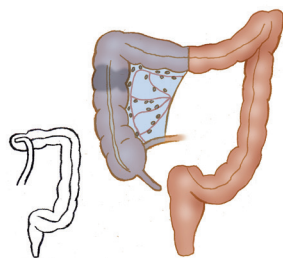
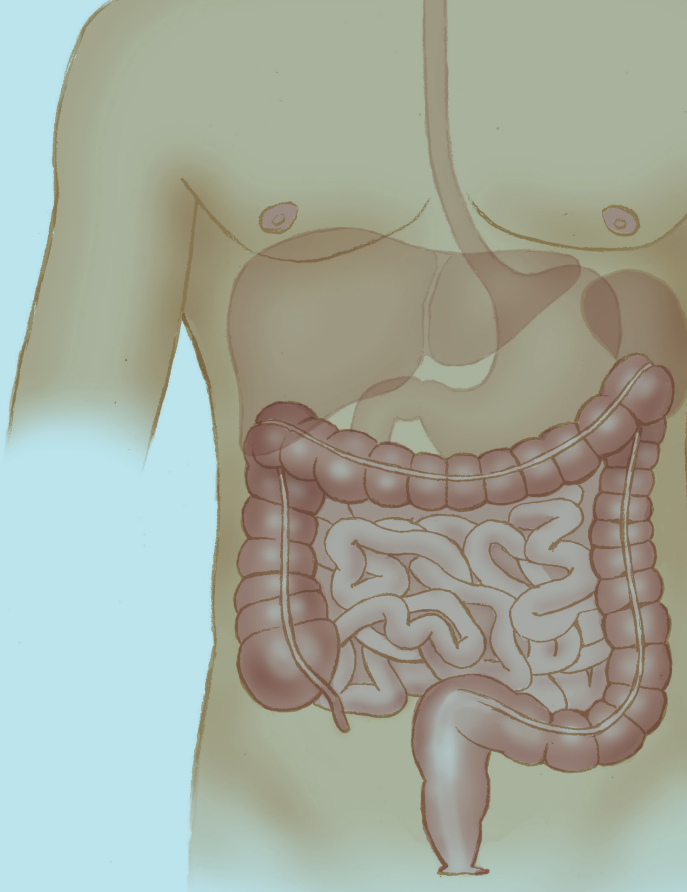




HEELKUNDE



RECHTER COLECTOMIE voor dikkedarmkanker

Dr Bomans
Dr Van Belle
Dr Messaoudi
Prof Dapri

CLINIQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

advanced care - personal touch

Heelkunde Site St-Elisabeth

 02 614 27 20

Het chirurgisch team bestaat uit drie specialisten in de digestieve heelkunde. Tijdens uw ziekenhuisverblijf kan het dus zijn dat u met één van ons in contact komt:

Dr Bomans → 0472 33 72 53

Dr Van Belle

Dr Messaoudi

Prof Dapri

Gelieve volgende documenten zo snel mogelijk aan te vragen of tijdens uw ziekenhuisverblijf te laten invullen:

→ [Verzekeringsformulier](#) → [Arbeidsongeschiktheidsverklaring](#)

INHOUD

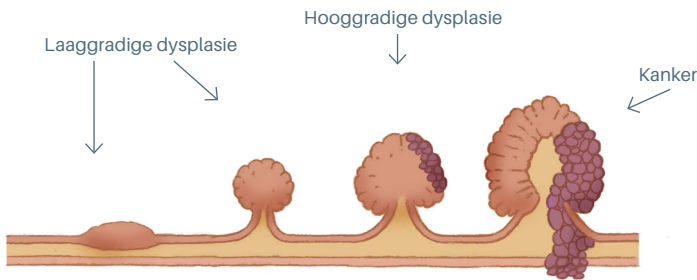
WAAROM HEB IK KANKER?	3
HOELANG DUURT HET VOORDAT EEN POLIEP KANKER WORDT?	3
BESTAAN ER ERFELIJKE GENETISCHE MUTATIES DIE HET KANKERRISICO VERHOGEN?	4
RISICOFACTOREN	5
RECHTER COLECTOMIE	6
LAPAROSCOPIE - LAPAROTOMIE	7
VERSNELD HERSTEL NA OPERATIE - HET ERAS-PROGRAMMA	8
VOORBEREIDING OP DE INGREEP	9
WELKE DRAINS EN BUISJES WORDEN NA DE INGREEP AAN MIJN LICHAAM VASTGEMAAKT?	10
BEHANDELING TIJDENS HET ZIEKENHUISVERBLIJF	10
CLEXANE® EN STEUNKOUSEN	11
HOSPITALISATIEDUUR	11
PIJNSTILLING	12
HERVATTING VAN DE ACTIVITEITEN	12
VERWIKKELINGEN	13
NORMALE SYMPTOMEN	15
FUNCTIONELE RESULTATEN: STOELGANG EN SEKSUALITEIT	16
POSTOPERATIEVE FOLLOW-UP	16
CHEMOTHERAPIE	16
ONCOLOGISCHE FOLLOW-UP	21
VOEDING	21
STRIKT RESTENARM DIEET	22
VERRUIMD RESTENARM DIEET	23
THUISZORG	26
MULTIDISCIPLINAIR TEAM	27
VRAGEN	29

WAAROM HEB IK KANKER?

De precieze oorzaak van de meeste kankers is onbekend.

De meeste kankers van de dikke darm (of colon) ontwikkelen zich ter hoogte van de cellen die de binnenwand van het colon bekleden en die in contact komen met voedsel (slijmvlies). Door een verandering (mutatie) in de genetische code (DNA) van de cel kunnen deze cellen zich ongecontroleerd beginnen vermenigvuldigen in het darmlumen (de holte in de darm). Wij spreken dan van een darmpoliep.

Tijdens de ongecontroleerde vermenigvuldiging van de cellen kunnen nieuwe veranderingen (mutaties) in de genetische code optreden waardoor deze cellen (poliepen) de darmwand kunnen inpalmen en zich in andere organen vestigen.



HOELANG DUURT HET VOORDAT EEN POLIEP KANKER WORDT?

De artsen oordelen dat het in de meeste gevallen 5 tot 10 jaar duurt voordat een poliep in kanker ontaardt.

Dit kan sneller gebeuren in de erfelijke vormen en bij patiënten met een inflammatoire darmziekte.

Elke tumor is anders en bij sommige patiënten kan de termijn korter zijn.

BESTAAN ER ERFELIJKE GENETISCHE MUTATIES DIE HET KANKERRISICO VERHOGEN?

