



Spierinvasieve blaaskanker

Oncologie

Patiënten Informatie Map (PIM)

Eigendom van _____

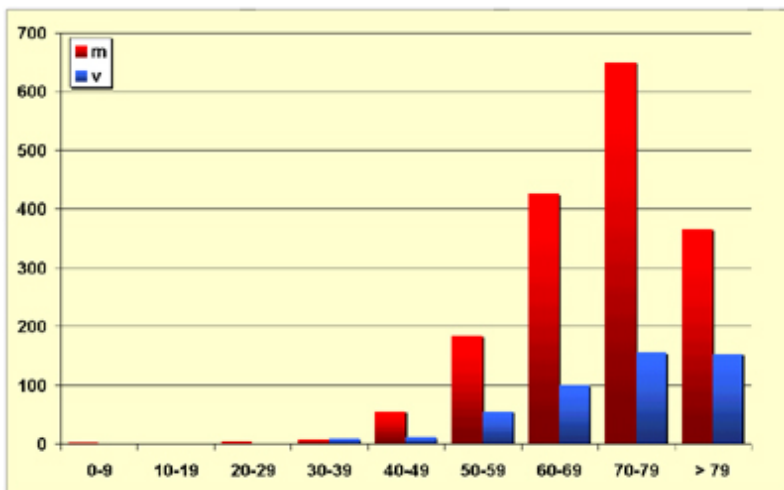
Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoon _____

Inhoud

Inleiding3
 Afspraken4
 Namen, adressen en telefoonnummers5
 Spierinvasieve blaaskanker en de behandeling7
 De Blaas.....7
 Wat is blaaskanker?8



.....9
 OnderzoekEN11
 Regionale Urologisch Multidisciplinair Oncologiebespreking13
 Stadiering van blaastumoren13
 De behandeling van spierinvasieve blaaskanker15
 Overige (blaassparende) behandelingsmogelijkheden18
 Psychosociale begeleiding en de lastmeter20
 Oncologische revalidatie.....21
 Overzicht nuttige websites22
 Aantekeningen23
 Verklarende woordenlijst24

Inleiding

De uroloog heeft bij u de diagnose spierinvasieve blaaskanker vastgesteld. De diagnose spierinvasieve blaaskanker roept wellicht vragen bij u op.

Met deze Patiënten Informatie Map (PIM) willen wij u graag informeren om eventuele angst en onzekerheid bij u te verminderen of weg te nemen.

Deze PIM begint met algemene informatie over de poliklinieken Urologie van zowel Medisch Spectrum Twente(MST) als ziekenhuisgroep Twente(ZGT). De maatschappen Urologie van beide ziekenhuizen werken nauw samen waardoor de patiëntenvoorlichting en proces van behandeling is afgestemd.

U leest in deze informatiemap iets over de anatomie van de urinewegen en de functie van de blaas. Vervolgens worden de oorzaken en symptomen van blaaskanker besproken en geven wij u uitleg over de verschillende onderzoeken.

Als de diagnose spierinvasieve blaaskanker is gesteld, is aanvullend onderzoek nodig om de tumor 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

Als het onderzoekstraject is afgerond, worden alle patiënten besproken in de multidisciplinaire Uro-Oncologie bespreking. Hieraan nemen alle specialismen deel die betrokken zijn bij de behandeling van blaaskanker. Tijdens deze vergadering wordt een behandeladvies geformuleerd, dat vervolgens door uw uroloog met u wordt besproken. Samen met u wordt een definitieve keuze gemaakt.

Een radicale cystectomie waarbij de gehele blaas wordt verwijderd is algemeen genomen de standaard therapie bij spierinvasieve blaaskanker. Wetenschappelijk onderzoek in de laatste vijf jaar wijst uit dat de resultaten van de operatie soms verbeteren als de patiënt vooraf een behandeling krijgt met chemotherapie. Meer over de verschillende behandelingen kunt u lezen in deze PIM.

Zowel voor de behandeling met chemotherapie als een behandeling met radiotherapie wordt u door de uroloog verwezen naar respectievelijk de internist oncoloog en / of de radiotherapeut. De uroloog blijft uw hoofdbehandelaar. Dat wil zeggen dat hij of zij de regie voert over het gehele traject dat u doorloopt: van diagnose tot behandeling en de fase van nacontrole. 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.

