

Blaaskanker

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
Voedingstoestand.....	2
TURT, blaasspoeling.....	2
Chirurgie	3
Voedingsbeleid.....	3
Klachten.....	4
Urinestoma.....	4
Radiotherapie	5
Voedingstoestand en -behoefte.....	5
Klachten.....	5
Chemotherapie	6
Voedingstoestand en -behoefte.....	6
Klachten.....	6
Herstel en nazorg	7
Urinestoma.....	7
Vitamine B12 deficiëntie.....	7
Overgewicht.....	7
Palliatieve zorg	8
Referenties	9
.....	10

Algemeen

De richtlijn Blaaskanker 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 [richtlijn Urotheelcarcinoom van de blaas](#).

De nog niet behandelde patiënt

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

Voedingstoestand

Op het tijdstip van de diagnose is er meestal geen sprake van een slechte voedingstoestand. Bij gevorderde stadia kan de voedingstoestand wel slechter zijn.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding (of 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 relatie voedingstoestand-ziekte-behandeling.
- Stel samen met de patiënt een dieetadvies op.
- Controleer of het advies kan worden gevolgd en stel het zo nodig bij.
- Stimuleer lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Plan een vervolgspraak om de voedingsbehandeling te evalueren.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#).
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Zie [Onbedoeld gewichtsverlies](#).
- Ruime hoeveelheid vocht: 1,7-2 liter drinkvocht.

TURT, blaasspoeling

Het uitvoeren van een transurethrale resectie (TURT) en spoelen van de blaas met chemotherapie (mitomycine) geeft op voedingsgebied geen klachten. De bijwerkingen van het spoelen van de blaas met immunotherapie (Bacillus Calmette-Guérin- (bcg-vaccin) en immunocyanine) zijn over het algemeen mild. Er kunnen in lichte mate misselijkheid, blaasontsteking en koorts optreden.

Chirurgie

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

Voedingsbeleid

De prevalentie van ernstige ondervoeding bij chirurgisch behandelde patiënten is 16-22%.

Preoperatief wordt een ondervoede patiënt, conform de [Richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker](#), zeven tot tien dagen gevoed met klinische voeding om de voedingstoestand te optimaliseren. Er is onvoldoende bewijs voor het inzetten van immunonutritie.

Chirurgie verhoogt de voedingsbehoefte. Een cystectomie met aanleg van een neoblaas, een continente Indianapouch of een incontinente urinestoma volgens Bricker is een grote buikoperatie.

Dat leidt postoperatief tot maag- en darmfunctiestoornissen die traag herstellen, waardoor eten tijdelijk onmogelijk is. Herstel van de dunnedarmactiviteit treedt meestal op binnen enkele uren na de operatie, maar herstel van de activiteit van de dikke darm duurt langer. De motiliteit van de dikke darm komt meestal terug op de tweede dag na de operatie (variërend van één tot vijf dagen). Normale voeding kan meestal starten na vier dagen (variërend van drie tot negen dagen). Omdat het doorgaans langer dan zeven dagen duurt voor een adequate orale inname mogelijk is, is klinische voeding nodig. Preoperatief kan een bengmarksonde ingebracht worden. Vroeg voeden met sondevoeding is veilig na een cystectomie, leidt tot sneller herstel van de darmmotiliteit, minder postoperatieve infecties en een kortere ligduur dan uitsluitend voeden met parenterale voeding. Parenterale voeding kan geïndiceerd zijn bij een postoperatieve ileus. Opname van vitamine B₁₂ vindt plaats in het terminale ileum. Door het gebruik van een deel van het ileum als blaasvervanging kan er een tekort aan vitamine B₁₂ optreden. Een tekort treedt bij ongeveer 15-25% van de patiënten op en hangt niet samen met de verstreken tijd na de operatie noch met de lengte van het ileum.

