

Chirurgie bij colo-rectale kanker

Auteur: G. Naninck

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1997

Pagina: 56-59

Jaargang: 4

Nummer: 2

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden:

colo-rectale kanker stoma fistels casus Dukes

- Feiten en fabels over kanker in Nederland, O.Visser e.a.

IKA Jaarverslag 1994, IKA - Uitgave van de afdeling

Voorlichting van de Nederlandse Kankerbestrijding

*dikke darmkanker, februari 1995 *goede voeding bij

kanker, december 1994 *kanker en erfelijkheid, juni

1994 *leven met kanker, november 1992 - Eetwijzer

Nederlandse Kankerbestrijding - Folder Nederlandse

Stomavereniging 'Harry Bacon' - Inwendige

geneeskunde, H. Hazelhorst, J.A. de Fockert; SMD-

Leiden - Algemene chirurgie, Prof.Dr.P.J.Kuijjer; SMD-

Leiden - Coloforum, 14e jaargang, nummer 3, herfst

1995 - Patiënteninformatie bij de studie Functionele

reconstructie met dynamische gracilisplastiek na

volledige endeldarmverwijdering. Antoni v.

Leeuwenhoek ziekenhuis - Nederlands Tijdschrift voor

Heelkunde. jaargang 5, nr 4

Literatuur:

Darm- en rectumkanker komt zo vaak voor dat iedere verpleegkundige op chirurgie er weleens mee te maken heeft. Leer van de stomaverpleegkundige hoe uw inlevingsvermogen en vaardigheid de patiënt helpen deze ingreep te verwerken.

De totale sterfte aan colo-rectale tumoren neemt in Nederland nog steeds toe. Per jaar doen zich ongeveer 7700 nieuwe gevallen voor en bij 4000 mensen per jaar in Nederland is colon- of rectumcarcinoom de primaire doodsoorzaak.

Bijna 70% van de tumoren van de dikke darm is in het colon gelokaliseerd, de overige 30% in het rectum en op de rectosigmoïdale overgang.

De hoogste incidentie vinden we tussen het zestigste en tachtigste levensjaar. Bij patiënten jonger dan vijftig speelt vaak erfelijkheid een rol. Coloncarcinoom

komt iets meer voor bij vrouwen dan bij mannen; dit geldt niet voor het rectumcarcinoom. Colo-rectale kanker staat - na borst- en longkanker - op de derde plaats en op de tweede plaats als het gaat om sterfgevallen. Alleen aan longkanker sterven meer mensen.

Kanker aan het colon of het rectum betekent een operatie en vaak een - tijdelijk of blijvend - stoma. Een carcinoom in het onderste gedeelte van het rectum betekent vaak een blijvend stoma, al wordt er op dit moment geëxperimenteerd met anussparende operaties (zie kader).

Casus

Jack de Groot is 64 en een forse man, maar het laatste half jaar heeft hij - zonder dat hij een speciaal dieet volgde - een kilo of zes aan gewicht verloren. Jack bezocht de huisarts, omdat hij het idee had dat er bloed in zijn ontlasting zat. Ook had hij soms dagen achter elkaar diarree, maar vaker kwam voor dat hij veel moeite had met naar de wc gaan. Verder klaagde Jack over loze aandrang. De huisarts heeft inderdaad bloed in de ontlasting gevonden, bloedarmoede geconstateerd en hem naar de internist verwezen. Een röntgenfoto van de buik gaf een verdachte schaduw te zien en een darmfoto met contrastmiddel gaf de arts zekerheid: Jack heeft een kleine tumor vrij laag in het colon en hij moet geopereerd worden. De arts legt hem uit dat hij hoogstwaarschijnlijk een stoma krijgt, maar dat hij nu nog niet kan zeggen of dat blijvend of tijdelijk zal zijn. Pas tijdens de operatie ziet de arts hoeveel darmweefsel hij moet wegnemen en daar hangt vanaf of Jack een tijdelijk of blijvend stoma krijgt. De arts belt naar de opname en een week later moet Jack zich melden op de afdeling. Twee dagen voor opname heeft hij een afspraak met de stomaverpleegkundige op de poli.

