleegkundig Specialist chirurgie:

Mw. N. Prins-Bruinink
Mw. L. Rouhof

Oncologie verpleegkundigen (gastro-enterologie):

Mw. W. ten Cate
Mw. M. Kroeske
Mw. W. Pouls
Mw. S. Wolfkamp

Stoma verpleegkundigen:

Mw. A. Braakhuis
Mw. C. Hartgerink
Mw. M. Lassche

Interne geneeskunde en MDL

Polikliniek Almelo routenummer 0.7, begane grond, tel.088 708 31 70

Polikliniek Hengelo routenummer 0.13, begane grond, tel. 088 708 53 30

Internist-oncologen:

Mw. dr. I. M. Oving

Mw. dr. E.J.M. Siemerink

Dhr. dr. R. Hoekstra

Internist-hematologen:

Dhr. dr. C.J.M. Gerrits

Dhr. dr. B.W. Schot

Verpleegkundig Specialist oncologie:

Mw. E. Postel

Maag-, Darm-, Leverartsen:

Dhr. dr. A.A. Vrij

Dhr. H. Aktas

Dhr. R.F.C. van Roermund

Dhr. dr. R.A.A. van Zanten

Dhr. A. van der Linden

Dhr. dr. R.M. Dürfeld

Dhr. dr. P. Kessler

4. Darmkanker

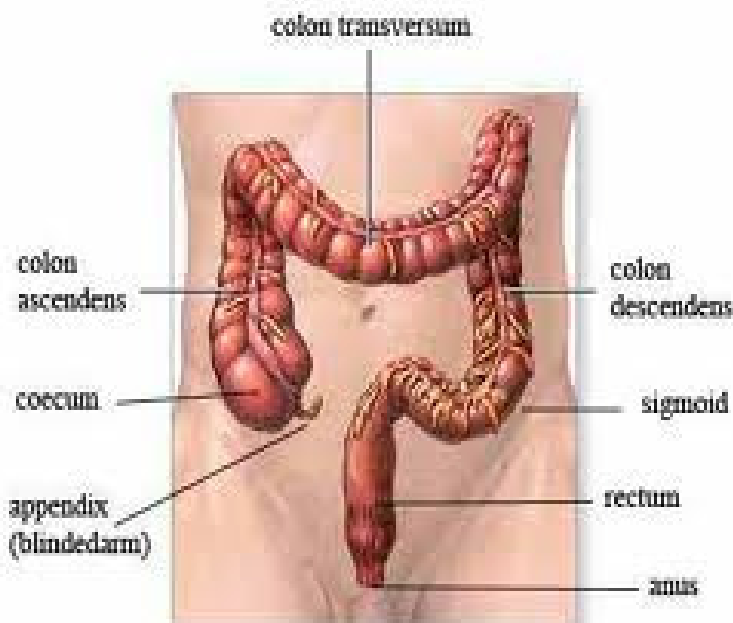
4.1 De darm

De dikke darm (colon) is het laatste gedeelte van het spijsverteringskanaal en heeft een gemiddelde lengte van 1,5 meter met een diameter van 7,5 cm en ziet er 'gekarteld' uit.

Vanaf de dunne darm tot aan de anus zien we achtereenvolgens (zie ook afbeelding 1):

1. Blinde darm (coecum) ligt onder de inmonding van de dunne darm (het ileum). Dit heeft een dun wormvormig aanhangsel, de appendix.
2. Dikke darm bestaande uit:
 - het opstijgende deel (colon ascendens) dat loopt van de blinde darm naar boven tot onder de lever.
 - het dwarse deel (colon transversum) loopt van onder de lever, over de dunne darm en onder de maag door naar links tot aan de milt.
 - het afdalende deel (colon descendens) loopt van onder de milt naar beneden tot in het bekken.
 - het sigmoïd (colon sigmoideum) loopt met een S-bocht naar het midden van de bekkenholte.
3. Endeldarm (rectum): In het bekken gaat het laatste deel van de dikke darm over in de endeldarm. Dit deel wordt gevuld met ontlasting vanuit het sigmoïd. Door de vulling worden zenuwen geprikkeld en dit ervaart u als aandrang. Het rectum eindigt in de sluitspier (de anus).

