

Endometriumkanker

Wat is
endometriumkanker?

We leggen het u
graag uit.

www.antikankerfonds.org | www.esmo.org

ENDOMETRIUMKANKER: GIDS VOOR PATIËNTEN

PATIËNTENINFORMATIE OP BASIS VAN DE ESMO-RICHTLIJNEN

Deze gids voor patiënten werd voorbereid door Het Antikankerfonds om patiënten en hun familie te helpen een beter inzicht te krijgen in endometriumkanker en de bijhorende behandelingen. We raden de patiënten aan om hun artsen te vragen welke tests of behandelingen nodig zijn voor hun ziekte en ziektestadium. De medische informatie in deze gids is gebaseerd op de medische praktijkaanbevelingen van de European Society for Medical Oncology (ESMO) voor de behandeling van endometriumkanker. De gids voor patiënten is opgesteld in samenwerking met ESMO en wordt verspreid met de toestemming van ESMO. Het is geschreven door een arts en nagelezen door twee oncologen van ESMO, waaronder de verantwoordelijke voor de overeenkomstige clinical practice guidelines voor professionals. Het is ook nagelezen door patiëntenvertegenwoordigers van de 'Cancer patient working group' van ESMO.

Meer informatie over Het Antikankerfonds: www.antikankerfonds.org

Meer informatie over de European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

Woorden die met een sterretje zijn aangeduid, worden achteraan dit document uitgelegd.

Inhoudstafel

| | |
|--|----|
| Definitie van endometriumkanker | 3 |
| Komt endometriumkanker vaak voor? | 5 |
| Wat veroorzaakt endometriumkanker? | 6 |
| Hoe wordt de diagnose van endometriumkanker gesteld? | 8 |
| Wat moet men weten voor een optimale behandeling? | 10 |
| Wat zijn de behandelingsopties? | 14 |
| Wat zijn de mogelijke bijwerkingen van de behandelingen? | 19 |
| Wat gebeurt er na de behandeling? | 23 |
| Verklaring van moeilijke woorden | 26 |

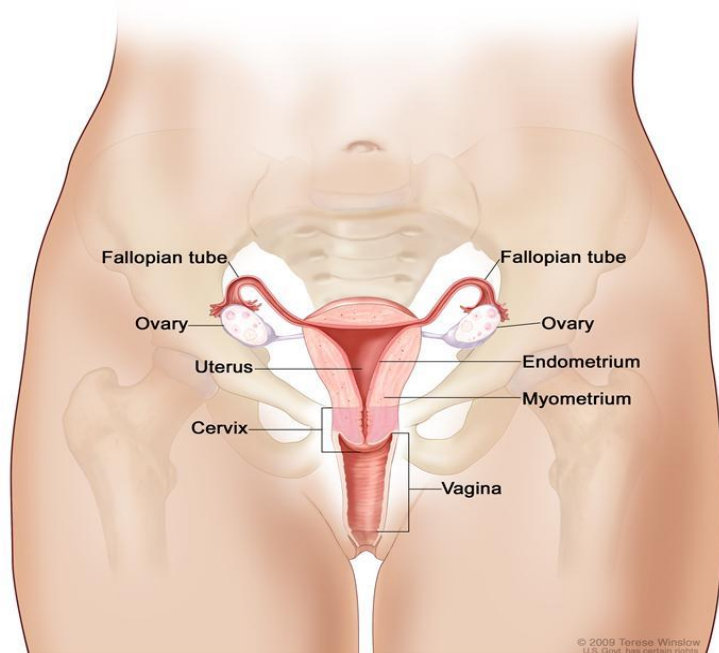
De eerste versie van deze gids werd in 2011 gepubliceerd en werd geschreven door dr. Gauthier Bouche (het Antikankerfonds) en nagelezen door dr. Svetlana Jezdic (ESMO), Dr. George Plataniotis (ESMO) en prof. Lorenz Jost (Cancer Patient Working Group van ESMO).

De huidige update (2012) houdt rekening met de aanpassingen in de laatste versie van de ESMO-richtlijnen. De update werd uitgevoerd door dr. Gauthier Bouche (het Antikankerfonds) en werd nagelezen door dr. Svetlana Jezdic (ESMO).

DEFINITIE VAN ENDOMETRIUMKANKER

Deze definitie is afkomstig van en wordt gebruikt met de toestemming van het Amerikaanse National Cancer Institute (NCI).

Kanker die ontstaat in het baarmoederslijmvlies (de baarmoeder is het kleine, holle en peervormige orgaan in het bekken van de vrouw waarin de foetus tot ontwikkeling komt). De meeste endometriumkankers zijn adenocarcinomen* (kankers die beginnen in cellen die slijm en andere vloeistoffen aanmaken en afgeven).



Anatomie van het vrouwelijke voortplantingsstelsel. De organen van het vrouwelijke voortplantingsstelsel omvatten: de baarmoeder (uterus), de eierstokken (ovary), de eileiders (Fallopian tubes), de baarmoederhals (cervix) en de schede (vagina). De baarmoeder heeft een buitenste spierlaag (het myometrium) en een binnenbekleding (het endometrium)

Belangrijke opmerking over andere soorten van baarmoederkanker

Baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker is een kanker die ontstaat in de baarmoederhals of cervix en mag niet worden verward met endometriumkanker, die zich vormt in de baarmoeder zelf. De diagnose en de behandeling van dit soort kanker verschillen van die van endometriumkanker.

Uterussarcoom*

Uterussarcoom* is een andere soort kanker die zich vormt in de baarmoeder zelf. Deze kankervorm ontstaat in de spier van de baarmoeder (het myometrium) of in andere weefsels van de baarmoeder.

Hoewel de behandeling van uterussarcoom* en endometriumkanker enkele gelijkenissen vertoont, geldt de informatie van deze brochure enkel voor endometriumkanker, niet voor uterussarcoom*.

Uterien carcinosarcoom*

Uterien carcinosarcoom* is een soort kanker die ontstaat in de baarmoeder zelf. Men weet nu dat een carcinosarcoom* een soort agressieve endometriumkanker kan zijn. De informatie die u in deze brochure vindt over endometriumkanker geldt daarom ook voor uterien carcinosarcoom*.

KOMT ENDOMETRIUMKANKER VAAK VOOR?

Endometriumkanker is de meest voorkomende kanker van de organen van het vrouwelijke voortplantingsstelsel. Van elke 100 Europese vrouwen zullen er 1 à 2 op een bepaald tijdstip in hun leven endometriumkanker ontwikkelen. In de Europese Unie wordt elk jaar bij meer dan 88,000 vrouwen endometriumkanker vastgesteld. In de meeste Europese landen neemt dit aantal nog toe. Endometriumkanker is de zevende doodsoorzaak door kanker bij West-Europese vrouwen.

Endometriumkanker komt meestal voor bij vrouwen ouder dan 50 en dus na de menopauze, maar tot 25 % kan zich ook voordoen vóór de menopauze. Op het moment van de diagnose heeft ongeveer 75 % van de vrouwen een kanker die zich beperkt tot de baarmoeder (stadium I). Bij deze vrouwen is de prognose* goed en bedraagt de 5-jaarsoverleving 90 %.

WAT VEROOorzaakt ENDOMETRIUMKANKER?

Tot op heden is het niet helemaal duidelijk wat de oorzaken zijn van endometriumkanker. Enkele risicofactoren zijn geïdentificeerd. Een risicofactor verhoogt de kans dat een tumor zich ontwikkelt, maar volstaat niet of is ook niet noodzakelijk om kanker te veroorzaken. Het is geen oorzaak op zich.

Bepaalde vrouwen met deze risicofactoren zullen nooit endometriumkanker ontwikkelen, terwijl andere vrouwen zonder deze risicofactoren wel endometriumkanker zullen ontwikkelen.

De meeste endometriumkankers hebben oestrogenen* nodig om te groeien. Zonder oestrogenen* groeien ze niet meer of trager. Dat verklaart waarom, op enkele uitzonderingen na, de factoren die het risico op endometriumkanker verhogen verband houden met oestrogenen*.