Er bestaan mutaties die aan kinderen worden doorgegeven. Die mutaties vormen eigenlijk slechts een klein deel van de darmtumoren. Erfelijke mutaties maken de ontwikkeling van colonkanker niet onvermijdelijk, maar verhogen wel het risico. Niet elke persoon die drager is van deze mutaties krijgt noodzakelijk colonkanker.

Bij vermoeden van een erfelijke mutatie is verhoogde waakzaamheid en opsporing geboden.

De meest frequente erfelijke syndromen:

→ **HNPCC - Hereditary non polyposis colorectal cancer (syndroom van Lynch)**

→ **FAP - Familiale adenomateuze polypose**

Het is belangrijk om bij de biologische verwanten te informeren naar de aanwezigheid van dikkedarmtumoren en andere soorten tumoren (gastro-enterologie, gynaecologie, urologie...). Hebben familieleden kanker of kanker gehad? Dan moet u nagaan op welke leeftijd de ziekte tot uiting kwam en over welke tumor het gaat.

De aanwezigheid van colonkanker bij familieleden verhoogt het risico op ontwikkeling van kanker, los van de bekende erfelijke factoren. Dit risico verhoogt met het aantal gevallen, volgens de graad van verwantschap (broer, zus, ouders).

Bij de minste twijfel of als u vragen hebt, praat u er best met uw arts over.

RISICOFACTOREN

- **Leeftijd**: de meeste colonkankers worden na 50 jaar vastgesteld
- **Roken**
- **Alcohol**
- **Obesitas**
- **Sedentair leven**: sport verlaagt het kankerrisico
- **Diabetes**
- **Vezelarm en vetrijk dieet**: een dieet rijk aan fruit en groenten vermindert het kankerrisico
- **Chronische inflammatoire darmziekte**: ziekte van Crohn, colitis ulcerosa
- **Voorgeschiedenis van adenomateuze darmoliepen**
- **Voorgeschiedenis van dikkedarmkanker in de familie**
- **Erfelijk syndroom met verhoogd risico op dikkedarmkanker**

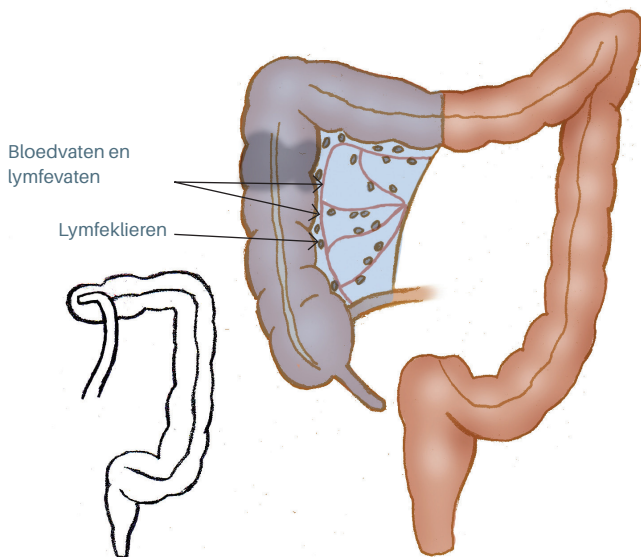
RECHTER COLECTOMIE

Bij rechter colectomie wordt het opstijgende deel van de dikke darm (colon ascendens, eerste deel) tot aan de dwarsliggende dikke darm (colon transversum, tweede deel) onder algemene narcose verwijderd. Daarna wordt een nieuwe verbinding gemaakt tussen de kronkeldarm (ileum) en het colon transversum.

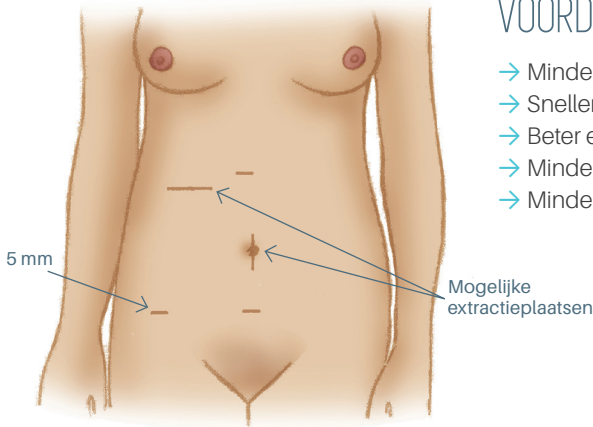
In een eerste operatietijd wordt de dikke darm van zijn aanhechtingen vrijgemaakt tot halfweg de dwarse dikke darm. Het is belangrijk om het duodenum (het eerste deel van de dunne darm) en ook de urineleider (die de urine van de nier naar de blaas voert) niet te beschadigen.

In een tweede operatietijd, tijdens de verwijdering, wordt de dikke darm, samen met het daaraan verbonden vetweefsel dat de bloedvaten en het lymfweefsel (lymfeklieren) omsluit, in één stuk uitgehaald. De tumor en het omliggende vetweefsel worden uit de buikholte gehaald via een snee (incisie) ter hoogte van de navel of rechts in de bovenbuik (hypochondrium). Het is belangrijk om het lymfweefsel te onderzoeken omdat de aanwezigheid van tumorcellen in de lymfeklieren een factor is die mee bepaalt of adjuvante chemotherapie (chemotherapie na de heelkundige ingreep) al dan niet nodig is.

In een derde operatietijd, na verwijdering van het stuk dikke darm dat de tumor bevat, worden beide darmstukken opnieuw aan elkaar gezet met nietjes, draad of beide, binnen en buiten de buikholte. Een dergelijke verbinding noemt men een darmsutuur of anastomose.

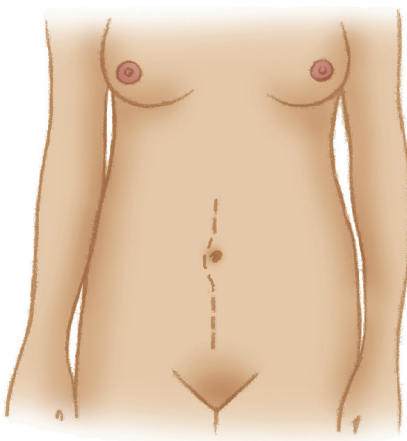


LAPAROSCOPIE - LAPAROTOMIE



VOORDELEN

- Minder pijn
- Snellere revalidatie
- Beter esthetisch resultaat
- Minder wondinfectie
- Minder littekenbreuk (eventratie)



LAPAROSCOPIE IS NIET MOGELIJK IN GEVAL VAN:

- Verschillende met elkaar vergroeide weefsels (verklevingen of adhesies)
- Anatomie niet zichtbaar door meerdere (vroegere) ingrepen
- Anatomie niet zichtbaar door te ernstige ontsteking
- In geval van infiltratie (aantasting) van aangrenzende organen
- Bij een laparoscopisch moeilijk controleerbare bloeding

Technische problemen, bloedingen, mobilisatie

Belangrijke abdominale obesitas (veel buikvet, bij de man)

VERSNELD HERSTEL NA OPERATIE - HET ERAS-PROGRAMMA (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY)

Dit programma streeft naar een beter en sneller herstel na de operatie om de psychologische en metabolische stress bij de patiënt te verlagen door hem of haar aan te zetten om snel weer te bewegen en te eten. Dit verkort de hospitalisatieduur.

