



Deze folder wordt u aangeboden door uw apotheker.
Zij vervangen de raadgevingen van uw arts of apotheker niet.

Colorectale kanker: er op tijd bij zijn (05/2010)

Na prostaat- en longkanker bij mannen en borstkanker bij vrouwen is colonkanker het frequentst in België. Het is ook de tweede doodsoorzaak zowel in België als in de hele wereld. Een wereldproblematiek waarover de WHO zich heeft gebogen.



Colorectale kanker betreft het colon en het rectum, m.a.w. het laatste eind van de darm vóór de anus. In de volksmond ook wel "darmkanker" genoemd.

Colorectale kanker is een prioriteit voor de WHO. Deze kanker treft jaarlijks meer dan een miljoen personen en doodt bijna de helft. In België worden jaarlijks 6000 tot 7000 nieuwe gevallen gediagnostiseerd met bijna 3000 overlijdens.

Er zijn duidelijk categorieën mensen die meer « risico » lopen dan anderen. Zo hebben familiale antecedenten een aanzienlijke invloed. 18% van de colorectale kankers hebben een erfelijke component. Een darmontsteking zoals een ulceruze colitis of de ziekte van Crohn vermenigvuldigt de kans op colorectale kanker met factor 8 tot 30!

Elke vrouw of man boven de 50 is er als het ware klaar voor, want meer dan 90% van de colorectale kankers valt na de grens van 50 jaar.

Tekens waar u op moet letten zijn de aanwezigheid van bloed in de stoelgang (dat niet het gevolg is van aambeien, diarree of ongewone constipatie of een afwisseling van deze twee stoornissen), recente onverklaarde buikpijn, een onverklaarde vermagering of elke verandering in uw algemene gezondheidstoestand (malaise). Zodra een van deze symptomen optreedt, neemt u direct contact op met uw behandelend geneesheer.

En de rol van voeding?

Zoals elke kanker is colorectale kanker het resultaat van een lang proces dat door verschillende factoren kan worden beïnvloed waarvan sommige beschermen tegen de ziekte en andere de ziekte juist verergeren.

Genetica en de leeftijd zijn niet de enige factoren die het verschijnen van een colorectale kanker beïnvloeden. Dat blijkt uit de toename van het aantal gevallen van colorectale kanker in één generatie bij personen van Japanse origine die naar Hawaï migreerden terwijl de incidentie in Japan laag en stationair bleef. Sindsdien neemt colorectale kanker ook in Japan toe naarmate zij de westerse eetgewoonten en levensstijl overnemen.

Colorectale kanker heeft dus veel te maken met onze eetgewoonten. Teveel rood vlees, teveel vet, teveel alcohol zijn bekende potentiële risicofactoren. Anderzijds is er unanimitieit over de beschermende werking van een combinatie van fruit en groenten.



« Anima sana in corpore sano »

Een voeding die te rijk is aan vetten en arm aan fruit en groenten leidt onvermijdelijk tot overgewicht of obesitas. Ter herinnering: overgewicht begint als uw Body Mass Index of BMI (uw gewicht gedeeld door het kwadraat van uw lengte in meter) groter is dan 25. Volgens een enquête in 2004 is de gemiddelde BMI in België gelijk aan 25,1! De Belg is dus gemiddeld net iets te zwaarlijvig...



Het risico op colorectale kanker is significant verhoogd vanaf een BMI > 25. Er is dus werk aan de winkel !

Sporten is gezond – dat zou iedereen onderhand toch moeten weten. Maar 60% van de Belgen kan of wil het kennelijk niet opbrengen. Slechts 40% van onze bevolking doet voldoende aan sport om hun



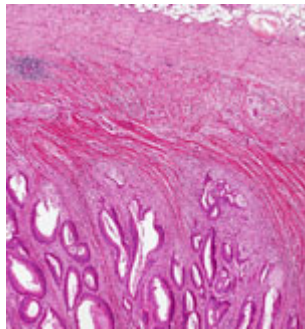
gezondheid positief te beïnvloeden. Sport vermindert niet alleen het risico op obesitas maar ook het risico op ontwikkeling van colorectale kanker.

Het verband tussen roken en colorectale kanker was lange tijd controversieel. Nu is er geen twijfel meer. Roken is dodelijk, en tast niet alleen de longen aan! De sigaret beschermt u niet tegen colorectale kanker, integendeel!