Maatregelen

- Maak kort voor de operatie afspraken over het postoperatieve voedingstraject, bij voorkeur sondevoeding (neus-duodenumsonde).
- Bewaak de duur van het opklimschema van de sondevoeding.
- Controleer of de geadviseerde sondevoeding postoperatief kan worden gebruikt en stel desgewenst het advies bij.
- Bouw de sondevoeding af op geleide van de orale inname als de maag- en darmmotiliteit op gang is gekomen. (gemiddeld op dag vier).
- Bewaak de eiwit-energie-inname. Beoordeling van het gewichtsverloop is niet altijd betrouwbaar door de vochtbalans.
- Stimuleer lichamelijke activiteit, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Leg uit dat voldoende vocht belangrijk is tegen urineweginfecties.
- Informeer naar de productie van urine (minimaal 1 liter) en ontlasting.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Direct postoperatief voeden: opbouw sondevoeding via een neus-duodenumsonde. Zo vroeg mogelijk voeden met sondevoeding leidt tot sneller herstel van de darmmotiliteit. Een neusmaagsonde is doorgaans geen goede mogelijkheid, omdat de maag postoperatief veelal traag op gang komt. Dat geeft maagretentie en bij een neus-maagsonde neemt de maagretentie gemakkelijk toe.
- Ruim vochtgebruik (2 liter per dag).

Klachten

Een postoperatieve paralytische ileus komt voor bij 10-40% van de patiënten die een radicale cystectomie ondergaan. Onafhankelijke voorspellers zijn een BMI van 30 of meer en hogere leeftijd. Andere complicaties zijn lekkage van darmnaden, van urinedeviatienaden, of het ontstaan van darmfistels. Voeding via het maag-darmkanaal is dan tijdelijk niet mogelijk en parenterale voeding is noodzakelijk.

Maatregelen

- Adviseer de arts over het starten van parenterale voeding.
- Controleer de laboratoriumwaarden en het verloop van de parenterale voeding.
- Bouw de parenterale voeding af op geleide van de orale inname, of sondevoeding als de darmmotiliteit op gang is gekomen.
- Bewaak de eiwit-energie-inname.

Voedingsadviezen

- Volledige parenterale voeding.
- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Vet: bij voorkeur maximaal 1 gram per kilo lichaamsgewicht.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.

Urinestoma

Bij een urinestoma moet voldoende worden gedronken als preventie tegen blaasontstekingen. Bij weinig drinken kan obstipatie ontstaan. Soms zijn patiënten bang om veel te drinken en moeten worden gestimuleerd. Om een goede diurese te bereiken, is minstens 2 liter drinkvocht per dag nodig. Sommige voedingsmiddelen zoals vis, knoflook, asperges, bietjes, eieren kunnen een sterkere lucht aan de urine geven. Dat is niet anders dan bij mensen zonder urinestoma, maar het kan de patiënt meer opvallen.

Radiotherapie

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

Voedingstoestand en -behoefte

Het bestralingsveld bij een blaasbestraling is doorgaans klein, waardoor het aannemelijk is dat de voedingsbehoefte niet of weinig verhoogd zal zijn. Doordat een deel van de darm in het bestralingsgebied kan liggen, kunnen symptomen als darmkrampen en diarree optreden en die kunnen van invloed zijn op het eetgedrag.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand en de behoefte aan voedingszorg.
- Neem een voedingsanamnese af van de inname van energie en voedingsstoffen en de mogelijke beperkingen die de patiënt zichzelf heeft opgelegd.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Leg uit dat klachten door de ziekte en door de behandelingen worden veroorzaakt.
- Vertel wanneer en welke klachten in het verloop van de behandeling kunnen optreden.
- Bewaak de voedingstoestand en de inname van voedsel en vocht.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt en stel desgewenst het advies bij.
- Stimuleer de patiënt tot lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#).
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Minstens 1,7-2 liter drinkvocht per dag.

