

Blaaskanker



Inhoud

Voor wie is deze brochure?	3
Blaaskanker	4
Symptomen	7
Onderzoek voor de diagnose	8
Onderzoek na de diagnose	10
Behandeling	14
Behandeling niet-spierinvasieve blaastumor	16
Behandeling spierinvasieve blaastumor	20
Orthotope blaas of urinestoma	25
Overleving en gevolgen	30
Seksualiteit	32
Een moeilijke periode	33
Wilt u meer informatie?	35
Bijlage:	
Risicofactoren	40
De blaas	41
Wat is kanker?	42
Het bloedvaten- en lymfestels	44

Voor wie is deze brochure?

Deze brochure is bedoeld voor mensen die onderzocht of behandeld worden omdat zij (mogelijk) blaaskanker hebben.

U kunt de brochure natuurlijk ook laten lezen aan mensen in uw omgeving.

De diagnose kanker, of de mogelijkheid dat daar sprake van is, roept bij de meeste mensen onmiddellijk vragen en emoties op. In korte tijd krijgt u veel te horen: over de ziekte, de onderzoeken die mogelijk volgen en de behandeling die uw arts u adviseert. Het is niet altijd makkelijk die informatie te begrijpen en te onthouden. Deze brochure is bedoeld als ondersteuning.

Misschien heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen. Als dat vragen zijn over uw eigen diagnose of behandeling, stel die dan aan uw specialist of gespecialiseerd verpleegkundige. Schrijf uw vragen vooraf op, zodat u niets vergeet. Op onze website en in onze brochure **Kanker... in gesprek met je arts** staan vragen die u aan uw arts kunt stellen.

Als patiënt heeft u recht op goede en volledige informatie over uw ziekte en behandeling, zodat u zelf kunt meebeslissen. Deze rechten zijn wettelijk vastgelegd. Voor meer informatie, kijk achter in deze brochure bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over kanker kunt u vinden op www.kwfkankerbestrijding.nl.

© KWF Kankerbestrijding, winter 2008-2009 (2^e druk 2012)

Deze informatie is gebaseerd op door de IKNL gepubliceerde medische richtlijnen. De tekst is tot stand gekomen met medewerking van deskundigen uit diverse beroepsgroepen, waaronder huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en andere paramedici en vertegenwoordigers van kankerpatiëntenorganisaties.

KWF Kankerbestrijding wil kanker zo snel mogelijk terugdringen en onder controle krijgen. We zijn er voor mensen die leven met kanker en de mensen die met hen samenleven. Ons doel is minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven voor kankerpatiënten.

KWF Kanker Infolijn: 0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten

KWF Publieksservice: 0900 - 202 00 41 (€ 0,01 p/m)

Algemene informatie over KWF Kankerbestrijding

Rabobank 333.777.999

IBAN: NL23 RABO 0333 777 999, BIC: RABONL2U

www.kwfkankerbestrijding.nl

Blaaskanker

Tumoren van de blaas kunnen zowel goed- als kwaadaardig zijn:

- Goedaardige tumoren van de blaas worden goedaardige poliepen of benigne papillomen genoemd. De kans dat een tumor in de blaas goedaardig blijkt te zijn, is ongeveer 5%.
- De resterende 95% zijn kwaadaardige tumoren die verdeeld worden in niet-spierinvasieve en spierinvasieve tumoren. Bij een kwaadaardige tumor is er sprake van kanker.

In Nederland wordt per jaar in totaal bij ongeveer 6.000 mensen blaaskanker vastgesteld.

Daarvan hebben ongeveer 2.950 mensen een spierinvasief groeiende blaastumor.

De ziekte komt ongeveer viermaal zo vaak bij mannen als bij vrouwen voor. Blaaskanker wordt vooral bij mensen ouder dan 60 jaar vastgesteld.

Bij ruim 90% van de patiënten ontstaat de tumor vanuit het slijmvliesweefsel van de blaaswand. Men spreekt dan van een **urotheelcelcarcinoom** of **overgangsepitheelcarcinoom**. Deze brochure gaat alleen over deze vorm van blaaskanker.

Stadia

Er zijn verschillende stadia te onderscheiden:

- Als de tumor zich alleen in het slijmvliesweefsel bevindt, wordt gesproken van een **niet-spierinvasief** groeiende tumor. Bij 5 tot 10% van de patiënten gaat het om een **carcinoma in situ**, een oppervlakkig groeiende vorm.
- Wanneer een niet-spierinvasief groeiende tumor niet tijdig wordt behandeld en agressief van aard is, zal deze op den duur doorgroeien in de blaasspier. Dan ontstaat een **spierinvasief** groeiende tumor.

Groeiwijzen

Een blaastumor groeit vrijwel altijd uit in de **blaasholte**. Bij onderzoek kunnen de volgende vormen worden onderscheiden:

- Een vlakke, soms wat rode en hobbelige structuur die net boven het slijmvliesweefsel uitkomt. Vaak is dit het geval bij een carcinoma in situ.



1.

Vlakke structuur

- Een druiventros- of bloemkoolvormig gezwelletje dat met een dun steeltje verbonden is aan de blaaswand. Vaak is dit het geval bij een niet-spierinvasief groeiende tumor (zie illustratie 2).



2.

Druiventros- of bloemkoolvormig gezwelletje

- Een solide (solide = vast, hecht, stevig) gezwel dat met een stevige, brede steel verbonden is aan de blaaswand. Dit kan het geval zijn bij een spierinvasief groeiende tumor (zie illustratie 3).



3- Solide gezwel

Uitzaaiingen

Wanneer de tumor is ingegroeid in de diepere lagen van de blaaswand, wordt het risico groter dat er kankercellen losraken die vervolgens in het lichaam worden verspreid:

- Via de **lymfevaten** kunnen losgeraakte kankercellen terecht komen in de lymfeklieren rond de blaas en ergens anders in het lichaam. Op deze wijze kunnen uitzaaiingen in de lymfeklieren ontstaan.
- Bij verspreiding van kankercellen via het **bloed** kunnen uitzaaiingen ontstaan in organen als de lever en de longen, en in de botten.

Blaaskanker is, evenals alle andere soorten kanker, **niet besmettelijk**. Ook via de urine is geen besmetting mogelijk.

Symptomen

Blaaskanker geeft in het beginstadium vrijwel geen klachten. Daardoor is het vaak moeilijk de ziekte in een vroeg stadium vast te stellen.

Symptomen die bij blaaskanker kunnen voorkomen zijn:

- bloed in de urine (meestal zonder pijn)
- pijn bij het plassen
- vaak moeten plassen

Deze symptomen wijzen niet zonder meer op blaaskanker.

Maar als u deze klachten heeft, is het verstandig naar uw huisarts te gaan. Zeker als er bloed in uw urine zit, is verder onderzoek naar de oorzaak ervan belangrijk.

Onderzoek voor de diagnose

Als u met een of meer van de hiervoor genoemde symptomen bij uw huisarts komt, zal deze meestal een urine-onderzoek laten doen. Zo nodig verwijst hij u daarna naar een uroloog.

Wanneer de uroloog vermoedt dat er sprake is van blaaskanker, zal hij de blaas en de andere delen van de urinewegen uitgebreid onderzoeken. Ook worden bloed en urine (opnieuw) nagekeken op afwijkende cellen. Het onderzoek is gericht op:

- De **plaats** van de tumor. Afwijkende cellen komen meestal uit de blaas, maar soms ook van andere plaatsen in de urinewegen die bekleed zijn met hetzelfde slijmvlies (zie pagina 41).
- De **aard** van de tumor. Is het een niet-spierinvasief groeiende of een spierinvasief groeiende tumor?

Cystoscopie

Cystoscopie is een 'kijkonderzoek' in de binnenkant van de blaas (de blaasholte). Hierbij wordt gebruikgemaakt van een cystoscoop. Dit is een holle buis met een kijkertje met sterk vergrotende lenzen. De cystoscoop wordt door de uroloog via de plasbuis tot in de blaasholte geschoven. Tijdens het inbrengen kan meteen de binnenkant van de plasbuis worden bekeken. Om de plasbuis glad te maken, wordt eerst een gelei in de plasbuis gespoten. Deze gelei bevat een verdovend middel.

Bij mannen is de plasbuis lang en bochtig. Daarom wordt bij hen meestal een flexibele cystoscoop gebruikt. Vrouwen hebben een korte, rechte plasbuis. Daarom kan bij vrouwen een niet-buigzame cystoscoop worden gebruikt.

Het onderzoek is niet pijnlijk, maar de meeste mensen vinden het wel onaangenaam.

Vaak wordt tijdens een cystoscopie (opnieuw) urine afgenomen en door een patholoog onderzocht op afwijkende cellen.

Als de uroloog een tumor in de blaas vindt, dan wordt deze verwijderd onder algehele verdoving of met een ruggenprik. Eerst wordt hiervoor een dikke, starre buis in de blaas ingebracht. Via deze buis wordt een instrument ingebracht om de tumor(en) weg te snijden. Een patholoog onderzoekt het verkregen weefsel onder de microscoop.

