

Eierstokkanker



Inhoud

Voor wie is deze brochure?	3
Eierstokkanker	4
Symptomen	7
Onderzoek voor de diagnose	8
Onderzoek na de diagnose	13
Behandeling	18
Operatie	22
Chemotherapie	28
Doelgerichte therapie	31
Overleving en gevolgen	34
Seksualiteit	36
Een moeilijke periode	38
Wilt u meer informatie?	40
Bijlage:	
De vrouwelijke geslachtsorganen	44
Risicofactoren	47
Wat is kanker?	48
Het bloedvaten- en lymfestelsel	50

Voor wie is deze brochure?

Deze brochure is bedoeld voor vrouwen die onderzocht of behandeld worden omdat zij (mogelijk) eierstokkanker hebben.

U kunt deze brochure ook laten lezen aan mensen in uw omgeving.

De diagnose kanker roept bij de meeste mensen vragen en emoties op. In korte tijd krijgt u veel te horen: over de ziekte, de mogelijke onderzoeken en de behandeling die uw arts adviseert.

Het is niet altijd makkelijk die informatie te begrijpen. Deze brochure is bedoeld als ondersteuning daarbij.

Misschien heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen. Met vragen over uw diagnose of behandeling kunt u het beste terecht bij uw arts of (gespecialiseerd) verpleegkundige.

Schrijf uw vragen vooraf op, zodat u niets vergeet. Op kanker.nl en in de brochure **Kanker... in gesprek met je arts** staan vragen die u aan uw arts kunt stellen.

U heeft recht op goede en volledige informatie over uw ziekte en behandeling. Zodat u zelf kunt meebeslissen. Deze rechten zijn wettelijk vastgelegd. Voor meer informatie, kijk achter in deze brochure bij Patiëntenfederatie Nederland.

Meer informatie over kanker kunt u vinden op kanker.nl. Deze site is een initiatief van KWF Kankerbestrijding, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en het Integraal Kankercentrum Nederland.

© KWF Kankerbestrijding, 2016

Deze brochure is een samenvatting van informatie van kanker.nl. Die informatie is gebaseerd op medische richtlijnen die door het IKNL gepubliceerd zijn en is tot stand gekomen met medewerking van patiënten en deskundigen uit diverse beroepsgroepen.

KWF Kankerbestrijding wil kanker zo snel mogelijk verslaan. Daarom financieren en begeleiden we wetenschappelijk onderzoek, beïnvloeden we beleid en delen we kennis over kanker en de behandeling ervan. Om dit mogelijk te maken werven we fondsen. Ons doel is minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven voor kankerpatiënten.

Kanker.nl Infolijn: 0800 – 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten
kanker.nl

Informatieplatform en sociaal netwerk voor (ex)patiënten en naasten

kwf.nl

KWF Publieksservice: 0900 – 202 00 41 (€ 0,01 p/m)

Voor algemene vragen over KWF en preventie van kanker

IBAN: NL23 RABO 0333 777 999, BIC: RABONL2U

Eierstokkanker

In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 1200 vrouwen eierstokkanker. De meeste vrouwen zijn tussen de 55 en 80 jaar.

Eierstokkanker is kanker in 1 of beide eierstokken. Een ander woord voor eierstokkanker is ovariumcarcinoom. Er is ontdekt dat eierstokkanker eigenlijk ontstaat in en uit de eileiders.

Verschillende vormen

Er zijn goedaardige en kwaadaardige gezwellen van de eierstokken. Een kwaadaardige tumor is kanker. Er zijn verschillende vormen van eierstokkanker, afhankelijk van het type weefsel waaruit ze zijn ontstaan. Er zijn 3 vormen:

- Bij ongeveer 80 tot 90% gaat het om **epitheliale eierstokkanker** of adenocarcinoom: een tumor die ontstaat uit epitheelcellen. Het epitheel is de buitenste laag cellen van de eierstok.
- Bij 5 tot 8% gaat het om **gonadale stromaceltumoren**: een tumor die ontstaat uit de laag weefsel waar de eicellen in liggen.
- **Kiemceltumor**: een tumor die ontstaat uit de kiemcellen. Dit zijn de onrijpe eicellen die in de eierstok liggen opgeslagen. Deze vorm van eierstokkanker is heel zeldzaam. Hij komt vooral voor bij jonge meisjes.

De behandeling van elke vorm van eierstokkanker is anders. Deze brochure gaat over de meest voorkomende vorm: epitheliale eierstokkanker. Op kanker.nl kunt u meer informatie vinden over **gonadale stromaceltumoren** en **kiemceltumoren**.

Borderline-tumor - Van alle epitheliale eierstoktumoren is ongeveer 15% een grensgeval tussen een goedaardige en een kwaadaardige tumor. Dit heet een borderline-tumor. Vrouwen met een borderline-tumor

krijgen een andere behandeling dan vrouwen met een kwaadaardige epitheliale tumor.

Meestal is een operatie bij een borderline-tumor voldoende. De meerderheid van de vrouwen met een borderline-tumor overleeft de ziekte.

Eileiderkanker

Eileiderkanker is een erg zeldzame vorm van kanker: in Nederland wordt het jaarlijks bij ongeveer 20 vrouwen vastgesteld. Het gedraagt zich als eierstokkanker.

Groeiwijze en uitzaaiingen

In een vroeg stadium beperkt eierstokkanker zich tot 1 of allebei de eierstokken. Breidt de tumor zich uit buiten de eierstokken, dan gebeurt dit vooral in de buikholte.

De buikholte en de buikorganen zijn bekleed met het **buikvlies**. Daarop kunnen uitzaaiingen ontstaan. Deze kunnen zich daar uitbreiden. Een ander woord voor uitzaaiingen is metastasen.

Ook kunnen kankercellen zich verspreiden via het lymfestelsel. Zo ontstaan uitzaaiingen in de **lymfeklieren**. Dit zijn vooral de lymfeklieren in het bekken en achter in de buikholte. Vanuit die lymfeklieren kan de tumor uitzaaien naar andere organen. Uitzaaiingen via het **bloed** komen bij eierstokkanker heel weinig voor en meestal alleen als een vrouw de ziekte al lang heeft.

Ascites

U kunt last hebben van erg veel vocht in uw buik. Een ander woord hiervoor is ascites. Kankercellen maken extra vocht aan en kunnen de afvoerwegen voor dit vocht verstoppen. Uw buik kan hierdoor opzetten en zwaar aanvoelen. Dit kan pijnlijk zijn en het kan ervoor zorgen dat u moeite heeft met ademen.

De hoeveelheid vocht kan variëren van een klein beetje tot een paar liter. De arts kan het teveel aan vocht verwijderen met een **ascitesdrainage** (zie hoofdstuk Behandeling).

Kanker is **niet besmettelijk**. Ook eierstokkanker niet. Ook door geslachtsgemeenschap is geen besmetting mogelijk.

Symptomen

De eierstokken liggen min of meer vrij in de buikholte. Vrouwen hebben in het begin van de ziekte meestal weinig klachten, omdat de tumor geen andere organen verdrukt. Klachten ontstaan vaak pas nadat de tumor zich heeft uitgebreid. Daardoor wordt eierstokkanker vrijwel nooit vroeg ontdekt.

Breidt eierstokkanker zich uit, dan kunt u last hebben van:

- een opgeblazen gevoel of dikke buik: dit merkt u vaak doordat kleren niet goed meer passen
- vol gevoel en/of moeite met eten
- misselijkheid
- bekken- of buikpijn
- vaker dan normaal plassen
- verstopping

Ook kunt u last hebben van vermoeidheid en gewichtsverlies, zonder duidelijke reden.

Naar de huisarts

Deze symptomen hoeven niet automatisch te betekenen dat u eierstokkanker heeft. Ze kunnen ook een andere oorzaak hebben.

Blijft u 2 tot 3 weken klachten houden, ga dan naar uw huisarts. Hij kan u onderzoeken.

Wordt uw buik na de overgang snel dikker? Dan is het verstandig om eerder naar uw huisarts te gaan.

Onderzoek voor de diagnose

Heeft u symptomen die kunnen passen bij eierstokkanker, ga dan naar uw huisarts. Hij zal u eerst lichamelijk onderzoeken. Daarbij hoort een gynaecologisch onderzoek.

De huisarts verwijst u door naar een gynaecoloog als dit nodig is. Dit is een arts die gespecialiseerd is in ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen.

De gynaecoloog onderzoekt u uitgebreider.

U kunt de volgende onderzoeken krijgen:

- lichamelijk onderzoek
- gynaecologisch onderzoek
- echografie
- bloedonderzoek

Lichamelijk onderzoek

Bij het algemeen lichamelijk onderzoek onderzoekt de arts meestal eerst uw buik. Hij voelt aan uw buik en klopt erop. Zo kan hij vocht in de buik of een tumor van de eierstok opsporen. Ook kan hij voelen naar de lymfeklieren in de liezen of de hals. Soms kijkt de arts ook naar andere delen van het lichaam, bijvoorbeeld de longen of de borsten. Na het lichamelijk onderzoek doet de arts een gynaecologisch onderzoek.

Gynaecologisch onderzoek

Onderzoek van de vrouwelijke geslachtsorganen heet gynaecologisch onderzoek. Voor dit onderzoek ligt u op een gynaecologische stoel met been- of voetsteunen. Ook kan de arts het onderzoek doen terwijl u op uw zij ligt of op een bed met een kussen als ondersteuning onder uw billen.

