

**De belangrijkste voedingsproblemen
van de oncologische patiënt
in kaart**

HANDLEIDING & PRAKTISCHE TIPS

Verantwoording

Eind 2002 voerde de Stichting tegen Kanker een enquête uit bij ziekenhuisdiëtisten in het hele land, om te peilen naar hun kennis en behoeften rond oncologische diëtetiek. Uit deze enquête bleek dat 90% van de respondenten nooit enige specialisatie in de oncodiëtetiek had genoten. Het merendeel van de diëtisten wenste dan ook vooral bijscholing over voeding bij kanker. Voor de dagelijkse praktijk was er vraag naar documentatie en naar een oncologisch anamneseformulier, waarmee voedingsproblemen van de kankerpatiënt op efficiënte wijze snel in kaart kunnen worden gebracht.

Uit contacten van de Stichting tegen Kanker met zelfstandige diëtisten uit heel België bleek dat, ook van hen, er een grote vraag is naar bijscholing rond voeding bij kanker.

De Stichting tegen Kanker wil maximale ondersteuning bieden aan de kankerpatiënt, maar ook aan alle professionele hulpverleners die dag na dag de zorg voor de kankerpatiënt dragen.

Op initiatief van de vzw AKIO, Antwerps Kanker Informatie- en Ontmoetingscentrum, werd een expertengroep opgericht van Antwerpse ziekenhuisdiëtisten en de voedingsdeskundige van de Stichting tegen Kanker. De werkgroep werkte deze tekst rond de behandeling van klachten in de oncodiëtetiek uit, alsook bijbehorend anamneseformulier en gedetailleerde klachtenkaart.

Bij de opbouw van dit document werd uitgegaan van de "oorzakelijke" in plaats van de "feitelijke" klacht van de patiënt. Het is vanuit die vraagstelling dat de diëtist(e) of voedingsdeskundige dan kan nagaan of een voedingsinterventie al dan niet noodzakelijk is.

Vanuit dit oogpunt, zijn de klachten ingedeeld in 6 hoofdgroepen, namelijk:

MALABSORPTIE
MALAISE
MECHANISCH
METABOOL
ANDERE
PSYCHOSOCIAAL

In de tekst zijn, naast wetenschappelijk gefundeerde, ook ervaringsgerichte of empirische voedingsadviezen opgenomen. Ook deze laatste blijken in de praktijk waardevol bij streven naar behoud van maximale levenskwaliteit van de kankerpatiënt, wat centraal dient te staan in onze zorgverlening.

We hopen van harte dat deze tekst als leidraad zal kunnen dienen bij het begeleiden van uw kankerpatiënten, zowel binnen als buiten de ziekenhuissetting.

De auteurs,

Lia Reynders, hoofddiëtiste, ZNA Middelheim Antwerpen
Reinilde Van Loon, hoofddiëtiste, AZ Sint-Augustinus Antwerpen
Christel Wellens, diëtiste, Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Eva de Winter, voedingsdeskundige, Stichting tegen Kanker

Dankwoord

De auteurs danken oprecht volgende personen voor de tijd die ze wijdden aan de herlezing van de tekst, en de opbouwende kritiek die ze formuleerden. In deze eindversie werd getracht om de adviezen van de verschillende herlezers op elkaar af te stemmen en te verwerken in de tekst.

Revisiecomité

Dr. Rutten, AZ Sint-Augustinus Antwerpen, Dienst Oncologisch Centrum
Dr. De Schepper, AZ Sint-Augustinus Antwerpen, Dienst Gastro-enterologie
Dr. Vandebroek, AZ Sint-Augustinus Antwerpen, Dienst Oncologisch Centrum
Dr. Schrijvers, ZNA Middelheim Antwerpen, Afdeling Oncologie
Dr. Nagels, Stichting tegen Kanker
Mevr. Callebaut, psychologe, Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Mevr. Schiepers, psychologe, Stichting tegen Kanker
Mevr. Timmermans, diëtiste, UZ Gasthuisberg Leuven, Afdeling Oncologie

Ieder advies in deze tekst moet worden toe- en aangepast in functie van, niet alleen het individu, maar ook de behandeling, contra-indicaties en andere relevante gegevens uit het medisch dossier.

Bij adviezen rond alcohol dienen contra-indicaties vooraf uitgesloten te worden door de behandelende arts.

INHOUD

INLEIDING

Het nut van voedingsadvies in de oncologische diëtetiek

Efficiënt gebruik van de handleiding

Aandachtspunten

Evaluatie voedingsstatus van de oncologische patiënt

Indeling voedingsproblemen bij oncologische patiënten

Verklarende woordenlijst

KLACHTEN

1. MALABSORPTIE

1.1 Lactose-intolerantie

1.2 Dunnedarmresectie

1.3 Ileostoma

1.4 Radio-enteritis

1.5 Colostoma

1.6 Diarree

2. MALAISE

2.1 Anorexie

2.2 Aversies, smaak- en reukveranderingen

2.3 Misselijkheid en braken

2.4 Vermoeidheid

3. MECHANISCH

3.1 Kauwproblemen, odyno- en dysfagie

3.2 Xerostomie

3.3 Slijmvorming

3.4 Stomatitis

3.5 Mucositis

3.6 (Sub)obstructie hoofd/hals

3.7 Gastro-oesofagale reflux

3.8 Oesofagitis

3.9 Slokdarmresectie

3.10 Maagresectie

3.11 Constipatie

3.12 (Sub)obstructie darm

4. METABOOL

4.1 Ongewenste gewichtstoename

4.2 Ongewenst gewichtsverlies

4.3 Gestoorde glycemie

4.4 Hypertriglyceridemie

5. ANDERE

5.1 Immobilititeit

5.2 Oedeem

5.3 Ascites

5.4 Urostoma

5.5 Verhoogd infectierisico

6. PSYCHOSOCIAAL

TOT SLOT...STOF TOT NADENKEN

BIJLAGEN

1. Normale functie van dunne darm en colon
2. Overzicht van de colonfunctie
3. Ileo- en colostoma
4. Diarree en ondervoeding
5. Tumorgeïnduceerd gewichtsverlies

REFERENTIES

INLEIDING

Het nut van voedingsadvies in de oncologische diëtetiek

Hoewel kanker niet per definitie een slechte voedingstoestand tot gevolg heeft, kunnen verschillende factoren een verandering in de voeding teweegbrengen. Deze invloed kan zowel afkomstig zijn van het *kankerproces* zelf, als te wijten zijn aan *externe factoren*. De kennis van de precieze oorzaken van een veranderd voedingsgedrag vergemakkelijkt het nemen van maatregelen om een (bijna) normale voedingstoestand te handhaven en algemene of specifieke ondervoeding te voorkomen.

De invloed van kanker op de voedingsstatus slaat op een algemene of specifieke ondervoeding als gevolg van het kankerproces en kan in tenminste drie verschillende situaties worden waargenomen: lokalisatie van de tumor (vb. oesophagus- of slokdarmkanker die resulteert in een slechte voedingstoestand door passageklachten), malaiseklachten (veroorzaakt door metabole veranderingen, hoewel de oorzaak grotendeels nog onbekend is. Voorbeelden zijn anorexie, aversies, smaak- en reukveranderingen, misselijkheid en braken, vermoeidheid) en tot slot metabole veranderingen (vb. hyperkatabole tumor, i.e. door veranderingen in de energiehuishouding, met al dan niet metastasen die het honger- verzadigingstelsel beïnvloeden).

De externe beïnvloeding van de voedingstoestand kan ingedeeld worden in drie belangrijke factoren, die aan de basis kunnen liggen van een gewijzigde voedingstoestand: behandeling (vb. plaats van een chirurgische ingreep zoals kauw- en slikstoornissen na operatie in het hoofd-halsgebied), de voedselvoorziening (cfr. talrijke onderzoeken verstoren het maaltijdritme) en psychosociale problemen (spanning, angst en depressie die voedselinname belemmeren: 'geen zin om te eten').

Voeding kan waarschijnlijk niet gezien worden als therapie bij kanker, want voeding heeft vermoedelijk geen invloed op de remissie van de tumor, op het verschijnen van bijwerkingen van de behandeling, noch op recidivering en metastasering, als op de duur van de overleving.

Voeding kan echter wel een ondersteunende therapie vormen, want een goede voedingstoestand zou een positieve invloed hebben op de morbiditeit en mortaliteit bij chirurgie, radio- en chemotherapie, op de immuniteit én op het welbevinden van de patiënt doordat ondermeer de ernst van de bijwerkingen kan worden beïnvloed, wat leidt tot het behouden of verbeteren van het goed functioneren in het dagelijks leven en de totale levenskwaliteit.

Efficiënt gebruik van de handleiding

Gebruik als basis de twee schema's op volgende pagina's: 'Evaluatie voedingsstatus oncologische patiënt' en 'Indeling voedingsproblemen bij oncologische patiënten'. Gebruik bij de anamnese het flowdiagram (1^e diagram) als leidraad. Hiermee kan u snel en volledig in kaart brengen waar de problemen van uw patiënt zich situeren.

In veel gevallen zal u bij het algemene vakje 'advies' terecht komen. Het tweede schema begeleidt u binnen de verschillende soorten klachten. De adviezen bij deze klachten worden, samen met hun achtergrond, uitgebreid toegelicht in de tekst die nadien volgt.

In alle andere gevallen zal het advies meteen concreet worden geformuleerd. Om eenvormigheid binnen de adviezen te garanderen, worden ook deze, waar nodig, meer in detail toegelicht in de verklarende woordenlijst, die u terugvindt na de schema's.

Aandachtspunten

- De **vochtinname** verdient bij al deze klachten in de eerste plaats onze bijzondere aandacht. Enerzijds zal, vrijwel in alle gevallen, extra vocht noodzakelijk zijn om de afbraakproducten te elimineren via de urine. Dit zal helpen om misselijkheid te verminderen. Anderzijds dient rekening gehouden met grote hoeveelheden vocht welke via infusen, chemotherapie en parenterale voeding toegediend worden. Een gewichtstoename van meer dan 3kg per dag tijdens een ziekenhuisopname is niet irreëel. Vandaar het nut om de vochtbehoefte te bekijken op basis van het lichaamsgewicht: 30 ml vocht/kg is doorgaans een goede standaard. In de tekst zal vochtbehoefte omschreven worden als “adequate vochttoediening”.

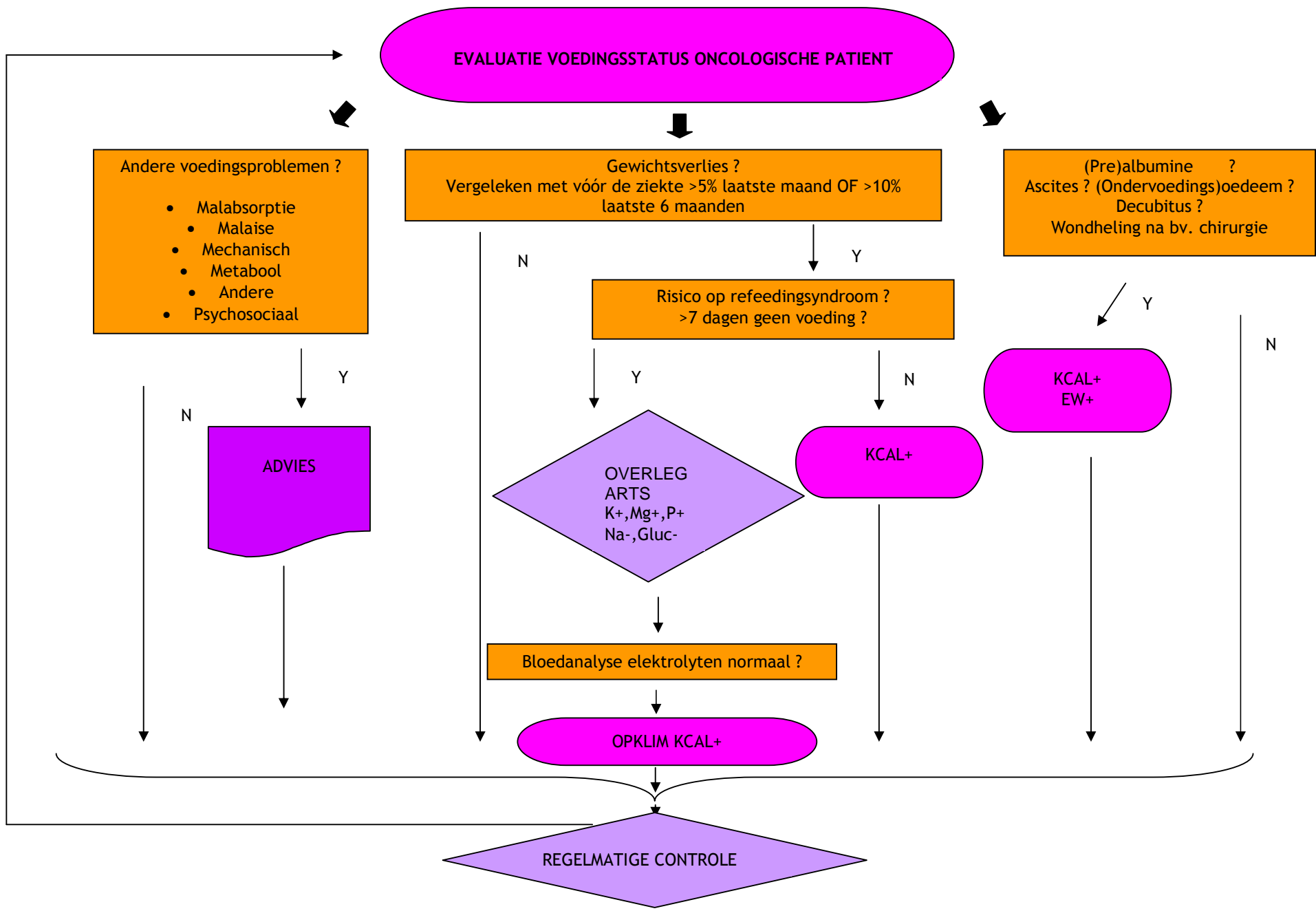
In de tekst is verder sprake van ‘adequate voeding’ en ‘zorg-op-maat voeding’. We onderstrepen het belangrijk verschil met ‘gezonde voeding’:

- **Adequate voeding**

‘Een adequate voeding levert voldoende energie en voedingsstoffen om de voedingstoestand te handhaven en is toereikend voor het dagelijks functioneren. Adequate voeding is gericht op de actuele situatie en op de effecten op middellange termijn en niet op gezondheidsbevordering op lange termijn. De preventie van ziekten als hart- en vaatziekten, diabetes en kanker heeft geen prioriteit.’ (BRON: *Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker*, zie referenties)

- **Zorg-op-maat voeding**

De ‘zorg-op-maat’ voeding is primair gericht op het maximaal welbevinden en het oplossen of kunnen omgaan met klachten. Het handhaven van de voedingstoestand en het leveren van voldoende energie en voedingsstoffen voor het dagelijks functioneren heeft geen prioriteit. ‘Zorg-op-maat voeding’ is gericht op effecten op de korte termijn’ (BRON: *Informatorium voor voeding en diëtetiek*, zie referenties)



EVALUATIE VOEDINGSSTATUS ONCOLOGISCHE PATIENT

Andere voedingsproblemen ?

- Malabsorptie
- Malaise
- Mechanisch
- Metabool
- Andere
- Psychosociaal

ADVIES

Gewichtsverlies ?
Vergeleken met vóór de ziekte >5% laatste maand OF >10% laatste 6 maanden

Risico op refeedingsyndroom ?
>7 dagen geen voeding ?

OVERLEG ARTS
K+,Mg+,P+
Na-,Gluc-

Bloedanalyse elektrolyten normaal ?