Met de verkregen uitslagen is een definitieve uitspraak mogelijk over de aard van de afwijking en kan tevens worden bepaald hoe diep de tumor in de blaaswand is ingegroeid. Als wordt vastgesteld dat de afwijking kwaadaardig is, is verdere behandeling nodig.

Onderzoek na de diagnose

Als uit de voorgaande onderzoeken blijkt dat de tumor niet alleen het slijmvlies, maar ook de spierlaag van de blaaswand heeft aangetast, is er sprake van een spierinvasief groeiende tumor. In dat geval is nader onderzoek nodig om na te gaan hoe ver de tumor zich heeft uitgebreid en of er uitzaaiingen zijn.

Aan de hand van deze gegevens kan worden bepaald welke behandeling de beste is.

Dit **kunnen** de volgende onderzoeken zijn:

- MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- skeletscintigrafie
- X-thorax (longfoto)
- CT-scan (computertomografie)

MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Bij deze onderzoeksmethode wordt gebruikgemaakt van een magneetveld in combinatie met radiogolven en een computer. Zo kunnen de nieren en urinewegen worden afgebeeld. De techniek maakt 'dwars- of lengtedoorsneden' van het lichaam zichtbaar, waardoor de tumor en eventuele uitzaaiingen in beeld komen. Tijdens dit onderzoek ligt u in een soort koker. Sommige mensen ervaren het onderzoek daardoor als benauwend.

Er zijn MRI-apparaten die nogal wat lawaai maken.

Hiervoor krijgt u oordopjes in; soms kunt u naar (uw eigen) muziek luisteren. Via de intercom blijft altijd contact bestaan tussen u en de laborant, die tijdens het onderzoek in een andere ruimte is.

Soms wordt tijdens het onderzoek, via een ader in uw arm, een contrastvloeistof toegediend.

Skeletscintigrafie

Een skeletscintigrafie (ofwel een botscan) is een onderzoek dat (eventuele) uitzaaiingen in de botten zichtbaar kan maken. Tijdens het maken van de botscan ligt u op een onderzoektafel, terwijl een camera langzaam over u heen beweegt.

Voor dit onderzoek krijgt u via een ader in uw arm een radioactieve stof toegediend. Na enkele uren komt deze stof in uw botten terecht en worden er foto's gemaakt.

De hoeveelheid radioactiviteit die gebruikt wordt is klein, waardoor er geen schadelijke effecten te verwachten zijn. Contact met anderen is gewoon mogelijk. Gedurende de wachttijd kunt u eventueel naar buiten.

Twee dagen na het onderzoek is de radioactieve stof vrijwel helemaal uit uw lichaam verdwenen.

X-thorax (longfoto)

Een longfoto (X-thorax) is een röntgenfoto van de borstkas waarmee wordt gekeken of er uitzaaiingen in de longen of daarbij gelegen lymfeklieren zijn. Gewoonlijk worden er twee overzichtsfoto's van de borstkas gemaakt. Eén waarbij de röntgenstralen van achteren naar voren door de borstkas gaan en één waarbij de röntgenstralen zijwaarts door de borstkas gaan.

Het onderzoek is pijnloos. U wordt gevraagd uw bovenkleden uit te doen en metalen sieraden af te doen. Deze kunnen namelijk het beeld verstoren. Om duidelijke foto's te krijgen, moet u diep inademen en uw adem even inhouden.

CT-scan (computertomografie)

Een computertomograaf is een apparaat waarmee organen en/of weefsels zeer gedetailleerd in beeld worden gebracht.

Bij blaaskanker wordt een CT-scan gebruikt om eventuele uitzaaiingen en een eventuele tumor in het nierbekken of de urineleiders aan te tonen.

Bij het maken van een CT-scan wordt gelijktijdig gebruikgemaakt van röntgenstraling en een computer. Het apparaat heeft een ronde opening waar u, liggend op een beweegbare tafel, doorheen wordt geschoven. Terwijl de tafel verschuift, maakt het apparaat een serie foto's waarop telkens een

ander 'plakje' van het orgaan of weefsel staat afgebeeld. Deze 'doorsneden' geven een beeld van de plaats, grootte en uitbreiding van eventuele uitzaaiingen.

Vaak is een contrastvloeistof nodig. Meestal krijgt u deze vloeistof tijdens het onderzoek in een bloedvat van uw arm gespoten.

Contrastvloeistof kan een warm en weeïg gevoel veroorzaken. Sommige mensen worden er een beetje misselijk van. Om ervoor te zorgen dat u hier zo min mogelijk last van heeft, is het advies enkele uren voor het onderzoek niet te eten en te drinken.

Er zijn mensen die overgevoelig zijn voor de contrastvloeistof. Als u denkt dat u eerder zo'n overgevoelighedsreactie heeft gehad (koorts, zweten, duizeligheid), is het belangrijk dit voor het onderzoek aan uw arts te melden. In dat geval zal voor een MRI worden gekozen.

Ook wanneer er sprake is van een gestoorde nierfunctie zal vaak een MRI gemaakt worden.

Stadium-indeling

Om te kunnen bepalen welke behandeling(en) hij u voorstelt, moet uw specialist weten uit welke soort kankercellen de tumor is ontstaan, hoe kwaadaardig deze zijn en wat het stadium van de ziekte is. Onder het stadium verstaat men de mate waarin de ziekte zich in het lichaam heeft uitgebreid.

De specialist stelt het stadium van de ziekte vast door onderzoek te doen naar:

- De plaats en de grootte van de tumor.
- De mate van doorgroei in het omringende weefsel.
- De aanwezigheid van uitzaaiingen in de lymfeklieren en/of organen elders in het lichaam.

Zie hiervoor ook het hoofdstuk 'Blaaskanker'.

Deze stadium-indeling is belangrijk voor de inschatting van de prognose en het bepalen van de behandeling.

Spanning en onzekerheid

Het kan enige tijd duren voordat u alle noodzakelijke onderzoeken heeft gehad en de aard en het stadium van uw ziekte bekend zijn.

Waarschijnlijk heeft u vragen over de aard van uw ziekte, het mogelijke verloop daarvan en de behandel-mogelijkheden. Vragen die tijdens de periode van onderzoeken nog niet te beantwoorden zijn.

Dat kan spanning en onzekerheid met zich meebrengen, zowel bij u als bij uw naasten. Het kan helpen als u weet wat er bij de verschillende onderzoeken gaat gebeuren. Die informatie krijgt u niet altijd vanzelf. Vraag er daarom gerust naar op de afdelingen waar de verschillende onderzoeken plaatsvinden.

Behandeling

De meest toegepaste behandelingen bij blaaskanker zijn:

- operatie (chirurgie)
- blaasspoeling met medicijnen
- bestraling (radiotherapie)
- chemotherapie (behandeling met celdodende of celdelingremmende medicijnen)

Vaak is een combinatie van deze behandelingen nodig.

Doel van de behandeling

Wanneer een behandeling tot doel heeft genezing te bereiken, dan wordt dat een **curatieve** behandeling genoemd.

Onderdeel daarvan kan een aanvullende behandeling zijn (**adjuvante** behandeling). Bijvoorbeeld chemotherapie na een operatie, om eventuele niet-waarneembare uitzaaiingen te bestrijden en daarmee de kans op terugkeer van de ziekte te verminderen.

Als de ziekte niet (meer) curatief kan worden behandeld, is een **palliatieve** behandeling mogelijk. Zo'n behandeling is gericht op het remmen van de ziekte en/of vermindering of het voorkomen van klachten.

Behandelplan

Bij het vaststellen van het behandelplan zijn verschillende specialisten betrokken. Zij maken gebruik van gezamenlijk vastgestelde landelijke richtlijnen.

De artsen stellen u een bepaalde behandeling voor op grond van:

- De soort blaastumor: een niet-spierinvasief groeiende of een spierinvasief groeiende tumor.
- Het aantal tumoren.
- De mate van kwaadaardigheid van de tumor (de gradering). Bij blaaskanker loopt de gradering (g) van g1 tot en met g3. Hoe hoger de gradering, des te kwaadaardiger de tumor en des te sneller de groei.
- Het stadium van de ziekte (zie pagina 12).
- Uw algemene lichamelijke conditie.

Als de tumor zich alleen in de blaas bevindt, is meestal een curatieve behandeling mogelijk.

Een palliatieve behandeling kan worden gegeven als de tumor niet beperkt is gebleven tot de blaas en als er uitzaaiingen ergens anders in het lichaam zijn.

Kijk in een van de volgende hoofdstukken voor welke behandeling u eventueel in aanmerking komt.

Nieuwe ontwikkelingen

Het onderzoek rond blaaskanker is momenteel gericht op het vinden van medicijnen voor blaasspoelingen die effectiever zijn en minder bijwerkingen hebben dan de huidige medicijnen.

Daarnaast zoekt men betere, zenuwsparende operatietechnieken die minder gevolgen hebben voor de seksualiteit.

Onderzoek is verder gericht op de waarde van adjuvante chemotherapie bij een recidief of uitzaaiingen.

Meer algemene informatie vindt u op onze website en in onze brochure **Onderzoek naar nieuwe behandelingen bij kanker**.