Schaamte

Het klinkt misschien vreemd, maar sommige ernstige ziekten hebben een hogere 'status' dan andere. Op een verjaardagsvisite kan een van de bezoekers rustig vertellen over zijn driedubbele bypass - hij krijgt er mogelijk zelfs enig aanzien door. Over kanker wordt minder gemakkelijk gepraat en sommige kankersoorten zijn meer taboe dan andere. Darmkanker heeft met ontlasting te maken en waarschijnlijk speelt daarom schaamte bij deze ziekte een grotere rol dan bijvoorbeeld bij longkanker. Verpleegkundigen realiseren zich dat niet altijd; ook al omdat colo-rectale tumoren zo vaak voorkomen.

De ervaren en gespecialiseerde stomaverpleegkundige uit deze casus is niet verbaasd als ze 48 uur voor opname een bange, nerveuze man ziet, die eigenlijk maar één vraag heeft: „Zuster, ga ik dood?”

Informatie

Het bezoek aan de stomaverpleegkundige op de poli heeft een tweeledig doel: de patiënt voorzien van informatie en de plaats bepalen van de stoma. Soms doet de stomaverpleegkundige dat samen met de arts, vaak zelfstandig. Eerst herhaalt ze nog eens wat de arts heeft gezegd: dat pas tijdens de operatie de definitieve beslissing over een stoma valt, maar dat Jack er het beste maar op kan rekenen. Om de plaats te bepalen van het stoma laat ze

Jack zitten, staan en een beetje achterover leunen alsof hij in een gemakkelijke stoel zit. Een stoma hoort de patiënt niet in de weg te zitten en uiteraard moet het zich op een plaats bevinden waar de verzorging de minste problemen oplevert. De stomaverpleegkundige geeft de voorkeur aan een gebied waar zich veel spieren bevinden en ook probeert ze te voorkomen dat het stoma straks wegvalt in een huidplooi. Met een viltstift geeft ze aan waar het stoma moet komen.

Hoe lager de tumor zich in het colon bevindt, hoe groter de kans is op een blijvend stoma. Een tijdelijk stoma dient om de inwendige wondnaad op de plaats waar de tumor is verwijderd, de tijd te geven te genezen.

Mensen die een stoma krijgen vanwege darmkanker, reageren vaak heel gelaten als de verpleegkundige met haar viltstift in de weer is. De diagnose 'kanker' is de grote klap en de stoma komt op de tweede plaats. Ieder ziekenhuis beschikt over prima informatiemateriaal over de verschillende soorten stoma's, maar de vraag is of een kankerpatiënt daar op dat moment ontvankelijk voor is. Houd daar dus rekening mee als u een man als Jack opneemt: de kans is groot, dat uw goedbedoelde pogingen hem voor te lichten over het stoma dat hij waarschijnlijk gaat krijgen, afketsen op zijn angst voor kanker. Hij wil weten wat zijn kansen zijn, hoe ernstig de tumor is en daar kan niemand hem op dat moment antwoord op geven. Pas na de operatie en na het onderzoek van de patholoog-anatoom, is daar uitsluitsel over te geven.

Vorbereiding op de operatie

Bij colon- of rectumchirurgie is darmvorbereiding standaard. Soms beginnen patiënten thuis al met laxeren, maar in het ziekenhuis moet in ieder geval intensief worden gelaxeerd. Dat houdt in dat een patiënt minstens vier liter magnesiumsulfaat moet drinken en zijn voeding daarnaast streng vloeibaar is. Stimuleer hem om bouillon te drinken, vanwege het zoutgehalte. De laatste jaren zetten sommige chirurgen vraagtekens bij de noodzaak van pre-operatieve voorbereiding bij darmchirurgie. Uit voorlopig onderzoek blijkt dat deze voor uw patiënt buitengewoon belastende procedure (verslechtering van de darmflora, verstoring van de elektrolyten- en vochtbalans, verslechtering van de voedingstoestand) de kans op infecties en naadlekkage niet vermindert. Voorlopig zal intensief laxeren echter wel de gewoonte blijven. In sommige ziekenhuizen komt al vóór de operatie de fysiotherapeut langs om de patiënt te leren goed en diep adem te halen. Een goede ademtechniek kan longproblemen na de operatie helpen voorkomen. Uw taak is de patiënt te motiveren die oefeningen ook inderdaad uit te voeren, ook al vindt hij dat misschien gek, omdat immers 'iedereen toch kan ademen'. Ook de anesthesist heeft een gesprek met uw patiënt. Hij bespreekt de manier van pijn bestrijden na de operatie. In deze casus zal dat gebeuren via een epiduraal katheter. U legt Jack uit dat hij geen slangetje krijgt IN zijn ruggemerg, maar in de ruimte erom heen. Veel patiënten associëren epidurale analgesie met een ruggenprik en dat beangstigt hen. Leg uit dat pijnbestrijding via een epiduraal katheter heel effectief kan zijn en dat mensen met weinig postoperatieve pijn beter kunnen doorhoesten, wat de kans op complicaties weer vermindert. Epidurale pijnbestrijding kan echter wel een residu in de blaas tot gevolg hebben en daarom zal de chirurg een suprapubis katheter inbrengen. Een suprapubis katheter vermindert de kans op infectie en is veel gerieflijker voor de patiënt dan een gewone. Vertel uw patiënt dat hij na de operatie in ieder geval een infuus zal hebben en een maaghevel. Die maaghevel dient om te voorkomen dat de agressieve maagsappen de inwendige wond bereiken en om te voorkomen dat eventueel braaksel in de longen terechtkomt en aspiratie optreedt.

