

Baarmoeder en Baarmoederhalskanker

Landelijke richtlijn, Versie: 3.0

Laatst gewijzigd : 01-03-2017

Methodiek: Consensus based

Verantwoording: Landelijke Werkgroep
Diëtisten Oncologie (LWDO)

Inhoudsopgave

Algemeen	1
De nog niet behandelde patiënt	2
Chirurgie	3
<u>Voedingsbeleid</u>	3
<u>Klachten</u>	3
Radiotherapie en chemoradiatie	4
<u>Voedingstoestand en -behoefte</u>	4
<u>Klachten</u>	4
Chemotherapie	6
<u>Voedingstoestand en -behoefte</u>	6
<u>Klachten</u>	6
Herstel en nazorg	7
<u>Overgewicht</u>	7
<u>Klachten</u>	7
Palliatieve zorg	9
Referenties	10
.....	11

Algemeen

De richtlijn Baarmoeder- en baarmoederhalskanker en van de Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie (LWDO) omvat de tumorspecifieke voedingsbehandeling. Voor de algemene oncologische voedingsproblematiek en voedingsadviezen gaat u naar de [richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling](#) en de [richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker](#). Zie voor medische informatie de richtlijnen [Endometriumcarcinoom](#) en [Cervixcarcinoom](#).

De nog niet behandelde patiënt

Voedingstoestand

De voedingstoestand is doorgaans goed als baarmoederkanker of baarmoederhalskanker wordt vastgesteld. Bij een aantal patiënten is sprake van overgewicht. Bij inactiviteit kan tijdens de behandelingen het gewicht gemakkelijk onbedoeld stijgen. Alleen in zeer ver gevorderde stadia komen onbedoeld gewichtsverlies en een verslechtering van de voedingstoestand voor.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding, onbedoelde gewichtstoename en/of een ongunstige lichaamssamenstelling geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Neem een voedingsanamnese af.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bespreek met de patiënt de adviezen voor behoud van de voedingstoestand en zo nodig het voorkomen van stijging van het gewicht.
- Stimuleer zo mogelijk lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut. Bij complexe problemen is het raadzaam om advies te vragen van een sportarts of een revalidatiearts.
- Controleer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Bij overgewicht matig energiebeperkt dieet op voorwaarde dat de voedingsinname volwaardig blijft zie [Gewicht](#).
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.

Chirurgie

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

Voedingsbeleid

De voedingstoestand is meestal goed. De voedingsbehoefte is na chirurgie verhoogd. Een grote buikoperatie kan postoperatief leiden tot maag- en darmfunctiestoornissen die traag herstellen. De maagontlediging is vaak gestoord en de darmperistaltiek komt traag op gang. Na een buikoperatie kan na een paar uur met drinken worden begonnen en start de patiënt met kleine hoeveelheden vaste voeding op de eerste postoperatieve dag. Afhankelijk van de maagretentie (< 250 ml) kan de orale inname worden opgebouwd. Klinische voeding kan nodig zijn als verwacht wordt dat binnen zeven tot tien dagen geen voeding conform behoefte kan worden gebruikt. Bij patiënten in een gevorderd ziektestadium en in een minder goede preoperatieve voedingstoestand is dit een aandachtspunt.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bespreek de doelen van de voedingsbehandeling met de patiënt en eventueel de naasten.
- Overleg met de arts op geleide van de maagretentie over de start met drinken en eten en de inzet van klinische voeding.
- Evalueer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Stimuleer lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- Voeding conform behoefte.
- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Bij maagretentie > 250 ml: alleen drinken. Bij aanhoudende retenties en onvoldoende voeding: sondevoeding met een sonde voorbij de maag.
- Als maag en darm voldoende functioneren: normale consistentie.

Klachten

Incontinentie voor urine kan postoperatief optreden als een deel van de zenuwgeleiding naar de blaas verloren is gegaan. De aandrang tot urineren is gewijzigd of is verdwenen. De patiënt plast minder goed uit, waardoor gemakkelijk urineweginfecties optreden. Dit kan tijdelijk (een halfjaar tot een jaar) of blijvend zijn. Ruim vochtgebruik (2 liter drinkvocht per dag) is aangewezen voor een goede diurese en tegengaan van urineweginfecties.

Door beschadiging van de zenuwvoorziening van de dikke darm en het rectum kan obstipatie optreden. Zie [Obstipatie](#).

