



Maart 2024: *Coloscopie Special*

- Een optimaal darmonderzoek
- Coloscopie: Dieet, Laxeren en Sedatie
- Het coloscopie onderzoek:
Wat houdt het in?
- Coloscopie ervaringsverhalen
- CT-coligrafie
- Jesse: Heel het dorp wilde weten hoe het met ons ging!
- Verder leven met of na kanker, hoe is dat voor jou?

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
Gaby van IJsseldijk, adviseur
Jurgen Seppen
Dick de Ruiter, hoofdredacteur

Deadline aanleveren kopij:

29 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.

Contactpersonen Lynch

Lotgenotencontact
0118-552785 Dick de Ruiter

Contactpersonen Polyposis

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

Contactpersonen Peutz-Jeghers

Lotgenotencontact
Richard Groen
richard.groen@lynch-polyposis.nl

Contactpersonen Jongeren

Elsa van Liere
jongeren@lynch-polyposis.nl

Cover tekening:

Met dank aan kartoontekenaar
Mirjam Vissers

Bestuur Stichting Lynch Polyposis

Voorzitter, Ron van Roijen
ron.van.roijen@lynch-polyposis.nl

Secretaris, Simone Schoonen
secretaris@lynch-polyposis.nl

Penningmeester, Ton Bunnik
ton.bunnik@lynch-polyposis.nl

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

Communicatie, Gaby van IJsseldijk
gaby.van.ijsseldijk@lynch-polyposis.nl

Vrijwilligersraad

Redactie, Dick de Ruiter
dick.de.ruiter@lynch-polyposis.nl

Peutz Jeghers, Richard Groen
richard.groen@lynch-polyposis.nl

Frans-Willem van de Sande
frans-willem.van.de.sande@lynch-polyposis.nl

Syl Torensma
syl.torensma@lynch-polyposis.nl

Jongeren coördinator, Elsa van Liere
elsa.van.liere@lynch-polyposis.nl

Wietske Manshanden
wietske.manshanden@lynch-polyposis.nl

Sylvana Manshanden
sylvana.manshanden@lynch-polyposis.nl

Marcia Hamers
marcia.hamers@lynch-polyposis.nl

Simone Schoonen
simone.schoonen@lynch-polyposis.nl
Vacatures

Vormgeving: Kim Segers

Druk: De ideeënfabriek van Pieters

Contactadres

Stichting Lynch Polyposis
Postbus 8152 3503 RD Utrecht
088-0029735
info@lynch-polyposis.nl
Twitter: @darmaandoening
Facebookpagina: www.facebook.com/StichtingLynchPolyposis

YouTube kanaal Stichting Lynch Polyposis

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. prof. dr. M.E. van Leerdam
MDL-arts, LUMC, directeur StOET

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

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

Mw. dr. M. Nielsen,
Klinisch Geneticus, LUMC

Dhr. prof. dr. P.J. Tanis,
Chirurg, Erasmus MC

Mw. dr. A. Wagner
Klinisch Geneticus, Erasmus MC

Dr. Jorien Woolderink,
Gynaecoloog, UMCG

Erfelijkheidsonderzoek

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

Stichting Darmkanker Nederland
www.darmkanker.nl

Inhoud

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 (discussiegroepen, 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

Mercatorlaan 1200

3528 BL 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 over erfelijke ziektes

www.ikhebdat.nl

Welder (voorheen Breed Platform Verzekeren & werk)

www.vraagwelder.nl

Helen Dowling Instituut

(psychologische zorg bij kanker)

info@hdi.nl | www.hdi.nl

- 2 Belangrijke adressen
 - 3 Inhoud
 - 4 Bericht van de voorzitter
 - 5 Intro redactioneel Coloscopie Special
 - 6 Even voorstellen: Simone Schoonen
 - 7 Even voorstellen: Marcia Hamers
 - 8 Jesse: Heel het dorp wilde weten hoe het met ons ging
 - 10 Olijf
 - 11 Vrouw met het Lynch Syndroom
 - 13 Deze YouTube filmpjes en Podcasts
 - 14 Zo krijg en houd je gezonde darmen
 - 16 Uw aandacht in het bijzonder voor
 - 17 Column, Suzanne Bos-Heerkens\
 - 18 Minder leverkanker bij koffiedrinkers
 - 20 Dit moet je weten over je lever
 - 22 Een leven met Lynch: Michelle Godec
 - 24 Ilse: Ik heb FAP
 - 26 Verder leven met of na kanker
 - 27 Voorkom onjuiste verwachtingen bij DNA-diagnostiek
- ### Coloscopie Special
- 28 Mijn Coloscopie ervaring
 - 29 Karakteristieken van dikke darmkanker bij patiënten met Lynch-syndroom - een cohortonderzoek
 - 30 Coloscopie: Dieet, Laxeren en Sedatie
 - 34 Kijken in het bovenste deel van het maagdarmsstelsel: Wat houdt dat in?
 - 38 Een goede voorbereiding is het halve werk: kijkonderzoek van de pouch
 - 40 Het coloscopie onderzoek: Wat houdt het in?
 - 43 Hoe verloopt een coloscopie?
 - 44 CT-cografie
 - 46 Optimaal darmonderzoek: een samenwerking tussen arts, patiënt en techniek
 - 51 Mijn ervaringen met de coloscopie
- *****
- 52 Acht veelvoorkomende spijsverteringsklachten
 - 54 Wat helpt tegen obstipatie?
 - 55 Hoe stokoude virussen een rol spelen bij de vorming van een embryo
 - 56 Oliebollen eten in Winterswijk
 - 58 Zes dingen die je hersenfunctie verstoren
 - 59 Voor altijd nabij: Rennen voor Lynch
 - 60 Flyer Help mensen met (erfelijke) darmkanker
 - 61 Hoe zinvol zijn voedingssupplementen?
 - 62 Politiek & Actueel
 - 63 Missie
 - 64 10 jaar Stichting Lynch Polyposis

Extra service voor onze digitale lezers!

In allerlei artikelen vindt u onderstreepte adressen, woorden of zinnen. Voor bijzondere actuele achtergrondinformatie.

Bijvoorbeeld: www.lynch-polyposis.nl (Ctrl + klikken)



GEFINANCIERD DOOR



Bericht van de voorzitter



Bij het ingaan van een nieuw jaar horen uiteraard de beste wensen, die hopelijk in goede gezondheid mogen worden beleefd.

Naast deze wensen spreken wij ook altijd uit wat wij zeker wel en niet willen gaan doen: de zogenaamde ‘goede voornemens’. Vaak komt er van die goede voornemens weinig terecht. Wat wel blijft is onze mooie stichting, die voor velen van ons een baken en houvast is, zekere bij donkere wolken, die soms boven onze hoofden verschijnen.

Ook dit jaar gaan wij als bestuur, Raad van Advies en vrijwilligers door op de ingeslagen weg. En wat fijn dat wij het afgelopen jaar zoveel nieuwe gezichten hebben mogen ontmoeten. Een speciaal woord van dank aan Wim Vugts, die vele jaren, vooral achter de schermen veel werk voor de stichting heeft verzet. Hij gaat ons als actieve vrijwilliger verlaten, maar blijft wel donateur. En natuurlijk zijn meer (actieve) vrijwilligers altijd welkom, dat is vanzelfsprekend.

Ook voor dit jaar worden er weer diverse activiteiten aangeboden, waarvoor diverse vrijwilligers zich inspannen om dit in goede banen te leiden. Houdt u onze agenda maar in de gaten op de vernieuwde website, die in een mooi ‘state of the art’ jasje is gegoten. De eerste reacties op de nieuwe website zijn veelbelovend en een bezoekje meer dan waard.

Ook hebben wij een achterbanraadpleging uitgestuurd, want als bestuur willen wij graag van u horen wat u (minder) goed vindt gaan en wat u nog mist, zowel in de Glossy als op de website. En in deze Glossy heel veel aandacht voor de medische kant en Coloscopie ervaringen.

Als laatste een groot woord van dank aan onze oliebolbaksters. Die elk jaar geheel belangeloos hun inzet geven om zoveel mogelijk oliebolletjes te bakken/verkoopen, waarbij de opbrengst aan de stichting ten goede komt.

Met een hartelijke groet

*Ron van Roijen,
uw voorzitter*

Redactioneel



Beste mensen,

Dit keer een extra opvallende cover van het maartnummer 2024 van onze Glossy: de Coloscopie Special.

Dat mag dan ook wel, in dit nummer ervaringsverhalen van diverse lotgenoten die dit onderzoek hebben ondergaan.

En niet te vergeten: professionals die in het bijzonder hun medewerking hebben gegeven aan deze special. Ik merk wel even terzijde op dat deze special reeds eerder, bij herhaling is uitgegeven, de laatste keer: najaar 2019.

Echter! De redactie heeft aan alles en iedereen gevraagd deze special te optimaliseren, naar de huidige tijd. U vindt actuele informatie in dit nummer en geen achterhaalde info. Daar zit niemand op te wachten. Zeker niet u, die de periodieke controle ondergaat. Velen zien er als een berg tegenop, het coloscopie onderzoek zelf, de voorbereidingen het laxeren, het leeglopen, de plotselinge versnelde gang naar het toilet. Wel of geen verdoving, sedatie of een lichte narcose.

Inmiddels heb ik als drager van het Lynch Gen MSH6 in de loop der jaren circa dertig coloscopie-onderzoeken ondergaan. Met verschillende laxeermiddelen, beginnende met Prunasine, een best aardig smakend middelje, op basis van pruimen. In tegenstelling tot andere laxeermiddelen, zoals Klean-Prep; qua smaak niet te 'pruimen'. Maar je moet wel, wil je goed leeg zijn. Telkenmale onderging ik het onderzoek zonder roesje of verdoving. het voordeel is dat je op het scherm mee kan kijken en vragen kan stellen wat er te zien is.

Dat is niet iedereen gegeven, 'k heb blijkbaar een makkelijk lichaam wat dit onderzoek betreft, dat het anders kan gaan, weet ik uit reacties van lotgenoten, dat zijn dan wel andere verhalen, heftige verhalen. Goed dat onze medici, met name: Maag- Darm- Leverartsen, en ook andere medici er aan werken om het coloscopie onderzoek wat dragelijker te maken. Goede voorlichting is essentieel, die treft u in deze Coloscopie Special aan.



Zo ook diverse andere bijzondere artikelen en 'ervaringsverhalen'. Voor uw op en aanmerkingen houd ik me aanbevolen.

Hartelijke groeten,

Dick de Ruiter
(hoofdredacteur)

”

Maar liefst 10 jaar Stichting Lynch Polyposis, we staan er zelf even bij stil. Het belangrijke voorlichtingswerk vereist dat! U vindt in deze bijzondere Coloscopie Special een grote verscheidenheid aan actuele onderwerpen. Leest u de inhoud alsjeblieft in alle rust. U hebt immers 3 maanden de tijd.

Even voorstellen: Simone Schoonen

Beste lezer,

Graag stel ik mezelf in het kort aan u voor, aangezien ik in 2024 als beoogd secretaris tot het bestuur van de Stichting Lynch Polyposis ben toegetreden. Ik ben sinds november 2023 afgestudeerd politiekundige, na een lange carrière in de marketing en communicatie, en inmiddels werkzaam als Liaison bij de eenheid Zeeland-West-Brabant. Het is een mooie en uitdagende baan waarbij ik samen met collega's de strijd aanga tegen ondermijning en bijdraag aan een veilige, vriendelijke en voortdurend veranderende samenleving.

De afgelopen jaren heb ik me altijd ingezet voor de hockeyteams van mijn dochters en ben ik als luizenmoeder en klassenouder fanatiek betrokken geweest bij alle drie mijn kinderen. Nu die betrokkenheid niet langer nodig is, en zeker niet meer gewenst wordt door de kinderen zelf, wil ik me graag inzetten voor een stichting waar ik op inhoudelijk niveau aan kan bijdragen.

Lynch komt voor in de familie van mijn man, en sinds 2011 maak ik van heel dichtbij mee hoe het is om met deze erfelijke aandoening te moeten leven. Gelukkig lacht het leven ons toe. Ik denk dat door alle positieve medische ontwikkelingen de toekomst van mensen of familieleden met het Lynch-gen er nog mooier uit kan zien.

Mijn man wist niet, totdat hij ziek werd, dat hij drager was van het Lynch-gen, waardoor er geen alertheid was op de klachten die hij had. Dat is anders bij onze kinderen, de volgende generatie. Wij zijn alert, en met de ontwikkelingen van onder andere mogelijke alternatieve manieren van darmcontroles ter ontdekking van darmkanker of mogelijk stopzetten van voortzetting van het gen, heb ik meer vertrouwen gekregen dat we ooit dit gen uit familielijnen kunnen verwijderen. Ik draag daarom graag mijn steentje bij aan het verstrekken van informatie aan dragers van het gen, hun familie en omgeving. Daarnaast

is het samenwerken met de wetenschap, artsen en huidige bestuursleden en vrijwilligers een mooie aanvulling op mijn huidige politiebanaan en mijn vorige communicatiebanen.

Ideeën, tips of vragen, ik ben bereikbaar via het emailadres van het secretariaat.

Met het bestuur en de vele vrijwilligers werk ik graag mee aan een veilige, vriendelijke en gezonde toekomst voor iedereen. Ik hoor graag van je!

Groet

Simone Schoonen



Even voorstellen: Marcia Hamers

Hi allemaal,

Sinds de zomer van 2023 ben ik vrijwilliger bij de stichting Lynch Polyposis

Ik ben 43 jaar oud en woonachtig in Utrecht. Ik woon samen met mijn man en 3 kinderen (4, 6 en 8 jaar oud). Het is thuis altijd een heerlijke, gezellige chaos zoals ik het vaak omschrijf. We zijn een actief gezin en proberen in onze vrije tijd zo veel mogelijk samen iets te ondernemen. We zijn net terug van een weekje skiën, heerlijk met zijn allen in de buitenlucht in de bergen! Ik loop graag een rondje hard in het park en probeer bewust en gezond te leven.

Sinds mijn 27^e jaar is het vermoeden van het Lynch syndroom in onze familie aanwezig. Vanaf het moment dat het vermoeden werd uitgesproken door de klinisch geneticus was het voor mij en mijn 3 zussen duidelijk dat we elke 2 jaar gescreend moesten worden middels de welbekende coloscopie. Ondanks dat het onderzoek en ook de voorbereiding geen pretje is, was het duidelijk dat deze onderzoeken cruciaal en noodzakelijk zijn om vroegtijdig poliepen en eventueel kwaadaardige cellen op te sporen. In dit geval is de uitspraak 'voorkomen is beter dan genezen' overduidelijk van toepassing. Tot op heden zijn de onderzoeken altijd goed verlopen zonder vervelende diagnoses.

Nadat mijn vader voor de 3^e keer ziek werd was het mogelijk om in 2018 via DNA onderzoek, ieder van ons te testen. 3 van de 4 positief op MLH1 mutatie en sindsdien volgen we trouw de screenings. In 2020 werd bij mijn zusje, toen 36, geheel onverwachts, borstkanker vastgesteld. Sindsdien zijn de jaarlijkse mammografieën aan de screenings toegevoegd, naast de baarmoeder & eierstok screenings.

Met mijn vader en mijn zusje gaat het inmiddels heel goed en zijn ze goed door alle behandelingen heen gekomen. We hebben in onze familie hier veel geluk mee gehad.

Ik heb me aangemeld als vrijwilliger omdat ik graag wil bijdragen aan de bewustwording van het Lynch syndroom. Ik schrik ervan wanneer ik lees dat het Lynch syndroom zo veel voorkomt, maar dat er weinig mensen weten dat ze zelf drager zijn. Zeker in families waar de ziekte veel voorkomt. Het beschikken over de kennis geeft je de kans om vroegtijdig te screenen en er tijd bij te zijn dat als de ziekte nog goed te behandelen is. Ik zie de wetenschap van het mutatiedrager te zijn als iets positiefs waar je heel duidelijk wat mee kan middels screenings. Onze klinisch geneticus zei destijds tegen ons: 'Ieder mens heeft nou eenmaal mutaties in zijn/haar genen, jullie weten nu welke mutatie er bij jullie aanwezig is. Deze kennis kan letterlijk levens redden.'





Beide zussen staan volgens Jesse nog onder controle, en voorlopig ziet er alles er goed en rustig uit. “Laten we hopen dat dit nog heel lang zo mag blijven.”

Heel het dorp wilde weten hoe het met ons ging!

Jesse heeft twee zussen (nu resp. 42 en 47 jaar), die beiden, kort op elkaar, te maken kregen met gynaecologische kanker. Als hechte familie trokken ze elkaar er doorheen. Maar toen kreeg ook Jesse last van haar buik...

Jesse is vrijwilliger geworden bij Olijf en biedt momenteel lotgenotencontact voor naasten. Hier ging echter het nodige aan vooraf. Zoals twee van haar zussen die vanaf 2018 kort achter elkaar gynaecologische kanker kregen. “We zijn altijd close met elkaar geweest”, vertelt ze, “maar de afgelopen jaren zijn we hierdoor echt enorm verbonden geweest...”

Uitzaaiingen?

Vanaf november dat jaar kreeg haar oudste zus last van buikklachten en na een doorverwijzing van de huisarts naar een gynaecoloog, hoorde ze dat ze een gezwel had van 13 bij 9 centimeter. Eierstokkanker. Tegen kerstavond leek er sprake te zijn van een “worst case-scenario” toen we de uitslag vernamen van veel te hoge bloedwaardes, wat betekende dat het een kwaadaardige tumor was.” Alle drie de zussen konden echter even opgelucht ademhalen als na een operatie blijkt dat er geen sprake is van uitzaaiingen. Wel vonden de artsen in het ziekenhuis van Eindhoven, naast eierstokkanker, twee kleine tumoren in de baarmoeder, veroorzaakt door het Lynchsyndroom. Als zus wilde Jesse graag weten of zij ook drager is, wat gelukkig niet het geval bleek te zijn. De chemo kon komen te vervallen doordat er geen uitzaaiingen waren bij de operatie. Hierdoor had ze na de operatie ‘slechts’ drie (preventieve) inwendige bestralingen nodig als nabehandeling. “Mijn oudste zus heeft kinderen”, zegt Jesse. “Dan schiet er van alles door je hoofd. Wat als ze het niet gaat redden? Hoe moet het dan met de kinderen?” Heel bewust heeft haar oudste zus het voor de kinderen ‘luchtig’ gehouden en alleen verteld dat er een bult in haar buik zit. Achteraf heel fijn nu blijkt dat ze weer helemaal genezen is.”

Tweede klap

Kort nadat haar oudste zus, zo vanaf begin 2019, enigszins was hersteld, komt er een tweede klap. Ook

Dan schiet er van alles door je hoofd. Wat als ze het niet gaat redden? Hoe moet het dan met de kinderen?

”

Jesse’s jongste zus blijkt gynaecologische kanker te hebben gekregen, en wel baarmoederhalskanker (dit staat los van het Lynch syndroom, red.). “Bij haar was ik meer gerust op de goede afloop”, zegt Jesse, “maar kort na de behandeling die de tumor aanvankelijk deed slinken, nam de tumor juist weer in grootte toe, tot wel 10 centimeter aan toe. Niet alleen wij, ook de artsen schrokken hier enorm van, en palliatieve zorg was nog de enige optie.”

In de palliatieve zorg is de behandeling vooral gericht op het verlengen van haar leven. Het vooruitzicht was dat ze nog maar 3 maanden tot maximaal een jaar zou leven. Hierbij kreeg ze de keuze tussen chemotherapie of experimentele immuuntherapie. Bij deze behandeling wordt het immuunsysteem van een patiënt gebruikt om de kankercellen aan te vallen. Hierdoor kan de tumor afnemen. Haar zusje wilde niet eindigen als, zoals zij het zelf zei, een “kotsend, 30 kilo wegend skeletje” en koos daarom voor de immuuntherapie.

Intens

“Immuuntherapie is tegenwoordig een meer gebruikte behandeling geworden”, vertelt Jesse, “maar in 2019 was het voor deze kankersoort nog vrij experimenteel en wij wisten hier nog niet veel van. Wij gingen op 16 oktober dat jaar met haar mee naar UMC Utrecht voor de intake voor de immuuntherapie, maar we hadden toen de pech dat er net boerenprotesten gaande waren. We namen, de avond ervoor, daarom een hotel om in ieder geval op tijd in het ziekenhuis te kunnen zijn. “Het was een bijzondere avond, want het was ook nog eens de verjaardag van Jesse. Op de kamer werden niet alleen veel zaken besproken, maar - opvallend genoeg - ook samen lol gemaakt. Haar

>>

jongste zus werd behandeld in UMC Utrecht. “Begin 2020 begon ook corona sterk op te spelen”, zegt Jesse. We kwamen uit Noord-Brabant waar deze ziekte, mede door de viering van carnaval, in Nederland was begonnen en we behoorden in die begintijd dus zelfs tot een risicogroep. Dus opnames en op bezoek gaan werden zoveel mogelijk beperkt. We zijn toen heel voorzichtig geweest en hebben zelfs geen visite meer willen ontvangen. Gelukkig mochten we toch komen.”

