

Wat is rectale neuro-endocriene kanker

De endeldarm is het laatste deel van de dikke darm dat de dikke darm met de anus verbindt.

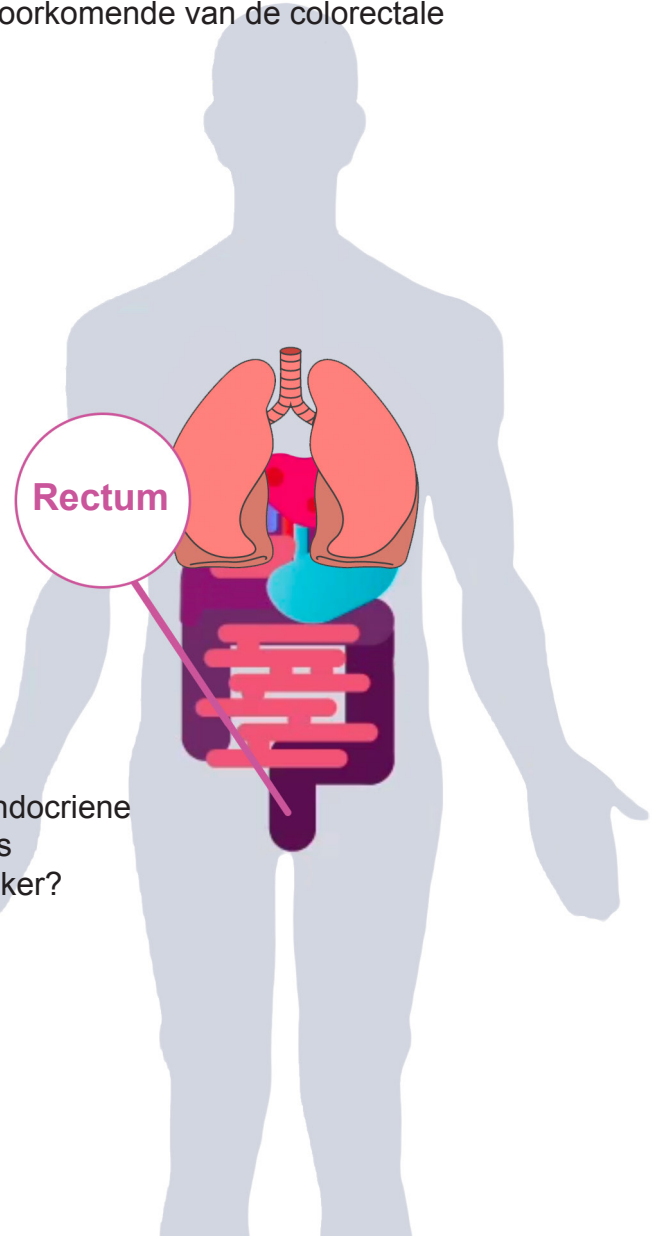
Het slaat het in de dikke darm geproduceerde afval op totdat het lichaam klaar is om het te verwijderen door middel van defecatie (ontlasting uitscheiden). Het is een holle, gespierde buis van ongeveer 10-15 cm lang en 6 cm diameter op het breedste punt.

Hoewel rectale neuro-endocriene kanker tot de meest gediagnosticeerde neuro-endocriene kankers behoort (gedeeltelijk als gevolg van screeningonderzoek naar darmkanker), behoren zij tot de minst voorkomende van de colorectale kankers (<2%).

Er zijn 2 basistypes neuro-endocriene kanker:

- 1 NET (Neuro-endocriene Tumor) is een kanker die zijn oorsprong vindt in de neuro-endocriene cellen. Wanneer deze cellen een abnormale veranderingen ondergaan en daarbij "goed gedifferentieerd" genoemd worden, volgen zij een traag tot matig groeipatroon.
- 2 Bij NEC (Neuro-endocrien Carcinoom), worden deze veranderingen "slecht gedifferentieerd" genoemd - de cellen hebben de neiging om snel te groeien.

U vindt meer informatie over het neuro-endocriene systeem en neuro-endocriene kanker in ons informatieblad "Wat is neuro-endocriene kanker?"



Symptomen +/- neuro-endocrien gerelateerde syndromen

Een syndroom is een combinatie van 2 of meer verwante symptomen die gelijktijdig optreden - vaak duidt dit op een bepaalde ziekte of aandoening.

Symptomen van neuro-endocriene rectumkanker kunnen zijn:

- Bloedingen onderaan (rectale bloeding)
- Jeuk en pijn rond de endeldarm en/of anus
- Kleine klontertjes rond de anus
- Slijmafscheiding uit de anus
- Verlies van controle over de darmen (darmincontinentie)
- Constipatie
- Het gevoel dat uw rectum niet volledig wordt gelegeerd of tenesmus - een voortdurend of terugkerend gevoel dat u uw darmen moet legen.
- Zwakheid of vermoeidheid
- Onverklaarbaar gewichtsverlies

Veel mensen ervaren echter geen symptomen in de vroege stadia van de ziekte - en een vroege diagnose is vaak een incidentele bevinding door screening.