OPKLIM KCAL+

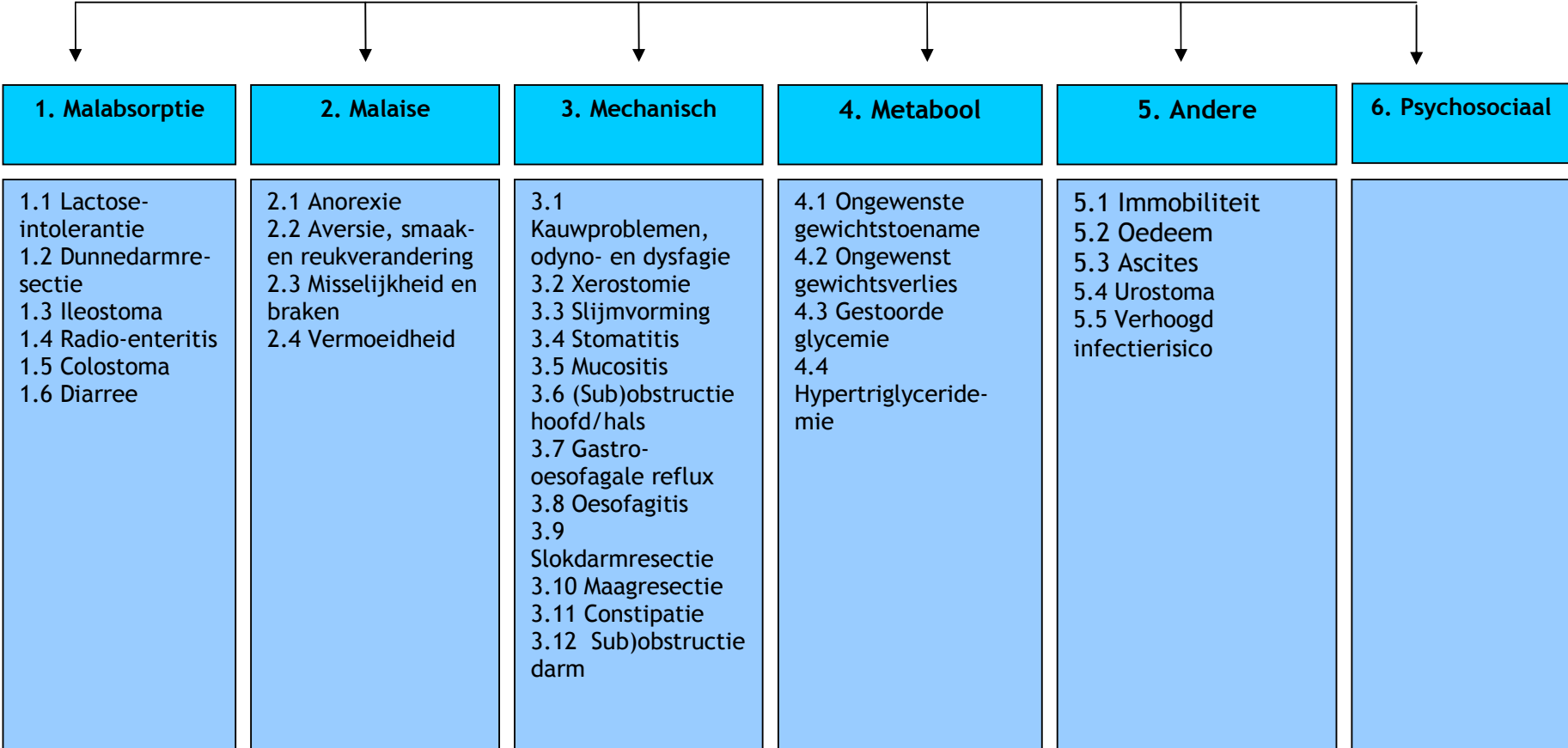
KCAL+

KCAL+
EW+

REGELMATIGE CONTROLE

(Pre)albumine ?
Ascites ? (Ondervoedings)oedeem ?
Decubitus ?
Wondheling na bv. chirurgie

INDELING VOEDINGSPROBLEMEN BIJ ONCOLOGISCHE PATIENTEN



Verklarende woordenlijst

- **Refeedingsyndroom & elektrolytenstatus**

Bij patiënten die langdurig niet hebben gegeten, kan bij het starten van enterale voeding het refeedingsyndroom optreden.

Hervoeden stimuleert de insuline-afgifte. De insuline zorgt ervoor dat glucose wordt opgenomen in de cel. Met glucose worden echter ook fosfaat, magnesium en kalium in de cel opgenomen. Hierdoor kunnen ondermeer hypofosfatemie, hypokaliëmie, hypomagnesiëmie, glucose-intolerantie en vitamine B1 deficiëntie optreden.

Deze complicaties kunnen leiden tot decompensatio cordis, aritmieën en neurologische problemen met fatale afloop.

Een opklimschema, dagelijkse controle van deze stoffen in het bloed tijdens de opklimfase en zo nodig suppletie zijn daarom noodzakelijk. Vitamine B1 dient direct te worden gesuppleerd⁽⁸⁾.

- **(Pre)albumine**

Prealbumine is een zeer algemene, doch betere indicator voor een afwijkende voedingsstatus dan albumine: de prealbuminewaarde zakt namelijk sneller dan de albuminewaarde. Nadeel is dat pre-albuminebepaling duur is.

- **Ascites**

Zie 5.3.

- **(Ondervoedings)oedeem**

Zie 5.2.

- **Decubitus**

Uit onderzoek is gebleken dat voedingsinterventie in de vorm van eiwit- en energieverrijking bij decubitus leidt tot een snellere genezing. Naarmate de wonde groter is, neemt de voedingsbehoefte toe. De extra eiwitten en energie worden gebruikt voor de aanmaak van nieuwe weefsels met bloedvaten, voor compensatie van eiwitverlies met het wondvocht en voor de productie van antilichamen voor resistentie tegen infecties.

Arginine wordt van belang geacht voor de collageensynthese, bloedvatverwijding en de vorming van lymfocyten, insuline en groeihormoon. Het lichaam maakt normaal zelf voldoende arginine aan, bij gevorderde decubitus is de behoefte aan arginine echter toegenomen en wordt arginine een essentieel aminozuur (suppletie 5-30 g/dag).

In een gevorderd stadium zal eveneens de vochtbehoefte toenemen, doordat vocht verloren gaat via het wondserum. Dit verlies is gemiddeld 500 ml per dag.

Bij de wondgenezing spelen ook micronutriënten een rol, vooral anti-oxidanten, Zn en Fe. Hiervan wordt momenteel de Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid (ADH) geadviseerd.

- **Wondheling**

Uit studies blijkt dat volgende voedingsstoffen de wondheling stimuleren:

- energie;
- eiwitten, omwille van de compensatie van het eiwitverlies, de weefselopbouw en hun tussenkomst in afweerreacties;
- micronutriënten bij de weefselopbouw.

1. MALABSORPTIE

1.1 Lactose-intolerantie

Achtergrond

Bij kankerpatiënten wordt lactose-intolerantie meestal veroorzaakt door

langdurige diarree of bestraling ter hoogte van de darmen.

Adviezen

- 👉 lactasesuppletie, in overleg met de arts;
- 👉 lactosebeperking:
 - weglaten van alle melksoorten die lactose bevatten: koe-, geiten-, schapen- en paardenmelk;
 - sommige zachte- en smeerkaas, plattekaas, yoghurt en room bevatten een kleine hoeveelheid lactose, maar worden meestal wel verdragen. Indien de diarree aanhoudt, worden ook deze echter best weggelaten of vervangen door een alternatief op basis van sojamelk;
- 👉 calciumbronnen:
 - lactose-arme melk, calciumverrijkte sojamelk, vaste kazen;
 - calciumrijke en calciumverrijkte waters kunnen ondersteunend werken bij patiënten die geen melkproducten lusten;
- 👉 vezels verbeteren de calciumabsorptie ter hoogte van de darm.

1.2 Dunnedarmresectie

Achtergrond

Als meer dan 70 % van de dunne darm verwijderd is, spreekt men van het 'short

bowel syndroom'. Door het dermate inkorten van de dunne darm treden ernstige absorptieproblemen op.

Adviezen

- **Ileumresectie**

- 👉 vitamine B12 injecties;
- 👉 foliumzuursuppletie;
- 👉 een chronisch galzurtekort (vanwege grote verliezen) kan aanleiding geven tot galzoutendiarree en steatogene diarree. Zie hiervoor ook diarree (1.6).

- **Uitgebreide dunnedarmresectie (jejunum en ileum)**

In de beginfase zal de voeding meestal via parenterale weg gebeuren, waarna geleidelijk kan overgeschakeld worden naar sonde en/of orale voeding, met aandacht voor:

- 👉 adequate vochttoediening: bij voorkeur mineraalrijke waters;
- 👉 opvolgen van vitaminen- (B, C, A, D, E, K) en mineralenstatus (Na, K, Mg, Zn);
- 👉 indien nodig: MCT (Medium Chain triglycerides) -vetten en dextrine-maltose als extra energiebron;

Bij very short bowel kunnen ernstige verterings- (lactose, vetten) en absorptieproblemen (dumping) optreden; beperkingen alleen indien nodig en tijdelijk.

CAVE

Houd, bij ontslag van patiënten met sondevoeding, rekening met de hoge kostprijs van semi-elementaire voeding...

1.3 Ileostoma

Achtergrond

Bij een ileostoma is de dikke darm afunctioneel, door resectie of tijdelijke overbrugging, en wordt de stoma op het

laatste deel van de dunne darm aangelegd. Relevante illustraties vindt u in bijlagen 1 tot en met 3.

Adviezen

- 👍 vermijd overgewicht: buikplooien verhinderen namelijk een goede afsluiting van de stoma;
- 👍 evenwichtige, gezonde voeding: patiënt kiest wat hij/zij verdraagt;
- 👍 goed kauwen en voeding klein snijden.

Bij een ileostoma gaan, doordat de stoelgang weinig of niet ingedikt is, veel vocht en zout verloren, waardoor duizeligheid en vermoeidheid kunnen optreden. Zorg daarom voor:

- 👍 vochtinname minimaal 2,5 l/d;
- 👍 zoutrijke voeding (+/- 14-15 g zout per dag);
- 👍 na verloop van tijd zal de dunne darm vanzelf (ten dele) de functie van de dikke darm overnemen, waardoor de stoelgang vaster wordt.

Aandachtspunten

- **Vloeibare stoelgang**

- 👍 stoelgangdikkende voedingsmiddelen: thee, rijst, beschuit, geroosterd brood, havermout, rijpe banaan, geraspte bruin geworden appel, appelsap (bij voorkeur ongezeefd), bosbessensap, wortelsap;
- 👍 laat de patiënt een lijst aanleggen van voedingsmiddelen die bij hem/haar te vloeibare stoelgang geven, en laat deze voedingsmiddelen **tijdelijk** mijden.

- **Verstopping stoma**

- 👍 goed kauwen is belangrijk;
- 👍 volgende producten kunnen een verstopping van de stoma veroorzaken: vezelig fruit (mango, citrusfruit, verse ananas), vezelige groenten (selder, asperges), champignons, maïs, taai en draderig vlees, noten, pinda's, popcorn, gedroogde vruchten (dadels, vijgen, pruimen).

- **Huidirritatie**

Voornamelijk bij vloeibare stoelgang kunnen volgende voedingsmiddelen de omliggende huid irriteren: citroensap en andere zuurhoudende vruchtensappen, sterk gekruide gerechten, azijn.

- **Gasvorming**

- 👉 gasvorming is niet schadelijk, maar vaak sociaal ongewenst. De mate waarin bepaalde producten gasvorming veroorzaken, verschilt van persoon tot persoon;
- 👉 consumptie van melk en/of botermelk zou gasvorming kunnen tegengaan;
- 👉 lucht inslikken mijden (kauwgom, roken, te snel eten);
- 👉 voedingsmiddelen die gasvorming kunnen veroorzaken zijn:
 - koolsoorten (met uitzondering van bloemkool en broccoli), prei, ui, peulvruchten, look, spruiten;
 - koolzuurhoudende dranken (bier, spuitwater, limonades, schuimwijn);
 - voedingsmiddelen rijk aan enkelvoudige suikers.

- **Reukhinder**

- 👉 reukvorming is niet schadelijk, maar vaak sociaal ongewenst;
- 👉 voedingsmiddelen die reukhinder kunnen veroorzaken zijn: kruiden, specerijen, sterk gekruide voedingsmiddelen, ajuin, asperges, look, prei, peulvruchten, eieren, melk en vis;
- 👉 ook bepaalde geneesmiddelen kunnen verantwoordelijk zijn voor reukvorming;
- 👉 geurhinder kan vermeden worden door een aspirine of aromatische olie aan het stomazakje toe te voegen.

- **Verkleuring**

- 👉 verkleuring is niet schadelijk, maar vaak sociaal ongewenst;
- 👉 de kleur van de ontlasting is afhankelijk van wat men gegeten heeft. Een verkleuring treedt op na het eten van ondermeer bieten en spinazie, en na het drinken van bosbessensap;
- 👉 ook ijzerpreparaten kunnen verantwoordelijk zijn voor verkleuring.

CAVE

Dehydratie: minimum 1l urineproductie/24u (cfr. gevaar urinewegstenen) en +- 600-800ml faecesproductie/24u.

1.4 Radio-enteritis

Achtergrond

Bij bestraling van de buikholte komt beschadiging vooral voor in het terminale ileum. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de acute symptomen (1 - 3 weken na radiotherapie) en de latere, chronische complicaties (vanaf 2 maanden tot zelfs verschillende jaren later). Acute klachten ontstaan door villeuze atrofie en oedeemvorming (ten gevolge van lymfatische obstructie) ter hoogte van de darmwand met krampen, malabsorptie en diarree tot gevolg. De ileale dysfunctie resulteert in een vetmalabsorptie ten gevolge van een

verminderde absorptie van galzouten. Villeuze atrofie kan leiden tot vitamine B12 tekort en lactosemalabsorptie. Er is een versnelde darmpassage. Al deze klachten zijn omkeerbaar. Chronische complicaties worden veroorzaakt door necrose van de darmwand en zijn niet omkeerbaar. Hierdoor kunnen vasculitis, ischemie en fibrose ter hoogte van de darm ontstaan. Verlaagde stoelgangfrequentie, (sub)obstructie, perforatie, peritonitis, fistulisatie zijn mogelijke complicaties. Deze zijn onomkeerbaar en dikwijls progressief.

Adviezen

- 👉 adviseer naargelang de klachten en malabsorpties die optreden;
- 👉 strenge vezel- of restenarme diëten bij stenosen (zie subobstructie 3.12);
- 👉 beperking van gasvormende groenten en van voedsel met grove vezels (volkoren- of meergranenbrood, muesli, grote hoeveelheden rauwkost) kan een gunstige invloed hebben bij darmkrampen;
- 👉 zie ook lactose-intolerantie (1.1), diarree (1.6), (sub)obstructie darm (3.12).

Aandachtspunten

- 👉 Bij radio-enteritis bestaat een reële kans op subobstructie (zie 3.12).

CAVE

- 👉 Bij sommige patiënten kan glutenbeperking de klachten verminderen. Weglaten van gluten gedurende twee weken zou verbetering moeten geven, zoniet heeft verderzetting van de glutenbeperking geen zin. Indien wel verbetering optreedt, is beperkte en gespreide gluteninname tijdens de behandeling aan te bevelen.

1.5 Colostoma

Achtergrond

Een colostoma wordt eindstandig op het descendens of sigmoïd aangelegd.

Relevante illustraties vindt u in bijlagen 1 tot en met 3.

Adviezen

- 👉 veel vocht;
- 👉 vezelrijke voeding;
- 👉 gas-, kleur- en reukvorming zijn niet schadelijk maar vaak sociaal ongewenst. Voor tips verwijzen we naar de paragraaf rond ileostoma (1.3).

1.6 Diarree

Achtergrond

Verschillende oorzaken (diarree, infectie, malabsorptie, colonpathologie...) kunnen leiden tot verschillende diarreevormen (vetdiarree, waterige diarree,...). Bij diarree heeft de patiënt één of meer keer per dag een (waterige) ontlasting. Het ontlasten gaat al dan niet gepaard met pijn of versnelde maaglediging, een versnelde

voedselpassage door de darm, een slechte vermenging met gal- en pancreassap, een verminderde pancreassecretie of bacteriële overgroei. Diarree ten gevolge van chemotherapie is van tijdelijke aard. Zodra de maag- en darmcellen zich herstellen, zal de diarree verdwijnen.

