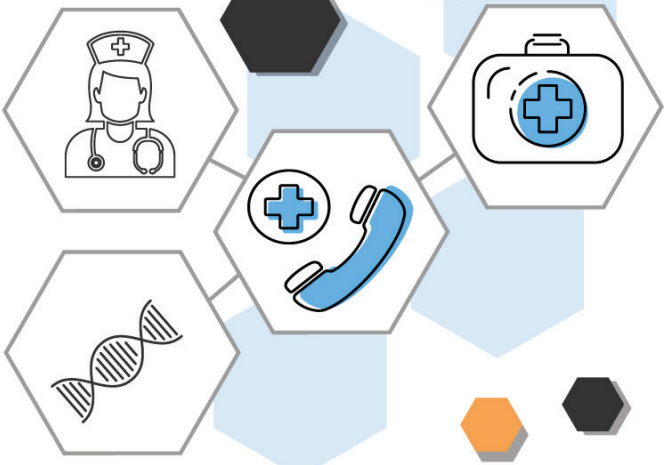
Colores

INFORMATIONSBROSCHYR FÖR PATIENTER MED TARMCANCER



Utgivare
Colores - Finlands Tarmcancerförening rf
Utterhällsstranden 2, 00180 Helsingfors
tel. 010 4222 540
colores.fi/sv/

Text
J-A Nyman
Arto Rantala
Jenni Tamminen-Sirkiä
Pia Österlund
Tuomo Alanko
Tuula Rönkkö-Kuivalainen

Översättning
Johanna Karvonen

Bilder
s. 7–25 ©Docrates Cancersjukhus, alla rättigheter förbehålls
s. 30 Cottonbro, Pexels
s. 33 Roine Piirainen
s. 34 Adobe Stock
Pärm Macrovector, Freepik

Layout
Essi Roisko

Tryck
Origos Oy, 2022

Tack till
Aapo Toivola, Inkeri Elomaa, Kristina Kurtén, Mervi Kaartoaho, Päivi Mustonen, Tero Tommila och Tuula Tillander, Heidi Hintermeyer
Docrates Cancersjukhus, Merck Oy och Roche Oy

En patienthälsning till läsaren

Att insjukna i cancer kan jämföras med en bussresa mot en okänd destination. Du sitter i baksätet och hoppas att chauffören ska ta dig till en plats där du kan bli frisk och återfå din hälsa. Du kanske också känner tvivel: ”Har jag ens stigit på rätt buss?”.

I den här broschyren hittar du information om den nuvarande tarmcancervårdens ”busslinjer”: kirurgi samt cytostatika (cellgifter) och strålbehandling, som på olika sätt och ofta i form av kombinationer förlänger vår livsresa. Gällande vården vill jag här i förordet ändå betona patientens, det vill säga passagerarens, möjlighet att påverka rutten längs bättringsvägen. Du kan själv greppa ratten.

Det framkommer allt tydligare hur individens inställning, känslor och livsstil, såsom kost, motion, sömn och vila påverkar den individuella fysiologin, biologin och den s.k. genexpressionen, dvs. funktionen hos såväl friska celler som cancerceller. Det är ytterst viktig att bevara hoppet och livslusten, något som ofta ses som läkarens grundläggande uppgifter. Man känner däremot till att även största delen av tankarna hos en frisk person är mer eller mindre negativa eller onödiga, så vi sänder rätt så usla meddelanden åt våra 50–60 biljoner celler. Cancern och behandlingarna kan självklart vara tunga, men man kan alltid hitta något som skänker tacksamhet eller lycka. Cancer kan också få till stånd en positiv förändring, när individen börjar ta hand om sig själv och börjar värdesätta sitt liv.

Även om cancerprognosen verkar dålig är varje cancer unik, liksom också varje människa. Cancern tar ingen notis om statistiken. Nya behandlingsformer förbättrar prognoserna från år till år, och utöver det sker också under. Den som inte tror på det är inte realist! Naturen läser inga medicinska läroböcker eller prognoser. När jag för tolv år sedan blev diagnostiserad med spridd tarmcancer var min uppskattade kvarvarande livstid utan behandling i medeltal ett halvt år enligt litteraturen. Men jag är fortfarande här. Jag lever, springer och är lycklig. Jag har insett att jag är dödlig och jag har lärt mig uppskatta varje dag som en enastående gåva. Utan min cancer hade jag stannat kvar på klassen i livets skola.

Jag önskar dig som cancersjuk krafter och det bästa på bättringsvägen.

J-A Nyman
Hjärtspecialist

Innehåll

1. Tarmcancer som sjukdom 6
Vad är tarmcancer? 6
Riskfaktorer för tarmcancer 6
Hur uppkommer tarmcancer? 8
Symptom på tarmcancer 8
Prognos vid tarmcancer 9

2. Diagnostisering och undersökningar 10
Hur konstateras tarmcancer? 10
Ändtarmsundersökning, dvs. rektalpalpation 10
Koloskopi 10
Undersökningar som utförs efter fastställd diagnos 10

3. Behandlingsformer vid tarmcancer 13
Operation 13
Operation av tjocktarmscancer 13
Operation av ändtarmscancer 13
Utredning av tumörspridning efter operation 15
Strålbehandling 16
Cytostatikabehandlingar 16
Nya läkemedelsbehandlingar 20
Behandling av spridd tarmcancer 23
Behandlingsuppföljning 25
Vårdstig för patient med tarmcancer 26

4. Patientens psykiska välmående och stöd under sjukdomen 28
Att insjukna i cancer är en stressfaktor 28
Betydelsen av närstående vid kris 29
Delaktighet i den egna vården underlättar sjukdomsanpassningen 29
Tillförlitlig information minskar osäkerheten 31
Att visa sig själv medkänsla stöder i krisen 31
Positiv ensamhet stärker den mentala balansen 31
Betydelsen av att bli bemött 32

Kultur ger välbefinnande 32
Naturens kontinuitet ökar känslan av trygghet 33
Sjukdom kan ändra livsvärderingar 33
Kamratstöd ger perspektiv och tröst 34

5. Kostråd för patienter med tarmcancer 36
Kost under pågående behandling 36
Råd för behandling av biverkningar orsakade av kosten 37
Kost efter avslutad behandling 39

6. Information om Colores 40
Kamratstöd för tarmcancerpatienter och närstående 40
Kurser ger beredskap för en ny livssituation 40
Som medlem är du med och utvecklar föreningens verksamhet 41

Ordlista 42

Källor 46

1. Tarmcancer som sjukdom

Vad är tarmcancer?

Tarmcancer är en gemensam benämning för cancer i tjock- och ändtarmen. Det är den näst vanligaste formen av cancer i Europa. Också i Finland är tarmcancer den näst vanligaste cancerformen bland både män och kvinnor, och årligen insjuknar över 3 500 finländare i tarmcancer. Förekomsten av tarmcancer kommer att öka i framtiden främst till följd av befolkningens åldersstruktur.
Risken för att insjukna i tarmcancer ökar med åldern och medelåldern bland de insjuknade är ca 71 år. Bland personer under 50 år förekommer tarmcancer i betydligt mindre omfattning, men förekomsten har ökat inom alla åldersgrupper – i jämförelse till och med något snabbare bland yngre personer.
Tarmcancer är en sjukdom vars förekomst och prognos man kan påverka märkbart. Ju tidigare cancern diagnostiseras, desto bättre är vårdresultaten. I Finland har man inlett screening av tarmcancer, till vilka man kallar män och kvinnor i åldersgruppen 60–69 år. Med hjälp av screening kan man upptäcka sjukdomen redan innan de första symptomen uppträder. Man har konstaterat att tarmcancerdödligheten har minskat med omkring en femtedel tack vare screening.

Riskfaktorer för tarmcancer

Riskfaktorerna för tarmcancer kan inte preciseras exakt. Man har däremot uppskattat att en del av tarmcancerfallen kunde ha undvikits om patienten hade ändrat sina kost- och motionsvanor och undvikit övervikt. Personer som drabbats av långvariga inflammatoriska tarmsjukdomar löper en genomsnittligt högre risk att utveckla tjock- och ändtarmscancer. Mottagligheten för sjukdomen kan också ärvas.

De vanligaste riskfaktorerna

- över 50 års ålder
- övervikt
- lite motion
- rökning
- alkohol
- rött kött och förädlade köttprodukter
- kost med låg fiberhalt och mycket animaliskt fett
- långvarig inflammatorisk tarmsjukdom, såsom sårig tjocktarmsinflammation, dvs. Colitis ulcerosa eller Crohns sjukdom
- tarmpolyper
- tidigare tjock- eller änd tarmscancer
- förekomst av tjock- eller ändtarmscancer i släkten

Foto: Docrates cancersjukhus

Hur uppkommer tarmcancer?

Människans matsmältningssystem består av matstrupe, magsäck samt tunn-, tjock- och ändtarm. Systemet har i uppgift att ta tillvara näringsämnen ur maten och lagra det uppkomna avfallet, tills det avlägsnas ur kroppen i form av avföring.

Tjock- och ändtarmscancer utvecklas i allmänhet under flera år, varvid en adenomatös polyp (förkortat adenom), dvs. en godartad körteltumör som utvecklats på slemhinnans yta, förändras till en elakartad tumör. Ju större adenomet är, desto högre är risken för cancerutveckling. Uppskattningsvis utvecklas omkring vart tionde adenom till tarmcancer. Det här s.k. adenom-cancer-förloppet är en långsam process som sker under flera års tid. Adenom som upptäcks vid endoskopiundersökning av tarmen avlägsnas, vilket förhindrar dem från att utvecklas till cancer.