In de praktijk moet de patiënt bereid zijn tot het volgende:

- Energierijke drank innemen tot 2 uur vóór de ingreep
- De dag zelf van de ingreep beschuit en drank innemen
- De dag zelf van de ingreep of ten laatste de volgende dag bewegen
- Redons, drains, blaassonde en infusen snel wegnemen
- De terugkeer naar huis is eventueel zelfs mogelijk vóór de eerste ontlasting.

VOORBEREIDING OP DE INGREEP

- 24 uur vóór de ingreep: Controle van de onderhoudsbehandeling. **Stopzetting van de geneesmiddelen op medisch voorschrift (zie geneesmiddelenfiche):**
- Ontstekingsremmers: ibuprofen (Brufen[®], Nurofen[®]), diclofenac (Cataflam[®]),
 - Bloedverdunders: clopidogrel (Plavix[®]), acenocoumarol (Sintrom[®]), fenprocoumon (Marcoumar[®]), rivaroxaban (Xarelto[®]), dabigatran (Pradaxa[®]), apixaban (Eliquis[®])
 - Antidiabetica: metformine (Glucophage[®]).
- **Fysieke voorbereiding:** het is belangrijk om zich op een heelkundige ingreep voor te bereiden zoals u zich ook op een sportwedstrijd voorbereidt. Beginnen of blijven sporten, bewegen (wandelen), zo nodig respiratoire kinesitherapie.
- **Scheren:** het operatiegebied mechanisch scheren. Dit kan thuis gebeuren, 2 uur vóór de ingreep. Te scheren gebied: de romp vanaf de tepels en de volledige buik tot bovenaan de dij, schaamstreek inbegrepen.
- **Voorbereiding van de dikke darm:** men is het niet eens over de voorbereiding van de dikke darm vóór een heelkundige ingreep. Dit kan variëren naargelang van het klinische geval en de chirurg, volgens volgend schema:
- Een strikt restenarm dieet gedurende 7 dagen
 - De dag vóór de ingreep antibiotica via orale weg: ciprofloxacin (Ciproxine[®]) 500 mg, 1 tablet + metronidazol (Flagyl[®]) 500 mg 1 tablet.
- **Inname van energierijke drank:**
- De dag vóór de ingreep: 4 flesjes Nutricia preOp[®].
 - 2 uur vóór de ingreep: 2 flesjes Nutricia preOp[®].
- **Stopzetting van voeding (behalve energierijke drank) 6 uur vóór de ingreep.**

WELKE DRAINS EN BUISJES WORDEN NA DE INGREEP AAN MIJN LICHAAM VASTGEMAAKT?

- Blaassonde
- Drain ter hoogte van de darmsatuur in de buikholte (niet altijd)
- Redon (buis voor drainage) onderhuids in de onmiddellijke buurt van de plaats van verwijdering of van het litteken van laparotomie (niet altijd)
- Maagsonde door de neus tot in de maag (niet altijd)
- Infuus in de arm of de hals (centrale lijn) voor de toediening van vocht, pijnstillers, antibiotica of anti-emetica (die misselijkheid en braken verminderen)
- Pijnpomp (niet altijd).

BEHANDELING TIJDENS HET ZIEKENHUISVERBLIJF

De bestrijding van de postoperatieve pijn hangt af van het type heelkundige ingreep (laparotomie, laparoscopie). Meteen na de ingreep kunnen de littekens geïnfiltreerd worden met een lokaal anestheticum of verdovend middel. Tijdens de eerste 24 tot 48 uur krijgt de patiënt paracetamol en ontstekingsremmers via intraveneuze weg. Morfinederivaten kunnen intraveneus worden toegediend, maar ook via een pompje of intramusculair.

- 24 uur. Antibiotica: cefuroxim (Zinacef®) / metronidazol (Flagyl®)
- Voeding:
 - Hervatting van vloeibare en vaste voeding de dag zelf van de ingreep indien mogelijk, vervolgens verruiming naar een restenarm dieet
- Mobilisatie op D1, de eerste dag na de ingreep
- Dagelijkse injectie van enoxaparine (Clexane®) en steunkousen ter preventie van diepe veneuze trombose en van longembolie

CLEXANE® EN STEUNKOUSEN

Na een oncologische ingreep is de toediening van antistollingsmiddelen noodzakelijk, vooral na een ingreep in het kleine bekken. Antistollingsmiddelen verminderen immers het risico op diepe veneuze trombose en helpen zo longembolie vermijden, die levensbedreigend kan zijn.

CLEXANE®

- Subcutane injectie in de buikwand of de dijen
- Dosering volgens gewicht van de patiënt gedurende minstens 20 dagen
- **UITZONDERING:** als thuis bloedverdunners worden toegediend, zoals acenocoumarol (Sintrom®), rivaroxaban (Xarelto®), clopidogrel (Plavix®)...
- De patiënt krijgt na de ingreep Clexane® wanneer het risico op postoperatieve complicaties (verwikkelingen) of op bloedingen verlaagd is. De chirurg beslist wanneer Clexane® wordt stopgezet en de bloedverdunners zoals Sintrom®, Xarelto® of Plavix® worden hervat.

STEUNKOUSEN

Het is aanbevolen om gedurende 10 tot 20 dagen na de operatie steunkousen te dragen.

HOSPITALISATIEDUUR

Om het ziekenhuisverblijf met één dag te verkorten, kan de patiënt in sommige gevallen de dag zelf van de ingreep worden opgenomen.

De voorbereiding van de dikke darm gebeurt dan thuis de dag vóór de ingreep.

- Hospitalisatieduur: 3 tot 7 dagen
- De patiënt mag terug naar huis wanneer hij of zij zelfstandig kan eten en bewegen
- **Voor niet-zelfstandige patiënten is het belangrijk om snel, eventueel zelfs vóór de hospitalisatie, contact op te nemen met de sociale dienst, om thuishulp of postoperatieve revalidatie te organiseren.**

Contactgegevens van de sociale dienst:  **02 614 92 92 - 02 614 32 28**

PIJNSTILLING THUIS (OM DE PIJN TE VERMINDEREN)

Pijnstillende geneesmiddelen:

→ Paracetamol: Dafalgan® 1 g 3 tot 4 maal per dag

→ Morfinederivaat: tramadol (Tradonal® Retard) 50 mg maximum 6 maal per dag indien nodig

De pijn is normaal met paracetamol of een morfinederivaat goed onder controle te houden. Zodra de pijn vermindert, wordt eerst het morfinederivaat gestopt en pas daarna paracetamol.

Niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (Brufen®, Brexine®, Nurofen®, Apranax®, Cataflam®...) mogen niet langdurig worden ingenomen omdat zij de wondgenezing afremmen en het risico op fistelvorming verhogen. Kortstondige en specifieke inname is zo nodig wel toegestaan.

Twee weken na de operatie is het risico op fistelvorming lager en kan de herneming van niet-steroïdale ontstekingsremmers (NSAID's) overwogen worden. Zij zijn niet aangewezen in geval van een maagzweer of gastritis (maagontsteking).

HERVATTING VAN DE ACTIVITEITEN

DOUCHEN: → Mag meteen, dankzij het geplastificeerd verband.

BADEN: → 10 dagen na verwijdering van de verbanden.

AUTORIJDEN: → Mag meteen (vermijd echter lange afstanden tijdens de eerste week).

TRAPPEN: → Mag meteen.

ZWARE INSPANNINGEN:

→ Niet meer dan 10 kg optillen gedurende 4 tot 6 weken.

SPORT: → 4 tot 6 weken.

BEROEP: → Handenarbeid of lichamelijke arbeid: 4 tot 6 weken

→ Kantoorwerk: 7 tot 10 dagen.

SEKSUELE ACTIVITEIT:

→ 7 tot 10 dagen.

VERWIKKELINGEN

Factoren die het risico op verwikkelingen verhogen:

- Leeftijd
- Mannelijk geslacht
- Open ingreep / laparotomie
- Obesitas
- Ondervoeding
- Ziekte van de patiënt: diabetes, hart- of vaatziekte, longziekte...

NAADLEKKAGE - FISTEL

Incidentie: 1,8 - 8%

Als de darmsutura niet heelt, kan er een gaatje ontstaan tussen het uiteinde van de dikke darm (colon) en de kronkeldarm (ileum). Door de opening tussen de twee delen kan stoelgang in de buikholte lekken en een lokaal abces of buikvliesontsteking (peritonitis) veroorzaken, leidend tot een algemene infectie van de buikholte. Dit risico bestaat gedurende de eerste twee weken na de ingreep.

Een fistel is een chirurgisch spoedgeval dat percutane (door de huid heen) drainage, een nieuwe ingreep en een nieuwe verbinding vereist, of het aanleggen van een kunstmatige anus of stoma. Een colostomie is een heelkundige ingreep waarbij de darm buiten de huid uitmondt, zodat de stoelgang in een zakje op de huid (stoma) wordt opgevangen.

DARMOCCCLUSIE - OBSTRUCTIE

Incidentie: < 9% na digestieve heelkunde via laparotomie

Verklevingen van de dunne darm zijn de voornaamste oorzaak van postoperatieve occlusie of afsluiting. Als de occlusie niet spontaan herstelt, kan een heelkundige ingreep noodzakelijk zijn. Bij een laparoscopische ingreep wordt de darm minder beschadigd en treden minder verklevingen op. Het risico op occlusie is duidelijk lager bij een kijkoperatie dan bij laparotomie.

MORTALITEIT

Incidentie: 1,1 - 2,3%*

WONDINFECTIE

Incidentie: 10%*

Wondinfectie komt frequent voor bij een dikkedarmoperatie omdat de dikke darm miljarden bacteriën bevat die de incisie (plaats van de snee) kunnen besmetten. Het risico is groter bij een open ingreep dan bij een kijkoperatie.

Obesitas, ondervoeding, diabetes en het gebruik van corticosteroiden zijn factoren (er zijn er nog andere) die het infectierisico verhogen.

EVENTRATIE

→ Laparoscopie: **incidentie = 7%***

→ Open laparotomie: **incidentie = 22,4%***

Wondinfectie, obesitas, ondervoeding, diabetes en het gebruik van corticosteroiden zijn factoren (er zijn er nog andere) die het risico op eventratie of littekenbreuk verhogen.

* *Int J Colorectal Dis* 2016 Sep 31 (9) 1619-24. *Colorectal Dis* 2018 Jun 19 *Ann Gastroenterol Surg* 2018 May; 2(3);220-230

* (*JSLs* 2016 Oct-Dec (20)4

* (*J gastroenterol* 2014;49:1047-55)

* (3 - 30%) Robert L Smith: *Wound infection after elective surgery. Ann Surg* 2004. May 239 (5) 599-607

* (3 years) J.R.A Skipworth *Incisional hernia rates following laparoscopic colorectal resection Int. J. Of Surgery* Vol8,6, 2010, 470-473

* (3 years) Fink C *Br J Surg* 2014 Jan;101(2):51-4.

POSTOPERATIEVE BLOEDING - HEMORRAGIE

→ Bloeding ter hoogte van de anastomose:

Incidentie: 6,4%*

De bloeding stopt meestal spontaan. Endoscopische behandeling (colonoscopie) is zelden nodig.

→ Intra-abdominale bloeding / hemorragie:

Zeldzame complicaties.

Risicopatiënten zijn de patiënten die bloedverdunners moeten nemen voor een hart- of vaatziekte of patiënten met stollingsstoornissen.

ILEUS

Incidentie: 6,8%*

Na een heelkundige ingreep in de buikholte kan het gebeuren dat de darm tijdelijk niet in staat is om samen te trekken en het voedsel voort te stuwen. Wij noemen dit ileus of darmafsluiting.

De darm zet uit en de patiënt kan geen voedsel innemen. Een ileus kan aanleiding geven tot ongemak door uitzetting van de buik, eventueel gevolgd door braken. Dit wordt behandeld door de darm tot rust te laten komen, een maagsonde te plaatsen en de pijnstillers van het type morfinederivaten te stoppen, zodat de druk op maag en darm vermindert.

De darm komt na 1 tot 10 dagen spontaan weer op gang. Een postoperatieve ileus verlengt de hospitalisatieduur gemiddeld met 1 tot 4 dagen. Ileus komt meer voor na laparotomie dan na laparoscopie.