Verder in deze PIM besteden wij aandacht aan de mogelijkheden van nazorg en revalidatie. In het laatste hoofdstuk van deze map verwijzen wij u ondermeer naar de website van de patiëntenorganisatie voor mensen met blaaskanker: de Stichting Waterloop. Op deze website vindt u meer informatie, nieuws en publicaties met betrekking tot uw ziekte. Ook kunt u via deze site in contact komen met lotgenoten.

Deze map kunt u ook gebruiken om aantekeningen te maken van uw gesprekken met hulpverleners. Ook is het mogelijk om aanvullende schriftelijke informatie toe te voegen. Het is daarom verstandig om bij elk bezoek aan het ziekenhuis deze PIM mee te nemen.

Heeft u nog vragen? Stel ze dan gerust aan de oncologieverpleegkundige van de polikliniek Urologie. Zij helpt u graag verder.

Namen, adressen en telefoonnummers

In de regio Twente wordt samengewerkt tussen de verschillende ziekenhuizen. Het kan zijn dat u met meerdere zorginstellingen te maken krijgt. Daarom hieronder meerdere adresgegevens. In MST en ZGT zijn verschillende zorgverleners betrokken bij de zorg voor mensen met blaaskanker

MST locatie Enschede

Bezoekadres: Koningsplein 1, Enschede
Vrouw Kind Centrum, route H41
Postadres: Postbus 50.000, 7500 KA Enschede

Urologen

Dr. M. Asselman
Drs. R.A. Korthorst
Mw. drs. H. Leenknecht
Drs. M.J. Pit
Drs. A.B. Santerse
Mw. drs. D. de Waard

Telefoonnummer: (053) 4 87 22 60

Oncologieverpleegkundige Urologie

Mw. C.M. Koning
Mw. N.S. Klok

Telefoonnummer: (053) 4 87 22 60

Stomaverpleegkundigen:

M. Beets
J. Timmer- van Zoest
F. Kooistra

Telefoonnummer: (053)4 87 22 60

Internist-oncologen

Mw. dr. D. Piersma
Mw. dr. A.N.M. Wymenga
Mw. dr. J.M. Mekenkamp
Mw. drs. M.C.H. Pleunis

Telefoonnummer: (053) 4 87 33 79

Radiotherapeuten

Mw. drs. E. Hendriksen
Mw. drs. E.M. de Wit
Drs. D.P. Woutersen
Drs. A. Bhawanie

Telefoonnummer: (053) 4 87 27 50

MST locatie Oldenzaal

Bezoekadres: Prins Bernardstraat 17, 7573 AM Oldenzaal

Telefoonnummer: (0541) 57 40 00

MST locatie Haaksbergen

Bezoekadres: Wiedenbroeksingel 4, 7481 BT Haaksbergen

Telefoonnummer: (053) 4 87 64 00

ZGT ziekenhuislocatie Almelo

Bezoekadres: Zilvermeeuw 1, 7609 PP Almelo

Postadres: Postbus 7600, 7600 SZ Almelo

Urologen

Drs. H.E. Dijkema

Drs. G.J. Molijn

Drs. H. Roelink

Mw. Drs. S.P. Stomps

Drs. D. Bakker

Telefoonnummer (088) 708 33 90

Oncologieverpleegkundigen Urologie

Mw. A. Savenije

Mw. C. Lepa

Telefoonnummer (088) 708 33 90

Internist oncologen

Dr. R. Hoekstra

Mw. Dr. I.M. Oving

Telefoonnummer (088) 708 31 70

ZGT ziekenhuislocatie Hengelo

Bezoekadres: Geerdinksweg 141, 7555 DL Hengelo

Postadres: Postbus 546, 7550 AM Hengelo

Urologen:

