

Documentatie

De laatste updates van onze documentatie zijn steeds beschikbaar op onze website. Deze zijn wel alleen toegankelijk voor leden.

- Alles over chronische darmziekten. *Basisgids over ziekte van Crohn & Colitis ulcerosa*. – Geert D'Haens & Séverine Vermeire
- Koken met en voor kinderen met IBD. (Uitgave CCV-vzw)
- Uitgebreide voedingsbrochure (uitgave van CCV vzw)
- Mama heeft Crohn – Caroline Van Steenberghe
Uitgever: Takeda Pharmaceutical Limited
- Wat is er met Alex? – Strip Medikidz
- Ziekte van Crohn & colitis ulcerosa – Kindervraagbaak
- Verjaardagskalender (Uitgave van CCV-vzw)
- Informatiemap voor nieuwe diagnoses (Uitgave CCV-vzw)

Documenten

- Toiletпас

Contact

NATIONAAL

Voorzitster Lynn Debrun – 0472 51 63 51
lynn.debrun@gmail.com

**Secretaris/
ondervoorzitter** Colette Baisier
0497 46 59 23

Fin. beheer Mariëlle De Ridder

**Secretariaat/
adm. medewerker** Lena Callens – 0468 27 70 52
ccv.vzw@outlook.com

Luisterend oor elke werkdag van 10u00-18u00
0468 23 61 12

REGIONAAL

Antwerpen ccv.vzw.antwerpen@gmail.com
0497 46 59 23

Brabant ccv.vzw.vlaamsbrabant@gmail.com
0468 43 96 86

Limburg ccv.vzw.limburg@gmail.com
0468 43 95 84

Oost-Vlaanderen ccv.vzw.oostvlaanderen@gmail.com
0468 45 27 35

West-Vlaanderen ccv.vzw.westvlaanderen@gmail.com
0468 29 66 31

FWC Mark De Backer
mark.de.backer1@telenet.be

Secretariaat ccv.vzw@outlook.com

Website www.ccv-vzw.be

Sociale media  facebook.com/ccv.vzw  @ccv-vzw
 @ccv.vzw

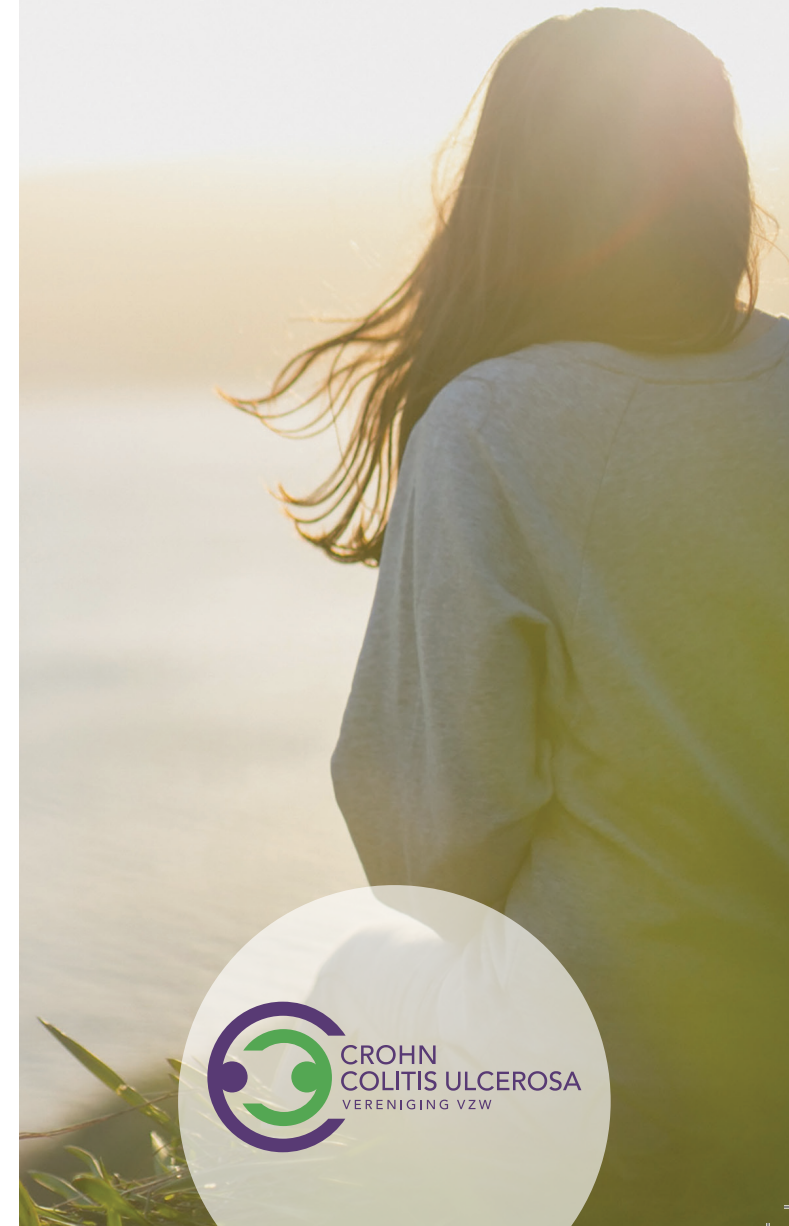
Adm. zetel Groeneweg 151 – 3001 Heverlee
P/A Egelvoortstraat 3, 2970 Schilde
BE04.227.016.50
RPR – Leuven

In samenwerking met



Belgian IBD nurses and study coordinators association

Vlaamse patiëntenvereniging voor mensen met een
chronische inflammatoire darmaandoening (IBD):
de ziekte van Crohn & colitis ulcerosa



Kanker en IBD

Bij IBD komen er twee soorten kanker voort: Kankers die rechtstreeks verband houden met IBD, zoals darmkanker, kanker van de dunne darm of galwegkanker, in geval van primaire scleroserende cholangitis. Behandelingsgerelateerde kankers zoals lymfoom (kanker van de witte bloedcellen) of huidkanker.

