

Patiënten Informatie Map

Spierinvasieve blaaskanker

(Gebaseerd op de EAU Guideline; Muscle invasive and Metastatic Bladder Cancer 2021)

Deze Patiënten Informatie Map is eigendom van:

Naam:

De vinder van deze map wordt dringend verzocht contact op te nemen met de polikliniek urologie van ZGT 088 708 33 90

Almelo

Zilvermeeuw 1

Postbus 7600

7600 SZ Almelo

Hengelo

Geerdinksweg 141

Postbus 546

7550 AM Hengelo

 facebook.com/ZGTinfo

 twitter.com/ZGT_info

 linkedin.com/company/zgt

 youtube.com/user/ZGTinfo

 zgt.nl - zgt.nl/mijnzgt

Inhoud

| | |
|---|----|
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. Namen, adressen en telefoonnummers | 4 |
| 3. Spierinvasieve blaaskanker en de behandeling | 6 |
| 3.1 De Blaas | 6 |
| 3.2 Wat is blaaskanker | 7 |
| 3.3 Aanvullend onderzoek | 9 |
| 3.4 Regionale Urologisch Multidisciplinaire Oncologiebespreking | 10 |
| 3.5 Stadiering van blaastumoren | 11 |
| 3.6 De behandeling van spierinvasieve blaaskanker | 13 |
| 3.6.1 Algemeen | 13 |
| 3.6.2 Chirurgische behandeling | 13 |
| 3.6.3 Overige (blaassparende) behandelingsmogelijkheden | 18 |
| 3.6.4 Systemische therapie | 20 |
| 4. Psychosociale begeleiding en de lastmeter | 22 |
| 5. Oncologische revalidatie | 24 |
| 5.1. Algemeen | 24 |
| 5.2 Poliklinische Revalidatie Behandeling - MST/ZGT | 25 |
| 6. Nuttige websites | 26 |
| 7. Aantekeningen | 28 |
| Bijlage; verklarende woordenlijst (alfabetische volgorde) | 29 |

1. Inleiding

Van uw uroloog heeft u te horen gekregen dat u een spierinvasieve blaaskanker heeft.

De uroloog maar ook de oncologieverpleegkundige bespreken alles met u wat voor uw situatie van belang is. Tijdens de gesprekken krijgt u veel informatie. Het is niet mogelijk om de informatie allemaal te onthouden. Deze Persoonlijke Informatie Map (PIM) is daarbij een hulpmiddel.

Het lezen van de informatie over uw ziektebeeld en de behandeling kan helpen om meer grip te krijgen op uw situatie. Als u goed geïnformeerd bent kunt u actief betrokken zijn bij het maken van keuzes en het nemen van beslissingen. Daarnaast kunt u uw partner of andere naasten in de map laten lezen, zodat ook zij op de hoogte zijn wat er met u gebeurt.

De uroloog is tijdens het gehele onderzoeks- en behandeltraject maar ook gedurende de periode van nacontrole in principe de hoofdbehandelaar. Dat wil zeggen dat hij of zij uw aanspreekpunt is en de regie voert over het traject dat u doorloopt.

Voor een behandeling met chemotherapie of een behandeling met radiotherapie wordt u door de uroloog verwezen naar respectievelijk de internist-oncoloog en/of de radiotherapeut.

De internist-oncoloog en radiotherapeut zijn medebehandelaars. Zij zijn het aanspreekpunt bij mogelijke bijwerkingen die u ervaart van een behandeling die door hen is ingezet.

Op de polikliniek urologie krijgt u ook te maken met de urologische oncologieverpleegkundige. Zij werkt nauw samen met de uroloog. Nadat de diagnose is vastgesteld neemt zij in alle rust nog eens met u door wat de uroloog u heeft verteld. Zij ondersteunt en begeleidt u gedurende uw ziekte, de behandeling en eventueel daarna. Ook buiten de spreekuren om is zij telefonisch bereikbaar. De contactgegevens vindt u op de volgende pagina.

Het is belangrijk u te realiseren dat de situatie en het herstel voor iedereen anders kan zijn. Bespreek uw vragen daarom altijd met uw behandelend uroloog of met de uro oncologieverpleegkundige.

2. Namen, adressen en telefoonnummers

In de regio Twente wordt uitgebreid samengewerkt tussen de verschillende ziekenhuizen. Het kan zijn dat u met meerdere zorginstellingen te maken krijgt. Derhalve hieronder meerdere adresgegevens:

ZGT ziekenhuislocatie Almelo:

Bezoekadres: Zilvermeeuw 1, 7609 PP Almelo

Postadres: Postbus 7600, 7600 SZ Almelo

ZGT ziekenhuislocatie Hengelo

Bezoekadres: Geerdinksweg 141, 7555 DL Hengelo

Postadres: Postbus 546, 7550 AM Hengelo

Urologen:

Telefoonnummer 088 708 33 90

Drs. D. Bakker

Drs. O.L.W.B. van Balen

Dr. E.B. Cornel

Drs. H.E. Dijkema

Drs. G.J. Molijn

Drs. H. Roelink

Mw. Drs. S.P. Stomps

Mw. Dr. J.L.J. Vriesema

Verpleegkundig specialist

Telefoonnummer 088 708 33 90

Mw B. te Raa

Oncologieverpleegkundigen urologie:

Telefoonnummer 088 708 33 90

Mw K. Cents

Mw C. Hartgerink

Mw. C. Lepa

Mw H. v Rhee

Internist oncologen:

Telefoonnummer 088 708 31 70

Dr. C.J.H. Gerrits

Dr. R. Hoekstra

Mw. Dr. I.M. Oving

Mw. Dr. E.J.M. Siemerink

Oncologieverpleegkundige urologie

Telefoonnummer 088 708 33 90

Internist oncologen


Telefoonnummer 088 708 53 30

Verpleegkundig specialisten Interne Oncologie

Telefoonnummer 088 708 70 76

Mw E.E.G. Postel

Mw B.M.J. Dwars



oncologie



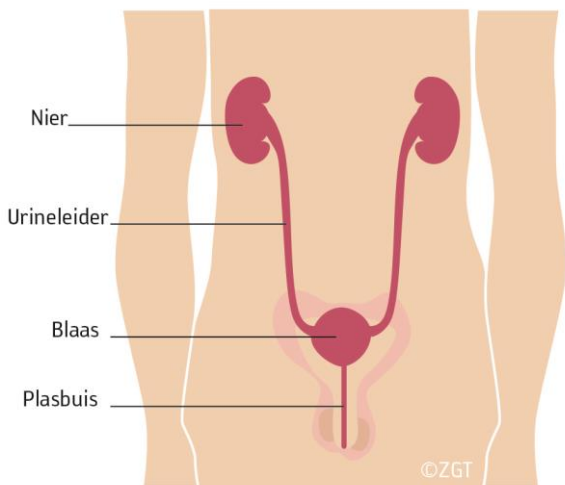
Radiotherapeuten (MST Enschede)
Drs. A. Bhawanie
Mw. Drs. E. Hendriksen

Telefoonnummer: 053 487 27 50

3. Spierinvasieve blaaskanker en de behandeling

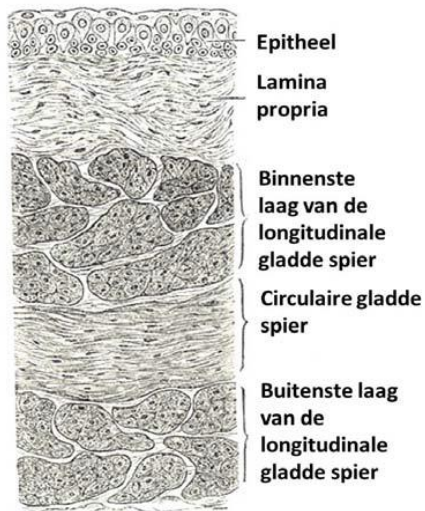
3.1 De Blaas

In deze paragraaf leest u over de blaas en urinewegen.



