

Operatie bij slokdarmkanker

(oesofaguscarcinoom en cardiacarcinoom)

Maatschap Chirurgie
Maatschap Maag-, Darm- en Leverartsen
IJsselland Ziekenhuis

Inhoudsopgave

Inleiding	2
1. Slokdarm en slokdarmkanker	3
2. Onderzoek in het ziekenhuis	5
3. Keuze van de behandeling(en)	7
4. Behandeling bij vroege ontdekking	8
4.1 Endoscopische Mucosale Resectie (EMR)	8
4.2 Endoscopische Radiofrequente Ablatie (RFA)	9
4.3 Fotodynamische therapie	9
5. Slokdarmoperatie	
5.1 Wanneer is een operatie mogelijk?	10
5.2 Voor de operatie	10
5.3 De operatie	12
5.4 Mogelijke complicaties	13
5.5 Na de operatie	14
6. Weer thuis: een aantal leefregels	15
6.1 Algemene leefregels	15
6.2 Wondzorg	15
6.3 Overige leefregels en adviezen voor thuis	16
7. Heeft u nog vragen?	18
8. Ruimte voor aantekeningen	18

Inleiding

In deze folder geven wij u algemene informatie over een operatie van een kwaadaardige tumor in de onderste helft van de slokdarm en de overgang naar de maag.

Wanneer u naar aanleiding van deze brochure nog vragen heeft, is het belangrijk dat u deze aan uw behandelend arts stelt!

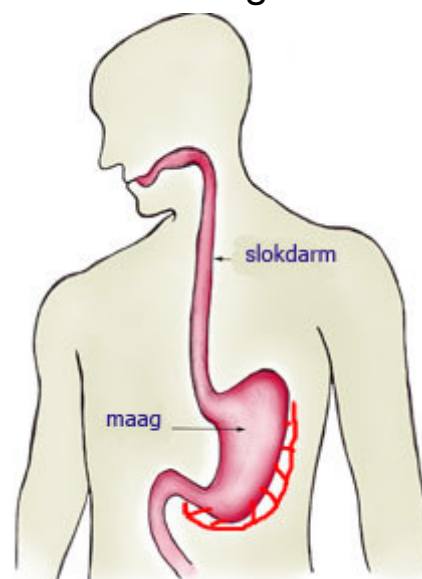
1 Slokdarm en slokdarmkanker

De plaats en functie van de slokdarm

De slokdarm (*oesophagus*) is een gespierde buis van ongeveer 25 tot 30 cm lang, die de mond-keelholte verbindt met de maag. Het grootste deel ligt in de borstholte tegen de wervelkolom.

In de borstholte tussen beide longen bevinden zich naast de slokdarm andere belangrijke organen zoals de luchtpijp met zijn vertakkingen naar beide longen, het hart en de grote bloedvaten.

De slokdarm dient voor het transport van voedsel van de mond naar de maag en werkt zelfs tegen de zwaartekracht in.



Copyright www.chirurgenoperatie.nl

Welke vormen van slokdarmkanker zijn er?

In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 1000 mensen slokdarmkanker vastgesteld. Slokdarmkanker komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

In deze folder worden met de algemene term “slokdarm”-kanker de volgende 3 meest voorkomende typen bedoeld:

- het *plaveiselcelcarcinoom* van de slokdarm
- het *adenocarcinoom* van de slokdarm (dit neemt de laatste jaren toe)
- het *cardiacarcinoom*; dit is een adenocarcinoom dat ontstaat in het maagslijmvlies bij de overgang van de slokdarm in de maag.

Cardiacarcinoom is eigenlijk een soort maagkanker. Omdat de behandeling in dit bijzondere geval vergelijkbaar is met slokdarmkanker wordt deze vorm ook hier genoemd.

Ontstaan van slokdarmkanker

Risicofactoren die een verhoogde kans op het ontstaan van slokdarmkanker geven, zijn:

- overmatig alcohol gebruik,
- chronisch zuurbranden of opstijgend maagzuur,
- overmatig gebruik van sterk gekruide gerechten,
- Barrett's slokdarm (Barrett's oesophagus).