NORMALE SYMPTOMEN

- **Misselijkheid en braken (24 tot 48 uur) kunnen optreden.** Vrouwen en jonge patiënten zijn hiervoor gevoeliger.
- **Pijn in de schouder (24 tot 48 uur)** door de opstapeling van CO₂ dat tijdens de kijkoperatie in de buik wordt geblazen.
- **Onregelmatige stoelgang.** Bij een restenarm dieet produceren wij weinig ontlasting. Eén stoelgang om de drie dagen kan normaal zijn. Het instellen van een gewoon dieet gaat klassiek gepaard met onregelmatige stoelgang (week, frequent, kleine hoeveelheden).
- **Verharding van de littekens** is normaal tijdens de eerste maanden.
- **Opgezetten buik vermindert** in de weken na de operatie.
- Bij plotse bewegingen, lachen of hoesten is het normaal **pijn te voelen in de onmiddellijke buurt van het litteken van de extractie of van het litteken links in de lies.**
- De **weerslag voelen** bij de terugkeer naar huis is normaal. Immers, u bent blij weer thuis te zijn, maar voelt zich dikwijls meer vermoeid en soms down.

Neem contact op met uw huisarts als bepaalde symptomen u abnormaal lijken, zoals aanhoudende koorts, acute pijn die toeneemt, aanhoudende opgezetten buik of braken. Is dat niet mogelijk, contacteer dan uw chirurg. Als u noch uw huisarts noch uw chirurg kunt bereiken, moet u naar de Spoedgevallen op de site St-Elisabeth gaan.

* (SNFGE P249)

* JMCPLJuly/august 2009 Vol.15, No.6

FUNCTIONELE RESULTATEN: STOELGANG EN SEKSUALITEIT

Productie en kwaliteit van de stoelgang:

Bij de verwijdering (resectie, ablatie) van de rechter dikke darm verkort de lengte van de darm. Dit vermindert na de operatie het vermogen van de dikke darm om het water uit de stoelgang weer op te nemen. Hierdoor kan de stoelgang na de operatie week of zelfs vloeibaar zijn. In de weken en maanden na de operatie zal de overblijvende dikke darm zich aanpassen om het water uit de stoelgang beter op te nemen en opnieuw normaal gevormde stoelgang te krijgen.

Seksualiteit:

De verwijdering van de rechter dikke darm heeft geen directe gevolgen voor de seksualiteit (erectie, ejaculatie...).

POSTOPERATIEVE PERIODE

Afspraak met uw huisarts 5 dagen na de operatie.

Na 10 dagen, afspraak met dr. Bomans of dr. Van Belle om de postoperatieve gevolgen te controleren (wonden, voeding, algemene toestand).

Tijdens deze raadpleging worden de **resultaten van het pathologisch-anatomisch onderzoek besproken** en krijgt de patiënt advies over het vervolg van de behandeling (al dan niet chemotherapie) of de follow-up. Het definitief advies gebeurt na multidisciplinair oncologisch consult.

Pathologische anatomie:

Resultaten na onderzoek van het operatiestuk dat de chirurg heeft weggenomen. Men meet de grootte van de tumor, hoe diep hij is ingegroeid en gaat na of er al dan niet tumorcellen in de lymfeklieren aanwezig zijn.

CHEMOTHERAPIE

Na de ingreep gaat u op raadpleging bij de oncoloog gastro-enteroloog, die u meer informatie geeft over chemotherapie. Wij proberen in deze paragraaf al een antwoord te geven op vragen die de patiënten vaak stellen.

BIJ WIE WORDT CHEMOTHERAPIE AANBEVOLEN?

De beslissing om na een chirurgische ingreep chemotherapie toe te dienen (adjuvante chemotherapie) wordt tijdens het multidisciplinair oncologisch consult genomen, rekening houdend met de erkende internationale aanbevelingen.

Adjuvante chemotherapie hangt van verschillende factoren af: van het resultaat van het pathologisch-anatomisch onderzoek, de symptomen bij de diagnose, de algemene toestand en de leeftijd van de patiënt.

Pathologische anatomie:

- Als één of meerdere lymfeklieren in het omliggende vetweefsel van de dikke darm tumorcellen bevatten, wordt adjuvante chemotherapie aanbevolen.
- Ook als de tumor door de hele wand van de dikke darm heen dringt of een aangrenzend orgaan aantast, wordt chemotherapie aanbevolen.

Symptomen bij de diagnose:

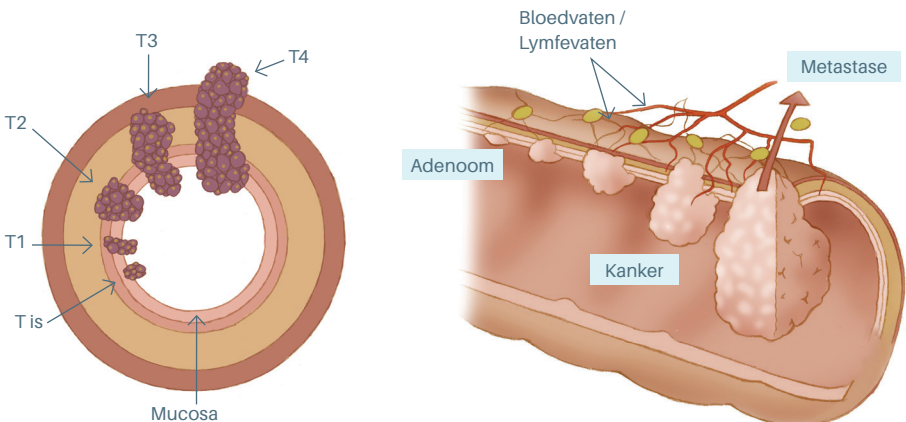
- De patiënt die zich op de Spoedgevallen aanmeldt met een occlusie, perforatie of bloeding kan baat hebben bij chemotherapie.

Algemene toestand:

- De algemene toestand van de patiënt moet redelijk goed zijn om het effect van chemotherapie te kunnen verdragen.

Leeftijd:

- Hoe jonger de patiënt, hoe meer baat hij of zij zal hebben bij chemotherapie. Op hogere leeftijd zijn de ongewenste effecten meer uitgesproken en vermindert het mogelijke voordeel van chemotherapie.



MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT

Er is elke week een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) in aanwezigheid van een:

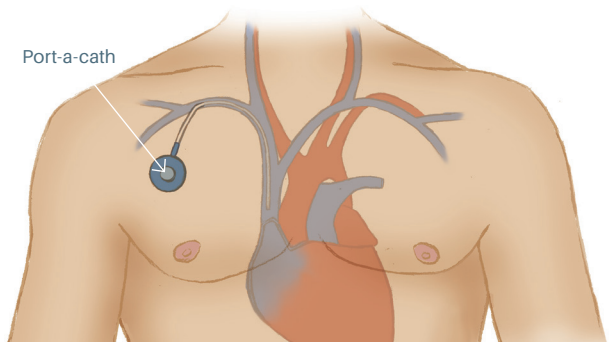
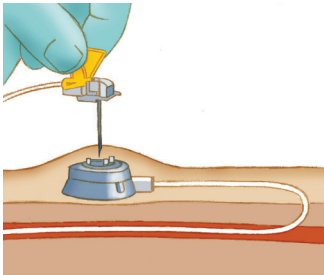
- **Oncoloog**
- **Radiotherapeut**
- **Radioloog**
- **Patholoog-anatoom**
- **Chirurg**

WANNEER BEGINT DE CHEMOTHERAPIE?