Symptom på tarmcancer

Eftersom tarmcancerrelaterade symptom uppträder gradvis och liknande besvär kan ha förekommit flera år tidigare bedömer man dem ofta som ofarliga. Detta är samtidigt orsaken till att det dröjer innan man söker sig till undersökning. Enligt rapporter upplever majoriteten av patienterna dessutom symptomen som genanta, och alltför många uppsöker därför en läkare först när sjukdomen redan har hunnit utvecklas under en längre tid.

Vanliga symptom på tjock- och ändtarmscancer är olika magbesvär, såsom magsmärta, förstoppning, växling mellan diarré och svårigheter att tömma tarmen. Patienten kan också ha trängande avföringsbehov, slemmig och knapp avföring eller svullnader och kramper i magen. I samband med tarmcancer och framför allt vid ändtarmscancer är avföringen ofta blodig. Synligt blod förekommer vid ändtarmscancer och latent blod i allmänhet i samband med cancer högre upp i tjocktarmen. Detta är orsaken till att även anemi är ett vanligt symptom vid tjocktarmscancer.

Ibland kan cancern förorsaka tarmförträngning, vilket leder till uppkastningar, svårigheter att tömma tarmen och svår magsmärta. I dylika fall är det nödvändigt med akut operation. En tumör i tarmslutet kan också orsaka smärta i området vid svanskota och höft.

De vanligaste symptomen vid tarmcancer

- olika magbesvär, såsom magsmärta, förstoppning, växling mellan diarré och svårigheter att tömma tarmen
- blodig avföring
- anemi, dvs. lågt hemoglobin i blodet
- tarmförträngning
- smärta i området vid svanskota och höft

Prognos vid tarmcancer

Prognosen för tarmcancer är bättre ju tidigare sjukdomen upptäcks och behandlas. Över 90 % av patienterna lever efter fem år om cancern upptäcks när den ännu är begränsad till tarmväggen. Förutom tumörens spridning påverkas prognosen av patientens ålder, allmäntillstånd, komplikationer orsakade av tumören samt tumörens specifika egenskaper.

I Finland håller resultaten från tarmcancerbehandlingar hög, västeuropeisk vårdstandard. Utvecklingen av kirurgisk teknik samt nya cytostatika- och läkemedelsbehandlingar har förbättrat vårdresultaten avsevärt. Vid tarmcanceroperationer och eventuella tilläggsbehandlingar strävar man efter att så få patienter som möjligt ska drabbas av lokala återfall eller metastaser. Om tarmcancern återkommer sker det högst sannolikt inom 2–3 år efter operationen. Återfall efter fem år är ovanliga och därför avslutas uppföljningen av tarmcancerpatienter i allmänhet efter fem år.

2. Diagnostisering och undersökningar

Hur konstateras tarmcancer?

Misstanke om tarmcancer uppkommer i allmänhet på läkarmottagningen utgående från patientens symptombeskrivning. Läkaren kan använda flera olika metoder för att konstatera och fastställa tarmcancer. Vilka undersökningsmetoder som används och i vilken omfattning de utförs beror på hur tydlig diagnosen är.

Ändtarmsundersökning, dvs. rektalpalpation

Misstanke om tjock- eller ändtarmscancer inleds i allmänhet med en undersökning av ändtarmens slut. Detta sker genom att läkaren undersöker tarmen med fingret via analöppningen. Vid undersökningen söker läkaren efter avvikande knölar och noterar eventuellt blod i avföringen.

Koloskopi

Koloskopi, dvs. endoskopi av tjocktarmen, är en grundläggande undersökning vid misstanke om tarmcancer. Med hjälp av ett böjligt instrument, s.k. koloskop, kan man undersöka tjocktarmen ända från ändtarmen till stället där tunn- och tjocktarmen möts. Ifall koloskopin visar något avvikande görs en biopsi, dvs. ett vävnadsprov. Om man upptäcker en liten polyp kan den avlägsnas helt med koloskopi. Vävnadsprovet undersöks i mikroskop för att utreda om det rör sig om adenom med eventuella elakartade celler eller cellförändringar, som kan tyda på ett förstadium till cancer.

Undersökningar som utförs efter fastställd diagnos

Tarmcancerns spridning utreds med diagnostisk radiologi innan operation. Tumörens storlek och eventuella spridning till närliggande vävnad undersöks. Dessutom utreder man om tumören har hunnit bilda metastaser. Det slutliga beskedet om spridningen får man först efter operationen när tumören har avlägsnats och patologen har undersökt tumören, borttagna lymfkörtlar och andra eventuella prov.

Tarmcancer sprids främst via lymfkörtlar och blodkärl. En tumör som spridits via blodkärl sänder oftast metastaser till levern, möjligen också till lungor och/eller andra delar av kroppen. Innan vårdplaneringen bedöms spridningen med datortomografi av kroppen. Om tumören redan innan diagnostiseringen har hunnit bilda flera metastaser överväger man att inleda vården med cytostatikabehandling och utföra en eventuell operation vid ett senare skede.

I de undersökningar som föregår en tarmcanceroperation, s.k. preoperativa undersökningar, ingår också magnetröntgen (MR) av nedre buken. Detta gör man för att bedöma tumörens lokala spridning och möjliga lymfkörtelmetastaser. Resultaten från magnetröntgen och datortomografin avgör om patienten gynnas av strålbehandling före operationen. I det här skedet fattar man också beslut om strålbehandlingens längd samt eventuella kombinationer med cytostatikabehandlingar.

Magnetundersökningsapparat. Foto: Docrates cancersjukhus

Foto: Docrates cancersjukhus

3. Behandlingsformer vid tarmcancer

Tarmcancervården är alltid individuell. Vårdens utformning påverkas av tumörens läge (tjock- eller ändtarmscancer), storlek och egenskaper, spridningsgrad samt patientens allmäntillstånd. Vårdens målsättning varierar beroende på sjukdomens spridningsgrad. Om cancern går att bota strävar man aktivt mot återställning genom att kombinera olika vårdformer. I dessa fall kombineras operationen ofta med cytostatikabehandling, och vid ändtarmscancer också med strålbehandling. Vårdformer som kombineras med en canceroperation kallas allmänt för tilläggsbehandlingar. Ifall en spridd cancer inte går att bota blir målsättningen med vården att lindra cancerrelaterade symptom, förbättra livskvaliteten och förlänga livstiden.

Operation

Operation är det vanligaste ingreppet vid lokal tarmcancer. Syftet med en operation är att avlägsna den del av tarmen där tumören finns samt omkringliggande frisk vävnad med lymfkörtlar. Genom att avlägsna frisk vävnad strävar man efter att utplåna även alla enskilda cancerceller. Operation kan användas antingen separat eller i kombination med strål- och cytostatikabehandling.

Numera utförs en del tarmcanceroperationer med laparoskopi, dvs. som titthålskirurgi eller robotstödd kirurgi. Operation av tjock- och ändtarmscancer kan utföras både som öppen operation eller som laparoskopi, eftersom teknikerna är likvärdiga gällande onkologiska resultat och komplikationer.

Eftersom tumörens läge är avgörande för valet av operationsmetod, presenteras i det följande några exempel på såväl tjock- som ändtarmsoperationer.

Operation av tjocktarmscancer

Det kirurgiska ingreppet vid tjocktarmscancer är resektion, vilket innebär att en organdel tas bort. Vanligtvis avlägsnas den högra och vänstra delen av tjocktarmen, s.k. hemicolectomi. Om patienten har premalign, dvs. en underliggande sjukdom som utgör förstadium till cancer (såsom ulcerös kolit, familjär adenomatös kolonpolypos (FAP) eller Lynch syndrom med ärftlig tjocktarmscancer), avlägsnas hela tjocktarmen eller både tjock- och ändtarmen.

Operation av ändtarmscancer

Operation av ändtarmscancer är krävande kirurgi, och planeringen förutsätter omfattande och mångprofessionellt samarbete. En operation av ändtarmscancer utförs efter noggranna grundläggande undersökningar och eventuella preoperativa strål- och läkemedelsbehandlingar. Vårdens utformning bestäms av tumörens läge, storlek och eventuella tillväxt utanför tarmväggen mot bäckenväggen eller ringmusklerna.

Vid operationen avlägsnas den övre delen av ändtarmen som skadats av tumören, eller hela ändtarmen med omkringliggande vävnad. Tumörens läge avgör om analöppningen och ringmusklerna kan bevaras eller om man är tvungen att avlägsna även dem och göra en permanent öppning. Det är i allmänhet möjligt att bevara analöppningen om:

- det finns tillräckligt med frisk, dvs. tumörfri vävnad, mellan tumören och analöppningen
- tarmanslutningen kan göras i slutet av ändtarmen
- tumören finns den översta eller mittersta tredjedelen av ändtarmen

Om tumören däremot finns i den nedre tredjedelen av ändtarmen, dvs. om tumörens nedre kant befinner sig under 7 cm från kanten på analöppningen, lyckas man spara analöppningen endast hos en del patienter. Svårigheterna med att spara analöppningen beror på att det föreligger en risk för att tarmanslutningen ska brista, vilket förorsakar infektionsproblem. Av den anledningen gör man ofta en tillfällig, skyddande stomi i samband med operationen. Det innebär ett ingrepp där tarmanslutningen färdigställs, men den övre tarmen (tjock- eller tunntarmen) blir stomi vid hudytan.

