

DE GROTE BOODSCHAP

INHOUD

	Waarom dit boek levens kan redden	7
1.	Wat is een darm?	13
2.	Wat houdt darmkanker allemaal in?	33
3.	Hoe ontstaat darmkanker?	63
4.	Hoe ontdek je darmkanker?	85
5.	Welke verschillende behandelingen bestaan er?	119
6.	Hoe groot is de impact van de levensstijl?	167
7.	Wie kan darmkanker krijgen?	199
8.	Hoe kunnen we zoveel mogelijk mensen bewust maken?	215

WAAROM DIT BOEK LEVENS KAN REDDEN

Beste lezer, fijn dat je aan mijn boek begint. Ik hoop van harte dat je *De Grote Boodschap* van dit boek, met name ‘Doe. De. Test’, daarna ook verder verspreidt. Het onderwerp van dit boek, darmkanker, belangt immers ieder van ons aan. Wist je dat één op de twintig personen ooit geconfronteerd wordt met deze ziekte? Het ‘gemiddeld risico’ om darmkanker te krijgen bedraagt dus 5 procent. Dat is niet weinig.

Ik weet niet hoeveel mensen dit boek zullen lezen. Misschien hebben sommigen het gekocht omdat ze al met darmkanker geconfronteerd werden. Anderen omdat ze willen weten hoe ze darmkanker kunnen vermijden. Maar bij het cijfer van één op de twintig weet je gewoon dat heel wat lezers verdomd goed beseffen waar dit boek over gaat. Jaarlijks sterven er in België 3000 mensen aan darmkanker. Dat zijn acht mensen per dag. Iedere dag zijn er door deze ziekte acht begravenissen, waarvan volgens mij minstens de helft te voorkomen was. Door meer informatie, door meer voorlichting. Bijna 90 procent van de mensen die getroffen worden door darmkanker is ouder dan 50 jaar, iets meer dan 10 procent is jonger. Jammer genoeg heb ik bij het begin van dit boek al onmiddellijk slecht nieuws. Het aantal ‘jongvolwassenen’ (mensen jonger dan 50 jaar) met darmkanker neemt toe. Een complex probleem, dat wellicht diverse oorzaken heeft. Oorzaken die nog niet helemaal duidelijk zijn. Maar de harde feiten zijn er wel. Ik vrees zelfs dat het niet lang zal duren vooraleer ik 15 procent moet schrijven. Dat is niet alleen al het geval in Amerika en Australië, maar volgens recente studies ook al in verschillende landen in Europa. Darmkanker is dus echt geen ‘oudemensenziekte’. Laten we dat misverstand maar meteen uit de weg ruimen. Wie de media recent volgde, zag diverse verhalen opduiken van jonge mensen die met darmkanker geconfronteerd werden.

Als darmkanker vroegtijdig ontdekt wordt, heb je méér dan 90 procent kans op genezing. Dat kan ik niet genoeg benadrukken en herhalen. Dat had ik misschien eerst moeten vermelden. Want dat is uitstekend nieuws. Jammer genoeg wordt darmkanker bij één op de twee Belgen in een latere fase ontdekt. Dat is dan weer slecht nieuws, want dat heeft serieuze gevolgen voor hun kansen op genezing en overleving. Wanneer er uitzaaiingen zijn, bijvoorbeeld in de lever of de longen – het zogenaamde stadium IV –, is die kans op overleving amper 15 procent.

Ik hoop dat je niet te veel geschrokken bent van dit heftig begin. Gelukkig zit er in dit boek ook veel goed nieuws. Want dit is ook een boek van hoop. Hoop op snellere diagnose, hoop op betere behandeling, hoop op betere genezing en overleving. Hoop op een wereld zonder darmkanker!

In dit boek ga ik samen met jou dieper in op wat darmkanker precies is. Wat het gigabelang van screening of vroegtijdige opsporing is. Wat de symptomen kunnen zijn of juist niet zijn. Waarom ook jij darmkanker kan krijgen. Al is het misschien belangrijker om uit te leggen hoe je de ziekte kan voorkomen. Moest dat niet lukken, om welke reden dan ook, dan leg ik je uit wat je allemaal te wachten staat. Ik probeer ook zo eerlijk mogelijk te antwoorden op de vraag of darmkanker echt de wereld uit kan worden geholpen. De ondertitel van mijn boek is niet voor niets *Hoe we samen darmkanker de wereld uit helpen*. En onze vzw die we in 2010 oprichtten heet Stop Darmkanker. Utopie of werkelijkheid?

Beste lezer, met een titel als *De Grote Boodschap* weet je dat er veel informatie over stoelgang in dit boek zal passeren. Dat gebeurt ook tijdens mijn lezingen. Dat leidt vaak tot het nodige gegniffel en gelach. Er worden grapjes over gemaakt. Dat kan absoluut geen kwaad. De juiste dosis humor op het juiste moment moet kunnen, zelfs als het over darmkanker gaat. Het onderwerp is al serieus genoeg. Jouw stoelgang is ook een heel serieus onderwerp, dat zal je

in dit boek merken. Aan die stoelgang hangt meteen ook *De Grote Boodschap* van dit boek vast. Ik geef die nu al nog eens mee: Doe. De. Test! Drie woorden die een wereld van verschil kunnen maken. Meer hoeft je eigenlijk niet te onthouden. Nog belangrijker is er gevolg aan te geven: een eenvoudige stoelgangtest doen die je mogelijk heel veel leed bespaart. Door dit boek te lezen zal je samen met mij besluiten dat die poepsimpele test inderdaad levens redt. Of laat het mij eens anders uitdrukken: we winnen heel wat gezonde levensjaren. Iedereen tussen de 50 en 74 jaar krijgt die test om de twee jaar gratis thuis toegestuurd. Je krijgt niet elke dag een cadeautje van de overheid. Neem het dan ook in dank aan. Op dat punt mag je de overheid vertrouwen.

In 2022 deed 48,3 procent van de Vlamingen daadwerkelijk de test. Dan weet je dat er nog veel werk aan de winkel is. Het glas is zelfs niet halfvol. Mijn boodschap aan die overige 51,2 procent mensen is heel duidelijk. Het zijn maar drie woorden: Doe. De. Test! Dat cijfer moet echt omhoog. Drastisch! Het is de enige manier om meer levens te redden, meer leed te vermijden en meer kosten te besparen. Dat noem ik een win-win-winsituatie.

Wie weet stoppen we samen met dit boek wel één darmkanker. Ik denk zelfs dat het er meer kunnen zijn. Mooi toch?

Ik wens je veel leesplezier!

Dr. Luc Colemont, oktober 2024

DE GETUIGENIS VAN PETER

'VIJF PROCENT OVERLEVINGSKANS, MAAR I'M STILL ALIVE'

Maart 2012. Na een wedstrijd van onze jongste zoon werd me de vraag gesteld of ik geen zin had te gaan basketten bij de veteranen, of recreanten zoals men dat tegenwoordig noemt. De goesting was er wel, maar vanwege overgewicht kreeg ik geen medisch attest. Dan maar op dieet zeker? Na acht maanden was ik ongeveer 30 kilo kwijt. Ik hoorde me eigenlijk goed te voelen, maar het tegendeel was waar. Ik was constant moe, had overal pijn en had bijna constant diarree.

Begin januari 2013 ben ik naar de dokter gegaan die me onmiddellijk adviseerde om te stoppen met mijn dieet omdat hij dacht ik op korte tijd misschien wel te veel was afgevallen en dat dit een reactie was van mijn lichaam. Dit bracht echter geen soelaas. Ik had geen zin om te eten, de vermoeidheid bleef, alsook de buiklast en het aanhoudend gewichtsverlies. Begin februari ben ik terug naar de dokter gegaan die dan bloedstalen heeft genomen waaruit niets specifiek kon worden afgeleid, waarna de huisarts allerlei vitaminesupplementen heeft voorgeschreven. Ondertussen bleven de kilo's eraf vliegen. De laatste week van februari had ik zoveel last van diarree dat de situatie niet meer houdbaar was. Dan maar een stoelgangtest laten doen. Daaruit bleek dat er bloed in mijn stoelgang zat maar ook dat ik een heel zeldzame parasiet in mijn darmen had. Het centrum voor tropische ziekten werd ingeschakeld, waarna een medicijnkuur van zes weken werd voorgeschreven waar ik nog zieker van werd.

Gedurende de maand maart verloor ik nog meer gewicht en kon ik bijna niets meer eten. Halfweg die maand stopte plots de diarree. Mijn eerste idee was: eindelijk, de medicatie doet zijn werk. Na enkele dagen merkte ik echter dat er helemaal geen stoelgang meer kwam. De eerste week van april kon ik niks meer eten. Als ik dan al iets at of dronk, braakte ik alles weer uit. Op 10 april voelde ik dat ik

weer moest braken, en wat er toen kwam deed mij enorm schrikken: ik braakte stoelgang...

Mijn echtgenote heeft me in de auto geholpen en me naar het ziekenhuis gebracht. Op spoed kreeg ik dadelijk een infuus met vocht toegediend, want ik had serieuze uitdrogingsverschijnselen. Na de nodige onderzoeken volgde het verdict: darmkanker. Met uitzaaiingen. Er was een tumor met een doorsnede van 17 centimeter vastgesteld ter hoogte van het sigmoïd, een deel van de dikke darm. Zeventien centimeter! Vandaar de volledige obstructie. Ik voelde me de laatste tijd heel slecht, maar dit had ik noch mijn echtgenote zien aankomen. Wat nu? Wat gaat er gebeuren? Hoe gaan we het aan de kinderen vertellen? Duizenden vragen, geen antwoorden.

In eerste instantie werd overwogen om me over te brengen naar de afdeling palliatieve zorg en te starten met palliatieve sedatie. Maar onder impuls van professor Knol werd uiteindelijk geopteerd om toch over te gaan tot een invasieve ingreep van om en bij de twaalf uur. De tumor werd verwijderd, alsook de appendix, een dunnedarmsegment en 35 klieren. Er werd ook een stoma aangelegd.

Na enkele dagen op intensieve zorgen te hebben gelegen mocht ik naar de kamer om aan te sterken. Het pathologisch onderzoek wees uit dat het ging om een 'primair coloncarcinoom staging pT4bN4b'. Concreet: de vijfjarige overlevingskans bedraagt minder dan 5 procent... Mijn eerste reactie was: fuck that! Na zes weken was ik genoeg aangesterkt en werd een poortkatheter geplaatst om de chemokuur te kunnen starten. Ik had geen enkel idee wat ik kon verwachten, maar dat werd al snel duidelijk. Vanaf de tweede cyclus begonnen vingers en tenen te tintelen bij koude, ik was misselijk, vermoeid, emotioneel... Dit werd alleen maar erger naargelang de cycli vorderden. Het enige houvast dat je dan hebt en waarom je volhoudt, is dat je hoopt dat de chemo zijn werk doet.

De afdeling buitenstappen met het gevoel dat het hopelijk de laatste keer was, kan je met geen woorden beschrijven. In de auto naar huis klonk Eddie Vedder van Pearl Jam door de speakers. 'I'm still alive', zong hij, en ik brulde volop mee.

Als je dit leest lijkt het of alles vanuit het ik-standpunt is geschreven. Dat klopt voor een groot deel omdat het een getuigenis is. Maar het is met geen woorden te beschrijven wat je gezin, familie en vrienden doormaken. Zij zijn het die alles moeten ondergaan en dikwijls machteloos toekijken hoe je weer eens ellendig thuiskomt van de chemo zonder dat ze je kunnen helpen. Je weer eens moeten helpen als je stoma loskomt. Weer eens je nukken verdragen als het een dag niet gaat. Zij verdienen het grootste respect. Het allergrootste respect.



GENOEG SOLIDARITEIT

HOOG TIJD OM AAN JEZELF TE DENKEN.

Jij hebt 1 kans op 20 om darmkanker te krijgen. Maar je hebt veel meer kans om dit te voorkomen. Het enige wat je moet doen, is even aan jezelf denken. Onderzoek je stoelgang met een poepsimpele test en geef darmkanker geen kans. Wacht niet tot het te laat is. Jij bent vandaag het goede doel.

Kijk snel op www.stopdarmkanker.be en red jezelf.



1.
WAT IS EEN
DARM?

Hoeveel darmen hebben wij?

Dit boek draait om darmkanker. Maar vooraleer we het brede spectrum aan oorzaken, symptomen, types darmkanker en behandelingen aanpakken, moeten we toch even stilstaan bij onze darmen zelf. Wat zijn ze en wat betekenen ze voor ons? Hoeveel darm zit er in ons? Wie goed heeft opgelet tijdens de lessen biologie herinnert zich nog dat je een dikke en een dunne darm hebt. Het is niet voor niets dat ik tijdens lezingen een dia van Laurel en Hardy laat zien. Je weet wel: de Dikke en de Dunne uit de legendarische komische films die intussen al een eeuw oud zijn. Heb je héél goed opgelet tijdens de les, dan ken je misschien ook nog de endeldarm en de blindedarm. Maar waarvoor heb je al die darmen nodig en waarin verschillen ze van elkaar?

Klaar voor een miniles biologie?

Waarvoor dient onze dunne darm?

De darmen zijn een erg belangrijk onderdeel van ons spijsverteringskanaal. Eens het voedsel je mond, slokdarm en maag voorbij is, komt het in de dunne darm terecht. Laten we dus met de dunne beginnen. Die bestaat zelf uit de twaalfvingerige darm (of duodenum) van ongeveer 25 centimeter lang. Die twaalfvingerige darm is eigenlijk de eerste bocht van de dunne darm. Vervolgens komt men in de nuchtere darm (of jejunum) terecht. Die is ongeveer twee meter lang. Uiteindelijk bereikt ons voedsel de drie meter lange kronkeldarm (of ileum). Dat is het laatste stuk van de dunne darm.

De totale oppervlakte van de dunne darm is veel groter dan je denkt. Als je de dunne darm helemaal open plooit, kom je tot wel 200 vierkante meter. Dat zijn bijna twee tennisvelden! Hij heeft bovendien

een lengte van bijna zes meter. Je leest het goed. Misschien was het beter geweest om hem lange in plaats van dunne darm te noemen...

In de wand van die dunne darm bevinden zich duizenden kleine klieren die darmsappen produceren. Verschillende soorten darmsappen met verschillende soorten verteringsenzymen. Enzymen zijn nodig om de verschillende onderdelen van ons voedsel op te splitsen, waardoor ze door ons lichaam kunnen worden opgenomen.

 Als je de dunne darm helemaal open plooit, kom je tot wel 200 vierkante meter. Dat zijn bijna twee tennisvelden!

Wat doet die dunne darm? Hij is – samen met de maag – verantwoordelijk voor het verteren van ons voedsel, maar vooral ook voor het opnemen van die dingen die belangrijk zijn voor de werking van ons lichaam. Het klinkt simpel, maar het is een buitengewoon ingewikkeld proces. Een proces dat automatisch wordt uitgevoerd. Ons lichaam is op dat punt een fascinerende en complexe machine. Door verteringssappen of enzymen aan het voedsel toe te voegen wordt alles in heel kleine stukjes gedeeld. Dat is de enige manier om de bruikbare en noodzakelijke onderdelen op te nemen. Het is allemaal zo goed geregeld dat eiwitten, vetten, suikers, vitaminen en mineralen op verschillende plaatsen in de dunne darm worden opgenomen. Om twee voorbeelden te geven. Het ijzer dat in onze voeding zit wordt vooral opgenomen in het begin van de dunne darm. Vitamine B12 wordt dan weer pas in het ileum, helemaal op het einde van de dunne darm, opgenomen.

Als de voedingsstoffen door je darmwand zijn opgenomen, worden ze via je bloed en je lymfevocht naar de lever vervoerd. Nog zo'n belangrijk orgaan dat je best in ere houdt! Je lever maakt er bruikbare stoffen van die onze cellen gebruiken als bouwstof en energie. Onder tussen stuwt de dunne darm het resterende voedsel verder richting de dikke darm. Ons voedsel verblijft ongeveer vier tot acht uur in de

dunne darm. Dat verschilt natuurlijk van persoon tot persoon. Toch wel onvoorstelbaar als je bedenkt dat we daar zelf niets speciaal voor moeten doen. Het gebeurt allemaal automatisch. Ik blijf dat echt een van de grootste wonderen van de natuur vinden. Ons lichaam is misschien wel de meest ingewikkelde fabriek ter wereld.

Welke rol speelt de dikke darm?

Na de dunne darm volgt de ongeveer één tot anderhalve meter lange dikke darm, ook wel het colon genoemd. Je las wellicht elders dat men ook spreekt van colonkanker in plaats van darmkanker. In de Engelstalige literatuur ga je vaak ook 'colorectal cancer' of 'CRC' lezen. Daar wordt de endeldarm of het rectum, het laatste stukje van de dikke darm, apart vernoemd. Bij sommige mensen kan de dikke darm zelfs langer zijn, meer dan anderhalve meter. Dan spreekt men van een dolichocolon. 'Dolicho' is Latijn voor 'verlengd'.

In de dikke darm komt het overblijvende voedsel als een soort onverteerbare brij terecht. Daarvoor moet het wel nog eerst de zogenaamde klep van Bauhin passeren. Dat is een klepje tussen het einde van de dunne en het begin van de dikke darm. Alle voedingsstoffen, mineralen en vitaminen zijn door de dunne darm uit deze brij gehaald. Er zit op die plaats wel nog veel vocht in. De functie van je dikke darm bestaat er vooral in het water en de zouten die nog in de brij zitten eruit te halen of op te zuigen. Op die manier wordt de ontlasting gevormd. Die krijgt dus een vastere vorm en ons lichaam behoudt op die manier voldoende vocht. Het is dus vooral onze dikke darm die zal bepalen hoe onze stoelgang eruitziet. Over de verschillende vormen, geuren en kleuren gaan we het hier niet hebben.

De onverteerde voedselresten – vooral vezels – die in de stoelgang zitten worden in de dikke darm verwerkt door de talrijke bacteriën die zich daar bevinden. Deze bacteriën fermenteren of vergisten die

voedingsvezels. Dit zorgt voor de productie van korteketenvetzuren zoals acetaat, propionaat en butyraat. Het zijn belangrijke energiebronnen voor de darmcellen en henzelf. De bacteriën in onze dikke darm zijn ook betrokken bij de synthese van bepaalde vitaminen, waaronder vitamine K en sommige B-vitaminen. Deze vitaminen zijn essentieel voor verschillende lichaamsfuncties, waaronder onze bloedstolling en ons algemeen metabolisme. Je kan echt niet zonder die vitaminen.

Die dikke darm bestaat zelf uit vier delen. Het stijgende colon ascendens, het dwarse colon transversum, het dalende colon descendens, en de kronkeldarm of colon sigmoideum. Die kronkeldarm gaat over in de endeldarm of het rectum. Om volledig te zijn mogen we helemaal aan het begin van de dikke darm een dun aanhangsel niet vergeten. Die blindedarm is bij veel lezers van dit boek wellicht al verwijderd. Hun blindedarmontsteking of appendicitis zal hopelijk niet te veel nare herinneringen oproepen. Dat ‘aanhangel’ wordt ook wel appendix genoemd.

De dikke en dunne darm huisvesten zelf een heel groot aantal immuuncellen. Die spelen een zeer belangrijke rol bij de bescherming tegen ziekteverwekkers zoals bacteriën en virussen. Ze handhaven via erg ingewikkelde mechanismen bovendien een gezonde darmflora. Over die darmflora ga ik dadelijk veel meer vertellen.

De stoffen die vrijkomen bij al deze processen stimuleren ook de dikke darm om te bewegen. De beweging van de darmen wordt ook wel de peristaltiek genoemd. Er zijn ook bepaalde biochemische processen die ervoor zorgen dat er gassen ontstaan. Die gassen moeten ons lichaam op tijd en stond verlaten. Ik denk dat je wel weet wat ik bedoel. Daar ga ik het hier in dit boek niet specifiek over hebben.

De dikke darm stuwt wat er nog overblijft van de voedselbrij onder-tussen verder. Wat uiteindelijk rest noemen wij dan de ontlasting. Je

mag dat woord letterlijk interpreteren. Want ja, van die last willen we op tijd en stond vanaf. Voor ons lichaam is het niet meer van nut. Hoe vaak dit gebeurt, is bij ieder van ons verschillend. Sommigen moeten driemaal per dag naar het kleinste kamertje. Voor anderen volstaat een bezoek om de drie dagen. Wat mij betreft hebben die eigenlijk allebei een normale stoelgang. Maar de ene zou misschien wel willen wisselen met de andere...

Wat is de functie van onze darmflora?

Wat nog belangrijker is dan de dikke darm zelf is de verzameling van micro-organismen die al van bij de geboorte vooral in onze dikke darm leven. Die verzameling van bacteriën, schimmels, virussen en andere microben noemen we het microbiom. In de volksmond wordt dit vaak ook de darmflora genoemd. De diversiteit van microben varieert trouwens sterk van persoon tot persoon. Dat houdt dan weer verband met factoren zoals voeding, levensstijl, leeftijd, genetica, al dan niet veelvuldig gebruik van antibiotica, et cetera. Zelfs de manier waarop we ter wereld komen – via een keizersnede bijvoorbeeld – speelt een rol. Ik moet toegeven, het is een van de meest fascinerende (r)evoluties die ik in mijn vakgebied meegemaakt heb. Of nog meemaak, want het laatste over de rol van ons microbiom is nog niet gezegd. Het worden nog boeiende jaren! Het microbiom geeft elke dag een beetje van zijn geheimen prijs.

Exact tien jaar geleden schreef ik mijn boek *Stop Darmkanker: kennis delen kan levens redden*. Ik herinner me nog goed dat ik, net vooraleer ik het manuscript bij de uitgever indiende, toch nog twee zinnen over darmflora toevoegde. Je wist maar nooit. Ondertussen zijn we veel meer te weten gekomen over dat fameuze microbiom. Ik heb er inmiddels ook een aparte lezing over. Zo snel kan het in de geneeskunde gaan. Nu zou er ik gemakkelijk meerdere hoofdstukken aan

kunnen wijden. Laten we er in dit boek in ieder geval wat meer dan twee zinnen aan besteden. Dat verdient onze darmflora.

Het microbioom helpt onder andere bij de afbraak en vergisting van voedingsvezels en andere complexe koolhydraten. Niet alles kan immers volledig door de dunne darm worden verteerd. Het is niet alleen uiterst belangrijk voor de gezondheid van onze darm, maar voor onze gezondheid in het algemeen. Het speelt ook een belangrijke rol in ons metabolisme en onze hormoonregulatie. Maar daar blijft het niet bij. Verschillende aspecten van onze gezondheid worden door het microbioom bepaald. Het bepaalt bijvoorbeeld mee ons gewicht en ons energieniveau. En ja, ook onze stemming wordt voor een deel door het microbioom beïnvloed. Het speelt ook een cruciale rol bij de ontwikkeling en de regeling van het immuunsysteem in onze darmen. Het helpt ons bij het herkennen en bestrijden van diverse ziekteverwekkers. Onschadelijke antigenen worden dan weer door het microbioom gerust gelaten en getolereerd. De lijst van wat het allemaal doet en kan wordt steeds langer. Wist je dat ons microbioom ook een rol speelt bij het verwerken van geneesmiddelen die we innemen? Je moet nog even wachten – geduld is een schone deugd – op wat cijfermateriaal over het microbioom. Maar ik kan je nu al vertellen dat die cijfers ronduit indrukwekkend zijn.

Een gezond microbioom vermindert het risico op verschillende darmziekten, waaronder inflammatoire darmziekten, het prikkelbaredarmsyndroom en zelfs darmkanker. Maar daar blijft het niet bij. De lijst wordt met de dag langer. Je hebt wellicht al iets gelezen over het microbioom en diabetes, over het microbioom en overgewicht, over autisme, over de ziekte van Parkinson, over cardiovasculaire ziekten. Zo kan ik nog wel even doorgaan. Vraagt blijft natuurlijk: wie was er het eerst, de kip of het ei? Is er eerst een afwijkend microbioom en dan de ziekte, of is het net omgekeerd? Voor een ongezond of verstoord microbioom wordt vaak het woord ‘dysbiose’ gebruikt. Men zegt de laatste tijd meer en meer dat een gezond microbioom

zorgt voor een gezond lichaam, en een ongezond microbioom voor een ongezond lichaam.

Maar hoe hou je je microbioom dan gezond? Het antwoord hierop is een vierledige levensles die je goed in je oren moet knopen: een evenwichtig dieet dat rijk is aan vezelrijk voedsel, regelmatige lichaamsbeweging, voldoende slaap en het vermijden van stress en andere negatieve invloeden. Een gezonde levensstijl is al een heel belangrijke stap in de goede richting. De opkomst van de zogenaamde levensstijlgeneskunde is geen toeval. Er zijn dan weer anderen die zich afvragen wat de definitie van een gezond microbioom eigenlijk is? Met andere woorden: bestaat er wel iets zoals een ideaal of normaal microbioom?

Net omdat de rol van het microbioom het laatste decennium zo belangrijk is geworden, duik ik er voor jou, beste lezer, met plezier nog wat dieper in. Met de beloofde cijfers! Die zijn best indrukwekkend. Hoewel het microbioom slechts een fractie van het totale lichaamsgewicht uitmaakt, is het toch zwaarder dan velen zullen vermoeden. Doe eens een gok...

Men schat dat ons microbioom zo'n één à twee kilogram weegt! Dat is vergelijkbaar met het gewicht van de lever. Die één à twee kilogram bestaat voornamelijk uit bacteriën, waarvan het aantal dus echt gigantisch is. Ieder van ons heeft zo'n 600-tal verschillende soorten, met een totaalaantal bacteriën van ongeveer 100 biljoen! Voor de wiskundefreaks: dat is tien tot de veertiende. Dat is dus een getal met veertien nullen! Ik weet eigenlijk niet hoe je zo'n getal moet uitspreken. Wellicht iets met triljarden. Probeer je zo'n aantal ook maar eens voor te stellen...

Als je alle micro-organismen keurig op de grond achter elkaar zou leggen, dat kan je tweeënhalve keer de wereld rond. Wist je dat meer dan 90 procent van die microben in ons maag-darmstelsel zit? Hoe

dieper je het maag-darmstelsel induikt, hoe talrijker ze worden. Het overgrote gedeelte bevindt zich dan ook in de dikke darm. Deze bacteriën behoren tot verschillende stammen en soorten die elk hun eigen functies en effecten op onze gezondheid hebben. Geen angst: ik ga je niet plagen door de verschillende – vaak moeilijk uit te spreken namen – hier te vermelden.

Of toch een paar. Ooit al van *Faecalibacterium prausnitzii* gehoord? Of van *Methanobrevibacter smithii*? Om maar te zwijgen over *Akkermansia muciniphila*! Wist je dat er nog steeds nieuwe soorten worden ontdekt? Dat hebben we te danken aan de nieuwe technieken waarover wetenschappers nu beschikken om de geheimen van het microbioom te ontrafelen. Het is een onwaarschijnlijk boeiende materie.

Het microbioom bevat een zeer grote genetische diversiteit, die vele malen groter is dan het aantal genen in het menselijk genoom. Er wordt geschat dat het menselijk microbioom ongeveer 3,3 miljoen unieke genen bevat, vergeleken met de ongeveer 20.000 tot 25.000 genen in het menselijk genoom. Er wordt soms al eens gezegd dat ons lichaam voor 90 procent uit microben en voor 10 procent uit menselijke cellen bestaat. Misschien is dat wat overdreven, maar het microbioom is wellicht een van de belangrijkste stukjes van de puzzel van het menselijk lichaam. Onze darmflora evolueert ook in de tijd. De darmflora die we bij onze geboorte hebben ondergaat in de loop van ons leven heel wat veranderingen, en dat heeft echt niet alleen met het gebruik van antibiotica te maken.

Waarom noemt men het microbioom het vergeten orgaan?

Hoewel micro-organismen al eeuwenlang bekend zijn, heeft de opkomst van moderne technologieën, zoals DNA- en RNA-sequencing, ons in staat gesteld om het microbioom op een veel dieper en grondiger niveau te bestuderen en te begrijpen. Net als ons hart, onze longen, onze lever of onze hersenen heeft onze darmflora diverse functies. En dan mag je de darmflora of het microbioom wat mij betreft als een apart orgaan beschouwen. Stilaan wordt zelfs duidelijk dat het een van de belangrijkste organen van ons lichaam is. Een zekere Hippocrates zei meer dan 2000 jaar geleden al: 'Alle ziektes beginnen in de darm!' Een uitspraak die de dag van vandaag, met wat we nu weten over het microbioom, een heel bijzondere betekenis krijgt. Hippocrates was een verstandig man, want hij zei ook: 'Laat voeding je geneesmiddel zijn.' Ik heb dat voor mijn lezing over de darmflora vrij vertaald naar: 'Preventie van darmkanker begint in de frigo!' Maar daarover later in dit boek meer. Eerst terug naar het microbioom.

 Een zekere Hippocrates zei meer dan 2000 jaar geleden al: 'Alle ziektes beginnen in de darm!'

Dat is de laatste jaren gelukkig steeds meer in de schijnwerpers komen te staan. Wereldwijd wordt intens onderzoek verricht naar het mogelijk, al dan niet oorzakelijk verband met een hele reeks aandoeningen. Stilaan geeft de darmflora haar geheimen prijs. Het laatste woord is hierover nog niet gezegd of geschreven. Benieuwd naar waar we binnen tien jaar staan op dit gebied. We mogen trots zijn dat we in België met professor Jeroen Raes en zijn team absolute wereldtoppers hebben op dit vlak. Dat mag ook weleens worden vermeld.

Het lijkt geen twijfel dat het microbioom ook een belangrijke rol gaat spelen op het vlak van de behandeling van verschillende ziekten. Elke dag verschijnt er in dit verband wel een nieuwe studie in een of ander wetenschappelijk tijdschrift. Opgepast: soms worden de resultaten ervan iets te vroeg of iets te gretig overgenomen in de gewone, meer populaire pers.

Waarvoor dienen onze endeldarm en anus?

Het laatste stuk van de dikke darm noemt men het rectum of de endeldarm. Die vormt de opslagplaats of het reservoir voor de ontlasting alvorens die het lichaam verlaat. Die ontlasting bestaat dan uit voedselresten die niet te verteren zijn, dode cellen afkomstig van de darmwand, galkleurstof, slijm en nog wat overgebleven water en zouten. Ik hoef jullie niet uit te leggen dat de stoelgang van vorm en kleur erg verschillend kan zijn. Als je endeldarm bijna volledig opgevuld is met stoelgang, gaat er een signaal af dat het tijd is om naar het toilet te gaan. Per dag verlaat ongeveer 100 tot 150 gram ontlasting je lichaam. Sommige personen moeten dat drie keer per dag doen. Bij anderen is het eerder drie keer per week. Wie graag wat meer cijfermateriaal wil: tijdens ons leven verlaat ongeveer 4000 kilo stoelgang ons lichaam. Als je dan weet dat de gemiddelde Aziatische olifant 3350 kilo weegt...

 Tijdens ons leven verlaat ongeveer 4000 kilo stoelgang ons lichaam. Als je dan weet dat de gemiddelde Aziatische olifant 3350 kilo weegt...

Helemaal onderaan, aan het einde van de darm, zit je anus. Inderdaad, de 'uitgang'. De anus bestaat uit kringspieren die de endeldarm afsluiten. Gelukkig kunnen we die spieren zelf controleren en dus zelf ook beslissen wanneer we ze ontspannen om de stoelgang in het toilet te laten verdwijnen. Dat de anus ook als een klein ventiel werkt heb

je wellicht zelf al aan den lijve ondervonden. Wist je dat we per dag ongeveer één liter aan lucht laten 'ontsnappen'? Bij de ene persoon gaat dat met meer geluid gepaard dan bij de andere.

Wat is het prikkelbaredarmsyndroom?

Als je al het bovenstaande las, besef je dat je liefst geen problemen wilt met je darmen. Ze zijn simpelweg te belangrijk voor onze gezondheid. Meer nog: ze zijn essentieel. Iedereen heeft ooit wel eens darmklachten gehad. Denk aan een voedselvergiftiging op een scoutskamp, een indigestie na een zware avond, of een maag-darmontsteking als we iets 'verkeerd gegeten' hebben. Te veel winderigheid of frequente losse stoelgang, om het woord diarree niet te gebruiken, zijn gekende gevolgen van iets dat misgelopen is in ons maag-darmstelsel. Gelukkig gaat dat meestal snel voorbij en herstelt de normale darmfunctie. Na enkele uren of dagen is het leed geleden, al dan niet geholpen door een pilletje dat alles weer tot rust brengt.

Het prikkelbaredarmsyndroom, soms ook spastisch colon genoemd, is dan weer een heel ander verhaal. Dat is een pak lastiger en vervelender dan de hiervoor beschreven darmklachten. Op zich is het niet gevaarlijk, maar het kan toch een behoorlijke invloed hebben op je dagdagelijks leven. Het prikkelbaredarmsyndroom komt naar schatting bij ruim 10 procent van de Belgen voor. De ene heeft er wel meer last van dan de andere. Het heeft wellicht met een overgevoeligheid van de bezuiging van de darmen, in het bijzonder de dikke darm, te maken. Vroeger maakte ik weleens de vergelijking met mensen die astma hebben. Die hebben ook een overgevoeligheid, van de luchtwegen. Als men bij hen onderzoeken doet, zal men enkel die overgevoeligheid kunnen aantonen. Het bloedonderzoek zal normaal zijn, een foto van de longen toont geen afwijkingen, onderzoek van de luchtwegen of een scan toont ook niets abnormaal. Dat is ook vaak het geval bij mensen met het prikkelbaredarmsyndroom. Zij

ondergaan een hele reeks onderzoeken en uiteindelijk zal men vertellen dat alles in orde is en er geen afwijkingen zijn. Daar zit je dan met je klachten van krampen, opgezetten buik, wisselende ontlasting en winderigheid. Veel patiënten hebben vaak het gevoel dat ze niet au sérieux worden genomen. Die fout mag je als arts niet maken. Je moet zeker naar hen luisteren, niet éénmaal, niet tweemaal, maar iedere keer opnieuw. Je moet hen zo goed mogelijk uitleggen wat het prikkelbaredarmsyndroom is. Er bestaat zeker een verband met stress. Onderzoekers hebben al lang aangetoond dat er rechtstreekse verbanden zijn tussen onze hersenen en darmen, in de beide richtingen. Dat wordt in de literatuur de ‘gut-brain axis’ of – in het Nederlands en omgekeerd – de ‘hersenen-darm-as’ genoemd. Zelf heb ik tijdens mijn opleiding in de Mayo Clinic in de Verenigde Staten in de jaren tachtig hierover vrij interessant onderzoek kunnen doen.

Als je er nog veel meer over wil weten, kan ik het boek *Prikkelbare Darmen* van professor Heiko De Schepper aanraden. Ik heb hem nog als assistent bij ons gekend. Het was altijd fijn om met hem samen te werken. Zijn boek zal je zeker niet teleurstellen.

Hoe herken je een gekantelde darm?

Een veel minder bekend darmprobleem is dat van de gekantelde dikke darm. Begin 2024 kwam het toch even in de media omdat wierlerlegende Eddy Merckx erdoor getroffen werd. De Kannibaal (dat was zijn bijnaam als renner) verbleef enkele dagen in het ziekenhuis nadat hij met spoed was opgenomen wegens hevige buikpijn en een dringende operatie had ondergaan. In vakjargon hebben we het dan over een volvulus. Daarbij draait een deel van de dikke darm om zijn eigen as, waardoor de normale doorbloeding en doorgang van voedsel en ontlasting worden belemmerd. Als er niet tijdig ingegrepen wordt, kan een gekantelde darm levensbedreigend zijn. Maar meestal veroorzaakt dit zoveel pijn en opzetting van de buik dat men

automatisch naar het ziekenhuis gaat. Daar wordt de diagnose snel gesteld met een röntgenfoto van de buik. In milde gevallen kan de dokter proberen de darm terug te draaien naar zijn normale positie. Dat gebeurt tijdens een kijkonderzoek (of endoscopie). In ernstigere gevallen is een operatie nodig om de gedraaide darm te herstellen en eventueel beschadigd weefsel te verwijderen.

Is de ziekte van Crohn een darmziekte?

Een gekantelde darm of een prikkelbare darm... Nee, aanraders zijn het niet. Een darmperforatie en een darmafsluiting al helemaal niet. Die kunnen ontstaan ten gevolge van een darmontsteking, wat dan weer een complicatie kan zijn van een chronische darmziekte zoals bijvoorbeeld de ziekte van Crohn.

De naam van deze ziekte klinkt je waarschijnlijk niet onbekend in de oren. Ze is vernoemd naar Burrill Bernard Crohn, een Amerikaanse arts. In 1932 beschreef hij in het Mount Sinai ziekenhuis in New York samen met collega's een groep patiënten die ontstekingen hadden in het laatste stukje van de dunne darm (het terminale ileum). Dit gebied is vaak aangetast door deze ziekte. Men spreekt dan van een terminale ileïtis. ‘Terminaal’ heeft in dat verband niets te maken met het feit dat de patiënt stervende is, gelukkig maar. De ziekte van Crohn kan in je hele darmstelsel voorkomen, letterlijk en figuurlijk van de mond tot aan de kloot. Ongeveer één op de duizend Belgen heeft een inflammatoire darmziekte, waarvan in totaal zo'n 15.000 gediagnosticeerd zijn met Crohn.

Bij de ziekte van Crohn zitten er ontstekingen of zweertjes in je darmen. Meestal in het laatste stukje van de dunne darm, de dikke darm en/of het laatste stukje ervan, de endeldarm. Maar ook – weliswaar zelden – in je mond, slokdarm of maag. Dat kan nadien littekens vormen, waardoor de darm nauwer wordt of zelfs helemaal

verstopt. Gelukkig is er de laatste twintig jaar een zeer grote vooruitgang geboekt op het vlak van de behandeling van deze ziekte. Het aantal operaties is hierdoor ook flink afgenomen.

Als specialist kom je maar een paar keer in je carrière een gekantelde darm tegen. Een prikkelbare darm bijna dagelijks. Patiënten met de ziekte van Crohn staan wekelijks op het lijstje van je raadpleging. Het onderwerp van dit boek gaat echter over een ziekte die aanvankelijk geen klachten geeft. Over een ziekte waarvan ik de diagnose veel te vaak heb moeten vertellen aan mijn patiënten.

Je hebt ondertussen al begrepen dat ik het over darmkanker heb.

DE GETUIGENIS VAN WIM

‘PROBEER STEEDS POSITIEF TE ZIJN’

Begin 2020 kreeg ik een uitnodiging om aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker deel te nemen. Ze vroegen om een staaltje van mijn stoelgang op te sturen. Ik ben met een verpleegster getrouwd: zij moedigde me aan om dit snel in orde te brengen.

Het resultaat van deze test was niet goed. Een colonoscopie was de volgende stap, om te weten of het ernstig was. Corona woedde op dat moment hevig en gooide zo roet in het eten. Het onderzoek werd uitgesteld naar september 2020.

En wat bleek toen? Er was een tumor in de endeldarm aanwezig die onmiddellijk moest verwijderd worden. De vraag ‘Was het een ander resultaat geweest indien het uitstel door corona er niet was geweest?’ heb ik me al duizend keer gesteld, maar het heeft me uiteindelijk ook geen meter vooruitgeholpen.

Gevolg? Een serie scans en bloedonderzoeken, en een darmoperatie.

Gelukkig was ik in goede conditie en recupereerde ik snel van deze operatie, zodat ik het gewone leven weer kon oppakken. Mijn positiviteit en de steun van mijn naasten hielpen mij om er in zeer korte tijd bovenop te komen. Luisteren naar mijn lichaam was op dat moment het allerbelangrijkste om snel te recupereren.

Elk kwartaal had ik een check-up om na te gaan of alles in orde was, een verplicht nummertje maar niets waarover ik me zorgen maakte. Op 10 december 2021 had ik opnieuw zo’n ‘verplichte afspraak’. Mijn wereld stortte voor de tweede keer in. Ze ontdekten immers verhoogde tumorwaarden en uitzaaiingen in de lever.

De positiviteit die ik nog had tijdens de eerste diagnose was ik plots volledig kwijt en alle mogelijke doemscenario's doken op in mijn hoofd. Een chemobehandeling van verschillende maanden werd opgestart en een leveroperatie werd ingepland. De eerste chemokuur was op kerstavond 2021, een moment om nooit te vergeten. Het aftellen naar het einde van de behandeling was begonnen en ik wist dat het lang zou duren. Maar als kankerpatiënt heb je niet veel opties.

Uiteindelijk rondde ik mijn laatste chemo af op 15 juli 2022.

Tijdens de behandeling werkte ik enorm aan mijn positiviteit. Ik besepte dat ik de uitgestippelde weg nu eenmaal moest bewandelen, of ik dit nu wou of niet. Vandaag, juli 2024, heb ik al twee goede check-ups achter de rug en probeer ik weer volop van het leven te genieten. Toch kruipt de angst nog iedere keer in mijn lijf de dagen voor de controle. Ik ben er zeker van dat die angst nooit meer zal weggaan. Daar heb ik me ondertussen bij neergelegd.

Het was een moeilijke periode en ik heb nog steeds moeilijke momenten. Ik heb wel één ding geleerd: probeer steeds positief te zijn. En heb ik een slechte dag? *So be it, tomorrow is another day.*

Vandaag vier ik dat ik twee jaar kanker- en chemovrij ben. Een mijlpaal. Ik hoef maar om de vier maanden op controle te gaan in plaats van om de drie maanden. Ook al weet ik dat de kans op herval reëel is, ik heb besloten om er elke dag het beste van te maken en te genieten van het leven.



DE GOLDEN DROP

Eén keer vegen, is één keer te veel.
Want dit exemplaar is ecologisch,
vast, geurloos en perfect gevormd.



DE KEUTEL

Dit exemplaar lijkt zo klein dat
je niet begrijpt waarom je nu
eigenlijk geconstipeerd was.



EMOJIPOO

Dit exemplaar leeft model gestaan
voor de 'poc emoji'. In Japan
brengt hij geluk. In België ook.



DE DRIJVER

Zo licht als een wolkje. Of zo lucht
als een ballon. Wat hem drijft om
zo te drijven weet niemand.



DE DUIKBOOT

Deze zinkt meteen naar de bodem.
En durft soms wel eens in de pot
te verdwijnen.



DE TRUJPOO

Een kleine kuif vanboven. Een
geur die niet te harden is en die
ervoor zorgt dat je je toilet wil
barricaderen met een muur.



DE BREKER

Deze beslist om het in twee keer te doen.
Hopelijk heb je een boekje meegenomen.
Want dit kan even duren.



DE PIKKEPOO

Een beetje pikant gegeten?
Dit exemplaar doet je billen
snakken naar de verkoeling van
een bidet.



DE DUOCHOCO

Twee kleurjes. Dat klinkt prettig.
Tot je het in de pot ziet. Dan wil je
liefst zo snel mogelijk doortrekken.



DE KOMEET

Is het een vogel? Is het een vliegtuig?
Nee, het is een boksteen die
genadeloos 'pions' zegt in het toilet.
Met natte billen als gevolg.



DE PEEPOO

Dit exemplaar zit in een
existentiële crisis. En weet niet of
hij nummer 1 of nummer 2 wil zijn.
Tijd voor wat vast voedsel.



DE MARATHON

Op sociale media zou deze
enorm veel likes krijgen. Gewoon
door zijn lengte. Goed gedaan.

**Welke vorm, kleur of geur hij ook heeft.
Voor ons is hij even waardevol.**

We zijn het liever kwijt dan rijk. Nochtans kan je stoelgang je leven redden.
Met een poepsimpele stoelgangtest helpt hij je darmkanker opsporen.
Alle Vlamingen vanaf 51 jaar krijgen die test gratis toegestuurd, helaas doet
slechts 51,7% hem. En da's jammer. Want hoe vroeger de opsporing, hoe
hoger de kans op genezing. **Doe de test. Ongeacht welke kleur, geur of vorm.**
Meer info op stopdarmkanker.be



2.

WAT HOUDT DARMKANKER ALLEMAAL IN?

Hoe vaak komt darmkanker voor?

Klaar voor wat trieste cijfers?

Over de hele wereld tellen we jaarlijks bijna 2 miljoen nieuwe gevallen van darmkanker. Je leest het goed: bijna 2 miljoen per jaar! Per dag sterven er wereldwijd ongeveer 2500 mensen aan darmkanker. Daar heb je wellicht vandaag in het nieuws niets over gelezen. Ik zeg vaak: 'Nieuws is wat vandaag gebeurt, niet wat elke dag gebeurt.' In Europa sterven er dagelijks bijna 500 mensen door darmkanker. Elke dag krijgen in Europa bijna 1000 (!) mensen te horen dat ze darmkanker hebben. De (trieste) top drie van ons continent bestaat uit Hongarije, Slowakije en Noorwegen. In België tellen we jaarlijks bijna 8000 nieuwe gevallen van darmkanker. Om precies te zijn: 7705 in 2022, volgens de gegevens van het Belgisch Kankerregister. 4268 mannen en 3487 vrouwen. Darmkanker is daarmee de derde meest voorkomende kanker in België. Jaarlijks stelt men bij bijna 5000 Vlamingen darmkanker vast. Elk jaar eist de ziekte in Vlaanderen bijna 2000 levens. Dat zijn er gemiddeld vijf per dag. In Vlaanderen verliezen dus vijf families per dag een geliefde aan darmkanker. Aan een ziekte waarvan minstens de helft te voorkomen is. Wat mij betreft nog steeds veel te veel. Zoals je hiervoor al kon lezen: er zijn iets meer mannen dan vrouwen getroffen, maar dat verschil is niet zo groot. Darmkanker is, om het met een modern woord te zeggen, quasi gendergelijk.

 In Vlaanderen verliezen vijf families per dag een geliefde aan darmkanker. Aan een ziekte waarvan minstens de helft te voorkomen is.

Darmkanker is zowel bij mannen (na prostaat- en longkanker) als vrouwen (na borst- en longkanker) de op twee na meest voorkomende vorm van kanker. Wat sterfte betreft komt darmkanker zelfs

op de tweede plaats, na longkanker. Ook in andere geïndustrialiseerde landen blijft de frequentie van darmkanker nog steeds hoog.

Maar goed nieuws moeten we ook absoluut benadrukken. Als darmkanker vroegtijdig ontdekt wordt, is de kans op genezing méér dan 90 procent. Dat is misschien wel een van de belangrijkste boodschappen van dit boek. Daarom is screening of vroegtijdige opsporing zo essentieel. Hier kom ik later nog op terug. Uitgebreid.

Hoe vaak komt welke kanker voor?

Een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 2023 schetst jammer genoeg geen optimistisch beeld. Volgens de organisatie zal het aantal kankerpatiënten in de wereld over 25 jaar met 75 procent zijn toegenomen. Tegen dan zullen er per jaar dus 35 miljoen mensen kanker krijgen, tegenover 'maar' 20 miljoen nu. Bijna één op de vijf sterfgevallen door kanker is te wijten aan longkanker. De wereldwijde top drie wordt verder aangevuld door borst- en darmkanker. Borstkanker treft ieder jaar 2,3 miljoen vrouwen en mannen. Voor darmkanker komt dat aantal op dit ogenblik neer op meer dan 1,9 miljoen mensen.

 Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zal het aantal kankerpatiënten in de wereld over 25 jaar met 75 procent zijn toegenomen.

Volgens de WHO kregen in 2022 bijna 80.000 Belgen voor het eerst te horen dat ze kanker hebben. Het Belgisch Kankerregister laat de teller stilstaan op 76.220. Bijna 26.000 Belgen overleden in 2021 jaar aan kanker. Dat is een vol voetbalstadion. In tegenstelling tot quasi de rest van de wereld is longkanker bij ons niet de meest voorkomende ziekte. Die (trieste) 'eer' was in 2022 weggelegd voor prostaatkanker, met 16 procent van alle kankers in België. Borstkan-

ker volgt op de voet met 14 procent. Een op de drie vrouwen die te maken krijgen met kanker, heeft wel borstkanker. Bij vrouwen is die vorm van kanker de meest dodelijke. Niet omdat borstkanker zo moeilijk te behandelen valt. Gelukkig is bijna 95 procent van de patiënten na vijf jaar immers nog altijd in leven. De verklaring ligt in het feit dat er nu eenmaal zoveel gevallen van borstkanker zijn. Bij mannen is zoals net gezegd prostaatkanker de meest voorkomende vorm van kanker. Om precies te zijn: 11.192 in 2022. In datzelfde jaar waren er 9410 gevallen van longkanker. Die blijft wel nog steeds de meest dodelijke vorm van kanker.

