

'KANSTERUGKEER KANKER KLEINER DOOR NIEUWE OPERATIETECHNIEK'

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch heeft een speciaal behandeltraject voor mensen die een operatie aan hun endeldarm (rectum) moeten ondergaan. Oncologisch chirurg Miranda Ernst vertelt hoe de behandeling eruit ziet en wanneer een stoma nodig is. Ook beschrijft ze de operatietechniek die Nederlandse ziekenhuizen sinds een aantal jaren toepassen bij endeldarmkanker, waarbij ook de aangedane lymfeklieren worden verwijderd.

Wie zich in het Jeroen Bosch Ziekenhuis meldt met klachten die mogelijk wijzen op endeldarmkanker, komt in het traject 'Sneller beter'. Zoals de naam al zegt, worden mensen in dat traject zo snel mogelijk geholpen. Allereerst krijgen ze een scopie (een onderzoek waarbij de arts in de darm kijkt met een microscopisch klein cameraatje dat hij via de anus inbrengt) en een biopsie (weefselonderzoek). 'Als de Maag-, Darm- en Leverspecialist op basis van die onderzoeken denkt dat inderdaad sprake is van endeldarmkanker, volgt aanvullend onderzoek,' zegt Miranda Ernst, oncologisch chirurg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. 'We maken een echo van de lever en een foto van de longen om te kijken of er uitzaaiingen zijn. Ook wordt een MRI-scan gemaakt. Vooruitlopend op de operatie doen we alvast bloedonderzoek en maken een hartfilmpje. Dit in verband met de narcose. Al die onderzoeken vinden binnen één week plaats.'

Na die week komt de patiënt bij de chirurg voor de uitslagen en om het behandelplan te horen. Soms is de Maag-, Darm- en Leverarts (MDL-arts) ook bij dat gesprek aanwezig. Het behandelplan is eerder opgesteld tijdens de zogeheten oncologiebespreking: een wekelijkse bijeenkomst van de chirurg, patholoog, MDL-arts, internist-oncoloog, radioloog en radiotherapeut.

Voorbestraling

'In principe krijgen alle patiënten met endeldarmkanker in ons ziekenhuis een voorbestraling. Alleen voor oudere mensen maken we soms een uitzondering, omdat voor hen de combinatie van bestraling en operatie een te grote belasting kan zijn,' vertelt Miranda Ernst.

Afhankelijk van de grootte van de tumor kan de bestraling kort- of langdurend zijn. In het eerste geval worden mensen op vijf achtereenvolgende dagen bestraald. Hun operatie volgt een week later. Voor een langdurende bestraling gaan mensen zes weken lang iedere werkdag naar het bestralingsinstituut. Daarna volgt een rustperiode van vier tot zes weken, waarna ze worden geopereerd.

Tijdens de rustperiode kan het effect van de bestraling nog voortzetten, waardoor de tumor verder slinkt. De langdurende bestraling wordt gecombineerd met enkele chemokuren. Deze zijn minder zwaar dan de kuren die mensen met een andere vorm van kanker vaak krijgen. Het doel ervan is de tumorcellen gevoeliger te maken voor de bestraling.'

Tijdens de operatie ligt de patiënt met de benen in steunen. Miranda Ernst: 'Als de tumor meer dan vijf centimeter van de anus ligt, verbindt de chirurg de twee resterende stukken endeldarm weer met elkaar, na verwijdering van het gezwel. Dat gebeurt met een soort nietmachine via de anus naar binnen te gaan en de darmdelen weer aan elkaar te 'nieten'. Zo'n nieuwe verbinding heet een anastomose. Er is dan weer een doorgang voor de ontlasting: de patiënt heeft wel een tijdelijk, maar geen definitief stoma nodig.'

