

ALVLEESKLIER- KANKER

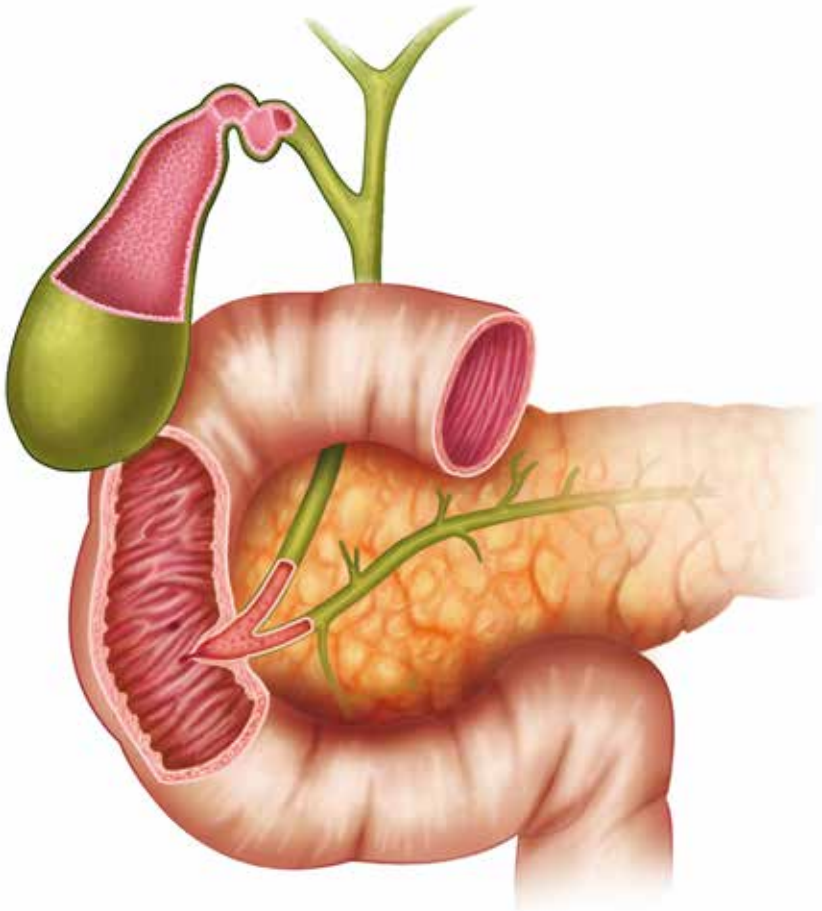
PANCREASKANKER

INHOUD

01	Alvleesklier (pancreas)	4
02	Alvleesklierkanker (pancreaskanker)	6
03	Oorzaken en risicofactoren	6
04	Symptomen	7
05	Onderzoeken	8
06	Stadium en indeling	12
07	Behandeling	13
08	Verloop van de ziekte	16
09	Team	19

01 ALVLEESKLIER (PANCREAS)

De alvleesklier is een langwerpige, trosvormige klier die boven in de buikholte ligt. De medische naam voor alvleesklier is pancreas. Net als andere klieren produceert de alvleesklier stoffen die nodig zijn voor ons dagelijks functioneren. De alvleesklier speelt een belangrijke rol bij de spijsvertering. Ze maakt enzymen en een aantal hormonen aan.



Onderdelen

De alvleesklier bestaat uit drie onderdelen:

- ▶ De kop: ligt ongeveer in het midden van de buik, onder de lever en tegen de twaalfvingerige darm aan.
- ▶ Het lichaam of middengedeelte: ligt achter de maag.
- ▶ De staart: ligt links in de buikholte, dicht bij de milt en de linker nier.

Funcities

De alvleesklier heeft verschillende funcities:

Endocriene functie

In de alvleesklier zitten kleine klieren die we de 'eilandjes van Langerhans' noemen. De klieren produceren de hormonen insuline en glucagon. Deze hormonen spelen een essentiële rol bij de suikerstofwisseling in ons lichaam. Ze zorgen ervoor dat het bloedsuikergehalte in evenwicht blijft. De hormonen worden direct aan het bloed afgegeven.

Exocriene functie

De alvleesklier maakt per dag ongeveer 1 tot 1,5 liter alvleeskliersap aan. Het alvleeskliersap bestaat uit eiwitsplitsende, vetsplitsende en koolhydraatsplitsende enzymen. Die werken mee aan de vertering van het voedsel.

