



Stichting  
tegen Kanker

**Van hoop naar overwinning!**

## 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](http://www.kanker.be/info)



Stichting  
tegen Kanker

Leuvensesteenweg 479 • 1030 Brussel  
T. 02 733 68 68 • [info@kanker.be](mailto:info@kanker.be) • [www.kanker.be](http://www.kanker.be)  
Steun ons: IBAN: BE45 0000 0000 8989 • BIC: BPOTBEB1



Volg ons op  
[www.facebook.com/stichtingtegenkanker](https://www.facebook.com/stichtingtegenkanker)

V.U.: Dr. Didier Vander Steichel - Stichting tegen Kanker - Leuvensesteenweg 479, B-1030 Brussel - Stichting van openbaar nut - 0873.268.432 - P&R 19.08 - CDN Communication 19.4.14

3.113 NL



Stichting  
tegen Kanker

## Dikkedarmkankers



# Inhoud

Frequentie .....	4
Verskillende soorten dikkedarmkanker .....	4
Risicofactoren .....	4
Systematische opsporing .....	6
Symptomen .....	7
Diagnose-onderzoeken .....	8
Uitbreidingsbalans .....	10
Behandelingen .....	11
Opvolging na het einde van de behandelingen .....	18
Genezing of remissie? .....	18
Nog enkele tips .....	19
Stichting tegen Kanker Van hoop naar overwinning! .....	23

## Opgelet

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

Dikkedarmkanker (ook colorectale kanker genoemd) is een massa (ook wel "tumor" genoemd) van abnormale cellen die zich op een ongecontroleerde manier vermenigvuldigen. De kankercellen kunnen ontsnappen uit de dikke darm en zich vestigen in andere organen (lever, longen, enz.) om daar secundaire tumoren, ook uitzaaiingen of metastasen genoemd, te vormen. Deze uitzaaiingen bestaan uit kankercellen afkomstig uit de dikke darm, en moeten bijgevolg behandeld worden als dikkedarmkanker.

# Frequentie

In België registreert men jaarlijks ongeveer 8400 (gegevens Kankerregister 2014) nieuwe gevallen van dikkedarmkanker. Deze ziekte komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Het is de 2<sup>de</sup> meest voorkomende kanker bij vrouwen (na borstkanker) en de 3<sup>de</sup> meest voorkomende kanker bij mannen (na prostaat- en longkanker).

Mensen jonger dan 40 jaar krijgen zelden dikkedarmkanker. De frequentie neemt snel toe na de leeftijd van 50.

# Verskillende soorten dikkedarmkanker

95% van de dikkedarmkankers (dikkedarm, sigmoid en rectum) zijn adenocarcinomen. Ze ontstaan uit cellen van het slijmvlies aan de binnenzijde van de darm. In deze brochure zullen we het hebben over de adenocarcinomen.

# Risicofactoren

De meeste dikkedarmkankers komen voor bij mensen zonder bijzondere risico's. Ze zijn waarschijnlijk het gevolg van talrijke interacties tussen kankerverwekkende stoffen en nog slecht gekende voorbeschikkende factoren.

Onze voeding speelt zeer waarschijnlijk een rol omdat onze voeding zowel kankerverwekkende stoffen kan bevatten, alsook stoffen die beschermen tegen kanker. Verschillende studies hebben bijvoorbeeld aangetoond dat dikkedarmkankers vaker voorkomen bij mensen die veel rood vlees en veel dierlijke vetten en weinig vezels eten. Men moet wel nog opsporen hoe deze stoffen precies werken.

Gebrek aan fysieke activiteit kan de ontwikkeling van deze kankers ook bevorderen. Een hypothese is dat een 'zittende levenswijze' de darmtransit vertraagt, zodat er een langere contacttijd is tussen de darmwand en de kankerverwekkende moleculen aanwezig in onze voeding. Dikkedarmkankers komen iets vaker voor bij rokers, vandaar een mogelijk verband met roken.