Het gynaecologisch onderzoek bestaat meestal uit de volgende onderdelen:

- uitwendig onderzoek: de arts kijkt of er afwijkingen aan de schaamlippen zijn

- inwendig onderzoek:
 - speculumonderzoek
 - vaginaal toucher
 - eventueel een rectaal toucher
- vaginale echoscopie

Speculumonderzoek - Na het uitwendig onderzoek brengt de arts een speculum in de vagina om de vagina en baarmoedermond te kunnen zien. Een ander woord voor speculum is spreider of eendenbek. Met het speculum kan hij de opening van de baarmoedermond een klein stukje (verder) openen. Zo kan hij een uitstrijkje van het baarmoederslijmvlies maken. Is het uitstrijkje klaar, dan verwijdert de arts het speculum.

Het onderzoek kan gevoelig zijn. Na het onderzoek kunt u een beetje bloedverlies hebben.

Vaginaal toucher - Nadat de arts het speculum verwijdert, brengt hij 1 of 2 vingers in de vagina. De andere hand legt hij op uw buik. Zo krijgt hij een indruk van de ligging en de grootte van de organen onder in uw buik, waaronder de baarmoeder, baarmoederhals en eierstokken. Dit onderzoek heet het vaginaal toucher. Het doet meestal geen pijn, maar kan wel gevoelig zijn.

Rectaal toucher - Soms voelt de arts daarna nog met 1 vinger in de endeldarm, vaak tegelijk met 1 vinger in de vagina. Zo onderzoekt de arts de omgeving van de baarmoeder en baarmoederhals. Dit onderzoek heet het rectaal toucher. De arts beoordeelt of de endeldarm normaal aanvoelt. En hij onderzoekt of er afwijkingen zijn in de omgeving van de baarmoeder, baarmoederhals of eierstokken.

Veel vrouwen ervaren dit als een vervelend onderzoek.

Vaginale echoscopie - Tot slot maakt de arts meestal nog een vaginale echoscopie om de eierstokken en de binnenkant van de baarmoeder te beoordelen.

Een ander woord hiervoor is vaginale echografie of inwendige echografie.

Echografie

Echografie is een onderzoek met geluidsgolven. Deze golven hoort u niet, maar de weerkaatsing (echo) ervan maakt organen en/of weefsels zichtbaar op een beeldscherm. Zo kan de arts organen in het lichaam beoordelen en een mogelijke tumor en/of uitzaaiingen zien. De arts kan de afbeeldingen op het beeldscherm vastleggen op foto's.

Echografie kan bij eierstokkanker op 2 manieren:

- via de schede: vaginale echografie
- via de buik: abdominale echografie

Echografie via de schede - Tijdens een vaginale echografie (echoscopie) ligt u op een gynaecologische stoel met been- of voetsteunen. Ook kan de arts het onderzoek doen terwijl u op uw zij ligt of op een bed met een kussen als ondersteuning onder uw billen. De arts maakt bij een vaginale echoscopie gebruik van een dun en langwerpig echoapparaat dat geluidsgolven uitzendt. De arts schuift eerst een soort condoom om de echokop vanwege de hygiëne. Daarna brengt hij de echokop voorzichtig in uw vagina.

De meeste vrouwen vinden dit onderzoek niet pijnlijk, maar wel ongemakkelijk. Sommige vrouwen hebben er veel moeite mee. Bijvoorbeeld omdat ze vervelende seksuele ervaringen hebben gehad, of omdat een eerder inwendig onderzoek pijnlijk was. Ziet u erg op tegen het onderzoek, bespreek dit dan van tevoren met uw arts. U kunt dan samen naar een oplossing zoeken. Misschien vindt u het onderzoek minder vervelend als u de echokop zelf inbrengt.

Echografie via de buik - Soms kan de arts via de vaginale echoscopie geen goed beeld krijgen. Dan is echografie via de buik nodig.

Tijdens dit onderzoek ligt u op een onderzoeksbank of in de gynaecologische stoel. De arts smeert een gel op uw huid. Hij beweegt een klein apparaatje dat geluidsgolven uitzendt over uw buik. Zo kan hij de grootte van de eierstokken en aanwezigheid van andere afwijkingen in de buik beoordelen. Hiermee kan hij vooral zien of er vocht in de buik zit. Meer vocht in de buik dan normaal heet **ascites** (zie hoofdstuk Eierstokkanker).

Ziet de arts tijdens de echografie een afwijking? Dan kan hij besluiten u verder te onderzoeken via een:

- biopsie: hij neemt een stukje weefsel weg
- ascitespunctie: hij zuigt wat cellen en/of vocht op (zie hoofdstuk Onderzoek na de diagnose)

De patholoog onderzoekt het weefsel en/of vocht onder de microscoop. Met de uitslag stelt uw arts de definitieve diagnose.

Voor dit onderzoek moet u soms nuchter zijn. Dit betekent dat u een paar uur van tevoren niets eet of drinkt, zodat uw maag leeg is. Ook is het soms nodig dat u een volle blaas heeft.

Bloedonderzoek

De arts doet een bloedonderzoek. Hierbij bepaalt hij onder andere het **CA 125-gehalte** in het bloed. Eierstokkankercellen kunnen deze stof aanmaken en aan het bloed afgeven. CA 125 is daarom een tumormerkstof. Maar ook normale cellen kunnen CA 125 aanmaken. Is het CA 125-gehalte in uw bloed verhoogd, dan betekent dit dus niet per se dat u eierstokkanker heeft.

Ongeveer 80% van de vrouwen met eierstokkanker heeft een verhoogd CA 125-gehalte in het bloed. Bij patiënten in een vroeg stadium is het CA 125-gehalte maar bij 45% van de vrouwen verhoogd. De tumor is dan nog klein en beperkt tot de eierstok.

Het CA 125-gehalte is vooral belangrijk om het effect van een behandeling voor eierstokkanker te helpen beoordelen. De 1^e meting voor de behandeling is daarvoor het uitgangspunt. Neemt het CA 125-gehalte af? Dan heeft de behandeling waarschijnlijk gewerkt en is de tumor kleiner geworden.

Niet alle vormen van eierstokkanker leiden tot een verhoogd CA 125-gehalte. Daarom worden ook wel andere tumormerkstoffen bepaald. Bijvoorbeeld CA 19.9.

Onderzoek naar andere tumoren - Is niet duidelijk of uw klachten op eierstokkanker wijzen? Dan kan de arts uw bloed ook onderzoeken op tumormerkstoffen van mogelijke andere tumoren in de buik. Bijvoorbeeld darmtumoren.

Onderzoek na de diagnose

Vermoedt de arts dat u eierstokkanker heeft, dan is vaak verder onderzoek nodig. Dit gebeurt in een van de gynaecologisch-oncologische centra (zie hoofdstuk Behandeling). Met deze onderzoeken stelt de arts vast hoever de tumor zich heeft uitgebreid en of er uitzaaiingen zijn. Zo kan hij bepalen welke behandeling het meest geschikt is.

U kunt de volgende onderzoeken krijgen:

- CT-scan
- soms een MRI-scan
- ascitespunctie
- operatie

CT-scan

Een CT-scan brengt organen en/of weefsels zeer gedetailleerd in beeld. De arts gebruikt bij dit onderzoek tegelijk röntgenstraling en een computer. De scan gebeurt met een CT-scanapparaat. Het apparaat heeft een ronde opening waar u, liggend op een beweegbare tafel, doorheen schuift. Terwijl de tafel verschuift, maakt het apparaat een serie foto's waarop telkens een ander stukje van het orgaan of weefsel staat afgebeeld. Deze doorsneden geven een beeld van de plaats, grootte en uitbreiding van een mogelijke tumor en/of uitzaaiingen.

Contrastvloeistof - Voor het maken van duidelijke foto's is vaak contrastvloeistof nodig. Bij sommige CT-onderzoeken moet u van te voren contrastvloeistof drinken. Meestal krijgt u deze vloeistof tijdens het onderzoek in een bloedvat in uw arm gespoten. Contrastvloeistof kan een warm en weeïg gevoel veroorzaken. Sommige mensen worden er een beetje misselijk van. Om ervoor te zorgen dat u hier zo min mogelijk last van heeft, is het advies om enkele uren voor het onderzoek niet te eten en te drinken.

Er zijn mensen die overgevoelig zijn voor de contrastvloeistof. Als u denkt dat u eerder zo'n overgevoelighedsreactie heeft gehad (koorts, zweten, duizeligheid, flauwvallen, huiduitslag), is het belangrijk dit voor het onderzoek aan uw arts te melden. Mogelijk kan dan voor een MRI-scan worden gekozen.

MRI-scan

Een MRI-scan werkt met een magneetveld, radiogolven en een computer. De scan maakt dwars- of lengtedoorsneden van uw lichaam zichtbaar. Zo kan de arts een mogelijke tumor en/of uitzaaiingen zien.

Tijdens dit onderzoek ligt u in een soort koker. Sommige mensen vinden dit benauwend. Sommige MRI-apparaten maken nogal wat lawaai. Hiervoor krijgt u oordopjes in. U kunt soms ook naar uw eigen muziek luisteren. Via de intercom blijft u altijd in contact met de arts. Hij is tijdens het onderzoek in een andere ruimte. Soms spuit de arts tijdens het onderzoek contrastvloeistof in via een bloedvat in uw arm.