Afzien van behandeling

Op een gegeven moment kan bij u of bij uw arts de indruk bestaan, dat de behandeling of de gevolgen daarvan niet meer opwegen tegen de te verwachten resultaten. Hierbij zal het doel van de behandeling mogelijk een rol spelen. Het kan verschil maken of de behandeling bedoeld is om de ziekte te genezen of om de ziekte te remmen en klachten te verminderen.

Als u twijfelt aan de zin van (verdere) behandeling, bespreek dit dan in alle openheid met uw specialist of huisarts. Iedereen heeft het recht om af te zien van (verdere) behandeling.

Uw arts zal u de noodzakelijke medische zorg en begeleiding blijven geven om de hinderlijke gevolgen van uw ziekte zo veel mogelijk te bestrijden.

Behandeling niet-spierinvasieve blaastumor

De meest toegepaste behandeling bij een niet-spierinvasieve blaastumor zijn:

- Transurethrale resectie (TUR)
- blaasspoeling (blaasinstallatie)
- laserbehandeling

Dit zijn in opzet curatieve behandelingen.

Transurethrale resectie (TUR)

Een transurethrale resectie is een operatie waarbij de instrumenten via de plasbuis in de blaasholte worden gebracht. Er hoeft daardoor niet in het lichaam te worden gesneden. Om de tumor te verwijderen maakt de arts gebruik van een **diathermische lis**. Dat is een dunne, metalen draad van enkele millimeters die via een cystoscoop (zie pagina 8) in de blaas bij de tumor wordt gebracht. Vervolgens wordt een elektrische stroom door de draad geleid. Hiermee wordt het tumorweefsel laagje voor laagje weggesneden. Tijdens de operatie wordt de blaas gespoeld. Dit spoelwater wordt opgevangen. De stukjes weefsel worden eruit gezeefd en onderzocht door een patholoog om meer informatie te krijgen over de aard en de kwaadaardigheid van de tumor.

Voor een TUR wordt u enkele dagen opgenomen in het ziekenhuis. De operatie vindt plaats onder plaatselijke verdoving (ruggenprik) of onder volledige narcose.

Risico op terugkeer (recidief)

Na een TUR is er een aanzienlijk risico (60 tot 70%) dat de tumor binnen een jaar terugkeert. Dit noemt men een **recidief**. Hoe kwaadaardiger de tumor, des te meer risico op een recidief. Het risico op terugkeer berekent men aan de hand van onder meer het aantal tumoren, de tumorgrootte en de mate van kwaadaardigheid.

De tumor wordt op grond daarvan ingedeeld in een **risicogroep**:

- laag risico
- intermediair of gemiddeld risico
- hoog risico

Meestal vindt een paar maanden na een TUR controle op een recidief plaats. Dit gebeurt via een cystoscopie (zie pagina 8). Afhankelijk van de bevindingen worden daarna nieuwe controles afgesproken.

Om het risico op een recidief te verminderen, is soms een **adjuvante** behandeling nodig. Meestal bestaat zo'n behandeling uit een of meer blaasspoelingen (zie hieronder). Daarna duurt het langer voordat de tumor terugkeert. Bij sommige patiënten keert de tumor zelfs helemaal niet meer terug. Als na verloop van tijd toch een recidief optreedt, is meestal een nieuwe behandeling mogelijk.

Blaasspoeling (blaasinstallatie) - Voor een blaasspoeling wordt eerst een blaaskatheter ingebracht. Soms wordt daarbij een verdovende gelei gebruikt. Via de katheter (dunne slang) loopt alle urine uit de blaas. Daarna worden medicijnen, die opgelost zijn in een vloeistof, in de blaas gebracht. Na het inbrengen van de medicijnen wordt de katheter meteen weer verwijderd. Als de blaas goed leeg blijft, kunnen de medicijnen de hele blaaswand bereiken en hebben daardoor een beter effect. Daarom moet u voor en tijdens de spoeling zo weinig mogelijk drinken. Na de spoeling plast u de spoelvloeistof gewoon uit. Vanwege mogelijke resten medicijnen die schadelijk kunnen zijn, is het wel aan te bevelen voorzichtig te zijn. Het advies aan mannen is bijvoorbeeld om zittend te plassen (om spetteren te voorkomen). De hoeveelheid blaasspoelingen is afhankelijk van het berekende risico op terugkeer van de tumor. Afhankelijk van de risicogroep waartoe de tumor behoort, wordt besloten welke en hoeveel blaasspoelingen

gegeven worden. De behandeling vindt poliklinisch plaats.

Er worden twee soorten **medicijnen** gebruikt: celdodende en celdelingremmende medicijnen (**cytostatica**) en medicijnen die een afweerreactie tegen kankercellen stimuleren (**immunomodulatoren**).

- **Cytostatica** werken sterk op cellen die snel delen, zoals kankercellen, en minder sterk op gezonde cellen. Tijdens een blaasspoeling blijft het cytostaticum dat voor de blaasspoelingen gebruikt wordt (mitomycine) een à twee uur in de blaas. Deze behandeling wordt meestal gedurende zes tot twaalf maanden na de operatie gegeven. Patiënten met een laag risico blaastumor krijgen meestal één spoeling binnen 12 tot 24 uur na de TUR.

- Van de **immunomodulatoren** (BCG en immunocyanine) is de precieze werking nog niet helemaal bekend. Immunocyanine bestaat uit dierlijk eiwit. BCG is een vaccin tegen tuberculose, dat ook werkzaam blijkt bij blaaskanker. Er zijn aanwijzingen dat deze medicijnen het lichaam aanzetten tot afweer tegen de kwaadaardige cellen. De behandeling is daarmee een vorm van **immunotherapie** (behandeling met medicijnen die een afweerreactie tegen kankercellen stimuleert).

Na de operatie worden de spoelingen wekelijks gedurende zes weken gegeven. Afhankelijk van het middel volgt daarna gedurende een tot drie jaar een onderhoudsbehandeling, waarbij het middel maandelijks of driemaandelijks wordt toegediend.

De keuze van het medicijn is afhankelijk van de risicogroep (zie pagina 17). Patiënten met een laag risico blaastumor krijgen een spoeling met cytostatica. Een gemiddeld risico blaastumor wordt behandeld met cytostatica óf immunomodulatoren. Aan mensen met een hoog risico blaastumor worden immunomodulatoren gegeven.

De meest voorkomende **bijwerkingen** van een blaasspoeling zijn bloed in de urine, vaak moeten plassen en/of pijn tijdens het plassen.

Deze bijwerkingen komen bij het gebruik van **mitomycine** soms voor.

Bij het gebruik van **BCG** komen deze klachten vaker voor, met name aan het einde van de zes wekelijkse spoelingen.

Na het stoppen van de behandeling herstelt het slijmvlies zich en verdwijnen de klachten meestal één dag na de laatste spoeling. Blijven de klachten langer bestaan, neem dan contact op met uw behandelend arts. Dat is ook verstandig als u zich in algemene zin niet lekker voelt en koorts (boven 38,5 °C) en/of gewrichtszwellingen krijgt. De genoemde klachten zijn over het algemeen goed te behandelen. Wél is het soms nodig om verdere spoelingen uit te stellen of zelfs helemaal te stoppen met de spoelingen.

Laserbehandeling

De laserbehandeling vindt alleen plaats wanneer er telkens kleine nieuwe tumoren gevonden worden. Bij een laserbehandeling worden laserstralen op de tumor gericht. Zij zorgen ervoor dat de tumorcellen als het ware verdampen.

Evenals een TUR vindt een laserbehandeling plaats met een cystoscoop via de plasbuis.

De behandeling wordt onder plaatselijke verdoving uitgevoerd en kan in principe tijdens een dagbehandeling plaatsvinden.

Behandeling spierinvasieve blaastumor

De meest toegepaste behandelingen bij een spierinvasieve blaastumor zijn:

- operatie
- bestraling (uitwendig en inwendig)

Bij spierinvasief groeiende blaastumoren heeft een operatie als curatieve behandeling de voorkeur. Voor sommige mensen is een operatie een te grote belasting vanwege hun leeftijd en/of lichamelijke conditie. Er zijn ook mensen die een dergelijke operatie niet willen. In die situaties wordt meestal (uitwendige) bestraling geadviseerd. Als er geen uitzaaiingen zijn, is deze behandeling in opzet curatief. Sommige mensen komen in aanmerking voor inwendige bestraling. Deze behandeling (vaak in combinatie met uitwendige bestraling) is eveneens curatief bedoeld.

Operatieve verwijdering van de blaas

Bij een operatieve verwijdering van de blaas verwijdert de uroloog eerst de lymfeklieren rondom de blaas. Als bij de operatie vergrote lymfeklieren worden gevonden, onderzoekt de patholoog deze tijdens de operatie op de aanwezigheid van kankercellen. Als daarbij blijkt dat de ziekte te ver is uitgezaaid, wordt de operatie soms afgebroken. In dat geval krijgt u een palliatieve behandeling voorgesteld. Als zich in de lymfeklier geen kankercellen bevinden wordt de blaas verwijderd, samen met de omringende lymfeklieren.

Bij **mannen** worden meestal ook de prostaat en de zaadblaasjes (het laatste deel van de zaadleiters, vlakbij de prostaat) weggehaald en soms ook de plasbuis.