Slokdarmkanker begint klein in het slijmvlies dat de binnenkant van de slokdarm bekleedt. Vormen in een vroeg stadium worden meestal alleen bij toeval ontdekt tijdens een inwendig kijkonderzoek. De tumor groeit zowel naar binnen toe als door de wand heen (door de spierlaag en bindweefsel) naar omliggende weefsels en organen.

Uitzaaiingen kunnen zowel via de lymfestroom als via het bloed plaatsvinden. Bij het naar binnen toe groeien wordt de slokdarm steeds verder afgesloten en kan voedsel steeds moeilijker passeren naar de maag. De tumor kan zich via de wand van de slokdarm naar boven en naar beneden uitbreiden.

De klachten bij slokdarmkanker kunnen zijn:

- vast voedsel zakt niet goed weg (later ook vloeibaar voedsel)
- gewichtsverlies.

De klachten bestaan meestal pas kort (enkele weken tot een maand) en ze nemen vrij snel in ernst toe. Soms kan een patiënt bijna niets meer eten of drinken.

2 Onderzoek in het ziekenhuis

Lichamelijk onderzoek

Naast het bevoelen van de buik, onderzoekt de arts ook de hals om vast te stellen of de lymfeklieren hier vergroot zijn.

Inwendig kijkonderzoek (oesophago-gastroscopie)

Met een flexibele kijkslang bekijkt de arts de hele slokdarm en maag van binnen. Hierbij worden vaak weefselmonsters ("*biopten*") voor onderzoek genomen.

CT-scan van de borst- en buikholte

(in combinatie met contrastvloeistof via een infuus)

Met behulp van een computer worden röntgenopnames bewerkt tot een speciaal beeld. De plaatjes die ontstaan, zijn dwarsdoorsneden van het menselijk lichaam. Door deze plaatjes verder te bewerken met de computer kunnen ook driedimensionale beelden worden gemaakt waardoor een goed ruimtelijk inzicht wordt verkregen.

Echografie van de buik en de hals (en evt. een punctie)

Dit is een eenvoudig onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van geluidsgolven. Dit is nuttig om een indruk van de lever en eventuele uitzaaiingen te krijgen. Ter hoogte van de hals worden de lymfeklieren onderzocht. Bij verdenking op een uitzaaiing wordt een gerichte *punctie* verricht. Bij een punctie wordt via een dunne holle naald wat vocht uit de lymfeklieren gezogen voor onderzoek.

Inwendig echo-onderzoek (endo-echografie)

De uitgebreidheid van een tumor in of buiten de slokdarmwand wordt met een flexibele slang in de slokdarm onderzocht. In deze flexibele slang is een echo-apparaat ingebouwd. Tevens kunnen de omringende lymfklieren worden bekeken. Bij verdenking op een uitzaaiing in een lymfeklier kunnen via deze slang cellen worden opgezogen voor onderzoek.

Aanvullend onderzoek

Soms is aanvullend onderzoek nodig. Dit kan zijn:

- inwendig kijkonderzoek van de luchtpijp (bronchoscopie)
- slikfoto (radioactief onderzoek)
- MRI (electromagnetisch onderzoek)
- PET-scan (radioactief onderzoek)

3 Keuze van de behandeling(en)

Slokdarmkanker geeft in het begin geen klachten. Daardoor wordt de ziekte bij veel mensen pas vastgesteld op het moment dat deze ver is gevorderd.

Door onderzoek kan de arts vaststellen in welk stadium de ziekte is en wat voor u de beste behandeling kan zijn.

De meest toegepaste behandelingen bij slokdarmkanker zijn:

- **E**ndoscopische **M**ucosale **R**esectie (EMR)
- **R**adiofrequente **a**blatie (RFA)
- Fotodynamische therapie (laserbehandeling)
- Radiotherapie (bestraling)
- Chemotherapie (behandeling met medicijnen)
- Plaatsen van een voedingsbuis (een 'stent' of 'endoprothese')
- Operatie
- Wegbranden van de tumor (electro-coagulatie)
- Oprekken van de slokdarm

Een operatie kan alleen worden uitgevoerd wanneer uit onderzoek is gebleken dat de tumor waarschijnlijk niet is ingegroeid in andere organen of uitgezaaid naar andere organen. Uw arts zal dit met u bespreken.