De eerste dagen na de operatie

Afgezien van de mogelijke verzorging van een stoma, is de verzorging van een patiënt na een darmresectie niet veel anders dan na een andere grote buikoperatie. De patiënt heeft een infuus, mogelijk een intra-abdominale wonddrain, misschien zuurstof, soms een katheter en altijd een maaghevel. U meet regelmatig zijn vitale functies, houdt goed zijn vochtbalans in de gaten en verzorgt zijn buikwond en zijn stoma.

De buikwond wordt een keer per dag steriel verbonden, maar het is het beste de wond zo snel mogelijk zonder pleister te laten genezen.

Uit de stoma komt de eerste dagen niets of bloederig vocht. In de meeste ziekenhuizen wordt op de ok een tweedelig systeem op de buik bevestigd. Laat de plak de eerste vier dagen zitten en verwissel alleen de zakjes. Daarna is het tijd voor het systeem dat is afgesproken. Sommige stomaverpleegkundigen brengen eventueel pas een eendelig systeem aan als de darmen goed op gang zijn, anderen zijn van mening dat dit wel eerder kan. Probeer de patiënt zo vroeg mogelijk te betrekken bij de verzorging van zijn stoma. Laat hem zo ongeveer vanaf de vierde dag meehelpen.

Als de darmperistaltiek op gang is gekomen, mag de maaghevel en het infuus eruit, als uw patiënt tenminste geen intraveneuze medicatie - bijvoorbeeld antibiotica - krijgt. Uw patiënt vindt het geknetter van zijn darmen waarschijnlijk erg genant, maar moedig hem toch aan om winden te laten. Inderdaad vervelend voor de omgeving, maar leg hem uit dat winderigheid een goed teken is, omdat daaruit blijkt dat de darmen weer op gang komen.

Complicaties

Complicaties komen uiteraard vaker voor bij mensen die tevoren al niet in een goede conditie waren en bij ouderen. Na iedere buikoperatie kan een longontsteking optreden en als uw patiënt een gewone katheter heeft, bestaat er natuurlijk altijd kans op een urineweginfectie. Kijk goed naar de buikwond: geneest deze goed, zijn er geen tekenen van een infectie, sluiten de naden mooi op elkaar aan. Een beruchte, maar gelukkig zelden voorkomende complicatie na een colonoperatie is naadlekkage. Omdat deze zo zelden voorkomt, bent u er misschien niet op bedacht. De verschijnselen zijn echter zo alarmerend dat u meteen begrijpt dat er iets ernstigs aan de hand is: tussen de vierde en de achtste dag na operatie krijgt de patiënt plotseling de volgende klachten: felle pijn in de buik, zijn buik is opgezet, uw patiënt heeft het benauwd, krijgt koorts, de tensie daalt, de peristaltiek valt weg. Er is sprake van een 'acute buik'. U waarschuwt meteen een arts. De patiënt moet met spoed opnieuw geopereerd worden om de naad te dichtten.