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

Dr. E.B. Cornel

Mw. Dr. J.L.J. Vriesema

Telefoonnummer (088) 708 52 60

Oncologieverpleegkundige Urologie

Mw. E. Willemsen

Telefoonnummer (088) 708 52 60

Internist oncologen

Dr. C.J.H. Gerrits

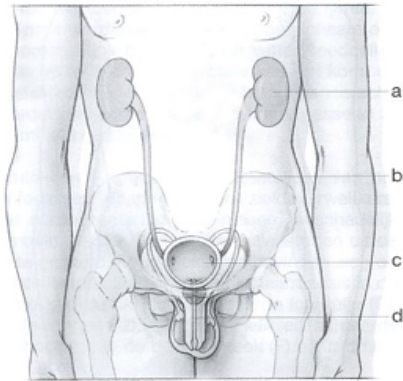
Mw. Dr. E.J.M. Siemerink

Telefoonnummer (088) 708 53 30

Spierinvasieve blaaskanker en de behandeling

DE BLAAS

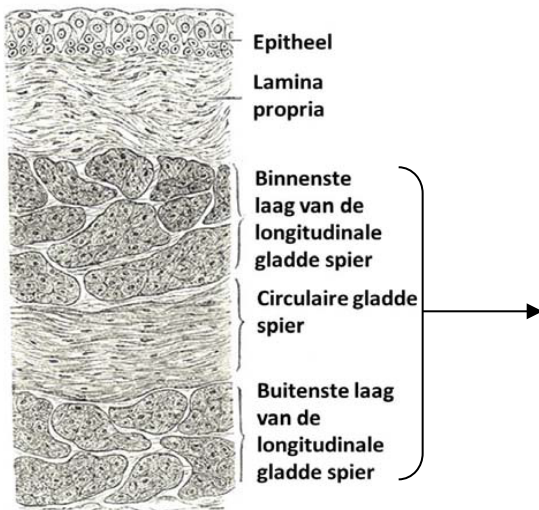
In deze paragraaf leest u over de blaas en urinewegen.



a. nier
b. urineleider
c. blaas
d. plasbuis

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 slijmvlies) en spierlagen (musculus detrusor).

Boven de blaas bevindt zich de buikholte met een stuk van de dikke darm, het rectum. Vlak tegen en de baarmoeder.

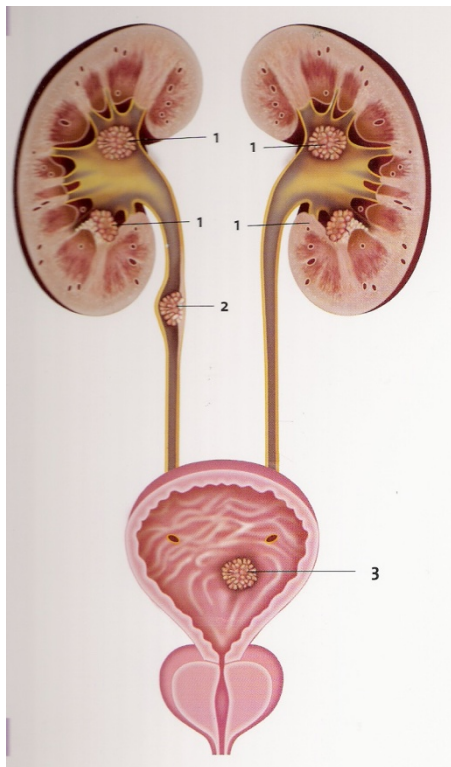
De wand van de blaas bestaat uit verschillende lagen (zie afbeelding 2). De binnenste laag is het slijmvlies (mucosa), het zogenaamde epitheel of urotheel. Deze laag komt in aanraking met de urine en heeft dus een belangrijke beschermende werking. Iets dieper ligt een fijn laagje bindweefsel (lamina 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.

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 met wereldwijd meer dan 300.000 nieuwe patiënten per jaar. In Nederland wordt deze diagnose jaarlijks bij ongeveer 5.200 mensen (28 per 100.000 mensen) gesteld. Blaascarcinoom is daarmee de vierde meest voorkomende tumor bij mannen en de achtste bij vrouwen.

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 2

1. Tumor in nierbekken
2. Tumor in rechter urineleider
3. Tumor in de blaas

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. Een blaaspoliep is dus 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 afbeelding 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 70-90 jaar (zie afbeelding 4). 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 verbestanden van invloed op de ontwikkeling van blaaskanker.