Ik wil de darmkankercijfers toch nog heel even in een ander perspectief plaatsen. Velen van ons hebben in de zomer van 2024 met veel plezier naar de Olympische Spelen in Parijs gekeken. Zestien dagen lang konden we genieten van absolute topprestaties. De twee gouden medailles van Remco Evenepoel zullen we niet snel vergeten. Maar wist je, of liever gezegd besef je dat tijdens die Olympische Spelen bij 336 patiënten in België de diagnose van darmkanker werd gesteld? Dat tijdens die zestien dagen 128 mensen in België stierven aan darmkanker? Geen medailles voor hen, geen vermelding in het nieuws.

Genoeg (trieste) cijfers. Laten we het nu specifiek over de ziekte darmkanker hebben.

Wanneer mogen we van darmkanker spreken?

Darmkanker is een kwaadaardig gezwel aan de binnenkant van de darm. Dat kwaadaardige gezwel ontstaat in bijna alle gevallen uit een goedaardig gezwel, wat men ook een poliep noemt. De evolutie van een goedaardig naar een kwaadaardig gezwel neemt in de grote meerderheid van de gevallen zo'n acht à tien jaar in beslag. Het is dus gelukkig geen kwestie van een paar weken of maanden. Darmkanker

is een sluipmoordenaar, die er jaren over doet om velen te treffen. Eén op de twintig Belgen krijgt er namelijk ooit in zijn leven mee te maken. Gelukkig zijn er die voorlopers, die poliepen. Ze zijn als het ware een 'waarschuwingssignaal'. De poliepen, kleine goedaardige gezwellen dus, kunnen tijdens een darmonderzoek (coloscopie) worden verwijderd. Op die manier krijgen ze letterlijk geen kans om darmkanker te worden. Nu begrijp je wellicht waarom de titel van mijn voordracht 'Geef darmkanker geen kans' is. Ik kan niet genoeg het belang van het vroegtijdig opsporen van poliepen en darmkanker benadrukken.

De laatste jaren is duidelijk geworden dat ons microbioom een cruciale rol speelt bij het ontstaan van darmkanker. Toen ik in de zomer van 1988 als jonge maag-darmspecialist begon in het Antwerpse Sint-Vincentiusziekenhuis (dat nu deel uitmaakt van het ZAS, een van de grootste ziekenhuizen van Europa) was er van dat microbioom nog geen sprake. Ik heb al eerder verteld dat het microbioom nu een van de meest belangrijkste organen van ons menselijk lichaam blijkt te zijn. Dat microbioom speelt ook een erg belangrijke rol in het ontstaan van darmkanker. Onder normale omstandigheden wordt ons microbioom gedomineerd door gunstige of zogenaamde goede bacteriën, met heerlijke namen als Bifidobacterium en Lactobacillus. Die zijn belangrijk voor de productie van korteketenvetzuren en het handhaven van een gezonde darmbarrière. Als het evenwicht tussen goede en slechte bacteriën verstoord geraakt, spreekt men van microbiële dysbiose. Hierbij kunnen slechte of zogenaamde pathogene bacteriën, zoals Fusobacterium nucleatum, Escherichia coli en Bacteroides fragilis, de overhand krijgen. Die worden de laatste jaren meer en meer in verband gebracht met het ontstaan van darmkanker.

Welke rol speelt het microbioom bij de ontwikkeling van darmkanker?

Om meteen met de deur in huis te vallen: een heel belangrijke rol! Een van de meest voor de hand liggende manieren waarop microben kunnen bijdragen aan het ontstaan van darmkanker is door het veroorzaken van een chronische ontsteking in de darm. Pathogene of slechte bacteriën kunnen ons immuunsysteem stimuleren om bepaalde stoffen te produceren die een ontstekingsreactie veroorzaken. Zij bevorderen ook de celproliferatie. Dat is het proces waarbij cellen zich vermenigvuldigen. Maar tijdens die vermenigvuldiging kan het soms mis lopen. Er kunnen foutjes gemaakt worden bij het kopiëren of 'overschrijven' van het DNA. Dit worden dan mutaties genoemd. Als dat net op een belangrijke plaats in het DNA gebeurt kan dit bepaalde genen onderdrukken of juist stimuleren. Genen die cruciaal zijn voor de controle van onze celdeling. Als dit fout loopt, kan dit de aanmaak van kwaadaardige cellen in de hand werken.

Een andere manier is via het aanmaken van toxines of giftige stoffen. Een bepaalde soort Escherichia coli kan zo'n toxine in de darmwand injecteren als ze eraan vastgehecht is. Een van die stoffen heet colibactine. Dat kan het DNA beschadigen en mutaties veroorzaken.

Onze darmflora zorgt er ook voor dat voedingsstoffen, zoals vezels, worden afgebroken tot korteketenvetzuren. Die hebben moeilijke namen zoals acetaat, butyraat en propionaat. Dit zijn belangrijke energiebronnen voor de darmwandcellen. Maar als er een onevenwicht van goede en slechte bacteriën aanwezig is, en er minder 'energie' aanwezig is, kan dit het metabolisme van de darmwandcellen sterk verstoren. Hierdoor kunnen zij minder gemakkelijk een ontsteking afremmen. Om het verhaal nog wat ingewikkelder te maken: bepaalde carcinogene (potentieel kankerverwekkende) stoffen die in onze voeding aanwezig zijn kunnen door sommige bacteriën

worden geactiveerd. Lang verhaal kort: het microbioom kan voor macrogevolgen zorgen.

Is het nu darmkanker of dikkedarmkanker?

Je hoort ze allebei, en dit kan voor verwarring zorgen. Dat merk ik zeker aan de vragen van het publiek als ik lezingen geef. Zowel darmkanker als dikkedarmkanker verwijzen naar een kwaadaardig gezwel dat zich ontwikkelt in de dikke darm en/of endeldarm, ook gekend als het rectum. Zoals je intussen weet is de endeldarm het laatste stukje van de dikke darm, het reservoir waar de stoelgang zich verzamelt voor hij ons lichaam verlaat. Als ik over darmkanker spreek, dan gaat het in meer dan 99 procent van de gevallen over kanker van de dikke darm. Kanker van de dunne darm is zeldzaam. Wij zagen in onze dienst per jaar zo'n 180 à 200 gevallen van darmkanker. Als we daarbij één geval van dunnedarmkanker zagen, was het al veel.

Ik ben er een voorstander van om zaken zo eenvoudig mogelijk te houden. De Vlaamse overheid gebruikt steeds de term dikkedarmkanker in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Het brede publiek vraagt zich dan ook vaak af: wat dan met dunnedarmkanker? Zoals zonet besproken komt kanker van de dunne darm uiterst zelden voor. Hiervoor screenen of een bevolkingsonderzoek organiseren heeft geen enkele zin. Zou het toeval zijn dat onze noorderburen het over het 'bevolkingsonderzoek darmkanker' hebben? Laat ons de dingen niet moeilijker en ingewikkelder maken dan ze al zijn. We hebben dit ook in de werkgroep darmkanker van de Vlaamse overheid besproken. Daar maak ik reeds meer dan vijftien jaar deel van uit. Spreken we over het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker of darmkanker? De Vlaamse overheid koos voor de eerste optie. Ik denk persoonlijk dat de tweede optie duidelijker was geweest. Je ziet, ik ben het niet altijd eens met de Vlaamse overheid. Daar zou ik een

apart hoofdstuk aan kunnen wijden. Maar dat ga ik nu niet doen. Dat is misschien iets voor mijn memoires, als die er ooit komen.

Ik wil nog meegeven dat ik in de bijna dertig jaar dat ik in het ziekenhuis werkte bijna nooit iemand hoorde zeggen 'Ik ben aan dikkedarmkanker geopereerd' of 'In mijn familie zijn er verschillende gevallen van dikkedarmkanker'. Het was overigens een spontane, snelle en eenvoudige keuze om in februari 2010 onze vzw Stop Darmkanker en niet Stop Dikkedarmkanker te noemen.

Hoeveel soorten darmkanker zijn er eigenlijk?

Misschien een vreemde vraag, maar ik vind het wel een van de belangrijkste vragen in dit boek. Ik verklaar me nader. Toen ik begon als jonge gastro-enteroloog (een moeilijk woord voor maag-darm-specialist) eind jaren 80 was het vrij eenvoudig. Je had kanker van de dikke darm (wat ik dus altijd darmkanker noem), en er was de veel zeldzamere kanker van de dunne darm (dunnedarmkanker). Zelfs in die tijd werd zelden gesproken over endeldarmkanker. Dat noemde men gewoon ook darmkanker. Vaak lees je ook de term 'colorectale kanker', wat identiek is aan darmkanker. Dat is eigenlijk afkomstig uit de Angelsaksische literatuur waar over 'colorectal cancer' wordt gesproken. In dat woord zit zowel het colon (de dikke darm) als het rectum (de endeldarm). Opnieuw een voorbeeld van hoe je bepaalde zaken op een eenvoudige en eenduidige manier kan voorstellen. In Engeland en Australië spreekt men dan weer meer over 'bowel cancer', waar 'bowel' op de darm slaat.

Vandaag kunnen we de zaken op een heel andere manier voorstellen. Wat mij betreft een zeer belangrijke vooruitgang van de laatste jaren. Het valt mij op dat patiënten dit eigenlijk niet weten, en ik twijfel eraan of collega's dit met hun patiënten bespreken. Ik probeer het zo simpel mogelijk uit te leggen. In mijn lezingen gebruik ik een dia

waarop staat ‘Darmkanker + Darmkanker = 4’. Je zou nog even een tussenstap kunnen maken en het onderscheid aanbrengen tussen darmkanker van de rechterkant van de dikke darm en darmkanker van de linkerkant. Dat is een indeling die je inderdaad kan en mag maken. Er zijn immers duidelijke verschillen tussen darmkanker van de rechterkant en darmkanker van de linkerkant. Dat heeft onder andere te maken met hoe onze darm in het embryo aangemaakt is. Ik ga dit hier niet verder in detail bespreken, dat zou ons te ver leiden. Ik wil het vooral over die ‘4’ hebben.

 Immunotherapie werkt slechts bij een beperkt aantal patiënten met darmkanker. Maar voor diegenen die ervoor in aanmerking komen, lijkt het vaak op een wondermiddel.

Die heeft te maken met een nieuwe classificatie van darmkanker. De zogenaamde Consensus Molecular Subtypes, of afgekort CMS. Dit is een zeer belangrijke doorbraak in het begrijpen van de biologische diversiteit van de ziekte. En het heeft ook belangrijke implicaties voor de behandelingen.

De CMS-classificatie is gebaseerd op uitgebreide genetische profielen en moleculaire kenmerken van het gezwel. Die kunnen met speciale technieken in het labo worden bepaald. Op die manier krijgt elke darmkanker als het ware zijn eigen ‘paspoort’. Er zijn vier hoofdcategorieën: CMS1, CMS2, CMS3 en CMS4. Ik neem aan dat je dat nog nooit gelezen hebt? Elke categorie heeft nochtans unieke moleculaire kenmerken, klinische gedragingen en implicaties voor de behandeling. Ik vind dus dat iedere patiënt eigenlijk zou moeten weten welk CMS-type hij of zij heeft.

Ik ga – omdat ik het zo belangrijk vind – nu elk subtype beschrijven en vooral op het belang wijzen voor de klinische praktijk. Het wordt nu even iets moeilijker, maar hopelijk is het toch duidelijk genoeg.

CMS1 (MSI Immune)

CMS1-tumoren worden gekenmerkt door microsatellietinstabiliteit – oei, wat een moeilijk woord – en een hoge mate van immuunactivatie. Microsatellietinstabiliteit ontstaat door defecten in de ‘DNA mismatch repair’-mechanismen. Die mechanismen zorgen ervoor dat kleine foutjes bij het overschrijven of kopiëren van het DNA tijdens de celdeling onmiddellijk gecorrigeerd worden. Als dat niet goed werkt kunnen er zich mutaties voordoen, waardoor er een groot aantal genetische afwijkingen in de tumorcellen ontstaan. Deze afwijkingen veroorzaken de productie of aanmaak van zogenaamde nieuwe antigenen, die ons immuunsysteem stimuleren.

CMS1-tumoren bevatten vaak veel immuuncellen, zoals T-lymfocyten, en worden gekenmerkt door een verhoogde aanwezigheid van – weer een moeilijk woord – immuuncheckpointmoleculen zoals PD-1 en CTLA-4. Je begrijpt wellicht dat die ‘checkpoint’ slaat op een bepaalde controle in heel het immuunproces.

Het belangrijke om te onthouden is dat CMS1-tumoren bijzonder gevoelig zijn voor immunotherapie, die bij deze patiënten dus zeer goede resultaten geeft. Bij deze patiënten worden nu zogenaamde checkpoint-remmers zoals nivolumab en pembrolizumab gebruikt. Je zal merken dat veel van die nieuwe geneesmiddelen op ‘ab’ eindigen. Dit heeft dan weer te maken met het type geneesmiddel. Het zijn namelijk (zeer gerichte) antistoffen of ‘antibodies’. Vandaar dus de ‘ab’. Deze behandelingen werken door de remmende signalen op T-cellen te blokkeren, waardoor het immuunsysteem effectiever de tumor kan aanvallen.

Patiënten met CMS1-tumoren hebben over het algemeen een betere prognose vergeleken met de andere subtypes, dankzij hun vaak erg gunstige reactie op immunotherapie. De verhoogde immuunactiviteit maakt dit subtype bijzonder geschikt voor behandelingen die het immuunsysteem stimuleren. Dit resulteert in duidelijk betere resul-

taten wat de behandeling en overleving betreft. Hierin is de laatste jaren grote vooruitgang geboekt.

Het jammere aan dit subtype is dat het slechts bij 5 à 10 procent van de patiënten met darmkanker voorkomt. Immunotherapie werkt dus slechts bij een beperkt aantal patiënten met darmkanker. Maar voor diegenen die ervoor in aanmerking komen, lijkt het vaak op een wondermiddel. Het heeft al voor schitterende resultaten gezorgd.

CMS2 (Canonical)

CMS2-tumoren zijn meestal chromosomaal instabiel. Dat leidt tot structurele en numerieke chromosoomafwijkingen, die op hun beurt bijdragen aan de tumorgroei en tumorprogressie. Dit subtype heeft vaak een duidelijk epitheliaal karakter, wat betekent dat de tumorcellen goed gedifferentieerd zijn en een duidelijke structuur behouden. De anatoom-patholoog die de biopsies onderzoekt zal die dan ook snel herkennen.

CMS2 is het meest voorkomende subtype van darmkanker en heeft een relatief gunstige prognose. Bijna 40 procent van de darmkankers zijn van dit type. Deze tumoren reageren vrij goed op standaard chemotherapie, zoals 5-fluouracil (5-FU) en oxaliplatine. De voorspelbaarheid en de stabiliteit van deze tumoren maken effectieve behandelingsstrategieën mogelijk. CMS2-tumoren vertonen vaak een duidelijk afgebakende tumorstructuur, wat heelkundige verwijdering en de kans op succesvolle behandeling vergroot.

Daarnaast hebben CMS2-tumoren vaak een goed geregelde celcyclus en apoptosemechanismen (opruimen en vernietigen van cellen), wat bijdraagt aan hun vrij voorspelbare respons op behandelingen. De klassieke signaalwegen die in deze tumoren worden geactiveerd bieden ook mogelijkheden voor nog meer gerichte behandelingen die specifiek deze signaalwegen of paden blokkeren. Ook dat moet leiden tot betere resultaten qua genezing en overleving.

CMS3 (Metabolic)

CMS3-tumoren hebben een unieke metabole signatuur die hen onderscheidt van andere subtypes. CMS3-tumoren vertonen bijvoorbeeld verandering in glucosetofwisseling en lipidenmetabolisme. Dit kan bijdragen aan hun groei en overleving onder verschillende omstandigheden. Zij nemen ongeveer 15 procent van de darmkankers in beslag.

De prognose voor CMS3-tumoren is variabel, omdat ze een gemengde en wisselende respons vertonen op klassieke behandelingen. Ze zijn minder voorspelbaar dan de net besproken CMS2-tumoren. Het positieve is dat dit mogelijkheden biedt voor nieuwere behandelingen die zich specifiek richten op die metabole routes die door de tumor worden gebruikt. Allemaal zaken die in diverse labo's wereldwijd worden onderzocht. Onderzoek en research naar deze routes kan leiden tot de ontwikkeling van nieuwe behandelingsopties die beter zijn afgestemd op de unieke metabole behoeften van deze tumoren.

De identificatie van metabole kwetsbaarheden in CMS3-tumoren kan bijvoorbeeld leiden tot de ontwikkeling van geneesmiddelen die deze specifieke routes blokkeren. Voorbeelden zijn middelen die de glycolyse of lipogenese remmen, wat de tumorcellen berooft van essentiële bouwstenen en energiebronnen. Daarnaast kunnen combinatietherapieën worden onderzocht, waarbij metabole remmers worden gecombineerd met bestaande chemotherapieën om de effectiviteit te vergroten.

CMS4 (Mesenchymal)

De cellen van CMS4-tumoren vertonen verhoogde mobiliteit en invasiviteit. Dit is natuurlijk minder goed nieuws wat de kanker betreft. Het draagt bij aan een hoger risico op uitzaaiingen. Ongeveer één op de vier darmkankers is van dit (minder gunstige) type.

Deze tumoren hebben jammer genoeg vaak een slechtere prognose en zijn resistenter tegen klassieke behandelingen zoals chemotherapie en bestraling. Behandelingen voor dit subtype richten zich op het remmen van interacties op de zogenaamde TGF- β -signaalwegen. Ook op dit vlak wordt uitvoerig onderzoek verricht.

Innovatieve benaderingen voor de behandeling van CMS4-tumoren omvatten onder meer het gebruik van specifieke TGF- β -remmers.

Slotsom?

Bovenstaande uitleg zal soms wat complex geweest zijn. Maar wat ik vooral wou aantonen is dat de CMS-classificatie van darmkanker in vier types een zeer waardevol kader voor het personaliseren van de behandeling biedt. Door nog beter inzicht te krijgen in de specifieke moleculaire kenmerken van elke subtype kan men gerichte behandelingen ontwikkelen die beter afgestemd zijn op de specifieke eigenschappen van iedere tumor. Je zal ondertussen wel begrepen hebben dat niet iedere darmkanker hetzelfde is. Meer nog: er zijn zelfs soorten darmkankers die men moeilijk kan onderbrengen in een van deze vier groepen. Maar dat is maar een klein percentage.

De gerichte behandelingen gaan ongetwijfeld leiden tot betere resultaten, resultaten die gelukkig heel veel patiënten de laatste jaren letterlijk en figuurlijk al aan den lijve hebben ondervonden.

De CMS-classificatie stimuleert ook verder onderzoek naar de onderliggende mechanismen van elke subtype. Dit gaat ongetwijfeld leiden tot nieuwere en nog efficiëntere behandelingen. De voortdurende evolutie van moleculaire diagnostiek en gepersonaliseerde geneeskunde blijft de behandeling van darmkanker in gunstige zin beïnvloeden. Dat kunnen we alleen maar toejuichen. Dat verhaal van hoop moeten we in dit boek ook brengen. En in dit geval mogen we letterlijk en figuurlijk zeggen: hoop doet leven!

Het mag duidelijk zijn dat nieuwe technieken in de toekomst zullen leiden tot een nog meer gedetailleerd beeld van de tumorbiologie. Precisiegeneeskunde zal meer dan ooit de norm worden wat de behandeling van darmkanker betreft. Patiënten gaan op ‘maat van hun tumor’ een specifiek behandelingsschema krijgen. Het zal de resultaten alleen maar ten goede komen.

De voortdurende samenwerking tussen onderzoekers, klinici en patiëntenorganisaties is essentieel om de vertaling van fundamenteel onderzoek naar klinische toepassingen te versnellen. Door de gezamenlijke inspanningen van alle betrokkenen – ook wel stakeholders genoemd – kunnen nieuwe behandelingen sneller beschikbaar worden gemaakt voor patiënten. Dat moet en zal niet alleen leiden tot een betere overleving, maar ook tot een betere levenskwaliteit voor mensen met darmkanker.

Het moge duidelijk zijn dat de indeling van darmkanker in subtypes de manier waarop naar darmkanker gekeken wordt op een revolutionaire manier heeft veranderd. Dit is erg hoopvol voor de toekomst.

Ik hoop dat je op het einde van dit deel beseft waarom ik dit zo belangrijk vind. Iedereen van ons kent zijn geboortedatum, zijn telefoonnummer of de nummerplaat van zijn auto. Maar hoeveel patiënten met darmkanker zouden hun CMS-subtype, het ‘paspoort’ van hun tumor kennen? Aan hen geef ik de raad: vraag het bij de volgende afspraak met je specialist.

Misschien is het antwoord op de vraag ‘Hoeveel soorten darmkanker zijn er?’ wel ‘Oneindig veel’ in plaats van vier. Elke patiënt is uniek, elke tumor is uniek!

In welke leeftijdscategorie komt darmkanker het meest voor?

Darmkanker wordt vaak een 50-plusziekte genoemd. Dat is voor een groot gedeelte waar. Ongeveer 90 procent van de mensen met darmkanker is op het ogenblik van de diagnose ouder dan 50. Ik schrijf bewust ‘ongeveer 90 procent’. Niet omdat we het precieze percentage niet kennen, maar wel omdat ik wil benadrukken dat dit getal in de toekomst zal veranderen.

De gemiddelde leeftijd bij darmkanker ligt bij mannen rond de 68 jaar, bij vrouwen is dat iets ouder, rond de 72 jaar. Wanneer je zegt ‘gemiddeld’, betekent dat dat er natuurlijk ook veel oudere mensen bij zijn, maar jammer genoeg ook veel jongere. De laatste jaren is er een verontrustende toename van zogenaamde ‘jongvolwassenen’ (mensen onder de 50 jaar) met darmkanker. Dit baart mij en onze vzw Stop Darmkanker echt zorgen. De precieze oorzaak is niet duidelijk, daar kunnen we een heel hoofdstuk aan wijden, en dan zullen we nog niet kunnen besluiten met een duidelijke verklaring. Het is een complex probleem. Minder gezonde levensstijl, minder beweging, meer fastfood, luchtverontreiniging, plastics, wijzigingen in de darmflora... Ik kan nog wel even verder gaan met mogelijke oorzaken. Wereldwijd buigen onderzoekers zich over de precieze oorzaak van dit fenomeen. Maar zoals eerder gezegd, het is een vrij complex verhaal. De feiten zijn er intussen echter wel. Die moeten we dan ook onder ogen durven zien. Het is niet voor niets dat in Amerika en Australië de richtlijnen voor screening recent werden aangepast. Daar wordt aangeraden om vanaf 45 jaar te starten met het vroegtijdig opsporen van darmkanker. Ik ben hier zelf ook groot voorstander van. Hoewel de cijfers van het Belgisch Kankerregister deze trend bij ons (voorlopig) nog niet aantonen, is het volgens mij enkel een kwestie van tijd vooraleer het bij ons ook het geval zal zijn. We merken nu al via onze sociale media en andere kanalen dat hier steeds heel veel reactie op komt. In de media duiken steeds meer

verhalen en getuigenissen van jongvolwassenen op die getroffen zijn door darmkanker. Dat zijn natuurlijk geen objectieve statistieken. Maar het is duidelijk dat er iets aan de hand is, daar twijfelen ik en vele van mijn collega's niet meer aan.



De laatste jaren is er een verontrustende toename van zogenaamde ‘jongvolwassenen’ (mensen onder de 50 jaar) met darmkanker.

Een recente Europese studie waarbij cijfers in het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Duitsland, Frankrijk, Italië en Polen werden voorspeld voor 2024, bevestigde: meer jongvolwassenen met darmkanker. Ik zie echt niet in waarom dat bij ons niet het geval zal zijn. Er wordt mij vaak gezegd: ‘Maar Luc, die Amerikanen en Australiërs zijn anders dan ons, die leven en eten anders!’ Daar kan misschien iets van waar zijn, maar kom me niet vertellen dat de Engelsen, Spanjaarden, Duitsers, Fransen, Italianen en Polen fundamenteel anders zijn dan wij. De cijfers voor 2024 zullen in België pas binnen drie of vier jaar bekend zijn. Moeten we daarop wachten vooraleer we maatregelen nemen?

In Amerika is darmkanker nu al de belangrijkste oorzaak van sterfte door kanker bij mensen jonger dan 50 jaar! Tien jaar geleden stond darmkanker nog op de vierde plaats. Zoals een Amerikaanse collega schreef: ‘Een eerste plaats is normaal iets om fier en trots over te zijn. In dit geval is het ronduit beschamend!’ En dat voor een aandoening die met een simpele test van de stoelgang vroegtijdig kan worden opgespoord.

Enkele jaren geleden werd reeds aangetoond dat de huidige generatie twintigers tot veertigers twee keer méér kans heeft op darmkanker en zelfs vier keer meer kans op endeldarmkanker dan mijn generatie. We moeten ook absoluut even blijven stilstaan bij de 74-plussers: de senioren die niet meer uitgenodigd worden voor het bevolkingson-

derzoek. Wist je dat ongeveer 30 procent van de mensen met darmkanker op het ogenblik van de diagnose ouder is dan 74 jaar? Die mogen we absoluut niet in de kou laten staan. Met de vergrijzing van de bevolking gaat het aantal darmkankers in deze groep alleen maar toenemen.

Wat zijn de overlevingskansen bij darmkanker?

Het zal je niet verwonderen dat de overlevingskansen van darmkanker wereldwijd variëren. Niet alleen het stadium waarin de ziekte zich bevindt op het ogenblik van de diagnose, maar ook de beschikbaarheid en de kwaliteit van gezondheidszorg spelen immers een belangrijke rol. We mogen ook niet uit het oog verliezen dat niet overal in de wereld elke behandeling kan worden gegeven.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie bedraagt de gemiddelde vijfjaarsoverleving voor darmkanker wereldwijd ongeveer 60 procent. Ook in Europa zijn er nog flinke verschillen. Volgens gegevens van de Europese kankerregistratie (Eurocare) varieert de vijfjaarsoverleving in Europa van 45 tot 65 procent. We mogen blij zijn dat we in België leven, want bij ons bedraagt dat zelfs bijna 70 procent. Dat betekent dat we een van de beste landen in Europa zijn. Daar mogen we best trots op zijn. Het betekent jammer genoeg ook dat nog steeds drie op de tien patiënten met darmkanker overlijden aan de gevolgen van de ziekte.

Een van de belangrijkste factoren in verband met de overleving is het stadium van de ziekte op het ogenblik van de diagnose. Dat stadium zal de specialist in samenwerking met zijn collega's aan de hand van aanvullende onderzoeken bepalen. Elk stadium zegt iets over waar de tumor zit, hoe groot de tumor is, of de tumor in ander weefsel of andere organen is gegroeid, of er uitzaaiingen of 'metastasen' zijn, hoe groot die zijn, hoe talrijk ze zijn, waar ze precies gelegen zijn.

Kortom: elk stadium geeft aan hoe ver de ziekte zich in het lichaam heeft verspreid. Dat heeft natuurlijk belangrijke gevolgen voor de behandeling.

Algemeen geldt: hoe vroeger ontdekt, hoe groter de kans op genezing. Ik zeg wel eens: 'De beste behandeling van darmkanker is vroegtijdige opsporing.' Wellicht ga je deze zin nog wel eens tegenkomen in mijn boek.

Klassiek onderscheidt men vier stadia van de ziekte.

Stadium I

Wanneer darmkanker in dit vroege stadium wordt ontdekt, is de tumor of het gezwel beperkt tot de binnenste lagen van de darmwand. Er is nog geen doorbraak doorheen de spierlaag van de darmwand. De vijfjaarsoverleving voor patiënten met stadium I is hoog en bedraagt 90 tot 95 procent. Dit komt omdat de kanker in dit stadium nog niet in de lymfeklieren zit, en zeker niet uitgezaaid is naar andere organen. Het gaat meestal om een beperkt letsel. Met het heelkundig verwijderen van het gezwel is het probleem bijna steeds opgelost. De laatste jaren kan dit ook meer en meer via een kijkoperatie. Als uit aanvullende onderzoeken blijkt dat het een heel beperkt en oppervlakkig letsel is, kan met het zelfs via het darmonderzoek (endoscopisch) verwijderen.

Stadium II

In dit stadium is de kanker dieper in de darmwand doorgedrongen, onder meer doorheen de spierlaag, en mogelijk in nabijgelegen weefsel. Het heeft de lymfeklieren nog niet bereikt. De vijfjaarsoverleving voor dit stadium ligt rond de 80 procent. Ook hier is heelkunde de eerste stap van de behandeling. Soms wordt op basis van specifieke kenmerken van het gezwel ook nog aanvullende chemotherapie gegeven om het risico op terugkeer te verminderen.

Stadium III

Hierbij heeft de kanker zich verspreid naar de omliggende lymfeklieren, maar niet naar andere delen van het lichaam. De vijfjaarsoverleving daalt in dit stadium tot ongeveer 60 procent. De standaardbehandeling bestaat meestal uit een combinatie van heilkunde en chemotherapie.

Hier is de chemotherapie essentieel om het risico op terugkeer te verminderen. Bij kanker van de endeldarm maakt bestraling of radiotherapie meestal ook deel uit van de behandeling.

Stadium IV

Dit is het meest gevorderde stadium van darmkanker, waarbij de kanker zich reeds uitgezaaid heeft naar andere organen zoals de lever, de longen of het peritoneum (buikvlies). De vijfjaarsoverleving voor patiënten met stadium IV bedraagt slechts 10 tot 15 procent. Je ziet onmiddellijk het grote verschil tussen stadium I en stadium IV. De behandeling is hier vaak complex, met een combinatie van heilkunde, chemotherapie en meer gerichte behandelingen. De nadruk ligt hier op het beheersen van de ziekte en het verbeteren van de levenskwaliteit. Gelukkig zien we de laatste jaren toch meer en meer patiënten bij wie de behandeling erg goed aanslaat. Hopelijk kunnen we in de toekomst ervoor zorgen dat het voor die patiënten als het ware een chronische ziekte wordt. Op dat vlak is er de laatste decennia gelukkig toch grote voortuitgang geboekt.

Toen ik in 1988 in het Sint-Vincentiusziekenhuis begon was de gemiddelde overleving van iemand met darmkanker in stadium IV ongeveer zes maanden. Nu gaan we naar een gemiddelde overleving van bijna dertig maanden of meer. Er is dus zeker vooruitgang geboekt. Gelukkig ken ik ook meerdere Stadium IV-patiënten die tien jaar later hun verhaal nog kunnen vertellen. Die verhalen van hoop moeten we blijven vertellen.

Belangrijk blijft te vermelden dat dit natuurlijk percentages zijn, gebaseerd op grote groepen patiënten. Het is altijd moeilijk om dat op de individuele patiënt toe te passen. Ik begrijp heel goed dat het voor patiënten niet altijd gemakkelijk is om tegen die cijfers aan te kijken, zeker als het de minder goede cijfers zijn.

Naast het stadium van de kanker zijn er nog andere factoren die de overlevingskansen beïnvloeden.

1. Locatie van de tumor: kanker in het rechterdeel van de dikke darm heeft vaak een minder goede prognose dan in het linkerdeel of in de endeldarm.
2. Tumorgraad: de mate van differentiatie van de kankercellen (de mate waarin ze afwijken van normale cellen) kan de agressiviteit van de kanker aangeven. Slecht gedifferentieerde tumoren hebben meestal een minder goede prognose dan goed gedifferentieerde tumoren.
3. Moleculaire kenmerken: bepaalde genetische mutaties of biomarkerprofielen kunnen de prognose en respons op de behandeling beïnvloeden.
4. Algemene gezondheid en leeftijd van de patiënt: jongere, gezondere patiënten hebben vaak betere resultaten, omdat ze de intensieve behandelingen beter kunnen verdragen.
5. Respons op de behandeling: individuele verschillen in hoe goed een patiënt op de behandeling reageert spelen ook een grote rol in de uiteindelijke overlevingskans. Recent weten we ook dat ons microbioom en het al dan niet aanwezig zijn van *Fusobacterium nucleatum* hier ook een belangrijke rol in kan spelen.

De overlevingskansen zijn gelukkig flink verbeterd tijdens de laatste decennia, maar er is nog steeds ruimte voor verbetering. Als er nog meer mensen meedoen aan het bevolkingsonderzoek, als elke patiënt de meest recente en doeltreffende behandeling kan krijgen, dan kunnen de overlevingscijfers nog beter worden.

We moeten blijven investeren in screeningsprogramma's. We moeten blijven investeren in sensibiliseringscampagnes. We moeten blijven investeren in nieuwe, nog meer doelgerichte behandelingen. We moeten blijven investeren in research en onderzoek. Dan worden niet alleen de cijfers in België, maar ook de cijfers in andere landen van de wereld nog beter. Darmkanker verdient nog meer tegenstand! Laat ik hier mijn droom nog maar eens neerschrijven. De droom waarmee ik elke lezing afsluit. Ik droom soms van een wereld zonder darmkanker. Vorige nacht, na het schrijven van dit deel, werd ik wakker rond halfvier. Ik was aan het dromen van een wereld zonder darmkanker. Ik besepte dat het (nog) niet waar was, ik besepte dat ik aan het dromen was. Ik weet dat de weg nog heel lang is, ik weet dat er nog veel hindernissen en obstakels zijn. Maar ik wil die weg samen met jou bewandelen, beste lezer. Want ooit wil ik wakker worden in een wereld waar darmkanker een zeldzame ziekte is. Ooit wil ik wakker worden in een wereld waar niemand meer hoeft te sterven aan darmkanker. *Nothing is impossible*. Ik denk niet dat ik dit moet vertalen.

Wat is de TNM-classificatie?

Ik heb het al over de ingewikkelde CMS-classificatie gehad, ik beschreef de verschillende stadia van darmkanker, maar wat is eigenlijk de TNM-classificatie? Je ziet die code vaak onderaan het verslag van de specialist staan. Wel, die geeft specifieke kenmerken van de tumor aan. De TNM-classificatie is een systeem dat artsen gebruiken om te bepalen hoe ver de darmkanker is gevorderd. Het helpt om te begrijpen hoe groot de tumor is, of de kanker zich heeft verspreid naar lymfeklieren, en of er al dan niet uitzaaiingen zijn naar andere organen. Aan de hand van deze classificatie wordt ook het stadium bepaald.

TNM staat voor Tumor, Node (lymfeklieren of lymfenodi) en Metastase.

1. **T (Tumor)**

Dit deel beschrijft hoe groot de tumor is en hoe diep hij in de darmwand is gegroeid.

- Tis: de tumor zit alleen in de binnenste laag van de darm, het vroegste stadium.
- T1: de tumor is iets dieper gegroeid, maar nog niet tot in de spierlaag van de darmwand.
- T2: de tumor heeft de spierlaag van de darmwand bereikt.
- T3: de tumor is doorheen de spierlaag gegroeid naar het weefsel eromheen.
- T4: de tumor is door de buitenste laag van de darm gegroeid en kan ook omliggende organen aantasten.

2. **N (Node)**

Dit deel gaat over de lymfeklieren (soms ook lymfeknopen of lymfenodi genoemd), die deel uitmaken van het immuunsysteem en dicht bij de tumor zitten.

- N0: er zijn geen kankercellen gevonden in de lymfeklieren.
- N1: er zijn kankercellen gevonden in één tot drie lymfeklieren.
- N2: er zijn kankercellen aanwezig in vier of meer lymfeklieren.

3. **M (Metastase)**

Dit deel vertelt of de kanker is uitgezaaid naar andere organen.

- M0: geen uitzaaiingen.
- M1: de kanker is uitgezaaid naar andere organen, zoals de lever of de longen.

Met de TNM-classificatie kan men dus vrij nauwkeurig bepalen hoever de kanker gevorderd is en in welk stadium de tumor zich bevindt. Op basis van deze gegevens en op basis van bepaalde kenmerken of biomarkers (bepaalde stoffen die aangeven of je een

ziekte hebt) zal de behandeling gekozen en voorgesteld worden. Je zal begrijpen dat er een heel groot verschil is tussen een Tis N0 M0 (heel beperkte tumor) en een T4 N2 M1 (uitgezaaide tumor).

Kent darmkanker een geleidelijk verloop?

Het antwoord is gelukkig ja! Darmkanker is geen kwestie van dagen of weken, geen kwestie van maanden of twee of drie jaar. Darmkanker ontstaat over een periode van vele jaren uit een goedaardige poliep. Men neemt aan dat dit in de grote meerderheid van de gevallen ongeveer acht à tien jaar duurt. Laten we dit proces meer in detail bekijken.

1. **Normaal darmslijmvlies.** Het proces begint met gezonde cellen in het darmslijmvlies. Door genetische en epigenetische veranderingen, zoals mutaties in genen die betrokken zijn bij celgroei en reparatie, kunnen deze cellen zich abnormaal gaan gedragen.
2. **Vorming van adenomen.** Naarmate de genetische veranderingen zich ophopen, kunnen deze normale cellen zich ontwikkelen tot goedaardige poliepen of adenomen. Adenomen kunnen verschillende vormen aannemen. Men spreekt over tubulaire, villieuze of tubulovillieuze adenomen. Deze poliepen zijn niet kwaadaardig, maar hebben wel het potentieel om op een later tijdstip kwaadaardig te worden.
3. **Dysplasie.** Naarmate adenomen groeien, kunnen ze dysplasie vertonen. Dit verwijst naar abnormale groei en abnormale ontwikkeling van de cellen. Ik noem dysplastische cellen meestal geprikkelde cellen.
4. **Kwaadaardige transformatie.** Met verdere opstapeling van genetische veranderingen, zoals mutaties in onder meer het KRAS-gen, het DCC-gen en het TP53-gen, kunnen adenomen kwaadaardig worden. Dit betekent dat de kankercellen in staat zijn om door de basale membraan of het grondvlies te breken

en omliggende weefsels binnen te dringen. Dit leidt dan tot een ‘invasief carcinoom’.

5. **Metastase.** In latere stadia kunnen kankercellen zich via het bloed- en lymfesysteem verspreiden naar andere delen van het lichaam, zoals de lever, de longen of het buikvlies. Dan spreekt men van uitgezaaide of gemetastaseerde darmkanker.

Naast deze klassieke adenoom-carcinoom-sequentie is er ook de *serrated pathway*, die minder vaak voorkomt maar ook kan leiden tot darmkanker. Voor deze *pathway* zijn er aanwijzingen dat ze soms sneller verloopt dan acht à tien jaar.

Het feit dat de evolutie tot darmkanker een geleidelijk verloop kent, of een stapsgewijs proces is dat meerdere jaren in beslag neemt, zorgt ervoor dat vroegtijdige opsporing cruciaal is. Eigenlijk is dit een van de belangrijkste eigenschappen van darmkanker, en daardoor is het bevolkingsonderzoek ook zo nuttig. Door om de twee jaar onze stoelgang te onderzoeken kunnen we er heel vaak op tijd bij zijn. Poliepen die microscopisch bloed afgeven kunnen tijdens een darmonderzoek worden weggenomen zodat ze geen kans krijgen om uit te groeien tot darmkanker. Een beginnend kankergezwell dat misschien nog geen klachten geeft, maar wel al wat occult bloedverlies, kan op die manier ook tijdig ontdekt worden. Op dat occult bloedverlies, bloedverlies dat je met het blote oog niet kan zien, kom ik later terug. Alles op zijn tijd.

Hoe weten we hoe vaak darmkanker voorkomt?

Ik heb al veel over cijfers gesproken. Maar het is natuurlijk ook goed te weten hoe men aan die cijfers komt. Dat weten we dankzij het Belgisch Kankerregister. Dat speelt hierin een cruciale rol. Het Kankerregister registreert – de naam zegt het al – alle kankergevallen in België. Het biedt een uitgebreide bron van informatie over de incidentie, prevalentie en overlevingscijfers van de verschillende kan-

kersoorten. De gegevens worden verzameld uit meerdere bronnen. De pathologielaboratoria, waar de biopsies bekeken worden en vastgesteld wordt of er darmkankercellen aanwezig zijn. De ziekenhuizen. De ziekenfondsen.

Het Belgisch Kankerregister houdt niet alleen de diagnose bij, maar ook gegevens over het stadium van de ziekte bij diagnose, de gegeven behandelingen en de uitkomsten op lange termijn. In 2022 werden er in België 7705 nieuwe gevallen van darmkanker geregistreerd. Dat cijfer omvat zowel de kankers van de dikke darm (colon) als van de endeldarm (rectum). De registratie is in ons land verplicht en wordt bij wet geregeld. Dat zorgt er ook voor dat de gegevens vrij volledig en ook betrouwbaar zijn. De cijfers zijn ook online te raadplegen. Jaarlijks verschijnt er ook een uitgebreid jaarrapport met de gedetailleerde gegevens. Het is ook dankzij de cijfers van het Belgisch Kankerregister dat we hebben kunnen vaststellen dat sedert de start van het bevolkingsonderzoek in Vlaanderen, eind 2013, het aantal darmkankers met ongeveer 30 procent is afgenomen. Dat mogen we toch als een heel mooi resultaat beschouwen. Dat wil zeggen: veel gezonde levensjaren gewonnen, veel leed vermeden en veel kosten bespaard. Maar die resultaten kunnen nog veel beter. Als meer mensen zouden meedoen aan het bevolkingsonderzoek.

Wat is het kostenplaatje van darmkanker?

Los van het menselijke leed is het kostenplaatje misschien wel een van de belangrijkste aspecten van darmkanker. Niets voor niets vertelde gewezen minister Jo Vandeuren in onze podcast 'De Grote Boodschap' dat het bevolkingsonderzoek voor darmkanker de beste investering is die hij als minister ooit gedaan heeft. Ik ken zijn andere investeringen niet, maar het is toch een uitspraak die kan tellen. Nu we met co-CEO van Stop Darmkanker Dominique Vandijck een gezondheidseconoom in eigen rangen hebben weten we nog beter

wat het kostenplaatje is. Dominique heeft berekeningen gemaakt waarvan ik er enkele met jullie in dit boek wil delen. Wist je dat darmkanker, na longkanker, de tweede 'meest dure' kanker in België is? De totale medische kosten bedragen per jaar, je leest het goed, bijna een half miljard euro! Om precies te zijn: 467.042.166 euro. Een darmkankerpatiënt kost per jaar iets meer dan 50.000 euro. Daarvan moet hij zelf ongeveer 2500 euro betalen. De cijfers zijn gebaseerd op gegevens van 2018. Ik kan je verzekeren dat het er niet goedkoper op is geworden.

 Wist je dat darmkanker, na longkanker, de tweede 'meest dure' kanker in België is? De totale medische kosten bedragen per jaar bijna een half miljard euro!

Nog nood aan enkele cijfers? In tien jaar tijd heeft men mede dankzij het bevolkingsonderzoek ongeveer 9000 (!!) levens gered en liefst 300 miljoen euro bespaard. Hoeveel het werk van Stop Darmkanker hiertoe heeft bijgedragen is moeilijk te berekenen, maar dat zal toch een getal met verschillende nullen zijn. Onlangs vertelde iemand ons dat we maar eens een factuur naar de overheid moesten sturen. We zullen dat maar niet te letterlijk nemen. Dominique berekende ook wat het resultaat zou zijn als we in Vlaanderen, Wallonië en Brussel hetzelfde deelnamepercentage als in Nederland zouden bereiken en de screening zouden starten vanaf 45 jaar. Dat noem ik het drooms-cenário. Ik bespaar je de details, maar het zijn duizelingwekkende cijfers. We zouden nog veel meer levens kunnen redden, veel meer leed kunnen vermijden en nog veel meer kosten kunnen besparen. Ik ga toch twee getallen geven, ik kan het niet laten. In dergelijk droomsceenario zou er per jaar geen 30 miljoen euro worden bespaard, maar 165 miljoen euro! Honderdvijfenzestig miljoen euro! Er zouden per jaar geen 900 levens worden gered, maar bijna 5000 (vijfduizend) levens. De winst aan gezonde levensjaren zou enorm zijn! Het verlies aan gezonde levensjaren is nog steeds veel te hoog. Dit moet absoluut naar beneden. Ik kan het niet genoeg herhalen en benadrukken.

DE GETUIGENIS VAN VALENCE

'IK WAS MOE, MOE TOT OP HET BOT'

Woensdag 9 maart 2016 veranderde mijn leven letterlijk van de ene op de andere dag. In plaats van zelf te rijden in mijn Audi werd ik gereden in een rolstoel, op weg naar een darmonderzoek. Mijn eerste darmonderzoek, en de diagnose was er onmiddellijk: ik had endeldarmkanker. De specialist plande direct mijn agenda vol voor het komende jaar met bestraling, chemotherapie, operaties en als laatste fase van het traject enkele maanden preventieve chemotherapie.

Van een onafhankelijke, veelzijdige vrouw en echtgenote van 47 jaar veranderde ik in een angstige en onzekere patiënt, van een professionaal in een leek. Ik wist niet eens wat een endeldarm was.

De diagnose was een schok en tegelijkertijd een bevestiging van hoe ik me al twee jaar voelde. Ik was moe, moe tot op het bot. Iedere ochtend na het douchen zat ik op mijn handen en knieën op de tegelvloer van de badkamer. Zo moe. En dan moest de dag nog beginnen. Met make-up en mooie kleren zag ik er steeds goed uit, en ik functioneerde. Ik wist mijn slecht gevoel te verdoezelen.

Ondertussen werd ik een vaste klant bij mijn toenmalige huisarts. Vermoeidheid, steeds ontstoken tandvlees, flauwvallen, me niet lekker voelen. Lang verhaal kort: de diagnose was 'chronische hyperventilatie' en ik kreeg een voorschrift mee voor Lysanxia, een angstremmer.

Tot het moment dat ik bloed zag bij mijn ontlasting. Toen werd ik onmiddellijk doorverwezen naar de darmspecialist en hij voelde meteen al de eerste tumor, direct naast mijn rectum. Tijdens de eerste opname voor verder onderzoek in het ziekenhuis werd een tweede tumor ontdekt, vijftien centimeter hoger. Uitzonderlijk voor een vrouw van net 47 jaar. De bestraling en eerste chemokuur

waren succesvol, want de tumoren waren spectaculair en sensationeel gekrompen. Deze twee woorden blijven mijn lievelingswoorden, het zijn de woorden van mijn oncoloog en chirurg. Hun woorden gaven mij vleugels, vertrouwen en veerkracht. Deze drie v's had ik nodig voor de rest van het traject want het was geen *walk in the park*.

Ik ben nu vijf jaar verder: jaren met ziekenhuisopnames, talloze onderzoeken, gesprekken en vooral veel spanning. Ik moest veel inleveren op verschillende levensvlakken. Als gevolg van de bestralingen en chemokuren heb ik iedere dag pijn en kan niet meer 'even' naar het toilet. Iedere avond doe ik een darmspoeling, en dat vraagt veel van mijn lijf. Dit is confronterend.

Deze darmspoelingen zijn echter wel mijn redding, want hierdoor heb ik weer vrijheid. Dat is, na gezondheid, mijn belangrijke waarde geworden. Want ik ben maanden incontinent geweest, ik kon alleen met de hond gaan wandelen als ik een luier aan had, en ik zat ongeveer veertig keer per dag op het toilet. Dat doet wat met een mens.

Zou ik mogen teruggaan in de tijd, zou ik zaken dan anders aanpakken? Jazeker!

Ik zou mijn kop niet in het zand steken als ik zag dat mijn ontlasting anders was.

Ik zou niet uit schaamte mijn mond hierover houden omdat het geen sexy onderwerp is.

Ik zou zélf, in alle privacy op mijn eigen toilet, een simpele test doen.

Ik zou aan mijn huisarts blijven doorvragen voor verder onderzoek, voor een colonoscopie.

Nu, na alles wat ik heb doorstaan, zie ik een colonoscopie of een simpele test als een cadeau aan jezelf én aan je geliefden.



OOK VOOR DIT
TOILETBEZOEK
BETALEN?
GOED IDEE.

SCAN EN STEUN
STOP DARMKANKER.

1 op 20 Belgen wordt ooit geconfronteerd met darmkanker. Gelukkig is er een grote kans op genezing als je er vroeg bij bent. Voor de vzw Stop Darmkanker zijn informatie en voorlichting cruciaal. Maar actie voeren kost geld. Elke steun is welkom. **Scan deze QR-code. Ook jouw bijdrage kan levensreddend zijn!** Alvast bedankt!

Stop

V.O. www.stopdarmkanker.be

3.

HOE ONTSTAAT DARMKANKER?

Ontstaat darmkanker altijd met één piepklein gezwel?