Bij **vrouwen** wordt meestal ook de baarmoeder verwijderd. Soms worden bovendien de plasbuis, een deel van de vagina en de eierstokken verwijderd.

Een operatieve verwijdering van de blaas wordt altijd gevolgd door de aanleg van een nieuwe (orthotope) blaas of een kunstmatige uitgang voor de urine (urinestoma) (zie pagina 25).

Bij uitzondering hoeft niet de gehele blaas maar slechts een deel van de blaas te worden verwijderd.

Uitwendige bestraling

Bij blaaskanker kan de uitwendige bestraling zowel op de tumor in de blaas als op eventuele uitzaaiingen worden gegeven.

Als er uitzaaiingen zijn, is de bestraling een palliatieve behandeling.

Bestraling is een plaatselijke behandeling met als doel de kankercellen te vernietigen, terwijl de gezonde cellen zo veel mogelijk gespaard blijven. Kankercellen verdragen straling slechter dan gezonde cellen en herstellen zich er minder goed van. Gezonde cellen herstellen zich over het algemeen wel.

De straling komt uit een bestralingstoestel (lineaire versneller). Het te behandelen gebied wordt van buitenaf - door de huid heen - bestraald. De radiotherapeut of radiotherapeutisch laborant zorgt ervoor dat de stralenbundel nauwkeurig wordt gericht en dat het omliggende, gezonde weefsel zo veel mogelijk buiten het te bestralen gebied blijft.

Over het algemeen duurt een bestralingsbehandeling ongeveer zes weken en heeft vier tot vijf maal per week plaats. In die periode krijgt u per keer gedurende een aantal minuten een kleine dosis straling. Voor uitwendige bestraling is geen opname in het ziekenhuis nodig.

Bijwerkingen – Bestraling beschadigt niet alleen kankercellen, maar ook gezonde cellen in het bestraalde gebied.

Daardoor kunt u met een aantal bijwerkingen te maken krijgen:

- Over het algemeen hebben patiënten tijdens de bestralingsperiode last van vermoeidheid.
- Bij sommige mensen ontstaat een rode of donker verkleurde huid (en soms blaren) op de bestraalde plek.
- Bij sommige mensen treedt uitval van schaamhaar op.

Andere bijwerkingen kunnen zijn:

- Pijn bij het plassen, vaker moeten plassen en/of bloed in de urine.
- Buikkrampen, dunne ontlasting en/of diarree.
- Blaaskramp, bij kramp moeten plassen of spontaan urineverlies.

De meeste klachten verdwijnen meestal enkele weken na afloop van de behandeling. Sommige mensen merken echter nog lang na hun behandeling dat zij eerder vermoeid zijn dan voor hun ziekte.

Op de bestralingsafdeling krijgt u gerichte adviezen om zo min mogelijk last van de bijwerkingen te hebben.

Inwendige bestraling

Sommige mensen komen in aanmerking voor inwendige bestraling (**brachytherapie**, brachy = Grieks voor 'dichtbij'). Deze behandeling is in opzet curatief en vindt na een kortdurende uitwendige bestraling plaats. Voor de behandeling is opname in het ziekenhuis nodig.

Bij inwendige bestraling wordt radioactief materiaal in of bij de tumor geplaatst en vindt bestraling van binnenuit plaats. Het inbrengen van de bronhouders gebeurt onder algehele of plaatselijke (ruggenprik) verdoving. Nabijgelegen lymfeklieren kunnen niet worden meebestraald. Als dit wel nodig is, kan de behandelend specialist voor een andere behandeling of een combinatie van behandelingen kiezen.

Tijdens de inwendige bestraling verblijft u, vanwege de straling, in een kamer met speciale voorzieningen.

Daar wordt u aangesloten op een 'afterloading apparaat'. Dit apparaat brengt radioactiviteit over naar de bronhouders die door middel van een operatie in uw blaas zijn geplaatst. De radiotherapeut berekent nauwkeurig hoeveel straling u nodig heeft. Tijdens de behandeling wordt via een blaaskatheter de urine afgevoerd.

Als de bestraling klaar is, wordt het afterloading apparaat losgekoppeld en worden de bronhouders verwijderd. U bent daarna vrij van straling.

Bijwerkingen – Tijdens en na de behandeling kunt u last van blaaskrampen krijgen. Deze krampen geven het gevoel dat u moet plassen, terwijl de blaas leeg is: u heeft immers een blaaskatheter. U kunt voor de blaaskrampen medicijnen krijgen.

Na de behandeling kunnen de littekens pijnlijk zijn. Ook merken veel mensen dat zij vaker moeten plassen, ook 's nachts. Een enkele keer komt het voor dat iemand na de behandeling moeite heeft om zijn plas op te houden.

Chemotherapie

Chemotherapie is de behandeling van kanker met celdodende of celdelingremmende medicijnen: **cytostatica**. Er zijn verschillende soorten cytostatica, elk met een eigen werking. De medicijnen kunnen op verschillende manieren worden toegediend, bijvoorbeeld per infuus, als tablet of per injectie. Via het bloed verspreiden zij zich door uw lichaam en kunnen op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken. Vaak worden verschillende combinaties van medicijnen gegeven.

Chemotherapie wordt bij blaaskanker vrijwel alleen toegepast als **palliatieve** behandeling.

Bij een deel van de patiënten worden de uitzaaiingen daardoor kleiner. Het ziekteproces wordt op die manier geremd. Bij ongeveer een kwart van de mensen die met chemotherapie worden behandeld, is

de tumor na enige tijd zelfs niet meer zichtbaar. Dat noemt men **complete remissie**. Helaas komt de tumor na enige tijd meestal weer terug, omdat er kleine resten van de tumor zijn achtergebleven. Deze zijn met de huidige technieken niet waar te nemen.

Cytostaticakuur – Meestal worden de cytostatica gedurende een aantal dagen toegediend volgens een vastgesteld schema. Hierna volgt een rustperiode van een aantal dagen waarin u geen cytostatica krijgt. Een dergelijk schema van toediening met daarna een rustperiode heet een cytotostaticakuur. Zo'n kuur wordt enige malen herhaald. Na een aantal kuren wordt onderzoek gedaan naar het effect van de behandeling.

Bijwerkingen – Cytostatica tasten naast kankercellen ook gezonde cellen aan. Daardoor kunnen onaangename bijwerkingen optreden. Haaruitval, misselijkheid, braken, darmstoornissen, een verhoogd risico op infecties en vermoeidheid zijn hiervan enkele voorbeelden. Acute misselijkheid en overgeven zijn meestal te bestrijden met medicijnen. De bijwerkingen verminderen doorgaans geleidelijk nadat de cytotosticatoediening is beëindigd. Vermoeidheid kan na de behandeling echter nog lang aanhouden.

Of u last krijgt van bijwerkingen hangt onder meer af van de soorten en hoeveelheden cytostatica die u krijgt.

Als gevolg van de behandeling met cytostatica kan onvruchtbaarheid optreden, soms blijvend. Patiënten met een (toekomstige) kindwens, kunnen dit het beste voor het begin van de behandeling met hun specialist bespreken.

Met vragen over bijwerkingen kunt u terecht bij uw specialist of gespecialiseerd verpleegkundige.

Orthotope blaas of urinestoma

Wanneer de blaas is verwijderd, kan de urine niet meer worden opgeslagen. Een operatieve verwijdering van de blaas wordt daarom gevolgd door de aanleg van een nieuwe (orthotope) blaas, die op de plasbuis wordt aangesloten.

Als naast de blaas ook de plasbuis is verwijderd, kan de urine het lichaam niet meer langs de natuurlijke weg verlaten. Dan zal bij de operatie niet een orthotope blaas maar een urinestoma worden aangelegd.

Voor de aanleg van een orthotope blaas en een urinestoma wordt een stuk van uw darmen gebruikt. De darmuiteinden worden vervolgens weer aan elkaar gehecht.

Orthotope blaas (nieuwe blaas)

Als het sluitspiermechanisme van de blaas nog intact is, kan de uroloog een kunstmatige blaas aanleggen: een orthotope blaas, ook wel **neo-blaas** genoemd. Deze nieuwe blaas wordt gemaakt van een stuk darm. Daarin wordt de urine opgevangen. De uroloog verbindt de kunstmatige blaas met de plasbuis. Als u een orthotope blaas heeft, voelt u meestal niet meer wanneer u moet plassen. U zult dan 'op de klok' moeten plassen. Ook bestaat het risico dat u last krijgt van incontinentie.

Een andere mogelijke bijwerking is dat u niet kunt plassen (urine-retentie). In dat geval leegt u de blaas met behulp van een blaaskatheter.

Urinestoma

Als bij u geen orthotope blaas kan worden aangelegd, krijgt u een kunstmatige uitgang op uw buik, een urinestoma.