## Er zijn ook andere risicofactoren gekend:

- De **aanwezigheid van adenomen** (goedaardige poliepen) op het slijmvlies van de darmen. De meeste dikkedarmkankers ontstaan immers op zulke poliepen. Hoe groter het adenoom, hoe groter de kans op onttaarding ervan. De frequentie van poliepen neemt toe met de leeftijd, net zoals dat bij darmkanker het geval is.
- **Chronische ontstekingsziekten van de dikke darm.** Men heeft vastgesteld dat darmkankers vaker voorkomen bij patiënten met een lange voorgeschiedenis van colitis ulcerosa of, in mindere mate, de ziekte van Crohn. Deze kankers kunnen op een gemiddeld vroegere leeftijd ontstaan.
- **Reeds dikkedarmkanker gehad hebben.** Een patiënt die genezen is van een eerste dikkedarmkanker, blijft een verhoogde kans hebben om nogmaals een dikkedarmkanker te krijgen, zonder verband met het eerste geval.
- Tenslotte speelt ook **erfelijkheid** een niet te verwaarlozen rol. Men schat dat 30% van de personen met dikkedarmkanker drager zouden zijn van een genetische afwijking (mutatie van een of meerdere bepaalde genen), overgeërfd van één van hun ouders. Twee derde van deze afwijkingen gaan gepaard met een lichte tot middelmatig verhoogde kans op dikkedarmkanker. Men kan dus gemakkelijk drager zijn van een genetische afwijking, zonder ooit de ziekte te krijgen. Een derde van deze afwijkingen daarentegen (het gaat hier om ongeveer 10% van de patiënten) stellen de personen die er drager van zijn, bloot aan een verhoogd risico.

Twee ziektevormen liggen dan aan de oorzaak: hetzij het syndroom van Lynch (vroeger “niet polyposische erfelijke darmkanker” of HNPCC genoemd) en, in mindere mate, “familiale adenomateuze polyposis”, ook wel FAP genoemd. Een arts zal vooral aan deze erfelijke vormen denken wanneer dikkedarmkanker op zeer jonge leeftijd optreedt, of als veel leden van één familie dikkedarmkanker krijgen. Men heeft al genetische mutaties verantwoordelijk voor deze ziektes kunnen identificeren.

De kinderen van iemand met een erfelijke mutatie, hebben 50% kans om de mutatie ook te hebben. Dat is de reden waarom aan familieleden van deze patiënten ten stelligste wordt aangeraden zich aan een genetisch onderzoek te onderwerpen. Mensen die drager zijn van het gemuteerd gen staan onder nauwgezet toezicht en krijgen, indien nodig, preventieve behandelingen. Als het om familiale polyposis gaat, zal dit toezicht zelf al op zeer jonge leeftijd beginnen.

Voor meer informatie kan u contact opnemen met de FAPA (Familial Adenomatous Polyposis Association):

#### Belgian Polyposis Project - Hereditary Colorectal Cancer Project

Leuvensesteenweg 479 - 1030 Brussel

Tel: 02 743 45 94 - Fax: 02 734 92 50

info@belgianfapa.be - www.belgianfapa.be

## Systematische opsporing

In Vlaanderen wordt sinds 2014 een gratis systematische opsporing voor darmkanker georganiseerd door de overheid, voor mannen en vrouwen zonder bijzonder risico voor darmkanker vanaf de leeftijd van 56 jaar (in Brussel en Wallonië tussen 50 en 74 jaar). Er wordt hen voorgesteld om op hun stoelgang een **immunologische test** te laten uitvoeren (iFOBT, Immunochemische Fecaal Occult Bloed Test).

Personen met symptomen of met een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis dienen een specifieke follow-up te krijgen en vallen niet onder de hierboven beschreven systematische opsporing.

Vraag aan uw behandelende arts welke opsporingstechniek aangepast is aan uw persoonlijke situatie.

Details over de screening zijn beschikbaar op de website [www.kanker.be](http://www.kanker.be) of via Kankerinfo: 0800 15 802.

## Symptomen

Geen enkel symptoom is automatisch een teken voor dikkedarmkanker, maar in geval van aanhoudende klachten is het aangeraden om zijn arts te consulteren.

Kankers die zich bevinden aan het uiteinde van de dikke darm (het sigmoid en de endeldarm) kunnen gepaard gaan met bloedverlies via de anus, bloedsporen in de ontlasting of op het wc-papier. Men kan ook een onverklaarbare en aanhoudende verandering van het stoelgangpatroon vaststellen (verstopping, diarree of afwisseling van de twee), "valse behoeften" of minder grote ontlasting.

Gezwellen hogerop in de dikke darm kunnen langer onopgemerkt blijven. Ze gaan eerder gepaard met vermoeidheid (heeft vaak te maken met bloedarmoede veroorzaakt door chronisch bloedverlies ter hoogte van het gezwel), met onverklaarbaar vermageren of met aanhoudende buikpijn (vaak onder de vorm van onregelmatige krampen).