Afbeelding 1: de darm



De wand van de dikkedarm bestaat uit drie lagen. Van binnen naar buiten: de slijmvlieslaag, de bindweefsellaag en de dubbele spierlaag.

De dikke darm ligt in de buikholte. Deze holte is van binnen bekleed met het buikvlies. Het buikvlies omsluit het grootste deel van de dikke darm.

De functie van de dikke darm bestaat uit het onttrekken van vocht en zouten aan de voedselresten. Dit vocht en de zouten worden via het bloed door het lichaam verspreid. Door de onttrekking dikt de massa in en ontstaat de normale ontlasting. In de dikke darm zitten grote hoeveelheid darmbacteriën: de darmflora. Een gezonde darmflora zorgt ervoor dat er geen schadelijke bacteriën kunnen groeien in de darmen en zorgt ervoor dat de darminhoud gaat gisten. Bij dit gisten komen er stoffen vrij die de bewegingen van de dikke darm stimuleren. Bij dit proces komen er ook gassen vrij, die in de vorm van winden het lichaam verlaten.

4.2 Wat is dikkedarmkanker?

Dikkedarmkanker ontwikkelt zich bijna altijd uit een darmpoliep. Een poliep (adenoom) is een uitstulping of een verdikking van het slijmvlies dat de binnenkant van de darm bekleedt. Poliepen zijn goedaardige gezwellen, maar sommige kunnen uitgroeien tot kwaadaardige tumoren (kanker). De tumor kan steeds verder de darmwand ingroeien en mogelijk doorgroeien naar omliggende organen, zoals de blaas, prostaat, vagina of de baarmoeder. Ook kan de tumor uitzaaien naar de lymfeklieren en via het bloed naar andere organen. Dikkedarmkanker zaait via het bloed voornamelijk uit naar de lever en de longen. Er kan ook sprake zijn van uitzaaiing naar het buikvlies, waardoor vocht in de buikholte (ascites) ontstaat.

4.3 De oorzaak

Dikkedarmkanker komt in Nederland veel voor. Bij mannen staat het op de derde plaats, na long- en prostaatkanker. Bij vrouwen staat dikkedarmkanker, na borstkanker, op de tweede plaats. De precieze oorzaak van dikkedarmkanker is nog niet bekend. Bij niet erfelijke dikkedarmkanker lijken zogenoemde omgevingsfactoren een rol te spelen. Het gaat hierbij met name om voedingspatroon en leefstijl.

Daarnaast zijn er een aantal darmaandoeningen die een verhoogde kans op dikkedarmkanker geven. Mensen met deze aandoeningen (zie hieronder opgesomd) krijgen regelmatig controle onderzoek. Veranderingen in de dikkedarm die mogelijk met kanker te maken hebben, zijn dan in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.

Darmaandoeningen die een verhoogde kans op dikkedarmkanker geven:

- Chronische ontstekingen van de dikke darm, zoals colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn.
- Eerder behandelde dikkedarmkanker. Mensen die al eens behandeld zijn voor dikkedarmkanker hebben een verhoogd risico om opnieuw een dergelijke tumor te krijgen. Het darmweefsel heeft bij hen een verhoogde neiging tot vorming van een kwaadaardig gezwel.
- Erfelijke vormen van dikkedarmkanker. Bij ongeveer 5 tot 10% van alle patiënten is erfelijke aanleg de oorzaak. In deze families komt darmkanker veel vaker voor dan in

andere families. Er zijn verschillende vormen van erfelijke darmkanker. De meest voorkomende erfelijke vormen van darmkanker zijn:

1. Het lynch-syndroom (ook wel Heriditair Non Polyposis Colorectal Carcinoom, kortweg HNPCC genoemd) is de meest voorkomende erfelijke vorm van dikkedarmkanker. Bij ongeveer 5% van alle patiënten wordt dikkedarmkanker veroorzaakt door het Lynch-syndroom. Dikkedarmkanker ontstaat bij deze patiënten vaak vóór het vijftigste levensjaar. Dit is een belangrijk verschil met niet-erfelijke vormen van dikkedarmkanker, die meestal pas op latere leeftijd ontstaan.
2. Familiaire Adenomateuze Polyposis, komt voor bij ongeveer 1% van alle patiënten met dikkedarmkanker. Deze erfelijke ziekte wordt ook wel FAP of kortweg polyposis genoemd. Kenmerkend hierbij is het hebben van honderden poliepen in de dikke darm.

