

سرطان الأمعاء الغليظة

تتناول نشرة المعلومات هذه كيفية تشخيص وعلاج سرطان الأمعاء الغليظة.

لدينا أيضاً نشرات معلومات بلغتك حول العلاج الكيميائي، والعلاج الإشعاعي، والجراحة، والآثار الجانبية لعلاج السرطان، وما يمكنك القيام به لمساعدة نفسك، وطلب الإعانات، ونهاية الحياة.

نأمل أن تجيب نشرة المعلومات هذه على أسئلتك. إذا كانت لديك أية أسئلة أخرى، يمكنك أن توجهها إلى طبيبك أو ممرضتك في المستشفى التي تتلقى فيها علاجك.

إذا كنت ترغب في التحدث عن هذه المعلومات بلغتك مع متخصصي دعم السرطان لدينا، فإنه يوجد لدينا مترجمون لغير الناطقين باللغة الإنجليزية. يمكنك الاتصال على خط دعم ماكميلان 00 808 0808 مجاناً من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 ص إلى الساعة 8 م. إذا كانت لديك مشاكل في السمع، يمكنك استخدام الهاتف النصي 0121 808 0808 أو المرحل النصي. أو يمكنك زيارة موقعنا على الإنترنت macmillan.org.uk

تتناول نشرة المعلومات هذه:

- ما هو السرطان؟
- الأمعاء
- الأسباب وعوامل الخطر
- الأعراض
- كيف يتم تشخيص سرطان الأمعاء؟
- تصنيف المراحل والدرجات
- العلاج
- التجارب السريرية
- المتابعة
- مشاعرك
- المزيد من المعلومات بلغتك

ما هو السرطان؟

تُصنع أجهزة وأنسجة الجسم من كتل بناء صغيرة جداً تسمى الخلايا. والسرطان مرض يصيب هذه الخلايا.

تختلف الخلايا في كل جزء من الجسم عن غيرها في باقي أجزاء الجسم، ولكن معظم الخلايا تقوم بإصلاح نفسها وتتكاثر بنفس الطريقة. تنقسم الخلايا في المعتاد بطريقة منظمة. ولكن إذا خرج هذا الأمر عن نطاق السيطرة، فإن الخلايا تستمر في الانقسام وتنمو لتصبح كتلة تسمى الورم.

ليست كل الأورام سرطانية. يمكن للأطباء معرفة ما إذا كان الورم سرطاناً أم لا عن طريق سحب عينة صغيرة من الأنسجة أو الخلايا من هذا الورم. وهذا ما يسمى خزعة. يفحص الأطباء العينة تحت المجهر للبحث عن الخلايا السرطانية.

في الورم الحميد (غير السرطاني) يمكن أن تنمو الخلايا، ولكن لا يمكن أن تنتشر في أي مكان آخر في الجسم. ولا يسبب الورم الحميد في المعتاد أية مشاكل إلا إذا كان يضغط على الأعضاء المجاورة.

أما في الورم الخبيث (السرطاني)، فإن الخلايا تنمو في الأنسجة المجاورة. وفي بعض الأحيان، تنتشر الخلايا السرطانية من حيث بدأ السرطان أولاً (الموقع الأساسي) إلى أجزاء أخرى من الجسم. ويمكنها الانتقال عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي.

