



Stichting
tegen Kanker

Met wie kan ik erover praten?

- Zoekt u hulp of andere informatie?
- Behoeft u uw hart eens te luchten?
- Zoekt u informatie over een type kanker of de behandelingsmogelijkheden?
- Wilt u weten hoe u op een dienst van Stichting tegen Kanker een beroep kunt doen?

Bel dan gratis en anoniem naar Kankerinfo (van maandag tot vrijdag, van 9u tot 18u).

Professionele hulpverleners (artsen, psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk assistenten) nemen er de tijd voor iedereen die met kanker geconfronteerd wordt.

Kankerinfo

Stichting tegen Kanker

☎ 0800 15 802
🌐 www.kanker.be/info



Stichting
tegen Kanker

Leuvensesteenweg 479 • 1030 Brussel
T. 02 733 68 68 • info@kanker.be • www.kanker.be
Steun ons: IBAN: BE45 0000 0000 8989 • BIC: BPOTBEB1



Volg ons op
www.facebook.com/stichtingtegenkanker

Eierstokkankers



Inhoud

Frequentie	3
Verskillende soorten eierstokkankers	4
Oorzaken en risicofactoren	6
Symptomen.....	7
Diagnose-onderzoeken en uitbreidingsbalans.....	8
Behandelingen	11
Na de behandeling.....	18
Opvolging na het einde van de behandelingen.....	20
Genezing of remissie?.....	21
Nog enkele tips.....	22
Stichting tegen Kanker: één missie, vier doelstellingen	27

Opgelet

De informatie beschikbaar in deze folder of op internet vervangt nooit een medisch advies!
Spreek erover met uw arts.

Eierstokkanker is een massa van abnormale cellen die zich op een ongecontroleerde manier vermenigvuldigen in en op het oppervlak van de eierstok. Omdat de eierstok geen kapsel bevat, ontsnappen de kankercellen snel en verspreiden ze zich in het buikvlies (de 'zak' met alle buikorganen) en/of via de lymfe. Deze cellen zullen gaan groeien in andere organen (lymfeklieren, longen, enz.) om er secundaire tumoren te vormen die uitzaaiingen worden genoemd.

Deze uitzaaiingen bestaan uit kankercellen afkomstig uit de eierstokken, en moeten bijgevolg behandeld worden als eierstokkanker.

Frequentie

In België werden in 2015 ongeveer **800 nieuwe gevallen** van eierstokkanker geregistreerd (cijfers van het Kankerregister). Ze doen zich voornamelijk voor **na de leeftijd van 55 jaar (gemiddelde leeftijd 65 jaar)**, maar ook jongere vrouwen kunnen worden getroffen.

Een specifiek type eierstokkanker, kiemceltumoren (zie verder), komt meestal bij jongere vrouwen voor.

Verschillende soorten eierstokkankers

Verschillende types (kwaadaardige) eierstokkankers onderscheiden zich door het type weefsel vanwaaruit ze zich ontwikkelen.

In het algemeen worden drie types onderscheiden:

- **epitheliale eierstoktumoren** komen het meest voor (80 tot 90% van de eierstokkankers). Ze ontstaan uit de buitenste laag cellen van de eierstok (het epitheel). Er bestaan verschillende subcategorieën, waarvan de meest voorkomende het seropapillair carcinoom is;
- de **stromaceltumoren** die ontstaan uit het weefsel dat follikels vormt;
- de **kiemceltumoren**, die ontstaan uit de kiemcellen in de eierstokken.

Het onderscheid tussen deze verschillende soorten kanker is belangrijk omdat de behandeling van elke soort anders is. Deze brochure gaat uitsluitend over de **epitheliale tumoren**, die veruit het meest voorkomen.

Epitheliale borderlinetumoren

Van alle epitheliale tumoren is ongeveer 10 tot 15% een 'borderlinetumor'. Dat betekent dat de tumor een **grensgeval is tussen een goedaardige en een kwaadaardige eierstoktumor**. De cellen van deze tumoren zijn niet in staat om andere weefsels binnen te dringen.

Het gaat niet om precancereuze letsels die zich vervolgens tot kanker omvormen, maar wel degelijk om een ander soort ziekte.