Helaas is het technisch niet altijd mogelijk zo'n nieuwe verbinding te maken. Wanneer de tumor vijf centimeter of minder van de anus ligt, kan de chirurg geen anastomose maken. Een kwaadaardige afwijking in de endeldarm moet

namelijk ruim worden weggesneden, om te voorkomen dat er tumorcellen blijven zitten. Ligt de tumor dicht bij de anus, dan wordt

'Ligt de tumor dicht bij de anus, dan wordt anus en endeldarm geamputeerd'

zowel de gehele endeldarm als de anus geamputeerd.

'Bij deze operatie opent de chirurg zowel de buik als de bilnaad, maakt het weg te halen weefsel los en verwijdert dat via de achterkant. Verder krijgt de patiënt een definitief stoma. Overigens zijn er ook mensen bij wie al vóór de bestraling een stoma wordt geplaatst, omdat hun endeldarm door de tumor zo vernauwd is dat er geen ontlasting meer langs kan. Deze mensen worden dus twee keer geopereerd,' zegt Miranda Ernst.

'Wanneer je de anus weghaalt, heb je een open verbinding met de buik. Zou je daar niks aan doen, dan zou de darm kunnen verzakken. Daarom moet de chirurg het gat dat ontstaan is, dichtten. Er zijn verschillende manieren om dat te doen. In ons ziekenhuis gebeurt dat door gebruik te maken



van het vetschort dat aan de dikke darm hangt. Zo'n vetschort heeft iedereen. We maken het voor een deel los en hangen het als een soort sjaal naar beneden in het kleine bekken. De dunne darm valt er dan mooi bovenop en kan niet wegzakken.'

TME-techniek

Sinds 2000 voert het Jeroen Bosch Ziekenhuis endeldarmoperaties uit volgens de zogeheten "TME-techniek" (Total Mesorectal Excision). 'Dat is een operatietechniek waarmee we precies in de juiste laag kunnen opereren. Het is de laag waarin zo min mogelijk bloedvaten zitten, waarmee we zenuwsparend kunnen opereren én ook de aangedane lymfeklieren kunnen verwijderen. De kans op terugkeer van de tumor, is met de introductie van deze techniek veel

kleiner geworden. Beschadigingen van zenuwen of de sluitspier kunnen we beter voorkomen.'

In sommige ziekenhuizen, waaronder het Medisch Centrum Leeuwarden, wordt de TME-techniek via een kijkoperatie uitgevoerd. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis gebeurt dat alleen bij operaties waarbij de chirurg weer een verbinding kan maken tussen de twee darmdelen.

De meest voorkomende complicatie na een endeldarmoperatie zijn wondinfecties. 'In het geopereerde gebied zitten meer bacteriën dan in andere delen van het lichaam. Dat maakt de kans op infecties groter,' aldus Miranda Ernst. 'Boven-

'Wondinfecties zijn de meest voorkomende complicatie na een endeldarmoperatie'

dien zien we meer infecties sinds we de operatie combineren met voorbestraling. We gaan ervan uit dat bestraling de bloedvoorziening in negatieve zin beïnvloedt.'

Soms zijn ook incontinentie en stoornissen op het seksuele vlak (bij vrouwen: een droge vagina, bij mannen: impotentie) het gevolg van de operatie. Mogelijk heeft de chirurg in dat geval niet in de juiste (TME-)laag geopereerd. 'De TME-techniek wordt in een groot aantal Nederlandse ziekenhuizen toegepast. Maar niet elke chirurg heeft er veel ervaring mee,' verklaart Miranda Ernst.

'Er is momenteel een discussie gaande:

moet elke chirurg deze operatie kunnen uitvoeren? Of is het beter als mensen hiervoor slechts bij een beperkt aantal chirurgen terecht kunnen die bijvoorbeeld minstens tien van deze operaties per jaar uitvoeren? Het is een ingreep waarbij de chirurg zeer secuur te werk moet gaan: de TME-laag waarin hij moet opereren, is erg dun. Opereren in de verkeerde laag kan dus vervelende gevolgen hebben voor de patiënt.'

Saskia Engbers