



Najaar 2019 * www.lynch-polyposis.nl

Dieet, laxeren en sedatie

Optimaal darmonderzoek

Verdoving bij coloscopie

CT- Colografie

Belangrijke adressen

Stichting Lynch Polyposis

Stichting Lynch Polyposis wil er zijn om mensen die geraakt zijn door Lynch en Polyposis te vinden, te verbinden, te informeren en om gezamenlijk de kwaliteit van het leven te bevorderen, voor patiënten en hun naasten.

Colofon

Lynch Polyposis Contactblad
redacteur@lynch-polyposis.nl
Drakensteynlaan 18
4371 TG Koudekerke
0118-552785

Redactieteam
Suzanne Bos
Willemien Rietman
Gaby van IJsseldijk, adviseur
Jurgen Seppen
Dick de Ruiter, hoofdredacteur

Deadline aanleveren kopij:

28 februari: maartnummer
31 mei: juninummer
31 augustus: septembernummer
30 november: decembernummer

NB:

De redactie heeft het recht ingezonden artikelen te weigeren, in te korten of aan te passen.

Disclaimer

Het Lynch Polyposis Contactblad is met grote zorgvuldigheid samengesteld. Voor mogelijke onjuistheden en/of onvolledigheden kan Stichting Lynch Polyposis geen aansprakelijkheid aanvaarden, evenmin kunnen aan de inhoud rechten worden ontleend.

Hulpdienst Lynch Lotgenotencontact

031-5341112 Arda Esseveld
0529-401699 Mini van Pijkeren
0118-552785 Dick de Ruiter

Hulpdienst Polyposis Lotgenotencontact

0475-328720 Ans Dietvorst
053-4356921 Henk Brendel (oost NL.)

Lotgenotencontact

Peutz-Jeghers
Richard Groen
pjs-rg@lynch-polyposis.nl

Bestuur Stichting Lynch Polyposis

Voorzitter, Jurgen Seppen
voorzitter@lynch-polyposis.nl

Secretaris, Ton Bunnik
secretaris@lynch-polyposis.nl

Penningmeester, Sieny van Riezen
penningmeester@lynch-polyposis.nl

Vertegenwoordiger Lynch, vacant

Vertegenwoordiger Polyposis, Ans Dietvorst
polyposis@lynch-polyposis.nl

Vrijwilligersraad

Ledenbeheer, Sieny van Riezen
ledenadministratie@lynch-polyposis.nl

Lynch Polyposis Contactblad,
Dick de Ruiter
redacteur@lynch-polyposis.nl

Communicatie, Gaby van IJsseldijk
webredacteur@lynch-polyposis.nl
Wim Vugts webmaster@lynch-polyposis.nl

Coördinator Lotgenotencontact,
Mini van Pijkeren
lotgenotencontact@lynch-polyposis.nl

Willemien Rietman
redactie-lid@lynch-polyposis.nl

Vrijwilligersbeleid, vacant
vrijwilligers@lynch-polyposis.nl

Maria van Vugt
familiecontact@lynch-polyposis.nl

Peutz Jeghers, Richard Groen
pjs-rg@lynch-polyposis.nl

Jongerencoördinator, Sigrid Bunnik
jongeren@lynch-polyposis.nl

Vacature (kijk op de website
www.lynch-polyposis.nl voor informatie)

Contactadres

Stichting Lynch Polyposis
Postbus 8152 3503 RD Utrecht
info@lynch-polyposis.nl
Twitter: @darmaandoening
Facebookpagina: www.facebook.com/
StichtingLynchPolyposis

Vormgeving & druk:

Pieters Media

Covecartoon

Met dank aan:
Mirjam Visser

Wijzigingen leden / donateursbestand

Stichting Lynch Polyposis
Postbus 8152 3503 RD Utrecht
ledenadministratie@lynch-polyposis.nl

Bankrekening

Stichting Lynch Polyposis
NL92 INGB 0006 557698

Kamer van Koophandel Utrecht
60654589

Raad van Advies Stichting Lynch Polyposis

Mw. prof. dr. E.M.A. Bleiker,
Psycholoog, AVL

Mw. prof. dr. E. Dekker,
MDL-arts, AMC

Mw. drs. L.P. van Hest,
Klinisch Geneticus, VUmc

Mw. I.S.J. van Leeuwen,
Medisch maatschappelijk werker, StOET

Mw. prof. dr. E.M.H. Mathus-Vliegen,
Gastro-enteroloog, AMC

Mw. prof. dr. M.J.E. Mourits
Gynaecoloog, UMCG

Mw. L. Saveur (MANP)
Verpleegkundig specialist AvL

Dhr. dr. P.J. Tanis, Chirurg, AMC

Dhr. prof. dr. H.F.A. Vasen,
MDL-arts, LUMC, directeur StOET

Erfelijkheidsonderzoek

Overzicht poliklinieken Klinische
Genetica met relevante informatie zie:
www.lynch-polyposis.nl
sub-kop: Erfelijkheidsonderzoek

Stichting Lynch Polyposis

info@lynch-polyposis.nl
www.lynch-polyposis.nl
Algemene informatie en digitaal forum
www.kanker.nl

Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (StOET)

info@stoet.nl
www.stoet.nl
071-5262687

Informatie op maat en digitaal lotgenotenforum

Informatie over en/of gerelateerd aan
kanker, behandeling of leven met
kanker.

Digitaal lotgenotenforum (discussie-
groepen, blogs en lotgenoten vinden):
www.kanker.nl

Telefonisch vragen over kanker:

Kanker Info lijn 0800-02206622
(ma-vrij van 12.00 -17.00 u)

KWF Kankerbestrijding
www.kwf.nl

Ned. Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Postbus 8152, 3503 RD Utrecht
Godebaldkwartier 365, 3e etage
(Hoog Catharijne)
3511 DT Utrecht
088 029777 (kantooruren) niet gratis
secretariaat@nfk.nl
www.nfk.nl

Maag Lever Darm Stichting (MLDS)

info@mlds.nl
www.mlds.nl
033-7523500

Stoma Vereniging

www.stomavereniging.nl

Stichting voor patiënten met kanker aan het spijsverteringskanaal (SPKS)

www.spks.nl

Erfelijkheid / Erfocentrum

www.erfelijkheid.nl

Website voor kinderen,
voor erfelijke ziektes
www.ikhebd.nl

Welder (voorheen Breed Platform Verzekeren & werk)

www.vraagwelder.nl

Helen Dowling Instituut

(psychologische zorg bij kanker)
info@hdi.nl
www.hdi.nl

Inhoud

- 2 Belangrijke adressen
- 3 Inhoud
- 4 Lotgenoten vertellen over hun coloscopie ervaring (I)
- 7 Verdoving bij coloscopie
- 8 Coloscopie: Dieet, Laxeren en Sedatie
- 12 Kijken in het bovenste deel van het maagdarmselsel: Wat houdt dat in?
- 15 Karakteristieken van dikke darmkanker bij patiënten met Lynch-syndroom - een cohortonderzoek
- 16 Het coloscopie onderzoek: Wat houdt het in?
- 19 CT-cografie
- 21 Optimaal darmonderzoek: een samenwerking tussen arts, patiënt en techniek
- 25 Lotgenoten vertellen over hun coloscopie ervaring (II)
- 27 Word donateur en steun ons!
- 28 Missie



GEFINANCIERD DOOR



Lotgenoten vertellen over hun coloscopie ervaring I

Aan de oproep van de redactie voor bijdragen aan het Lynch Polyposis Contactblad is massaal gehoorgegeven. Zo massaal dat de redactie voortijdig een stop moest instellen en een flink aantal lotgenoten moest teleurstellen. Vier Polyposis- en vier Lynchlotgenoten vertellen in hun eigen verhaaltrant over hun coloscopie ervaringen. Totaal verschillende ervaringen, voor velen van ons herkenbaar. U vindt opmerkingen, tips en kanttekeningen in deze bijdragen. De redactie heeft ervoor gekozen geen namen te vermelden, wel initialen. In dit blok vier ervaringsverhalen, elders in het Lynch Polyposis Contactblad vindt u de resterende vier coloscopie-ervaringsverhalen. Hebt u vragen of opmerkingen? redacteur@lynch-polyposis.nl

Ervaringsverhaal coloscopie

De eerste keer dat er bij mij darmkanker geconstateerd werd was ik 28 jaar. De tweede keer was ongeveer 10 jaar later. Deze keer had de kanker zich binnen het controlejaar ontwikkeld! Daar schrok ik toen wel erg van...

Inmiddels had ik mijn kinderen en was bekend dat ik erfelijk belast was. Daarom heb ik toen mijn baarmoeder en (bijna) hele dikke darm meteen laten verwijderen. De endeldarm is toen aangesloten op de dunne darm. Ik kan dus meepraten over een 'gewone' coloscopie en een sigmoidoscopie, waarbij alleen het laatste stukje van de dikke darm en endeldarm bekeken wordt. De coloscopie vond ik elke keer weer een ramp. De liters vloeistof die je moet drinken en waarvan je bijna over je nek gaat vond ik (bijna) net zo erg als het onderzoek zelf. Verschillende soorten zijn de revue gepasseerd en ik vond ze allemaal even vies. 1 keer heb ik Prunacolon (een soort pruimendrankje) gehad en dat beviel me veel beter. Volgens mij hoefde ik hiervan niet veel in te nemen en was het niet erg belastend. Hierna heb ik dit middel helaas nooit meer gekregen, ik weet niet wat de reden was. Vaak kreeg ik Klean-Prep of Moviprep, echt jammer omdat het vies is en je het er erg koud van krijgt door de hoeveelheid vocht. De coloscopie zelf vond ik altijd pijnlijk. Ik kreeg wel een roesje, maar had niet het gevoel dat dit echt iets deed. Alleen achteraf had je minder herinnering aan het geheel, maar op het moment zelf merkte je alles gewoon (voor mijn gevoel tenminste). Ook het drukken op mijn buik om de slang goed door de darmen te laten gaan was erg belastend en pijnlijk. Daarbij is er dan altijd ook de psychische factor: zal er deze keer weer iets gevonden worden??

De eerste jaren werd ik niet echt opgenomen in het ziekenhuis, maar gewoon vanuit de wachtkamer het on-

derzoek in gebracht. Ook naderhand was er geen brood of soep en moest ik zelf gewoon wat gaan eten in het ziekenhuis restaurant, wat dan wel weer de beloning was voor het lange niet-eten! In latere jaren kreeg ik op de afdeling een bed en de nodige controlevragen. Na het onderzoek kreeg ik brood en/of soep. Wat een verschil is dan de voorbereiding en het onderzoek zelf bij de sigmoidoscopie! Al kreeg ik de eerste paar jaar nog steeds Moviprep voorgeschreven, wat eigenlijk niet nodig was gezien het kleine stukje darm dat nog maar gespoeld moest worden. De laatste jaren krijg ik alleen de Bisacodyl tabletjes en een klein klysma voor thuis, de avond voor het onderzoek en mag ik gewoon blijven eten. In het ziekenhuis krijg ik nog een groter klysma en dat is het! Ook een roesje is niet nodig. Het onderzoek zelf is natuurlijk niet te vergelijken met een volledige scopie. De slang zit zó op de goede plek en men kan zelfs nog een stukje dunne darm bekijken. Wel blijft het elk jaar spannend of alles weer goed zal zijn....Verder valt me op dat er veel verschillende manieren van voorbereiding en onderzoek zijn, in elk ziekenhuis is het weer anders. Dit verwacht me wel eens en ik vraag me wel eens af wat de beste methode is en waar je de beste zorg krijgt.

Toch nog snel een paar tips:

- * Drink de vloeistof met wat ranja er door of met een rietje
- * Drink het zo koud mogelijk
- * Draag tijdens het onderzoek warme sokken en een lang shirt, zodat je er niet zo naakt bij ligt voor je gevoel.
- * Blijf alert en vraag alles over wat je ongerust maakt.
- * Ga zo snel mogelijk door met je leven, verlaat het ziekenhuis zodra het kan en geniet van je leven!

I.L.

Aangezien het een wat gênant onderzoek is ...

Geachte lotgenoten, Helaas moet ik constateren dat men mij langzamerhand wel met het certificaat 'ervaringsdeskundige' kan opzaden. Aangezien ik al 22 jaar ervaring persoonlijk ervaring heb met onderzoek en voorbereiding. Ik heb in het ondergaan en ook beroepshalve inzicht in deze materie. De ervaring is persoonlijk en zal door een ieder anders worden ervaren. Toch zijn er een aantal raakvlakken en ervaringen die ik graag wil delen. Vergeleken met begin jaren negentig zijn de voorbereiding en het onderzoek een stuk humaner geworden. Een aantal positieve ontwikkelingen, ervaringen en tips.