Klachten

Bij blaasbestralingen kan het rectum of de dunne darm gedeeltelijk in het veld liggen en bij bestraling van de gehele blaas kan zowel het rectum als een deel van de dunne darm in het veld liggen. Er treedt tijdelijk een gestoorde stoelgang op met loze aandrang, slijmvorming en diarree die zo nodig met loperamide effectief kan worden bestreden. De gestoorde stoelgang is het effect is van de behandeling en niet van de voeding. Bijwerkingen zijn meestal twee tot drie weken na de bestraling weer verdwenen.

Voedingsaanpassing kan beperkt blijven tot normale voeding, eventueel met aanpassing zoals bij [Diarree](#). Pijn of een branderig gevoel met toename van aandrang bij het plassen kan door bestraling van de blaas. De patiënt is bang om te plassen en zal daardoor mogelijk minder dan 2 liter gaan drinken. Dat vergroot echter vaak de pijn.

Chemotherapie

Chemotherapie kan zowel neoadjuvant als adjuvant worden ingezet.

Voedingstoestand en -behoefte

De voedingstoestand van een patiënt die behandeld wordt met MVAC of gemcitabine/cisplatine/carboplatine, kan goed, matig of slecht zijn. Vanwege de nefrotoxiciteit van platina bevattende cytostatica is een ruim vochtgebruik geboden.

Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand en de behoefte aan voedingszorg.
- Neem een voedingsanamnese af.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Leg uit dat klachten door de ziekte en door de behandelingen worden veroorzaakt.
- Vertel wanneer en welke klachten in het verloop van de behandeling kunnen optreden.
- Bewaak de voedingstoestand en de inname van voedsel en vocht.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt en stel desgewenst het advies bij.
- Stimuleer de patiënt tot lichaamsbeweging, bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#).
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Minstens 1,7-2 liter drinkvocht per dag.

Klachten

Misselijkheid en braken, smaakverandering, mucositis.

Bij platina bevattende cytostatica en gemcitabine kunnen klachten zoals misselijkheid en braken, smaakverandering en mucositis optreden.

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

Herstel en nazorg

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

Urinestoma

Leven met een urinestoma is ingrijpend. Het heeft allerlei consequenties en deze kunnen de kwaliteit van leven beïnvloeden. Zo kan er angst zijn dat anderen het kunnen zien, horen of ruiken, of het kan een belemmering vormen voor bijvoorbeeld sporten of reizen. Bij een urinestoma moet voldoende worden gedronken als preventie tegen blaasontstekingen.

Bij weinig drinken kan obstipatie ontstaan. Soms zijn patiënten bang om veel te drinken en moeten worden gestimuleerd. Om een goede diurese te bereiken, is minstens 2 liter drinkvocht per dag nodig. Sommige voedingsmiddelen zoals vis, knoflook, asperges, bietjes, eieren kunnen een sterkere lucht aan de urine geven. Dat is niet anders dan bij mensen zonder urinestoma, maar het kan de patiënt meer opvallen. Soms kan contact met lotgenoten of speciale voorlichting zoals van de vereniging [Leven met blaas- of nierkanker](#) steun bieden. Daarnaast is er de [Nederlandse Stomavereniging](#).

Vitamine B12 deficiëntie

Opname van vitamine B₁₂ vindt plaats in het terminale ileum. Als een deel van het ileum als blaasvervanging is gebruikt, kan er een tekort aan vitamine B₁₂ optreden. Een tekort treedt bij ongeveer 15-25% van de patiënten op en hangt niet samen met de verstreken tijd na de operatie, noch met de lengte van het ileum. Niet alleen een minimale serumwaarde < 59 pmol/liter wordt als deficiënt beschouwd: dit is de grenswaarde waaronder macrocytaire anemie ontstaat. Ook waarde < 148 pmol per liter geldt als tekort omdat onder deze waarden neuropathische klachten ontstaan. Bij uitzondering zijn subklinische verschijnselen al bij een waarde < 250 pmol beschreven. Vitamine B₁₂ wordt opgeslagen in de lever. De voorraad varieert van 5 tot 12 jaar.