Het sap wordt via een afvoergang in de twaalfvingerige darm gestort. Om te voorkomen dat de eiwitsplitsende enzymen de alvleesklier zelf zouden aantasten, worden ze in een niet-actieve vorm geproduceerd en worden ze pas in de darm actief.

In de buurt van de alvleesklier lopen ook enkele grote en belangrijke bloedvaten. Door de alvleesklier loopt een afvoerkanaaltje dat uitmondt in de papil van Vater. Deze papil bevindt zich op de kop van de alvleesklier, in de wand van de twaalfvingerige darm. De enzymen die de alvleesklier aanmaakt, komen via het afvoerkanaaltje van de alvleesklier en de papil van Vater in de twaalfvingerige darm.

02 ALVLEESKLIERKANKER (PANCREASKANKER)

In de alvleesklier komen diverse soorten cellen voor waaruit verschillende vormen van alvleesklierkanker kunnen ontstaan. De meest voorkomende vorm van alvleesklierkanker is kanker van het klierbuisje, ook wel ductaal adenocarcinoom genoemd.

Alvleesklierkanker kan in het hele orgaan ontstaan. In de kop van de alvleesklier komt een tumor vaker voor dan in de rest van de alvleesklier. Vanwege de plaats van de tumor wordt dit een pancreaskoptumor genoemd. Als een tumor groter wordt, kan hij door de wand van de alvleesklier heen groeien. Doorgroei in aangrenzende organen, weefsels en bloedvaten is ook mogelijk.

In en rondom de kop van de alvleesklier kunnen ook tumoren ontstaan die niet afkomstig zijn van de alvleesklier zelf. Deze tumoren kunnen bijvoorbeeld ontstaan in het weefsel van de papil van Vater, in de twaalfvingerige darm of in het onderste deel van de grote galbuis. De naam van deze tumoren is dan afhankelijk van het soort weefsel waaruit de tumor oorspronkelijk is ontstaan.

Soms gebeurt het dat weefselonderzoek niet kan aantonen uit welk type weefsel een tumor in of rond de kop van de alvleesklier is ontstaan. In dat geval spreken we van periampullaire tumoren.

03 OORZAKEN EN RISICOFACTOREN

De precieze oorzaak voor het ontstaan van pancreaskanker is onbekend. Wel zijn er factoren bekend die het risico op het ontstaan van deze soort kanker vergroten.

- ▲ Uit onderzoek blijkt dat het risico op pancreaskanker toeneemt met het ouder worden. Mensen boven de 40 jaar hebben meer kans.
- ▲ Roken.
- ▲ Diabetes mellitus.
- ▲ Een chronische ontsteking.
- ▲ Veel vlees en vet eten.
- ▲ Erfelijkheid.

04 SYMPTOMEN

Alvleesklierkanker veroorzaakt zelden vroege symptomen. De tumor is er vaak al geruime tijd voor iemand daar iets van merkt. Klachten ontstaan over het algemeen pas wanneer de tumor is doorgegroeid in een ander orgaan. De aard van de klachten is dan ook afhankelijk van de plaats en de grootte van de tumor en van de organen die door de tumor zijn aangetast.

Vroege klachten

In het begin zijn de klachten vaak niet specifiek. Ze kunnen bestaan uit een zeurende pijn boven of midden in de buik vaak gepaard met uitstraling naar de wervelkolom, verminderde eetlust, gewichtsverlies en vermoeidheid.

Latere klachten

Van zodra de tumor in of rond de kop van de alvleesklier ligt, kunnen er bijkomende klachten ontstaan. Als de tumor de afvoergang van de gal (galbuis), die door de kop van de alvleesklier loopt, dichtdrukt ontstaat een ophoping van gal in de galwegen, in de galblaas en in de lever. Doordat ook de lever niet goed meer functioneert, kan vermoeidheid en lusteloosheid optreden.

Als de gal niet meer in de twaalfvingerige darm kan lopen, raakt de voedselvertering verstoord. Normaal kleurt de gal in de darm de ontlasting bruin. Een afsluiting van de galbuis of andere galwegen leidt tot dunne, lichtgekleurde ontlasting.