- Een goede voorlichting is belangrijk, wat men gaat doen, zowel de reden als ook de manier waarop. Bouw een vertrouwensband op met de specialist. Aangezien het een wat gênant onderzoek is. Geluk-

kig zijn er in de loop van de jaren de nodige taboes afgezwakt, terwijl het voor de oudere generatie op het ethisch nog moeilijk kan zijn. Belangrijk is dat er een drie-hoeks gesprek plaats vindt waar jezelf als potentiële cliënt deel van uit maakt, de uitvoerder een ondersteunende functie heeft.

- Vraag om de scoop te zien en goede uitleg.
- Darmreiniging. Zorg voor lichte voeding een dag voor de darmreiniging. Ik zelf heb dan vaak maar de helft van de vloeistof nodig voor de goede darmreiniging. Schoon is schoon.
- Neem de tijd voor inname spoelvloeistof.
- Laat je goed voorlichten op de dag zelf.
- U, als cliënt, bepaald, niet de uitvoerende specialist.

Met hoogachting,
D.H.

Mijn Coloscopie ervaring

Het begon in 2013 toen bij mijn zus darmkanker werd geconstateerd. Er werd een gen onderzoek gedaan en er kwam uit dat ze MAP had. Ik heb hetzelfde onderzoek gedaan en ook bij mij werd MAP geconstateerd. Ik werd meteen doorverwezen naar de maag- en darm-specialist en er werd al meteen duidelijk dat ik jaarlijks, gedurende mijn hele leven, een coloscopie en gastroscopie zou moeten ondergaan.

Bij de eerste afspraak werd ik door artsen onder elkaar 'de zeldzaamste uit de zeldzaamsten' genoemd omdat MAP niet veel voorkomt. Voor mijn jaarlijkse darmonderzoek moet ik altijd beginnen met Moviprep. Dit is een ontzettend smerig drankje om weg te drinken, de eerste liter gaat nog maar de tweede is bijna niet te doen. Mijn zus grapt nog: je moet het uit een wijnglas drinken, dan doe je alsof het een wijntje is'. Afijn, ik heb een rietje geprobeerd en kauwgum, het helpt iets maar het laatste glas heb ik weggegooid, ik kon het niet meer weggrijpen. Gelukkig was ik wel schoon om de coloscopie te ondergaan. In Italië, waar ik sinds 15 jaar woon, krijg je een algehele sedatie, dat is wel fijn want zo merk ik niks van het gehele onderzoek.

In het jaar daarop kreeg ik ook een videocapsule onderzoek, dit wordt niet vaak gedaan om omdat het een kostbaar onderzoek is. één capsule kost circa 500

euro. In de tien jaar dat ze dit onderzoek doen was ik de 30ste kandidaat, dus de arts feliciteerde me. Ik moest de pil doorslikken met water en ik moest de hele dag nuchter zijn. Ik liep de hele dag door het ziekenhuis met een kastje om die in verbinding was met de videocapsule terwijl de arts gedurende de hele dag op zijn iPhone controleerde waar de capsule verbleef. Wel bizar om je eigen darmen van binnen te zien op een iPhone. De videocapsule maakt iets van 3 foto's per seconde. Hij was gezakt naar de dunne darm dus ik mocht eindelijk naar huis tegen het einde van de middag.

Ik ging nadenken over de volgende onderzoeken en of er een andere mogelijkheid was om niet Moviprep te hoeven drinken. Er werd mij Picoprep geadviseerd, je drinkt er één glas van en vervolgens 2 liter water. Dit herhaal je vervolgens weer. Het komt wel iets later op gang door dit middel maar mijn ervaring is dat het zoveel beter te doen is dan met Moviprep. Het zou nog beter zijn als er ooit een onderzoek zou komen waarbij je niks hoeft in te nemen. In februari mag ik weer! Ik neem dan lekker drop mee uit Nederland want de vorige keer vonden de artsen en verpleegsters dat wel lekker geloof ik.

M.K.

Mijn ervaring met het Polyposis scapie-onderzoek

In het laatste jaar van mijn contract met de Marine Luchtvaart Dienst begonnen mijn gezondheidsklachten. Ik was toen 25 of 26 jaar en de eerste onderzoeken vonden plaats in het Marine-hospitaal. Hier kreeg ik een maagonderzoek.

Het schoonspoelen van het maagdarmsstelsel via de neus was op zijn zachts gezegd, een heel nare ervaring en ook het scapie onderzoek naar de maag vond ik erg naar.

Dit was in 1966 - 1967 en men vond toen niets.

Jaren later, ik had een baan als Grond Werktuig Kundi-ge bij de burgerluchtvaart dienst, kreeg ik een opeen-hoping van klachten en er volgden vele onderzoeken. Het woord Polyposis kwam nog niet in mijn vocabulaire voor. Het gaat nu enkel om het maagdarmsstelsel en niet andere organen waar ik ook al problemen mee had.

In 1984 kreeg ik een aambeienoperatie. Had men toen verder gekeken dan had men de eerste poliepen in de endeldarm kunnen ontdekken.

Vanwege de vele buikkachten kreeg ik de eerste sig-moïdoscopie. Dit gebeurde met een starre buis via de anus en ik weet nog wel dat ik het uitschreeuwde van de pijn.

Weer jaren later volgden vele onderzoeken, maar nu met een buigzame slang. Het gebeurde zonder roes-je, maar ik ervoer dit niet als vervelend, had zo mijn eigen techniek ontwikkeld, een soort zelfhypnose. Ik herhaalde voor mezelf: ik ben een zak aardappelen, ontspannen, ontspannen en was soms zover heen dat

de arts mij vroeg of ik er nog wel bij was.

Toen men ontdekte dat er poliepenvelden in de dik-ke darm waren, was het bijna te laat: 600 poliepen, waarvan 10% kwaadaardig. In augustus 1989 volgde de Polyposisoperatie, de dikke darm werd in zijn geheel verwijderd. Ik herstelde hiervan vrij spoedig.

In 1999 werd voor de zekerheid toch maar eens een gastroscopie gemaakt en ontdekte men enkele polie-penveldjes in de twaalfvingerige darm. Bij dit onder-zoek kon ik mijzelf echter niet ontspannen, ik kreeg daarbij een verstikkingsgevoel en ging kokhalzen. Zat de scoop eenmaal op zijn plaats dan ging het wel, maar als men begon te draaien dan vond ik het ver-schrikkelijk. De eerste zes keer, om de zes weken zo-n onderzoek, zonder enige verdoving of roesje. Ik zag er steeds meer tegenop. Later, onder sedatie ging het goed tot redelijk goed, omdat ik soms weer bijkwam voor het onderzoek was afgelopen.

De laatste twee onderzoeken en laser behandelingen zijn onder volledige narcose via het infuus toegediend, dit onder toezicht oog van een anesthesist. Fijn voor de behandelend arts maar ook voor de patiënt, die minder beweegt. Ook in de toekomst blijft men dit op deze manier doen. Zo heb ik een paar weken geleden mijn 30 ste onderzoek in het Radboudumc gehad zon-der enig naar gevoel.

Nu wacht mij nog een hartklepoperatie, maar dat is weer een ander verhaal.

J.J.

Verdoving bij coloscopie

Door Dr. Jurgen Seppen

Een coloscopie met of zonder verdoving doen is een persoonlijke keuze. Zelf geef ik de voorkeur aan geen verdoving, dan kan ik wat bijpraten met de gastro-en-teroloog en mijn darm van binnen goed bekijken. Een hoogtepunt is altijd weer wanneer de anastomose in beeld komt. Dat is de plek waar mijn dunne darm op de dikke darm is gezet na het verwijderen van een flink stuk darm met tumor. Een herinnering aan onwel-kome groeisels die met succes zijn verwijderd.

Ik heb ooit meegedaan aan een microscopische en-doscopie. Tijdens deze procedure kon ik de individuele cellen van mijn darmwand zien maar ook rode bloed-cellen die zich door bloedvaatjes in mijn darm heen spoedden. Prachtig bijeffect was dat mijn urine fel groen en fluorescent werd van de contrastvloeistof.

De pijn tijdens de coloscopie is niet fijn maar als we-tenschapper wil ik mijzelf de gelegenheid om mijn darm van binnen goed te bekijken niet ontnemen. Om-dat ongeveer een derde van mijn dikke darm verwij-derd is duurt de coloscopie bij mij natuurlijk minder lang dan die bij iemand die nog een volledige darm heeft. Littekens en verklevingen door de operatie kun-nen de pijn echter weer erger maken. Een bijkomend voordeel van een onverdoofde coloscopie vind ik wel dat je na de procedure meteen zelf weg kan lopen en wat kan gaan eten. Ik heb altijd verschrikkelijke hon-ger na een dag darmspoelen!

Verdoving tijdens de coloscopie blijft een persoonlijke keuze, sommigen willen een roesje om de pijn wat te verzachten maar er zijn ook mensen die de procedure verschrikkelijk vinden, zich er niets van willen herin-neren en een wat zwaardere verdoving willen.

Belangrijk is natuurlijk te weten of de keuze tussen al dan niet verdoven, en het type verdoving, invloed heeft op het opsporen van poliepen. Dit is een onder-werp waar wel wat onderzoek naar is gedaan. Ik heb me verdiept in dit onderwerp, maar geen duidelijk antwoord gekregen. Er is geen overtuigend bewijs of een verdoofde of onverdoofde coloscopie beter is voor het opsporen van poliepen.

De conclusie is wat mij betreft dat de voorkeur van de patiënt het meest belangrijk is voor de keuze al dan niet te verdoven. Verdoving geeft uiteraard minder pijnklachten. Er zijn studies die laten zien dat vol-ledige verdoving beter wordt gewaardeerd dan een lichtere verdoving. Aan de andere kant vond ik een recent artikel waaruit blijkt dat het type verdoving niet bepaalt of de patiënt weer terugkomt voor een procedure, maar ik vond een ander artikel dat precies het tegendeel aantoonde! Ik denk dat dit onduidelijke beeld veroorzaakt wordt doordat er grote persoonlijke en culturele verschillen zijn in de acceptatie van pijn. Het al dan niet verdoven bij een coloscopie is een per-soonlijke keuze van de patiënt en moet vooraf goed doordacht en besproken worden.





Door: Mariëtte van Kouwen
Maag-Darm-Lever-arts RadboudUMC

Introductie:

Genmutatie dragers moeten in hun leven frequent een coloscopie (darmonderzoeken door middel van een kijkertje) ondergaan. Zowel de coloscopie als de voorbereiding hiervoor zijn een enorme belasting. Bij patiënten leven er veel vragen over het dieet, de laxeerperiode en de verdoving (sedatie) tijdens de coloscopie. Dit komt mede door het feit dat bijna alle ziekenhuizen eigen dieetadviezen en een eigen laxeer- en sedatie beleid hebben. In het onderstaande artikel zullen een aantal aspecten van het dieet, het laxeerbeleid en de sedatie aan bod komen. De manier van werken in het RadboudUMC zal als leidraad gebruikt worden. Daarnaast zal er nog worden ingegaan op het verleden en de toekomst.

Verleden:

In het verleden was het aanzienlijk moeilijker om een volledige coloscopie uit te voeren. Met name de coloscopen zijn de afgelopen jaren verbeterd, er zijn scopen op de markt gekomen met instelbare stugheid en langere scopen. Deze scopen kunnen uitkomst bieden op het moment dat de coloscopie

Coloscopie: Dieet, Laxeren en Sedatie

moeizaam verloopt. Verder is het bereik van de coloscoop groter geworden. Hierdoor is het mogelijk om een groter gebied van het darmslijmvlies te zien. Daarnaast is het zo dat het beeld scherper is waardoor kleine poliepjes makkelijker op te sporen zijn. Wat natuurlijk uitermate belangrijk is bij mutatie dragers.

Dieet:

Om bij een coloscopie het slijmvlies van de darm goed te kunnen beoordelen is een goed gereinigde darm een absolute voorwaarde. Om de laxeermiddelen zo goed mogelijk hun werk te laten doen wordt over het algemeen het dieet in de voorafgaande dagen voor de coloscopie aangepast. Dit is overigens niet in alle ziekenhuizen het geval. In het RadboudUMC wordt geadviseerd om de 2 dagen voorafgaand aan de scpie geen zware maaltijden te eten en veel te drinken. Voedingsstoffen welke u het best kunt vermijden zijn: bonen, bladgroenten, maïs, fruit met kleine pitjes zoals druiven en kiwi's, vet vlees en brood met veel zaden. Voorbeeld van een licht maaltijd is vis of kip met aardappelpuree en worteltjes.

Als een licht ontbijt of lunch geadviseerd wordt kan dat bestaan uit een beschuit of wit brood belegd met jam of rookvlees zonder boter, geen andere vleeswaren of kaas.

De dag voor het onderzoek mag u alleen vloeibare producten gebrui-

ken, deze producten worden namelijk grotendeels in de dunne darm opgenomen en produceren daarvoor weinig ontlasting. Voorbeelden hiervan zijn: vla, yoghurt, gladde pap, bouillon, thee.