Kijk ook goed naar de stoma. Als dat zwart van kleur wordt, is dat een alarmsignaal. Een circulatiestoornis zal eventueel door opnieuw te opereren, moeten worden hersteld. Soms zakt het stoma een beetje in, maar dat is op te vangen met stomamateriaal. Waarschuw de gespecialiseerde stomaverpleegkundige als u denkt dat het stoma inzakt of in een plooi lijkt te verdwijnen. Dat is niet zo zeldzaam, want tussen de tijd dat de plaats van het stoma werd bepaald en de dagen na de operatie kan uw patiënt zijn afgevallen. In een later stadium, als de patiënt al uit het ziekenhuis ontslagen is, kan een prolaps voorkomen. Waarschuw dan de arts; hij zal de uitstulping proberen terug te duwen.

Let goed op de huid rond het stoma. Vooral de eerste dagen, als de ontlasting nog erg vloeibaar is, kan de huid geïrriteerd raken. Zorg ervoor dat de plak goed passend is en breng - eventueel in overleg met de gespecialiseerd verpleegkundige - barrièrecrèmes, poeders of een

speciale pasta aan. Wacht daar niet te lang mee, huidirritaties rond een stoma genezen moeilijk en bezorgen uw patiënt veel ongerief. In een later stadium - meestal pas op de poli bij een controle - kan blijken dat stenose optreedt: het gaatje gaat dichtzitten. De arts zal dan proberen het stoma weer op te rekken.

Wel of geen uitzaaiingen

Het duurt meestal een week voordat de uitslag binnen is van het pathologisch-anatomisch laboratorium. Het is goed als de verpleegkundige aanwezig is als de arts met de patiënt en zijn eventuele partner praat over de bevindingen van de patholoog-anatoom. Zij kan eventuele onduidelijkheden ophelderen, het gesprek nog eens samenvatten en de patiënt en zijn partner opvangen als de arts slecht nieuws moet overbrengen.

In het geval van Jack de Groot is de uitslag gunstig: de snijranden zijn schoon en er zijn geen uitzaaiingen gevonden. Na drie weken mag hij naar huis, maar omdat thuis het verzorgen van het stoma vaak moeilijker verloopt dan in het ziekenhuis, komt de wijkzuster de eerste dagen langs.

Na drie maanden verwacht de chirurg hem terug om de stukken van de dikke darm weer met elkaar te verbinden. Wéér laxeren, weer een ok van een uur, maar Jack ziet er niet echt tegen op. Het gat op zijn buik, waar de stoma heeft gezeten, groeit vanzelf weer dicht.

Nabehandeling

Wanneer er uitzaaiingen zijn, wordt de patiënt na operatie doorbehandeld. Een (multidisciplinair) team van artsen (gastro-enteroloog, chirurg, internist, radioloog, chemicus en verpleegkundige) bespreekt de verdere behandeling. Soms zal dit chemotherapie zijn en/of radiotherapie. Radiotherapie is alleen mogelijk bij tumoren in het kleine bekken (laag in het rectum), omdat anders andere organen worden aangetast. Op het ogenblik loopt er een onderzoek naar het effect van bestraling vóór de operatie.

Verdachte symptomen

Verschijnselen bij tumoren laag in de darm

- verandering in het ontlastingspatroon
- obstipatie afgewisseld met kortdurende diarree
- vers bloed en/of slijm bij de ontlasting door beschadiging van de tumor
- loze aandrang
- pijn vlak voor of tijdens defaecatie

Verschijnselen bij tumoren hoog in de darm

- moeheid en duizeligheid door bloedarmoede door chronisch bloedverlies in de darm
- vage buikpijn
- een gevoelige plek in de buik

Stadia volgens Dukes

Bij de indeling van tumoren in de dikke darm worden de stadia volgens Dukes gehanteerd.

Dukes A:

de tumor blijft beperkt tot het slijmvlies en het spierweefsel aan de binnenkant van de dikke darm.

Dukes B1:

de tumor is ingegroeid in de spierwand van de darm.

Dukes B2:

de tumor is door alle lagen van de spierwand gegroeid tot in het omringend vetweefsel.

Dukes C1:

er zijn tevens uitzaaiingen in de lymfeklieren in de directe omgeving van de tumor in de dikke darm.

Dukes C2:

er zijn uitzaaiingen in lymfeklieren op grotere afstand van de tumor in de dikke darm.

Dukes D:

er zijn uitzaaiingen in andere organen, zoals de lever of de longen en/of er is doorgroei van de tumor in aangrenzende organen.