Öppningen stängs i allmänhet efter 2–3 månader eller efter avslutade tilläggsbehandlingar. Stängningsoperationen kan vanligtvis göras med ett litet snitt runt stomin. Strålbehandlingen och tarmanslutningen alldeles intill analöppningen orsakar förändringar i tarmfunktionen. Tarmtömningen kan försämras och det kan bli svårare att hålla sig. Tarmfunktionen förbättras något under det första året, och för att reglera den kan man använda fiberpreparat som ökar tarmmassan och loperamid-medicinering som påverkar tarmfunktionen. Operation och strålbehandling kan också orsaka sexuella funktionsstörningar. Dessa kan delvis behandlas med medicin. Den ansvariga läkaren skriver ett B-intyg, vilket gör att man får ersättning för medicinen. Strålbehandling kan också leda till sterilitet.

Utredning av tumörspridning efter operation

Tarmcancer klassificeras bland annat utgående från sjukdomens spridning på tarmväggen och om man kan upptäcka cancerceller på utsidan av tarmen. Den slutliga spridningsklassificeringen bestäms av patologen efter utförd operation. Spridningsklassificeringen blir avgörande för planeringen av den fortsatta vården.

TNM-klassifikation

Vid TNM-klassifikation klassificeras tumören i fyra utbredningsstadier (stage) utgående från storlek och spridning.

T-stadium (tumor)

Stadium T anger i vilken omfattning tumören har växt in i cellväggen.
Cellväggen består av tre skikt:

1. det inre skiktet, s.k. mukosa
2. muskelskiktet
3. det yttre skiktet, s.k. serosa

I stadium T1 finns tumören endast i det inre skiktet, vid T2 har tumören nått tarmväggens muskelskikt, vid T3 har tumören tagit sig genom tarmväggen till det yttre skiktet. T4 anger att tumören finns på tarmens yttre yta eller har växt in i ett intilliggande organ.

N-stadium (nodes)

N-stadiet anger i vilken omfattning sjukdomen har spridit sig till lymfkörtlarna (nodes). Vid stadiet N0 finns inga cancerceller i lymfkörtlarna. Vid stadiet N1 finns tumörceller i 1–3 lymfkörtlar. Stadiet N2 anger att fyra eller fler lymfkörtlar är drabbade.

M-stadium (metastasis)

M-stadiet beskriver metastaser. Stadiet M0 betyder att man inte kunnat upptäcka några metastaser. Vid stadiet M1a finns metastaser i ett organ, vid M1b i flera organ och vid M1c finns metastaser i bukhinnan, dvs. peritonealt. Dessutom kan det finnas metastaser i andra organ.

Graden av spridning av cancern	TNM-klassifikation
I	T1 N0 M0 T2 N0 M0
II	T3 N0 M0 T4 N0 M0
III	T1-4 N1 M0 T1-4 N2 M0
IV	T1-4 N0-2 M1

Strålbehandling

Strålbehandling är högenergisk, joniserande strålning, som framställs med särskild strålbehandlingsutrustning. Genom strålning strävar man efter att förstöra cancerceller och förminska tumören. Strålningen påverkar framför allt celler som befinner sig i delningsfasen, och sådana finns det mer av i cancervävnad än i normal vävnad.
De två vanligaste strålbehandlingsmetoderna vid ändtarmscancer är kortvarig strålbehandling och långvarig strål- och cytostatikabehandling. Kortvarig strålbehandling i fem på varandra följande dagar ges vid lokala, djupt växande cancerformer som begränsas till tarmväggen. Operation utförs i allmänhet inom en vecka efter avslutad strålbehandling.

Om cancertumören är stor eller har växt fast i intilliggande organ, till exempel i prostatan eller vaginan och är svår att avlägsna, ges s.k. långvarig kemoterapi. Då får patienten strålbehandling i kombination med cytostatika under 5–6 veckors tid. Alternativt kan man ge kortvarig strålbehandling i fem på varandra följande dagar tillsammans med kombinationskemoterapi under 12–16 veckors tid. I dessa fall låter man strålbehandlingen verka åtminstone 7–11 veckor innan operation. Genom att kombinera strål- och cytostatikabehandling lyckas man i allmänhet förminska tumören så pass mycket att den helt kan opereras bort eller symptomen som den orsakar förminskas.

I vissa fall kan strålbehandling också användas för behandling av metastaser vid tjock- och ändtarmscancer. Man kan exempelvis använda strålbehandling vid behandling av symptomatiska skelett- eller hjärnmetastaser. Med noggrant riktad stereotaktisk strålbehandling kan man i vissa fall behandla metastaser t.ex. i lever eller lungor, där operation inte är en lämplig behandlingsform.

Cytostatikabehandlingar

Cytostatika är läkemedelssubstanser som används för att förstöra cancerceller. Cytostatikabehandling vid tarmcancer består i allmänhet av flera läkemedel som ges samtidigt. Man använder kombinationsmedicinering för att uppnå bättre vårdresultat, eftersom olika läkemedel påverkar cancercellerna på olika sätt.

Effekten från cytostatika begränsas däremot inte endast till cancercellen, utan den skadar även celldelningen i frisk vävnad. Cytostatikans inverkan på friska vävnader orsakar biverkningar hos patienten.

De vanligaste biverkningarna vid cytostatikabehandlingar:

- ömhet i munnens slemhinnor
- diarré
- minskning av antalet vita blodkroppar i blodet
- håravfall
- trötthet
- illamående

Även om biverkningar är vanliga vid cancerbehandlingar och orsakar känslor av obehag hos patienten, kan man numera ofta hantera dem väl. Biverkningarna upphör i allmänhet också rätt snabbt efter avslutade cytostatikabehandlingar. Illamående som uppkommer under behandlingen kan lindras med läkemedel mot illamående. Det finns inga säkra sätt att helt förhindra håravfall, men håret växer ut igen efter avslutad behandling.

Cytostatikabehandling ges efter operation av tjock- eller ändtarmscancer som förebyggande behandling för att minska risken för återfall. Den här vården kallas tilläggsbehandling eller adjuvant behandling.

Strålbehandling. Foto: Docrates cancersjukhus

Foto: Docrates cancersjukhus

Cytostatikabehandling används också för att förminska tumören vid spridd tarmcancer, dämpa symptomen och bromsa sjukdomens progression. Hos en del patienter lyckas man förminska metastaserna i den mån att man via operation kan avlägsna dem från exempelvis lever eller lungor.

5-fluorouracil och andra mediciner inom samma läkemedelsgrupp, s.k. fluoropyrimidiner, har i mer än 60 år utgjort hörnstenen i cytostatikabehandling av tarmcancer. Gruppens grundsubstans 5- fluorouracil kan ges som intravenösa injektioner eller långvarigare dropp. Det kombineras ofta med hjälpsubstansen kalciumfolinat (leukovorin). Fluoropyrimidin kan också ges i tablettform. Då används i allmänhet läkemedlet capecitabine, som är ett förstadium till 5-fluorouracil. S-1 (Teysuno®) är en kombination av tre läkemedel, varav det ena är ett förstadium till 5-fluorouracil och de två övriga är effektreglerande beståndsdelar.

Typiska biverkningar vid användning av läkemedel som innehåller 5- fluorouracil är skador på munnens slemhinnor, diarré, lindrigt illamående, håravfall (hos vissa), minskat antal vita blodkroppar och infektionskänslighet. I sällsynta fall har man konstaterat nerv- och hjärtstörningar. Personer som lider av total brist på aktiv dihydropyrimidindehydrogenas (DPD) kan inte ta läkemedel som innehåller 5- fluorouracil. Cirka 2–2,5 % av finländarna är bärare av varianter som är kända för att orsaka partiell DPD-brist och även de löper en högre risk för allvarliga skador. Man kan utreda en eventuell brist med ett gentest innan man påbörjar användningen av 5- fluorouraciler, eller om de orsakar värre biverkningar än vanligt.

Andra cytostatika som vanligtvis används vid behandling av tarmcancer är oxaliplatin och irinotekan. Oxaliplatin används i allmänhet i kombination med 5- fluorouracil eller med capecitabine i tablettform. Vanliga biverkningar i samband med oxaliplatin är övergående inverkan på nervsystemet, illamående, diarré, minskat antalet vita blodkroppar och infektionskänslighet. Vissa patienter drabbas av långvarig perifer neuropati, dvs. domningar, känselnedsättning eller stickningar i händer och fötter. Ju längre oxaliplatin används, desto större är risken för långvarig eller permanent neuropati, men mottagligheten är individuell. Oxaliplatin kan användas både vid tilläggsbehandling efter en operation och vid behandling av metastaserad cancer.

Effektmässigt kan irinotekan jämföras med oxaliplatin, och det används enskilt eller i kombination med 5- fluorouracil eller med capesitabine i tablettform. Vanliga biverkningar i samband med irinotekan är diarré, skador på munnens slemhinnor, illamående, minskat antalet vita blodkroppar och infektionskänslighet. Irinotekan används vid behandling av metastaserad cancer.