Neuro-endocriene rectumkanker gaat zelden gepaard met een geassocieerd neuro-endocrien syndroom.

Causes and / or risk factors for neuroendocrine cancer of the rectum

We weten niet precies wat de oorzaak is van neuro-endocriene kanker - het is echter belangrijk om het advies van een gezonde levensstijl op te volgen: eet goed, beweeg en vermijd roken en het drinken van te veel alcohol.

De meeste neuro-endocriene kankers komen niet in families voor; er zijn echter een aantal zeldzame aandoeningen die het risico kunnen verhogen. Daarom, als andere familieleden zijn gediagnosticeerd met deze specifieke vorm van kanker (vooral bij personen jonger dan 50 jaar) of die een genetische aandoening hebben die met kanker verband houdt, is het belangrijk dat u met uw specialistenteam niet alleen over uw medische voorgeschiedenis praat, maar ook over eventuele familiale pathologieën of aandoeningen.

De twee meest voorkomende erfelijke darmkankersyndromen zijn het Lynch-syndroom (non-polyposis colorectal cancer (HNPCC)) en de aanwezigheid van adenomateuze polyposis (FAP) in de familie.

Hoewel er geen oorzakelijk verband met neuro-endocriene rectumkanker is vastgesteld, is het voor uw specialistenteam belangrijk om te weten of er een familiegeschiedenis van HNPCC of FAP bestaat, omdat dit een leidraad kan zijn voor het verdere zorgbeheer.

Gebruikelijke tests die al dan niet kunnen worden gebruikt om de diagnose te helpen stellen

Bloed en/of urine

Bloedbeeld
(B12 + serum ijzer)
Lever- en nierfunctie
Biochemisch: Chromogranine A +/- B
Urine 5-HIAA CEA
 β -HCG
Lever en nierfunctie

Scans en nieuwe onderzoeken

Endo-anale echografie
Rectosigmoidoscopie/colonoscopie +/- biopsie
Bekken MRI
CT-scan met contrast: borstkas/abdomen/pelvis
Beeldvorming met somatostatinereceptor PET (SRS SPECT/CT indien geen dotataat PET beschikbaar is)
FDG PET indien hoge graad/snel progressieve ziekte.

Pathologie (wat kan worden gezien door speciale tests onder de microscoop):

Celdifferentiatie en morfologie
Synaptofysine
Chromogranin Ki67
Andere immunohistochemische tests indien nodig om de diagnose te helpen stellen

Behandeling

Het belangrijkste doel van de behandeling moet zijn u te helpen de beste levenskwaliteit te behouden door te zorgen voor toegang tot de juiste behandeling, symptoombestrijding en behandeling van wat voor u het belangrijkste is.

Er bestaat een wereldwijde consensus dat alle patiënten met neuro-endocriene kanker door een neuro-endocriene kankerspecialist moeten worden gezien om de beste zorg te garanderen.

Een of meer van de volgende benaderingen kunnen worden voorgesteld:

- Monitoring of toezicht
- Gehele of gedeeltelijke verwijdering van uw NET/NEC
- Beheersing van uw ziekte door de ontwikkeling van uw NET/NEC te vertragen of te stoppen
- Palliatieve zorg of verlichting van uw symptomen

De behandelingsmogelijkheden zullen afhangen van het type (vordering, functioneel, enz.), de plaats en de grootte van uw neuro-endocriene kanker, of deze is uitgezaaid en naar welk orgaan.

Het zal ook afhangen van de aanwezigheid van andere gezondheidsproblemen en/of ziekten, uw algemene gezondheid en uw lichamelijke conditie.

Een groot deel van de ontmoetingen met uw artsen of verpleegkundigen/specialistenteam is bedoeld om ervoor te zorgen dat u de informatie krijgt die u nodig hebt om de behandelingsopties te begrijpen die voor u gunstig kunnen zijn, zodat u een geïnformeerde keuze kunt maken over uw zorg.

Er kunnen verschillen zijn in de toegang tot beschikbare behandelingen, afhankelijk van het land.

Behandelingsopties kunnen zijn:

Monitoring – kan worden gebruikt om te beoordelen hoe goed de behandeling werkt of in de perioden tussen behandelingen (in maanden of jaren) - niet iedereen hoeft een behandeling te ondergaan - monitoring kan uw kanker en uw algemene gezondheidstoestand controleren door eventuele veranderingen op te sporen die een bepaalde behandeling zouden kunnen rechtvaardigen. Alle behandelingen hebben bijwerkingen, het is dus belangrijk te weten wanneer een behandeling al dan niet nuttig kan zijn.

Heelkundige ingreep – om uw primaire neuro-endocriene kanker en/of secundaire ziekteplaatsen (uitzaaiingen) geheel of gedeeltelijk te verwijderen of een shunt aan te leggen.

Bij sommige chirurgische ingrepen om rectale neuro-endocriene kanker te verwijderen, kan tijdelijk of permanent een stoma worden gevormd.