Het beste is om ook hartige producten (bouillon) te nuttigen, dan kunt u het beter volhouden en voelt u zich minder 'slap'. Koolzuurhoudende dranken kunt u het best vermijden, deze leiden namelijk tot gasvorming, waardoor u meer last kunt hebben van de laxeermiddelen en het slijmvlies moeilijker beoordeelbaar kan zijn.



wordt geadviseerd om de 2 dagen voorafgaand aan de scpie geen zware maaltijden te eten en veel te drinken

Op de dag van het onderzoek mag u naast het laxeermiddel alleen water, thee/koffie zonder suiker en bouillon gebruiken. In het bijzonder koffie met melk verhoogt de kans op een 'niet schone dikke darm'. Als het onderzoek in de ochtend plaats vindt worden de bovenstaande adviezen enigszins aangepast. Ook bij patiënten met ernstige obstipatie wordt het dieet aangepast. Er zijn in Nederland verschillende meningen over het al of niet voorschrijven van een dieet in de dagen



voorafgaand aan de coloscopie. Ook in de medische literatuur bestaat er geen eenduidige mening. Onze ervaring is dat het bovenstaande dieet advies mede leidt tot een goed gereinigde darm.

Laxeren:

Er bestaan meerdere groepen laxeermiddelen die gebruikt worden ter voorbereiding op een coloscopie. Het meest gebruikt worden de macrogolen met mineralen. De laxerende stof is het macrogol, een groot polymeer dat niet door de darmwand kan worden opgenomen, maar wel water vasthoudt in de darm. Voorbeelden hiervan zijn Klean-Prep, Colofort en Moviprep.

Hierdoor spoelt u 'schoon'. De mineralen zijn toegevoegd om te voorkomen dat u uitdroogt. De kracht van deze laxeermiddelen is dat de darm goed gereinigd is, dat er ruime ervaring mee bestaat en dat het veilig is. Het reinigen van de darm is overigens niet pijnlijk.

En groot nadeel van deze groep middelen is dat men er veel van moet drinken. In het verleden gebruikten de meeste ziekenhuizen Klean-Prep, waarvan men 4 liter moest drinken. De afgelopen jaren

zijn veel ziekenhuizen overgestapt naar een middel waarvan minder gedronken hoeft te worden, zoals Moviprep (2 liter). Dit gebruiken we in het Radboudumc.

Ander nadeel is de bittere nasmaak, die ontstaat waarschijnlijk door de toevoeging van de mineralen. Veel patiënten worden misselijk, of gaan zelfs braken waardoor de darm helaas niet goed te reinigen is. Een aantal tips om de inname van deze middelen te vergemakkelijken: drink het gekoeld, met een rietje (achter in de mond zijn minder smaak sensoren), voeg wat citroen of limonadesiroop toe en gebruik kauwgom.

De exacte inname van de middelen wordt hier niet beschreven, dit komt uitgebreid aan bod in de patiënten folder welke u voor het onderzoek ontvangt. Belangrijk om te benadrukken is dat de darm volledig schoon moet zijn, de ontlasting ziet er dan uit als een helder gele vloeistof zonder stukjes. Mocht de ontlasting er na een volledige voorbereiding niet als bovenstaand uitzien is het raadzaam om contact op te nemen met de endoscopie afdeling van uw ziekenhuis, zodat



Dit is juist bij gendragers het belangrijkste deel van de darm om goed te beoordelen.

er aanvullende actie kan worden ondernomen. Vooral bij patiënten met ernstige obstipatie is er vaak meer laxeermiddel nodig om de darm goed te reinigen. Mocht de darm eerder goed gereinigd zijn mag u stoppen met het drinken van het laxeermiddel.

Een belangrijk punt is dat het laxeermiddel in 'spilt-dose' wordt gegeven, dit betekent dat u de ene helft van het laxeermiddel de dag voor de scpie gebruikt en het tweede deel de dag van het onderzoek. Tussen het tweede deel en de scpie dient idealiter 2 uur te zitten.

Indien u alleen de dag voor het onderzoek spoelt is over het algemeen het bovenste deel van de dikke darm minder goed schoon. Dit is juist bij gendragers het belangrijkste deel van de darm om goed te beoordelen.

In een aantal ziekenhuizen, onder andere het Radboudumc, wordt de Moviprep gecombineerd met andere laxermiddelen zoals magnesiumsulfaat en bisacodyl, dit zijn middelen om de effectiviteit van de Moviprep te verbeteren. Patiënten hoeven hierdoor minder Moviprep te drinken en de darm is beter gereinigd.

In verband met de slechte verdraagzaamheid van de bovenstaande middelen is men continu op zoek naar een alternatief. Het meest gebruikte alternatief is tegenwoordig Picoprep (picoprepzwavelzuur/magnesiumoxide/citroen). Hierbij moet er 2 maal 150 ml (ook split diverticulose) gedronken worden. Wat uitermate belangrijk is om naast de 2 sachet Picoprep nog minimaal 8-10 glazen heldere dranken te drinken. Indien dit niet gebeurt is de ervaring dat de dikke darm minder schoon is.

Een ander alternatief is natriumfosfaat (Phosphoral). Dit is een vloeistof bestaande uit fosfaationen, deze fosfaationen trekken vocht aan uit het lichaam richting de darm, waardoor diarree ontstaat. Een groot voordeel van dit middel is dat er slechts tweemaal 45 cc Phosphoral hoeft te worden ingenomen. Ook bij Phosphoral is het belangrijk om 10 glazen heldere dranken te drinken. Een groot nadeel is dat Phosphoral aan een aantal patiënten groepen niet mag worden voorgeschreven,

zoals patiënten met hartfalen en nierfalen. De afgelopen jaren is er in Nederland een verschuiving van de Klean-Prep naar de middelen waarbij men minder volume hoeft te drinken. Daarnaast is het 'split-dose' regime in de meest ziekenhuizen ingevoerd.

Tegenwoordig wordt bij elke coloscopie bepaald hoe effectief het laxeren is geweest. Dit wordt vast gelegd in de 'Boston Bowel Preparation Scale' (BBPS), waarbij per dikke darm segment wordt gescoord hoe schoon het is. Rechter dikke darm deel, midden en links. 0 = niet voorbereid, 1 = vaste ontlasting, 2 = goed te beoordelen, echter nog vloeistof kleine hoeveelheid vaste ontlasting, 3 = goed te beoordelen, ook geen vloeistof meer. De punten worden bij elkaar opgeteld en een score van 6 of hoger wordt beschouwd als een goed beoordeelbare colon. Het is natuurlijk wel belangrijk om te kijken naar alle losse onderdelen: 2-2-2 is 6, maar 0-3-3 ook en hierbij is dus het eerste deel van de dikke darm absoluut niet te beoordelen.

Sedatie:

In de meeste ziekenhuizen in Nederland wordt de coloscopie uitgevoerd onder een 'roesje'. Om ervoor te zorgen dat de scopie zo goed mogelijk te verdragen is. Er wordt een middel (Dormicum) gegeven zodat u slaperig wordt, waardoor het onderzoek makkelijker wordt en waardoor u zich het

onderzoek minder goed kan herinneren. Dit is geen narcose. Bij de meeste patiënten leidt dit tot een adequate sedatie, waarbij de coloscopie goed te doen is. Tegenwoordig wordt de Dormicum (al voor start van het onderzoek) meestal gecombineerd met een sterke pijnstiller, een soort morfine (bijvoorbeeld Fentanyl of Alfentanil). Beide middelen worden via de bloedbaan toegediend, waardoor ze binnen enkele momenten werken. De middelen versterken elkaar, indien er direct pijnstilling wordt gegeven wordt over het algemeen de hoeveelheid Dormicum vermindert. Omdat anders de kans op complicaties toeneemt. Over het algemeen zijn mensen met de combinatie Dormicum en pijnstilling wat wakkerder, maar hebben ze minder pijn en is het onderzoek zo goed te doen.

Een nadeel van deze middelen is namelijk dat mensen over het algemeen oppervlakkiger gaan ademen, dit kan leiden tot een te laag zuurstofgehalte in het bloed. Het zuurstofgehalte in het bloed wordt in de gaten gehouden door een soort 'wasknijper' op een vinger te plaatsen, mocht het zuurstofgehalte te ver dalen krijgt u zuurstof via de neus toegediend.

Door onder andere de mogelijkheid van een zuurstof daling zit er een maximum aan wat op de scopie kamer aan verdoving gegeven kan worden. Bij oudere patiënten, pati-

ënten met hartklachten, patiënten met neurologische aandoeningen, obese patiënten en patiënten met longlijden is het risico op complicaties het grootst. Meestal raakt aan het eind van de scopie, tijdens het 'terug trekken' van de scoop, de verdoving gedeeltelijk uitgewerkt waardoor de patiënt weer wakker wordt. Over het algemeen is dit geen probleem omdat het pijnlijkste deel, de introductie, al achter de rug is.

Soms blijft het toch te pijnlijk voor de patiënt, waardoor er extra verdoving moet worden bijgegeven. Meestal wordt extra verdoving bijgegeven in overleg met de patiënt. Mocht de scopie nog maar kort duren, wordt er in overleg ook weleens besloten om geen verdoving bij te geven. Overigens hebben patiënten soms het idee dat de verdoving niet heeft gewerkt, maar over het algemeen is de patiënt dan toch een deel van het onderzoek kwijt en hebben wij als scopisten gemerkt dat de patiënt zeker een periode diep in slaap was (snurken, zuurstof daling) hierover kan natuurlijk wel eens discussie ontstaan. Mocht een scopie als erg vervelend dan wel belastend ervaren zijn is het verstandig om dit met je dokter op de polikliniek te bespreken, zodat er een goed plan gemaakt wordt voor de volgende coloscopie.

Bij sommige mensen blijkt het onderzoek ondanks uitgebreide sedatie zoals boven beschreven niet mo-

gelijk, door ofwel teveel pijn ofwel een zuurstofdaling. Tegenwoordig hebben de meeste ziekenhuizen in Nederland de mogelijkheid om de coloscopie onder Propofol te verrichten. Dit houdt in dat de patiënt dieper slaapt en er zelf weinig van mee krijgt en er zeer weinig van kan herinneren. Tevoren wordt de gezondheidstoestand door de anesthesie beoordeeld, zij moeten de patiënt goedkeuren voor deze vorm van sedatie. Propofol is geen narcose, het belangrijkste verschil met narcose is dat er 'geen buisje' in de keel hoeft. Qua belasting voor de patiënt staat Propofol gelijk aan narcose. De coloscopie onder Propofol heeft in ons ziekenhuis de narcose bijna volledig vervangen.

Toekomst c.q. recente veranderingen:

De afgelopen jaren zijn er, mede door de komst van bevolkingsonderzoek dikke darmkanker, verschillende aspecten van de coloscopie veranderd. Ten eerste wordt de darm niet meer 'opgeblazen' met lucht, maar met CO₂, dit wordt veel sneller door het lichaam opgenomen, waardoor de eventuele klachten na de coloscopie sneller over zijn. Daarnaast worden er met regelmatig tools getest om tijdens de coloscopie meer darmslijmvlies te kunnen beoordelen, door met name 'achter de plooiën' te kunnen kijken.

Verder is een actueel onderwerp de transparantie in de zorg, dit geldt

“

soms het idee dat de verdoving niet heeft gewerkt

ook voor de coloscopie. Scopisten houden bij in welk percentage ze het eindpunt van de dikke darm halen (coecumintubatie rate), bij hoeveel patiënten er minimaal 1 adenoom (poliep) wordt verwijderd (adenoma detection rate). De verwachting is dat in de toekomst deze getallen voor iedereen zichtbaar zijn. Voorzichtigheid ten aanzien van de getallen is natuurlijk wel geboden, aangezien bijvoorbeeld niet iedere dokter dezelfde groep patiënten scopieert.

Verder wordt dus de BBPS bijgehouden en hoe de scopie door de patiënt verdragen wordt. Dit wordt door de verpleegkundige gescoord door middel van de Gloucester comfort scale.

De techniek bij de CT-colografie heeft zich verder ontwikkeld, maar een beperking blijft dat kleine poliepjes (die bij mutatie dragers al ernstig onrustig kunnen zijn) makkelijk gemist worden. Het video capsule onderzoek van de dikke darm is tot op heden ongeschikt als surveillance middel.

Mariëtte van Kouwen
Maag-Darm-Lever-arts RadboudUMC



Door: Prof. dr. Lisbeth Mathus-Vliegen (lid Raad van Advies)

Bij de verdenking op een ziekte in het bovenste deel van het maagdarmstelsel had men tot het midden van de vorige eeuw alleen maar de beschikking over een Röntgenfoto waarbij contrastvloeistof gedronken moest worden.