Boodschappen

Maar niet alleen tussen de drie zusters was er veel communicatie. Ook in het dorp gonsde het nieuws. “Het is daar echt ‘ons kent ons’. Mijn jongste zusje is heel actief in ons dorp”, legt Jesse uit. “Ze zit niet alleen in de lokale politiek, maar heeft ook een tijdlang gewerkt in een café en was ook jarenlang actief bij de lokale handbalvereniging. Het leuke hieraan is dat ik de liefste beterschapskaartjes, vanuit werkelijk de meest onverwachte hoeken, binnenkreeg, maar het benauwde soms ook. Het hele dorp wilde weten hoe het met ons ging. Als ik mijn boodschappen moest doen, ging ik maar naar een ander dorp om te vermijden dat ik voortdurend zou worden aangesproken over mij of mijn zus... Ik kreeg op een dag zelfs iemand aan mijn deur met de rechtstreekse vraag of mijn zus ‘doodging in het verre Groningen’. Die heb ik maar binnengetrokken om het echte verhaal te vertellen.”

Wonder boven wonder sloeg de immuuntherapie aan. Om de week ging haar jongste zusje naar Utrecht voor de behandelingen. En waar het de eerste weken heel spannend was, omdat haar nier-waardes drastisch achteruit gingen, leek het daarna de goede kant op te gaan. De immuuntherapie sloeg aan en de tumor slonk! Gedurende twee jaar kreeg ze deze behandelingen en inmiddels is de tumor, net als de uitzaaiingen, niet meer meetbaar. Nu het ook met haar beter gaat, wil ook zij graag weten of zij wellicht drager is van het Lynch syndroom, en ook zij blijkt drager te zijn. Omdat moeder al jong is overleden en vader flink dementerend was, was het helaas niet mogelijk om te achterhalen van welke kant de familie het eventueel afkomstig was. Daarop zijn van beide kanten de ooms, tantes, neven en nichten geïnformeerd en konden zij zich ook laten testen of zij drager waren. Uit die onderzoeken is geen enkele drager gekomen.

Misschien raar, maar dat had ik toch bewust even stilgehouden voor mijn zussen. Ik kon ze dit gewoonweg even niet aandoen.

”

Onrust

Maar daarmee is niet alles weer terug naar het oude normaal. Na twee zussen die kanker kregen, werd ook Jesse zelf wat onrustig over haar medische situatie: “Ik kreeg de onrust niet uit mijn lijf en moest zelfs even thuis mijn rust zoeken. Rond 2020 kreeg ik, tot mijn schrik, ook buikklachten. Ja, dan spookt het wel door je hoofd dat het nu mijn beurt moest zijn, als laatste zus van de drie. Het bleek gelukkig om een liesbreuk te gaan. Misschien raar, maar dat had ik toch bewust even stilgehouden voor mijn zussen. Ik kon ze dit gewoonweg even niet aandoen.”

Beide zussen staan volgens Jesse nog onder controle, en voorlopig ziet er alles er goed en rustig uit. “Laten we hopen dat dit nog heel lang zo mag blijven.”

Jesse vertelde haar verhaal oktober 2022 in Olijfblad van de Stichting Olijf voor vrouwen met gynaecologische kanker. Intussen kunnen er veranderingen in haar gezondheid of die van haar zussen zijn opgetreden.

Informatie Olijf: <http://tinyurl.com/Olijfie2>

QR-code:



Vrouw met het Lynch Syndroom, gevolgen voor het ontwikkelen van baarmoeder en eierstokkanker

Op verzoek van de redactie eerst een korte inleiding over mijzelf. Mijn naam is Jorien Woolderink. Sinds 2012 werk ik met veel plezier als gynaecoloog in het Martini Ziekenhuis te Groningen. Mijn aandachtsgebieden zijn gynaecologische oncologie en benigne gynaecologie. In de periode van 2011-2019 heb ik promotie onderzoek gedaan onder leiding van Prof Dr M.J. Mourits in het UMC Groningen, naar de kenmerken van gynaecologische kankers en de rol van screening op het ontwikkelen van baarmoeder en eierstokkanker bij vrouwen met het Lynch syndroom. Tevens ben ik lid van de commissie die een update maakt van de landelijke richtlijn erfelijke darmkanker.



Het Lynch syndroom geeft een verhoogde kans op het ontwikkelen van darmkanker en vrouwen hebben daarnaast ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van baarmoederslijmvlies kanker en eierstokkanker.

Kanker van het baarmoederslijmvlies (of te wel endometriumcarcinoom)

In de algemene bevolking komt baarmoederslijmvlies kanker circa 1900 keer per jaar in Nederland voor. Deze ziekte treedt met name op in de leeftijdsgroep van vrouwen tussen 60-75 jaar en ontstaat vrijwel altijd na de overgang. Een vroeg symptoom

van baarmoederslijmvlies kanker is vaginaal bloedverlies. Als een vrouw van deze leeftijd met vaginaal bloedverlies naar de huisarts gaat wordt ze doorverwezen naar een gynaecoloog. Bij de gynaecoloog volgt een echo en een biopt en zo wordt de kanker meestal in een voor- of vroeg stadium ontdekt.

Bij vrouwen met het Lynch syndroom (LS) is het risico op baarmoederkanker verhoogd. Voor vrouwen met het MLH1, MSH2 en MSH6 gen geldt een levenslang risico van ongeveer 15-55%. Vrouwen die drager zijn van het PMS2 gen hebben een lager risico op het ontwikkelen van baarmoederslijmvlies kanker gedurende hun leven, nl 10-15%. De prognose van baarmoederslijmvlies kanker bij vrouwen met het Lynch syndroom is goed, met een 5 jaars overleving van boven de 85%. Baarmoederslijmvlies kanker treedt bij vrouwen met Lynch syndroom op jongere leeftijd op, gemiddeld op een leeftijd van 45-55 jaar. In deze levensfase komen vrouwen in de overgang. Dit maakt het tijdig opsporen van de diagnose soms lastig omdat onregelmatig

bloedverlies ten onrechte aan de 'overgang' wordt toegeschreven. Vrouwen gaan daarom niet altijd naar een gynaecoloog voor nader onderzoek. De diagnose kan hierdoor pas later gesteld worden. Om deze reden komen vrouwen met het Lynch syndroom tussen 40-60 jaar voor jaarlijkse gynaecologische screening in aanmerking. De gynaecoloog zal uitleg geven dat bij verandering van het bloedingpatroon laagdrempelig contact moet worden gezocht en dat nader onderzoek zal worden verricht naar het baarmoederslijmvlies.

Eierstokkanker (of te wel ovariumcarcinoom) komt in de algemene bevolking in Nederland bij circa 1300 vrouwen per jaar voor. 1 op de 100 vrouwen (1%) krijgt in haar leven de diagnose eierstokkanker. Vrouwen *die geen drager zijn* van het Lynch syndroom en die de diagnose eierstokkanker krijgen, hebben over het algemeen een slechte prognose. Vrouwen *met het Lynch syndroom* met eierstokkanker hebben een gunstiger prognose.



Het levenslange risico op de ontwikkeling van eierstokkanker bij vrouwen met het Lynch syndroom is verhoogd ten opzicht van de gewone bevolking, nl 6-12% bij MLH1 en MSH2 draagsters. Voor draagsters van een MSH6 mutatie is de kans op eierstokkanker ongeveer 3%, en voor draagsters van het PMS2 gen geldt geen verhoogd risico op de ontwikkeling van eierstokkanker. Uit onderzoek blijkt dat het klinisch gedrag van eierstokkanker bij vrouwen met het Lynch syndroom anders is. Zo kan eierstokkanker bij deze vrouwen op een relatief jonge leeftijd ontstaan, maar ook boven de 80 jaar. Er is dus een zeer grote leeftijdsspreiding. Deze eierstokkankers bij vrouwen met het Lynch syndroom worden meestal gediagnostiseerd in een vroeg stadium.

Ze zijn dan goed te behandelen en hebben een relatief goede prognose, met een 5 jaars overleving van boven de 80%. Jaarlijkse screening op eierstokkanker bij vrouwen met Lynch syndroom lijkt niet van toegevoegde waarde. Deze carcinomen gedragen zich minder agressief gedragen dan 'gewone' eierstokkanker. Wel worden bij jaarlijkse screening de eierstokken met de echo beoordeeld. Soms wordt dan een afwijking met de echo opgespoord en volgt er nader onderzoek.

Gynaecologische screening bij vrouwen met het Lynch syndroom en de rol van preventieve chirurgie

Jaarlijkse gynaecologische screening wordt aangeboden in de leeftijdsfase van 40-60 jaar. De screening heeft tot doel een eventuele afwijkingen in een voor of vroegtijdig stadium op te sporen. De screening bestaat uit een vaginale echo en zo nodig, bij verdikt slijmvlies in de baarmoeder, een endometrium biopsie (Pipelle). Daarbij wordt een beetje baarmoederslijmvlies weggezogen uit de baarmoeder en door de patholoog onderzocht op de aanwezigheid van (een voorstadium van) baarmoederslijmvlies kanker. De Pipelle wordt door sommige vrouwen als pijnlijk ervaren. Mocht dit bij u het geval zijn en mocht u daarom tegen de screenings bezoeken opzien bespreekt u dit dan met uw gynaecoloog. In sommige gevallen is het mogelijk om dit onderzoek met verdoving te verrichten, eventueel samen met het verrichten van een darmonderzoek (colonoscopie) Gynaecologische screening na de leeftijd van 60 jaar draagt niet meer bij aan het vroegtijdig stellen van

de diagnose baarmoederkanker. Wel blijft ook na de leeftijd van 60 jaar het advies om in geval van vaginaal bloedverlies of buikpijnklachten een afspraak te maken met de huisarts en u te laten onderzoeken door een gynaecoloog.

Preventieve chirurgie in de vorm van het laten verwijderen van baarmoeder, eierstokken en eileiders is effectief in het voorkómen van deze ziektes. Vanwege de goede prognose lijkt preventieve chirurgie echter niet bij te dragen aan een langere levensverwachting. De grote leeftijdsspreiding maakt het lastig om een uniform advies te geven over op welke leeftijd de preventieve chirurgie verricht moet worden. Het advies is om wanneer u preventieve chirurgie overweegt, dat te laten verrichten rond de leeftijd van 45-50 jaar. Het gevolg van deze ingreep is dat u vroegtijdig in de overgang raakt. De voor en nadelen van preventieve chirurgie kunt u met uw gynaecoloog bespreken.

Behandeling van baarmoederslijmvlies kanker en eierstokkanker

Bij een vrouw met baarmoederslijmvlies kanker is de behandeling vrijwel altijd een operatie. Hierbij worden de baarmoeder, eierstokken en eileiders verwijderd. Dat gebeurt meestal met een kijkbuisoperatie (laparoscopie genaamd). De behandeling van eierstokkanker is meestal ook operatief, via een open buikoperatie. Hierbij worden beide eierstokken, de eileiders en de baarmoeder verwijderd.

Soms is een aanvullende behandeling noodzakelijk: na baarmoederslijmvlies kanker wordt dan bestraling gegeven op de onderbuik. Na en soms voorafgaand aan de operatie voor eierstokkanker, wordt chemotherapie gegeven. Nadien vinden enkele jaren controles plaats bij de gynaecoloog, soms in combinatie met de radiotherapeut of internist oncoloog, om te beoordelen hoe de patiënte de behandeling heeft doorstaan en of de kanker niet terugkomt.

Dr. Jorien Woolderink,
Gynaecoloog Martini Ziekenhuis Groningen

Podcasts en YouTube filmpjes

Deze YouTube filmpjes en Podcasts worden constant bijgehouden & herhaaldelijk vernieuwd:



Voedingssupplementen zouden verboden moeten worden!

In gesprek met prof. dr. Renger Witkamp

<http://tinyurl.com/4hd9287>



In deze podcast serie gaan we in op de wetenschap achter voeding en laten we wetenschappers aan het woord over allerlei thema's die met voeding te maken hebben. Een tip voor een gast of onderwerp? Mail naar info@iamafoodie.nl
Geproduceerd door evidence based foodcollectief I'm a Foodie



Is koffie slecht voor je?

De Universiteit van Nederland Podcast:

<http://tinyurl.com/Koffie-islecht>



Een paar bakkies pleur in de ochtend kunnen hartstikke gezond zijn, vertelt voedingswetenschapper Ellen Kampman (Wageningen Universiteit) je in dit college. Maar daar zitten nog wel een paar haken en ogen aan. Dus let goed op, want wie weet kom jij er zo achter dat jij al jaren op de verkeerde en ongezonde manier je koffie zet of drinkt.



Beter kauwen maakt je gezonder:

<http://tinyurl.com/5bmvmk6t>



Kauwen. Je doet het iedere dag en denkt er waarschijnlijk niet bij na. Toch is goed en lang kauwen belangrijk. Het kan zelfs helpen tegen overgewicht. Guido Camps (Wageningen Universiteit) doet in zijn Hungry Robots lab onderzoek naar kauwen en verzadiging. Hij werkt aan een AI happenteller, slimme snackbox en een minuscule pil die in je darmen data verzamelt om zo voedingsonderzoek te verbeteren. In deze video legt Guido uit wat dat oplevert.



Zijn we straks allemaal allergisch voor brood?

<http://tinyurl.com/ywrb7ndc>



De een heeft een glutenallergie, de ander kiest ervoor om geen brood meer te eten en weer iemand anders wil alleen nog maar 'oergranen'. Hoe moeten we deze voedselhypes vanuit de wetenschap bekijken en wat staat ons nog te wachten? Prof. dr. Fred Brouns van Maastricht University praat je bij.

Zo krijg en houd je gezonde darmen

Wie denkt dat darmen enkel dienen om eten te verteren, heeft het bij het verkeerde eind. Recente onderzoeken laten zien dat ze ook een enorme impact hebben op onze algehele gezondheid. Met andere woorden: als je darmen niet goed werken, zal je lichaam daar wellicht de consequenties van dragen. Professor Eric De Maerteleire, bio-ingenieur en doctor in de Landbouwkundige en Toegepaste Biologische Wetenschappen, geeft een woordje uitleg en vertelt hoe je je darmen gezond kunt houden.

[Lees ook: Wat als je immuunsysteem te goed of niet goed genoeg werkt?](#)

[Lees ook: Waarom hebben vrouwen een beter immuunsysteem?](#)

Immuunsysteem in de darmen

75 procent van ons immuunsysteem bevindt zich in de darmen. Een gezond spijsverteringsstelsel is dus essentieel voor het identificeren en bestrijden van ziekteverwerkers. “We spreken vaak over het GALT-systeem. Dat is kort voor Gut-Associated Lymfoïd Tissue”, aldus De Maerteleire. “GALT, het grootste immuunorgaan in het lichaam van mensen en huisdieren, bevat een verscheidenheid aan immuunceltypen van het aangeboren en verworven immuunsysteem. De darmen en het darmgeassocieerde lymfoïde weefsel (GALT) zijn essentiële componenten van de immuunafweer van het hele lichaam, die het lichaam beschermen tegen vreemde antigenen en pathogenen, terwijl tolerantie voor commensale bacteriën - dit zijn onschuldige, zelfs nuttige bacteriën die in en op ons lichaam leven - en voedingsantigenen mogelijk wordt gemaakt.”

[Lees ook: Wat kunnen postbiotica doen voor onze gezondheid?](#)

- In technische termen: GALT wordt beschouwd als een onderdeel van het mucosale immuunsysteem en bestaat uit geaggregeerd weefsel, waaronder Peyer-plaatjes en solitaire lymfoïde follikels, en niet-geaggregeerde cellen in de lamina propria, darmepitheelcellen, intra-epitheliale lymfocyten, evenals mesenteriale lymfeklieren.

Wie denkt dat darmen enkel dienen om eten te verteren, heeft het bij het verkeerde eind

”

- In mensentaal: aan de binnenkant van onze darmen zit een laagje met cellen die verantwoordelijk zijn voor een goede werking van het immuunsysteem. Dat laagje mag niet aangetast worden en kan enkel intact blijven als de inhoud van de dikke darm in evenwicht is.

Hoe zijn darmen en hersenen met elkaar verbonden?

Het menselijk brein telt ongeveer 100 miljard neuronen. Neuronen zijn cellen in je hersenen en centrale zenuwstelsel die je lichaam vertellen hoe het zich moet gedragen. De darmen bevatten 500 miljoen neuronen die via zenuwen in je zenuwstelsel verbonden zijn met je hersenen. De nervus vagus is een van de grootste zenuwen die je darmen met je hersenen verbindt. Hij stuurt signalen in beide richtingen.

“Tijdens de studie (University of South Florida) werden ratten geleerd om de uitgang te vinden van een doolhof. Toen alle dieren dit onder de knie hadden, werd de groep in tweeën verdeeld. Eén groep werd in een stressvolle situatie gebracht door ze te dwingen langs een kooi met een kat te lopen. Wat bleek? De ratten die niet met de kat waren geconfronteerd, vonden moeiteloos de aangeleerde route, maar de andere groep kon na de confrontatie de uitweg van het doolhof niet meer vinden. Hun geheugen was compleet uitgewist. Bovendien bleek dat de stressratten bij het opnieuw aanleren van de route méér moeite ondervonden dan daarvoor.

Maar ook mensen die onder grote stress staan, hebben last van een slecht geheugen. Zowel het korte als het lange termijn geheugen wordt aangetast. En daarnaast ook het werkgeheugen. Dat is een soort



geheugen 'voor de toekomst'. Daar stapelen we een aantal feiten op die we later nog moeten doen. Zo iets als: 'Wanneer ik thuis kom mag ik niet vergeten de mail van mijn dochter te beantwoorden'. Dat werkgeheugen is van groot belang maar functioneert voor geen meter onder stress. Dat gevoel ken je wel. Als je iets dringend MOET weten, dan lukt het niet. Een paar uur later, als de stress verdwenen is, dan wordt het plots helder in je brein.

Probiotica en prebiotica

Er zijn verschillende dingen die je kunt doen om je darmen gezond te houden. De meest effectieve en voor de hand liggende optie is ten eerste het dagelijks innemen van probiotica. "Probiotica zijn levende bacteriën die een positieve invloed hebben op je darmen. Ze zorgen ervoor dat de micro-organismen in het spijsverteringsstelsel gebalanceerd blijven", legt De Maerteleire uit. Je kunt probiotica vinden in gefermenteerde voedingsmiddelen en dranken zoals yoghurt, zuurkool, kefir, skyr en bepaalde sojaproducten. "Elke persoon zou 150 tot 250 gram yoghurt per dag moeten eten en dat liefst meteen na het middageten. Op dat moment is de pH-waarde van de maag het hoogst waardoor de probiotica sneller in de darmen terechtkomen."

[Lees ook: Probiotica dragen bij aan een gezonde darmflora](#)

[Lees ook: Wat is het verschil tussen probiotica en postbiotica?](#)

"Een tweede belangrijke maatregel is het opeten van voedingsvezels - **prebiotica** - die de goede bacteriën in onze dikke darm voeden. Men zou dagelijks 15 gram vezels moeten eten per 1000 kilocalorieën die men dagelijks nodig heeft. Een voorbeeld: iemand die 2000 kcal moet opnemen per dag moet 30 gram vezels opeten. Daar zitten we momenteel ver onder. De gemiddeld Belg eet nauwelijks 19 à 20 gram vezels per dag. Eén van de prioritaire aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad van België is dan ook om dagelijks minstens 125 volle graanproducten te eten."

[Lees ook: Kan prebiotica het mentale welzijn verbeteren?](#)

Auteur: Sofie Van Rossom, gezondheidsjournalist

Bron: Gezondheid be

‘Uw aandacht in het bijzonder voor’



[Waarom hebben vrouwen een beter immuunsysteem?](#)

Er is al veel geschreven over de verschillen tussen mannen en vrouwen, maar wist je dat er ook verschillen zijn in het immuunsysteem? Eric De Maerteleire, bio-ingenieur en doctor in de Landbouwkunde en Toegepaste Biologische Wetenschappen, geeft duiding.