Foto: Docrates cancersjukhus

Nya läkemedelsbehandlingar

Tarmcancervården har utvecklats märkbart under de senaste tio åren. Parallellt med cytostatika har man börjat använda selektiva läkemedel, som är anpassade för att förhindra specifika skeenden på molekylnivå.

Bestämning av biomarkörer

Med hjälp av biomarkörer kan man skilja mellan olika cancerformer, vilket underlättar valet av rätt behandling. Vid kolorektalcancer består dessa biomarkörer bl.a. av mutationer av RAS-gener (KRAS och NRAS).

I omkring 50 % av tarmcancerfallen kan man konstatera en s.k. vildtyp, dvs. en icke-muterad RAS, medan man på motsvarande sätt kan konstatera en RAS-mutation hos ungefär hälften. Vid uppgörandet av en vårdplan utreder man vilken grupp patientens cancerform tillhör. EGFR-antikroppar från biologiska läkemedel kan endast användas när RAS-generna inte har muterat.

RAS-genmutationer uppkommer i ett tidigt skede av tumörutvecklingen och är inte ärftliga. BRAF-genens mutationer inverkar också på valet av behandling och delvis på sjukdomsprognosen.

Mikrosatellitinstabilitet (MSI-H) blir en allt vanligare behandlingsform. Vid tarmcancer i stadium II visar MSI-H på en god prognos och minskar behovet av tilläggsbehandlingar. Vid cancer i stadium III och IV kan det inverka på valet av medicinering.

Framtidens biomarkörer utgörs av NTRK och möjligtvis Her2, vilka även i fortsättningen kan påverka valet av senare behandlingar.

Behandlingar med antikroppar

Antikroppar är läkemedel, som söker sig till en specifik målmolekyl. När antikroppar binds till målmolekylen hämmas molekylens funktion, vilket förhindrar cancercellernas delning och tumörens tillväxt. En antikropp som binds till cancercellens yta kan också fungera som en signal för det egna immunförsvarssystemet om att cellen är onormal och måste förstöras. Målen för antikropparna är sådana molekyler, som förekommer rikligt i cancervävnad, men i mindre mängd i andra vävnader. Genom valet av exakta mål vill man försäkra sig om att användningen av läkemedel med antikroppar har färre negativa effekter på friska vävnader än traditionella cytostatika.

Bevacizumab är en antikropp som hämmar blodkärlstillväxtfaktorn och hindrar cancertumören från att bilda nya blodkärl och normaliserar redan befintliga blodkärl. Den kombineras ofta med traditionella cytostatika. Biverkningarna avviker från biverkningarna med traditionella cytostatika. Vid behandling med bevacizumab föreligger risk för blodtryckhöjning, förekomst av protein i urinen, blödning, tarmperforation, trombos och försämrad sårläkning.

Aflibercept och ramucirumab är läkemedel som påverkar blodkärlstillväxtfaktorn och som har visat sig vara effektiva vid behandling av spridd tarmcancer vid andra linjens behandling. Deras verkningssätt avviker något från bevacizumab och därför förekommer även små skillnader i biverkningar, men biologiskt tillhör de samma läkemedelsgrupp.

Cetuximab och panitumumab är antikroppar som hämmar informationsförmedlingen inne i cellen. De binds till epidermala tillväxtfaktorreceptorer (EGFR) på cancercellernas yta och bryter informationskedjan, som ger tumören order om att växa och dela sig. De används vid behandling av spridd cancer antingen enskilt eller i kombination med traditionella cytostatika. RAS-genernas mutationer förhindrar användningen av dem hos ungefär hälften av patienterna. Biverkningar i samband med cetuximab och panitumumab är acneliknande eksem, torr hud, nagel- och nagelfalsproblem, allergiska infusionsreaktioner, magnesiumbrist och diarré.

Andra läkemedel mot tarmcancer

Kombinationen av trifluridine och tipiracil (Lonsurf®) är ett cytostatikaläkemedel. Det har visat sig gynna vissa patienter med metastaserad cancer som redan har fått primär cytostatikabehandling och biologiska läkemedel mot tarmcancer. Läkemedelskombinationen tolereras vanligtvis väl, men den kan ändå orsaka t.ex. förändrade blodvärden, trötthet och magbesvär.

Regorafenib är ett biologiskt läkemedel som genom ett antal olika verkningsmekanismer påverkar cancern genom att blockera funktionerna hos flera signalvägar. Regorafenib påverkar cancercellernas delning, tumörens mikromiljö och hämmar även tillväxten av blodkärl, s.k. angiogenes. Regorafenib används vid metastaserad tarmcancer när de primära läkemedlen har förlorat sin verkan eller inte kan användas. Vanliga biverkningar är bl.a. utslag, hudreaktioner på händer och fötter, trombocytopeni, anemi, minskad aptit, huvudvärk, blödning och förhöjt blodtryck samt diarré.

Immunonkologiska läkemedel håller på att införas vid behandling av en liten undergrupp av MSI-H i spridd cancer. I spridda cancerformer med NTRK-fusionogen används redan selektiva läkemedel och de är på kommande även för behandling av Her2-positiv cancer.

I framtiden kommer man sannolikt att kunna erbjuda många fler nya läkemedel som behandlingsalternativ vid tarmcancer.

Foto: Docrates cancersjukhus

Behandling av spridd tarmcancer

Om sjukdomen redan vid konstaterandet är långt framskriden och det inte finns några symptom på blockeringar i tarmen, kan kirurgisk behandling helt uteslutas. Sjukdomen behandlas då onkologiskt, dvs. huvudsakligen med läkemedel, men beroende på fallet även med t.ex. strålbehandling. Om behandlingen ger bra resultat kan eventuell kirurgisk behandling genomföras senare, om patienten anses ha nytta av den. Ibland är patientens allmäntillstånd redan så dåligt och sjukdomen så utbredd att man avstår från aktiva behandlingar och ger patienten endast symptomatisk, dvs. palliativ vård.

Kirurgisk behandling av spridd tarmcancer

Hos 20–25 % av patienterna konstateras metastaser i samband med diagnostiseringen av tarmcancer. Hos en lika stor andel konstateras metastaser i senare stadier av sjukdomen. Om metastaserna är begränsade till levern, lungorna, bukväggen eller äggstockarna, och antalet och stället är gynnsamma, kan man eventuellt genomföra en operation som leder till förbättring. Metastasoperation är endast möjlig hos en liten del av patienterna, men genom att kombinera den med läkemedels- eller strålbehandling kan en metastasoperation bli aktuell för vissa patienter.

När kan metastaser opereras?

Patientens allmäntillstånd bör vara relativt bra för att klara en metastasoperation. Metastasernas storlek, antal och läge påverkar möjligheten att genomföra en operation.

En operation anses gynna patienten om man kan avlägsna tumörvävnaden helt. Ju färre metastaser det finns, desto oftare kan man genomföra en operation. Om exempelvis antalet levermetastaser är fler än fem är det sällan möjligt att operera. Detta beror på att mängden kvarblivande, fungerande levervävnad är för liten. Å andra sidan kan även ett stort antal metastaser avlägsnas, om deras läge är gynnsamt. I samband med upptäckten av metastaser kan cirka 10–25 % av patienterna genomgå en leveroperation, hos 4–15 % kan man avlägsna lungmetastaser och hos enstaka patienter kan man avlägsna andra metastaser.

Prognos efter metastasoperation

Prognosen efter en operation påverkas av flera olika faktorer, såsom metastasernas storlek, antal, den s.k. friska vävnadsmarginalen samt av tarmcancerns spridningsklassificering. Om det endast är fråga om en enskild metastas, är överlevnadsgraden efter fem år över 70 %. Om det har funnits fler metastaser är den motsvarande överlevnadsgraden 30–50 %.

Värmebehandling, dvs. termoablation

Termoablation, eller värmebehandling, kan användas för att förstöra en enskild metastas. Termoablation utförs ultraljuds- eller datortomografistyrt genom att man för in en sond genom huden till metastasen. Den värmer upp omgivningen till cirka 70 grader, vilket skadar cellerna permanent och dödar dem. Ingreppet kan även utföras i samband med titthålskirurgi eller öppen kirurgi.

Prognosen efter behandling är något sämre än vid en operation. Termoablation används till exempel när det finns en enskild liten metastas i levern eller lungan (mindre än 3–4 cm) och patientens övriga sjukdomar förhindrar en operation.

SIRT-behandling

SIRT står för selektiv intern strålbehandling av levertumörer. Vid behandlingen riktas en yttriumisotop i små partiklar genom en artärkateter direkt till levern. Behandlingen utförs i samarbete med en radiolog, leverkirurg, onkolog och fysiker.

SIRT-behandling lämpar sig främst för patienter med god hälsa, där sjukdomen begränsas huvudsakligen till levern och där metastaser inte kan avlägsnas kirurgiskt. Behandlingen utförs med vissa utvalda patienter och föregås av grundlig planering för att eventuella komplikationer ska undvikas.

Behandlingsuppföljning

Återfall av cancer i tjock- och ändtarmen kan uppträda som metastaser till exempel i levern, lungorna, bukhålan, äggstockarna, lokalt i närheten av den tidigare modertumören eller mer avlägset. Mer sällsynta är metastaser i skelett eller hjärna. Än så länge finns det inga gemensamma nationella rekommendationer för uppföljning, utan varje sjukvårdsdistrikt har sin egen praxis.