Suppletie kan intramusculair of diep subcutaan gegeven worden. Een onderhoudsdosering kan zijn: 1.000 µg hydroxocobalamine per twee maanden, of 300 µg per maand. In de literatuur is geen argumentatie voor deze hoeveelheden beschreven.

Overgewicht

Onbedoelde gewichtstoename kan een gevolg zijn van een toename van de vetmassa ten gevolge van de behandeling en/of een leefstijl met minder beweging. De vetvrije massa blijft vaak laag, of is laag geworden. Als de onderhuidse vetlaag toeneemt na de operatie, trekt de stoma in een kuil omdat de darm lengte niet meegroeit. Dit kan verzorgings- en lekkageproblemen van de stoma geven. Verder is een hoge BMI een risicofactor voor een littekenbreuk naast de stoma in de buikwand. Zie [Gewicht](#).

Palliatieve zorg

De voedingstoestand van een patiënt in de palliatieve fase kan goed, matig of slecht zijn. Passageproblemen kunnen ontstaan doordat de tumor doorgroeit in de vagina of in de prostaat en de darm dichtdrukt. Daardoor kan darmobstructie en eventueel een ileus ontstaan. Ter vermindering van de klachten kan men kortdurende bestraling toepassen. Zie [Darmobstructie \(ileus\)](#).

Referenties

1 - Ariëns M

Ariëns M, Tjon A Joe, Kanker van de urinewegen. Uit: Vogel J ea (red). Handboek Voeding bij kanker. 2016, De Tijdstroom, Utrecht.

2 - Barrass BJ

Barrass BJ, Thurairaja R, Collins JW, Gillatt D, Persad RA. Optimal nutrition should improve the outcome and costs of radical cystectomy. Urol Int 2006;77:139-42.

3 - IKNL

IKNL. Urotheelcarcinoom van de blaas: Landelijke richtlijn, versie 1.0. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2009. Raadpleegbaar via: <http://www.oncoline.nl/urotheelcarcinoom-van-de-blaas>.

4 - Maffezzini M

Maffezzini M, Campodonico F, Canepa G, Gerbi G, Parodi D. Current perioperative management of radical cystectomy with intestinal urinary reconstruction for muscle-invasive bladder cancer and reduction of the incidence of postoperative ileus. Surg Oncol 2008;17:41-8.

5 - Mathur S

Mathur S, Plank LD, Hill AG, Rice MA, Hill GL. Changes in body composition, muscle function and energy expenditure after radical cystectomy. BJU Int 2008;101:973-7; discussion 977.

6 - McGough C

McGough C, Baldwin C, Frost G, Andreyev HJN. Role of nutritional intervention in patients treated with radiotherapy for pelvic malignancy. Br J Cancer 2004;90:2278-87.

7 - Munbauhal G

Munbauhal G, Drouin SJ, Mozer P, Colin P, Phé V, Cussenot O, e.a. Malnourishment in bladder cancer and the role of immunonutrition at the time of cystectomy: an overview for urologists. BJU Int 2014;114:177-84.

8 - Nieuwenhuijzen JA

Nieuwenhuijzen JA, Vries RR de, Bex A, Poel HG van der, Meinhardt W, Antonini N, e.a. Urinary diversions after cystectomy: The association of clinical factors, complications and functional results of four different diversions. Eur Urol 2008;53:834-42; discussion 842-4.

9 - Nogueras-Gonzales GM

Nogueras-Gonzales GM, Urbauer DL, Dinney CP. Chronic radiation enteritis. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010;22:70-83.

10 - Roth B

Roth B, Burkhard FC, Studer UE. Clinical impact of early enteral versus parenteral nutrition following cystectomy evaluated in a prospective randomized trial. J Urol 2010;183:705.

11 - Stenzl A

Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, e.a. Treatment of muscle invasive and metastatic bladder cancer: update of the EU guidelines. European Urology 2011;59:1009- 18.

12 - Vogel J

Vogel J, Beijer S, Delsink P, Doornink N, Have H ten, Lieshout R van. Handboek Voeding bij kanker. tweede druk, 2016. De Tijdstroom, Utrecht.