4.4 Symptomen

De locatie van de tumor in de dikke darm is bepalend voor de klachten waarmee de patiënt zich presenteert. In de rechterhelft van de dikke darm is meer ruimte om te groeien en de ontlasting is daar dunner, waardoor het makkelijker kan passeren. Deze tumoren geven dan ook laat klachten. De patiënt presenteert zich meestal met buikklachten of een anemie ten gevolge van chronisch bloedverlies uit de tumor. Wanneer de tumor in het linker deel van de dikke darm ligt zie je vooral een verandering van het defaecatiepatroon. Er kunnen perioden van krampende buikpijn optreden, maar ook obstipatie of (overloop)diarree. De ontlasting kan potloodvormig zijn door de vernauwing in de dikke darm. Een ander aandachtspunt is rectaal bloedverlies. Tumoren in de endeldarm geven vaak bloedverlies bij de ontlasting of een gevoel van loze aandrang, soms gepaard met pijn. Als zich rood bloed op de ontlasting bevindt is de oorzaak vaak laag in de darm gelegen, zoals rectum of sigmoïd. Indien het bloed vermengd is met de ontlasting is de oorzaak veelal in de dikke darm gelegen.

4.5 Hoe wordt dikkedarmkanker vastgesteld?

Kijkonderzoek

Tumoren in de dikke darm worden meestal opgespoord door middel van een kijkonderzoek: een endoscopie. Tijdens een endoscopie kan de maag-, darm-, en leverarts (MDL arts) door middel van een flexibele slang, waaraan een kleine camera bevestigd is, via de anus in de dikke darm kijken. De arts kan dan een hapje weefsel (biopt) nemen van de tumor of poliep. Dit wordt vervolgens door de patholoog in het laboratorium onderzocht.

De naam van het onderzoek is afgeleid van het deel van de dikke darm dat wordt onderzocht:

- Colonoscopie: een kijkonderzoek van de gehele dikke darm.
- Sigmoidscopie: een kijkonderzoek van het laatste S-vormige deel van de dikke darm inclusief de endeldarm.

Beeldvormend onderzoek

- CT abdomen: dit is beeldvormend onderzoek waarbij foto's worden gemaakt van uw borstholte en buik. Het doel van de CT-scan is om de uitbreiding van de tumor vast te leggen en eventuele uitzaaiingen in de lever op te sporen.
- X-thorax: Dit is een röntgenfoto van de borstkas om eventuele uitzaaiingen in de longen op te sporen.

Bloedonderzoek

Behalve algemeen bloedonderzoek zal ook de zogenoemde CEA waarde worden bepaald. Dit is een tumormarker, dat wil zeggen: een bepaalde stof in het bloed die kan wijzen op de aanwezigheid van kanker. CEA is echter niet specifiek voor darmkanker en is niet altijd verhoogd. Dit bloedonderzoek zal daarom ook gedaan worden in combinatie met of in aansluiting op andere onderzoeken.

Onderzoeksuitslagen

De uitslagen van de onderzoeken zijn binnen twee weken bekend. Uw behandelend arts zal deze met u bespreken, het liefst in het bijzijn van uw familie of naasten. Op basis van de onderzoeksuitslagen en de multidisciplinaire bespreking zal uw behandelend arts in overleg met u een behandelplan maken. De onderzoeksuitslagen en uw conditie bepalen het behandeladvies. Soms kan vervolgonderzoek noodzakelijk zijn.