Men kon al wel met een starre buis, die mensen als een soort degenstikker moesten slikken, een blik werpen in de slokdarm en ook kon men 'aan een touwtje' een camera naar beneden laten die dan alles op foto's vastlegde die dan na het ophalen van de camera ontwikkeld

Ligging slokdarm, maag en twaalfvingerige darm in de buikholte

moesten worden en de diagnose al dan niet gaven. Met de komst van de vezeltechnologie kwam de flexibele endoscoop (letterlijk: inwendige kijker) die middels kabels bestuurbaar bleek en die via vezels licht kon overbrengen van een uitwendige lichtbron in de duisternis van het maagdarmstelsel en die ook het beeld van de maag kon doorsturen naar het oculair waardoorheen de arts het beeld van de maag op zijn oognetvlies kreeg. Nadien kwam de chip technologie waardoor het beeld nu van de tip van de endoscoop naar een TV scherm gestuurd kan worden en niet alleen de arts, maar ook omstanders en de patiënt zelf het beeld van binnen kan zien.

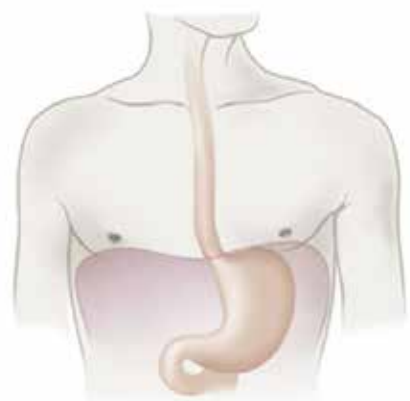
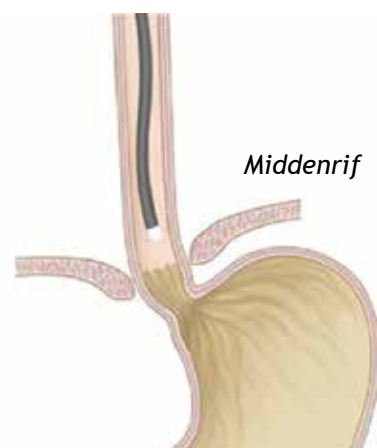
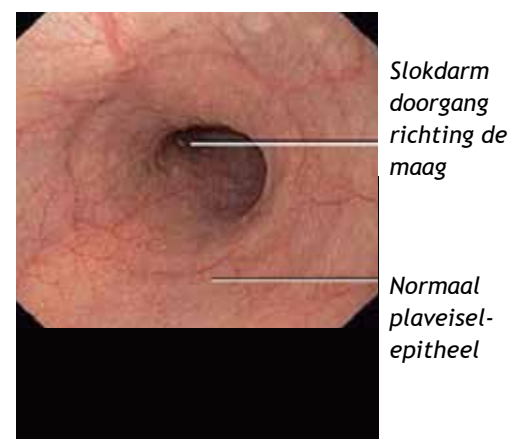
De endoscoop werd over de jaren heen steeds dunner en kon men ook dieper kijken, en het onderzoek heet dan ook tegenwoordig voluit: een oesophago-gastro-duodenoscopie, verwijzend naar de delen die men kan onderzoeken: de slokdarm

Endoscoop in de slokdarm met het lampje voor verlichting met onderin de maag

(oesophagus), de maag (gaster) en de twaalfvingerige darm (duodenum). Ook kwamen er werkkkanalen in de endoscoop, waardoor heen instrumenten kunnen worden opgevoerd. Zo kan men weefselhapjes (biopsie) nemen voor onderzoek onder de microscoop en kan men bij maagbloedingen via een sonde waardoorheen stroom geleid kan worden, de bloeding dichtschroeien en zo stoppen. Poliepen in de maag of de dunne darm, die men zich moet voorstellen als een soort paddestoeltje op een steeltje, kunnen worden verwijderd door over de kop heen om het steeltje een lasso te leggen en deze dan aan te trekken en af te branden, waarna men een soort grijpertje of basketbal netje heeft om de poliep op te vangen en naar buiten te brengen voor verder onderzoek.

Helaas bleef het gedeelte van de dunne darm, dat achter de twaalfvingerige darm ligt en wel tot 6 meter lang kan zijn, tot nu toe niet

Normale slokdarm met slijmvlies bekleding en doorgang naar normale maag gefotografeerd vanuit de slokdarm via de endoscoop



Kijken in het bovenste deel van het maagdarmstelsel Wat houdt dat in?



toegankelijk voor onderzoek. Het enige onderzoek dat kon plaats vinden gebeurde op de Röntgenafdeling, waar een dunne slang via de maag tot voorbij de twaalfvingerige darm werd opgevoerd, waarna contrast, gestuurd door een pomp, geleidelijk werd ingebracht.

Men kon zo afwijkingen afbeelden maar er verder niets mee doen. Nieuwere onderzoeken zijn nu de video capsule enteroscopie, ook wel VCE genoemd, waarbij men een capsule inslikt ter grootte van een antibiotica pil die continue fotootjes doorstuurt naar een recorder die men in een riem om de buik draagt.

Omdat er voldoende energie moet zijn om licht uit te zenden in de donkere dunne darm, gaat een capsule 24 uur mee. De recorder wordt na 24 uur afgelezen door een computer en de arts ziet als in een film alle beeldjes achter elkaar afgebeeld, waarbij hij de film kan stilzetten om meer in detail naar een afwijking te



kijken. Maar ook hier kan men niets aan de afwijking doen.

Dat kan wel met een nieuw onderzoek met de dunnedarm-kijker: een enteroscoop, die voorzien is van 1 of 2



Bovenin links het inwendige van de Videocapsule, bovenin rechts de patiënt met de plakkers op de buik om de ligging van de capsule te kunnen waarnemen. Onderin links de band om de buik die de recorder vasthoudt met wederom de plakkers die op de buik geplakt worden. Rechts onderin het TV beeld met links de localisatie van de capsule en rechts het beeld op het scherm.

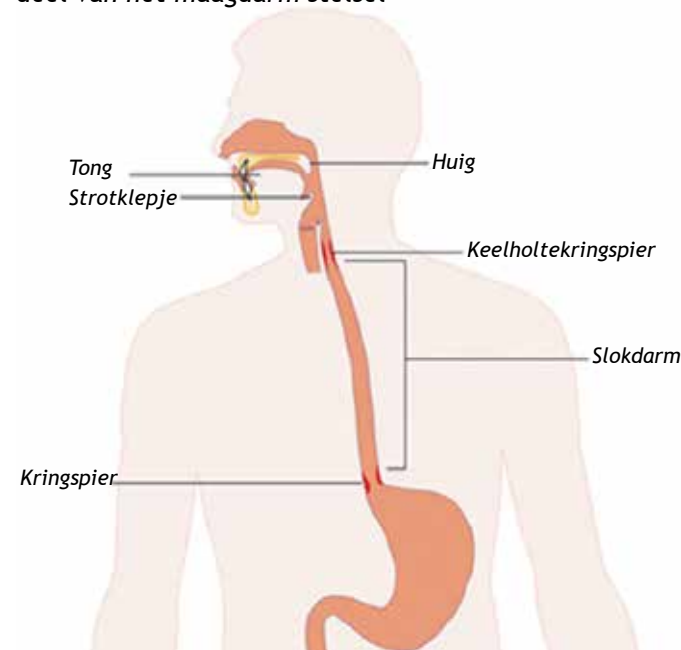
ballonnen of van een soort spiraaldraad. Dit onderzoek wordt dan ook wel aangeduid als single (enkel) ballon enteroscopie, dubbel-ballon enteroscopie of spiraal enteroscopie. Bij dit onderzoek kan men de hele dunne darm bekijken door vanaf de mond of vanaf de anus de hele lange dunne scoop op te voeren. Omdat deze enteroscoop werkkkanalen heeft waardoorheen men instrumenten kan opvoeren, kan hierbij wel poliepen worden verwijderd, bloedingen worden gestelpt of markeringen met inkt bij belangrijke afwijkingen worden geplaatst. Dit onderzoek dat veel tijd en expertise vraagt wordt altijd onder een roesje of soms algehele verdoving gedaan en kan alleen maar in specialistische centra gebeuren.

Wat heeft men voor lasten van het onderzoek? Mensen die het onderzoek zonder een 'roesje' willen ondergaan vinden het slikken van de endoscoop moeilijk, ondanks dat de keel verdoofd wordt. Men kokhalst doordat de endoscoop over het achterste van de tong gaat, men hoeft zich hier niet voor te schamen want het is een natuurlijke reactie. Het verder naar beneden inbrengen van de endoscoop voelt men niet. Als men een 'roesje' gekregen heeft, wat betekent dat men via een naaldje in een ader een verdovende injectie gekregen heeft, weet men hier allemaal niets meer van.

Na het onderzoek kan men soms een wat beurs gevoel in de keel houden en zolang de keelverdooving nog niet is uitgewerkt ook een dik opgezet gevoel in de keel. Omdat men zich hierbij gemakkelijk zou kunnen verslikken mag men pas weer iets drinken of eten als dit gevoel helemaal verdwenen is en het slikken normaal verloopt. Ook kan men soms wat lasten hebben van de lucht, die de arts moet inblazen tijdens het onderzoek. De wanden van de maag liggen tegen elkaar en om iets te zien moet de ruimte ertussenin vergroot worden hetgeen gebeurt met het inblazen van lucht via de endoscoop. Dus ook boeren en een wat opgeblazen gevoel na een endoscopie is normaal. Soms willen patiënten die een roesje gekregen hebben niet geloven dat het onderzoek al gebeurd is. Dit komt omdat door het verdovende middel een kortdurend geheugenverlies voor de korte periode van de endoscopie optreedt terwijl men zich alles ervoor en erna nog goed herinnert.

Tenslotte is het belangrijk dat men nuchter naar het ziekenhuis komt, de regels van hoe lang men nuchter moet zijn kunnen verschillen per ziekenhuis maar ook bepaald worden door de eigen ziekte. Immers als de maag vol zit met voedsel of drank kan de arts niets zien en is er bovendien het gevaar dat de inhoud van de maag tijdens het onderzoek overloopt naar de lon-

Detail opname van de onderdelen van het bovenste deel van het maagdarm stelsel

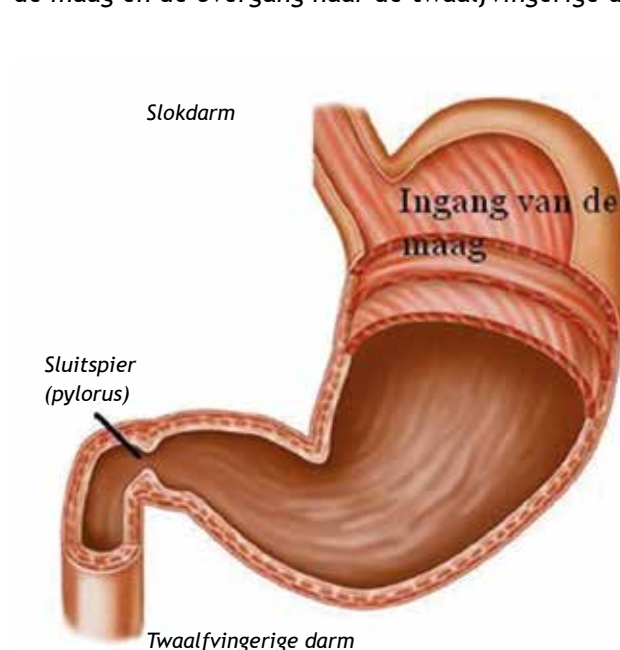


gen waardoor een longontsteking kan ontstaan.

Na afloop van het onderzoek, als de keelverdooving is uitgewerkt, mag men als regel weer alles eten en drinken als tevoren. Bij de voorbereiding van een endoscopie moet men soms een drankje drinken: dit is om schuimvorming en bellen-blazerij in de maag te voorkomen en krijgt men via een spray in de keel de keelverdooving waarna de keel dik aanvoelt en men het gevoel heeft niet meer te kunnen slikken. Mensen die een 'roesje' willen hebben voor het onderzoek krijgen tevoren een naaldje ingebracht om het medicijn toe te kunnen dienen. Tijdens de endoscopie wordt men bewaakt met een bloeddrukmeter en met een pulsoxymeter: een apparaatje op de vinger dat de hartslag en het zuurstofgehalte van het bloed meet.

Belangrijk is nog hierbij te vermelden dat als men een 'roesje' heeft gekregen men moet uitslapen in de uitslapkamer of de recovery. Men niet zelf naar huis mag rijden, ook wordt geadviseerd de rest van de dag niet deel te nemen aan het verkeer of geen snel-draaiende machines etc. te bedienen. Voor het geval dat klachten of complicaties optreden krijgt men vaak een telefoonnummer mee of het advies zich bij problemen te melden op de eerste hulp.