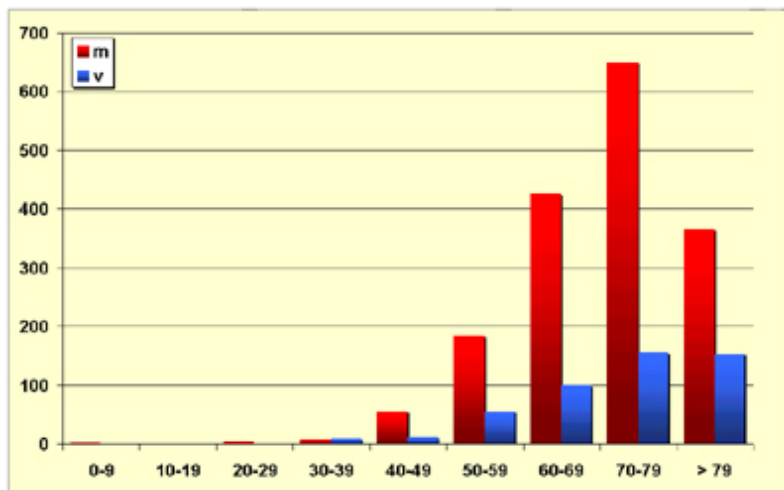
Radiotherapeutische behandeling van het kleine bekken

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

Overige risicofactoren zijn:

- 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.



Afbeelding 3

Symptomen

Symptomen zijn:

- **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 bloedt 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 blijven, ondanks adequate antibiotica, 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.

ONDERZOEKEN

Om de diagnose blaaskanker vast te stellen, is het nodig dat de uroloog uw blaas en andere delen van de urinewegen onderzoekt. Zo krijgt de arts informatie over de plaats en het stadium van de tumor. Dit bepaalt welke behandeling voor u het best is.

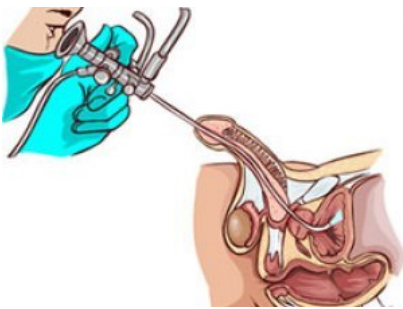
Nadat de uroloog u heeft gevraagd naar de ziektegeschiedenis, verricht hij lichamelijk onderzoek. Een lichamelijk onderzoek verstrekt informatie over de symptomen van blaaskanker en andere gezondheidsproblemen. De uroloog kan de endeldarm en de vagina (bij vrouwen) onderzoeken om de grootte van de blaastumor te bepalen en om na te gaan of en in hoeverre de tumor is uitgezaaid.

Onderzoeken die vervolgens gedaan kunnen worden zijn:

Cystoscopie

Tijdens een cystoscopie wordt door middel van een kijker (flexibele slang) in de blaas gekeken. Zo kan de uroloog zien of er een tumor en / of verdachte plekken zijn:

- Een oppervlakkige, soms wat rode, fluweelachtige structuur, waarbij de kwaadaardige cellen zich beperkt hebben tot het slijmvliesweefsel. Dit is vaak het geval bij het zogenoemde carcinoma in situ (CIS). Hoewel carcinoma in situ bij andere soorten van kanker vaak een voorstadium van een tumor is, is dit bij blaaskanker niet het geval. Bij blaaskanker is dit juist een vorm die zich agressief gedraagt;
- Een druiventros- of poliepvormig gezwelletje dat met een dun steeltje verbonden is aan de blaaswand;
- Een solide gezwel dat met een brede steel verbonden is aan de blaaswand.



Afbeelding 4 Cystoscopie bij de man

Urineonderzoek

De urine wordt onderzocht op de aanwezigheid van afwijkende cellen. In het geval van spierinvasieve tumoren en bij CIS worden bijna altijd kwaadaardige cellen in de urine gevonden. Verder wordt de urine onderzocht op de aanwezigheid van ondermeer rode bloedcellen en kan onderzoek plaatsvinden op een ontsteking.