[Hoe één letter verschil in het DNA een immuunreactie aanstuurt](#)

Eén letter verschil in ons DNA bepaalt of het BCG-vaccin goede bescherming biedt tegen tuberculose of niet. Onderzoekers van het Radboudumc hebben opgehelderd hoe die ene letter verschil de activatie en deactivatie van het immuunsysteem beïnvloed

[Het begin is er: onderzoek naar man-vrouwverschillen in de oncologie](#)

De oncologie levert veel gepersonaliseerde zorg, maar gender- en geslachtsverschillen worden hierin nog nauwelijks meegenomen, vindt het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Hun recentelijk uitgebrachte rapport ‘Vrouw-manverschillen bij kanker’ wil hier verandering in brengen.

[Het is niet aangetoond dat pasta koud eten reeks kankersoorten met meer dan 60% vermindert](#)

Uit een studie, uitgevoerd bij personen met het syndroom van Lynch, zou blijken dat resistent zetmeel, of koude pasta, het risico verlaagt op een aantal kankers. Je kan deze resultaten echter niet zo maar veralgemenen. | [Lees meer](#)

[Nieuwe behandelmethode biedt hoop voor patiënten met uitgezaaide darmkanker: ‘Fantastische uitkomst’](#)

Patiënten met uitgezaaide darmkanker staan niet langer met de rug tegen de muur. Een nieuwe behandelmethode biedt hen de kans langer te leven en mogelijk zelfs te genezen. Het gaat specifiek om patiënten met uitgebreide buikvlies-uitzaaiingen. Het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en het Rotterdamse Erasmus MC deden de afgelopen vijf jaar onderzoek.

[Richtlijn in de kijker: Prikkelbare darm](#)

Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS), ook wel spastisch colon genoemd, is een functionele darmaandoening. Functioneel wil zeggen dat de functie van je dikke darm verstoord is. Met andere woorden: de structuur (anatomie) van je darm is normaal, maar toch werkt hij niet naar behoren. | [Lees de patiëntenrichtlijn](#)

[Psychiater Dirk De Wachter \(spreker AcademieNieuwezorg\)over de zin van een \(on\)gelukkig leven](#)

Mensen zijn te veel bezig met najagen van hun eigen geluk. Hij trekt al jaren volle zalen en is een graag geziene gast in televisieprogramma's als duider van onze state of mind. De Belgische psychiater Dirk De Wachter voelt goed aan uit welke hoek de wind waait in onze ziel. Hij schreef populaire boeken over liefde en de kunst van het ongelukkig zijn.

[Topprestaties van teams op de OK: wat maakt een zorgprofessional veerkrachtig?](#)

Werken op een operatiekamer (OK) is topsport. Hoge werkdruk, spanning en onverwachte ontwikkelingen tijdens operaties vragen veel van zorgprofessionals die elke dag mentaal weerbaar moeten zijn om die topprestaties te leveren. Wat maakt een zorgprofessional veerkrachtig? En hoe werkt leiderschap op een OK?

[Nieuwe test voor opsporing darmkanker kan duizenden patiënten redden](#)

De resultaten zijn hoopgevend. Als de nieuwe test in het huidige bevolkingsonderzoek naar darmkanker zou worden gebruikt, kan die zorgen dat 21 procent minder mensen darmkanker krijgen en 18 procent minder mensen aan de ziekte sterven.

[Sikkelcelanemie : doorbraak in CRISPR-Cas9-behandeling voor erfelijke aandoeningen](#)

Eind vorig jaar werd door de FDA de eerste behandeling met de genetische ‘kniptechniek’ CRISPR-Cas9 goedgekeurd voor sikkelcelanemie. Het gaat om een ex-vivo therapie: stamcellen werden met de techniek voorbehandeld en daarna teruggegeven aan de patiënt.

<http://tinyurl.com/5xe7hmbc>

Met een “extra grijparm” de kankercellen te lijf: Antwerpse therapie baanbrekend in behandeling pancreas- en dikkedarmkanker.



Suzanne Bos-Heerkens heeft MAP en onderging in 2002 een pouch-operatie. Ze is getrouwd met Jan en heeft drie kinderen: Douwe (16) en de tweeling Hanna en Claartje (14) en een hond: Bruno werd 10 maart jl. 3 jaar! In deze column deelt ze haar ervaringen over leven met ziekte in een druk gezin.

Over leven en meeleven!

Empathische zorg in de geneeskunde wordt geassocieerd met een grotere patiënttevredenheid, zo blijkt uit een nieuwe studie. Het zou leiden tot een hogere kwaliteit van zorg. Dat is mooi nieuws in een tijd waarin de zorg wel wat extra's kan gebruiken. Maar, is empathie wel iets is wat je kunt leren? En als dat kan, door middel van studie bijvoorbeeld, is daar dan genoeg draagvlak voor?

Empathie is het vermogen om je in te leven in de gedachten en belevingswereld van anderen. Je hoeft de emoties van die ander niet zelf te ervaren om ze te kunnen begrijpen. Toch is het fijn als je ervaringen hebt die je kunt meenemen.

Ik heb in mijn leven heel wat artsen gezien. De één is zakelijk, de ander informeel. In beide categorieën kan iemand empathisch zijn. Soms kan een arts-patiënt relatie ook veranderen. Zo was er ooit een arts bij wie ik mijn emoties niet durfde te tonen. Pas na het gesprek welden mijn onmachtstranen op. Ik wilde niet overstappen naar een andere behandelaar want mijn arts had toch het beste met mij voor en was bovendien een kei in zijn vak. Op een dag liep ik gewapend met een harnas vol moed zijn spreekkamer in. *Kom maar op!* dacht ik nog. Tot hij me indringend aankeek en zei: 'Ik ben onlangs heel ziek geweest; nu weet ik echt wat jij hebt doorgemaakt.' Hij zoomde in, ik zoomde uit. Hij stond op de patiënten stip, ik mocht er even vanaf stappen.

Empathie moet van twee kanten komen en voorkomen van stroef contact is beter dan genezen. Dat is wat ik heb geleerd. Ik was daarom ook blij toen ik laatst werd gevraagd om in het

UMC Utrecht mee te werken aan een keuzecursus waarbij studenten aan de hand van mijn boek een behandelregime moeten volgen. Ze kruipen als het ware in de huid van de patiënt. Ik had al eerder aan deze cursus meegedaan en het was me befallen. "Ik doe weer mee; wie vindt dit nou niet vanzelfsprekend en belangrijk!" riep ik enthousiast. Toch waren er volgens de docenten mensen die daar anders over dachten. Zoals een internationale student die vertelde dat kunst & literatuur in de geneeskunde in zijn land een luxe was.

Had die buitenlandse student een punt? Ja, zeker wel. We leven hier in luxe en hebben gemakkelijk praten. Toch wil ook hier niemand geld en kostbare tijd verspillen en moet er een toegevoegde waarde zijn. Ik heb zelf veel aan andermans verhalen gehad. Ook in fictie. Lezen werkt voor mij helend en retrospectief. Je hoeft de lessen niet meer te leren die anderen al hebben geleerd. Je verwerkt dingen daarna sneller. En niet onbelangrijk; een beeld dat indruk heeft gemaakt op iemand, blijft vaak hangen zodat er later weer iemand anders kan worden geholpen.

Aan het einde van de dag liep ik de lange gang van het ziekenhuis uit. Het tochtte. Van tocht word je niet ziek. Toch sloeg ik mijn sjaal drie dubbel om mijn hals want ik wist dat ik er een verkoudheid mee zou voorkomen. Ik moest binnenkort namelijk weer terug want de docenten hadden met hun keuzecursus een onderwijsprijs gewonnen en dat moest nog worden gevierd. Ondertussen werd er een nieuw teamoverleg ingepland. De eerstvolgende cursus was namelijk al ruim volgeboekt.

Minder leverkanker bij koffiedrinkers

De uitspraak dat koffie een positieve impact zou hebben op leverkanker, is wetenschappelijk onderbouwd: er is een verband tussen normale koffieconsumptie en leverkanker. Het is echter niet uitgesloten dat mensen met leverziekten, minder goed koffie verdragen.

Waar komt dit nieuws vandaan?

In hetzelfde artikel in Het Laatste Nieuws (1) zegt de Nederlandse voedingsexperte Ellen Kampman nog meer over koffie: 'Je zet koffie best met een koffiefilter. Die houdt slechte vetstoffen zoals cafestol en kahweol tegen. Die stoffen zijn namelijk slecht voor het [cholesterolgehalte](#) in je bloed.' Die boodschap namen we [eerder onder de loep](#) en is sterk overdreven (2).

Kampman stelt verder dat drie kopjes koffie per dag het risico op [leverkanker](#) verminderen.

De relatie tussen koffie en leverkanker is meermaals **wetenschappelijk onderzocht**. In een grote recente overzichtsstudie over koffie en gezondheid lezen we dat een **normale koffieconsumptie** (max 3, 4 kopjes per dag, uitgezonderd in de zwangerschap) met **meer gunstige dan ongunstige effecten op de gezondheid** geassocieerd wordt.

Koffiedrinkers hebben niet alleen minder vaak leverkanker, maar ook minder andere leverziekten, waaronder [levercirrose](#) en [leververvetting](#), in vergelijking met mensen die nooit koffie drinken. Meerdere kopjes hebben een gunstiger effect dan 1

kopje, al blijft de literatuur daarover in het vage.

Veel hangt natuurlijk af van de grootte van de kop, de soort koffie en de sterkte.

Te veel koffie kan darmklachten veroorzaken.

Hoe moet je dit nieuws interpreteren?

Een paar koppen koffie, op welke manier ook klaargemaakt, heeft amper enige invloed op het cholesterolgehalte. Dat duiden we [eerder](#). De voedingsexperte gaat daar uit de bocht.

Het overzichtsonderzoek over koffie en gezondheid, met maar liefst 201 andere overzichtsstudies, bevat voor het leeuwendeel **observationeel onderzoek**. Dat betekent dat verbanden kunnen gelegd worden, maar het **niet noodzakelijk oorzaak-gevolgrelaties** zijn.

Uit het onderzoek komen een aantal **gunstige effecten van koffie en kanker** aan het licht.

Een normale koffieconsumptie lijkt niet alleen het risico op [leverkanker](#) te verminderen, maar ook op [prostaat](#)kanker en endometriumkanker.

Een overzichtsstudie van 16 studies die specifiek keek naar de invloed van koffiedrinken op het risico op leverkanker, toont dat leverkanker **40% minder voorkomt** bij personen met een normale



koffieconsumptie (4). Dat gunstige effect kan ook deels te wijten zijn aan het feit dat mensen met maag- en leverziekten omwille van hun ziekte minder koffie drinken doordat ze het minder goed verdragen. Sommige leverziekten verhogen het risico op leverkanker.

Conclusie:

De uitspraak van Ellen Kampman over koffie en leverkanker is wetenschappelijk onderbouwd: er is een verband tussen normale koffieconsumptie en leverkanker. Die kanker komt minder vaak voor bij koffiedrinkers. Het is echter niet uitgesloten dat mensen met leverziekten minder goed koffie verdragen. Veel leverziekten verhogen het risico op leverkanker. Stellen dat 3 kopjes het risico op leverkanker verminderen, geeft de indruk dat koffie rechtstreeks gunstig is voor de lever. Dat weten we niet zeker.

Referenties:

- (2) <https://www.gezondhedenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/doet-koffie-je-cholesterolgehalte-stijgen>
- (3) R Poole, O Kennedy, P Roderick et al. Coffee

consumption and health: umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes. *BMJ* 2017;359:j5024

- (4) F Bravi, C Bosetti, A Tavani et al. Coffee Reduces Risk for Hepatocellular Carcinoma: An Updated Meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology* 2013;11:1413-1421

(5) Gerelateerde richtlijnen:

- [Prostaatkanker](#)
- [Levercirrose](#)
- [Lever- en galwegkanker](#)
- [Niet-alcoholische vetlever](#)

Gerelateerde nieuwsberichten:

- [Koffie vermindert mogelijk je risico op prostaatkanker 17 jan 2023](#)
- [Het is helemaal niet zeker of koffie beschermt tegen leververvetting 14 apr 2021](#)
- [Is koffie schadelijk tijdens de zwangerschap? 02 sep 2020](#)
- [Doet koffie je cholesterolgehalte stijgen? 12 feb 2020](#)

Bron: Gezondheid en Wetenschap

Dit moet je weten over de lever

6 weetjes over de lever

Wist je dat je lever na de huid het grootste orgaan in je lichaam is? Deze en nog vijf andere feiten over dit belangrijke orgaan voor je op een rij!

1. Grootste orgaan na de huid

De lever is na de huid het grootste orgaan in ons lichaam en weegt gemiddeld 1,5 kilogram, wat toch vrij groot is. Hij neemt dan ook een groot deel van de bovenbuik in beslag, rechts onder de ribben. Toch kun je hem in normale omstandigheden bij klinisch onderzoek niet voelen, of enkel net de onderrand. Als de leVERRAND dieper komt dan de ribbenboog, dan is er sprake van een vergrote lever, wat wijst op een acute leverontsteking of op bepaalde bloedziekten. Bij een eindstadium van een leverziekte is er juist sprake van een kleinere lever.

2. Twee helften

De lever bestaat uit een linker- en rechterhelft, waarbij de rechterhelft groter is dan de linkerhelft. Beide helften worden nog eens in vier segmenten onderverdeeld. Tussen de twee helften onderaan de lever ligt de galblaas.

3. Bloedzuivering

Er stroomt heel wat **bloed** door de lever. Er vormen zich twee grote circuits van bloedvaten: een van de darmen naar de lever met de poortader en een van de hoofslagader naar de lever met de slagader van de lever. Het bloed van alle organen in de buik moet door de lever stromen, waar het bloed wordt gezuiverd. Eenmaal als het bloed de lever is gepasseerd, gaat het zuivere bloed naar de longen en het hart. De lever heeft dus echt een centrale positie in het lichaam. De poortader zorgt voor 70 procent van de bloedvoorziening van de lever zelf. Dat bloed moet dus nog worden gezuiverd. De andere 30 procent van het bloed dat naar de lever vloeit, is zuiver en zuurstofrijk bloed en komt langs de slagader van de lever. Het is eigenlijk een vrij unieke situatie dat een orgaan voor het grootste deel wordt bevoeid door 'vuil' bloed vol toxische stoffen en voor een kleiner deel met gezuiverd bloed. Deze twee grote bloedvaten

vertakken zich allebei tot op microscopisch niveau in de lever. Het is dus van belang dat ook daar alles tot in die kleinste vertakkingen goed blijft verlopen. Als er bepaalde stoornissen plaatsvinden in die kleine vertakkingen van de bloedvaten, kan zich namelijk al een leverziekte ontwikkelen.

4. Galweg

Ook de galweg vertakt zich helemaal in de lever. Er zijn dus twee grote bloedvaten en één galkanaal die zich tot op microscopisch niveau helemaal vertakken in de lever: de slagader van de lever, de poortader en de galweg.

De poortader zorgt voor 70 procent van de bloedvoorziening van de lever zelf. Dat bloed moet dus nog worden gezuiverd

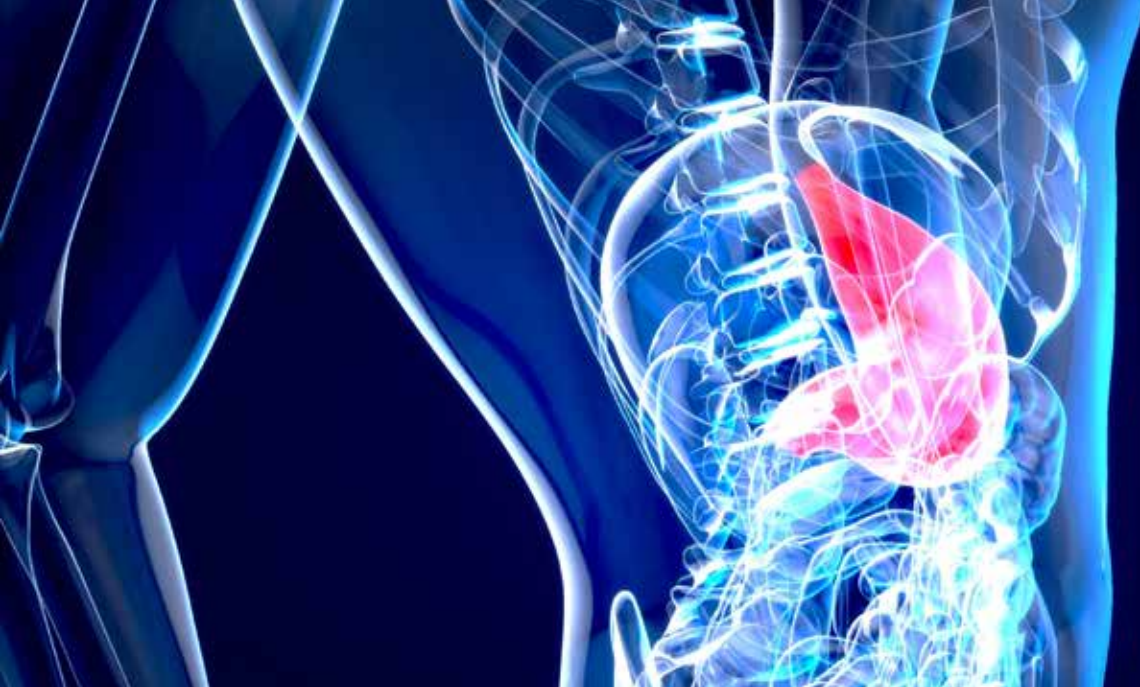


5. Zeshoeken

Als je met een microscoop zou inzoomen in de lever, dan zou je allemaal zeshoeken zien. Als er een biopsie wordt genomen en er dus onder de microscoop naar een stukje van de lever wordt gekeken, wordt dat zeshoekige patroon bestudeerd. Bij het vermoeden van een leverziekte maken verstoringen in dat patroon duidelijk welke ontsteking de leverziekte veroorzaakt. Bij een auto-immuunhepatitis bijvoorbeeld zien specialisten op bepaalde plaatsen van de zeshoek heel specifieke ontstekingen in immuuncellen. Bij schade door **alcohol** zien ze ook een ontsteking, maar dan op een andere plaats in die zeshoek en met een ander uitzicht. Het vormt met andere woorden een stukje van de puzzel als ze willen nagaan aan welke leverziekte een patiënt lijdt.

6. De lever produceert gal

De lever, en niet **de galblaas**, produceert gal. De gal helpt bij verteringsprocessen en stroomt vanuit de lever via kleine galweggetjes naar grotere galwegen



links en rechts in de lever. Vervolgens komen de linker- en rechterkant van de galweg samen in één gezamenlijke hoofdgang, die in de dunne darm uitkomt.

[Meer lezen over de lever?](#)

Bovenstaande weetjes komen uit [het boek De lever](#). In dit boek bundelen zes leverspecialisten (Hans

Van Vlierberghe, Anja Geerts, Xavier Verhelst, Helena Degroote, Sarah Raevens en Lore Hoof) uit het UZ Gent hun krachten om iedereen te informeren over de lever. In begrijpelijke taal leggen ze uit waarom dit orgaan zo belangrijk is. Daarnaast komen ook de voornaamste leveraandoeningen en hun behandelingen aan bod. De opbrengst van het boek gaat integraal naar het Fonds Leverziekten.

De lever

[Korte inhoud](#)

Zonder je lever kun je niet leven. Dit levensbelangrijke orgaan is een van de motoren van ons lichaam, en toch is er erg weinig over bekend. Tot nu. In dit boek bundelen zes leverspecialisten uit het UZ Gent hun krachten om jou alles bij te brengen wat je moet weten over de lever. Ze staan stil bij de anatomie van de lever en leggen in begrijpelijke taal uit waarom het orgaan zo belangrijk is.

Daarnaast komen ook de voornaamste leveraandoeningen (van leverfibrose tot levercirrose en leverkanker) en hun behandelingen aan bod. Ten slotte maken de auteurs ook komaf met hardnekkige mythes over de lever. Want is alcohol of chocolade slecht voor je lever of niet? Kun je je lever met voedingssupplementen versterken? En is een detoxkuur voor je lever überhaupt mogelijk?

Je ontdekt het in dit boek, dat werd opgetekend door Sofie Vanherpe.

Drs. Hans Van Vlierberghe, Anja Geerts, Xavier Verhelst, Helena Degroote en Sarah Raevens zijn arts-specialisten van het Universitair Ziekenhuis van Gent. Lore Hoof is verpleegkundig specialist en ook verbonden aan het UZ Gent.