Relevante illustratie vindt u in bijlage 4.

Adviezen

- **Voor de meeste soorten diarree geldt**

- 👉 voldoende vocht (2 tot 3 l);
- 👉 voldoende natrium ;
- 👉 voldoende kalium.

- **Vraagstelling**

- 👉 diarree = acuut of chronisch ?
- 👉 bevraging geneesmiddelen, natuurvoedingsproducten, functionele voedingsmiddelen en nutrijnen (voedingssupplementen in niet-geregistreerde farmaceutische toedieningsvorm). Deze kunnen immers allemaal de darmwerking en -flora beïnvloeden.
- 👉 oorzaak (navragen bij de arts)?
- 👉 actie ?

- **Indeling**

Acute diarree (= meestal infectieus) = plots optredend, duur: < 2 à 3 weken

- 👉 aanvullen enorme verliezen van vocht en mineralen: gebruik van Na-rijke dranken en voedingsmiddelen (bouillon, zoutrijke waters,...), K-rijke voedingsmiddelen (tomatensap, banaan, pure chocolade, cacao poeder,...), orale rehydratievloeistoffen, isotone dranken;
- 👉 darmflora voeden en onderhouden met pre- en probiotica;
- 👉 voedingsinname niet forceren.

Chronische diarree = duur: > 3 à 6 weken

- 👉 evenwichtige, gezonde voeding MAAR patiënt kiest wat hij verdraagt;
- 👉 enkel voedingsbeperking bij verteringsstoornissen;
- 👉 gebruik van stoelgangbindende voedingsmiddelen zoals rijstwater, wortelsap, geplette banaan, geraspte appel (pectine), havermoutvlokken;
- 👉 beperken van voedingsmiddelen die de darmbeweging stimuleren: copieuze vetrijke maaltijden, koffie, bier, koolzuurhoudende dranken, gasvormende voedingsmiddelen;
- 👉 bosbessen, braambessen, pure chocolade en thee kunnen constiperend werken omwille van de aanwezige looistoffen of tannines;
- 👉 voedingsstoffen/-middelen die de darmtransit verhogen zijn: sterke koffie, pruimen, rabarber, citrusfruit(sap) en vetrijke voeding;
- 👉 voedingsstoffen/-middelen die de darmtransit vertragen zijn: wateroplosbare vezels (pectine, inuline) en fijne voedingsvezels (lichtbruin brood, zilvervliesrijst, volkoren deegwaren).

We onderscheiden:

- **Gistingsdiarree - osmotische diarree**

- Symptomen:

- Volumineuze stoelgang, licht van kleur, zure geur.

- Oorzaak:

- Een teveel aan koolhydraten in de darm (fructose, lactose, sacharose, sorbitol, ...), door enzymtekort of bacteriële overgroei.

- Voedingsadviezen:

- 👉 weglaten van betreffende suikers gedurende 1 week moet verbetering geven. Zoniet andere oorzaak zoeken;
 - 👉 zie ook adviezen bij lactose-intolerantie (1.1.)

- **Rottingsdiarree**

- Symptomen:

- Dunne ontlasting, donker van kleur, met geur van rotte eieren.

- Oorzaak:

- Teveel ongesplitste eiwitten in de darm, door onvoldoende eiwitvertering en/of resorptiecapaciteit.

- Voedingsadviezen:

- 👉 eiwitbeperking heeft geen zin, wegens blijvende endogene eiwitproductie;
 - 👉 dierlijke- en soja-eiwitten worden makkelijker verteerd dan plantaardige eiwitten;
 - 👉 alleen medicamenteuze behandeling.

- **Vetdiarree**

- Symptomen:

Volumineuze brij-achtige stoelgang, grijs van kleur met glanzend uitzicht en een sterk zure geur. De vette substantie is moeilijk te verwijderen en laat sporen achter in het toilet.

- Oorzaak:

Teveel vetten in de darm, door tekort aan verterings(pancreas)enzymen en/of galzuren.

- Voedingsadviezen:

- 👍 vetarme voeding;

- 👍 gebruik van MCT (Medium Chain Triglycerides)-vetten als caloriebron.

- Aandachtspunten:

- 👍 suppletie van vetoplosbare vitamines (in waterige oplossing/emulsie) en calcium overleggen met de arts;

- 👍 correcte toediening (tijdspit, verdeling) pancreasenzymen en/of zuurremmers overleggen met de arts.

- **Motorische diarree**

- Symptomen:

Frequente, plots opkomende dunne stoelgang.

- Oorzaak:

Te snel terechtkomen van voeding in de darm en/of te snelle passage door de darm ten gevolge van hyperthyroïdie, carcinoïdsyndroom, maagresectie, nervositeit, prikkelbare darmsyndroom, bepaalde geneesmiddelen en laxantia, stoffen door tumoren geproduceerd,...

- Voedingsadviezen:

- 👍 evenwichtige voeding met voldoende vezels en vocht;

- 👍 opletten met inname van mono- en disacchariden;

- 👍 prebiotica omwille van hun regulerende invloed op de darmpassagetijd.

- **Inflammatoire diarree**

- Symptomen:

Diarree gepaard met koorts, witte bloedcellen in de stoelgang, abdominale pijn.

- Oorzaak:

Inflammatoire darmziekten (Ziekte van Crohn, colitis ulcerosa), radio-enteritis, voedselallergie of -overgevoeligheid.

- Voedingsadviezen:

- 👍 advies in functie van de oorzaak.

- **Secretoire diarree**

- Symptomen

Grote verliezen van vloeibare stoelgang.

- Oorzaak

Verhoogde secretie van darmsappen t.g.v. bacteriën, virussen, niet geresorbeerde vetzuren, door tumoren geproduceerde stoffen, bepaalde laxantia en bacteriële overgroei, met als gevolg verhoogde hoeveelheden gedeconjugeerde galzouten en niet-geresorbeerde vetzuren in het colon.

- Voedingsadviezen:

- 👍 vochttoediening, liefst met orale rehydratievloeistoffen of isotone sportdranken;

- 👍 enkel aangepaste voedingsadviezen bij verteringsstoornissen.

- **Overloopdiarree of paradoxe diarree (zie ook bij "obstipatie")**

= eigenlijk een zeer ernstige vorm van obstipatie

- Symptomen:

Afwisselend harde en dunne stoelgang, faecoloombraaken.

- Oorzaak :

Faecalomen (steenharde ontlasting) verhinderen de doorgang van de stoelgang. Door bacteriële afbraak van de ontlasting wordt deze dun en loopt langs de harde ontlasting heen.

- Voedingsadviezen:

- 👍 prioriteit is het proberen behandelen van de obstipatie;

- 👍 gemixte (fijngepureerde, niet-vliezige) voeding tot vloeibare voeding en tot zelfs (vezelvrije) voeding.

CAVE

Obstructie = stopzetten voeding

2. MALAISE

2.1 Anorexie

Achtergrond

Anorexie betekent letterlijk ‘gebrek aan eetlust’ of ‘verminderd hongergevoel’. Men spreekt van anorexie als de spontane voedselinname van de patiënt minder dan 80% van de gebruikelijke inname van vóór de ziekte is.

De graad van anorexie staat bij de meeste kankerpatiënten in verhouding tot de progressie van de tumor.

Van patiënten met een vergevorderde kankervorm heeft 85% anorexie. Naast een aantal aanwijsbare oorzaken door de ziekte zelf en de behandeling, is het nog steeds niet helemaal duidelijk waardoor het honger-verzadigingssysteem bij kanker verstoord wordt.

Adviezen

- 👉 stimuleren van rustige fysieke activiteit (in de buitenlucht);
- 👉 aandacht voor maaltijdpresentatie en een rustige eetomgeving;
- 👉 adviseer eetlustopwekkende voedingsmiddelen zoals fruitsap en aperitief (in beperkte mate), bouillon (opletten met smaakaversie!), sorbet, enkele schijfjes appel, kauwgom;
- 👉 experimenteren met recepten, kleuren, kruiden,.. voor de bereiding van de gerechten;
- 👉 voldoende variatie in de voeding;
- 👉 voldoende kauwen en inslikken van lucht vermijden;
- 👉 grote hoeveelheden vezelrijk voedsel vermijden omwille van het snel optredend verzadigingsgevoel;
- 👉 kleine verpakte en favoriete snacks binnen handbereik houden;
- 👉 niet drinken vlak vóór of tijdens de maaltijd;
- 👉 adequate vochttoediening, bij voorkeur uit hoogenergetische dranken.

Aandachtspunten

- 👉 Hou rekening met eventuele aversies, smaak- en reukveranderingen, zie ook 2.2.
- 👉 Overweeg -indien nodig- aanvulling met voedingsmodules, drinkvoeding of sondevoeding.

2.2 Aversies, smaak- en reukveranderingen

Achtergrond

In de mond gesitueerde tumoren, radiotherapie in het hoofd- en halsgebied en diverse cytostatica tasten het epitheel, de *smaak- en reuk*zenuwen en de speekselklieren aan.

Een mogelijke oorzaak van *aversies* kunnen smaak- en reukveranderingen zijn, maar ook negatieve associaties van voedsel met bepaalde ervaringen tijdens de ziekte of therapie.

Smaak-, geurveranderingen en aversies kunnen individueel zeer sterk verschillen en wisselend optreden. Ze kunnen na chemotherapie lang blijven bestaan, maar verdwijnen meestal uiteindelijk wel. In sommige gevallen, zoals bij partiële laryngectomie, zullen een afgenomen geur- en smaakwaarneming blijvend zijn.

Adviezen

- 👉 patiënt informeren dat sterk wisselende voorkeuren kunnen optreden gedurende de behandeling en deze niet abnormaal zijn;
- 👉 belang van goede mond- en tandhygiëne;
- 👉 experimenteren met gerechten en bereidingen;
- 👉 afwisseling in soort voeding en textuur;
- 👉 bij verminderde smaakperceptie kunnen smaakversterkers als MSG (monosodiumglutamaat, VeTsin®) helpen;
- 👉 neutraal smakende voedingsmiddelen testen (zuivel- en graanproducten, fruit, salades, koude gerechten);
- 👉 voedingsmiddelen met sterke of pikante smaak kunnen helpen om een vieze smaak weg te nemen, alsook munt, basilicum, citroen, zoetzure sauzen,...;
- 👉 gerechten die aversie oproepen tijdelijk vermijden;
- 👉 roepen vaak aversie op: warme en gebakken bereidingen, gefrituurde gerechten, rood vlees, vis, bacon, broccoli, bloemkool, ui en spruitjes;
- 👉 wanneer voedingsmiddelen te zuur lijken:
 - groenten in een melksaus bereiden;
 - fruit verwerken tot moes;
- 👉 wanneer voedingsmiddelen een metaalsmaak hebben:
 - voldoende drinken (indien geen contra-indicatie);
 - friszure dranken geven een frisser gevoel in de mond;
 - vers fruit zoals ananas;
 - etenslucht vermijden door anderen de maaltijden te laten bereiden;
 - vlees vervangen door vis, eieren en melkproducten;
 - citroensnoepjes, kauwgom of pepermunt, eventueel suikervrij (zie xerostomie 3.2);
- 👉 cosmetica, bloemen, tabakslucht en schoonmaakmiddelen roepen ook vaak aversie op;

Aandachtspunten

- 👉 Deficiënties, die smaakveranderingen kunnen induceren:
 - Zn: bij algemene ondervoeding, verlies via zweet of verlies via urine na zware operaties
 - B2: stomatitis angularis, glossitis
 - B3 : stomatitis, glossitis
- 👉 Indien nodig tijdig sondevoeding bespreken met de arts.

2.3 Misselijkheid en braken

Achtergrond

Niet alle behandelingen veroorzaken misselijkheid of braken.

Bovendien dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen beide.

Braken is een reflex vanuit het braakcentrum in de hersenen, door prikkelgeleiding via neurotransmitters. De nieuwe anti-emetica, serotonine receptorblokkers, blokkeren deze neurotransmitters, waardoor excessief braken steeds beter kan worden bestreden. Braken als reactie op een behandeling kan zich acuut (binnen enkele uren), vertraagd (na 1 of 2 dagen) of geconditioneerd of anticipatoir (vóór

de behandeling door angst, stress of eerdere negatieve ervaringen) manifesteren.

Misselijkheid duurt doorgaans langer en is niet zo makkelijk te verhelpen. Ze kent diverse oorzaken, waaronder maagdarmentofwisselingsstoornissen, afbraakproducten (uremie, ketose, hypercalciëmie), dehydratie, bijwerkingen van medicatie en stress. Misselijkheid zónder braken is vaak lastiger voor de patiënt dan mét braken, omdat braken een opgelucht gevoel kan geven.

Adviezen

- 👉 goede mondhygiëne;
- 👉 bij misselijkheid: langzaam en diep inademen via de neus;
- 👉 eten en drinken waar men zin in heeft;
- 👉 eten of drinken niet forceren;
- 👉 eten op tijdstippen waarop de misselijkheid minder is (eventueel ook 's nachts);
- 👉 drinken met kleine slokjes, bij voorkeur suikerhoudende dranken;
- 👉 soms is misselijkheid erger op een lege maag, vandaar het nut van tussendoortjes;
- 👉 geen koude en warme bereidingen tijdens eenzelfde maaltijd;
- 👉 voedingspauze bij hevige misselijkheid;
- 👉 rusten na de maaltijd, bij voorkeur in een zittende positie;
- 👉 geuren die de misselijkheid kunnen verergeren vermijden: etensgeuren, kruiden, parfums, schoonmaakmiddelen, rook,...;
- 👉 adequate vochttoediening;
- 👉 niet drinken vlak voor of tijdens de maaltijd. Pas één uur na de maaltijd drinken of vloeibare voedingsmiddelen gebruiken;
- 👉 zuigen op een ijsblokje kan helpen om een plotse aanval van misselijkheid te beperken en eventueel braken te voorkomen;
- 👉 ochtendmisselijkheid verminderen door inname van enkele droge toastjes vóór het opstaan;
- 👉 indien de misselijkheid aanhoudt, moedig dan de patiënt aan dit te bespreken met de arts;
- 👉 ook de tips bij aversies, smaak- en reukveranderingen (2.2) kunnen helpen.

Aandachtspunten

- 👉 Bij misselijkheid na bestraling:
Niet eten of drinken meteen na de behandeling. Eerder een maaltijd nemen op het moment dat voedsel weer verdragen wordt, bv. nog 's avonds laat die dag. Bij bestraling van de maag kan men sowieso beter niet drinken of eten de eerste twee uur na de bestraling, om misselijkheid niet te induceren. Daarna is het aan te raden te starten met thee en beschuit, een schaaltje yoghurt, een kopje soep of bouillon. Als dat wordt verdragen kunnen weer - bij voorkeur kleine - maaltijden worden ingeschakeld.
- 👉 Bij misselijkheid na chemotherapie:
Eten wat men kan tijdens de kuurdagen en tussen de kuren de schade inhalen.

2.4 Vermoeidheid

Achtergrond

Vermoeidheid is één van de meest voorkomende klachten van mensen met kanker (78 tot 96%). Vermoeidheid bij kanker is een extreme vermoeidheid die niet door slaap verdwijnt. Men wordt zelfs moe van niets te doen. De oorzaken van vermoeidheid zijn complex. Mogelijk spelen de behandeling, geneesmiddelen, bloedarmoede, gewichtsverlies, anorexie, veranderingen in het metabolisme, verlaagde hormoonspiegels, emotioneel leed, niet kunnen slapen, inactiviteit, pijn, infectie

en het hebben van andere medische aandoeningen naast kanker een rol. Eén van de belangrijke oorzaken van vermoeidheid bij kanker is anemie ten gevolge van chemotherapie, radiotherapie of geneesmiddelen. Ook psychologische factoren kunnen een niet te verwaarlozen rol spelen, net als de verstoring van de dagelijkse routine én het slaappatroon tijdens de behandeling. Ook na curatie kan vermoeidheid nog lang hinderlijk zijn.