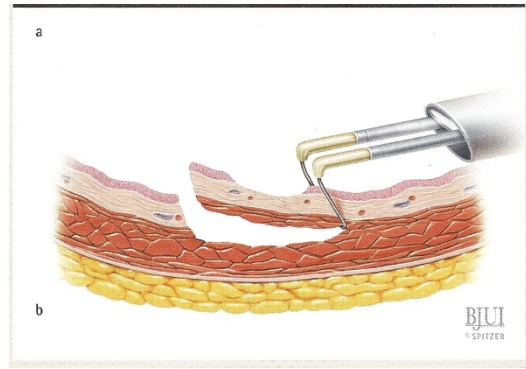
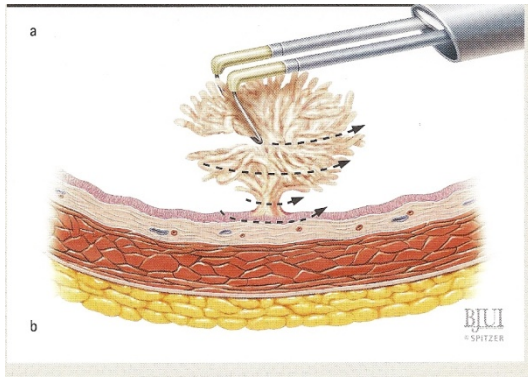
CT-scan (Computerized Tomography) van de urinewegen

Een CT-scan is een diagnostische procedure, waarmee met behulp van röntgenstralen een beeld van een dwarsdoorsnede van de patiënt wordt gemaakt. De CT-scan bestaat uit een onderzoekstafel en een röntgenbuis, die ronddraait in een grote ring. Met een CT-scan kunnen nauwkeurige beelden van het lichaam gemaakt worden. Daarom is deze bij uitstek geschikt voor het opsporen van allerlei afwijkingen. Door middel van een CT-scan kan een goed beeld verkregen worden van de nieren en de urineleiders. En kunnen eventuele afwijkingen, zoals bijvoorbeeld hydronefrose of eventueel gelijktijdig voorkomende tumoren in de hoger gelegen urinewegen, worden opgespoord.

TransUrethrale Resectie Tumor (TUR)

Als er tijdens de cystoscopie een dergelijke afwijking gevonden wordt, wordt er een operatie gepland waarbij het afwijkende weefsel wordt verwijderd. Een dergelijke operatie heet TUR (transurethrale resectie van de tumor). Deze ingreep vindt plaats onder algehele narcose of onder regionale verdoving (ruggenprik). Tijdens een TUR wordt het afwijkende weefsel laag voor laag afgeschraapt tot in het gezonde weefsel.

Om de juiste diagnose te stellen, moet hierbij ook altijd spierweefsel van de blaaswand worden verwijderd voor onderzoek. Daarnaast worden biopsiën genomen van elke plaats, verdacht voor carcinoma in situ, dat een fluweelachtig rood aspect heeft. Deze operatie is dus niet alleen nodig om de tumor te verwijderen, maar ook om meer informatie te krijgen over het type en het stadium van de tumor.



Afbeelding 6 TURP blaas

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. 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 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 (thorax) wordt gemaakt. Op de foto zijn ondermeer de longen zichtbaar. Dit onderzoek wordt verricht om eventuele uitzaaiingen in de longen uit te sluiten.

REGIONALE UROLOGISCH MULTIDISCIPLINAIR 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 MST aanwezig, te weten: uroloog oncologen, een radiotherapeut oncoloog, internist oncologen, een radioloog en specialistische verpleegkundigen. Daarnaast schuift de patholoog aan en consulenten van het Universitair Medisch Centrum Radboud in Nijmegen. De onderzoeksuitslagen en uw conditie bepalen het multidisciplinair behandeladvies. Soms kan vervolgonderzoek noodzakelijk zijn. Uw behandeld uroloog bespreekt de uitkomst van het overleg met u en stelt samen met u een individueel behandelplan op.

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 blaastumoren wordt toegelicht in onderstaand overzicht.