Het grootste deel van de galkleurstof dat zich ophoopt in de lever, wordt opgenomen in het bloed en komt onder meer terecht in de huid en het oogwit. Hierdoor kunnen patiënten een gelige, grauwe huid en gelig oogwit (geelzucht) krijgen. Patiënten kunnen ook meer jeuk krijgen over het hele lichaam. Een ander deel van de galkleurstof komt via de nieren, die het bloed filteren, in de urine terecht. Daardoor wordt de urine donkerder van kleur.

05 ONDERZOEKEN

Wanneer uw huisarts vermoedt dat er sprake kan zijn van pancreaskanker, verwijst hij u naar een specialist, meestal een internist, een maag-, darm- en leverarts (gastro-enteroloog) of een chirurg. De specialist zal het lichamelijk onderzoek herhalen en uitgebreid onderzoek laten verrichten.

Volgende onderzoeken kunnen plaatsvinden:

Echografie

Echografie is een onderzoek met geluidsgolven. Deze golven zijn niet hoorbaar, maar de weerkaatsing (echo) ervan maakt organen en/of weefsels zichtbaar op een beeldscherm. Zo kunnen dus ook een eventuele tumor en/of uitzaaiingen in beeld gebracht worden.

Tijdens het onderzoek ligt u op een onderzoekstafel. Op uw huid wordt een gel aangebracht. De onderzoeker beweegt een klein apparaatje, dat de golven uitzendt, over de huid. De afbeeldingen op het beeldscherm kunnen op foto's worden vastgelegd.

Voor de patiënt is een echografie een eenvoudig, niet-belastend onderzoek. U moet soms enkele uren nuchter blijven voor het onderzoek.

Het kan zijn dat de arts tijdens de echografie een afwijking ziet en daarom wat weefsel wil wegnemen. Hij kan dan een naald inbrengen waarmee hij weefsel uit de alvleesklier opzuigt. Dit onderzoek heet een punctie. Voor de arts een punctie doet, wordt de huid plaatselijk verdoofd. De opgezogen cellen worden in het laboratorium onderzocht.

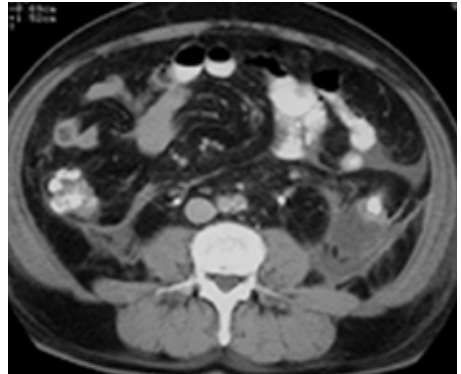


CT-scan (computertomografie)

Een computertomograaf is een apparaat waarmee zeer gedetailleerde dwarsdoorsnedefoto's van organen en/of weefsels gemaakt kunnen worden. Hierbij wordt gelijktijdig gebruik gemaakt van röntgenstraling en een computer.

U ligt op een beweegbare tafel. Het apparaat heeft een opening waar u door geschoven wordt. Terwijl de tafel verschuift, wordt een serie foto's gemaakt. Deze foto's geven een duidelijk beeld van de plaats, grootte en uitgebreidheid van een mogelijke tumor en/of uitzaaiingen.

Om duidelijke foto's te kunnen maken, is vaak een contrastvloeistof nodig. Meestal wordt deze vloeistof tijdens het onderzoek in een bloedvat van de arm gespoten. Contrastvloeistof kan een warm gevoel veroorzaken. Sommige mensen worden er wat misselijk van. Om ervoor te zorgen dat u hier zo min mogelijk last van hebt, raden we aan om vanaf enkele uren voor het onderzoek nuchter te blijven.



De uitkomsten van de hoger beschreven onderzoeken en de klachten die iemand heeft, geven soms aanleiding tot onderzoek van andere organen. Dit is niet bij iedere patiënt nodig. De volgende onderzoeken kunnen plaatsvinden:

- ▲ ERCP-onderzoek
- ▲ Echo-endoscopie
- ▲ MRI/MRCP
- ▲ Laparoscopie

ERCP-onderzoek

Met ERCP (endoscopische retrograde cholangio pancreatografie) krijgt de arts een beeld van de galweg en de alvleesklier, zonder dat daarvoor een operatie nodig is. Het onderzoek wordt uitgevoerd met een röntgenapparaat en een dunne slang (een endoscoop), waaraan een kijker-tje bevestigd is.