In een gevorderd stadium kan dikkedarmkanker de doorgang van ontlasting min of meer verstopen met als gevolg ernstige constipatie of zelfs darmobstructie.

# Diagnose-onderzoeken

De diagnose van dikkedarmkanker wordt meestal gesteld door een specialist in maagdarmpjeskten of door een maagdarmschirurg.

Na de patiënt te hebben ondervraagd en onderzocht, zal de arts, indien nodig, de volgende onderzoeken laten uitvoeren:

## Rectaal onderzoek

Met een vinger betast men de wand van de endeldarm. Dit onderzoek is vervelend, maar is meestal pijnloos. Men komt hiermee kankers op het spoor die zich dichtbij de anus bevinden.

## Endoscopie

Een endoscoop is een dunne, soepele buis uitgerust met optische vezels, die ingebracht wordt via de anus. Tijdens dit onderzoek kunnen er stukjes verdacht weefsel weggenomen worden (biopsie).

Microscopisch onderzoek van deze weefsels biedt zekerheid over de al dan niet kankerachtige aard van een gezwel, en kan een onderscheid maken tussen de mogelijke kankervormen.

Als de endoscoop wordt ingebracht tot aan het sigmoïd, dan spreken we van een rectosigmoidoscopie. Als de volledige dikke darm wordt onderzocht, spreken we van een coloscopie (of colonoscopie). Voor dit onderzoek moet de darm met behulp van geneesmiddelen leeggemaakt worden van ontlasting.

## Virtuele colonoscopie

De arts kan een virtuele coloscopie uitvoeren met behulp van een CT-scan.

De CT-scan (scanner) gebruikt X-stralen. Daarmee kunnen zeer gedetailleerde beelden worden verkregen van de bestudeerde weefsels. Het principe ervan is een reeks opeenvolgende radiografische opnamen maken van het te onderzoeken gebied (tomografie). De verkregen data worden dan door een informaticaprogramma bewerkt om in beelden te worden omgezet. Met dit onderzoek kunnen geen biopsies of poliepen worden afgenomen. Indien er een vermoeden van kanker bestaat, dient nog een biopsie uitgevoerd te worden door middel van een endoscopie na de virtuele coloscopie. Voor dit onderzoek moet de darm leeggemaakt worden van ontlasting.

## Bariumlavement

Dit is een klassieke radiografie van de darm, waarbij een contrastmiddel wordt toegediend via een sonde in de aars. Voor dit onderzoek moet de darm met behulp van geneesmiddelen leeggemaakt worden van ontlasting.

## CEA dosering (carcino-embryonair antigeen)

CEA (carcino-embryonair antigeen) wordt door bepaalde kankers, waaronder dikkedarmkanker, in overvloed aangemaakt. In het medisch jargon heet een dergelijke stof tumormerker. De dosering gebeurt door bloedafname.

# Uitbreidingsbalans

Indien de diagnose van kanker is bevestigd, worden aanvullende onderzoeken uitgevoerd om de mate van plaatselijke uitbreiding van het gezwel vast te stellen en ook om na te gaan of er al dan niet aangetaste lymfeklieren of uitzaaiingen zijn. Deze uitbreidingsonderzoeken worden de “uitbreidingsbalans” genoemd.

## Transrectale echografie

In geval van endeldarmkanker wordt een sonde die geluidsgolven uitzendt, in de anus ingebracht. Dankzij de echografie kan het volume van het gezwel worden bepaald en kan worden nagegaan of er eventuele uitzaaiing is naar nabijgelegen weefsels. Dit onderzoek is wat hinderlijk maar niet pijnlijk.

## CT-scanner of magnetische resonantie (MR)

Deze onderzoeken zijn nuttig om een beeld te vormen over hoe diep het gezwel zich binnenin de borst heeft genesteld (dat is belangrijk om het stadium van de ziekte te bepalen) en laten toe om uitzaaiingen op te sporen in de andere weefsels en organen.

## Onderzoek van de lever

Dikkerdarmkanker heeft de neiging uit te zaaien naar de lever en daarom is het nuttig dat orgaan te onderzoeken. Dat gebeurt door middel van een echografie, een scanner of magnetische resonantie.

## Radiografie van de longen

Ook een onderzoek van de longen kan nodig zijn om uitzaaiingen vast te stellen, vooral bij kanker van de endeldarm.