Ascitespunctie

Is uw buik gezwollen, dan heeft u mogelijk te veel vocht in de buikholte. Dit vocht heet **ascites**. De arts kan ascites vaststellen tijdens een echografie (Zie hoofdstuk Onderzoek voor de diagnose).

Heeft u ascites, dan kan de arts besluiten dit verder te onderzoeken via een **punctie**. Daarbij zuigt de arts wat vocht op.

De arts verdooft hiervoor plaatselijk de huid van uw buik. Daarna brengt hij een holle naald in de buikholte. Hierdoor kan het vocht afvloeien.

De patholoog onderzoekt het vocht onder de microscoop. Hij kijkt of er kankercellen in zitten.

U kunt last hebben van erg veel vocht in uw buik. Om de druk op uw buik te verminderen verwijdert de arts het teveel aan vocht. Deze ingreep heet een **ascites-drainage** (zie hoofdstuk Behandeling).

Operatie

Vermoedt de arts na het onderzoek dat u een vroeg stadium van eierstokkanker heeft? Dan doet hij een **stadiëringsoperatie**. Deze operatie is een onderdeel van de behandeling (zie hoofdstuk Operatie).

Beoordelingsoperatie - Soms is het al duidelijk dat er uitgebreide afwijkingen zijn. De arts beoordeelt dan of een uitgebreide operatie mogelijk is. Deze beoordelingsoperatie doet hij meestal via een **kijkoperatie**. Een ander woord voor kijkoperatie is laparoscopie.

Voor een kijkoperatie gaat u onder narcose. De arts brengt een kijkbuis in via een kleine snee in de buik. Een ander woord voor kijkbuis is laparoscopio.

De arts kan na de operatie vaststellen welke behandeling nodig is. Soms kan de arts direct aansluitend op de beoordelingsoperatie de tumor verwijderen: **debulking** (zie hoofdstuk Operatie). Dit gebeurt via een snee in de buik. Vaak is daarvoor echter een 2^e operatie nodig.

Stadium-indeling

De arts stelt u een behandeling voor. Hiervoor moet hij weten:

- uit welke soort cellen de tumor is ontstaan
- hoe agressief deze cellen zijn
- wat het stadium van de ziekte is

Het stadium geeft aan hoever de ziekte zich in het lichaam heeft uitgebreid. De arts stelt het stadium vast. Hij onderzoekt hiervoor:

- de plaats en grootte van de tumor
- of en hoever de tumor is doorgroeid in het weefsel eromheen
- of er uitzaaiingen zijn in de lymfeklieren en/of organen ergens anders in het lichaam

Met deze stadium-indeling schat de arts de vooruitzichten in en adviseert hij een behandeling.

Stadia - Bij eierstokkanker zijn er 4 stadia:

- **stadium I**: de tumor is beperkt tot 1 of beide eierstok(ken)
- **stadium II**: de tumor is doorgroeid in andere organen in het kleine bekken:
 - **stadium II A**: naar de baarmoeder of eileiders
 - **stadium II B**: naar andere weefsels in het kleine bekken
 - **stadium II C**: zoals bij stadium II A of II B, maar ook met kankercellen in het buikvocht
- **stadium III**: er zijn uitzaaiingen in de buikholtte buiten het kleine bekken, bijvoorbeeld in het buikvlies of in het vetschort
- **stadium IV**: er zijn uitzaaiingen van eierstokkanker ergens anders in het lichaam, bijvoorbeeld in de longen

Artsen spreken bij stadium I en IIA over een vroeg stadium. En bij de andere stadia over een gevorderd stadium. Eierstokkanker wordt meestal pas in dit gevorderde stadium gevonden.

Pas tijdens een operatie kan de arts definitief vaststellen in welk stadium de ziekte is.

Meer informatie

U kunt meer informatie vragen in het ziekenhuis waar u wordt onderzocht.

Op kanker.nl kunt u over een aantal onderzoeken een video bekijken.

Spanning en onzekerheid

Het kan een tijd duren voordat u alle onderzoeken heeft gehad en de arts een definitieve diagnose kan stellen.

Waarschijnlijk heeft u vragen over uw ziekte, het mogelijke verloop daarvan en de behandelmogelijkheden. Vragen die tijdens de periode van onderzoek

nog niet te beantwoorden zijn. Dat kan spanning en onzekerheid met zich meebrengen. Zowel bij u als bij uw naasten.

Het kan helpen als u weet wat er bij de verschillende onderzoeken gaat gebeuren. Vraag er gerust naar op de afdelingen waar u de verschillende onderzoeken krijgt.

Behandeling

U kunt 1 of meer van de volgende behandelingen krijgen:

- operatie
- chemotherapie
- doelgerichte therapie

Meestal krijgt u een combinatie van behandelingen.

Eierstokkanker geeft meestal pas in een later stadium klachten, als de kanker al verspreid is in de buikholte. De kans is daarom groot dat u eierstokkanker in een **gevorderd stadium** heeft. De behandeling bestaat dan uit een operatie in combinatie met chemotherapie. Heeft u een stadium I of II A tumor? Dan kan een operatie waarbij de arts de tumor verwijdert voldoende zijn. U krijgt dan meestal geen chemotherapie.

Ascitesdrainage

U kunt last hebben van erg veel vocht in uw buik.

Een ander woord hiervoor is **ascites** (zie hoofdstuk Eierstokkanker).

De hoeveelheid vocht kan variëren van een klein beetje tot een paar liter. De arts kan het teveel aan vocht verwijderen. De arts verdooft plaatselijk de huid van uw buik. Daarna brengt hij een holle naald in de buikholte. Daarop is een dun slangetje aangesloten. Zo kan het vocht afvloeien en vermindert de druk op de buik. Hierdoor heeft u er tijdelijk minder last van. Deze ingreep heet een ascitesdrainage.

Behandelplan

Uw arts maakt samen met een aantal andere specialisten een behandelplan voor u. Zij gebruiken hiervoor landelijke richtlijnen en ze kijken naar:

- het stadium van de ziekte
- de vorm van eierstokkanker en hoe agressief deze is
- hoeveel tumorweefsel niet verwijderd kan worden
- uw lichamelijke conditie

Uw arts bespreekt uw ziektegeschiedenis met een team van gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen. Dit heet een multidisciplinair overleg (MDO). In veel ziekenhuizen in Nederland betrekken de artsen hier ook artsen vanuit andere ziekenhuizen bij. Na het MDO bespreekt de arts een behandelvoorstel met u. Tijdens dit gesprek kunt u ook uw wensen en verwachtingen bespreken.

Gespecialiseerde ziekenhuizen

Voor de behandeling van eierstokkanker bestaan kwaliteitsnormen. Dit zijn eisen waaraan een ziekenhuis moet voldoen om goede zorg te kunnen bieden. U kunt niet in alle ziekenhuizen terecht voor de volledige behandeling van eierstokkanker. Het kan zijn dat u voor een deel van uw behandeling wordt verwezen naar een ander ziekenhuis. Dit komt omdat niet ieder ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitsnormen van de beroepsverenigingen. Voor de behandeling van eierstokkanker bestaan bijvoorbeeld eisen over het aantal operaties dat een ziekenhuis minstens per jaar moet verrichten: minimaal zo eierstokkankeroperaties per jaar.

Ook moet u altijd geopereerd worden door een gynaecoloog die is gespecialiseerd in de behandeling van kanker: een gynaecologisch oncoloog.

Er zijn een aantal erkende **gynaecologisch-oncologische** centra in Nederland. Daarnaast zijn er een aantal streekziekenhuizen die ook gynaecologische kankersoorten behandelen.

U wordt dus of geopereerd in een gynaecologisch-oncologisch centrum of in het ziekenhuis waar de diagnose is gesteld. Dan opereert wel een gynaecologisch oncoloog uit een centrum mee.

U kunt uw arts vragen of het ziekenhuis aan deze normen voldoet.

Kijk op kanker.nl voor meer informatie. Hier vindt u ook de gespecialiseerde ziekenhuizen.

Doel van de behandeling

Een behandeling kan gericht zijn op genezing, maar ook op het remmen van de ziekte. De arts kijkt samen met u wat in uw situatie de mogelijkheden zijn.

Is genezing het doel, dan heet dit een **curatieve** behandeling.

Onderdeel daarvan kan een aanvullende behandeling zijn: een **adjuvante** behandeling. De adjuvante behandeling is bedoeld om een beter eindresultaat te bereiken. Een voorbeeld van een adjuvante behandeling is chemotherapie na een operatie.

Een **neo-adjuvante** behandeling is vergelijkbaar met de adjuvante behandeling. Het is ook gericht op een beter eindresultaat. Neo-adjuvant betekent dat u deze aanvullende behandeling vóór de andere behandeling krijgt. Een voorbeeld is chemotherapie om de tumor kleiner te maken vóór een operatie.

Is genezing niet (meer) mogelijk, dan kunt u een **palliatieve** behandeling krijgen. Deze behandeling is gericht op het remmen van de ziekte of het voorkomen van klachten.

Nieuwe ontwikkelingen

Onderzoek richt zich vooral op methodes om de ziekte in een vroeg stadium op te sporen.