Afbeelding 1

De blaas is een orgaan dat de urine uit de nieren verzamelt en opslaat tot aan het moment van urineren. De urine komt de blaas binnen via de urineleiders en verlaat deze via de plasbuis. De blaas ligt in het kleine bekken en wordt door de bekkenring (botten) beschermd (zie afbeelding 1).



Afbeelding 2

Lagen van de blaaswand met de mucosa (de slijmvlieslaag van de blaas bestaande uit het epitheel)

De wand van de blaas bestaat uit verschillende lagen (zie afbeelding 2) De binnenste laag is het slijmvlies (mucosa), het zogenaamde epitheel of urotheel. Deze laag komt in aanraking met de urine en heeft dus een belangrijke beschermende werking. Iets dieper ligt een fijn laagje bindweefsel (lamina propria). Hier omheen bevindt zich de blaasspier (**musculus detrusor**). Deze is opgebouwd uit meerdere lagen. De spier ontspant tijdens de opslag van de urine en knijpt samen tijdens het urineren. De blaas wordt naar buiten omgeven door vetweefsel.

en de lamina propria) en de spierlagen (*musculus musculus detrusor*)

Boven de blaas bevindt zich de buikholte met daarin de darmen. Aan de achterzijde van de blaas zit het laatste stuk van de dikke darm, het rectum. Vlak tegen de blaas aan zit bij de man de prostaat en bij de vrouw de vagina en de baarmoeder.

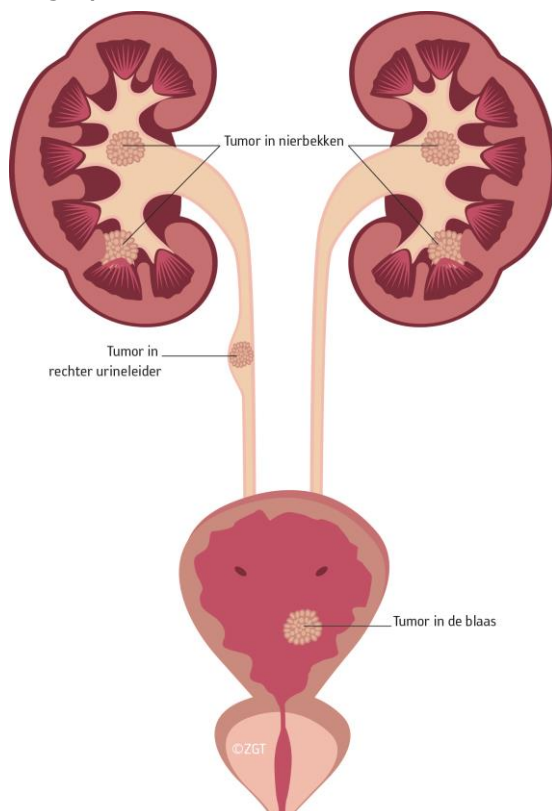
3.2 Wat is blaaskanker

We spreken van blaaskanker (blaascarcinoom) als er in de blaaswand een kwaadaardige tumor ontstaat.

Blaascarcinoom is een relatief veelvoorkomende vorm van kanker. In Nederland wordt deze diagnose jaarlijks bij ongeveer 6800 mensen (37 per 100.000 mensen vastgesteld). Blaascarcinoom is daarmee de zesde meest voorkomende tumor bij mannen en de zevende bij vrouwen (cijfers Integraal Kanker Centrum 2018)

Van alle nieuwe patiënten overleeft 65-75% de ziekte.

Bij ongeveer 90% van alle blaastumoren gaat het om een urotheelcelcarcinoom, genoemd naar het type weefsel van waaruit ze zijn ontstaan, het urotheel. Het urotheel is het slijmvlies dat de binnenbekleding vormt van de urinewegen, dus ook van de blaas. Het urotheelcelcarcinoom kan ook voorkomen in het nierbekken, de urineleiders of plasbuis. (zie afbeelding 3).



Afbeelding 3

In 10% van de gevallen is er een andere herkomst, zoals bijvoorbeeld het plaveiselcelcarcinoom (5%) dat ontstaat vanuit de bovenste laag van het blaasslijmvlies, of het adenocarcinoom (3%) dat ontstaat vanuit kliercellen die verantwoordelijk zijn voor de slijmproductie. Andere zeldzame subtypen zijn het kleincellig blaascarcinoom en het sarcoom. Goedaardige poliepen, de zogenaamde papilloma, zijn betrekkelijk zeldzaam. Dus een blaaspoliep is vrijwel altijd kanker.

Blaastumoren kunnen als een spierinvasieve tumor ontstaan (28% van alle gevallen) maar beginnen meestal als niet-spierinvasieve tumoren. Spierinvasief wil zeggen dat de tumor door het slijmvlies van de blaaswand (urotheel) en de bindweefsellaag (lamina propria) is ingegroeid in de daaronder gelegen spierlaag (musculus detrusor, zie ook figuur 2). Dit in tegenstelling tot de niet-spierinvasieve blaastumoren waarbij de tumorgroei zich heeft beperkt tot het blaasslijmvlies (urotheel) of bindweefsellaag.

Omdat bij spierinvasieve blaastumoren de tumor al in de diepere lagen van de blaaswand is ingegroeid, wordt de kans groter dat er kankercellen losraken die zich vervolgens in het lichaam verspreiden. Deze losgeraakte cellen kunnen op andere plaatsen uitgroeien tot nieuwe gezwellen, uitzaaiingen of metastasen genoemd. Via het lymfevocht kunnen uitzaaiingen ontstaan in de lymfeklieren rond de blaas en via het bloed in lever, longen, buikvlies en botweefsel.

Oorzaken van blaaskanker

Over de precieze oorzaak van blaaskanker is nog weinig bekend. De meeste mensen die blaaskanker krijgen zijn tussen de 60-90 jaar. Leeftijd speelt dus mee, zoals bij de meeste vormen van kanker. Er zijn een aantal risicofactoren bekend, die de kans op blaaskanker vergroten. Deze risicofactoren zijn:

Roken

De kans op het krijgen van blaaskanker is twee tot vijf keer zo groot bij rokers in vergelijking met niet-rokers. Dit is mede afhankelijk van de duur en de intensiteit van het roken. Stoppen met roken verkleint het risico maar het bereikt nooit meer het niveau van een niet-roker. Een licht verhoogde kans blijft ook 25 jaar nadat men het roken heeft gestaakt.

Beroepsmatige blootstelling aan blaaskanker verwekkende stoffen

Deze blootstelling verhoogt het risico met twee tot negen keer. Zo zijn stoffen uit de aluminium, rubber en kolenindustrie maar ook blootstelling aan verbstanddelen van invloed op de ontwikkeling van blaaskanker. Echter door richtlijnen op het gebied van arbeidsveiligheid zijn de risico's voor huidige werknemers in de chemische industrie verminderd en hebben zij niet langer een hoger risico op het krijgen van blaaskanker in vergelijking met de algemene bevolking.

Radiotherapeutische behandeling van het kleine bekken

Vooraf de behandelingen die in het verleden zijn gegeven en waarbij meer gezond weefsel werd bestraald dan met de huidige geavanceerde bestralingstechnieken verhogen de kans met twee tot vier keer.