I uppföljningen ingår mätning av tumörmarkören CEA ur blodet och endoskopi av tarmen. Återfall i tarmanslutningen är sällsynta jämfört med metastaser som uppkommit någon annanstans i kroppen. En ökning av CEA är det vanligaste tecknet på sjukdomsåterfall. I detta fall, eller om patienten uppvisar symptom som tyder på återfall, utförs mer omfattande undersökningar med datortomografi. CEA stiger inte alltid i samband med återfall, och därför är det skäl att vid uppföljning av allvarliga sjukdomsformer utföra datortomografi 2–3 år efter operationen.

Uppföljningsbesöken kan avslutas efter fem år om tumören inte har förnyats. Det är däremot bra att göra en ny endoskopi av tarmen med 5–10 års mellanrum resten av livet, eftersom risken för att utveckla ny tarmcancer på ett annat ställe är högre hos tarmcancerpatienter än hos befolkningen i genomsnitt.

Foto: Docrates cancersjukhus

Vårdstig för patient med tarmcancer

Med vårdstig för en patient med cancer avses en sammanfattande beskrivning av tarmcancervårdens olika stadier. Avsikten är att kortfattat berätta om sjukdomens stadier och vad man kan förvänta sig framöver. Det är däremot viktigt att komma ihåg att processen för varje patient är individuell och varje patient upplever nödvändigtvis inte alla stadier.

Den genomsnittliga fördröjningen från de första symptomen fram till själva diagnostiseringen av tarmcancer är i genomsnitt 10 månader. När diagnosen är fastställd undersöks både tumörens spridning och möjligheten till operation. Kortvarig strålbehandling av ändtarmscancer ges i form av en veckolång strålbehandling och operation utförs en vecka eller något senare efter avslutad strålbehandling. En mer långvarig 5–6 veckors stål- och cytostatikabehandling ges vid mer omfattande ändtarmscancer, varvid man låter behandlingen verka 7–11 veckor innan operation.

Tilläggsbehandling med cytostatika ska inledas 4–8 veckor efter operationen och pågå 3–6 månader.

Uppföljningstiden efter en operation är i allmänhet fem år. Om man upptäcker nya adenompolyper i tarmen under uppföljningen bör endoskopin fortsätta under en längre tid, ibland för resten av livet.

VÅRDSTIG	VÅRDENHET	ÅTGÄRDER
Symptom	Primärhälsovård Företagshälsovård	
Undersökningar	Primärhälsovård Företagshälsovård Sjukhus	Hemoglobin Test av blod i avföring Endoskopi och vävnadsprov
Diagnos och sprid-ningsundersökningar	Sjukhus	Datortomografi av kroppen, tumörmarkör (CEA) i blodet
Preoperativ strålbehandling (vid ändtarmscancer)	Sjukhus, mångprofessionell grupp, strålbehandlingsenhet	Datortomografi av bäckenet, vårdplanering, strålbehandling (ca 5-28 gånger)
Operation	Sjukhusets kirurgiska enhet	
Cancerklassificering och bestämning av prognos	Sjukhusets kirurgiska enhet	Tumörens storlek och tillväxt, differentieringsgrad, lymfkörtlarnas tillstånd
Uppskattning av behov av medicinsk behandling	Sjukhus, mångprofessionell grupp, onkologiska enheten	Beaktande av patientens allmäntill-stånd, operationsresultat, prognoser och patientens övriga sjukdomar
Cytostatikabehandlingar och övriga medicinska behandlingar	Sjukhus Onkologiska enheten	
Uppföljning	Kirurgiska enheten Primärhälsovården	Blodprov, tumörmarkör, endo-skopi, ultraljud av övre buken

4. Patientens psykiska välmående och stöd under sjukdomen

”Så länge människan har existerat har det funnits sjukdomar och trauman. Kris och sorg hör till livet och människan har alltid haft förmågan att överleva och anpassa sig även till extrema förhållanden. Hade det inte varit så hade vi varit mycket mer traumatiserade.” (Hederenius, Johansson)

Att insjukna i cancer är ofta en av livets största kriser, och återhämtningen kräver tid. Numera vet vi att krisen inte enbart stjäl krafter, utan den aktiverar också kraftresurser som vi kan använda.

Under alla stadier av cancersjukdomen är det ytterst viktigt att söka och förstärka erfarenheter som ökar välbefinnandet. En allvarlig sjukdom orsakar ofta motsättningar i livet, och vi kan uppleva sorg och glädje, svaghet och förutsättningar samtidigt. Motsättningarna är också förknippade med förväntade och positiva vändpunkter i livet, som det tar tid att anpassa sig till.

Att insjukna i cancer är en stressfaktor

Oväntade förändringar som sjukdomen medför skapar stress, som visar sig som både psykiska och fysiska symptom. Då är det viktigt att komma ihåg att ta hand om välmåendets grundläggande aspekter, såsom kost, tillräcklig sömn, social interaktion och avkoppling.

Känslan av att drabbas av cancer är en mycket personlig upplevelse för den som insjuknar. Känslorna kan oavsiktligt styra vårt beteende och vårt tänkande tillfälligt. Därför är det viktigt att försöka identifiera känslorna så att vi kan förstå vad vi verkligen behöver. Att visa sig själv medkänsla och tålamod gör det enklare att fatta förståndiga beslut.

Stress som orsakas av cancer överförs till andra även om vi knappt talar om sjukdomen. Påfrestningen blir ofta lättare om vi kan dela våra känslor och önskningar. Kärlek och tillgivenhet skyddar oss inte från sjukdomsbördan, och även bland kärleksfulla människor kan vi uppleva ensamhet och missförstånd.

Övervägande negativa känslor som inte går över och tankar som ofta kretsar kring döden kan vara tecken på en förestående depression, och det är därför viktigt att tala om detta för den vårdande läkaren. Orealistiska skuldkänslor och känslor av värdelöshet är ofta förknippade med depression och kan förvärras till följd av sömnlöshet, smärta eller förändrad aptit.

Det är viktigt att minnas att antidepressiva läkemedel inte bara används för humöret, utan de kan också användas för att förbättra aptiten och för att lindra tillfällig sömnlöshet eller smärta.

Betydelsen av närstående vid kris

Nära relationer skyddar inte mot svåra känslor, men nära och kära kan göra det lättare att hantera en kris. Trots sjukdomsbördan är det viktigt att försöka vårda relationer och upprätthålla kontakter.

Tala om för dina vänner att även om du inte orkar engagera dig som tidigare på grund av behandlingarna, så kommer du tillbaka när de är förbi. Om du kan vara öppen för de förändringar som sjukdomen orsakar och berätta om dina begränsningar och önskemål, kommer det att bli lättare för dig att hålla kontakt med dina vänner. Så småningom lär de närstående sig att se saker och ting alltmer realistiskt, och då kan de också hjälpa och visa medkänsla.

Cancern kan uppta en så stor del av vår tankeverksamhet att vi glömmer sådant som tidigare gjorde oss gott. Då är det bra att göra en lista över saker som tidigare gav glädje och avkoppling. Många av oss upplever till exempel att motion, musik eller naturen lindrar stress och ger avkoppling.

Delaktighet i den egna vården underlättar sjukdomsanpassningen
Att tillhöra en grupp är ett av människans grundläggande behov. Att få vara med i en grupp och bli accepterad som man är, skapar och stärker välmående. Ett givande arbete eller hobbyverksamhet erbjuder ofta socialt stöd.

Deltagande och aktivitet i egenvård hjälper patienten att anpassa sig till sjukdomen och främjar återhämtningen. Det är viktigt att komma ihåg att det i allmänhet är mycket lättare för oss att hjälpa andra än att själva bli hjälpta. Om närstående ges uppgifter och möjligheter att vara till hjälp, blir det enklare för dem att orka. Att låta bli att tala om sjukdomen skyddar inte våra närstående från sjukdomsrelaterad stress, även om vi kanske önskade det.

Att ta emot hjälp ökar uthålligheten och lindrar ensamheten. Interaktion och kontakt med andra människor ger hopp och stöder de viktiga sakerna i livet. Konkret hjälp förmedlar ofta också känslor, som annars är svåra att uttrycka mitt i en kris.

LEGARAGE

Tillförlitlig information minskar osäkerheten

Tillförlitlig information om sjukdomen och det egna vårdprogrammet minskar osäkerheten och ger trygghet. Informationen som den vårdande läkaren och personalen ger är det bästa stödet för vårt mentala välbefinnande. Ett bra vårdförhållande är alltid ett samarbetsförhållande där vi kan berätta om vårt mående och våra bekymmer och samtidigt få information och stöd.

Vi är inte ensamma om att drabbas av cancer. Mellan patienter i samma situation uppstår ofta samtal eller små grupper, där vi kan dela med oss av våra erfarenheter. Många undersökningar har visat att kamratstöd är ytterst betydelsefullt då man ska acceptera sjukdomen som en del av livet.

Att visa sig själv medkänsla stöder i krisen

Att visa sig själv medkänsla är av avgörande betydelse vid krishantering. Cancer är inte någons fel, utan en olycka. När vi drabbas av en olycka förtjänar vi medkänsla och stöd. När vi har en positiv inställning till oss själva blir det enklare för oss att utnyttja våra resurser och att ta emot hjälp.

Stress för ofta med sig negativa känslor, och då är det bra att komma ihåg rådet ”Behandla dig själv som din bästa vän”. För att övervinna krisen behöver vi också visa oss själva medkänsla och kärlek. Negativa känslor är normala och livsuppehållande, men som sjuka kan vi inte själva vara objekt för negativa känslor.