Er zijn twee soorten urinestoma's:

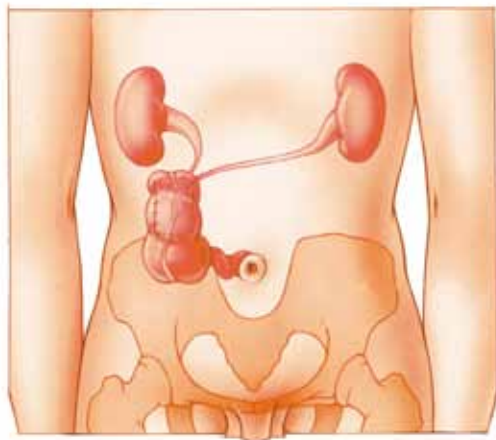
- Een continent urinereservoir (ook 'continent urinestoma' of 'Indianapouch' genoemd).

- Een nat stoma (ook 'incontinent stoma' of 'stoma volgens Bricker' genoemd).

Wat voor u het meest geschikt is, hangt af van uw leeftijd, conditie, de chirurgische mogelijkheden en uiteraard uw wensen. Uw uroloog is de aangewezen persoon om dit mee te bespreken.

Continent urinereservoir – Een continent urine-reservoir wordt gemaakt van een deel van de darmen. De uroloog sluit hierop aan de ene kant de twee urineleiders aan. Hierdoor komt de urine in het reservoir terecht. Aan de andere kant maakt hij een klep, waardoor de urine niet naar buiten kan stromen. De uitgang van het reservoir wordt onder in de buik gemaakt, soms in de navel. Dat is de urinestoma: een klein, rond gaatje (zie illustratie 4).

U maakt zelf het reservoir leeg met behulp van een katheter. Dit moet u minimaal viermaal per dag doen. Daarom is het urinereservoir niet voor iedereen geschikt. Bovendien is deze methode niet geschikt voor patiënten met slechtwerkende nieren.

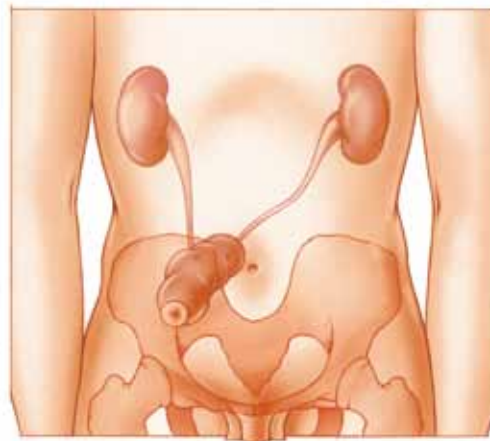


4-
Continent urinereservoir

Nat stoma – Voor een nat stoma wordt een stukje van ongeveer vijftien centimeter uit de dunne darm gebruikt. De chirurg maakt de ene kant van dit stuk darm dicht en sluit de twee urineleiders hierop aan. Rechtsonder in de buikwand maakt hij een kleine opening. De open kant van het stukje darm wordt hierdoor naar buiten geschoven. Daarna wordt het vastgehecht op de buikhuid (zie illustratie 5): de urinestoma.

Rondom de urinestoma wordt een opvangzakje bevestigd. De urine loopt nu voortaan vanaf de nieren via de urineleiders in de stoma en van daaruit in het opvangzakje.

Bij deze methode moet u 24 uur per dag opvangmateriaal op de buik dragen.



5-
Nat stoma

Leren leven met een stoma

Vooral in het begin zal alles wat met de stoma te maken heeft onwennig zijn. In het ziekenhuis krijgt u nog hulp en zorg, maar eenmaal thuis moet u er zelf verder mee (leren) leven.

Misschien vraagt u zich af of met een stoma wel normaal te leven valt. Of bent u bang dat anderen de stoma en het opvangzakje zullen zien, horen of ruiken.

Over het algemeen hoeft een stoma geen belemmering te zijn om weer aan het werk te gaan. Bij zwaar lichamelijk werk is overleg met uw behandelend arts en bedrijfsarts wel aan te raden. Als u wilt sporten, dan doet u er goed aan dit met uw behandelend arts te bespreken. Het beoefenen van de meeste sporten blijkt doorgaans mogelijk.

Of en in hoeverre u uw bezigheden als voorheen kunt uitvoeren, hangt voor een belangrijk deel af van het resultaat van de behandeling.

Stomaverpleegkundigen

In veel ziekenhuizen kunt u een beroep doen op speciaal opgeleide stomaverpleegkundigen. Een aantal grote ziekenhuizen kent daarnaast een zogenoemde stomapolikliniek waar stomaverpleegkundigen patiënten adviseren. U kunt ook bij hen terecht voor adviezen betreffende werk, vakantie, sport, seksualiteit, verzekering, lotgenotencontact en voeding.

De stomaverpleegkundigen beschikken over materialen zoals opvangzakjes, stomaverzorgingsmiddelen en informatiemateriaal.

Ook als u in een ander ziekenhuis onder behandeling of controle bent, kunt u bij hen terecht.

Bij het secretariaat van de Nederlandse Stomavereniging is een lijst met stomaverpleegkundigen op te vragen. U kunt rechtstreeks contact opnemen met een stomaverpleegkundige. Informeer wel of een verwijfskaart van een arts nodig is.

Vergoeding

Gezien de regelmaat waarmee regelingen voor vergoedingen van hulpmiddelen worden gewijzigd, is het verstandig bij uw zorgverzekeraar, uw stomaverpleegkundige of bij de Nederlandse Stomavereniging na te gaan wat uw verzekering vergoedt.

Patiëntenorganisatie

Speciaal opgeleide ervaringsdeskundigen van de Nederlandse Stomavereniging kunnen u goed informeren over zaken die te maken hebben met stoma's. Ook voor contact met lotgenoten – om bijvoorbeeld praktische ervaringen uit te wisselen – kunt u bij deze patiëntenvereniging terecht, zie pagina 36.

Overleving en gevolgen

Bij blaaskanker is het moeilijk aan te geven wanneer iemand echt genezen is. Ook na een in opzet curatieve behandeling bestaat het risico dat de ziekte terugkomt. We spreken daarom liever niet van 'genezingspercentages' maar van 'overlevingspercentages'. Daarbij wordt meestal een periode van vijf jaar vanaf de diagnose aangehouden. Het risico op terugkeer is doorgaans kleiner naarmate de periode dat de ziekte niet aantoonbaar is, langer duurt.

Overleving

Niet-spie rinvasieve blaastumoren – Afhankelijk van de risicogroep waartoe de tumor behoort (zie pagina 17), keert na behandeling bij 20 tot 70% van de patiënten een niet-spie rinvasieve blaastumor terug. Het gaat dan bijna altijd opnieuw om een niet-spie rinvasief groeiende blaastumor. De vijfjaarsoverleving is ook dan ongeveer 70 tot 90%. Soms keert een niet-spie rinvasieve blaastumor na behandeling terug als een spie rinvasief groeiende tumor. Dan zijn de vooruitzichten slechter.

Spie rinvasieve blaastumoren

Bij spie rinvasieve blaastumoren lopen de overlevingspercentages uiteen:

- Na een in opzet curatieve operatie is de vijfjaars-overleving, afhankelijk van de grootte van de tumor, tussen de 30 en 80%.
Als er uitzaaiingen zijn gevonden, dan is de vijfjaars-overleving bij uitzaaiingen in de lymfeklieren ongeveer 30% en bij uitzaaiingen ergens anders in het lichaam ongeveer 10%.
- Na een curatieve inwendige bestraling – als de tumor niet door de blaaswand is heengegroeid – is de vijfjaarsoverleving ongeveer 50 tot 75%.
- Na een curatieve uitwendige bestraling is de vijfjaarsoverleving ongeveer 30 tot 60%.

Overlevingspercentages voor een groep patiënten zijn niet zomaar naar uw individuele situatie te vertalen. Wat u persoonlijk voor de toekomst mag verwachten, kunt u het beste met uw behandelend arts bespreken.

Controle

U zult voor een aantal jaren onder controle blijven bij uw arts en regelmatig een onderzoek krijgen om te kijken of de tumor is teruggekomen. Hoelang u onder controle zult blijven hangt af van de aard van uw tumor.

Gevolgen

Kanker heeft vaak gevolgen. Soms hebben die met de ziekte zelf of met eventuele uitzaaiingen te maken, soms met de behandeling.

Pijn – Kanker kan pijn veroorzaken. In het begin van de ziekte hebben veel mensen geen pijn. Als de ziekte zich uitbreidt of bij uitzaaiingen, kan er wel pijn optreden.

Meer informatie over pijn, de verschillende soorten behandelingen, wat u zelf kunt doen en misverstanden rondom pijnbestrijding, vindt u op onze website en in onze brochure **Pijn bij kanker**.

Voeding bij kanker – De ziekte en de behandeling kunnen leiden tot ongewenst gewichtsverlies. Meer informatie vindt u op onze website en in onze brochure **Voeding bij kanker**.

Vermoeidheid – Vermoeidheid kan ontstaan door kanker en/of de behandeling van kanker. Sommige mensen krijgen enige tijd na de behandeling nog last van (extreme) vermoeidheid. De vermoeidheid kan lang aanhouden. Meer informatie vindt u op onze website en in onze brochure **Vermoeidheid na kanker**.