Een stoma wordt gevormd door een deel van uw dikke darm (colon) naar het oppervlak van uw buik te brengen om een stoma (een opening) te vormen - en kan tijdelijk of permanent zijn - afhankelijk van hoeveel van de darm is verwijderd en hoeveel er nog over is, en de conditie van de rest van de darm. Afvalproducten verlaten de maag en worden opgevangen in een uitwendig zakje (stoma genoemd). Als uw stoma tijdelijk is, kan op een later tijdstip nog een operatie plaatsvinden om uw darm weer samen te voegen en te sluiten - dit wordt een colostomie-omkering genoemd.

Veel rectumkankers ontwikkelen zich echter eerder tot poliepen dan tot grote tumoren, zodat voor deze behandeling minder invasieve technieken dan chirurgie beschikbaar zijn.

Een poliep is een kleine cluster van cellen die zich op 2 manieren ontwikkelt:

- De gesteelde poliepen...hangen aan een klein steeltje..
- De sessiele poliepen zijn plat en groeien direct uit het omringende weefsel.

Als uw neuro-endocriene kanker in een poliep groeit, kunt u die met een endoscopie laten verwijderen:

Polypectomie – Poliepen worden tijdens een endoscopie verwijderd met behulp van een warme of koude tang of pincet.

Mucosale/submucosale dissectie – Een endoscoop wordt ingebracht op de plaats van de poliep. Met een kleine naald wordt aan de onderkant vloeistof ingespoten om de poliep omhoog te brengen, zodat er een veilige ruimte ontstaat voor verwijdering met een pincet of een klein chirurgisch mes. Het gebied wordt dan dichtgeschroeid (om het bloeden te stoppen).

Somatostatine-analogen (SSA) – en/of andere medicijnen kunnen worden gebruikt om de afscheiding van darmhormonen beter te reguleren indien deze in overmaat worden geproduceerd.

Ze kunnen ook worden gebruikt om de groeisnelheid te vertragen van laag- tot matig-gradige neuro-endocriene kankers (NET) - of ze al dan niet “functioneel” zijn

Chemotherapie – kan oraal (in de vorm van tabletten) of IV (intraveneus) worden toegediend om de groei van een tumor af te remmen of te proberen de tumor te verkleinen. Dit kan de eerste indicatietherapie bij pathologieën van hooggradige ziekte, namelijk slecht gedifferentieerde neuro-endocriene carcinomen (NEC). Chemotherapie kan ook worden gebruikt om de gevoeligheid van tumorcellen voor radiotherapie te vergroten.

Gerichte moleculaire therapieën – kunnen oraal (capsules/tabletten) of IV (intraveneus) worden toegediend om de groei van de tumor te vertragen of te proberen de tumor te verkleinen.

Radiotherapie – kan worden gegeven samen met chemotherapie, na een operatie of alleen om kankercellen te helpen vernietigen of om symptomatische secundaire uitzaaiingen in het bot te behandelen.

Peptide Receptor Radionucleide Therapie (PRRT) – RIV gevectoriseerde interne radiotherapie ook soms Rioligandtherapie genoemd; maakt gebruik van gerichte bestraling om neuro-endocriene kankercellen te behandelen. Deze behandeling kan worden toegepast bij bepaalde patiënten die een positieve CT-scan op basis van somatistatinereceptoren hebben.

Interventieradiologie – verwijst naar een reeks technieken zoals bijvoorbeeld embolisatie of ablatie - om een neuro-endocriene kanker te behandelen die is uitgezaaid, bijvoorbeeld naar de lever of de longen.

Clinical trial – Klinisch onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe veiligere behandelingen zijn van essentieel belang om de beste zorg voor patiënten met neuro-endocriene kanker te kunnen bieden - we moeten er zeker van zijn dat de behandeling niet alleen werkt, maar ook veilig is. Er zijn verschillende fasen in een proeftherapie; meer informatie is te vinden in het informatieblad "Klinische proeven". Deelname aan een proef gebeurt vrijwillig.

Follow up

Er zijn door deskundigen overeengekomen richtsnoeren over hoe en wanneer een follow-up moet plaatsvinden, maar in de praktijk varieert dit en vaak zijn daar een goede redenen voor - Follow-up moet deskundig en wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar ook op u gericht zijn en op wat voor u goed is afgestemd voor optimale zorg.

Bronnen

- **International Neuroendocrine Cancer Alliance (INCA)**
www.incalliance.org
- **The Carcinoid Cancer Foundation**
www.carcinoid.org
- **Neuroendocrine Tumor Research Foundation**
www.netrf.org
- **Neuroendocrine Cancer UK**
www.neuroendocrinecancer.org.uk
- **NeuroEndocrine Cancer Australia**
www.neuroendocrine.org.au
- **Canadian Neuroendocrine Tumour Society (CNETS)**
www.cnets.ca

Voor een volledige lijst van INCA-leden: <https://incalliance.org/full-members/>

Voor stoma-patiënten – meer informatie en ondersteuning is verkrijgbaar bij de European Ostomy Association <https://ostomyeurope.org>

- ✉ post@incalliance.org
- 🐦 twitter.com/netcancerday
- 📘 facebook.com/netcancerday
- 📷 instagram.com/netcancerday