Adviezen

- 👉 koken aan anderen overlaten of maaltijdbezorging: eten vergt al genoeg energie;
- 👉 maaltijden in voorraad hebben (thuisbezorging, kant- en -klaar, zelf bereiden in niet-vermoeide periodes en invriezen,...);
- 👉 energierijke maaltijden met zachte of vloeibare consistentie, bij te grote vermoeidheid;
- 👉 adequate vochttoediening;
- 👉 bezoeken in functie van de maaltijd- en rustpauzes, en niet omgekeerd.

Aandachtspunten

- 👉 Verwijs patiënt door naar gespecialiseerde hulp om een goede balans tussen rust en activiteit te vinden. Meer info op www.vermoeidheid.be, een interessante website boordevol informatie, met onder andere vermoeidheidsgids en vermoeidheidsagenda.

3. MECHANISCH

3.1 Kauwproblemen, odyno- en dysfagie

Achtergrond

Bij tumoren in de mond- en keelholte (pharynx) en de larynx (strottenhoofd) kunnen slikklachten optreden door pijn in de keel of passageklachten. Er bestaat

eveneens een verhoogde kans op verslikken. Tumoren in de mondholte geven vaak pas in een laat stadium pijnklachten.

Adviezen

- 👉 ga steeds nauwkeurig na wat de mogelijkheden van de patiënt zijn, alvorens automatisch over te stappen op gemalen, gepureerde of volledig vloeibare voeding. Bovendien heeft kauwen een gunstige invloed op de speekselproductie en op de smaak;
- 👉 geef de patiënt zoveel mogelijk bereidingstips, recepten en menusuggesties mee, om een eenzijdige, eentonige en caloriearme voeding te vermijden.

• **Kauwproblemen**

- 👉 zachte tot smeerbare voeding;
- 👉 bij kauwproblemen overschakelen naar zachte voeding (gemalen vlees, gehaktsoorten, graatloze vis, roerei,...);
- 👉 het ongekauwd doorslikken van vezelige groenten (witte selder, asperges, prei, venkel,...) kan verteringsproblemen geven.

• **Slikproblemen**

- 👉 smeerbare tot dikvloeibare voeding;
- 👉 voedingsadvies in overleg met logopedist(e);
- 👉 dranken, waarmee de patiënt zich gemakkelijk verslikt, kunnen ingedikt worden met een smaakloos bindmiddel, niet op basis van zetmeel, zodat het niet reeds in de mond door het speekselamylase wordt afgebroken;
- 👉 room is bijzonder geschikt om de zachtheid van spijzen te verhogen; een eetlepel room of (olijf)olie vóór elke maaltijd kan als glijmiddel dienen;
- 👉 aangepast bestek waarmee de voeding achteraan in de mond kan worden gelegd, zoals een kleine lepel met lange steel;
- 👉 bij ernstige slikproblemen, pijnlijk slikken of verhoogde kans op verslikken, geeft voeding met dikvloeibare consistentie van pap, pudding of puree de minste problemen;
- 👉 pap en pudding kunnen afgewisseld worden met broodmix (brood met zacht beleg tot een stevige brij fijngemixt met bouillon, water of melk);
- 👉 vis of roerei kunnen als alternatief voor gemalen vlees aangeraden worden;
- 👉 gebruik eventueel kant-en-klaar gemixte voeding;
- 👉 pas na -en niet voortdurend tijdens - het eten de mondholte schoonmaken en spoelen.

- **Volledig vloeibare voeding**

- 👉 dunne tot gewoon vloeibare voeding;
- 👉 een vloeibare voeding is meestal slechts aangewezen bij ernstige slokdarmvernauwing;
- 👉 zorg dat al wat de patiënt drinkt calorieën en/of vitaminen en mineralen aanbrengt (fruit- en groentesappen, water met grenadine, frisdrank,...);
- 👉 zorg voor voldoende afwisseling tussen hartige gerechten (zout!) en melkproducten;
- 👉 het meegeven van een berekend dagschema is hier meestal een must. Bij een vloeibare voeding is de kans op tekorten aan energie, mineralen en vitaminen (vooral ijzer) zeer reëel;
- 👉 eventueel modules en/of bijvoeding inschakelen.

3.2 Xerostomie

Achtergrond

Een droge mond of xerostomie ontstaat wanneer de speekselproductie kwantitatief en kwalitatief afneemt. De productie van dun speeksel gaat verloren, terwijl er in de plaats taai, draderig, dik speeksel ontstaat. Klachten treden doorgaans op door de bestraling. Klachten kunnen blijvend zijn, indien de grote speekselklieren een hoge bestralingsdosis hebben gehad.

Bij xerostomie bedraagt de speekselproductie < 20 ml per dag (nl. 500 - 600 ml/24 uur, pH tss. 7 en 8). Gelukkig zijn de bestralingstechnieken zodanig geëvolueerd dat beide parotisklieren veel minder in het bestralingsveld liggen, en bijgevolg xerostomie minder voorkomt.

Adviezen

- 👉 een goede mondhygiëne;
- 👉 vaak kleine beetjes drinken: water, thee citroen, kamillethee, vruchtensap, koolzuurhoudende dranken of donker bier geven meestal een prettig gevoel;
- 👉 voeding aanpassen qua consistentie, temperatuur, scherpe kruiden, zout, zoet, zuur, koolzuurhoudende dranken;
- 👉 kauwen op frisure producten zoals komkommer, appel, tomaat, ananas, meloen, augurk of zilveruitjes;
- 👉 zuigen op ijslolly's gemaakt van ongezoet fruitsap, ijsblokjes, zuurtjes, pepermunt of kauwgom nemen (suikervrij);
- 👉 bij plakkerig gevoel in de mond, naast water ook yoghurt, karnemelk, tafel- en bruin bier (met mate).

Aandachtspunten

- 👉 De belangrijkste functies van speeksel zijn: de afvoer van bacteriën en voedsel uit de mond (speeksel clearance), de mechanische bescherming van tanden en slijmvlies en de regeling van de PH in de mondholte (buffercapaciteit). Daarnaast heeft speeksel ook een anti-microbiële functie en speelt het een rol in de de- en remineralisatie van het tandglazuur. Omdat kauwen de speekselvloed stimuleert, wordt ook ter preventie van cariës aanbevolen rustig te eten en regelmatig voor harde knabbels te kiezen. Het gebruik van suikervrije kauwgom kan in die optiek eveneens zinvol zijn;
- 👉 Niet te snel overschakelen op vloeibare voeding, die de activiteit van de speekselklieren nog doet afnemen;
- 👉 Eventueel kunstspeeksel inschakelen.

3.3 Slijmvorming

Achtergrond

Tumoren in de mondholte kunnen een verhoogde slijmproductie geven.

Adviezen

Bij tumoren van de pharynx of larynx kan het doorslikken van slijm moeilijk zijn. Adviezen

- 👉 een goede mondhygiëne;
- 👉 kunnen verlichting brengen: friszure producten (ananas, augurk, komkommer, zilveruitjes, appel, tomaat,...), donker tafelbier, koolzuurhoudende dranken;
- 👉 melk en chocolade kunnen slijmvorming in de hand werken;
- 👉 zure melkproducten, melk met honing, maar ook sojamelk, geven volgens veel patiënten minder slijmvorming.

CAVE

- 👉 Soms helpt aërosol met een neutraal (genees)middel. Het beoogde resultaat is het indrogen van de slijmen.

3.4 Stomatitis

Achtergrond

Stomatitis beperkt zich tot een ontsteking van het mondslijmvlies. Dehydratie, slechte voedingstoestand, slechte mondhygiëne, bijwerkingen van

geneesmiddelen, emotionele ontregeling als angst en depressie, infecties en adjuvante of palliatieve radio- en chemotherapie kunnen een pijnlijke mond veroorzaken.

Adviezen

- 👉 een goede mondhygiëne;
- 👉 met een rietje drinken, wanneer gewoon drinken te pijnlijk is;
- 👉 warme dranken laten afkoelen tot kamertemperatuur;
- 👉 ijsskoude dranken/gerechten kunnen verlichting bieden, omwille van hun verdovende invloed;
- 👉 voeding afstemmen qua temperatuur, scherpe kruiden, zout , zoet, zuur, koolzuurhoudende dranken;
- 👉 vermijd harde producten die het mondslijmvlies kunnen beschadigen;
- 👉 room kan de smaak verzachten;
- 👉 water drinken na alles wat gegeten of gedronken wordt.

CAVE

- 👉 Bij hoofd-halstumoren sondevoeding overwegen.

3.5 Mucositis

Achtergrond

Mucositis is een ontstekingsreactie meestal verspreid over de ganse gastro-intestinale tractus van de mond tot de anus. Mucositis ontstaat meestal ten gevolge van chemotherapie (vooral bij gebruik van anthracyclines, 5FU en methotrexaat).

Een snelle behandeling is aangewezen omdat mucositis zeer pijnlijk kan zijn en aldus snel aanleiding geeft tot een verminderde voedingsinname. Mucositis is meestal van korte duur (aantal dagen).

Adviezen

- 👉 een goede mondhygiëne (meer info op <http://www.tandarts.be/patienteninfo>);
- 👉 zie ook adviezen bij kauwproblemen en odyno- en dysfagie (3.1);
- 👉 zie ook adviezen bij pijnlijke mond en keel (3.4);
- 👉 houd de mondhoeken en lippen vet zuurvrije vaseline of lippenbalsem;
- 👉 champagne/schuimwijn kunnen helpen om korsten op te lossen in de mond;
- 👉 champagne/schuimwijn worden door patiënten met deze klachten vaak goed verdragen en geapprecieerd;
- 👉 sorbet of ijs(blokjes) vóór de maaltijd omwille van de pijnstillende werking;
- 👉 de mond 10 minuten vóór de maaltijd spoelen met een licht verdovend spoelmiddel;
- 👉 smeüige voeding inschakelen.

3.6 (Sub)obstructie hoofd/hals

Achtergrond

Door doorgroei van tumoren in de mond of slokdarm kan de voedselpassage ernstig gestoord of onmogelijk zijn. Wanneer de tumor verkleind of verwijderd is, of wanneer na plaatsing

van een stent de doorgang vergroot is, kan stapsgewijs terug overgeschakeld worden van sondevoeding naar vloeibare, gepureerde en uiteindelijk gewone voeding.

Adviezen

- **Subobstructie**

- 👉 veel en regelmatig drinken;
- 👉 kiezen voor aangepaste consistentie;
- 👉 bij slikstoornissen: zie adviezen rond kauwproblemen en odyno- en dysfagie (3.1).

- **Obstructie**

- 👉 sondevoeding (via gastrostomie).

Aandachtspunten

- 👉 Bij slikstoornissen kan de slikreflex aangeleerd worden door een logopedist(e). Speciale verdikkingmiddelen kunnen ingeschakeld worden.

3.7 Gastro-oesofagale reflux

Achtergrond

Gastro-oesofagale reflux (GOR), kan ontstaan doordat de onderste slokdarmsfincter onvoldoende werkt of operatief verwijderd is. Een andere oorzaak is gastroparese of

dunnedarmobstructie. Symptomen zijn pijn achter het borstbeen, een vol gevoel na de maaltijd, oprispingen, misselijkheid en braken.

Adviezen

- 👉 de onderste slokdarmsfincter functioneert slechter bij het gebruik van:
 - volumineuze en/of vetrijke maaltijden;
 - alcohol;
 - carminatieven (in pepermunt, ui, dille en knoflook);
 - xanthines (in koffie, thee, chocolade en cola);
 - tabak.

- 👉 de uitzetting van de maag voorkomen door het mijden van:
 - koolzuurhoudende dranken;
 - volumineuze maaltijden;
 - gasvormende voedingsmiddelen (kolen, peulvruchten, prei, ui).

- 👉 de terugvloei vanuit de maag voorkomen door:
 - constipatie tegen te gaan;
 - te vermageren bij overgewicht;
 - de laatste maaltijd 2 à 3 uur voor het slapengaan gebruiken;

- 👉 lokale irritatie vermijden door bij klachten geen gebruik te maken van:
 - koffie;
 - vruchtensappen;
 - gekruide gerechten;
 - alcoholhoudende dranken.

Aandachtspunten

- 👉 bukken, tillen en ineengedoken houding vermijden;
- 👉 het hoofdeinde van het bed 10 à 15 cm verhogen en op één hoofdkussen slapen.

3.8 Oesofagitis

Achtergrond

In de praktijk worden 6 types oesofagitis onderscheiden:

- 👉 peptische refluxoesofagitis: bij een insufficiënte onderste slokdarmsfincter;
- 👉 Candida oesofagitis: dit is een infectie met *Candida albicans*, die voorkomt bij ernstig zieke patiënten, vooral na langdurige behandeling met antibiotica, alsook ten gevolge van immunosuppressie door ziekte (bv. AIDS) of medicatie, zoals immunosuppressiva, corticosteroiden en cytostatica;
- 👉 bestralingsoesofagitis: veroorzaakt door bestraling van halstumoren, longcarcinoom, oesofaguscarcinoom;
- 👉 oesofagitis door virusinfectie: komt voor bij patiënten behandeld met immunosuppressiva en bij aids;
- 👉 tryptische refluxoesofagitis: komt voor bij reflux van gallige duodenum- of jejunuminhoud na maagresectie of bij buismaagreconstructie na slokdarmsectie;
- 👉 oesofagitis door accidentele of opzettelijke aantasting van de slokdarmwand door sterke zuren of logen.

Adviezen

- **Peptische refluxoesofagitis**

- 👉 adviezen gastro-oesofagale reflux, (3.7).

- **Overige vormen**

- 👉 voldoende vochtgebruik;
- 👉 vermijden van zuur (pH): in vruchtensappen en koolzuurhoudende frisdranken;
- 👉 consistentie aanpassen bij passageproblemen;
- 👉 temperatuur van gerechten aanpassen;
- 👉 sterke smaken (scherpe kruiden, zout en zoet) verzachten.

3.9 Slokdarmresectie

Achtergrond

Bij resectie van de oesofagus wordt ter reconstructie een buismaag aangelegd. De maag wordt tot een buis gevormd en omhoog getrokken. De naad met de slokdarm bevindt zich in de thorax of in de hals. Hierdoor

kunnen stenosen van de anastomose ontstaan, wat dilataties noodzakelijk maakt. Indien een buismaagreconstructie niet mogelijk is, kan een deel van het colon of van het jejunum genomen worden.

Adviezen

- 👉 veel drinken;
- 👉 de consistentie van de voeding aanpassen;
- 👉 zeer goed kauwen;
- 👉 bij een vertraagde maaglediging: vet beperken;
- 👉 dumpingverschijnselen zijn mogelijk (3.10).

Aandachtspunten

- 👉 soms kan het noodzakelijk zijn een vitaminen- en mineralensupplement in te schakelen.

3.10 Maagresectie

Achtergrond

Er zijn twee soorten maagresecties, namelijk de totale en de distale. De eerste wordt toegepast bij een cardia- of maagcarcinoom, waarbij tevens het onderste deel van de slokdarm wordt weggenomen. De nervus vagus wordt

doorgesneden. Een vertraging van de maaglediging is dus mogelijk. Er kunnen passagestoornissen ontstaan door naadstenose. Een distale maagresectie wordt soms toegepast bij een maagcarcinoom.

Adviezen

- **Algemene adviezen**

- 👉 rustig eten en goed kauwen;
- 👉 de hoeveelheid vocht tijdens de maaltijden beperken tot 1 glas of 1 kop;

- **Specifiek adviezen**

- 👉 **Phytobézoar**

= prop van onverteerd plantaardig voedsel;

= klachten: vol gevoel, pijn, vermagering, ruikende adem, eventueel verstopping van de darm.

- goed kauwen en gebruik maken van zeer fijn gesneden rauwkost;
- vermijden van vezelige groenten: asperges, bleekselder, champignons, rabarber;
- vermijden van vezelig fruit: ananas, vellen van citrusfruit, mango, perzik, nectarine;
- gebruik maken van sap van papaja en ananas: hun resp. enzymen 'papaine' en 'bromeline' zouden de vezelbol kunnen oplossen;
- indien geen dumpingklachten: voldoende vocht na de maaltijd.