4.6 Multidisciplinair oncologisch team

Als alle onderzoeken zijn verricht worden de uitslagen besproken in een multidisciplinair oncologisch team. Dit team bestaat uit de oncologisch chirurg, de radiotherapeut-oncoloog, internist-oncoloog, MDL arts, de radioloog, de nucleair geneeskundige, de patholoog, de oncologie verpleegkundige (gastro-enterologie) en de verpleegkundig specialist. Al deze disciplines hebben zich gespecialiseerd in dikkedarmkanker. Zij werken nauw met elkaar samen om de zorg onderling goed op elkaar af te stemmen.

4.7 Stadia indeling dikkedarmkanker

De indeling dikkedarmkanker wordt bepaald door de TNM classificatie: Tumorgrootte (T), het aantal lymfeklieruitzaaiingen (N) en de uitzaaiingen op afstand (M). Op basis van de TNM classificatie kan er een prognose worden gedaan.

De wand van de dikkedarm bestaat uit drie lagen. Van binnen naar buiten: de slijmvlieslaag, de bindweefsellaag en de dubbele spierlaag (zie afbeelding 2).

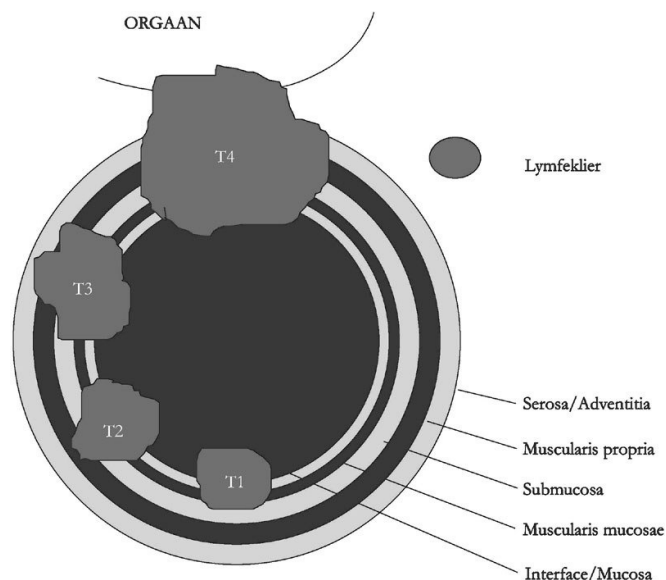
In een T1-stadium dringt de tumor binnen in de bindweefsellaag (submucosa).

In een T2-stadium is er een doorgroei tot in de spierlaag (muscularis propria).

In een T3-stadium is er een doorgroei door de spierlaag (muscularis propria).

In een T4-stadium is er doorgroei naar de omliggende organen (bijvoorbeeld de prostaat of de blaas).

Afbeelding 2: dwarsdoorsnede darm



Muscularis propria: 2 spierlagen
 Serosa adventitia; buitenste darmwand
 Interface mucosa slijmvlieslaag
 Submucosa: bindweefsellaag

5. De behandeling van dikkedarmkanker

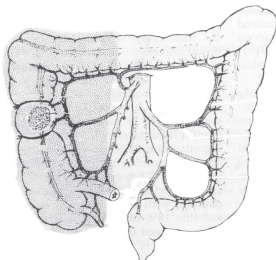
5.1 Operatieve behandeling

Bij dikkedarmkanker is een operatie de meest toegepaste behandeling. Er zijn twee verschillende operatietechnieken mogelijk bij dikkedarmkanker. Afhankelijk van de grootte, de uitgebreidheid en de plaats van de tumor kan de operatie op de traditionele (open) manier plaatsvinden met een grote snee in uw buik of door middel van een kijkoperatie (laparoscopische operatie) waarbij een kijkbuis en andere operatie-instrumenten via enkele gaatjes in uw buik naar binnen worden gebracht. Bij de keuze voor een operatietechniek spelen ook uw lichamelijke en/of geestelijke conditie een rol en de eventueel aanwezige uitzaaiingen. Uw behandelend arts zal de verschillende mogelijkheden met u bespreken.