De belangrijkste risicofactoren voor endometriumkanker zijn:

- Leeftijd: het risico op endometriumkanker neemt toe naarmate de vrouw ouder wordt
- Genen: vrouwen met hereditair nonpolyposis colorectaal carcinoom, ook HNPCC of Lynchsyndroom genoemd, hebben een groot risico op de ontwikkeling van dikke darm- en endometriumkanker. 1 op 2 vrouwen met dit syndroom zal op een bepaald ogenblik van haar leven endometriumkanker ontwikkelen. Dit syndroom is een erfelijke aandoening veroorzaakt door de mutatie van een gen. Het maakt tot 5% uit van de endometriumkankers.
- Familiale voorgeschiedenis van endometriumkanker: een familielid in de eerste graad (moeder, zuster of dochter) dat endometriumkanker heeft gehad, verhoogt het risico op endometriumkanker.
- Persoonlijke voorgeschiedenis van borst- of ovariumkanker:
 - Borstkanker of ovariumkanker verhogen het risico op endometriumkanker.
 - Bij vrouwen met een persoonlijke voorgeschiedenis van borstkanker is het risico ook verhoogd wanneer de patiënt werd behandeld met tamoxifen*. Tamoxifen is een antioestrogeen, waardoor men zou verwachten dat het risico net zou dalen; tamoxifen heeft echter ook een stimulerend effect op het endometrium dat de ontwikkeling of de groei van endometriumkanker kan bevorderen. Hoe dan ook is bij vrouwen met borstkanker bij wie tamoxifen aangewezen is, het voordeel van het innemen van tamoxifen groter dan het risico op endometriumkanker.
- Persoonlijke voorgeschiedenis van gynaecologische aandoeningen:
 - Polycystisch ovariumsyndroom: dit syndroom leidt tot een hogere oestrogeenspiegel en een lagere progesteronspiegel* dan normaal in het bloed en kan dus het risico op endometriumkanker verhogen
 - Endometriale hyperplasie: endometriale hyperplasie is een woekering van cellen van het endometrium. De cellen zijn normaal, maar kunnen evolueren tot kankercellen. Het risico op kanker is zeer laag bij eenvoudige of matige hyperplasie, maar is groot bij atypische hyperplasie.
- Blootstelling aan oestrogenen* zonder, of met onvoldoende hoeveelheden progesteron*:
 - Soms treedt een natuurlijk onevenwicht op bij bepaalde vrouwen

- Het gebruik of de inname van kunstmatige oestrogenen*, in het bijzonder hormoonbehandelingen, die alleen oestrogenen* en geen progesteron* bevatten, na de menopauze
- Overgewicht en obesitas: overgewicht of zwaarlijvigheid verhoogt het risico op endometriumkanker omdat het de oestrogeenspiegels in het bloed verhoogt en de effecten ervan wijzigt.
- Diabetes: vrouwen met diabetes hebben een verhoogd risico op endometriumkanker omdat diabetes de oestrogeenspiegels in het bloed en de effecten ervan wijzigt.
- Hypertensie* of hoge bloeddruk: Er zijn bepaalde aanwijzingen dat hoge bloeddruk gepaard gaat met een hoger risico op endometriumkanker, maar het mechanisme van dit mogelijke verband is nog niet duidelijk.
- Geografische factoren: vrouwen in Noord-Amerika of in Europa hebben een hoger risico op endometriumkanker dan vrouwen uit andere delen van de wereld.
- Geen zwangerschap: vrouwen die in hun leven nooit zwanger zijn geweest, hebben een hoger risico op endometriumkanker. Vrouwen die één of meer kinderen hebben gehad, hebben een verlaagd risico op endometriumkanker. Dit geldt in het bijzonder voor vrouwen met 5 of meer kinderen.
- Totaal aantal menstruatiecycli: een groter aantal menstruatiecycli tijdens de levensloop verhoogt het risico op endometriumkanker, ook hier om hormonale redenen.

Contraceptiva die zowel oestrogenen* als progesteron* bevatten verlagen het risico op endometriumkanker. Van andere factoren wordt vermoed dat zij verband houden met een verhoogd risico (alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging) of een verlaagd risico (verbruik van plantaardige oestrogenen* die men vindt in sojabereidingen, koffie, groenten enz.) op endometriumkanker, maar de bewijzen hiervoor zijn niet eenduidig.

HOE WORDT DE DIAGNOSE VAN ENDOMETRIUMKANKER GESTELD?

In tegenstelling tot baarmoederhalskanker wordt een systematische screening¹ voor endometriumkanker niet aanbevolen.

De screening op baarmoederhalskanker (cervixuitstrijkje dat normaliter om de 3 jaar wordt gedaan) tijdens een gynaecologisch onderzoek is bedoeld om baarmoederhalskanker op te sporen, maar niet endometriumkanker. Baarmoederhalskanker is een aandoening van de baarmoederhals, het laagst gelegen en nauwste deel van de baarmoeder dat uitmondt in de vagina, zoals u kunt zien op de schets bij de definitie. Toch kan het gebeuren dat door middel van een uitstrijkje endometriumkanker wordt vastgesteld, hoewel dat initieel niet de bedoeling is.

Het meest voorkomende eerste teken van endometriumkanker is een vaginale bloeding. Na de menopauze mogen geen vaginale bloedingen optreden, daarom is de aanwezigheid van vaginaal bloedverlies niet normaal. Vrouwen kunnen in dat geval best hun arts raadplegen. Vóór de menopauze zouden vrouwen met vaginale bloedingen tussen de menstruatiecycli, of met ongewoon hevig bloedverlies tijdens de menstruatie, ook best hun arts raadplegen. Endometriumkanker is niet de enige en meest voorkomende oorzaak van een dergelijke vaginale bloeding en de arts zal aansturen op verder onderzoek.

De diagnose van endometriumkanker is gebaseerd op de volgende drie onderzoeken:

- 1. Klinisch onderzoek.** Dit omvat een gynaecologisch onderzoek waarbij de ligging en de grootte van de tumor worden bepaald en men nagaat of de tumor zich heeft uitgebreid naar andere organen in het bekken.
- 2. Radiologisch onderzoek.** Dit omvat een echografie van de baarmoeder. Er wordt een transducer in de vagina ingebracht om dicht bij de baarmoeder te komen voor een beter onderzoek. We spreken hier van een transvaginale echografie. Tijdens dit onderzoek wordt de dikte van het endometrium gemeten. Als het meer dan 3 tot 4 mm dik is, moet een monster van het endometrium worden genomen (biopsie*). Aan de hand van aanvullend onderzoek, zoals een röntgenfoto van de thorax* en een echografie en CT-scan* van de buik, kan men metastasen* uitsluiten. Indien men vermoedt



¹ Screening betekent dat er een onderzoek wordt gedaan om kanker in een vroeg stadium op te sporen, nog voor de patiënt of de arts een teken van kanker zou kunnen opmerken. Een systematische screening kan worden georganiseerd wanneer er een veilig en aanvaardbaar onderzoek bestaat en wanneer dat onderzoek in staat is om bij de meeste personen met kanker deze ook effectief op te sporen. Het moet bovendien bewezen zijn dat de behandeling van de kanker in dit vroege stadium effectiever is dan wanneer er gewacht wordt tot op het moment dat de eerste tekenen door de arts of de patiënt zelf zouden opgemerkt worden. Dit werd bijvoorbeeld aangetoond voor het uitstrijkje dat wordt gebruikt bij de screening van baarmoederhalskanker.

dat de kanker zich heeft uitgebreid naar de baarmoederhals, kan een MRI-scan* (magnetic resonance imaging) worden gevraagd.

3. **Histopathologisch* onderzoek.** Dit is een laboratoriumonderzoek van de tumorcellen, waarbij men een biopt grondig ontleedt. Het laboratoriumonderzoek wordt uitgevoerd door een patholoog die de diagnose van endometriumkanker al dan niet zal bevestigen en meer informatie kan verstrekken over de kenmerken van de kanker. De biopsie* wordt gewoonlijk uitgevoerd via hysteroscopie, waarbij een dunne telescoop in de baarmoeder wordt ingebracht samen met een speciaal instrument om een stukje weefsel (biopt) weg te nemen. Later wordt een tweede histopathologisch* onderzoek uitgevoerd van de operatief verwijderde tumor.

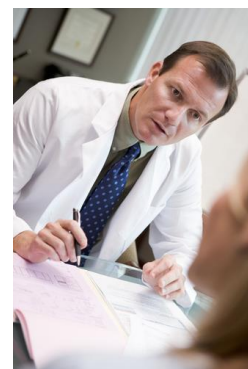


WAT MOET MEN WETEN VOOR EEN OPTIMALE BEHANDELING?

Om de beste behandeling te kunnen bepalen moeten artsen verschillende elementen verzamelen over de patiënte en de kanker

Relevante informatie over de patiënte

- Persoonlijke medische voorgeschiedenis
- Familiale voorgeschiedenis van kanker, vooral borstkanker en ovariumkanker
- Menopauzale status
- Resultaten van het klinisch onderzoek*
- Algemeen welzijn
- Vóór de operatie wordt er een preoperatieve evaluatie gedaan om de risico's van de algemene verdoving en van de operatie in te schatten. Een preoperatief onderzoek omhelst enkele specifieke vragen en een lichamelijk onderzoek. Daarnaast gebeurt er een röntgenfoto van de borstkas en enkele bloedtesten om de witte bloedcellen, de rode bloedcellen, de bloedplaatjes, de leverfunctie en de nierfunctie te bepalen. Soms zijn er aanvullende onderzoeken nodig, afhankelijk van de medische voorgeschiedenis van de patiënt.



Relevante informatie over de kanker

- **Resultaten van de biopsie***

De biopsie die werd uitgevoerd met een speciaal instrument dat tijdens het gynaecologisch onderzoek tot in de baarmoeder werd gebracht, wordt in het laboratorium onderzocht. Dat onderzoek van het biopt noemen we de histopathologie*. Er wordt een tweede histopathologisch* onderzoek verricht op de tumor en de lymfeklieren na de heelkundige verwijdering ervan.

Vóór de ingreep is het onderzoek van de biopsie* bedoeld om de volgende resultaten op te leveren:

- **Histologisch type***

Het histologische type hangt af van het type cellen waaruit de tumor bestaat. Endometriumkankers vormen zich in het endometrium, de binnenbekleding van de baarmoederholte. De belangrijkste histologische types endometriumkanker zijn endometriumcarcinoom (80%), sereus papillair carcinoom* (5%-10%) en clear cell-carcinoom (ongeveer 1%). Endometrioïde carcinomen zijn samengesteld uit cellen die op normaal endometrium lijken en kunnen geassocieerd zijn met of worden voorafgegaan door de abnormale vermenigvuldiging van normale endometriumcellen, een fenomeen dat endometriumhyperplasie wordt genoemd. Sereuze papillaire carcinomen* (ook sereuze carcinomen genoemd) zijn samengesteld uit cellen die verschillen van het normale endometrium en gelijkenissen vertonen met de frequentste vorm van eierstok- of eileiderkanker.