- 👉 **Dumpingsyndroom**

= *vroege dumping* ontstaat door te snelle osmotische overlading van het jejunum, zo'n 15 à 30 minuten na de maaltijd;

= klachten zijn een opgezet gevoel, pijn, misselijkheid, hartkloppingen, transpireren, benauwd gevoel.

= *late dumping* ontstaat doordat enkelvoudige suikers te snel worden opgenomen en een overmatige productie van insuline veroorzaken met een hypoglycemie als gevolg, 1,5 à 2 uur na de maaltijd;

= klachten zijn transpireren, geeuwhonger, onrust, hartkloppingen, bewusteloosheid.

- frequent kleine maaltijden;

- voldoende vezels: zowel oplosbare (vertragend effect op motoriek en absorptie van glucose) als onoplosbare (complexe binding van water, galzuren);

- snel resorbeerbare en enkelvoudige suikers vermijden;

- niet drinken tijdens de maaltijd;

- eventueel de hoeveelheid vet in de voeding verhogen;

- eventueel toevoegen van pectine, acarbose, guar of glucomannan.



Metabole gevolgen

- = dikwijls malabsorptie en maldigestie. Dit kan aanleiding geven tot gewichtsverlies, een verminderde opname (Fe, Ca, vitamine B12, foliumzuur, vitamine D) en een verstoorde vertering van lactose (gistingsdiarree) en vetten (vetdiarree). Door het ontbreken van de 'intrinsic factor' is er een malabsorptie van vitamine B12.
- bij lactose-intolerantie: zie adviezen hierrond (1.1), alsook adviezen gistingsdiarree (zie 1.6);
- bij te hoge vetuitscheiding de vetinname niet beperken, maar de oorzaak nagaan en proberen op te lossen: bacteriële overgroei, relatieve pancreasinsufficiëntie, te snelle passage.
- in overleg met de arts inschakelen van pancreasenzymen en zuurremmers (tijdstip en verdeling);
- ijzer- en foliumzuurhoudende producten gebruiken;
- voldoende vetoplosbare vitamines in waterige oplossing/emulsie;
- vitamine B12 kan enkel met een injectie toegediend worden;
- bij galbraken (uitsluitend na maagresectie Billroth II): veelvuldig kleine maaltijden, na de maaltijd op de linkerzijde gaan liggen en geen vetbeperking;

3.11 Constipatie

Achtergrond

Constipatie bij kanker wordt veroorzaakt door geneesmiddelen (vooral opiaten, ook codeïne, sedativa en anti-emetica). Verder kan de oorzaak liggen in te weinig vochttoevoer en een te geringe voedselinname. Ook verstoppingen door tumorgroei of vernauwingen na chirurgie

of radiotherapie, chemotherapie, geringe lichaamsbeweging en bedlegerigheid, algemene zwakte waardoor de perskracht om te defaeceran verminderd is, angst, stress en depressie kunnen leiden tot constipatie.

Adviezen

- 👉 overleg medicatie met de arts;
- 👉 adequate vochttoevoer;
- 👉 indien geen contra-indicatie: klassieke adviezen bij constipatie;

CAVE

- 👉 Stel geen vezelverrijking voor indien de constipatie veroorzaakt is door vertraagde darmfunctie als gevolg van pijnstillende geneesmiddelen!
- 👉 Subobstructie, zie 3.12!

3.12 (Sub)obstructie darm

Achtergrond

Door doorgroei van tumoren in de buikholte kan de darmassage ernstig gestoord of totaal afgesloten zijn. Bij verstopping ter hoogte

van de dunne darm is het risico op totale afsluiting groter door de kleinere doorgang. De voedingsadviezen dienen te worden afgestemd op de ernst van de stenose.

Adviezen

- **Subobstructie**

- 👉 veel en regelmatig drinken;
- 👉 voedingsmiddelen die obstructie kunnen veroorzaken: vezelige groenten, champignons, pitten en schillen van fruit, noten, draderig taai vlees, ...;
- 👉 voedingsmiddelen met vezels vermijden;
- 👉 rustig eten en goed kauwen;
- 👉 eventueel kiezen voor aangepaste consistentie;
- 👉 bij ernstige stenose kiezen voor een vezelarme (half)vloeibare voeding (zie radio-enteritis 1.4).

- **Obstructie**

- 👉 stopzetten van de orale voeding en overschakelen op sonde- of parenterale voeding.

4. METABOOL

4.1 Ongewenste gewichtstoename

Achtergrond

Gewichtstoename bij kanker komt vooral voor bij hormoontherapie, waarvan er aanwijzingen bestaan dat hierbij het basaal metabolisme verlaagd is. Een deel van de gewichtstoename kan in dat geval eveneens verklaard worden door vochtretentie. In combinatie met een toegenomen eetlust bij hormoontherapie, én een verlaagde

fysieke activiteit omwille van de ziekte, kan dit relatief snel leiden tot gewichtstoename. Aangezien hormoontherapie soms gedurende een aantal jaren dient te worden gevolgd, is een snelle tussenkomst aan te bevelen, met het beperken van de toename van het lichaamsgewicht tot doel. Dit dient ook toegelicht worden aan de patiënt.

Adviezen

👉 gezonde voeding, licht energiebeperkt, en vooral inspeland op de verzadigingswaarde van de voeding.

CAVE

- 👉 Voorzie minimum de aanbevolen calciuminname, omwille van een verhoogd risico op osteoporose.
- 👉 Oedemen bij zowel hormoon-, als niet-hormoongerelateerde, kankers.

4.2 Ongewenst gewichtsverlies

Achtergrond

Gewichtsverlies bij kanker kan verschillende oorzaken hebben. Het belangrijkste onderscheid ligt in het feit of het

gewichtsverlies al dan niet tumorgeïnduceerd is.

- **Tumorgeïnduceerd gewichtsverlies of cachexie**

Cachexie is één van de meest uitputtende en erge symptomen van kanker, waarbij men als het ware beroofd wordt van zijn energie, het gevoel van welzijn behoorlijk vermindert, de levenskwaliteit gevoelig afneemt en bovendien de afhankelijkheid van anderen toeneemt. Cachexie komt vooral voor bij maligne tumoren van longen, slokdarm, maag, darmen en pancreas, als bij alle tumoren in preterminaal stadium. Relevante illustraties vindt u in bijlage 5.

Symptomen

- gewichtsverlies, zowel van vet- als spierweefsel, en zelfs van botmassa
- anorexie (zie 2.1)
- snelle verzadiging (zie tips anorexie)
- asthenie
- anemie

Oorzaken :

- complexe pseudo-inflammatoire reactie van het lichaam op de tumor, waarbij cytokines een belangrijke rol spelen;
- stoffen die de tumor zelf produceert en cachexie veroorzaken;
- toename van het metabolisme ;
- verandering in het eiwit-, vet- en koolhydraatmetabolisme:

Koolhydraatstofwisseling: verhoogde glucoseturnover

Eenzijds is dit een gevolg van een verhoogde lactaatproductie in tumor- en spierweefsel, in de lever omgezet tot glucose, wat veel energie vergt. Anderzijds resulteert een verminderde insulinerespons in een verlaagde opname. Ook de gluconeogenese is verhoogd.

Eiwitstofwisseling: verhoogde eiwitturnover

De eiwitsynthese van spiereiwit is verlaagd, en de afbraak van spiereiwit verhoogd. Een toegenomen eiwitsynthese in de lever dient voor de verhoogde gluconeogenese en als brandstof. Hierdoor ontstaat verlies van de vetvrije massa.

Vetstofwisseling: verhoogde vetafbraak

Vetafbraak is het gevolg van een toegenomen vetoxidatie. Deze oxidatie wordt niet meer verhinderd door de opname van glucose, zoals bij gezonde individuen, met verlies van vetmassa tot gevolg.

Adviezen

- 👉 Behandelingsfase
In overleg met de behandelend arts:
 - adequate voeding
 - energieverrijking
 - bijvoeding
 - sondevoeding

- 👉 Palliatieve fase
 - 'zorg-op-maat' voeding

Aandachtspunten

Er zijn ziekteverrijkte specifieke bijvoedingen op de markt, verrijkt met EPA. We verwijzen naar de illustraties op het einde van de tekst voor meer toelichting bij de werkingsmechanismen. Inschakelen van bijvoeding, verrijkt met EPA, kan overwogen worden bij tumorgeïndiceerd gewichtsverlies, maar alleen in overleg met de behandelende arts en indien geen contra-indicaties.

- **Niet-tumorgeïnduceerd gewichtsverlies**

Ongewenst, omkeerbaar gewichtsverlies kan verschillende oorzaken zoals anorexie, misselijkheid en braken, diarree, smaakveranderingen, vermoeidheid, slikproblemen, stress enzovoort.

Adviezen

- 👉 Oorz(a)ak(en) opsporen en klachtgericht adviseren.

Aandachtspunten

- 👉 Uit onderzoek is gebleken dat maar 68% van alle kankerpatiënten die in het ziekenhuis verblijven, wordt gewogen....Niettemin zal ongewenst, ernstig gewichtsverlies een belangrijke objectieve parameter zijn voor een slechte voedingstoestand. Gezien sommige patiënten bij de start van de behandeling al gewicht hebben verloren, is het belangrijk uit te gaan van het oorspronkelijke gewicht van de patiënt vóór de ziekte. Men gaat vanzelfsprekend ook niet uit van het ideaal gewicht, gezien dit niets zegt over de evolutie van de voedingsstatus. Er is sprake van ernstige ondervoeding als het gewichtsverlies meer dan 5% is in één maand, of meer dan 10% in zes maanden.
- 👉 Wekelijkse weging: er is sprake van ernstige ondervoeding als het gewichtsverlies meer dan 5% is in één maand, of meer dan 10% in zes maanden.
- 👉 Overleg met hulpverleners en familie of gewichtscontrole bijdraagt tot de therapie.

CAVE

- 👉 Oedemen kunnen gewichtsverlies maskeren. Een klinische blik ter hoogte van buikholte (ascites) en onderste ledematen kan de betrouwbaarheid van het gewicht helpen inschatten.

4.3 Gestoorde glycemie

Achtergrond

Gestoorde glycemie bij kanker is meestal het gevolg van behandeling met corticosteroiden of metabole veranderingen. Corticosteroiden - tegenhanger van insuline - maken de perifere weefsels ongevoelig voor insuline, met hyperglycemie tot gevolg. De verhoogde suikerspiegels verdwijnen meestal na stopzetting van deze medicatie.

Verder kan er een verhoogde glucoseturnover zijn. Enerzijds door een verhoogde lactaatproductie in tumor- en spierweefsel, in de lever omgezet tot glucose, wat veel energie vergt. Anderzijds resulteert een verminderde insulinerespons in een verlaagde opname. Ook de gluconeogenese is verhoogd.

Adviezen

- 👉 weglaten van snelle suikers zonder energiebeperking;
- 👉 preventie van hart- en vaatziekten, zoals in een gewoon diabetesdieet, is in deze fase beslist geen prioriteit.

4.4 Hypertriglyceridemie

Achtergrond

Verhoogde triglyceriden bij kankercachexie zijn een gevolg van het verstoorde vetmetabolisme (zie ook 4.2).

Hypertriglyceridemie kan ook het gevolg zijn van specifieke anti-tumorale therapieën zoals Interferon bij Grawitz-tumor (hypernefroom).

Adviezen

- 👉 geen alcohol;
- 👉 energieverrijkte voeding;
- 👉 geen vetbeperking.

CAVE

👉 Hypertriglyceridemie kan ook het gevolg zijn van specifieke anti-tumorale therapieën zoals “interferon” bij hypernefroom.

5. ANDERE

5.1 Immobilititeit

Achtergrond

Wanneer de mobiliteit afneemt en de patiënt zo lang mogelijk zelfredzaam wenst te blijven, kunnen onderstaande adviezen van toepassing zijn. Bij de hulpverlening zullen

maatschappelijk werker en huisarts een centrale rol innemen. De financiële mogelijkheden van de patiënt mogen niet uit het oog verloren worden.

Adviezen

- 👉 koken aan anderen overlaten of maaltijdbezorging, eten vergt soms al genoeg energie;
- 👉 ‘makkelijke’ of ‘kant-en-klaar’maaltijden ter beschikking houden;
- 👉 zie ook adviezen vermoeidheid (2.4).

Aandachtspunten

- 👉 Idealiter wordt iemand aangeduid om permanent te waken over de voedingstoestand en de levensomstandigheden van de patiënt.

5.2 Oedeem

Achtergrond

Oedemen ontstaan wanneer het lichaam meer vocht opstapelt dan het verliest. Bij de kankerpatiënt ligt de oorzaak meestal in hypoproteïnemie ten gevolge van overmatig eiwitverlies of te lage eiwitinname. Meestal betreft het een combinatie van beide.

Oedemen kunnen ook ontstaan door verstoorde afvoer van lymfe na klierevidement of door compressie van de lymfevaten door de tumor.

Adviezen

- 👍 eiwit- en calorie-inname corrigeren, op basis van een gerichte anamnese;
- 👍 natrium- en vochtbeperking enkel op voorschrift van de arts.

CAVE

- 👍 Bij een te lage calorie-inname heeft een eiwitverrijking geen nut.
- 👍 Natriumbeperring kan de voedselinname negatief beïnvloeden.

5.3 Ascites

Achtergrond

Ascites kan ontstaan door hypo-albuminemie (zie ook 5.2), peritoneale ziekte of door de tumor zelf of metastasen in de lymfevaten ter hoogte van het middenrif, die de vochtafvoer blokkeren.

Een verhoogde druk in de buikholte, kan leiden tot stoornissen in de maagdarmpunctie met anorexie, snelle verzadiging, benauwdheid en zuurbranden als klachten.

Adviezen

- 👉 vocht- en zoutbeperking hebben hier geen zin omdat de oorzaak heel anders is dan ascites bij niet-kankerpatiënten;
- 👉 calorierijke voeding (eventueel albumine intraveneus) zou ascites kunnen verminderen ;
- 👉 opteer voor energiedense voeding, gezien volumineuze maaltijden praktisch onmogelijk zijn.

CAVE

- 👉 Ascites kan ook het gevolg zijn van hypo-albuminemie, levercirrose en hartdecompensatie.

5.4 Urostoma

Achtergrond

Een urostoma is een stoma van de urinewegen. Patiënten met urostoma vertonen vaak de neiging om minder te gaan drinken, om de hoeveelheid

urineproductie te beperken. Hieraan dient de nodige aandacht te worden besteed, want dit verhoogt de kans op infecties.

Adviezen

- 👍 vochtinname minimaal 2l/d;
- 👍 geurhinder (asperges, eieren) en verkleuring (rode bieten) zijn niet schadelijk maar soms sociaal ongewenst;
- 👍 veenbessen (sap of tabletvorm) helpen tegen infecties. Veen- en bosbessen verhinderen dat de bacterie zich gaat hechten aan de cellen van de urinewegen en blaaswand, waardoor vermenigvuldiging verhinderd wordt. Bij aanhoudende klachten moet vanzelfsprekend een arts geraadpleegd worden.

5.5 Verhoogd infectierisico

Achtergrond

Een verhoogd infectierisico bij kanker ontstaat vaak als gevolg van neutropenie (een laag gehalte aan witte bloedcellen in het lichaam) bij ziekte. Behandelingen met radio- en chemotherapie vernietigen cellen die zich snel vermenigvuldigen, een typische eigenschap voor tumorcellen. Maar ook de witte bloedcellen, die eveneens snel vermenigvuldigen, worden hierdoor vaak aangetast. Dit effect gebeurt vaak met chemotherapie alleen, maar is het sterkst als radio- en chemotherapie in combinatie worden gegeven.

Witte bloedcellen vervullen een belangrijke rol in het beschermen tegen infecties. Een verlaagde concentratie leidt bijgevolg tot een verhoogd infectierisico.