Seksualiteit

Kanker en seksualiteit, dat is op het eerste gezicht misschien een wat merkwaardige combinatie. Immers, bij seksualiteit denken we aan plezier en ontspanning, terwijl kanker het tegenovergestelde beeld oproept. Bovendien, als je kanker hebt, heb je wel iets anders aan je hoofd dan seks, denkt u misschien. Dat is zeker zo wanneer u net weet dat u kanker heeft of als u een behandeling ondergaat. Maar na verloop van tijd hoort seksualiteit er vaak weer bij. Het kan dan tijd kosten voor er ook weer seksueel contact is.

Gevolgen van de behandeling

Vooraf een stoma kan spanningen geven in de seksuele relatie. Onzekerheid over het opvangzakje kan het ongedwongen vrijen belemmeren.

Bovendien kunnen bij een operatie de zenuwen naar de geslachtsorganen worden beschadigd. Bij mannen kunnen in zo'n geval erectiestoornissen optreden. Bij vrouwen kunnen als gevolg van de operatie veranderingen in de vorm van de vagina ontstaan. Ook krijgen vrouwen vaak last van een droge vagina.

Het is dus belangrijk dat u en uw partner samen met uw arts bespreken welke gevolgen de behandeling kan hebben voor de seksualiteit.

Ontstaan er na een operatie problemen op seksueel gebied, dan is het verstandig dit met uw behandelend arts, de stomaverpleegkundige of uw huisarts te bespreken. Zij kunnen u eventueel verwijzen naar andere deskundigen op dit gebied.

Meer informatie vindt u op onze website en in onze brochure **Kanker en seksualiteit**.

Een moeilijke periode

Leven met kanker is niet vanzelfsprekend. Dat geldt voor de periode dat er onderzoeken plaatsvinden, het moment dat u te horen krijgt dat u kanker heeft en de periode dat u wordt behandeld.

Na de behandeling is het meestal niet eenvoudig de draad weer op te pakken. Ook uw partner, kinderen, familieleden en vrienden krijgen veel te verwerken. Vaak voelen zij zich machteloos en wanhopig, en zijn bang u te verliezen.

Er bestaat geen pasklaar antwoord op de vraag hoe u het beste met kanker kunt leven. Iedereen is anders en elke situatie is anders. Iedereen verwerkt het hebben van kanker op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo. Uw stemmingen kunnen heel wisselend zijn. Het ene moment bent u misschien erg verdrietig, het volgende moment vol hoop.

Misschien raakt u door de ziekte en alles wat daarmee samenhangt uit uw evenwicht. U heeft het gevoel dat alles u overkomt en dat u zelf nergens meer invloed op heeft.

De onzekerheden die kanker met zich meebrengt, zijn niet te voorkomen. Er spelen vragen als: slaat de behandeling aan, van welke bijwerkingen zal ik last krijgen en hoe moet het straks verder.

U kunt wel meer grip op uw situatie proberen te krijgen door goede informatie te zoeken, een dagboek bij te houden of er met anderen over te praten: met mensen uit uw omgeving, uw (huis)arts of (wijk) verpleegkundige.

Er zijn ook mensen die alles liever over zich heen laten komen en hun problemen en gevoelens voor zich houden. Bijvoorbeeld omdat zij een ander er niet mee willen belasten of gewend zijn alles eerst zelf uit te zoeken.

Extra ondersteuning

Sommige mensen zouden graag extra ondersteuning willen hebben van een deskundige om stil te staan bij wat hen allemaal is overkomen.

Zowel in als buiten het ziekenhuis kunnen verschillende zorgverleners u extra begeleiding bieden.

Er zijn speciale organisaties voor emotionele ondersteuning. Kijk hiervoor achter in deze brochure bij IPSO/FINK.

Contact met lotgenoten

Het uitwisselen van ervaringen en het delen van gevoelens met iemand in een vergelijkbare situatie kunnen helpen de moeilijke periode door te komen. Lotgenoten hebben vaak aan een half woord genoeg om elkaar te begrijpen. Daarnaast kan het krijgen van praktische informatie belangrijke steun geven. Contact met lotgenoten kan tot stand komen via een patiëntenorganisatie. Kijk voor meer informatie op pagina 36.

Thuiszorg

Het is verstandig om tijdig met uw huisarts of wijkverpleegkundige te overleggen welke hulp en ondersteuning nodig en mogelijk is en hoe die het beste geboden kan worden, zie pagina 38.

Meer informatie

Op onze website en in onze brochure **Verder leven met kanker** kunt u meer informatie vinden over de emotionele en sociale kanten van kanker.

Wilt u meer informatie?

Heeft u vragen naar aanleiding van deze brochure, blijf daar dan niet mee lopen. Vragen over uw persoonlijke situatie kunt u het beste bespreken met uw specialist of huisarts. Vragen over medicijnen kunt u ook stellen bij uw apotheek.

KWF Kankerbestrijding

Patiënten en hun naasten met vragen over de behandeling, maar ook met zorgen of twijfels, kunnen op verschillende manieren met onze voorlichters in contact komen:

- U kunt bellen met onze **gratis KWF Kanker Infolijn: 0800 - 022 66 22** (kijk op onze website voor de openingstijden).
- U kunt via onze site www.kwfkankerbestrijding.nl een vraag stellen op het tijdstip dat het u het beste uitkomt. Klik daarvoor op 'Contact' bovenin de homepage. Uw vraag wordt per e-mail of telefonisch beantwoord.
- U kunt onze voorlichters ook spreken op ons **kantoor**: Delflandlaan 17 in Amsterdam (ma – vrij: 9.00 – 17.00 uur). U kunt daarvoor het beste van tevoren even een afspraak maken.

Internet en brochures

Op onze website vindt u de meest actuele informatie over allerlei aspecten van kanker.

Onderwerpen die mogelijk interessant voor u zijn:

- Radiotherapie
- Chemotherapie
- Immunotherapie
- Verder leven met kanker
- Kanker... in gesprek met je arts
- Voeding bij kanker
- Pijn bij kanker
- Uitzaaiingen bij kanker
- Onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker
- Alternatieve behandelingen bij kanker

- Kanker in de familie, is het erfelijk?
- Vermoeidheid na kanker
- Kanker en seksualiteit
- Als kanker meer is dan je aankunt
- Kanker... en hoe moet het nu met mijn kinderen?
- Kanker... als je weet dat je niet meer beter wordt
- Kanker... als de dood dichtbij is
- De dvd 'Kanker... en dan' met ervaringen van mensen met kanker

Over veel onderwerpen hebben we ook brochures beschikbaar. Deze zijn gratis te **bestellen** via www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen.

Andere nuttige adressen en websites

Vereniging Waterloop – Dit is de patiëntenorganisatie voor mensen met blaas- of nierkanker. Kijk voor meer informatie en telefoonnummers voor lotgenotencontact op: www.waterloop.nfk.nl

Nederlandse Stomavereniging – Deze organisatie streeft naar het bevorderen van de lichamelijke, psychische en sociale conditie van mensen met een stoma. De vereniging heeft een bezoeken dienst, organiseert voorlichtingsbijeenkomsten en lotgenotencontact, geeft een verenigingsblad uit en behartigt de belangen van stomapatiënten. Over een aantal onderwerpen, waaronder 'urinestoma', 'stoma en seksualiteit', 'stoma en werk' en 'stoma en reizen' heeft de vereniging speciale brochures samengesteld. Via de bezoeken dienst kan een patiënt een persoonlijk gesprek aanvragen met iemand die al langer een stoma heeft. Ook niet-leden kunnen gebruikmaken van de bezoeken dienst. Mensen die in een vergelijkbare situatie hebben verkeer, kunnen uit persoonlijke ervaring vaak aanvoelen wat er in een patiënt omgaat en zo goede ondersteuning geven bij het leren leven met een stoma.

Nederlandse Stomavereniging

T (0346) 26 22 86 (ma - do: 9.30 – 12.30 uur en 13.30 – 16.00 uur)
www.stomavereniging.nl

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Binnen de NFK werken 25 patiëntenorganisaties samen. Zij geven steun en informatie, en komen op voor de belangen van (ex-)kankerpatiënten en hun naasten. De NFK werkt eraan om hun positie in zorg en maatschappij te verbeteren. Het NFK bureau en de kankerpatiëntenorganisaties werken samen met en worden gefinancierd door KWF Kankerbestrijding.

NFK

T (030) 291 60 90
www.nfk.nl

De NFK zet zich in voor mensen die kanker hebben (gehad) en als gevolg van de ziekte en/of de behandeling kampen met ernstige **vermoeidheidsproblemen**. Kijk voor meer informatie op: www.nfk.nl en typ rechtsboven 'Vermoeidheid' in.

De NFK heeft een platform voor werkgevers, werknemers en mantelzorgers over **kanker en werk**. De werkgever vindt er bijvoorbeeld tips, suggesties en praktische informatie om een medewerker met kanker beter te kunnen begeleiden. Ook is het mogelijk om gratis folders te downloaden of te bestellen. Voor meer informatie: www.kankerenwerk.nl.

Integrale kankercentra

In Nederland zetten integrale kankercentra zich in voor het optimaliseren van de zorg voor mensen met kanker. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is de landelijke organisatie gericht op het verbeteren van bestaande behandelingen, onderzoek naar nieuwe behandelmethoden en medische en psychosociale

zorg. Het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ) richt zich op Brabant en Noord-Limburg.