Ze treffen eveneens jongere patiënten, waarmee altijd over het behoud van de vruchtbaarheid moet worden gesproken.

Aan patiënten met dit soort tumor wordt een andere behandeling voorgesteld dan aan vrouwen met een kwaadaardige tumor. Meestal volstaat een operatie, met goede kansen op genezing (meer dan 90% in vroege stadia).

Groeiwijze

Eierstokkanker kan **één of beide eierstokken treffen**. In een vroeg stadium blijft de ziekte beperkt tot de eierstokken. Als de tumor zich verspreidt, verschijnen kankerletsels op het **buikvlies** (het membraan rond de buikholte en de zich daarin bevindende organen). Er kunnen ook letsels verschijnen in de **lymfeklieren** wanneer de tumorcellen zich via de lymfe verspreiden. Vooral de lymfeklieren in het bekken en de buikholte worden eerst getroffen. Daarna volgen de longen, de lever en andere organen. In tegenstelling tot andere soorten kanker komen uitzaaiingen via het bloed zelden voor bij eierstokkankers.

Ascites

De aanwezigheid van eierstokkanker in een gevorderd stadium (bij buikvliesletsels) kan leiden tot een **opeenhoping van vocht** (ascites) in de buikholte. Ascites kan leiden tot een opgezette buik, die zwaar aanvoelt. De hoeveelheid vocht in de buikholte kan variëren van enkele centiliters tot meerdere liters. Het vocht wegzuigen kan het ongemak tijdelijk verminderen.

Oorzaken en risicofactoren

Voor veel eierstokkankers is de oorzaak niet gekend. Uit de statistieken blijkt dat ze **vaker voorkomen bij vrouwen zonder kinderen**, terwijl vrouwen met meerdere kinderen beschermd lijken. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van de pil de kans op eierstokkanker doet afnemen.

Erfelijke tumoren

Heel specifieke erfelijke afwijkingen vormen de oorzaak voor **5 tot 10% van de vrouwen waarbij eierstokkanker in de familie voorkomt**. Eierstokkanker komt vaak samen met andere soorten kanker in de familie voor, zoals borstkanker (in het geval van mutaties van het type BRCA1 of BRCA2) of darm- en baarmoederkanker (in het geval van het syndroom van Lynch) en vaak bij patiënten die jonger dan gemiddeld zijn. Het risico op het overerven van de gevoeligheid voor het ontstaan van kanker bedraagt 50%. Anders gezegd, elk kind van iemand met de mutatie heeft één kans op twee om ervan gespaard te blijven.

Genetische opsporing

Bij eierstokkanker is een genetische analyse nuttig om na te gaan of er sprake is van een erfelijke afwijking. Dit onderzoek vindt plaats in een genetisch centrum met behulp van een bloedafname. Het is soms meerdere maanden wachten op het resultaat.

Er wordt een genetische raadpleging voorgesteld aan families waarbij borst- en/of eierstokkanker in meerdere generaties bij jonge patiënten voorkomt. Als er erfelijke afwijkingen (mutaties) blijken te zijn, wordt aan de vrouw voorgesteld om haar eierstokken preventief weg te nemen. De keuze van de leeftijd waarop deze interventie plaatsvindt, hangt af van het type mutatie, de familiegeschiedenis, de kinderwens en de wens van de patiënt.

De genetische opsporing is bij eierstokkanker belangrijk omdat er op dit ogenblik specifieke behandelingen bestaan voor patiënten die drager zijn van deze mutaties.

Eierstokkanker is evenals alle andere soorten kanker **niet besmettelijk**. Er bestaat dus **geen** risico dat de partner, door geslachtsgemeenschap bijvoorbeeld, kanker krijgt.

Symptomen

Eierstokkanker wordt vaak in een laat stadium ontdekt. Eierstokken zijn immers relatief ongevoelige organen en omdat ze in de buikholte geen 'buren' hebben, moet een tumor al een bepaalde omvang hebben alvorens hij leidt tot pijn of een samendrukking van de naburige organen. Eierstokken hebben geen omhulsel zodat de ziekte zich snel in de buikholte kan verspreiden, zelfs als de tumor aanvankelijk klein is.