Detail opname van de overgang van de slokdarm naar de maag en de overgang naar de twaalfvingerige darm



Karakteristieken van dikke darmkanker bij patiënten met Lynch-syndroom een cohortonderzoek



Door: Tanja Argillander

Introductie: Patiënten met Lynch syndroom hebben een verhoogde kans op dikke darmkanker. In Nederland wordt iedere patiënt tweejaarlijks opgeroepen voor een kijkonderzoek van de dikke darm waarbij poliepen (voorlopers van kanker) vroegtijdig opgespoord en verwijderd kunnen worden. Ondanks de intensieve screening wordt er bij een deel van de patiënten alsnog dikke darmkanker gevonden wat een aanleiding was tot meer onderzoek. Het doel van dit onderzoek was om de tumorontwikkeling bij deze patiënten beter te leren begrijpen en daarmee handvaten te geven om de kwaliteit van de screening in de toekomst te kunnen verbeteren.

Methoden: In maart 2017 werden de dossiers van alle patiënten met Lynch syndroom die geregistreerd staan in de landelijke registratie uitgezocht. Patiënten waarbij dikke darmkanker werd gevonden nadat ze gestart waren met het screeningsprogramma werden geïncludeerd. Informatie over de tumorkarakteristieken, overleving, en kwaliteit van de coloscopie voorafgaand aan het kijkonderzoek waarbij de diagnose werd gesteld werd verzameld uit de dossiers.

Resultaten: In totaal werd er bij 8% van de patiënten in het register dikke darmkanker gevonden. De gemiddelde leeftijd waarop de diagnose werd gesteld was 52 jaar en 51% van de patiënten waren man. Het gemiddelde interval tussen eerdere coloscopie en de coloscopie waarbij kanker werd gevonden was 24 maanden. Bij 83% van de patiënten bevond de tumor zich in een vroeg stadium en was er geen sprake van tumor-groei (metastasen) in de nabijgelegen lymfklieren. Bij geen van de patiënten werden er metastasen elders in het lichaam gevonden ten tijde van de diagnose. De meeste tumoren waren klein met een diameter minder dan 3cm. Ook leken ze vaak op tumoren die bij niet-erfelijke dikke darmkanker worden gevonden (poliepeus, schotelvormig). Echter werd bijna 20% van de tumoren beschreven als vlak.

Veel informatie kon worden verzameld over de kwaliteit van de voorafgaande coloscopie. In 3% van de ge-

vallen was de darmvoorbereiding niet goed gelukt. Alle patiënten met een niet-volledige coloscopie voorafgaand aan de diagnose (4%) ontwikkelden kanker in het deel van de dikke darm welk niet eerder in beeld was gebracht. Bij 65% van de patiënten werden er geen poliepen gevonden tijdens de voorafgaande coloscopie. De poliepen die wel werden gevonden waren vaak klein (gemiddeld 3mm in diameter) en bijna 50% waren vlak. Kanker werd gevonden in het deel van de dikke darm waar bij de eerdere coloscopie een poliep was verwijderd in 14% van de patiënten. Na de diagnose werden de patiënten nog gemiddeld zes jaar gevolgd. Minder dan 3% van de patiënten zijn uiteindelijk overleden als gevolg van uitgezaaide dikke darmkanker.

Conclusie: De dikke darmtumoren die bij patiënten met Lynch syndroom werden gevonden bevonden zich in een vroeg stadium wat resulteerde in een goede overleving. Dit komt deels door de vroege opsporing maar is waarschijnlijk ook het gevolg van de manier waarop de kanker zich ontwikkelt. Het lijkt erop dat poliepen bij Lynch syndroom snel ontstaan en ook snel kwaadaardig kunnen worden. Dit wordt ondersteund door het feit dat er bij de meeste patiënten geen poliepen werden gevonden tijdens de coloscopie voorafgaand aan de diagnose. De kanker lijkt vervolgens vrij langzaam door te groeien wat te zien was aan het ontbreken van lymfkliermetastasen en metastasen op afstand. De kwaliteit van de coloscopie speelt een belangrijke rol in het voorkomen van dikke darmkanker. Een goede darmvoorbereiding is vereist, het gehele colon moet in beeld worden gebracht, en de poliepen moeten volledig verwijderd worden. Omdat de poliepen vaak klein en vlak zijn moet het colon bij ieder kijkonderzoek zorgvuldig worden bekeken.

T.E. Argillander¹, W.H. de Vos tot Nederveen Cappel², P. van Duijvendijk³, H.F.A. Vasen¹

¹ Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren, Leiden, Nederland

² Isala Ziekenhuis, Zwolle, Nederland

³ Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, Nederland

Noot Hans Vasen: door verblijf van de Polyposis onderzoeker in het buitenland ontbreekt helaas het cijfermateriaal betreffende Polyposis.

Het coloscopie onderzoek: Wat houdt het in?

Door: Hanneke Kleijwegt-Balk, verpleegkundig specialist chirurgische oncologie

Per jaar worden veel coloscopieën gedaan. Voor de een zal dit zijn om tot een diagnose te komen, voor de ander om te screenen op aandoeningen van de dikke darm en voor nog weer een ander om te controleren of de ziekte niet terugkomt. Vele redenen, maar het onderzoek zelf is in alle gevallen hetzelfde. De ervaringen van patiënten kunnen verschillen, evenals de werkwijze per ziekenhuis. Hierdoor kan in sommige gevallen onduidelijkheid ontstaan bij patiënten. 'Wat gebeurt er nu wel of niet en waar moet ik rekening mee houden?' Dit artikel hoopt daar een beetje duidelijkheid in te geven.

Wat?

Een coloscopie is een inwendig onderzoek van de dikke darm. De arts gebruikt hiervoor een flexibele slang (endoscoop) met een camera en een lampje. Op een beeldscherm kan de arts gelijk zien of er afwijkingen zijn aan de binnenkant van de dikke darm. Het onderzoek kan ook worden uitgevoerd door een gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Waarom?

Door middel van een coloscopie kan de arts het slijmvlies van de dikke darm onderzoeken op eventuele afwijkingen, zoals ontstekingen van de dikke darm, poliepen en darmkanker. Een belangrijk voordeel van zo'n inwendig onderzoek is dat de arts met de endoscoop direct kleine ingrepen kan uitvoeren, zoals stukjes weefsel (biopten) wegnemen voor nader onderzoek. Poliepen worden direct verwijderd.

Vorbereiding

Aan een colonoscopie gaat een intakegesprek vooraf. Voor het onderzoek zelf moeten de darmen goed leeg en schoon zijn. Dit gebeurt door middel van een sterk laxemiddel. Deze voorbereiding kan thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden.

Hoe verloopt het onderzoek?

Een patiënt die een coloscopie moet ondergaan, wordt eerst voorbereid door een verpleegkundige van de endoscopie-afdeling. Onzekerheid en spanning kan een grote rol spelen. Het kan helpen om eerst even een praatje te maken met de verpleegkundige en te vragen naar tips om eventuele ongemakken te verlichten. Meestal is in de ruimte wel een aparte ruimte of gordijn waar de patiënt zich gedeeltelijk kan uitkleden.

De eigen kleding kan gewoon aangehouden worden, met uitzondering van het ondergoed. Als de patiënt op de onderzoeksbank ligt (op de linkerzij), dan wordt het onderlichaam bedekt met een handdoek of laken. Daarna komt vaak pas de arts binnen om het onderzoek te starten.

Deze brengt eerst een beetje gel aan de anus aan, zodat de endoscoop beter glijdt. De arts kan dan ook direct de anus en laatste deel van de endeldarm onderzoeken met een vinger (rectaal toucher). Dit is meestal niet pijnlijk.

Via de anus wordt de endoscoop steeds verder de darm ingevoerd. De kop van de endoscoop is hierbij bestuurbaar. De arts ziet het beeld op een scherm. De patiënt kan zelf ook meekijken als hij dat wil.

Soms is de darmwand of het slijmvlies van de darm niet goed zichtbaar. Dan blaast de arts via de endoscoop lucht in de darm. De darm gaat hierdoor wijd openstaan. Dit kan pijnlijke darmkrampen veroorzaken. Ook kan winderigheid optreden. Het beste is om deze lucht gewoon te laten ontsnappen. De arts zal eerst de endoscoop tot het begin van de dikke darm voeren. Dit kan lastig zijn en vergt vaak concentratie van de arts. Om te voorkomen dat de endoscoop tijdens de invoering de dikke darm teveel uitrekt, trekt de arts de endoscoop regelmatig korte stukjes terug.

Ondanks de flexibiliteit van de slang kan het passeren van de bochten in de darm een pijnlijk of vervelend gevoel veroorzaken. Soms is het nodig om een andere houding aan te nemen. Of de verpleegkundige ondersteunt de buik van de patiënt om zo het opvoeren van de endoscoop gemakkelijker te maken. Verder werkt zo ontspannen mogelijk blijven liggen vaak het beste. Als het begin van de dikke darm bereikt is, is het meest vervelende deel van het onderzoek voorbij.

Tijdens het terugtrekken van de endoscoop bekijkt de arts de binnenkant van de dikke darm heel nauwkeurig. Soms is het nodig dat er biopten worden genomen voor nader onderzoek.

Ook kunnen poliepen verwijderd worden. Dit gebeurt



door een metaaldraadje als een lusje om de poliep heen te leggen. Met een elektrisch stroompje wordt de poliep afgesneden en zo nodig onderzocht onder de microscoop. Omdat er met elektriciteit wordt gewerkt, krijgt de patiënt een aardsticker op zijn been geplakt om een goede stroomgeleiding te krijgen. Dit verwijderen van weefsel is pijnloos, maar het kan wel wat bloedverlies geven.

Het onderzoek duurt 15-30 minuten. Dit is afhankelijk van de lengte van de darm, de scherpte van de bochten in de darm en of er kleine ingrepen gedaan moeten worden.

Na het onderzoek

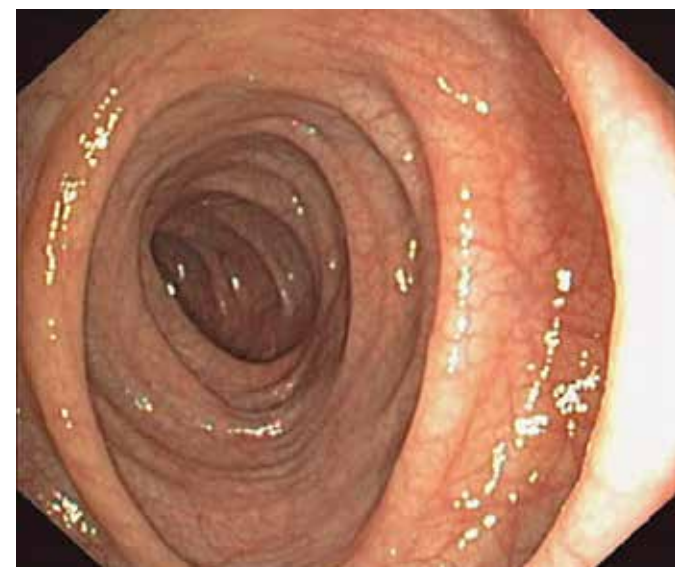
Als het onderzoek klaar is, zal de verpleegkundige een slangetje ("schoorsteentje") in de anus plaatsen waardoor de anus even open gehouden wordt en de overblijvende lucht gemakkelijk weg kan. Er kunnen dan soms ook wat resten ontlasting of bloed meekomen. Ondanks dit slangetje kan de patiënt nog een tijdje last hebben van buikpijn, darmkrampen, een opgeblazen gevoel en winderigheid. Dit is heel normaal. Zo nodig kan een pijnstiller ingenomen worden.

Tot enkele dagen na het onderzoek kan er wat slijmen en vochtverlies optreden. Indien er weefsel is verwijderd, kan er daarnaast ook wat bloedverlies optreden. Vaak duurt het een aantal dagen voordat er weer ontlasting komt. Dit komt doordat de lege darm zich eerst weer moet vullen en dit duurt even.

Uitslag van het onderzoek

Als er tijdens het onderzoek duidelijk afwijkingen te zien waren, zal de arts dit direct na afloop vertellen. Soms is het nodig om een afspraak te maken op de po-





likliniek om een eventuele behandeling te starten of de uitslagen van eventuele bipten of poliepen te bespreken.

Verdoving of roesje

Patiënten ervaren een coloscopie heel verschillend. Dit is afhankelijk van de eigen beleving en van de eigen pijngrens.

In de meeste ziekenhuizen kunnen patiënten vragen om een roesje. Via een infuus in hand of arm wordt een medicijn toegediend dat het bewustzijn verlaagt. Vaak wordt Midazolam (Dormicum) gebruikt. Soms wordt hier een pijnstillend middel aan toegevoegd. Hierdoor merkt de patiënt weinig van de coloscopie. Maar hij kan nog wel meewerken aan het onderzoek, als de arts hem bijvoorbeeld vraagt anders te gaan liggen. Mocht de pijnbeleving toch nog te erg zijn, dan kan de patiënt rustig om een extra verdoving vragen. Een heel enkele keer wordt het onderzoek gestaakt als ook een hogere dosering niet afdoende helpt. Een roesje kan in zeldzame gevallen ademhalingsproblemen en problemen met het hart veroorzaken. Daarom wordt de hartslag en ademhaling in de gaten gehouden door middel van een knijpertje op de vinger. Na het onderzoek wordt de patiënt naar de uitslaapkamer gebracht waar hij blijft liggen totdat hij weer goed wakker is en iets heeft gegeten en gedronken. Vaak duurt dat ongeveer een uur.