T-classificatie (= primaire tumor)		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 	Gevorderde en uitgezaaide ziekte

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, ofwel 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 celtypen 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.

DE BEHANDELING VAN SPIERINVASIEVE BLAASKANKER

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.

De meest toegepaste behandelingen bij spierinvasieve blaaskanker zijn:

- operatie;
- radiotherapie (uitwendige bestraling);
- radiotherapie + Brachytherapie (uitwendige+ inwendige bestraling);
- chemotherapie.

Soms is een combinatie mogelijk.

Chirurgie

Een operatie kan worden uitgevoerd wanneer uit onderzoek is gebleken dat het tumorproces zich heeft beperkt tot de blaas en niet is uitgezaaid naar de lymfeklieren of andere organen. Heel soms blijkt pas tijdens de operatie dat er toch lymfeklieruitzaaiingen zijn. Wanneer de ziekte zich heeft uitgezaaid naar meer dan vijf lymfeklieren of uitgebreid aanwezig is in minder dan vijf klieren, dan kan van verdere operatie worden afgezien. De voordelen van een operatie wegen dan niet op tegen de nadelen. In het preoperatief gesprek heeft de uroloog dit met u besproken. De arts zal in dat geval overige behandelopties met u bespreken.

Het geheel verwijderen van de blaas heet een radicale cystectomie. Er wordt begonnen met het verwijderen van de lymfeklieren in het bekken en langs de grote bloedvaten naar boven toe (lymfeklierdissectie). Verdachte lymfeklieren worden direct door de patholoog-anatoom onderzocht. Een radicale cystectomie met lymfeklierdissectie is de standaard bij resectabele (dat wil zeggen chirurgisch te verwijderen) spierinvasieve blaastumoren.

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 uitzaaiing van de tumor en moet voor elke individuele patiënt zorgvuldig worden beoordeeld. Dit wordt pas definitief tijdens de operatie besloten. Het verwijderen van de plasbuis is noodzakelijk als de blaastumor zich in de plasbuis heeft uitgebreid.

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 operateur, 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 verpleegunit als op de Intensive Care).

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%.

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 en in samenspraak met u welke operatietechniek voor u het meest geschikt is. Hierna zal de stomaverpleegkundige aanvullende informatie geven.

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 het ziekenhuis 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 alsnog moeten besluiten om een urinestoma aan te leggen. Daarom wordt ook voorafgaand aan deze operatie een stomaplaats bepaald.

Mogelijke complicaties

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 opengaan van de gehechte buikwand. Er kan ook 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). Daarnaast kan het voorkomen dat de darmen na de operatie niet goed op gang komen. 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 komen er bij 20% van de patiënten stomaproblemen voor. 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.

Overige gevolgen van de ingreep

Metabole stoornissen (stoornissen in de stofwisseling)

Behalve de eerder beschreven vroege en late complicaties willen we in deze PIM vermelden dat als gevolg van de urineomleiding, stoornissen in de stofwisseling kunnen ontstaan. Bij een urinedeviatie wordt in alle gevallen gebruik gemaakt van darmweefsel. Het darmslijmvlies heeft fundamenteel andere eigenschappen dan het slijmvlies van de blaas, namelijk het opnemen van voedingsstoffen. Het darmslijmvlies behoudt deze eigenschap ook als het de functie van de blaas heeft gekregen. Zo worden de afvalstoffen die door de nieren worden uitgescheiden deels opnieuw opgenomen. Deze afvalstoffen worden hierdoor verschillende keren langs de nieren geleid. Dit betekent een zware belasting voor de nieren, die dus extra gif moeten afvoeren. Doordat de urine, met name na het aanleggen van een neoblaas, langer in het lichaam blijft, bestaat een kleine kans op verzuring in het bloed. Na een urinedeviatie volgens Bricker wordt de urine continu gedraineerd en is de kans op een verstoring van de stofwisseling in veel mindere mate aanwezig. De uroloog zal daarom na een cystectomie met 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 wijd en korter. Dit kan in het begin problemen geven met de geslachtsgemeenschap. Na de wondgenezing kan de schede weer wijder 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 zaadleiders 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, of dat er een verwijzing nodig is. Na radicale verwijdering van de blaas is het soms toch mogelijk weer erecties te krijgen door gebruik van hulpmiddelen of injecties in de penis.