- **Graad**

De graad hangt af van hoe verschillend de tumorcellen zijn van normale endometriumcellen en hoe snel ze groeien. Bij endometriumkanker ligt de graad tussen 1 en 3. Hoe lager de graad, hoe beter de prognose*. Wanneer het histologische type* endometrioïd is, kan de graad 1, 2 of 3 zijn. Wanneer het histologische type sereus papillair carcinoom* is of clear cell-carcinoom*, is de graad altijd 3 en is de prognose* minder gunstig.

- **Lymfovasculaire invasie**

Lymfovasculaire invasie betekent dat er tumorcellen zijn gevonden in de bloedvaten en in de lymfvaten van de tumor. Wanneer er tumorcellen worden gevonden in die vaten bestaat er meer kans dat de tumorcellen zich hebben uitgezaaid naar de lymfeklieren of naar andere organen.

- **Genexpressieprofiel***

Het bepalen van de mate waarin bepaalde genen tot uiting komen in de tumorcellen kan ook op het biopt gebeuren. Dit onderzoek gebeurt niet routinematig, maar kan helpen bij het voorspellen van de agressiviteit van de tumor en van de kans op baat bij chemotherapie.

Op basis van het histologische type*, de graad en het genexpressieprofiel*, maken artsen soms onderscheid tussen twee soorten endometriumkanker.

Type I-endometriumkankers zijn meestal endometriumcarcinomen en kankers van graad 1 of 2. Men vermoedt dat ze worden veroorzaakt door een teveel aan oestrogenen*. Ze zijn meestal minder agressief en gaan zich minder snel uitbreiden naar andere weefsels vergeleken met type II-endometriumkankers.

Type II-endometriumkankers zijn meestal sereuze papillaire carcinomen*, clear cell-carcinomen* of carcinosarcomen* en kankers van graad 3. Ze hebben ook verschillende genmutaties en produceren andere eiwitten dan type I- endometriumkankers. Blijkbaar worden zij niet veroorzaakt door een teveel aan oestrogenen*. De cellen van deze tumoren hebben gewoonlijk geen oestrogenen*- en progesteronreceptoren. Clear cell-carcinomen* hebben nooit dergelijke hormoonreceptoren. Omdat er een grotere kans bestaat dat ze groeien en uitbreiden buiten de baarmoeder, zijn de artsen geneigd om een agressievere behandeling voor te stellen bij patiënten met type II-kanker.

- **Stadiëring***

Artsen hanteren de stadiëring* om te bepalen in welke mate de kanker is uitgebreid en welke prognose* de patiënt heeft. Bij endometriumkanker wordt meestal het stadiëring*ssysteem van de International Federation of Gynecology and Obstetrics (Internationale Federatie van Gynaecologie en Verloskunde of FIGO) gebruikt. Dit systeem bepaalt in welke mate de tumor zich heeft uitgebreid van op zijn initiële locatie naar andere weefsels of organen.

Het stadium is essentieel voor de keuze van behandeling. Hoe hoger het stadium, hoe slechter de prognose*. Bij endometriumkanker wordt het stadium bepaald na de heelkundige ingreep op basis van wat de chirurg effectief heeft vastgesteld tijdens de operatie en van de resultaten van de laboratoriumanalyse van de verwijderde tumor. De stadiëring* is dus chirurgisch en histopathologisch*. De patholoog bepaalt hoe diep de tumor in de spier van de baarmoeder is gegroeid, of hij is uitgebreid naar de baarmoederhals, de eileiders en de eierstokken, de graad, het

histologische type* en de lymfovasculaire invasie ervan. Indien er tijdens de operatie lymfeklieren werden verwijderd, zal de patholoog controleren of er kankercellen zitten in die lymfeklieren.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillende stadia van endometriumkanker. De definities zijn misschien wat technisch, vraag daarom best uw arts om meer uitleg.

| Stadium | Definitie |
|---------------|--|
| Stadium I | <i>De tumor werd gevonden in de baarmoeder, maar heeft zich niet uitgebreid buiten de baarmoeder. Stadium I wordt onderverdeeld in IA en IB volgens hoever de tumor is doorgedrongen in de baarmoederspier.</i> |
| Stadium IA | <i>De tumor beperkt zich tot het endometrium of heeft minder dan 50 % van de dikte van de baarmoederspier ingenomen.</i> |
| Stadium IB | <i>De tumor heeft meer dan 50 % van de dikte van de baarmoederspier ingenomen.</i> |
| Stadium II | <i>De tumor werd gevonden in de baarmoeder en heeft zich uitgebreid naar de baarmoederhals. Sinds 2009 wordt het stadium II van endometriumkanker niet meer onderverdeeld in stadium IIA en IIB.</i> |
| Stadium III | <i>De tumor heeft zich uitgebreid buiten de baarmoeder en de baarmoederhals naar één of meerdere andere delen van het vrouwelijke voortplantingsstelsel (vagina, eierstok, eileider of weefsels rond de baarmoeder) of naar de lymfeklieren in dit gebied. Stadium III wordt onderverdeeld in stadia IIIA, IIIB, IIIC1 en IIIC2 op basis van de organen waarnaar de tumor zich heeft uitgebreid.</i> |
| Stadium IIIA | <i>De tumor heeft het buitenmembraan van de baarmoeder ingenomen, de zogenaamde serosa, of de eileider(s) of de eierstok(ken).</i> |
| Stadium IIIB | <i>De tumor heeft de vagina of het parametrium ingenomen, het weefsel rond de baarmoederhals.</i> |
| Stadium IIIC1 | <i>Er werden tumorcellen gevonden in de lymfeklieren van het bekken.</i> |
| Stadium IIIC2 | <i>Er werden tumorcellen gevonden in de lymfeklieren langs de aorta*.</i> |
| Stadium IV | <i>De tumor heeft zich uitgebreid naar de blaas of de darm of naar andere organen in het lichaam (metastase*). Stadium IV wordt onderverdeeld in stadia IVA en IVB.</i> |
| Stadium IVA | <i>De tumor heeft de blaas of het darmslijmvlies ingenomen</i> |
| Stadium IVB | <i>Er werden tumorcellen gevonden in de lies of in de buik of in verder gelegen organen, zoals de lever of de long.</i> |

*Opmerking: de stadia in deze tabel zijn gebaseerd op het stadiëring*ssysteem van 2009 van de FIGO. Voordien werd een ander FIGO stadiëring*ssysteem gebruikt. Dit betekent dat alle beschikbare wetenschappelijke gegevens voor de aanpak van endometriumkanker gebaseerd zijn op het oude systeem en jammer genoeg niet volledig kunnen toegepast worden op het huidige stadiëring*ssysteem.*

Evaluatie van het recidiefrisico bij stadium I-kankers

Bij de meeste vrouwen wordt de diagnose van kanker in stadium I gesteld. In dit stadium is een chirurgische behandeling zeer doeltreffend. Voor deze vrouwen is het essentieel om het recidiefrisico of, met andere woorden, het risico dat de kanker kan terugkomen te evalueren. Het evalueren van het recidiefrisico laat artsen toe om te bepalen wat de beste behandeling is om dit risico tot een minimum te beperken zonder overbehandeling met bepaalde therapieën die het risico niet verminderen maar de levenskwaliteit sterk kunnen beïnvloeden.

Vandaag de dag weet men dat het recidiefrisico toeneemt wanneer de kanker enkele van de volgende kenmerken vertoont: andere histologische types* dan het endometrioïde type, graad 3, stadium IB, invasie van de lymfovasculaire ruimte en een tumordiameter groter dan 2 cm. In dit opzicht, worden stadium I-kankers in drie risicocategorieën ingedeeld:

- Vrouwen die lijden aan kankers die geen van de bovenvermelde kenmerken vertonen, d.w.z. stadium IA-tumoren kleiner dan 2 cm van het endometrioïde type met graad 1 of 2 zonder lymfovasculaire invasie, worden verondersteld een laag recidiefrisico te hebben.
- Vrouwen die lijden aan kankers die stadium IA-tumoren zijn van het endometrioïde type met graad 3, of stadium IB-tumoren van het endometrioïde type met graad 1 of graad 2, hebben een gemiddeld recidiefrisico.
- Vrouwen die lijden aan kankers die stadium IB-tumoren zijn van het endometrioïde type met graad 3, of tumoren van andere histologische types* dan het endometrioïde type ongeacht het subtype (IA of IB) of de graad, hebben een relatief hoog recidiefrisico.

Soms blijkt na postoperatief onderzoek dat de kanker waarvan men preoperatief dacht dat hij stadium I was, al in een hoger stadium te zijn.

WAT ZIJN DE BEHANDELINGSOPTIES?

Heelkunde vormt de hoeksteen van de behandeling. Indien bestraling en chemotherapie na de operatie worden toegepast, zijn dit zogenaamde adjuvante* behandelingen; dat betekent dat ze worden ingezet als aanvulling bij de heelkundige ingreep.