De verdoving kan echter nog tot 24 uur in het lichaam zitten. De patiënt kan zich dus nog enige tijd slaperig of suffig voelen. Deelname aan het verkeer is dus niet

toegestaan na het onderzoek. Ook de volgende dag kan het reactievermogen nog verminderd zijn. Daarom is het belangrijk dat er iemand meegaat naar het onderzoek.

Sommige patiënten kunnen ook de volgende dag nog last hebben van verminderde concentratie. Het is afhankelijk van de werksituatie van de patiënt of het verstandig is om de volgende dag alweer te gaan werken.

Patiënten kunnen zich na het onderzoek zich vaak niets meer herinneren, niet van het onderzoek maar ook niet van wat er gezegd is door henzelf of door de arts. Ook om deze reden is het raadzaam om iemand mee te nemen.

Complicaties

Een colonoscopie is een veilig onderzoek, maar er kunnen wel complicaties optreden.

Een zeldzame, maar ernstige complicatie is een darmperforatie. Dit is een scheurtje of gaatje in de wand van de darm. De kans hierop is met name aanwezig als er sprake is van een vernauwing, een ernstige ontsteking van de darm of als er veel uitstulpingen (divertikels) in de darm zitten.

Het is dan ook belangrijk om direct een arts te waarschuwen als de buikpijn toeneemt, er koorts optreedt of als er veel bloedverlies is.

Auteur: Hanneke Kleijwegt-Balk, verpleegkundig specialist chirurgische oncologie, Ziekenhuis Gelderse Vallei



CT-colografie



Door: Prof. dr. J. Stoker

Afdeling Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

CT-colografie, ook wel virtuele coloscopie genoemd, is een beeldvormende techniek die inmiddels 15 jaar wordt gebruikt voor het opsporen van darmkanker en darmpoliepen in de dikke darm. Met behulp van een CT-scan wordt de gehele dikke darm gescand, waardoor het mogelijk is om de dikke darm te beoordelen van buitenaf. Worden er op de CT-beelden relevante afwijkingen gezien, dan wordt alsnog een coloscopie gedaan. Tijdens de coloscopie wordt met behulp van een camera op het uiteinde van een slang, de dikke darm van binnen bekeken en kunnen eventuele afwijkingen meestal direct verwijderd worden.

Verschil tussen coloscopie en CT-colografie

Er zijn een aantal belangrijke verschillen tussen de CT-colografie en een coloscopie. Dit begint al met de voorbereiding. Voor de coloscopie is het nodig dat de darm volledig leeg is, zodat de darmwand goed zichtbaar is voor de onderzoeker (endoscopist) via de camera. Om dit te bereiken moet een aantal liters vocht en laxerend middel gedronken worden. Bij de CT-colografie is het niet nodig dat de darm leeg is, waardoor de voorbereiding minder belastend is dan voor coloscopie. Als voorbereiding voor CT-colografie worden een aantal flesjes jodiumcontrastmiddel gedronken (circa 150 ml. in totaal). Dit contrast vermengt zich met de ontlasting in de darm, waardoor de ontlasting een andere kleur krijgt op de foto dan de darmwand en eventuele afwijkingen. Wanneer een darmpoliep als het ware 'verstopt' zit in een laag ontlasting, is het door het gebruik van dit contrastmiddel geen probleem om deze poliepen op te sporen.



Een tweede verschil is het onderzoek zelf.

Tijdens de coloscopie wordt gebruik gemaakt van een camera op het uiteinde van een slang die wordt opgevoerd tot aan het begin van de dikke darm. Vaak wordt gekozen voor een roesje. Tijdens de CT-colografie, wordt een slangetje circa 4 cm ingebracht in de endeldarm, waarna vervolgens CO₂ gas wordt ingeblazen om de darm te ontplooien (net alsof een fietsband langzaam wordt opgeblazen). Als dit klaar is, worden er foto's van de darmen gemaakt. De coloscopie duurt meestal 30 minuten, terwijl een CT-colografie gemiddeld 15 minuten duurt.

Het derde verschil is de gevoeligheid van beide technieken voor poliepen.

Hoewel de gevoeligheid voor het opsporen van darmkanker gelijk is, is er wel verschil voor de detectie van poliepen. Voor grote poliepen (≥ 10 mm) is coloscopie wat beter, maar dit verschil is groter voor kleinere poliepen, vooral voor poliepen < 6 mm. De kans dat een poliep kwaadaardig is, is overigens verbonden met de grootte: hoe groter de poliep hoe groter de kans. In de algemene populatie is deze kans groot bij een poliep ≥ 10 mm, maar neemt af bij kleinere poliepen (1-2% voor poliepen 6-9mm). Uit de resultaten van diverse gepubliceerde studies blijkt dat de CT-colografie maximaal 93% van de personen met poliepen ≥ 10 mm en tot 86% van de personen met poliepen van 6-9 mm opspoort. Daarnaast is een belangrijk verschil dat er bij belangrijke bevindingen op de CT-colografie, alsnog een coloscopie moet worden gedaan.

Wanneer CT-colografie

In de meeste gevallen wordt de voorkeur gegeven aan een coloscopie, omdat eventuele poliepen direct



kunnen worden verwijderd en de gevoeligheid voor kleinere poliepen groter is. In sommige situaties wordt er toch gekozen voor een CT-colografie, vooral indien er sprake is van een onvolledige coloscopie waarbij slechts een gedeelte van de dikke darm in beeld kon worden gebracht. Voor bepaalde groepen patiënten is de rol van CT-colografie nog niet uitgekristalliseerd.

Plaats van CT-colografie bij Lynch-syndroom (HNPCC) en Polyposis

CT-colografie is een goede techniek waarmee darmkanker en vooral middelgrote tot grote poliepen opgespoord kunnen worden. Kleine poliepen (<6 mm) worden vaker gemist op CT-colografie. Bij personen met een gemiddeld risico is dit niet erg, omdat er normaal gezien een zeer kleine kans is op darmkanker in deze poliepen. Bij Lynch-syndroom en Polyposis zijn deze poliepen echter wel relevant en is het van belang dat deze gedetecteerd worden en daarna verwijderd. Om deze reden is bij Lynch-syndroom en Polyposis patiënten CT-colografie minder geschikt.

Recente ontwikkelingen CT-colografie

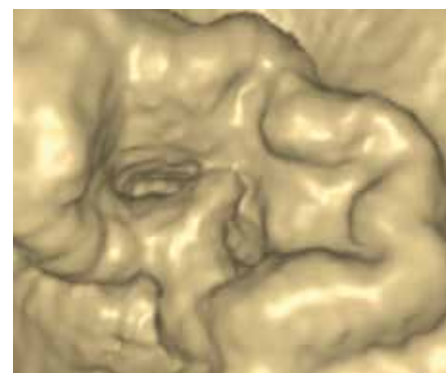
In Nederland wordt het bevolkingsonderzoek (screening) naar darmkanker uitgevoerd met een ontlastings-test. Deze test heeft

echter beperkingen. Er wordt daarom onderzoek gedaan naar mogelijke alternatieven al zal in Nederland het ingevoerde bevolkingsonderzoek niet snel gewijzigd worden. Eén van de alternatieven hiervoor is CT-colografie. Het onderzoek naar CT-colografie voor bevolkingsonderzoek moet dan ook gezien worden als onderzoek naar een mogelijk toekomstige toepassing in Nederland of elders. In de Verenigde Staten kan CT-colografie al wel voor bevolkingsonderzoek worden gebruikt.

CT-colografie is accuraat voor die afwijkingen waarop bevolkingsonderzoek is gericht: darmkanker en voorlopers hiervan (met name de poliepen ≥ 10 mm). De lagere gevoeligheid van CT-colografie voor het opsporen van kleine darmpoliepen is dan geen probleem. Daarnaast is niet alleen de gevoeligheid van een techniek van belang bij screening, maar speelt ook de opkomst een belangrijke rol. De opkomst voor CT-colografie was bij wetenschappelijk onderzoek hoger dan voor coloscopie (maar lager dan bij de ontlastings-test). Dit maakte dat CT-colografie in een grote studie in de Amsterdamse en Rotterdamse regio's niet onderdeel voor coloscopie. De inzet van CT-colografie voor bevolkingsonderzoek zou ook kosten-effectiever kunnen zijn dan coloscopie. De huidige ontlastings-test is echter kosten-effectiever dan

CT-colografie en coloscopie en zal daarom de test voor bevolkingsonderzoek in Nederland blijven.

Bij CT-colografie wordt gebruik gemaakt van röntgenstraling. Hoewel niet bekend is of, en zo ja in welke mate, de lage dosis röntgenstraling bij CT schadelijk is, wordt er voorzichtigheidshalve van uitgegaan dat dit wel zo is. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat hoe meer straling er wordt gebruikt, hoe groter de kans dat dit schade kan veroorzaken aan weefsels en organen. Bij een standaard CT scan van de buik is de uiteindelijke stralingsdosis ongeveer 9 mSv. Ter vergelijking: de jaarlijkse achtergrondstraling (dit is de natuurlijke straling uit onder meer de bodem en muren) die een persoon per jaar ontvangt is 2.5 mSv. Het risico op het ontwikkelen van een kwaadaardige tumor, na het ondergaan van een CT-colografie zou 0,14% zijn, wanneer we uitgaan van scans met een hoge stralingsdosis. Voor een CT-colografie is er echter veel minder straling nodig (5 tot 10 keer lagere stralingsdosis) met nog steeds een goede poliepdetectie. De geschatte kans dat er dan een kwaadaardige tumor zou ontstaan is ongeveer 1 op 12.500 personen. Als we deze kans vergelijken met de gemiddelde kans op het ontwikkelen van darmkanker (5%, dus 1 op 20 personen), wegen de voordelen duidelijk op tegen de nadelen.



Optimaal darmonderzoek: een samenwerking tussen arts, patiënt en techniek

Patiënten die bekend zijn met Lynch of Polyposis ondergaan zeer regelmatig een endoscopisch onderzoek van de dikke darm (coloscopie) om de kans op darmkanker te minimaliseren.

Bij een coloscopie bekijkt de arts het darmslijmvlies, de binnenbekleding van de dikke darm. Dit wordt gedaan met een endoscoop: een flexibele lange slang met op aan het uiteinde een lampje en een kleine videocamera. Tijdens het onderzoek wordt het beeld van de binnenkant van uw darm op een televisiescherm zichtbaar, zodat u ook kunt mee kijken. Kleine ingrepen kunnen worden uitgevoerd door instrumenten of hulpmiddelen door het werkkanaal van de endoscoop te schuiven, zie afbeelding 1.

Het doel van een coloscopie is zowel diagnostisch als behandelend. De arts kan tijdens het onderzoek via de coloscoop met behulp van een tangetje door het werkkanaal stukjes weefsel van afwijkend darmweefsel wegnemen (bipten) voor nader onderzoek. De meeste voorlopers van darmkanker, poliepen, kunnen meteen tijdens hetzelfde onderzoek verwijderd worden. Dit kan op verschillende manieren, maar gebeurt meestal met een soort lasso (een lis). Het verwijderen van een poliep is in principe pijnloos.

Voor de coloscopie

Voorafgaand aan de coloscopie vindt er een gesprek plaats waarin uitleg gegeven wordt over de procedure. Tevens worden de risico's van het onderzoek besproken en de mogelijkheid tot sedatie. Daarnaast wordt in dit gesprek de medische situatie besproken van de patiënt. Het is belangrijk om voor het onderzoek met de arts te bespreken welke medicijnen de patiënt gebruikt. Soms is het namelijk nodig om met bepaalde medicijnen tijdelijk te stoppen omdat deze het onderzoek kunnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld in het geval van bloed verdunnende medicatie, kan het raadzaam zijn deze tijdelijk te staken wanneer de arts tijdens een coloscopie afwijkingen moet verwijderen. Ook is het verstandig om het gebruik van ijzertabletten te bespreken met de arts. IJzertabletten kleuren de ontlasting namelijk zwart en veroorzaken een moeilijk te verwijderen aanslag op het darmslijmvlies, waardoor de darmwand niet goed te beoordelen is.

De patiënt kan verder bijdragen aan een goede kwaliteit van de coloscopie door het volgen van vezelbeperkt dieet en een optimale darmvoorbereiding. Als de darmen goed schoon zijn, verbetert dit het zicht van de arts op de darmwand en kunnen afwijkingen beter worden opgespoord en verwijderd.