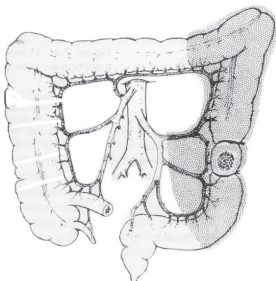
Tijdens de operatie wordt het aangedane stuk darm verwijderd. Dit wordt hemicolectomie genoemd. Behalve de tumor worden ook de lymfklieren verwijderd die behoren bij het deel van de darm waarin de tumor zich bevindt. Daarna worden de beide delen van de darm weer aan elkaar gezet.

Er zijn verschillende ingrepen mogelijk:

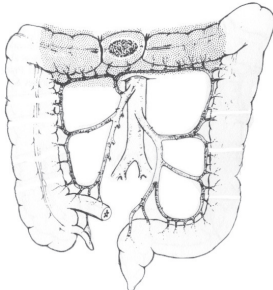
- Bij een **rechtszijdige hemicolectomie** wordt het rechter deel van dikke darm verwijderd en de dunne darm vervolgens op het colon transversum geplaatst.



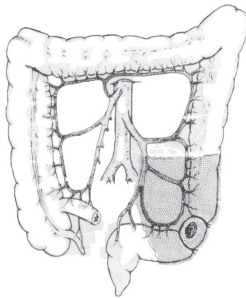
- Bij een **linkszijdige hemicolectomie** wordt het linker deel van de dikke darm verwijderd en wordt het colon transversum op het laatste deel van het colon descendens geplaatst.



- Bij een tumor in het colon transversum wordt een hemicolectomie uitgevoerd, waarbij het **colon transversum** verwijderd wordt.



- Bij een **sigmoïdrectie** wordt het sigmoïd verwijderd en worden beide delen van de darm weer aan elkaar verbonden. Bij deze operatie bestaat er een kans op een stoma: een darmuitgang in de buikwand. Dit stoma kan tijdelijk of blijvend zijn.



Leverchirurgie

Verdere behandelmogelijkheden die steeds meer worden toegepast bij een coloncarcinoom met leveruitzaaiingen is leverchirurgie. Leverchirurgie is o.a. mogelijk omdat de restlever de capaciteit heeft wederom aan te groeien, zodat de vitale functies kunnen worden gewaarborgd. Leverchirurgie is echter niet altijd mogelijk, dit is mede afhankelijk van het aantal leveruitzaaiingen en de plaats waar de uitzaaiingen zich bevinden.

Als er zich in het buikvlies kankercellen bevinden kan de patiënt behandeld worden met HIPEC (Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie). Dit is een combinatie van chemotherapie en chirurgie waarbij de chirurg tijdens de operatie eerst alle zichtbare tumoren verwijderd en daarna wordt de chemotherapie toegediend.

Mogelijke complicaties

Na iedere operatie kunnen complicaties optreden. Zo is er ook bij een operatie aan de dikke darm een kans op complicaties aanwezig, zoals infectie, nabloeding, wondproblemen, trombose, longembolie, hart- en vaatproblemen of een longontsteking. Daarnaast kan het voorkomen dat de darmen na de operatie niet goed op gang komen. De darmassage stagneert en er ontstaat een belemmerde darmwerking (ileus). Tevens bestaat het risico op complicaties die specifiek gelden voor deze operatie, zoals een naadlekkage. Dit is een probleem in de wondgenezing van de naad. De wondgenezing kan verstoort worden door onder andere een slechte voedingstoestand, suikerziekte, roken, overgewicht, hoge leeftijd en hart- en vaatziekten. Door de moeizame wondgenezing kan de

inhoud van de darm in de buik lopen en dit kan tot ernstige ontstekingen leiden, zoals een buikvliesontsteking. De symptomen die kunnen optreden zijn: buikpijn, bolle, gespannen buik, misselijkheid, braken en koorts. Indien er sprake is van een naadlekkage bestaat de kans dat u opnieuw geopereerd moet worden. Dan wordt er in principe een (tijdelijk) stoma aangelegd. Ook kan een zogenaamde platzbauch voorkomen. Dit is het openspringen van de gehechte buikwand.