Artsen proberen bestaande behandelingen te verbeteren door:

- Een kijkoperatie te doen als dit mogelijk is. Stadiëringsoperaties kunnen bijvoorbeeld via een kijkoperatie worden uitgevoerd.
- Te zoeken naar manieren om te voorspellen welke behandeling bij welke patiënten het beste werkt: Personalized Cancer Care.
- Het ontwikkelen van nieuwe medicijnen. Vooral doelgerichte medicijnen of medicijnen die het eigen afweersysteem stimuleren: immunotherapie.
- Het zoeken naar betere combinaties van behandelingen.

Meer informatie vindt u op kanker.nl en in onze brochure **Onderzoek naar nieuwe behandelingen bij kanker**.

Afzien van behandeling

De behandeling van kanker kan zwaar zijn. Dat geldt ook voor de gevolgen van de behandeling. U kunt het idee hebben dat de behandeling en de gevolgen niet meer opwegen tegen de resultaten die u van de behandeling verwacht. Daardoor kunt u gaan twijfelen aan de zin van de behandeling. Het doel van uw behandeling kan hierbij een rol spelen. Krijgt u die om de ziekte te genezen? Of krijgt u die om de ziekte te remmen en klachten te verminderen?

Twijfelt u aan de zin van (verdere) behandeling?

Bespreek dit dan met uw specialist of huisarts.

Iedereen heeft het recht om af te zien van (verdere) behandeling.

Uw arts blijft u altijd medische zorg en begeleiding geven. Hij zal de vervelende gevolgen van uw ziekte zo veel mogelijk bestrijden.

Operatie

Meestal is een uitgebreide operatie mogelijk en zinvol als start van de behandeling.

Afhankelijk van het stadium van de ziekte zijn er 3 vormen van operatie bij eierstokkanker:

- stadiëringsoperatie
- debulking
- interval debulking

Pas tijdens een operatie kan de arts definitief vaststellen in welk stadium de ziekte is. Soms blijkt ook pas tijdens de operatie of een stadiëringsoperatie of een debulking nodig is.

Eierstokkanker geeft meestal pas in een later stadium klachten, als de kanker al verspreid is in de buikholte. De kans is daarom groot dat u eierstokkanker in een gevorderd stadium heeft. Kan de arts alle tumor verwijderen, dan kan een operatie een in opzet genezende behandeling zijn. De kans op genezing is 20% bij een gevorderd stadium en 60% bij een vroeg stadium.

Ook als eierstokkanker terugkomt nadat u hiervoor eerder bent behandeld kan u soms (opnieuw) geopereerd worden. Dit heet een operatie bij **recidief**.

Stadiëringsoperatie

Vermoedt de arts dat u een vroeg stadium van eierstokkanker heeft? Dan doet hij een stadiëringsoperatie. Deze operatie is onderdeel van de behandeling. Bij deze operatie bepaalt de arts of en hoever de tumor is doorgroeid in het weefsel eromheen.

De arts verwijdert de tumor en bekijkt de omliggende organen en weefsels:

- de baarmoeder
- de eierstokken
- de eileiders

- het oppervlak van andere organen in de buik: zoals blaas, darm, maag, lever, milt, middenrif en het vetschort (omentum)
- lymfeklieren in het kleine bekken en in de buik

Hij kijkt of er uitzaaiingen in deze organen en weefsels zitten. Ziet de arts hier geen tumor, dan verwijdert hij buikvocht en (stukjes) weefsel waarin kankercellen kunnen zitten, maar die niet te zien zijn. Het is bijvoorbeeld bekend dat er kleine uitzaaiingen in de lymfeklieren, het vetschort en het buikvlies kunnen zitten.

De weggenomen stukjes weefsel heten **biopten**. Meestal neemt de arts van verschillende plaatsen in de buikholte biopten.

Een patholoog onderzoekt al het verwijderde weefsel onder de microscoop. Hij beoordeelt of er kankercellen in zitten en of de ziekte zich op meer plaatsen heeft uitgebreid.

De arts stelt na de operatie vast of en welke verdere behandeling nodig is. Heeft u een stadium I of IIA tumor? Dan kan een operatie waarbij de arts de tumor verwijdert voldoende zijn. U krijgt dan meestal geen chemotherapie.

Debulking

Blijkt uit het onderzoek dat de ziekte zich in de buikholte heeft uitgebreid en dat u eierstokkanker in een gevorderd stadium heeft? Dan verwijdert de arts zo veel mogelijk zichtbaar tumorweefsel. Dit heet een debulking.

Voordat de arts deze operatie uitvoert, beoordeelt hij eerst of de uitgebreide operatie mogelijk is. Dit doet hij met een **beoordelingsoperatie**. Deze operatie doet hij meestal via een kijkoperatie. Soms kan de arts direct aansluitend op de beoordelingsoperatie de debulking uitvoeren.

U kunt na de operatie chemotherapie krijgen als aanvullende behandeling: een adjuvante behandeling (zie hoofdstuk Chemotherapie).

Interval debulking

Is volledige verwijdering van de tumor als begin van de behandeling niet mogelijk omdat de ziekte te ver is uitgebreid? Dan kunt u vóór de operatie chemotherapie krijgen: een neo-adjuvante behandeling. Het doel is dan om de tumor te verkleinen, zodat de arts hem later beter kan weghalen. Zo'n operatie na chemotherapie heet een interval debulking.

De arts kan zien of een debulking wel of niet mogelijk is:

- bij het onderzoek
- tijdens de beoordelingsoperatie
- tijdens de debulking

De volgorde van operatie en chemotherapie hangt dus af van de uitgebreidheid van de ziekte.

De interval debulking is ook een goede mogelijkheid als uw conditie niet goed genoeg is voor een grote debulkingsoperatie.

De operatie

U gaat voor de operatie onder algehele narcose. De operatie wordt meestal uitgevoerd via een buiksneede. Dit heet een laparotomie. De snee loopt van het borstbeen tot aan het schaambeen. Een stadiëringsoperatie kan ook via een kijkoperatie: een laparoscopie. De arts brengt dan een kijkbuis in via een kleine snee in de buik. Een ander woord voor kijkbuis is laparoscoop.

Bij alle 3 de vormen van operatie verwijdert de arts:

- de baarmoeder
- de eierstokken
- de eileiders
- het vetschort dat om organen in de buik ligt: een ander woord hiervoor is omentum

Soms verwijdert de arts:

- Eventueel andere zichtbare tumor op andere plekken in de buik.
- De lymfeklieren in het kleine bekken en langs de grote lichaamsslagader (aorta).
- Een deel van de darmen als de tumor hierin is doorgroeid. Soms moet de arts dan een tijdelijk of blijvend darmstoma aanleggen.
- (Delen van) andere organen zoals de milt, lever, maag of blaas. Dit komt zelden voor.

De operatie kan als volgt verlopen:

- De arts verwijdert de tumor helemaal: bij een **stadiëringsoperatie** en bij een **complete debulking**.
- De arts verwijdert zo veel mogelijk tumorweefsel, maar kan niet alles verwijderen: een **incomplete debulking**. Waarbij hij:
 - kleine rest(en) achterlaat: optimale debulking
 - wel het meeste kan weghalen, maar grotere resten moet achterlaten
- De arts kan niet genoeg tumorweefsel verwijderen omdat de tumor te uitgebreid is. Dan volgt eerst **neo-adjuvante chemotherapie**, waarna u mogelijk alsnog geopereerd kan worden.

Gevolgen

Net als bij iedere operatie is er kans op complicaties:

- wondinfectie
- trombosebeen
- longontsteking
- nabloeding

Andere gevolgen waar u mee te maken kunt krijgen, hangen af van hoe uitgebreid de operatie is:

Onvruchtbaarheid - Door de behandeling wordt u onvruchtbaar als:

- de baarmoeder niet gespaard kon worden
- beide eierstokken zijn verwijderd
- u chemotherapie en/of bestraling heeft gehad

Heeft u nog een kinderwens? Dan kijkt de arts voor hij opereert welke vorm van eierstokkanker u heeft en hoe uitgebreid de ziekte is.

De baarmoeder en de andere, gezonde eierstok kunnen alleen blijven zitten als u een minder kwaadaardige vorm van eierstokkanker heeft en als de ziekte nog in een vroeg stadium is.

Is dit niet mogelijk dan kunnen vrouwen met een mogelijke kinderwens overwegen om hun eicellen in te laten vriezen.

Vervroegde overgang - Zijn uw eierstokken verwijderd, dan stopt ook de productie van bepaalde geslachts-hormonen. Hierdoor komt u vervroegd in de overgang. U kunt dan klachten krijgen die horen bij de overgang, zoals botontkalking, een drogere vagina, moeite met klaarkomen, nachtelijk zweten en opvliegers. U kunt hierover meer lezen op kanker.nl.

Lymfoedeem - Zijn er tijdens de operatie lymfeklieren uit de buik en/of het bekken verwijderd of beschadigd? Dan kunt u last krijgen van lymfoedeem in de benen. Dit is een opeenhoping van lymfevocht. De 1^e klacht bij lymfoedeem is meestal een gevoel van zwaarte of spanning in uw been. Ook pijn, tintelingen of een strak of moe gevoel in uw been kan een 1^e signaal zijn. Wat later volgt een zwelling van het been. Lymfoedeem kan ingrijpende gevolgen hebben voor uw dagelijks leven. Het is daarom belangrijk om het zo vroeg mogelijk te herkennen en te behandelen als het toch ontstaat.

Meer informatie vindt u op kanker.nl en in onze brochure [Lymfoedeem bij kanker](#).