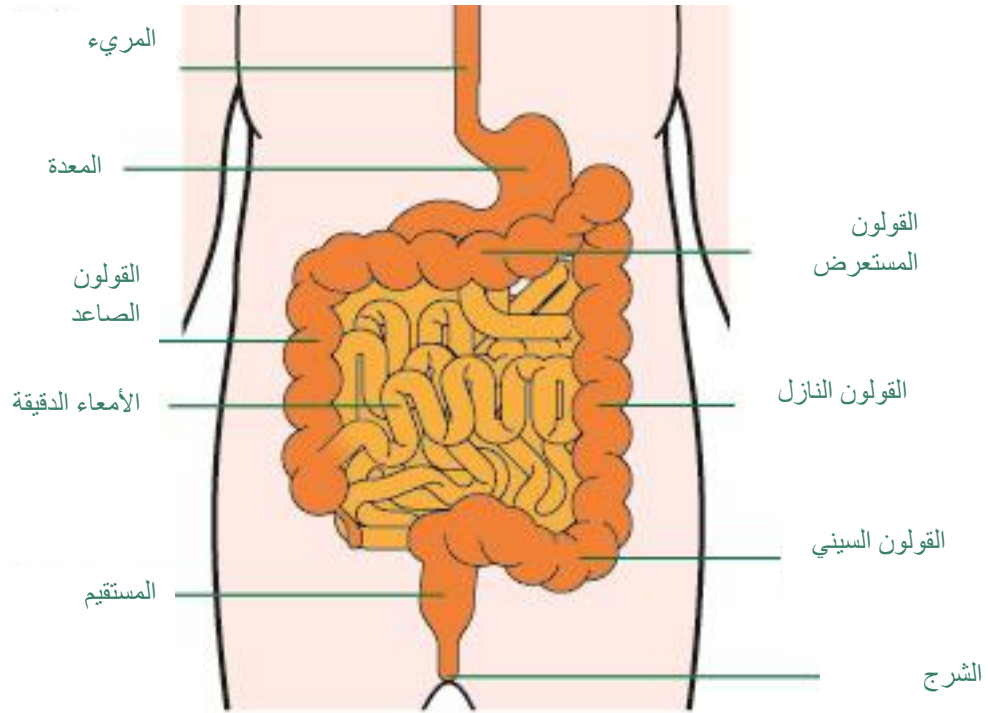
يساعد الجهاز الليمفاوي في حمايتنا من العدوى والمرض. وهو يتكون من أنابيب دقيقة تسمى الأوعية الليمفاوية. تتصل هذه الأوعية بمجموعات من العقد الليمفاوية على شكل حبة الفول (الغدد) في جميع أنحاء الجسم.

عندما تصل الخلايا إلى جزء آخر من الجسم فإنها تبدأ في النمو وتكوين ورم آخر. وهذا ما يسمى بسرطان ثانوي أو نقيلة.

الأمعاء

الأمعاء هي جزء من جهازنا الهضمي. وتنقسم إلى جزأين: الأمعاء الدقيقة والأمعاء الغليظة. تتكون الأمعاء الغليظة من القولون والمستقيم والشرح.

الأمعاء - القولون والمستقيم



عندما يتبلع الطعام يمر أسفل المريء إلى المعدة حيث يبدأ الهضم. ثم يمر عبر الأمعاء الدقيقة، حيث يتم أخذ المواد الغذائية الأساسية إلى الجسم.

وبعد ذلك ينتقل الطعام المهضوم إلى القولون، حيث يتم امتصاص الماء. أما الفضلات المتبقية المعروفة باسم البراز أو الغائط، فإنها تظل موجودة في المستقيم (الدبر) حتى تصبح جاهزة لإخراجها من الجسم عن طريق فتحة الشرج كحركة أمعاء (البراز).

تتكون جدران القولون والمستقيم من طبقات من أنسجة الجسم. تبدأ معظم سرطانات القولون والمستقيم في البطانة الداخلية للأمعاء وتتطور من زوائد صغيرة تسمى السلائل.

سرطان الأمعاء الغليظة هو السرطان الذي يصيب القولون والمستقيم. ويسمى أيضًا سرطان القولون والمستقيم.

الأسباب وعوامل الخطر

نحن لا نعرف سبب حدوث سرطان الأمعاء في معظم الأشخاص. هناك بعض عوامل الخطر التي يمكن أن تزيد من فرصك في الإصابة به.