De hierna vermelde behandelingen hebben voordelen, risico's en contra-indicaties. Het is raadzaam aan uw arts vragen te stellen over de verwachte baten en risico's van elke behandeling, zodat u goed op de hoogte bent van alle gevolgen. Voor sommige patiënten zijn een aantal behandelingsmogelijkheden beschikbaar en bij de keuze moeten de verwachte voordelen en risico's worden afgewogen.

Operatie

Er wordt bij elke patiënt een preoperatieve evaluatie gedaan. Bij 5-10% van de patiënten met endometriumkanker is een operatie niet haalbaar door medische contra-indicaties en het risico die de anesthesie* inhoudt, meestal wegens andere aandoeningen zoals obesitas, diabetes en hartaandoeningen. Bij patiënten die wel kunnen geopereerd worden, is de heelkundige ingreep bedoeld om de ziekte te stadiëren* en om de baarmoeder met de tumor te verwijderen.



De ziekte stadiëren*

Na de ingreep kan men de ziekte stadiëren*. Hierbij wordt de tumor onderzocht op grootte en ligging en wordt nagegaan of men tumorcellen kan vinden in de baarmoederhals, in de eileiders, in de eierstokken, in de lymfeklieren of elders in het bekken of in de buik. Tijdens de operatie onderzoeken en betasten chirurgen de oppervlakte van andere organen in de buik (lever, middenrif, buikvlies en buikvliesplooï). De chirurgen gieten ook een vloeistof in de buikholte, zuigen die vloeistof weer op en sturen ze naar het laboratorium waar het wordt onderzocht op kankercellen. We spreken hier van peritoneale* wassing.

Alle weefsels die tijdens de operatie werden verwijderd gaan naar het laboratorium waar ze worden onderzocht door de patholoog (histopathologisch* onderzoek).

De tumor verwijderen

De baarmoeder met de tumor wordt verwijderd

De operatie houdt in dat de baarmoeder, de twee eileiders en de twee eierstokken worden weggenomen. De verwijdering van de baarmoeder is een hysterectomie*, de verwijdering van de twee eileiders en de twee eierstokken noemt men een bilaterale salpingo-oöforectomie* of salpingo-ovariëctomie.

Bij patiënten met kanker in stadium I, stadium II en stadium III kan deze ingreep worden uitgevoerd via een incisie in de onderbuik of door een techniek die laparoscopisch geassisteerde vaginale hysterectomie* heet. Deze techniek gebruikt een videocamera om een beeld van de buikholte op een televisiescherm te projecteren en te vergroten om zo de verwijdering van de baarmoeder, de eileiders en de eierstokken via de vagina te begeleiden. De resultaten van deze laatste techniek blijken gelijk te zijn in termen van kwaliteit van de tumorverwijdering en overleving en blijkt, vergeleken met laparotomie*, de duur van het ziekenhuisverblijf te verkorten, het gebruik van pijnstillers te verminderen, het percentage postoperatieve complicaties te verlagen en de levenskwaliteit te verbeteren.

De chirurgische standaardbenadering voor stadium I-endometriumkanker bestaat uit het verwijderen van de baarmoeder, de eierstokken en de eileiders, al dan niet met verwijdering van de lymfeklieren*. Vele chirurgen stellen verwijdering van de lymfeklieren voor bij alle patiënten met kanker in stadium I met een gemiddeld of hoog risico (stadium IA- en graad 3- tumor of stadium IB-tumor).

De chirurgische standaardbenadering voor stadium II-endometriumkanker bestaat uit het verwijderen van de baarmoeder, de eierstokken, de eileiders en de lymfeklieren, al dan niet met verwijdering van de paraaortische* lymfeklieren*.

Bij patiënten met kanker in stadium III en IV wil men met de operatie zoveel mogelijk van de primaire tumor wegnemen. We spreken hier van debulking of cytoreductieve chirurgie.

Eventuele verwijdering van verscheidene lymfeklieren* in het bekken en langs de aorta*

Er kunnen lymfeklieren* worden verwijderd in de bekkenzone en langs de aorta*. De praktijk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Hoewel het wegnemen van lymfeklieren de artsen helpt om de stadiëring* van de kanker nauwkeuriger te definiëren, bestaat er geen bewijs dat dit een toegevoegde waarde heeft voor de behandeling van de kanker of voor het vermijden van herval. Lymfeklieren verwijderen verhoogt de kans op lymfoedeem, een toestand waarbij zich lymfevocht in de benen opstapelt. Toch behoort het tot de stadiëringsprocedure en helpt het patiënten te identificeren die adjuvante* behandeling nodig hebben. Vele chirurgen stellen verwijdering van de lymfeklieren voor bij alle patiënten die worden geopereerd, met uitzondering van patiënten met een stadium IA- en graad 1- of 2- tumor.

Adjuvante* therapie

Een adjuvante therapie is een behandeling die wordt gegeven als aanvulling op een heelkundige ingreep. Er zijn geen duidelijke gegevens die pleiten voor het routinematige gebruik van adjuvante behandeling bij patiënten met tumoren die zich beperken tot de baarmoeder (gelocaliseerde endometriumkankers). Er is nog steeds controversie en nood aan meer bewijsmateriaal om te beslissen welke de beste opties zijn voor alle stadia. Het is raadzaam de beslissing voor de behandeling van endometriumkanker te baseren op een bespreking binnen het interdisciplinair team van artsen. Die



vergadering van verschillende specialisten noemt het multidisciplinair* overleg of MOC (Multidisciplinair Oncologisch Consult). Tijdens die vergadering wordt de planning van de behandeling besproken aan de hand van alle relevante informatie waarover we het eerder hadden.

Adjuvante* behandeling van kanker in stadium I

Tot de opties voor patiënten met kanker in stadium I behoren:

- **Observatie***: dat zijn medische raadplegingen op geregelde tijdstippen, inclusief ondervraging, lichamelijk en vaginaal onderzoek. Er kunnen ook andere onderzoeken worden gedaan, indien men tekenen of symptomen vaststelt, zoals beeldvorming, bloedtesten of een onderzoek onder narcose.
- **Adjuvante vaginale brachytherapie***, een soort van inwendige radiotherapie* waarbij de stralingsbron in de vagina wordt geplaatst.
- **Adjuvante bekkenradiotherapie***, een soort van uitwendige radiotherapie* waarbij de stralingen vanuit een uitwendige bron op het bekken worden gericht.
- **Adjuvante chemotherapie**, dit is het gebruik van kankerbestrijdende geneesmiddelen om kankercellen te doden of hun groei te beperken. Het is niet duidelijk welke combinatie geneesmiddelen het doeltreffendst is, maar ze moet één geneesmiddel bevatten op basis van platina (cisplatine* en carboplatine* zijn geneesmiddelen die platina bevatten die worden gebruikt bij de behandeling van endometriumkanker).

Voor patiënten met stadium I-kankers, hangt de postoperatieve behandelingskeuze hoofdzakelijk af van het recidiefrisico.

Voor patiënten met een laag recidiefrisico (stadium IA- en graad 1-2-tumor), is observatie* aanbevolen.

Voor patiënten met een intermediair recidiefrisico (stadium IB- en graad 1-2-tumoren of stadium IA- en graad 3- tumoren):

- Observatie* is ook een optie, maar vaginale brachytherapie* kan worden voorgesteld.
- Adjuvante bekkenradiotherapie en chemotherapie* kunnen worden besproken als de patiënt ouder is dan 60 jaar, wanneer tijdens het histologische onderzoek invasie van de lymfovasculaire ruimte is vastgesteld, of wanneer de tumor groot is.

Voor patiënten met een hoog recidiefrisico (stadium IB- en graad 3- tumoren):

- Adjuvante bekkenradiotherapie is aanbevolen
- Adjuvante chemotherapie* kan worden besproken als de patiënt ouder is dan 60 jaar, wanneer tijdens het histologische onderzoek invasie van de lymfovasculaire ruimte is vastgesteld, of wanneer de tumor groot is.

Adjuvante* behandeling voor kanker in stadium II

Tot de opties voor patiënten met kanker in stadium II behoren:

- **Adjuvante vaginale brachytherapie***, een soort van inwendige radiotherapie* waarbij de stralingsbron in de vagina wordt geplaatst.
- **Adjuvante bekkenradiotherapie***, een soort van uitwendige radiotherapie* waarbij de stralingen vanuit een uitwendige bron op het bekken worden gericht.
- **Adjuvante chemotherapie**, dit is het gebruik van geneesmiddelen om tumorcellen te doden of hun groei te beperken. Het is niet duidelijk welke combinatie geneesmiddelen het doeltreffendst is, maar ze moet één geneesmiddel bevatten op basis van platina (cisplatine* en carboplatine* zijn geneesmiddelen die platina bevatten die worden gebruikt bij de behandeling van endometriumkanker).

Vaginale brachytherapie* kan alleen worden toegepast bij patiënten met graad 1-2-tumoren zonder lymfovasculaire invasie en waarvoor de lymfeklieren* werden verwijderd en volgens het histologische onderzoek vrij waren van tumorcellen.

Wanneer de lymfeklieren* niet werden gecontroleerd op tumorcellen tijdens de heelkundige ingreep, is zowel bekkenradiotherapie* als vaginale brachytherapie* raadzaam.