Wanneer een operatie niet meer mogelijk is, kan de arts een palliatieve behandeling adviseren. Een palliatieve behandeling kan uw klachten verminderen en/of de ziekte remmen maar niet genezen.

4 Behandeling bij vroege ontdekking

Bij uitzondering wordt slokdarmkanker vroeg ontdekt. Dat kan tijdens een gastroscopie die om een andere reden werd aangevraagd, zoals aanhoudend zuurbranden of controle van een Barrett's slokdarm.

4.1 Endoscopische Mucosale Resectie (EMR)

Indien de tumor **alleen** tot de slijmvlieslaag is beperkt, kan het slijmvlies met de tumor plaatselijk worden verwijderd. Dit heet een zgn. *Endoscopische Mucosale Resectie* (EMR).

Deze ingreep vindt plaats tijdens een gastroscopie terwijl u een slaapmiddel, dormicum, krijgt toegediend. De ingreep wordt uitgevoerd door een maag-lever-darm arts van ons ziekenhuis, op de afdeling endoscopie.

Bij een EMR wordt het slijmvlies met een injectienaald aangeprikt. Deze injectienaald wordt ingebracht via een dun werkkanaaltje in de gastroscop. Via de injectienaald wordt een vloeistof in de tumor ingespoten. Hierdoor wordt het slijmvlies van de spierlaag eronder losgemaakt. Vervolgens wordt het via de gastroscop omhoog gezogen en afgesneden met een kleine elektrische lasso.



Copyright www.chirurgenoperatie.nl



Hierbij ontstaat een wondje (kratertje) waarbij je op de onderliggende spierlaag kijkt. Er bestaat een kleine kans op het ontstaan van een gat in de slokdarm.

Het slijmvlies met de tumor wordt vervolgens door een patholoog-anatoom onder de microscoop onderzocht.

- Wanneer hieruit blijkt dat de groei van de tumor alleen tot de slijmvlieslaag is beperkt, kan besloten worden om het hier bij te laten. De kans op lymfeklieruitzaaiingen is in dit geval heel klein. De wond vult zich zeer waarschijnlijk weer met slijmvlies en littekenweefsel. Het is wel nodig dat u onder controle blijft. U zult daarom regelmatig een gastroscopie moeten ondergaan waarbij stukjes weefsel uit de slokdarm worden genomen voor onderzoek (“bioptie”).
- Wanneer uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van een kwaadaardige tumor die door de dunne slijmvlieslaag heen groeit, is de kans op lymfeklieruitzaaiingen veel groter. Deze beperkte ingreep is dan meestal niet voldoende en er zal een buismaagoperatie (zie hfd 5) moeten plaatsvinden.

4.2 Endoscopische Radiofrequente Ablatie (RFA)

Het meest oppervlakkige laagje van de slokdarmwand wordt kortdurend sterk verhit, waardoor dit laagje afsterft.

RFA wordt endoscopisch uitgevoerd en kan meestal in combinatie met een EMR (zie 4.1).

4.3 Fotodynamische therapie

Een operatietechniek waarbij het weefsel behandeld wordt met lasertherapie. Het kan soms worden gebruikt in combinatie met EMR.

5 Slokdarmoperatie

5.1 Wanneer is een operatie mogelijk?

Een operatie is mogelijk wanneer uit de onderzoeken is gebleken dat de tumor waarschijnlijk niet is ingegroeid in andere organen of uitgezaaid naar andere organen.

Soms is dit voor de operatie nog niet duidelijk. Het komt daarom voor dat de chirurg pas tijdens de operatie vaststelt dat de tumor niet helemaal verwijderd kan worden of dat er uitzaaiingen zijn. Op dat moment kan hij alsnog besluiten om de operatie af te breken.

Bij een ernstige *passagestoornis*, dat wil zeggen als het voedsel niet wil zakken, kan de chirurg besluiten om wel een metalen stent in de slokdarm te plaatsen. Een stent is een buisje om de slokdarm open te houden.

Soms besluit de arts om eerst een kijkoperatie in de buikholte te doen om te onderzoeken of er al uitzaaiingen zijn.