De arts schuift de endoscoop via de mond, slokdarm, maag en twaalfvingerige darm tot aan de papil van Vater. Via een speciaal kanaal in de endoscoop kan hij instrumenten inbrengen. Daarmee kan de arts stukjes (tumor)weefsel wegnemen om in het laboratorium te laten onderzoeken.

Voor de röntgenfoto's gemaakt worden, kan via de endoscoop een contrastmiddel in de alvleesklier en/of de galweg worden gespoten.

Het onderzoek is niet pijnlijk, maar veel patiënten ervaren het als onplezierig. Meestal gebeurt een ERCP onder narcose, uit comfort voor de patiënt. Als een ERCP wordt gedaan omdat iemand (ook) last heeft van geelzucht, kan de arts tijdens het onderzoek een plastic buisje inbrengen. Dat buisje zorgt ervoor dat de gal weer kan worden afgevoerd.



Echo-endoscopie

Echo-endoscopie wordt gebruikt om een deel van het spijsverteringsstelsel te onderzoeken. Dat gebeurt door een combinatie van een echografische en een endoscopische techniek.

Een kleine echografiesonde wordt op de tip van een endoscoop bevestigd. Het instrument wordt in het maagdarmkanaal ingebracht en rechtstreeks tegen de wand van het orgaan gebracht. Zo krijgen we informatie die we met andere technieken niet kunnen krijgen. Dit onderzoek laat toe om de volledige wand van de slokdarm, maag, twaalfvingerige darm en endeldarm te bestuderen.



Ook organen in de onmiddellijke omgeving, zoals de pancreas en de galwegen, kunnen we met deze techniek goed bekijken.

Tijdens het onderzoek worden deze organen gecontroleerd op cysten, tumoren, stenen en andere mogelijke afwijkingen. Eventueel worden kleine stukjes weefsel weggenomen voor microscopisch onderzoek.

MRI / MRCP

Magnetische resonantie of MRI is een recente en moderne techniek in de medische beeldvorming. Ze laat toe om organen te onderzoeken zonder x-stralen te gebruiken. In plaats daarvan worden magneetvelden en radiogolven gebruikt om beelden van het lichaam te maken. Met een MRI/MRCP-scanner worden beelden gemaakt van de galwegen, de alvleesklier en het eerste stuk van de dunne darm.

Voor het onderzoek wordt u in een toestel gebracht dat een zeer krachtige magneet is. U wordt comfortabel geïnstalleerd op een tafel. Het toestel is aan beide zijden open; u wordt niet ingesloten en er is een goede ventilatie. De scanner maakt tijdens het onderzoek een sterk kloppend geluid.



Laparoscopie

Als laatste onderzoek wordt soms een kijkoperatie van de buik (laparoscopie) verricht. Dat gebeurt onder narcose. Via kleine sneetjes ter hoogte van de navel en in de onderbuik kan een kijkbuis, een laparoscoop, in de buikholte worden gebracht.

Met dit onderzoek kunnen we eventuele uitzaaiingen opsporen. De tumor in de alvleesklier kan met dit onderzoek meestal niet worden beoordeeld. Via de laparoscoop kunnen we buikvocht en kleine stukjes weefsel (biopten) wegnemen voor onderzoek.

06 STADIUM EN INDELING

Om te kunnen bepalen welke behandeling(en) mogelijk zijn, moet uw specialist weten uit welk soort kankercellen de tumor is ontstaan, hoe kwaadaardig deze cellen zijn en in welk stadium de ziekte zich bevindt. Onder het stadium verstaan we de mate waarin de ziekte zich in het lichaam heeft verspreid.

De specialist stelt het stadium vast door onderzoeken te doen naar:

- ▲ de grootte van de tumor en de mate van doorgroei in het omringend weefsel (T van tumor)
- ▲ mogelijke uitzaaiingen in lymfeklieren (N van node ofwel lymfeklieren).
- ▲ mogelijke uitzaaiingen in andere organen (M van metastasen ofwel uitzaaiingen).