Adjuvante chemotherapie* kan alleen of samen met bekkenradiotherapie worden overwogen. Adjuvante chemotherapie kan het risico op recidief* buiten het bekken verminderen (uitzaaiing van kanker buiten het bekken bekend als *metastase**). Het is niet duidelijk welke combinatie geneesmiddelen het doeltreffendst is, maar ze moet één geneesmiddel bevatten op basis van platina (cisplatine* en carboplatine* zijn geneesmiddelen die platina bevatten die worden gebruikt bij de behandeling van endometriumkanker).

Behandeling van gevorderde ziekte (stadium III en IV)

De behandeling van gevorderde endometriumkanker omvat gewoonlijk een combinatie van operatie, radiotherapie* en chemotherapie. 5-10% van de patiënten met gevorderde endometriumkanker kan niet worden geopereerd door medische contra-indicaties. Deze patiënten kunnen worden behandeld met uitwendige radiotherapie* (straling vanuit een externe bron gericht op de tumor) en/of inwendige radiotherapie*, brachytherapie* genoemd (hierbij wordt een stralingsbron in de baarmoederholte en/of de vagina geplaatst), en bijkomend door systemische behandeling*.



Adjuvante* behandeling van kanker in stadium III

De adjuvante opties voor patiënten met geopereerde stadium III-kanker omvatten:

- **Adjuvante vaginale brachytherapie***
- **Adjuvante bekkenradiotherapie***
- **Adjuvante chemotherapie**

Historisch werden bekkenradiotherapie* en vaginale brachytherapie* postoperatief* aanbevolen voor stadium III-patiënten. Momenteel zijn er steeds meer bewijzen dat chemotherapie zou moeten worden toegediend aan patiënten met stadium III-ziekte in plaats van of naast radiotherapie. De optimale behandeling moet met artsen worden besproken.

Adjuvante chemotherapie* moet één geneesmiddel bevatten op basis van platina (cisplatine* en carboplatine* zijn geneesmiddelen die platina bevatten die worden gebruikt bij de behandeling van endometriumkanker).

Het is belangrijk om weten dat adjuvante radiotherapie*, zowel uitwendige als inwendige bestraling, beschermt tegen lokale hergroei van de tumor (in het bekken). Chemotherapie* beschermt tegen de verspreiding van de ziekte buiten het bekken.

Behandeling voor stadium IV-endometriumkanker

Voor patiënten met stadium IV-ziekte is het doel van de behandeling na cytoreductieve chirurgie, in te werken op de kankercellen die in het lichaam zijn achtergebleven, in het bekken of elders (metastase*). Postoperatieve radiotherapie* heeft een lokaal effect om tumorrecidief in het bekken te voorkomen. Een systemische behandeling* werkt in op de kankercellen in het hele lichaam, niet alleen lokaal. Een systemische behandeling* kan bestaan uit chemotherapie* of hormoontherapie.

Chemotherapeutica omvatten middelen op basis van platina, anthracyclines* en taxanen*. Combinatieschema's op basis van paclitaxel* genieten de voorkeur als eerstelijnschemotherapie bij patiënten met gevorderde endometriumkanker omdat ze doeltreffender blijken te zijn en beter worden verdragen.

Het gebruik van hormoontherapie is alleen voor endometriïde histologieën aanbevolen. Het houdt het gebruik in van geneesmiddelen die het hormoon progesteron* bevatten. Tamoxifen* en aromataseremmers* zijn twee andere gebruikte geneesmiddelen.

Therapieën die worden toegediend aan patiënten met gevorderde endometriumkanker moeten worden aangepast aan de individuele noden, de prognose* en de gezondheidstoestand van elke patiënt.

Bijzonderheden van de therapie* voor sereuze papillaire* en clear cell-tumoren*

Sereuze papillaire* en clear cell-carcinomen* zijn agressiever maar zeldzamer dan endometriïde carcinomen. Ze vereisen volledige stadiëring* met verwijdering van de baarmoeder, de eierstokken, eileiders, bekken- en para-aortische* lymfeklieren* evenals de verwijdering van de blindedarm*, biopsie* en verwijdering van het buikslimvlies. Adjuvante* chemotherapie* op basis van platina moet worden voorgesteld voor vroege (stadium I en II) ziekte. Chemotherapie op basis van platina is aanbevolen bij patiënten met stadium III- of IV- ziekte. Dezelfde chemotherapieschema's die gewoonlijk worden gebruikt voor epitheliale eierstokkanker kunnen worden overwogen voor

gevorderde of recidiverende sereuze papillaire* of clear cell-baarmoederkanker. Sereuze papillaire endometriumcarcinomen worden niet als hormoongevoelig beschouwd.

WAT ZIJN DE MOGELIJKE BIJWERKINGEN VAN DE BEHANDELINGEN?

Operatie

Sommige risico's zijn gemeenschappelijk aan alle chirurgische ingrepen die onder algemene anesthesie* worden uitgevoerd. Deze complicaties zijn zeldzaam en omvatten diepe veneuze trombose*, hart- of ademhalingsproblemen, bloedingen, infectie of een reactie op de anesthesie*.

De vrouwelijke voortplantingsorganen liggen in het bekken samen met de onderste urinewegen en het onderste spijsverteringskanaal. Het is niet uitgesloten dat de urinewegen en de darmen worden beschadigd tijdens de heelkundige ingreep.

Wanneer lymfeklieren* in het bekken en langs de aorta* worden verwijderd, kan dit het lymfevatensysteem beschadigen of blokkeren, met lymfoedeem als gevolg, een aandoening waarbij zich lymfevocht opstapelt in de benen en ze doet zwellen. Dit kan gebeuren onmiddellijk na de ingreep, maar ook later.

Een hysterectomie* verhoogt ook het risico op urine-incontinentie en vaginale verzakking (prolaps) jaren na de heelkundige ingreep, omdat ze de ondersteunende bekkenbodemspieren* kan beschadigen of verzwakken.

Vrouwen die worden geopereerd vóór de menopauze zullen snel na de operatie menopauzesymptomen ervaren omdat de eierstokken werden verwijderd. Warmteopwellingen, stemmingswisselingen, nachtelijk zweten, vaginale droogte en concentratieproblemen komen vaak voor.

De bijwerkingen kunnen worden verlicht en de oncologen dienen advies te geven.

Bijwerkingen van de adjuvante* behandelingen

De meest voorkomende nevenwerkingen zijn meestal omkeerbaar na de behandeling. Er bestaan methodes om een aantal van die nevenwerkingen te voorkomen of te milderen. Dit zou rechtstreeks met de artsen moeten worden besproken.

Bekkenradiotherapie*

De nevenwerkingen van de uitwendige radiotherapie* om endometriumkanker te behandelen zijn vooral te wijten aan de bestraling van de organen rondom de baarmoeder. De mogelijke effecten van de straling op de urinewegen zijn: pijn bij het urineren, blaaskrampen die zorgen voor plasdrang, de aanwezigheid van bloed in de urine, verstopping van de urinewegen en verzwering of afsterving van het slijmvlies binnenin de blaas. De mogelijke effecten van de straling op de dikke darm zijn een lastig gevoel rectaal, diarree, afscheiding van slijmvlies en bloed in het rectum, en zelden darmperforatie. Ook vaginale vernauwing is een mogelijke late nevenwerking van bekkenradiotherapie*. Voor de behandelingsopties voor deze reacties na radiotherapie* kan men bij de oncoloog terecht. Moderne technieken van uitwendige radiotherapie*, zoals IMRT of Intensity Modulated RadioTherapy (bestraling met aangepaste intensiteit), zijn bedoeld om de toxiciteit te verminderen.

Intravaginale brachytherapie*

Voormelde nevenwerkingen van uitwendige radiotherapie* kunnen ook optreden bij (intra)vaginale brachytherapie, maar zijn minder frequent vermits dit soort radiotherapie* nauwkeuriger afgestemd is. Vaginale droogte komt vaak voor tijdens en na de behandeling. Vaginale vernauwing en vaginale droogte kunnen ook leiden tot een langdurig seksueel ongemak. Bij jonge vrouwen stopt de bestraling de werking van de eierstokken, wat kan leiden tot nog meer vaginale droogte en seksueel ongemak. Het geeft bovendien een hoger risico op osteoporose en/of breuken van het bekken. Vrouwen moeten deze problemen laten opvolgen door een specialist.

Chemotherapie*

De nevenwerkingen van chemotherapie zijn zeer frequent. Ze hangen af van het(de) toegediende geneesmiddel(en), de dosering ervan en van individuele factoren. Als u in het verleden last had van andere problemen, zoals hartstoornissen, moet men deze behandeling aanpassen en/of bepaalde voorzorgen nemen. Een combinatie van verschillende geneesmiddelen leidt meestal tot meer nevenwerkingen dan het gebruik van een enkel geneesmiddel.

De meest frequente nevenwerkingen van de geneesmiddelen die worden gebruikt voor chemotherapie* bij endometriumkanker zijn haarverlies en daling van het aantal bloedcellen en bloedplaatjes. Dit kan leiden tot bloedarmoede, bloedingen en infecties. Zodra de chemotherapie achter de rug is, begint het haar opnieuw te groeien en wordt het aantal bloedcellen en bloedplaatjes weer normaal.