Voor meer informatie: www.iknl.nl of www.ikz.nl.

Thuiszorg

Het is verstandig om tijdig met uw huisarts of wijkverpleegkundige te overleggen welke hulp en ondersteuning nodig is en hoe die het beste geboden kan worden.

Informeer over regelingen bij uw gemeente of kijk voor meer informatie op www.rijksoverheid.nl, klik op 'Onderwerpen' en typ 'Thuiszorg' in.

IPSO/FINK

Inloophuizen en Therapeutische Centra bieden patiënten en hun naasten steun bij de verwerking van kanker.

Voor adressen van Inloophuizen en Therapeutische Centra zie www.ipso.nl.

Herstel & Balans

Herstel & Balans is een revalidatie-programma in groepsverband voor mensen met kanker.

Het programma duurt drie maanden en bestaat uit een combinatie van lichaamsbeweging, thema-bijeenkomsten, informatie en lotgenotencontact.

Voor deelname is een verwijzing van uw behandelend arts nodig.

Voor meer informatie: www.herstel-en-balans.nl.

Look Good...Feel Better

De stichting Look Good...Feel Better (voorheen Goed Verzorgd, Beter Gevoel) geeft praktische informatie en advies over uiterlijke verzorging bij kanker.

Voor meer informatie: www.lookgoodfeelbetter.nl.

Vakantie en recreatie (NBAV)

De Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties (NBAV) biedt zowel aangepaste vakanties als accommodaties aan voor onder meer kankerpatiënten en hun naasten. Jaarlijks wordt de **Blauwe Gids** uitgegeven, met een overzicht van de mogelijkheden. Deze gids is te bestellen via (088) 335 57 00 of www.deblauwegids.nl.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

De NPCF behartigt de belangen van iedereen die gebruikmaakt van de zorg. De organisatie heeft brochures en online informatie over patiëntenrecht, klachtenprocedures enzovoort.

Voor het boekje over Informatie en toestemming: www.npcf.nl; typ als trefwoord 'Informatie en toestemming' in.

NPCF

T (030) 297 03 03

www.npcf.nl

Erfocentrum

Het Erfocentrum is het Nationaal Informatiecentrum Erfelijkheid, Kinderwens en Medische Biotechnologie en geeft voorlichting over erfelijke en aangeboren aandoeningen. Ook geven zij informatie over erfelijkheid (zoals DNA, genmutatie) en genetisch onderzoek (bijvoorbeeld DNA test).

Kijk voor meer informatie op www.erfocentrum.nl of www.erfelijkheid.nl.

Bijlage: Risicofactoren

Over de oorzaken van blaaskanker is nog weinig bekend. Wel kennen we een paar **risicofactoren** waardoor sommige mensen een groter risico op blaaskanker hebben.

De belangrijkste risicofactor is **roken**. Men neemt aan dat bij 30 à 40% van de mensen met blaaskanker roken de oorzaak van het ontstaan van hun ziekte is. Rokers hebben ongeveer drie keer zoveel risico op blaaskanker dan niet-rokers.

Ook mensen die veel in aanraking zijn geweest met **aromatische aminen** (met name 2-naphthylamine, 4-aminobiphenyl en benzidine) hebben een groter risico op blaaskanker. Deze stoffen werden veel gebruikt in de textiel-, plastic-, kleurstoffen- en rubberindustrie.

In beide gevallen gaat het om schadelijke stoffen die via het bloed en de nieren in de urine terechtkomen. In de blaas krijgen deze schadelijke stoffen de kans om in te werken op de blaaswand, die daardoor geïrriteerd kan raken. Waarschijnlijk speelt deze irritatie een rol bij het ontstaan van blaaskanker.

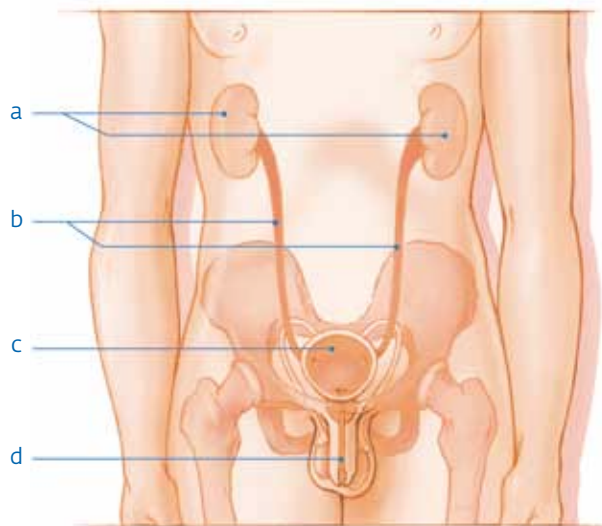
Erfelijke aanleg

In bepaalde families komt een **erfelijke vorm** van blaaskanker voor. Dat kán het geval zijn als bij twee familieleden in de eerste lijn (vader, moeder, broer of zus) blaaskanker is vastgesteld. Als dit voor u geldt, bespreek dit dan met uw behandelend arts. Deze kan u adviseren over erfelijkheidsonderzoek.

Bijlage: De blaas

Ons lichaam produceert allerlei afvalstoffen. Deze afvalstoffen worden via het bloed afgevoerd naar onder meer de nieren. Daar worden ze uit het bloed gefilterd en opgelost in water. Het resultaat is urine. De urine komt via de urineleiders (ureters) in de blaas terecht en wordt uiteindelijk uitgeplast via de plasbuis (urethra).

De nieren, urineleiders, blaas en plasbuis vormen samen de urinewegen (zie illustratie 6).



6.

De urinewegen

- a. nieren
- b. urineleiders
- c. blaas
- d. plasbuis

De urinewegen zijn vanaf de nieren aan de binnenzijde bekleed met slijmvlies, het **urotheelweefsel**. Urotheelweefsel komt alleen voor in de urinewegen.

De blaaswand bestaat verder uit een spierlaag. Aan de buitenkant van de blaas bevinden zich een vetlaagje en enkele lymfevaten.

Bijlage: Wat is kanker?

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende ziekten. Al deze verschillende soorten kanker hebben één gemeenschappelijk kenmerk: een ongeremde deling van lichaamscellen.

Celdeling

Ons lichaam is opgebouwd uit miljarden bouwstenen: de cellen. Voortdurend maakt ons lichaam nieuwe cellen. Die ontstaan door celdeling. Bij celdeling ontstaan uit één cel twee nieuwe cellen, uit deze twee cellen ontstaan er vier, dan acht, enzovoort. Op die manier kan het lichaam groeien en beschadigde en verouderde cellen vervangen.

Geregelde celdeling

Gewoonlijk regelt het lichaam de celdeling goed. Elke celkern bevat informatie die bepaalt wanneer de cel moet gaan delen en wanneer zij daar weer mee moet stoppen. Deze informatie ligt vast in onze genen en wordt doorgegeven van ouder op kind. Dit erfelijk materiaal (DNA) komt voor in de kern van elke lichaamscel.

Ontregelde celdeling

Bij zoveel miljoenen celdelingen per dag, kan er iets mis gaan. Dit kan door toeval, maar ook door allerlei schadelijke invloeden: bijvoorbeeld door roken of overmatig zonlicht. Doorgaans zorgen 'reparatiegenen' voor herstel van de schade. Soms echter faalt dat beschermingssysteem. Dan gaan genen die de deling, groei en ontwikkeling van een cel regelen, fouten vertonen. Treden er verschillende van dat soort fouten op in dezelfde cel, dan gaat deze zich ongecontroleerd delen en ontstaat er een **gezwel** of **tumor**.

Goed- en kwaadaardig

Er zijn goedaardige en kwaadaardige tumoren. Tumor is een ander woord voor gezwel. Alleen bij kwaadaardige tumoren is er sprake van kanker.

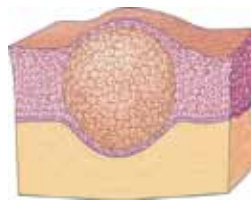
- **Goedaardige** gezwellen, bijvoorbeeld wratten, groeien niet door andere weefsels heen en verspreiden zich niet door het lichaam. Wél kan zo'n tumor tegen omliggende weefsels of organen drukken. Dit kan een reden zijn om het gezwel te verwijderen.
- Bij **kwaadaardige** tumoren zijn de genen die de cellen onder controle houden zo beschadigd, dat de cellen zich zeer afwijkend gaan gedragen. Zij kunnen omliggende weefsels en organen binnendringen en daar ook groeien. Zij kunnen ook uitzaaien.

Uitzaaiingen

Van een kwaadaardige tumor kunnen cellen losraken. Die kankercellen kunnen via het bloed en/of de lymfe ergens anders in het lichaam terechtkomen en ook daar uitgroeien tot gezwellen. Dit zijn **uitzaaiingen** (metastasen).

Dus, als iemand met blaaskanker (later) ook een tumor in de lever heeft, gaat het vrijwel nooit om leverkanker, maar om blaaskankercellen in de lever. Deze worden ook als blaaskanker behandeld.