Anja Geerts, Hans Van Vlierberghe, Sarah Raevens, Lore Hoof, Xavier Verhelst, Helena Degroote

Paperback

ISBN 978-94-6337-719-5

€ 24,50, incl. BTW

Beschikbaarheid: Leverbaar

Publicatiedatum: 5 dec. 2023



Michelle vond het moeilijk dat haar diagnose een soort 'eerste dominosteentje' in haar familie was

Een leven met Lynch:

Een persoonlijk verhaal van Michelle Godec

Door: Lin Woldendorp

Afgelopen Lynch Polyposis contactdag, op 11 november 2023, was er een fotostudio om jongvolwassenen tussen de 18-39 jaar met Lynch of polyposis (of verdenking daarop) met elkaar in contact te brengen en te verbinden. De verhalen en fotorapportages van de jongvolwassenen die aanwezig waren worden sindsdien gedeeld in een vaste rubriek van het Contactblad; vorige keer het verhaal van Lysanne en Casper, dit keer het verhaal van Michelle.

Michelle Godec deelt haar aangrijpende reis van de ontdekking van het Lynch-syndroom. Als 30-jarige docente Frans en vrijwilliger bij Stichting Kankerpraat, heeft Michelle een leven vol uitdagingen geleid sinds de diagno-se van darmkanker op 29 juli 2022.

De ontdekking van het Lynch-syndroom kwam als een schok. Het kankerweefsel dat bij de coloscopie in juli 2022 werd afgenomen riep het vermoeden op van Lynch syndroom en deze diagnose werd inderdaad bevestigd tijdens een DNA-onderzoek enkele weken later. Na de diagnose van darmkanker en diagnose van Lynch syndroom beleefde Michelle een emotionele achtbaan. Terwijl de behandeling van kanker op een laag pitje stond, raakte ze in de greep van angst en machteloosheid. Een terugval naar een vroeger coping-mechanisme, anorexia, bracht haar tot een nieuwe uitdaging die ze moest overwinnen tijdens een drie maanden durende ziekenhuisopname.

Het accepteren drager te zijn van Lynch syndroom was een proces dat tijd en begrip vergde. De toekomst is voor Michelle een mix van angst en acceptatie. Lynch blijft als een zwaard van Damocles boven het hoofd hangen en een stukje zorgeloosheid is ze kwijtgeraakt, maar goede uitslagen brengen rust. Ze probeert minder naar de toekomst te kijken en meer in het nu te leven, wetende dat het leven onvoorspelbaar is. Het bewustzijn van gezondheid en weloverwogen keuzes maken werden essentieel in Michelle's leven; Michelle realiseerde zich dat preventieve maatregelen haar toekomst positief kunnen beïnvloeden, zelfs

als de uitdagingen blijven, vooral met betrekking tot haar kinderwens. Met een intense kinderwens gaan Michelle en haar vriend het PGT-traject in om de kans op overerving te elimineren. Het proces is uitdagend maar hoopvol en ze kijken ernaar uit om het fertiliteitstraject te hervatten na bijna twee jaar wachten vanwege de kankerdiagnose.

Als de eerste in haar familie met Lynch werd Michelle geconfronteerd met de impact op haar familie. Het nieuws bracht onrust en bezorgdheid binnen de familie en Michelle vond het moeilijk dat haar diagnose een soort 'eerste dominosteentje' in haar familie was. Recent ontdekte Michelle's moeder dat ze ook drager is, terwijl het zusje van Michelle geen drager bleek te zijn, wat gemengde gevoelens van blijdschap en bezorgdheid opriep. Hoewel het de band tussen Michelle en haar moeder niet wezenlijk veranderde, voelen ze nu wel een extra verbinding omdat ze samen in hetzelfde schuitje zitten. Tijdens het PGT-traject zal er ook DNA van haar moeder gebruikt worden, wat ze beiden een mooie gedachte vinden.

Michelle en haar moeder willen bijdragen aan de bewustwording rond Lynch. Ze spreken openlijk over het Lynch syndroom en zien het als een uitdaging om meer bekendheid te genereren. Als Lynch-dragers begrijpen ze de waarde van het kennen van je eigen DNA en willen ze anderen aanmoedigen hetzelfde te doen.

Godec deelt haar aangrijpende reis van de ontdekking van het Lynch-syndroom. Als 30-jarige docente Frans en vrijwilliger bij Stichting Kankerpraat, heeft Michelle een leven vol uitdagingen geleid

Mocht je interesse hebben in het delen van jouw verhaal en foto met jonge lotgenoten neem dan contact op met fotografe Lin Woldendorp: linwoldendorp@gmail.com De foto's zullen in de privésfeer gemaakt worden, eventueel anoniem gedeeld worden en je mag uiteraard meebeslissen over het hoe en wat.

Ilse: Ik heb FAP

Ik zal mij eerst even voorstellen: mijn naam is Ilse Schenk. 'k Ben 81 jaar en mijn man Hans is in november 2021 overleden aan de gevolgen van COPD, wij waren 55 jaar getrouwd. Mijn dochter Claudia is in november 2019 overleden aan maagkanker, ze is helaas maar 47 jaar geworden.



Isabel Gerritzen, Ilse Schenk en Kim Gerritzen

Wij hebben 2 kinderen gekregen en wel Richard en Claudia. Claudia had al sinds haar 10^e jaar last van haar darmen. Ondanks vele bezoeken aan huisarts, internist, en paragnost kon men geen duidelijke oorzaak vinden en een en ander werd toen beschreven als spastische dikke darm syndroom. Na jaren doorgesukkeld te hebben is ze op een gegeven ogenblik toen zij 18 jaar was, door verwezen naar een internist. De internist zei "je bent te jong om zoveel poliepen te hebben in je dikke darm". Vervolgers werd er niets aan gedaan.

Jaren later - toen zij 27 jaar was - had zij ontzettend veel last van haar darmen en gingen we naar een specialist in het Erasmus Ziekenhuis (EMC) te Rotterdam. Hier werden we doorverwezen naar de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (StOET) te Leiden voor het maken van een DNA-onderzoek. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat ze de ziekte Familiare Adenomeuze Polyposis coli (FAP) had. Nadat we eindelijk wisten wat voor een ziekte mijn dochter heeft moesten mijn man, mijn zoon en ik naderhand ook een DNA-test afnemen. Hieruit bleek dat mijn man en mijn zoon niet de gendragers waren doch dat ik de

gendrager was van de ziekte. In tegenstelling tot Claudia had ik totaal geen last van de ziekte in mijn jeugdijaren. Mijn tante aan mijn moeders kant heeft darmkanker gehad en na aandringen van Claudia is er bij mijn achternicht Nellie ook een DNA-test afgenomen. Over dat onderzoek heb ik nooit bericht ontvangen en dus heb ik geen idee wat het resultaat hiervan was.

In 1999 is er bij Claudia de dikke- en de endeldarm verwijderd in het AMC te Amsterdam. Nadat het bij mij bekend was dat ik ook de ziekte had moest ik een colonoscopie ondergaan en daaruit bleek dat mijn dikke darm vol zat met poliepen maar dat mijn endeldarm helemaal schoon was. Bij een gesprek met de arts heb ik aangegeven dat ik toch ook mijn endeldarm wilde laten verwijderen ter voorkoming dat ik binnen niet al te lange tijd weer een operatie moest ondergaan voor het verwijderen van de poliepen in de endeldarm. Helaas is deze operatie niet gegaan zoals ik gehoopt had. Na de operatie kreeg ik een vaginale fistel. Ter informatie: Een fistel is een abnormale verbinding tussen twee holle organen of tussen een orgaan en de buitenkant van het lichaam.

Een rectovaginale fistel is een fistel die ontstaat tussen vagina en de endeldarm (rectum).

En dat resulteerde in een stoma, waarvan ik helaas erg veel last van heb ondervonden. Vele modellen stoma's heb ik moeten uit proberen voordat ik uiteindelijk na 4 maanden een juiste "plakker" had waarvan ik het juiste model gevonden had en ik hiervan het minste last en huidirritatie van had Ik heb ruim een jaar met de stoma moeten lopen. In 2001 kon mijn stoma terug gelegd worden en in hetzelfde jaar werd ik ook geopereerd aan mijn vaginale fistel hetgeen gelukkig goed verliep en waardoor ik geen stoma meer nodig had.

Later moest ik wel ter controle naar het ziekenhuis voor controle van de fistel. Toen is mij verteld dat mijn fistel helemaal genezen was. Vanaf die datum begon mijn gewone leven weer. Tot op heden gaat het nog steeds goed. Wel moet ik regelmatig(jaarlijks) op controle bij de maag -darm -lever arts. Wie weet zien we elkaar weer op een van de contactdagen.

Vriendelijke groeten

Ilse Schenk

Kim dochter van Claudia

Zelf kan ik nog wat vertellen over mijn moeder Claudia, aan het woord is Kim, dochter van Claudia

Claudia en haar gezin gingen tijdens de herfst op vakantie naar de Veluwe, maar tijdens de vakantie had ze opeens heftige buikpijn en last van haar longen. Meteen de maandag na de vakantie is ze langs de huisarts geweest om bloed te prikken. Twee dagen later ontving ze een telefoontje van de assistente: “Claudia we hebben de uitslag van het bloedonderzoek je moet even langs de dokterspraktijk.” Daarna werd ze met spoed doorverwezen naar het ziekenhuis en hebben zij daar een aantal scans gemaakt. Na een aantal uren zaten wij met ze allen in de wachtkamer op de uitslag te wachten (Kim, Isabel, Marco en Claudia). De arts kwam binnen en vertelde het nieuws dat Claudia terminaal ziek was, in al haar organen zat kanker. De arts vertelde ons dat wij morgen terug konden komen en voor nu naar huis mochten gaan, om het even te laten bezinken.

De volgende dag ging Claudia, Marco en Kim naar de arts om te kijken wat is het behandelplan en hoe verder. De arts vertelde ons dat chemotherapie bijna “geen zin” had omdat het in al haar organen was uitgezaaid. Wel gaf de arts eerlijk toe: “we kunnen een behandelplan starten maar de kans dat hij aanslaat is nihil. En daarnaast moet je ook geïsoleerd

worden omdat je immuunsysteem drastisch veranderd.” Mijn moeder koos om haar laatste weken met haar gezin door te brengen en thuis te blijven. Ook thuis veranderde Claudia’s gezondheid in een rap tempo. Na een week had ze ook alvleesklierkanker.

Toen kwam onze huisarts langs en vertelde: “Claudia naast long-, darm-, nier- en maagkanker is het nu uitgezaaid naar je alvleesklier, daarom krijg je vanaf heden een maagsonde dit houdt in dat alles wat in je maag komt er meteen wordt uitgehaald.” “Nu wil ik je een optie geven dat je mag kiezen voor

euthanasie of de kanker laten bepalen wanneer je komt te overlijden.”

Claudia koos voor euthanasie. Zij had nog zelf het een en ander geregeld zoals heel haar uitvaart, dingen voor haar kinderen etc. De dag van haar overlijden had ze haar dierbare uitgenodigd om afscheid te nemen.

Daarna kwam de dokter langs die het middel toe diende. En was Claudia overleden. Het nieuws tot aan haar overlijden heeft in drie weken plaats gevonden, ze is op 19 november 2019 overleden. Claudia is 47 jaar geworden.

Kim Gerritzen



Moeder Claudia met haar twee dochtertjes: Isabel en Kim



Verder leven
met of na
kanker, hoe is
dat voor jou?

doneer je ervaring .nl

Verder leven met of na kanker, hoe is dat voor jou?

89% van de kankerpatiënten heeft nu nog last van een of meerdere lichamelijke en/of psychische klachten als gevolg van hun ziekte of behandeling.
Inschrijfformulier: 'Doneer je ervaring':
<http://tinyurl.com/wd68ya4x>

Of per QR-code:



[Lees meer over de resultaten en de acties van NFK:](#)

Wat is de invloed van kanker op je leven in de loop van de tijd? Dit vroegen wij aan mensen die minimaal twee jaar geleden hoorden dat ze kanker hebben of hadden. Ook mensen bij wie kanker nu geen invloed meer heeft konden deelnemen aan de peiling. Met de vragenlijst hebben we inzicht gekregen in hoe het gaat met mensen die leven met of na kanker.

'Je wil niet de uitzondering zijn, maar door minder concentratie kost het gewoon meer energie om hetzelfde werk uit te voeren. Jammer dat er niet altijd de ruimte is om stapje terug te kunnen doen op slechtere dagen.'

Voorkom onjuiste verwachtingen bij DNA-diagnostiek

In de oncologische zorg zien we een toename van onderzoeken waarbij naar het DNA van mensen wordt gekeken. Ook nemen de mogelijkheden voor DNA-thuistesten toe. Burgers benadrukken desgevraagd dat er gemakkelijk onjuiste verwachtingen kunnen ontstaan over de waarde van DNA-onderzoek. Het is volgens hen daarom belangrijk om volledige en persoonlijke informatie te bieden, ook voorafgaand aan het onderzoek. Het Nivel voerde dit onderzoek, bestaande uit een Burgerplatform en tien interviews, uit in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij oncologische diagnostiek gaat het bijvoorbeeld om erfelijkheidsonderzoek, om na te gaan of in de familie een grotere kans bestaat op het krijgen van een bepaald type kanker, maar ook over DNA-onderzoek waarmee getracht wordt het gedrag van de tumor te voorspellen, de zogenaamde tumorgenetica. DNA-thuistesten kunnen mensen zelf kopen en thuis ondergaan.

Ideeën om onjuiste verwachtingen te voorkomen bij DNA-diagnostiek in de oncologische zorg

De deelnemers aan het onderzoek deden de volgende suggesties om onjuiste verwachtingen bij DNA-diagnostiek in de oncologische zorg te voorkomen:

Tips voor zorgverleners bij het praten met de patiënt over DNA-diagnostiek

- Zorg voor een persoonlijke uitleg, die niet te wetenschappelijk is.
- Geef vooraf aan wat de begrenzings van het onderzoek zijn.
- Maak voor de patiënt inzichtelijk welke mogelijkheden er zijn om zelf aan de gezondheid te werken bij de verschillende mogelijke uitslagen die het onderzoek kan hebben.
- Neem genoeg tijd voor de uitleg aan de patiënt.
- Koppel een patiënt aan een andere patiënt die de hele procedure al eens heeft doorlopen.
- Maak gebruik van kennis uit het (lagere) onderwijs over effectieve informatieoverdracht, zodat je uitleg voor iedereen te volgen is.

Ook bij DNA-thuistesten is goede informatievoorziening nodig

Rond DNA-thuistesten noemden de deelnemers deels andere behoeftes aan informatie. Ze vonden dat helder moet zijn dat de uitslag slechts bestaat uit, in hun ogen, algemene uitkomsten en adviezen. Verder vonden de aanwezigen eerlijkheid en duidelijkheid over hoe de uitslagen worden berekend en over de opslag van hun gegevens van groot belang. Daarnaast noemden zij de behoefte aan een intake vooraf, aan goede begeleiding tijdens het traject en aan nazorg. De meningen verschilden over de vraag of een onafhankelijke partij moet voorzien in deze nazorg of dat deze geboden kan worden door de aanbieder.

Positieve emotie overheerst bij DNA-diagnostiek oncologische zorg

De deelnemers hadden vooral bewondering voor DNA-diagnostiek in de oncologische zorg, omdat 'dit allemaal mogelijk is'. Er waren ook gevoelens van angst, onder andere vanwege de spanning en stress rond het onderzoek en - bij erfelijkheidsonderzoek - de angst om 'iets' door te geven. Een voorzichtige vergelijking laat zien dat er in de oncologische zorg meer negatieve emoties spelen rond de DNA-thuistesten dan de DNA-diagnostiek, waarbij het dan met name gaat om achterdocht en angst ten aanzien van de DNA-thuistesten.

Het onderzoek

De resultaten in het rapport representeren de meningen van een groep burgers. Deze werden ingebracht tijdens een Burgerplatform over DNA-diagnostiek met 17 deelnemers en tijdens tien online interviews, alle in oktober 2022 gehouden. Het Burgerplatform is een methode om burgers te betrekken bij discussies over complexe vraagstukken in de gezondheidszorg. Tijdens een interactieve bijeenkomst krijgen deelnemers informatie over het onderwerp en worden ze meegenomen in de discussie via groepsopdrachten. Het streven is niet om te komen tot consensus, maar juist om de diversiteit in meningen en behoeften in kaart te brengen. De tien online interviews zijn gehouden met burgers met (gemeten) beperkte gezondheidsvaardigheden. Alle deelnemers aan het onderzoek zijn geworven binnen het [Consumentenpanel Gezondheidszorg](#).

Bron: Nivel

Mijn Coloscopie ervaring

Door: Maaike Kolner

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 darmspecialist 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 grapte 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 wegkrijgen. 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.

De jaarlijkse onderzoeken heb ik altijd rond februari. Gelukkig is alles goed onder controle en heb ik weinig of geen poliepen. Wel woon ik inmiddels 22 jaar in Italië.

Door: Susan de Putter

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 laxeermiddel 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 stoma. 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 eerst in het Erasmus MC Rotterdam, tegenwoordig in 't ADRZ te Goes. Laxatie gebeurt met Klean-Prep 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, het personeel van het ADRZ is deskundig en betrokken. Bovendien is het veel minder belastend qua reizen. Mede daardoor kan ik er goed mee omgaan.

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 voorafgaande 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 tumorgroei (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 dikker 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 gevallen 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. Cijfermateriaal Polyposis ontbreken helaas.

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

Coloscopie: Dieet, Laxeren en Sedatie

Door: Dr. Mariëtte van Kouwen
Maag-Darm-Lever-arts Radboudumc

Gen-mutatie dragers ondergaan in hun leven frequent een coloscopie (darmonderzoeken door middel van een kijkertje). Zowel de coloscopie als de voorbereiding 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 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 makkelijk op te sporen zijn. Wat natuurlijk uitermate belangrijk is bij mutatiedragers. De techniek ontwikkelt zich steeds verder, waardoor steeds meer poliepjes opgespoord kunnen worden.

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 scopie 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 gebruiken, deze producten worden namelijk grotendeels in de dunne



darm opgenomen en produceren daardoor weinig ontlasting. Voorbeelden hiervan zijn: vla, yoghurt, gladdes pap, bouillon, thee.

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 makkelijk op te sporen zijn. Wat natuurlijk uitermate belangrijk is bij mutatiedragers. De techniek ontwikkelt zich steeds verder, waardoor steeds meer poliepjes opgespoord kunnen worden.

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.



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, Moviprep, en Pleinvue.

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, Klean-Prep is binnenkort niet meer leverbaar. Overigens moet men van Colofort ook 4 liter drinken. De afgelopen jaren zijn veel ziekenhuizen overgestapt naar een middel waarvan minder gedronken hoeft te worden, zoals Moviprep (2 liter) of Pleinvue (1 liter). Moviprep 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. Het eerste deel van het laxeermiddel moet binnen een uur gedronken worden. 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 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 scopie gebruikt en het tweede deel de dag van het onderzoek. Tussen het tweede deel en de scopie dient idealiter 2 uur te zitten.

Tevens is het erg belangrijk om een ruime hoeveelheid heldere dranken te drinken (bij Moviprep en Pleinvue 2 liter).



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 laxeremiddelen zoals 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 (picoprep-zwavelzuur/magnesiumoxide/citroen). Hierbij moet er 2 maal 150 ml (ook split-dose) gedronken worden. Picoprep heeft een neutralere smaak, met name niet de bittere smaak. 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. Dit middel wordt niet of nauwelijks meer gebruikt.

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.

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.

”

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.

Een coloscopie kan een pijnlijk onderzoek zijn, door het gebruik van de CO₂, dat wordt gebruikt om de darm op te blazen en de darmwand zichtbaar te maken. Ook trek op het buikvlies kan pijnlijk zijn. Pijn tijdens een coloscopie komt regelmatig voor en betekent niet dat er een complicatie is opgetreden. Het slijmvlies van de darm zelf heeft geen pijnsensoren, waardoor het nemen van biopsien of het verwijderen van poliepen niet pijnlijk zijn.

Vanwege de mogelijke pijn wordt de Dormicum (al voor start van het onderzoek) bijna altijd gecombineerd met een sterke pijnstillers, 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 verminderd. Omdat anders de kans op complicaties toeneemt. Over het algemeen zijn mensen met de combinatie Dormicum en pijnstilling wat wakkerder, maar hebben de patiënten minder pijn en is het onderzoek zo goed te verdragen.