Overige risicofactoren

- Het gebruik van bepaalde medicijnen zoals cyclofosfamide (een chemotherapeuticum). - Langdurige irritatie van het blaasslijmvlies door hardnekkige chronische urineblaasontstekingen.
- Bilharzia (een parasiet die veel in de Nijl in Egypte voorkomt).
- Chronische irritatie door een katheter in de blaas (via plasbuis of buikhuid).
- Erfelijkheid speelt een rol.

Symptomen

Hematurie (bloed in de urine)

Het eerste teken van een blaastumor is meestal hematurie. Omdat de tumor is gemaakt van abnormale cellen en bloedvaten is de tumor zeer fragiel. Met andere woorden de tumor laat gemakkelijk cellen los en bloed gemakkelijk. Het kan gaan om zichtbare verkleuringen in de urine, maar vaak ook om microscopische hoeveelheden die met het blote oog niet te zien zijn. Bloedverlies in de urine, zichtbaar of onzichtbaar, heet hematurie. Het merendeel (80 tot 85%) van de mensen met blaaskanker heeft bloed in de urine. Deze hematurie is meestal pijnloos.

Irritatieve mictieklachten

De aanwezigheid van een tumor in de blaas kan de blaas irriteren. Een gedeelte van de patiënten heeft daardoor klachten die erg lijken op een blaasontsteking; pijn bij plassen, vaak moeten plassen en de plas niet goed kunnen ophouden of uitstellen. Soms wordt in eerste instantie ook aan een blaasontsteking gedacht. Als de klachten, ondanks adequate antibiotica, blijven is nader onderzoek door een uroloog nodig.

Pijnklachten

Bij uitgebreide tumorgroei kan er sprake zijn van pijn in het bekken. Soms is de urineleider (van nier naar blaas) verstopt waardoor zich urine in de nieren ophoopt (hydronefrose) hetgeen pijn in de zij kan veroorzaken.

3.3 Aanvullend onderzoek

Als de diagnose spierinvasieve blaastumor wordt vastgesteld is aanvullende diagnostiek nodig voor het opstellen van een goed behandelingsplan. En voor het inschatten van de kans op een curatieve behandeling (een behandeling gericht op genezing). Daarom is het belangrijk om voor de behandeling de tumor en eventuele uitzaaiingen goed in kaart te brengen ofwel te stadiëren. Stadiëren is het zo optimaal mogelijk bepalen van het stadium van de ziekte. Voordat wij overgaan op een behandeling die op uw situatie van toepassing is, is het van

belang de omvang van de tumor vast te stellen en eventuele uitbreiding naar omgevende lymfeklieren. Naast de grootte van de tumor (T-stadium) en aangedane lymfeklieren (N-stadium) worden metastasen (uitzaaiingen) op afstand (M-stadium) beoordeeld.

Als er uitzaaiingen zijn, worden die in 90% van de gevallen gevonden in de regionale lymfeklieren, in 45-50% in de lever en longen, in 32% in het botweefsel en in 20% in het buikvlies.

Met de huidige geavanceerde diagnostische middelen kan de stadiëring van blaastumoren redelijk nauwkeurig worden bepaald. Het vervolgonderzoek bestaat uit een uitgebreid bloedonderzoek, een CT-scan van de buik en een röntgenfoto van de longen. De uitslag van het bloedonderzoek kan in sommige situaties aanleiding zijn tot het maken van een botscan.

CT (Computerized Tomography) scan van de buik

Met een CT-scan kunnen nauwkeurige beelden van het lichaam worden gemaakt. Daarom is deze bij uitstek geschikt voor het opsporen van allerlei afwijkingen.

Botscan (skeletscintigrafie)

Een botscan of skeletscintigrafie vindt plaats als u botpijn heeft of als het laboratoriumonderzoek specifieke afwijkende uitslagen laat zien. Zoals een afwijkende waarde van het calcium (een element van botstructuur). Er volgt dan nader onderzoek door middel van een botscan om eventuele uitzaaiingen uit te sluiten. Nadat een kleine hoeveelheid radioactief materiaal is geïnjecteerd worden foto's genomen.

Thoraxfoto

Een thoraxfoto is een onderzoek waarbij een röntgenfoto van de borstkas wordt gemaakt. Op de foto zijn ondermeer de longen zichtbaar. Dit onderzoek wordt verricht om eventuele uitzaaiingen in de longen uit te sluiten.

3.4 Regionale Urologisch Multidisciplinaire Oncologiebespreking

Als alle onderzoeken zijn verricht worden de uitslagen besproken in het Regionaal Urologisch Multidisciplinair Oncologie overleg. Bij dit overleg zijn zowel specialisten van ZGT als het MST aanwezig te weten: uroloog-oncologen, een radiotherapeut-oncoloog, internist-oncologen, een radioloog en specialistische verpleegkundigen. Daarnaast schuift de patholoog aan en consulente van het Universitair Medisch Centrum Radboud in Nijmegen. De onderzoeksuitslagen en uw conditie bepalen het multidisciplinair behandeladvies. Soms kan vervolgonderzoek noodzakelijk zijn. Uw behandelend uroloog zal de uitkomst van het overleg met u bespreken en samen met u een individueel behandelplan opstellen.

3.5 Stadiering van blaastumoren

TNM classificatie

Zoals in paragraaf 4.2 is beschreven, worden blaastumoren grofweg ingedeeld in oppervlakkige niet-spierinvasieve tumoren (Ta, Tis, T1) en spierinvasieve of infiltrerende tumoren (T2 en hoger). De TNM-classificatie wordt toegelicht in onderstaand overzicht.

TNM classificatie blaastumoren

T-classificatie (=primaire tumor)

| T-classificatie | | Categorie |
|-----------------|--|---|
| Ta | <i>Niet invasief papillair carcinoom</i> : de tumor is beperkt tot de binnenste cellagen van het blaasslijmvlies (het epitheel*) | Niet spierinvasieve blaastumoren |
| Tis | <i>Vlakke tumor (Carcinoom in situ)</i> : een hooggradige tumor die beperkt is tot de binnenste cellagen van het blaasslijmvlies (het epitheel*) | |
| T1 | De tumor dringt de diepere bindweefsels van het blaasslijmvlies (de lamina propria) binnen. | |
| T2 | De tumor dringt de blaasspier binnen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ T2a: de tumor dringt de binnenste helft van de blaasspier binnen ▪ T2b: de tumor dringt de buitenste helft van de blaasspier binnen | Spierinvasieve blaastumoren |
| T3 | De tumor dringt het vetweefsel rond de blaas binnen <ul style="list-style-type: none"> ▪ T3a: microscopische invasie ▪ T3b: macroscopische invasie | |
| T4a | Ingroei in organen rond de blaas: de prostaat bij mannen, de uterus en/of vagina bij vrouwen | |
| T4b | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De tumor dringt de bekkenwand en/of de buikwand binnen of ▪ De tumor is uitgezaaid naar de lymfeklier(en) of een orgaan op afstand van de blaas | |

N-classificatie (N= nodus het Latijnse woord voor lymfeklier).

Nx= eventuele aantasting van regionale lymfeklieren kan op basis van het verrichte onderzoek niet worden beoordeeld.

N- = geen aantasting van lymfeklieren.

N+= aantasting van lymfeklieren.

M-classificatie (M= metastase of wel uitzaaiingen op afstand van de primaire tumor).

Mx=metastasen op afstand kunnen niet worden beoordeeld.

M0=geen metastasen op afstand.M1=aantoonbare metastasen op afstand zoals in longen, lever en/of skelet.