Dit heet een “*diagnostische laparoscopie*”

5.2 Vóór de operatie

Vorbereidingen

Een operatie voor slokdarmkanker is een hele zware ingreep. De conditie van een patiënt moet hiervoor zo goed mogelijk zijn.

Patiënten die voor de operatie enige tijd niet kunnen eten, krijgen daarom kunstmatige voeding toegediend via een slangetje in de maag of dunne darm.

Indien nodig wordt ook de bloedaanmaak in de periode voor en na de operatie gestimuleerd. Hierdoor verbetert de algemene conditie, worden bloedtransfusies voorkomen en is sneller herstel mogelijk.

Radiotherapie en/of chemotherapie

Soms wordt een combinatie van een operatie met radiotherapie, chemotherapie of beiden voorgesteld.

Deze behandelingen zijn niet standaard. Ze vinden meestal plaats in het kader van (landelijk of internationaal) wetenschappelijk onderzoek.

Het doel van een voorbehandeling is de tumor te verkleinen en om mogelijke uitzaaiingen in de buurt van de tumor te vernietigen. Hierdoor is er een grotere kans dat de tumor helemaal kan worden verwijderd met een mogelijk kleinere kans op terugkomst.

De resultaten van deze voorbehandeling zijn wisselend.

Regionale samenwerking

Binnen Nederland bundelt men de krachten en kennis om deze ingreep in een paar ziekenhuizen te concentreren. Hierdoor verbeteren de resultaten.

U wordt geopereerd in het IJsselland Ziekenhuis maar het kan zijn dat de onderzoeken in uw eigen ziekenhuis hebben plaatsgevonden. Uw behandelend specialist en de chirurg in het IJsselland Ziekenhuis werken hierin samen.

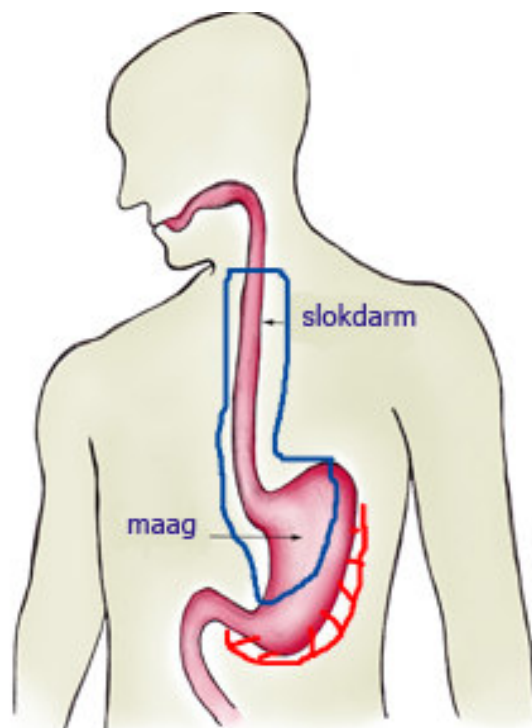
Wanneer uw herstel voorspoedig is, kunt u eventueel naar uw eigen ziekenhuis worden overgeplaatst.

5.3 De operatie

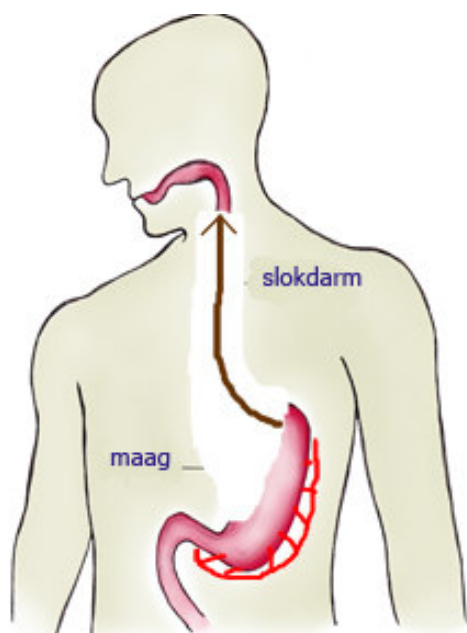
Tijdens de operatie worden de slokdarm en het bovenste gedeelte van de maag (binnenbocht) met een deel van het omringende weefsel en de lymfeklieren verwijderd. Dit gebied is op de tekening hiernaast met een lijn aangegeven.