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, patiënten 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 de coloscopie toch te pijnlijk voor de patiënt, waardoor er extra pijnstilling tijdens de coloscopie 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 mogelijk, 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. Voor de patiënt is er, qua pijn, nauwelijks tot geen verschil tussen Propofol en narcose. De coloscopie onder Propofol heeft in ons ziekenhuis de narcose bijna volledig vervangen. Er wordt nu onderzoek gedaan naar sedatie middels Remimazolam, wat als voordeel heeft dat patiënten dieper en sneller slapen en er in tegenstelling tot Propofol geen anesthesist noodzakelijk is.

Na de coloscopie

Indien de patiënt goed wakker is mag men naar huis. Als u sedatie heeft gehad, mag u niet aan het verkeer deelnemen (omdat het reactievermogen is vertraagd). Na de scopie mag u alles weer eten en drinken, maar de meeste mensen verdragen niet direct een zware maaltijd.

De dagen na de scopie ervaren een aantal mensen een gevoelige buik, dit trekt vanzelf weer weg. Soms treedt er enig bloedverlies op, met name als er een poliep is verwijderd of als er bipten zijn genomen. U wordt vanuit het ziekenhuis geïnstrueerd wanneer u aan de bel moet trekken.

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. Tevens wordt er onderzoek gedaan naar Artificial intelligent (AI), wat veel belovend is, maar nog niet toepasbaar is de dagelijkse praktijk.

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

Kijken in het bovenste deel van het maag-darmstelsel: Wat houdt dat in?



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

Bij de verdenking op een ziekte in het bovenste deel van het maag-darmstelsel had men tot het midden van de vorige eeuw alleen maar de beschikking over een Röntgenfoto waarbij contrastvloeistof gedronken moest worden of via een slang in de dunne darm werd ingebracht.

Men kon al wel met een starre buis, die mensen als een soort degenlikker moesten inslikken, een blik werpen in de slokdarm en ook kon men 'aan een touwtje' een camera naar beneden laten die dan alles op een fotorolletje vastlegde dat dan na het ophalen van de camera ontwikkeld moesten worden en de diagnose al dan niet gaf. Met de komst van de vezeltechnologie deed de flexibele endoscoop (letterlijk: inwendige kijker) zijn intrede in de diagnostiek. De endoscoop was met behulp van kabels bestuurbaar en ook kon licht van een uitwendige lichtbron overgebracht worden in de

duisternis van het maag-darmstelsel. Via vezels (fibers) kon het beeld van de maag worden doorgestuurd 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 oesofago-gastro-duodenoscopie, verwijzend naar de delen die men kan onderzoeken: de slokdarm (oesofagus), de maag (gaster) en de twaalfvingerige darm (duodenum). Ook kwamen er werkkanalen 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 paddenstoeltje op een steeltje, kunnen worden verwijderd door over de kop heen om het steeltje een lasso te

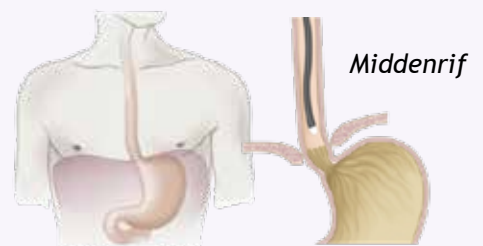


Slokdarm doorgang
richting de maag

Normaal plaveisel
epitheel

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. Maar de techniek gaat steeds verder en MDL artsen worden bijna chirurgen door hun endoscoop: door het werkkanaal kunnen mesjes om te snijden en clips (een soort wasknijper) en staplers (niet-machines) om een spontane perforatie of doelbewust gemaakte snede te dichtten, worden opgevoerd. Zo worden nu sondes voor voeding door de buik- en maagwand geplaatst en worden slokdarmoperaties voor behandeling van zure reflux van maagzuur naar de slokdarm en zelfs maagverkleiningen voor obesitas uitgevoerd. Steeds meer verschuift de endoscopie van diagnose naar behandeling.

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 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.

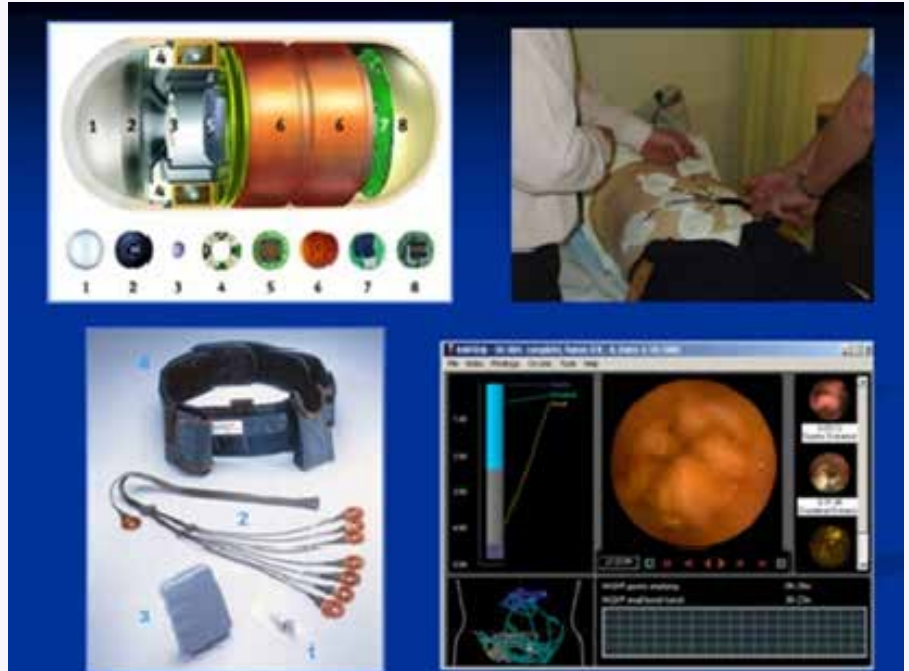




Men kon zo afwijkingen afbeelden maar er verder niets mee doen. Nieuwere onderzoeken zijn nu de video capsule enteroscopie, ook wel VCE genoemd, waarbij men een capsule inslikt ter grootte van een antibiotica pil die continue fotootjes doorstuurt naar een recorder die men in een riem om de buik draagt.

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 dunne-darm-kijker: een enteroscoop, die voorzien is van 1 of 2 ballonnen. Dit onderzoek wordt dan ook wel aangeduid als single (enkel) ballon enteroscopie of dubbel-ballon 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 werkkanalen 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



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.

tijd en expertise vraagt wordt altijd onder een roesje of soms algehele verdoving gedaan en kan alleen maar in specialistische centra gebeuren.

Ook de galwegen en de pancreas (alvleesklier) behoren tot het bovenste deel van het maag-darmstelsel. Ook hier kan via de inwendige weg diagnostiek en therapie worden uitgevoerd. Dit onderzoek heet ERCP: Endoscopische Retrograde Cholangio Pancreaticografie: het via een endoscoop, terugwaarts-kijkend, afbeelden van galwegen en alvleesklier. Galwegen en alvleesklier afvoerweg monden namelijk op een gemeenschappelijk punt: de papil van Vater uit in de twaalfvingerige darm. Met de endoscoop gaat de MDL arts voor de papil liggen en kan dan kathetertjes met contrastvloeistof



inbrengen in de papil van Vater en zo de galwegen en alvleesklier afvoerweg opspuiten. Onder Röntgendoorlichting kan hij/ zij zien of er afwijkingen zijn. Zijn er galstenen in de galwegen dan kan de MDL arts die, na de papil van Vater opengesneden te hebben, met een ballonnetje of mandje naar buiten, de twaalfvingerige darm in, trekken. De galstenen worden dan met de ontlasting verwijderd.



Vorbereiding voor het onderzoek

Het is 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 ziektegeschiedenis zoals bijvoorbeeld bij een te trage maagontleding bij diabetes. 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 longen waardoor een longontsteking kan ontstaan. Ook is het meenemen van een medicatielijst handig, zeker als men een roesje wil en als men evt. bloedverduuners slikt. Bij de voorbereiding van een endoscopie moet men soms een drankje drinken: dit is om schuimvorming en bellenblazen 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.

Wat heeft men voor lasten van het onderzoek?

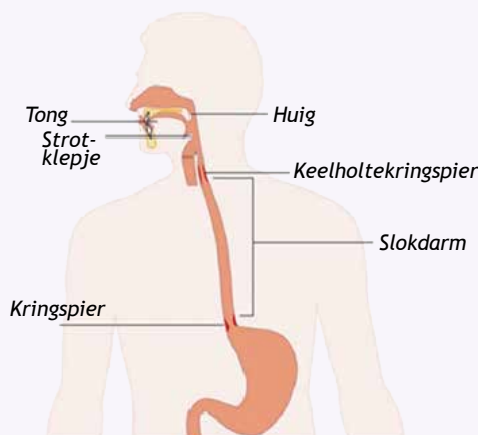
Mensen die het onderzoek zonder een 'roesje' willen ondergaan vinden het slikken van de endoscoop moeilijk, ondanks dat de keel verdoofd wordt. Men kokhalst doordat de endoscoop over het achterste van de tong gaat, men hoeft zich hier niet voor te schamen want het is een natuurlijke reactie. Het verder 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

Detail opname van de onderdelen van het bovenste deel van het maagdarmstelsel



Omdat deze enteroscoop werkanalen heeft waardoorheen men instrumenten kan opvoeren, kan hierbij wel poliepen worden verwijderd, bloedingen worden gestelpt of markeringen met inkt bij belangrijke afwijkingen worden geplaatst

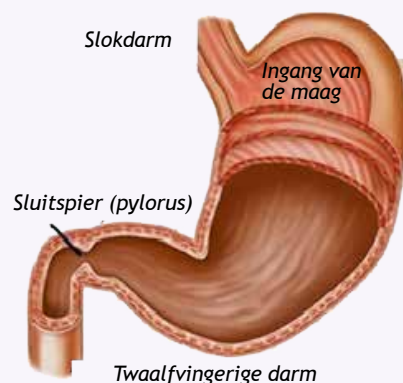


voor de korte periode van de endoscopie optreedt terwijl men zich alles ervoor en erna nog goed herinnert. Na afloop van het onderzoek, als de keelverdooving is uitgewerkt, mag men als regel weer alles eten en drinken als tevoren.

Nazorg

Belangrijk is te vermelden dat als men een 'roesje' heeft gekregen men moet uitslapen in de uitslaapkamer of de recovery. Men mag niet zelf naar huis rijden en 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



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-enteroloog 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 onwelkome groeisels die met succes zijn verwijderd.

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

De dunne darm is echt schitterend om van binnen te zien. De darmvlokken wapperen als kleine vlaggetjes heen en weer. Omdat er bij mij een stuk van mijn dikke darm ontbreekt is het makkelijk in de dunne darm te komen met de endoscoop. De mooie beelden die dat oplevert leiden ook tot enthousiasme bij verpleegkundigen en artsen. Soms wordt dat enthousiasme wel een beetje te veel, ik herinner me een scopie waar op een gegeven een heel team om het beeldscherm stond om mijn dunne darm van binnen te bewonderen. Ik moest echt letterlijk zeggen: “het is nu mooi geweest, laten we verder gaan”.

De bijgaande actiefoto heb ik gemaakt tijdens mijn laatste coloscopie, je kunt heel mooi de darmvlokken van de dunne darm zien.

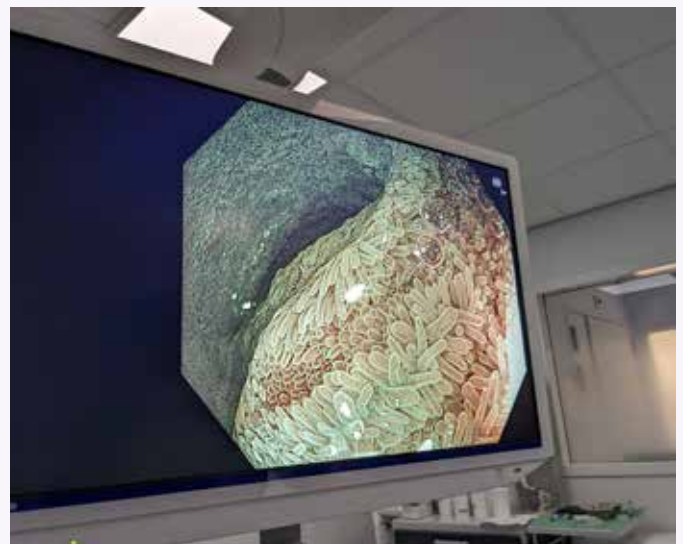
De pijn tijdens de coloscopie is niet fijn maar omdat ongeveer een derde van mijn dikke darm verwijderd is duurt de coloscopie bij mij natuurlijk minder lang dan die bij iemand die nog een volledige darm heeft. Littekens en verklevingen door de operatie kunnen de pijn echter weer erger maken. Een voordeel 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 honger 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 herinneren en een wat zwaardere verdoving willen. De meeste mensen kiezen uiteindelijk voor een van deze typen verdoving. Een kleine minderheid doet de coloscopie zonder verdoving.

Belangrijk is natuurlijk te weten of de keuze tussen al dan niet verdoven invloed heeft op het opsporen van poliepen. Er is geen overtuigend bewijs of een verdoofde of onverdoofde coloscopie beter is voor het opsporen van poliepen. Wel is het zo dat een infuus kan helpen om een stofje toe te dienen waardoor de darm tot rust komt. De darmbewegingen zijn natuurlijk en belangrijk om de darminhoud voort te stuwten. Maar, bij mijn laatste coloscopie was mijn darm dusdanig wild aan het samentrekken dat het opsporen van poliepen werd bemoeilijkt.

De meest recente aanbeveling die ik kon vinden in de wetenschappelijke literatuur is dat verdoven bij een coloscopie een persoonlijke keuze van de patiënt is en vooraf besproken moet worden met de behandelende arts. Ik kan me daar alleen maar bij aansluiten.



Een goede voorbereiding is het halve werk:

Door: **Hicham Bouchiba** (arts-onderzoeker Maag-darm- en Leverziekten, Amsterdam UMC) & **Suzie Oppeneer** (verpleegkundig specialist Maag-Darm- en Leverziekten, Amsterdam UMC)

Bij patiënten met erfelijke polyposis, zoals bij familiäre adenomateuze polyposis, kan een verwijdering van de dikke darm noodzakelijk zijn en dan kan er een ileoanale pouch worden aangelegd. In deze bijdrage willen wij graag wat meer vertellen over de pouch in het algemeen, de voorbereiding en het kijkonderzoek van de pouch ('pouch-scopie').

Wat is een pouch?

Als de gehele dikke darm, inclusief de endeldarm verwijderd moeten worden, kan het laatste deel van de dunne darm in een J-vorm op de anus worden aangesloten. De pouch is dan een vervanging voor de endeldarm waarin de ontlasting



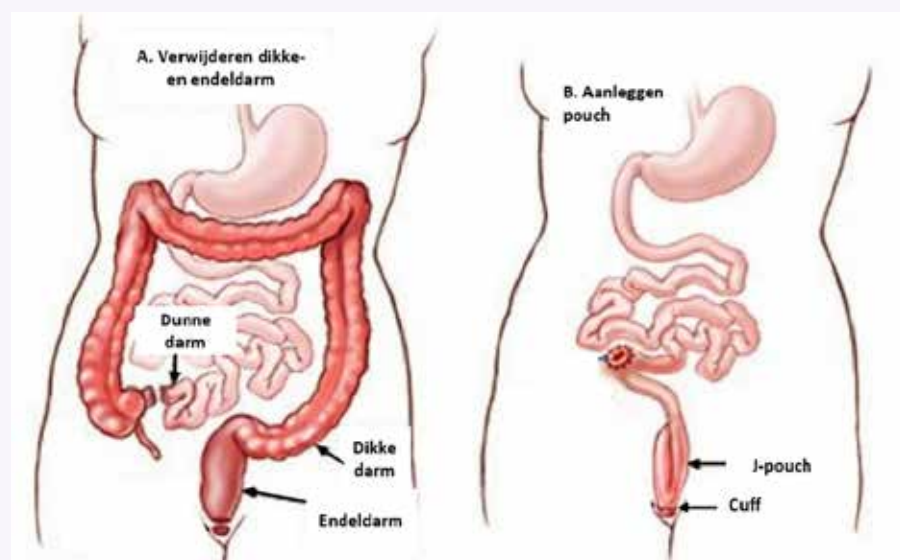
kan worden opgeslagen, zodat de natuurlijke stoelgang zoveel mogelijk kan worden behouden. De pouch bestaat dan ook uit de dunne darm, met een blind eindigende lis en meestal een klein resterend stukje endeldarm, ook wel de cuff genoemd. Hierop wordt de pouch juist boven de anus door de chirurg bevestigd (zie figuur 1. en 2.).

Wanneer is een pouch nodig?

Bij patiënten met polyposis wordt het aanleggen van een pouch

overwogen in situaties waarbij de endeldarm niet behouden kan blijven. De twee belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- 1. De poliepen in de endeldarm zijn te groot en/of te talrijk.** Wanneer deze poliepen niet goed veilig met endoscopische behandeling te verwijderen zijn, of wanneer er een hoog risico bestaat dat ze kwaadaardig worden, kan het aanleggen van een pouch een goede optie zijn (om zo een stoma te voorkomen).
- 2. Ontwikkeling van een tumor in de endeldarm.** Bij patiënten die een tumor in de endeldarm ontwikkelen, waarbij deze niet endoscopisch behandeld kan worden, kan het voor een goede behandeling van de tumor noodzakelijk zijn om ook de endeldarm te verwijderen.



Figuur 1. A: Dikke darm en endeldarm worden verwijderd. B: Van de dunne darm wordt er een pouch gemaakt en aangelegd op de anus.

Hoe is de voorbereiding bij de pouch-scopie?

De voorbereiding bestaat uit het drinken van laxeerfloeistoffen (Pleinvue® of Moviprep®).

Terugkomend op de titel: een halve

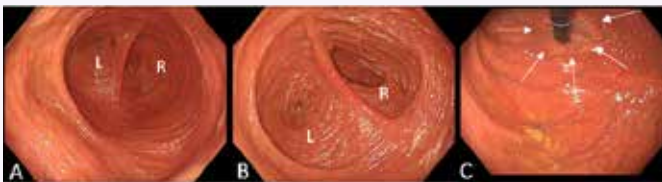
kijkonderzoek van de pouch

dosering van de laxevloeistoffen is voldoende om de darmwand van de pouch goed te kunnen onderzoeken. Het is dan wel noodzakelijk dat de drank de ochtend van het onderzoek gedronken wordt. Als voorbeeld geldt voor Pleinvue dat dosis 1 wordt opgelost in 500 ml water, gevolgd door minimaal 500 ml water of heldere vloeistof in minimaal één uur tijd. De werking van de drank neemt gemiddeld genomen twee uur nadat u gestopt met drinken af. Hier kunt u rekening mee houden als u op langere afstand van het ziekenhuis woont. Ook geldt het advies om een paar dagen van tevoren geen vezels meer te eten, zie daarvoor het schema in ‘Optimaal darmonderzoek: een samenwerking tussen arts, patiënt en techniek’ in dit tijdschrift.

Het onderzoek wordt in principe zonder sedatie uitgevoerd, omdat het onderzoek geen pijn geeft. Als grote(re) poliepen endoscopisch verwijderd moeten worden, dan is het wel gebruikelijk om sedatie te geven. Dit kunt u met uw arts overleggen.

Wat is een pouch-scopie?

Technisch gezien is de pouch-scopie vergelijkbaar met een “coloscopie”, een procedure die veel patiënten reeds kennen (zie ook ‘Optimaal darmonderzoek: een samenwerking tussen arts, patiënt en techniek’). Echter, in plaats van de dikke darm, richt dit onderzoek zich nu op de pouch.



Figuur 2. A en B: Pouch, met links (L) blind eindigend lis en rechts (R) de aanvoerende dunne darm lis. C: Teruggedraaid en kijkend op de endoscoop een klein stukje overgebleven endeldarm (cuff) (zie pijltjes). Bron: Amsterdam UMC, eigen beheer.

Deze procedure omvat een grondige inspectie van de pouch en de aanvoerende en blind eindigende lis. Bovendien wordt het resterende stukje endeldarm zorgvuldig geëvalueerd door ook met de endoscoop

achteruit te kijken, wat essentieel is voor een volledige beoordeling (zie figuur 2, B). Om poliepen nog beter te kunnen detecteren en karakteriseren, worden geavanceerde beeldvormingstechnieken toegepast, zoals het gebruik van inkspray of een speciaal licht dat de endoscoop op de darm kan schijnen (zie figuur 3, B en C). Aangezien de huidige richtlijnen geen specifieke aanbevelingen doen over de keuze tussen deze technieken voor het verbeteren van de poliepdetectie, is het Amsterdam UMC de ENDOPOL-studie gestart. Dit onderzoek, uitgevoerd in samenwerking met acht andere Europese ziekenhuizen, beoogt te bepalen welke techniek het effectiefst is in het opsporen van poliepen in de pouch.”



