

Patiënten weten vaak precies waar een openbaar toilet is

Tekst Arnoud Kluiters • Fotografie Saar Rypkema

Jaarlijks wordt bij ongeveer 2500 mensen endeldarmkanker vastgesteld. Eén van de grootste problemen in het verleden bij de behandeling van endeldarmkanker was het terugkeren van de tumor op dezelfde plaats. Bij 20 tot 30 procent van de patiënten was dit het geval, een onacceptabel hoog percentage. Lang hebben wetenschappers gezocht naar een betere behandeling, met als doel een terugkerende tumor te vermijden. Uiteindelijk toonde in de jaren negentig Zweeds onderzoek aan dat eerst bestraling, gevolgd door een operatie het aantal lokale recidieven (dus terugkeer van de tumor) aanzienlijk kan terugbrengen. Daarnaast ontwikkelde de Engelse chirurg Bill Heald eind jaren negentig de operatietechniek Total Mesorectal Excision (TME). Bij deze ingreep wordt niet alleen de endeldarm verwijderd, maar ook het omliggende vetweefsel met daarin de lymfeklieren. Zo is de kans veel kleiner dat er op dezelfde plek een nieuwe tumor ontstaat. Ook kunnen de zenuwen in de buurt van de endeldarm beter worden gespaard. Dankzij de combinatie van beide therapieën daalt de kans op lokale uitzaaiingen tot 6 procent na 5 jaar, toonde een groot Nederlands onderzoek aan eind jaren negentig.

Deze aanpak kent een keerzijde: patiënten ondervinden een reële kans op problemen met de stoelgang. Denk hierbij aan een toename van het aantal keren dat naar het toilet moet worden gegaan, moeite met het ophouden van de ontlasting, loze aandrang of incontinentie. 'Onderschat dit niet: deze klachten brengen sommige mensen in een volledig isolement, omdat ze de deur niet meer uitdurven. En als ze al gaan, weten ze vaak precies bij welke winkels of cafés een fatsoenlijk openbaar toilet is.' Dat zegt Roel Bakx, chirurg in opleiding in het Gelre Ziekenhuis te Apeldoorn. Geïnteresseerd in de vraag of dit soort klachten kan worden beperkt startte hij in 2002 het zogeheten POCASTER-onderzoek. Dat gebeurde onder andere met collega Annemiek Doeksen van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam en andere klinieken in de Amsterdamse regio. Recentelijk is de studie afgerond. Roel Bakx richtte zich op mensen die door kanker hun endeldarm moeten missen, maar niet de anus. 'Ter behoud van hun normale stoelgang creëren rtsen dan meestal een zijdelingse aansluiting (zie linkerillustratie). Hierbij wordt de zijkant van de dikke darm op de anus aangesloten.'

Veel mensen krijgen na de behandeling van endeldarmkanker problemen met hun stoelgang. Chirurg in opleiding Roel Bakx onderzocht tevergeefs hoe die klachten te beperken, maar kwam wel tot andere interessante conclusies.

Zijn uitgangspunt was dat dat wellicht anders kon: Roel Bakx hoopte aan te tonen dat de aanleg van een pouch (ook wel reservoir aansluiting genoemd, zie rechterillustratie) tot minder stoelgang gerelateerde klachten zou leiden en hierdoor ook tot een betere kwaliteit van leven. 'In dit geval wordt een reservoir gereconstrueerd van het overblijvende, dus gezonde onderste deel van dikke darm, en eveneens op de anus aangesloten.' Het voornaamste verschil tussen beide aanpakken is dat een chirurg bij een pouch ongeveer zes centimeter extra darm nodig heeft. Hij moet dit omhoog rekken – in de vorm van de letter J – om het reservoir te kunnen creëren. Dit maakt de ingreep technisch lastiger en tijdrovender om uit te voeren. Uit de studie kan worden geconcludeerd dat het om het even is voor welke aansluiting de chirurg kiest. 'Daarom zeg ik nu: blijf de voorkeur geven aan de zijdelingse aansluiting, omdat het minder lastig is deze aan te leggen. Maar heeft een chirurg een persoonlijke voorkeur voor deze zogenoemde J-pouch? Ook prima. De patiënt zal het verschil in elk geval niet merken, hij heeft bijvoorbeeld geen last van extra napijn als gevolg van een langer durende operatie. Maar een beperking van de stoelgangklachten levert de aanleg van deze pouch helaas niet op.'

Aandrang nabootsen

Het onderzoek levert meer informatie op. Het geeft antwoord op de vraag hoe de endeldarm en de dikke darm reageren op het nabootsen van aandrang. Zowel bij gezonde vrijwilligers als bij patiënten werd een ballonnetje in de endeldarm

geplaatst. Vervolgens werd de ballon aangesloten op een computergestuurde pomp. Bij de groep patiënten ging de nieuw gecreëerde endeldarm na verloop van tijd samentrekken. We vermoeden dat dit betekent dat ze hierdoor niet hun ontlasting kunnen ophouden, al konden we dit niet vaststellen. Bij gezonde mensen daarentegen gebeurde dit samentrekken niet, zij konden hun stoelgang wel beheersen. Roel Bakx: 'De volgende uitdagende vraag is óf en zo ja hoe we dit kunnen veranderen.' Is het resultaat van het onderzoek daarmee alleen interessant voor betrokkenen uit het beroepsveld en dus niet voor patiënten? Nee, zegt Roel Bakx. 'We constateerden nog iets. Vaak wordt bij deze ingreep een tijdelijk ileostoma aangelegd, om de dikke darm te ontzien. De aaneengehechte darmdelen kunnen dan rustig genezen. Dit moet lekkage van ontlasting langs de naden voorkomen, wat zou kun-

nen leiden tot ernstige complicaties, zoals buikvliesontsteking.' Normaal gesproken wordt de stoma na een maand of twee weer operatief gesloten, omdat de naden dan zeker zijn geheeld. Maar in de praktijk duurt het vaak veel langer, soms moet zelfs nog zes maanden worden gewacht.' Nadeel van een tijdelijk stoma die zo lang blijft zitten, is dat er klachten kunnen optreden. Roel Bakx volgde een groepje mensen waarbij, als de situatie het toeliet, de ileostoma na een week weer werd gesloten. Dit gaf geen tot slechts milde klachten. Zijn conclusie: het vroeg opheffen van een tijdelijk ileostoma is veilig en haalbaar. 'Terugblikkend leidde het POCASTER-onderzoek niet tot het verwachte eindresultaat. Anderzijds is dat inherent aan het doen van onderzoek. Uiteindelijk is het ons wel gelukt andere interessante conclusies te trekken.' ●