Darmstoma - Een stoma is een kunstmatige uitgang van de darm in de huid van de buik. Een stoma heeft geen sluitspier. Hierdoor kunt u de ontlasting niet ophouden. Rond de stoma wordt een plastic opvangzakje geplakt. Hierin komt de ontlasting terecht. Een stoma kan tijdelijk nodig zijn.

De aanleg van een tijdelijk stoma geeft de darm gelegenheid om tot rust te komen en zich te herstellen. Na enkele maanden volgt een 2^e operatie waarin de arts de stoma opheft. De ontlasting volgt dan weer de normale weg.

Soms is een blijvend stoma nodig. Dit heet ook wel een definitief stoma.

Er zijn 2 soorten stoma's mogelijk: van de dikke darm en van de dunne darm.

Bij eierstokkanker gaat het meestal om een tijdelijk dunnedarmstoma of een blijvend dikkedarmstoma.

Meer informatie over darmstoma's vindt u op kanker.nl.

Seksuele gevolgen - Ook kan de operatie seksuele gevolgen hebben. Hierover kunt meer lezen in het hoofdstuk Seksualiteit.

Chemotherapie

Voor een aantal vrouwen met eierstokkanker in stadium I of IIA is alleen een operatie genoeg. Maar meestal is chemotherapie een belangrijk onderdeel van uw behandeling.

Chemotherapie is een behandeling met cytostatica. Dit zijn medicijnen die cellen doden of de celdeling remmen. Deze medicijnen verspreiden zich via het bloed door uw lichaam. Ze kunnen op bijna alle plaatsen kankercellen bereiken.

U krijgt deze behandeling als **kuur**: dit betekent dat u altijd een periode medicijnen krijgt en een periode niet. Bijvoorbeeld: u krijgt 1 of enkele dagen medicijnen en heeft daarna 3 weken rust. U krijgt zo'n chemokuur meestal een paar keer achter elkaar.

Aanvullende chemotherapie

U kunt chemotherapie krijgen als aanvullende behandeling voor of na de operatie. Daarmee vermindert de kans op terugkeer van de ziekte. U krijgt 6 kuren met een rustperiode van 3 weken tussendoor. U kunt deze chemotherapie krijgen:

- Na de operatie, dit heet een **adjuvante** behandeling. U krijgt dan chemotherapie als:
 - De arts al het tumorweefsel dat zichtbaar was, heeft verwijderd tijdens de operatie: complete debulking. Het doel is dan om uitzaaiingen te bestrijden, die er misschien nog zitten maar niet te zien zijn.
 - De arts zoveel mogelijk tumorweefsel heeft verwijderd tijdens de operatie. Er zit hooguit nog een klein beetje tumorweefsel: incomplete debulking. U krijgt dan chemotherapie om dat laatste beetje tumorweefsel te vernietigen.
- Voor de operatie, dit heet een **neo-adjuvante** behandeling. Is de tumor te ver uitgebreid om goed genoeg te kunnen verwijderen bij een operatie?

Dan krijgt u eerst chemotherapie. Het doel is dan om de tumor te verkleinen, zodat de arts hem later beter kan weghalen.

Meestal krijgt u dan eerst 3 kuren. Werkt dit voldoende, dan zal de arts daarna opereren om alsnog zoveel mogelijk tumorweefsel te verwijderen: een interval debulking. Daarna krijgt u nog 3 kuren.

Hoe minder tumorweefsel achterblijft, hoe groter de kans op succes bij een vervolgbehandeling met chemotherapie.

Intraperitoneale chemotherapie - Sommige vrouwen krijgen de medicijnen ook rechtstreeks in de buikholte toegediend. Dit gebeurt via een buikkatheter: een dunne slang die tijdens de operatie wordt achtergelaten. Soms plaatst de arts deze katheter later via een kijkoperatie. Dit heet intraperitoneale behandeling. Het wordt gegeven in combinatie met de chemotherapie via het infuus.

De toevoeging van intraperitoneale chemotherapie vermindert de kans op terugkeer van de ziekte bij vrouwen met een stadium III bij wie al het tumorweefsel is verwijderd.

Intraperitoneale chemotherapie wordt slechts in een klein aantal ziekenhuizen gedaan, zie hiervoor kanker.nl.

Behandeling recidief

Wordt de ziekte weer actief nadat u eerder succesvol bent behandeld met een operatie en chemotherapie? Dan kunt u opnieuw chemotherapie krijgen. Zo'n terugkeer van de ziekte heet een recidief. Een herhaalde behandeling met chemotherapie kan de ziekte opnieuw terugdringen of verdere uitbreiding van de ziekte zo lang mogelijk tegenhouden. Dit is een palliatieve behandeling.

Ook is een combinatie met doelgerichte therapie mogelijk.

Bijwerkingen

U kunt bij chemotherapie last krijgen van verschillende bijwerkingen. Welke bijwerkingen u krijgt en hoe ernstig deze zijn hangt af van de soort medicijnen en de manier van toediening. Uw arts of verpleegkundige vertelt welke bijwerkingen u kunt verwachten. Zij kunnen u adviseren hoe u hiermee om kunt gaan.

Vaker voorkomende bijwerkingen of bijwerkingen die ernstig kunnen zijn:

- allergische reactie, wat klachten geeft zoals huiduitslag, jeuk of kuchen
- tintelingen en doof gevoel in de vingers en/of tenen: neuropathie, het kan zich uitbreiden naar de armen en benen
- verminderde aanmaak van rode en witte bloedcellen en bloedplaatjes
- diarree
- griepig gevoel, spierpijn
- haaruitval
- leverfunctiestoornis, wat bijvoorbeeld kan leiden tot extreme vermoeidheid of geelzucht
- misselijkheid en braken
- nierfunctiestoornis, wat bijvoorbeeld klachten geeft zoals droge mond, droge huid, weinig kunnen plassen
- oorsuizingen
- pijnlijke mond en lippen

Bent u misselijk of geeft u veel over? Dan kunt u hier meestal medicijnen voor krijgen. Vraag uw arts hiernaar. Bent u klaar met de chemokuur, dan worden de bijwerkingen meestal minder. Maar u kunt na de behandeling nog lang moe blijven.

Bij intraperitoneale chemotherapie kan de buik-katheter verstopten en er kan een infectie ontstaan.

Meer informatie

Meer informatie vindt u op kanker.nl en in onze brochure [Chemotherapie](#).

Doelgerichte therapie

Wordt de ziekte weer actief nadat u eerder succesvol bent behandeld met een operatie en chemotherapie? Dan kunt u opnieuw chemotherapie krijgen. Soms krijgt u naast chemotherapie ook doelgerichte therapie.

Zo'n terugkeer van de ziekte heet een **recidief**.

De behandeling met chemotherapie en doelgerichte therapie kan de ziekte opnieuw terugdringen of verdere uitbreiding van de ziekte zo lang mogelijk tegenhouden. Dit is een palliatieve behandeling.

Doelgerichte therapie is een behandeling met medicijnen die kankercellen doden of de celdeling van kankercellen remmen. Deze medicijnen verspreiden zich via het bloed door uw lichaam. Ze kunnen op bijna alle plaatsen kankercellen bereiken.

Doelgerichte therapie beschadigt gezonde cellen minder dan bijvoorbeeld chemotherapie. Daarom zijn de bijwerkingen meestal minder erg dan bij chemotherapie. Een ander woord voor doelgerichte therapie is *targeted therapy*.

Bevacizumab

Een doelgericht medicijn dat u kunt krijgen is bevacizumab. Dit is een medicijn dat de aanmaak van nieuwe bloedvaten remt: een **angiogenese-remmer**. Net als gezonde cellen hebben kankercellen zuurstof en voedingsstoffen nodig. Deze worden door het bloed naar de cellen gebracht. Als kankercellen te weinig zuurstof of voedingsstoffen krijgen, gaan ze groeifactoren aanmaken. Deze zorgen ervoor dat bloedvaten in de buurt van de tumor nieuwe bloedvaten gaan maken in de richting van de tumor. Zo wordt de tumor beter voorzien van zuurstof en voedingsstoffen. De vorming van bloedvaten heet angiogenese.

Angiogenese-remmers zorgen ervoor dat bloedvaten in de buurt van de tumor geen signaal krijgen om nieuwe bloedvaten te maken.

U krijgt bevacizumab via een infuus dat in een bloedvat in uw arm zit. U krijgt het eenmaal in de 3 weken in combinatie met chemotherapie. U kunt bevacizumab daarna ook krijgen als onderhoudsbehandeling. Dit kan doorgaan totdat de tumor weer gaat groeien.

Bijwerkingen - Uw arts of verpleegkundige vertelt welke bijwerkingen u kunt verwachten. Zij kunnen u adviseren hoe u hiermee om kunt gaan. Vaker voorkomende bijwerkingen of bijwerkingen die ernstig kunnen zijn:

- hoge bloeddruk
- bloedingen
- darmperforatie: een scheurtje of gaatje in de darm waardoor darminhoud in de buikholte lekt
- eiwitverlies in de urine
- infuusreacties
- verminderde wondgenezing
- vorming van bloedstolsels: dit kan leiden tot een trombosebeen, longembolie of een herseninfarct

PARP-remmers

Sommige vrouwen met eierstokkanker hebben de ziekte gekregen door een **erfelijke aanleg**.