Figuur 3. A: Poliep omcirkeld zonder aanvullende technieken. B: Met inkspray. C: Met speciaal virtueel licht. Bron: Amsterdam UMC, eigen beheer.

Hoe zien de endoscopische controles eruit bij de pouch?

Omdat er een risico blijft bestaan op de ontwikkeling van poliepen in zowel de pouch als het (eventuele) resterende deel van de endeldarm, blijven endoscopische controles na het aanleggen van een pouch noodzakelijk. Om deze reden wordt aangeraden om eens per één tot twee jaar een pouch-scopie te ondergaan. Bij deze regelmatige controles kunnen eventuele poliepen vroegtijdig opgespoord en verwijderd worden met als doel kanker te voorkomen.

We hopen dat u door deze bijdrage meer te weten bent gekomen over de voorbereiding van de pouch en de pouch-scopie. De voorbereidingsadviezen kunnen verschillen per ziekenhuis, indien hier vragen over zijn raden we aan om contact op te nemen met uw behandelend zorgverlener.

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 laxeermiddel. 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 bipten 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 overbodige 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 slijm- 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 polikliniek 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.

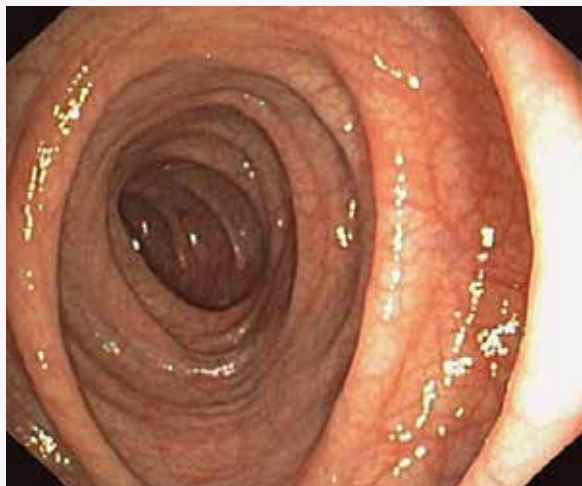
Patiënten kunnen zich na het onderzoek vaak niets meer herinneren, niet van het onderzoek maar ook niet van wat er gezegd is door henzelf of door de arts. Ook om deze reden is het raadzaam om iemand mee te nemen.

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**



Hoe verloopt een coloscopie?

Bij een coloscopie wordt de binnenkant van je darmen gecontroleerd. Op poliepen. Op ontstekingen. Dit gebeurt met een endoscoop, een flexibele buis met daarop een cameraatje.

Benieuwd hoe zo'n inwendig darmonderzoek precies in zijn werk gaat? In deze animaties leggen we dat van het begin tot eind uit. Van het in de juiste positie gaan liggen tot hoelang je na het onderzoek rust moet houden.

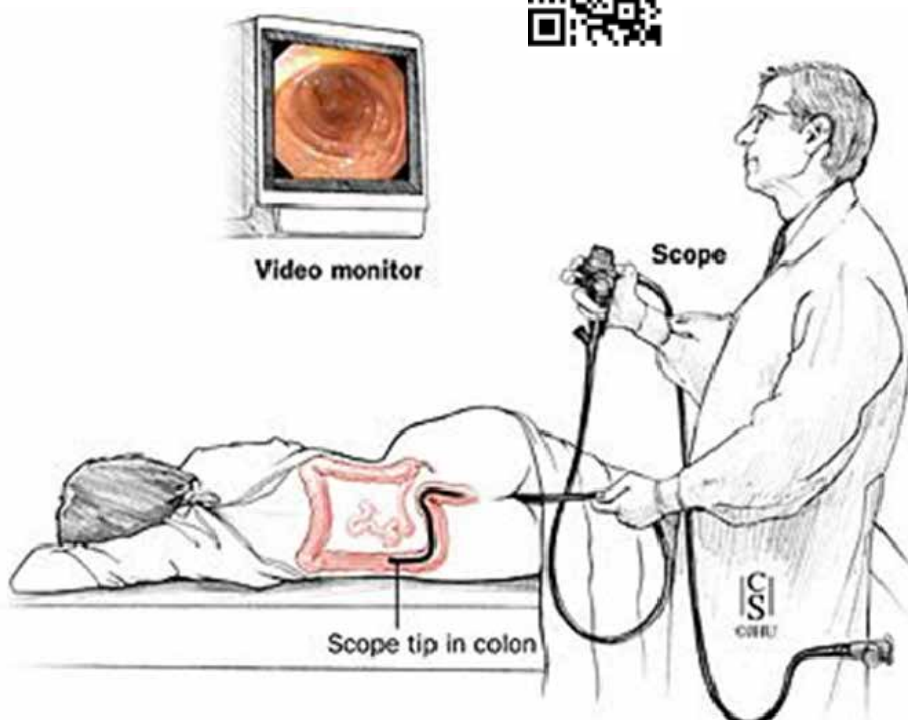
U kunt deze animatie downloaden via:

<http://tinyurl.com/Colonscopie1> of per QR-code:



De tweede animatie kunt u downloaden via:

<http://tinyurl.com/Colonscopie2> of per QR-code:



CT-colografie

Door: Prof. dr. J. Stoker
Afdeling Radiologie en Nucleaire
Geneeskunde, Amsterdam UMC,
Universiteit van Amsterdam

CT-colografie, ook wel virtuele coloscopie genoemd, is een beeldvormende techniek die inmiddels 25 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 laxemiddel gedronken worden. Bij de CT-colografie is het niet

nodig dat de darm helemaal 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. Het jodium contrastmiddel zorgt voor dunnere ontlasting dan normaal.

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 opspoorde. Daarnaast is een belangrijk verschil dat er bij belangrijke bevindingen op de CT-colografie, alsnog een coloscopie moet worden gedaan. Met CT-colografie worden bolvormige poliepen makkelijker opgespoord dan heel vlakke poliepen.

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

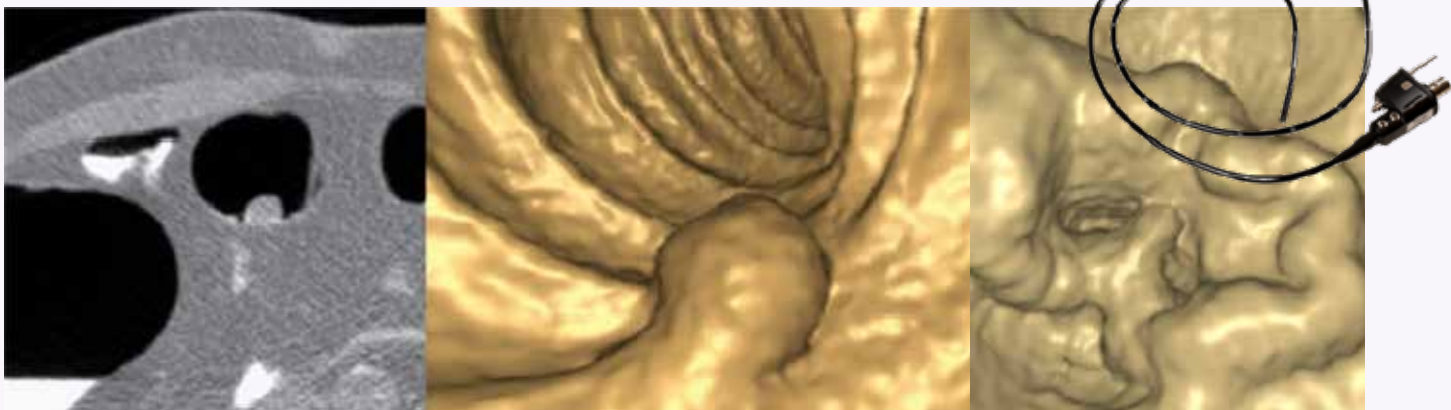
In Nederland wordt het bevolkingsonderzoek (screening) naar darmkanker uitgevoerd met een ontlastingstest. Deze test heeft echter beperkingen. Er wordt daarom onderzoek gedaan naar mogelijke alternatieven al zal in Nederland het ingevoerde

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 darmoliepen 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 ontlastingstest). 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 ontlastingstest 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. De afgelopen jaren is door technische ontwikkelingen de stralingsdosis bij CT fors omlaaggegaan. De stralingsdosis bij een standaard CT scan van de buik is nu ongeveer 2-3 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 ook 2-3mSv. Voor een CT-colografie is er daarbij veel minder straling nodig met nog steeds een goede poliepdetectie. De geschatte kans dat er dan een kwaadaardige tumor zou ontstaan is minder dan 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



Door: Querijn van Bokhorst prof. dr. Evelien Dekker (Maag-Darm-Leverarts, Amsterdam UMC) en Elsa van Liere (arts-onderzoekers Maag-, Darm- en Leverziekten, Amsterdam UMC),

Als u bekend bent met het Lynch syndroom zult u regelmatig een kijkonderzoek van de dikke darm ondergaan. In dit artikel vertellen wij u graag meer over dit onderzoek, de zogenaamde coloscopie. Als u in het verleden een operatie aan de dikke darm heeft ondergaan, zal onderstaande informatie mogelijk niet volledig voor u van toepassing zijn. Uw behandelaar kan u voorlichten over uw specifieke situatie.

Tijdens een coloscopie bekijkt de arts het gehele slijmvlies (de 'binnenbekleding') van de dikke darm. Dit wordt gedaan met behulp van een endoscoop: een flexibele lange slang met een doorsnede van ongeveer een centimeter, en met aan het uiteinde een ingebouwd lampje en een kleine videocamera. De binnenbekleding van de darm, die met behulp van de endoscoop in beeld wordt gebracht, is tijdens het onderzoek zichtbaar op één of meerdere schermen in de onderzoekskamer. Deze schermen worden door de arts en verpleegkundigen gebruikt en maken het voor u mogelijk zelf mee te kijken met het onderzoek als u dat wilt.

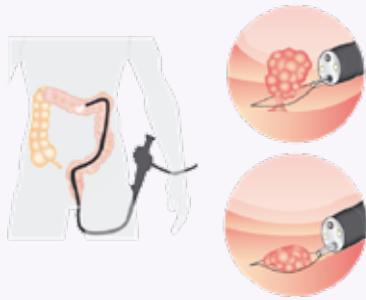
Het voornaamste doel van een coloscopie is het opsporen van afwijkingen in de darm, waarvan darmpoliepen de meest voorkomende afwijkingen zijn. Darmpoliepen zijn goedaardige woekeringen van het darmslijmvlies (**Afbeelding 1**). Darmpoliepen kunnen echter geleidelijk uitgroeien tot een kwaadaardige tumor: darmkanker. Het doel van de coloscopie is dan ook om poliepen tijdig op te sporen en te verwijderen, om op deze wijze darmkanker te voorkomen. Andere afwijkingen die gevonden kunnen worden tijdens een coloscopie zijn onder andere ontstekingen, zweertjes, divertikels (uitstulpingen), vernauwingen, bloedingen en tumoren.



Afbeelding 1: een gesteelde (links) en platte (rechts) darmpoliep. Bron: <https://www.mlds.nl/ziekten/poliepen-in-de-dikke-darm/>

Darmpoliepen kunnen meestal meteen tijdens de coloscopie, op het moment dat ze gevonden worden,

worden verwijderd. Er zijn verschillende manieren om darmpoliepen te verwijderen. De verreweg meest gebruikte methode is het wegsnijden van de poliep met een soort lasso die in de endoscoop past (**Afbeelding 2**). Indien het niet mogelijk is om een poliep of andere afwijkingen direct te verwijderen, kunnen er met behulp van een klein tangetje hapjes (biopten) van het afwijkende darmweefsel worden afgenomen. Poliepen en biopten worden na het verwijderen uit de darm door de patholoog onder de microscoop bekeken.



Afbeelding 2: het gebruik van een lisse voor het verwijderen van darmpoliepen. Bron: <https://www.mlds.nl/ziekten/poliepen-in-de-dikke-darm/>

Voorafgaand aan de coloscopie

Voorafgaand aan de coloscopie vindt er een gesprek plaats met een arts of (gespecialiseerd) verpleegkundige waarin uitleg wordt gegeven over het onderzoek en de bijbehorende voorbereiding. Daarnaast worden de risico's en de wens tot het krijgen van sedatie (roesje of lichte narcose) tijdens het onderzoek besproken. Een roesje betekent dat u een rustgevende medicijn (meestal midazolam) krijgt, eventueel in combinatie met pijnstilling. Van het rustgevende medicijn kunt u slaperig worden. Deze medicijnen zijn bedoeld zijn om het onderzoek voor u zo prettig mogelijk te laten verlopen, maar niet om u volledig in slaap te laten zijn. U zult waarschijnlijk dus wel iets van het onderzoek meekrijgen. Bij een lichte narcose wordt u met behulp van een ander type medicijn (propofol) in een diepere slaap gebracht. In dit geval krijgt u niks mee van het onderzoek. Een anesthesist of gespecialiseerde anesthesieverpleegkundige verzorgt deze lichte narcose, en dit wordt in principe alleen in specifieke gevallen gedaan. Welk type sedatie voor u het meest geschikt is kunt u bespreken met uw behandelaar.

In het voorbereidende gesprek wordt ook uw medische situatie doorgenomen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar welke medicijnen u gebruikt. Soms is het nodig om met bepaalde medicijnen tijdelijk te stoppen voor het onderzoek, aangezien deze het onderzoek kunnen beïnvloeden. Zo kan het soms nodig zijn om bloedverdunners tijdelijk te stoppen, omdat deze medicijnen het risico op een bloeding verhogen als er tijdens het onderzoek poliepen worden verwijderd. Ook is het verstandig om eventueel gebruik van ijzertabletten te bepreken; deze kleuren de ontlasting namelijk zwart, en kunnen daardoor een aanslag op het darmslijmvlies veroorzaken die tijdens het onderzoek moeilijk te verwijderen is. Dit maakt dat de darmwand niet goed door de arts te beoordelen is.

Naast het stoppen van medicatie, is het voor een goede kwaliteit van het darmonderzoek vooral belangrijk dat de darm goed schoon is. Als de darmen goed schoon zijn, verbetert dit het zicht van de arts op de darmwand en kunnen afwijkingen beter worden opgespoord en verwijderd. U kunt bijdragen aan een goede kwaliteit van de coloscopie door het nauwkeurig volgen van de adviezen betreffende een vezelbeperkt dieet en het drinken van laxerende drank.

Het volgen van een vezelbeperkt dieet

Om ervoor te zorgen dat er in de darmen geen onverteerde voedselresten achterblijven, wordt geadviseerd vanaf minimaal twee tot drie dagen voorafgaand aan het onderzoek een vezelbeperkt dieet te volgen (vermijden van het eten van voedingsmiddelen met veel vezels). Voorbeelden van welke voedingsmiddelen veel en weinig vezels bevatten staan beschreven in **Tabel 1**. Als tijdens eerdere onderzoeken de darm niet goed schoon was, kan geadviseerd worden het vezelbeperkte dieet langer te volgen.

Het drinken van laxerende drank

Naast het volgen van een vezelbeperkt dieet bestaat de darmvoorbereiding uit het drinken van laxerende drank. Het type en de hoeveelheid laxerende drank is standaard bepaald voor de meeste ziekenhuizen en kan tussen ziekenhuizen verschillen. In sommige ziekenhuizen wordt geadviseerd om naast de laxerende drank ook laxerende tabletten (bisacodyl) in te nemen.



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

	Wel toegestane voeding (weinig vezels)	Niet toegestane voeding (veel vezels)
Brood en graan-producten	<ul style="list-style-type: none"> - Beschuit - Wit- of lichtbruinbrood (zie onderstaand advies ten aanzien van broodbeleg) 	<ul style="list-style-type: none"> - Volkoren graanproducten zoals brood met zaden en volkorenbrood
Hoofdmaaltijden	<ul style="list-style-type: none"> - Witte rijst - Witte pasta, macaroni - Soep met stukjes vlees, vermicelli en/of soepballetjes (zonder groenten) - Licht gebraden mager vlees - Vis of kip (zonder vel) - Aardappelen 	<ul style="list-style-type: none"> - Volkoren- en meergranen pasta en zilvervliesrijst - Gebonden soepen - Worst, salami - Gebakken vlees of vis
Groenten en fruit	<ul style="list-style-type: none"> - Groenten: gaar gekookte groenten zoals jonge bietjes, bloemkool, broccolirosjes, worteltjes - Fruit: zacht, rijp fruit of fruitconserven zonder pitjes, vezels of schil - Appelmoes of vruchtenmoes 	<ul style="list-style-type: none"> - Groenten; asperges, bleekselderij, zuurkool, snijbonen, sperziebonen, prei, doperwten, peulvruchten, taugé, mais, champignons, tomaten, uit, knoflook, spinazie, andijvie, paprika, rauwkost - Fruit: Sinaasappel, grapefruit, mandarijnen, kiwi's, bramen, druiven, aardbeien en gedroogde vruchten
Extra's	<ul style="list-style-type: none"> - Boter, plantaardige olies - Magere vleeswaren - Gekookt ei - Hagelslag, chocoladepasta, honing, stroop, jam zonder pitjes 	<ul style="list-style-type: none"> - Noten, pinda's en zaden (zoals sesam- en maanzaad), popcorn, chips - Chocolade, alle andere soorten snoep - Suikervervangers of voedsinmiddelen die sorbitol bevatten
Desserts	<ul style="list-style-type: none"> - Vla, pudding, kwark of yoghurt 	

De ene helft van de laxerende drank moet op de dag vóór het onderzoek worden gedronken, en de andere helft op de dag van het onderzoek zelf. Vanaf de start van het drinken van de laxerende vloeistof mag u niet meer eten. Alleen het drinken van heldere vloeistoffen (bijvoorbeeld water, bouillon, thee, of koffie zonder melk en suiker) is dan nog toegestaan. Tips om de inname van het laxeermiddel te vergemakkelijken: drink het laxeermiddel koud, gebruik een rietje, voeg een beetje limonadesiroop toe en/of gebruik kauwgom. Deze tips helpen met name om te zorgen dat u wat minder van de darmvoorbereiding proeft.

Uiteindelijk moet door het drinken van de laxerende drank de ontlasting waterdun en geheel doorzichtig worden. Als dit na het drinken van de volledige voorbereiding nog niet het geval is, is de darm mogelijk niet goed schoon en moet u contact opnemen met het ziekenhuis.

Het kan zo zijn dat in uw situatie het nodig is een andere voorbereiding dan de standaard voorbereiding te volgen. Uw behandelaar zal dit dan met u bespreken.

De coloscopie zelf

Voorafgaand aan het onderzoek krijgt u een infuusnaald, zodat tijdens het onderzoek medicatie toegediend kan worden. Bij de start van het onderzoek wordt u gevraagd op de linker zij te gaan liggen, waarna de eventueel afgesproken medicatie toegediend wordt via het infuus. Na het inwerken van de medicatie (indien van toepassing), start de arts met het onderzoek. De arts brengt de endoscoop via de anus in de darm, en schuift deze vervolgens voorzichtig op in de darm. U kan tijdens het onderzoek gevraagd worden om van positie te veranderen. Ook kan het zijn dat er op de buik gedrukt wordt (of u kunt gevraagd worden dit zelf te doen), om zo tegendruk aan de endoscoop te geven; dit helpt om bijvoorbeeld bochten op bepaalde plekken in de darm makkelijker te kunnen maken met de endoscoop. De arts schuift de endoscoop op in de dikke darm tot aan de plek waar deze over gaat in de dunne darm.

Het opschuiven van de endoscoop door de darm kan pijnlijk zijn door de bochten die de endoscoop op sommige plekken in de darm moet maken, en door de koolstofdioxide (CO₂) of lucht die in de darm geblazen

wordt (dit is nodig om ervoor te zorgen dat de darm zich goed ontplooit). Het verwijderen van poliepen of het nemen van bipten is eigenlijk nooit pijnlijk. De arts zal er uiteraard alles aan doen om het onderzoek zo pijnloos mogelijk te laten verlopen. U kunt het onderzoek vergemakkelijken door te proberen u zo goed mogelijk te ontspannen.

Nadat het einde van de dikke darm is bereikt, zal de arts de endoscoop langzaam uit de darm terugtrekken. Tijdens deze fase vindt het daadwerkelijke bekijken van de darm plaats. Dit is ook het moment dat eventuele poliepen worden verwijderd en bipten worden genomen. Een coloscopie duurt meestal tussen de 15 en 45 minuten. Als er veel of grote poliepen verwijderd worden, kan het onderzoek langer duren.