## PET-scan (tomografie met uitzending van positronen)

De PET-scan wordt slechts zelden aangewend bij dikkedarmkanker, en enkel als de voorgaande onderzoeken geen duidelijke resultaten opleverden. Met een PET-scan kunnen de zones gevisualiseerd worden waar cellen actiever zijn, door middel van een radioactieve 'tracer'.

## Stadium

Het stadium duidt de uitbreidingsgraad van de kanker aan. Het stadium wordt bepaald in functie van de resultaten van de balans van uitbreiding. Het bepalen van het stadium, net zoals het bepalen van het type cellen die aan de oorzaak liggen van de kanker, is belangrijk voor de keuze van de behandeling(en).

# Behandelingen

Voor elke kankerpatiënt wordt een individueel behandelingsplan opgesteld. Elke zieke moet behandeld worden door een gespecialiseerd multidisciplinair medisch team, met ruime ervaring in de behandeling van deze specifieke vorm van kanker.

## In functie van het stadium van de kanker, kunnen de artsen zich beroepen op:

- chirurgie;
- radiotherapie;
- chemotherapie;
- doelgerichte therapieën.

Deze verschillende behandelingen kunnen ook worden gecombineerd.

Meer details over de behandelingen zijn beschikbaar op de website [www.kanker.be](http://www.kanker.be) of op Kankerinfo: 0800 15 82.



## Chirurgie

Indien de kanker volledig kan worden verwijderd, is de eerste behandeling meestal chirurgie.

In sommige gevallen kan voor de operatie chemotherapie of radiotherapie worden gegeven, de zogenaamde **neoadjuvante** therapie, om het gezwel te verkleinen en om de operatie minder zwaar te maken.

Chirurgie kan ook worden aangewend bij gevorderde kanker om een obstructie te vermijden (palliatieve chirurgie). De soort chirurgie hangt vooral af van de lokalisatie van het gezwel, het soort gezwel en de graad van uitbreiding.

### Lokale resectie

Indien het een beginnend en oppervlakkig gezwel is, kan de chirurg het verwijderen zonder een stuk darm te moeten wegnemen. Hij zal dan ook een marge gezond slijmvlies wegnemen rondom de tumor, om zo de kansen te verhogen dat alle kankercellen zijn verwijderd. Deze ingreep kan endoscopisch gebeuren.

### Colectomie en stoma (dikkedarmkanker)

Indien de tumor zich heeft uitgebreid tot in de darmwand, dient het deel van de dikke darm, waarin het gezwel zich bevindt, te worden verwijderd, alsook omringende weefsels die eventueel door de kankercellen werden ingenomen. De hoeveelheid darm die wordt weggenomen hangt af van de grootte van het gezwel en van de lokalisatie ervan.

Als de chirurg een deel van de darm wegneemt, verbindt hij de twee segmenten met een hechting die anastomose wordt genoemd. Soms, om de anastomose te laten genezen, legt hij een tijdelijke verbinding aan van de darm aan de huid waaraan een “zakje” of “stoma” wordt aangebracht die enkele weken tot maanden blijft bestaan.

Indien de chirurg een groot deel darm moet verwijderen, kan het zijn dat het niet meer mogelijk is de twee uiteinden nog te verbinden. In dat geval dient een definitief stoma aangelegd. Meestal kan de chirurg op voorhand voorzien of hij een

stoma moet aanleggen en of dat stoma tijdelijk of permanent zal zijn. Hij zal in detail uitleggen wat er tijdens en na de operatie zal gebeuren. De patiënt zal ook contact hebben met een in stoma's gespecialiseerd verpleegkundige: een stomatherapeut. Chirurgen proberen zoveel mogelijk te vermijden om een definitief stoma te moeten aanleggen.

### Proctectomie (rectumkanker)

Indien de tumor in de wand van de endeldarm is binnengedrongen, dient de chirurg een deel van het rectum weg te nemen en ook een marge gezond weefsel rondom het gezwel om zeker te zijn geen kankercellen achter te laten.

Als de kanker zich bevindt in de onmiddellijke omgeving van de anus, is de chirurg soms verplicht de anus weg te nemen (abdomino-perineale resectie). Dan dient een definitieve kunstmatige anus (colostomie) te worden aangelegd.

## Radiotherapie

Bij radiotherapie worden X-stralen met hoge energie gebruikt om kankercellen te vernietigen.