Er zijn 2 genen bekend die een afwijking kunnen hebben met een erfelijke aanleg voor eierstokkanker als gevolg: BRCA1 en BRCA2. Een afwijking in een gen heet een mutatie.

Een erfelijke aanleg betekent een groter risico om deze soort kanker te krijgen.

Voor deze vrouwen is er een andere vorm van doelgerichte therapie: de behandeling met **PARP-remmers**.

Deze medicijnen zijn geschikt voor vrouwen:

- die draagster zijn van een BRCA1- of BRCA2-mutatie
- bij wie de ziekte is teruggekeerd na eerdere behandeling: een recidief
- bij wie de teruggekeerde ziekte goed reageert op een nieuwe behandeling met chemotherapie

Meer informatie

Meer informatie over **doelgerichte therapie** vindt u op kanker.nl.

Overleving en gevolgen

Bij eierstokkanker is het moeilijk aan te geven wanneer iemand echt genezen is. Ook na een behandeling die in opzet genezend is, bestaat het risico dat de ziekte terugkomt. We spreken daarom liever niet van genezingspercentages maar van overlevingspercentages. Daarbij wordt meestal een periode van 5 jaar vanaf de diagnose aangehouden. Meestal geldt: hoe langer de periode dat de ziekte niet aantoonbaar is, hoe kleiner de kans op terugkeer.

Overleving

De overleving van eierstokkanker is het beste voor vrouwen met stadium I. Meer dan 90% van deze patiënten is na 3 jaar nog in leven. Voor stadium IV is dit minder dan 30% na 3 jaar. Van alle vrouwen met eierstokkanker is de 5-jaars-overleving bijna 40%.

Overlevingspercentages voor een groep patiënten zijn niet zomaar naar uw situatie te vertalen. Wat u voor de toekomst mag verwachten, kunt u het beste met uw arts bespreken.

Controle

Bent u behandeld voor eierstokkanker, dan blijft u onder controle bij uw arts. Hij vraagt u tijdens de controle naar mogelijke klachten. Ook doet hij regelmatig **lichamelijk** en **gynaecologisch onderzoek** (zie hoofdstuk Onderzoek voor de diagnose).

De arts kan bij die controles ook uw bloed onderzoeken om het **CA 125-gehalte** te bepalen. Eierstokkankercellen kunnen deze stof aanmaken en aan het bloed afgeven. CA 125 is daarom een tumormerkstof. Stijging van het CA 125-gehalte wijst er meestal op dat de ziekte is teruggekomen. Uit onderzoek blijkt dat het controleren van het CA 125-gehalte vaak geen nut heeft bij de controle op eierstokkanker. Heeft u chemo-

therapie gehad? Dan kan controle van het CA 125 wel een terugkeer van de ziekte eerder aantonen, maar dat heeft geen invloed op de overleving. Daarom wordt het **CA 125 niet bepaald** bij vrouwen die een behandeling met chemotherapie hebben gehad.

Heeft u alleen een operatie gehad? Dan kan een vroege opsporing van een terugkeer van de ziekte wel nuttig zijn. U kunt dan mogelijk opnieuw geopereerd worden als de tumor nog klein is. Daarom wordt het **CA 125 wel bepaald** voor vrouwen met eierstokkanker in een vroeg stadium die alleen zijn geopereerd.

Vermoedt uw arts door de controles of uw klachten dat de ziekte is teruggekomen? Dan doet hij verder onderzoek. De arts stelt u daarna een behandeling voor als dat nodig is. Dit hangt af van de uitslagen van de onderzoeken en uw ziektegeschiedenis. Meestal krijgt u een behandeling die de ziekte zo lang mogelijk moet remmen: een palliatieve behandeling.

Gevolgen

Kanker heeft vaak gevolgen. Soms hebben die met de ziekte te maken. Soms met de behandeling.

Pijn - In het begin van de ziekte hebben veel vrouwen geen pijn. Breidt de ziekte zich uit of zijn er uitzaaiingen, dan kunt u wel pijn hebben. Meer informatie vindt u op kanker.nl en in onze brochure **Pijn bij kanker**.

Voeding bij kanker - U kunt door kanker en/of uw behandeling problemen krijgen met eten. Meer informatie vindt u op kanker.nl en in onze brochure **Voeding bij kanker**.

Vermoeidheid - Kanker of uw behandeling kan ervoor zorgen dat u heel erg moe bent. Meer informatie vindt u op kanker.nl en in de brochure **Vermoeidheid na kanker**.

Seksualiteit

Door de behandeling kan uw beleving van seksualiteit veranderd zijn. Het verlies van de baarmoeder en de eierstokken kan uw gevoel van vrouw-zijn beïnvloeden; de ene vrouw ervaart dat sterker dan de andere.

Wanneer u door de behandeling onvruchtbaar bent geworden terwijl u een kinderwens had, heeft u wellicht extra tijd nodig om de nieuwe situatie te verwerken.

Soms kan er een samenhang zijn tussen seksuele problemen en relatieproblemen.

Weer vrijen

Na de operatie moet de wond genezen. Daarom krijgt u meestal het advies om te wachten met het hebben van geslachtsgemeenschap tot na de 1^e poliklinische controle. Dat is ongeveer 6 weken na ontslag uit het ziekenhuis.

In medisch opzicht zijn er geen bezwaren tegen seksuele opwinding, masturberen of het krijgen van een orgasme (klaarkomen). Voorop staat dat u voor uzelf moet bepalen wanneer u aan vrijen toe bent en op welke wijze u dat wilt. Het is belangrijk om dit met uw partner te bespreken. De behandeling heeft op seksueel gebied gevolgen die van vrouw tot vrouw verschillen.

Lichamelijke gevolgen

Er kunnen ook lichamelijke gevolgen zijn die uw seksleven kunnen beïnvloeden:

- Tekort aan geslachtshormonen: hierdoor neemt de zin in vrijen af en kan het zijn dat de seksuele opwinding en het orgasme minder intens worden beleefd. Bespreek met uw arts of het mogelijk is hiervoor hormoonvervangende preparaten te gebruiken.
- Minder behoefte aan seksueel contact door vermoeidheid of doordat u zich slap voelt.

- Droge vagina tijdens seksuele opwinding door de behandeling. De vaginawand kan dun en kwetsbaar worden. Daardoor kan geslachtsgemeenschap pijnlijk zijn. Meestal is een glijmiddel daarvoor een goede oplossing. Glijmiddelen zijn verkrijgbaar bij de apotheek of drogist.
- Sommige vrouwen doen er langer over om seksueel opgewonden te raken: de prikkeling onder in de buik is afgenomen of verdwenen. Ook streling van de borsten leidt soms tot minder opwinding dan voorheen.
- Het orgasme verandert bij veel vrouwen bij wie de baarmoeder is verwijderd. Dat geldt vooral voor vrouwen die bij het orgasme altijd hevige samentrekkingen van en rond de baarmoeder voelden. Sommige vrouwen ervaren het wegvallen van dit gevoel alleen vlak na de operatie, voor anderen is het een blijvend gemis. Er zijn ook vrouwen die deze samentrekkingen ondanks de operatie blijven voelen. Voor vrouwen die het orgasme vooral in de buurt van de clitoris of kittelaar en de binnenkant van de vagina voelden, verandert het klaarkomen na de operatie meestal niet veel.

Meer informatie

Meer informatie vindt u op kanker.nl en in de brochure **Kanker en seksualiteit**.

Een moeilijke periode

Leven met kanker is niet vanzelfsprekend. Dat geldt voor de periode dat er onderzoeken plaatsvinden, het moment dat u te horen krijgt dat u kanker heeft en de periode dat u wordt behandeld.

Na de behandeling is het meestal niet eenvoudig de draad weer op te pakken. Ook uw partner, kinderen, familieleden en vrienden krijgen veel te verwerken. Vaak voelen zij zich machteloos en wanhopig, en zijn bang u te verliezen.

Er bestaat geen pasklaar antwoord op de vraag hoe u het beste met kanker kunt leven. Iedereen is anders en elke situatie is anders. Iedereen verwerkt het hebben van kanker op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo. Uw stemmingen kunnen heel wisselend zijn. Het ene moment bent u misschien erg verdrietig, het volgende moment vol hoop.

Misschien raakt u door de ziekte en alles wat daarmee samenhangt uit uw evenwicht. U heeft het gevoel dat alles u overkomt en dat u zelf nergens meer invloed op heeft.

De onzekerheden die kanker met zich meebrengt, zijn niet te voorkomen. Er spelen vragen als: slaat de behandeling aan, van welke bijwerkingen zal ik last krijgen en hoe moet het straks verder.

U kunt wel meer grip op uw situatie proberen te krijgen door goede informatie te zoeken, een blog of dagboek bij te houden of er met anderen over te praten.

Bijvoorbeeld met mensen uit uw omgeving, uw (huis)arts of (wijk)-verpleegkundige.

Er zijn ook mensen die alles liever over zich heen laten komen en hun problemen en gevoelens voor zich houden. Bijvoorbeeld omdat zij een ander er niet mee willen belasten of gewend zijn alles eerst zelf uit te zoeken.

Extra ondersteuning

Sommige mensen zouden graag extra ondersteuning willen hebben van een deskundige om stil te staan bij wat hen allemaal is overkomen.

Zowel in als buiten het ziekenhuis kunnen verschillende zorgverleners u extra begeleiding bieden. Er zijn speciale organisaties voor emotionele ondersteuning. Kijk hiervoor achter in deze brochure bij IPSO en NVPO.