Complicaties

Een coloscopie is een relatief veilig onderzoek. Toch treedt er soms (bij ongeveer 1 op de 500 coloscopieën) een complicatie op. Wanneer er tijdens de coloscopie poliepen verwijderd worden, is de kans op complicaties groter (bij ongeveer 1 à 2 op de 100 coloscopieën). Een bloeding is de meest voorkomende complicatie van een coloscopie. Een bloeding stopt vaak vanzelf. Als dit niet het geval is, kan het nodig zijn om een nieuwe coloscopie uit te voeren om de bloeding 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 direct tijdens het onderzoek dicht gemaakt worden. Heel soms komt een perforatie pas na het onderzoek aan het licht (tot 10 dagen na het onderzoek). In dit geval moet er vaak een operatie volgen.

Na de coloscopie

Na het onderzoek gaat u naar de uitslaapkamer. Hier blijft u totdat de sedatie grotendeels is uitgewerkt. U kan vaak binnen twee uur na afloop van het onderzoek, onder begeleiding, naar huis. Vanwege de invloed van de gegeven medicatie op het reactievermogen, is het gedurende 24 uur na afloop van het onderzoek verboden om aan het verkeer deel te nemen met een gemotoriseerd voertuig (zoals een auto of scooter).

Meteen na het onderzoek mag u weer alles eten en drinken. Door de darmvoorbereiding en het onderzoek kan u in de dagen na het onderzoek nog wel wat last

Nadat het einde van de dikke darm is bereikt, zal de arts de endoscoop langzaam uit de darm terugtrekken. Tijdens deze fase vindt het daadwerkelijke bekijken van de darm plaats

”

hebben van buikpijn, een veranderd ontlastingspatroon of lucht in de darm. Als er tijdens het onderzoek poliepen zijn verwijderd, is het ook mogelijk dat er de eerste dag na het onderzoek nog wat spoortjes oud bloed bij de ontlasting zitten. Bij klachten van hevige buikpijn, helder bloedverlies en/of koorts na thuiskomst, moet u direct contact met het ziekenhuis opnemen.

Als er weefsel is afgenomen tijdens het onderzoek (poliepen of bipten), dan zal dit worden opgestuurd naar de patholoog. De patholoog bekijkt het weefsel onder de microscoop, om te zien wat voor soort cellen er in het weefsel aanwezig zijn. De uitslag van het onderzoek door de patholoog is meestal na één tot twee weken bekend. Meestal is dat ook ongeveer het moment waarop u een vervolgspraak heeft om de uitslag van de coloscopie te bespreken en een eventueel vervolgplan te maken samen met uw behandelaar.

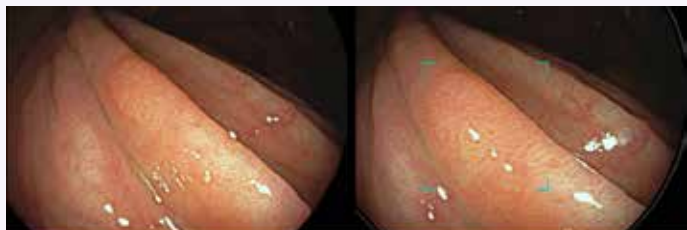
Verbetering kwaliteit van de coloscopie

Om de kwaliteit van de coloscopie te waarborgen zijn verschillende factoren van belang. Een goede voorbereiding van de darm is één van de belangrijkste factoren, maar daarnaast is het natuurlijk ook van belang dat de arts de darm rustig en nauwkeurig onderzoekt.

In de afgelopen 20 jaar hebben er veel technische ontwikkelingen binnen de endoscopie plaatsgevonden. Deze ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat de kwaliteit van darmonderzoeken enorm is verbeterd. Bij deze technische ontwikkelingen kunt u onder andere denken aan een sterk verbeterde kwaliteit van de videobeelden die met de endoscoop kunnen worden vastgelegd, maar ook de ontwikkeling van technieken die het mogelijk maken om het contrast tussen normaal darmslijmvlies en poliepen te

>>

vergroten. Deze ontwikkelingen maken het mogelijk om poliepen beter op te sporen en te bekijken. De meeste recente technische ontwikkelingen op het gebied van endoscopie maken gebruik van kunstmatige intelligentie. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan computersystemen die speciaal getraind zijn voor het herkennen van darmpoliepen tijdens een coloscopie (Afbeelding 3).



Afbeelding 3: Een vlakke darmpoliep die wordt herkend door het kunstmatige intelligentie systeem (rechts) Bron: <https://cadly2.org/home-nl/>

Recent is er in het Amsterdam UMC een wetenschappelijke studie gestart (CADLY2 studie) waarin wordt onderzocht of kunstmatige intelligentie artsen kan helpen om darmpoliepen beter op te sporen bij mensen met het Lynch syndroom. Voor dit onderzoek, dat wordt uitgevoerd in samenwerking met zeven andere ziekenhuizen in Europa, worden deelnemers middels loting onderverdeeld in twee groepen. De ene helft van de deelnemers zal een coloscopie ondergaan zoals gebruikelijk, bij de andere helft zal de arts aanvullende aanwijzingen krijgen van het speciaal getrainde computersysteem. Op deze manier kan vergeleken worden of er met het gebruik van het computersysteem meer poliepen worden gevonden. In totaal zijn er ongeveer 760 deelnemers nodig voor deze studie. Meer informatie over deze studie is te vinden op:

<https://cadly2.org/home-nl/> (of scan de QR-code):



Andere manieren om de darm te controleren

De coloscopie is veruit de meest gebruikte manier voor het onderzoeken van de darm. Er wordt echter ook naar alternatieve methodes gekeken om de darm te controleren, zowel bij mensen met het Lynch syndroom als bij andere patiëntengroepen. Een voorbeeld hiervan is het onderzoeken van de ontlasting of urine, om te kijken of hierin aanwijzingen gevonden kunnen worden voor de aanwezigheid van poliepen in de darm. Een goede ontlasting- of urinetest zou het aantal coloscopieën kunnen verminderen en mogelijk kunnen helpen om poliepen en darmkanker eerder op te sporen. Dit zou de darmcontroles effectiever én minder belastend te maken. Tot op heden laten onderzoeken naar dit soort testen goede resultaten zien, maar zal het nog wel een tijd duren voordat er voldoende onderzoek op dit gebied heeft plaatsgevonden om dit soort testen in de praktijk toe te gaan passen. Daarnaast zal de coloscopie nooit geheel verdwijnen: bij een afwijkende test moet er alsnog een coloscopie uitgevoerd worden om eventuele poliepen te verwijderen.

Conclusie

Concluderend zijn er dus veel verschillende factoren belangrijk voor een hoge kwaliteit coloscopie. Het belangrijkste hierbij is dat er een goede samenwerking is tussen patiënt, arts en techniek: een goede voorbereiding, een goede uitvoering en de juiste technische ondersteuning maken een optimaal darmonderzoek mogelijk.

Mijn ervaringen met de coloscopie

Door: Marlies de Vreught

Tot nu toe heb ik de coloscopie al zo'n 15 keer meegemaakt. Ik ben gendrager van het Lynch-syndroom (MSH6) en 75 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 $\frac{1}{4}$ 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 $\frac{1}{4}$ 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.





Acht veelvoorkomende spijsverteringsklachten Van boeren en brandend maagzuur tot aambeien

Meer dan 3,5 miljoen Nederlanders hebben regelmatig spijsverteringsklachten. Hierbij kun je denken aan een opgeblazen gevoel of een trage of onregelmatige stoelgang. Wij selecteerden acht veelvoorkomende klachten waarvan je vast niet wist dat de oorzaak in je spijsvertering kan liggen.

Een hectische levensstijl, onvoldoende drinken of te weinig beweging kunnen spijsverteringsproblemen veroorzaken. Onderstaande klachten komen vaak voor en zijn voor een groot deel te voorkomen als je je spijsvertering soepel houdt en je darmflora in balans. Voldoende bewegen, ruim vocht en gezond, gevarieerd en vezelrijk eten kan daarbij helpen.

1. Boeren

Boeren is het <ontluchten> van de maag via de slokdarm en mond. We slikken de hele dag lucht in. Dit gebeurt tijdens het eten, drinken, praten of ademen. Hierdoor ontstaat een opstapeling van lucht in de maag, waardoor de maag uitzet. Door het uitzetten van de maag gaat er vanuit de maagwand

een seintje naar de hersenen. Dit seintje zorgt er vervolgens voor dat de sluitspier tussen de slokdarm en de maag zich ontspant. De aanwezige lucht in de maag kan dan ontsnappen via de slokdarm en de mond.

Boeren kan voorkomen als klacht bij onder andere **brandend maagzuur**. Het kan echter ook worden veroorzaakt door een verkeerd voedingspatroon. Het kan helpen rustiger te eten en drinken, met de mond goed gesloten. Daardoor krijg je minder lucht binnen. Vermijd verder kauwgom en koolzuurhoudende dranken.

2. Brandend maagzuur

Bij het ouder worden verslapt de sfincter, de sluitspier tussen slokdarm en maag. Het maagsap kan daardoor makkelijk

terugstromen in de slokdarm. Dit wordt brandend maagzuur, zuurbrand of **reflux** genoemd. De slokdarm is hier niet tegen bestand en raakt geïrriteerd of zelfs ontstoken. Dit ontketent een branderig gevoel of een drukkende pijn achter het borstbeen en soms ook tussen de schouderbladen. Als het maagsap tot in de keel komt, kan het ook daar klachten geven, variërend van een geïrriteerde of ontstoken keel tot hoestklachten. Eet drie uur voor het slapengaan niets meer. Een lege maag vermindert de zuurproductie en voorkomt de kans op problemen 's nachts.

3. Verstopping

We spreken van **verstopping** als je minder dan drie keer per week naar het toilet kan, of als je last

hebt van harde, droge ontlasting. Dit komt omdat de ontlasting te lang in de dikke darm blijft. Het kan veroorzaakt worden doordat de spieren van de dikke darm niet meer goed kunnen bewegen. Het gevolg is dat de ontlasting te langzaam door de dikke darm gestuwd wordt en er teveel vocht aan onttrokken wordt. Verstopping heeft in veel gevallen te maken met een ongezond voedingspatroon of een verkeerde leefstijl. Wie veel last heeft van verstopping, moet veel moeite doen om de ontlasting uit het lichaam te persen. Hierdoor kunnen er aambeien ontstaan. Dit zijn plaatselijk opgezwollen, sterk doorbloede gedeeltes van de slijmvliesbekleding van het laatste gedeelte van de endeldarm en de anus. Aambeien kunnen erg pijnlijk zijn. Vezelrijke voeding en voldoende vocht helpen [aambeien](#) tegengaan. Blijf verder niet te lang op toilet zitten en pers niet te hard.

4. Diarree

Hoe vreemd het ook klinkt: diarree kan komen door verstopping. Dit wordt '[overloopdiarree](#)' of 'paradoxale diarree' genoemd. Harde ontlasting sluit hierbij de endeldarm af waardoor deze overvol raakt. Dunnere ontlasting lekt dan langs de keutels naar buiten. Ook bij diarree geldt: eet vezelrijk, gezond en gevarieerd. Zorg voor voldoende vocht; dat wordt vaak vergeten bij diarree en kan uitdroging tot gevolg hebben.

5. Maag- en darmkrampen

Maag- en darmkrampen ontstaan door (snelle) samentrekkingen van de spieren in je

spijsverteringsstelsel. Vaak geeft dit een intens, pijnlijk gevoel dat komt en gaat. Maag- en darmkrampen worden ook vaak ervaren als een koliekachtige pijn, en duren maar een paar seconden. Je kunt last hebben in je maag, in je darmen of in beide tegelijk. Krampen kunnen gepaard gaan met klachten als vol gevoel en gasvorming, diarree of obstipatie. Spanning en stress kunnen de klachten aanwakkeren. Het eten van een [vezelrijk dieet](#), het drinken van veel vocht en regelmatige lichaamsbeweging kunnen helpen. Probeer bovendien stress te voorkomen. Eventueel zijn er [zelfzorgmiddelen](#) verkrijgbaar bij drogist- en apotheek die verlichting bieden. Ga bij aanhoudende krampen naar je huisarts.

6. Opgeblazen gevoel

Een opgeblazen treedt over het algemeen vlak na het eten op. Een [opgeblazen gevoel](#) kan veroorzaakt worden doordat het eten niet goed verteerd wordt en er gassen ontstaan. Niet genoeg drinken kan de problemen verergeren, want vocht is nodig bij de vertering van het voedsel. Een opgeblazen gevoel gaat vaak samen met winderigheid, gerommel in de maag en soms misselijkheid. Vet eten verergert een opgeblazen gevoel; probeer dit te vermijden.

7. Divertikels

Divertikels zijn kleine uitstulpingen van de darmwand in de buikholte. Ze gaan klachten geven als er voedselresten in achterblijven. Bacteriën vermenigvuldigen zich hierin en de kans op een ontsteking wordt groter.

Divertikels kunnen in het hele maagdarmkanaal zitten, maar ze komen vooral voor in het laatste S-vormige deel van de dikke darm, vlak voor de endeldarm. Dit gedeelte wordt ook wel sigmoïd genoemd. Klachten die wijzen op divertikels zijn buikpijn, misselijkheid, koorts en soms bloed in de ontlasting. Voldoende lichaamsbeweging is belangrijk om divertikels te voorkomen. Ook voldoende drinken is essentieel, naast een gezonde en gevarieerde voeding.

8. Ontlastingsincontinentie

Wanneer je je ontlasting niet meer goed kunt ophouden en op willekeurige momenten ontlasting verliest, noemen we dat [ontlastingsincontinentie](#). Vrouwen hebben hier meer last van dan mannen. Het kan worden veroorzaakt door beschadiging van de sluitspier door jarenlang hard persen tijdens de stoelgang of omdat de sluitspier van de anus minder krachtig wordt. Ook een zware bevalling kan een beschadiging van de sluitspier tot gevolg hebben. Soms kan het trainen van de bekkenbodemspieren een oplossing bieden. Daarnaast is het belangrijk de darm zo gezond mogelijk te houden door veel te bewegen, vezelrijk te eten, niet te roken en voldoende te drinken.

Bron: Gezondheidsnet

Wat helpt tegen obstipatie?

Wat helpt tegen verstopping (obstipatie)? Heb je last van obstipatie (verstopping), of wil je voorkomen dat je obstipatie krijgt? De volgende voedingsadviezen kunnen helpen om verstopping tegen te gaan:

Eten volgens de Schijf van Vijf

Als je eet volgens de Schijf van Vijf, eet je verschillende vezelrijke producten en drink je voldoende. Bekijk in de Schijf van Vijf voor jou hoeveel en wat je elke dag nodig hebt.

De volgende adviezen zijn extra belangrijk om verstopping te voorkomen of op te lossen:

- 1. Genoeg vezels eten.** Volkorenbrood, groente, fruit, noten en peulvruchten zijn goede bronnen van vezel. Vezels werken in de darm als een soort spons waardoor ze water opnemen. Zo zorgen ze voor een soepele ontlasting en geven volume aan de ontlasting. Ook zorgen vezels ervoor dat de darmen in beweging blijven.
[Bekijk tips om meer vezels te eten](#)
- 2. 1,5 tot 2 liter per dag drinken.** Elke dag 1,5 tot 2 liter drinken helpt om verstopping tegen te gaan. Water, koffie en thee zijn een goede keuze. Omdat vezels vocht binden, kunnen ze namelijk alleen goed hun werk doen als je ook voldoende drinkt. Drink je te weinig, dan kan dat zorgen voor harde en droge ontlasting.
- 3. Genoeg bewegen.** Door te bewegen komt ook de darm in beweging. Elke dag bewegen kan daarom helpen om obstipatie te voorkomen. Stevig wandelen, fietsen, stofzuigen, tuinieren: het telt allemaal mee. Meer [beweegtips](#).
- 4. Poep niet ophouden.** Als je moet, dan moet je. Negeer de aandrang niet. Het ophouden van ontlasting draagt bij aan verstopping. Neem

voldoende tijd om naar het toilet te gaan, bijvoorbeeld na het ontbijt. Na een maaltijd komen de darmen in beweging en dat is een goed moment om naar de wc te gaan.

- 5. Eten op regelmatige tijden.** Regelmatig eten stimuleert het regelmatig in beweging komen van de darmen. Onder regelmatig eten verstaan we om elke dag in elk geval ontbijt, lunch en avondeten te nemen en geen van deze maaltijden over te slaan. Een goed ontbijt is helemaal belangrijk. Neem bij voorkeur een groot, vezelrijk ontbijt. Dit zet de darmen in werking. [Lees hoe een gezond ontbijt eruitziet](#)

Blijven de klachten?

Blijf je langer dan 4 weken last houden van je maag of darmen ondanks dat je bovenstaande adviezen hebt opgevolgd? Of heb je erg veel last van je klachten? Ga naar je huisarts om samen uit te zoeken wat er aan de hand is. Misschien kun je niet goed tegen een bepaald product of is er iets anders aan de hand, zoals het prikkelbare darm syndroom (PDS). Ga bij voorkeur niet zelf experimenteren. Als je zomaar bepaalde producten weglaat kunnen klachten verergeren. Ook kunnen hierdoor tekorten ontstaan aan bepaalde voedingsstoffen.

Je huisarts kan je eventueel vezelpreparaten of medicijnen voorschrijven.

Hij kan je ook doorverwijzen naar een diëtist.

Meer over verstopping: www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/verstopping.aspx

Vragen en antwoorden over dit onderwerp

[Wat is gezond avondeten?](#)

[Wat is een gezonde lunch?](#)

[Wat is een gezond ontbijt?](#)

[Wat zijn gezonde tussendoortjes?](#)

Bron: Voedingscentrum

Hoe stokoude virussen een rol spelen bij de vorming van een embryo

In ons DNA zijn sporen te vinden van virussen die hun genetisch materiaal miljoenen jaren geleden achterlieten in onze verre, verre voorouders. Lange tijd werd aangenomen dat dit viraal DNA in ons genoom geen rol van betekenis speelde. Een foute opvatting, want hoewel het geen eiwitten codeert, vervult het wel degelijk belangrijke functies, zoals bij de ontwikkeling van het embryo.

Retrovirussen zijn een groep virussen die zich onderscheiden door het vermogen om hun RNA genoom te herschrijven naar DNA. Dat DNA kan op zijn beurt worden ingeplakt in het genoom van een gastcel. Wanneer die zich deelt, wordt ook het genetisch materiaal van het retrovirus mee gekopieerd naar de dochtercel. Als de geïnfecteerde cel een reproductieve cel is (zaadcel of eicel), gaat het genetisch materiaal over naar de volgende generatie tijdens de seksuele voortplanting.

Dat gebeurde miljoenen jaren geleden al, en heeft bijgedragen aan de diversiteit van het leven. Want sommige organismen ontwikkelden het vermogen om dit viraal DNA dat zich in hun genoom nestelde te tolereren, of zelfs om er hun voordeel uit te halen, verduidelijkt Nabil Djouder, onderzoeker verbonden aan het Spanish National Cancer Research Centre. 'Het lukt retrovirussen niet altijd om hun RNA als DNA achter te laten in het genoom van een gastorganisme over de generaties, daar zorgt het immuunsysteem voor. Maar als dat lukt wordt er dus viraal genetisch materiaal meegenomen langs het evolutionaire pad, met als gevolg dat genetische resten van retrovirussen aanwezig zijn in heel wat organismen, ook bij de mens.

Waardeloos DNA blijkt essentieel

Niet zo lang geleden werd dit genetisch materiaal afkomstig van retrovirussen afgeschreven als *junk DNA*, een term die verwees naar een deel van het genoom dat geen functionele rol leek te hebben. Het zou slechts gaan om evolutionaire restjes. Een achterhaalde opvatting, aldus Djouder. 'Dit zogezegde junk DNA waaronder ook de virale resten vallen, codeert inderdaad geen specifieke eiwitten. Het vervult echter wel belangrijke regulerende functies, zoals het behoud van de stabiliteit van het genoom en



de structuur van chromosomen.'

De rol van dit niet-coderend DNA, inclusief dat van virale oorsprong, wordt volop onderzocht, ook door Djouder en zijn team. Hij ontdekte dat bij muizen een specifiek retrovirus-DNA, MERV1 genoemd, de ontwikkeling van het embryo in de eerste momenten na de bevruchting reguleert, namelijk in de transitie van cellen van een totipotente naar een pluripotente staat, vertelt Djouder.