- العمر - يزداد خطر الإصابة بسرطان الأمعاء الغليظة مع تقدم العمر.
 - النظام الغذائي - النظام الغذائي، الذي يحتوي على الكثير من اللحوم الحمراء والمصنعة وقليل من الفواكه والخضروات الطازجة، يمكن أن يزيد من خطر تعرضك للإصابة. تناول اللحوم المقلية أو المشوية قد يزيد أيضًا من خطر إصابتك.
 - نمط الحياة - وهذا يشمل ممارسة القليل من التمارين وزيادة الوزن. ويشمل أيضًا التدخين بكثافة وشرب الكحول بكميات أكبر من الموصى بها على مدى سنوات عديدة.
 - التاريخ العائلي - الكثير من الناس، الذين أصيبوا واحد أو أكثر من أفراد عائلتهم بسرطان الأمعاء، قد يكونوا معرضين لخطر أعلى للإصابة بالسرطان. فقط نسبة تبلغ حوالي 5% (5 من بين كل 100 شخص) من سرطانات الأمعاء يُعتقد أن سببها جين معيب موروث. تحدث إلى طبيبك إذا كنت قلقًا بشأن تاريخ عائلتك.
 - الظروف العائلية - هناك حالتان نادرتان يمكن أن تكونا شائعتين في العائلات، ويطلق عليهما داء السلائل الورمي الغدي العائلي (FAP) وسرطان القولون الوراثي غير السلانلي (HNPCC)، ويمكن أن تزيد هاتان الحالتان من خطر الإصابة بسرطان الأمعاء.
 - التاريخ الشخصي للإصابة بمرض التهاب الأمعاء - الكثير من الناس، الذين أصيبوا بالتهاب القولون التقرحي أو مرض كرون (أمراض بطانة الأمعاء) لفترة طويلة، تزيد لديهم مخاطر الإصابة بسرطان الأمعاء.
- سرطان الأمعاء الغليظة ليس معديًا ولا يمكن أن ينتقل إلى أشخاص آخرين.

الأعراض

تشمل أعراض سرطان الأمعاء:

- وجود دم في أو على حركات الأمعاء - الدم قد يكون أحمر فاتح أو غامق اللون
- تغير في العادة الطبيعية للأمعاء (مثل الإسهال أو الإمساك) لسبب غير واضح مع استمرار هذا التغير لفترة أطول من ستة أسابيع
- فقدان الوزن بصورة غير مبررة
- ألم في البطن أو الدبر
- شعور بعدم إفراغ الأمعاء بشكل صحيح بعد حركة الأمعاء

- الشعور بالتعب وانقطاع النفس - وهذا يمكن أن يحدث إذا كان السرطان ينزف مما يسبب فقر الدم (انخفاض عدد خلايا الدم الحمراء).

في بعض الأحيان يمكن أن يؤدي السرطان إلى حدوث انسداد في الأمعاء. وأعراض ذلك هي:

- الإصابة بالغثيان (القيء)
- الإمساك
- ألم في البطن
- الشعور بالانتفاخ.

يمكن أن تكون هذه الأعراض ناشئة عن ظروف أخرى، ولكن من المهم أن يتم دائمًا فحص هذه الأعراض من قبل طبيبك الممارس العام.

كيف يتم تشخيص سرطان الأمعاء؟

ستبدأ في المعتاد بزيارة طبيبك الممارس العام. سوف يتحسس بطنك ويفحص دبرك. وهذا ما يسمى فحص المستقيم.

خلال فحص المستقيم، يضع الطبيب إصبع القفاز في دبرك ليتحسس أي كتل أو تورمات. قد يكون هذا غير مريح بعض الشيء، ولكنه غير مؤلم.

قد يتم إجراء فحص دم لديك للتأكد مما إذا كنت مصابًا بالأنيميا. قد تقوم أيضًا بإجراء اختبارات دم لفحص صحة الكبد والكليتين.