WHO (=World Health Organisator) classificatie

De WHO classificatie uit 1973 benoemt de mate van kwaadaardigheid of groeiwijze van urotheelcelcarcinomen (de gradering). Hoe hoger de gradering ofwel hoe meer de tumorcel in uiterlijk afwijkt van de oorspronkelijke gezonde urotheelcel hoe agressiever en sneller de groei. Bij urotheelcelcarcinomen loopt de gradering (G2) van:

- Graad 1: de tumorcellen zijn weinig afwijkend in vergelijking met normale blaascellen. Wij noemen ze laaggradig of goed gedifferentieerd.
- Graad 2: de tumorcellen zijn meer afwijkend in vergelijking met graad 1, ze zijn matig gedifferentieerd.
- Tot Graad 3: de tumorcellen zijn sterk afwijkend in vergelijking met gezonde cellen. Graad 3 zijn hooggradige of ook wel slecht gedifferentieerde blaastumoren.

In 2004 heeft de WHO een nieuwe indeling gemaakt. Dit systeem maakt onderscheid in laaggradig en hooggradig urotheelcelcarcinomen. Daarnaast bestaat een groep Papillaire urotheel neoplasme met laag maligne potentieel (PUNLMP).

- Papillaire urotheel neoplasma. Neoplasma is vorming van nieuw weefsel. PUNLMP is een tumor samengesteld uit niet-kwaadaardige cellen die typisch bedekt zijn met een verdikte laag urotheel.
- Low grade papillair urotheelcelcarcinoom: Langzaam groeiende kwaadaardige tumoren die waarschijnlijk niet uitzaaien.
- Hooggradige papillair urotheelcarcinoom. Snel groeiende kwaadaardige tumoren met grote kans op uitzaaiingen.

Beide indelingen worden naast elkaar gebruikt.

Het vaststellen van het precieze celtype en de mate van afwijking van gezonde cellen (gradatie) is van groot belang voor de behandeling. Het is ook van belang voor de prognose (kans op terugkeer/overlevingsduur) van de ziekte.

Een speciale vorm van niet-spierinvasieve blaastumor is het carcinoma in situ (CIS). Het is een tumor met een hoge graad van kwaadaardigheid (G3) die zich (onbehandeld) op termijn kan ontwikkelen tot een spierinvasieve blaastumor.

3.6 De behandeling van spierinvasieve blaaskanker

3.6.1 Algemeen

Bij spierinvasieve blaaskanker is de tumor ingegroeid in de diepere lagen van de blaaswand. Omdat daardoor de kans bestaat op uitzaaiingen is er na de TUR (trans urethrale resectie) meer behandeling nodig.

De behandeling voor spierinvasieve blaaskanker kan bestaan uit

Operatie

Radiotherapie + Brachytherapie (uitwendige+ inwendige bestraling)

Chemotherapie

Immunotherapie

Deze behandelingen kunnen in sommige situaties worden gecombineerd.

Als de tumor zich alleen in de blaas bevindt, is meestal een curatieve behandeling (gericht op genezing) mogelijk. Een palliatieve behandeling kan worden gegeven als de tumor niet beperkt is gebleven tot de blaas en als er uitzaaiingen elders in het lichaam zijn. De behandeling is dan gericht op het verminderen of verlichten van klachten.

3.6.2 Chirurgische behandeling van spierinvasieve blaaskanker

3.6.2.1 Chirurgie in combinatie met chemotherapie

Soms kan de uroloog u adviseren eerst te starten met chemotherapie. Chemotherapie voorafgaand aan de operatie noemt men neo-adjuvante chemotherapie. Meer informatie hierover leest u onder systemische therapie hoofdstuk 3.6.4.1

3.6.2 Chirurgische behandeling

3.6.2.1 Radicale Cystectomie

De chirurgische behandeling van spierinvasieve blaaskanker bestaat uit het geheel verwijderen van de blaas, en de lymfeklieren uit het bekken. Deze operatie noemt men een radicale cystectomie. Deze operatie wordt uitgevoerd wanneer uit onderzoek blijkt dat de tumor zich heeft beperkt tot de blaas en niet is uitgezaaid naar de lymfeklieren of andere organen.

Bij mannen wordt behalve de gehele blaas ook de prostaat en de zaadblaasjes verwijderd. Bij vrouwen wordt bij deze operatie tevens de baarmoeder, de eierstokken en een deel van de top van de vagina verwijderd. Bij sommige patiënten kan deze procedure enigszins worden aangepast om bepaalde structuren te sparen. Of dit al dan niet mogelijk is hangt af van de locatie van de tumor. Bij elke patiënt beoordeelt de uroloog dit zorgvuldig. Het besluit maakt de uroloog pas definitief tijdens de operatie.

Het verwijderen van de plasbuis is noodzakelijk als de blaastumor zich in de plasbuis heeft uitgebreid.

Heel soms blijkt tijdens de operatie dat de tumor zich al uitgebreid heeft uitgezaaid. Men kan dan eventueel besluiten de operatie af te breken.

3.6.2.2 ZGT Centrumfunctie voor Cystectomie in de regio.

Het verwijderen van de blaas is een grote operatie waarbij de kans op complicaties reëel is. Het is belangrijk dat daar voldoende ervaring mee is in het ziekenhuis. Niet alleen geldt dit voor de operator, maar ook voor het hele traject in aanloop tot de operatie (voorlichting en voorbereiding) en de directe zorg ná de operatie (deskundigheid en ervaring van verpleegkundigen zowel op de verpleegafdeling als op de intensive care).

Op regionaal niveau zijn er daarom tussen de ziekenhuizen onderling afspraken gemaakt waardoor de operatieve behandeling van spierinvasieve blaaskanker is geconcentreerd in ZGT.

Er bestaat volgens de literatuur een hoge kans (28-57%) op complicaties als gevolg van de ingreep. Het risico op overlijden binnen 30 dagen is afhankelijk van meerdere factoren. Volgens de literatuur varieert dit risico tussen de 2% en 5%. Een overzicht van percentages in zowel ZGT met betrekking tot eventuele complicaties vindt u op de webpagina's www.zgt.nl/blaaskanker

3.6.2.3 Urinedeviatie

Wanneer de blaas is verwijderd, is er geen mogelijkheid meer voor urineopslag. Ook kan de urine niet meer via de natuurlijke weg het lichaam verlaten. Naast het verwijderen van de blaas zal er dus aansluitend een hersteloperatie moeten plaatsvinden om de urine naar buiten toe te leiden. Dit wordt ook wel urinedeviatie genoemd. Hiervoor bestaan een aantal mogelijkheden.

De keuze voor het aanleggen van een urinedeviatie is veelomvattend en hangt van verschillende factoren af. De uroloog bekijkt in samenspraak met u welke operatietechniek voor u het meest geschikt is.

- *Aanleggen stoma (urinedeviatie volgens Bricker)*

Het aanleggen van een stoma is de meest simpele oplossing. Deze techniek heet ook wel urinedeviatie volgens Bricker. Dit is de naam van de persoon die deze techniek voor het eerst heeft beschreven. De urine wordt via een stukje dunne darm van 15 cm lang naar buiten toe geleid. In de buik worden de urineleiders op het stukje darm vastgehecht. Op de buik wordt het stukje darm vastgehecht.

Rondom het urinestoma wordt een huidplaat met opvangzakje bevestigd. De urine loopt dus rechtstreeks van de nieren door de urineleiders via het stukje darm, in het opvangzakje. Bij deze operatietechniek draagt de patiënt 24 uur per dag een opvangzakje op de buikhuid (zie afbeelding 7).



Afbeelding 7

Meer informatie over de gang van zaken rond de operatie, zoals de voorbereiding en nazorg, ontvangt u in een aparte bijlage.