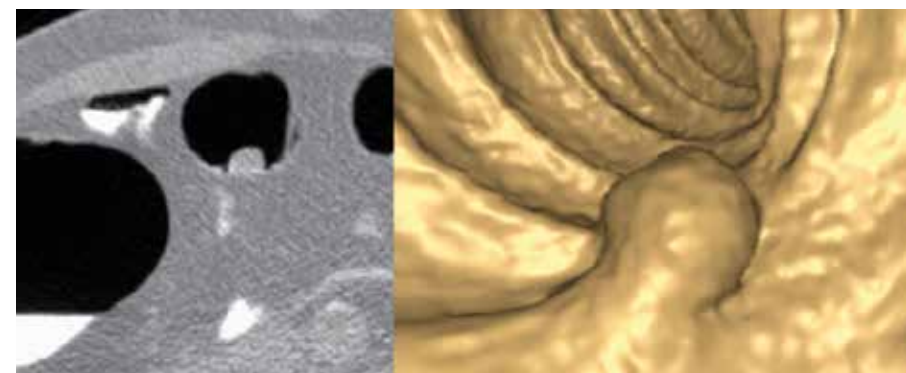
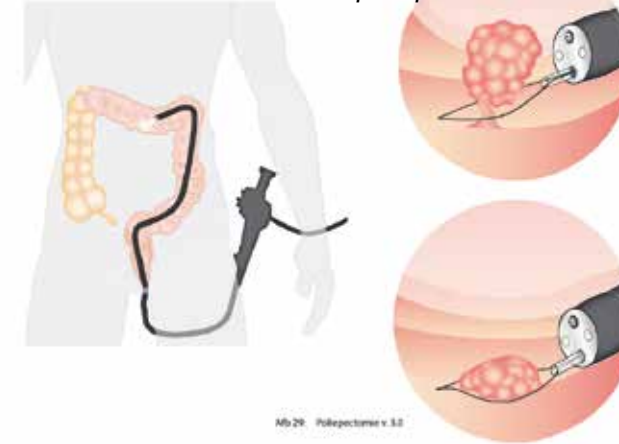
Het volgen van een vezelarm dieet

Om ervoor te zorgen dat er in de darmen geen onverteerde voedselresten achterblijven, wordt er allereerst geadviseerd twee dagen voorafgaand aan het onderzoek een vezelbeperkt dieet te volgen. In tabel 1 staat beschreven welk voedsel over het algemeen is toegestaan en welke niet.

Het drinken van een laxerende vloeistof

Vervolgens bestaat de voorbereiding van de coloscopie uit het drinken van twee tot vier liter laxerende drank verdeeld over twee dagen. Tijdens het drinken van het laxermiddel mag er niet meer gegeten worden. Alleen het drinken van heldere vloeistoffen is dan nog toegestaan. Uiteindelijk moet de ontlasting waterdun en geheel doorzichtig worden; dit is een teken dat de darm goed schoon is.

Afbeelding 1: Gebruik endoscoop tijdens coloscopie
Bron: www.mlds.nl/ziekten/poliepen-in-de-dikke-darm



De coloscopie zelf

Voorafgaand aan het onderzoek krijgt de patiënt een infuusnaald voor toediening van medicatie. Er wordt dan aan de patiënt gevraagd op de linker zij te gaan liggen. Indien afgesproken krijgt de patiënt tevens een rustgevend en een pijnstillend medicijn toegediend voordat het onderzoek begint, een zogenaamd “roesje”. In enkele gevallen wordt afgesproken dat er een zwaarder slaapmiddel zal worden toegediend. In dit geval zal dan tijdens het onderzoek een anesthesieverpleegkundige aanwezig zijn. Vervolgens schuift de arts de coloscoop voorzichtig de dikke darm in tot aan de aansluiting met de dunne darm. De ‘heenweg’ kan pijnlijk zijn vanwege het opvoeren van de scoop en door krampen die veroorzaakt worden door het uitbochten van de darmen door de bochten die de coloscoop maakt. Tevens wordt er kooldioxide of lucht ingeblazen om de darm te ontplooiën. De arts zal er alles aan doen om de klachten te beperken.

De patiënt wordt gevraagd om tijdens het onderzoek van positie te veranderen om de endoscoop zo makkelijk mogelijk de darm in te schuiven. Ook kan het zijn dat er door de verpleegkundige op de buik gedrukt wordt om zo wat tegendruk te geven. Nadat het verste punt is bereikt trekt de arts de coloscoop langzaam terug. Tijdens deze fase vindt de daadwerkelijke inspectie en eventuele poliep-verwijdering plaats. Al het verwijderde weefsel wordt uiteindelijk door een patholoog onder de microscoop bekeken om te bekijken wat dit precies voor afwijkingen zijn. Een coloscopie duurt meestal tussen de 20 en 45 minuten. Als er veel of grote poliepen verwijderd worden kan het onderzoek wat langer duren. Bij patiënten na een darmoperatie waarbij een stoma of pouch is aangelegd verloopt het darmonderzoek op dezelfde wijze. De duur van het onderzoek zal vaak korter zijn, gezien de veranderde anatomie van de darm. Ook wordt soms de voorbereiding aangepast.

Tabel 1: Overzicht toegestane en niet toegestane voeding voorafgaand aan coloscopie

	Wel toegestane voeding	Niet toegestane voeding
Brood & graanproducten	- Beschuit - Wit- of lichtbruinbrood - Witte rijst - Witte pasta, macaroni	- Volkoren graanproducten zoals volkorenbrood - Volkoren- en meergranen pasta en zilvervliesrijst
Hoofdmaaltijden	- Soep met stukjes vlees, vermicelli en/of soepballetjes (zonder groenten) - Licht gebraden mager vlees - Vis of kip (zonder vel) - Aardappelen	- Gebonden soepen - Worst, salami - Gebakken vlees of vis
Groenten & Fruit	- Gaar gekookte groente; zoals jonge bietjes, bloemkool, broccoliroosjes, worteltjes	- Groenten; asperges, bleekselderij, zuurkool, snijbonen, sperziebonen, prei, doperwtten, peulvruchten, taugé, mais, champignons, tomaten, ui, knoflook, spinazie, andijvie, paprika, rauwkost - Alle soorten fruit, inclusief gedroogd fruit
Extra's	- Hagelslag, chocoladepasta - Honing, stroop, - Jam zonder pitjes - Boter, plantaardige olies	- Noten, popcorn, chips - Chocolade, alle andere soorten snoep
Desserts	- Vla, pudding, kwark of yoghurt	



Victorine Roos



Britt Houwen



Evelien Dekker

Complicaties

Een coloscopie is een relatief veilig onderzoek. Toch treedt er soms (naar schatting 1 op 500 coloscopieën) een complicatie op zoals een bloeding. Wanneer er tijdens de coloscopie poliepen verwijderd worden is de kans op complicaties groter (1 à 2 op 100 coloscopieën). Een bloeding stopt vaak vanzelf maar soms is het nodig om de bloeding via een hernieuwde coloscopie te behandelen. Ook kan er tijdens de coloscopie een gaatje (perforatie) in de darmwand ontstaan. Als dit tijdens het onderzoek gebeurt, kan het gaatje meestal meteen tijdens dezelfde coloscopie dichtgemaakt worden. Heel zelden gebeurt dit

later thuis nog, dit kan tot 10 dagen na het onderzoek gebeuren. In dit geval volgt er een ziekenhuisopname en volgt er vaak een operatie.

Na de coloscopie

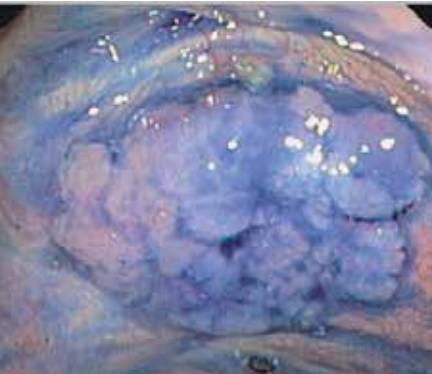
Als de patiënt een coloscopie onder sedatie heeft ondergaan en voldoende hersteld is (meestal uiterlijk 2 uur na het onderzoek), kan de patiënt onder begeleiding naar huis vertrekken. Vanwege de invloed van het slaapmiddel op het reactievermogen is het gedurende 24 uur verboden aan gemotoriseerd verkeer deel te nemen (dus bijv. auto of scooter te rijden).

Meteen na de scopie mag de patiënt weer alles eten en drinken. Door de darmvoorbereiding en het onderzoek kan de patiënt nog wat last hebben van buikpijn, een veranderd ontlastingspatroon of lucht in de darm. Als er tijdens het onderzoek poliepen zijn verwijderd, kan men de eerste dag na het onderzoek nog wat spoortjes oud bloed verliezen. Bij klachten van heftige buikpijn, helder bloedverlies en/of koorts na thuiskomst, moet er direct contact met het ziekenhuis worden opgenomen. Als er bipten zijn genomen of poliepen zijn verwijderd wordt dit weefsel opgestuurd naar de patholoog. De uitslag hiervan is na ongeveer 1-2 weken bekend. Meestal is dat ook het moment van een vervolgspraak om de uitslag van de coloscopie te bespreken en verdere afspraken te maken.

Verbetering kwaliteit van de coloscopie

Het is belangrijk dat de coloscopie zo goed mogelijk wordt uitgevoerd

Foto 1: Links: Poliep met standaard HD-wit licht, Rechts: Poliep met chromo-endoscopie





en dat alle afwijkingen ook opgespoord en verwijderd worden. Om de kwaliteit van de coloscopie te waarborgen zijn verschillende factoren van belang. Allereerst is de voorbereiding voor het reinigen van de darm van groot belang. Vervolgens moet de gehele darm rustig en secuur onderzocht worden onderzocht door de arts.

In de afgelopen 20 jaar heeft er een enorme technische ontwikkeling in de endoscopie plaatsgevonden. Dit onderzoek heeft er onder andere voor gezorgd dat de lage kwaliteit coloscopie beelden uit de jaren 80 zijn vervuld voor hoge kwaliteit high-definition beelden (HD-wit licht). Daarnaast zijn er technieken ontwikkeld om het contrast tussen normaal darmslijmvlies en poliepen te vergroten. Deze technieken helpen hopelijk om poliepen beter te detecteren. Eén van die technieken is chromo-

doscopie. Bij dit onderzoek wordt blauwe kleurstof op de darmwand gesprayd en hierdoor kunnen kleine, vlakke poliepen makkelijker opgespoord worden (foto 1). Een nadeel hiervan is echter dat het onderzoek hierdoor wat langer kan duren dan zonder deze techniek. Een vergelijkbaar effect kan behaald worden door aanpassing van de kleuren van het licht waarmee het darmslijmvlies door de endoscoop beschreven wordt. Dit wordt ook wel virtuele chromo-endoscopie genoemd. Hierbij wordt dus gebruik gemaakt van lichtfilters in plaats van een kleurstof. Voorbeelden hiervan zijn 'Narrow-Band Imaging', 'Blue Light Imaging' en 'Flexible Spectrum Intelligent Chromoendoscopy'. Het grote voordeel van virtuele chromo-endoscopie is dat het niet meer tijd kost dan een normale coloscopie.

Recent is er in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam

een studie bij Lynch-patiënten gestart waarbij een nieuwe virtuele chromo-endoscopie techniek wordt toegepast. Deze lichttechniek heet: "Linked Color Imaging", zie foto 2. In deze studie, waar meerdere internationale ziekenhuizen aan meedoen, zal HD-wit licht vergeleken gaan worden met Linked Color Imaging". We hopen met dit onderzoek aan te tonen dat "Linked Color Imaging" zorgt voor een betere poliepdetectie in de darm. Bij Lynch-patiënten is dit extra belangrijk omdat poliepen zich relatief snel tot darmkanker kunnen ontwikkelen.

Concluderend zijn er dus veel verschillende factoren van belang voor het uitvoeren van optimaal darmonderzoek. Een goede samenwerking tussen patiënt, arts en techniek is hierbij van essentieel belang.

Victorine Roos en Britt Houwen, Arts-onderzoekers Maag-Darm- en Leverziekten

Mede namens:

Prof. dr. Evelien Dekker, Maag-, Darm- en Leverarts Afdeling Maag-, Darm-, en Leverziekten AMC Amsterdam



Foto 2: Links Poliep met standaard HD-wit licht, Rechts: poliep met LCI licht

Ervaringsverhalen

Lotgenoten vertellen over hun coloscopie ervaring II

Sinds 2012 weet ik dat ik de MSH2 genafwijking heb

Daarom werd besloten dat mijn eerste coloscopie-onderzoek met een roesje zou plaats vinden. Mijn darmen waren mooi schoon met behulp van Moviprep. Er werden 4 poliepen verwijderd. Het roesje met Dormicum hielp mij hier prima doorheen. Van het vervelendste deel het opvoeren van de slang kreeg ik niets mee.