Uit je lessen biologie weet je wellicht nog dat cellen de kleinste levende deeltjes van ons lichaam zijn. Ze delen zichzelf om de groei of het onderhoud van ons lichaam te verzekeren. Die deling is een zeer bijzonder en gedetailleerd proces. Elke cel heeft binnenin een controlesysteem van verschillende genen (DNA-deeltjes) om dit nauwgezet op te volgen. Toch ontsnapt de celdeling soms aan die controle. De aangemaakte overtollige cellen kunnen dan samen eventueel een gezwel vormen. Wanneer het gezwel uit kankercellen bestaat, kunnen die van hun oorspronkelijke plaats ‘ontsnappen’ om andere delen van het lichaam te koloniseren en aan te tasten. Dat noemt men uitzaaiingen of metastasen.

Zo’n kwaadaardig gezwel (tumor) kan in principe overal in het lichaam via de bloedvaten of de lymfevaten terecht komen. Dus ook in de dikke darm. In 99 procent van de gevallen ontstaat darmkanker uit een goedaardige (benigne) poliep aan de binnenkant van de darm. Dat is als het ware een klein bloemkoolvormig gezwelletje. Tussen het ontstaan van een goedaardige kleine poliep en de ontwikkeling tot een groter kwaadaardig gezwel of darmkanker verloopt gemiddeld acht tot tien jaar. Er zijn uitzonderingen in beide richtingen. Soms gaat het toch sneller, maar soms duurt het nog langer dan die tien jaar. Het is natuurlijk niet gemakkelijk om te bepalen wanneer het precies begon.

 Tussen het ontstaan van een goedaardige kleine poliep en de ontwikkeling tot een groter kwaadaardig gezwel of darmkanker verloopt gemiddeld acht tot tien jaar.

Darmkanker ontstaat bijna altijd uit goedaardige poliepen. Zij zijn de voorlopers van wat eventueel darmkanker kan worden. Ze zijn als het ware ‘waarschuwingssignalen’. Er zijn weinig andere kankers die dergelijke voorlopers hebben. Gelukkig leiden niet alle poliepen

tot darmkanker. De overgrote meerderheid van de poliepen blijft klein en wordt zelfs nooit groter dan één centimeter. Men neemt aan dat van 1000 poliepen er uiteindelijk 100 groter worden dan één centimeter. Dan wordt het echter een ander verhaal. Van die 100 poliepen die één centimeter worden, zullen er 25 (dus een kwart) uitgroeien tot darmkanker. We weten echter niet welke wel en welke niet. Dat kan je tijdens het darmonderzoek of de coloscopie niet zien. Daarom zullen die poliepen steeds worden verwijderd. Dit kan bijna altijd tijdens het darmonderzoek. De meeste poliepen ontstaan uit de klierbuizen van de darmwand. Daarom worden ze ook adenomateuze poliepen of adenomen genoemd. Ongeveer een kwart van de bevolking heeft darmpoliepen op de leeftijd van vijftig jaar. Het doel van de screeningsprogramma's of het bevolkingsonderzoek is om die poliepen op te sporen, te verwijderen en ze niet de kans te geven om ooit uit te groeien tot darmkanker. Op die manier kunnen we het aantal darmkankers verminderen en zullen er ook minder mensen sterven aan darmkanker.

Wat we natuurlijk nog steeds niet weten, is waarom de ene persoon poliepen krijgt en de andere niet. En vooral: waarom bij de ene persoon die poliepen klein, goedaardig en onschuldig blijven, terwijl ze bij de andere persoon tot darmkanker leiden.

Laat er nu juist op dat vlak ook de laatste jaren vooruitgang zijn geboekt. Dat heeft opnieuw allemaal met het microbioom maken. Het is een heel complex verhaal. Ik ga toch proberen om niet te kort door de bocht te gaan en een van de huidige hypothesen te verduidelijken. Toen we jong waren, en laten we dat hier tussen de 20 en 40 jaar noemen, hebben we ooit weleens 'iets verkeerd gegeten', een indigestie gehad, of was er zelfs sprake van een voedselvergiftiging. De namen van de bacteriën die hiervoor verantwoordelijk waren heb je misschien al ooit gehoord: Salmonella, Escherichia coli en Shigella. Dat is mogelijk het moment dat de eerste schade aan het darmepitheel wordt veroorzaakt en er DNA-afwijkingen ontstaan.

Dit zou het ogenblik zijn dat de goedaardige poliep stilaan, heel traag, begint te groeien. In de grote meerderheid van de gevallen blijft het daarbij. Het klein onschuldig poliepje stopt met groeien en veroorzaakt verder geen problemen. Bij sommige personen komt er na enkele jaren echter een andere microbe op de proppen. Een microbe die velen van ons in het tandvlees hebben: *Fusobacterium nucleatum*. Weer een moeilijke, maar wel een belangrijke naam. Deze bacterie komt om redenen die op dit ogenblik nog onduidelijk zijn in onze dikke darm terecht, na een lange tocht doorheen de mond, slokdarm, maag en dunne darm. Eens in de dikke darm terechtgekomen gaat het die goedaardige poliep, die jarenlang in een soort 'winterslaap' was gebleven, prikkelen en stimuleren. De goedaardige poliep begint verder te groeien, *Fusobacterium nucleatum* veroorzaakt bijkomende DNA-beschadiging en gaat uiteindelijk aanleiding geven tot het ontstaan van darmkanker in die poliep. Ik weet dat dit een erg eenvoudige voorstelling van de mogelijke feiten is, maar er zijn toch heel wat aanwijzingen dat dit een van de mechanismen zou kunnen zijn. Denk nu niet dat tandpasta, die *Fusobacterium nucleatum* uit ons tandvlees verwijdert, de oplossing tegen darmkanker is. Maar we gaan hier ongetwijfeld nog veel meer over te weten komen. Onthoud de naam: *Fusobacterium nucleatum*!

Wat weten we nog meer over *Fusobacterium nucleatum*?

Ik heb net geschreven 'onthoud de naam', en ga er nu graag wat uitgebreider op in. Omdat ik dit enerzijds zo fascinerend vind en anderzijds zo belangrijk. De rol van *Fusobacterium nucleatum* bij het ontstaan van darmkanker heeft de laatste jaren meer en meer aan belang gewonnen. *Fusobacterium nucleatum* is een bacterie die zoals eerder reeds gezegd normaal in de mond voorkomt, waar ze vaak geassocieerd wordt met tandvleesontstekingen. Je mag dat zeker eens bij je volgende bezoek aan je tandarts vragen. Onderzoekers

hebben ontdekt dat deze bacterie ook erg vaak aanwezig is in weefsel van darmkankertumoren. Dit heeft geleid tot het vermoeden dat *Fusobacterium nucleatum* een rol kan spelen bij het ontstaan van darmkanker. De vraag van de kip of het ei is natuurlijk ook hier terecht. Is er eerst de darmkanker en dan *Fusobacterium nucleatum*, of is het juist omgekeerd?

Een van de eerste aanwijzingen voor de rol van de bacterie kwam uit studies waarbij DNA-analyses werden uitgevoerd op darmtumoren. Wetenschappers ontdekten dat *Fusobacterium nucleatum* veel vaker aanwezig was in tumoren dan in gezond darmweefsel. Dit suggereerde dat de bacterie mogelijk betrokken is bij de ontwikkeling van darmkanker. Het feit dat *Fusobacterium nucleatum* specifiek in kankergezwellen werd gevonden, en niet in gezonde weefsels, wees erop dat de bacterie wellicht bijdraagt aan het ontstaan en de groei van deze tumoren.

Verder onderzoek toonde aan dat *Fusobacterium nucleatum* ontstekingen in de darmen kan veroorzaken. Chronische ontstekingen zijn een bekende risicofactor voor het ontstaan van kanker. Wanneer plaatsen in het lichaam langdurig ontstoken zijn, kunnen cellen in het ontstoken gebied beschadigd raken en mutaties ondergaan die kunnen leiden tot kanker. *Fusobacterium nucleatum* produceert specifieke moleculen die het immuunsysteem activeren en een ontstekingsreactie veroorzaken. Deze voortdurende ontsteking kan leiden tot schade aan het darmweefsel en het ontstaan van kankercellen bevorderen.

Experimenten met muizen hebben ook belangrijke inzichten gegeven in de rol van *Fusobacterium nucleatum*. In deze studies werden muizen die genetisch vatbaar waren voor darmkanker geïnfecteerd met *Fusobacterium nucleatum*. De resultaten toonden aan dat de tumoren bij de geïnfecteerde muizen sneller groeiden dan bij de niet-geïnfecteerde muizen. Dit wees erop dat *Fusobacterium nucle-*

atum de groei van darmtumoren kan versnellen. Deze bevindingen versterken het idee dat de bacterie een actieve rol speelt in de ontwikkeling en progressie van darmkanker.

Een andere manier waarop *Fusobacterium nucleatum* darmkanker kan beïnvloeden, is door de communicatie tussen de cellen te verstoren. Normale cellen in het lichaam communiceren met elkaar via verschillende signalen die helpen om hun groei en deling te reguleren. *Fusobacterium nucleatum* kan deze signalen verstoren door zich te binden aan kankercellen en bepaalde signalen af te geven die de groei en verspreiding van deze cellen bevorderen. Dit kan leiden tot een snellere groei en verspreiding van kanker.

Bovendien kan *Fusobacterium nucleatum* bijdragen aan de weerstand van kankercellen tegen het immuunsysteem. Normaal gesproken probeert het immuunsysteem abnormale cellen, zoals kankercellen, op te sporen en te vernietigen. *Fusobacterium nucleatum* kan echter stoffen produceren die het immuunsysteem onderdrukken, waardoor de kankercellen beter kunnen overleven en zich verder kunnen verspreiden. Dit maakt het voor het lichaam moeilijker om de kankercellen effectief te bestrijden.

Studies hebben ook aangetoond dat patiënten bij wie in hoge mate *Fusobacterium nucleatum* in het tumorweefsel aanwezig is een mindere prognose hebben. Dit kan toch allemaal geen toeval zijn? Men heeft zich ook al lang afgevraagd waarom bepaalde patiënten wel reageren op chemotherapie en andere patiënten niet. Ook daar zou een belangrijke rol zijn weggelegd voor *Fusobacterium nucleatum*. Het moge duidelijk zijn, het laatste woord over deze intrigerende bacterie is nog niet gezegd of geschreven.

Ondanks al deze aanwijzingen is er nog veel dat we niet weten over de exacte rol van *Fusobacterium nucleatum* bij het ontstaan van darmkanker. Het oude gezegde ‘hoe meer dat ik weet, hoe meer dat

ik niet weet' is hier zeker van toepassing. Wetenschappers begrijpen nog niet volledig hoe deze bacterie precies bijdraagt aan de ontwikkeling van darmkanker. Waarom ontwikkelen sommige mensen met deze bacterie in hun darm wel kanker, terwijl anderen dat niet doen? Er is nog meer onderzoek nodig om deze belangrijke vragen te beantwoorden en om beter te begrijpen welke precieze mechanismen aan het werk zijn.

Wat wel duidelijk is, is dat *Fusobacterium nucleatum* een belangrijke factor kan zijn in het ontstaan en de progressie van darmkanker. Door beter te begrijpen hoe deze bacterie werkt, hopen onderzoekers dan ook nieuwe manieren te vinden om darmkanker te voorkomen en te behandelen. Moest blijken dat het verminderen van *Fusobacterium nucleatum* in de darmen het risico op darmkanker echt kan verlagen, zouden nieuwe behandelingen en preventieve maatregelen kunnen worden ontwikkeld die specifiek gericht zijn tegen deze bacterie.

Er zijn al enkele strategieën in ontwikkeling die gericht zijn op het verminderen van *Fusobacterium nucleatum* in de darmen. Dit omvat het gebruik van antibiotica die specifiek deze bacterie aanpakken, evenals probiotica die de groei van gunstige bacteriën in de darmen bevorderen en zo de aanwezigheid van *Fusobacterium nucleatum* kunnen verminderen. Verder wetenschappelijk onderzoek naar deze en andere behandelingsmogelijkheden kan helpen om nog effectievere strategieën te ontwikkelen voor de preventie en behandeling van darmkanker.

Zijn er specifieke risicofactoren voor darmkanker?

Ja, die zijn er! Dat is denk ik een duidelijk antwoord. En het is uiteraard belangrijk om deze risicofactoren in dit boek te overlopen. Het kennen en herkennen van deze risicofactoren is immers een belangrijke stap in de strijd tegen darmkanker.

Het zal je niet verwonderen dat leeftijd een van de meest belangrijke risicofactoren is. De meerderheid van de darmkankergevallen wordt vastgesteld bij mensen ouder dan 50 jaar. Klassiek wordt gezegd dat dit ongeveer 90 procent van de gevallen is. Ik vrees echter dat we dat cijfer in de toekomst zullen moeten aanpassen. Darmkanker wordt jonger en er komen steeds meer en meer jongvolwassenen in aanraking met deze ziekte. Anderzijds zal de vergrijzing van de bevolking ervoor zorgen dat er steeds meer oudere mensen met de ziekte geconfronteerd zullen worden.

Een familiegeschiedenis van darmkanker of bepaalde erfelijke aandoeningen verhoogt ook het risico op darmkanker. Twee belangrijke erfelijke aandoeningen wil ik hier toch in het bijzonder al vermelden: enerzijds het Lynch-syndroom en anderzijds de familiale adenomateuze polyposis (FAP). Later in het boek kom ik hier uitgebreider op terug.

 Ik heb mensen gekend van 52 jaar die geen overgewicht hadden, nooit gerookt hadden, enkel in het weekend als ze naar de voetbal gingen een pintje dronken, elke dag gezond aten, drie keer per week naar de fitness gingen... en toch darmkanker kregen.

Dat onze voeding een cruciale rol speelt bij het ontstaan van darmkanker zal je niet verwonderen. Hiermee vertel ik niets nieuws. Ik kom hier later uitgebreid op terug, ook op de problematiek van rood vlees. Nog even geduld dus.

Een vezelrijk dieet, voldoende groenten en fruit en volle granen bieden dan weer bescherming tegen darmkanker. Vezels helpen de spijsvertering, zorgen voor een vlottere stoelgang en kunnen schadelijke stoffen in de darm binden en uitscheiden.

Mensen die een overwegend zittende levensstijl hebben, kampen met overgewicht, roken en overmatig alcoholgebruik hebben ook een verhoogd risico op darmkanker. Ik ben blij dat er de laatste jaren gelukkig meer en meer aandacht wordt besteed aan een gezonde levensstijl. Levensstijlgeneskunde is zelfs een aparte discipline geworden.

Ik moet je er hopelijk niet van overtuigen dat regelmatige lichaamsbeweging – drie keer per week een halfuurtje is al prima –, een gezond gewicht behouden, stoppen met roken en beperkt alcoholgebruik allemaal kunnen helpen het risico te verlagen. Ik laat vaak tijdens mijn lezingen een dia zien met drie dingen die je moet vermijden – overgewicht, roken en overmatig alcoholgebruik – en twee dingen waar je de nodige aandacht moet aan besteden: gezonde, evenwichtige voeding en regelmatige lichaamsbeweging. Maar ik zeg er ook altijd bij dat ik evengoed mensen heb gekend van 52 jaar die geen overgewicht hadden, nooit gerookt hadden, enkel in het weekend als ze naar de voetbal gingen een pintje dronken, elke dag gezond aten, drie keer per week naar de fitness gingen... en toch darmkanker kregen. Een gezonde levensstijl is géén garantie om geen darmkanker te krijgen. Maar het kan wel het risico verlagen.

Er is helaas ook geen antidarmkankerdieet. Anders had ik daar een boek over geschreven.

Maak ik vanaf een bepaalde leeftijd meer kans op darmkanker?

Ook hier is het antwoord duidelijk: ja! Darmkanker is en blijft hoofdzakelijk een 50-plusziekte, dat heb je al eerder in dit boek gelezen. Maar bepaalde zaken moet je soms gewoon herhalen, omdat ze zo belangrijk zijn. De gemiddelde leeftijd ligt iets hoger bij vrouwen (72 jaar) dan bij mannen (69 jaar). Ongeveer 10 procent van de personen met darmkanker is jonger dan 50 jaar. Waar ik me wel ongerust over maak is dat er de laatste jaren een toename is van het aantal ‘jongvolwassenen’ met darmkanker. Met deze mooie term bedoelen we mensen onder de vijftig jaar. Over het hoe en waarom zou ik een gans boek kunnen schrijven en ik zou bij de conclusie zelfs niet kunnen vertellen wat hiervan de precieze oorzaak is. Toch wil ik hier niet te snel over heengaan. Ik kom er verder in mijn boek zeker op terug. Volledigheidshalve wil ik toch vermelden dat mannen over het algemeen een iets hoger risico hebben op het ontwikkelen van darmkanker dan vrouwen. De verhouding ligt ongeveer op 55 procent mannen en 45 procent vrouwen. Vrouwen hebben wellicht enige vorm van hormonale bescherming tegen het ontstaan van darmkanker. Het is dus niet zo dat darmkanker enkel een mannenziekte is, zoals prostaatkanker, of enkel een vrouwenziekte, zoals borstkanker. Om er onmiddellijk aan toe te voegen dat er toch – weliswaar eerder zeldzaam – ook mannen zijn met borstkanker.



Ongeveer 10 procent van de personen met darmkanker is jonger dan 50 jaar.

Maak ik meer kans op darmkanker omdat het 'in de familie zit'?

Absoluut, zeker als je een eerstegraadsverwante hebt die darmkanker heeft, hieraan overleden is, of hiervoor behandeld werd. Want dan is je risico hoger dan het gemiddeld risico van 5 procent.

Hierover bestaan verschillende tabellen en cijfers. Als je vader of moeder, broer of zus (de zogenaamde eerstegraadsverwanten) met darmkanker werd geconfronteerd, moet je die 5 procent vermenigvuldigen met twee of drie. Dan kom je dus uit op 10 à 15 procent. Zijn er twee eerstegraadsverwanten met darmkanker dan moet je die 5 procent vermenigvuldigen met drie of zes. Dat wordt dus een risico van al 15 tot 30 procent. Ik hoop dat je weet wat je dan moet doen. Dan is het advies duidelijk: een darmonderzoek of een coloscopie laten uitvoeren. Dezelfde berekening, vermenigvuldigen met drie of zes, moet je maken als die eerstegraadsverwante jonger is dan 50 jaar. Om nog wat andere cijfers te gebruiken. Als een van je ouders darmkanker heeft, dan raadt men aan een onderzoek uit te voeren met behulp van 'de regel van tien'. Dat is de leeftijd van je papa of mama waarop de diagnose werd gesteld min tien. Als papa 52 jaar was op het ogenblik van de diagnose, laat jij je best onderzoeken vanaf 42. Persoonlijk ben ik voorstander om 'de regel van vijftien' te gebruiken. Zeker rekening houdende met het 'jonger worden' van darmkanker. In dit voorbeeld zou ik reeds een darmonderzoek aanraden op 37-jarige leeftijd. Ik hoop dat al die getallen niet te verwarrend zijn. Vaak hoor ik mensen zeggen dat ze de test van de overheid niet doen of niet nodig vinden omdat darmkanker 'niet in de familie zit'. Dat zou wel eens een hele foute beslissing kunnen zijn. In tegenstelling tot wat vele mensen denken, blijkt darmkanker in de grote meerderheid van de gevallen, ongeveer 75 procent, juist niet in de familie te zitten. Men noemt dit 'sporadische' gevallen. Ik spreek liever van 'geïsoleerde' gevallen.

Slechts een minderheid, ongeveer 25 procent, heeft een erfelijk of familiaal karakter. Bij een erfelijke aandoening (5 à 10 procent), zoals het Lynch-syndroom of FAP, is het gen of de mutatie die darmkanker veroorzaakt gekend. Men weet dus hoe dit overgedragen wordt. Bij de familiale vormen is het gen of de mutatie (nog) niet bekend, maar ziet men wel in de stamboom dat er meerdere gevallen van darmkanker zijn.

 Vaak hoor ik mensen zeggen dat ze de test van de overheid niet doen of niet nodig vinden omdat darmkanker 'niet in de familie zit'. Dat zou wel eens een hele foute beslissing kunnen zijn.

Ik wijs dan ook steeds op het belang van de stamboom van je familie. Niet iedereen weet waaraan zijn grootvader of grootmoeder gestorven is. Niet iedereen weet wat het litteken op de buik van papa of mama betekent. Het is echt geen schande om ernaar te vragen. Het kan voor jou immers ook erg belangrijk zijn. Spreek er over tijdens de volgende familiebijeenkomst. Misschien niet tijdens het voorgerecht of het hoofdgerecht, maar misschien wel later op de avond. Het kan letterlijk en figuurlijk van levensbelang zijn.

Wat als ik altijd wat met mijn darmen sukkel?

Er zijn heel wat mensen die met hun darmen 'sukkel'. Er gaat bijna geen dag voorbij of ze hebben er op een of andere manier last van. Dit heeft vaak ook invloed op hun dagelijks functioneren. Mensen met het prikkelbaredarmsyndroom en mensen die veel last hebben van constipatie of juist veel last hebben van diarree weten maar al te goed wat ik bedoel. Patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa weten er alles van. Het veroorzaakt niet alleen lichamelijke ongemakken maar ook emotionele en sociale stress. Het is belangrijk om deze klachten ernstig te nemen en zeker niet te minimaliseren of negeren.

De meeste mensen die met hun darmen sukkelen hebben vaak reeds meerdere artsen geconsulteerd. Het is niet altijd eenvoudig om snel een duidelijke diagnose te stellen. Maar een diagnose is wel cruciaal om de onderliggende oorzaak van je klachten te identificeren, aan te pakken en te behandelen. Dit kan gaan van voedselintoleranties (bijvoorbeeld lactose) en voedselallergieën tot glutenovergevoeligheid of nog complexere aandoeningen. Vaak wordt pas na enige tijd de diagnose van ziekte van Crohn of colitis ulcerosa gesteld. Ik heb veel dergelijke patiënten gezien en ik voelde me vaak als een detective die op zoek was naar een speld in een hooiberg. Maar je moet blijven zoeken, ook al lijkt de diagnose na de eerste reeks onderzoeken niet duidelijk. Wie zoekt die vindt! Vaak heb ik tegen mijn assistenten gezegd: ‘What you don’t look for, you will never find.’

Aanpassingen in je levensstijl en je voeding kunnen vaak al een belangrijke stap in de goede richting zijn. Vezelrijke groenten, fruit en volle granen kunnen helpen bij de spijsvertering en de darmflora verbeteren. Soms kan een proefbehandeling met probiotica ook de moeite waard zijn. Bespreek het wel steeds in overleg met je huisarts en/of huisapotheker. De verleiding om online ‘wondermiddeltjes’ te gaan zoeken – die niet helpen en soms zelfs schade kunnen aanrichten – is de dag van vandaag groter dan ooit.

Het kan nuttig zijn om een dagboek bij te houden waarin je noteert wat je eet en welke symptomen je ervaart. Dat kan helpen om de trigger of uitlokkende factor te vinden. Met de juiste zorg en aandacht kan je je levenskwaliteit flink verbeteren, zelfs als je altijd met je darmen sukkelt.

Kunnen aambeien darmkanker veroorzaken?

Een vraag die ik heel vaak te horen krijg en waar ik onmiddellijk een duidelijk en geruststellend antwoord wil op geven: aambeien veroorzaken gelukkig geen darmkanker.

Aambeien en darmkanker zijn twee verschillende aandoeningen. Aambeien, of met een moeilijk woord hemorroïden, worden in de volksmond ook speen genoemd. Iedereen heeft eigenlijk aambeien, het is pas als ze gezwollen zijn dat ze last kunnen geven. Het zijn bloedvaten in of rond de anus, vlak in de buurt van de sluitspier. Men spreekt ook vaak van inwendige (interne) of uitwendige (externe) aambeien. De inwendige aambeien, die binnenin de endeldarm zitten, kan je niet zien. Als ze gezwollen zijn kunnen we ze wel aanleiding geven tot helderrood bloedverlies. Dat kan wanneer men meer moet persen of extra druk zet bij de ontlasting. Soms kunnen die inwendige aambeien ook naar buiten puilen, wat pijn en ongemak veroorzaakt.

De uitwendige aambeien bevinden zich vlak onder de huid rond de anus. Wanneer ze opgezwollen zijn, kan men ze meestal wel zien en kan dit aanleiding geven tot jeuk en pijn. Als er zich een kleine klonter vormt in een uitwendige aambeï kan dit erg pijnlijk zijn en een hard, gevoelig knobbelkje veroorzaken. Ik heb in het verleden vaak mensen in paniek aan de telefoon gehad, die plots een pijnlijk knobbelkje voelden en dachten dat ze darmkanker hadden. Als dat enkele uren later eventueel opensprong en veel bloed in het ondergoed gaf waren ze helemaal in paniek. Gelukkig kon ik ze meestal snel geruststellen. Ik heb vaak gezegd dat als de patiënt ongerust was omdat hij dacht plots darmkanker te hebben, ik vrij gerust was dat hij geen darmkanker had.

Aambeien zijn op zichzelf geen risicofactor voor het ontwikkelen van darmkanker. Er is geen enkel wetenschappelijk bewijs dat aambeien

kunnen leiden tot darmkanker of de kans op darmkanker vergroten. Dat is dus goed nieuws.

Wat verwarrend kan zijn is dat sommige symptomen van aambeien kunnen lijken op die van darmkanker. Dan heb ik het natuurlijk over die bloedingen. Maar bij aambeien is het bloed meestal helderrood en verschijnt het vaak op het toiletpapier of in de wc, of aan de buitenkant van de stoelgang. Bij darmkanker is het bloed meestal donkerder van kleur en is het meestal vermengd met de stoelgang. Iemand die op latere leeftijd ineens last krijgt van 'bloedend speen', zo wordt het vaak genoemd, laat dit toch best nakijken. Zeker als dit verschillende weken of maanden blijft duren. Het zou jammer genoeg niet de eerste keer zijn dat bij onderzoek blijkt dat er toch een serieuzer probleem aanwezig is in de endeldarm. En dat is met een rectaal touché (het onderzoek met de vinger) door de huisarts of de specialist meestal wel te voelen. Je moet dat zelf niet proberen te doen. Laat dat alsjeblieft over aan mensen die daar veel ervaring mee hebben. Je zou er achteraf veel spijt van kunnen hebben dat je het toch niet eerder hebt laten nakijken.

Aan welke symptomen kan ik darmkanker herkennen?

Dit is natuurlijk een erg belangrijke vraag. Ik ga ook onmiddellijk beginnen met een erg belangrijke opmerking: darmkanker geeft aanvankelijk géén klachten. Het is niet voor niets dat de titel van mijn lezing 'Geef darmkanker geen kans' is. Je moet niet wachten op klachten of symptomen.

Er zijn natuurlijk wel zaken die typisch in verband gebracht worden met darmkanker. Laten we ze even overlopen en onder de loep nemen. Beschouw ze als 'alarmsignalen'.

Bloedverlies bij de stoelgang is natuurlijk altijd iets waarvan men schrikt. Men denkt onmiddellijk aan het ergste. Dat hoeft gelukkig niet zo te zijn. Helderrood bloedverlies, los van de stoelgang, of enkel op het toiletpapier is vaak afkomstig van aambeien. Mensen slaan vaak in paniek, maar dat is echt niet nodig. Blijft het zich regelmatig voordoen moet je natuurlijk wel de huisarts contacteren om het toch te laten nakijken. Aambeien kunnen erg vervelend zijn, maar kunnen de dag van vandaag ook op diverse manieren behandeld worden.

Wanneer het bloed vermengd is met de stoelgang, of het wat donkerder is, dan moet je dat zeker laten nakijken. Zeker als het enkele dagen of weken aanwezig blijft. Wees niet bang om er met de huisarts over te spreken. Het kan ook een andere oorzaak hebben, het betekent niet dat je darmkanker hebt, maar verder onderzoek is zeker aangewezen.

Aanslepende buikpijn en/of krampen kunnen ook erg vervelend zijn. Zeker als ze 's nachts optreden. Als je dit nooit eerder had en het blijft dagen of weken aanslepen, dan is mijn boodschap opnieuw duidelijk: spreek erover met de huisarts en laat het nakijken.

Iedereen van ons heeft meestal wel een vast stoelgangpatroon. Steeds hetzelfde moment van de dag dat hij of zij naar het groot toilet moet. Al dan niet 's ochtends na het ontbijt, al dan niet na het opsteken van een sigaretje. Wanneer er een verandering in het stoelgangpatroon optreedt, moet je dit ook als een alarmsignaal zien. Mensen die in plaats van altijd 's ochtends te moeten gaan plots ook in de late namiddag of 's avonds naar het grote toilet gaan, moeten dit ook met de huisarts bespreken. Zeker als ze 's nachts moeten opstaan om naar het grote toilet te gaan. Dit zijn zaken die weleens gebeuren wanneer we op reis gaan, wanneer we op vakantie zijn. Dat heeft dan meestal te maken met minder beweging en lang in de wagen, in de trein of in het vliegtuig te moeten zitten. Of minder te hebben gegeten of gedronken. Maar als dat thuis gebeurt, en dit blijft enkele weken

aanslepen, dan is mijn boodschap opnieuw erg duidelijk: bespreek het met de huisarts.

Als je het gevoel hebt dat je naar het groot toilet moet gaan en er uiteindelijk niets komt, hoeft dit niet te wijzen op darmkanker, maar moet je het toch als alarmsignaal beschouwen. We hebben daar een mooie uitdrukking voor: 'valse stoelgangnood'. Als dat blijft aanslepen, opnieuw, bespreek het met de huisarts.

Het spreekt voor zich dat als je geleidelijk aan vermagert, als de kilo's verdwijnen zonder duidelijke oorzaak, dit ook een reden is voor verder onderzoek. Als je niet aan een vermageringsdieet bezig bent, is dit niet natuurlijk, niet normaal. Het kan met de schildklier te maken hebben, er kan misschien een stoornis zijn in de opname van de vetten, het kan vele oorzaken hebben. Ik blijf herhalen: blijf er niet mee rondlopen, maar laat het verder onderzoeken bij je huisarts. Een bloedonderzoek of een onderzoek van de stoelgang kan misschien sneller dan verwacht de oplossing van het probleem brengen.

Aanslepende vermoeidheid en bloedarmoede gaan soms hand in hand. Mensen zullen je misschien aanspreken omdat je er bleker uitziet dan normaal. Dat kan opnieuw een alarmsignaal zijn. Een bloedonderzoek zal snel kunnen aantonen of er inderdaad een tekort aan rode bloedcellen of een zogenaamde anemie of bloedarmoede aanwezig is. Of is er ook een tekort aan ijzer? De lijst van mogelijke oorzaken is ook hier weer lang. Maar je moet het zeker laten onderzoeken. Bij meer uitgesproken bloedarmoede kan je soms ook een ijl gevoel in het hoofd hebben, moeite hebben om de trap op te lopen, korter van adem zijn. Nogmaals: dit zijn alarmsignalen die je niet mag negeren.

Misschien zullen er lezers zijn die bij het lezen van dit gedeelte ongerust zijn geworden, omdat ze zaken gelezen hebben die bij hen het

geval zijn. Mijn advies is duidelijk: ga niet naar Dr. Google, maar bespreek het met je huisarts.

Laat me nogmaals benadrukken dat dit allemaal klachten of symptomen zijn die een verband kunnen hebben met darmkanker, maar die absoluut niet betekenen dat je darmkanker hebt.

In Amerika heeft men ooit een campagne gedaan die in het kort vertelde wat de waarschuwingstekens van darmkanker zijn. Ik laat die dia ook tijdens mijn lezingen zien. Er staan drie zaken op: je voelt je goed, je hebt een goede eetlust en je bent 50-plusser. Vele lezers zullen zich nu wellicht aangesproken voelen. Maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat al die mensen darmkanker krijgen. De bedoeling van die campagne was mensen erop te wijzen dat darmkanker aanvankelijk geen darmklachten geeft.

Ik wil je met dit boek geen slapeloze nachten bezorgen. Ik wil alleen leed voorkomen. We weten ondertussen allemaal dat vroegtijdige opsporing van darmkanker de kans op een succesvolle behandeling verhoogt en levens kan redden. Laat die kansen niet liggen omdat je er met je huisarts niet durft over spreken. Hij is er uiteindelijk toch om je te helpen.

DE GETUIGENIS VAN DIDIER

‘DENK NOOIT “MIJ OVERKOMT HET NIET”’

In november 2020 viel de enveloppe van het bevolkingsonderzoek in de bus. Omdat ik bijna 50 was, heb ik de test dan opgestuurd. Ongeveer drie weken later kreeg ik een brief terug dat het resultaat afwijkend was. Mijn huisdokter zei nog dat ik me niet ongerust moest maken maar dat er toch een coloscopie moest gebeuren. Op 16 maart 2021 werd die coloscopie uitgevoerd. Toen ik bijkwam van de sedatie en het onderzoek achter de rug was stond de dokter ineens langs met mijn bed met een stapel papieren in haar hand. ‘We hebben iets gezien wat niet normaal is en daarom gaan we deze week verschillende onderzoeken uitvoeren’, was haar uitleg. De onderzoeken werden gedaan en de week erop viel het verdict: ik had een tumor in mijn endeldarm. Hoe kan dit nu? Ik heb nooit klachten gehad. Ik ben een actieve sportieve kerel en ineens heb ik endeldarmkanker.

Uit de onderzoeken bleek dat ik een beginnende tumor had en er werd besloten een TEM-operatie (Transanale Endoscopische Microchirurgie) uit te voeren. Dit is een kijkoperatie waarbij de tumor wordt weggehaald voor verder onderzoek. Ik herstelde snel van die operatie maar ongeveer tien dagen erna kreeg ik weer slecht nieuws.

Na onderzoek van de tumor bleek die toch verder te zijn uitgebreid dan de eerste onderzoeken hadden uitgewezen. De enige en veilige oplossing was een endeldarmresectie, waarbij dus het abnormale weefsel wordt verwijderd.

Op 3 juni werd ik opgenomen in ZOL Genk. Ik ben de dag erna geopereerd. De operatie verliep uitstekend, ik had niet al te veel pijn en mijn stoma begon al snel te werken.

Na vier dagen kwam de dokter langs om te zeggen dat ik ‘s anderdaags naar huis mocht. Maar die nacht kreeg ik plotseling heel hoge koorts, moest ik braken en voelde ik me echt ziek. Ik bleek een abces in mijn buik te hebben met een vermoeden van een naadlekkage. Gevolg: een weekje antibiotica en terug een operatie om drains te steken in mijn buik, zodat de vuiligheid naar buiten kon.

Na een extra zevendaags verblijf in het ziekenhuis voelde ik me weer veel beter. Mijn bloedwaardes waren goed en ik mocht naar huis. Uit onderzoek van de omliggende klieren bleek dat er eentje licht positief was, wat betekende dat ik ook chemo ging krijgen.

Eind juli 2021 werd een port-a-cath gestoken om de chemo toe te dienen. Half oktober was ik ervan af en werden er weer onderzoeken, zoals een CT-scan en echo's, ingepland. Daaruit bleek dat alles er goed uitzag. De stoma kon op termijn weg. Maar eerst moest ik nog een vervelend onderzoek laten uitvoeren om te kijken of op de plaats waar de naad zat alles oké was. Eind oktober kreeg ik dan groen licht voor de hersteloperatie. Ik was zo blij dat mijn stoma weg kon en alles weer normaal werd!

Op 5 november 2021 werd mijn stoma weggehaald. De eerste maand was een hel maar toen begon het opmerkelijk beter te gaan. Om het kort te zeggen: we zijn nu maart 2022 en eigenlijk doe ik weer alles quasi zoals vroeger. Ik werk opnieuw, ik sport weer, ik ben opnieuw instructeur in het parachutespringen. Ik moet wel meer naar het toilet, maar daar valt mee te leven.

Het was een heel zwaar jaar met veel verdriet en pijn, maar ik geniet opnieuw van het leven. Mijn dank aan de dokters om mij te brengen waar ik nu sta.

Mijn boodschap: mensen, doe de test. Denk nooit ‘mij overkomt het niet’, want darmkanker is een echte sluipmoordenaar.

4. HOE ONTDEK JE DARMKANKER?

Op deze pagina hebben we de eerste symptomen van darmkanker opgelijst. Dat zie je goed: die zijn er niet. Net daarom is het tijdig afnemen van een stoelgangtest zo belangrijk. Om darmkanker vroegtijdig op te sporen en de kans op genezing significant te vergroten. Want 1 op 20 wordt ooit met darmkanker geconfronteerd. Da's niet niets. Dus doe de test en geef darmkanker geen kans. Meer info op stopdarmkanker.be.

#DoeDeTest



Waarom zou ik mij preventief laten onderzoeken?

Ik kan me goed voorstellen dat veel mensen zich die vraag stellen. 'Ik voel me goed', 'Ik heb geen klachten', 'Het zit niet in onze familie'... De redenen die men aanhaalt om de test niet te doen kan je niet op één hand tellen. Het zal wel geen toeval zijn dat in andere landen campagne wordt gevoerd met 'No excuse'.

Misschien is het nuttig om hier even het verschil uit te leggen tussen primaire en secundaire preventie. Bij primaire preventie gaat men bekijken of we maatregelen kunnen nemen die het gemiddeld risico van 5 procent dat iedereen van ons heeft om darmkanker te krijgen kan verminderen. We gaan proberen om gezonde mensen gezond te houden. Dat gaat dan hoofdzakelijk over een gezonde levensstijl. We kunnen dat 'gemiddeld risico' van 5 procent dat iedereen van ons heeft met een kwart verminderen als we geen overgewicht hebben, niet roken, ons alcoholgebruik beperken, gezond eten en regelmatig bewegen. Je hebt wellicht geen rekenmachientje nodig om te berekenen dat we dat risico van 5 procent op die manier tot 3,75 procent kunnen terugbrengen. Niet tot 0 procent. Belangrijk om dit te beseffen!

Bij secundaire preventie gaan we trachten om ziekten vroegtijdig op te sporen zodat er zich geen ernstiger problemen zullen voordoen. Het bevolkingsonderzoek darmkanker is daar een typisch voorbeeld van. Juist omdat darmkanker zich daar goed toe leent. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft ooit gezegd dat darmkanker een ideale ziekte is om vroegtijdig op te sporen. Het klinkt misschien gek om dit een ideale ziekte te noemen, maar men wil hierbij het belang van het vroegtijdig opsporen onderstrepen. Darmkanker komt veel voor, zowel bij mannen als bij vrouwen. De ziekte verloopt traag, we hebben een eenvoudige test om het op een niet al te moeilijke manier op te sporen. De poliepen of voorlopers van darmkanker fungeren als waarschuwingssignalen en kunnen verwijderd worden tijdens een

darmonderzoek. Talrijke studies hebben aangetoond dat dergelijke bevolkingsonderzoeken niet alleen gezonde levensjaren opleveren, maar ook heel wat kosten besparen voor de overheid. Iedereen moet voor zichzelf kunnen uitmaken om al dan niet mee te doen aan het bevolkingsonderzoek. Maar daarvoor moet hij of zij wel over de juiste en vooral over voldoende informatie beschikken, om die beslissing in alle eer en geweten te nemen.

In oktober 2013 werd in Vlaanderen gestart met het bevolkingsonderzoek. Ik heb er jarenlang samen met verschillende collega's voor geijverd dat dit bevolkingsonderzoek er zou komen. Tussen 2009 en 2011 werd eerst nog een pilootproject of haalbaarheidsstudie verricht in drie Vlaamse gemeenten, namelijk Borgerhout, Schilde en Vosselaar, met goede resultaten.

Het Vlaams bevolkingsonderzoek was aanvankelijk voor alle mannen en vrouwen tussen 56 en 74 jaar. Later werd dit in verschillende stappen uitgebreid. Sedert 2020 krijgt iedereen tussen de 50 en 74 jaar de test gratis thuis opgestuurd. Je krijgt niet elke dag een cadeau-tje van de overheid. Ik zou het dus zeker in dank aannemen. Het kan letterlijk van levensbelang zijn. De zogenaamde iFOB-test is wat mij betreft niet alleen 'poepsimpel', maar ook proper in gebruik. iFOB staat voor 'immunochemische faeces occult bloed'. Dat wijst enerzijds op de techniek die wordt gebruikt en anderzijds op wat men opspoort. Daar komen we verder in dit boek zeker nog op terug.

Hoeveel opgespoorde darmkankers vallen nog te behandelen?

Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker is heel belangrijk en cruciaal voor het vroegtijdig opsporen van deze ziekte. Als darmkanker vroeg ontdekt wordt, is de kans op een succesvolle behandeling veel groter. Dankzij het bevolkingsonderzoek wordt de kanker vaak in een vroeg stadium gevonden: wanneer hij nog in de darm zit en niet is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam. In dat vroege stadium is darmkanker meestal goed te behandelen.

Als darmkanker vroeg wordt ontdekt kan een operatie of heelkundige ingreep vaak voldoende zijn om de tumor volledig te verwijderen. De dag van vandaag kan dit ook vaak via een kijkoperatie, afhankelijk van de ligging van de tumor. In die gevallen is er vaak niet eens extra behandeling, zoals chemotherapie of bestraling, nodig. Het is de lezer hopelijk duidelijk geworden dat de overlevingskansen veel hoger zijn bij vroegtijdige opsporing. Uit onderzoek blijkt dat meer dan 90 procent van de mensen bij wie darmkanker vroegtijdig ontdekt wordt na vijf jaar nog steeds in leven is.

 Het is opvallend dat het vooral de jonge 50-plussers zijn die het minst meedoen aan het bevolkingsonderzoek.

Deze hoge en vooral goede cijfers laten zien hoe belangrijk het is om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek. Door op tijd te weten of er iets mis is kan de behandeling snel beginnen en zijn de kansen op herstel veel beter. Het onderzoek kan levens redden, leed vermijden en veel kosten besparen voor de overheid. De winst aan gezonde levensjaren is erg groot. Daar kan met de huidige resultaten en de talrijke wereldwijde studies geen enkele discussie meer over bestaan. Dus als je een uitnodiging krijgt voor het bevolkingsonderzoek, is het echt de moeite waard om mee te doen. Het kan echt een groot verschil maken. Mijn boodschap blijft altijd dezelfde en bestaat uit

drie simpele woorden: Doe de test! Onlangs was er iemand die ons op sociale media schreef: 'Het is beter te weten dat er iets is, dan niet te weten dat er iets is.'

Om concreet op de vraag te antwoorden: van 100 darmkankers die in 2018 door het bevolkingsonderzoek werden opgespoord waren er 85 in een vroege fase, met alle voordelen van dien zoals ik ze net besproken heb. Van 100 darmkankers die niet via het bevolkingsonderzoek werden gevonden, omdat mensen niet hadden meegedaan, was iets meer dan de helft al in een gevorderde fase, met alle nadelen van dien qua behandeling en overleving.

Ik kan dus niet genoeg benadrukken hoe belangrijk het is om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek. In 2022 (de meest recente cijfers waarover we momenteel beschikken) deed 48,3 procent van de Vlamingen mee. Dat betekent dus dat iets meer mensen niet meededen dan wel meededen. Het glas is dus zelfs niet halfvol. Het was overigens het laagste cijfer dat ooit bereikt werd. In schooltermen is dat 'gebuisd'. Aan de 51,7 procent mensen die niet meedoen – om welke reden dan ook – heb ik maar één boodschap, één grote boodschap: doe de test!

Er zijn ook grote verschillen qua deelname als je de kaart van Vlaanderen bekijkt. In Noord-Limburg zit men vaak boven de 60 procent, zelfs iets meer. In 2022 was de 'beste Vlaamse gemeente' Bocholt met 62,8 procent. De minst goede leerling van de klas was Drogenbos, in de rand van Brussel, met slechts 15,5 procent.

In Nederland draaien die deelnamecijfers al jaren rond de 70 procent. Zeventig, je leest het goed! Misschien zeggen zij wel: 'Nou, da's een makkie, poep in het zakkie en klaar is Kees. En het is nog gratis ook.' Dat is natuurlijk erg kort door de bocht, maar toch.

Het is ook opvallend dat het vooral de jonge 50-plussers zijn die het minst meedoen. Vaak haalt de groep tussen 50 en 54 zelfs amper 40 procent! Dat kan dus nog een heel stuk beter. De beste groep is meestal die tussen de 66 en 70 jaar. Dat ik juist in die categorie val is louter toeval.

In Wallonië haalt men amper 20 procent qua deelnamepercentage. In Brussel – waar het bevolkingsonderzoek via de apotheek verloopt – zelfs geen 15 procent. Ik wik en weeg mijn woorden, maar dit is hallucinant en onvoorstelbaar. Eigenlijk moet ik eraan toevoegen: on-aan-vaard-baar! Om het eens cru te stellen. Daar krijgen de darmkankers al jarenlang tijd genoeg om verder te groeien en uit te zaaien. Met alle gevolgen van dien! Iets wat ik in het buitenland eigenlijk zelfs niet durf te vertellen. Onze federale minister van Volksgezondheid kent deze cijfers ook. Ik heb ze hem al meer dan eens voorgelegd. Benieuwd of hier specifieke maatregelen voor zullen genomen worden. Ik ga me nu van verdere commentaar onthouden. Ik denk dat dit genoeg zegt.

Waarom ligt de grens voor de gratis test op 50?

Er wordt vaak gezegd dat darmkanker een 50-plusziekte is. Dat klopt natuurlijk voor een groot deel. De grote meerderheid, ongeveer 90 procent van de mensen met darmkanker, is inderdaad ouder dan 50 jaar. Dat is ook de reden dat het bevolkingsonderzoek in Vlaanderen – conform de internationale richtlijnen – start vanaf 50 jaar. Aanvankelijk was dat pas vanaf 56 jaar. Het heeft zes jaar geduurd vooraleer er vanaf 50 werd gescreeend. Ik heb er vaak in Brussel op aangedrongen om dit sneller te doen, maar dat bleek niet zo eenvoudig.

Vanaf de leeftijd van 50 jaar neemt het risico op darmkanker beduidend toe. Daar neemt ook de kans op het vinden van poliepen of darmkanker in een vroeg stadium toe. Maar dat wil niet zeggen dat

jongere mensen er niet mee kunnen geconfronteerd worden. Daarover hebben we het in dit boek al gehad. Ik steek niet onder stoelen of banken dat ik liever zou starten met het bevolkingsonderzoek vanaf 45 jaar. Net zoals nu in de Verenigde Staten en Australië ook aangeraden wordt. Maar zoals vaak gezegd wordt: het is wat het is. In Nederland start men pas vanaf 55 jaar. Iets wat ik eerlijk gezegd niet zo goed begrijp. De Europese richtlijnen zijn op dat punt al meer dan twintig jaar glashelder: start screening vanaf 50 jaar.

Wie dit stukje nauwkeurig gelezen heeft, zag dat ongeveer 90 procent ouder is dan 50 jaar. Ongeveer. Ik durf op het ogenblik dat ik dit schrijf niet met zekerheid zeggen hoeveel het percentage precies is. Waar ik wel 100 procent zeker van ben, is dat het aantal jongvolwassenen in de toekomst zal toenemen. Daar ben ik echt bezorgd over. Ik vrees dat we eerder in de richting van 85 procent in plaats van 90 procent zullen gaan, wat betreft de 50-plussers. De toekomst zal het uitwijzen. Laat me toch even verduidelijken dat het voor mij geen kwestie is van gelijk willen hebben. Het is voor mij wel een kwestie van deze problematiek onder ogen te willen zien.

Waarom geen test voor mensen ouder dan 74?

Dit is ongetwijfeld een van de meest gestelde vragen die onze vzw Stop Darmkanker toegestuurd krijgt. Vaak zijn de schrijvers van die mails of de reacties op sociale media boos. Ik citeer letterlijk de 76-jarige Marguerite: 'Niet meer uitgenodigd worden omdat ik te oud ben vind ik vernederend. Het is een belediging voor de senioren. Wij zijn de gevaarlijke vergrijzing, nietwaar?'

Dat kan tellen als reactie. Ik kan haar goed begrijpen.

De grens tot en met 74 jaar is natuurlijk niet per toeval getrokken. Dat is overigens ook een internationale richtlijn. Het bevolkingson-

derzoek is in de eerste plaats gericht op mensen in de leeftijdsgroep waarin darmkanker het meest voorkomt, en waarbij vroegtijdige opsporing de grootste impact heeft op de overlevingskansen en de kwaliteit van het leven. Die leeftijdsgroep ligt nu eenmaal tussen de 50 en 75 jaar. Bij oudere volwassenen, om het met een mooi woord '74-plus-senioren' te noemen, kunnen de gezondheidsvoordelen van dergelijke screening minder duidelijk zijn. Dat hebben internationale studies ook aangetoond.