Radiotherapie toegediend voor de operatie, verkleint het risico op lokaal herval. In bepaalde gevallen kan radiotherapie voor de operatie er ook voor zorgen dat het gezwel verkleint. Dat vergemakkelijkt de operatie of beperkt de gevolgen ervan (bewaring van de anus).

Afhankelijk van de resultaten van de operatie, kan de bestraling ook toegediend worden na de operatie.

In geval van endeldarmkanker wordt radiotherapie meestal toegepast als **aanvulling bij chirurgie**.

In de zeldzame situaties waarin de gezondheidstoestand van de patiënt geen operatie toelaat, wordt radiotherapie toegepast om darmobstructie tegen te gaan of te voorkomen.

## Radio-chemotherapie

Het principe van radio-chemotherapie (voor of na chirurgie) is tijdens de periode van de radiotherapie, een of meer kuren chemotherapie te geven. Doel daarvan is lokaal (in het bestraalde gebied) de werking van beide behandelingen op te tellen om het risico op lokaal recidief te verminderen en uitzaaiingen te voorkomen.

## Bijwerkingen van radiotherapie

Progressieve vermoeidheid kan optreden. Deze verdwijnt meestal na het einde van de behandeling. In de bestraalde zone kan tijdelijk haaruitval of huidirritatie voorkomen. Afhankelijk van de lokalisatie van het gezwel, kan radiotherapie de voortplantingscellen beschadigen. Aan patiënten die na een behandeling met radiotherapie kinderen wensen, raden wij aan om hierover met hun arts te praten voor het begin van de behandeling.

## Chemotherapie

Chemotherapie is een kankerbehandeling die gebruik maakt van medicatie om de kankercellen te doden. Chemotherapie wordt reeds vele jaren gebruikt bij de behandeling van vergevorderde dikkedarmkanker. Recenter werden nog betere resultaten geboekt door de combinatie van chemotherapie met nieuwe doelgerichte medicijnen (zie verder).

## Chemotherapie kan in verschillende situaties worden toegepast:

- neoadjuvante chemotherapie, om de tumor te doen krimpen vóór een chirurgische ingreep of radiotherapie;
- adjuvante chemotherapie, na een chirurgische ingreep met de bedoeling het risico op plaatselijk hervallen te verminderen of uitzaaiingen op afstand te voorkomen;
- radio-chemotherapie: om kankercellen gevoeliger te maken voor radiotherapie;
- voor patiënten bij wie de kanker is uitgezaaid (of in geval van risico op uitzaaiingen) naar andere organen zoals de lever of de longen. In dat geval kan chemotherapie alleen of in combinatie met radiotherapie of doelgerichte behandelingen worden toegepast

## Bijwerkingen van chemotherapie

Deze medicijnen (cytostatica) vallen niet enkel kankercellen aan, maar ook gezonde cellen die zich vermenigvuldigen.

## Chemotherapie kan hierdoor onaangename bijwerkingen veroorzaken, zoals:

- haarverlies (zeldzaam in het geval van de behandeling van dikkedarmkanker);
- ontsteking van het mondslijmvlies;
- verlies van eetlust;
- misselijkheid en overgeven;
- diarree;
- een verhoogd risico op infecties (ten gevolge van de daling van witte bloedcellen);
- bloedingen en bloedverlies (ten gevolge van de daling van de bloedplaatjes);
- intense vermoeidheid (ten gevolge van de daling van de rode bloedcellen).



Veel van deze bijwerkingen kunnen voorkomen of beperkt worden door de juiste behandelingen. Zij verdwijnen geleidelijk na het einde van de behandeling met cytostatica.

Bepaalde chemotherapieën kunnen schadelijk zijn voor de zenuwen (neuropathie). Mogelijke gevolgen zijn gehoorverlies of symptomen aan de handen of de voeten zoals pijn, gevoelloosheid, tintelingen, hypergevoeligheid aan koude/warmte, een gevoel van zwakte. Over het algemeen verdwijnen deze klachten geleidelijk aan na het einde van de behandeling, maar bij sommige personen kunnen ze van blijvende aard zijn. Sommige chemotherapieën kunnen giftig zijn voor het hart, de lever of de nieren. In sommige gevallen is het nodig de chemotherapiedosis te verlagen of uit te stellen, of de behandeling zelfs helemaal stop te zetten.

## Doelgerichte medicijnen

Deze medicijnen vallen kankercellen aan door heel specifiek bepaalde sleutelmomenten in hun werking te verstoren. Deze geneesmiddelen zijn echter niet bij iedereen werkzaam zodat eerst moet worden nagegaan of het gezwel receptoren bevat waartegen deze stoffen actief zijn (de “doelwitten”).