Naast maatregelen rond persoonlijke hygiëne, het naleven van bepaalde leefregels en inspanningen rond het beperken van het risico op verwonding en infectie, kunnen ook voedingstips helpen om dit infectierisico te beperken. Volgende maatregelen houden het aantal ziektekiemen in de voeding zo laag mogelijk.

Adviezen

BELANGRIJK

De aanbevelingen rond voeding bij verhoogd infectierisico kunnen licht verschillen tussen de ziekenhuizen onderling. Maak de patiënt duidelijk dat het advies van de behandelende arts of diëtist(e) steeds prioritair is.

- 👉 koop steeds individueel verpakte voedingsmiddelen of voeding in kleine hoeveelheden, zoals individuele sausverpakkingen, kleine porties beleg, enzovoort ;
- 👉 check steeds de houdbaarheidsdatum van producten en kies voor de langste houdbaarheid ;
- 👉 check of de verpakking van voedingsmiddelen intact en ongeschonden is ;
- 👉 koop geen producten in blik die gezwollen staan of beschadigd zijn ;
- 👉 opteer bij voorkeur voor conserven die makkelijk te openen zijn (met ring) ;
- 👉 neem voorzorgsmaatregelen bij transport van diepgevroren en verse producten: transporteer ze in een koelzak of frigobox en sla ze zo snel mogelijk op volgens de correcte bewaringsrichtlijnen ;
- 👉 houd de transporttijd van aankopen steeds zo kort mogelijk (minder dan 2 uur) ;
- 👉 respecteer rigoureuus de bewaringsrichtlijnen vermeld op de verpakking van voedingsmiddelen ;
- 👉 vervang hand- en vaatdoeken dagelijks, en gebruik bij voorkeur zelfs keukenrol ;
- 👉 maak de koelkast één keer per week schoon ;
- 👉 was telkens de handen alvorens iets te bereiden en/of te eten;
- 👉 zorg ervoor dat keuken en keukenmateriaal steeds proper zijn ;
- 👉 verwijder ringen en juwelen vóór het koken ;

- 👉 wees vooral ook voorzichtig bij buitenshuis eten en ook daar bovenstaande regels zo goed mogelijk proberen te volgen ;
- 👉 inschakelen van calorie- en eiwitrijke voeding, in samenspraak met arts of een gespecialiseerd diëtist(e): ondervoeding zal de weerstand tegen infecties immers verminderen. Neem geen magere of lightproducten ;

ALGEMEEN ...

Alles wat bereid, warm geserveerd en meteen geconsumeerd wordt, stelt in principe geen problemen. Voorwaarde is wel dat het voedsel op hoge temperatuur en lang genoeg gekookt wordt. De microgolfoven kookt onvoldoende, maar kan wel gebruikt worden voor het opwarmen van conserven, bereide en diepgevroren gerechten.

<Bron: Instituut Bordet, Dieetafdeling>

- 👉 mijd volgende voedingsmiddelen, tot het verhoogde infectierisico opnieuw geweken is:

Vlees - gevogelte - vis - eieren

- rauw of onvoldoende gegaard vlees of gevogelte ;
- orgaanvlees, pensen en bedorven wild ;
- rauwe of onvoldoende gegaarde vis (ook sushi en sashimi) ;
- gerookte vis die koud wordt gegeten ;
- industriële of traiteursbereidingen zoals vis-, vlees- en kipsalade, américain natuur of bereid ('préparé') ;
- schaal- en schelpdieren, rauw of verwerkt in een bereiding ;
- tofu ;
- rauwe eieren en voedingsmiddelen waarin deze verwerkt zijn zoals artisanale of zelfgemaakte mayonaise, chocolademousse, tiramisu, enzovoort ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN industrieel bereide mayonaise in individuele portieverpakking, bereide vleeswaren als vacuümverpakte ham of kip in individuele portieverpakking en surimi.

Melkproducten - kazen - melkdesserten

- kazen op basis van rauwe melk (niet gepasteuriseerd of anders behandeld) ;
- kruidenkazen, kazen met eetbare korst, geitenkazen ;
- schimmelkazen en gefermenteerde kazen ;
- probiotica ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN gepasteuriseerde producten en smeltkazen.
- melk, melkproducten, yoghurts en slagroom op basis van rauwe melk ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN gepasteuriseerde en UHT-producten: melk, chocolademelk, karnemelk, thermisch behandelde yoghurt, room, rijstpap en smeltkazen.
- desserts en patisserie bereid met slagroom en patisserieroom (omdat de eieren die erin verwerkt worden onvoldoende gekookt zijn) ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN industrieel bereide melkdesserten.
- artisaan bereid ijs (ijssalon, ijskraam, ...) ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN individueel verpakte, industrieel bereid ijs en sorbet (zonder stukjes gedroogd fruit of zaden).

Graanproducten - koeken

- onbereide muëсли en granen ;
- zuurdesembrood ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN meergranenbroden en broden van industriële bakkerijen.

Groenten - fruit

- rauwe groenten en/of fruit ;
- fruit- en groentesappen die niet gepasteuriseerd zijn ;
- koude soepen, gemaakt van vers fruit en/of groenten ;
- diepgevroren en gedroogd fruit ;
- groenten en fruit die beschimmeld zijn, overrijp of beschadigd ;
- kiwi ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN fruitsoorten met dikke schil als sinaasappel, banaan, ananas, mango, meloen,... .

Vetstoffen

- boter ;
MAAR TOEGELATEN IS boter in individuele portieverpakking en UHT-bereiding of koelkastsmeebare boter. Verkies echter margarine UHT bereid.

Dranken

- drink niet van een fles of blikje. Gebruik een proper glas of rietje ;
- instant (in poedervorm) ijshee, -koffie of -punch ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN instant koffie en -punch in individuele portieverpakking.
- ongepasteuriseerd bier (huisgebrouwen en sommige bieren van kleinere brouwerijen) ;
- gedroogde soepen.

Varia

- pralines;
MAAR TOEGELATEN IS chocolade in individuele portieverpakking, type mignonette .
- chips ;
MAAR TOEGELATEN ZIJN gezouten chips.
- rauwe noten en noten geroosterd in de schelp ;
- ongekookte kruiden, specerijen en zwarte peper moeten toegevoegd worden bij het begin van de bereiding en dus mee verwarmd/gekookt worden ;
- ongepasteuriseerde honing ;
- brouwersgist ;
- ieder voedingsmiddel dat schimmels bevat, zoals schimmelkazen, ook verwerkt in sauzen ;
- alle traiteurbereidingen, junk food en snacks (pita, belegde broodjes,...) ;
- alle voedsel dat gemanipuleerd en/of bereid werd met ongewassen handen ;
- alle bereide voedingswaren die 2 uur of langer op kamertemperatuur staan ;
- alle voedsel dat langer dan 24 uur geleden bereid werd ;
- alle voedsel na vervaldatum .

De Stichting tegen Kanker dankt het Instituut Bordet (Brussel) en het CHC St. Joseph (Luik) voor het delen van hun kennis en hun hulp bij het samenstellen van deze tips.

6. PSYCHOSOCIAAL

Achtergrond

In deze paragraaf zullen de verschillende stadia van *onderzoek, diagnose en behandeling* aan bod komen. Ze worden afzonderlijk besproken omdat de *patiënt* in elk van deze stadia met specifieke problemen wordt geconfronteerd.

We besteden enerzijds aandacht aan palliatieve zorgverlening en anderzijds aan de beleving na het afronden van een geslaagde behandeling. Er worden enkele richtlijnen aangehaald die de *diëtist(e)* kan hanteren om zijn/haar patiënt zo goed mogelijk te begeleiden.

Adviezen

- **Het onderzoek**



Patiënt

Tijdens de onderzoeksfase zal de patiënt verschillende testen moeten ondergaan, waarbij meestal het woord 'kanker' nog niet gevallen is. Heel wat patiënten ervaren deze periode van wachten op de resultaten als erg stresserend.



Diëtist(e)

Begeleiding van een diëtist(e) kan hier soms reeds nodig zijn, wanneer bijvoorbeeld een nog niet gediagnosticeerde vernauwing van de slokdarm of een coloncarcinoom problemen geven met de voeding. In dit stadium zal, net doordat de diagnose nog niet gesteld is, de omgang met de patiënt nog geen 'probleem' vormen voor de hulpverleners. Patiënten kunnen in deze fase spanningsklachten melden.

- **De diagnose**



Patiënt

Te horen krijgen dat je kanker hebt, is voor de meeste mensen een schokkende mededeling, met een traumatisch karakter. Vele vragen kunnen de patiënt overvallen, niet in het minst betreffende de oorzaak van de ziekte: Is het omdat hij/zij te veel gerookt heeft, of te veel gepiekerd, of te veel met hormonen behandeld vlees heeft gegeten, of.... Uit psychosociaal onderzoek blijkt dat de confrontatie met een levensbedreigende ziekte aanleiding kan geven tot een aantal negatieve psychische reacties bij de patiënt, die hierna worden besproken. De aanpassing aan kanker zal voor ieder individu anders zijn. Factoren die maken dat de ene persoon op een andere manier zal reageren op het horen van de diagnose en zich op een andere manier zal aanpassen, zijn vooral de persoonlijkheid, levensgebeurtenissen en verwerkingen in de voorgeschiedenis van het individu, de leeftijd, het sociale netwerk en de ziektekenmerken.

- **Ontkenning**

Veel patiënten reageren, als ze geconfronteerd worden met kanker, aanvankelijk met 'Nee, dat kan niet waar zijn, ik niet.' Die eerste reactie van ongeloof en zelfs ontkenning is niet abnormaal, en is zelfs een nuttig overlevingsmechanisme. Het laat de patiënt toe heel bedreigende informatie geleidelijk aan te laten doordringen. Als ontkenning langere tijd aanhoudt, staat het de ziekteverwerking wel in de weg.

- **Woede**

Ook gevoelens van woede, ergernis, afgunst en wrok komen voor in een normaal proces van ziekteverwerking. Een veel voorkomende vraag waarmee de zieke worstelt is: 'Waarom ik?'.

- **Angst**
Mensen met kanker kunnen met uiteenlopende angsten kampen. De meest voorkomende angsten bij kanker zijn: de dood, aftakeling, verminking of beperkingen, angst hoe de omgeving erop gaat reageren,... Angst is in se een nuttige emotie: er wordt energie vrijgemaakt om te reageren op een bedreiging die men voelt. Als angstige gevoelens de overhand nemen en aanhoudend het normale dagelijks functioneren blokkeren, dan leidt dit echter tot problemen. Het lichaam verkeert dan permanent in een lichte graad van alarm, die uiteindelijk tot emotionele uitputting leidt.
- **Schaamte en eenzaamheid**
Het taboe rond kanker is het laatste decennia sterk verminderd. Toch kan er bij patiënten schaamte zijn over zijn ziekte of over bepaalde effecten van de ziekte of behandeling. Doordat de dagelijkse routine door elkaar wordt geschud en de ziekte heel wat beslag op de patiënt legt, kan een verhoogde eenzaamheid zich laten voelen. Zo kan de patiënt zich bijvoorbeeld bij sommige vormen van kanker, als sondevoeding of andere afwijkende voeding nodig is, eenzaam voelen door het wegvallen van de gezamenlijke maaltijd.
- **Verlies van controle**
Patiënten kunnen zich door hun ziekte meer in een afhankelijke positie gedwongen worden. Verschillende aspecten van hun leven kunnen tijdelijk minder goed te controleren zijn: hun emoties, hun lichaam, de toekomst, de financiën. Dit gebrek aan controle kan ook op voedingskwesties betrekking hebben, bv. geen controle hebben over je mond en keel, waardoor je kwijlt, of niet meer de controle hebben over je ontlasting is heel bedreigend.
- **Bedreiging van het gevoel van eigenwaarde ten opzichte van het eigen lichaam, de eigen prestaties, relaties**
Geslachtsgebonden vormen van kanker (gynaecologische tumoren, borstkanker, prostaatkanker) kunnen in hoge mate het gevoel van eigenwaarde bedreigen. Zo kan bijvoorbeeld een groot gewichtsverlies of juist een grote gewichtstoename, bijvoorbeeld door corticosteroiden, het gevoel van eigenwaarde met betrekking tot het eigen lichaam bedreigen. Dat kan de nadruk op de voedselinname ('ik moet aankomen' of 'ik moet afvallen') extra onder druk zetten.



Diëtist(e)

Mensen krijgen bij het horen van de diagnose van kanker een zware brok informatie te verwerken. Als u als diëtist(e) mensen in die eerste periode na de diagnose moet bijstaan met voedingsadvies wees dan extra alert dat de informatie goed begrepen wordt, omdat risico is dat mensen vlak na de diagnose zich afsluiten voor nieuwe informatie. Als u merkt dat de patiënt moeite heeft om de informatie op te nemen, probeer dan in te schatten of een herhaling volstaat of overweeg een nieuwe of bijkomende afspraak te maken voor een later (en rustiger) moment.

- **De behandeling**



Patiënt

Voor patiënten bij wie een uitgebreide pathologie aan het licht komt, verandert het leven ingrijpend. Om het even welke kankerbehandeling betekent voor veel mensen een emotionele belasting. Er kunnen plotseling, op elk ogenblik van de behandeling veranderingen in humeur of stemming optreden. Het is heel normaal dat een patiënt neerslachtig is, angst heeft en zich gespannen voelt. Soms kan men zonder enige aanleiding plotse huilbuien krijgen, maar het kan ook dat bepaalde situaties de patiënt koud laten.

Deze veranderingen in stemming of humeur verschillen van persoon tot persoon. Ze kunnen blijven duren tijdens de hele behandeling. Ook na de behandeling kan men zich nog erg neerslachtig voelen. Vanzelfsprekend vergt het een nagenoeg onmenselijke inspanning het slechte nieuws te *verwerken*. Daarnaast heeft zo een situatie verstrekkende praktische consequenties; maar al te vaak wordt de eerste fase gekenmerkt door *een druk programma*. Zo zijn er patiënten die dagelijks radiotherapie behoeven wat aanzienlijk veel reis- en wachttijd vereist, hetgeen onder de gegeven omstandigheden uitermate belastend kan zijn. Ook de controle-afspraken op één of meer polyklinieken zijn vaak inspannend.

Een andere factor die voor extra belasting kan zorgen in de loop van de behandeling, is *het ontwijkingsgedrag* in de omgeving van de patiënt.

Mensen met kanker snakken naar andere mensen die warmte geven, zodat ze er niet alleen voor staan. Jammer genoeg blijken velen daartoe niet in staat te zijn. Ze mijden mensen met kanker. Ze voelen zich onwennig in hun nabijheid. Zelfs artsen en verpleegkundigen ontwijken hen soms.

Partner, kinderen, familieleden en vrienden zijn vaak bang te praten over de ziekte, omdat ze daardoor de ander overstuur zouden maken. Dikwijls zijn dat uitvluchten, smoezen, om toch maar niet met kanker te worden geconfronteerd. Na de eerste stortvloed van brieven, bezoeken en andere attenties, wordt het langzamerhand windstil. Wie kanker heeft kan zo in een afzonderingspositie terecht komen.

Diëtist(e)

Om situaties als hierboven te vermijden, is het belangrijk dat alle partijen vanaf het begin met elkaar *praten* over kanker en alles wat daarmee verband houdt. Bij dit praten verdient het de voorkeur te *benadrukken, gevoelens te weerspiegelen en ik-boodschappen te geven*. Zij bevorderen de dialoog, omdat de ander zich erdoor begrepen voelt en dus meer bereid zal zijn de communicatie verder te zetten. Deze drie elementen worden hieronder toegelicht.

- Benadrukken

Benadrukken van wat de gesprekspartner net in het midden bracht, doet u door “hm, hm...” te zeggen, of “ja..?”, “Oh...?”, of door kort een woord uit de zin te herhalen (“pijn...?”, “doodgaan...?”), of door wat dichterbij te komen en de ander met vragende ogen aan te kijken, of door iets te zeggen zoals “Ik vermoedde dat u daarmee bezig was...”.