Naarmate mensen ouder worden, neemt de kans op andere gezondheidsproblemen toe. Bij mensen boven de 74 jaar wegen de risico's en de mogelijke stress van de screening soms zwaarder dan de voordelen van de vroegtijdige opsporing. Er is trouwens een reële kans dat andere gezondheidsproblemen een grotere invloed hebben op hun levensverwachting dan darmkanker. Hartproblemen, longproblemen of diabetesproblemen kunnen op die leeftijd een veel grotere impact hebben op de levenskwaliteit en -prognose.

Er zijn ook nog praktische overwegingen die een rol spelen. Oudere mensen kunnen kwetsbaarder zijn indien er zich toch complicaties voordoen bij vervolgonderzoeken zoals een coloscopie.

Ik wil opnieuw onderstrepen dat de richtlijnen rondom het wel of niet uitvoeren van een bevolkingsonderzoek in deze leeftijdsgroep gebaseerd zijn op wetenschappelijke gegevens. Die maken een duidelijke en strenge afweging van de voor- en nadelen. Het gezondheidsbeleid van de overheid is erop gericht om de meest effectieve zorg te bieden, waarbij de gezondheidswinst voor de betrokken leeftijdsgroep het grootst is. We mogen dan wel in een land leven met een van de beste gezondheidssystemen ter wereld, de budgettaire middelen van de overheid zijn ook niet oneindig.

Ik kan heel goed begrijpen dat mensen zeggen: 'Tel ik dan niet meer mee? Ik ben afgeschreven door de harteloze maatschappij!'

Die mensen hebben voor een stuk gelijk. Vaak wordt uit het oog verloren dat ongeveer 30 procent van de darmkankers voorkomt bij mensen die ouder zijn dan 74 jaar! Dat is dus absoluut niet zo'n kleine groep. Dat wil ik hier toch extra beklemtonen. We mogen die mensen niet in de kou laten staan. Algemeen wordt aangenomen dat als de levensverwachting nog tien jaar is, het zeker nog de moeite loont om de stoelgang te laten onderzoeken. Zeg nu zelf: er zijn nog heel wat mensen van pakweg 77 die nog heel actief en vitaal zijn, nog regelmatig verre reizen maken en nog dagelijks genieten van hun kleinkinderen. Volgens mij moeten ook zij zeker hun stoelgang laten nakijken. Dan kan via de huisarts, of via een zelftest bij de apotheek.

Gelukkig krijgen we ook veel reacties van mensen die ons laten weten dat ze erg blij waren dat ze er als 80-plusser 'op tijd bij waren' omdat ze hun stoelgang lieten nakijken nadat ze iets over onze vzw gelezen of gehoord hadden.

Wat test de test?

Ik spreek bijna altijd over 'de test', maar er zijn natuurlijk veel synoniemen in omloop: stoelgangtest, ontlastingtest, darmkankertest, mascaratetest of (i)FOB-test. Al die namen zijn wat mij betreft juist. Het gaat altijd om onderzoek van een heel kleine hoeveelheid stoelgang. Met een speciale techniek wordt gezocht naar nog kleinere hoeveelheden bloed. Bloed dat je met het blote oog niet kan zien. Vandaar het woordje 'occult'. Zoals je wellicht weet verwijst dat naar iets dat verborgen is. Vaak houdt het verband met mystieke, paranormale of bovennatuurlijke verschijnselen die buiten het bereik van de normale wetenschappelijke kennis liggen. Maar daarover gaat het hier dus gelukkig niet. Dat occult bloed kan met een speciale techniek gevonden worden. De immunochemische techniek maakt gebruik van antilichamen die specifiek reageren op menselijk hemoglobine. Hemoglobine is de centrale bouwsteen van onze rode bloedcellen.

Wanneer dat beetje stoelgang getest wordt, zullen die antilichamen binden aan het eventuele aanwezige hemoglobine. Dat wijst dan op de aanwezigheid van bloed. Deze binding veroorzaakt een chemische reactie die door het testsysteem gedetecteerd kan worden, meestal als een kleurverandering. Men kan de hoeveelheid ook precies meten en een 'afkapwaarde' instellen. Dat is dan die hoeveelheid die aan geeft vanaf wanneer de test of de hoeveelheid bloed als afwijkend beschouwd wordt. Het is een zeer gevoelige en specifieke techniek. We spreken de laatste jaren ook steeds over een afwijkende test in plaats van een positieve of negatieve test. Want 'positief': is dat nu goed of slecht nieuws? Als we spreken over een 'positieve evolutie' bedoelen we meestal iets goed. Maar toen het over Covid ging, wisten we maar al te goed wat een positieve test betekende: slecht nieuws. Laten we de zaken zo eenvoudig mogelijk maken en spreken over afwijkend en niet-afwijkend.

Zoals juist gezegd gebruikt men specifieke antilichamen die enkel reageren met menselijk hemoglobine. Hierdoor vermindert het risico op vals-positieve resultaten door voedsel of andere bronnen.

De iFOB-test is op dit ogenblik zonder enige twijfel de meest geschikte test om darmkanker op grote schaal – zoals in het bevolkingsonderzoek – vroegtijdig op te sporen. Deze test wordt soms ook wel de mascara-test genoemd. De dames begrijpen meestal wel waarom. Het was overigens Evelien Dekker, een vrouwelijke collega uit Amsterdam, die voor het eerst de term 'mascara-borsteltje' gebruikte. In de enveloppe die het Centrum voor Kankeropsporing verstuurt zit immers een cilindervormig buisje met een borsteltje. Dat dient dus niet om de wimpers mooier te maken, maar wel degelijk om occult bloed in de stoelgang op te sporen. Je prikt met het borsteltje enkele malen in de ontlasting en stopt het vervolgens terug in het buisje. Dan terug in de enveloppe, gegevens netjes invullen en opsturen. Meer is het niet. Ik zeg vaak dat het poepsimpel is en bovendien heel proper! Akkoord, het speciale opvangpapier voor

het toilet is niet altijd de meest handige oplossing. Men heeft mij al vaak andere hulpmiddelen voorgesteld, maar daar ga ik hier nu niet te ver op ingaan. Dat vertel ik soms wel tijdens mijn lezingen. Van de buur die komt helpen tot de weekendeditie van de krant die je in de badkamer op de grond legt. Aan creativiteit ontbreekt het de Vlaming niet.

Geef de test meteen aan of je darmkanker hebt of niet?

Neen, de test geeft niet meteen aan of je darmkanker hebt of niet. Als de test afwijkend is betekent het dat er een abnormale hoeveelheid occult of onzichtbaar bloed in je stoelgang aanwezig is. Dat bloed kan echter afkomstig zijn van verschillende zaken. Het kan van inwendige hemorrhoiden (aambeien) komen. Het kan van een lichte ontsteking in de darm komen. Het kan afkomstig zijn van een klein wondje. Allemaal zaken die niets te maken hebben met darmkanker. Maar het kan inderdaad ook afkomstig zijn van een kleine of zelfs grotere poliep (de voorloper van darmkanker) en *last but not least* natuurlijk ook van darmkanker zelf. Deze eenvoudige test zegt dus niet dat je darmkanker hebt, maar zegt wel dat je het zeker moet laten nakijken. Daar is waar het schoentje nog steeds knelt. Wist je dat één op de vijf mensen met een afwijkende test geen verder onderzoek laat doen? Dat is dus echt een gemiste kans. Ik heb eens uitgerekend wat dat betekent. Dat zijn een 300-tal darmkankers per jaar die niet worden opgespoord en rustig de tijd krijgen om verder te groeien met alle gevolgen van dien. Jammer toch!

Het nadeel van de test is dat hij misschien niet specifiek genoeg is voor poliepen of darmkanker. Je hebt kleine poliepjes die nog geen bloed afgeven, maar er zijn ook (meestal beginnende) darmkankers die net op de dag dat de test uitgevoerd wordt onvoldoende bloed afgeven om de test afwijkend te maken. Dan krijgen we (vaak boze)

mailtjes van mensen die ons vertellen dat ze de test gedaan hebben, bericht kregen dat er niets aan de hand was, en enkele maanden later toch darmkanker bleken te hebben. Dat kan inderdaad. De test is niet 100 procent betrouwbaar of waterdicht, maar wel in een orde van grootte van 95 tot 97 procent. Dat betekent dus dat er 3 tot 5 procent ‘vals-negatieven’ zijn. De Vlaamse overheid zou nooit een test gebruiken voor het bevolkingsonderzoek als hij niet ten minste 95 procent betrouwbaar zou zijn.



Eén op de vijf mensen met een afwijkende test laat geen verder onderzoek doen.

Dan zijn er natuurlijk ook mensen die een ‘vals-positief’ testresultaat hebben. Zij krijgen een brief dat de test afwijkend is, en na aanvullend darmonderzoek blijkt er – gelukkig – niets ergs aan de hand te zijn. Zo’n ‘vals alarm’ zorgt uiteraard vaak voor onnodige stress. Mensen moeten soms enkele weken wachten op het darmonderzoek om dan nadien te horen dat er geen poliep of darmkanker gevonden is. De angst maakt dan plaats voor opluchting. Zoals zonet beschreven zijn er, naast poliepen of darmkanker, diverse oorzaken waardoor de test afwijkend kan zijn. Misschien nuttig om toch ook enkele cijfers te geven. Bij drie tot vier mensen op de tien met een afwijkende test is het vals alarm en is er dus geen sprake van poliepen of darmkanker. Bij vier tot vijf mensen op de tien zullen er inderdaad poliepen gevonden worden. Een kleine poliep, een al wat grotere poliep, soms meerdere poliepen. Die kunnen bijna altijd tijdens het onderzoek worden weggenomen en verder onderzocht. Bij één op de tien à vijftien afwijkende testen zal effectief darmkanker gevonden worden. Maar bijna altijd – gelukkig maar – in een vroegtijdig stadium, waardoor de kans op genezing meer dan 90 procent bedraagt.

Uit meerdere studies van diverse bevolkingsonderzoeken blijkt dat er op honderd mensen die de test doen bij ongeveer vijf personen

een afwijkende test is. Je kan dat veel of weinig vinden, ik vind het alleszins absoluut de moeite waard om de test te doen. Ik denk dat sommige getuigenissen in dit boek op dat vlak overduidelijk zijn! Iedereen is natuurlijk vrij om de test wel of niet te doen. Ik ga niet iedereen verplichten, maar vind het wel mijn plicht om met onze vzw Stop Darmkanker zoveel mogelijk mensen te informeren.

Er wordt op diverse plaatsen in de wereld hard gewerkt om de iFOB-test nog beter te maken, zodat we zo weinig mogelijk vals-positieven en zo weinig mogelijk vals-negatieven hebben. Dat gaat iedereen ten goede komen.

Waarom mag ik niet wachten met de test tot ik klachten heb?

Een belangrijke vraag die een duidelijk antwoord verdient. Ik heb al vaak in dit boek geschreven dat darmkanker in de beginfase geen klachten geeft. Dat is het verraderlijke en het vervelende aan darmkanker. De getuigenis van Didier, op het eind van het vorige hoofdstuk, is daar het beste bewijs van. Wacht alsjeblieft niet op klachten!

 De beste behandeling van darmkanker is vroegtijdige opsporing.

Wie wacht tot er klachten zijn, zoals bloed bij de stoelgang, aanslepende buikpijn of krampen, veranderingen in de stoelgang of plots gewichtsverlies, heeft kans dat het al om een gevorderd stadium van darmkanker gaat. Dat hoeft niet zo te zijn, maar het kan. Die klachten kunnen natuurlijk ook een andere oorzaak hebben. De lijst met andere mogelijke oorzaken is zo lang dat ik er zelfs niet aan wil beginnen. Het is de taak van de huisarts en de specialist om – misschien gek gezegd – het kaf van het koren te scheiden. Aarzel ook niet om er met je huisarts over te praten als die klachten blijven aanslepen. Je moet daar echt niet beschaamd om zijn. Soms gebruik ik op het

einde van mijn lezing een dia waarbij iemand zijn kop in het zand steekt. De tekst eronder is duidelijk: 'Sterf niet door schaamte.' Dat kan hard klinken, maar soms moet je het op die manier zeggen. Ik heb je reeds verteld dat bij de helft van de personen bij wie darmkanker vastgesteld wordt buiten het bevolkingsonderzoek de ziekte reeds in een gevorderd stadium is. Ondertussen hoop ik dat je weet wat het verschil in overleving en genezing is tussen vroegtijdig en laattijdig ontdekken. Het is vrij simpel: hoe vroeger, hoe beter. Ik zeg ook niet voor niets dat de beste behandeling van darmkanker vroegtijdige opsporing is. Jammer genoeg hoorde ik te vaak dat patiënten de test niet deden omdat ze niet wisten dat het zo belangrijk was. Dat is wat we bij onze vzw Stop Darmkanker zo belangrijk vinden: informatie en voorlichting geven. Het was geen toeval dat de ondertitel van een van mijn eerste boeken, meer dan tien jaar geleden, *Kennis delen kan levens redden* was. Dat geldt nog steeds de dag van vandaag.

Vertel het voort: wacht niet op klachten, doe de test!

Hoe doe je de test?

Je kan op het internet meerdere filmpjes vinden die duidelijk en precies uitleggen hoe je de test moet doen. In de enveloppe zit ook een blad waarin in mensentaal, met tekeningen, wordt uitgelegd hoe je het moet doen. Neem de tijd om de instructies en de gebruiksaanwijzing te lezen. Ik kan je verzekeren: een IKEA-kast in elkaar steken is veel moeilijker.

 Ik raad vaak aan om de test in het weekend te doen.

De test is zoals reeds eerder gezegd poepsimpel en proper. Akkoord, het opvangpapier is misschien niet altijd even praktisch, maar dat mag de reden niet zijn om de test niet te doen.

Ik raad vaak aan om de test in het weekend te doen. Akkoord, je kan je stoelgang niet plannen, maar als het iets rustiger is, lukt het zeker. Met het borsteltje enkele malen in de stoelgang prikken en vervolgens het borsteltje terug in het buisje plaatsen. Vervolgens steek je het buisje samen met het ingevulde papier in de enveloppe. Als laatste stap breng je die naar het postkantoor of postbus. Vergeet de naam van je huisarts niet mee in te vullen. Binnen de tien werkdagen krijg je het resultaat toegestuurd. Tegenwoordig kan dat ook per mail of via je gezondheids-app, zoals bijvoorbeeld CoZo. Je huisarts wordt ook op de hoogte gebracht als er een afwijkend resultaat gevonden is. Met hem of haar maak je een afspraak om een darmonderzoek te laten doen.

Er bestaat ook een zelftest die je bij de apotheek kan kopen. Dan kan je heel de procedure zelf doen en het resultaat na tien minuten zelf aflezen. Sedert Covid is het veel gemakkelijker om uit te leggen hoe je dat kan doen. Bij een zelftest kan je de andere kant van het buisje losschroeven en enkele druppels op het testplaatje laten vallen. Een eerste streepje geeft aan dat je de test goed gedaan hebt. Dat is het controlestreepje. Als er na enkele minuten een tweede streepje verschijnt, betekent dat dat er occult bloed in je stoelgang is gevonden. Dat zal vaak even schrikken zijn, maar het moet vooral het sein zijn om het verder te laten nakijken. De volgende stap is dan een darm-onderzoek of coloscopie. Dat had je wellicht wel verwacht. Daar ga ik het dadelijk over hebben.

Ik geloof ook echt dat de huisapotheker een belangrijke rol kan spelen in de preventie van darmkanker, zoals dat overigens in andere landen ook het geval is. Catalonië in Spanje en bepaalde kantons in Zwitserland zijn daar mooie voorbeelden van. Apothekers kennen hun pappenheimers en kunnen ook navragen of ze de test van het bevolkingsonderzoek ontvangen en gedaan hebben. Laagdrempelig informatie verstrekken is een van hun sterkste troeven. De oudere generatie, de fameuze 74-plussers die naast de boot van het bevol-

kingsonderzoek vallen, kunnen ook bij hen terecht om een zelftest te kopen. Het onderzoek van de stoelgang kunnen zij natuurlijk ook via hun huisarts laten doen.

Het is niet voor niets dat we enkele jaren geleden de ‘Blauwe Apotheek-campagne’ hielden tijdens de maand maart, de internationale darmkankermaand. Een campagne die wat ons betreft zeker voor herhaling vatbaar is. Ik twijfel er niet aan dat dankzij die campagne bij meerdere apothekers minstens één darmkanker werd gestopt. Missie geslaagd!

Hoe verloopt een colo(no)scopie?

Het is zeker niet zo dat een colonoscopie – of korter: coloscopie – enkel in het vizier komt als er occult bloed in de stoelgang is gevonden. Iedereen die bij de huisarts komt met aanhoudende buikpijnklachten, een veranderd stoelgangpatroon, aanslepende diarree zonder duidelijke oorzaak, bloed in de stoelgang en/of bloedarmoede zal normaal een coloscopie of darmonderzoek worden aangeraden. Met zo’n coloscopie kan je trouwens niet alleen darmkanker opsporen, maar bijvoorbeeld ook de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, diverticulose of andere ziekten van de darm vaststellen. ‘Zijn een endoscopie en een coloscopie dan niet hetzelfde?’ hoor ik sommige lezers al denken. Het woordje ‘scopie’ staat voor kijken en ‘endo’ voor binnen of binnenin. Dat komt uit het Grieks. Dus een endoscopie is een onderzoek waarbij men binnenin een orgaan kijkt. Als dat de maag is, spreken we over een gastroscopie, als men in de luchtwegen kijkt, spreekt men over een bronchoscopie. Dus elke coloscopie is een endoscopie, maar niet iedere endoscopie is een coloscopie. Volledigheidshalve nog even vermelden dat men vooral in de Angelsaksische landen over colonoscopie spreekt. Wij gebruiken vaak colonoscopie en coloscopie door elkaar.

Bij die woorden breekt bij veel mensen het angstzweet uit. Want zo'n darmonderzoek waarbij met een kleine flexibele dunne buis met een camera via de aars in de darmen wordt gekeken, klinkt behoorlijk eng. Ik kan je geruststellen. Er zijn veel ergere dingen in het leven. Anno 2024 moet je absoluut niet bang zijn voor zo'n onderzoek. Meestal merk je er trouwens amper iets van. Alle horrorscenario's mogen dus terug de kast in. We kunnen die soepele buis op een Play Station-achtige manier besturen. Links, rechts, boven, onder: elk hoekje van de dikke darm kan worden onderzocht. Op een groot scherm wordt alles tot in het kleinste detail weergegeven. Je kan het beeld stilzetten, foto's nemen en zelfs het hele onderzoek opnemen. Met een fijne tang kunnen we zo nodig kleine stukjes weefsel nemen voor onderzoek onder de microscoop. Dat noemen we het nemen van een biopsie. Als er poliepen worden gevonden, kan de specialist die meestal ineens wegnemen. Daar voel je niets van. Soms is een poliep zo groot dat het beter is om die via een kijkoperatie te verwijderen. Onlangs zei iemand nog over de coloscopie: 'Stevig onderzoek, misschien niet heel fijn, maar het doet geen pijn.' Dat vond ik wel goed samengevat. Er doen heel veel cowboyverhalen de ronde, maar die moet je echt niet geloven. Ik spreek uit ervaring. Ik heb het zelf ook laten doen toen ik 50 werd. Ik heb vaak patiënten gehad die wanneer ze wakker werden na het onderzoek en ik hen geruststelde dat alles goed verlopen was, me vroegen wanneer ik aan de coloscopie ging beginnen! Mijn Amerikaanse collega's zeggen weleens: 'Het moeilijkste aan een coloscopie is een chauffeur vinden om je nadien terug naar huis te brengen.' Na het onderzoek mag je immers wegens de lichte verdoving zelf niet met de wagen rijden.

 Het moeilijkste aan een coloscopie is een chauffeur vinden om je nadien terug naar huis te brengen.

Zoals reeds eerder besproken schat men dat van duizend poliepen er slechts honderd groter worden dan één centimeter. Van die honderd zullen er slechts 25 uitgroeien tot darmkanker. Dat is dus gelukkig

een beperkt aantal. We kunnen op voorhand echter niet zeggen welke poliep wel en welke poliep geen darmkanker wordt. We zullen dus steeds trachten om alle poliepen zo goed en zo volledig mogelijk te verwijderen. Nogmaals: het wegnemen van een poliep doet geen pijn. Soms kan er een bloeding ontstaan bij het verwijderen. We beschikken gelukkig over veel mogelijkheden om die bloeding nog tijdens het onderzoek te stoppen. Soms wordt een soort nietje of clip geplaatst op de plaats waar de poliep is weggenomen. Als er toch een perforatie (klein gaatje in de darmwand) ontstaat tijdens een onderzoek, kan dat onmiddellijk via een kijkoperatie worden hersteld. Gelukkig gebeurt dat erg zelden. Je gaat in de literatuur hierover verschillende cijfers terugvinden. Het zal ergens in de buurt van de 1 op 2000 zijn. Met andere woorden: 1999 keer geen perforatie. Als er bij de coloscopie geen afwijkingen zijn gevonden en darmkanker komt niet voor in je familie, kan je de komende zeven à acht jaar – Amerikaanse specialisten zeggen zelfs tien jaar – gerust zijn. Het is belangrijk om te vermelden dat wanneer je een coloscopie hebt laten uitvoeren – om eender welke reden – je de eerste tien jaar nadien niet uitgenodigd wordt voor het Vlaams bevolkingsonderzoek. Iets wat weinig mensen weten, en waarvoor we ook vaak telefoontjes of mails krijgen. Dat heeft allemaal te maken met de trage evolutie van poliep tot darmkanker. Ik vertel de mensen altijd dat hun naam bij de overheid na zo'n darmonderzoek 'tussen haakjes' komt te staan, en dat die haakjes pas na tien jaar wegvallen. Ben je ondertussen ouder dan 74 jaar geworden, dan krijg je natuurlijk ook geen enveloppe meer toegestuurd. Dan kan je zoals eerder reeds besproken terecht bij je huisarts voor een onderzoek van de stoelgang of bij de apotheker voor een zelftest.

Ik hoor ook vaak zeggen dat een darmonderzoek een ingreep is. Laat ik dan wel verduidelijken dat er bij die zogenaamde ingreep niet gesneden wordt, en er zeker geen wondje is.

Hoe moet ik mij voorbereiden op zo'n coloscopie?

Ik geef toe dat de voorbereiding op een coloscopie soms wat vervelend kan zijn, maar nogmaals: er zijn veel ergere dingen in het leven. Een goede voorbereiding is uiterst belangrijk om je darmen goed te kunnen bekijken en een juiste diagnose te kunnen stellen. De kwaliteit van het onderzoek wordt voor een groot stuk bepaald door de kwaliteit van de voorbereiding. Onze darmen zijn normaal niet leeg. Ze bevatten afvalstoffen en vloeistoffen die later onze stoelgang zullen vormen. Het is duidelijk: het moet daar vanbinnen dus proper gemaakt worden.

 De dag voor de coloscopie mag je alleen nog maar heldere vloeistoffen drinken.

Laten we stap voor stap gaan. Enkele dagen van tevoren (een drielat is prima) begin je met een vezelarm dieet. Dus even geen volkorenbrood, geen noten, geen zaden, en ook geen rauwe groenten of fruit. Het lijkt alsof je even de gezonde dingen achterwege moet laten. In plaats daarvan schakel je over op wit brood, witte rijst, pasta – kan toch ook lekker zijn –, gekookte of gebakken aardappelen (zonder schil), vlees, vis en zuivelproducten.

Ik loop eigenlijk al lang rond met het idee om eens een mooi boekje te maken met receptjes die je als ontbijt, middag- of avondeten kan gebruiken in aanloop naar een darmonderzoek. Dat zou het misschien wel een stuk gemakkelijker maken voor veel mensen. Of dat boekje er ooit zal komen, weet ik nog niet.

De dag voor de coloscopie mag je alleen nog maar heldere vloeistoffen drinken. Denk hierbij aan water, heldere bouillon, thee (zonder melk), heldere fruitsappen (zonder pulp dus) of sportdranken. Drink zeker geen rodebietensap, want dat kan flink misleidend zijn voor de arts. Ik herinner me dat ik ooit een jonge vrouw onderzocht en

van bij het begin al het ergste vreesde. Het leek alsof heel haar darm onder bloederig vocht zat. Gelukkig werd er niets gevonden. Na het onderzoek vertelde ze me dat ze nog rodebietensap had gedronken de ochtend van het onderzoek. We konden er nadien gelukkig samen om lachen.

En dan is er natuurlijk dat speciaal drankje dat je maag-darmspecialist zal voorschrijven en dat je bij de apotheek moet gaan halen. Het is een laxermiddel dat helpt om je darm volledig leeg te maken. Probeer zo goed mogelijk de instructies op te volgen. Meestal moet je het laxermiddel de avond voor het onderzoek en eventueel nog de ochtend van het onderzoek innemen. Zorg dat je in de buurt van een toilet blijft, want dat zal je regelmatig nodig hebben. Het is pas als er enkel nog water uit je darm komt, dat je weet dat je klaar bent voor het onderzoek. Nogmaals: hoe properder de darmen, hoe beter het onderzoek kan gedaan worden. Die laxermiddelen hebben vaak een bijzondere zoute smaak die niet iedereen waardeert. Gelukkig probeert men de laatste jaren dit toch zo goed mogelijk te verbeteren. Maar het zal nooit smaken naar cava of champagne. Onlangs las ik dat een gerespecteerde Engelse arts cola als 'spoeldrank' tippte. Maar ik weet niet of dit de ideale oplossing is.

Vergeet zeker niet met je arts je medicatie te bespreken. Bloedverdunners en diabetesmedicatie moeten misschien aangepast of zelfs tijdelijk gestopt worden. Je arts zal je zeker vertellen wat je moet doen. Soms moeten de bloedverdunners tijdelijk vervangen worden door heparine-spuitjes.

Op de dag van het onderzoek mag je niets meer eten of drinken, vaak vanaf middernacht of de avond voordien. De voorbereiding kan licht verschillend zijn als het onderzoek in de voormiddag of in de namiddag plaatsvindt. Tegenwoordig vind je via het internet wel uitgebreide instructies, al dan niet op de site van het ziekenhuis. Je trekt best ook comfortabele kleding aan. Zorg ervoor dat iemand je

naar het ziekenhuis kan brengen, of toch zeker terug naar huis kan brengen. Want na het onderzoek mag je niet aan het stuur van een wagen. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat je even onder verdoving bent geweest.

De avond na het onderzoek mag je opnieuw gewoon eten. Ik heb meer dan eens meegemaakt dat een groep vrienden samen naar de dagkliniek kwam om een coloscopie te laten doen. 's Avonds gingen ze dan op restaurant om de goede afloop te vieren. Meestal waren ze later thuis dan gepland. Geloof het of niet, in de States wordt soms op die manier een 50ste verjaardag gevierd. Met een heuse 'colonoscopy afterparty'!

Zal darmkankerscreening in de toekomst anders verlopen?

Ja, darmkankerscreening zal in de toekomst anders verlopen. Alleen heb ik geen glazen bol en weet ik niet over welke termijn we spreken: vijf, tien of twintig jaar? De wetenschap, en al zeker de gezondheids-wetenschap, staat nooit stil. Gelukkig maar. Laat ons dus zeker die wetenschap blijven koesteren en hopen op de broodnodige investeringen. Wetenschappelijk onderzoek kost geld, veel geld! Tot nader order is de stoelgangtest nog steeds de meest aangewezen en meest gebruikte manier om op grote schaal darmkanker vroegtijdig op te sporen. De coloscopie of het darmonderzoek beschouwen we nog steeds als gouden standaard. Ik denk dat dit toch nog even zo zal blijven.

Ik ben er wel zeker van dat we het komende decennium verschillende nieuwe types van darmkankerscreening mogen verwachten. Nu ja, helemaal nieuw zijn die niet. Ze bouwen verder op de huidige technologieën en screeningsstrategieën. Deze nieuwigheden zullen gericht zijn op het verbeteren van de nauwkeurigheid, de toegankelijkheid

en de effectiviteit van darmkankerscreening. Het einddoel is dat deze innovaties de incidentie (het aantal) en de mortaliteit (de sterfte) van darmkanker wereldwijd verminderen. Dat is natuurlijk zeer goed nieuws. Laat ons enkele van deze veelbelovende ontwikkelingen van naderbij bekijken.

Een belangrijke ontwikkeling is de vooruitgang in genetische en moleculaire testen. Dit noemt men vaak biomarkers. Dat zijn bepaalde stoffen in je lichaam zoals eiwitten of stukjes DNA of RNA die aangeven of je een ziekte hebt. Bij de screening van darmkanker kunnen biomarkers helpen om de ziekte in een heel vroeg stadium op te sporen. Zelfs vooraleer er bloed in de ontlasting aanwezig is. Deze nieuwe testen zullen wellicht nauwkeuriger zijn dan de huidige ontlastingstest. Ook die ontlastingstest zal ongetwijfeld nog preciezer en gevoeliger worden. Daar wordt op vele plaatsen in de wereld hard aan gewerkt, ook bij onze noorderburen. Diverse studies zijn lopende en de resultaten zijn veelbelovend. De vraag blijft natuurlijk wanneer die nieuwe testen en die verbeterde stoelgangtesten op grotere schaal kunnen worden toegepast. Het kostenplaatje zal hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol spelen.

In de Verenigde Staten bestaat er reeds een vrij specifieke DNA-test op de ontlasting, maar jij of je verzekering zullen daarvoor enkele honderden euro op tafel moeten leggen. Dat vind ik toch een behoorlijk struikelblok. Er zullen zeker mensen zijn die dit willen en kunnen betalen, maar op grote schaal is het toch een moeilijk verhaal qua kosten en efficiëntie.

Vaak wordt mij gevraagd of men darmkanker niet vroegtijdig in het bloed kan opsporen. Zou misschien toch gemakkelijker zijn? Het antwoord is ja en nee. Ja, er zijn al testen die dit kunnen doen. Maar opnieuw is het prijskaartje hier voorlopig de grootste hinderpaal om dit op grote schaal te gebruiken. En niet alleen het prijskaartje, maar ook de betrouwbaarheid en de gevoeligheid zijn nog niet helemaal

wat ze moeten zijn. Nee, met de huidige bloedtesten die je bijvoorbeeld bij je huisarts laat doen kan men darmkanker niet vroegtijdig opsporen. Laat dit duidelijk zijn. Diegene die beweert dat dit wel mogelijk is, mag me altijd contacteren. In het stukje van dit boek dat over artificiële intelligentie gaat, wil ik hierover toch iets interessant vermelden. Misschien kan het toch...

Men spreekt ook meer en meer over de 'liquid biopsy' of vloeibare biopsie. Dat is een test waarbij vloeibaar materiaal onderzocht wordt. Dat vloeibare materiaal kan bloed zijn. Dergelijke testen kunnen minimale hoeveelheden kankercellen of fragmenten van tumor-DNA in het bloed opsporen. Dat is natuurlijker toch een stuk comfortabeler dan een darmonderzoek of coloscopie. Een 'liquid biopsy' kan ook veranderingen in het DNA van tumoren identificeren. Dat kan een belangrijke rol spelen bij het opvolgen van de behandeling. De behandeling kan op die manier sneller worden aangepast, ook omdat die vloeibare biopsie regelmatig kan worden herhaald. Hierdoor kan alles ook efficiënter en patiëntvriendelijker worden. Dat is wat we natuurlijk toch met zijn allen willen. Maar ik val in herhaling; dat kost op dit ogenblik nog veel te veel geld.

Omdat de rol van die biomarkers zo belangrijk is, wil ik toch enkele voorbeelden geven. Circulerend tumor-DNA (ctDNA) bestaat uit fragmenten DNA die vrijkomen uit tumorcellen en in het bloed circuleren. Hierdoor kunnen specifieke mutaties gedetecteerd worden die bij darmkanker een belangrijke rol spelen, zoals KRAS- of BRAF-genen. MicroRNA's (miRNA) zijn kleine RNA-moleculen die de genexpressie reguleren. Abnormale hoeveelheden van bepaalde miRNA's kunnen wijzen op darmkanker. Septin-9 is ook een voorbeeld van zo'n biomarker. Het behoort tot de DNA-methylerings-biomarkers. Ook dat kan worden opgespoord in het bloed of in de ontlasting. 'Tumor Mutational Burden' of TMB is de hoeveelheid mutaties in tumor-DNA. Dit kan ons helpen bij het bepalen van de agressiviteit van de kanker en de beste behandelingsopties. Veel

moeilijke woorden, maar dat is nu eenmaal eigen aan de techniek en het onderwerp. Voorlopig is het nog te vroeg om deze testen in de dagdagelijkse praktijk op grote schaal toe te passen.

Meer en meer gaat er ook aandacht naar gepersonaliseerde screening. De screening zal aangepast worden aan jouw persoonlijke risicofactoren (leeftijd, geslacht, gewicht, rokersstatus, et cetera.) en ook rekening houden met je familiale voorgeschiedenis of belasting. Mensen met een hoger risico kunnen dan vaker en vooral vroeger gescreend worden dan mensen met een lager risico.

Ik twijfel er niet aan dat er in de toekomst ook specifieke urinetesten zullen zijn. Dat zou pas gemakkelijk zijn. Een plasje volstaat! Het kan wellicht nog gemakkelijker. Er zijn nu al ademtests waarbij darmkanker kan opgespoord worden. Dat heeft allemaal te maken met volatiele of vluchtige gassen die door de tumor worden geproduceerd. Die komen in de bloedbaan terecht en worden in een volgend stadium via de longen uit ons lichaam verwijderd. Met specifieke sensoren die ook wel eens de 'elektronische neus' worden genoemd kan men deze gassen opsporen. Dit is geen sciencefiction, dit bestaat al. Ook hier zijn onze noorderburen, en in het bijzonder onderzoekers van de Universiteit van Maastricht, al jarenlang mee bezig. Hopelijk kan het ooit op grote schaal worden toegepast. Dat zou een gigantische stap voorwaarts zijn. Het verhaal van de Japanse labrador die al snuffelend darmkanker kan opsporen is geen fake news: het is al meer dan tien jaar oud.

De beeldvormende technieken worden steeds preciezer en gedetailleerder. Minimale afwijkingen kunnen worden gezien en gemeten. De huidige CT-scans en MRI's zijn niet meer te vergelijken met die van vijf of tien jaar geleden. Ook de videocapsule, de fameuze 'pil met een camera', zal nog beter worden. Die videocapsule is heel geschikt om de dunne darm te onderzoeken. Of het ooit echt voor de screening van darmkanker zal worden gebruikt blijft voor mij een

vraagteken. Een groot vraagteken. Ook opnieuw hetzelfde probleem: het prijskaartje van zo'n videocapsule. De toekomst ziet er rooskleurig uit wat de screening van darmkanker betreft. Maar het belangrijkste blijft natuurlijk: de test doen!

Kan AI ingezet worden in de strijd tegen darmkanker?

Absoluut! Het gebeurt de dag van vandaag al. Tien jaar geleden had ik nooit gedacht dat ik hier nu een stuk over artificiële intelligentie en darmkanker zou schrijven. Artificiële intelligentie (AI) is 'hot': iedereen spreekt erover. De toepassingen en mogelijkheden zijn ontelbaar, maar ook onvoorspelbaar. Ze gaan de toekomst ongetwijfeld veranderen. Maar dat doen ze al een tijdje. Ik begrijp eigenlijk niet zo goed waarom er de laatste tijd zoveel om te doen is, want AI bestaat veel langer dan je denkt! Heb je enig idee wanneer de uitdrukking 'artificiële intelligentie' voor het eerst werd gebruikt? Of anders gevraagd: wie denk je dat er ouder is, de schrijver van dit boek of artificiële intelligentie?

Ik ben van 1957. Twee jaar daarvoor gebruikte de Amerikaanse computerwetenschapper John McCarthy voor het eerst de uitdrukking artificiële intelligentie. Een jaar later hield hij samen met negen andere collega's in het Engelse Dartmouth het eerste AI-congres!

Herinner je je nog de schaakstrijd tussen wereldkampioen Garri Kasparov en de Amerikaanse computer Deep Blue in de jaren 90? Daar waar de computer het aanvankelijk nog moeilijk had, was het uiteindelijk steeds Deep Blue die aan het langste eind trok en Garri Kasparov schaakmat zette. Eigenlijk niet te verwonderen als je weet dat de computer 200 miljoen mogelijkheden per seconde kon berekenen. Dat was wellicht net iets te veel voor de menselijke schaker Kasparov...

Dit voorbeeld brengt ons bij de kern van artificiële intelligentie. Die bestaat uit de combinatie van enorm grote hoeveelheden data enerzijds en supersterke computers anderzijds. Dat is wellicht ook de reden dat AI het laatste decennium zoveel opgang maakte. De rekenkracht van de huidige computers is amper te benoemen. En data, die worden vaak het nieuwe goud genoemd. Je wilt niet weten hoeveel data er per seconde wereldwijd worden geproduceerd. Dat moet een getal met ontelbare nullen zijn.

Als we over AI spreken moeten we met elkaar wel afspreken waarover we het eigenlijk gaan hebben. Ik beschouw AI als een soort paraplubegrip. Onder die paraplu zitten talrijke facetten die met AI te maken hebben. Gaan we het over product- of gezichtsherkenning hebben, over 'machine learning' of 'deep learning', over robots of algoritmes? Vandaag zijn er reeds talrijke voorbeelden waarbij AI gebruikt wordt zonder dat we het eigenlijk beseffen. Waaraan is het toenemend gebruik van drones te danken? Wie of wat regelt je spamfilter? Met welke techniek bewegen zelfrijdende auto's zich in het verkeer? Waarom herkent jouw smartphone jouw gezicht en niet dat van je partner? Waar is het o zo gemakkelijke navigatiesysteem Waze op gebaseerd? Hoe denk je dat Alexa of Siri werken? Wat verklaart de kracht van ChatGPT? Allemaal dagdagelijkse voorbeelden van het gebruik van heel veel data en heel straffe computers. Artificiële intelligentie, met andere woorden.

Een ander aspect dat typisch is aan artificiële intelligentie is de kracht van patroonherkenning. Jullie hebben wellicht al veel voorbeelden zien voorbijkomen op sociale media. Ik wil je toch even (ver) terug in de tijd nemen. Naar eind jaren 80, toen ik als jonge maag-darmspecialist begon te werken in het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen (mijn eerste werkdag was 20 juli 1988, de dag nadien had ik al verlof). Ik was net terug van de States, waar ik in de bekende Mayo Clinic in Rochester Minnesota extra opleiding en ervaring had opgedaan. Het was Dr. Edmond (Eddy) Van Moer die mij onder zijn

vleugels nam. Ik heb heel veel van hem geleerd. Hij was – ook voor zijn patiënten – een fantastische kerel. Ik herinner mij alsof het gisteren was dat, wanneer hij voor de zoveelste keer een correcte diagnose stelde, ik hem vroeg: ‘Dokter Van Moer, hoe weet u dat nu? Zo snel en met zo weinig middelen?’ In een tijd dat er in het ziekenhuis nog geen sprake was van computers, CAT-scans, laat staan MRI’s, antwoordde hij me: ‘Luc, dat is ervaring, enfin, ik bedoel pattern recognition. Hij gebruikte die term al avant la lettre. Hij had inderdaad zoveel ervaring, had zoveel patiënten gezien, dat hij het patroon van de klachten en de symptomen herkende en de juiste diagnose stelde. Maar dat was dankzij zijn humane intelligentie. Jammer genoeg heeft hij ons door gezondheidsproblemen veel te vroeg verlaten. Van een welverdiend pensioen heeft hij niet kunnen genieten.

Artificiële intelligentie doet 100.000 keren per seconde (of misschien zelfs veel meer) datgene wat Dr. Van Moer deed: patronen herkennen. Daar is AI ongelooflijk straf in!

Laat dat nu juist datgene zijn waarmee AI ons in de strijd tegen darmkanker kan helpen. Darmkanker is eigenlijk – het klinkt wat eigenaardig – een ideale ziekte voor het gebruik en de toepassing van AI. Want er wordt heel veel beeldmateriaal gegenereerd bij de diagnose en verdere oppuntstelling van darmkanker. Denken we maar aan het weefselmateriaal van de biopsies en aan de endoscopiebeelden van het darmonderzoek. Aan de talrijke beelden van de CT-scan en MRI. Als je de AI-computer vertrouwd maakt met die beelden en hem leert wat goed of fout is, kan hij na enige tijd zelf zeggen wat goed en fout is. Maar dan moet je hem natuurlijk voldoende beeldmateriaal geven. Ik spreek dan over 10.000 of 100.000 beelden en voorbeelden. Dat werk is ondertussen wereldwijd al gedaan. Op het ogenblik van het schrijven van dit boek wordt dit dagelijks toegepast in talrijke ziekenhuizen in ons land. Een klein voorbeeld. In normale omstandigheden doet een ervaren anatoom-patholoog er een vijftal minuten over om in de weefselcoupes kwaadaardige cellen of darmkanker

te herkennen. Nu is er AI-software die dit in minder dan vijftien seconden kan doen! Die software wordt nooit moe, die wordt nooit gestoord door een telefoontje van een collega die naar het resultaat van een van zijn patiënten vraagt. Die software is ’s avonds laat even fris en nauwgezet als ’s morgens vroeg. En de anatoom-patholoog moet niet bang zijn voor zijn job. Hij krijgt nu meer tijd voor andere belangrijke zaken. Ook tijdens het darmonderzoek of de coloscopie kan de maag-darmspecialist geholpen worden door een AI-toestel. Dat toestel is niet groter dan de digibox of decoder van je televisie. Zo’n toestel zal de specialist helpen met het herkennen van kleine poliepen die hij misschien gemist heeft.

Liefste mensen, dit is geen toekomstmuziek, dit gebeurt de dag van vandaag al. Wat staat er ons nog allemaal te wachten?

Nog één AI-voorbeeld om dit stuk af te sluiten. In 2013, ondertussen meer dan tien jaar geleden, werd ik gecontacteerd door Ori Geva, CEO van het Israëlische bedrijf Medial EarlySign. Hij vertelde mij dat hij aan de hand van een eenvoudig bloedonderzoek (met onder meer bepaling van rode bloedcellen, witte bloedcellen, bloedplaatjes en eventueel het ijzergehalte) kon voorspellen of iemand een hogere of zelfs veel hogere kans had om darmkanker te krijgen. Ik moet toegeven dat ik het best een aardige man vond, maar dat ik nogal sceptisch stond tegenover zijn verhaal. Dat was dus een foute inschatting van mij. Tien jaar later wordt zijn software in talrijke, overwegend Amerikaanse ziekenhuizen met succes gebruikt. Aan de hand van de resultaten van twee of drie eenvoudige bloedonderzoeken kan men zo personen identificeren die een veel hogere kans hebben op het ontwikkelen van darmkanker. In een van de wetenschappelijke publicaties over zijn werk schrijft hij: ‘Er zijn heel wat onvertelde verhalen die zich in onze dossiers bevinden. Gegevens en data die niet opgemerkt worden door overbelaste zorgverleners. Computers raken nooit vermoeid. Onze algoritmen doorzoeken in een fractie van een

seconde miljoenen getallen en duiden risicofactoren aan. Zo kunnen die patiënten aangeduid worden die verder onderzoek nodig hebben.’

De resultaten van zijn studies zijn indrukwekkend. Ik ben opnieuw met hem in contact en tracht dit ook in ons land te introduceren.

Ik zou nog een tijdje kunnen doorgaan met het geven van voorbeelden, maar dat zou ons misschien iets te ver leiden. Zeker is dat AI nu al ingezet kan worden bij zowel de preventie, de diagnose als de behandeling van darmkanker! Dat kan alleen maar tot betere resultaten leiden, op alle vlakken. Wat mij betreft moeten we blij zijn met die evolutie. We moeten niet bang zijn van AI. Op de juiste manier gebruikt, op het juiste moment, kan AI ook levens redden, leed vermijden en kosten besparen. Waar hebben we dat nog gehoord?

DE GETUIGENIS VAN PATRICK

‘OPRECHTE DANK AAN DE ARTSEN EN ZORGTEAMS’

Alles begint eind april 2023, wanneer een bloeddonaat bij het Rode Kruis in Kalken moeizaam verloopt. Voor het eerst heb ik het volledige tijdvenster – ik dacht twaalf minuten – nodig om het zakje te vullen. Begin mei ontvang ik een brief van het Rode Kruis dat mijn hemoglobine op de ondergrens zit. Men raadt me aan om mijn huisarts te contacteren voor verder overleg. Het bloedonderzoek na dit consult levert op 10 mei het verdict van zware bloedarmoede op. Het klopt dat ik al een tweetal maanden korter van adem was. In maart had ik voor de tweede maal Covid gehad, er waren ook wat kilo’s te veel en er stonden jaartjes meer op de teller. Ik dacht dat het daaraan lag.

Niet dus, zoals zal blijken. Er werd een coloscopie gepland bij de arts die dat in oktober 2016 ook al had gedaan. Destijds zonder één enkele verontrustende vaststelling. Ik was van plan om na het zomerverlof 2023 opnieuw langs te gaan. De coloscopie vindt plaats op maandag 12 juni 2023. Eén enkel poliepje werd onmiddellijk verwijderd. Maar dat was niet alles. Er was zo goed als zeker ook een kwaadaardig gezwelletje aanwezig. De maag-darmspecialist stelde voor om het zo snel mogelijk, de volgende maandag, heelkundig te laten verwijderen.

Omdat na de operatie de darmen niet snel genoeg opstarten krijg ik op donderdag 22 juni een maagsonde. Enkele dagen later, op dinsdag 27 juni wordt de sonde verwijderd. Mijn spijsverteringsstelsel begint weer zijn normale gang te gaan.

De zorgvuldig geplande reis naar Canada om met onze zoon en schoonzoon dit land verder te verkennen, valt volledig in het water.

Donderdag 29 juni blijkt dat een aantal lymfekliertjes ook aangetast zijn en dat het oncologisch team dit op maandag 3 juli gaat bespreken. Op dinsdag 4 juli ga ik met mijn huisarts bij de maag-darmspecialist op consult. Ik hak de knoop door om chemotherapie te volgen.

De chemotherapie start op 25 juli en loopt over elf sessies tot en met 14 december 2023. De allerlaatste en twaalfde sessie wordt geschrapt omdat bepaalde bloedparameters stilaan ontsporen. De eerste elf sessies werden goed volbracht, maar blijven stilaan toch in de kleren hangen.

Oprechte dank aan de artsen en zorgteams die mij begeleidden in dit traject. We beseffen te weinig waar we in dit land op zeer toegankelijke wijze kunnen van genieten.

De onderzoeken van eind 2023 en begin 2024 tonen bemoedigende resultaten. Januari 2024 ga ik voor herstel, en de maanden februari en maart 2024 voel ik mij goed genoeg om als algemeen directeur nog twee maanden halftijds het werk te hervatten. Mijn werkgever had ondertussen met het oog op mijn geplande pensionering op paasmaandag 1 april (néén, geen aprilgrap), mede door mijn voorzienigheid in tempore non suspecto een opvolger kunnen aanwerven.

Van 29 februari tot en met 7 maart heb ik de zon en warmte opgezocht in Marrakesh. Ik had wel uitgezocht dat daar ook een internationale privékliniek van goede reputatie is. Je weet maar nooit. De onderzoeken in de Goede Week zijn opnieuw bemoedigend. Zo kan ik met enige gemoedsrust voor mezelf en het bedrijf afzwaaien na mijn 65ste verjaardag op 14 maart 2024. Een warme oproep naar de genodigden op mijn pensioenviering om voor de vzw Stop Darmkanker een duit in het zakje te doen wordt tot mijn voldoening heel goed opgevolgd!

Eind mei plan ik met echtgenote Kathleen wat halsoverkop een wandelreis in. Van 2 tot 11 juli wandelen we naar Santiago de Compostella, op bescheiden wijze Bart De Clerck achterna, die op die manier geld inzamelde voor de vzw Stop Darmkanker. Het waren zeven dagen wandelgenot met in totaal zo'n 150 kilometer. Een beklijvende ervaring waar Kathleen en onze 22 medepelgrims me steeds aanmoedigden om vol te houden. We vernamen tijdens die zeven dagen ook dat andere medepelgrims en hun gezinnen niet gespaard bleven van het zware vonnis dat een kankerdiagnose toch wel inhoudt.

Anderhalve week voor ons vertrek, ongeveer één jaar na diagnose en ingreep, gebeurden er controleonderzoeken. Gelukkig zijn er opnieuw bemoedigende resultaten. De rit gaat verder voor mij. Ik maak plannen en zal voor het eerst in de lokale politiek van onze gemeente proberen een rol op te nemen. Daarna allicht dan toch naar Canada!