Andere frequente nevenwerkingen zijn

- allergische reacties, zoals warmteopwellingen en huiduitslag
- problemen met de zenuwen aan de handen en/of de voeten (perifere neuropathie*), wat kan leiden tot tintelingen in de huid, gevoelloosheid en/of pijn
- tijdelijk verlies of verandering van het zicht
- oorsuizen of veranderingen in het gehoor
- lage bloeddruk
- misselijkheid, braken en diarree
- ontsteking van bijvoorbeeld de mondholte
- smaakverlies
- gebrek aan eetlust
- traag hartritme
- uitdroging
- milde veranderingen in de nagels en de huid die snel weer verdwijnen
- pijnlijke zwelling en ontsteking van de plek waar de injectie wordt gegeven
- spier- of gewrichtspijn
- epilepsie-aanvallen
- vermoeidheid

Er kunnen ook minder frequente, ernstigere nevenwerkingen optreden. Dat zijn onder meer beroerte, hartinfarct en schade aan de werking van de nieren en de lever. Elk symptoom moet aan de arts worden gemeld.

Buiten deze, kunnen alle geneesmiddelen ook andere bijwerkingen hebben. De meest voorkomende worden hierna vermeld, hoewel niet iedereen ermee te maken krijgt of niet altijd in dezelfde mate.

Cisplatine* kan leiden tot gehoorverlies en nierbeschadiging. Vóór de behandeling wordt op basis van bloedtests de nierfunctie beoordeeld. Om schade te voorkomen is het zeer belangrijk om tijdens de behandeling veel water te drinken.

Doxorubicine kan de hartspier beschadigen, daarom is het belangrijk om vóór de behandeling de hartfunctie te beoordelen. Het kan de huid gevoeliger maken voor zonlicht en op plaatsen van eerdere radiotherapie* de huid rood doen kleuren. De urine kan tot enkele dagen na de behandeling

rood of roze kleuren. Dit is geen bloed en is alleen toe te schrijven aan de kleur van het geneesmiddel.

Afhankelijk van de toegediende dosis, de duur van het infuus en het toedieningsschema kan Paclitaxel* perifere neuropathie* veroorzaken. Symptomen hiervan zijn gevoelloosheid, paresthesie* en brandende pijn in handen en benen alsof men brandende handschoenen of kousen draagt. De symptomen zijn vaak symmetrisch en ontstaan gewoonlijk distaal in de onderste ledematen. Patiënten melden vaak het gelijktijdige optreden van symptomen in tenen en vingers, maar asymmetrische symptomen werden ook beschreven. Betrokkenheid van het gelaat komt minder vaak voor. Hoewel gemeld is dat lichte symptomen verbeteren of volledig verdwijnen binnen enkele maanden na stopzetting van de behandeling, blijken de symptomen en ongemakken langer aan te houden bij patiënten die ernstige neuropathie ontwikkelen.

Docetaxel* veroorzaakt soms vochtretentie, tijdelijke nagelverkleuring en jeukende huiduitslag. Sommige mensen ontwikkelen ook het handpalm-voetzoolsyndroom*, of gewone gevoelloosheid en tintelingen in handen en voeten. Bij ongeveer één op vier patiënten treedt een allergische reactie op tijdens het eerste of het tweede infuus met docetaxel*.

Vaak voorkomende bijwerkingen van topotecan* zijn constipatie, diarree, vermoeidheid, haaruitval, verminderde eetlust, misselijkheid, maagpijn, uitputting, braken en zwakte. Ernstige bijwerkingen van topotecan* zijn ernstige allergische reacties, blauwe of ongewoon bleke huid of nagels, koorts, rillingen of aanhoudende keelpijn, pijn of een brandend gevoel bij het urineren, aanhoudende of zware hoest, aanhoudende of ernstige pijn, roodheid of zwelling op de plaats van de injectie, aanhoudende of ernstige maagpijn of -krampen, aanhoudende of ernstige vermoeidheid of zwakte, kortademigheid, ongewone of onverklaarde bloeduitstorting of bloeding en geel kleuren van de ogen of de huid.

Hormoontherapie:

Hormoontherapie gaat gepaard met een aantal bijwerkingen. Het kunnen lichte bijwerkingen zijn zoals hoofdpijn, misselijkheid en/of borstpijn; of ernstigere zoals bloedstolsels in een bloedvat van de benen (diepe veneuze trombose*), bloedstolsel in de longen (longembolie), hartproblemen, beroerte en/of abnormale vaginale bloeding.

WAT GEBEURT ER NA DE BEHANDELING?

Follow-up* met artsen

Wanneer de behandeling is voltooid, zullen de artsen een follow-up* voorstellen, die erin bestaat dat u regelmatig op controle gaat en die bedoeld is om:

- een eventueel herval in een vroeg stadium* op te sporen
- behandelingsgerelateerde complicaties te evalueren en te behandelen
- psychologische ondersteuning te bieden en informatie te verstrekken om uw terugkeer naar een normaal leven te versnellen
- de patiënt nauwkeurig op te volgen omdat er een verhoogd risico bestaat op borstkanker, ovariumcarcinoom en colonkanker. Dit verhoogde risico op andere kankers geldt niet voor alle vrouwen, maar sommige vrouwen kunnen een verhoogd risico hebben, vooral door een aantal genetische factoren en soms door de behandelingen die ze krijgen.

De patiënten moeten om de 3-4 maanden follow-up-bezoeken* ondergaan met lichamelijke en gynaecologische onderzoeken de eerste 2 jaar en vervolgens met een tussentijd van 6 maanden tot 5 jaar. Indien klinisch geïndiceerd, kunnen bijkomende onderzoeken worden uitgevoerd.

Terugkeer naar een normaal leven

Het kan moeilijk zijn om te leven met de gedachte dat de kanker kan terugkomen. Tot op heden weten we niet exact wat we kunnen doen om het risico op herval na de behandeling te verminderen. Als gevolg van de kanker zelf en van de behandeling, kan voor sommige mensen een terugkeer naar een normaal leven moeilijk zijn. Vragen over het lichaamsbeeld, seksualiteit, vermoeidheid, emoties of levensstijl zijn misschien een bron van zorgen voor u. Het kan nuttig zijn om deze vragen te bespreken met familie, vrienden of artsen. In vele landen zijn er praatgroepen of telefonische hulplijnen met ex-patiënten.

Wat als de kanker terugkomt?

Kanker die terugkomt wordt recidief* genoemd en de behandeling hangt af van de ernst van het recidief*. Als de kanker terugkomt, is dat gewoonlijk binnen de eerste 3 jaar na de initiële behandeling.

De omvang van het recidief* moet nauwkeurig worden onderzocht door middel van lichamelijk onderzoek, beeldvorming en bloedtesten. Het grootste deel van de recidieven bij patiënten bij wie de initiële tumor beperkt was tot de baarmoeder doet zich voor in het bekken.

De behandelingsopties hangen af van de omvang van het recidief*. De bespreking hiervan moet gebeuren binnen het multidisciplinair overleg*.



Wanneer de kanker terugkomt als een recidief* in het bekken, behoren chirurgie, radiotherapie*, en chemotherapie* tot de opties.

Een tumor die terugkomt vlakbij vaste organen in het bekken (centraal recidief), moet indien mogelijk operatief worden verwijderd of met radiotherapie* worden behandeld.

Bij recidief* in lymfeklieren* in het bekken (regionaal recidief*), is radiotherapie* de voorkeursoptie met, indien mogelijk, chemotherapie*.

Radiotherapie* kan alleen worden overwogen voor de behandeling van het recidief* als ze nog niet eerder werd toegediend. Het is zo dat er een maximale radiotherapiedosis is die kan worden toegediend en vorige radiotherapieën hebben gewoonlijk deze maximale dosis bereikt. Er kan echter wel uitwendige radiotherapie* worden overwogen als er voordien alleen inwendige (brachytherapie*) is toegediend en vice versa.

Voor de behandeling van recidiverende ziekte wordt de voorkeur gegeven aan een combinatieschema op basis van paclitaxel*. Endometriumkanker die terugkomt na eerstelijnschemotherapie is in grote mate ongevoelig voor chemotherapie. In dergelijke situaties zijn paclitaxel* en een combinatie van wekelijks topotecan* en docetaxel*, chemotherapeutica met een klinisch voordeel en goede tolerantie.

Wanneer de kanker terugkeert als recidief* met uitzaaiingen, zijn chemotherapie* en hormoontherapie een optie.

Chemotherapie kan worden voorgesteld en overwogen na discussie in het multidisciplinaire overleg* en na bespreking met de patiënt. De beslissing wordt genomen na afwegen van de baten en de nevenwerkingen die men verwacht van de chemotherapie*.

Als eerstelijnschemotherapieschema wordt de voorkeur gegeven aan een combinatieschema op basis van paclitaxel*. Endometriumkanker die terug komt na eerstelijnschemotherapie is in grote mate ongevoelig voor chemotherapie. In dergelijke situaties zijn paclitaxel* en een combinatie van wekelijks topotecan* en docetaxel*, chemotherapeutica met een klinisch voordeel en goede tolerantie. De nevenwerkingen van chemotherapie zijn zeer frequent. Deze werden eerder besproken in het hoofdstuk 'Wat zijn de behandelingsopties?'

De belangrijkste voorspellers van een goede respons bij de behandeling van gemetastaseerde* ziekte indien de tumor goed gedifferentieerd* is, een lange ziektevrije tussentijd en de plaats en de mate van metastasen* buiten het bekken (in het bijzonder pulmonaal).