OVERIGE (BLAASSPARENDE) BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN

Radiotherapeutische behandeling van het blaascarcinoom

Brachytherapie

Incidenteel is er het mogelijk om een gedeelte van de blaas te behandelen, het betreft dan kleine tumoren (minder dan 5 cm) 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 Radiotherapie van MST wordt u voor de inwendige bestraling verwezen 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.

Uitwendige bestraling

Als de patient niet in aanmerking komt voor een cystectomie, dan kan een alternatieve behandeling worden gekozen. Dit is het geval als de patient niet fit genoeg is voor operatie door bijkomende ziekten of als de tumor te uitgebreid is.

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 operatieresultaten.

De behandeling vindt plaats bij de Radiotherapie van Medisch Spectrum Twente in Enschede.

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

Bijwerkingen

De bijwerkingen van radiotherapie verschillen van patient tot patient. 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. Eén tot twee 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 één tot twee weken na de bestraling af, en zijn meestal na zo'n vier 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 één à twee 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/>

Systemische behandeling van blaaskanker

Bij een systemische behandeling of ook wel algemene behandeling wordt gebruik gemaakt van celdodende medicatie waarbij tumorcellen worden vernietigd of in hun groei worden vertraagd. Chemotherapie is een vorm van systemische therapie.

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 zes 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 verbetert.

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.

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.

In dat geval is de behandeling gericht op het verlichten van klachten.

Chemotherapie is de behandeling van kanker met cel remmende 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.

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 Geneeskunde - Oncologie vermeld.

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.

Psychosociale begeleiding en de lastmeter

Inleiding

Als u te horen krijgt dat u prostaatkanker 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 maatschappelijkwerker, 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 vertegenwoordigd. 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 <https://www.kanker.nl/hulp-en-ondersteuning/lastmeter>

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 polikliniek Urologie. U vindt de contactgegevens op blz. 5 en 6 van deze PIM. De polikliniek is bereikbaar op maandag tot en met vrijdag van 09.00 uur tot 16.30 uur.

Oncologische revalidatie

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 zorgverleners of revalidatieprogramma .

Overzicht nuttige websites

MST (Medisch Spectrum Twente)

<https://www.mst.nl/p/specialismen/urologie/>

De afdeling Radiotherapie Medisch Spectrum Twente in Enschede

<https://www.mst.nl/p/specialismen/radiotherapie/>

ZGT (Ziekenhuis Groep Twente)

<https://www.zgt.nl/patienten-en-bezoekers/onze-specialismen/oncologisch-centrum/blaaskanker/>

Vereniging Waterloop

Patiëntenvereniging voor mensen met blaas-en nierkanker

<https://nfk.nl/organisaties/leven-met-blaas-of-nierkanker>

KWF Kankerbestrijding en blaaskanker

<https://www.kwf.nl/kanker/kwf-en-blaaskanker/>

De Nederlandse Stomavereniging (Harry Bacon)

<http://www.stomavereniging.nl/Stomavereniging.aspx>

Landelijke Richtlijn Blaascarcinoom

<http://www.oncoline.nl>

Internettherapie Minder moe bij kanker (Helen Dowling Instituut)

<http://www.mindermoebijkanker.nl>

De Nederlandse Vereniging voor Kankerpatiënten (NFK)

Folder Kanker en Werk

http://www.nfk.nl/webwinkel/folders_kanker_en_werk

Het Nije Huis te Hengelo

inloophuis voor iedereen die kanker heeft (gehad) én hun naasten!

Beursstraat 9, 7551 HP HENGELO

tel: (074) 2 77 27 72

info@denijestichting.nl

<https://www.denijestichting.nl/>

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 geïnfilteerd 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 orgaanje 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:	Kankeruitzaaiingen 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 behandeladvies waarbij een aantal artsen met verschillende specialismen (disciplines) de medische aandoening en de behandelopties 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.
Neo Adjuvant:	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).
Papilair:	Knobbelachtige lijn.
Patholoog:	Medisch specialist die zich bezighoudt 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.