TNM-classificatie

Primaire tumor

T1 Tumorgrootte* ≤ 2 cm

T2 Tumorgrootte >2 en ≤ 4 cm

T3 Tumorgrootte >4 cm

T7 Tumorbetrokkenheid van de truncus coeliacus, arteria mesenterica superior en/of arteria hepatica communis

Regionale lymfeklieren

N0 Geen regionale lymfeklieren met metastasen

N1 1-3 Regionale lymfeklieren met metastasen

N2 ≥ 4 Regionale lymfeklieren met metastasen

*Tumorgrootte gemeten in grootste dimensie

≠ M1 wordt gedefinieerd als afstandsmetastasen en lymfekliermetastasen buiten de regionale lymfeklieren.

07 BEHANDELING

De meest toegepaste behandelingen bij alvleesklierkanker zijn :

- ▲ Operatie (chirurgie)
- ▲ Plaatsing van een stent of buisje (endoprothese)
- ▲ Bestraling (radiotherapie)
- ▲ Chemotherapie

Doel van de behandeling

Als het duidelijk is in welk stadium de ziekte zich bevindt, bepaalt de arts in een multidisciplinair team wat de mogelijke behandeling is. Behalve het stadium spelen ook andere factoren een belangrijke rol bij de behandelingskeuze, nl. uw lichamelijke conditie, welke behandeling u zelf wil ondergaan enz. Uw arts zal altijd met u overleggen over de mogelijkheden en de verschillende behandelingen.

Afhankelijk van de ernst van de kanker zijn er twee verschillende behandelingsvormen:

Curatieve behandeling

Hier heeft de behandeling als doel om de patiënt te genezen.

Palliatieve behandeling

Dit is een mogelijke behandeling als de ziekte niet meer curatief kan behandeld worden. Deze behandeling is gericht op het afremmen van de ziekte en/of verminderen van de klachten.

Alvleesklierkanker is een agressieve kanker. Als de ziekte wordt ontdekt, is ze bij veel mensen al uitgezaaid en/of is de tumor al ver doorgegroeid in de omliggende weefsels. Dat komt door de verborgen en onopgemerkte groei van de tumor.

Operatie (curatieve behandeling)

Zie infobrochure: pancreaschirurgie.

Buisje of stent

Als u geelzucht hebt, wordt de galafvoer belemmerd. Deze galafvoer kan op verschillende manieren terug op gang gebracht worden. Als de verstopping zich ter hoogte van de galweg bevindt, kan de arts via de endoscoop een endoprothese of een stent in de grote galweg plaatsen.

Het buisje of de stent zorgt ervoor dat de galweg open blijft en niet wordt dichtgedrukt door de tumor. Meestal kan het buisje gelijktijdig met het ERCP-onderzoek (zie hoger) aangebracht worden.

Als de stent goed functioneert, zal de geelzucht en de eventuele jeuk verdwijnen. Wanneer de stent verstopt raakt, treedt er meestal opnieuw geelzucht op. Dat kan gepaard gaan met koorts. Het buisje kan bijna altijd worden vervangen door een nieuw exemplaar. Dat gebeurt dan weer met behulp van een endoscoop. Wanneer er om de een of andere reden geen stent kan ingebracht worden, kan een operatie noodzakelijk zijn. De chirurg maakt dan een verbinding tussen de galweg en de darm, buiten de alvleesklier om.

Chemotherapie (curatieve-palliatieve behandeling)

Dit is een behandeling met medicijnen die de celdeling remmen. Deze medicijnen noemen we cyto-statica. Chemotherapie wordt bij alvleesklierkanker gegeven als curatieve behandeling in combinatie met chirurgie en als palliatieve behandeling. Doel is om de ziekte te remmen.

Zie infobrochure chemotherapie.

Operatie bij verstopping van de darm

Soms komt het voor dat de tumor de twaalfvingerige darm heeft aangetast. Het voedsel in de maag kan dan niet verder waardoor er een verstopping ontstaat. Dat veroorzaakt een pijnlijk en opgeblazen gevoel in de buik, meestal gecombineerd met misselijkheid, braken en niet meer kunnen eten of drinken. Deze verstopping is met een operatie te verhelpen. De chirurg maakt dan een verbinding tussen de maag en het gezonde weefsel van de dunne darm. Ook kunnen we tegenwoordig al een stent plaatsen in de twaalfvingerige darm.

Pijnbestrijding

Alvleesklierkanker kan pijn veroorzaken. In het begin van de ziekte hebben veel mensen geen pijn. Pas als de ziekte zich uitbreidt en er sprake is van uitzaaiingen kan er wel pijn optreden, bv. bij uitzaaiingen in het bot.