Vijfjaarsoverleving: 5%

Anus-/sluitspiersparende operatie

In de academische ziekenhuizen is men in staat rectumsparende operaties uit te voeren. Door de grote ervaring en de zeer verfijnde operatietechnieken - met name op het gebied van het zorgen voor een goede vaatvoorziening in het geopereerde gebied - is bij het verwijderen van tumoren hoger dan acht cm in de darm (gerekend vanaf de anus) vrijwel nooit een stoma nodig. Bij tumoren tussen de vijf en de acht cm in de darm wordt een tijdelijk stoma aangelegd. Bij patiënten met tumoren die zich op minder dan vijf cm van de anus bevinden, wordt nu op beperkte schaal een nieuwe techniek toegepast. Het gaat hierbij om een techniek die is ontwikkeld door dr. Baeten, chirurg in het Academisch Ziekenhuis Maastricht. De techniek wordt nu toegepast in Maastricht en in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis in Amsterdam. In totaal zijn drie operaties nodig.

Tijdens de eerste operatie worden de endeldarm, de anus, het omgevende vetweefsel en de drainerende lymfeklieren in een blok verwijderd. Vervolgens wordt de dikke darm losgemaakt uit zijn omgeving en naar het zitvlak toetrokken om daar vast te worden gehecht als nieuwe anus. In beide benen wordt in de buurt van de knie de musculus gracilis (dijbeenspier) losgemaakt en als een stevige spierkoker rond de nieuwe anus gefixeerd.

Tenslotte krijgt de patiënt een tijdelijk stoma om de weefsels de kans te geven te genezen. Het verwijderen van de gracilis heeft geen gevolgen voor het staan of lopen. De gracilis is een dwarsgestreepte spier, die alleen in staat is kortdurend samen te trekken en na ongeveer een minuut vermoeid raakt. Tijdens een betrekkelijk kleine tweede ingreep wordt links en rechts via een klein sneetje een elektrode geplaatst in de gracilisspier. In de buik implanteert de chirurg een spierstimulator, een soort hart-pacemaker in het onderhuidse vet. De spierstimulator zorgt er via elektrische prikkels voor dat de gracilis aangespannen blijft als

een echte kringspier, zodat de anus gesloten blijft. Via een magneetje kan de patiënt de spierstimulator uitzetten, waardoor de nieuwe kringspier zich ontspant en de patiënt ontlasting kan produceren. Als de arts heeft vastgesteld dat de nieuwe kringspier voldoende is getraind en de taak aan kan, wordt in een derde operatie het tijdelijk stoma gesloten. De patiënt gaat op vaste tijden naar toilet, zet de spierstimulator uit en perst de aanwezige ontlasting naar buiten. Bij het wegnemen van anus en endeldarm verdwijnt ook de aandrang: de patiënt voelt niet meer of er ontlasting aan komt. In de loop van de tijd ontwikkelt de patiënt hier weer enige feeling voor. Een kriebelig gevoel of een gevoel van volheid, en druk op de gracilis spier is dan het sein om naar het toilet te gaan.

In Nederland zijn tot nu toe vijftien mensen op deze manier behandeld. Van deze vijftien operaties zijn er negen geslaagd: deze patiënten zijn goed continent. Drie operaties zijn mislukt en van drie patiënten is nog geen uitslag bekend. Over de hele wereld zijn in totaal veertig mensen op deze manier geholpen.

Gemma Naninck

Met dank aan:

-Marijke van Bommel, stomaverpleegkundige, Diakononessenhuis, Utrecht

-Mireille van Westreenen, arts-onderzoeker

Adressen:

Nederland:

Patiëntenvereniging Nederlandse Stomavereniging Harry Bacon
Wilhelminastraat 45
3621 VG Breukelen
telefoon: 0346-262286

Vereniging Verpleegkundigen Stomazorg Nederland
p/a Stomazorg Nederland
Postbus 85500
3508 GA Utrecht
telefoon 030-2507370

Vlaanderen:

Stoma-ilco v.z.w.
Kasteelstraat 13
B-1570 Vollezele
telefoon 054-566269

Vlaamse Vereniging voor Stomaverpleegkundigen
dhr. Theo Leysen
Trommelstraat 18
B-2223 Schriek
telefoon 02-4777840