1. Darmkanker

Darmkanker is de meest voorkomende vorm van kanker en houdt rechtstreeks verband met chronische ontsteking.

Wat is het risico?

Patiënten met IBD van de dikke darm, de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa hebben een algemeen risico op het ontwikkelen van darmkanker dat 2 tot 3 maal hoger is dan bij de rest van de bevolking. Dit risico varieert sterk naargelang de aan- of afwezigheid van risicofactoren.

Het risico op het ontwikkelen van darmkanker is de afgelopen 20 jaar aanzienlijk gedaald als gevolg van de toepassing van preventiestrategieën zoals herhaalde colonoscopieën om precancereuze letsels vroegtijdig op te sporen. De daling van het risico houdt ook verband met het gebruik van behandelingen die een betere beheersing van de ontsteking mogelijk maken.

Het risico is groter bij colitis ulcerosa dan bij de ziekte van Crohn.

Wat zijn de risicofactoren?

De duur van de ziekte en de **mate van aantasting** van de dikke darm spelen een belangrijke rol bij het risico op het ontstaan van darmkanker. Het risico is groter wanneer de ziekte al meer dan 10 jaar aanwezig is en een groot deel van de dikke darm (>50%) betreft.

Ziekteactiviteit en meer bepaald chronische darmontsteking is een van de belangrijkste risicofactoren. Indicatoren voor de ernst van deze ontsteking of de chroniciteit ervan zijn pseudo-poliepen, een buisvormig colon, colonstenose, en met het blote oog of met de microscoop zichtbare ontsteking. De aanwezigheid van **primaire scleroserende cholangitis** verhoogt het risico op kanker van de dikke darm met bijna 4 keer in vergelijking met de algemene bevolking.

Familiegeschiedenis (1^e graad) van darmkanker
Persoonlijke geschiedenis van precancereus letsel

Wanneer beginnen met de screening?

Een eerste **screeningscolonoscopie** wordt aanbevolen **8 jaar** na het begin van de symptomen voor **elke IBD met locatie in de dikke darm**, ongeacht de omvang en de activiteit van de ziekte.

Hoe vaak moet ik gecontroleerd worden?

Endoscopisch toezicht wordt dan aanbevolen met regelmatige tussenpozen (om de 1, 3 of 5 jaar), afhankelijk van de risicofactoren. De frequentie van het toezicht op precancereuze letsels wordt bepaald door het individuele risiconiveau: 5 jaar bij een laag risico, 3 jaar bij een gemiddeld risico of 1 jaar bij een hoog risico.

Rectitis (ontsteking van de endeldarm) is geen reden voor specifiek toezicht.

Een jaarlijkse colonoscopie wordt aanbevolen zodra IBD is gediagnosticeerd in geval van primaire scleroserende cholangitis, ongeacht de duur van de ziekte.

2. Dunnedarmkanker

Dunne darmkanker is een zeldzame kanker in de algemene bevolking. Het risico ligt echter 30 tot 60 keer hoger bij de ileale ziekte van Crohn. Er zijn geen preventieve maatregelen vastgesteld. Regelmatige follow-up bij je gastro-enteroloog wordt in alle gevallen aanbevolen.



3. Kanker gerelateerd aan IBD-behandeling

Als men met een behandeling begint, is het altijd belangrijk om de voordelen en risico's van verschillende behandelingen met de arts te bespreken.

Sommige behandelingen verhogen het risico op bepaalde soorten kanker in zeer geringe mate, terwijl voor andere behandelingen het verband niet duidelijk is vastgesteld. De voornaamste risico's zijn de volgende:

A. Sommige behandelingen verhogen lichtjes het risico op **lymfomen** (kanker van de witte bloedcellen). Dit zijn voornamelijk thiopurines en anti-TNF geneesmiddelen. Het risico is nog groter wanneer deze twee behandelingen worden gecombineerd. Het risico is **5 tot 6 maal groter** bij patiënten die met thiopurine worden behandeld dan bij de algemene bevolking en neemt toe met de leeftijd (vooral na 65 jaar). Het verhoogde risico op lymfeklierkanker verdwijnt wanneer de thiopurines worden gestaakt. Het is ook een tijdsafhankelijk risico; het verhoogde risico met thiopurines neemt vooral toe na 2-3 jaar ononderbroken behandeling.

B. Behandeling met thiopurine verhoogt het risico op **niet-melanoomkankers** (plaveiselcel- en basaalcelcarcinomen). Het risico blijft bestaan na het staken van de behandeling, ongeacht de duur van de blootstelling. Anti-TNF therapie verhoogt het risico op melanoom. Het wordt aanbevolen herhaaldelijk dermatologisch onderzoek te verrichten tijdens de behandeling en dit voort te zetten nadat de behandeling is stopgezet.

Auteur: Dr. Anneline Cremer