[illegible]

1/20 mensen krijgt jammer genoeg darmkanker.



Nachtslacht 100% dat het hen niet zou overkomen. Hoe vroeger je erbij bent, hoe groter de kans op genezing. Iedereen tussen de 50 en 74 jaar krijgt vanwege de Vlaamse overheid een gratis stoelgangtest toegestuurd. Om de 2 jaar. Laat hem niet liggen. Onze boodschap is duidelijk: Doe.De.Test! Het kan jou en je familie veel leed besparen.

Meer info : www.stopdarmkanker.be



5.
WELKE
VERSCHILLENDE
BEHANDELINGEN
BESTAAN ER?

Is het echt een strijd?

Misschien een delicate en moeilijke vraag maar ik wil ze toch zo goed mogelijk proberen te beantwoorden. Of het woord ‘strijd’ gepast is om te gebruiken als we het hebben over iemand die behandeld wordt voor darmkanker is een veelbesproken onderwerp. Vaak zijn hier uitgesproken en tegengestelde meningen over. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat dat woord verschillende emoties en verschillende beelden oproept bij verschillende mensen.

Aan de ene kant gebruiken veel mensen het woord ‘strijd’ omdat het kracht en doorzettingsvermogen uitstraalt. Voor sommigen voelt het motiverend aan om te denken dat ze actief vechten tegen de ziekte. Het kan een gevoel van controle en vastberadenheid geven. Familieleden en vrienden gebruiken dit woord vaak om hun steun en bewondering te tonen voor de moed van hun geliefde die met de ziekte omgaat. Ze zien de persoon met kanker als een strijder die dapper tegen een vijand vecht. De titel van het stripverhaal dat onze vzw uitbracht, *Dirk: het leven is een strijd waard*, past een beetje in die context.

 Het is uiterst belangrijk om te respecteren hoe een patiënt zelf over zijn ziekte wil praten.

Maar aan de andere kant zijn er ook mensen die het woord ‘strijd’ niet prettig vinden en liever niet gebruiken. Niet iedereen voelt zich een strijder, niet iedereen wil dat hun ervaring met kanker zo wordt omschreven. Dat merken we ook aan de reacties op onze sociale media. Ik kan me goed inbeelden dat voor sommige mensen dat woord niet de volledige diversiteit en complexiteit van alle gevoelens vat. En ja, niet iedereen is fan van oorlog retoriek. Sommigen vinden het omschrijven van een ziekte als een vijand een ongepaste benadering van gezondheidszorg. Zij vinden het bevorderen van genezing,

welzijn en compassie helemaal niet passen bij het beeld van het overwinnen van een vijand. Ook die mening moet je respecteren.

Voor sommigen kan dit woord ook extra druk leggen om altijd sterk en moedig te zijn. Terwijl de realiteit van het omgaan met kanker vaak momenten van angst, verdriet en kwetsbaarheid met zich meebrengt. Het gebruik van 'strijd' kan impliceren dat als iemand de kanker niet overwint, dit een persoonlijke mislukking is. Dit kan bij die personen leiden tot een schuldgevoel en het gevoel gefaald te hebben, wat natuurlijk niet waar en onterecht is.

Bovendien leggen veel mensen liever de nadruk op andere aspecten van hun leven dan de ziekte zelf. Ze willen gezien worden als meer dan iemand die kanker heeft. Ze willen dat hun relaties, hun dagelijkse momenten van geluk en andere aspecten van hun leven ook worden (h)erkend. Voor deze mensen kan het woord 'strijd' te veel de nadruk leggen op de ziekte en te weinig op de rest van hun leven.

Er zijn alternatieven voor het woord die sommige mensen meer op prijs stellen. Woorden zoals 'reis', 'uitdaging' of 'proces' kunnen een minder beladen manier zijn om over de ervaring met kanker te praten. Deze woorden erkennen de moeilijkheden en de persoonlijke ervaringen zonder de implicatie van een gevecht dat gewonnen of verloren moet worden. Ze bieden hun een manier om over kanker te praten die meer in lijn is met hoe sommige mensen hun ervaring beleven. Vaak hoor ik spreken over het omgaan met darmkanker als een levensreis: een metafoor waarbij de nadruk ligt op groei, verandering en zelfontdekking tijdens het omgaan met de vele uitdagingen van de ziekte. En die uitdagingen zijn niet min. En ja, het woord 'uitdaging' is wat mij betreft altijd op zijn plaats.

De 'strijd tegen darmkanker' creëert dan weer een gevoel van solidariteit en verbondenheid tussen patiënten, overlevenden, zorgverleners en 'supporters'. Het benadrukt op die manier dat darmkanker niet

alleen een individuele strijd is, maar ook een gedeelde ervaring die mensen samenbrengt in hun streven naar genezing en welzijn. En ja, vanuit mijn rol als medeoprichter van onze vzw Stop Darmkanker kan ik niet ontkennen dat het concept van een strijd tegen darmkanker helpt bij bewustwording en fondsenwerving. Het is een krachtige boodschap om mensen aan te moedigen om deel te nemen aan die strijd. Ik vind dat je als organisatie, als vzw, dus wel dat woord mag gebruiken. Onze tegenstander is niet de minste. Soms heb ik het gevoel dat het een ongelijke strijd is, iets van David tegen Goliath. Maar wie zijn geschiedenis kent, die weet hoe dat afgelopen is.

De manier waarop je deelneemt aan die strijd kan verschillende vormen aannemen: van donaties over vrijwilligerswerk tot het geven van informatie en voorlichting. Je hoort soms ook dat het beter is om te strijden voor iets in plaats van tegen iets. In dat geval wil ik het hebben over een strijd voor een wereld zonder darmkanker. Misschien klinkt dat iets positiever?

Het is uiterst belangrijk, ik kan dit hier niet genoeg benadrukken, om te respecteren hoe een patiënt zelf over zijn ziekte wil praten. Wat voor de ene bemoedigend en passend is, kan voor de ander belastend en ongepast zijn. Als je niet zeker weet welk woord je moet gebruiken, is het altijd een goed idee om het gewoon aan de persoon zelf te vragen. Zijn of haar voorkeuren en gevoelens moeten voorop staan. Ik weet dat dit niet altijd even gemakkelijk is, maar de patiënt zal het zeker waarderen als je het vraagt.

Het is dus erg subjectief en persoonlijk. Wat het belangrijkste is, is dat we gevoelig en respectvol omgaan met de ervaringen en de voorkeur van de patiënt. Door goed te luisteren en ons taalgebruik aan te passen aan wat patiënten prettig vinden, kunnen we hen beter ondersteunen tijdens hun moeilijke periode. Je zal overigens merken dat in verschillende getuigenissen in dit boek het woord 'strijd' expliciet aan bod komt. In een vorig boek zei een 38-jarige vrouw, moeder van drie

kinderen, toen ze geconfronteerd werd met uitgezaaide darmkanker letterlijk: 'Ik heb gestreden als een leeuw voor haar welpen.' Ik ben blij hier te kunnen schrijven dat die persoon meer dan tien jaar later in goede gezondheid verkeert. Een van haar dochters is ondertussen zelf arts geworden.

Bij wie kan ik terecht na de diagnose?

Ik heb jammer genoeg tijdens mijn carrière veel te vaak een slechtnieuwsgesprek moeten voeren. Wanneer deed het nooit. Aan een patiënt – ongeacht de leeftijd – moeten vertellen dat hij of zij darmkanker heeft, laat ook sporen na bij diegene die het moet vertellen. Ook bij mij. Ik heb vaak gezegd: 'Als ik voor elk slechtnieuwsgesprek drie dagen ongelukkig moet zijn, dan ben ik heel mijn leven ongelukkig.' Ik moest natuurlijk zelf ook de knop omdraaien. Dat heeft tijd gekost.

Eens dat de patiënt weet dat bij hem of bij haar darmkanker werd vastgesteld, begint een reis (daar heb je al die metafoer) die – los van het stadium waarin de ziekte zich bevindt – zowel emotioneel als fysiek erg uitdagend is. Het is dan ook essentieel en erg belangrijk voor patiënten om te begrijpen en te weten bij wie ze terecht kunnen voor behandeling en ondersteuning. Gelukkig leven we in een land waar een uitgebreid team van zorgverleners bestaat dat hen hierbij helpt. Deze zorgverleners zijn specialisten in verschillende disciplines. Ze werken samen om aan de patiënt een geïntegreerde aanpak van behandeling te bieden. Een behandeling op maat van iedere patiënt. Laten we het team van zorgverleners even overlopen.

De huisarts

Het eerste aanspreekpunt voor veel patiënten is hun huisarts. Nadat ze bij ons zijn buitengegaan, is dat vaak de eerste stopplaats van hun reis. Het is daarom ook cruciaal dat de huisarts op tijd op de hoogte is van de diagnose. Hij speelt een cruciale en centrale rol.

Vaak hebben de patiënt en de huisarts al een jarenlange vertrouwensrelatie. Na de diagnose kan de huisarts, vaak in overleg met de maagdarm-specialist, doorverwijzen naar een uitgebreid netwerk van gespecialiseerde zorgverleners. De huisarts blijft de gehele tijd betrokken bij de algemene gezondheid en het welzijn van zijn patiënt. Hij heeft een ondersteunende rol en zal de patiënt ook emotioneel zo goed mogelijk helpen. Ik besef maar al te goed dat dit om verschillende redenen niet altijd gemakkelijk is. De huisarts is van alle zorgverleners ook meestal diegene die het best de persoonlijke en familiale situatie van de patiënt kent. Het laatste decennium zijn er natuurlijk ook heel veel groepspraktijken bijgekomen, met meerdere huisartsen. Gelukkig hebben de meeste patiënten toch 'hun' huisarts.

De oncoloog

Zodra de diagnose darmkanker is gesteld, is de oncoloog misschien wel het belangrijkste lid van het zorgteam. Oncologen zijn artsen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van kanker en beschikken over de kennis om een gepersonaliseerd behandelplan op te stellen. Vaak zijn ze ook gespecialiseerd in bepaalde types van kanker. Je hebt misschien al gehoord van digestieve oncologen. Zij zijn gespecialiseerd in kankers van het maagdarm-stelsel, waartoe natuurlijk ook darmkanker behoort. Ze beoordelen het type en het stadium van de kanker en bespreken met de patiënt de beschikbare behandelingsopties. Dit kan zeker bij een gevorderde kanker behoorlijk uitgebreid zijn. Naast de chirurgische ingreep, waarbij het zieke stuk darm zal worden verwijderd door de chirurg, zullen ook de mogelijkheden van chemotherapie, radiotherapie (bestraling) en eventueel immunotherapie aan bod komen.

Het is belangrijk dat de oncoloog niet alleen de medisch-technische aspecten behandelt, maar ook rekening houdt met de wensen en waarden van de patiënt. Dit betekent dat de oncoloog zo goed mogelijk gedetailleerde uitleg geeft over de behandelingen, de bijwerkingen die patiënten kunnen verwachten en de prognoses op basis van actuele medische richtlijnen en onderzoeken. De oncoloog zal de

dag van vandaag ook wel weten en beseffen dat Dr. Google bestaat en dat de patiënt vaak zelf op onderzoek gaat. Dit is onvermijdbaar geworden. Op zich niets fout mee, maar toch...

De chirurg

De chirurg speelt natuurlijk een essentiële rol bij de behandeling van darmkanker. Zeker als een heilkundige ingreep nodig is om de tumor of het gezwel te verwijderen. Gastro-intestinale chirurgen zijn gespecialiseerd in dit soort operaties en hebben de nodige technische vaardigheden en ervaring om het aangetaste deel van de darm te verwijderen. Het type operatie zal afhankelijk zijn van de grootte en de plaats waar de tumor gelegen is.

Ik heb nog de tijd gekend waarbij er van een laparoscopische ingreep, de zogenaamde kijkoperatie, absoluut nog geen sprake was. Ik herinner me nog goed dat de eerste kijkoperatie in ons ziekenhuis op 1 april 1994 werd uitgevoerd. Geen aprilgrap, maar een galblaas die laparoscopisch verwijderd werd. De dag van vandaag kunnen ook veel darmkankers via een kijkoperatie worden verwijderd. Nogmaals, de ligging en de grootte van het gezwel en de ervaring van de chirurg zullen hierbij een grote rol spelen. In de eerste fase na de operatie zal de patiënt door de chirurg en zijn verpleegkundig team nauwkeurig opgevolgd worden. Iedereen zal zijn uiterste best doen om complicaties te vermijden. Ik wil op deze plaats toch nog eens extra vermelden dat niet iedere complicatie een fout van de chirurg is. Iedere ingreep houdt een bepaald risico in. Iedere chirurg zal zijn uiterste best doen om dit zo laag mogelijk te houden. Als er toch een complicatie optreedt, moet die zo snel mogelijk worden herkend en behandeld. Goede communicatie is in dit verband natuurlijk ook essentieel en van enorm belang.

De radioloog

Als patiënt kom je zelden of nooit rechtstreeks met de radioloog in contact. Ik denk dat weinig patiënten de naam van hun radioloog kennen. Maar ze zijn onmisbaar bij het bepalen van het stadium

van de ziekte. Zij brengen de tumor letterlijk en figuurlijk in kaart. Radiologen zijn gespecialiseerd in het uitvoeren en interpreteren van beeldvormende onderzoeken, zoals echografie, CT- en MRI-scans. Deze onderzoeken zijn cruciaal, zowel voor de diagnose als voor het opvolgen van het resultaat van de behandelingen. Zij kunnen ook bepalen aan de hand van al het beeldmateriaal of er al dan niet uitzaaiingen zijn. Ook zij maken overigens al gebruik van software met artificiële intelligentie.

De radiotherapeut

Bij sommige gevallen van darmkanker, zeker als het endeldarmkanker betreft, zal de patiënt voor de ingreep bestraald worden. Na de operatie is dit vaak nodig, al dan niet in combinatie met chemotherapie. De radiotherapeut zal met hooggespecialiseerde technieken de stralingsdosis bepalen en tot op de millimeter het stralingsveld bepalen. Hiervoor zal hij ook gebruikmaken van het beeldmateriaal van de radiologen.

De patholoog

Pathologen of anatoom-pathologen spelen een onmisbare rol in het proces van diagnose en behandeling van darmkanker. Je ziet hen niet, maar zij zijn een van de belangrijkste schakels in heel het traject. Zij analyseren de weefselmonsters die worden genomen tijdens een darmonderzoek (biopsie) of het stuk darm met het gezwel dat wordt verwijderd tijdens de heilkundige ingreep. Door het weefsel onder de microscoop te bestuderen, kunnen pathologen bepalen of er kankercellen aanwezig zijn en om welke soort kanker het gaat. Hoever is de tumor doorgegroeid? Worden er kankercellen gevonden in de lymfeklieren? Zijn er kankercellen in de kleine zenuwbanen of bloedvaten? Zij zullen dit beoordelen en in hun uitgebreid verslag vermelden. Hiervoor worden vaak heel speciale technieken en zogenaamde kleuringen gebruikt. Zij worden ook geholpen door speciale programma's met artificiële intelligentie, zoals eerder besproken. Hun informatie is essentieel voor het vaststellen van het stadium en het

type darmkanker. Dit zal uiteindelijk mee bepalen welke behandeling zal voorgesteld worden.

Psychologen en sociale werkers

Het lijkt geen twijfel dat de emotionele impact van een kankerdiagnose enorm is. Psychologen en sociale werkers zijn belangrijke leden van het zorgteam die zich in het bijzonder richten op de mentale en emotionele gezondheid van patiënten. Kanker kan leiden tot gevoelens van angst, verdriet en onzekerheid. Gespecialiseerde therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie, kunnen patiënten helpen om beter om te gaan met hun diagnose en de bijhorende uitdagingen. Deze zorgverleners bieden ook ondersteuning aan familieleden, die ook erg geraakt kunnen worden door de diagnose. Ook dat kan niet genoeg benadrukt worden. Een van mijn patiënten zei ooit: 'Als iemand in de familie kanker heeft, heeft heel de familie kanker.' Als ik dit tijdens mijn lezingen vertel, zie ik steeds vele kopjes jaknikken in de zaal.

Diëtisten en voedingsspecialisten

Voeding speelt een cruciale rol in het leven van kankerpatiënten. Diëtisten zijn gespecialiseerd in het aanbieden van voedingsadvies dat aansluit bij de unieke behoeften en uitdagingen van patiënten met darmkanker. Tijdens de behandelingen kunnen patiënten immers geconfronteerd worden met bijwerkingen zoals misselijkheid, vermoeidheid en veranderingen in de eetlust. Diëtisten spelen eveneens een belangrijke rol tijdens het herstelproces. Vaak wordt ook al voor de ingreep gestart met extra voeding en/of supplementen. Dat heeft zijn nut ook al ruim bewezen.

Patiëntengroepen

Naast medische ondersteuning kunnen patiënten ook baat hebben bij deelname aan patiëntengroepen. Hier kunnen zij met lotgenoten hun verhalen en gevoelens delen. Zij kunnen advies vragen en tips uitwisselen over hoe om te gaan met de ziekte. Deze groepen bieden niet alleen emotionele steun, maar ook een gevoel van gemeenschap,

wat belangrijk is in de soms eenzame reis van het omgaan met kanker. In Vlaanderen kunnen patiënten met darmkanker terecht bij de vzw Talk Blue. Soms wordt het eerste contact al gelegd terwijl de patiënt nog herstellende is in het ziekenhuis.

Sinds enkele jaren is het verplicht om een keer per week met alle betrokkenen de dossiers van de verschillende patiënten met darmkanker te bespreken. Dat heeft zelfs een speciale naam: M.O.C., of Multidisciplinair Oncologisch Consult. Dan zitten de maagdarm-specialisten, de chirurgen, de radiologen, de radiotherapeut, de anatoom-patholoog, de oncologen en de assistenten allemaal rond dezelfde tafel. Als de huisarts kan, zal hij ook graag aansluiten bij deze vergadering. Dossiers worden uitvoerig samen besproken. Behandelingen worden geëvalueerd en zo nodig aangepast. Alles wordt keurig geregistreerd in het dossier. De tijd dat de behandeling enkel besproken werd tussen de maagdarm-specialist, de chirurg en de oncoloog is al lang voorbij.

Los van al deze specialisten wil ik ook een lans breken voor familie en vrienden. Zij kunnen ook een belangrijke bron van steun en troost zijn tijdens de behandeling. Er zijn heel wat praktische zaken die moeten geregeld worden. Het vervoer naar de verschillende medische afspraken. Boodschappen die moeten gedaan worden. Medicatie die bij de apotheker moet opgehaald worden. Hierbij kunnen ze een zegen en hulp zijn. Dan spreek ik nog niet over alle emotionele steun en het onmisbare gezelschap.

Het is belangrijk om te weten dat je als patiënt niet alleen bent in je strijd – ja, ik gebruik het woord nu toch maar – tegen darmkanker en dat er veel mensen zijn om je te ondersteunen tijdens deze moeilijke periode. Er zijn gelukkig ook heel veel middelen beschikbaar. Aarzel dus zeker niet om hulp te zoeken en er gebruik van te maken.

Misschien toch nuttig om op deze plaats een app te vermelden die specifiek gemaakt werd voor patiënten met darmkanker. Deze app, ontwikkeld door het farmaceutisch bedrijf Pierre Fabre, heet Darmkanker. Eenvoudiger kan het niet. De app bevat heel veel nuttige informatie, is gratis en wat mij betreft absoluut betrouwbaar.

Krijgt iedereen eenzelfde soort behandeling voor darmkanker?

Nee, niet iedereen krijgt dezelfde behandeling voor darmkanker. Iedere patiënt is anders, en elke darmkanker heeft zijn eigen kenmerken. De behandeling wordt afgestemd op de specifieke situatie van de patiënt. Het stadium van de darmkanker en de plaats waar het letsel zich bevindt spelen een belangrijke rol in de keuze en de strategie van de behandeling. De genetische kenmerken van de tumor en de algemene toestand van de patiënt worden ook in acht genomen. De aanpak bij een 45-jarige patiënt met darmkanker is wellicht niet dezelfde als bij een 85-jarige patiënt. Hoewel... Je begrijpt meteen waarom ik blijf benadrukken dat hoe vroeger darmkanker ontdekt wordt, hoe groter de kans op genezing is. Het voorgestelde behandelingsplan is dan weer het resultaat van het overleg met de verschillende betrokken specialisten, zoals zonet besproken. Dat plan wordt steeds in met de patiënt besproken en zo goed mogelijk uitgelegd.

Laat ons even de verschillende opties in het kort overlopen.

1. **Chirurgie of heekunde:** als de kanker in een vroeg stadium wordt ontdekt, is een operatie meestal de eerste stap. Hierbij probeert de chirurg de tumor en een deel van het omliggende weefsel te verwijderen om te voorkomen dat de kanker zich verder kan verspreiden. Soms is de operatie voldoende om de kanker te genezen, vooral als de tumor klein is en nog niet uitgezaaid. Daar waar dit vroeger steeds via een grote incisie (snede) in de buik

gebeurde, kan dit tegenwoordig ook vaak via een kijkoperatie. De plaats van het gezwel zal hierin een grote rol spelen. Ook de robot heeft zijn intrede gedaan in de operatiezaal. Iets waar twintig jaar geleden zelfs niet aan gedacht werd. Als het letsel heel beperkt en oppervlakkig is, kan het soms ook endoscopisch (via het darmonderzoek) worden verwijderd. Er moet dan wel voldoende onderliggend weefsel worden weggenomen. Men wil immers het (kleine) gezwel volledig wegnemen. Deze techniek wordt de EMR genoemd, wat de afkorting is van endoscopische mucosale resectie. Dat gebeurt door de maagdarm-specialist.

2. **Chemotherapie:** dit is een behandeling met geneesmiddelen die kankercellen doden. In de volksmond vaak chemo of baxters genoemd. Het kan worden gebruikt na een operatie om ervoor te zorgen dat eventuele achtergebleven kankercellen worden vernietigd. Men noemt dat dan adjuvante therapie. Bij meer gevorderde stadia van darmkanker kan chemotherapie helpen om de groei van de tumor te vertragen en in het beste geval te stoppen. Chemotherapie kan zwaar zijn voor het lichaam en kan bijwerkingen veroorzaken, zoals misselijkheid en vermoeidheid.
3. **Radiotherapie of bestraling:** door gebruik te maken van krachtige stralen kunnen kankercellen worden gedood. Dit wordt soms gedaan voor een operatie om de tumor te verkleinen, zodat deze makkelijker te verwijderen is. Dit is vooral het geval bij endeldarm- of rectumkanker. Radiotherapie kan ook worden gebruikt om pijn te verminderen en andere symptomen onder controle te houden als de kanker zich heeft verspreid.
4. **Doelgerichte therapieën:** dit zijn nieuwere vormen van behandeling die zich richten op specifieke eiwitten of genen in de kankercellen. Geneesmiddelen zoals bevacizumab of cetuximab vallen onder deze categorie. Deze behandelingen werken alleen bij bepaalde patiënten, afhankelijk van de genetische kenmerken

van hun tumor. Ze kunnen vaak effectiever zijn dan traditionele behandelingen en soms minder bijwerkingen veroorzaken.

5. **Immunotherapie:** deze behandeling helpt het immuunsysteem van de patiënt om kankercellen te herkennen en te vernietigen. Immunotherapie, ook wel immuuntherapie genoemd, wordt vooral gebruikt bij patiënten met een specifiek type darmkanker, namelijk microsatelliet instabiele tumoren. Dat wordt vaak afgekort als MSI-H. Bij deze patiënten kan immunotherapie erg succesvol zijn. Jammer genoeg komt slechts een minderheid van de patiënten (5 à 10 procent) hiervoor in aanmerking.

Dankzij nieuwe technieken kunnen artsen de behandeling steeds beter afstemmen op de specifieke situatie van elke patiënt. Door genetische tests uit te voeren op de tumor kunnen ze zien welke behandelingen het meest waarschijnlijk zullen werken. Dit wordt gepersonaliseerde geneeskunde of behandeling op maat genoemd. Het idee is om elke patiënt de behandeling te geven die het beste past bij zijn of haar specifieke vorm van darmkanker. Dit kan de kans op succes vergroten en de kans op bijwerkingen verkleinen.

De behandeling van darmkanker is al lang geen *one size fits all*-aanpak meer. Artsen kijken naar veel verschillende factoren om te bepalen welke behandelingen het beste werken voor elke individuele patiënt. Dit betekent dat iedereen een behandeling krijgt die is afgestemd op zijn of haar eigen unieke situatie.

De behandeling van darmkanker heeft de afgelopen dertig jaar enorme vooruitgang geboekt. Gelukkig maar. Ik heb de periode nog gekend dat alle patiënten die lymfeklier aantasting hadden na hun operatie dezelfde chemotherapie kregen. Er was toen van biomarkers of gepersonaliseerde behandeling absoluut geen sprake. Maar verbeteringen in heelkundige technieken, de komst van talrijke nieuwe chemotherapeutica en monoclonale antistoffen hebben allemaal voor

een positieve evolutie in het behandelingsproces gezorgd. Het aantal mensen dat bij de behandeling is betrokken is ook met een veelvoud toegenomen. Het is teamsport geworden. Iedereen werkt samen met iedereen. Dat heeft zowel de overleving, maar ook de kwaliteit van overleving enorm verbeterd.

Wat is de impact van chemotherapie en radiotherapie?

Je hebt er wellicht al veel over gehoord, misschien zelfs al persoonlijk mee te maken gehad. Maar wat zijn chemotherapie en radiotherapie eigenlijk in mensentaal?

Chemotherapie is een behandeling met geneesmiddelen die door het hele lichaam werken om kankercellen te doden of hun groei te vertragen. Men spreekt meestal over 'de baxters', omdat ze meestal intraveneus (via de ader) worden toegediend. Sommigen bestaan ook in tabletvorm. Bij darmkanker wordt chemotherapie sinds de jaren 90 vaak gebruikt na een operatie, om ervoor te zorgen dat alle kankercellen worden verwijderd en om te voorkomen dat de kanker terugkomt.

 De ontwikkeling van nieuwe chemotherapeutische geneesmiddelen en combinatietherapieën heeft de effectiviteit van chemotherapie vergroot en gelukkig de bijwerkingen verminderd.

Als de kanker al is uitgezaaid naar andere delen van het lichaam kan chemotherapie helpen om de kanker onder controle te houden en de symptomen te verlichten. Hoewel chemotherapie heel effectief kan zijn, heeft het vaak vervelende bijwerkingen. Omdat die geneesmiddelen ook gezonde cellen kunnen beschadigen, kunnen patiënten last hebben van vermoeidheid, misselijkheid, haaruitval en een verhoogde kans op infecties. De ontwikkeling van nieuwe chemotherapeutische

geneesmiddelen en combinatietherapieën heeft de effectiviteit van chemotherapie vergroot en gelukkig de bijwerkingen verminderd.

De behandeling wordt ook steeds meer en meer op maat gegeven. Ik herinner me nog goed dat vroeger alle patiënten die chemotherapie kregen dezelfde medicatie kregen. Dat was 5-FU (5-fluorouracil) en ledervorin. We wisten ook dat het maar bij één op de vijf of zes patiënten effect zou hebben. We konden in die tijd jammer genoeg niet voorspellen bij wie het wel zou werken en bij wie niet. Op dat punt is er dankzij de biomarkers en de komst van de doelgerichte behandelingen een enorme vooruitgang geboekt.

Ik overloop graag met jullie de belangrijkste geneesmiddelen die vandaag als chemotherapie worden gebruikt bij de behandeling van darmkanker.

1. **5-Fluorouracil (Efudix®)**

5-Fluorouracil, vaak afgekort als 5-FU, is een van de meest gebruikte geneesmiddelen voor de behandeling van darmkanker. Het voorkomt dat kankercellen zich kunnen vermenigvuldigen, waardoor ze afsterven. 5-FU wordt meestal toegediend via een infuus in het ziekenhuis. Vaak wordt het gecombineerd met leucovorin, een stof die ervoor zorgt dat 5-FU beter werkt.

2. **Capecitabine (Xeloda®)**

Capecitabine is een pil die de werking van 5-FU nabootst. In het lichaam wordt capecitabine omgezet in 5-FU, maar het verschil is dat je deze medicatie gewoon thuis als tablet kan innemen. Dit maakt het voor sommige patiënten gemakkelijker omdat ze niet telkens naar het ziekenhuis moeten gaan. Capecitabine wordt soms alleen gebruikt, maar vaak ook in combinatie met andere geneesmiddelen of doelgerichte therapieën, om de effectiviteit te vergroten.

3. **Irinotecan (Campotosar®)**

Irinotecan is een ander geneesmiddel dat vaak wordt gebruikt bij darmkanker, vooral wanneer de kanker is uitgezaaid. Het werkt door de deling van kankercellen te stoppen. Irinotecan wordt vaak gegeven in combinatie met 5-FU en leucovorin. Deze combinatie wordt vaak ingezet bij patiënten met gevorderde darmkanker.

4. **Oxaliplatine (Eloxatin®)**

Oxaliplatine is ook een veelgebruikte vorm van chemotherapie bij darmkanker. Dit geneesmiddel wordt vaak gecombineerd met 5-FU en leucovorin. Oxaliplatine is effectief bij het vertragen van de tumorgroei en wordt vaak ingezet bij patiënten met darmkanker in een gevorderd stadium. Het wordt via een infuus toegediend en kan typische bijwerkingen veroorzaken zoals gevoelloosheid of tintelingen in de handen en voeten.

Radiotherapie gebruikt gerichte straling om kankercellen te vernietigen. Bij darmkanker, en in het bijzonder vooral bij rectum- of endeldarmkanker, kan radiotherapie worden gebruikt om de tumor te verkleinen voordat een heekundige ingreep plaatsvindt. Dit maakt de tumor makkelijker te verwijderen. Vaak wordt radiotherapie gecombineerd met chemotherapie. Soms wordt ook na de ingreep radiotherapie toegepast om resterende kankercellen te vernietigen. Ook radiotherapie is de laatste jaren sterk geoptimaliseerd. De bijwerkingen van radiotherapie zijn vaak lokaal, dat wil zeggen dat ze zich beperken tot het gebied dat bestraald wordt. Dit kan wel leiden tot huidirritatie, vermoeidheid en soms problemen met de darmen of de blaas.

Beide behandelingen kunnen zwaar zijn en hebben een flink impact op het leven van de patiënt. Het is belangrijk dat patiënten goed worden geïnformeerd over wat deze behandelingen precies inhouden. Op die manier kunnen ze samen met de arts een weloverwogen keuze maken.

Wat is een HIPEC-operatie?

HIPEC, wat staat voor Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie, is een bijzondere behandeling die wordt gebruikt voor patiënten met darmkanker die is uitgezaaid naar de buikholte en het buikvlies. Het combineert chirurgie met een speciale vorm van chemotherapie. Het is bedoeld om achtergebleven kankercellen in de buikholte te bestrijden.

Het proces begint met een uitgebreide operatie, waarbij de chirurg zoveel mogelijk zichtbare tumoren en aangetast weefsel in de buikholte verwijdt. Deze stap wordt cytoreductieve chirurgie genoemd. Het doel is om het aantal kankercellen in de buikholte zoveel mogelijk te verminderen, omdat minder kankercellen de effectiviteit van de volgende stap vergroot.

Na de operatie wordt de buikholte gespoeld met een verwarmde chemotherapieoplossing. Deze oplossing wordt op een temperatuur van zo'n 41 à 43 graden Celsius gebracht en laat men gedurende 60 tot 90 minuten door de buikholte circuleren. De reden voor de verwarming is dat warmte de werking van chemotherapie kan versterken, waardoor kankercellen gevoeliger worden en de medicatie dan beter in de cellen kan doordringen. Tegelijkertijd is deze methode minder schadelijk voor de omliggende gezonde weefsels.

HIPEC is vooral effectief bij kankervormen die zich verspreiden binnen de buikholte, zoals darmkanker die uitzaaiingen op het buikvlies veroorzaakt. Dat noemen we peritoneale metastasen. Hoewel de procedure ingrijpend is en niet voor iedereen geschikt, kan het de overleving van geselecteerde patiënten aanzienlijk verlengen. Bovendien kan het de kwaliteit van leven verbeteren door de groei van nieuwe tumoren te vertragen of te stoppen.

Het succes van HIPEC hangt af van verschillende factoren, zoals de uitgebreidheid van de ziekte, de mate waarin de tumoren kunnen

worden verwijderd en de algemene conditie van de patiënt. Voor sommige patiënten biedt deze behandeling een waardevolle extra optie wanneer andere behandelingen onvoldoende effect hebben gehad.

Het zal jullie wel duidelijk zijn dat HIPC enkel in gespecialiseerde centra wordt uitgevoerd. Gelukkig zijn er in België dergelijke centra.

Wat is een SIRS-behandeling?

SIRS, ook bekend als Selectieve Interne Stralingstherapie of radio-embolisatie, is een behandeling voor darmkanker die is uitgezaaid naar de lever. Hierbij worden kleine, radioactieve bolletjes direct in de bloedvaten van de lever geïnjecteerd om de kanker te bestrijden.

De behandeling werkt als volgt: via een dun slangetje, dat via een slagader in de lies of pols wordt ingebracht, komen de radioactieve bolletjes terecht in de bloedvaten die de levertumor van bloed voorzien. De bolletjes blijven daar zitten en geven straling af die de kankercellen vernietigt. Het gezonde leverweefsel wordt grotendeels gespaard omdat de straling alleen in de buurt van de bolletjes werkt.

SIRS wordt vooral gebruikt als andere behandelingen, zoals chemotherapie, onvoldoende resultaat hebben gehad. Het doel is om de tumoren in de lever kleiner te maken, de groei te vertragen en klachten te verminderen. Dit kan leiden tot een betere kwaliteit van leven en hopelijk ook een langere overleving.

Het is een gespecialiseerde behandeling die niet voor iedereen geschikt is. Net zoals de HIPEC-behandeling wordt deze enkel in gespecialiseerde ziekenhuizen uitgevoerd die specifieke ervaring hebben met deze techniek. Gelukkig moeten we ook hiervoor niet naar het buitenland.

Zijn er nog andere behandelmethodes?

Buiten een ingreep, radio- en chemotherapie zijn er nog andere behandelmethodes, en dat is natuurlijk goed nieuws. De afgelopen decennia heeft men het mechanisme en de zogenaamde *pathways* of signaalroutes ontrafeld die leiden tot darmkanker. Dat zijn zeer ingewikkelde schema's op het niveau van de darmcel die voor de leek nog erger dan Chinees zijn. Ik ga die hier dus zeker niet bespreken.

Door het ontdekken van bepaalde receptoren op de cel en de aanwezigheid van bepaalde eiwitten in de cel heeft men geneesmiddelen kunnen ontwikkelen die zich als het ware vastbinden aan die receptoren of eiwitten en zo de – als ik het zo mag noemen – ketting of de band stilleggen.

Een van de eerste groeifactoren die men zo kon blokkeren was via de groeifactorreceptor (EGFR) of de vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF). Het uiteindelijke doel is om op die manier de groei van darmkankercellen af te remmen. Dit gebeurt altijd volgens welbepaalde en strikte schema's die internationaal worden toegepast.

Omdat deze medicatie meer en meer gebruikt wordt vind ik het toch de moeite om enkele van deze monoclonale antilichamen (want zo noemt men deze categorie van geneesmiddelen) toe te lichten. Ik wil van dit boek geen cursus maken, maar wil op dat vlak graag kennis delen.

Deze geneesmiddelen worden vooral gebruikt om darmkanker te behandelen, vooral als de darmkanker vergevorderd of uitgezaaid is. Ze werken door zich specifiek te richten op bepaalde eiwitten op de kankercellen, waardoor ze de groei en de verspreiding van de tumor kunnen afremmen. Ze zijn speciaal ontwikkeld om een specifiek soort eiwit te herkennen en eraan te binden. Kankercellen hebben immers vaak bijzondere eiwitten op hun oppervlak die gezonde cellen

niet hebben, of in veel kleinere hoeveelheden. Het zal je niet verwonderen dat deze geneesmiddelen erg duur zijn. Laten we enkele van deze geneesmiddelen overlopen.

1. **Bevacizumab (Avastin®)**

Bevacizumab is een veel gebruikt monoclaal antilichaam bij de behandeling van darmkanker. Het richt zich op een eiwit dat VEGF (vasculaire endotheliale groeifactor) heet en dat belangrijk is voor tumoren om nieuwe bloedvaten te laten groeien. Tumoren hebben deze bloedvaten nodig om te groeien omdat ze via deze weg zuurstof en voedingsstoffen krijgen. Door VEGF te blokkeren, zorgt bevacizumab ervoor dat de tumor moeilijker aan deze voedingsstoffen kan komen. Hierdoor wordt de groei van de tumor vertraagd. Bevacizumab wordt vaak samen met chemotherapie gegeven, vooral bij patiënten met gevorderde darmkanker.

2. **Cetuximab (Erbix®)**

Cetuximab richt zich op het eiwit EGFR, dat vaak op de oppervlakte van de kankercellen zit. EGFR helpt kankercellen te groeien en zich te delen. Door EGFR te blokkeren, kan cetuximab de groei van kankercellen vertragen. Dit medicijn werkt vooral goed bij patiënten die een normale versie van het KRAS-gen hebben. Cetuximab wordt vaak gecombineerd met chemotherapie, maar kan soms ook alleen worden gegeven.

3. **Panitumumab (Vectibix®)**

Panitumumab lijkt erg op cetuximab en werkt op dezelfde manier, door EGFR te blokkeren. Het grote verschil is dat panitumumab een volledig menselijke antistof is, wat betekent dat het minder waarschijnlijk is dat patiënten hierop allergisch reageren. Net als cetuximab is panitumumab vooral effectief bij patiënten met een normale versie van het KRAS-gen. Het kan ook worden gecombineerd met chemotherapie of alleen gebruikt worden.

4. **Aflibercept (Zaltrap®)**

Aflibercept blokkeert ook het VEGF-eiwit, maar het werkt op een iets andere manier dan bevacizumab. Het bindt zich niet alleen aan VEGF, maar ook aan andere eiwitten die de groei van bloedvaten in tumoren stimuleren. Hierdoor kan aflibercept erg effectief zijn in het stoppen van de groei van nieuwe bloedvaten in tumoren. Het wordt vaak gecombineerd met chemotherapie bij patiënten die al eerder een behandeling hebben gehad voor gevorderde darmkanker.

5. **Dostarlimab (Jemperli®)**

Dostarlimab is een nieuwere vorm van behandeling die behoort tot de groep van de zogenaamde checkpointremmers, en in dit geval nog specifiek de PD-1-remmers. Deze geneesmiddelen helpen het immuunsysteem van het lichaam om kankercellen te herkennen en aan te vallen. Het is dus eigenlijk een vorm van immunotherapie.

6. **Pembrolizumab (Keytruda®)**

Pembrolizumab is ook een PD-1-remmer, net als dostarlimab, en werkt op dezelfde manier door het immuunsysteem te helpen kankercellen aan te vallen. Pembrolizumab kan soms als eerste lijnsbehandeling worden gegeven. Dat betekent dat het een van de eerste geneesmiddelen is die wordt geprobeerd, vooral omdat het erg effectief kan zijn bij de juiste patiënten.

7. **Nivolumab (Opdivo®)**

Nivolumab is qua werking te vergelijken met pembrolizumab en dostarlimab. De verschillen zitten vooral in de doseringsfrequentie en de andere geneesmiddelen waarmee ze in combinatie worden gebruikt.

8. **Ipilimumab (Yervoy®)**

Ipilimumab is een CTLA-4 remmer die het immuunsysteem versterkt door een ander remmend signaal te blokkeren. Het wordt soms in combinatie met nivolumab gebruikt bij gevorderde darmkanker om een krachtiger immuunrespons op te wekken. De combinatie van deze middelen kan zorgen voor betere resultaten dan monotherapie.

9. **Fruquintinib (Fruzaqla®)**

Fruquintinib is een oraal geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de behandeling van gevorderde of uitgezaaide darmkanker, vooral bij patiënten die al verschillende andere behandelingen hebben geprobeerd zonder succes. Het is een zogenaamde tyrosinekinaseregger, wat betekent dat het werkt door bepaalde enzymen te blokkeren die betrokken zijn bij de groei en de ontwikkeling van bloedvaten die de tumor voeden. Door deze bloedvaten te blokkeren, wordt de toevoer van zuurstof en voedingsstoffen naar de tumor verminderd. Hierdoor kan de groei van de tumor vertragen of in het ideale geval zelfs stoppen. Het geneesmiddel vertraagt de progressie van darmkanker. Momenteel wordt het onderzocht in combinatie met andere behandelingen om de effectiviteit verder te vergroten. Fruquintinib biedt hoop voor patiënten met gevorderde darmkanker die nog beperkte behandelingsmogelijkheden hebben.

Doordat deze monoclonale antistoffen specifiek werken op kankercellen, hebben ze vaak minder bijwerkingen dan traditionele chemotherapie.

Wat mogen we verwachten van immunotherapie?

Je hebt er ongetwijfeld al van gehoord. En zonet heb ik al enkele voorbeelden gegeven. Immuun- of immunotherapie heeft de afgelopen jaren meermaals het nieuws en de kranten gehaald. Je krijgt soms

de indruk dat het wondermiddel of de heilige graal tegen kanker gevonden is. Maar is dat wel zo? En hoe zit het voor darmkanker? Het is niet te verwonderen dat we hierover veel vragen krijgen. Ik denk dan ook dat het nuttig is om dit hier wat uitgebreider te bespreken.

Immunotherapie is inderdaad een relatief nieuwe, revolutionaire en veelbelovende manier om kanker te behandelen. Het eigen immuunsysteem van de patiënt wordt ingezet om kankercellen te bestrijden. In plaats van direct in te grijpen, zoals bij chemotherapie, wordt het immuunsysteem geholpen om sterker te reageren op kankercellen. Hoewel deze behandelmethode al erg succesvol is gebleken bij andere vormen van kanker, zoals longkanker en huidkanker, staat de toepassing ervan bij darmkanker nog in de kinderschoenen. Maar gelukkig worden die kinderschoenen almaar groter en groter. Want voor bepaalde groepen patiënten zijn de resultaten erg veelbelovend. Ik zou zelfs uitstekend durven schrijven.

Wat doet immunotherapie precies? In één zin samengevat: het stimuleert het eigen immuunsysteem om kankercellen aan te vallen. Een van de meest gebruikte vormen van immunotherapie zijn de zogenaamde checkpointremmers. Ons ingewikkeld immuunsysteem heeft verschillende controlemechanismen, zogenaamde checkpoints. Die zorgen ervoor dat het immuunsysteem niet per ongeluk gezonde cellen aanvalt. Kankercellen gebruiken soms deze checkpoints om aan het immuunsysteem te ontsnappen. Checkpointremmers blokkeren deze mechanismen, zodat het immuunsysteem de kankercellen wel kan herkennen en aanvallen. Geneesmiddelen die onder deze categorie vallen zijn onder meer pembrolizumab en nivolumab.

Bij darmkanker is de toepassing van immunotherapie vooral interessant voor tumoren met een hoge microsatellietinstabiliteit, ook afgekort als MSI-H. Dit zijn tumoren met veel genetische mutaties, wat ze abnormaal maakt in de ogen van het immuunsysteem. Zulke

tumoren komen bij zo'n 5 à 10 procent van alle darmkankerpatiënten voor. Het is bij deze patiënten dat immunotherapie bijzonder effectief kan zijn. De vele mutaties zorgen ervoor dat de kankercellen beter door het immuunsysteem herkend worden, vooral wanneer ze worden blootgesteld aan checkpointremmers. Voor deze groep patiënten, zeker als de kanker is uitgezaaid en niet meer reageert op standaardbehandelingen zoals chemotherapie, kan immunotherapie een effectieve behandeloptie zijn. Patiënten met MSI-H reageren vaak zeer goed op deze behandeling: de tumoren kunnen krimpen of zelfs volledig verdwijnen, waardoor de overleving natuurlijk in belangrijke mate wordt verlengd.

Voor de meeste andere darmkankerpatiënten, diegenen met 'microsatellietstabiele' (MSS) tumoren, is immunotherapie jammer genoeg nog niet zo effectief. MSS-tumoren hebben minder genetische mutaties, wat betekent dat ze moeilijker worden herkend door het immuunsysteem. Zelfs met de hulp van immunotherapie blijft het voor het immuunsysteem een grote uitdaging om deze kankercellen effectief aan te vallen. Daarom is de huidige toepassing van immunotherapie bij darmkanker nog beperkt tot een relatief kleine groep patiënten. Immunotherapie is voor die groep patiënten wel een zeer belangrijke stap vooruit. De resultaten laten zien dat het bij deze patiënten een krachtig wapen kan zijn in de strijd tegen darmkanker. Zeker wanneer andere behandelingen gefaald hebben. Bovendien heeft immunotherapie vaak minder ernstige bijwerkingen dan chemotherapie, wat de kwaliteit van leven van patiënten ten goede komt.

Een van de belangrijkste onderzoeksgebieden op dit moment is het vinden van manieren om immunotherapie effectief te maken voor een bredere groep patiënten. Dat zou kunnen door combinatietherapie met andere behandelingen, zoals chemotherapie, bestraling of gerichte therapieën. Het idee is om op die manier het immuunsysteem beter te laten reageren op kankercellen, zelfs bij tumoren die van nature minder gevoelig zijn voor immunotherapie. Gelukkig

worden er op dat vlak de laatste tijd ook vorderingen gemaakt, ook in Belgische onderzoekscentra.

Ook biomarkers kunnen en zullen hierbij een belangrijke rol spelen. Zij kunnen voorspellen of een bepaalde behandeling al dan niet zal reageren. Op die manier kunnen artsen inschatten welke patiënten het meeste baat zullen hebben bij immunotherapie. Dit maakt gepersonaliseerde behandelingen mogelijk, waarbij patiënten alleen die therapie krijgen die voor hen het meest effectief zal zijn. Hierdoor kunnen ook onnodige bijwerkingen worden vermeden bij patiënten bij wie immunotherapie minder geschikt is. Want ook deze therapie heeft bijwerkingen. Vermoeidheid, huiduitslag en in sommige gevallen auto-immuunreacties kunnen patiënten flink parten spelen.

Er wordt ook onderzoek gedaan naar manieren om het immuunsysteem te 'trainen' om kankercellen beter te herkennen. Dit kan bijvoorbeeld door het toedienen van vaccins die het immuunsysteem moeten leren om specifieke kenmerken van kankercellen aan te vallen.

Een geavanceerde vorm van immunotherapie is de zogenaamde CAR-T-celtherapie. Hierbij worden eigen T-cellen, een bepaald type witte bloedcellen, uit het lichaam van de patiënt gehaald. In het labo worden ze genetisch aangepast om kankercellen beter te herkennen, aan te vallen en te vernietigen. Na deze aanpassing worden de versterkte T-cellen terug in het lichaam geplaatst, waar ze specifiek op zoek gaan naar kankercellen. Hoewel deze CAR-T-therapie al succesvol is gebleken bij bepaalde vormen van bloedkanker, bevindt het gebruik bij darmkanker zich nog in de onderzoeksfase. Onderzoekers werken er volop aan om deze vorm van immunotherapie ook effectief te maken voor darmkanker. De allereerste resultaten zijn hoopgevend en veelbelovend. Maar het is nog niet voor morgen of overmorgen.

Hoewel al deze technieken zich nog in een vroeg ontwikkelingsstadium bevinden, bieden ze ongetwijfeld mogelijkheden voor de toekomst van kankerbehandelingen. Maar aan dat soort behandelingen hangt natuurlijk een stevig prijskaartje. Hopelijk kan daar in de toekomst ook een oplossing voor gevonden worden. Het zal je wellicht niet verwonderen dat het vroegtijdig opsporen van darmkanker veel, maar dan ook heel veel goedkoper is dan die nieuwe, erg dure behandelingen.

Wat is het LAR-syndroom?

‘Het wat syndroom?’ Dat is de reactie die ik vaak krijg als ik over het LAR-syndroom praat. Hier rust zeker nog een taboe op. Maar taboes zijn er om doorbroken te worden.

Het ‘Low Anterior Resection’-syndroom kan optreden na een ingreep waarbij een deel van de endeldarm (rectum) moet worden verwijderd, omdat het gezwel zich op die plaats bevindt. Het komt jammer genoeg vaker voor dan men denkt. Na deze operatie kunnen patiënten te maken krijgen met veranderingen in hun darmfunctie. Het LAR-syndroom verwijst naar een verzameling van symptomen die variëren van mild tot ernstig, en die op voorhand moeilijk te voorspellen zijn. De meest voorkomende klachten zijn frequente en urgente aandrang om naar het toilet te moeten gaan. Moeite om de ontlasting op te houden (incontinentie), het gevoel hebben dat de darmen niet volledig worden gelegeerd en een verhoogde frequentie van ontlasting. Deze klachten kunnen leiden tot krampen, winderigheid en diarree. Ik denk dat ik je niet moet overtuigen van het feit dat dit een hele lijdensweg kan zijn, die het dagelijkse leven flink verstoort.