Gevolgen voor de seksualiteit

Bij sommige dikkedarmoperatie kan het nodig zijn een stoma aan te leggen. Dit kan effect hebben op het seksueel functioneren, zowel geestelijk als lichamelijk. In welke mate er problemen met betrekking tot seksualiteit optreden is niet precies van tevoren te voorspellen. Indien er zich bij u na de operatie seksuele problemen voordoen, dan kunt u dit altijd met uw behandelend arts, de verpleegkundig specialist, oncologie verpleegkundige of de stomaverpleegkundige bespreken.

Overige gevolgen van de ingreep

Het ontlastingspatroon kan in de eerste maanden na de operatie onregelmatig zijn. Dit hoeft niet blijvend te zijn.

5.2 Chemotherapie

Afhankelijk van de uitslag van het weefsel dat bij de operatie is verwijderd bestaat de mogelijkheid dat u aanvullend behandeld gaat worden met chemotherapie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van celdodende medicatie waarbij tumorcellen worden vernietigd of in hun groei worden geremd. Via het bloed verspreidt de medicatie zich door uw lichaam en kan op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken. Bij darmkanker wordt via een infuus en/of in tabletvorm medicijnen gegeven die een eigen invloed op de celdeling hebben.

Chemotherapie kan ook worden overwogen bij darmkanker in een gevorderd stadium waarbij de tumor is uitgezaaid naar de lymfeklieren, longen, lever en/of skelet. Voor een behandeling met chemotherapie wordt u verwezen naar de internist-oncoloog. In een aparte Patiënten Informatie Map Chemotherapie leest u meer over deze behandeling en de eventuele bijwerkingen.

5.3 Afzien van een behandeling

Het kan gebeuren dat bij u of bij uw arts de indruk bestaat, dat de belasting of de mogelijke bijwerkingen of gevolgen van een behandeling niet (meer) opwegen tegen de te verwachten resultaten. Als u twijfelt aan de zin van (verdere) behandeling dan kunt u dit in alle openheid met uw arts bespreken. Iedereen heeft het recht om af te zien van verdere behandeling. Uw arts zal u de noodzakelijke medische zorg blijven geven in samenspraak met uw huisarts.

Als er geen genezende behandeling mogelijk is

Als genezing niet mogelijk is, bespreken de chirurg en de oncologie verpleegkundige of verpleegkundig specialist samen met u en uw partner of naasten het verdere behandelplan. Dit is gericht op het behandelen van problemen die zich voor kunnen doen. Dit kunnen pijnklachten zijn, vermoeidheid en conditieverlies of problemen met de voeding.

6. Psychosociale begeleiding

Als u te horen krijgt dat u dikkedarmkanker heeft, roept dit waarschijnlijk veel vragen en emoties op. Zowel voor uzelf, als voor uw naasten, is het een spannende tijd. De medewerkers van de afdeling chirurgie en oncologie ondersteunen u zoveel mogelijk. Op deze pagina leest u wat u op de verschillende momenten van hen mag verwachten. Daarnaast vindt u informatie over andere organisaties die u begeleiding en informatie kunnen geven.

Lastmeter

De lastmeter biedt u de mogelijkheid om aan de arts, verpleegkundig specialist of oncologie verpleegkundige te laten weten hoe het met u gaat. Het kan helpen in gesprek te gaan over zorgen of problemen die u door uw ziekte en/of behandeling ervaart. De oncologie verpleegkundige en de verpleegkundig specialist zullen u op bepaalde momenten vragen de lastmeter in te vullen. Vervolgens worden de door u gegeven antwoorden besproken en mocht dit nodig zijn passende hulp geboden.