Contact met lotgenoten

Het uitwisselen van ervaringen en het delen van gevoelens met iemand in een vergelijkbare situatie kunnen helpen de moeilijke periode door te komen. Lotgenoten hebben vaak aan een half woord genoeg om elkaar te begrijpen. Daarnaast kan het krijgen van praktische informatie belangrijke steun geven.

U kunt lotgenoten ontmoeten via een patiëntenorganisatie of een inloophuis. In tientallen plaatsen in Nederland bestaan dergelijke inloophuizen. Veel inloophuizen organiseren bijeenkomsten voor mensen met kanker en hun naasten over verschillende thema's.

Achter in deze brochure vindt u de webadressen van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en van de inloophuizen (IPSO).

Ook via internet kunt u lotgenoten ontmoeten. Bijvoorbeeld via kanker.nl. Hier kunt u een profiel invullen. U ontvangt dan suggesties voor artikelen, discussiegroepen en contacten die voor u interessant kunnen zijn. Vind mensen die bijvoorbeeld dezelfde soort kanker hebben of in dezelfde fase van hun behandeling zitten.

Meer informatie

Op kanker.nl en in de brochure **Verder leven met kanker** kunt u meer lezen over de emotionele en sociale kanten van kanker.

Wilt u meer informatie?

Heeft u vragen naar aanleiding van deze brochure, blijf daar dan niet mee lopen. Vragen over uw persoonlijke situatie kunt u het beste bespreken met uw specialist of huisarts. Vragen over medicijnen kunt u ook stellen bij uw apotheek.

kanker.nl

Kanker.nl is een initiatief van KWF Kankerbestrijding, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en Integraal Kankercentrum Nederland. Op kanker.nl kunt u uitgebreide informatie vinden over:

- soorten kanker
- behandelingen van kanker
- leven met kanker

U vindt er ook ervaringen van andere kankerpatiënten en naasten.

Kanker.nl Infolijn

Patiënten en hun naasten met vragen over de behandeling, maar ook met zorgen of twijfels, kunnen:

- bellen met de **gratis Kanker.nl Infolijn: 0800 - 022 66 22**
- een vraag stellen per mail. Ga daarvoor naar kanker.nl/infolijn. Uw vraag wordt per e-mail of telefonisch beantwoord.

KWF-brochures

Over veel onderwerpen zijn ook brochures beschikbaar. Deze zijn gratis te bestellen via kwf.nl/bestellen.

Andere organisaties

Olijf

Olijf, netwerk vrouwen met gynaecologische kanker, is een patiëntenorganisatie voor vrouwen met kanker van de geslachtsorganen zoals eierstokkanker.

U kunt bij Olijf terecht voor lotgenotencontact en belangenbehartiging.

Voor meer informatie: olijf.nl.

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Binnen NFK werken kankerpatiëntenorganisaties samen. Zij komen op voor de belangen van (ex) kankerpatiënten en hun naasten. NFK werkt samen met en ontvangt subsidie van KWF Kankerbestrijding. Voor meer informatie: nfk.nl.

NFK heeft een platform voor werkgevers, werknemers en mantelzorgers over **kanker en werk**. De werkgever vindt er bijvoorbeeld tips, suggesties en praktische informatie om een medewerker met kanker beter te kunnen begeleiden. Ook is het mogelijk om gratis folders te downloaden of te bestellen. Voor meer informatie: kanker.nl/werk.

IKNL

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) zet zich in voor het optimaliseren van de zorg voor mensen met kanker. Deze landelijke organisatie is gericht op het verbeteren van bestaande behandelingen, onderzoek naar nieuwe behandelmethoden en medische en psycho-sociale zorg. Voor meer informatie: iknl.nl.

IPSO

IPSO is de branche-organisatie voor inloophuizen en psycho-oncologische centra. Zij begeleiden en ondersteunen patiënten en hun naasten bij de verwerking van kanker en de gevolgen daarvan. Voor adressen zie ipso.nl.

NVPO

Contactgegevens van gespecialiseerde zorgverleners, zoals maatschappelijk werkers, psychologen en psychiaters, kunt u vinden op nvpo.nl.

Look Good...Feel Better

Look Good...Feel Better geeft praktische informatie en advies over uiterlijke verzorging bij kanker. Voor meer informatie: lookgoodfeelbetter.nl.

Vakantie en recreatie (NBAV)

De Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties (NBAV) biedt aangepaste vakanties en accommodaties voor onder andere kankerpatiënten en hun naasten. Jaarlijks geeft zij de Blauwe Gids uit, met een overzicht van de mogelijkheden. Deze gids is te bestellen via deblauwegids.nl.

Patiëntenfederatie Nederland

Patiëntenfederatie Nederland is een samenwerkingsverband van (koepels van) patiënten- en consumentenorganisaties.

Zij zet zich in voor alle mensen die zorg nodig hebben. Voor brochures en meer informatie over patiëntenrecht, klachtenprocedures e.d. kunt u terecht op patientenfederatie.nl. Klik op 'Thema's' en kies voor 'Patiëntenrechten'.

Erfocentrum

Het Erfocentrum is het Nationaal Informatiecentrum Erfelijkheid en geeft voorlichting over erfelijke en aangeboren aandoeningen. Ook geven zij informatie over erfelijkheid (zoals DNA, genmutatie) en genetisch onderzoek (bijvoorbeeld DNA test). Kijk voor meer informatie op erfocentrum.nl of erfelijkheid.nl.

Revalidatie

Tijdens en na de behandeling kunnen kankerpatiënten last krijgen van allerlei klachten. Revalidatie kan helpen klachten te verminderen en het dagelijks functioneren te verbeteren. Informeer bij uw arts of (gespecialiseerd) verpleegkundige. Voor meer informatie: kanker.nl.

De Lastmeter

De Lastmeter (© IKNL) is een vragenlijst die u van tijd tot tijd kunt invullen om uzelf en uw arts en verpleegkundige inzicht te geven in hoe u zich voelt. Als een soort thermometer geeft de Lastmeter aan welke problemen of zorgen u ervaart en of u behoefte heeft aan extra ondersteuning. Bekijk de Lastmeter op lastmeter.nl.

Thuiszorg

Het is verstandig om tijdig met uw huisarts of wijkverpleegkundige te overleggen welke hulp en ondersteuning u nodig heeft. En hoe die het beste geboden kan worden. Heeft u thuis verzorging nodig? Kijk voor meer informatie op rijksoverheid.nl, regelhulp.nl, ciz.nl, de websites van uw gemeente en zorgverzekeraar.

Bijlage: De vrouwelijke geslachtsorganen

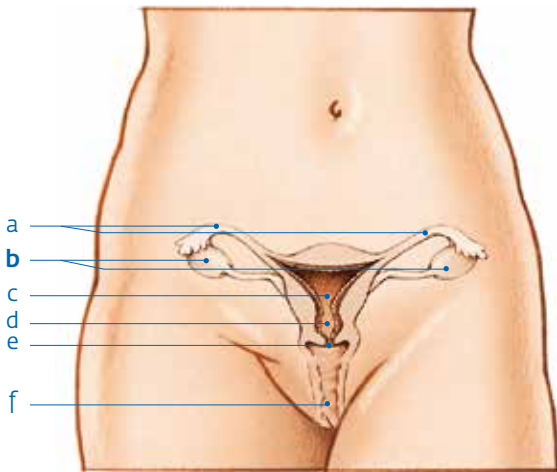
De vrouwelijke geslachtsorganen bestaan uit uitwendige en inwendige geslachtsorganen.

De **uitwendige geslachtsorganen** zijn:

- de kleine en grote schaamlippen
- de clitoris of kittelaar
- de ingang van de vagina
- het gebied tussen de ingang van de vagina en de anus: het perineum

De **inwendige geslachtsorganen** zijn:

- de baarmoeder
- de vagina of schede
- de eierstokken
- de eileiders



De inwendige vrouwelijke geslachtsorganen

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| a. eileiders | d. baarmoederhals |
| b. eierstokken | e. baarmoedermond |
| c. baarmoederlichaam | f. vagina (schede) |

De inwendige organen zitten in het onderste deel van de buikholte: het kleine bekken. Steunweefsel zorgt ervoor dat zij op hun plaats blijven.

Eierstokken

De eierstokken zijn kleine ovale organen. Ze zijn 4 à 5 centimeter lang en 2 à 3 centimeter breed bij vrouwen in de geslachtsrijpe periode. Na de overgang (menopauze) worden ze kleiner. Een ander woord voor eierstokken is ovaria.

Aan allebei de kanten van de baarmoeder liggen de eierstokken en de eileiders. De eileiders verbinden de eierstokken en de baarmoeder.

Organen die dicht bij de eierstokken liggen zijn:

- blaas
- darmen
- urineleiders: zij voeren de urine van de nieren naar de blaas

Functie eierstokken

De eierstokken hebben 2 functies:

- ze maken hormonen aan
- ze vormen eicellen en rijpen ze uit

Aanmaak van hormonen - Hormonen zijn stoffen die ons lichaam zelf maakt. Ze worden uitgescheiden in het bloed en beïnvloeden verschillende processen of organen in ons lichaam. De eierstokken produceren de vrouwelijke geslachtshormonen. Die hormoonproductie staat weer onder invloed van andere hormonen, die in de hersenen geproduceerd worden. De vrouwelijke geslachtshormonen beïnvloeden een aantal processen in het lichaam van een vrouw. Bijvoorbeeld de menstruatie en de vruchtbaarheid. Maar ook de vorming van botweefsel.