Hormoontherapie kan worden voorgesteld aan patiënten met tumoren van graad 1 en een positieve progesteronreceptorstatus*. Een progestine (medroxyprogesteronacetaat of megestrol), een soort geneesmiddel dat hetzelfde effect heeft als progesteron*, of tamoxifen*, dat de werking van oestrogenen* tegengaat, kan worden gebruikt. De nevenwerkingen van hormoontherapie komen minder vaak voor dan bij radiotherapie* en chemotherapie*. Vochtophoping met gezwollen enkels als gevolg, meer eetlust en toename van het gewicht zijn de meest voorkomende nevenwerkingen van progestines. Er kunnen zich andere, minder frequente maar ernstigere nevenwerkingen

voordoen. Er is vooral een verhoogd risico op bloedklontervorming, ook in de longen, op beroerte en hartaanval. Elk symptoom moet aan uw arts worden gemeld.

VERKLARING VAN MOEILIJKE WOORDEN

Adenocarcinoom

Kanker die ontstaat in cellen met eigenschappen van een klier (secretair) die sommige inwendige organen bekleden.

Adjuvant

Bij kanker: een therapie die een andere therapie helpt het uiteindelijke doel te verwezenlijken, of die de effecten ervan versterkt. Radiotherapie* en chemotherapie* helpen bijvoorbeeld het doel van een operatie te verwezenlijken, namelijk het verwijderen van een tumor. In een context anders dan de oncologische kan het ook een middel zijn dat toegevoegd wordt aan medicijnen om de respons van het immuunsysteem te stimuleren.

Anesthesie

Een omkeerbare staat van verminderde gewaarwording waarin de patiënt geen pijn voelt, geen normale reflexen heeft en minder reageert op stress. Anesthesie kan volledig of gedeeltelijk zijn en maakt mogelijk dat patiënten geopereerd kunnen worden.

Anthracycline

Anthracyclines zijn antibiotica die gebruikt worden in chemotherapie* om verschillende kankers te behandelen.

Aorta

De grootste slagader in het lichaam. Hij voert zuurstofrijk bloed van het hart naar de bloedvaten die de rest van het lichaam van bloed voorzien.

Aromataseremmer

Een medicijn die de vorming van estradiol, een vrouwelijk hormoon, voorkomt door te interfereren met een aromatase-enzyme. Aromataseremmers worden gebruikt als een type van hormoontherapie bij postmenopauzale vrouwen met hormoonafhankelijke borstkanker.

Bilaterale salpingo-oöfrectomie

Operatieve verwijdering van beide eierstokken en beide eileiders. (Zie tekening)

Biopsie

Verwijdering van cellen of weefsels voor onderzoek door een patholoog. De patholoog kan het weefsel onderzoeken onder een microscoop of andere tests uitvoeren op de cellen of het weefsel. Er bestaan veel verschillende biopsieprocedures. De belangrijkste zijn: (1) een incisiebiopsie, waarbij alleen een weefselmonster wordt genomen; (2) een excisiebiopsie waarbij een volledig gezwell of een verdacht gebied wordt verwijderd; en (3) een naaldbiopsie, waarbij een weefsel- of vloeistofmonster wordt opgezogen met behulp van een naald. Wanneer een dikke naald wordt gebruikt noemt men deze procedure een corebiopsie. Wanneer een dunne naald wordt gebruikt noemt men deze procedure een fijne naald-aspiratie.

Brachytherapie

Een radiotherapie* waarbij radioactief materiaal met behulp van naalden, zaadjes, draden of katheters rechtstreeks in of nabij een tumor wordt gebracht. Wordt ook implantaatradiotherapie*, inwendige radiotherapie* en radiobrachytherapie genoemd.

Carboplatine

Een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de behandeling van nog niet behandelde gevorderde eierstokkanker of symptomen van eierstokkanker die teruggekomen zijn na een therapie met andere kankermedicijnen. Het wordt ook samen met andere geneesmiddelen gebruikt voor de behandeling van gevorderd, gemetastaseerd* of recidiverend niet-kleincellig longcarcinoom. Het wordt bestudeerd bij de behandeling van andere soorten kanker. Carboplatine is een vorm van cisplatine*, een kankermedicijn, en veroorzaakt minder bijwerkingen. Het hecht zich aan DNA in cellen en kan kankercellen doden. Het is een platinaverbinding.

Carcinosarcoom

Een kwaadaardige (maligne) tumor die een combinatie is van een carcinoom (kanker van epitheelweefsel, nl. de huid en het weefsel dat de bekleding vormt van inwendige organen) en een sarcoom* (kanker van bindweefsel, zoals bot, kraakbeen en vet).

Chemotherapie

Een type behandeling dat kankercellen doodt en/of hun groei beperkt. Deze medicijnen worden meestal toegediend door middel van een traag infuus, maar kunnen ook oraal worden ingenomen of rechtstreeks worden toegediend in een lidmaat of de lever afhankelijk van de locatie van de kanker.

Cisplatine

Een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de behandeling van vele soorten kanker. Cisplatine bevat het metaal platinum. Het doodt kankercellen door hun DNA te beschadigen en hun deling te stoppen. Cisplatine is een alkylarend middel.

Clear cell-carcinoom

Een zeldzame tumorvorm, meestal van de vrouwelijke geslachtsorganen, waarvan de binnenkant van de cellen er helder uitzien bij microscopisch onderzoek. Wordt ook clear cell-adenocarcinoom en mesonefroom genoemd.

CT-scan

Een vorm van radiografie waarbij organen van het lichaam gescand worden met X-stralen. De resultaten worden door een computer verwerkt om afbeeldingen te bekomen van bepaalde lichaamsdelen.

Diep veneuze trombose

De vorming van een bloedklonter in een diepe ader of het onderbekken. Mogelijke symptomen zijn pijn, zwelling, warmte en roodheid in het getroffen gebied. Wordt ook DVT genoemd.

Docetaxel

Docetaxel behoort tot de groep van middelen tegen kanker die taxanen* worden genoemd. Docetaxel blokkeert het vermogen van cellen om het inwendige 'skelet' af te breken, dat ze nodig hebben om zich te kunnen delen en vermenigvuldigen. Als dit skelet intact blijft, kunnen de cellen

zich niet delen en sterven ze uiteindelijk af. Ook gezonde cellen, zoals bloedcellen, worden door docetaxel aangetast en dit kan bijwerkingen tot gevolg hebben.

Follow-up

Opvolging van de gezondheidstoestand van een patiënt na behandeling. Daartoe behoort eveneens het opvolgen van de gezondheid van mensen die deelnemen aan klinische studies* of klinische trials* gedurende een bepaald tijdsbestek, zowel tijdens de studie als na het voltooien ervan.

Genexpressieprofiel

Informatie over al het boodschapper RNA dat in verschillende celtypes wordt aangemaakt. Een *genexpressieprofiel* kan worden gebruikt om een ziekte of aandoening op te sporen, een diagnose te stellen en na te gaan hoe goed het lichaam op een behandeling reageert. *Genexpressieprofielen* kunnen worden gebruikt in gepersonaliseerde geneeskunde.

Handpalm-voetzoalsyndroom

Een toestand die gekenmerkt wordt door pijn, zwelling, verlamming, tinteling of roodheid van de handen of voeten. Het doet zich soms voor als neveneffect van bepaalde antikankermedicijnen. Het wordt ook het palmar-plantar-syndroom genoemd of palmar-plantar-erythrodysesthesia.

Histologisch type

De categorie waarin de tumor is ingedeeld, rekening houdend met de kenmerken van zijn cellen en andere structuren onder de microscoop.

Histopathologie

Het onderzoeken van zieke cellen en weefsels onder de microscoop.

Hypertensie

Een bloeddruk van 140/90 of hoger. Hypertensie veroorzaakt gewoonlijk geen symptomen. Hypertensie kan de slagaders beschadigen en het risico van beroerte, hartaanval, nierfalen en blindheid verhogen. Wordt ook hoge bloeddruk genoemd.

Hysterectomie

Een chirurgische ingreep om de baarmoeder en soms ook de baarmoederhals te verwijderen. Wanneer zowel de baarmoeder als de baarmoederhals verwijderd worden, wordt dit totale of simple hysterectomie genoemd. Wanneer alleen de baarmoeder verwijderd wordt, wordt het gedeeltelijke of supracervicale hysterectomie genoemd. Radicale hysterectomie is de verwijdering van de baarmoeder, baarmoederhals en een gedeelte van de vagina. De eierstokken, eileiders en nabijge lymfeklieren* kunnen ook verwijderd worden.

Klinische studie

Een type onderzoek dat test hoe goed een nieuwe medische aanpak werkt bij mensen. Deze onderzoeken testen nieuwe screeningsmethodes, een bepaalde manier van preventie of diagnose of een behandeling.

Klinisch onderzoek

Een onderzoek waarbij het lichaam gecontroleerd wordt op tekenen van ziekte.

Laparotomie

Een chirurgische incisie in de buikwand.

Lymfeklier

Een ronde massa lymfatisch weefsel die omcirkeld wordt door een capsule bindweefsel. Lymfeklieren filteren lymfe en slaan lymfocyten op (witte bloedcellen). Ze bevinden zich aan lymfevaten. Worden ook lymfeknopen genoemd.