Begeleiding tijdens de fase van onderzoek en behandeling

Tijdens deze fase hebben de meeste patiënten en hun partner of naasten behoefte aan voorlichting en advies op maat. Omdat er keuzes zijn in de behandelmogelijkheden is het belangrijk dat u weet welke keuzes er zijn, hoe de genezingskans is, wat de kans is op uitzaaiingen en wat de mogelijke bijwerkingen en gevolgen zijn. De chirurg bespreekt alle opties met u en uw partner of naasten zodat u een weloverwogen keuze kunt maken. De oncologie verpleegkundige of de verpleegkundig specialist bespreekt de gegeven informatie met u na, geeft eventueel aanvullende informatie en geeft voorlichting en advies over psychosociale begeleiding.

Na de behandeling

Soms hebben patiënten na een periode van onderzoek en behandeling moeite om de draad van het dagelijks leven weer op te pakken. Dit kan gepaard gaan met gevoelens van angst, onzekerheid en onrust. Om weer grip op uw situatie te krijgen kunt u het volgende ondernemen:

- (Meer) informatie zoeken (zie hoofdstuk 8).
- Professionele (medische) hulp of psychische ondersteuning zoeken bij uw huisarts of binnen het ziekenhuis bij de maatschappelijk werker, psycholoog of geestelijk verzorger. De lastmeter kan hierin een goed hulpmiddel zijn.
- Deelnemen aan een oncologisch revalidatieprogramma. In het volgende hoofdstuk leest u hier meer over.

7. Oncologische revalidatie

Veel patiënten met kanker kampen tijdens en na de behandeling met klachten zoals vermoeidheid, conditieverlies, pijn, emotionele instabiliteit en depressie. Revalidatie kan een groot deel van de (ex-) kankerpatiënten helpen om de gevolgen van ziekte en behandelingen boven te komen. In recente Nederlandse studies is aangetoond dat kankerpatiënten met revalidatie een betere kwaliteit van leven hebben dan patiënten die niet revalideren.

Afhankelijk van uw situatie en hulpvraag zijn allerlei therapiecombinaties mogelijk, onder meer:

- Training onder begeleiding van een fysiotherapeut. Zo verbetert u uw conditie en spierkracht. Een trainingsprogramma is vaak een combinatie van kracht en conditietraining. Soms aangevuld met sport en spel.
- Praten met een psycholoog of maatschappelijk werker is soms een mogelijkheid. Als u psychisch meer weerstand opbouwt, kunt u het dagelijks leven beter aan. Ook als u heel erg vermoeid blijft helpen zij u verder.
- Een bezoek aan een diëtiste die u voedingstips geeft om weer op krachten te komen.

Voor bovenbeschreven therapieën kunt u binnen het ziekenhuis terecht. Als er sprake is van meervoudige en/of complexe problematiek dan is behandeling onder begeleiding van een revalidatie-arts nodig.

U kunt zowel zelfstandig als in een groep revalideren. Revalideren is mogelijk tijdens de behandeling en daarna. Ook als u niet meer kunt genezen heeft revalidatie zin. Revalidatie is erop gericht klachten tijdens de verschillende fasen van het ziekteproces te voorkomen of te verminderen. In het programma wordt gewerkt aan het opnieuw vertrouwd raken met het eigen lichaam, het ontdekken van bewegingsmogelijkheden, (arbeids)re-integratiemogelijkheden en het verwerken van het ziekteproces, onder andere door lotgenotencontact. Afhankelijk van uw situatie kunt u te maken krijgen met een revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker en logopedist.

Bespreek met uw arts of oncologieverpleegkundige waar u last van heeft en welke ondersteuning u wilt. Ze geven u advies en kunnen u verwijzen naar een zorgverlener of revalidatieprogramma.

Meer informatie

ZGT ziekenhuislocatie Almelo: Afdeling fysiotherapie: telefoon 088 708 3210

ZGT ziekenhuislocatie Hengelo: Afdeling fysiotherapie: telefoon 088 708 5200

8. Overzicht nuttige websites

Er zijn verschillende organisaties die u kunnen informeren over dikkedarmkanker en alles daaromheen. Ze kunnen u ondersteunen bij het omgaan met uw ziekte. In dit hoofdstuk vindt u een opsomming.