De slokdarm wordt tot aan de hals verwijderd. In de hals wordt ook een kleine snede gemaakt, meestal aan de linker zijde.

Nadat de tumor en het grootste stuk van de slokdarm zijn verwijderd, moet het overgebleven deel van de slokdarm (het halsgedeelte) weer met de maag worden verbonden. Meestal wordt van de resterende maag een buis gemaakt, een *buismaag*. Deze buismaag wordt in de hals aan de slokdarm gehecht. Deze operatie wordt ook *buismaagoperatie* genoemd.



Copyright www.chirurgenoperatie.nl



De operatie vindt plaats via een **snede in de buikholte en in de hals**. Dit gebeurt nog niet altijd via een kijkoperatie.

Soms wordt ook de **borstkas** geopend, met name als de tumor in de buurt van de luchtpijp ligt. Meestal gebeurt dit aan de rechterzijde. Soms gebeurt dit via een kijkoperatie.

Wanneer het verbinden van de maag aan de slokdarm niet mogelijk is, wordt een nieuwe verbinding gemaakt met behulp van een stuk van de dikke darm. Dit heet "*colon-interpositie*". Dit kan bijvoorbeeld als een deel van de maag in het verleden is verwijderd.

5.4 Mogelijke complicaties

Een slokdarmoperatie is een zeer ingrijpende operatie. Er bestaat een risico op overlijden van 3 tot 5% als gevolg van de operatie of van mogelijke complicaties.

Er bestaat een kans op complicaties zoals die bij iedere operatie voorkomen: trombose, longontsteking, nabloeding of wondinfectie. Daarnaast zijn er specifieke complicaties:

Naadlekkage

Veel patiënten vragen zich af waarom bijna de hele slokdarm moet worden verwijderd als de tumor zich vlak boven de maag bevindt.

Dit wordt gedaan omdat de verbinding tussen de resterende slokdarm en buismaag (of darm) relatief vaak gaat lekken. Wanneer deze lekkage in de *borstkas* plaatsvindt, kan een levensbedreigende infectie optreden. Dit kan leiden tot heroperaties en zelfs tot overlijden.

Treedt zo'n lekkage op in de *hals*, dan lekt het slijm tijdelijk naar buiten (halsfistel), zonder dat de patiënt heel ziek wordt. Meestal geneest zo'n lekkage binnen enkele weken spontaan.

Heesheid

Daarnaast kan een (meestal tijdelijke) heesheid optreden door beschadiging (oprekking) van de stembandzenuw die tussen de luchtpijp en de slokdarm loopt.

Naadvernaauwing

Een complicatie die zich later kan voordoen, is een vernauwing bij de naad in de hals. Daardoor kan het voedsel (weer) moeizaam passeren.

De vernauwing moet dan door een maag-darm-lever arts (gastro-enteroloog) tijdens een endoscopie worden opgerekt. Soms moet dit meerdere malen gebeuren.

5.5 Na de operatie

Na een slokdarmoperatie blijft u meestal enkele dagen op de intensive care (IC). Daarna gaat u naar de verpleegafdeling voor verder herstel.

Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een beademingsbuis als u nog kunstmatig beademd wordt
- één of twee infusen voor vochttoediening
- een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding
- een slang (sonde) door uw neus, die in de buismaag ligt
- een of meer drains in uw buik en/of borstkas voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht
- een blaaskatheter voor afloop van urine
- een kleine drain in uw hals
- een eventuele voedingssonde in uw dunne darm.

Afhankelijk van uw herstel na de operatie worden al deze hulpmiddelen verwijderd.

De wond in uw hals blijft vaak open. De wond wordt niet gehecht. Na enige tijd groeit deze wond vanzelf dicht zodat een smal litteken overblijft.

In de loop van de dagen daarna gaat het drinken geleidelijk aan beter en gaat u via vloeibare voeding weer op vaste voeding over. Daar is geen vast schema voor.

Tijdens uw opname in het ziekenhuis heeft u een gesprek met een **diëtist** en een **logopedist**.

De diëtist geeft u een richtlijn voor de voeding mee.