Het LAR-syndroom ontstaat doordat de operatie de zenuwen en spieren rondom de endeldarm beschadigen of verzwakken. Deze zijn

essentieel voor de controle over de stoelgang. In normale omstandigheden functioneert de endeldarm ook als opslagplaats voor de stoelgang. Als dat wegvalt, is dat natuurlijk zeer hinderlijk. Sommige patiënten ervaren milde symptomen die na verloop van tijd verbeteren. Maar voor anderen kan het LAR-syndroom leiden tot aanzienlijke beperkingen in hun dagelijkse leven en sociale activiteiten.

De behandeling van het LAR-syndroom is vaak complex en vereist een persoonlijke aanpak, waarbij verschillende specialisten worden betrokken. De chirurg, een diëtiste, een bekkenbodempfysiotherapeut en een psycholoog zullen allen trachten om hun steentje bij te dragen in de behandeling. Een belangrijke eerste stap in die behandeling is het aanpassen van het dieet. Dit kan inhouden dat bepaalde voedingsmiddelen die de symptomen verergeren worden vermeden en dat meer vezelrijke voeding wordt toegevoegd om de stoelgang te reguleren. Er kunnen ook geneesmiddelen worden voorgeschreven om diarree te verminderen of de darmbewegingen (peristaltiek) te vertragen. Bekkenbodempfysiotherapie kan helpen en nuttig zijn om de spieren rondom de endeldarm te versterken en de controle over de stoelgang te verbeteren.

Het is belangrijk dat patiënten met het LAR-syndroom zich realiseren dat er behandelingsopties beschikbaar zijn die kunnen helpen om hun levenskwaliteit te verbeteren. Een nauwe samenwerking met een medisch team is cruciaal om een behandelingsplan te ontwikkelen dat past bij de individuele behoeften van de patiënt. Iedere patiënt met het LAR-syndroom is verschillend, dus iedere behandelingsplan zal verschillend zijn. Psychologische ondersteuning kan ook een belangrijke rol spelen, vooral als de symptomen leiden tot angst of sociale isolatie. Regelmatige follow-up bij de behandelende arts is essentieel om de evolutie te volgen en te monitoren. Indien nodig moet de behandeling worden aangepast.

Met de juiste aanpak kunnen veel patiënten met het LAR-syndroom hun klachten onder controle krijgen en een bevredigende levenskwaliteit behouden. Het blijft echter een aandoening die zorgvuldige aandacht vereist, zowel van de patiënt als van het medische team, om de beste resultaten te bereiken. Ik hoop dat ik een klein beetje van het taboe heb kunnen doorbreken.

Wat is een stoma?

Ook dit onderwerp is vaak nog een taboe. Een boek over darmkanker schrijven zonder iets over de stoma te schrijven zou echter vreemd zijn. Ik beweer niet dat alles in dit boek staat, maar de stoma moet zeker aan bod komen.

Een stoma is een kunstmatige opening in de buik die door de chirurg wordt gemaakt om ontlasting uit het lichaam te laten komen wanneer dat via de normale weg niet meer kan. Dit is noodzakelijk wanneer het gezwel helemaal onderaan in de endeldarm zit en dat gedeelte, samen met de sluitspier en de anus, wordt verwijderd. Het woord 'stoma' komt uit het Grieks en betekent 'mond' of 'opening'. Een stoma kan tijdelijk of definitief zijn. In het geval van kanker van het onderste deel van de endeldarm is hij definitief. Men spreekt ook van een colostoma, omdat een deel van de dikke darm naar de oppervlakte van de buik wordt gebracht. Men spreekt van een ileostoma wanneer – om andere redenen – een deel van de dunne darm naar de buik wordt gebracht.



Een stoma kan tijdelijk of definitief zijn. In het geval van kanker van het onderste deel van de endeldarm is hij definitief.

Wanneer iemand een stoma krijgt, wordt er een speciaal opvangzakje op de huid rond de stoma bevestigd. Dit zakje vangt de ontlasting op die uit de stoma komt. Deze zakjes zijn ontworpen om discreet

en geurvrij te helpen. Ze moeten regelmatig geledigd en vervangen worden om hygiëne en comfort te waarborgen.

Ik herinner me dat er op onze eigen afdeling ooit een jonge verpleger was bij wie ik de diagnose van endeldarmkanker had gesteld. Het was een groot gezwel vlak tegen de sluitspier. Daarom moest ook een stoma worden gemaakt. Niemand van zijn collega's heeft ooit opgemerkt of geweten dat hij onder zijn wit verplegerspak een stoma droeg. Als we elkaar tegenkwamen volgde er vaak een knipoog, een manier om 'ons geheimpje' te bewaren.

Het krijgen van een stoma heeft natuurlijk een grote impact op iemands leven. Voor veel mensen is het idee van een stoma in het begin beangstigend en emotioneel erg moeilijk. Er zijn zorgen over hoe hij eruit zal zien, hoe hij zal werken en hoe hij het dagelijks leven zal veranderen. Wat zal de invloed zijn op hun relatie? Kunnen ze nog sporten? Kunnen ze nog zwemmen? Hebben ze speciale kleding nodig? Na verloop van tijd wennen de meeste mensen aan hun stoma en leren ze hoe ze ermee moeten omgaan.

Er zijn gelukkig veel hulpmiddelen en ondersteuning beschikbaar voor mensen met een stoma. Specialisten, zoals stomaverpleegkundigen, zijn er om de patiënten te leren hoe je een stoma moet verzorgen, hoe je het zakje moet vervangen, en hoe je eventuele problemen kan oplossen. Er zijn ook (online) steungroepen waar mensen hun ervaringen kunnen delen en steun kunnen vinden.

Ik weet niet of je Bellawear kent? Dat is de naam van het bedrijf van de Limburgse Kelly Eerdekens. Zij werd al op jonge leeftijd geconfronteerd met een definitief ileostoma. Nu ontwikkelt haar bedrijf ondergoed en hulpmiddelen om je stoma te ondersteunen en verbergen. Zij heeft ook een community waarin je je verhaal kwijt kan en een luisterend oor vindt. Online kan je alles terugvinden.

Er zijn ook mensen die hun ervaringen in een boek gebundeld hebben. Zo leerde ik meer dan tien jaar geleden de sympathieke Gerda Persoons kennen die *Een gat in mijn buik* schreef. De moeite waard om te lezen. Je kan het nog steeds online bestellen.

Hoewel het leven met een stoma in het begin een hele uitdaging is, ontdekken veel mensen dat ze hun normale activiteiten toch kunnen blijven doen en een vrij goede levenskwaliteit kunnen behouden. Het is en blijft natuurlijk een serieuze handicap voor zij die ermee geconfronteerd worden.

Welke rol kan AI spelen bij behandeling?

Ik heb in dit boek al enkele pagina's gewijd aan de rol van artificiële intelligentie (AI) in de strijd tegen darmkanker. Maar omdat het zo belangrijk is, wil ik er in dit hoofdstuk nog even op terugkomen.

AI kan een belangrijke rol spelen in de behandeling van darmkanker door het verbeteren van de diagnostiek, het personaliseren van de behandeling en het ondersteunen van medische beslissingen.

 AI kan een belangrijke rol spelen in de behandeling van darmkanker door het verbeteren van de diagnostiek, het personaliseren van de behandeling en het ondersteunen van medische beslissingen.

AI kan inderdaad helpen bij het vroegtijdig opsporen van darmkanker, dat heb je al eerder kunnen lezen. Er is immers zeer veel beeldmateriaal dat automatisch kan geanalyseerd worden. AI-algoritmen kunnen tijdens een darmonderzoek kleine poliepen of afwijkingen detecteren die over het hoofd werden gezien. Door het gebruik van AI kunnen artsen ook met nog grotere nauwkeurigheid bepalen of

een verdachte plek wel of niet kwaadaardig is, wat leidt tot snellere en preciezere diagnoses.

AI kan ook bijdragen aan de ontwikkeling van op maat gemaakte behandelingen. Door grote hoeveelheden medische gegevens te analyseren, zoals bijvoorbeeld genetische informatie, kan AI patronen herkennen die helpen voorspellen welke behandelingen het meest effectief zullen zijn voor een specifieke patiënt. Dit betekent dat behandelingen beter kunnen worden afgestemd op de unieke kenmerken van de kanker en het lichaam van de patiënt. Dat moet leiden tot betere resultaten en minder bijwerkingen.

AI kan artsen ondersteunen bij het nemen van complexe beslissingen door snel toegang te bieden tot de nieuwste onderzoeksgegevens. Het kan aanbevelingen doen op basis van gelijkaardige gevallen. AI-systemen kunnen gegevens uit duizenden patiëntendossiers analyseren om de meest succesvolle behandelstrategieën te identificeren. Hierdoor kunnen artsen nog betere geïnformeerde keuzes maken.

Het uiteindelijke doel is zowel het verbeteren van de overlevingskansen als de kwaliteit van het leven. Ik heb er het volste vertrouwen in dat dit ook in ons land in alle ziekenhuizen zal worden toegepast. Of al wordt toegepast! Het brengt ons hopelijk een stapje dichterbij een wereld zonder darmkanker.

AI brengt natuurlijk ook heel wat uitdagingen met zich mee (ik spreek liever over uitdagingen dan problemen). Ethische en juridische kwesties rond privacy, aansprakelijkheid en gebruik van AI in de gezondheidszorg mogen we natuurlijk niet uit de weg gaan. Daar zal nog heel veel inkt over vloeien.

Wat als geen enkele behandeling nog aanslaat?

Jammer genoeg worden we hier toch nog regelmatig mee geconfronteerd. We weten dat ongeveer zeven op de tien patiënten met darmkanker de ziekte overleven. Maar dat betekent ook dat drie op de tien sterven aan de ziekte, meestal als de kanker uitgezaaid is en er geen behandeling meer mogelijk is. Omdat geen enkel geneesmiddel erin slaagt om de ziekte onder controle te houden of tegen te houden. Ik vind dat ik alleen al uit respect voor zij die de ziekte niet overleefden – en dat zijn er nog veel te veel – ook aan dit aspect de nodige aandacht moet geven.

Als uitgezaaide of gemetastaseerde darmkanker niet meer te behandelen is, verandert de focus van de zorg. In plaats van te proberen de ziekte te genezen, gaat het nu om het verlichten van de symptomen en het verbeteren van de kwaliteit van het leven. Dit is wat we palliatieve zorg noemen. Het doel is om het de patiënt zo comfortabel mogelijk te maken in de tijd die hem of haar nog rest.

Palliatieve zorg is niet hetzelfde als terminale zorg, hoewel het daar wel onderdeel van kan zijn. Het is een benadering van de zorg die gericht is op het verlichten van symptomen zoals pijn, vermoeidheid, ademhalingsproblemen, misselijkheid en emotionele stress. Het idee is om de patiënten zoveel mogelijk comfort en waardigheid te bieden, terwijl zij omgaan met een ongeneeslijke ziekte. Deze zorg kan in het ziekenhuis, thuis, of in een speciaal hiervoor opgerichte instelling worden gegeven.

De fysieke kant van palliatieve zorg richt zich op het beheersen van pijn en andere ongemakken. Dit kan door middel van pijnstillende geneesmiddelen, maar ook door andere vormen van therapie, zoals fysiotherapie of ergotherapie. Voor veel patiënten is pijncontrole een belangrijk onderdeel van deze fase. Als arts kunnen we verschillende soorten pijnstillers voorschrijven, afhankelijk van de aard en de ernst

van de pijn. We kunnen ook medicatie geven om andere symptomen zoals misselijkheid of ademnood te verlichten. Extra zuurstof via een neusbrilletje of een masker is vaak erg nuttig. Ik heb deze medicatie ook vaak moeten voorschrijven. Na enige tijd weet je wel met welk geneesmiddel je welke patiënt kan helpen. En ja, daar hoort ook morfine bij. Dat kan vaak heel wat verlichting geven.

Het nieuws dat er geen behandelingsopties meer zijn, weegt natuurlijk emotioneel erg zwaar. Veel patiënten ervaren gevoelens van angst, verdriet, woede of zelfs schuld. Palliatieve zorgteams hebben vaak psychologen of maatschappelijke werkers die kunnen helpen om met deze gevoelens om te gaan. Ook kunnen zij helpen bij het voeren van moeilijke gesprekken met familieleden over het nadere einde. Ik heb altijd getracht om hiervoor de nodige tijd te nemen. Dit zijn echt geen gemakkelijke gesprekken. Iedere patiënt is anders, iedere familie is anders. Zaterdagmorgen of zondagmiddag waren vaak momenten waarop ik met hen op de rand van het bed of rond de tafel ging zitten. Dan was het rustiger op de afdeling, dan was er geen tijdsdruk van een raadpleging of andere onderzoeken. Ik denk dat de patiënten en hun familie dit wel gewaardeerd hebben. Het belangrijkste is dat de gesprekken rustig en in alle sereniteit konden plaatsvinden. Ik maakte vaak een tekening waarbij ik probeerde uit te leggen dat *the point of no return* erg nabij of al overschreden was. Als ik nadien thuiskwam, kreeg ik soms de vraag van mijn echtgenote wat er scheelde. Ik vertelde haar dan dat ik weer zo'n slechtnieuwsgesprek achter de rug had. Je neemt zo'n gesprek onvermijdelijk toch ook mee naar huis.

Niet alleen de patiënt, maar ook de familie kan veel baat hebben bij palliatieve zorg. Die biedt ondersteuning voor familieleden in de vorm van begeleiding, advies en soms zelfs praktische hulp bij de verzorging van de patiënt. Dit kan helpen om zich minder alleen en overbelast te voelen tijdens deze moeilijke periode. Ook hier is

niet elke familie hetzelfde. De ene familie heeft er meer behoefte aan dan de andere.

Als de laatste fase aangebroken is en het levenseinde nabij, kan de zorg verder worden aangepast aan de behoeften van de patiënt. De focus komt dan vooral te liggen op pijnverlichting en comfort, en minder op actieve behandeling. In deze periode kan spirituele of geestelijke zorg ook een belangrijke rol spelen, afhankelijk van de wensen van de patiënt en de familie. Het blijft voor alle betrokkenen een moeilijk, pijnlijk en droevig moment. Afscheid nemen went nooit, ook niet voor artsen en verpleegkundigen.

Ik heb bewust het woord 'euthanasie' niet gebruikt in dit gedeelte. We hebben in ons land een uitstekende euthanasiewet. Als daar behoefte of nood aan is, en de omstandigheden het toelaten, kan dat natuurlijk ook aangewend worden.

Er is iets in verband met euthanasie wat ik me in het verleden al vaak afgevraagd heb. Ik wil het hier wel eens neerschrijven. Euthanasie is een onderwerp dat politiek zeer beladen is. Het roept hevige emoties op. Er is in het verleden fel (terecht) over gediscussieerd. Maar hoeveel politici hebben ooit een kwartier op de rand van het bed gezeten van een patiënt die terminaal was? Hoeveel politici hebben ooit een gesprek op een zondagmiddag gehad met een familie waarvan de geliefde terminaal was? Hoeveel politici hebben ooit zelf euthanasie toegediend? Ik ben geen politicus, heb nooit die ambitie gehad, maar ik weet wel hoe euthanasie aanvoelt. Ik heb ze immers zelf ook moeten toedienen aan mijn patiënten. Ik kan je verzekeren dat dit ook voor een arts een zware opdracht is.

Hoe zijn de behandelingen de laatste decennia geëvolueerd?

De behandeling van darmkanker heeft de afgelopen dertig jaar een enorme evolutie doorgemaakt. Ik ben in 1982 als jonge arts in Antwerpen afgestudeerd en ben na zes jaar opleiding (waarvan één jaar in het buitenland) in juli 1988 als maagdarm-specialist begonnen in het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen. Als ik in het begin van mijn carrière bij iemand de diagnose van uitgezaaide darmkanker stelde, wist ik dat het verhaal na enkele maanden zou aflopen. Nu zijn er gelukkig mensen die tien jaar na diezelfde diagnose nog leven. En dat zijn gelukkig geen uitzonderingen meer.

 Als ik in het begin van mijn carrière bij iemand de diagnose van uitgezaaide darmkanker stelde, wist ik dat het verhaal na enkele maanden zou aflopen. Nu zijn er gelukkig mensen die tien jaar na diezelfde diagnose nog leven.

Er is dus een heel grote weg afgelegd. En ik heb het geluk gehad die hele weg van nabij te kunnen volgen. Die grote evolutie stemt mij hoopvol voor de toekomst. Ik blijf dromen van een wereld zonder darmkanker.

Die grote evolutie heeft geleid tot een veel betere overleving en een hogere levenskwaliteit voor de patiënten die met darmkanker geconfronteerd worden. Ik overloop samen met jullie graag verschillende vlakken waarop enorme vooruitgang is geboekt.

Verbeterde diagnostiek

Vroeger werd darmkanker vaak pas ontdekt als de ziekte gevorderd was of als de ziekte al uitgezaaid was. Dat had natuurlijk zijn effect op de destijds erg beperkte behandelingsmogelijkheden. Van een iFOB-test of een bevolkingsonderzoek was er in de verste verte nog geen sprake. Vandaag hebben we veel betere diagnostische moge-

lijkheden, van een eenvoudige stoelgangstest tot een met AI ondersteunde coloscopie.

Ik heb de opkomst van de stoelgangstesten meegemaakt. Eerst de zogenaamde guaiac-testen met de 'kaartjes' die toch niet gevoelig genoeg bleken en nogal omslachtig in gebruik waren. Later deden de iFOB-testen hun intrede. Ik herinner me nog goed dat ik in de werkgroep darmkanker van de Vlaamse overheid de andere leden moest overtuigen van het belang van deze nieuwe test. Dat heeft toch enkele maanden geduurd. In andere landen werd die al op grote schaal toegepast.

De huidige toestellen om een darmonderzoek uit te voeren zijn niet te vergelijken met de toestellen van eind jaren 80. Wist je overigens dat de eerste coloscopie iets meer dan vijftig jaar geleden werd uitgevoerd? Toch nog even terugkomen op mijn beginjaren in het Sint-Vincentiusziekenhuis in Antwerpen. Wist je dat er daar geen enkele computer aanwezig was? Of ja, wel op het labo. Zo'n grote kast met verschillende ronde schijven. Dat was alles. Uitslagen van het labo werden 's avonds op papier op ons bureau gebracht. Die moesten we dan met de hand overschrijven op een ruitjesblad voor het dossier van de patiënt. De tijden zijn echt veranderd. We hadden destijds ook geen CAT-scan in het ziekenhuis. Op de radiologie lag een schriftje waar we twee namen per week konden inschrijven van patiënten die dan in het UZA (Universitair Ziekenhuis Antwerpen) een CAT-scan konden laten uitvoeren. Nu gebeuren er meer dan honderd onderzoeken in het eigen ziekenhuis. De tijden zijn echt veranderd! Van een dagkliniek was er nog geen sprake. Het woord bestond zelfs nog niet. Ik hoef je wellicht niet te vertellen dat er van een gsm ook nog geen sprake was. Internet bestond niet, sociale media uiteraard ook niet.

De CAT-scan (of CT-scan) en de MRI's zijn ook veel gesofisticeerder en sneller geworden. De beeldkwaliteit van die scans is enorm

verbeterd. Je mag het gerust vergelijken met de evolutie die onze tv in al die jaren heeft doorgemaakt. Betere beelden, het scherper in beeld brengen van elk detail, van elke kleinste afwijking. Dat helpt natuurlijk ook bij de vroegtijdige opsporing, met alle gunstige gevolgen van dien.

Geavanceerde chirurgische technieken

De manier waarop darmkanker wordt geopereerd is ook drastisch veranderd. Vroeger werden deze operaties uitgevoerd via een grote snede in het midden van de buik. Dat leidde natuurlijk tot langere hersteltijden en een groter risico op complicaties. En een litteken van minstens vijftien tot twintig centimeter. Patiënten bleven minstens twee tot drie weken na een ingreep in het ziekenhuis. Tegenwoordig wordt meer en meer gebruik gemaakt van wat men noemt minimaal invasieve technieken. De kijkoperatie (laparoscopie) is ondertussen wel bekend. Ook de robotchirurgie heeft zijn intrede gedaan. Zaken waar destijds geen sprake van was. Deze technieken vereisen veel kleinere sneden, waardoor patiënten minder pijn hebben en ook veel sneller herstellen na de ingreep. Het verblijf in het ziekenhuis is in de meeste gevallen teruggebracht tot enkele dagen, maximum een week.

Chemotherapie, radiotherapie en gerichte behandelingen

Chemotherapie blijft ook vandaag een belangrijke behandelingsoptie voor darmkanker. De laatste jaren zijn er veel nieuwe geneesmiddelen en behandelingscombinaties ontwikkeld. Ik herinner me nog dat we eerst enkel 5-FU (5-Fluouracil) en ledervorin hadden als therapie naast of na de chirurgie. Het belangrijkste was immers de chirurgie, waarbij het verwijderen van de tumor primordiaal was. Nu beschikken we over een uitgebreid arsenaal van geneesmiddelen dat ik eerder heb toegelicht. Er zijn nu minstens vijftien verschillende geneesmiddelen die in de zogenaamde eerste-, tweede- of derdelijnsbehandeling kunnen worden gegeven. Dergelijke combinatiebehandelingen geven gelukkig een beter resultaat, en vaak ook minder nevenwerkingen.

Ook de radiotherapie heeft een enorme vooruitgang gemaakt. De toestellen zijn veel moderner en efficiënter geworden. De stralen kunnen nu veel beter worden afgelijnd, zodat enkel het tumorweefsel wordt bestraald. Het omgevende weefsel wordt zo goed mogelijk gespaard. De dosissen zijn ook aangepast. De duur van de bestraling is ook afgenomen. Het is net zoals met heel veel andere zaken. Denk maar eens terug aan het comfort van je eerste auto in vergelijking met de auto waarmee je vandaag rondrijdt.

De ontwikkeling van gerichte therapieën heeft ervoor gezorgd dat we de bloedvaten van de kankercellen of hun voedingsstoffen specifiek kunnen aanpakken. De klassieke voorbeelden zijn bevacizumab (Avastin) en cetuximab (Erbix). Deze geneesmiddelen hebben erg waardevolle bijdragen geleverd aan de behandeling van patiënten met aangetaste lymfeklieren en/of uitzaaiingen. En er zit nog veel in de pipeline!

Immunotherapie

We hebben het hier in dit boek al uitvoerig over gehad, maar dit is wellicht toch de grootste doorbraak van het laatste decennium: het immuunsysteem van de patiënt stimuleren om kankercellen aan te vallen. Dat leek vroeger meer op een sciencefictionverhaal. Zoals al eerder geschreven heeft immunotherapie met de zogenaamde checkpointinhibitoren vooral veelbelovende resultaten laten zien bij tumoren met hoge microsatellietinstabiliteit (MSI-H). Door hun talrijke genetische afwijkingen kunnen ze beter door het immuunsysteem worden herkend en bestreden. Immunotherapie biedt nieuwe hoop voor patiënten met vaak moeilijk behandelbare tumoren. Hopelijk kunnen er in de toekomst nog meer patiënten mee behandeld worden.

Gepersonaliseerde geneeskunde

Nog een belangrijke vooruitgang is de opkomst van de gepersonaliseerde geneeskunde. Dit houdt in dat behandelingen worden

afgestemd op de specifieke genetische en moleculaire kenmerken van de tumor van een individuele patiënt. Door genetische testen te doen, kunnen artsen beter begrijpen welke behandelingen waarschijnlijk het meest effectief zullen zijn. Dit betekent dat patiënten behandelingen kunnen krijgen die specifiek zijn afgestemd op hun uniek tumorprofiel. Dit leidt tot betere resultaten en minder bijwerkingen. Aan patiënten met darmkanker die dit boek lezen, raad ik aan hun specialist of oncoloog te vragen welke de biomarkers en/of eigenschappen zijn van hun tumor.

Ondersteuning door artificiële intelligentie

Daar heb ik het al uitgebreid over gehad. Artificiële intelligentie zal een steeds grotere rol gaan spelen in de behandeling van darmkanker. AI-systemen kunnen enorme hoeveelheden medische gegevens analyseren, zoals de beelden van de coloscopie, de biopsies en de diverse scans. Het kan de artsen helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen op basis van de nieuwste wetenschappelijke gegevens. Behandelingen kunnen nog beter individueel worden afgestemd, wat uiteindelijk iedereen ten goede zal komen.

Multidisciplinaire samenwerking

Er ligt tegenwoordig ook een grotere nadruk op multidisciplinaire benaderingen voor de behandeling van darmkanker. Dat vind ik misschien nog wel de allermooiste evolutie. In ieder ziekenhuis bestaat het M.O.C., het Multidisciplinair Oncologisch Consult. Wekelijks komen de verschillende medische specialisten en hun assistenten samen om een gepersonaliseerd behandelingsplan voor elke patiënt op te stellen. Dit leidt ongetwijfeld tot betere behandelingsresultaten en betere overleving van de patiënten. Samenwerking, daar zit ook een groot deel van de hoop in voor patiënten. Een tweede of zelfs derde advies vragen is vandaag geen uitzondering meer. Het hoort er eigenlijk gewoon bij. Hoe zou je zelf zijn?

Los van het puur medisch-wetenschappelijke is het ook belangrijk dat er nu veel meer aandacht wordt besteed aan psychosociale ondersteuning voor darmkankerpatiënten. Hierbij wil ik een hulde brengen aan alle maatschappelijk werkers, psychologen en patiëntenorganisaties die emotionele steun en hulp bieden bij het omgaan met de talrijke uitdagingen van deze ziekte. Dat psychosociale ondersteuning een uiterst belangrijke rol speelt bij het verbeteren van de levenskwaliteit en het welzijn van darmkankerpatiënten hoeft gelukkig geen betoog meer. Daar is iedereen nu wel van overtuigd.

Waarom kan darmkanker niet alleen met geneesmiddelen behandeld worden?

Een interessante vraag, die ik tot voor kort snel met 'Dat is niet mogelijk' had beantwoord. Iedereen begrijpt dat een gezwel van enkele centimeters operatief moet worden verwijderd. Met een klassieke buikoperatie of kijkoperatie, met bestraling of zonder bestraling. Het oude Latijnse gezegde 'Ubi pus, ibi evacua', of 'Waar etter zit, verwijderen', is ook hier van toepassing.

Maar zeer recent zijn de resultaten bekendgemaakt van een studie waarbij enkel een geneesmiddel werd gebruikt om darmkanker te behandelen. Het was (terecht) groot nieuws en mijn telefoon stond niet stil. Was nu eindelijk het wondermiddel tegen darmkanker gevonden? Als iets te mooi is om waar te zijn, is het meestal niet waar. Dat is ook met het geneesmiddel dostarlimab het geval. Dostarlimab heeft bij een beperkte groep patiënten met een specifiek type van endeldarmkanker voor een uitstekend en nooit eerder gezien resultaat gezorgd. Het waren patiënten waarbij de tumor welbepaalde genetische afwijkingen had (MSI-H of dMMR). Dat is jammer genoeg maar een klein deel van de patiënten met endeldarmkanker. Bij die patiënten leidde behandeling met dostarlimab wel tot het volledig verdwijnen van het gezwel, zonder dat heelkunde of bestraling nodig was! Dit is natuurlijk erg hoopgevend, maar deze vorm van immu-

notherapie kunnen we jammer genoeg niet toepassen bij iedereen die darmkanker heeft. Dostarlimab werkt door het immuunsysteem te helpen de kankercellen beter te herkennen en aan te vallen. Het blokkeert een eiwit (PD-1) dat normaal gesproken het immuunsysteem remt, waardoor het lichaam de kankercellen niet goed kan bestrijden. Door dit eiwit te blokkeren, kunnen de immuuncellen hun werk beter doen en de kanker aanpakken.

De resultaten van die studie moeten zeker op grotere schaal worden bevestigd. Belangrijk is natuurlijk om ook de resultaten op langere termijn te kennen. Blijft het gezwel definitief weg, of komt het na enkele jaren toch terug? Vragen die voorlopig nog onvoldoende beantwoord zijn. We mogen en moeten enthousiast zijn over nieuwe behandelingen, maar moeten toch ook de nodige voorzichtigheid en het nodige realisme aan de dag leggen.

Welke behandelingen zijn er op komst?

Wereldwijd wordt er volop onderzoek gedaan naar nieuwe behandelingen voor darmkanker. Het doel is om nog effectievere en meer gepersonaliseerde behandelingen te ontwikkelen. Ik probeer samen met jou in de pipeline te kruipen om te zien wat er op komst is.

1. K-RAS remmers

Een belangrijke doorbraak is de ontwikkeling van geneesmiddelen die zich richten op KRAS-mutaties. Deze mutaties komen vaak voor bij patiënten met darmkanker. Tot voor kort waren KRAS-mutaties moeilijk te behandelen. Nu zijn er nieuwe geneesmiddelen, zoals sotorasib (Lumakras®), die specifiek werken op bepaalde mutaties. Dit biedt nieuwe behandelingsmogelijkheden voor patiënten met KRAS-gemuteerde darmkanker, wat voorheen een hele uitdaging was. Vaak kwamen ze juist door die mutatie niet in aanmerking voor andere geneesmiddelen.

2. Immunotherapie

De onderzoekstrein van de immunotherapie raast aan hoge snelheid door het wetenschappelijk landschap. Daar hebben we echt nog niet het laatste van gezien. Het immuunsysteem zo goed mogelijk versterken om darmkankercellen specifiek aan te vallen en te vernietigen is een grote uitdaging. Daar waar de huidige geneesmiddelen vooral interessant zijn bij patiënten met microsatelliet instabiele (MSI-H) tumoren, proberen onderzoekers immunotherapie ook effectiever te maken voor een bredere groep darmkankerpatiënten door nieuwe middelen te ontwikkelen. Dat zou schitterend zijn, want tot op heden komt de grote meerderheid van de darmkankerpatiënten nog niet in aanmerking voor de huidige immunotherapie.

3. Car-T-celtherapie

Car-T-celtherapie is een zeer interessante ontwikkeling. Het is een behandeling waarbij de immuuncellen van de patiënt in het laboratorium worden aangepast om kankercellen beter te kunnen aanvallen. Hoewel deze therapie vooral succesvol is gebleken bij bloedkankers, wordt nu onderzocht of ze ook kan helpen bij solide (vaste) tumoren zoals darmkanker. Dit is een zeer complex proces, maar er worden toch hoopgevende stappen gezet.

4. Doelgerichte behandelingen

Doelgerichte behandelingen die zich richten op specifieke eigenschappen van kankercellen worden ook steeds belangrijker. Geneesmiddelen zoals trastuzumab (Herceptin®) en pertuzumab (Perjeta®) zijn veelbelovend voor patiënten met HER2-positieve darmkanker. Deze geneesmiddelen richten zich op de HER2-receptor, wat de tumor kan laten krimpen bij patiënten die niet goed reageren op andere behandelingen.

5. Tumor-agnostische behandelingen

Er is ook groeiend onderzoek naar behandelingen die zich richten op de genetische kenmerken van de kanker, ongeacht waar die in het lichaam zit. Een voorbeeld hiervan is larotrectinib (Vitrakvi®), dat werkt tegen een specifieke genetische afwijking (NTRK-fusie). Dit soort behandelingen is bijzonder omdat ze niet afhankelijk zijn van de locatie van de kanker, maar van de genetische samenstelling ervan.

6. Microbioom-onderzoek

Ook hier hebben we het laatste nog niet van gezien. Er wordt volop onderzocht wat de precieze link is tussen ons microbioom enerzijds en darmkanker anderzijds. Hoe kunnen we ons microbioom aanpassen waardoor de effectiviteit van de behandelingen vergroot? Een vraagteken dat hopelijk in de (nabije) toekomst kan worden opgelost en plaats kan maken voor een uitroepteken.

7. Nanotechnologie

Nanotechnologie biedt veelbelovende mogelijkheden voor de toekomstige behandeling van darmkanker. Nanodeeltjes (minuscule deeltjes van een stof ter grootte van 1 tot 100 nanometer, met andere woorden héél héél klein!) kunnen worden gebruikt om geneesmiddelen gericht en nauwkeurig naar kankercellen te brengen, zonder het gezonde weefsel te beschadigen. Hierdoor kunnen de bijwerkingen van behandelingen zoals chemotherapie aanzienlijk worden verminderd. Een belangrijk voordeel van nanotechnologie is dat het geneesmiddelen kan vervoeren naar moeilijk bereikbare tumoren of meer specifiek naar uitgezaaide kankercellen. Deze nanodeeltjes kunnen zo worden ontworpen dat ze de kankercellen herkennen en gericht aanvallen, wat de effectiviteit van de behandeling enorm vergroot. Het klinkt allemaal als een James Bond-film, maar ik kan je verzekeren dat dit ooit werkelijkheid wordt. Onderzoekers zijn ook bezig met het ontwikkelen van nanosensoren die vroege stadia van darmkanker

kunnen detecteren door minuscule veranderingen in het lichaam te meten. Dit moet leiden tot snellere en nauwkeurigere diagnoses, waardoor behandelingen in een heel vroeg stadium kunnen beginnen. De kans op succes zal dan natuurlijk ook veel groter zijn. Nanotechnologie heeft dus de mogelijkheid om darmkankerbehandelingen preciezer, effectiever en vooral veiliger te maken in de toekomst.

Ik ben erg hoopvol voor de toekomst wat de behandeling van darmkanker betreft. Het ziet er allemaal veelbelovend uit. Het kost enorm veel inspanningen en het kost enorm veel geld. Maar het is absoluut de moeite waard. Er sterven jammer genoeg nog veel te veel mensen aan darmkanker. Ik blijf het herhalen, de beste behandeling is vroegtijdige opsporing. Dat is goedkoop en heeft zijn waarde al uitvoerig bewezen. Laat daar absoluut niet de minste twijfel over bestaan. Misschien goed om nog eens mijn grote boodschap ook op deze plaats te herhalen. Die is trouwens heel simpel, zelfs poepsimpel. Doe. De. Test!

Is levertransplantatie een behandeling voor uitzaaiingen in de lever?

Normaal gesproken worden uitzaaiingen naar de lever behandeld met operaties, chemotherapie of andere lokale technieken. Levertransplantatie is echter een nieuwe en opkomende optie voor een kleine, geselecteerde groep patiënten.

Deze behandeling is vooral bedoeld voor patiënten waarbij de darmkanker alleen naar de lever is uitgezaaid en er dus nog geen andere uitzaaiingen in het lichaam zijn. De lever is een van de eerste plekken waar darmkanker zich naar kan verspreiden, omdat de lever direct bloed ontvangt van de darmen. Het is als het ware de eerste stopplaats van de uitzaaiingen vanuit de dikke darm. Bij sommige patiënten met

uitzaaiingen die niet heelkundig kunnen worden verwijderd, kan een levertransplantatie in combinatie met chemotherapie een optie zijn. Recent onderzoek, waarbij mijn vriend en emeritus professor Jan Lerut nauw betrokken is, heeft aangetoond dat dit kan leiden tot een veel langere levensverwachting. Nogmaals, dit geldt enkel voor patiënten die geen andere uitzaaiingen hebben. Het voordeel van een levertransplantatie is dat het hele aangetaste orgaan wordt vervangen, wat mogelijk de verdere verspreiding van de kanker kan stoppen.

Er is wel een tekort aan donorlevers. Als er een nieuwe donorlever ter beschikking komt, is de vraag wie de meest geschikte patiënt is om die te krijgen. De selectie van de (meestal jonge) patiënten moet dan ook erg zorgvuldig gebeuren. Na de levertransplantatie moeten de patiënten levenslang geneesmiddelen nemen om te voorkomen dat hun lichaam de nieuwe lever afstoot. Deze geneesmiddelen kunnen het immuunsysteem verzwakken, wat kan leiden tot een hoger risico op infecties en mogelijk zelfs de terugkeer van kanker.

Levertransplantatie voor patiënten met darmkanker en uitzaaiingen naar de lever is nog steeds een experimentele behandeling. Het wordt alleen in zeer specifieke situaties toegepast en is voorlopig zeker nog geen standaardbehandeling. Toch biedt deze techniek hoop voor patiënten die anders geen behandelingsopties meer hebben. Ongetwijfeld zal verder onderzoek moeten aantonen wat de juiste plaats van levertransplantatie is in deze specifieke situatie.



GETUIGENIS VAN SABINE

'OVER DARMKANKER HANGT PRECIES EEN WAAS'

Al jaren beweert ik dat tien jaar wachten om te testen, na een coloscopie, veel te lang is. Maar dit zijn vijgen na Pasen.

Op 6 april van dit jaar liet ik een coloscopie doen, na een slechte stoelgangtest. Na de ingreep had ik al direct door dat er iets niet pluis was. Ik zag het aan de gedragingen van het medisch personeel. De dokter was kort van stof. Ze had iets gezien dat te groot was om zo weg te nemen. Daar stond ik dan. Op 18 april dan kwam het verdict: darmkanker aan de rechterzijde, boven waar de appendix zich had bevonden. Er werd uitgelegd wat er zou worden weggenomen, en dat ik nadien waarschijnlijk nog zes maanden chemo moest krijgen.

De volgende dag had ik een afspraak met de chirurg. Die dagen zit je in een rollercoaster en gebeurt alles precies boven je hoofd. Op 2 mei werd de operatie uitgevoerd. Die viel al bij al goed mee. Ik was blij dat 'het' eruit was. De volledige rechterkant is weggenomen, samen met zeventien klieren, waarvan twee positief. Op 12 juli werd chemo gestart. Tijdens de eerste twee kuren was ik vaak misselijk. Recent kreeg ik de vijfde chemo, en ik moet zeggen dat de laatste drie eigenlijk best meevielen. Soms wat minder eetlust, soms vermoeid, maar als ik op die manier het vieze beestje kan verslaan neem ik het er 'graag' bij.

Ik vind het spijtig dat je als darmkankerpatiënt weinig info en activiteiten vindt. Alles draait precies rond borstkanker, wat ik uiteraard niet wil minimaliseren. Maar over darmkanker hangt precies een waas.



EERSTE KLEINKIND*

* Mis het niet door darmkanker. Doe.De.Test



6. HOE GROOT IS DE IMPACT VAN DE LEVENSTIJL?

Vergroot een ongezonde levensstijl de kans op darmkanker?

Het antwoord is natuurlijk eenvoudig en glashelder. Ja, een ongezonde levensstijl vergroot de kans op darmkanker. Ook voor de Wereldgezondheidsorganisatie is het antwoord duidelijk. Een van de belangrijkste oorzaken voor de grote stijging van het aantal (darm)kankergevallen is de westerse levensstijl. Ja, zo cru stelt de WHO het in een recent rapport. Uiteraard spelen volgens deze organisatie factoren zoals de toenemende vergrijzing en de bevolkingsgroei een belangrijke rol, maar de verspreiding (ook naar het oosten) van westerse leefgewoonten valt echt niet te onderschatten. Met die westerse levensstijl wijst de WHO natuurlijk in de richting van overgewicht, onvoldoende beweging, alcohol en roken. Maar ook rood vlees staat op de risicolijst.

 Een van de belangrijkste oorzaken voor de grote stijging van het aantal (darm)kankergevallen is de westerse levensstijl.

De WHO verklaart de toename van het aantal patiënten met darmkanker grotendeels aan deze sleutelfactoren. Zelf wil ik dat toch een beetje nuanceren. Een ongezonde levensstijl bij de jongere generatie kan een belangrijke rol spelen, maar evengoed een verandering in onze darmflora. Of die verandering in de darmflora enkel en alleen kan worden toegeschreven aan deze sleutelfactoren is wellicht iets te kort door de bocht gaan. Ik vergelijk de oorzaak van darmkanker graag met een puzzel. We kennen al verschillende belangrijke stukjes van de puzzel (leeftijd, voeding, overgewicht, poliepen, roken, alcoholgebruik), maar sommige stukjes zijn nog onduidelijk of ontbreken. Wat mij betreft is met onze darmflora een van de meest belangrijke stukjes van de puzzel gevonden. We weten alleen nog niet zo goed hoe groot dit stukje is en waar het precies moet worden gelegd. Daarnaast is het ook zo dat een gezonde levensstijl geen garantie is om geen darmkanker te krijgen. Dat heb ik tijdens mijn carrière

jammer genoeg vaak moeten vaststellen en uitleggen. Is er dan ook een factor pech bij? Wellicht wel. Iets met ons immuunsysteem? Iets met lucht- en/of milieuverontreiniging? Iets met microplastics? Ongetwijfeld ontbreken er nog stukjes van de puzzel.

Het is niet omdat levensstijl geen 100 procent zekerheid biedt dat we ons snel van dit onderwerp moeten afmaken. Integendeel. Ik kan alleen maar toejuichen dat er meer en meer aandacht is voor wat levensstijlgeneeskunde genoemd wordt (*lifestyle medicine*). Je mag het gerust een discipline of specialisatie op zich noemen. En deze discipline is wellicht veel belangrijker dan we de laatste decennia dachten. Levensstijlgeneeskunde is een manier van geneeskunde die zich richt op het verbeteren van je gezondheid door je levensstijl te veranderen. In plaats van alleen geneesmiddelen te gebruiken om ziektes te behandelen, kijkt levensstijlgeneeskunde naar hoe je dagelijks leeft en hoe dit je gezondheid beïnvloedt. De nadruk ligt vooral op gezond eten, regelmatig bewegen, stress verminderen, goede slaap, goede relaties en stoppen met slechte gewoontes (bijvoorbeeld minder of helemaal geen alcohol drinken en stoppen met roken). Levensstijlgeneeskunde helpt niet alleen om ziektes zoals diabetes, hartziekten en overgewicht te voorkomen, maar kan ook helpen om ze te verbeteren of zelfs om te keren. Het is een manier om gezonder te leven zonder alleen afhankelijk te zijn van geneesmiddelen. Hopelijk vergeten de collega's die deze discipline beoefenen niet om met hun patiënten ook over de stoelgangstest te spreken! Hen kennende, heb ik er goede hoop op.

Preventie is geen toverwoord, zeg ik altijd. Het werkt! Zeker als het over darmkanker gaat.

Waarop moet ik letten qua voeding?

Ik vermoed dat er lezers zijn die – nadat ze de inhoudstafel doorlopen hebben – onmiddellijk met dit stukje zullen beginnen. Voeding speelt natuurlijk een belangrijke rol qua preventie van darmkanker. We krijgen er heel veel vragen over. Het is altijd opletten geblazen om die niet te algemeen of te vaag te beantwoorden.

Een gezond voedingspatroon kan het risico op darmkanker verminderen. Het is niet gemakkelijk om daar een cijfer of percentage op te plakken. Maar wat omvat een gezond voedingspatroon? Als het over de preventie van darmkanker gaat, komen we snel terecht bij vezelrijke voeding, zoals groenten, fruit, volle granen, peulvruchten en noten. Vezelrijke voedingsmiddelen spelen een belangrijke rol bij het bewaren van een gezonde darmfunctie. Ze bevorderen de spijsvertering en helpen bovendien bij het reguleren van de darmtransit. Hoe sneller schadelijke stoffen ons darmstelsel verlaten, hoe beter. Vette vis staat ook hoog op het lijstje van gezonde voeding. Makreel, zalm, haring, sardines en forel zijn rijk aan omega-3-vetzuren, die een beschermende rol spelen bij het ontstaan van darmkanker. Het is ook een rijke bron van calcium en vitamine D, die allebei een belangrijke rol spelen bij het behoud van een gezonde darmfunctie.

 Vezelrijke voedingsmiddelen spelen een belangrijke rol bij het bewaren van een gezonde darmfunctie.

Andere voedingsmiddelen die rijk zijn aan calcium en vitamine D zijn melk, yoghurt, kaas en groene bladgroenten (broccoli, sla, spinazie, kool, waterkers...). Wie lactose-intolerant is, moet hier natuurlijk wel oppassen. Lactose-intolerantie kan trouwens heel lang sluimeren zonder dat je er grote klachten van hebt. Vaak wordt de diagnose pas na enige tijd gesteld. Ook dat soort problemen moet je met je huisarts bespreken.

Voedingsmiddelen die rijk zijn aan verzadigde vetten (en zogenaamde transvetten), zoals gefrituurd voedsel of volle zuivelproducten, kunnen het risico op darmkanker verhogen. Probeer deze voedingsmiddelen dus te vervangen door gezondere vetten zoals onverzadigde oliën, noten en zaden. Kies voor verse, onbewerkte voedingsmiddelen wanneer mogelijk.

‘An apple a day keeps the doctor away’ is een bekend Engels gezegde, ook bij ons. Ik denk niet dat ik nog op het belang van voldoende groenten en fruit moet wijzen. Maar er is natuurlijk meer om te bespreken. Hoe zit het bijvoorbeeld met rood vlees?

Is er iets mis met rood vlees eten?

Daar is niets mis mee, maar het lijkt me het ideale moment om dit op deze plaats wat meer toe te lichten. Enkele jaren geleden, ik herinner het mij alsof het gisteren was, werd de hele wereld op een maandagmorgen opgeschrikt met een duidelijke boodschap van de WHO. De titel van haar persbericht was erg duidelijk: ‘Rood vlees is kankerverwekkend.’ In één adem werd eraan toegevoegd dat het risico op darmkanker toenam met 25 procent. Men stelde zelfs dat daardoor het risico op darmkanker tot 30 procent opliep. Het gemiddelde risico bedraagt 5 procent, tel daar 25 procent bij, en je komt aan 30 procent. Dat was natuurlijk wel heel erg kort door de bocht! Ik was op dat ogenblik op een congres in Barcelona en kreeg een telefoontje uit Brussel. Het waren de mensen van het actualiteitsprogramma *Terzake* die me vroegen om ’s avonds in de studio toelichting te komen geven bij dit belangrijk nieuws. Ik stelde voor een andere collega te contacteren, want voor mij was het praktisch niet mogelijk om even op en neer te vliegen. In die tijd bestonden nog geen videocalls, die nu dagelijkse kost zijn.

Wie het rapport van de WHO meer in detail las, merkte op dat de auteurs het vooral hadden over verwerkt rood vlees. Je weet wel:

charcuterie, worstjes, salami, et cetera. Dat was dus toch al iets anders dan alle rood vlees. Wie nog wat verder las, zag dat die 25 procent toename eerder sloeg op het gemiddelde risico. Wie een beetje kan rekenen weet dat 25 procent van 5 procent 1,25 procent is. Het risico op darmkanker door te veel verwerkt rood vlees te eten, liep dus op van 5 naar 6,25 procent. Klein rekenfoutje, maar het kwaad was al geschied. Heel de wereld was erop gewezen dat rood vlees kankerverwekkend is en dat het risico tot 30 procent kan oplopen. Mis dus! Het persbericht van een week later, waarin de WHO haar communicatie- en rekenfout toegaf, heeft amper iemand gelezen. Ik zou zeggen: opletten met die titels. Ze zorgen ongetwijfeld voor veel media-aandacht, maar ze zijn vaak erg misleidend en niet juist.



Gezondheidsorganisaties wereldwijd adviseren om de consumptie van rood en vooral bewerkt rood vlees te beperken om het risico op darmkanker te verminderen.

Laten we nu even wat meer in detail bespreken waar de problemen zitten met rood vlees.

1. Hoge temperaturen en schadelijke chemische stoffen

Wanneer rood vlees op hoge temperatuur wordt gekookt, zoals bij grillen, barbecueën of braden, kunnen er schadelijke chemische stoffen ontstaan zoals heterocyclische aminen (HCA's) en polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's). Beide stoffen kunnen het DNA van darmcellen beschadigen. Ik heb eerder al uitgelegd dat dit aanleiding kan geven tot mutaties en eventueel darmkanker. Het koken op lagere temperaturen en het vermijden van verbranding kan helpen om de vorming van die schadelijke stoffen te verminderen. Het marineren van het vlees kan de vorming van toxische stoffen ook verminderen. Ik heb dus niets tegen een barbecue – kan heel gezellig zijn – maar niet drie maanden lang elke avond tijdens de zomer! Daar is het trouwens bij ons ook geen weer voor.

2. **Heme-ijzer**

Rood vlees is erg rijk aan heme-ijzer, een vorm van ijzer die gemakkelijk door ons lichaam wordt opgenomen. Hoewel heme-ijzer belangrijk is voor onze gezondheid, kan het ook bijdragen aan schadelijke verbindingen in de darm. Deze verbindingen kunnen het darmslijmvlies beschadigen, ontstekingen veroorzaken en uiteindelijk bijdragen aan de ontwikkeling van darmkanker.