In het hoofdstuk Het bloedvaten- en lymfestelsel staat beschreven hoe kankercellen zich via het bloed en/of de lymfe kunnen verplaatsen in het lichaam.



7.
Goedaardig gezwel
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel niet binnen.



Kwaadaardig gezwel
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel wel binnen.

Bijlage: Het bloedvaten- en lymfestelsel

Afhankelijk van de route van een uitzaaiing - via het **bloed** of via de **lymfe** - belanden de kankercellen op bepaalde plaatsen in het lichaam. Die kunnen per kankersoort verschillen.

Het bloedvatenstelsel

Het bloedvatenstelsel (**bloedsomloop**) is een gesloten systeem van bloedvaten waar het bloed door stroomt. Het hart zorgt dat het bloed wordt rondgepompt in het lichaam en alle lichaamscellen bereikt. De bloedsomloop zorgt voor de aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen en voor de afvoer van afvalstoffen (zoals koolstofdioxide). Ook zorgt de bloedsomloop voor circulatie van hormonen, afweerstoffen en warmte. Uitzaaiingen via het bloed kunnen op grote afstand van de primaire (eerste) tumor ontstaan.



8.
Bloedsomloop

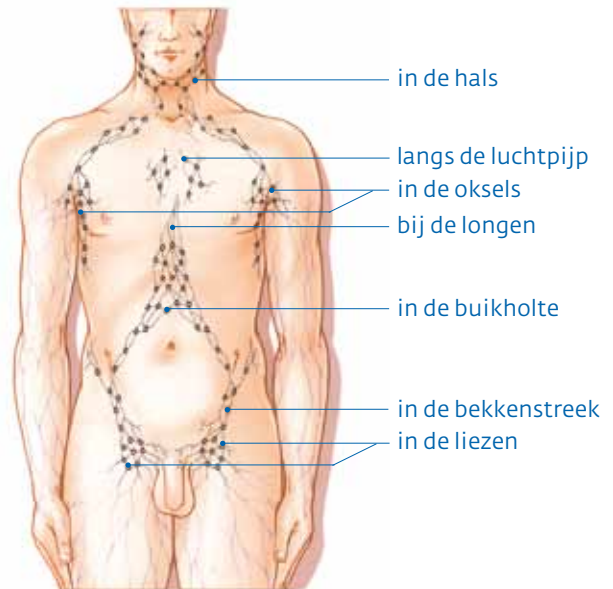
Het lymfestelsel

De **lymfevaten** vormen de kanalen van het lymfestelsel en zijn gevuld met een kleurloze vloeistof: lymfe. Lymfe neemt vocht en afvalstoffen uit het lichaam op. Via steeds grotere lymfevaten komt de lymfe uiteindelijk in de bloedbaan terecht. Voordat de lymfe in het bloed komt, passeert zij ten minste één lymfeklier.

Lymfeklieren zijn de zuiveringsstations van het lymfestelsel: daarin worden ziekteverwekkers (bacteriën en virussen) onschadelijk gemaakt. In het lichaam komen diverse groepen lymfeklieren voor: de lymfeklierregio's (zie illustratie 9).

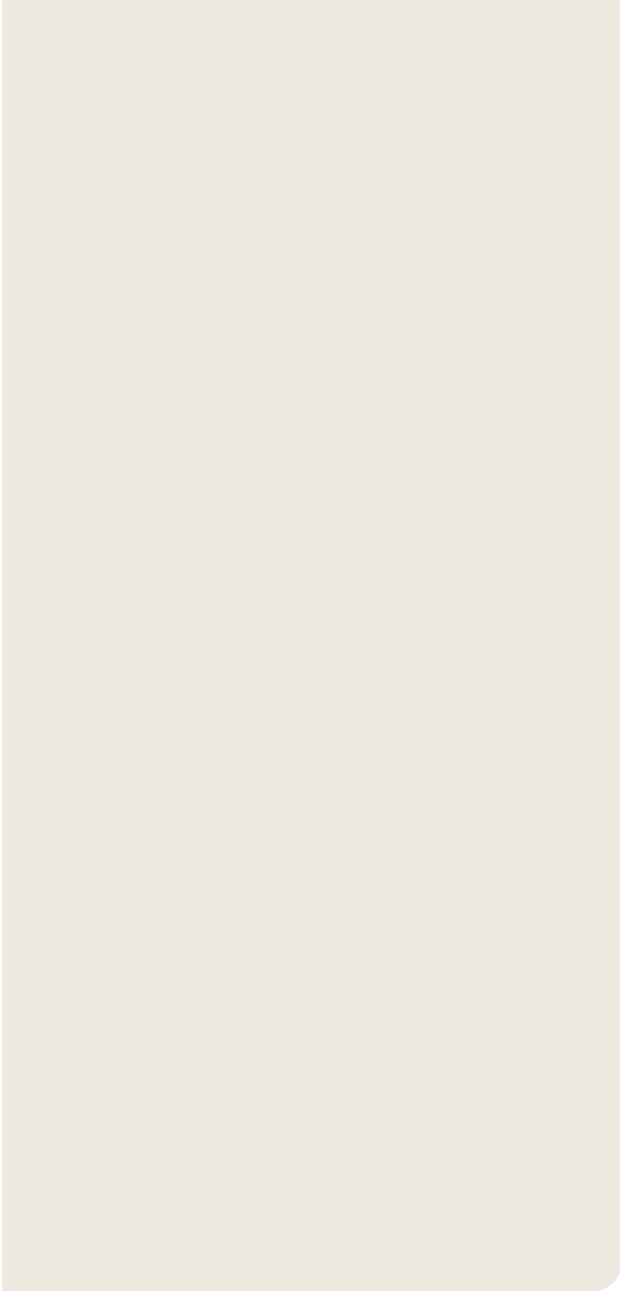
Lymfeklierweefsel komt - behalve in de lymfeklieren - ook voor in andere organen, zoals in de keelholte, de milt, de darmwand en het beenmerg.

Uitzaaiingen via de lymfe komen meestal het eerst terecht in de lymfeklieren in de buurt van de primaire (eerste) tumor.

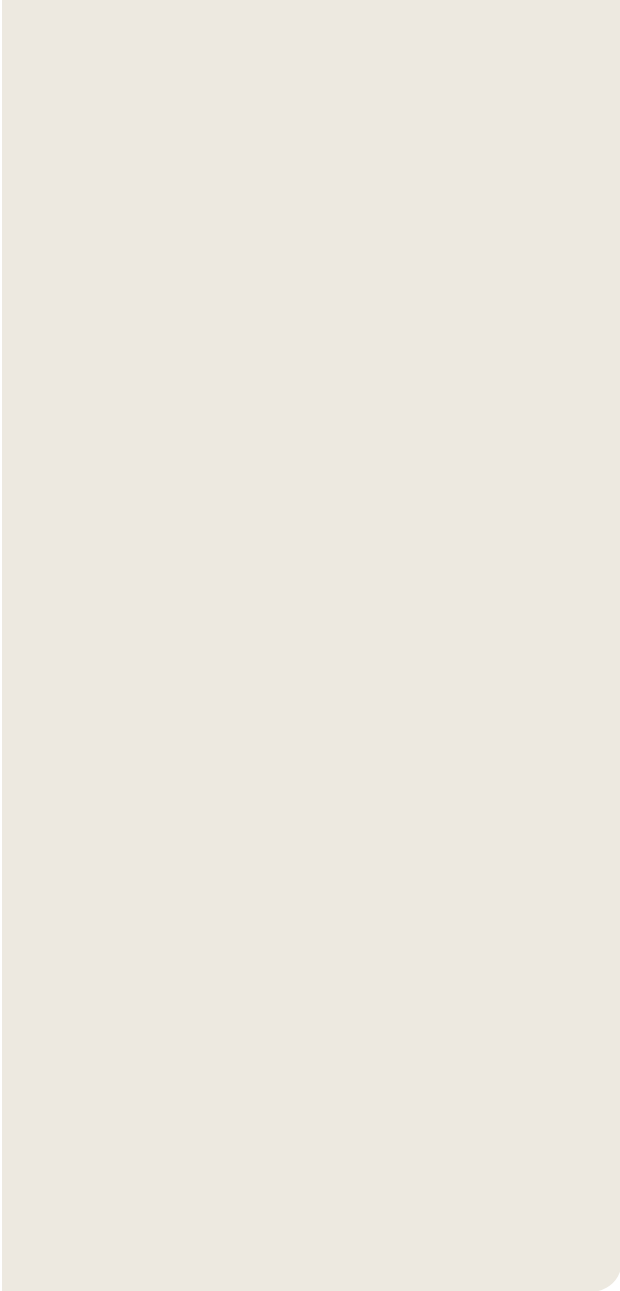


9.
Lymfeklierregio's

Notities



Notities



KWF Kanker Infolijn

0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten
en hun naasten

www.kwfkankerbestrijding.nl

Voor informatie over kanker en het bestellen van
brochures

Bestellingen door organisaties

www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen

Bestelcode F84

KWF Kankerbestrijding

Delflandlaan 17
1062 EA Amsterdam
Postbus 75508
1070 AM Amsterdam



iedereen verdient een morgen