Wanneer de tumor zich uitbreidt, kunnen de volgende symptomen zich voordoen:

- vage buikpijn;
- een opgeblazen gevoel, druk in de onderbuik;
- misselijkheid;
- verstopping;
- vaker dan normaal plassen;
- dikker worden van de buik (vaak opgemerkt omdat de kleren niet goed meer passen);
- vermoeidheid;
- gewichtsverlies.

De meeste van deze symptomen zijn meestal te wijten aan gezondheidsproblemen die niet al te ernstig zijn en die geen verband houden met een eventuele kanker. Als de symptomen langer dan twee weken aanhouden, is een raadpleging bij de huisarts aangewezen.

Diagnose-onderzoeken en uitbreidingsbalans

De diagnose van eierstokkanker wordt meestal gesteld door een gynaecoloog.

Afhankelijk van de omstandigheden zal hij één of meer van de volgende onderzoeken laten uitvoeren:

Vaginaal onderzoek

Via het vaginaal onderzoek kan de arts zich een idee vormen van de plaats en de omvang van de organen in de onderbuik, en met name van de eierstokken. Op die manier kunnen ook mogelijke buikvliesletsels worden opgespoord.

Hij brengt een speculum (spreider of 'eendenbek') in de vagina in om de vagina en de baarmoederhals beter te kunnen onderzoeken.

Rectaal onderzoek

De arts brengt een vinger in de endeldarm in. Op die manier probeert hij een indruk te krijgen van het onderste deel van de buikholte en de organen die zich daar bevinden. Dit onderzoek wordt niet systematisch uitgevoerd.

Endovaginale echografie

Met de echografie kunnen de organen met behulp van geluidsgolven worden weergegeven.

De arts brengt de echografiesonde in de vagina in om de baarmoeder en eierstokken in beeld te brengen. Tijdens dit onderzoek kan ook worden bekeken of er vocht (ascites) in de buikholte zit.

Bloedonderzoek

Om een idee te krijgen van de algemene toestand en aanwijzingen van mogelijke uitzaaiingen, kan de arts diverse bloedonderzoeken vragen (aantal rode bloedlichaampjes, witte bloedlichaampjes, bloedplaatjes, enz.). Ook het **CA125-gehalte** in het bloed wordt gemeten. CA125 is een tumormarker die wordt aangemaakt door eierstokkankercellen en aan het bloed wordt afgegeven. Omdat deze stof ook door normale cellen kan worden aangemaakt, is de aanwezigheid van CA125 onvoldoende om een kankerdiagnose te stellen of kanker op te sporen. Ze is alleen nuttig om kanker te bevestigen als er ook andere tekenen zijn.

HE4 is een nieuwe tumormarker, specifiek voor eierstokkanker. De meting ervan is, evenals voor CA125, louter ter informatie. In combinatie met CA125 kan er het risico op eierstokkanker mee worden gemeten (ROMA - Risk of Ovarian Malignancy Algorithm). Deze test verbetert de specificiteit en de gevoeligheid voor de detectie van eierstokkankers, maar biedt evenwel geen 100% zekerheid. Bij vrouwen jonger dan 50 jaar kunnen ook andere merkstoffen worden onderzocht om een mogelijke niet-epitheliale kanker (kiemcel-tumor) op te sporen.

Ascitespunctie

Als de buik opgeblazen is, kan dat een gevolg zijn van overmatig vocht (ascites) in de buikholte, dat op de echografie zichtbaar is. Dit vocht kan dan met een naaldpunctie worden afgenomen (met plaatselijke verdoving). Het vocht wordt vervolgens onder de microscoop onderzocht op de aanwezigheid van kankercellen. Met de punctie wordt ook de druk in de buik vermindert.

Laparoscopie en biopsie

Om de diagnose van eierstokkanker te bevestigen en de precieze omvang ervan te kennen, is **een operatie** onontbeerlijk. Deze kijkoperatie gebeurt met een laparoscopie. Via een kleine incisie ter hoogte van de navel wordt een miniatuur-camera in de buik gebracht (onder algemene narcose). Met dit onderzoek kan de chirurg zorgvuldig alle organen in de buikholte onderzoeken om na te gaan of ze door eierstokkanker zijn aangetast (carcinomatose van het buikvlies). In geval van aantasting van het buikvlies onderzoekt de chirurg de uitgebreidheid (Sugarbaker-score) om te bepalen in welk stadium de ziekte zich bevindt.