- *Darmblaas*

Het aanleggen van een nieuwe blaas is wat gecompliceerder dan een stoma.

Voor deze mogelijkheid van urinedeviatie kan alleen worden gekozen wanneer er sprake is van een goede conditie, een intacte sluitspier en plasbuis. Ook een goede nier- en leverfunctie zijn van belang.

Deze operatie wordt binnen ZGT verricht door middel van de Studer of Hautmann procedure.

Een darmblaas of neoblaas is een urinereservoir dat wordt gemaakt van ongeveer 60 cm dunne darm dat rechtstreeks is aangesloten op de natuurlijke plasbuis (urethra). De intact gebleven sluitspier zorgt voor de natuurlijke controle over het urineren. Er wordt dus geen uitwendig stoma aangelegd. De neoblaas bezit niet de eigenschap van een normale blaas waardoor het gevoel van aandrang om te urineren, zoals u dat gewend was, is veranderd. De aandrang wordt nu gevoeld als een drukkend (in het begin soms pijnlijk) wee gevoel in de onderbuik. Dit is een teken dat de blaas leeg gemaakt moet worden. Gebeurt dit niet dan treedt spontaan urineverlies op (incontinentie). Patiënten krijgen daarom ook het advies dag en nacht op de klok te plassen. Door wondvocht functioneert de sluitspier van de blaas soms niet optimaal. Vooral in de eerste periode na de operatie zijn patiënten daardoor dag en nacht incontinent. Gemiddeld gesproken duurt de nachtelijke incontinentie rond de drie maanden en de dag incontinentie rond de zes maanden.

Bij het aanleggen van een neoblaas is de kans op complicaties wat groter dan bij een stoma. Blijvende incontinentie kan optreden. Ook is de kans op urineweginfecties of een onvolledige lediging van de neoblaas aanwezig. Hiervoor vindt kort na de operatie een intensieve controle plaats. De praktische begeleiding rondom de neoblaas geschiedt door de stomaverpleegkundige.

Meer informatie over de gang van zaken rond de operatie, zoals de voorbereiding en nazorg, ontvangt u in een aparte bijlage.

- *Plaatsbepaling stoma zowel bij urinedeviatie volgens Bricker als bij urinedeviatie conform Hautmann/Studer procedure*

Bij een operatie volgens Bricker wordt door de stomaverpleegkundige samen met u een stomaplaats bepaald. Dit hangt onder meer af van uw buikomvang, eventuele huidplooiën en wat voor soort kleding u draagt. Om te bekijken of de gekozen plaats geschikt is, wordt er als proef een stomazakje bevestigd.

Soms blijkt tijdens de operatie bij een procedure volgens Hautmann/Studer echter dat er onvoldoende mogelijkheid bestaat om een nieuwe blaas te maken. De uroloog zal dan als nog moeten besluiten om een urinestoma aan te leggen. Daarom wordt ook voorafgaand aan deze operatie een stomaplaats bepaald.

3.6.2.4. Mogelijke complicaties radicale cystectomie met urinedeviatie

Geen enkele operatie is zonder risico. Zo is ook bij een radicale cystectomie met urinedeviatie de normale kans op complicaties aanwezig, zoals infectie, nabloeding, wondgerelateerde problemen, trombose, longembolie en hart- en vaatproblemen. Daarnaast bestaat het risico op complicaties die specifiek gelden voor deze operatie. Deze worden onderverdeeld in vroege en late complicaties.

Vroege complicaties

Onder vroege complicaties worden complicaties verstaan die zich in de eerste 30 dagen na de operatie voordoen. Een vervelende vroege complicatie is een zogenaamde platzbauch. Het open gaan van de gehechte buikwand. Er kan er een naadlekkage optreden bij de aanhechting van de darmen, of aanhechting van de urineleiders in het stukje darm bij de aanleg van een urinestoma (urinedeviatie volgens Bricker), of van de urineleiders in de nieuwe blaas (Hautmann procedure). De meest voorkomende complicatie is het niet goed op gang komen van de darmen. De darmassage stagneert en er ontstaat een ileus (belemmerde darmwerking) Voor sommige complicaties is een nieuwe operatie noodzakelijk.

Late complicaties

Met late complicaties worden complicaties bedoeld die pas op langere termijn ontstaan. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen complicaties tot 90 dagen na de operatie en complicaties die later, zelfs na een paar jaar kunnen optreden.

- *Bij urinedeviatie volgens Bricker*

Hoewel de urinedeviatie volgens Bricker een betrouwbare behandeloptie is met bewezen effectiviteit kunnen er op lange termijn (na tientallen jaren) complicaties optreden. Zo zijn er bij 20% van de patiënten stomaproblemen voorkomen. Om eventuele late complicaties tijdig te signaleren is levenslange nacontrole door de uroloog van belang.

- *Bij urinedeviatie volgens Studer/Hautmann*

Na deze ingreep bestaat er een kans op blijvende, voornamelijk nachtelijke incontinentie. Vaak is er overdag nog wel voldoende controle, maar blijft nachtelijk urineverlies een probleem. Daarnaast is er een groep patiënten die op den duur moeilijkheden krijgt met uitplassen, waardoor er urine in de blaas achterblijft (urineretentie). Dit komt zo vaak voor (op langere termijn bij bijna de helft van de patiënten) dat alle patiënten daarom van tevoren moeten leren om zichzelf te katheteriseren.

urinedeviatie bepaalde waarden in het bloed blijven controleren. Afwijkende waarden kunnen zonodig met behulp van medicatie worden gecorrigeerd.

- *Gevolgen voor de seksualiteit*

Een radicale cystectomie met iedere vorm van urinedeviatie kan effect hebben op het seksueel functioneren, zowel psychisch als lichamelijk.

Bij vrouwen kunnen de zenuwen die ervoor zorgen dat de vagina bij het vrijen vochtig wordt, beschadigd zijn. Doordat de vagina minder vochtig is, kan gemeenschap pijnlijk zijn. Een mogelijke oplossing hiervoor is het gebruik van glijmiddel tijdens het vrijen. Indien ook de baarmoeder en eierstokken verwijderd zijn dan heeft dit effect op de vruchtbaarheid, en

hormoonhuishouding van de vrouw. Vrouwen die nog niet in de overgang zijn, zullen na verwijdering van beide eierstokken in de overgang komen. Verder betekent een radicale verwijdering van de blaas bij een vrouw dat niet alleen de baarmoeder wordt verwijderd, maar ook een stukje van de schede. Hierdoor wordt deze wat minder breed en korter. Dit kan in het begin problemen geven met de geslachtsgemeenschap. Na de wondgenezing kan de schede weer breder worden door voorzichtig oprekken. Uw behandelend arts zal dit met u bespreken. Bij mannen zullen na de operatie als gevolg van zenuwbeschadiging erectiestoornissen optreden. Vaak is er nog wel een orgasme-gevoel. De zaadlozing is verdwenen, omdat de prostaat die het zaadvocht produceert, is verwijderd. De zaadleiters zijn dichtgebonden, zodat geen zaadcellen meer worden geloosd. Dit alles betekent dat na de operatie, bij een eventueel orgasme geen zaad en geen zaadvocht meer worden geproduceerd (het zogenaamd droog klaarkomen).

In welke mate deze problemen met betrekking tot seksualiteit optreden is niet precies van tevoren te voorspellen. Als u na de operatie seksuele problemen heeft, kunt u dit altijd met uw behandelend arts maar ook met uw oncologieverpleegkundige bespreken. Samen met u wordt bekeken of een oplossing mogelijk is. Na een radicale verwijdering van de blaas is het soms toch mogelijk weer erecties te krijgen door gebruik van hulpmiddelen of injecties in de penis.