Doelgerichte therapieën worden meestal gebruikt in combinatie met chemotherapie bij herval of indien de kanker blijft groeien ondanks chemotherapie. Zoals deze laatste veroorzaken zij bijwerkingen maar deze zijn vaak minder fel.

In het geval van dikkedarmkankers maakt men meestal gebruik van cetuximab, bevacizumab of panitumumab. Dit zijn monoclonale antilichamen (kunstmatige proteïnen, identiek aan deze die via het immuunsysteem worden geproduceerd).

### Bijwerkingen van de doelgerichte therapieën

Sommige onder hen veroorzaken erg intense reacties (allergieën, huidreacties, enz.) maar het “goede nieuws” is dat deze bijwerkingen vaak in verhouding zijn met hun efficiëntie, wat niet het geval is bij chemotherapie.

Andere mogelijke bijwerkingen zijn: hoofdpijn, vermoeidheid, koorts en diarree.

## Levenskwaliteit als doel van de behandelingen

Sommige kankers kunnen niet definitief worden genezen. De behandelingen zijn dan bedoeld om hun evolutie 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 verder zet, wordt die 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.

## Opvolging na het einde van de behandelingen

De opvolging na de behandeling van dikkedarmkanker is erg belangrijk. Het medisch team zal een opvolgplanning voorstellen die bestaat uit een reeks consultaties en bijkomende onderzoeken (bloedonderzoeken, beeldvorming, enz.) aan een zeker tempo, dat zal dalen met de jaren. Het is heel belangrijk om deze planning te respecteren. Breng uw arts altijd zo snel mogelijk op de hoogte wanneer u nieuwe problemen of symptomen ervaart.

## Opvolging na het einde van de behandelingen

De opvolging na de behandeling van dikkedarmkanker is erg belangrijk. Het medisch team zal een opvolgplanning voorstellen die bestaat uit een reeks consultaties en bijkomende onderzoeken (bloedonderzoeken, beeldvorming, enz.) aan een zeker tempo, dat zal dalen met de jaren. Het is heel belangrijk om deze planning te respecteren. Breng uw arts altijd zo snel mogelijk op de hoogte wanneer u nieuwe problemen of symptomen ervaart.

## 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. Enkel dan kan men spreken van **genezing**.

Hoe lang moet men wachten? Alles hangt af van het type kanker. De grens werd willekeurig gelegd op 5 jaar, maar het is niet altijd nodig om zo lang te wachten om te kunnen spreken van genezing. De algemene regel zegt dat hoe langer de remissie duurt, hoe groter de kans is op definitieve genezing.

## Nog enkele tips

### Vermoeidheid bestrijden

Vermoeidheid is een vaak voorkomende bijwerking van kanker en/of van de behandelingen. Deze vermoeidheid kan tot lang na het stopzetten van de behandeling aanhouden.

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

Aangepaste fysieke activiteit, tijdens en na de behandelingen, geeft u opnieuw meer energie. Hierdoor kunnen de kleine dagelijkse inspanningen vlotter verlopen.

Details over lichaamsbeweging tijdens en na een kanker zijn beschikbaar op de website [www.kanker.be](http://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](http://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](http://www.kanker.be/publicaties) of via 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 patiëntenvereniging.

Stichting tegen Kanker biedt ook bijkomende telefonische psychologische coaching aan. Meer info op [www.kanker.be](http://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 Van hoop naar overwinning!

### De missies van Stichting tegen Kanker zijn:

- Op de eerste plaats het financieel ondersteunen van de meest veelbelovende onderzoeksteams. Om kanker te overwinnen is namelijk **wetenschappelijk onderzoek** nodig dat stap voor stap hoop omzet in werkelijkheid, door behandelingsmethodes te **vinden** die de genezingskansen en levenskwaliteit van patiënten verhogen.
- Zelf te **handelen** wanneer dit nodig is, in het bijzonder door psychosociale projecten te financieren die de levenskwaliteit helpen verbeteren van mensen getroffen door kanker en hun naasten.
- Alle actoren **mobiliseren**, want samen kunnen we nog efficiënter werken en nog sneller vooruitgang boeken.
- **Informer**en door de algemene kennis over kanker, de mechanismen achter de ziekte en de behandelingen te vergroten en door onderzoeksresultaten te vertalen naar informatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor het brede publiek.