Tijdens ditzelfde onderzoek neemt de chirurg **tumorfragmenten weg (biopsie)**. Bij de biopsie wordt weefsel weggenomen dat onder de microscoop wordt onderzocht om de **kankerdiagnose te bevestigen** en te **bepalen hoe kwaadaardig en agressief de tumor is** (de graad).

Mogelijk beslissen de artsen de hele tumor te verwijderen tijdens de kijkoperatie. Dat is dus al de eerste fase van de behandeling.

Uitbreidingsbalans

Als de kanker wordt bevestigd, is een onderzoek naar de uitgebreidheid nodig om te weten of er in andere organen uitzaaiingen (secundaire tumoren) zijn.

De belangrijkste onderzoeken zijn:

- Met de **scanner (CT-scan)** (met of zonder contrastvloeistof) kunnen de verschillende organen uiterst gedetailleerd worden weergegeven.
- Met de **PET-scan** kunnen uitzaaiingen en carcinomatoseletsels worden opgespoord. Dit onderzoek wordt meestal met een scanner gecombineerd. Hoewel de scanner op zich de letsels goed kan weergeven, is het soms nodig om zijn toevlucht te nemen tot een PET-scan.

- De **NMR (beeldvorming door nucleaire magnetische resonantie)** lijkt op een scanner, waarbij de X-stralen door magnetische velden zijn vervangen. In vergelijking met de scanner levert dit onderzoek een betere typering van het letsel op de eierstokken en kunnen de letsels van carcinomatose beter worden beoordeeld/gedetectedeerd.

Meer informatie over het verloop van deze verschillende onderzoeken vindt u op de website www.kanker.be of telefonisch via Kankerinfo: 0800 15 802.

Behandelingen

Bij kanker worden de behandelingen **geval per geval** bepaald. Elke zieke moet behandeld worden door een gespecialiseerd **multidisciplinair medisch team**, met ruime ervaring in de behandeling van dit specifieke type kanker. De Europese vereniging voor gynaecologische oncologie (ESGO) heeft kwaliteitscriteria opgesteld voor de centra die eierstokkankers behandelen. Het eerste criterium stelt dat per jaar ten minste **20 eierstokkankers** in vergevorderd stadium **moeten worden geopereerd**.

Afhankelijk van het stadium van de kanker kunnen de artsen een beroep doen op:

- een chirurgische ingreep;
- chemotherapie;
- doelgerichte therapieën.

Bij vrouwen die (nog) kinderen wensen, is het belangrijk dat dit onderwerp voor de start van de behandeling met de artsen wordt besproken.

De artsen doen vervolgens al het mogelijke om de vruchtbaarheid te behouden als dat de veiligheid van de patiënt niet in het gedrang brengt (beginstadium van de ziekte en tumoren van lage graad). Ze voeren een **zo beperkt mogelijke operatie uit:** als de kanker aan één zijde zit, laten ze bijvoorbeeld een eierstok zitten en indien mogelijk de baarmoeder. Soms is het mogelijk om **eicellen weg te nemen** en deze te bewaren via invriezing met het oog op een in-vitrobevruchting. Deze techniek is vaak mogelijk voor de borderlinetumoren, maar zelden in het geval van een invasieve kanker.

De **in-vitrobevruchting kan ook vóór de behandeling gebeuren** waarbij de embryo's worden ingevroren om ze later opnieuw in te brengen (bij de patiënt of bij een draagmoeder als men de baarmoeder niet heeft kunnen redden).



Chirurgie

De behandeling van eierstokkanker verloopt bijna altijd via een **operatie om de tumor weg te nemen**, alsook de klieren die het gebied van de eierstokken draineren. Soms gebeurt de operatie tegelijk met de kijkoperatie die wordt uitgevoerd om de diagnose te bevestigen.