In het kader van het onderzoek via het Gronings Universitair Medisch Centrum is mij ook een onderzoek aangeboden om de dunne darm twee maal te screenen middels een videocapsule. Nogmaals moest de darm schoon zijn. Dus weer Moviprep. En ook deze keer een schoon resultaat. Een videocapsule is heel onderzoeksvriendelijk want je voelt er niets van en gaat vanzelf door spijsverteringskanaal. De pil verlaat het lichaam op de normale manier. De videocapsule is niet geschikt voor onderzoek van de dikke darm.

In 2013 volgde een tweede coloscopie-onderzoek waarbij weer 2 poliepen werden verwijderd. Dankzij Moviprep opnieuw met een goed resultaat. Mijn weerstand om twee keer een hele liter oplossing te drinken werd al groter. In 2014 volgde de 3de coloscopie tegelijk met het 2de video-onderzoek van de dunne darm. Op mijn verzoek zijn beide onderzoeken gelukkig op dezelfde dag gedaan. Dat scheelde weer een extra schoonmaakbeurt met Moviprep. In de dikke darm werd weer een poliep verwijderd. Gelukkig weer goedaardig.

In de dunne darm is beide keren gelukkig niets veront-rustends gevonden. Eind 2015 volgde coloscopie nummer 4 met het inmiddels bekende roesje. Brrr! Weer 2 liter, met weer een beetje meer weer-

stand naar binnen gewerkt. Tijdens dit onderzoek heb ik heel veel pijn ervaren en werkte ik niet goed mee. Na het onderzoek, waarbij weer een poliep werd verwijderd, kwam de MDL-arts naar me toe met de melding dat het onderzoek de volgende keer niet meer onder een roesje zou worden uitgevoerd. Voor hem en voor mij was het vervelend en de volgende keer zouden ze Propofol gebruiken. Voor mij was dit een enorme geruststelling.

De 5de coloscopie heb ik op 11 DECEMBER 2017 gehad. In verband met Propofol moest ik een week eerder wel een bezoek brengen bij de anesthesist. Er volgde gelijk een kleine check. Gewicht, bloeddruk en dergelijke. Dat extra ritje is wel een nadeel. Het grote voordeel is wel dat ik niets heb meegekregen van het onderzoek zelf.

Wel weer een goedaardige poliep verwijderd. Blijkt dus wel dat al die coloscopie-onderzoeken zeker hun nut bewijzen. Het vervelendst blijft dat drinken van die 2 liter, maar ik had de hoogste score voor een schone darm. Dat is natuurlijk super belangrijk voor mij als patiënt, maar ook voor de arts die het onderzoek moet verrichten.

Wel werd ik 5 dagen na de laatste coloscopie wakker met links rug/heupklachten, waar ik wekenlang last van had en ik zelfs een klapvoet had gedurende meerdere weken. Of die klachten iets met het onderzoek te maken kunnen hebben weet ik niet. Maar mijn zus had na haar laatste onderzoek dezelfde ervaring. Toeval of niet?

J.v.d.K.

Mijn coloscopie ervaringen

Sinds het jaar 1979 ben ik bekend met FAP. En onderging ik elke twee jaar het coloscopie-onderzoek. Door allerlei verhuizingen gebeurde dat in verschillende ziekenhuizen op Curaçao en in Nederland.

De eerste keer werd ik zelfs voor drie dagen in het ziekenhuis opgenomen. Te beginnen met het vloeibare dieet op de eerste dag, gevolgd door het laxemiddel om mijn darmen goed schoon te krijgen. De laatste dag was het alleen maar drinken en nog eens drinken. Ik kreeg geen roesje en zo onderging ik het coloscopie onderzoek heel bewust.

In 1992 vonden twee operaties plaats, tijdens een grote eerste operatie werd de colon verwijderd, aanleg van een ileoanale anastomose plus een tijdelijke sto-

ma. Na drie maanden werd de tijdelijke stoma operatief verwijderd.

Sinds die tijd krijg ik jaarlijks een pouch-scopie en om de vijf jaren een duodenoscopie-onderzoek in het Erasmus MC Rotterdam. Laxatie gebeurt met een flesje Prunacolon en met veel heldere dranken op de dag vooraf aan het coloscopie-onderzoek. Vooraf aan het onderzoek wordt in het ziekenhuis een klysma gegeven. En op deze manier zijn mijn darmen goed schoon. Alleen bij het duodenoscopie-onderzoek krijg ik een roesje. Het zijn echt geen prettige onderzoeken, maar het personeel van het Erasmus MC is uitermate betrokken en heel deskundig. Mede daardoor kan ik er goed mee omgaan.

S.d.P.

Mijn ervaringen met de coloscopie

Tot nu toe heb ik de coloscopie al zo'n 13 keer mee-gemaakt. Ik ben gendrager van het Lynch-syndroom (MSH6) en 69 jaar. Alle keren heb ik de voorbereidingen gedaan met Klean-Prep. Mijn Maag-darm-lever-arts is van mening dat dit de beste methode is die het schoonste resultaat oplevert. Ik moet hiervan 4 liter drinken en daarbij nog 2 liter andere heldere dranken (geen roodkleurige).

De laatste keer was ik 's morgens vroeg aan de beurt. Drie dagen voor het onderzoek moest ik al rekening houden met wat ik mocht eten. Geen grof volkorenbrood, geen uien, geen prei of vruchten met pitjes zoals druiven en tomaten, geen rode bietjes, geen melkproducten, geen koffie. Twee dagen ervoor moest ik 's avonds om 6 uur 2 pilletjes slikken, een soort Dulcolax, om de ontlasting alvast op gang te brengen. De dag voor het onderzoek mocht ik 's morgens nog een boterham of een beschuit met een kopje thee en om 12 uur hetzelfde. Daarna mocht ik niets meer eten. Om 2 uur 's middags moest ik de eerste liter Klean-Prep klaarmaken, om 4 uur de tweede en om 6 uur de derde. Ik zal vertellen hoe ik dat deed: Ik had uitgemeten dat in een grote beker ¼ liter gaat. Die probeer ik dan zo snel mogelijk leeg te drinken. Dan zet ik elk half uur een wekkertje want dan is de volgende ¼ liter aan de beurt. Om half 8 's avonds was ik klaar. De laatste liter moest ik de volgende morgen om 6 uur nemen, maar die moest om 7 uur op zijn. Tot

2 uur voor het onderzoek mag je dan nog water en andere heldere dranken drinken. Ik heb de Klean-Prep deze keer warm gemaakt, omdat ik niet van echt koude dranken houd. Om de vieze smaak van de Klean-Prep zo snel mogelijk kwijt te zijn, dronk ik na de beker Klean-Prep aanmaaklimonade met citroensmaak en ook bouillon van die kleine vierkante blokjes. Die liet ik eerst afkoelen, want daar dreef toch een vetlaagje op. Het was te doen, maar daar is ook alles mee gezegd. Ik heb vooral problemen met de grote hoeveelheden vocht weg te werken. De bouillon, zelfs afgekoeld, is echt een aanrader omdat je het idee hebt dat er toch iets voedzaams naar binnen gaat.

Alle vorige keren heb ik de coloscopie onder een roesje ondergaan, maar omdat ik preventief mijn baarmoeder en eileiders heb laten verwijderen schijn ik verklevingen te hebben en ook uitstulpingen in mijn dikke darm en delen van mijn darm die 'statisch' zijn, zodat de bochten niet makkelijk te nemen zijn. Het was niet meer te doen, dus de laatste keer heb ik, op initiatief van mijn Maag-darm-lever-arts, een lichte narcose (Propofol) gehad en dat is mij heel goed bevallen. De uitslag was gelukkig goed. Ik zie het als een APK-tje, altijd weer spannend, een noodzakelijk kwaad waar je even doorheen moet, maar waarvan je weet dat het echt bittere noodzaak is.

M.de.V

Word donateur en steun ons!

Contactgegevens

Stichting Lynch Polyposis
Nederlandse Federatie van
Kankerpatiënten organisaties (NFK)
Postbus 8152,
3503 RD Utrecht
tel: 030-2916090
www.lynch-polyposis.nl

De antwoordstrook volledig
invullen s.v.p. en
ongefrankeerd opsturen naar
Stichting Lynch Polyposis
Antwoordnummer 2612
3400 XD Montfoort

Ons werk maakt mensen met Lynch-syndroom en met Polyposis en hun naasten sterker. Wij komen voor uw belang op door onder andere de richtlijnen en opsporingen met mensen met erfelijke darmkanker te waarborgen. Stichting Lynch Polyposis zorgt dat erfelijke aanleg bij diverse (kanker)organisaties hoog op de agenda blijft.

Voor € 25,- per jaar wordt u donateur. U steunt hiermee onze stichting en haar doelstellingen. Na aanmelding ontvangt u vier maal per jaar het contactblad en het jaarverslag. U kunt gratis deelnemen aan de landelijke en regionale contactdagen.

Neem contact op met ledenadministratie@lynch-polyposis.nl of secretaris@lynch-polyposis.nl om u aan te melden of vul onderstaande antwoordstrook in.

Uw donatie kunt u overmaken op bankrekening NL92INGB0006557698 t.n.v. Stichting Lynch Polyposis.

Antwoordstrook

Achternaam*	Tussenvoegsel
Voornaam	Voorletters*
Geslacht* ☐ Man ☐ Vrouw	Geboortedatum*
E-mailadres*	Tel.nr.*
Adres*	Huisnummer*
Postcode*	Woonplaats*
Rekeningnummer (IBAN)*	
Datum aanmelding	
☐ Ik heb Lynch**	☐ Ik ben naaste van iemand met Lynch**
☐ Ik heb Polyposis**	☐ Ik ben naaste van iemand met Polyposis**
☐ Anders namelijk	**
☐ Ik meld mij aan als donateur (€25,- per jaar)	
☐ Ik meld mij aan als 'partnerdonateur' (voor € 5,- per jaar). De naam van mijn partner is:	
☐ Ik zou graag meer informatie ontvangen over het onderwerp (vermelden op een apart blad)	
☐ Ik zou graag benaderd willen worden voor informatie**	
☐ Ik zou wel vrijwilligerswerk willen doen voor de Stichting Lynch Polyposis**. Type vrijwilligerswerk:	
☐ bestuursfunctie ☐ redactie contactblad	
☐ regionaal lotgenotencontact	
☐ hand- en spandiensten	
Ik ontvang het contactblad graag per**	
☐ post; ☐ e-mail; ☐ per post en e-mail	
Reden aanmelding**	
☐ informatie ☐ ondersteuning	
☐ Beroepshalve ☐ anders	
☐ Hoe bent u in contact gekomen met onze stichting?	

* Invullen vereist ** Aankruisen wat van toepassing is

Missie

De Stichting Lynch Polyposis is de grootste belangenorganisatie van mensen met erfelijke aanleg voor darmkanker

Ieder jaar overlijden er in Nederland meer dan 5000 mensen aan darmkanker. Ongeveer 5% van de mensen met darmkanker wordt veroorzaakt door Lynchsyndroom of Polyposis. Lynch en Polyposis zijn erfelijk. Iemand met één van deze aandoening geeft dit gemiddeld aan de helft van zijn of haar kinderen door.

Verbeteren opsporing van mensen met een erfelijke aanleg voor kanker

De kans dat iemand met Lynch of Polyposis kanker krijgt is meer dan 60%.

Door regelmatige controle kunnen deze kankers in een vroeg stadium worden opgespoord en hoeven mensen met Lynch of Polyposis niet aan kanker te overlijden.

Een belangrijke doelstelling van de stichting Lynch Polyposis is daarom het verbeteren van de opsporing van mensen met een erfelijke aanleg voor kanker.

Belangenbehartiging, informatievoorziening en lotgenotencontact

Leven met een erfelijke belasting heeft consequenties voor het sociale maar ook financiële leven. De stichting Lynch Polyposis zorgt voor contact tussen lotgenoten en helpt ook bij het behartigen van belangen zoals problemen bij het verkrijgen van verzekeringen en hypotheek.

Vergroten van kennis en bewustwording over Lynch en Polyposis

Een belangrijke taak van de stichting Lynch Polyposis is het informeren van patiënten, geïnteresseerden en zorgprofessionals. Het taboe op erfelijkheid en kanker is een belangrijk obstakel dat het bereiken van onze doelstellingen in de weg staat.

Daarom is het vergroten van kennis en bewustwording over Lynch en Polyposis een belangrijk speerpunt van onze organisatie.

Doelstellingen van de Stichting Lynch Polyposis zijn:

- * Verbeteren opsporing van mensen met een erfelijke aanleg voor kanker
- * Belangenbehartiging
- * Informatievoorziening
- * Lotgenotencontact
- * Vergroten van kennis en bewustwording over Lynch en Polyposis



**Lynch
Polyposis**