Positiv ensamhet stärker den mentala balansen

Att bli sjuk är alltid en upplevelse av ensamhet. Det är just i ensamhet som vi upplever de svåraste sakerna i livet. Påtvingad ensamhet är något vi inte vill råka ut för. Vi har olika erfarenheter av hur vi som barn har fått tröst eller blivit lämnade ensamma i svåra livssituationer. Minnen av att bli övergiven kan öka sjukdomsbördan.

Vi kan inte förändra svåra livserfarenheter, men vi har rätt att lämna dem bakom oss. En kris som orsakas av sjukdom är ett speciellt skede i livet då vi har rätt att agera aktivt för att må så bra som möjligt.

Förmågan att uthärda ensamhet förstärks under livet. Vi behöver också ensamhet för att bli starkare när livet är turbulent. Ibland behöver vi stanna upp, varva ner, ta en lugn promenad, betrakta naturen eller ha en hemmakväll med film, musik eller en bok. Vi kan också uppleva stärkande ensamhet när vi gör något bekant, t.ex. pysslar i trädgården, handarbetar, löser korsord eller lägger pussel. Positiv och självvald ensamhet ger energi och balans.

Betydelsen av att bli bemött

Att samtala om vanliga vardagliga saker eller intressen gör oss ofta piggare. Möten med andra människor minskar negativitet och måsten och hjälper oss att ta lättare på saker och ting. Att umgås även i riktigt vanliga sammanhang ger styrka. Vad man säger är inte alltid så avgörande, utan det viktiga är att man är närvarande och gör saker tillsammans.

I mötet med andra människor borde vi lita på att vi duger som vi är. Vi behöver inte oroa oss över att vi inte kan uttrycka våra tankar på rätt sätt. Styrkan i samtalet ligger inte i att ge korrekta svar eller att ha rätt, utan i gemensamma funderingar, samtal och sysslor.

Kultur ger välbefinnande

Kultur förknippas med seder och vanor, som ökar tryggheten och tron på framtiden. Kulturen mildrar också våra rädslor och hjälper oss att dela med oss åt andra.

Vanor och traditioner fyller våra dagar, veckor, månader och år med regelbundenhet och mening. Med hjälp av dem uppmärksammar vi också förändringar som hör samman med tillväxt och förändringar. De för människor närmare varandra och skapar gemenskap.

Konsten är den del av kulturen som ger upplevelser och hjälper oss att dela och uttrycka svåra saker. Konsten hjälper oss att bättre förstå människan. Genom konsten kan vi uttrycka oss och få styrka.

Forskning har visat att konst stöder och aktiverar tänkandet och ökar kreativiteten, men den påverkar också den fysiska och sociala hälsan positivt. Man har framför allt undersökt effekterna av musik, dans, bildkonst och skrivande samt litteratur.

Naturens kontinuitet ökar känslan av trygghet

Naturen är förknippad med många minnen, som vi inte kan sätta ord på. Naturen har varit närvarande i våra föräldrars och mor- och farföräldrars liv, och den berättar om livets historia redan innan mänsklighetens uppkomst. Även om naturen förändras med tiden sker förändringen långsamt. Naturens beständighet, kontinuitet, renhet och harmoni ger oss stöd och trygghet. Naturens kretslopp upprepas gång på gång.

Forskning har visat att blotta åsynen av naturen från ett sjukhus lindrar smärta och förkortar sjukhusvistelsen. Vi kopplar lättare av när vi promenerar i en park eller skog än i oväsen och trängsel.

Sjukdom kan ändra livsvärderingar

Kriser förändrar oss och vårt sätt att se på livet. I början av sjukdomen kan vi känna oss som ett offer, därefter som en hjälte och slutligen – efter genomgångna sjukdomskriser – i högsta grad som vårt eget, personliga jag. Svårigheter blottar våra styrkor och svagheter, vi lär oss nya saker om oss själva.

Livsförändringar får många att reflektera över sina värderingar. Vad är viktigt i livet? Vad värdesätter vi? Vad vill vi uppnå? Ofta vet vi redan svaren på dessa frågor, men vi har inte gjort våra livsval utgående från våra värderingar. Vi är inte medvetna om att vi lever enligt devisen ”sedan när”, vi skjuter alltså upp saker som vi saknar och uppskattar till framtiden.

När sjukdomen får oss att stanna och vi inte längre ser livet som en självklarhet är vi mer redo att göra val som stämmer överens med våra värderingar. Vi vill inte längre skjuta fram saker, som vi kan göra idag.

Kamratstöd ger perspektiv och tröst

Påfrestningen av att insjukna i cancer och alla förändringar som det medför underlättas av vetskapen om att det finns andra som har gått igenom samma saker och klarat det.

Vid kamratstöd är det särskilt värdefullt att få ta del av en annan människas erfarenheter av hur insjuknandet i cancer påverkar livet och hur man klarar av det. Att samtala med personer i samma situation gör det också enklare att reda ut och bearbeta den egna situationen.

Kamratstödet är varierande. Det kan handla om en spontan diskussion med en annan patient ansikte mot ansikte eller digital växelverkan. Kamratstöd kan också fås vid gruppmöten eller vid ett enskilt samtal tillsammans med en kamratstödperson som utbildat sig för ändamålet.

Personligt kamratstöd

Personligt kamratstöd ges av en utbildad kamratstödperson, med vilken man kan tala helt förtroligt om allt som har med sjukdomsprocessen att göra. Frivilliga kamratstödpersoner erbjuder personligt stöd antingen ansikte mot ansikte, via telefon eller e-post.

Colores kamratstödpersoner har undertecknat en tystnadsförpliktelse och vidareutbildas regelbundet.

Nätverksstöd via Facebook

Nätverksstöd innebär kamratstöd som sker via nätet. Colores har kamratstödgrupper på Facebook, och via dem får man stöd oberoende av bostadsort. Det finns egna grupper för personer med tarmcancer och deras närstående.

Kamratstödgrupperna är stängda, så diskussionerna som förs kan inte läsas av utomstående personer. Gruppdiskussionerna övervakas av föreningens anställda och utbildade frivilliga.

Man behöver komma ihåg att informationsflödet i Facebook eller andra sociala medier inte alltid är bra eller gynnsamt för tillfrisknandet. Det är också svårt att bedöma tillförlitligheten, aktualiteten eller omfattningen av information i öppna sociala medier.

Stödmöten ansikte mot ansikte och på nätet

Colores ordnar också temakvällar och öppna möten för kamratstöd dit personer som drabbats av tarmcancer kan komma för att diskutera och utbyta erfarenheter med andra som befinner sig eller har befunnit sig i samma situation. Aktuell mötesinformation finns på föreningens hemsida www.colores.fi/sv/.

Mer information om olika former av kamratstöd finns på Colores hemsida
www.colores.fi/sv/stod/

Du får personligt kamratstöd genom att kontakta Colores kansli
eller genom att sända en stödpersonsförfrågan via adressen ovan.

5. Kostråd för patienter med tarmcancer

Tjocktarmens viktigaste uppgift är att suga upp vätska och elektrolyter (natrium, kalium). Upptagningen av energinäringsämnen (fett, protein och kolhydrater), vitaminer och mineralämnen sker i tunntarmen. Därför kan diarré förekomma efter en tjocktarmsoperation. Operationen och de efterföljande cytostatikabehandlingarna påverkar aptiten och kan orsaka viktminskning och undernäring.

Cancerpatientens näringsbehandling är alltid individuell och därför behöver man beakta kommande behandlingar och biverkningar som de orsakar. Ett partiellt avlägsnande av tjocktarmen medför ibland diarré, och då är det av central betydelse att säkerställa en tillräcklig tillförsel av vätska och elektrolyter. Efter en operation är aptiten däremot inte den bästa och risken för viktminskning är stor. Ett tillräckligt intag av energi och protein är viktigt för återhämtningen.

Efter en tjocktarmsoperation påbörjas ätandet vanligtvis med flytande föda, och småningom övergår man via mjukare kost till vanlig mat. Under avdelningsvården kan baskosten kompletteras med tilläggsnäringsdrycker, som det lönar sig att dricka små mängder av åt gången, t.ex. engångsdoser på 0,5 dl. Om patienten har tappat aptiten nästan helt och/eller lider av illamående kan en saftliknande tilläggsnäringsdryck utspädd med vatten passa bättre än produkter som innehåller mjölk.

Efter avslutad vård fortsätter näringsrehabiliteringen vanligtvis i hemmiljö. För att förebygga blockering i tarmen får patienten under en månads tid efter operationen äta livsmedel med mjuk konsistens och maten ska tuggas noggrant. En bra tumregel är att all mat som enkelt kan finfördelas med en gaffel har lämplig konsistens. Exempel på sådan mat är bland annat olika former av potatis, fisk, tillredda grönsaker, flytande mjölkprodukter, glass och saftsoppor.

Kost under pågående behandling

Medan behandlingarna pågår behöver kosten vara så energi- och proteinrik som möjligt, och därför rekommenderas inte lätta eller fettfria produkter. Det egna energibehovet kan man uppskatta genom att multiplicera den aktuella vikten med 30–35 kcal. En person som väger 70 kg har ett näringsbehov på 2 100 – 2 450 kcal (personer över 70 år – 200 kcal).