In het algemeen wordt bij de operatie een grote incisie ter hoogte van de buik gemaakt. Afhankelijk van het stadium en de mate waarin de kanker kwaadaardig is, de leeftijd van de patiënte en haar eventuele wens om later kinderen te krijgen, neemt de chirurg één eierstok of beide eierstokken, de baarmoeder en het net (plooi van het buikvlies dat de buikorganen bedekt) weg. Als er een uitzaaiing in andere organen is, bijvoorbeeld in de blaas of darm, dan kan de chirurg het nodig achten om ook een deel van deze organen weg te nemen.

Als de ziekte zich in de hele buikholte heeft verspreid, moet de chirurg alle weefsels wegnemen die kankerletsels vertonen. De operatie dient volledig te zijn, ook al is het daarbij soms nodig om agressief te handelen.

Dankzij de operatie zijn de kansen op genezing groter, op voorwaarde dat er geen zichtbare tumorresten meer zijn op het einde van de operatie. Mocht de tumor ondanks alles terugkeren, dan gebeurt dat later en met een betere reactie op tweedelijnsbehandelingen.

Het is dus onontbeerlijk om vóór de operatie een goede beoordeling te hebben om er zeker van te zijn dat de operatie nuttig is. Met de diagnostische laparoscopie en de score van het peritoneale bereik, evenals het beeldvormingsonderzoek vóór de operatie (waarmee de soms 'verborgen' letsels kunnen worden gezien), kan de chirurg nog voor de operatie de succeskansen en dus het nut van de operatie beoordelen.

Indien de ziekte te uitgebreid is, wat de operatie te moeilijk of te zwaar maakt voor de patiënte, of in geval van een uitgezaaide ziekte, kunnen de artsen een **neoadjuvante chemotherapie** aanraden om de omvang van de tumor te verminderen.

Als dit lukt, kan later een operatie volgen, met opnieuw de bedoeling om de ziekte volledig te verwijderen.

Bijwerkingen

De risico's en bijwerkingen hangen doorgaans af van hoe ingrijpend de operatie is en van de algemene gezondheidstoestand.

De mogelijke risico's zijn:

- bloedingen;
- infecties;
- complicaties met betrekking tot de anesthesie of ook longontsteking;
- postoperatieve pijn die meestal onder controle wordt gehouden met geneesmiddelen.

De mogelijke gevolgen zijn ofwel tijdelijk, ofwel permanent.

Chemotherapie

Na de operatie kan de behandeling worden aangevuld met een zogenoemde 'adjuvante' chemotherapie. De chemotherapie bestaat uit het gebruik van **geneesmiddelen** om de **kankercellen te vernietigen**. Deze geneesmiddelen kunnen worden toegediend via een infuus, oraal of in bepaalde gevallen via intraperitoneale weg (in de buikholtte).

Chemotherapie kan worden voorgeschreven:

- om de kansen op genezing te vergroten (curatieve behandeling);
- om de groei van de tumor te vertragen (palliatieve behandeling).

Bijwerkingen

Deze (cytostatische) geneesmiddelen werken niet alleen in op de kankercellen, maar ook op de gezonde cellen die zich vermenigvuldigen. Na chemotherapie kunnen onaangename bijwerkingen optreden, zoals:

- haaruitval;
- ontsteking van het mondslijmvlies;
- verlies van eetlust;
- misselijkheid en braken;
- diarree;
- een verhoogd risico op infecties (ten gevolge van de daling van het aantal witte bloedcellen);
- bloedingen en bloedverlies (ten gevolge van de daling van het aantal bloedplaatjes);
- vermoeidheid (ten gevolge van de daling van het aantal rode bloedcellen).



Het is mogelijk om de meeste bijwerkingen te bestrijden of te beperken via geschikte behandelingen. De bijwerkingen **verdwijnen geleidelijk** na het einde van de behandeling met cytostatische geneesmiddelen.

Sommige chemotherapieën kunnen ook **zenuw schade** veroorzaken (neuropathie). De gevolgen zijn gehoorverlies of symptomen in de handen en voeten zoals pijn, een verminderd gevoel, een verbrand gevoel, prikken, overgevoeligheid aan koude/warmte, gevoel van zwakheid. Meestal verdwijnen deze problemen geleidelijk na het einde van de behandeling, maar bij sommige patiënten blijven ze voortduren.