3.6.3 Overige (blaassparende) behandelingsmogelijkheden

3.6.3.1 Radiotherapie

Uitwendige bestraling in combinatie met chemotherapie

Als de patient niet in aanmerking komt voor een cystectomie kan er voor een andere behandeling worden gekozen. Dit kan van toepassing zijn bij oudere niet fitte patienten of als de tumor te uitgebreid is. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat in deze situatie chemoradiatie (= uitwendige radiotherapie in combinatie met chemotherapie) een goed alternatief is voor een cystectomie waarbij de blaas operatief wordt verwijderd.

Er zijn geen vergelijkende studies bekend die de cystectomie vergelijken met een uitsluitend radiotherapeutische behandeling. Voor beide behandelingen wordt geput uit studies die resultaten beschrijven van of de ene behandeling of de andere. In geval van grote, uitgebreide tumoren zijn de behandelingen vergelijkbaar in lokale controle en 5-jaarsoverleving. De lokale controle varieert tussen de 40-50 % en de 5-jaars overleving varieert tussen de 32-58%. In geval van vergevorderde tumoren zijn deze cijfers vergelijkbaar met de operatie resultaten.

De behandeling vindt plaats in het radiotherapeutisch centrum van het Medisch Spectrum Twente in Enschede.

Over het algemeen duurt de behandeling vijf tot zes weken, afhankelijk van de totale dosis die gegeven wordt.

Brachytherapie:

Incidenteel is er het mogelijk om een gedeelte van de blaas te behandelen, het betreft dan kleine tumoren (minder dan 5cm) en er moet sprake zijn van een goede blaasfunctie. De behandeling start met uitwendige bestraling gevolgd door een lokale inwendige bestraling, eventueel vooraf gegaan door een verwijdering van de lokale tumor.

De lokale controle varieert tussen 70-80% en de 5-jaarsoverleving van 48-61%. Omdat het om een weinig voorkomende behandeling gaat is besloten deze te centraliseren. In overleg met de afdeling radiotherapie van het MST zult U voor de inwendige bestraling verwezen worden naar een dergelijk centrum (Arnhems Radiotherapeutisch Instituut).

Bij uitwendige radiotherapie komen de stralen van buitenaf, bij inwendige bestraling worden radioactieve bronnen in de blaaswand gebracht op de plaats waar de tumor zat.

Bijwerkingen

De bijwerkingen van radiotherapie verschillen van patiënt tot patiënt. Sommige patiënten ervaren nauwelijks bijwerkingen, anderen hebben meer klachten tijdens en na hun behandeling. Naast vermoeidheid kunt U plas en darmklachten ontwikkelen, de stralen worden gericht op de blaas maar de darmen die dicht tegen de blaas aanliggen worden voor een deel mee bestraald. Deze blaas en darmklachten zijn meestal van tijdelijke aard, ze treden gewoonlijk op rond de derde of vierde week van de bestraling, Een tot 2 weken na de bestralingsserie zijn de blaaswand en de darmcellen hersteld en verminderen geleidelijk de klachten

Darmen: Omdat de blaas tegen de darmen aan ligt, zal een deel hiervan ook bestraald worden. Behoudens eventueel wat misselijkheid merkt u daar in het begin niet zo veel van. Later kunt u last van buikkrampen krijgen. Ook kan de ontlasting wat slijm of bloed gaan bevatten. De klachten nemen meestal na 1 tot 2 weken na de bestraling af, en zijn meestal na zo'n 4 weken na de laatste bestraling weer over

Blaas: U kunt uiteraard ook plasklachten krijgen bij de bestraling van uw blaas. Meestal moet u vaker en met kleine beetjes plassen, en het plassen kan branderig en / of pijnlijk zijn. Ook 's nachts moet u er vaker uit. Deze klachten treden vaak pas op als u al een tijdje bestraald wordt. De klachten lijken erg op die van een blaasontsteking. Ook kunt u soms wat bloed bij de urine hebben en soms hinderlijke blaaskrampen. De klachten nemen eveneens na 1-2 weken weer af en zijn na één tot anderhalve maand na de laatste bestraling weer over.

Meer informatie kunt u vinden op de website van het Medisch Spectrum Twente in Enschede : <https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/>

3.6.4 Systemische therapie

Bij een systemische behandeling wordt gebruik gemaakt van celdodende medicatie waarbij tumorcellen worden vernietigd of in hun groei worden vertraagd.

3.6.4.1 Chemotherapie

Chemotherapie is een vorm van systemische therapie. Chemotherapie is de behandeling van kanker met celremmende medicijnen (cytostatica). Via het bloed verspreiden zij zich door uw lichaam en kunnen op vrijwel alle plaatsen kankercellen bereiken. Bij blaaskanker wordt via een infuus een combinatie van verschillende middelen gegeven. Elk met een eigen invloed op de celdeling. Voor een behandeling met chemotherapie wordt u door de uroloog verwezen naar de internist-oncoloog.

Chemotherapie bij blaaskanker kan zowel gegeven worden in het kader van een curatieve als wel een palliatieve behandeling.

- *Chemotherapie voorafgaand aan een operatie*

Voorafgaand aan een operatie waarbij de gehele blaas wordt verwijderd (cystectomie) kan de uroloog na bespreking in het multidisciplinair overleg, in sommige gevallen u adviseren te starten met een behandeling met drie kuren chemotherapie. Chemotherapie die voor de operatie gegeven wordt, wordt neo-adjuvante chemotherapie genoemd. Na drie kuren, dat wil zeggen 6 weken na starten van de chemotherapie, vindt herstadiëring plaats met behulp van een CT-scan.

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat in sommige situaties het geven van chemotherapie voor de operatie de kans op overleving op lange termijn verbeterd. Dit is ondermeer afhankelijk van het stadium van de blaaskanker en uw lichamelijke conditie. In het multidisciplinair behandelteam wordt besproken of u voor deze behandeling in aanmerking komt.

- *Chemotherapie in combinatie met radiotherapie*

Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat chemoradiatie (= uitwendige radiotherapie in combinatie met chemotherapie) in sommige gevallen een goed alternatief is voor een cystectomie. Als u hiervoor in aanmerking komt bespreekt de uroloog dit met u.

- *Palliatieve chemotherapie*

Chemotherapie kan worden overwogen bij blaaskanker in een gevorderd stadium waarbij de tumor is uitgezaaid naar de lymfeklieren, longen, lever en/of skelet. Genezing is dan niet meer mogelijk. In dat geval is de behandeling gericht op het verlichten van klachten en het verlengen van het leven.

In een aparte Patiënten Informatie Map Chemotherapie leest u meer over deze behandeling en de eventuele bijwerkingen. Ook staan daarin de contactgegevens van de polikliniek interne-oncologie vermeld.

3.6.4.2 Immunotherapie

Immunotherapie is een behandeling met medicijnen die het de eigen afweerreactie tegen kankercellen stimuleert. Normaal gesproken is ons afweersysteem in staat om kankercellen te herkennen en te vernietigen voordat ze uitgroeien tot tumoren. Kankercellen ontwikkelen echter eigenschappen waardoor ze voor het afweersysteem onherkenbaar worden of het afweersysteem kunnen blokkeren. De belangrijkste immunotherapie bij blaaskanker de zgn checkpointremmers maken deze blokkade van het afweersysteem ongedaan. Deze behandeling versterkt of verandert het eigen afweersysteem, zodat het de kankercellen alsnog kan doden. Een voorbeeld van een checkpoint remmer is het middel prembolizumab dat sinds kort op de markt is gebracht.