3. **Nitraten en nitrieten in verwerkt vlees**

Bewerkt vlees, zoals ham, spek, worst en salami, bevat vaak bewaarmiddelen zoals nitraten en nitrieten. Deze stoffen worden gebruikt om de houdbaarheid te verlengen en de smaak te verbeteren. In ons lichaam kunnen nitraten en nitrieten worden omgezet in nitrosaminen. Deze stoffen zijn in principe kanker-verwekkend. Dus hier is ook erg duidelijk: je mag salami en een worstje eten, maar alles met mate.

De Wereldgezondheidsorganisatie, via haar International Agency for Research on Cancer (IARC), heeft bewerkt rood vlees geclassificeerd als 'kankerverwekkend voor de mens' (groep 1). Dit betekent dat er voldoende bewijs is dat het kanker kan veroorzaken. Rood vlees is geclassificeerd als 'waarschijnlijk kankerverwekkend voor de mens' (groep 2A), wat aangeeft dat er beperkt maar overtuigend bewijs is voor een verhoogd risico op darmkanker.

Gezondheidsorganisaties wereldwijd adviseren om de consumptie van rood en vooral bewerkt rood vlees te beperken om het risico op darmkanker te verminderen. Wij sluiten ons met de vzw Stop Darmkanker hierbij aan. Ook de Hoge Gezondheidsraad beveelt aan om het verbruik van rood vlees te beperken tot 500 gram per week. Hoe ziet je week er dan uit? Dan mag je nog vier keer vlees bij een warme maaltijd eten, waarvan twee keer kip, één varkensfiletlapje en één rundertartaar. Je mag ook drie keer vleeswaren op je boterham

doen en eventueel één keer een vleessnack. Dat lijkt me toch nog behoorlijk veel voor de liefhebbers van vlees.

De voorkeur gaat naar magere stukken vlees en gezondere kookmethoden, zoals het stoven of stomen van vlees. Het koken van vlees op lagere temperaturen en het vermijden van verbranding kan helpen om de vorming van HCA's en PAK's te verminderen. Er zijn gelukkig genoeg alternatieven voor bewerkt rood vlees zoals gevogelte, vis, peulvruchten of tofu. Er is niks mis met een stukje kalkoenvlees of een kipfilet. Je mag ook niet vergeten dat niet alle soorten rood vlees gelijk zijn. De kwaliteit en vooral de bereidingswijze kunnen ook een groot verschil maken. De ene hotdog is de andere niet en een schelletje verfijnde heerlijke Italiaanse mortadella is niet te vergelijken met te hard doorgebakken spek.

Ik beken eerlijk dat ik ook wel graag eens een steak tartaar eet of 's zondags op mijn *pistolekes* salami doe. Maar niet elke dag van de week, en zeker geen drie keren per dag. 'Alles met mate' blijft mijn voedingsadvies.

Ik wil dit stukje over rood vlees toch nog afsluiten met iets waar ik eigenlijk zelden of nooit iemand iets hoor over vertellen. Het is ondertussen meer dan tien jaar geleden dat Amerikaanse onderzoekers een genetische variant ontdekten die het risico op darmkanker verhoogt bij personen die rood vlees of verwerkt rood vlees eten. Die genetische variant is aanwezig bij één op de drie mensen! Je kan dit jammer genoeg niet via een bloedonderzoek bij je huisarts laten bepalen. Wie weet komt dat ooit nog?

Waarom zijn vezels zo belangrijk?

Er wordt al lang gesproken over het belang van een vezelrijke voeding. Maar wat doen die vezels nu eigenlijk en waarom moeten we er voldoende van eten?

Vezels of vezelrijke voeding zijn erg belangrijk in de preventie van darmkanker om verschillende redenen. Allereerst helpen vezels om je stoelgang of ontlasting zachter en groter te maken. Vezels worden immers niet opgenomen door onze darmen en trekken vocht aan, waardoor de stoelgang volumineuzer wordt. Dit zorgt voor een regelmatige stoelgang, wat helpt om schadelijke stoffen snel uit je lichaam te verwijderen. Als de stoelgang te lang in je darmen blijft, kunnen schadelijke stoffen langer contact maken met de binnenkant van de darmwand. Dit houdt op zich al een risico in tot beschadiging van de darmwand.

 Vezels worden niet opgenomen door onze darmen en trekken vocht aan, waardoor de stoelgang volumineuzer wordt. Dit zorgt voor een regelmatige stoelgang, wat helpt om schadelijke stoffen snel uit je lichaam te verwijderen.

Daarnaast worden vezels in de dikke darm afgebroken door darmbacteriën, waarbij stoffen zoals butyraat vrijkomen. Butyraat heeft ontstekingsremmende eigenschappen en kan de gezondheid van de darmcellen verbeteren. Het is eigenlijk een natuurlijke energiebron voor de darmcellen. Het helpt de darmwand te beschermen en vermindert het risico op ontstekingen, een bekende risicofactor voor de ontwikkeling van darmkanker.

Een vezelrijke voeding draagt op zich ook bij tot een gezonde darmflora. Wanneer vezels de dikke darm bereiken dienen ze als voedsel voor goede darmbacteriën. Die goede bacteriën helpen bij het verteren van voedsel en produceren gunstige stoffen zoals korteketenvet-

zuren (zoals butyraat). Een gezonde darmflora speelt een belangrijke rol bij het behoud van een sterk immuunsysteem en het voorkomen van chronische ontstekingen in de darm. Daar heb ik het eerder in dit boek al uitgebreid over gehad. Je weet nog wel, het ‘vergeten orgaan’. Een ongezonde darmflora kan leiden tot de productie van meer schadelijke stoffen en een verminderde bescherming tegen de vorming van tumoren.

Bovendien zorgt een vezelrijk dieet voor een hogere inname van gezonde voedingsstoffen. Vezels zijn rijk aan diverse vitamines, mineralen en antioxidanten. Deze voedingsstoffen dragen allemaal bij aan je algehele gezondheid en bescherming tegen kanker. Dat maakt deel uit van wat we noemen primaire preventie. Daarom is het belangrijk om genoeg vezels in je dagelijkse voeding op te nemen. Het is een eenvoudige en effectieve manier om je gezondheid te beschermen en het risico op darmkanker te verlagen. Nogmaals: het is géén garantie om géén darmkanker te krijgen! Dat wil ik toch nog eens beklemtonen.

Welke voedingsmiddelen bevatten veel vezels?

Ik wil hier zeker geen kookboek van maken, maar het is misschien toch belangrijk om nog even op die vezels terug te komen. Ik kan me voorstellen dat je je intussen afvraagt waarin die vezels dan wel zitten. Hier een kort overzicht.

1. **Fruit:** bessen, appels, peren en sinaasappels zijn zeker goede keuzes.
2. **Groenten:** wist je dat broccoli erg rijk is aan vezels? Maar wortelen, artisjokken, spruitjes en zoete aardappelen zitten ook vol vezels.

3. **Volkorenproducten:** volkorenbrood, volkorenpasta, bruine rijst, haver en quinoa zijn uitstekende bronnen van vezels.
4. **Peulvruchten:** bonen, linzen en erwten bevatten veel vezels en zijn ook heel voedzaam.
5. **Noten en zaden:** amandelen, chiazaad, lijnzaad en walnoten zijn makkelijk toe te voegen aan je dagelijkse voeding en bevatten veel vezels.
6. **Granen:** zilvervliesrijst en gerst zijn rijk aan vezels en kunnen als basis voor veel maaltijden dienen.

Door deze vezelrijke voedingsmiddelen regelmatig te eten, help je je spijsvertering gezond te houden, zorg je voor een regelmatige stoelgang en verlaag je je risico op darmkanker.

Je hebt je intussen misschien ook al afgevraagd hoeveel vezels je per dag moet eten. Wel, het wordt aangeraden dat volwassenen dagelijks 25 tot 30 gram vezels eten. Dat lijkt veel. Laat me je toch één concrete tip geven: met één eetlepel chiazaad en één eetlepel lijnzaad zit je al aan 10 gram! Je weet wat je de volgende keer bij je yoghurt kan doen!

Ik ben erg benieuwd of je boodschappentas of winkelkarretje er de volgende keer anders zal uitzien.

Hoe gevaarlijk zijn overgewicht, roken en slecht slapen?

Ik hoop dat iedereen beseft dat dit drie belangrijke risicofactoren zijn. In het algemeen voor je gezondheid, maar ook wat betreft het risico op darmkanker. Daar bestaat geen twijfel over. Laten we het hoe en waarom toch nog eens in het kort bespreken.

Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor darmkanker. Mensen met overgewicht hebben meer vetweefsel in hun lichaam. Dit vetweefsel produceert extra hormonen zoals insuline en leptine, die ontstekingen in het lichaam in de hand kunnen werken. Chronische ontstekingen kunnen het darmweefsel beschadigen en kunnen ervoor zorgen dat darmcellen abnormaal gaan groeien, wat uiteindelijk kan leiden tot darmkanker.

 Mensen die vaak te weinig slapen of een verstoord slaapritme hebben, lopen meer kans op darmkanker.

Overgewicht verhoogt ook de kans op insulineresistentie en diabetes van het type 2, of suikerziekte. Bij insulineresistentie moet het lichaam meer insuline aanmaken om de bloedsuikerspiegel onder controle te houden. Hogere insulineniveaus kunnen de groei van darmcellen stimuleren, waardoor het risico op darmkanker toeneemt.

Verder produceert vetweefsel bepaalde eiwitten zoals adipokines, die de groei van kankercellen bevorderen. Deze eiwitten kunnen de normale celgroei verstoren en op die manier ook weer betrokken zijn bij de vorming van darmkanker.

Laat me ook hier duidelijk zijn: overgewicht is nergens goed voor. Niet voor je hart, niet voor je gewrichten en zeker niet over je darmen. Ik weet dat dit wat 'zeurderig' kan klinken, maar het is nu eenmaal zo.

Roken is ook voor niets goed! Al heb ik enkele patiënten met colitis ulcerosa ooit nicotinepleisters voorgeschreven. Dat moet ongetwijfeld een van de enige ziektes zijn waarbij roken (of eigenlijk: nicotine) heilzaam kan zijn. Voor de rest is het vrij simpel: roken is heel slecht voor je gezondheid, ook wat betreft het risico op darmkanker. Dat valt echt niet goed te praten. Tabaksrook bevat talrijke schadelijke en kankerverwekkende chemische stoffen. Wanneer je rookt, komen deze stoffen in je bloedbaan terecht en kunnen ze verschillende organen beschadigen, inclusief je darmen. Deze chemische stoffen kunnen DNA-schade veroorzaken in de cellen van je darmwand. DNA-schade die kan leiden tot mutaties die kankerverwekkende veranderingen in de cellen veroorzaken. Bovendien verzwakt roken je immuunsysteem, waardoor je lichaam minder goed in staat is om abnormale cellen op te sporen en te vernietigen. Laat het mij nog maar eens duidelijk samenvatten in één korte zin. Rokers hebben een verhoogd risico op darmkanker!

Je hebt er wellicht nog niet vaak bij stilgestaan. Maar wist je dat als je acht uur per dag slaapt, je één derde van je leven in bed ligt? Er is de laatste jaren ook heel veel onderzoek gedaan over de effecten van een slechte slaap. Ook wat betreft het risico op darmkanker. Het lijkt me de moeite om er toch even bij stil te staan. Recente studies tonen aan dat slecht slapen het risico op darmkanker vergroot. Mensen die vaak te weinig slapen of een verstoord slaapritme hebben, lopen meer kans op darmkanker. Hier zijn een paar redenen voor. Als je niet genoeg slaapt, kan je lichaam niet genoeg herstellen van de inspanningen van overdag. Dat kan leiden tot chronische ontstekingen waarvan we weten dat ze een effect op het darmslijmvlies kunnen hebben. Beschadigde darmcellen hebben dan een grotere kans om abnormaal te worden en zich te ontwikkelen tot kankercellen. Een slechte slaap verzwakt ook het immuunsysteem dat je lichaam helpt om abnormale cellen, zoals bijvoorbeeld kankercellen, te herkennen en te vernietigen. Als je niet genoeg slaapt, wordt je immuunsysteem zwakker en minder effectief. Hierdoor kunnen abnormale cellen makkelijker

groeien en zich verspreiden. Tijdens de slaap maakt je lichaam hormonen zoals melatonine aan. Melatonine regelt je slaap-waakritme en heeft ook kankerbestrijdende eigenschappen. Melatonine helpt onder meer bij het herstellen van schade aan je cellen. Als je te weinig slaapt, maak je minder melatonine aan, waardoor de kans op DNA-schade en uiteindelijk kanker toeneemt.

Slecht slapen leidt ook tot een verstoord evenwicht in andere hormonen, zoals verhoogde niveaus van stresshormonen. Ook deze hormonen kunnen ontstekingen bevorderen en je immuunsysteem verzwakken. Dit draagt allemaal bij tot een verhoogd risico op darmkanker. Er zijn ook aanwijzingen dat mensen met nachtdiensten of onregelmatige werktijden een hoger risico op darmkanker hebben. Dit komt omdat hun biologische klok verstoord geraakt en ze vaak minder goede slaap hebben. De verstoring van hun slaappatroon kan bijdragen aan een verhoogd risico op darmkanker.

Probeer echt werk te maken van een goede slaap. Zorg voor een rustige en donkere slaapomgeving en probeer toch maar zacht te dromen.

Ik hoop dat je hier vannacht niet van wakker ligt.

Hoe zit dat met die geraffineerde suikers?

De laatste jaren hoor je ook meer en meer spreken over het probleem van geraffineerde suikers. Ook zij zouden het risico op onder meer darmkanker verhogen. Vooraleer hier verder op in te gaan is het natuurlijk nodig om uit te leggen wat geraffineerde suikers zijn. Dat zijn suikers die tijdens het maken van voedsel worden toegevoegd of die bewerkt zijn om hun oorspronkelijke voedingsstoffen te verwijderen. Dit soort suikers komt voor in veel bewerkte voedingsmiddelen zoals frisdranken, snoep, koekjes en gebak. Het raffinageproces

verwijdert de natuurlijke vezels, vitamines en mineralen, waardoor alleen de zoete, witte suiker overblijft. Ik denk dat het goed is om ook hier enkele concrete voorbeelden van geraffineerde suikers te geven.

1. **Witte suiker:** dit is de gewone 'kristalsuiker' die je vaak in je koffie en thee doet en gebruikt bij het bakken.
2. **High-fructose corn syrup (HFCS):** dit is een zoetstof die veel in frisdrank, snoep en andere verwerkte snacks zit.
3. **Bruine suiker:** dit lijkt dan wel gezonder, maar het is eigenlijk witte suiker met een beetje melasse, een stroopachtig bijproduct van de productie van suiker uit suikerriet of suikerbieten. Hierdoor krijgt de witte suiker die typische bruine kleur.
4. **Glucosestroop:** dit zit vaak in snoep en gebak en maakt producten zacht en houdbaar.
5. **Poedersuiker:** dit is fijngemalen witte suiker die vaak wordt gebruikt om gebak te versieren.

Als je dit lijstje hebt gelezen, schrik je wellicht van hoe vaak en hoe veel je dergelijke geraffineerde suikers gebruikt. Het ziet er allemaal zo lekker uit, maar is het echt wel zo gezond?

In tegenstelling tot natuurlijke suikers, die je vindt in groenten en zuivelproducten, bevatten geraffineerde suikers geen gezonde voedingsstoffen. Ze leveren eigenlijk alleen wat je zou kunnen noemen lege calorieën en kunnen snel je bloedsuikerspiegel laten stijgen. Er zijn steeds meer en meer aanwijzingen dat het (overmatig) eten van veel geraffineerde suikers het risico op darmkanker verhoogt. Door het feit dat je bloedsuikerspiegel snel stijgt, moet je lichaam meer insuline produceren om je bloedsuiker weer omlaag te brengen. Het probleem is dat hoge insuline- en bloedsuikerspiegels kunnen leiden tot chronische ontstekingen in het lichaam. Deze ontstekingen kunnen op hun beurt de groei van kankercellen stimuleren, ook in de darmen. Voeding rijk aan geraffineerde suikers en dus arm aan vezels is zeker geen goede zaak voor je lichaam en in het bijzonder

voor je darmen. Het gaat alleen maar overgewicht en obesitas in de hand werken. Ik denk dat je ondertussen wel begrepen hebt dat overgewicht en obesitas voor niets goed zijn. Het is absoluut geen toeval dat in meerdere scholen en andere openbare instellingen de frisdrankautomaat plaats heeft gemaakt voor gezond water of een rijk gevulde fruitmand.

Waarop moet ik letten qua drank?

Wie denkt aan 'drank' als risico voor darmkanker denkt natuurlijk onmiddellijk aan het gebruik van alcohol. Overmatige consumptie van alcohol moet altijd vermeden worden, niet alleen wat betreft het risico op darmkanker. Er zijn nog een hele reeks van andere voor de hand liggende redenen, die ik hopelijk hier niet moet uitleggen. Overmatig alcoholgebruik is een absolute afrader. Voor mannen wordt aangeraden om niet meer dan twee standaardglazen alcohol per dag te drinken, voor vrouwen is dat één glas per dag. Een standaardglas bevat ongeveer 10 gram pure alcohol, wat gelijk staat aan bijvoorbeeld een glas bier, een glas wijn, of een shotje sterke drank. De bier- en wijnliefhebbers weten overigens dat er sterke en minder sterke bieren en wijnen zijn. Het verschil tussen mannen en vrouwen heeft voornamelijk met het verschil in gemiddeld gewicht tussen mannen en vrouwen te maken. Ik weet dat er mensen zijn die pleiten voor een totaalverbod van alcohol. Volgens hen verhoogt het risico op kanker al vanaf het eerste glas, vanaf de eerste druppel. Niet gemakkelijk om aan te tonen, maar wel verstandig om er rekening mee te houden. Het zal niet voor niets zijn dat het assortiment alcoholvrij bier en wijn in de supermarkten steeds groter en groter wordt. Let er maar eens op als je de volgende keer je boodschappen gaat doen.

Je kan ook alcoholvrije dagen inlassen of plannen. Het is goed voor je lichaam om een paar dagen per week helemaal geen alcohol te drinken. Dit geeft je lever de tijd om te herstellen en vermindert de

totale hoeveelheid alcohol die je consumeert. Ook op die manier kan je je risico op darmkanker verminderen.

Iets wat vaak niet besproken wordt is het zogenaamde bingedrinken. Dat is op korte tijd veel alcohol drinken, iets wat je misschien zelf al gedaan hebt of toch regelmatig in je omgeving ziet bij familie of vrienden (op een avondje uit, op een verjaardagsfeestje, et cetera). Bingedrinken is bijzonder schadelijk en verhoogt het risico op darmkanker. Als je lichaam op korte tijd een grote hoeveelheid alcohol moet verwerken veroorzaakt dat ongetwijfeld schade aan verschillende cellen.

Door je alcoholgebruik te beperken en bewust te zijn van hoeveel en hoe vaak je drinkt, kan je het risico op darmkanker verminderen. Het is een eenvoudige, misschien niet altijd even gemakkelijke stap om je eigen gezondheid te beschermen.

Maar 'drank' is – gelukkig – niet alleen alcohol. We mogen zeker water niet vergeten. De allerbelangrijkste tip qua drinken is: drink voldoende water! Voldoende hydratatie is erg belangrijk voor een gezonde spijsvertering en kan dus inderdaad op die manier ook helpen bij het voorkomen van darmkanker. Het is aangewezen per dag zo'n anderhalve liter water te drinken. Dit zijn zes glazen van 0,25 liter. Het klassieke glas dus. Ik hoor je al zeggen: 'Maar dokter, ik lust geen water!' Ik snap best dat een colaatje of limonade kan smaken, maar overmatig gebruik van suikerhoudende dranken moet je absoluut vermijden. Daarover hebben we het eerder al gehad bij het stukje over de geraffineerde suikers. Naast plat water heb je natuurlijk ook bruisend water als uitstekende dorstlesser. Tegenwoordig heb je ook veel gearomatiseerde waters zonder suiker, voor zij die graag een extra smaakje willen. Er is keuze genoeg.

Koffie zonder suiker, thee zonder suiker of een bouillon of soep met zo weinig mogelijk zout: allemaal opties als je zes glazen water per

dag te saai zou vinden. Nog een tip voor de zomerse dagen: wacht zeker niet tot je dorst hebt om een glas water te drinken. Gelukkig zijn er de laatste jaren ook heel veel mooie en hippe drinkbussen die je water lekker fris houden.

Wist je dat je lichaam voor 50 tot 70 procent uit water bestaat? Je moet dus ook drinken om dit regelmatig te vernieuwen. Je verliest iedere dag immers behoorlijk wat vocht. Voldoende drinken zorgt bovendien voor een frissere huid en een betere doorbloeding. En, niet onbelangrijk: honger is vaak een teken van dorst. Je lichaam probeert dan immers vocht uit voeding te halen.

Door deze voedings- en dranktips te volgen en een gezonde levensstijl te handhaven kan je je risico op darmkanker verminderen en je algehele gezondheid verbeteren. Voeding is slechts één aspect van een gezonde levensstijl. Als je na het lezen van dit boek beslist om je voedings- en drankgewoontes drastisch om te gooien, zou ik je toch aanraden dat je dit overlegt met een arts of diëtist. Het zou jammer zijn dat goede bedoelingen tot foute keuzes leiden.

Bestaat er zoiets als een voorbeeldkeuken of -dieet?

Een antidarmkankerdieet bestaat niet. Waar wel vaak over gesproken wordt en waar we zeker een voorbeeld aan kunnen nemen, is het zogenaamde mediterrane dieet. Liefst van al zou ik hier zelfs het woordje 'dieet' weglaten. Want het is eigenlijk geen dieet, het is een voedingspatroon, een gewoonte. Spanjaarden, Italianen, Grieken, Kroaten... eten duidelijk op een andere manier. Hun mediterrane voedingspatroon wordt al lang erkend als een van de gezondste eetpatronen ter wereld. Er zijn meerdere studies die aantonen dat ook het risico op darmkanker hierdoor vermindert. En die vermindering is niet zomaar een beetje. Dat gaat in de richting van 50 procent! Als

je je de passage over de WHO-kemel nog herinnert, weet je wat dat betekent: dat het gemiddeld risico van 5 procent naar amper 2,5 gaat!

Er zijn verschillende aspecten van het mediterrane dieet die bijdragen aan de gunstige effecten op onze darmgezondheid. Ik overloop ze graag voor jou. Het feit dat mijn lieve echtgenote Italiaanse is en ik al meer dan twintig jaar regelmatig 'in de laars' in de buurt van Rome ben, maakt misschien dat ik bevooroordeeld ben. Of is het bevoorrecht?

Enkele feiten. Het mediterrane dieet is rijk aan fruit en groenten, die een belangrijke bron zijn van voedingsvezels, vitaminen, mineralen en antioxidanten. Voedingsvezels dragen bij aan een gezonde darmfunctie omdat ze de stoelgang bevorderen en het risico op constipatie verminderen. Bovendien zijn antioxidanten zoals vitamine C, vitamine E en carotenoïden betrokken bij het neutraliseren van wat men noemt vrije radicalen. Dat zijn, kort door de bocht, bijproducten in ons lichaam. Het zijn moleculen die een elektron missen en daardoor instabiel zijn. Dat betekent dat ze heel snel reageren met andere stoffen. Vrije radicalen vormen zich constant in ons lichaam, ook bij de afbraak van voedingsstoffen. Op zich is dat niet slecht, want sommige vrije radicalen heb je nodig om bijvoorbeeld virussen te lijf te kunnen gaan. Het lichaam neutraliseert de meeste vrije radicalen al op zichzelf, maar het kan niet alles zelf. Een teveel aan vrije radicalen, of vrije radicalen op ongewenste plekken, kan oxidatieve stress veroorzaken. Dat kan op zijn beurt na lange tijd mogelijk hart- en vaatziekten en schade aan het zenuwstelsel veroorzaken, en een rol spelen bij de ontwikkeling van verschillende kankers, waaronder darmkanker.

Het mediterrane dieet maakt zoals algemeen bekend veel gebruik van olijfolie als belangrijkste bron van vetten. Olijfolie is rijk aan enkelvoudig onverzadigde vetzuren die gunstige effecten hebben op onze darmen. Dit type vetzuren kan ontstekingen verminderen en

celbeschadiging tegengaan, waardoor het risico op darmkanker wordt verlaagd. Bovendien kan olijfolie helpen bij het reguleren van de darmflora, wat een cruciale rol speelt in het behoud van een gezonde darm.

Met een kustlijn van 7600 kilometer (ietsje meer dan die 65 kilometer van België) is het niet verwonderlijk dat Italië een visland bij uitstek is. Vis speelt dan ook een belangrijke rol in de Italiaanse keuken. Sardines, ansjovis, zeebaars, dorade, tonijn, kabeljauw, et cetera. We weten dat vis erg rijk is aan omega-3-vetzuren: gezonde vetten die helpen om ontstekingen te vermijden, de groei van kankercellen kunnen remmen en de normale celfuncties bevorderen.

Het door mij fel gesmaakte mediterrane dieet moedigt de consumptie aan van peulvruchten zoals bonen, linzen en kikkererwten. Ook volle granen zoals volkorenbrood, volkorenpasta en zilvervliesrijst maken er deel van uit. Deze voedingsmiddelen zijn rijk aan voedingsvezels, eiwitten en andere voedingsstoffen die essentieel zijn voor een gezonde darmfunctie. Bovendien dragen ze bij – en dat weten weinig mensen – aan een verzadigd gevoel. Zo kunnen ze dus helpen bij het handhaven van een gezond gewicht, wat op zijn beurt het risico op darmkanker kan verminderen. De opgesomde voedingsmiddelen bevatten allemaal een scala aan voedingsstoffen en antioxidanten die ontstekingen verminderen, celbeschadiging tegengaan en een gezonde darmfunctie ondersteunen. Het resultaat is een lager risico op darmkanker.

Ik had het eerder al uitgebreid over rood vlees, zoals rundvlees en varkensvlees. Wel, het mediterrane dieet beperkt de consumptie hiervan en moedigt in plaats daarvan het gebruik van magere eiwitten aan, zoals gevogelte, vis, eieren en peulvruchten.

Misschien heb je nu wel zin gekregen om je volgende vakantie richting pakweg Italië te boeken. Maar zolang moet je niet wachten om

dit voedingsadvies te volgen. Je boodschappenlijstje kan vanaf nu heel anders zijn. Ik vind het overigens altijd opvallend dat je onmiddellijk terecht komt bij de erg uitgebreide afdeling groenten en fruit als je een supermarkt in Italië binnenstapt. Het assortiment aan alle mogelijke diverse noten is ook een lust voor het oog (en de maag).

Het mediterrane dieet omvat naast eerder beperkte consumptie van rood vlees toch ook matige consumptie van rode wijn, die antioxidanten zoals resveratrol bevat. Resveratrol is een polyfenol en antioxidant dat voorkomt in de schil van rode druiven. Het kan helpen bij het beschermen van cellen tegen schade door vrije radicalen. Die vrije radicalen kunnen bijdragen aan het verouderingsproces en de ontwikkeling van verschillende ziektes, waaronder hart- en vaatziekten en ook kanker. Laat me wel duidelijk zijn: vier glazen rode wijn per dag gaan je niet beschermen tegen darmkanker, zoals ooit iemand in een bekend Nederlands tv-programma kwam vertellen. Elk woord is hier belangrijk. Eén glaasje rode wijn, met mate dus, kan mogelijk een gunstig effect hebben. Ik weet dat ik me met deze uitspraak op glad ijs begeef. Dat risico wil ik wel nemen.

Een mooie illustratie van deze gezonde mediterrane levensstijl zie je in de zeer populaire Netflix-reeks *Live to 100: Secrets of the Blue Zones*. In die reeks onderzoekt de Amerikaanse schrijver Dan Buettner waarom mensen in bepaalde delen van de wereld langer en gezonder leven. Deze gebieden, bekend als de 'blauwe zones', zijn Okinawa (Japan), Sardinië (Italië), Nicoya (Costa Rica), Ikaria (Griekenland) en Loma Linda (Californië, VS). Buettner kijkt naar verschillende aspecten van de levensstijl. Hij onderzoekt wat de mensen daar eten en ontdekt dat hun dieet meestal veel groenten en weinig vlees en bewerkt voedsel bevat. Hij kijkt ook naar hun lichamelijke activiteiten. In deze gebieden is het opvallend dat de mensen veel wandelen en tuinieren. Daar blijft het niet bij. Hij zag ook dat zij sterke familiebanden hebben. Ze brengen veel tijd onder elkaar door en hebben vaak een duidelijk doel in het leven. Ze kunnen ook goed omgaan

met stress. Meditatie, gebed en dagelijkse routines om te ontspannen zijn bij hen dagelijkse kost.

Gezonde voeding, regelmatige beweging, sterke sociale banden en goede stressbeheersing zijn volgens Buettner de geheimen van een lang en gezond leven. Wie spreekt hem tegen?

Moet ik veel gaan sporten?

Je hoeft niet intensief te sporten laat staan een topsportcarrière te ambiëren, maar regelmatige beweging kan wel helpen om darmkanker te voorkomen, dat heeft de documentaire over de blauwe zones ook mooi aangetoond. Beweging helpt om een gezond gewicht te behouden, wat belangrijk is omdat overgewicht een risicofactor is voor darmkanker. Dat had je ondertussen al begrepen.



Wist je dat de gemiddelde Vlaming volgens het Vlaams Instituut Gezond Leven elke dag liefst 8,3 uur zit?

Er zijn tal van gezondheidsvoordelen die verbonden zijn aan regelmatige beweging. Dat is al jaren in talrijke studies aangetoond. Ik denk echt niet dat het nodig is om die hier allemaal op te sommen.

Het is goed om minstens 150 minuten per week matig te bewegen. Met matig bedoel ik dat het geen doorgedreven inspanning moet zijn. Dat kan wandelen, fietsen, maar ook tuinieren zijn. Als je liever intensiever beweegt, zoals lopen of een aerobicsles volgen, dan is 75 minuten per week voldoende. Deze activiteiten zorgen meestal ook voor een vlottere en snellere werking van je darmen. Dat beweging ook helpt om je immuunsysteem te versterken en ontstekingen te verminderen is wellicht geen nieuws. Je hoeft dus niet elke dag te sporten, maar regelmatige, matige beweging is een goede manier om je conditie op peil te houden. Kies een activiteit die je leuk vindt,

zodat je ze ook makkelijker kan volhouden. Of dagelijks stofzuigen hierbij hoort, laat ik aan jou over. Over de befaamde 10.000 stappen zou ik een apart hoofdstuk kunnen schrijven. Sommige studies zeggen dat 7.000 stappen per dag ook al erg mooi zijn. Iets waar ik de laatste jaren zelf wel probeer rekening mee te houden. Mijn tijd van actief voetballen bij Sporting Hasselt ligt al meerdere decennia achter de rug. De golfsport heb ik sinds ik fulltime met Stop Darmkanker bezig ben jammer genoeg ook achterwege gelaten. Misschien moet ik die draad, of beter gezegd die golfclub (want zo heet een golfstok), toch maar eens opnieuw opnemen.

Het is een feit dat we in de westerse wereld verslaafd zijn aan zitten. Dat heeft ook gevolgen voor onze gezondheid. De kans is trouwens erg groot dat je deze woorden leest terwijl je aan het zitten bent. Wist je dat de gemiddelde Vlaming volgens het Vlaams Instituut Gezond Leven elke dag liefst 8,3 uur zit? Datzelfde onderzoek wees uit dat bedienden 5,5 uur per dag op hun bureaustoel zitten. In al die tijd staan ze gemiddeld maar vier keer op! Voeg daar dan nog een autorit, wat zetelhangen voor de tv en het eten aan tafel bij en je komt aan een serieus 'zitgetal'. Het is niet verwonderlijk dat veel-zitten het nieuwe roken wordt genoemd. Wat dat betekent voor je gezondheid hoef ik hier wellicht niet uit te leggen. Lang zitten is nergens goed voor. Toch één studie vermelden. Een studie in het wetenschappelijke erg hoog aangeschreven tijdschrift *The Lancet* becijferde onlangs dat te weinig bewegen wereldwijd verantwoordelijk is voor zo'n vijf miljoen vroegtijdige overlijdens per jaar! Ieder jaar opnieuw.

Hoe nefast is stress?

Stress zelf veroorzaakt niet direct darmkanker, maar het kan wel bijdragen aan een hoger risico. Wanneer mensen veel stress ervaren, maken ze soms ongezonde keuzes, zoals slecht eten, roken of meer

alcohol drinken. Dit soort gedrag kan het risico op darmkanker vergroten.

Ook kan langdurige stress ervoor zorgen dat ons immuunsysteem minder goed functioneert. Dit betekent dat het lichaam minder effectief is in het bestrijden van kankercellen. Daarnaast kan chronische stress leiden tot ontstekingen, en die ontstekingen kunnen ook een rol spelen bij de ontwikkeling van kanker, ook darmkanker.

Kortom: stress is niet de directe oorzaak van darmkanker, maar het kan de situatie wel erger maken. Daarom is het goed om manieren te vinden om stress te verminderen. Ik ga hier niet specifiek vermelden hoe je dat moet doen. Daar zijn andere boeken over geschreven. Maar het loont dus absoluut de moeite om minstens een poging te ondernemen die stress wat te verminderen. Meditatie, mindfulness, yoga en ontspanningstechnieken, geregeld gaan wandelen... Het kan allemaal helpen bij het verminderen van stress. Het ene werkt wellicht beter dan het andere. 'Mens sana in corpore sano': de Romeinen wisten het al. Een gezond lichaam én een gezonde geest, ze horen samen. Als je echt te veel last hebt van stress – meer dan echt gezond voor je is – raad ik je zeker aan tijdig professionele hulp te zoeken. Dat hoef je niet als een nederlaag te beschouwen. Het gaat immers over je eigen gezondheid. Ook hier geldt: voorkomen is beter dan genezen.

Zijn probiotica aan te raden?

Dit is een vraag die heel vaak aan bod komt tijdens mijn lezingen.

Probiotica zijn levende micro-organismen of goede bacteriën en gisten die kunnen helpen bij een gezonde spijsvertering. Er is de laatste jaren meer en meer onderzoek gedaan naar de werking van probiotica als preventie voor darmkanker. Sommige onderzoeken tonen aan dat probiotica ontstekingen in de darmen kunnen verminderen. Minder ontstekingen kan betekenen minder kans op darm-

kanker. Maar de huidige bewijzen zijn wat mij betreft toch nog niet overtuigend genoeg om specifiek hiervoor probiotica aan te raden.

Probiotica helpen om een goede balans van bacteriën in je darmen te behouden. Ze kunnen ervoor zorgen dat slechte bacteriën minder schadelijke stoffen maken, wat natuurlijk goed is voor de gezondheid van de darmen. Bovendien kunnen probiotica je immuunsysteem versterken, zodat je lichaam beter in staat is om abnormale cellen die kanker kunnen worden te bestrijden. Ze kunnen ook je spijsvertering en stoelgang verbeteren, wat helpt om je darmen gezond te houden. Maar probiotica zijn geen wondermiddel! Ze werken het beste als onderdeel van een gezonde levensstijl. Ik val wellicht in herhaling, maar dat betekent dat je ook gezond moet eten, veel vezels binnenkrijgen, regelmatig bewegen, niet roken en je alcoholgebruik beperken of nog beter vermijden.

Er is zeker nog meer onderzoek nodig vooraleer we probiotica op grote schaal gaan gebruiken voor de preventie van darmkanker. Bespreek dit zeker met je dokter als je beslist om ze toch aan te schaffen. Misschien toch ook nuttig om te vermelden dat probiotica ook aanwezig zijn in yoghurt, kefir, kimchi en gefermenteerde groenten. Je hebt de reclames in de supermarkten ongetwijfeld al gezien.

Ik ben wel voorstander om probiotica te gebruiken wanneer je door een infectie antibiotica moet innemen. Die antibiotica gaan uiteraard geen gunstig effect op je darmflora hebben. Probiotica kunnen die balans proberen te herstellen.

Een ander probleem met probiotica is dat de keuze zo uitgebreid is. Als je bij je apotheker bent en om probiotica vraagt, zal hij of zij je een rek tonen waar tientallen verschillende probiotica staan. Verschillende dosissen, verschillende samenstelling... Welke is nu het meest geschikt voor jou? Niet altijd even gemakkelijk en duidelijk.

Een gouden raad die ik vaak aan mijn patiënten meegaf: let ook op je portemonnee. Voedingssupplementen en probiotica kosten vaak behoorlijk wat geld. Het mag geen grote hap uit je maandbudget zijn. Ze worden niet terugbetaald en het bewijs van hun werking is niet altijd even overtuigend.

Ik hoop dat we binnen vijf of tien jaar wel zo ver zijn dat we specifieke probiotica voor specifieke problemen kunnen geven. Een probioticum dat goed is voor mensen met constipatie, bijvoorbeeld. Een ander dat goed is voor mensen met het prikkelbaredarmsyndroom. En hopelijk ook een probioticum dat bewezen heeft dat het een effect heeft op de preventie van darmkanker. Maar zover zijn we nog niet.

Kan aspirine een rol spelen in preventie?

Steeds meer onderzoek wijst erop dat aspirine een rol kan spelen in de preventie van darmkanker. Dit veelgebruikte ontstekingsremmende geneesmiddel, bekend om zijn pijnstillende en koortswerende werking, heeft ook eigenschappen die het risico op bepaalde kankers, waaronder darmkanker, kunnen verlagen.

Aspirine werkt door ontstekingen in het lichaam te verminderen. Ontstekingen worden gezien als een belangrijke factor in de ontwikkeling van kanker, inclusief darmkanker. In de darm kunnen ontstekingen leiden tot de vorming van poliepen, die zoals jullie nu weten, de voorlopers zijn van darmkanker. Door het onderdrukken van ontstekingen kan aspirine mogelijk helpen om de vorming van deze poliepen te voorkomen, waardoor het risico op darmkanker verlaagt.

Uit verschillende wetenschappelijke studies blijkt dat regelmatig gebruik van lage doses aspirine (ongeveer 75-100 mg per dag) over een langere periode, zoals vijf of tien jaar, het risico op darmkanker

met 20 tot 30 procent kan verminderen. Dit is vooral van belang voor mensen met een verhoogd risico op darmkanker, zoals mannen en vrouwen met een erfelijke aanleg of een voorgeschiedenis van poliepen. Het preventieve effect lijkt het sterkst te zijn bij mensen die langdurig en consistent aspirine gebruiken.

Maar we mogen ook de mogelijke risico's van langdurig gebruik van aspirine niet uit het oog verliezen. Aspirine kan bijwerkingen hebben, zoals maagproblemen, maagzweren en een verhoogd risico op bloedingen. Daarom is het cruciaal dat mensen die overwegen om aspirine te gebruiken als preventieve maatregel tegen darmkanker dit zeker eerst met hun arts bespreken. Ik kan dit niet genoeg benadrukken. Hij of zij zal bepalen of het gebruik van aspirine veilig en geschikt is, en zo ja, welke dosering het beste is. Het is nog iets te vroeg om te schrijven: 'An aspirine a day keeps the colon cancer away'.

We mogen ook niet vergeten dat aspirinegebruik slechts één aspect is van de bredere strategie voor darmkankerpreventie. Recent onderzoek suggereert dat het beschermend effect van aspirine toeneemt in combinatie met andere gezonde leefgewoonten. Maar we zullen steeds de voordelen moeten afwegen tegen de mogelijke nadelen. Het is duidelijk, het laatste woord over aspirine en darmkanker is nog niet gezegd of geschreven. Wordt ongetwijfeld vervolgd!

Zijn er nog zaken waarop ik kan letten?

Het klinkt misschien een beetje gek, maar een gezonde levensstijl houdt ook in dat je je gezond verstand gebruikt. In Vlaanderen krijgt iedereen tussen de 50 en de 74 jaar om de twee jaar een gratis stoelgangtest van de Vlaamse overheid. Als je weet dat je meer dan 90 procent kans hebt om te genezen als darmkanker in een vroeg stadium wordt ontdekt, dan vind ik persoonlijk dat 'de test doen' ook

bij een gezonde levensstijl past. Zoals ik elders in mijn boek geschreven heb is een gezonde levensstijl geen 100 procent garantie om geen darmkanker te krijgen. Er spelen immers nog andere factoren een rol, waarover we geen controle hebben. De ene steekt het op onze genen, iemand anders zal het brute pech of de wet van Murphy noemen. Je krijgt niet elke dag een gratis cadeautje van de overheid! Neem het de volgende keer (opnieuw) in dank aan en... doe de test! Spreek erover met je vrienden en kennissen, spreek erover op de volgende familiebijeenkomst. Spoor hen aan om de test te doen. Wellicht stop jij op die manier ook een darmkanker in je eigen omgeving. Je kan levens redden!

DE GETUIGENIS VAN KOEN

'IK BEN ONTGOOCHELD EN GEKWETST'

Ik moet wat volgt toch even van mij afschrijven. Over kanker mag er blijkbaar niet gesproken worden. Doe je het toch, dan duw je blijkbaar de mensen van je weg. Ik kan het weten, want een dikke twee jaar geleden werd er, kort na mijn 55ste verjaardag, endeldarmkanker bij mij vastgesteld na mijn deelname aan het bevolkingsonderzoek. Ik ben eigenlijk best wel trots op de weg die ik ondertussen heb afgelegd. Ik deel het dan ook graag op mijn Facebookpagina. Ik heb geen taboes en zeker niet als het over kanker gaat. Ik heb er geen probleem mee, ik moet er immers mee leven. Maar sociale media zijn niet sociaal. Een ziek hondje krijgt meer steun en likes dan een mens, zo blijkt.

Ook in de echte wereld hoor of zie ik zo goed als niemand meer. Gelukkig heb ik mijn Maaïke, mijn rots in de branding, en onze zonen. Maar ook aan Maaïke vragen onze zogenaamde vrienden, burens en familie nooit eens hoe het met haar gaat, niet nu, maar ook niet in slechtere tijden. Ik vergeet nooit het moment dat ik na mijn operatie samen met haar met de tram en trein huiswaarts moest, gewoon omdat zij niet met de auto rijdt en we niemand bereid vonden om ons te komen halen. Hoe ze na haar werk telkens diezelfde route deed om bij mij te zijn, er voor mij te zijn. Kanker krijg je echt niet alleen.

Ben ik kwaad? Nee, ik ben ontgoocheld en gekwetst, en het begint meer en meer naar verbittering te neigen. Ik vraag mij dikwijls af waar we dit aan verdiend hebben. Ik stond op vele bouwerven van mijn vrienden, stond altijd klaar voor mijn burens, ik reed ooit dagelijks over en weer voor een vriend die chemo- en radiotherapie kreeg, ik stond om 5 uur op om de kolenkachel van onze vroegere burens aan te steken, ik droeg zorg voor kwetsbare jongeren en niet

alleen omdat het mijn werk was... Ik probeerde het verschil te maken en er te zijn als iemand me nodig had, en meestal moest je zelfs niets vragen. En nu is het stil, muisstil. Ik heb aan mijn zogenaamde vrienden en familie meermaals een duidelijke hulpvraag gesteld maar blijkbaar heeft iedereen zelf altijd nog grotere problemen zoals een hernia, een pijnlijke voet, een tweede verblijf...

Waar is de reset-knop? Ik wil opnieuw beginnen. Ik ben en blijf een positief ingestelde mens, een sociaal wezen en ik heb nog massa's energie. Ik ben nog maar 57 en op medisch pensioen gesteld. Maar door mijn ziekte zit ik al anderhalf jaar in lockdown en de muren komen steeds meer op mij af. Stoelgangproblemen verhinderen immers een normaal sociaal leven. Niets is zo gênant als een 'ongelukje' in de supermarkt.

Mijn oncopsychologe zei me: 'Ik begrijp heel goed dat je die reset-knop nodig hebt om het allemaal achter jou te kunnen laten. Je verdient dit niet, Koen.'

Niemand verdient dit! Kanker is een taboe, en ik vrees dat we meer en meer in een ik-maatschappij terechtkomen waarin maar weinig plaats is voor kwalitatieve vriendschappen. Ook voor onze samenleving dus graag een reset-knop.



7. WIE KAN DARMKANKER KRIJGEN?

Zit darmkanker altijd in de familie?

Neen, darmkanker zit niet altijd in de familie. Ik vind het belangrijk om dit extra te benadrukken. Ik hoor nog steeds mensen die zeggen: 'Het zit bij ons niet in de familie, dus ik moet die test van de overheid niet doen.' Dat is natuurlijk jammer. Ik hoop dat ze er later nooit spijt van krijgen.

Iedereen kan darmkanker krijgen. En laat de groep patiënten die niemand in de familie hebben met darmkanker nu veruit de grootste zijn. Men spreekt dan van sporadische gevallen. Ik vind dat woord 'sporadisch' wat ongelukkig gekozen. Ik gebruik liever het woord 'geïsoleerd'. Dat wil dus zeggen dat die persoon de enige in de familie is die darmkanker heeft. 70 à 75 procent van de mensen met darmkanker is in dat geval. Toch maar eens bij stilstaan als de volgende enveloppe van het bevolkingsonderzoek bij jou in de bus valt.

Bestaat er een specifieke vorm van erfelijke darmkanker?

De twee meest gekende vormen van erfelijke darmkanker zijn het Lynch-syndroom en de FAP of familiale adenomateuze polyposis. De eerste herken je niet onmiddellijk en moet je eigenlijk specifiek opzoeken. Dat gebeurt mijns inziens nog niet genoeg. De tweede vorm herken je onmiddellijk tijdens het darmonderzoek door de aanwezigheid van een bijna oneindig aantal poliepen.

Het Lynch-syndroom, ook bekend als erfelijke niet-polyposis colorectale kanker (HNPCC), is een erfelijke aandoening die het risico op het ontwikkelen van darmkanker en andere vormen van kanker aanzienlijk verhoogt. Mensen met een Lynch-syndroom hebben een genetische mutatie die de reparatie van DNA-schade in cellen verstoort. Hierdoor kunnen foutieve DNA-replicaties of DNA-de-

lingen leiden tot ongecontroleerde celgroei en uiteindelijk kanker. Het Lynch-syndroom wordt veroorzaakt door mutaties in de genen zoals MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 en EPCAM. Deze genen zijn allemaal betrokken bij het reparatie- of herstelmechanisme van DNA. Het Lynch-syndroom verhoogt ook het risico op andere kankersoorten, zoals endometriumkanker, maagkanker, eierstokkanker, urineleiderkanker en bepaalde huidkankers. Mensen met het Lynch-syndroom ontwikkelen meestal darmkanker op jongere leeftijd dan de algemene bevolking. Vaak al voor de leeftijd van 50 jaar. Aan mensen die weten dat ze tot zo'n familie behoren, wordt aanbevolen om al vanaf jonge leeftijd regelmatig onderzoeken te laten uitvoeren, zoals onder meer een coloscopie, om vroegtijdig poliepen en kanker op te sporen en te verwijderen. Vroegtijdige opsporing kan de prognose aanzienlijk verbeteren en de kans op complicaties verminderen. Ik heb het genoeg gehad om Henry T. Lynch, de Amerikaan die dit syndroom ontdekte en er jarenlang onderzoek naar verrichtte, te ontmoeten. In 1988 kwam hij in de Mayo Clinic, waar ik toen een deel van mijn opleiding deed, een lezing geven.

Familiaire adenomateuze polyposis (FAP) is een andere erfelijke aandoening. Ze wordt gekenmerkt door de ontwikkeling van honderden tot duizenden poliepen in de dikke darm en de endeldarm. Deze poliepen beginnen vaak te verschijnen in de tienerjaren of vroege volwassenheid. Ze hebben een zeer grote kans om kwaadaardig te worden als ze niet worden verwijderd. FAP wordt veroorzaakt door een mutatie in het APC-gen, dat normaal gesproken de celgroei en celdood reguleert. Poliepen krijgen als het ware de vrije baan om te groeien en uit te groeien tot darmkanker. Bijna alle mensen met FAP ontwikkelen uiteindelijk darmkanker als de poliepen niet vroegtijdig worden verwijderd. Naast de dikke darm kunnen poliepen ook ontstaan in andere delen van het spijsverteringsstelsel, zoals de maag en de dunne darm. Ze hebben ook een verhoogd risico op andere vormen van kanker, zoals schildklierkanker, leverkanker en kanker van de alvleesklier, ook bekend als pancreaskanker. De diagnose van

FAP wordt vaak gesteld door genetische testen, vooral bij mensen met een familiale geschiedenis van de aandoening. De behandeling omvat regelmatige endoscopische onderzoeken om poliepen op te sporen en te verwijderen. In ernstige gevallen moet een colectomie uitgevoerd worden. Dan wordt de volledige dikke darm heelkundig verwijderd, zodat er geen kans meer is dat er uit poliepen darmkanker ontstaat. Ook hier is vroegtijdige opsporing cruciaal om de levensverwachting te verbeteren.