Bepaalde chemotherapieën kunnen **giftig zijn voor het hart, de lever of de nieren**. In bepaalde gevallen is het nodig om de dosis van de chemotherapie te verlagen of zelfs om de behandeling uit te stellen of stop te zetten.

Chemotherapie leidt soms tot **onvruchtbaarheid** (tijdelijk of permanent). Het is belangrijk om op voorhand met de arts over een eventuele kinderwens te praten.

Doelgerichte geneesmiddelen

Deze geneesmiddelen vallen kankercellen aan door heel specifiek bepaalde sleutelmomenten in hun werking te verstoren.

In het geval van eierstokkanker gaat het in het algemeen om een geneesmiddel dat **angiogenese afremt** (vorming van nieuwe bloedvaten) in de tumor. Deze behandeling wordt gebruikt in combinatie met chemotherapie. Ze kan leiden tot bijwerkingen als bijvoorbeeld een hoge bloeddruk of bloedingen.

Voor patiënten met een mutatie BRCA 1 of 2 is een doelgerichte molecule beschikbaar. Deze molecule blokkeert de herstelmechanismen van het DNA in de kankercellen en doodt zo een groot aantal van hen.

Bijwerkingen

Sommige doelgerichte behandelingen veroorzaken zeer intense reacties (allergieën, huidreacties, enz.), maar het 'goede nieuws' is dat deze bijwerkingen vaak een goede graadmeter zijn voor hun uiteindelijke doeltreffendheid tegen kankercellen. Andere mogelijke bijwerkingen van de gerichte therapieën zijn met name: hoofdpijn, vermoeidheid, koorts en diarree.

Radiotherapie

Radiotherapie wordt niet vaak gebruikt bij de behandeling van eierstokkankers. Soms is ze nuttig om de omvang te verkleinen van een tumor die pijn veroorzaakt door de druk die ze op naburig weefsel uitoefent (palliatieve behandeling).

Meer informatie over de behandelingen vindt u op de website www.kanker.be of telefonisch via Kankerinfo: 0800 15 802.

Levenskwaliteit als doel van de behandelingen

Sommige kankers kunnen niet definitief worden genezen. De behandelingen zijn dan bedoeld om hun ontwikkeling te stabiliseren door hun progressie te stoppen of door ze onder controle te houden. In dat geval wordt kanker een **chronische ziekte** waarmee men moet leren leven. Het medisch team zet dan al zijn knowhow in om de **levenskwaliteit** te garanderen.

Wanneer de kanker zich ondanks alles verderzet, wordt deze zorg voor **levenskwaliteit** altijd maar belangrijker. De bedoeling van de behandeling is dan om eventuele **pijn** en **ongemakken** die veroorzaakt worden door de ziekte, onder controle te houden. Een dergelijke situatie kan meerdere jaren duren.

Wanneer de kanker uiteindelijk te vergevorderd is om te beheersen, verzekeren palliatieve zorgen een kwaliteitsvol einde van het leven.

Na de behandeling

Een grote gynaecologische operatie is een zware beproeving voor een vrouw, zowel **psychologisch** als **lichamelijk**. In combinatie met chemotherapie (of radiotherapie) is ze nog zwaarder. Een lange behandeling vergt ontzettend veel energie.

Er is veel tijd nodig om voldoende te herstellen en zich fysiek opnieuw voldoende goed te voelen om de dagelijkse activiteiten van voor de behandeling te hervatten.

Vermoeidheid en een gevoel van zwakheid kunnen meerdere maanden aanhouden. Daarom wordt aangeraden om zich in de beginfase te beperken tot activiteiten die niet te veel energie vragen. Bij diverse soorten kanker kan het hervatten van lichaamsbeweging echter leiden tot een verbetering van de levenskwaliteit en van de ziekteverwachting. Deze 'geneesmiddelloefening' wordt zowel tijdens de behandeling als na het einde van de behandelingen aan de patiënten voorgesteld.

Naast de tijd die nodig is voor het herstel van de algemene conditie, zijn er ook andere problemen die zich na de operatie kunnen manifesteren.