Prembolizumab wordt gegeven bij uitgezaaide blaaskanker. Als u voor deze behandeling in aanmerking komt bespreekt de internist-oncoloog dit met u.

Afzien van behandeling

Het kan gebeuren dat bij u of bij uw arts de indruk bestaat, dat de belasting of de mogelijke bijwerkingen of gevolgen van een behandeling niet (meer) opwegen tegen de te verwachten resultaten. Als u twijfelt aan de zin van (verdere) behandeling dan kunt u dit in alle openheid met uw specialist of huisarts bespreken. Iedereen heeft het recht om af te zien van verdere behandeling. Uw arts zal u de noodzakelijke medische zorg blijven geven om de hinderlijke gevolgen van uw ziekte zo veel mogelijk te bestrijden.

4. Psychosociale begeleiding en de lastmeter

Inleiding

Als u te horen krijgt dat u een spierinvasieve blaascarcinoom heeft, roept dit waarschijnlijk veel vragen en emoties op. Zowel voor uzelf, als voor uw naasten, is het een spannende tijd. De medewerkers van de afdeling urologie ondersteunen u zoveel mogelijk. Op deze pagina leest u wat u op de verschillende momenten van hen mag verwachten. Daarnaast vindt u informatie over andere organisaties die u begeleiding en informatie kunnen geven.

Psychosociale begeleiding op maat

Omdat ieder mens verschillend is, is het goed om de psychosociale begeleiding op u persoonlijk te laten aansluiten. Door gesprekken met u en uw naasten proberen de medewerkers duidelijk te krijgen waar uw vragen en behoeften op dat moment liggen. Zij stellen het zeer op prijs als u aangeeft waar u behoefte aan heeft. Ook de lastmeter kan hierin behulpzaam zijn. De lastmeter is een vragenlijst die in kaart brengt of u klachten ervaart en op welk gebied deze klachten zich voordoen. Afhankelijk van de uitkomst kunt u advies krijgen voor ondersteuning door andere zorgverleners bijvoorbeeld een medisch maatschappelijk werker, geestelijke verzorger en/of een klinisch psycholoog. Ook zou een revalidatieprogramma hulp of ondersteuning kunnen bieden. Om naar de juiste instantie of discipline te worden verwezen kan uw situatie in overleg met u besproken worden in de psychosociale oncologiebespreking waarin alle bovenstaande disciplines zijn vertegenwoordigt. Een eventuele doorverwijzing vindt altijd in overleg met u plaats. De lastmeter en meer informatie daarover ontvangt u van de oncologieverpleegkundige urologie. Maar u kunt, indien u daar behoefte aan heeft, ook zelf de lastmeter invullen en de uitkomst ter sprake brengen. U kunt de lastmeter digitaal invullen via www.lastmeter.nl.

Begeleiding tijdens de fase van onderzoek en behandeling

Tijdens deze fase hebben de meeste patiënten en hun partner of naasten behoefte aan voorlichting en advies op maat. Omdat er keuzes zijn in de behandelingsmogelijkheden is het belangrijk dat u weet welke keuzes er zijn, hoe de genezingskans is, wat de kans is op uitzaaiingen en wat de mogelijke bijwerkingen en gevolgen zijn. Uw specialist bespreekt alle opties met u en uw partner of naasten zodat u een weloverwogen keus kunt maken. De oncologieverpleegkundige urologie bespreekt de gegeven informatie met u na en geeft eventueel aanvullende informatie, voorlichting en advies over psychosociale begeleiding.

Na de behandeling

In de periode na de behandeling is er vaak behoefte aan informatie over de manier van omgaan met de gevolgen van de behandeling en de kans op terugkeer van de ziekte.

Als er geen genezende behandeling mogelijk is

Als genezing niet mogelijk is, bespreekt de specialist en de oncologieverpleegkundige urologie samen met u en uw partner of naasten het verdere behandelplan. Dit is dan gericht op het behandelen van problemen die zich voordoen. Dit kunnen problemen zijn met de voeding, gewichtsverlies en pijnklachten. Omdat mondelinge informatie niet altijd voldoende is geeft de oncologieverpleegkundige urologie u ook folders van bijvoorbeeld het KWF Kankerbestrijding.

Natuurlijk wordt ook met u besproken wat het voor u betekent dat u kanker heeft en niet kunt genezen. De oncologieverpleegkundige urologie geeft u en uw partner of naasten advies over de mogelijkheden van begeleiding in deze fase.

Contact oncologieverpleegkundige urologie

Bij vragen of wanneer u een afspraak wilt maken voor een gesprek kunt u de oncologieverpleegkundige urologie ook telefonisch bereiken door te bellen met de poli urologie. U vindt de contactgegevens op blz. 5 en 6 van deze patiënten informatie map. Bereikbaar op maandag tot en met vrijdag van 09.00 uur tot 16.30 uur.

5. Oncologische revalidatie

5.1. Algemeen

Veel patiënten met kanker kampen tijdens en na de behandeling met klachten zoals vermoeidheid, conditieverlies, pijn, emotionele instabiliteit en depressie. Revalidatie kan een groot deel van de (ex-)kankerpatiënten helpen om de gevolgen van de ziekte en de behandelingen te boven te komen. Nederlandse studies hebben aangetoond dat kankerpatiënten met revalidatie een betere kwaliteit van leven hebben dan patiënten die niet revalideren.

Wat is revalidatie bij kanker?

Revalideren bij kanker noemen we ook wel oncologische revalidatie;

Er zijn allerlei combinaties mogelijk zoals:

- Training onder begeleiding van een fysiotherapeut. Zo verbetert u uw conditie en spierkracht. Een trainingsprogramma is vaak een combinatie van kracht en conditietraining. Soms aangevuld met sport en spel.
- Praten met een psycholoog of maatschappelijk werker is soms een mogelijkheid. Als u psychisch meer weerstand opbouwt, kunt u het dagelijks leven beter aan. Ook als u heel erg vermoeid blijft helpen zij u verder.
- Een bezoek aan een diëtiste die u voedingstips geeft om weer op krachten te komen.

U kunt zowel zelfstandig als in een groep revalideren. Revalideren is mogelijk tijdens de behandeling en daarna. Ook als u niet meer kunt genezen heeft revalidatie zin. Revalidatie is erop gericht klachten tijdens de verschillende fasen van het ziekteproces te voorkomen of te verminderen.

Bespreek met uw arts of oncologieverpleegkundige urologie waar u last van heeft en welke ondersteuning u wilt. Ze geven u advies en kunnen u verwijzen naar een zorgverlener of revalidatieprogramma

5.2 Poliklinische Revalidatie Behandeling - ZGT

In ZGT bestaat de mogelijkheid op individueel niveau of in groepsverband onder begeleiding te revalideren. Deze vorm van revalidatie bestaat uit een lichamelijke training met als doel uw lichamelijke conditie te verbeteren.

Meer informatie

ZGT ziekenhuislocatie Almelo
Afdeling fysiotherapie: telefoon 088 708 32 10

ZGT ziekenhuislocatie Hengelo
Afdeling fysiotherapie: telefoon 088 708 52 00

6. Nuttige websites

ZGT (ziekenhuisgroep Twente)

<http://www.zgt.nl/blaaskanker>

Leven met blaas- of nierkanker

Patiëntenvereniging voor mensen met blaas- en nierkanker

<http://www.blaasofnierkanker.nl>

Alles over urologie

Deze website geeft informatie over het zorgpad dat u doorloopt

<http://www.allesoverurologie.nl/behandelpaden/niet-spierinvasieve-blaaskanker>

Website stomavereniging

Op deze website vindt u informatie over een urinestoma en neoblaas. Tevens biedt de website praktische tips rondom het hebben van een stoma.