'Totipotentie verwijst naar het vermogen van een cel om in ieder mogelijk celtype te ontwikkelen. In de context van de ontwikkeling van het embryo zijn totipotente cellen ook in staat zich te ontwikkelen tot weefsel buiten het embryo, zoals de placenta. Pluripotente cellen zijn iets meer gespecialiseerd. Zij kunnen zich ontwikkelen tot ieder celtype in een organisme, maar niet tot extra-embryonaal weefsel. Deze cellen vormen de basis voor de latere ontwikkeling van weefsel en organen in het embryo.'

Het inzicht dat DNA afkomstig van een retrovirus de transitie van een totipotentie naar pluripotentie reguleert, laat zien hoe diep de gezamenlijke evolutie van virus en gastcel reikt, verduidelijkt Djouder. 'De stap die cellen in deze prille fase van de ontwikkeling van het embryo zetten, legt de basis voor de latere specificatie van cellen. DNA dat retrovirussen miljoenen jaren geleden inschreven in het genoom van hun gastheren, is dus alles behalve junk DNA, maar essentieel in de ontwikkeling van een embryo.'

Bron: EOS Wetenschap

Oliebollen eten in Winterswijk

15 december kreeg ik een Whatsapp bericht, dat ik toegevoegd was aan een groep - Oliebollen 2023'. Ik wist direct van wie die afkomstig was - van de oliebolbakkers uit Winterswijk. Diezelfde dag kwam er een bericht binnen van een bestelling. 'Is dat niet een beetje vroeg' dacht ik. Maar nee hoor, vanaf dat moment volgden de bestelling elkaar rap op. Ik wist niet wat me overkwam. Dit ging door tot oudejaarsdag. Heel veel bestellingen werden gedaan. Ook werd opgegeven wie wanneer de bestelling kwam ophalen. En wie geen tijd had of niet in de buurt was - geen probleem, men vroeg naar een tikkie om een donatie te mogen doen. Fantastisch toch?

Nu had ik al plannen om een keer naar Winterswijk te gaan om te zien hoe het daar op oudejaarsdag aan toegaat. Al vanaf 2016 gaat namelijk een deel van de opbrengst van verkoop van de oliebolbollen naar onze stichting - een fantastisch gebaar. Inmiddels is er al bijna € 7.500 bij elkaar gebakken. Maar ja, Winterswijk ligt niet bij mij naast de deur. Maar een bezoek aan deze initiatiefnemers kon niet uitblijven.

Al jaren wordt er door de familie Prinsen op oudejaarsdag oliebolbollen gebakken. Moeder Thea Prinsen-Wassink (trouwe bezoeker van onze landelijke contactdag), is daarmee begonnen. Na haar overlijden in 2021 hebben zoon Jan en dochter Berlinda de traditie voortgezet. Nu was het toch een keer tijd om met eigen ogen te zien, hoe ze het in Winterswijk geregeld hebben en natuurlijk te proeven van de oliebolbollen.

31 december ben ik 's morgens vroeg richting Winterswijk gereden. Bij aankomst zag ik al een aantal mensen die hun bestelling kwamen afhalen. Na een hartelijke ontvangst kreeg ik een rondleiding in de 'oliebakkerszaak' van de familie Prinsen. In de omgebouwde keuken van Berlinda van de Meer was broer Henk-Jan met zwager bezig met het maken van het beslag. Emmers vol stonden al afgedekt om te rijzen. Daarnaast waren een aantal dames op een aangepast kookeiland druk bezig met het bakken van oliebolbollen (met en zonder rozijnen) en appelbeignets.



Aan een grote tafel zaten een aantal gasten al te proeven van de heerlijke oliebolletjes en werden de appels geschild en voorbereid om met beslag eromheen in de olie te belanden. Het was één grote gezellige club vrijwilligers die draaide als een geoliede machine. In de kamer - in het zicht van een foto van Thea Prinsen - was een uitgiftebalie ingericht met daarachter manden vol met oliebolletjes en appelbeignets. Twee dames waren bestellingen aan het inpakken en druppelsgewijs werden deze aan klanten afgegeven. In 3 tijdsblokken kon men de bestelling afhalen. Velen bleven toch nog even hangen om bij te praten en natuurlijk alvast iets te proeven. Naast de oliebolletjes was er ook koffie, thee en broodjes - zowel voor de gasten, maar vooral ook voor de oliebolletjesbakkers zelf. Op de achtergrond was er muziek, maar op het hele uur ging de volumeknop even omhoog (ik was al gewaarschuwd). Het was een gewoonte om op het hele uur een meezinger te draaien. Dit zegt gelijk iets

over de sfeer die er heerste. En dan het resultaat van mijn oliebolletjestest - ik vond deze heerlijk en goed voor een *** beoordeling. Aan het eind van de dag gaf Berlinda via de app het eindresultaat door - een voorlopige opbrengst van € 4.200, 2000 oliebolletjes en 800 appelbeignets. Zoveel was er nog niet eerder gebakken en opgehaald. Naast de verkoop van de oliebolletjes en appelbeignets werden ook heel veel giften gegeven voor onze stichting - geweldig. Omdat er zoveel gebakken wordt, moet er ook worden geïnvesteerd. Dit jaar zullen er nieuwe frituurbakken worden gekocht. Het netto bedrag wat inmiddels aan de stichting is overgemaakt is € 2.500 geworden.

Ik wil namens de Stichting Lynch Polyposis alle bakkers en vrijwilligers (m.n. Jan en Berlinda) nogmaals hartelijk bedanken voor het werk en de giften. Een geweldig resultaat. Wij zijn trots op jullie.

Ton Bunnik





Zes dingen die je hersenfunctie verstoren

Stress

Stress kan gunstig of schadelijk zijn, afhankelijk van de intensiteit en de duurtijd. Acute stress werkt stimulerend, maar chronische stress zorgt voor een overdosis cortisol. Dit hormoon vertraagt de productie van neuronen en verstoort de werking van de synapsen. Een gestrest brein zet de hersendelen die gewijd zijn aan redenering en geheugen in gedwongen rust, om volop te kunnen focussen op het overleven.

<http://tinyurl.com/5afan4wv>

Slaapmiddelen, kalmeermiddelen en antidepressiva

De werking van de hersenen is gebaseerd op chemische stoffen: neurotransmitters. Deze neurotransmitters zijn boodschappers die zorgen voor de circulatie van informatie tussen zenuwcellen. Psychotrope geneesmiddelen zoals [slaapmiddelen](#), kalmeermiddelen en [antidepressiva](#) imiteren of blokkeren de werking van chemische stoffen. Hierdoor wordt de overdracht van informatie tussen neuronen verstoord, wat een (soms zelfs onomkeerbare) impact heeft op het denken, het geheugen en de coördinatie. Hoewel ze voor sommige mensen onmisbaar zijn, is voorzichtigheid dus wel aan de orde.

[Lees ook: Benzodiazepinen \(benzo's\): werking, risico's en hoe afbouwen?](#)

[Lees ook: Verhoogt het gebruik van slaapmiddelen je kans op dementie?](#)

Sedentaire levensstijl

Het beoefenen van sport stimuleert de productie van nieuwe neuronen en ondersteunt de cognitieve functies (geheugen, redeneren, aandacht, besluitvorming...). De spieren geven een eiwit vrij, irisine, waarvan de afscheiding sterk toeneemt tijdens een regelmatige lichamelijke activiteit van ten minste dertig minuten. Dit eiwit speelt een belangrijke rol bij het overleven van neuronen. Tegenwoordig bekijken wetenschappers zelfs of irisine kan worden ingezet bij de behandeling van de ziekte van Alzheimer en andere neurodegeneratieve ziekten.

[Lees ook: Lichaamseigen stof irisine als middel tegen obesitas](#)

Intellectuele inactiviteit

Intellectuele stimuli versterken de vorming en duurzaamheid van neuronen, ondersteunen de connectiviteit van de hersencircuits en verbeteren mentale capaciteiten. Prof. Bernard Sablonnière: "Het brein moet voortdurend nieuwe horizonten ontdekken, anders gaat het 'roesten' en degenereren." Routine is dus nefast.

[Lees ook: Hebben puzzelaars minder kans op Alzheimer?](#)

Eenzaamheid

Sociale contacten geven de hersenen een boost. Het delen van emoties activeert de afgifte van oxytocine, wat een stressreducerend effect heeft.

[Lees ook: Wat kan je doen tegen eenzaamheid?](#)

Vetten en suikers

Een ongezond dieet (hoge calorie-inname en overtollige vetten en suikers) kan zorgen voor ontstekingen in de hypothalamus en zenuwcellen beschadigen. Het resulteert in cellulaire stress en een vermindering van het vermogen om neurale verbindingen te regenereren, wat leidt tot veroudering van de hersenen en cognitieve achteruitgang. Voor een gezond brein geef je beter de voorkeur aan voedingsmiddelen die laag zijn in vetzuren en rijk zijn aan natuurlijke [antioxidanten](#) en omega 3.

[Lees ook: De zin en onzin van omega 3-vetzuren](#)

[Lees ook: 9 zaken die slecht zijn voor je lever](#)

Bronnen:

<https://www.cairn-sciences.info>

<https://webtv.univ-lille.fr>

<https://www.lepoint.fr>

Auteur: [Sofie Van Rossom](#), gezondheidsjournalist

Voor altijd nabij: Rennen voor Lynch

De helft van de opbrengst is besteed aan het doel 'Onderzoek naar Lynch'

Prof. dr. Monique van Leerdam: "In het AvL behandelen we veel mensen met het Lynch syndroom en een kanker met immuuntherapie. Hierbij zijn we erg goede effecten. Het eigen immuunsysteem weet de tumoren over het algemeen heel goed op te ruimen. We weten echter niet of het 'aanzetten' van dit immuunsysteem ook toekomstige poliepen en kankers kan voorkomen. Hiervoor willen we binnen het AvL onderzoek gaan doen. Jouw bijdrage willen we graag daarvoor inzetten."

De ander helft is bestemd voor het onderzoek van Elsa van Liere, zie de flyer op pagina 60

Zaterdag 30 september jl. kwam onderstaand artikel uit in het Volkskrant Magazine. Hierin wordt verteld wat voor impact het Lynch-syndroom heeft op het leven en de onderlinge band van Lin en haar moeder Liesbeth. Wij, Lin en Esther, rennen 15 oktober de halve marathon en dit leek ons het perfecte moment om het Lynch-syndroom meer onder de aandacht te brengen en geld in te zamelen voor meer onderzoek. Hoe meer geld we inzamelen, hoe harder we gaan rennen!

"Stel: je bent fotograaf en je moeder krijgt kanker, voor de vierde keer. Voor de vierde keer zie je haar angst en haar pijn, haar verdriet en haar veerkracht, haar zorgen om zichzelf, maar vooral om jou - ze heeft jou immers het gen doorgegeven van het Lynch-syndroom, de oorzaak van haar kanker en wellicht ook ooit die van jou. En dan is 'wellicht' nog zacht uitgedrukt: vrouwen met het gen hebben, afhankelijk van het gen en het type mutatie, 15 tot 55 procent kans op baarmoederkanker en 25 tot 70 procent op darmkanker. Doorgaans op jonge leeftijd, nog voor hun 50ste levensjaar.

Dan is er dus een hoop aan de hand in je leven; niet alleen is je moeder ziek, maar je hebt zelf ook nogal iets om mee te dealen. En hoe deal je met dingen, als fotograaf? Door te fotograferen, logisch, want het is je ui-tingsvorm, je houvast, je hoogstpersoonlijke manier ook om 'heftige dingen draaglijker te maken', zoals Lin Woldendorp (28) het verwoordt. En moeder Liesbeth (63) laat zich geduldig tot object bombarderen - alles om met elkaar in verbinding te blijven in dit lange, lastige, liefdevolle proces."

Dan is er dus een hoop aan de hand in je leven; niet alleen is je moeder ziek, maar je hebt zelf ook nogal iets om mee te dealen. En hoe deal je met dingen, als fotograaf? Door te fotograferen, logisch, want het is je ui-tingsvorm, je houvast, je hoogstpersoonlijke manier ook om 'heftige dingen draaglijker te maken', zoals Lin Woldendorp (28) het verwoordt. En moeder Liesbeth (63) laat zich geduldig tot object bombarderen - alles om met elkaar in verbinding te blijven in dit lange, lastige, liefdevolle proces."

[Lees het volledige artikel hier](#)



Lin Woldendorp, & Esther Woerdman



Lin en Esther overhandigen de cheque aan:
Monique van Leerdam, MDL-arts; directeur StOET

HELP MENSEN MET (ERFELIJKE) DARMKANKER

Maak de darmcontroles
beter én minder belastend



JA, IK DONEER
OF ZET EEN
ACTIE OP!



[www.steunamsterdamumc.nl/
project/darmkanker](http://www.steunamsterdamumc.nl/project/darmkanker)

Hoe zinvol zijn voedingssupplementen?

Een zevendelige serie over populaire supplementen

Het aantal mensen dat regelmatig voedingssupplementen slikt, groeit. Maar hoe zinvol is het gebruik ervan? Marjolein Visser, hoogleraar Gezond ouder worden en voedingswetenschapper aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, over de zin en onzin van zeven supplementen.



Vitamine D

Waar is het goed voor?

Voor het behoud van stevige botten en tanden, spieren en het immuunsysteem. Vitamine D haal je uit zonlicht en in mindere mate uit voeding. Voor ouderen is vitamine D extra belangrijk. “Het is wetenschappelijk bewezen dat een hogere vitamine D-spiegel het risico op vallen en botbreuken verlaagt. Daarom krijgen 70-plussers het advies om 20 microgram per dag te slikken”, zegt Visser. “Voor vrouwen vanaf 50 jaar geldt het advies om 10 microgram per dag te nemen; er zijn namelijk aanwijzingen dat vitamine D botontkalking tijdens de overgang vertraagt.”

Vitamine D verkleint het risico op luchtweginfecties nauwelijks; alleen in de leeftijdsgroep 1 tot 16 jaar is er een minimaal effect. Over corona kan nog niets worden gezegd. “Corona is nog te nieuw, de onderzoeken naar de mogelijke invloed van vitamine D op het krijgen van een coronainfectie lopen nog. Tot nu toe is er geen sterk bewijs dat vitamine D bij ouderen meer doet dan het risico op vallen en botbreuken verkleinen.”

Goed om te weten

Vitamine D werkt samen met calcium (uit bijvoorbeeld zuivel en groene groenten). Mensen die alleen plantaardige zuivel

zoals havermelk of sojayoghurt gebruiken, kunnen het beste supplementen met toegevoegd calcium kopen. Gebruik liever geen calciumsupplementen: die vergroten het risico op plaquevorming in de aderen en dus op hart- en vaatziekten.

Risico's

Volwassenen mogen dagelijks maximaal 100 microgram vitamine D binnenkrijgen. Visser: “Een teveel aan vitamine D door de zon ruimt het lichaam zelf op. Het risico van overdosering bestaat vooral bij supplementen, omdat die soms hoog gedoseerd zijn. Vitamine D slaat op in vet, waar het zich ophoopt. Het kan zo een giftige hoeveelheid worden. Pas dus op met te hoge doseringen.”

Bron: Gezondheidsnet

Actueel & Politiek

<https://zorgkrant.nl/wetenschap-en-onderwijs/17444-genen-die-de-vorm-van-je-oren-en-wenkbrauwen-bepalen-ontdekt> Genen ontdekt die de vorm van je oren en wenkbrauwen bepalen ontdekt

Over kwakzalverij in geneeskunde & onze behoefte naar bedrog

Dokters zijn bezorgd over het groeiende aantal bekende Nederlanders en influencers dat via sociale media misleidende gezondheidsadviezen verspreidt. En ook [gevestigde media, zoals tijdschriften en talkshows](#)

De lever is onze natuurlijke detoxmachine, zorg goed voor haar

Een op de drie mensen kampt met leververvetting. Daar merk je niets van, tot het te laat is en zelfs levercirrose of -kanker op de loer ligt. Een arts en een voedingsdeskundige leggen uit. Tijdens een regulier bloedonderzoek signaleert de huisarts van Aad Duijvestijn (69) in 2017 dat zijn leverwaarden aan de hoge kant zijn.

Het zal je gebeureneen ziekte (genetische) erfenis. Audio

Wat betekent het als je 50 procent kans hebt op een erfelijke aandoening? EO-journalist en podcastmaker Nicole de Jong weet daar alles van. Zij kan drager zijn van een aandoening die hersenbloedingen veroorzaakt.

De dokter werd patiënt: het verhaal van Hester Oldenburg. Audio

Artsen zijn elke dag bezig met de ziektes van anderen. Maar wat als je als dokter zelf patiënt wordt? En getroffen wordt door de ziekte waar je zelf het meeste van weet? Oncologisch chirurg Hester Oldenburg overkwam het en schuift aan in Villa VdB.



N.B.! Zodra iets over activiteiten nader bekend is, wordt dit op onze website vermeld, kijk regelmatig op: www.lynch-polyposis.nl

Chemotherapie bij kinderen verhoogt het risico op borstkanker

Nieuw internationaal onderzoek onder ruim 18 duizend overlevenden van kinderkanker laat zien dat zij een zes keer hogere kans hebben op borstkanker voor hun 40ste levensjaar. Dat komt door het type chemokuur waarmee ruim eenderde van alle kinderen met kanker wordt behandeld.

RIVM: sigaretten zijn tot wel 15 keer schadelijker

Van Ooijen informeerde kortgeleden de Tweede Kamer over de bevindingen van het RIVM. Het onderzoek wijst uit dat in alle sigaretten in Nederland de hoeveelheden teer, nicotine en koolmonoxide veel te hoog zijn. Bij verreweg de meeste sigaretten zuig je bijvoorbeeld bijna drie keer meer teer je longen in dan de maximaal 10 milligram die is toegestaan.

Meer winst te behalen bij opsporing hoofd-halskanker

Hoofd-halskanker is vrij zeldzaam en wordt vaak laat ontdekt. Huisartsen kunnen bij vermoedens beter één patiënt te veel doorsturen, dan één te weinig, vindt epidemioloog Boukje van Dijk. Vuistregel is 1 voor 3: verwijst een patiënt die drie weken last heeft van bepaalde symptomen.

AI geeft onderzoek naar kanker een stevige boost

Kanker blijft de belangrijkste doodsoorzaak. Ongeveer 1 op de 3 mannen en 1 op de 4 vrouwen krijgt de ziekte nog voor hun 75ste. Om die cijfers naar beneden te krijgen, werd in samenwerking met de Stichting tegen Kanker Team Hoop opgericht, een team van wetenschappers die alles in het werk stellen om de hoge kankercijfers in ons land af te remmen.

Effectieve digitale zorg vermoeidheid bij kanker iedereen beschikbaar

In Nederland leven ruim 770.000 mensen met en na kanker. En terwijl medisch onderzoek voortdurend nieuwe doorbraken oplevert, blijft de meest voorkomende bijwerking van kanker, vermoeidheid, voor 350.000 (ex) kankerpatiënten een lichamelijk, emotioneel en sociaal invaliderend probleem.

<http://tinyurl.com/5f8skyz9>

AI (Artificiële Intelligentie) bij coloscopie vindt meer adenomen.

Activiteiten agenda 2024

Zaterdag 15 juni Familiedag
Zaterdag 9 november Landelijke Contactdag
Data andere activiteiten nog niet bekend

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. Bij ongeveer 5% van de darmkankerpatiënten wordt de kanker veroorzaakt door Lynch-syndroom of Polyposis. Lynch en Polyposis zijn erfelijk.

Iemand met één van deze aandoeningen geeft deze 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 veelal 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 voor het bereiken van onze doelstellingen. 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

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. U kunt zich als donateur aanmelden, per QR-code: of per statusregel, klikt u op: Aanmeldformulier Stichting Lynch Polyposis

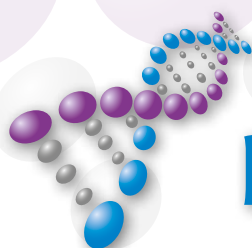




Medio 2014 fuseerden
de Vereniging HNPCC-Lynch &
de Polyposis Contactgroep
tot de
Stichting Lynch Polyposis

2014 - 2024

10 jaar Stichting Lynch Polyposis



**Lynch
Polyposis**

www.lynch-polyposis.nl

Lynch- syndroom

Lynch is een erfelijke afwijking in bepaalde genen en geeft een verhoogd risico op dikkedarmkanker.
Meer informatie

<http://tinyurl.com/s3mt3x85>



Polyposis

Polyposis (FAP, MAP, AFAP en Peutz-jeghers) is een erfelijke aandoening. Er ontstaan tientallen tot duizenden poliepen.
Meer informatie

<http://tinyurl.com/bddduztk>