Radiotherapie en chemoradiatie

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

Voedingstoestand en -behoefte

De voedingstoestand is meestal goed, maar kan zijn verslechterd door een voorafgaande operatie. Een aantal patiënten heeft overgewicht. Als de bestraling neoadjuvant wordt gegeven en nog een operatie volgt, is aandacht voor behoud van de voedingstoestand van belang voor een goed perioperatief beloop. De voedingsbehoefte is bij radiotherapie op het kleine bekken is vermoedelijk niet verhoogd. Er is voldoende eiwit nodig om de weefselschade te herstellen en voldoende vocht om de afvalproducten van het celverval af te voeren. Bij chemoradiatie zijn bijwerkingen heftiger zijn en er is vermoedelijk ruim eiwit en ruim vocht aangewezen. De dagelijkse bestraling gedurende een aantal weken kan een aanzienlijke reistijd met zich meebrengen, waardoor maaltijden gemakkelijk worden overgeslagen.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding, onbedoelde gewichtstoename en/of een ongunstige lichaamssamenstelling geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Neem een voedingsanamnese af.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bespreek met de patiënt de adviezen voor behoud van de voedingstoestand en zo nodig het voorkomen van stijging van het gewicht.
- Bespreek met de patiënt de mogelijke bijwerkingen, zoals veranderingen in het ontlastingspatroon en de maatregelen die kunnen worden genomen om de ernst en duur ervan te beperken.
- Stimuleer zo mogelijk lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Controleer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Ruim vocht: 1,5 liter drinkvocht; bij chemoradiatie 2 liter.

Klachten

Mictieklachten

Bij mictieklachten als de blaas in het bestralingsveld ligt is de mictie frequenter en pijnlijk. De patiënt is daardoor soms geneigd om weinig te drinken. Het advies is om minimaal 1,5 liter drinkvocht per dag te gebruiken.

Gestoord ontlastingspatroon

Bij bestraling van het kleine bekken wordt het ontlastingspatroon gestoord door acute stralenschade. Er treedt enteritis op en de darmperistaltiek neemt toe. Het rectum is minder goed in staat de voorraadfunctie adequaat uit te voeren. Hierdoor wordt een op zichzelf niet toegenomen hoeveelheid ontlasting over meerdere porties verdeeld over de dag uitgescheiden. Doorgaans zijn er geen grote vochtverliezen. De patiënt heeft last van darmkrampen, een verhoogde frequentie van de defecatie met slijmvorming, en loze aandrang, en is soms incontinent voor ontlasting. Patiënten kunnen angstig zijn voor ongewild verlies van ontlasting tijdens de reistijd en tijdens de bestraling. Zij zijn soms geneigd om pas na

de dagelijkse bestraling te eten. Deze acute stralenschade ontstaat in de tweede tot derde week van de behandeling en neemt na de bestraling na twee tot vier weken weer af.

Over het effect van dieetmaatregelen is geen consensus. Er is onvoldoende bewijs dat maatregelen zoals vetarme voeding, lactosebeperking of elementaire voeding de klachten zouden beperken.

Beschikbare literatuur is vaak niet gebaseerd op moderne bestralingstechnieken. Patiënten melden soms dat producten die de darmperistaltiek stimuleren, de klachten doen toenemen. Uitleg dat strenge beperking van voeding niet zinvol is omdat voeding niet de oorzaak is van de krampen, de loze aandrang en de diarree, en maar een beperkte invloed heeft op de klachten kan onnodige beperkingen voorkomen. Ook bij niet eten wordt ontlasting gevormd en kan diarree optreden.

Er zijn aanwijzingen dat probiotica acute diarree als gevolg van stralenschade kunnen verminderen en dat de toepassing veilig is. Er is echter nog veel onduidelijkheid over de soort en de dosering.

Zie [Diarree](#).

Bij brachytherapie heeft de patiënt bedrust en mag de patiënt zo min mogelijk ontlasting krijgen. Dat wordt bereikt door een klysma om de darm te legen. De patiënt mag tijdens de bestraling gewone voeding gebruiken, omdat voeding die in deze periode gegeten wordt, niet leidt tot ontlasting tijdens de bestraling.

Chemotherapie

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

Voedingstoestand en -behoefte

Bij chemotherapie is de voedingstoestand doorgaans matig of slecht vanwege de gevorderde stadia en de eerdere debulkingoperatie.