Belangrijk om te vermelden is dat in België de FAPA of Familial Adenomatous Polyposis Association bestaat. Deze organisatie richt zich specifiek tot patiënten met deze beide erfelijke aandoeningen. Hier kunnen zij en hun familie met al hun vragen terecht. De organisatie beschikt ook over een gedetailleerd FAPA-register. Op haar website vind je al de nodige informatie.

Wat wellicht minder bekend is de MUTYH-geassocieerde polyposis (MAP). Deze erfelijke aandoening wordt veroorzaakt door mutaties in het MUTYH-gen, dat betrokken is bij het herstellen van DNA-schade veroorzaakt door bijvoorbeeld oxidatieve stress. Mensen met MAP hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van poliepen en darmkanker op jonge leeftijd, vergelijkbaar met FAP, maar ze hebben minder poliepen dan bij FAP. Ze hebben ook een hoger risico op darmkanker, maar niet zo hoog als bij FAP.

Daarnaast bestaan er nog enkele zeldzamere vormen van erfelijke darmkanker zoals het Peutz-Jeghers syndroom (PJS) en het Erfelijk Gemengd Polyposis syndroom (HMPS). PJS is een zeldzame erfelijke aandoening die wordt veroorzaakt door mutaties in het STK11-gen. Het Peutz-Jeghers syndroom wordt gekenmerkt door de ontwikkeling van poliepen in de darmen en typische pigmentatie rond de lippen, mond en handen. Mensen met PJS hebben niet alleen een verhoogd risico op het ontwikkelen van darmkanker, maar ook op andere vormen van kanker, zoals borstkanker, eierstokkanker en alvleesklierkanker. Ik

moet eerlijk bekennen dat ik het vaker in boeken heb gezien dan in het echt. Het Hereditair Gemengd Polyposis syndroom is dan weer geassocieerd met mutaties in het GREM1-gen en wordt gekenmerkt door de ontwikkeling van verschillende soorten poliepen in de dikke darm en de endeldarm. Mensen met HMPS lopen ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van darmkanker, maar het exacte risico is onduidelijk door de zeldzaamheid van de aandoening. Om eerlijk te zijn: ik heb nooit een dergelijke familie gezien in mijn carrière van bijna dertig jaar. Er zijn nog enkele zeer zeldzame erfelijke vormen van darmkanker. Ze hebben vaak ingewikkelde namen, meestal verband houdend met diegene zie ze eerst ontdekt heeft. Ik ga ze hier niet vermelden, ik wil van mijn boek echt geen cursus over darmkanker maken.

Waarom krijgen steeds meer jongvolwassenen darmkanker?

We kunnen en mogen er niet meer naast kijken. Wereldwijd krijgen meer jongvolwassenen darmkanker. Dit is een verontrustende trend die veel vragen oproept bij onderzoekers, artsen, patiënten en het brede publiek. Terecht overigens. Er is immers een serieus probleem op komst. Ik gebruik niet voor niets het woord 'lawine'. Niet alleen wegens de vergrijzing van de bevolking, maar ook door het jonger worden van darmkanker. Ik mag dan wel dromen van een wereld zonder darmkanker, ik vrees dat we daar nog ver van af zijn. Maar we moeten ons niet laten ontmoedigen.

 Een belangrijke factor die bijdraagt aan de stijging van darmkanker onder jongvolwassenen is de toename van overgewicht en obesitas.

Vroeger werd darmkanker vooral gezien bij mensen boven de 50 jaar. Er werd nogal gemakkelijk gezegd dat darmkanker een 50-plusziekte is. Niets is minder waar. De laatste jaren neemt het aantal gevallen

onder jongere mensen wereldwijd toe. Wat zijn de oorzaken van deze zorgwekkende trend? De redenen zijn nog niet helemaal duidelijk, het is een complex probleem. Maar er zijn toch een aantal belangrijke oorzaken die waarschijnlijk een rol spelen. Dat studies berekend hebben dat de jongere generatie vier keer meer kans heeft op endeldarmkanker en twee keer meer op darmkanker dan mijn generatie, stemt niet alleen tot nadenken, maar ook tot handelen.

Verandering in levensstijl en voeding

Een van de grootste veranderingen die wellicht bijdragen aan de toename van darmkanker bij jongvolwassenen is de manier waarop we leven en eten. Voeding speelt een cruciale rol in onze gezondheid en het dieet of het voedingspatroon van veel jongvolwassenen is sterk veranderd ten opzichte van eerdere generaties. Dat valt niet te ontkennen. Veel jongvolwassenen eten tegenwoordig veel bewerkte voedingsmiddelen, zoals fastfood, snacks en kant-en-klaarmaaltijden. Je moet niet ver rond je kijken om dit met je eigen ogen vast te stellen. De (meestal Amerikaanse) fastfoodketens rijzen als paddenstoelen uit de grond, de Deliveroo-fietsers zijn normaal geworden in ons straatbeeld.

Die maaltijden bevatten vaak veel suiker, ongezonde vetten en weinig vezels. In een vorig hoofdstuk hebben we al besproken hoe bewerkt rood vlees, suikerhoudende dranken en bewerkte voedingsmiddelen kunnen bijdragen aan het ontstaan van darmkanker. Aan de andere kant zijn vezelrijke voedingsmiddelen zoals groenten, fruit en volkorenproducten juist beschermend. Vezels helpen bij de vertering en zorgen ervoor dat je darmen goed blijven werken. Ze zorgen er ook voor dat schadelijke stoffen sneller uit je lichaam worden verwijderd, wat de kans op darmkanker vermindert.

Ik weet dat er gelukkig ook veel jongeren zijn die zich van deze problematiek bewust zijn en gezond eten. Ze doen er echt hun best voor. Ik vrees echter dat het een minderheid is. Hopelijk zijn zij een

voorbeeld voor hun vrienden! Ik wil niemand met de vinger wijzen, het is gewoon een vaststelling.

De verschuiving naar een westers dieet of voedingspatroon, dat vaak weinig vezels en veel ongezonde vetten bevat, wordt gezien als een belangrijke risicofactor voor darmkanker. Jongvolwassenen die op die manier opgroeien kunnen al op jonge leeftijd veranderingen in hun microbiom en hun darmen ontwikkelen die later eventueel kunnen leiden tot darmkanker.

De rol van overgewicht en obesitas

Een andere belangrijke factor die bijdraagt tot de stijging van darmkanker onder jongvolwassenen is de toename van overgewicht en obesitas. Wereldwijd neemt het aantal mensen met overgewicht toe, en dit geldt ook voor jongvolwassenen. Overgewicht, vooral wanneer er veel vet rond de buik zit, is sterk gekoppeld aan een verhoogd risico op darmkanker.

Dat vetweefsel is niet zomaar passief. Het produceert verschillende hormonen en ontstekingsstoffen die kankercellen kunnen helpen groeien. Hoe meer vet er in het lichaam is, vooral rond de buik, hoe groter de kans dat deze stoffen de groei van darmkankercellen stimuleren. Omdat jongvolwassenen vaker overgewicht hebben dan in het verleden, lopen ze ook meer risico op het ontwikkelen van darmkanker op jongere leeftijd.

Minder bewegen en een zittend leven

Naast voeding en overgewicht is ook de manier waarop we onze dagen doorbrengen van invloed. Veel jongvolwassenen hebben een zogenaamde sedentaire levensstijl. Vrij vertaald: ze zitten veel te veel en bewegen te weinig. Dat kan te maken hebben met bureauwerk, studeren, of simpelweg veel tijd doorbrengen achter een scherm. We kunnen er niet naast: de computer, de tv en zeker onze smartphone

hebben op dit vlak veel veranderd. Ik betwijfel of de fanatieke gamers aan 10.000 stappen per dag komen.

Een gebrek aan beweging draagt bij tot verschillende gezondheidsproblemen, waaronder een verhoogd risico op darmkanker. Regelmatige lichaamsbeweging heeft ook een gunstige invloed op de beweeglijkheid van de darm. Het voedsel passeert sneller door het spijsverteringskanaal en schadelijke stoffen blijven minder lang in contact met de darmwand.

Bovendien helpt beweging bij het handhaven van een gezond gewicht. Voor jongvolwassenen die veel tijd zittend doorbrengen, is het belangrijk om manieren te vinden om actiever te zijn. Wandelen, sporten, of gewoon af en toe opstaan, weg van je computerscherm, zijn belangrijker dan je zou denken.

Erfelijkheid en genetische factoren

Hoewel leefstijl en voeding grote risicofactoren zijn, kunnen sommige mensen ook een verhoogd risico hebben door erfelijke of genetische factoren. Dit betekent dat als darmkanker in de familie voorkomt, de kans groter is dat je het zelf ook ontwikkelt. Ik heb het al eerder geschreven: de kennis van je familiestamboom is belangrijker dan je denkt! Erfelijke aandoeningen zoals het Lynch-syndroom of familiale adenomateuze polyposis (FAP) verhogen het risico op darmkanker aanzienlijk. Mensen met deze genetische aandoeningen ontwikkelen vaak darmkanker op jongere leeftijd.

Het probleem is dat jongvolwassenen met dergelijke aandoeningen in de familie zich vaak niet bewust zijn van hun verhoogd risico, vooral als ze zich gezond voelen. Er wordt onvoldoende over gepraat. Ik heb meegemaakt dat een patiënte met darmkanker tegen mij zei: 'Ik weet dat het in de familie zit, maar durf het niet aan mijn kinderen zeggen omdat ik ze niet wil bang maken.' Gelukkig doken ze enkele weken later toch op voor hun darmonderzoek. Bij twee van de drie kinderen vond ik een vroegtijdige darmkanker, de derde

had meerdere grote poliepen die ik wegnam. Mijn gesprek met de moeder had dan toch zijn effect gehad. Op dit vlak is er dus ook nog veel werk aan de winkel.

Gezien hun leeftijd komen ze meestal niet in aanmerking voor een screeningprogramma, dat meestal begint rond de leeftijd van 50 jaar. Dit heeft als gevolg dat darmkanker bij jongere mensen vaak pas in een later stadium ontdekt wordt, met alle gevolgen van dien. Dat er in de States een organisatie bestaat die NeverTooYoung heet, zegt waarschijnlijk genoeg.

Omgevingsfactoren, moderne technologie en antibiotica

Naast voeding, beweging en erfelijkheid zijn er ook omgevingsfactoren die mogelijk bijdragen aan de toename van darmkanker bij jongvolwassenen. Blootstelling aan vervuiling en schadelijke chemicaliën kan bijvoorbeeld een rol spelen. Wat is het effect van de pesticiden die op vele plaatsen worden gebruikt? Is de straling van onze gsm's ongezonder dan velen denken? Het toegenomen gebruik van antibiotica, vooral op jonge leeftijd, is ongetwijfeld een risicofactor. Het effect ervan op onze darmflora mag niet onderschat worden. Er zijn studies die aantonen dat personen die tussen hun 20 en 40 jaar veel antibiotica nemen later veel meer kans hebben op poliepen – en dus ook darmkanker – dan personen die slechts sporadisch antibiotica nemen. Het overmatig of onzorgvuldig gebruik van antibiotica is dus niet alleen een probleem wat betreft de resistentie aan antibiotica. Het moet absoluut ook in een breder kader worden gezien, namelijk het kader van het effect op de darmflora. Die is essentieel voor een goede spijsvertering en bescherming tegen talrijke ziekten.

Antibiotica hebben al heel veel levens gered en heel veel leed en kosten bespaard, daar mag niet aan getwijfeld worden. Maar we moeten ook beseffen dat ze nog te vaak en onnodig worden voorgeschreven. Als we ons daar allemaal bewust van zijn, zetten we ook al een belangrijke stap vooruit in de strijd tegen darmkanker.

Wat kunnen jongvolwassenen doen?

Voorkomen is beter dan genezen. Dat geldt zeker voor jongvolwassenen en darmkanker. Jongeren kunnen zeker stappen nemen om hun risico te verlagen. Het ligt voor de hand dat een gezonde levensstijl hierbij cruciaal is. Een voedingspatroon – ik spreek bewust niet over een dieet – dat rijk is aan vezels, zoals groenten, fruit en volkorenproducten, en waarbij de consumptie van rood en vooral bewerkt rood vlees beperkt wordt is erg belangrijk. Dat je alcohol moet beperken zal je ondertussen al begrepen hebben. Regelmatige lichaamsbeweging is ook belangrijk om een gezond gewicht te houden. Of het nu een dagelijkse wandeling is, trappenlopen doorheen de dag, of regelmatig met je vrienden padel gaan spelen, maakt niet uit. Als je maar niet te lang achter *den bureau* of het computerscherm blijft zitten.

Als je weet dat darmkanker in je familie voorkomt, is het belangrijk om dit met je huisarts te bespreken. Die zal je adviseren of het nodig is om al vroeger te beginnen met screening of een darmonderzoek te laten uitvoeren. Eventueel moet er ook specifiek genetisch onderzoek worden gedaan. Die uitslagen laten soms enkele weken op zich wachten, maar dat mag geen excuus zijn om het niet te doen.

Het is ook belangrijk – ik val in herhaling – om bewust te zijn van de symptomen en klachten van darmkanker. Maar nog belangrijker: ook bewust te zijn van het feit dat darmkanker eerst geen klachten geeft. Veranderingen in de stoelgang, bloed in de ontlasting, onverklaarbaar gewichtsverlies, aanhoudende buikpijn of krampen: het zijn allemaal wat ik noem 'oranjelichtsignalen' of 'knipperlichtsignalen'. Bespreek het zeker met je huisarts, ook als je denkt dat je te jong bent om je zorgen te maken. Vroege detectie kan het verschil maken tussen een succesvolle behandeling en ernstigere gevolgen.

Kort samengevat: door gezonde keuzes te maken en alert te zijn, kan je je risico op darmkanker verlagen, zelfs op jonge leeftijd. Hopelijk heeft dit hoofdstuk toch minstens één darmkanker gestopt of vermeden! Laat het me gerust weten.

DE GETUIGENIS VAN ANABEL

‘GODVERDOMME, IK WIJST HET’

Mijn kreet galmde door de behandelkamer tijdens de coloscopie.

De dokter, de twee verpleegsters en ikzelf hadden net op het groot scherm een gezwel gezien in mijn dikke darm.

Ongeveer een jaar voordien was ik naar de dokter gestapt omdat ik me zo verschrikkelijk moe voelde. Ik had toen al langer vage klachten: constipatie, gerommel in mijn buik, weinig eetlust, gewichtsverlies. Ik sliep ook slecht en maakte me zorgen over van alles en nog wat. Concreet had ik een doktersafpraak gemaakt omdat ik de dag voordien op de fiets ineens de wereld in 2D zag, zonder diepte, alsof alles van bordkarton was. Ik zag ook vlekken en lichtflitsen aan de zijkant van mijn gezichtsveld.

Ik kwam buiten met antidepressiva.

‘Iedereen in mijn kabinet is moe, mevrouw. Het lijkt alsof na corona iedereen moe is gebleven. Je voelsprietten staan te alert, met escitalopram gaat dit minderen.’

Achteraf gezien is het makkelijk praten, dan kan je denken: men had toch eerst moeten uitsluiten of er iets fysiek aan de hand was. Maar mijn bloedwaarden waren oké, en de klachten konden ook echt op stress wijzen.

Fast forward naar enkele maanden later.

Ik voel me psychisch beter maar fysiek nog steeds hetzelfde. Ik ben moe, voor elke activiteit moet ik mezelf oppeppen en ‘s nachts lig ik te luisteren naar het gerommel in mijn buik. In vergaderingen

schaam ik me soms. ‘Nee, ik heb geen honger, het maakt gewoon lawaai.’

Rond Nieuwjaar is er een actie van het Rode Kruis, ik ga met collega’s mee om bloed te geven. Een dokter test me op bloedarmoede met een kleine vingerprik. ‘Je hemoglobinegehalte is aan de lage kant, maar omdat je plasma geeft, mag je toch doneren.’ Het Rode Kruis stuurt me achteraf ook een brief, met de raad om bij de dokter mijn bloed te laten controleren. Zo gezegd, zo gedaan. Hemoglobine staat laag, maar nog net binnen de grenzen. De waarden voor ijzer en ferritine daarentegen zitten onder de referentiewaarden.

Ik krijg ijzerpillen voorgeschreven. ‘Het kan goed zijn dat je door dat ijzertekort zo moe bent’, zegt de dokter. Als mogelijke uitleg wordt de perimenopauze genoemd, ik heb de laatste maanden meer bloedverlies dan anders.

Omdat ik daar toch wat twijfels over heb – zoveel bloedverlies is het nu ook weer niet – ga ik naar de gynaecoloog. Ze stelt een klein myoom vast, waardoor ik inderdaad wat meer kan bloeden.

Ik blijf het gevoel hebben dat er iets meer aan de hand is. Ik begin zelf te zoeken naar wat de oorzaak van te weinig ijzerreserve kan zijn. Ik lees onder andere ‘inwendige bloedingen en kanker’. Ik herinner me een campagne van Stop Darmkanker, waarbij gezegd werd dat testen ook een goed idee is als je nog geen 50 bent. Ik besluit zo’n test te doen. Hup naar de apotheek. Test is afwijkend.

Ik naar de dokter. Die is op verlof en wordt vervangen door een jonge collega die mijn initiatief niet echt kan appreciëren. ‘Waarom precies heb je die test gedaan? Het merk is mij niet bekend, ik kan dit niet gebruiken om een coloscopie aan te vragen, dat zijn dure onderzoeken en een zware kost voor de gemeenschap.’

Ik kon uiteindelijk een officiële test doen bij het labo, al was het niet gebruikelijk om dit te doen voor je vijftigste verjaardag. Die test was niet afwijkend. Wat nu?

Gelukkig kreeg ik net op dat moment de officiële test van het bevolkingsonderzoek in de bus.

Gelukkig stak ik mijn kop niet in het zand en vocht ik tegen de neiging om te denken ‘de test in het labo was niet afwijkend, Anabel, het zal wel niets zijn, het zal wel stress zijn, het komt wel goed’.

Gelukkig deed ik de test, gelukkig was die wél afwijkend. Gelukkig kwam ik op de behandeltafel terecht.

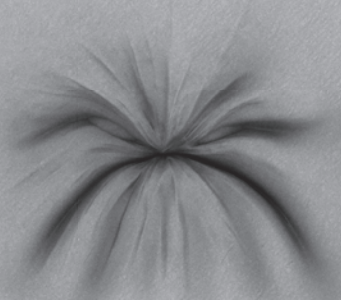
En zelfs al was de initiële wanhoop, angst en kwaadheid op mezelf zeer groot (ik vond dat ik zelf niet genoeg gedaan had met het onbestemde gevoel dat er iets niet in orde was in mijn buik), besliste ik nog op de behandeltafel om het leven te omarmen en om geen energie te steken in ‘wat als’.

Wat als het vroeger gevonden was? We gaan het nooit weten.

Als het later was geweest, zat ik nu in een lastiger parket, dat is wel zeker.

De tumor bleek bolvormig te zijn, zo groot als een flinke sinaasappel. Eén klier was aangetast. De chirurg heeft alles kunnen verwijderen, er is niets meer te zien.

Iedereen krijgt nu van mij te horen ‘dat het leven toch zo wonder-schoon is’, en dat ‘ze de test niet in een schuifje mogen laten zitten’.



Wees niet bang.

Ziet je anus een intiem onderzoek
niet zitten? Gelukkig hoeft dat niet.
Een miniem staaltje van je stoelgang
volstaat om darmkanker op te sporen.
Ben je tussen 50 en 74? Dan krijg je
een simpele zelftest in je brievenbus.
Nog een geruststelling: 19 van de 20
tests blijken negatief.

Stel 'm dus niet langer uit.
Doe de test.



stopdarmkanker.be

8. HOE KUNNEN WE ZOVEEL MOGELIJK MENSEN BEWUST MAKEN?

Waarom werd de vzw Stop Darmkanker opgericht?

Eigenlijk is het antwoord vrij eenvoudig. Onze vzw Stop Darmkanker werd opgericht om darmkanker een halt toe te roepen. Er zijn nog steeds veel te veel mensen die met deze ziekte geconfronteerd worden. Er zijn nog steeds veel te veel mensen die overlijden aan deze ziekte. Een ziekte waarvan minstens de helft had kunnen vermeden worden door meer informatie en meer voorlichting.

Ik had me voorgenomen om er geen Stop Darmkanker-boek van te maken. Maar ik wil je toch vertellen hoe het komt dat je dit boek nu in handen hebt. Daarvoor moeten we terug naar de zomer van 2000. Toch wel even geleden. Ik werd door een collega gevraagd om voor de Antwerpse oncologen een lezing te geven over de screening van darmkanker. Ik moet je bekennen dat ik er op dat ogenblik zelf weinig over wist. Na het nodige literatuuronderzoek kwam ik tot de onthutsende vaststelling dat men op dit vlak in andere landen veel verder stond. Bij ons werd er amper over gesproken, er was in de verste verte geen sprake van een bevolkingsonderzoek. De lezing viel kennelijk in de smaak en ik werd door andere collega's gevraagd om ook bij hen te komen spreken.

Jaren aan een stuk reed ik door Vlaanderen van de ene huisartsenkring naar de andere. Ik begon me in het thema te verdiepen. Telkens schrok ik van de aantallen, telkens besepte ik hoeveel onnodig leed er was. Ik stelde ook vast dat veel mensen eigenlijk niet wisten dat je darmkanker vroegtijdig kan opsporen. Stoelgang onderzoeken op occult bloed? Waarom zou dat nuttig kunnen zijn? Ik besepte dat ik meer moest doen dan alleen maar slecht nieuws vertellen. In februari 2010 kreeg ik de kans om met drie jonge studenten een actiegroep op te richten. De naam werd snel gevonden: Stop Darmkanker. Ons logo werd op vijftien minuten getekend! Sociale media werden ons wapen. Snel, zelf te besturen, gratis, ideaal om informatie en voorlichting te geven. In een tijdperk waarin sociale media toch nog in

hun kinderschoenen stonden, was dat de ideale springplank voor onze actiegroep. Op 19 juli 2012 werd de actiegroep officieel een vzw. Onze statuten verschenen in het Staatsblad. Onze missie was duidelijk: iedereen overtuigen van het belang van het vroegtijdig opsporen van poliepen en darmkanker. Het bleef nu niet enkel een verhaal voor huisartsen, maar ik richtte me ook op het brede publiek. De volgende jaren combineerde ik de dagtaak van het ziekenhuis met een avondtaak voor Stop Darmkanker. Van Koksijde tot Kinrooi, van Achel tot Nieuwpoort. Van het ene culturele centrum naar het andere, van de ene parochiezaal naar de andere. Eind oktober 2013 werd in Vlaanderen gestart met het bevolkingsonderzoek. Dat kon ik alleen maar toejuichen. Het werd ook tijd voor een nieuw boek. Na twee kleine boekjes in 2010 en 2011 verscheen eind 2014 *Stop Darmkanker: kennis delen kan levens redden*. Ik had op dat ogenblik nooit gedacht dat ik een jaar later het ziekenhuis definitief zou verlaten. Het was ondernemer Marc Coucke die mij de mogelijkheid gaf om vanaf januari 2016 fulltime voor onze vzw te gaan werken. Ik ben hem daar ontzettend dankbaar voor. Zijn onvoorwaardelijke steun, nu al bijna tien jaar, heeft ervoor gezorgd dat we zijn kunnen blijven groeien. Als we levens hebben gered, leed hebben vermeden en kosten bespaard, dan is dat ook een groot deel zijn verdienste. Want zonder Marc Coucke zou Stop Darmkanker wellicht niet meer bestaan. Dat mag ook weleens gezegd en geschreven worden.

We trachten met onze vzw Stop Darmkanker zoveel mogelijk informatie en voorlichting te geven. Want we merken nog iedere dag dat dit broodnodig is. Sociale media hebben we zelf in de hand, maar de klassieke of traditionele media is een ander paar mouwen. De ene campagne wordt al beter opgepikt door de andere. Ik ben de afgelopen jaren meerdere keren gevraagd om in de politiek te stappen. Heel mooie aanbiedingen, maar dat is niet aan mij besteed. Ik heb mijn antwoord steeds klaar, ook vrij recent nog: 'Erg lief om aan mij te denken, maar ik heb mijn eigen partij: Stop Darmkanker. Die partij heeft maar één agendapunt: stop darmkanker.'

Onze vzw wil wel op de politiek en het beleid wegens. Er is nog veel winst te boeken. Dan heb ik het vooral over gezonde levensjaren. Welke partij kan daar nu tegen zijn?

De keynote-teller (ik begon te tellen vanaf begin 2016) is ondertussen al de 750 gepasseerd. Ik heb al in meer dan twintig landen onze Doe De Test-boodschap verkondigt. Hoelang ik dit nog volhou? Ik weet het niet. Ik denk op mijn 67 nog niet aan stoppen. Het woord stoppen associeer ik altijd met... stop darmkanker. Ik ben erg blij omringd te zijn met schitterende medewerkers en fijne partners op wie we altijd kunnen rekenen. Ishia Opgenhaffen nam drie jaar geleden de taken van Bruno Mettepenningen over. Haar motiveren was echt niet moeilijk. Haar mama werd tweemaal met darmkanker geconfronteerd. Zij mag als overlever trots zijn op haar dochter. Sinds maart 2024 ik de ideale 'partner in crime' gevonden. Gezondheids-econoom professor Dominique Vandijck is onze rangen komen versterken als co-CEO. We zijn gewapend om de volgende tien à vijftien jaar darmkanker weerwerk te bieden. Er is geen sprake van afbouwen, we willen uitbouwen. Er is nog veel werk aan de winkel. Jullie steun is ook welkom. Ik wil langs deze weg ook iedereen bedanken die op zijn of haar manier een steen of steentje heeft bijgedragen. 'Samen sterk tegen darmkanker' is gelukkig geen holle slogan!

Hoe trachten we de grote boodschap zo wijd mogelijk te verspreiden?

Als je de vijand niet kent, kan je nooit de oorlog winnen: dat is mijn uitgangspunt. Informatie en voorlichting zijn cruciaal in de strijd tegen darmkanker. Nelson Mandela zei: 'Education is the most powerful weapon which you can use to change the world.' Lezingen of keynotes zijn een effectief wapen omdat ze heel persoonlijk en direct werken. Ik geloof heel sterk in de kracht van storytelling. Het verhaal dat ik breng is gebaseerd op bijna dertig jaar ervaring in het

ziekenhuis. Ik heb honderden patiënten slecht nieuws moeten vertellen. Gelukkig heb ik ook vaak goed nieuws kunnen vertellen. Na een geslaagde ingreep, na een geslaagde behandeling. Ik breng een verhaal van hoop, moed en vastberadenheid. Getallen en cijfers zijn goed, maar echte verhalen over echte mensen blijven zeker even lang hangen. En aangezien 'herhaling van de boodschap de kracht van het bericht is', blijf ik steeds op dezelfde Doe De Test-nagel kloppen. De ene keer al wat harder dan de andere. Hoe meer vragen we krijgen, hoe liever. Dat houdt het onderwerp actueel, dat houdt ook ons scherp om correct te antwoorden. We proberen ook zoveel mogelijk moeilijke woorden te vermijden, mensentaal wordt gewaardeerd. Dat is in dit boek misschien niet altijd even goed gelukt, maar dat is eigen aan het onderwerp. Naast boeken en lezingen, die meer een optreden zijn geworden (ik gebruik graag het woord infotainment), zijn we dagelijks actief op sociale media. Tijdens de internationale darmkankermaand maart wordt er een tandje bijgestoken met extra campagnes. Ook hier kunnen we reeds enkele jaren rekenen op de fantastische steun van het LDV-team van Harry Demey. Niets zo boeiend om met hen aan tafel te zitten en te brainstormen over een nieuwe campagne. Ons stripverhaal is ondertussen in meer dan tien talen vertaald. De Chinese, Arabische en Japanse versie zijn ook klaar. We richten onze pijlen nu ook op het Midden-Oosten en het Verre Oosten. Ik vind dat als darmkanker je tegenstander is, je niet ambitieus genoeg kan zijn. Wie weet wordt mijn droom 'een wereld zonder darmkanker' toch ooit werkelijkheid...

Zijn sociale media niet te vluchtig voor zo'n 'heftig' onderwerp?

Ik kan begrijpen dat sommige mensen hun schouders ophalen wanneer we het hebben over sociale media en darmkanker. Sociale media worden vaak gezien als snel en oppervlakkig en zeker niet de beste plek om een serieus en zwaar onderwerp als darmkanker te bespreken. Op platforms zoals Facebook, Instagram en X (het vroegere Twitter) scrollen mensen vaak snel door hun tijdlijn, waarbij ze maar kort stilstaan bij wat ze zien. Dit kan de indruk of het gevoel wekken dat zulke platforms niet geschikt zijn voor diepgaande of ernstige gesprekken.

Beste lezer, als we als Stop Darmkanker zijn wat we vandaag zijn, dan hebben we dat voor een groot stuk te danken aan sociale media. Ik ben een heel grote *believer* van het principe 'herhaling van de boodschap is de kracht van het bericht'. Daar lenen sociale media zich zeer goed toe. Altijd maar op dezelfde nagel kloppen. Als je cijfers gebruikt moeten het wel de juiste cijfers zijn. Dat vertelde ik ook altijd aan mijn assistenten.



Door berichten, verhalen en informatie te delen kunnen taboes doorbroken worden.

Sociale media bieden volgens mij wel unieke kansen om belangrijke onderwerpen zoals darmkanker onder de aandacht te brengen. Men vergeet soms welk enorm bereik sociale media hebben. Een bericht over darmkanker, of het nu over preventie of behandeling gaat, kan een zeer groot publiek bereiken. Het maakt van sociale media een krachtig hulpmiddel om het bewustzijn zijn over darmkanker te vergroten. Ik zeg altijd dat sociale media geen verplichting zijn, maar ik beschouw het wel als een enorme opportuniteit. Door berichten, verhalen en informatie te delen kunnen taboes doorbroken worden. We proberen op die manier ook mensen te stimuleren om aan het

bevolkingsonderzoek deel te nemen. Onze drie belangrijke woorden zijn intussen bekend. We sluiten vele berichten en posts af met ‘Doe. De. Test.’

Sociale media zijn ook een plek waar gemeenschappen ontstaan. Mensen die getroffen zijn door darmkanker – of dat nu patiënten, overlevers of familieleden zijn – kunnen via deze platforms online steun vinden en ‘vanuit hun zetel, vanachter hun toetsenbord’ hun ervaringen delen. Online groepen en pagina’s bieden een ruimte waar mensen hun verhalen kwijt kunnen, vragen kunnen stellen en steun kunnen vinden bij anderen die hetzelfde doormaken. Dit gevoel van verbondenheid kan zeer waardevol zijn, vooral voor mensen die zich geïsoleerd voelen door hun ziekte. Wij hebben daar talrijke voorbeelden van. Toen ik tijdens de Covid-periode begon met op iedere woensdagnamiddag exact om 17 uur live te gaan op Facebook, had ik nooit gedacht dat ik dit twee jaar lang zou blijven doen. Iedere woensdag, weer of geen weer, vakantie of geen vakantie. Toen ik na 125 afleveringen besloot te stoppen werden we overspoeld met reacties van mensen die het zo jammer vonden dat er een einde kwam aan hun wekelijkse afspraak met dokter Luc. Maar het ‘mooie liedje’ had toch twee jaar geduurd!

Wij gebruiken onze verschillende socialemediakanalen om informatie te verspreiden, ons publiek voorlichting te geven. We doen dit bewust via verschillende kanalen, omdat onze jarenlange ervaring leert dat de overlap tussen de verschillende platformen minder groot is dan men denkt. De mensen die je met Facebook bereikt, zitten niet altijd op Instagram en omgekeerd. Het LinkedIn-publiek is weer helemaal anders. Wie denkt dat X (het vroegere Twitter) enkel gevolgd wordt door journalisten en politici heeft het verkeerd voor. Door het delen van betrouwbare en toegankelijke content in mensentaal, zoals korte berichten, video’s en *infographics* kunnen we een breed publiek bereiken. Die inhoud kan niet alleen helpen om mensen beter te informeren over het belang van de preventie van darmkanker, maar kan

hen ook aanmoedigen om dieper in te gaan op het onderwerp. Op die manier kunnen ze zelf ook meer leren over preventie, symptomen en behandelingsmogelijkheden.

Het is normaal dat we tijdens maart, de internationale darmkankermaand, een tandje bijsteken en nog actiever zijn. Via ons online platform kunnen acties opgezet worden om fondsen te werven en geld in te zamelen. Ik zeg altijd: ‘Koken kost geld, en we willen voor veel mensen koken!’ Acties, evenementen, lezingen, campagnes. We proberen op diverse manieren onze grote boodschap over te brengen. De ideale campagne bestaat trouwens niet. Ik vraag tijdens mijn lezingen vaak van wie dit citaat is: ‘The best campaign is the one that is done, not the one that is discussed for many years.’ Dit is geen quote van Churchill, zoals oudere mensen soms suggereren. Ook niet van Einstein of Kennedy, zoals anderen denken. Zeker niet van Obama of Trump, zoals andere aanwezigen soms roepen. Die quote komt van... mezelf.

Een groot voordeel van sociale media is dat je ze ook volledig in eigen handen hebt. Akkoord, het kost soms wat tijd, het vergt creativiteit, maar het is in mijn ogen een ideaal wapen in de strijd tegen darmkanker!

Wat is het belang van ‘empowerment’ en getuigenissen van patiënten?

Empowerment is een term die de laatste jaren meer en meer aan belang gewonnen heeft. Het is niet gemakkelijk om voor dit Engels woord een equivalent in het Nederlands te vinden. In ‘empowerment’ zit onder meer de ‘em’ van emancipatie en ‘power’ van kracht. Dat helpt ons al een klein beetje vooruit. Empowerment betekent dat mensen de kans krijgen om zelf de touwtjes in handen te nemen wat betreft hun leven en keuzes. Ze leren wat ze nodig hebben, krijgen de

juiste informatie en ontwikkelen het vertrouwen om dingen zelf te beslissen en te doen. In de zorg betekent empowerment dat patiënten worden geholpen om beter te begrijpen wat er met hen gebeurt en hoe ze kunnen meebeslissen over hun behandeling. Zo voelen ze zich sterker en hebben ze meer controle over hun eigen gezondheid.

Empowerment speelt ook een cruciale rol in de preventie, behandeling en nazorg van darmkanker. Het houdt in dat patiënten de kennis, vaardigheden en het vertrouwen krijgen om actief betrokken te zijn bij hun eigen zorg. Dit is belangrijk om verschillende redenen.

Verbeterde beslissingsbevoegdheid

Empowerde patiënten zijn beter in staat om weloverwogen beslissingen te nemen over hun behandeling. Ze begrijpen de verschillende opties, de voor- en nadelen van elke keuze, en kunnen samen met hun artsen beslissen wat het beste bij hun situatie past. Dit leidt vaak tot meer gepersonaliseerde zorg en betere behandelingsresultaten.

Verhoogde therapietrouw

Wanneer patiënten zich betrokken en geïnformeerd voelen, zijn ze eerder geneigd om hun behandelingsplan nauwkeurig te volgen. Dit omvat het op tijd nemen van de medicatie, het naleven van dieet- en bewegingsrichtlijnen en het bijwonen van vervolgafspraken. Een hoge therapietrouw verbetert de kans op een succesvolle behandeling en herstel.

Betere kwaliteit van leven

Empowerment helpt patiënten om niet alleen fysiek, maar ook emotioneel en psychologisch beter om te gaan met hun ziekte. Ze voelen zich minder hulpeloos en meer in controle over hun situatie. Dit kan leiden tot een betere mentale gezondheid en een verbeterde kwaliteit van leven.

Preventie en vroegtijdige detectie

Empowerde patiënten zijn vaak beter geïnformeerd over risicofactoren en symptomen van darmkanker. Dit kan hen aanmoedigen om preventieve maatregelen te nemen en eerder medische hulp te zoeken bij klachten. Dit verhoogt de kans op vroegtijdige opsporing en vergroot de kans op een succesvolle behandeling. Patiëntenorganisaties en zelfhulpgroepen kunnen hierbij een zeer grote rol spelen. Ze bieden ondersteuning, informatie en een platform voor het delen van ervaringen, waardoor patiënten zich minder alleen voelen en beter geïnformeerd zijn. Deze groepen helpen patiënten om hun ziekte beter te begrijpen, leren hun hoe ze effectief kunnen communiceren met zorgverleners, en moedigen hen aan om actief deel te nemen aan hun behandeling. Door lotgenotencontact en praktische tips bevorderen ze zelfvertrouwen en veerkracht, waardoor patiënten beter in staat zijn om hun eigen keuzes te maken en hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Het is niet voor niets dat dit laatste stukje gaat over empowerment en patiënten. Uiteindelijk spelen zij toch de centrale rol in het verhaal. Onze vzw Stop Darmkanker richt zich vooral op preventie, op die negentien mensen waarvan we hopen dat ze nooit de twintigste moeten worden. Maar ook patiënten kunnen bij ons terecht. Wij proberen zo goed en zo eerlijk mogelijk hun vragen te beantwoorden. Daarom vind ik het ook belangrijk om hen in dit boek een belangrijke plaats te geven. De reeks getuigenissen doorheen dit boek zijn echte verhalen van echte mensen. Mensen die met de ziekte geconfronteerd werden. Ik wil hen oprecht bedanken dat zij zo bereidwillig waren om hun persoonlijk verhaal met jullie te delen in mijn boek.

Die getuigenissen spelen ook een cruciale rol in de empowerment van patiënten met darmkanker. Door persoonlijke verhalen van anderen te horen, kunnen patiënten zich gesteund en begrepen voelen. Ik mag dan nog honderden lezingen geven, een getuigenis biedt toch extra waarde. Getuigenissen bieden herkenning en hoop, laten zien

dat anderen vergelijkbare uitdagingen hebben overwonnen. Ze geven praktische inzichten over hoe om te gaan met de ziekte. Getuigenissen zijn geen statistieken. Het zijn oprechte en openhartige verhalen uit de wereld van vandaag. Getuigenissen maken complexe medische informatie toegankelijker en versterken het vertrouwen om eigen keuzes te maken. Bovendien helpen ze om angst en onzekerheid te verminderen, doordat patiënten leren van de ervaringen en succesverhalen van lotgenoten. Dat motiveert hen om actief betrokken te blijven bij heel hun zorgproces. Ik twijfel er niet aan dat je deze getuigenissen ook met bijzondere aandacht zal lezen. Iedere keer als ik ze lees, word ik er nog steeds heel stil van... en besef ik nog meer het belang van vroegtijdige opsporing! Ik hoop dat vele anderen dit ook beseffen.

Ik durf gerust toegeven dat getuigenissen ook een krachtig instrument zijn om te lobbyen. Dergelijke getuigenissen helpen om met nog meer kracht te pleiten voor betere screening, toegang tot behandeling en ondersteunende zorg voor patiënten met darmkanker. Door hun verhalen te delen met beleidsmakers, gezondheidszorgprofessionals en het grote publiek helpen patiënten zelf om de nodige veranderingen te bevorderen die de kwaliteit van leven van (toekomstige) darmkankerpatiënten moet verbeteren.

Daar stopt het trouwens niet. Getuigenissen spelen ook een rol in het stimuleren van onderzoek naar darmkanker. Door hun ervaringen te delen, kunnen patiënten onderzoekers informeren over hun noden, zorgen en prioriteiten. Dat helpt op zijn beurt onderzoekers beter te begrijpen welke gebieden van zorg verbetering behoeven. Getuigenissen van patiënten met darmkanker zijn onmisbaar in de strijd tegen deze ziekte.

De rol en het belang van patiëntenverenigingen kan niet genoeg benadrukt worden. Ik wil dit deel graag beëindigen met de woorden van ervaringsdeskundige Stefan Gijssels: 'Patiëntenverenigingen zijn

van onschatbare waarde. Hun stem is goud waard. Zij hebben de unieke kracht om een positieve bijdrage te leveren aan zowel patiënten als het gehele zorgsysteem. Ze brengen de ervaringen van patiënten samen, of transformeren ze in collectieve ervaringskennis en maken zo zichtbaar wat onzichtbaar is. Daarnaast spelen ze een actieve rol bij het innoveren en het verbeteren van het gezondheidsbeleid. Er is duidelijk wetenschappelijk en maatschappelijk bewijs voor de toegevoegde waarde ervan.' Ik sluit me hier volledig bij aan. Beter kon ik het niet gezegd of geschreven hebben.

Een wereld zonder darmkanker, kan dat wel?

Een wereld zonder darmkanker lijkt misschien onhaalbaar als je al de cijfers hebt gelezen die in dit boek de revue zijn gepasseerd. Maar er zijn volgens mij toch belangrijke stappen die ons dichterbij een wereld zonder darmkanker kunnen brengen. We moeten die hoop blijven koesteren, we moeten dat doel voor ogen blijven houden.

Ik val voor de zoveelste maal in herhaling, maar darmkanker is zeer goed te behandelen als het vroegtijdig wordt opgespoord. Als bovendien poliepen worden verwijderd krijgen die alvast geen kans om darmkanker te worden. Het feit dat we dankzij het bevolkingsonderzoek nu veel meer darmkankers vinden in een vroege fase moet een stimulans zijn om de ingeslagen weg verder te zetten.

Primaire preventie speelt ook een cruciale rol. Een gezonde levensstijl, een vezelrijk dieet, regelmatige lichaamsbeweging, vermijden van roken en overmatig alcoholgebruik: het speelt allemaal een belangrijke rol. Dat heb ik in dit boek ook voldoende benadrukt. Als we dan ook nog ons gewicht in de gaten houden, zijn we er bijna. Niet helemaal, want je kan het risico wel flink verlagen, maar jammer genoeg niet tot nul herleiden. Bewustwording van deze eenvoudige

maatregelen is een essentiële stap richting het verminderen van het aantal gevallen van darmkanker.

Gelukkig staat de wetenschap niet stil en boeken we ook grote vooruitgang op het gebied van de behandeling. Nieuwe vormen van immunotherapie zitten in de pipeline. Hopelijk kunnen er in de toekomst nog veel meer mensen mee worden geholpen. Heelkundige technieken worden steeds beter. Artificiële intelligentie wordt ongetwijfeld een belangrijke bondgenoot in de strijd tegen darmkanker. Het microbioom zal hopelijk nog veel meer geheimen prijsgeven. Benieuwd hoe deze woorden binnen tien jaar klinken.

Het bereiken van een wereld zonder darmkanker is een constante uitdaging. Een levensbelangrijke uitdaging. De deelnamepercentages aan de bevolkingsonderzoeken moeten omhoog. Wat mij betreft moeten we ook vroeger beginnen, want darmkanker treft steeds meer jongeren. De oudere bevolking mogen we niet in de steek laten. Nog betere zelftesten kunnen ook hier belangrijk zijn. Wie weet komt er een eenvoudige adem- of urinetest? We mogen de moed niet laten zakken als we naar de lawine van darmkankers kijken die op ons afkomt. Het moet juist een stimulans zijn om nog harder te werken. Daarvoor rekenen we ook op jouw steun, beste lezer.

Samen sterk, stop darmkanker!

DE GETUIGENIS VAN MARIJN

'DE ARTS HULDE MEE'

Mijn naam is Marijn, ik ben 46 jaar, mama van twee jongens en getrouwd met Jeroen. In juni 2015 zat ik voor onze oudste zoon bij de huisarts en zei tussen neus en lippen door: 'Ik heb nogal last van diarree maar dat zal wel komen door de stress.' De zaak van mijn man was net failliet gegaan en het was best een hevige periode. De huisarts zei: 'Hmm, ik wil toch dat je een darmonderzoek laat doen.' Ik piepte er nog achteraan: 'Is dat met zo'n slang in mijn kont?'

Ja, dat was het!

Het eerste wat ze vroegen nadat ze binnen waren met die slangen: 'Zit er darmkanker in de familie?' Ja, helaas wel.

Er zaten dus twee poliepen, waarvan er eentje kwaadaardig was. Die hebben ze ter plekke weggehaald en daarna hebben ze me vooral in de gaten gehouden. Elke paar maanden een darmonderzoek en MRI-scan, om zeker te zijn dat het niet door mijn darmwand heen was. En dat bleek niet zo te zijn. In de zomer van 2017 had ik mijn laatste onderzoeken en zag alles er super uit. Ik was voor drie jaar van de onderzoeken af. Whoop whoop!

De laatste maanden van 2018 was ik vooral moe. Het ging niet zo lekker met onze oudste en ik schreef die vermoeidheid vooral toe aan stress (wederom). Ik kreeg last van een bult boven mijn sleutelbeen en werd doorgestuurd naar de oncoloog. Die liet een CT-scan maken van mijn longen en zag puntjes. 'Dat zouden wel eens uitzaaiingen kunnen zijn', zei hij. Maar hij stelde voor dat ik eerst op vakantie ging. Onze reis naar Cuba was geboekt. En daarna zou hij weer een CT-scan laten maken. Mochten de puntjes groter zijn dan

wilde hij me terugsturen naar de ‘darmendokter’. Ik zei nog lachend: ‘Als daar nu iets zit, is het echt een foute boel.’

De week voor onze reis naar Cuba had ik ‘s morgens heel veel bloed bij de ontlasting en ben meteen naar het ziekenhuis gestuurd voor een darmonderzoek. Een uur later wist ik eigenlijk al dat het een foute boel was. En een paar dagen later kreeg ik te horen wat er precies gaande was: een darmtumor die richting mijn stuitje was gegroeid en uitzaaiingen in beide longen op verschillende plekken. ‘Het ziet er niet goed uit. Je hebt pure pech!’ Dat is wat ik me van het eerste gesprek kan herinneren. En dat de arts mee huilde. Het kwam niet vaak voor dat ze dit verhaal moest vertellen aan een mama van 46. O ja, en dat ze ons naar Cuba stuurde. ‘Jullie gaan! Genieten! Rum drinken!’

En dat hebben we gedaan. Cuba was vol met tranen, vloekjes en vooral mooie momenten. Drie dagen na Cuba begon mijn behandeling.

Bij de laatste chemo heb ik aan de bel getrokken. Ik kon niet meer. Ik had elke twee weken chemo en had dan maar drie redelijk goede dagen. En dan moest ik weer beginnen. De arts heeft me de afgelopen week naar Leuven gestuurd om te kijken of de artsen me in de toekomst daar zouden kunnen opereren. Dat gaan ze nu proberen voor elkaar te krijgen. Over twee weken begin ik met vijf weken continu chemo en met vijf weken bestraling om te zorgen dat de tumor in mijn darmen van het staartbeen afkomt, waardoor er misschien een operatie mogelijk is.

Waar ik vooral moeite mee heb zijn natuurlijk de vele bijwerkingen, maar ook het geduld en de onzekerheid die erbij komen kijken. En dat je continu je eigen grenzen naar beneden moet stellen omdat je gewoon niet meer zo veel kan.

Wat ik wel mooi vind is dat je leven mooier wordt. Dat je bewuster leeft en van kleine dingen enorm geniet. Ik slurp mooie momenten echt op. Ik ben bewuster van beelden, geluiden en geuren. En daar geniet ik dan echt van!

Naschrift door Luc Colemont: Marijn is helaas intussen overleden.



Bedankt dat je dit boek gelezen hebt. Je steunt er de strijd tegen darmkanker mee. Wil je nog meer doen? Je kan onze vzw Stop Darmkanker financieel steunen via deze QR-code. Meer info over de vzw vind je op **www.stopdarmkanker.be**.



BORGERHOFF
& LAMBERIGTS

Gent, België
info@borgerhoff-lamberigts.be
www.borgerhoff-lamberigts.be

ISBN: 9789464778847
NUR: 860
D2024/11.089/224

Auteur: Luc Colemont
Eindredactie: Tom De Smet
Cover: Studio Jan de Boer
Zetwerk: Wendy De Vlaeminck



Auteursfoto: ??????

Beelden: vzw Stop Darmkanker
Coördinatie: Wim De Bock, Tom De Smet & Joni Verhulst

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, elektronische drager of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



De uitgever heeft geprobeerd bij de samenstelling van deze uitgave alle rechthebbenden op copyright te contacteren. Mocht er een opname zonder voorkennis van rechthebbenden zijn gebeurd, dan verzoeken wij dezen alsnog contact op te nemen.