Fettillskott gör måltiderna mer smakrika och ger behövlig tilläggsenergi. Potatis och spannmålsprodukter utgör basen i måltiderna. Bra protein- och energikällor är olika mjölk-, kött- och fiskprodukter samt ägg. Andelen grönsaker kan tills vidare begränsas.

Till en början kännetecknas dagen av flera mindre måltider (6–7 måltider/dygn) och vilopauser. Små mellanmål smakar ofta bättre än stora varmrätter. Aptiten kan förbättras genom att man turvis äter sött och salt, kallt och varmt. Intaget av vätska behöver ske mellan måltiderna.

När måendet förbättras ökar rörligheten, vilket för med sig behövlig omväxling och befrämjar bibehållandet av muskelmassan. Viktuppföljning en gång i veckan visar om energiintaget är tillräckligt. Även om man skulle ha samlat på sig några extra kilon är det inte rätt tillfälle att göra sig av med dem. Om vikten minskar mer än ett kilo i veckan eller 3,5 kg på en månad behöver kosten granskas av en näringsterapeut.

Råd för behandling av biverkningar orsakade av kosten

Diarré

Lämpliga drycker är till exempel mineralvatten, te, buljong, saft, blåbärssoppa och sportdrycker samt apotekets Osmosal, som ska drickas vid diarré. Drick dem gärna rumsvarma. Man kan gärna avlägsna kolsyran ur kolsyrehaltiga drycker genom att röra om dem. Det är bra att späda ut läsk och juicer med vatten.

I samband med diarré är det viktigt att försäkra sig om ett tillräckligt vätskeintag. Fettsnål och laktosfri kost passar de flesta med diarré. Lämpliga livsmedel är vanligtvis banan, kokt ris, riskakor, laktosfri potatispuré (görs i laktosfri mjölkdryck), fruktpuréer för barn, rostbröd, franskbröd, skorpor, gröt, välling och blåbärssoppa. Produkter som innehåller mjölksyrabakterier, dvs. probiotika (Gefilus®, Rela®, Yosa®, ProViva®), kan stödja återställningen av tarmslemhinnan.

Att undvika gasbildande livsmedel (FODMAP) kan också vara till hjälp. Livsmedel som bildar gaser är kål, lök, baljväxter, kålrot, rovor, äpple, paprika samt godsaker sötade med xylitol.

Under diarrén är det viktigt att äta små och regelbundna måltider och att dricka främst mellan måltiderna.

Illamående och kräkningar

Ät små måltider upprepade gånger under dagen. Kom ihåg att äta och dricka långsamt. Drick gärna mellan måltiderna.

Försäkra dig om att du får i dig tillräckligt med vätska ifall du kräks ofta. Försök med kylda drycker, klara buljonger, kallt te med socker, utspädd citronsaft, mineralvatten eller läsk. Det går också att frysa saft och tilläggsnäringsprodukter. Att suga på isbitar kan göra att du känner dig bättre.

Försök med torrvaror: rostbröd, knäckebröd, smörgåskex eller skorpor kanske smakar. Salt mat kan dämpa illamåendet. Försök exempelvis med sill-, ansjovis- eller laxsmörgåsar samt potatischips och salta pinnar. Ofta kan man äta grönsaker, fräscha maträtter och drycker såsom surmjölksprodukter, krämer, safter, geléer och frukter samt vällingar och purésoppor.

Illamåendet kan förvärras av mycket söt, kryddad eller fet mat. Varm mat, doften av mat och stora portioner kan ha samma effekt.

Vädra innan måltiden, rör dig utomhus. Ät hellre små portioner flera gånger under dagen. Redan en kopp te och några smörgåskex är en måltid.

Aptitlöshet

Försök att äta när du har bäst aptit, om det så är mitt i natten. Små måltider och mellanmål kan ofta smaka bra.

Måltiderna kan mycket väl bestå av kall mat om traditionella varmrätter känns motbjudande.

Bra tilltugg är bl.a. frukter, bär, nötter, mandlar, små smörgåsar eller efterrätter och smoothies. Aptithöjande mediciner och aperitifer används om möjligt. Försök med salta snacks: saltad fisk, medvurst, ostar, oliver, potatischips, salta kex osv.

Uppmana dina närstående och vänner att laga favoriträtter och hålla dig sällskap.

Att ständigt tala om mat, erbjuda mat eller anmärka på den dåliga aptiten minskar ofta aptiten ytterligare. I sådana fall behöver du tala om för dina närstående vilken slags mat och dryck du föredrar.

Kost efter avslutad behandling

Det kommer att dröja ett tag innan måendet har återställts efter avslutade behandlingar. När aptiten har återvänt övergår man till en hälsofrämjande kost. I det här skedet återinför man lätta och fettsnåla produkter med målet att behålla en normal vikt.

Grönsaker, rotfrukter, frukter och fullkornsprodukter utgör en god grund för en hälsofrämjande kost. Måltiderna kompletteras med fettsnåla mjölk- och köttprodukter. Det är skäl att uppmärksamma fettkvaliteten och välja vegetabiliska oljor och växtbaserat margarin till smörgåsen. Ett tillräckligt fiberintag (30–35 g/dygn), regelbundna måltider (4–5 måltider/dag) och daglig motion (minst 30 min/dygn) balanserar tarmfunktionen.

Huvudprinciper för kosten efter avslutad behandling:

- Ät grönsaker och frukter 5–6 gånger om dagen sammanlagt 500 g, gärna 800 g
- Välj fullkornsprodukter, fibrer minst 30 g/dygn
- Använd ryps- eller olivolja och växtbaserat margarin som synligt fett
- Föredra fisk och kött från fjäderfä
- Rött kött högst 500 g i veckan
- Ät förädlade köttprodukter (rökt, palvat, saltat) så sällan som möjligt
- Sparsamt med alkohol
- Motion 30–60 minuter dagligen
- Målsättningen är normalvikt och att förebygga viktökning

Colores har gett ut en broschyr om kostråd för personer som genomgått en tarmoperation. I broschyren hittar man information som kan vara till hjälp vid utmaningar med tarmfunktion och kost efter operation och behandlingar.
En pdf-version av broschyren kan laddas ner gratis på adressen www.colores.fi/

6. Information om Colores

Colores – Finlands Tarmcancerförening rf – är en nationell patientförening, som är en del av Cancerorganisationerna, Cancerföreningen i Finland, Digestive Cancers Europe och medlem i SOSTE. Colores är den enda föreningen för tarmcancerpatienter i Finland.

Syftet med föreningens verksamhet är att fungera som mötesplats och rådgivare för tarmcancerpatienter och deras anhöriga samt för personer med Lynch syndrom. Kamratstöd och tillgång till information befrämjar tillfrisknandet från tarmcancer.

Kamratstöd för tarmcancerpatienter och närstående

En av Colores viktigaste uppgifter är att koordinera och erbjuda kamratstöd åt tarmcancerpatienter och deras närstående. En patient som fått sin cancerdiagnos är i allmänhet rädd, förskräckt och i behov av någon som lyssnar, håller handen eller tröstar. Ofta genomgår man krisen från insjuknandet tillsammans med sina närstående, men vissa saker kan bara någon som genomgått samma sak förstå.
Colores erbjuder kamratstöd ansikte mot ansikte, via telefon eller nätet. De olika formerna av kamratstöd beskrivs närmare på sidan 35. Mer information hittar du också på Colores hemsida www.colores.fi/sv/stod/.

Att insjukna i cancer berör alltid också de närstående, vilket kan sätta deras välmående och ork på prov. På Colores hemsida finns en egen avdelning för närstående, där man hittar information om stödtjänster som riktar sig till närstående: www.colores.fi/sv/

Kurser ger beredskap för en ny livssituation

Varje cancerpatient har rätt till kostnadsfri rehabilitering. Colores och lokala cancerföreningar ordnar tillsammans kurser, som riktar sig till tarmcancerpatienter och deras närstående. En del av kurserna är s.k. institutionskurser, vilket betyder att man övernattar på kursplatsen. I dessa kurser ingår kost och logi. En del kurser är öppna och består av veckovisa träffar.

Kurstillfällena erbjuder styrka och redskap som stöder det egna välmåendet, information om sjukdomen och de livsförändringar som den medför, tips för vardagen och hanteringen av tankar samt kamratstöd av andra personer som befinner sig i samma situation. Kurserna leds alltid av sjukvårdspersonal och innehåller bl.a. föreläsningar med sakkunniga, diskussioner, funktionella grupparbeten, kamratstöd, motion och rekreation.

Det rätta tillfället att delta i kurserna är mycket individuellt. I allmänhet är det ett lämpligt tillfälle att delta när den akuta behandlingsfasen är avklarad och man försöker hitta den efterföljande riktningen i livet. Kursdeltagandet är gratis.

Mer information får du från Colores hemsida www.colores.fi/sv/stod/
och genom att kontakta Colores kansli.

Som medlem är du med och utvecklar föreningens verksamhet

Colores medlemmar är tillsammans med och stöder och utvecklar verksamheten för tarmcancerpatienter och deras närstående. Intäkterna från medlemsavgifterna går bland annat till föreläsningar med sakkunniga och till att ordna kamratstödsträffar runt om i Finland, till uppdatering av material och utbildning av frivilliga.