- Chemotherapie begint ten vroegste 5 tot 6 weken na de heelkundige ingreep.
- Vóór het begin van de chemotherapie moeten de chirurgische littekens genezen zijn en moet de patiënt voldoende hersteld zijn van de operatie.

HOE WORDT DE CHEMOTHERAPIE TOEGEDIEND?

- Er wordt een klein doosje (Port-a-cath of poortkatheter) onderhuids onder het sleutelbeen ingeplant. Dit gebeurt in het dagziekenhuis in een operatiezaal, onder lokale anesthesie en sedatie.
- Het doosje wordt aangeprikt om de chemotherapie ambulant toe te dienen en kan ook gebruikt worden voor controlebloedafnames.



HOELANG MOET DE CHEMOTHERAPIE TOEGEDIEND WORDEN?

Chemotherapie wordt met een frequentie van 1 dag om de 14 dagen toegediend, gedurende 6 maanden.

De patiënt komt 's morgens naar het dagziekenhuis. Afhankelijk van de resultaten van de bloedafname en van de algemene toestand van de patiënt beslist de verantwoordelijke arts of de chemotherapie toegediend mag worden.

Tijdens de toediening van de chemotherapie wordt het doosje (Port-a-cath) aangeprikt en de patiënt keert daarna terug naar huis.

De chemotherapie wordt gedurende 48 uur ambulantly toegediend via een pomp die de patiënt aan een schouderriem draagt. Na twee dagen komt de patiënt terug naar het ziekenhuis. De pomp wordt van de Port-a-cath afgekoppeld en de patiënt gaat weer naar huis. Twee weken later komt hij of zij terug. Dit gaat zo verder gedurende 6 maanden.

WAT ZIJN DE ONGEWENSTE EFFECTEN VAN CHEMOTHERAPIE?

De ongewenste effecten verschillen van de ene patiënt tot de andere. Adjuvante chemotherapie voor colonkanker wordt doorgaans goed verdragen.

Als er ongewenste effecten optreden, blijven die beperkt tot de 3 dagen van de toediening van de chemotherapie en de twee volgende dagen.

Frequente ongewenste effecten:

- Vermoeidheid
- Maagpijn, misselijkheid
- Verhoogd infectierisico
- Rode vlekken, tintelende en gevoelige handpalmen en voetzolen
- Gevoeligheid voor koude dranken.

Bij chemotherapie voor dikkedarmkanker is haarverlies uiterst zeldzaam.

WAAROM MOET ER EEN PORT-A-CATH GEPLAATST WORDEN?

De kathetertip van de Port-a-cath gaat tot in de holle ader (vena cava), net boven het hart.

Zo wordt de chemotherapie meteen in de vrij grote vena cava toegediend.

Als de chemotherapie in een kleine perifere ader van de arm toegediend zou worden, zou het erg irriterende product een pijnlijke ontsteking van de ader en flebitis veroorzaken, die de ader bij elke toediening van chemotherapie zou verstoppen.

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN CHEMOTHERAPIE?

Chemotherapie na resectie van dikkedarmkanker heeft als doel het risico op herval (recidief) of uitzaaiing op afstand (metastase) te verminderen.

De toediening van chemotherapie kan echter niet voor 100% waarborgen dat er in de toekomst geen uitzaaiingen zullen optreden.

MOGEN MIJN KINDEREN EN KLEINKINDEREN OP BEZOEK KOMEN TIJDENS MIJN CHEMO- EN RADIOTHERAPIE?

Noch de straling van de radiotherapie noch de cytostatica van de chemotherapie verspreiden zich naar personen in de omgeving van de patiënt. Uw kinderen en kleinkinderen mogen dus zonder probleem op bezoek komen tijdens uw behandeling met radio- of chemotherapie.

WAT GEBEURT ER ALS IK BESLIS OM DE BEHANDELING NIET TE VOLGEN?

Elke patiënt heeft het recht om een voorgestelde behandeling al dan niet te volgen. Hiervoor moet hij of zij wel volledig geïnformeerd worden over de mogelijke gevolgen van zijn of haar beslissing. Kankerbehandelingen zijn vaak belastend en gaan soms gepaard met ongewenste effecten, zoals vermoeidheid, diarree, misselijkheid en braken.

Bepaalde ongewenste effecten, zoals tintelende handpalmen en voetzolen, kunnen van blijvende aard zijn. Een patiënt die een behandeling weigert, wordt begeleid om een andere behandeling te vinden of een aanvaardbare begeleiding voor de opvolging van de aandoening.

ONCOLOGISCHE FOLLOW-UP

Als chemotherapie aangewezen is, gebeurt de opvolging afwisselend door de oncoloog en de chirurg.

Is er geen chemotherapie nodig, dan gebeurt de opvolging door de chirurg.

- 1° jaar** → om de 3 maanden afwisselende opvolging: echografie van de buik + labo / CT-scan van de buik + labo
- 2° jaar** → om de 3 maanden afwisselende opvolging: echografie van de buik + labo / CT-scan van de buik + labo
- 3° jaar** → om de 6 maanden afwisselende opvolging: echografie van de buik + labo / CT-scan van de buik + labo
- 4° jaar** → om de 6 maanden afwisselende opvolging: echografie van de buik + labo / CT-scan van de buik + labo
- 5° jaar** → jaarlijks afwisselende opvolging: echografie van de buik + labo / CT-scan van de buik + labo

Vanaf het vijfde jaar gebeurt de controle jaarlijks.

De frequentie van de opvolging kan variëren. De intensiteit van de opvolging hangt af van de algemene toestand van de patiënt, van het risico op herval, de tumor en de leeftijd van de patiënt.

VOEDING

PERIODE VÓÓR DE INGREEP

Preoperatieve voedingstoestand:

- Als er geen gewichtsverlies is vóór de operatie, zijn er geen voedingssupplementen nodig.
- Bij gewichtsverlies vóór de ingreep moet de patiënt 2 tot 3 keer per dag tussen de maaltijden calorie- en eiwitrijke voedingssupplementen innemen.

In geval van preoperatief gewichtsverlies wordt een raadpleging met de dienst diëtetiek georganiseerd. Voorbeelden van voedingssupplementen zijn: Nutridrink®, Fortimel®...