U maakt de ander daardoor duidelijk dat u belangrijk vindt wat hij/zij net vertelde en dat u bereid bent erop door te gaan, als hij/zij dat tenminste wenst. U verplicht er hem/haar niet toe en u wekt minder weerstand dan wanneer u bijvoorbeeld zou vragen:

“Waarom denkt u nu aan doodgaan?” of “Hoe komt u er nou bij om over sterven te zitten piekeren?”

- Gevoelens weerspiegelen

Als iemand u iets wil meedelen, dan kan u dat alleen maar delen wanneer u ook iets weet van zijn binnenkant. Dit doet u niet alleen door te luisteren naar wat hij/zij letterlijk zegt, maar ook door te proberen te luisteren tussen de regels en dan te proberen zijn/haar gevoelens te weerspiegelen. Dit inleven is duidelijk meer dan de objectieve betekenis van de boodschap van de ander proberen te begrijpen. Het is vooral het zoeken naar de betekenis die de ander er vanuit zijn binnenkant aan geeft. Indien u de gevoelens van de ander weerspiegelt, dan krijgt die het gevoel dat er echt naar hem/haar wordt geluisterd en dat hij/zij begrepen wordt, dat de betekenis van wat hij/zij wil meedelen ook werkelijk is ‘gedeeld’. U moet opletten voor “dat ken ik” en “het is allemaal zo erg niet”. Beide worden vaak gebruikt als dooddoeners, een manier om zich ervan af te maken. Bij de ander komt dat over als een afwijzing.

- Ik-boodschap
Al te vaak wordt in een dialoog gebruik gemaakt van jij-boodschappen. Jij-boodschappen leggen het probleem bij de ander. De ander is lastig, vervelend, onvriendelijk, onhebbelijk,...Die andere voelt zich daardoor aangevallen en zal vaak terugvechten. Hij/zij zal jou aanvallen. Beginnen ruziën kan dan het gevolg zijn. Voorbeelden van jij-boodschappen zijn: “Jij moet vandaag eens...”, “Hoe komt het dat jij...”,....Om ruzie te vermijden, om een opbouwende dialoog mogelijk te maken, kan u beter een ik-boodschap geven wanneer het gedrag van de ander u stoort. U geeft dan aan dat u zelf een probleem hebt, dat u zich onprettig voelt, en de ander zal dan worden uitgenodigd een oplossing te zoeken voor uw probleem.

Een ik-boodschap bestaat uit drie delen:

- Ze beschrijft het gedrag van de ander, zonder er evenwel een oordeel over te geven.
vb. “Als jij je stem verheft”
 - Ze beschrijft welke invloed dat gedrag heeft op het uw.
vb. “dan kan ik geen woord meer uitbrengen”
 - Ze beschrijft wat uw gevoel is.
vb. “want dan voel ik me gekwetst.”
- Kennis van het hulpverleningsaanbod
In de oncologische zorg is het steeds meer een standaard om een multi-disciplinaire aanpak te kiezen voor een probleem. Bij voedingsproblemen waar een psycho-sociale oorzaak aan de basis ligt, kan het aangewezen zijn de tussenkomst van een psycholoog te adviseren aan de patiënt. Die kan dan ondersteunend werk leveren. Ook regelmatig *lotgenotencontact* kan een hulp zijn bij verwerkingsproblemen. Als diëtist(e) is het dus belangrijk om zicht te hebben op de hulpverleningmogelijkheden die er zijn.

- **Leven na kanker**



Patiënt

De zieke heeft tijd nodig om zich aan een nieuwe realiteit aan te passen die zich na de diagnose heeft aangediend. De zieke leert maar met de tijd om te gaan met de gevolgen van zijn ziekte. De emoties rond het ziek zijn worden naarmate de tijd vordert gematigder. Veel patiënten geven aan dat na een confrontatie met kanker, de dreiging voelbaar blijft, zelfs al is de behandeling afgelopen en de prognose goed. Ook vermoeidheid kan een hele tijd na de behandeling parten blijven spelen.



Diëtist(e)

Patiënten klagen regelmatig dat hun omgeving na afronding van de behandeling verwacht dat het hoofdstuk kanker snel wordt afgesloten, terwijl de zieke voelt dat hij daar meer tijd voor nodig heeft. Als hulpverlener moeten we alert zijn om niet in diezelfde valkuil trappen: we moeten de zieke stimuleren zijn ‘normale’ leven weer op te nemen, maar tegelijk aandacht blijven hebben voor resterende bezorgdheden of klachten.

- **Palliatieve zorg**



Patiënt

Wanneer genezen niet meer kan, spreken we over palliatieve hulpverlening. De nadruk komt dan te liggen op comfortzorg. Een naderend sterven draagt een zware geladenheid, voor de patiënt, maar ook voor de familie en de betrokken hulpverleners. Wij zien vaak dat het belang van non-verbale communicatie in deze fase toeneemt: er wordt heel wat betrokkenheid of bezorgdheid duidelijk gemaakt zonder woorden.



Diëtist(e)

Palliatieve hulpverlening is vaak een moeilijk domein door de geladenheid rondom sterven, ook voor de diëtist(e).

Het is vaak raadzaam om luisteren als hoogste prioriteit te stellen in die fase, het af te remmen om onmiddellijk met voedingsrichtlijnen te willen aandraven of naar afwijkend eetgedrag te peilen. Luisteren naar de patiënt en op zijn ritme ingaan op de vragen en klachten die hij heeft, is de belangrijkste taak van de diëtist(e) in die fase.

Omgaan met reacties

Het is ondermeer aan de diëtist(e) om de belevingen, die hierboven werden vernoemd, in goede banen te leiden en de draaglast van de patiënt te verminderen. Er volgen enkele richtlijnen om op een juiste manier met de reacties om te gaan.

- **Ontkenning**
We moeten het verlangen om niet te weten, de realiteit te ontkennen, respecteren bij een kankerpatiënt en proberen mee te gaan met het ritme van de progressieve aanvaarding van zijn ziekte.
- **Woede**
De boodschap hier is naar de patiënt te luisteren en soms zelf irrationele woede te verdragen, in de wetenschap dat een uitbarsting hem/haar kan opluchten en kan helpen de last te dragen. Dit is alleen maar mogelijk als we zelf onze eigen angst voor de dood eerlijk onder ogen gezien hebben en wanneer we onze afweermechanismen doorschouwd hebben, die wellicht in onze bekommernis om de patiënt meespelen.
- **Onzekerheid**
Onzekerheid kan door goede *informatie* worden weggenomen. Strategieën van de patiënt zelf, die gericht zijn op informatie zoals: het zoeken naar verklaringen, informatie, alles op een rij zetten, actief bezig zijn, worden *gerespecteerd*. Vragen moeten worden beantwoord. Daarnaast moet de diëtist(e) ook zelf *initiatieven ontplooien* om aan de informatiebehoefte te voldoen. Besteed ruim aandacht aan vragen van zowel patiënt als van familie en verzorgenden omtrent de te nemen voeding tijdens de behandeling en de weerslag ervan op de evolutie van de ziekte. Vooral de naasten van de patiënt kunnen (over)bezorgd zijn omtrent zijn eetpatroon en gewichtsevolutie. Moedig de patiënt aan vragen te stellen omtrent zijn voeding nu en wat hij kan verwachten in de toekomst. Vaak wordt vanuit de omgeving van de patiënt te veel, goedbedoelde maar soms tegenstrijdige informatie aangereikt. Moedig daarom patiënt aan deze informatie aan een diëtist(e) voor te leggen, om discussies, verwardheid, overbezorgdheid weg te nemen.
- **Negatieve gevoelens zoals angst, neerslachtigheid, ...**
Deze kunnen niet enkel door informatie worden weggenomen. Ze kunnen wel beter hanteerbaar worden gemaakt als ze worden herkend en *besproken*. Het kan helpen als u opmerkt en hardop zegt dat een patiënt gespannen, angstig of somber is, dat dat begrijpelijk is en ook mag. Doorgaans is een patiënt ook pas toegankelijk als zijn emoties zijn opgemerkt en aan de orde zijn geweest.

- Verlies van controle en bedreiging van het gevoel van eigenwaarde
Het is belangrijk om als hulpverlener de patiënt zoveel mogelijk zelfstandigheid en autonomie te laten, omdat het een belangrijk onderdeel is van iemands eigenwaarde. Betrek de patiënt ook in beslissingen over voedingsrichtlijnen: zoek samen naar wat haalbaar is in de gegeven situatie. Bij grote gewichtsafname door malaiseklachten of gewichtstoename moet de patiënt ook of juist van de diëtist(e) als deskundige het gevoel krijgen *geaccepteerd* te worden zoals hij/zij op dat moment is.
Zowel informatiegerichte als emotionele strategieën kunnen effectief zijn.
Soms moet in de voedingszorg de nadruk op informatieverstrekking liggen, soms meer op het ruimte geven aan emoties.
- Aanvaarding
Het kan de patiënt goed doen gewoon bij hem/haar te zitten, de hand te nemen. Belangrijk is hem/haar het gevoel te geven niet alleen te zijn, het zal een geruststelling zijn te weten dat iemand tot het einde bij hem/haar zal blijven.

Copingstrategieën

Coping wordt gedefinieerd als de manier waarop iemand omgaat met stress. Met andere woorden, wat doen of laten kankerpatiënten om met de verschrikkelijke realiteit van de ziekte om te gaan? Hieronder worden een aantal copingstrategieën (hanteringsmechanismen) opgesomd die patiënten met kanker gebruiken. De lijst is afkomstig van dr. A. Clarysse en heeft betrekking op borstkankerpatiënten, maar de beschreven verwerkingsstrategieën zijn toepasselijk voor alle kankerpatiënten.

1. Het inwinnen van informatie over de ziekte en haar behandeling. Informatie is het beste wapen tegen angst en geeft de indruk de situatie onder controle te hebben. De patiënt stelt veel vragen aan het medisch team, koopt boeken, raadpleegt vrienden of zoekt contact met personen die hetzelfde hebben meegemaakt. Hij wil een actieve participant zijn gedurende het ziekteproces. De groep van mensen die op deze manier met hun ziekte omgaan noemt men *'monitors'*.
2. Anderen stellen hun vertrouwen in de geneeskunde en hun behandelende arts, van wie ze de competentie niet in twijfel trekken. Ze nemen een passieve rol aan en gaan ervan uit dat er voor hen gezorgd zal worden. Teveel gedetailleerde informatie maakt de mensen angstig en paniekerig. Deze groep van mensen noemt men *'blunters'*.
3. Met ontkenning zal de patiënt een dreigende en emotioneel geladen werkelijkheid negeren. Hiermee kan hij/zij tijd winnen om de emotionele kracht te verzamelen om de realiteit onder ogen te zien en ze geleidelijk te laten doordringen, zodat hij/zij er niet door verpletterd wordt. In die mate is ontkenning nuttig en normaal, een fase waar men doorgaat. Langdurige en hardnekkige ontkenning kan gevaarlijk zijn als ze voor gevolg heeft dat de zieke een medisch advies of een therapie afwijst.
4. Steun zoeken is voor vele kankerpatiënten onontbeerlijk in hun verwerkingsproces. Vooral belangrijk zijn partner, familieleden en vrienden. De partner wordt, liefst van meet af aan bij de beslissingen betrokken, want hij/zij heeft in de eerste plaats de verantwoordelijkheid om de patiënt moreel bij te staan. Sommigen vinden een grote steun in het contact met lotgenoten in een zelfhulpgroep.
5. Een betekenis zoeken in de ziekte en het beste maken van het leven is eveneens een verwerkingsstrategie. Men kan bijvoorbeeld kiezen om bewust bezig te zijn met andere dingen, soms gewoon dingen die men al lang graag zou doen of zich inzetten voor een zelfhulpgroep, anderen helpen.
6. Patiënten kunnen ook hun toevlucht nemen tot verwerkingsmechanismen die in vroegere crisistoestanden met succes gebruikt werden. Mensen die vroegere stresssituaties in hun leven verwerkt hebben, eerder dan het probleem te ontwijken, zullen beter een kankerproces verwerken.

7. Het stoïcijns aanvaarden van de ziekte is ook een mogelijkheid. De patiënt verdraagt zijn/haar leed zonder te klagen. Dikwijls omdat hij/zij meent dat dat van hem/haar verwacht wordt. De patiënt onderdrukt zijn/haar emoties. Dit is geen gezonde wijze van verwerken omdat het bereiken van een psychisch evenwicht uitgesteld wordt.
Het verwijten van zichzelf - soms gepaard gaande met intense schuldgevoelens- of van anderen voor de ziekte is een strategie die eveneens de aanpassing bemoeilijkt.

Besluit

Wanneer een voedingsklacht een psycho-sociale oorzaak lijkt te hebben, is het extra belangrijk om vanuit de ziektebeleving van de patiënt te vertrekken bij exploratie van de klachten en mogelijke oplossingen.

TOT SLOT...Stof tot nadenken

Het voedingsbeleid van de oncologische patiënt staat vooral in het teken van ondersteuning en klachtenbestrijding. Gezonde voeding is dan niet steeds aan de orde.

In het multimediatijdperk waarin we leven en waarin bovendien het gezondheidsbewustzijn bij - vooral de 40-plusser - toeneemt, bestaat de taak van de diëtist(e) of voedingsdeskundige erin, de juiste informatie te verstrekken aan de consument én patiënt. Anderzijds moet de diëtist(e) of voedingsdeskundige zich ook openstellen voor alternatieve voedingspatronen. De oncologische patiënt heeft niets aan een “belerende” aanpak.

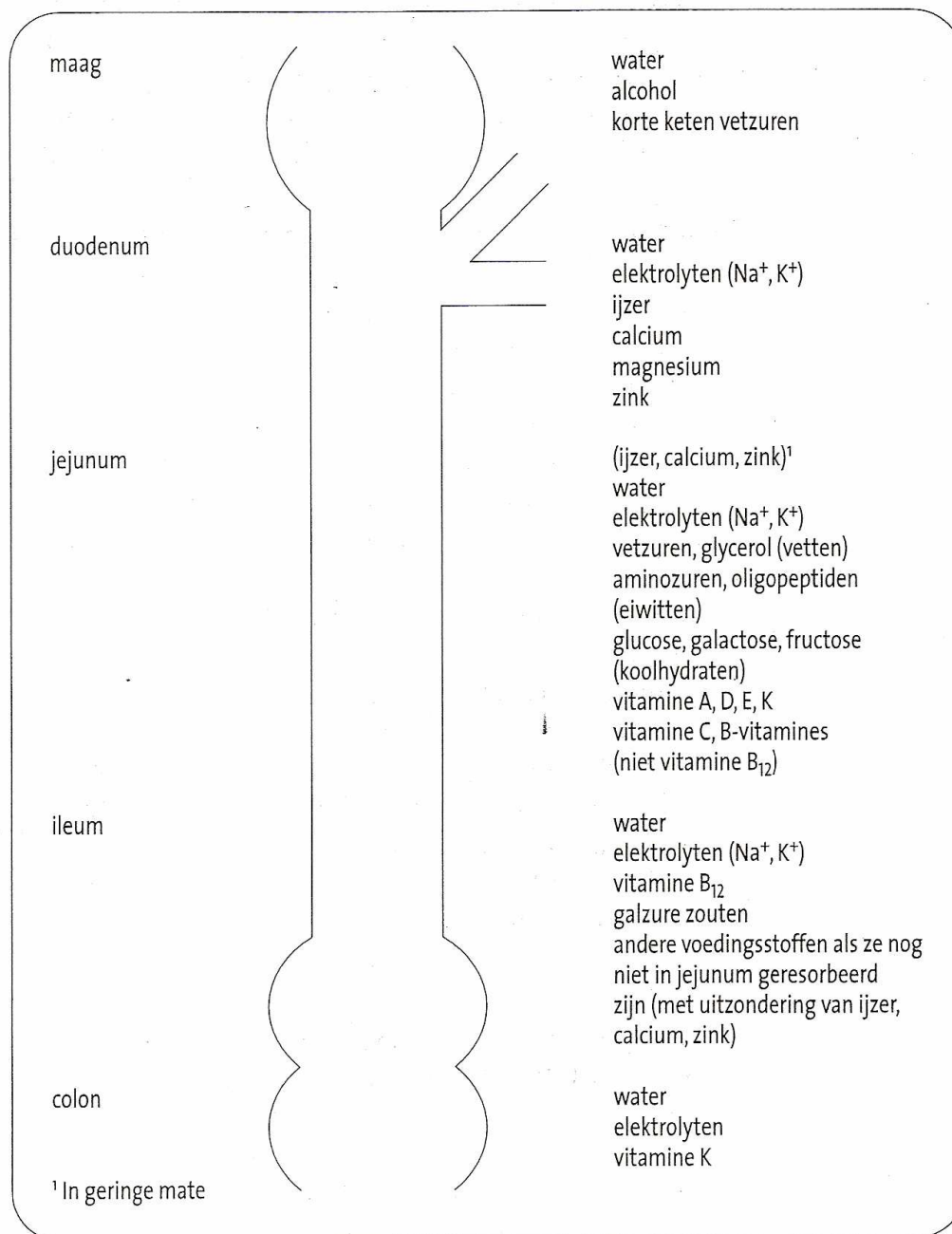
Een brede kennis en duidelijke informatieverstrekking, op maat van de patiënt, zal het vertrouwen van de patiënt wekken. En niet onbelangrijk: de angst voor voedingsklachten zal afnemen.