إذا كان طبيبك الممارس العام غير متأكد ما هي المشكلة، أو كان يعتقد أن هذه الأعراض يمكن أن تكون ناجمة عن السرطان، فسوف يحولك إلى أخصائي في إحدى المستشفيات. إذا كان طبيبك الممارس العام يعتقد أنك ربما تكون مصابًا بالسرطان، فإنه يجب عليك زيارة المستشفى في غضون 14 يومًا.

في المستشفى

يمكن استخدام هذه الاختبارات للمساعدة في تشخيص سرطان الأمعاء. قد لا تحتاج إلى إجراء كل هذه الاختبارات.

تنظير المستقيم/تنظير السيني

سوف يقوم طبيب أو ممرضة متخصصة بالنظر داخل بطانة الأمعاء الغليظة وأخذ عينات من الخلايا (خزعات). سوف يقومون بتمرير أنبوب رفيع في دبرك برفق. يوجد بالأنبوب مصدر ضوء وكاميرا صغيرة جدًا عند النهاية. منظار المستقيم هو أنبوب قصير يذهب فقط إلى المستقيم. منظار السيني هو أنبوب أطول يمكن تمريره لأعلى إلى الأمعاء الغليظة.

يمكن أن يكون تنظير المستقيم أو تنظير السيني غير مريح، ولكنه لا يسبب أي ضرر في المعتاد.

تنظير القولون

للنظر داخل كامل طول الأمعاء الغليظة، سوف يقوم طبيبك بفحص القولون بالمنظار. أثناء هذا الفحص، سوف يأخذ الطبيب صورًا وخزعات من الخلايا.

يجب أن تكون الأمعاء فارغة تمامًا من أجل هذا الفحص. وهذا يعني اتباع نظام غذائي دقيق لليوم السابق للفحص وأخذ دواء (ملين) لتفريغ الأمعاء. سوف تخبرك المستشفى بما يجب عليك أن تفعله. يمكن أن يكون تنظير القولون غير مريح، ولكنك سوف تعطى دواء مسكن يساعدك على الاسترخاء.

تنظير القولون الافتراضي (تصوير القولون المقطعي المحوسب)

يأخذ ماسح التصوير المقطعي المحوسب مجموعة صور بالأشعة السينية لأمعائك. بعد ذلك يقوم جهاز كمبيوتر بتجميع الصور لإعطاء صورة ثلاثية الأبعاد لأمعائك.

يجب أن تكون الأمعاء فارغة تمامًا من أجل عمل الأشعة. قد تعطى حقنة دواء من شأنها أن تساعد عضلات الأمعاء على الاسترخاء. قد تعطى أيضًا حقنة صبغة (وسط تبايني) في نفس الوقت. سوف يخبرك طبيبك ما إذا كنت ستأخذ هذه الحقنة.

اختبارات أخرى

إذا أظهرت الخزعة أن لديك سرطان، فقد تقوم بإجراء اختبارات أخرى أيضًا. تهدف هذه الاختبارات إلى معرفة حجم ومكان السرطان ومعرفة ما إذا كان قد انتشر. وقد تشمل:

- اختبارات الدم
- تصوير الصدر بالأشعة السينية
- فحص التصوير المقطعي المحوسب
- فحص التصوير المقطعي المحوسب/التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني
- فحص التصوير بالرنين المغناطيسي
- حقنة الباريوم الشرجية
- فحص بالموجات فوق الصوتية.

سيشرح لك طبيبك أو الممرضة الاختبارات التي تحتاجها وما سوف يحدث.

يمكن أن يكون انتظار نتائج الاختبار وقتًا مليئًا بالقلق بالنسبة لك. ربما يكون من المفيد أن تتحدثي عن مخاوفك مع قريب أو صديق. يمكنك أيضًا التحدث إلى أحد متخصصي دعم مرضى السرطان لدينا بلغتك على الرقم الهاتفي 00 00 808 0808.

تصنيف المراحل والدرجات

معرفة مرحلة ودرجة السرطان تساعد الأطباء على تحديد العلاج المناسب لك.