Chemotherapie lijkt de voedingsbehoefte niet te veranderen. Bij carboplatine is een ruime vochttoediening nodig vanwege de nefrotoxiciteit.

Maatregelen

- Screen op ondervoeding en op de behoefte aan voedingszorg.
- Bepaal de voedingstoestand en de lichaamssamenstelling. Bij ascites zijn gewicht en gewichtsverloop geen betrouwbare parameter: gebruik handknijpkrachtmeting, een maat voor perifere spierkracht, om tot een genuanceerder beleid van de voedingstoestand te komen.
- Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor de inname van energie, eiwit en voedingsstoffen, en voor de kenmerken en de duur van de klachten, zoals anorexie, aversie, misselijkheid.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bespreek met de patiënt de relatie ziekte-behandeling-voedingstoestand.
- Bespreek de doelen van de voedingsbehandeling met de patiënt en eventueel de naasten.
- Controleer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Stimuleer lichaamsbeweging. Verwijs naar oncologische bewegings- en trainingsprogramma's.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.

Voedingsadviezen

- Een voeding conform berekende behoefte.
- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Ruim vochtgebruik: minstens 2 liter drinkvoeding per dag. Tijdens de toediening van carboplatine wordt superhydratie door een vochtinfuus toegepast.
- Zie [Onbedoeld gewichtsverlies](#).

Klachten

Cyrostatica kunnen een slechte eetlust met kokhalzen, misselijkheid en braken veroorzaken. Gedurende de kuren kan anticipatoir braken ontstaan. Daarnaast kan bij de mond en de lippen mucositis ontstaan, waardoor de mond en lippen erg gevoelig worden. Ook kan het ontlastingspatroon worden verstoord, waardoor zowel diarree als obstipatie kan optreden.

Overleg met de arts over anti-emetica, laxantia en/of antidiarreemiddelen. Bespreek met de patiënt de relatie tussen cytostatica en het optreden van de klachten. Voeding is niet de oorzaak van de klachten en voeding kan de klachten ook niet oplossen. Door aanpassing van de voeding aan de tolerantie van de patiënt kunnen klachten door voeding wel verminderen of niet toenemen.

Zie indien relevant: [Anorexie](#), [Smaak- en reukverandering](#), [Misselijkheid en braken](#), [Mucositis](#), [Obstipatie](#) en [Diarree](#).

Herstel en nazorg

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

Overgewicht

Overgewicht, een van de risicofactoren die bijdragen aan het ontstaan van baarmoederkanker, blijkt ook na afloop van de behandeling een negatieve factor. Overgewicht geeft een grotere kans op een recidief en meer kans op complicaties en comorbiditeit. Overgewicht na kanker blijkt vooral secundaire sarcopene obesitas te zijn: verlies van spiermassa en spierkracht en een toegenomen vetmassa. Deze ongunstige lichaamssamenstelling is niet alleen terug te voeren op een hogere inname van energie en voedingsstoffen, maar ook op verminderde activiteit en leefstijlfactoren. Het lijkt erop dat ook andere factoren die moeilijk te beïnvloeden zijn, zoals overgangsverschijnselen, een rol spelen. Bij training kunnen de spiermassa en kracht toenemen, waardoor de lichaamssamenstelling gunstiger wordt, maar wellicht in eerste instantie het gewicht weinig afneemt.

Maatregelen

- Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor het gewichtsverloop voor en tijdens ziekte, de eetlust, de inname van energie, eiwit en andere voedingsstoffen.
- Beoordeel de voedingstoestand en de lichaamssamenstelling. Bij lymfoedeem in het bovenbeen zijn gewicht en gewichtsverloop geen betrouwbare parameter en kan meting van de handknijpkracht, een maat voor perifere spierkracht, worden gebruikt om tot een genuanceerder beleid te komen.
- Bespreek met de patiënt mogelijke oorzaken van het overgewicht.
- Leg de patiënt nut en noodzaak van beweging, training en voeding uit.
- Bespreek de haalbaarheid van mogelijke gewichtsvermindering en spieropbouw.
- Overleg met de arts, de sportarts of de revalidatiearts en met de fysiotherapeut over de intensiteit van de training.
- Controleer het gewichtsverloop en lichaamssamenstelling.
- Informeer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.

Voedingsadviezen

- Zie [Gewicht](#).