Tijdens het ziekenhuisverblijf:

- Onmiddellijk na de ingreep: herneming van vloeistoffen en beschuit.
- Herneming van een restenarm dieet de dag na de ingreep.

Thuis:

- Restenarm dieet gedurende 2 weken vóór de herneming van normale voeding.
- De diëtiste komt op uw kamer uitleg geven over een restenarm dieet.
- Een restenarm dieet veroorzaakt constipatie. Het is normaal dat de frequentie van de stoelgang vermindert.

WAT IS EEN RESTENARM DIEET?

Resten zijn voedingsvezels. Deze stoffen worden door het lichaam niet goed verteerd. In bepaalde omstandigheden, zoals bij een linker stoma, is het belangrijk dat de voeding geen vezels bevat.

Algemeen vinden we vezels terug in fruit, groenten, peulvruchten, volle graansoorten. Deze voedingsmiddelen moeten dus tijdelijk geschrapt worden. Ook irriterende voedingsmiddelen worden best vermeden, meer bepaald: alcohol, koolzuurhoudende dranken, sterke thee en koffie, te veel scherpe kruiden, te hete of te koude maaltijden, vlees met kraakbeen.

Eet eenvoudige en lichte bereidingen. Vermijd verhit vet en geef de voorkeur aan bilvlees, met zo weinig mogelijk vetstof bereid.

Tot slot is eten in een rustige en ontspannen sfeer aanbevolen. Correct kauwen en traag eten bevordert immers de spijsvertering.

STRIKT RESTENARM DIEET (NIET-VOLLEDIGE LIJST)

Graanproducten en afgeleiden

- Wit brood, beschuit, Cracotte® van witte bloem
- Ontbijtgranen: uitsluitend Rice Crispies®, Honey Pop®, Frosties®
- Witte rijst, witte pasta's, aardappelen, puree

Vetstoffen

- Alle vetstoffen mogen, maar in kleine hoeveelheden, vermijd dat ze bruin worden
- Light room (maximum 15% vetstof)

Vlees

- Mager en zonder kraakbeen - bijvoorbeeld: mager rundvlees (filet americain natuur, rosbeef, biefstuk...), mager kalfsvlees (gebraad, kalfslapje), mager varkensvlees (haasje, schouder, gebraad), lamsvlees (enkel haasje), paardenvlees
- Magere vleeswaren - bijvoorbeeld: ontvette gekookte ham, gevogelteham, gevogeltesrollade, kalkoenfilet, ontvette gerookte ham, filet d'Anvers, yorkfilet, Ardense filet, filet de Saxe, casselerrib, gedroogd struisvogelvlees, paardenfilet, grisonvlees...

Gevogelte

→ Zonder vel

Vis

- Alle niet-gefrituurde vis
- Geen kant-en-klare bereidingen
- Conserven in eigen nat

Eieren

→ Omelet, roerei (met een beetje vetstof), hardgekookt, gepocheerd, zachtgekookt

Melk en zuivelproducten

- Melk, karnemelk, gearomatiseerde melk (geen chocolade)
- Plattekaas, yoghurt natuur of gearomatiseerd
- Kaas in plakjes of smeerkaas (vermijd gefermenteerde kaas, zoals blauwe schimmelkaas, of kaas met witte korst, zoals camembert)
- Soja- of rijstdrank natuur of gearomatiseerd (geen chocolade)
- Pudding zonder stukjes fruit, zonder chocolade en zonder slagroom

Groenten

- Geen
- Groentebouillon

Fruit

- Geen
- Appelsap in kleine hoeveelheid

Allerlei

- Gelei, appel- en perenstroop, honing, suikers
- Geen cacao noch chocolade
- Eenvoudige koekjes zonder stukjes fruit noch chocolade
- Gebak: af en toe: rijsttaart, kaastaart, éclair

Dranken

- Water, lichte thee en koffie, kruidenthee, kruidenaftreksels
- Alle siropen zoals grenadine en dergelijke, aangengend met water
- Voldoende drinken is belangrijk (1,5 liter per dag) tegen het constiperende effect van het dieet.

VERRUIMD RESTENARM DIEET

Graanproducten en afgeleiden

- Wit brood, beschuit, Cracotte® van witte bloem
- Ontbijtgranen: uitsluitend Rice Crispies®, Honey Pop®, Frosties®
- Witte rijst, witte pasta's, aardappelen, puree
- Vermijd volle (volkorenbrood, volle rijst...), of gefrituurde zetmeelproducten (frietten, kroketten...)

Vetstoffen

- Alle vetstoffen mogen, maar in kleine hoeveelheden, vermijd dat ze bruin worden
- Light room (maximum 15% vetstof)
- Vermijd kant-en-klare sauzen, geef de voorkeur aan eigen bereidingen (light mayonaise met yoghurt, bechamelsaus met Maïzena®...)

Vlees

- Mager en niet vezelig - bijvoorbeeld: mager rundvlees (filet americain natuur, rosbief, biefstuk...), mager kalfsvlees (gebraad, kalfslapje), mager varkensvlees (haasje, schouder, gebraad...), lamsvlees (enkel haasje), paardenvlees
- Magere vleeswaren - bijvoorbeeld: ontvette gekookte ham, gevogelteham, gevogelte-rollade, kalkoenfilet, ontvette gerookte ham, filet d'Anvers, yorkfilet, Ardense filet, filet de Saxe, casselerrib, gedroogd struisvogelvlees, paardenfilet, grisonvlees...
- Vermijd vet, gepaneerd vlees, vlees in saus of met sterke smaak (wild)

Gevogelte

- Zonder vel

Vis

- Alle
- Conserven in eigen nat
- Vermijd kant-en-klare bereidingen, gefrituurde vis, vis in saus

Eieren

- Omelet, roerei (met een beetje vetstof), hardgekookt, gepocheerd, zachtgekookt

Melk en zuivelproducten

- Melk, karnemelk, gearomatiseerde melk (geen chocolade)
- Plattekaas, yoghurt natuur of gearomatiseerd
- Kaas in plakjes of smeerkaas (vermijd schimmelkaas, zoals blauwe schimmelkaas, of kaas met witte korst, zoals camembert)
- Soja- of rijstdrink natuur of gearomatiseerd (geen chocolade)
- Pudding zonder stukjes fruit, zonder chocolade en zonder slagroom

Gekookte groenten

- Wortelen, extra fijne sperziebonen, bloemkoolroosjes, aspergepunten, andijvie, preiwit (indien verdragen), sla, krulandijvie, snijbiet, witlof, courgette (zonder pitten), knolselderie, tomaten gepeld en zonder pitjes, pompoen, venkel
- Afgeraden: boerenkool, rode kool, zuurkool, champignons, rapen, prinsessenboontjes, erwten, linzen, paprika, ui, look, groene en witte selderie, tomaten met pel en pitjes
- Vermijd alle rauwe groenten