ZGT (Ziekenhuis Groep Twente)
www.zgt.nl/darmkanker

Voorlichtingscentrum KWF Kankerbestrijding
KWF Kankerbestrijding zet zich in op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, voorlichting, patiëntenondersteuning en fondsenwerving. Via de website kunt u ook folders bestellen over de verschillende soorten kanker, de behandelingen en algemene onderwerpen.
www.kwfkankerbestrijding.nl

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
Bij de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties kunt u informatie krijgen over patiëntenorganisaties voor mensen met een bepaalde soort kanker. www.nfk.nl
KWF Kankerbestrijding en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties hebben ook een gezamenlijke website:
www.kanker.info

Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal (SPKS)
De SPKS (voorheen Stichting Doorgang) is bedoeld voor mensen met kanker in het spijsverteringskanaal, zoals dikkedarmkanker. Naast het bevorderen van lotgenotencontact, verzamelt en verstrekt de stichting informatie over nieuwe ontwikkelingen op medisch en sociaal gebied.
www.spks.nfk.nl

Vereniging HNPCC-Lynch
De Vereniging HNPCC-Lynch is een contactgroep voor patiënten, partners, kinderen en familieleden die met de erfelijke aandoening Heriditair Non Polyposis Colorectal Carcinoom (HNPCC) ofwel het Lynch-syndroom zijn geconfronteerd.
www.hnpcc.nfk.nl

Stichting Jongeren en Kanker (SJK)
Stichting Jongeren en Kanker wil jongeren tussen de 15 en 35 jaar die met kanker te maken krijgen ondersteunen en de ontmoeting tussen deze jongeren mogelijk maken. De stichting wil geen medische vraagbaak zijn, maar een rol spelen in de verwerking.
www.jongerenenkanker.nl

De Nederlandse Stomavereniging
De Nederlandse Stomavereniging stelt zich ten doel het bevorderen van een zo gunstig mogelijke lichamelijke, psychische en sociale conditie van mensen met een stoma of pouch en mensen die een stoma hebben gehad.
www.stomavereniging.nl

De Nederlandse Vereniging voor Kankerpatienten (NFK); Folder Kanker en Werk
http://www.nfk.nl/webwinkel/folders_kanker_en_werk

Inloophuizen voor mensen met kanker

Inloophuizen voor mensen met kanker bieden een plek waar mensen tijdens en na een behandeling vanwege kanker terecht kunnen voor een luisterend oor van een getrainde vrijwilliger. Inloophuizen organiseren ook activiteiten bijvoorbeeld op het gebied van yoga, massage, ontspanning, lotgenotencontact, creativiteit en lezingen.

Inloophuis Stichting Vechtgenoten

Beerzerweg 5D, 7731 PA Ommen
Tel: (0592) 455767 of 0639032263
www.vechtgenoten.nl

Het Nije Huis te Hengelo

Het Nije huis, is een inloophuis voor iedereen die kanker heeft (gehad) én hun naasten!
Het Nije huis is onderdeel van de Nije Stichting.
Beursstraat 9, 7551 HP HENGELO
tel: 074 - 2772772
Email: info@denijestichting.nl
<http://www.denijestichting.nl/het+nije+huis>

Website toekomst na kanker

De website Toekomst na Kanker biedt u informatie over mogelijkheden per regio voor ondersteuning en begeleiding voor mensen met kanker.
www.toekomstnakanker.nl

Internettherapie Minder moe bij kanker(Helen Dowling Instituut)

De internettherapie www.mindermoebijkanker.nl is ontwikkeld door het Helen Dowling Instituut in Utrecht en werd op 17 november 2009 door dr. Els Borst, voorzitter van de NFK (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntorganisaties) officieel gelanceerd.

Het Helen Dowling Instituut in Utrecht biedt begeleiding aan mensen met kanker en hun naasten om hen te helpen de ziekte emotioneel te verwerken. Daarnaast verricht het HDI wetenschappelijk onderzoek en biedt scholing aan artsen en verpleegkundigen in de oncologie.
<http://www.mindermoebijkanker.nl>

9 Aantekeningen