Till föreningens medlemsförmåner hör bl.a. Toapasset, tidningen Cancer, tryckta broschyrer samt baddräktsmärket, som ger användaren rätt att bära baddräkt i simhallens bastu- och duschutrymmen. Också företag eller föreningar kan bli stödmedlemmar i Colores.

Det enklaste sättet att bli medlem är via internet på adressen https://www.colores.fi/sv/bli-medlem/. Man kan också bli medlem genom att sända en fritt formulerad medlemsansökan till föreningen. På ansökan behöver man uppge namn, adress, postnummer och -anstalt, om man är patient, telefonnummer samt e-postadress, dit föreningen enkelt kan sända medlemsbrev och information.

Informationen, stödet och rehabiliteringen som Colores erbjuder
är tillgänglig för alla, oberoende av om man är medlem i föreningen eller inte.

Colores

Colores - Finlands Tarmcancerförening rf

Utterhällsstranden 2
00180 Helsingfors
www.colores.fi
info@colores.fi
tel. 010 4222 540

Ordlista

adenomatös polyp, adenom: godartad körteltumör, s. 8

adjuvantvård: tilläggsbehandling, s. 19

alfibercept: ett läkemedel som hämmar funktionens hos blodkärlstillväxtfaktorn VEGF-A (blodkärlens endoteltillväxtfaktor A) och därmed ett läkemedel som hämmar tillväxten av nya blodkärl i cancertumören, s. 21

antikropp: ett protein som produceras av immunsystemet under verkan av en specifik antigen och som reagerar på ett specifikt sätt med ifrågavarande antigen (och ofta gör den ineffektiv), s. 20

bevacizumab: en antikropp som selektivt binds till ett protein, som kallas vaskulär endoteltillväxtfaktor, dvs. blodkärlstillväxtfaktor (VEGF). Bevacizumab påverkar bildandet av blodkärl i cancertumören, s. 21

biologiska läkemedel: ett läkemedel som innehåller en eller flera aktiva substanser som är biologiska och som framställts av eller härrör från en biologisk källa, s. 22

biomarkör: faktor eller egenskap som återspeglar en förändring i det biologiska tillståndet i en miljö eller organism, s. 22

biopsi: vävnadsprov, s. 10

capecitabine: läkemedel i tablettform som i kroppen omvandlas till 5-fluorouracil, s. 19

CEA: carcinoembryonalt antigen, en tumörmarkör som mäts ur blodet. Lämplig främst vid canceruppföljning, s. 25

cetuximab: en antikropp som selektivt känner igen och binds till epidermala tillväxtfaktorreceptorer (EGFR) på ytan av vissa cancerceller. Cetuximab kan inte användas om RAS-proteinet har muterat, s. 21

cytostatika: cellgifter, s. 16

datortomografi: skivröntgen, där man med röntgenstrålning tar bilder av ett visst område för att få mer detaljerad information om kroppens strukturer, s. 11

DPD: dihydropyrimidin dehydrogenas, enzym som spjälker fluoropyrimidin hos människor, s. 19

elektrolyt: olika salter i kroppsvätskor, vars koncentration regleras noggrant, s. 36

epidermal tillväxtfaktor: signalsubstans som stimulerar cellernas tillväxt, s. 21

FAP: familjär adenomatös polypos, ett ärftligt polypsyndrom, s. 13

fluoropyrimidiner: en grupp cancerläkemedel med antimetabolisk effekt, dvs. som hämmar celldelning och -tillväxt, s. 19

FODMAP: en diet där man minskar mängden av vissa kolhydrater som inte bryts ner. Dietens namn kommer från orden fermenterande, oligosackarid, disackarid, monosackarid och polyoli, s. 37

fusionsgen: en genkombination som uppkommit till följd av kromosomförändringar, s. 21

hand-fot-hudreaktion: av capesitabine orsakad ömhet, torrhet, rodnad och sår som vanligtvis framträder på handflatorna och fotsulorna, s. 22

hemicolectomi: borttagning av höger eller vänster sida av tjocktarmen, s. 13

immunonkologi: immunterapi, cancerbehandlingar (läkemedel) som ska förstärka kroppens eget immunsystem och få det att angripa cancern, s. 21

infusionsreaktion: biverkningar i samband med intravenös medicinering, s. 21

irinotekan: cellgift, cytostatika, s. 19

koloskopi: undersökning av tjocktarmen med koloskop, s. 10

laparaskopi: en operationsteknik där ingreppet görs antingen med titthålskirurgi eller robotstödd kirurgi, s. 13

Lynch syndrom: ett ärftligt syndrom som medför större mottaglighet för vissa cancerformer (tjocktarmscancer vanligast), s. 13

metastas: tumörväxt som spridit sig från en primärtumör, s. 10 och 15

mikrosatellitinstabilitet: en egenskap hos en cancertumör, som kan påverka valet av behandlingar. Mikrosatellitinstabilitet kan förekomma vid sporadisk (icke-ärftlig tarmcancer), men egenskapen används också för att identifiera Lynchs syndrom, s. 21

mukosa: slemhinna, s. 15

neuropati: dysfunktion i nervsystemet eller patologisk förändring, s. 19

oxaliplatin: cellgift, cytostatika, s. 19

panitumumab: en antikropp som selektivt känner igen och binds till epidermala tillväxtfaktorreceptorer (EGFR) på ytan av vissa cancerceller. Panitumumab kan inte användas om RAS-proteinet har muterat, s. 21

perifer neuropati: perifera nervsystemets neuropati, s. 19

peritoneal: som har med bukhinnan att göra, s. 15

polyp: onormal utväxt i slemhinnan, s. 10

premalign: förstadium till cancer, s. 13

preoperativ: före operation, s. 11

probiot: hälsofrämjande mikrob, s. 37

prostata: körtel, som hos mannen omger urinrörets översta del, s. 16

ramucirumab: ett läkemedel som hämmar funktionen hos blodkärlstillväxtfaktorerna VEGF-A (blodkärlens endoteltillväxtfaktor A) och därmed ett läkemedel som hämmar tillväxten av blodkärl i cancertumören, s. 21

RAS-genmutation: RAS-gen som är ständigt aktiv (muterad) vid cancer. Ifall RAS-mutationen saknas kan cetuximab och panitumab användas vid cancerbehandling, s. 20

regorafenib: ett läkemedel i tablettform som hämmar funktionen hos flera enzymer, vilket fördröjer cancertillväxten och -progressionen. Regorafenib förhindrar bildandet av nya blodkärl och delning av cancerceller, vilket hindrar tumören från att spridas, s. 22

rektalpalpation: undersökning ändtarmen med finger via analöppningen, s. 10

resektion: kirurgiskt borttagande av organdel, s. 13

serosa: den yttre delen av tarmväggen, s. 15

SIRT: Selective Internal Radiation Therapy, isotopbehandling som ges direkt i tumören (strålbehandling), s. 24

stereotaktisk strålbehandling: exakt strålbehandling, där behandlingen riktas mot cancertumören tredimensionellt och med hög precision, s. 16

sterilitet: oförmåga att fortplanta sig, s. 14

termoablation: värmebehandling, s. 24

tilläggsbehandlingar: andra behandlingar förutom kirurgi som ges till patienten för att eliminera cancern, s. 9, 14 och 19

tipiracil: förhindrar nedbrytningen av trifluridin i kroppen och förlänger därmed effekten av trifluridin, s. 22

trifluridin: ett cancerläkemedel som hejdar tillväxten av cancerceller. Tipiracil förhindrar nedbrytning av trifluridin i kroppen och förlänger därmed effekten av trifluridin, s. 22

trombosytopeni: brist på trombocyter i blodet, s. 22

vildtyp: en icke-muterad, normalt fungerande genform, s. 20

5-fluorouracilbaserad: en grupp cancerläkemedel med antimetabolisk effekt, dvs. de hämmar celldelning och -tillväxt, s. 19

Källor

Colores - Suomen Suolistosyöpäyhdistys ry. www.colores.fi.

Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim, 2007

Hederenius Sara, Johansson Sara. Kriisituki. Adlibris, 2016

Huhtinen H, Rantala A. Paksusuolisyövän kirurginen hoito. Suomen Lääkärilehti, 2006 (3): 173–176

Hyöty M, Lepistö A, Nurmi H, Ristimäki A, Ristimäki R, Savolainen R. Kolorektaa-lisyövän kansalli
set hoitosuositukset. HUS Fican South, 2019.

Joensuu H, Roberts PJ., Teppo L, Tenhunen M. Syöpätaudit. 3. painos 2007. Kus-tannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 367–394.

Järvinen H, Kouri M. Peräsuolisyövän hoito. Suomen Lääkärilehti 2006 (3): 177–181.
Strang Peter, Cavalli-Björkman Nina. Att få cancerbesked. Praktisk information om cancer till patienter och närstående. GOTHIA Fortbildning, 2016.

Strang Peter. Att höra till om ensamhet och gemenskap. Natur och kultur, 2014.

Suolistosyövät. Terveyskylä, 2017. Saatavilla: www.terveyskyla.fi/syopatalo/syö-pätaudit/suolistosyövät

Österlund Pia. Suolistosyöpä (ohutsuolen ja paksusuolen syövät). Lääkärikirja Duodecim, 2018. Saatavilla: www.terveyskirjasto.fi/dlk01087

Colores

Colores - Finlands Tarmcancerförening rf

Cancer Society of Finland

Cancerorganisationerna

Vi tackar våra partners för deras stöd

DOCRATES

Roche

MERCK