Eicellen - Al voor de geboorte zijn bij meisjes eicellen in de eierstokken aangelegd. Deze onrijpe cellen heten kiemcellen. In de puberteit rijpen deze onder

invloed van hormonen uit. Niet alle aangelegde eicellen rijpen volledig uit.

Verloopt dit proces goed, dan heeft een vrouw elke 4 weken een eisprong. Er komt dan een eikel via de eileider in de baarmoeder terecht.

Bouw van de eierstokken

De eierstokken zijn opgebouwd uit onder andere:

- een buitenste laag cellen die de eierstokken bekleedt: het oppervlakte-epitheel
- een weefsellaag van cellen die hormonen produceren: stroma
- onrijpe eicellen: kiemcellen

In deze verschillende soorten weefsels kunnen verschillende soorten tumoren ontstaan (zie hoofdstuk Eierstokkanker).

Risicofactoren

De oorzaak van eierstokkanker is niet bekend. Wel is bekend dat eierstokkanker vaker voorkomt bij vrouwen die **geen of weinig kinderen** hebben gekregen.

Er zijn aanwijzingen dat het risico op eierstokkanker **vermindert** door:

- een groot aantal zwangerschappen
- borstvoeding te geven
- het gebruik van de anticonceptiepil

Een erfelijke aanleg

Ongeveer 10% van de vrouwen met eierstokkanker heeft de ziekte gekregen door een erfelijke aanleg. Er zijn 2 vormen van eierstokkanker die door erfelijkheid kunnen ontstaan:

- een combinatie van erfelijke eierstokkanker met erfelijke borstkanker (BRCA)
- het Lynch-syndroom waarbij eierstokkanker kan samengaan met onder andere darmkanker

Iedere vrouw met eierstokkanker komt in aanmerking voor DNA onderzoek. Daarmee bekijkt de arts of u een erfelijke vorm heeft.

Meer informatie over erfelijke borst- en eierstokkanker en over het Lynch-syndroom kunt u vinden op kanker.nl.

Heeft u vragen over erfelijkheid en eierstokkanker? Bespreek die dan met uw huisarts of specialist.

Bijlage: Wat is kanker?

Er zijn meer dan 100 verschillende soorten kanker. Elke soort kanker is een andere ziekte met een eigen behandeling. Eén eigenschap hebben ze wel allemaal: een ongecontroleerde deling van lichaamscellen.

Celdeling

Ons lichaam is opgebouwd uit miljarden bouwstenen: de cellen. Ons lichaam maakt steeds nieuwe cellen. Zo kan het lichaam groeien en beschadigde en oude cellen vervangen.

Nieuwe cellen ontstaan door celdeling. Uit 1 cel ontstaan 2 nieuwe cellen, uit deze 2 cellen ontstaan er 4, dan 8, enzovoort.

Normaal regelt het lichaam de celdeling goed. In elke cel zit informatie die bepaalt wanneer de cel moet gaan delen en daar weer mee moet stoppen. Deze informatie zit in de kern van elke lichaamscel. Het wordt doorgegeven van ouder op kind. Dit erfelijk materiaal heet DNA. DNA bevat verschillende stukjes informatie die genen worden genoemd.

Ongecontroleerde celdeling

Elke dag zijn er miljoenen celdelingen in uw lichaam. Tijdens al die celdelingen kan er iets mis gaan. Door toeval, maar ook door schadelijke invloeden. Bijvoorbeeld door roken of te veel zonlicht. Meestal zorgen reparatiegenen voor herstel van de schade. Soms werkt dat beschermingssysteem niet. De genen die de deling van een cel regelen, maken dan fouten. Bij een aantal fouten in dezelfde cel, gaat die cel zich ongecontroleerd delen. Zo ontstaat een gezwell. Een ander woord voor gezwell is tumor.

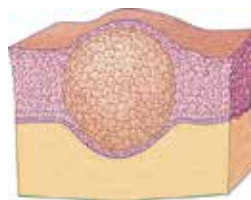
Goed- en kwaadaardig

Er zijn goedaardige en kwaadaardige tumoren.

- **Goedaardige** gezwellen groeien niet door andere weefsels heen. En ze verspreiden zich niet door het lichaam. Een voorbeeld van een goedaardig gezwell is een vleesboom in de baarmoeder of een wrat. Zo'n tumor kan tegen omliggende weefsels of organen drukken. Dit kan een reden zijn om de tumor te verwijderen.
- Bij **kwaadaardige** tumoren gaan de cellen zich heel anders gedragen. Dit komt omdat de genen die de cellen onder controle houden zijn beschadigd. Een kwaadaardige tumor kan in omliggende weefsels en organen groeien. Zij kunnen ook uitzaaïen. Alleen een kwaadaardige tumor is kanker.

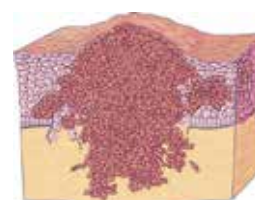
Uitzaaiingen

Van een kwaadaardige tumor kunnen cellen losraken. Die kankercellen kunnen via het bloed en/of de lymfe ergens anders in het lichaam terecht komen. Zij kunnen zich daar hechten en uitgroeien tot nieuwe tumoren. Dit zijn uitzaaiingen. Een ander woord voor uitzaaiingen is metastasen. Krijgt u (later) ergens anders een tumor, bijvoorbeeld in de lymfeklieren? Dan zijn dit bijna altijd kankercellen uit de eierstok. U heeft dan geen lymfeklierkanker, maar uitzaaiingen van eierstokkanker.



Goedaardig gezwell

De gevormde cellen dringen omliggend weefsel niet binnen.



Kwaadaardig gezwell

De gevormde cellen dringen omliggend weefsel wel binnen.

Bijlage: Het bloedvaten- en lymfestelsel

Kanker kan uitzaaien via het bloed en/of via de lymfe. Zo kunnen ze op verschillende plaatsen in het lichaam terecht komen. Welke plaatsen dit zijn kan per kankersoort verschillen.

Het bloedvatenstelsel

Het bloedvatenstelsel (**bloedsomloop**) is een gesloten systeem van bloedvaten waar het bloed door stroomt. Het hart zorgt dat het bloed wordt rondgepompt in het lichaam en alle lichaamscellen bereikt. De bloedsomloop zorgt voor de aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen en voor de afvoer van afvalstoffen. Ook zorgt de bloedsomloop voor verspreiding van hormonen, afweerstoffen en warmte. Uitzaaïngen via het bloed kunnen op grote afstand van de tumor ontstaan.



Bloedsomloop

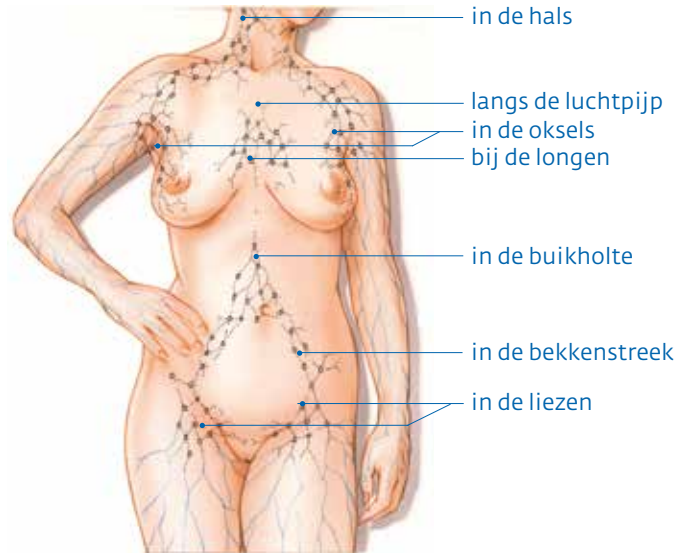
Het lymfestelsel

De **lymfevaten** vormen de kanalen van het lymfestelsel en zijn gevuld met een kleurloze vloeistof: lymfe. Lymfe neemt vocht en afvalstoffen uit het lichaam op. Via steeds grotere lymfevaten komt de lymfe uiteindelijk in de bloedbaan terecht. Voordat de lymfe in het bloed komt, passeert zij ten minste 1 lymfeklier.

Lymfeklieren zijn de zuiveringsstations van het lymfestelsel: daarin worden ziekteverwekkers (bacteriën en virussen) onschadelijk gemaakt. In het lichaam komen groepen lymfeklieren voor: de lymfeklierregio's.

Lymfeklierweefsel komt - behalve in de lymfeklieren - ook voor in andere organen, zoals in de keelholte, de milt, de darmwand en het beenmerg.

Uitzaaïngen via de lymfe komen meestal het eerst terecht in de lymfeklieren in de buurt van de oorspronkelijke tumor.



Lymfeklierregio's

Kanker.nl Infolijn

0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten
en hun naasten

kanker.nl

Informatieplatform en sociaal netwerk voor
(ex)patiënten en naasten

KWF-brochures

kwf.nl/bestellen

Bestelcode F41

KWF Kankerbestrijding

Delflandlaan 17
1062 EA Amsterdam
Postbus 75508
1070 AM Amsterdam



Samen komen we steeds dichterbij