Maar voorafgaand nog aan preventie is men het eens over een aantal aanbevelingen. Het is van kapitaal belang om 1) de toevoer van calorieën, dierlijke vetten en alcohol te verminderen, 2) meer fruit, groenten en voedingsvezels te consumeren, en 3) aan sport te doen. Volgens de literatuur kan met deze aanpassing van de levensstijl 30 tot 40% van de colorectale kankers worden vermeden. Dat strookt ook met andere gezondheidsaanbevelingen. Toch is primaire preventie alleen niet voldoende en is dus ook secundaire preventie aangewezen.

Een geneesbare ziekte

Als colorectale kanker in een vroeg stadium wordt ontdekt is de vijfjaarlijkse overleving 90%. Naarmate het stadium vordert dalen de overlevingskansen aanzienlijk. De conclusie ligt voor de hand : de sterfte aan colorectale kanker kan worden beperkt door alle mannen en vrouwen vanaf 50 jaar te screenen.



Ideaal moet dat gebeuren lang vóór de patiënt symptomen vertoont. Colorectale kanker ontwikkelt zich over het algemeen vanuit een benigne tumor : een adenoom of poliep. Alle poliepen worden gelukkig geen kanker. Op 1000 adenomen worden er 100 groter dan 1 cm diameter en transformeren er 25 tot carcinoom (kanker). Dit proces spreidt zich in het geval van colorectale kanker uit over ongeveer tien jaar.

De sequentie van transformatie biedt de mogelijkheid om lesies te ontdekken nog vóór ze cancerogeen worden. Er bestaan meerdere screeningstesten voor colorectale kanker.

Aan de slag!

De minst invasieve zijn testen naar occult bloed in de feces (FOBT, Fecal Occult Blood). Adenomen en kanker kunnen namelijk ongemerkt bloeden. Deze testen detecteren voor het oog onzichtbare bloedsporen in de feces. Let op, de gevoeligheid van deze test ligt rond 50% voor detectie van kanker. Een eenmalige test kan dus meer dan 50% van de zich vormende kankers evengoed NIET detecteren, want niet alle kankerlesies bloeden of met tussenpozen. Het is dus belangrijk de test te herhalen om vals-negatieve uitslagen te beperken. Uit het oogpunt van volksgezondheid is deze test wel efficiënt voor massascreening. Daarom raden huisartsen hem ook aan voor risicogroepen.



Als de test positief is of als er familiale antecedenten zijn, volgt een visueel onderzoek naar de veronderstelde poliep of kanker door een coloscopie of een recto-sigmoïdoscopie. Dit gaat dus niet meer om een massascreening maar om een gerichte screening. Een coloscopie visualiseert het hele colon terwijl een recto-sigmoïdoscopie stopt bij de linkerhoek van het colon. De efficiëntie van dit visuele onderzoek is zeer hoog want het screent de darmmucosa, detecteert (en verwijdert in één tijd) adenomen, of detecteert (en biopteert in één tijd) carcinomen. De gevoeligheid van deze techniek is 90%. Coloscopie vergt voorbereiding en anesthesie van de patiënt en wordt dus niet aan iedereen voorgesteld, ook al is het zonder twijfel een efficiënter onderzoek.

Vooruitgang van het onderzoek en van medische beeldvorming heeft geleid tot een virtuele coloscopie. Dit zeer gesofistikeerde onderzoek is minder invasief dan de klassieke coloscopie. De patiënt moet nog worden voorbereid maar anesthesie hoeft niet en het onderzoek duurt slechts 1 minuut, zonder risico op perforatie. Toch is virtuele coloscopie, voorlopig althans, minder gevoelig dan de klassieke coloscopie. En als er verontrustend grote poliepen worden ontdekt is klassieke coloscopie vereist om ze weg te nemen.

Screening van colorectale kanker is een nationale prioriteit voor volksgezondheid. Bij familiale antecedenten, een chronische ontstekingsziekte, bloeding, of als u ouder dan 50 bent, maak dan een afspraak met uw huisarts voor een screening. Beter voorkomen dan genezen.

Deze folder wordt u aangeboden door uw apotheker.

Zij vervangen de raadgevingen van uw arts of apotheker niet.

© Alle teksten en illustraties zijn beschermd door de auteursrechten.

Elke vorm van reproductie is verboden behoudens uitdrukkelijk akkoord van Medical Web Service

<mailto:info@pharmaplanet.be>

Alle rechten voorbehouden.