Voortijdige menopauze

Vrouwen die nog niet in de overgang waren, zullen vervroegd in de overgang komen indien beide eierstokken worden weggehaald. Net als de natuurlijke menopauze kan dat verschijnselen veroorzaken als opvliegers, maar op termijn ook osteoporose.

Intimiteit en seksualiteit

De behandeling van eierstokkanker heeft op seksueel gebied gevolgen die van vrouw tot vrouw verschillen. Bij de ene vrouw is het verlies van de eierstokken en de baarmoeder van grotere **invloed op haar gevoel van vrouw-zijn** dan bij de andere. De problemen waarmee de patiënte - maar ook haar eventuele partner - te maken kan krijgen, hangen af van verschillende factoren. Niet alleen de uitgebreidheid van de behandeling die werd ondergaan, speelt een belangrijke rol, maar ook de relatie met de partner en hoe de seksuele beleving was vóór de behandeling. Daarbij komt nog eens de **emotionele verwerking** van het (gehad) hebben van kanker.

(Opnieuw) de liefde bedrijven

Na de behandeling moet men met de partner opnieuw ontdekken en ervaren wat op seksueel gebied kan en wat plezierig is. Voorop staat dat iedere vrouw voor zichzelf moet bepalen, wanneer ze aan vrijen toe is, op welke wijze ze dat dan wil. Haar partner moet haar daartoe de ruimte geven. Vermoeidheid en een gevoel van slaptte doen de behoefte aan seksueel contact afnemen. **Geborgenheid, warmte en lichamen dicht bij elkaar zijn**, kan op dat moment belangrijker zijn dan seksuele opwindings. Bij een aantal vrouwen bij wie de baarmoeder is verwijderd, verandert het orgasme.

Na de operatie moet de wonde de tijd krijgen om te helen. Daarom wordt in het algemeen aanbevolen om te wachten met het hebben van geslachtsgemeenschap tot na de eerste poliklinische controle, ongeveer vier weken na het ontslag uit het ziekenhuis. Ook wordt aangeraden te wachten totdat de patiënte zich ertoe in staat voelt.

De brochure 'Intimiteit en seksualiteit' is gratis beschikbaar op www.kanker.be of via Kankerinfo op 0800 15 802. Onze respondenten zijn er ook om erover te praten.

Opvolging na het einde van de behandelingen

De opvolging na de behandeling is van groot belang. Het medische team stelt een **planning voor de follow-up** voor die een reeks **consultaties en aanvullende onderzoeken** (bloedafnamen, beeldvorming enz.) omvat, op geregelde tijdstippen, die na verloop van tijd verminderen. Het is van het grootste belang dat deze planning wordt gerespecteerd.

Het **toezicht op het CA125-gehalte in het bloed** moet met de arts worden besproken. Een grotere aanwezigheid van deze merkstof kan diverse oorzaken hebben en betekent niet noodzakelijk dat de kanker terug is.

Als er zich tussen twee controles **nieuwe problemen of symptomen** voordoen, **licht dan snel de arts in**.

Genezing of remissie?

Remissie is een verbetering van de toestand van de patiënt, met een vermindering van de tekenen die wijzen op kanker. Wanneer alle tekenen van de ziekte zijn verdwenen, spreken we van volledige remissie. Dit betekent niet altijd dat de ziekte volledig en definitief werd uitgeroeid. Zelfs in dit stadium kunnen enkele kwaadaardige cellen hebben overleefd, maar zijn ze te klein om te worden opgemerkt bij de onderzoeken. Enkel de tijd zal kunnen uitwijzen dat dit niet het geval is. En enkel na een voldoende lange periode kan men spreken van **genezing**.

Hoe lang moet men wachten? Alles hangt af van het type kanker. De grens werd gelegd op **5 jaar**, maar het is niet altijd nodig om zo lang te wachten om te kunnen spreken van genezing.

Algemeen genomen, hoe langer de remissie duurt, hoe groter de kans op definitieve genezing.

Nog enkele tips

Vermoeidheid bestrijden

Vermoeidheid is een vaak voorkomende bijwerking van kanker en/of van de behandelingen. Deze vermoeidheid kan nog lang na het einde van de behandelingen aanwezig zijn.