Metastase

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

MRI of Magnetic Resonance Imaging

Een beeldvormingstechniek die gebruikt wordt in geneeskunde. Het maakt gebruik van magnetische golven. Soms wordt een stof ingespoten die het contrast tussen verschillende weefsel vergoot, om bepaalde structuren beter zichtbaar te maken.

Multidisciplinair overleg

In de geneeskunde wordt deze term gebruikt om een overleg te beschrijven waarbij een aantal artsen en andere zorgverleners 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 medisch oncoloog (die kanker met geneesmiddelen behandelt), een chirurgisch oncoloog (die kanker operatief behandelt) en een radiotherapeut (die kanker behandelt met bestraling). Wordt ook *tumor board review* genoemd.

Observatie

In de geneeskunde bedoelt men hiermee dat men de toestand van een patiënt volgt, zonder dat er behandeling is, tenzij er symptomen opduiken of veranderen.

Oestrogeen

Een groep hormonen die in het lichaam aangemaakt worden en een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van de vrouwelijke geslachtskenmerken, waaronder de borsten, baarmoeder en vagina. Ze regelen ook de menstruatiecyclus en de zwangerschap. Daarom worden ze ook vrouwelijke hormonen genoemd.

Paclitaxel

Een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de behandeling van borst- en eierstokkanker en aan aids gerelateerd Kaposi-sarcoom. Het wordt ook samen met een ander geneesmiddel gebruikt voor de behandeling van niet-kleincellig longcarcinoom. Paclitaxel wordt ook bestudeerd bij de behandeling van andere soorten kanker. Het verhindert de celdeling door de celdeling te stoppen en kan kankercellen doden. Het is een antimetabiet.

Paraaortische lymfeklieren

Lymfeklieren-groep die zich recht tegenover de lumbale wervels bevindt, nabij de aorta*.

Paresthesie

Een abnormale gevoelsgevoel, zoals een brandend of prikkend gevoel, die zich voordoet zonder enige externe stimulans.

Perifere neuropathie

Een zenuwprobleem dat pijn, verlamming, tintelingen, zwellingen of spierzwakte veroorzaakt in verschillende delen van het lichaam. Het begint meestal bij de handen of voeten en wordt langzaam erger. Perifere neuropathie kan veroorzaakt worden door lichamelijke letsels, infecties, giftige bestanddelen, ziekte (zoals kanker, diabetes, leverfalen of ondervoeding) of medicatie, waaronder antikankermedicijnen. Het wordt ook neuropathie genoemd.

Peritoneaal

Van of met betrekking tot het peritoneum*.

Peritoneum

Het weefsel (soort dun vlies) dat de buikwand en de meest organen in de buik bedekt.

Progesteron

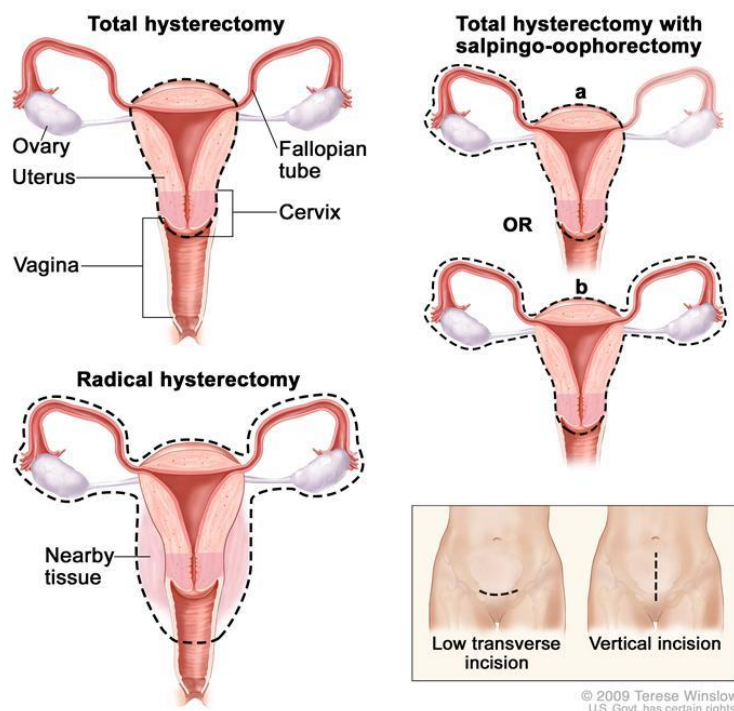
Progesteron is een vooral vrouwelijk geslachtshormoon dat door de placenta en de eierstokken wordt geproduceerd. Het zorgt ervoor dat het endometrium in de tweede helft van de menstruatiecyclus dikker wordt, wat de innesteling van een bevruchte eicel voorbereidt. Het zorgt ook voor de ontwikkeling van de placenta en van melkklieren.

Prognose

Het waarschijnlijke resultaat of verloop van een ziekte; de kans op herstel of *recidief** (herval).

Radicale hysterectomie

Heelkundige ingreep waarbij de baarmoeder, de baarmoederhals, en een deel van de vagina worden verwijderd. De eierstokken, eileiders en de omliggende lymfeklieren worden ook verwijderd. (Zie tekening)



Hysterectomie. Operatieve verwijdering van de baarmoeder met of zonder andere organen of weefsels. Bij een totale hysterectomie worden de baarmoeder en de baarmoederhals verwijderd. Bij een totale hysterectomie met salpingo-oöforectomie worden (a) de baarmoeder en één (unilateraal) eierstok en eileider verwijderd; of (b) de baarmoeder en beide (bilateraal) eierstokken en eileiders verwijderd. Bij een radicale hysterectomie worden de baarmoeder, de baarmoederhals, beide eierstokken, beide eileiders en omliggende weefsels verwijderd. Deze procedures worden uitgevoerd met een lage dwarse of verticale incisie.

Radiografie van de thorax

Een radiografie (röntgenfoto) van de structuren in de borstkas. Röntgen is een soort straling met hoge energie die doorheen het lichaam gaat tot op een film die erachter geplaatst werd. Zo worden foto's gemaakt van de binnenkant van de borstkas; die foto's kan men gebruiken om de diagnose van een ziekte te stellen.

Radiotherapie

Therapie waar bestraling wordt gebruikt voor de behandeling van kanker.

Recidief

Kanker die terugkomt (herval), meestal na een periode waarin de kanker (nog) niet terug kon worden opgespoord. De tumor kan terugkomen op dezelfde plaats als de oorspronkelijke (primaire) tumor of op een andere plek in het lichaam.

Sarcoom

Een tumor van het bot, kraakbeen, bloedvaten, vet-, spier- of ander bind- of steunweefsel.

Sereus papillair carcinoom



Een agressieve kanker die meestal de baarmoeder/het endometrium, het peritoneum* (buikvlies), of de eierstok aantast.

Stadiëring

Het uitvoeren van testen en onderzoeken om na te gaan hoe ver een tumor zich heeft uitgebreid, vooral om te kijken of de ziekte is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam dan de oorspronkelijke plaats van de tumor. Het is belangrijk het stadium van de ziekte te kennen om de optimale behandeling te kunnen kiezen.

Systemische therapie

Een behandeling met stoffen die de hele bloedcirculatie volgen en die cellen over het hele lichaam bereiken en aantasten.

Tamoxifen

Een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de behandeling van sommige soorten borstkanker bij mannen en vrouwen. Het wordt ook gebruikt ter preventie van borstkanker bij vrouwen met ductaal carcinoom in situ (abnormale cellen in de kanalen in de borst) en bij vrouwen met een hoog risico van borstkanker. Tamoxifen wordt ook bestudeerd bij de behandeling van andere soorten kanker. Het remt de effecten van oestrogeen* in de borst. Tamoxifen is een antioestrogeen. Wordt ook tamoxifencitraat genoemd.

Taxaan

Een soort geneesmiddel dat de celgroei blokkeert door de mitose (celdeling) te stoppen. Taxanen interfereren met microtubulen (celstructuren die de chromosomen helpen bewegen tijdens de mitose). Ze dienen om kanker te behandelen.

Topotecan

Topotecan is een antikankermiddel en behoort tot de groep van de zogenoemde topoisomerase-remmers. Het blokkeert een enzym, topoisomerase-I, dat een rol speelt bij de deling van DNA. Wanneer het enzym wordt geblokkeerd, breken de DNA-strengen af. Als gevolg hiervan wordt voorkomen dat de kankercellen zich delen (en dus vermenigvuldigen) en sterven ze tenslotte af.

Totale hysterectomie

Heelkundige ingreep waarbij de volledige baarmoeder wordt verwijderd, inclusief de baarmoederhals. Wordt ook volledige hysterectomie* genoemd.

De ESMO / Antikankerfonds Gidsen voor Patiënten werden ontwikkeld om patiënten, hun familieleden en zorgverleners bij te staan in het begrijpen van verschillende kankertypes en in het evalueren van de beste behandelingsopties die beschikbaar zijn. De medische informatie die in de Gidsen voor Patiënten wordt beschreven is gebaseerd op de ESMO richtlijnen die opgesteld zijn om medische oncologen te begeleiden bij het bepalen van de diagnose, de opvolging en de behandeling van verschillende kankertypes. Deze gidsen worden ontwikkeld door het Antikankerfonds in nauwe samenwerking met de ESMO richtlijnen Werkgroep en de ESMO Kankerpatiënten Werkgroep.

Voor meer informatie bezoek www.esmo.org en www.antikankerfonds.org