Gekookt fruit

- In moes
- Op siroop, gepocheerd
- Appelsap, kersensap, druivensap
- Vermijd gedroogd fruit (abrikozen, dadels, pruimedanten, vijgen...), oliezaden (noten, hazelnoten, amandelen, pinda's), gekonfijt fruit en rabarber
- Af en toe: een zoete appel, geschild en zonder pitjes, of een rijpe banaan

Allerlei

- Gelei, appel- en perenstroop, honing, suikers, confituur zonder zaadjes of pitjes
- Geen cacao noch chocolade
- Vermijd confituur met zaadjes en pitjes, zoals frambozen- of aardbeiconfituur

Dranken

- Water, lichte thee en koffie, kruidenthee, kruidenaftreksels
- Alle siropen zoals grenadine en dergelijke, aangelengd met water
- Voldoende drinken is belangrijk (1,5 liter per dag) tegen het constiperende effect van het dieet.
- Vermijd sterke koffie en thee alsook koolzuurhoudende en alcoholische dranken.

THUISZORG

Neem contact op met onze maatschappelijk werker voor de organisatie van:

→ **Maaltijden aan huis**

→ **Huishoudhulp**

Denkt u een verblijf in een **revalidatiecentrum** nodig te hebben?

Neem dan vóór uw ziekenhuisopname contact op met onze maatschappelijk werker.

Sociale Dienst: 02 614 92 92.

Voor thuiszorg:

BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Nurse@home

Vijverstraat 11

1650 Beersel

 0471 35 47 75

EIGENBRAKEL 1420

Croix jaune et blanche

Avenue Albert 1^{er} 24

 02 384 42 63

NIJVEL 1400

Croix jaune et blanche

Chaussée de Namur 52 C

 067 89 39 49

OVERIJSE 3090

Wit-Gele Kruis

Duisburgsesteenweg 82

 02 696 11 10

ST-PIETERS-LEEUV

Wit-Gele Kruis

Stationstraat 228


1651 Lot

 02 334 37 40

TUBEKE 1480

Croix jaune et blanche

Rue de Bruxelles 12

 02 390 08 58

MULTIDISCIPLINAIR TEAM (BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS)

COÖRDINERENDE ONCOLOGISCH VERPLEEGKUNDIGE

U ontmoet de coördineerde oncologisch verpleegkundige bij uw aankomst. Hij of zij brengt u in contact met de verschillende zorgverleners en diensten betrokken bij het zorgprogramma en beantwoordt uw vragen over de behandeling, de symptomen...

 **02 614 90 16**

 **02 614 37 31**

DIËTIST(E)

De diëtist(e) kan u raad geven in verband met uw voeding en deze aanpassen aan de eventuele ongewenste effecten van uw behandeling.

 **02 614 20 71**

PSYCHOLOOG

De psycholo(o)g(e) kan u helpen om de problemen veroorzaakt door de mededeling van de diagnose en de eventuele ongemakken tijdens de behandeling te verwerken. De dienst staat ook open voor uw familie en kinderen.

 **02 614 24 67**

PSYCHOLOOG SPECIALIST IN SLAAPPROBLEMEN

Hij of zij kan u met cognitieve gedragstherapieën voor slapeloosheid advies geven om uw slaapkwaliteit te verbeteren.

 **02 614 37 67**

MAATSCHAPPELIJK WERKER

Hij of zij zal u helpen om een aangepaste oplossing te vinden voor uw persoonlijke, familiale of financiële problemen. De sociale dienst legt de verbinding tussen de patiënt en de verschillende zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis.

 **02 614 32 28**

 **02 614 92 92**

SEKSUOLOOG

Hij of zij beantwoordt al uw vragen over de impact van kanker en van de behandeling op uw seksueel leven. Een seksuoloog heeft niet alleen aandacht voor wat fysiek mogelijk is, maar ook voor hoe u en uw partner zich voelen en hoe u de veranderingen verwerkt.

 **02 614 27 30**

SECRETARIAAT CHIRURGIE

Neem contact op met het secretariaat chirurgie als u zich wenst in te schrijven voor een raadpleging, attesten moet invullen of uw chirurg wil raadplegen.

 **02 614 27 20**

Dr Bomans  **0472 33 72 53**

Dr Van Belle

Dr Messaoudi

Prof Dapri

SECRETARIAAT RADIOLOGIE

Neem contact op met het secretariaat radiologie als u een afspraak wenst te maken of te wijzigen voor een radiologisch onderzoek.

 **02 614 27 70**

SECRETARIAAT NUCLEAIRE GENEESKUNDE

Neem contact op met het secretariaat nucleaire geneeskunde als u een afspraak wenst te maken of te wijzigen voor een onderzoek type PET-scan.

 **02 614 25 30**

SECRETARIAAT RADIOTHERAPIE

 **02 614 25 40**

STOMAVERPLEEGKUNDIGE

Hebt u een probleem met uw stoma? Neem dan contact op met de volgende nummers:

→ **in het ziekenhuis**: op het nummer  **02 614 29 60, ter attentie van Julie Henrion**

→ **thuis, Nurse@home**: wondzorg, onderhoud van de Port-a-cath in het Brussels Gewest

 **0471 35 47 75**



CLINQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

advanced care - personal touch

GEPERSONALISEERDE BENADERING
RESPECT
COMPETENT
DOELTREFFEND
GEAVANCEERD

De Europa Ziekenhuizen zijn een referentieziekenhuis voor Brussel en omgeving. Als meertalig algemeen ziekenhuis bieden wij een volledig zorgaanbod aan op onze vier sites, St-Elisabeth in Ukkel, St-Michiel in Etterbeek/Europese Wijk, het Bella Vita Medical Center in Waterloo en de Externe Raadpleging te Halle.

Met ruim 300 artsen-specialisten en 1.800 medewerkers zetten wij ons elke dag samen in om zo'n 2.500 patiënten een juiste diagnose, een gepaste behandeling en gepersonaliseerde zorg te bieden. Daarbij zetten wij de meest geavanceerde medische technologie in binnen een hedendaagse infrastructuur, om iedere patiënt hoog kwalitatieve en veilige zorg te bieden in het grootst mogelijke comfort.

www.europaziekenhuizen.be

Site St-Elisabeth

De Frélaan 206 - 1180 Brussel

 02 614 20 00

Site St-Michiel

Linhoutstraat 150 - 1040 Brussel

 02 614 30 00

Bella Vita Medical Center

Allée André Delvaux 16 - 1410 Waterloo

 02 614 42 00

Externe raadpleging te Halle

Bergensesteenweg 67 - 1500 Halle

 02 614 95 00