Bij patiënten die pijn hebben als gevolg van de alvleeskliertumor wordt vooral bestraling toegepast. Bestraling is een plaatselijke behandeling met als doel de kankercellen te vernietigen, terwijl gezonde cellen zoveel mogelijk gespaard blijven.

Bestraling bij alvleesklierkanker is meestal een palliatieve behandeling. Het wordt vooral toegepast als een tumor pijn of bloedverlies veroorzaakt. Het is belangrijk dat pijn aangepakt wordt, want pijn kan een heel grote invloed hebben op uw levenskwaliteit. Bespreek daarom altijd uw pijnklachten met uw arts.

Aanpak van gewichtsverlies

Veel patiënten met alvleesklierkanker verliezen ongewenst gewicht. De oorzaak ligt vaak bij de gevolgen en bijwerkingen van de behandeling. Slechte eetlust, afkeer van bepaald voedsel en vermoeidheid maken eten moeilijk. Dan kan het zinvol zijn om de gebruikelijke voeding aan te vullen met speciale calorierijke voedingsproducten (bv. drinkvoeding, sondevoeding). Het is belangrijk om dit te bespreken met uw behandelende arts en een diëtist(e). Zij zullen u heel wat adviezen kunnen geven bij gewichtsverlies.

08 VERLOOP VAN DE ZIEKTE

In het algemeen geldt: hoe eerder kanker wordt ontdekt en hoe sneller we zijn, hoe groter de overlevingskans. Alvleesklierkanker wordt meestal pas in een laat stadium ontdekt. Dat komt omdat de klachten die in het beginstadium van de ziekte optreden erg vaag zijn, vooral als de tumor in het middengedeelte of in de staart van de pancreas ligt.

Voor de meeste mensen met alvleesklierkanker zijn de overlevingskansen beperkt. Daarom is de behandeling vooral gericht op de vermindering van de klachten, zodat de patiënt nog enige tijd kwaliteitsvol kan functioneren. Wat u als individuele patiënt voor de toekomst mag verwachten, kunt u het best met uw behandelende arts bespreken.

Het kan gebeuren dat bij u of bij uw behandelende arts de indruk ontstaat dat de belasting of de mogelijke bijwerkingen van een behandeling niet meer opwegen tegen de te verwachten resultaten. Als u twijfelt aan de zin van verdere behandeling, bespreek dat dan in alle openheid met uw arts. Iedereen heeft het recht om af te zien van verdere behandeling. Uw arts zal steeds uw keuze en besluit respecteren.

09 TEAM

Dienst Algemene en hepatobiliaire heelkunde

▲ Prof. dr. Frederik Berrevoet	09 332 55 19
▲ Dr. Aude Vanlander	09 332 32 94
▲ Dr. Luis Abreu de Carvalho	09 332 32 33
▲ Dr. Mathias Allaëys	09 332 32 33
▲ Dr. Filip Gryspeerdt	09 332 32 33

Studieverpleegkundige

Betsy Van Loo	09 332 41 83
---------------	--------------

Zorgcoördinatoren

Kathleen Segers	09 332 32 64
Ilina Biasino	ledere werkdag bereikbaar van 8 tot 16.30 uur

Polikliniek BAS

09 332 95 00

Ingang 12, route 1325

Verpleegafdelingen

Algemene, Hepatobiliaire en Gastro-intestinale heelkunde	09 332 27 80
Ingang 12, route 1248	

Verpleegafdeling Algemene heelkunde en Neurochirurgie high-care	09 332 33 20
Ingang 12, route 1396	

Ondersteunende diensten

Diëtist Kankercentrum

Stefanie Mortier

09 332 19 93

ledere werkdag bereikbaar
van 8 tot 16.30 uur

Psychologen Kankercentrum

An Lievrouw

Elien Storms

09 332 01 98

09 332 18 80

ledere werkdag bereikbaar
van 8 tot 16.30 uur

Verpleegkundig specialist Kankercentrum

Eva Pape

09 332 19 33

Dienst Patiëntenbegeleiding

(totale parenterale voeding-TPN of sondevoeding)

09 332 41 36

09 332 41 48

ledere werkdag bereikbaar
van 8 tot 16.30 uur

Polikliniek BAS

Ingang 12, route 1325

Consultaties: T +32 (0)9 332 95 00

Secretariaat Heelkunde: T +32 (0)9 332 32 33

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