Uw behandelende arts en/of medisch team kunnen helpen om de vermoeidheid te verminderen.

Details over lichaamsbeweging tijdens en na een kanker zijn beschikbaar op de website www.kanker.be, of via Kankerinfo op 0800 15 802



Pijn verlichten

Uw arts of het verzorgend personeel kunnen u helpen de pijn te verlichten. Volg altijd strikt hun aanbevelingen, vooral wat betreft de voorgeschreven dosis pijnstillers.

Blijven eten en ervan genieten

Als de ziekte of de behandelingen uw eetpatroon verstoren, kan u raad vragen aan een diëtist gespecialiseerd in oncologie (oncodiëtist).

Volg niet op eigen initiatief een zogezegd antikankerdiët. De werkzaamheid ervan is niet bewezen en u loopt het risico uw lichaam verder te verzwakken. Wees ook voorzichtig met het nemen van voedingssupplementen. Sommige kunnen de goede werking van uw behandeling verstoren.

Meer informatie (tips, recepten, adressengids van de oncodiëtisten, enz.) vindt u op www.kanker.be/voeding-recepten of via Kankerinfo op 0800 15 802



Opgelet voor interacties met medicijnen!

Bepaalde medicijnen, zowel conventionele als niet-conventionele middelen, kunnen het effect van een kankertherapie beïnvloeden.

Maak daarom een lijstje van de behandelingen die u volgt (medicijnen, maar ook vitaminen, planten, diëten, enz.) en praat erover met uw arts of het verzorgend personeel tijdens uw consultaties.

Beschikbare brochures op www.kanker.be/publicaties of telefonisch bij Kankerinfo op 0800 15 802:

- Complementaire geneeskunde en kanker
- Voedingssupplementengids

Het belang van goede moed

Tijdens de ziekte is het normaal dat u goede en slechte momenten hebt. Het verzorgend personeel is er om u te helpen deze moeilijke periode door te komen.

Na het einde van een kankerbehandeling moet u terug aarden in het “gewone” leven, eventueel terug beginnen werken. En toch voelt u zich als een schipbreukeling na een avontuur dat moeilijk te beschrijven valt.

Als u het lastig hebt, praat er dan over met een naaste, iemand van het zorgteam, met een psycholoog of met de leden van een patiëntvereniging.

Stichting tegen Kanker biedt ook bijkomende telefonische psychologische coaching aan. Meer info op www.kanker.be of via Kankerinfo op 0800 15 802.



Het belang van een vertrouwensrelatie met de mensen die u verzorgen

Aarzel nooit om vragen te stellen aan het verzorgend team (artsen, verpleegkundigen en anderen) en durf gerust uw vragen opnieuw te stellen tot u een begrijpelijk antwoord hebt gekregen. Bouw een echte dialoog met hen op. Zo zal u in staat zijn om in gezamenlijk overleg en in het volste vertrouwen alle noodzakelijke beslissingen te nemen.

De COZ, een partner tijdens uw behandeling

De "coördinerende verpleegkundige voor oncologische zorgen" of COZ is een gespecialiseerde verpleegkundige die uw persoonlijke contactpersoon zal zijn tijdens al uw behandelingen.

Hij/zij maakt integraal deel uit van het zorgteam, neemt deel aan alle bijeenkomsten die u aanbelangen en regelt al uw afspraken. Uw COZ is gemakkelijk bereikbaar per telefoon of per mail om te antwoorden op de vragen die u zich stelt.

Stichting tegen Kanker: één missie, vier doelstellingen

Stichting tegen Kanker heeft slechts één ambitie: zoveel mogelijk vooruitgang maken in de strijd tegen kanker.

Om dat mogelijk te maken werken we op vier niveaus:

- Financiële steun aan het kankeronderzoek in België.
- Sociale begeleiding, financiële steun en informatie aan patiënten en hun naasten.
- Het promoten van een gezonde levenswijze (preventie) en van opsporing, alsook het verspreiden van wetenschappelijk gevalideerde informatie.
- Lobbyen bij de betrokken personen op nationaal en internationaal niveau, voor een beter volksgezondheidsbeleid.