Voorzie tot slot steeds voldoende tijd om uw informatie over te brengen, en geef ook praktische recepten en kooktips mee.

Voor bijkomende achtergrondinformatie, praktische tools, informatie rond bijscholing, congressen enzovoort, in oncodiëtetiek, verwijzen we naar de webstek van de Stichting tegen Kanker, www.kanker.be > Kankers > Beter leven met kanker > Genieten van eten en drinken

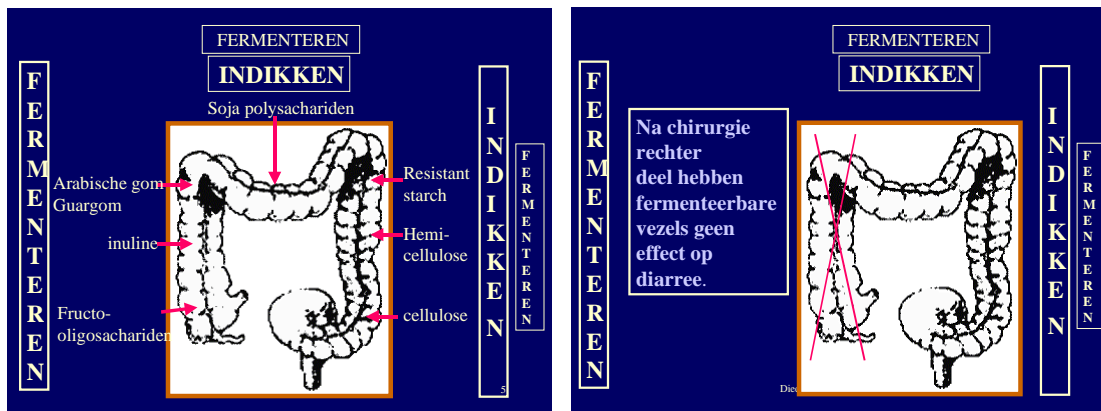
BIJLAGEN

1. Normale functie van dunne darm en colon



BRON: N.E. Stegeman, *Resorptie van voedingsstoffen en gal*, 1997.

2. Overzicht van de colonfunctie



3. Ileo- en colostoma

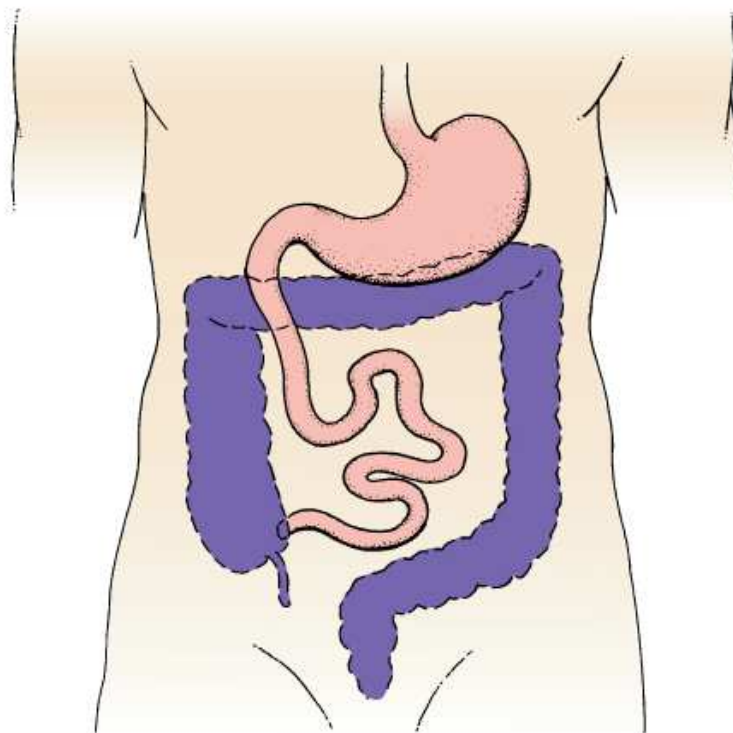


Figure 48-1 An ileostomy.

Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resource CD-ROM to Accompany Timby/Smith's Essentials of Nursing: Care of Adults and Children.

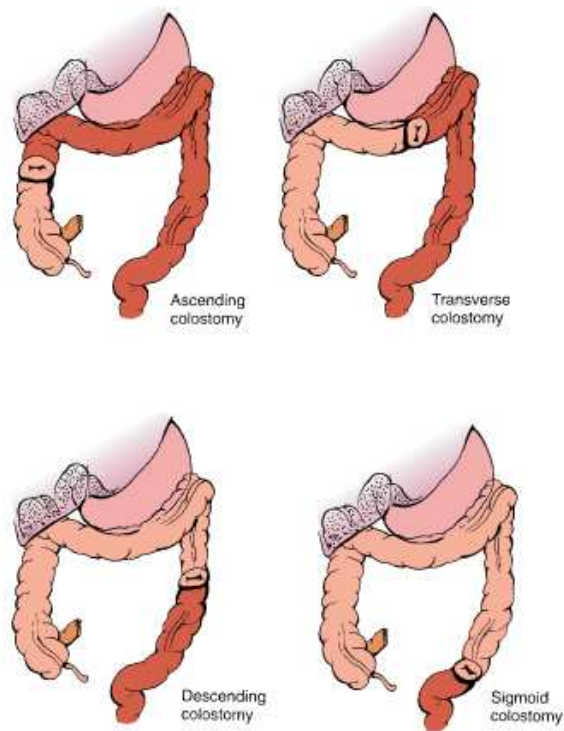
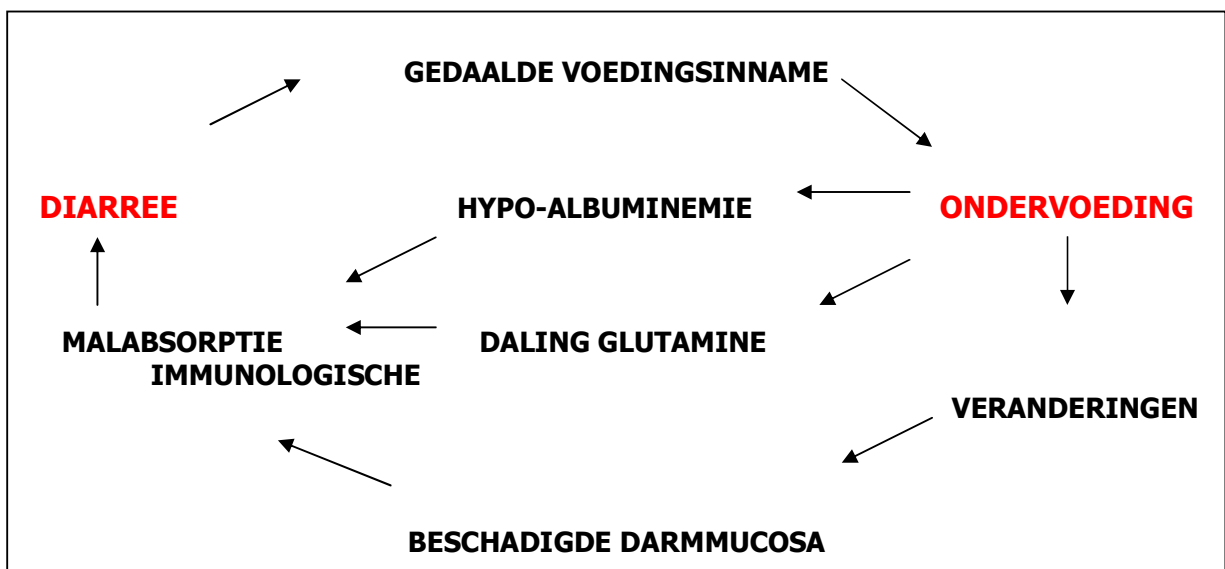


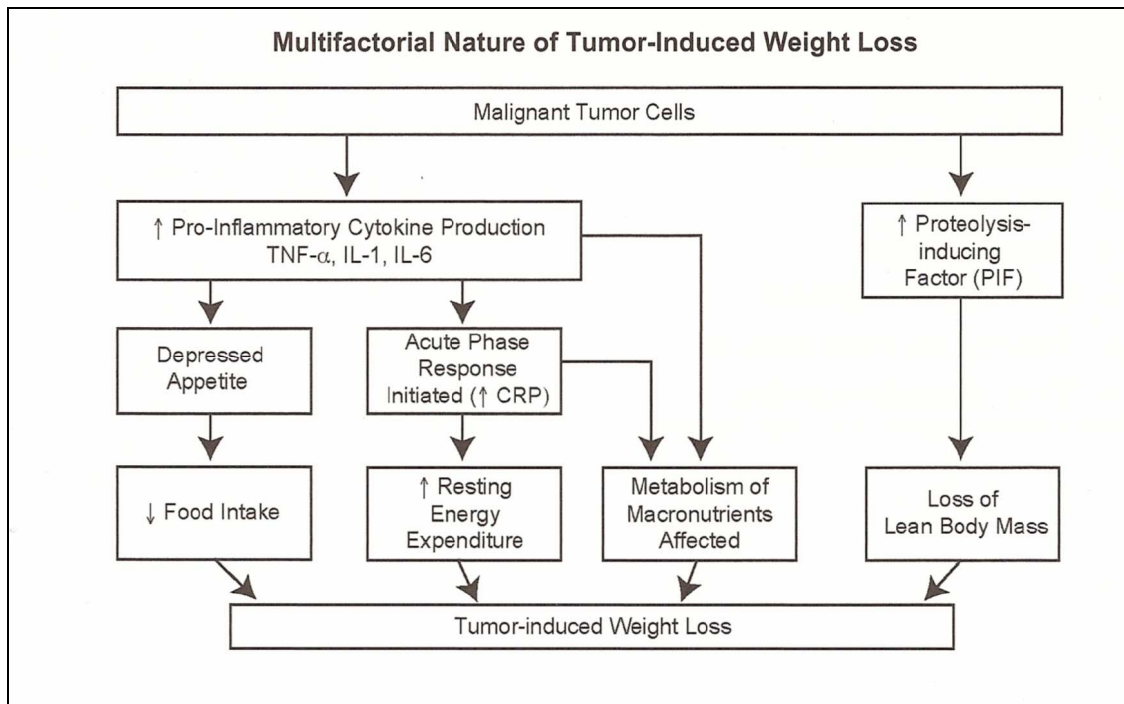
Figure 48-5 Various colostomies.

Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resource CD-ROM to Accompany Timby/Smith's Essentials of Nursing: Care of Adults and Children.

4. Diarree en ondervoeding



5. Tumorgeïnduceerd gewichtsverlies



Nutritional Alterations in Cachexia and Starvation		
Variable	Cachexia	Starvation
Body weight	normal/↓	↓
Body cell mass	↓↓↓	↓
Body fat	↓↓	↓↓↓
Energy intake	↓↓↓	↓↓↓
Total energy expenditure	↓	↓↓
Resting energy expenditure	↑↑	↓↓↓
Protein synthesis	↑/↓	↓↓↓
Protein degradation	↑↑↑	↓↓↓
Serum insulin	↑↑↑	↓↓↓
Serum cortisol	↑↑	-

↑-increase; ↓-decrease; - no change

Adapted from Kotler, 2000

BRON: Abbott Laboratories, *Prosure Product Monograph*, juni 2002.

REFERENTIES

1. Arens U. et al., *Voeding die baadt, voeding die schaadt*, Reader's Digest, Brussel, 1997.
2. Baird S.B. et al., *Cancer Nursing, A comprehensive textbook*, W.B. Saunders Company, 1991.
3. Beijer S. et al., *Voedingsgids voor mensen met kanker*, De Toorts Haarlem, 1994.
4. Centrum Huisartsengeneeskunde, *Interuniversitaire cursus Palliatieve Zorg*, UIA, Antwerpen, 1996.
5. Daenens P. et al., *Bijzondere voeding*, Garant Leuven/Apeldoorn, 1999.
6. De Fever F., *Omgaan met kanker basisboek*, Garant, Leuven/Apeldoorn, 1996.
7. DeVita V.T. et al., *Cancer. Principles & Practice of Oncology*, Philadelphia, Lippencott Company, 3rd Ed.
8. Doornink N. et al., *Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker*, De Toorts, Haarlem, 1999.
9. Douwes A.C., *Voeding en gezondheid, deel 25: Ondervoeding in het ziekenhuis*, Stasse, Wolhuis, 1993.
10. Elsevier gezondheidszorg, *Dieetbehandelingsrichtlijnen*, Elsevier, Maarssen.
11. Fondation Québécoise du Cancer, *Eating well for a healthier life*, Quebec, 1996.
12. Groenwald S.L et al., *Cancer Nursing. Principles and Practice*, Boston - London, Jones and Bartlett Publishers, 3rd Ed.
13. *Informatorium voor voeding en diëtetiek*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem, X.
14. Integraal Kankercentrum Amsterdam, *Als eten niet meer vanzelfsprekend is*, Amsterdam, 1999.
15. Ligue suisse contre le cancer, *Quand manger devient difficile*, Bern, 1999.
16. Monda Heshusius, *Leven met kanker. Een wegwijzer voor patiënten en hun naasten*, Tirion, Baarn, 1995.
17. Nederlandse Kankerbestrijding, *Goede voeding bij kanker*, Amsterdam, 1998.
18. Nutricia, *Vademecum deel 1: Voeding en Gezondheid*, Elsevier/De tijdstroom, X.
19. Nutricia, *Vademecum deel 2: Voeding en Ziekte*, Elsevier/De tijdstroom, X.
20. Otto S.E., *Oncology Nursing*, Mosby, 2nd Ed.
21. Otto S.E., *Oncology Nursing*, Mosby-Year Book, Inc., 1991.
22. *Palliatieve hulpverlening, zakboekje voor professionelen*, Pelckmans, 1997.

23. Société Canadienne du Cancer, *Guide alimentaire pour les femmes atteintes d'un cancer du sein*, Toronto, 1999.
24. Société Canadienne du Cancer, *Guide alimentaire pour les personnes vivant avec un cancer*, Toronto, 1999.
25. Stasse-Wolthuis M. et al., *Kanker en voeding*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem, 1993.
26. Stegeman N.E., *Voeding bij gezondheid en ziekten*, Wolters Noordhof, Groningen, 1997.
27. Toth-van den Berg J. et al. , *De kankerpatiënt*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/zaventem, 2001.
28. Trefpunt zelfhulp, *Zelfhulpgids 1998/1999*, Lannoo nv., Tielt, 1998.
29. *Voeding en gezondheid, deel 26: Kanker en voeding*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
30. *Voeding en gezondheid, deel 30: Voeding in de thuiszorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
31. *Voeding in de praktijk*, Bohn, Scheltema & Holkema.
32. Weytens Sus, *Goed verzorgd, beter gevoel*, Belgische Federatie tegen Kanker, 2001.