<https://www.stomavereniging.nl/leven-met-een-stoma/urinestoma-en-neoblaas/>

Website keuzehulp stoma of vervangblaas

De informatie op deze site kan u helpen de opties van een stoma of neoblaas tegen elkaar af te wegen om daarna samen met uw uroloog een keuze te maken die het beste bij u past.

<http://www.stomaofneoblaas.nl/>

KWF Kankerbestrijding en blaaskanker

https://www.kwf.nl/zoeken?search_api_fulltext=blaaskanker

Engelstalige richtlijn Spierinvasieve blaaskanker

European of Association Urology; Muscle Invasive and Metastatic Bladdercancer 2021;

<https://uroweb.org/guideline/bladder-cancer-muscle-invasive-and-metastatic/>

De Nederlandse Vereniging voor Kankerpatiënten (NFK)

https://nfk.nl/themas/kanker-en-werk?gclid=EAIaIQobChMIIsqLf3dOz9AIVTwKLCh1IsQcsEAAYASAAEgKZffD_BwE

Inloophuizen voor kankerpatiënten

- *Het Alma Inloopershuis in Almelo*

Het Alma Inloopershuis wil een laagdrempelige ontmoetingsplek zijn waar mensen, die zelf of in hun naaste omgeving te maken hebben gehad met ernstige aandoeningen, zoals kanker, hart- en/of longfalen met weinig perspectief op herstel, zonder afspraak binnen kunnen lopen. Er kunnen diverse ontspanningsactiviteiten, voorlichtingsbijeenkomsten, workshops of cursussen gevolgd worden die bij u passen.

<https://almainloopershuis.nl/inloopershuis>

Telefoonnummer 0546 627203

Email; info@almainloopershuis.nl

- *Het Nije Huis in Hengelo*

De Nije Stichting is er voor iedereen die kanker heeft (gehad) ongeacht sekse, leeftijd en kankersoort. De Stichting wil een helpende hand toesteken bij de weg terug naar een plek in de maatschappij, voor zowel (ex)patiënten als de directe omgeving. Er worden diverse activiteiten, workshops e.d. georganiseerd die u kunt vinden op de website.

<https://www.denijestichting.nl/het-nije-huis>

Telefoonnummer tel: 074 – 2772772

Email; info@denijestichting.nl

7. Aantekeningen

Bijlage; verklarende woordenlijst (alfabetische volgorde)

Agressiviteit

De mate waarin of de snelheid waarmee de tumor groeit en zich uitzaait.

Biopsie

Verwijdering van cellen of weefsels voor onderzoek door een patholoog. De patholoog kan het weefsel onderzoeken onder een microscoop. Of op de cellen op het weefsel andere tests uitvoeren.

Brachytherapie

Brachytherapie is een onderdeel van de radiotherapie waarbij de stralingsbron zo dicht mogelijk bij de kankercellen wordt gebracht om zo de celgroei te stoppen. Het is een zeer precieze techniek die ervoor zorgt dat er zo weinig mogelijk gezonde cellen worden beschadigd.

Carcinoom

Kwaadaardig woekergezwel van epitheliaal weefsel, (huid, slijmvlies en klierweefsel) met onbeperkte groei en kans op uitzaaiingen.

Carcinoma in situ

Een voorstadium van carcinoom. Het gaat om cellen met kwaadaardige kenmerken die echter het omliggende weefsel nog niet hebben geïnfiltreerd en nog niet op afstand zijn uitgezaaid.

Chemotherapie

Een type kankerbehandeling die cellen doodt en/of hun groei beperkt. Deze medicijnen worden meestal toegediend door middel van infuus.

Differentiatie

De mate waarin de kankercellen op gezonde cellen lijken. Minder gelijkenis betekent dat de tumor slecht gedifferentieerd en agressiever is.

Graad/Gradatie

Een beschrijving van een tumor op basis van hoe verschillende kankercellen er onder de microscoop uitzien ten opzichte van gezond weefsel en hoe snel de tumor waarschijnlijk zal groeien en uitzaaien. Voor elk type kanker is er een ander graderingssysteem.

Hematurie

De aanwezigheid van bloed in de urine. Hematurie kan met het blote oog zichtbaar zijn (macroscopische hematurie) of alleen op te sporen met behulp van microscopisch onderzoek (microscopische hematurie).

Kleincellig blaascarcinoom

Een zeldzame slecht gedifferentieerde blaastumor.

Lamina propria

De lamina propria is een dunne laag los bindweefsel onder het urotheel die samen met de urotheellaag het slijmvlies van de blaaswand vormt.

Lymfeklieren

Een klein ovaal orgaantje bestaande uit lymfatisch weefsel, omcirkeld door een kapsel van bindweefsel. Lymfeklieren filteren lymfevocht en bestaan uit lymfocyten (witte bloedcellen). Ze bevinden zich aan lymfevaten. Worden ook lymfeknopen genoemd.

Maligne

Kwaadaardig.

Macroscopische invasie

Kankeruitzaaiing naar de omliggende weefsels die zichtbaar zijn voor het blote oog.

Metabool

Heeft betrekking op de stofwisseling.

Metastase

De uitzaaiing van kanker naar andere lichaamsdelen. Een tumor gevormd door uitgezaaide cellen wordt een metastatische tumor of een metastase genoemd. De gemetastaseerde tumor bevat cellen die gelijkaardig zijn aan die van de oorspronkelijke tumor.

Microscopische invasie

Uitzaaiing van kankercellen naar omliggende weefsels, alleen zichtbaar onder een microscoop.

Multidisciplinair advies

Een behandelingsadvies waarbij een aantal artsen met verschillende specialismen (disciplines) de medische aandoening en de behandelingsopties van een patiënt beoordelen en bespreken. Bij de behandeling van kanker kan dit het advies betreffen van een uroloog (die ondermeer de kanker operatief behandelt) medisch oncoloog (die kanker met geneesmiddelen behandelt) en een radiotherapeut (die kanker behandelt met bestraling).

Mucosa

Slijmvlies.

Musculus detrusor

Blaasspier.

Neoadjuvant

Een behandeling met bijvoorbeeld chemotherapie en/of radiotherapie om de tumor eerst kleiner te krijgen zodat een operatie mogelijk wordt. Bij een agressieve of grote tumor wil men door middel van deze behandeling vooraf, de tumor operabel krijgen (de kans dat er geopereerd kan worden benutten).

Neoplasme

Algemene term voor tumor ongeacht of deze goedaardig of kwaadaardig is.

Overlevingspercentage

Het percentage patiënten dat na behandeling nog een gegeven periode in leven blijft (de vijfjaarsoverleving, bijvoorbeeld, is het percentage patiënten dat na vijf jaar nog in leven is).

Pappilair

Knobbelachtige lijn.

Patholoog

Medisch specialist die zich bezig houdt met weefselonderzoek.

Prognose

Voorspelling omtrent het verdere beloop.

Radiotherapie

Therapie waar bestraling wordt gebruikt voor de behandeling van kanker. De stralen worden zo precies mogelijk op de tumor gericht.

Sarcoom

Kwaadaardig gezwel uitgaande van bindweefsel.

Stoma

Een chirurgisch gecreëerde opening van een gebied in het lichaam naar buiten toe.

Tumor

Abnormale groei of massa.

Urotheel

Het slijmvlies dat de urinewegen, inclusief de nierbekken, het centrale gedeelte van de nieren, urineleiders, blaas en urethra (plasbuis) bekleedt.