Klachten

Chronische radiatie-enteritis of radiatieproctitis kan maanden tot jaren na de bestraling optreden. Er ontstaat blijvend functieverlies door vaat- en slijmvliesafwijkingen met bacteriële overgroei en malabsorptie. De klachten kunnen variëren van betrekkelijk mild (zoals verhoogde ontlastingsfrequentie, krampen, loze aandrang en verlies van slijm) tot heftig (zoals incontinentie voor ontlasting, chronische bloederige diarree, fibrosevorming, stenose, malabsorptie, perforatie en fistelvorming). Er is geen relatie tussen het optreden van acute en late stralenschade, en daarom kan late stralenschade moeilijk worden voorspeld. Uit onderzoek komt naar voren dat 43% van de patiënten die in de jaren negentig met het toen gebruikelijke grote buikveld zijn bestraald, na 15 jaar nog met ernstige chronische darmklachten kampt. De verwachting is dat met de huidige verbeterde bestralingstechnieken dat percentage zal afnemen.

Maatregel

Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor de mogelijke relatie tussen voeding en het optreden van klachten.

Voedingsadviezen

- Minimaal 2-2,5 liter drinkvocht.

- Een voeding die is aangepast aan de tolerantie van de patiënt.
- Kleine, frequente maaltijden verdeeld over de dag.
- Geen producten met grove onoplosbare vezels zoals rauwkost en noten. Producten met fijne (oplosbare) vezels worden over het algemeen goed verdragen.
- Zetmeelbronnen zoals licht tarwebrood, crackers, beschuit, pasta, rijst, mie en aardappel of aardappelpuree worden over het algemeen goed verdragen.
- Door volumineuze vetrijke maaltijden kunnen de klachten toenemen door toename van de gastrocolische reflex

Palliatieve zorg

Zie [Palliatieve zorg](#).

Referenties

1 - Andreyev HJ

Andreyev HJ. Gastrointestinal problems after pelvic radiotherapy: The past, the present and the future. Clin Oncol 2007;19:790-9.

2 - Delsink P

Delsink P, Lagendijk M, Mullers M. Kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen. Uit Vogel J ea (red) Handboek Voeding bij kanker. 2016 De Tijdstroom, Utrecht.

3 - Gibson RJ

Gibson RJ, Keefe D MK, Lalla RV, et al. Systematic review of agents for the management of gastrointestinal mucositis in cancer patients. Support Care Cancer 2013;21:313- 26.

4 - Henson CC

Henson CC, Burden S, Davidson SE, et al. Nutritional interventions for reducing gastrointestinal toxicity in adults undergoing radical pelvic radiotherapy (Review). Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 11. Art. No.: CD009896.

5 - IKNL

IKNL. Endometriumcarcinoom: Landelijke richtlijn met regionale toevoegingen, Versie: 3.0. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2011. Raadpleegbaar via: <http://www.oncoline.nl/endometriumcarcinoom>.

6 - IKNL

IKNL. Cervixcarcinoom: Landelijke Richtlijn, versie 3.0. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2012. Raadpleegbaar via: <http://www.oncoline.nl/cervixcarcinoom>.

7 - Lisboa A

Lisboa A, Rezende M, Muniz-Junqueira M, et al. Altered plasma phosphorlipidfatty acids and nutritional status in patients with uterine cervical cancer. Clin Nutr 2008;27:371-7.

8 - Pia de la Maza M

Pia de la Maza M, Agudelo GM, Yudin T, et al. Long-term nutritional and digestive consequences of pelvic radiation. J Am Coll Nutr 2004;23:102-7.

9 - Theis VS

Theis VS, Sripadam R, Ramani V, et al. Chronic radiation enteritis. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010;22:70-83.

10 - Vogel J

Vogel J, Beijer S, Delsink P, et al. Handboek Voeding bij kanker. tweede druk, 2016. De Tijdstroom, Utrecht.

11 - Wedlake LJ

Wedlake LJ, Shaw C, Whelan K, et al. Systematic review: The efficacy of nutritional interventions to counteract acute gastrointestinal toxicity during therapeutic pelvic radiotherapy. Alimet Pharmacol Ther 2013;37:1046-56.

12 - Zorlini R

Zorlini R, Akemi Abe Cairo A, Saletto Costa Gurgel M. Nutritional status of patients with gynecologic and breast cancer. Nutr Hosp 2008;23:577-83.