Wanneer uw algehele toestand het toelaat, kunt u na ongeveer 10 dagen weer naar huis.

6. Weer thuis: een aantal leefregels

6.1 Algemene leefregels

Als u voor uw opname zelfstandig functioneerde, heeft u geen Thuiszorg nodig. Wel is het prettig als u de eerste twee weken hulp kunt krijgen van partner, familie of vrienden.

Zware huishoudelijke klussen mag u de eerste drie weken niet zelf verrichten.

Het is raadzaam de volgende lichaamshoudingen en bewegingen zoveel mogelijk te vermijden:

- Hurkzit.
- Over elkaar geslagen benen.
- Langdurig zitten met gebogen knieën (auto, bus, vliegtuig).
- Traplopen met twee of drie treden tegelijk.

6.2 Wondzorg

Uw wond wordt (meestal) behandeld met een pleister, omdat de wond nog wondvocht kan lekken.

De hechtingen worden 12 tot 14 dagen na de operatie verwijderd. U krijgt daarvoor een afspraak mee bij ontslag uit het ziekenhuis.

- U mag **douchen**.
Heeft u nog een pleister op de wond, verwijder deze dan voordat u gaat douchen.
Er mag gewoon water en zeep op de wond komen.
- Ga **niet in bad** zolang uw wond nog niet volledig genezen is. Dit kan uw wond namelijk 'week' maken.

Is de wond droog (komt er geen vocht meer uit) dan hoeft er niets meer op de wond, ook al zitten de hechtingen er nog in.

U moet contact opnemen als:

- De omgeving rond de wond rood is.
- De wond meer pijn gaat doen.
- Geur en/of wondvocht toeneemt.
- U koorts heeft (hoger dan 38.5)
- U zich zorgen maakt.

6.3 Overige leefregels en adviezen voor thuis

Eten

Omdat u niet meer dezelfde hoeveelheden als vroeger tijdens de maaltijd kunt gebruiken, moet u deze gaan verdelen over meerdere aangepaste porties.

Na het eten kunt u zich soms wat misselijk of draaierig voelen.

Wanneer u nog vragen over voeding heeft, kunt u contact opnemen met de diëtist van ons ziekenhuis.

Beweging

Er zijn geen beperkingen met betrekking tot normale lichamelijke activiteit.

Vermoeidheid

Wanneer u last heeft van vermoeidheidsklachten, kan de informatie in de brochure “Vermoeidheid na kanker” zinvol zijn. U kunt deze opvragen bij de balie van Patiëntenvoorlichting in de centrale hal van ons ziekenhuis (volg routenummer **89**).



Werkhervatting

Het advies ten aanzien van **werkhervatting** is afhankelijk van uw individuele situatie. Wilt u een advies?

Vraag dit dan aan uw behandelend arts of de bedrijfsarts.

Voorlichting door patiëntenorganisaties

Voor aanvullende informatie of lotgenotencontact kunt u terecht bij:

- Voorlichtingencentrum KWF Kankerbestrijding
0800 – 022 6622
KWF Kankerbestrijding geeft de brochure ‘Slokdarmkanker’ uit.
U kunt deze downloaden via internet (www.kwfkankerbestrijding.nl) of een exemplaar ophalen bij de balie van **Patiëntenvoorlichting** in de hal van het ziekenhuis (volg routenummer **89**).
- SPKS
Voor mensen met slokdarmkanker bestaat de Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal (SPKS).
Informatie vindt u op www.spks.nfk.nl of vraag naar een folder bij **Patiëntenvoorlichting** in de hal van het ziekenhuis (volg routenummer **89**).



7 Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, kunt u deze altijd stellen aan uw **behandelend arts**.

U kunt ook terecht bij de **oncologieverpleegkundige** van het IJsselland Ziekenhuis. U kunt haar op kantooruren bereiken via tel. **010 – 258 3115**.

8 Ruimte voor aantekeningen en vragen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze folder is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NvvH) en aangepast voor het IJsselland Ziekenhuis. Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u van arts of verpleegkundige heeft ontvangen. Heeft u nog vragen over het onderzoek of uw behandeling, eventuele gevolgen en risico's, of over andere behandelmogelijkheden, stel ze dan gerust.