تصنيف المراحل

ينقسم سرطان الأمعاء الغليظة إلى أربع مراحل:

- **المرحلة 1** – السرطان لم ينتشر خارج الورم الأصلي.
- **المرحلة 2** – ربما تكون الأورام قد نمت خلال جدار الأمعاء وإلى الأنسجة المجاورة، ولكن لم تنتشر إلى العقد الليمفاوية القريبة.
- **المرحلة 3** – يمكن العثور على خلايا الورم في العقد الليمفاوية القريبة.
- **المرحلة 4** – السرطان انتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم.

تصنيف الدرجات

يُظهر تصنيف الدرجات كيف تبدو الخلايا السرطانية تحت المجهر مقارنةً بخلايا الأمعاء الغليظة الطبيعية.

- **الدرجة 1 (درجة منخفضة)** – الخلايا السرطانية تبدو مشابهة للخلايا الطبيعية وتنمو ببطء شديد.

- الدرجة 2 (درجة متوسطة) – الخلايا السرطانية تبدو أكثر شذوذاً وتتنمو أسرع قليلاً.
- الدرجة 3 (درجة عالية) – الخلايا السرطانية تبدو شديدة الاختلاف عن الخلايا الطبيعية وتميل إلى النمو بسرعة.

العلاج

إن اتخاذ قرار بشأن أفضل علاج ليس دائماً بالشئ اليسير. سوف يحتاج طبيبك إلى التفكير في الكثير من الأمور. أهم هذه الأمور هي:

- مرحلة ودرجة السرطان لديك
- حالتك الصحية العامة
- الآثار الجانبية المحتملة للعلاج
- وجهات نظرك إزاء الآثار الجانبية المحتملة.

رغم أن الأطباء قد يكون لديهم فكرة جيدة عن العلاجات التي سوف تحتاج إليها، إلا أنك قد تحتاج إلى عملية جراحية قبل أن يتمكنوا من اتخاذ قرار.

من المهم أن تتحدث عن أي علاج مع طبيبك، حتى يتسنى لك فهم ما يعنيه. من الجيد أن تأخذ معك شخصاً يتحدث لغتك بالإضافة إلى اللغة الإنجليزية. قد يتوفر مترجمون إذا كنت تريد أحدهم، ولكن حاول إبلاغ المستشفى مقدماً بما إذا كنت ترغب في وجود مترجم. سيطلب منك التوقيع على استمارة موافقة لإثبات أنك متفهم لطريقة العلاج وموافق عليها. لن تتلق أي علاج إلا بعد أن توافق عليه.

يتم علاج سرطان القولون وسرطان المستقيم بطرق مختلفة.

الجراحة

يعتمد نوع الجراحة، التي ستخضع لها، على مرحلة السرطان ومكان وجوده في الأمعاء. سوف يحدثك طبيبك عن هذا الشأن.

جراحة سرطان القولون

استئصال كل القولون – يُزال القولون بالكامل.

استئصال نصف القولون – يُزال نصف القولون. قد يكون النصف المستأصل هو الجانب الأيسر أو الأيمن، وهذا يتوقف على مكان وجود السرطان.

استئصال القولون السيني – يُزال القولون السيني.

أثناء الجراحة، يتم إزالة قطعة من الأمعاء، وهي القطعة التي تحتوي على السرطان ثم يتم وصل الطرفين المفتوحين معاً. إذا كان لا يمكن وصل الأمعاء، فقد تحتاج إلى فغرة. وهذه الفغرة عبارة عن فتحة في الأمعاء على جدار البطن. وقد تكون مؤقتة أو دائمة. سوف يحدثك طبيبك والممرضة المتخصصة عن هذه الأمور قبل أن تخضع لأي جراحة. هناك مزيد من المعلومات حول الفُغرات في القسم الوارد أدناه.

يتم أيضاً إزالة العقد الليمفاوية القريبة من القولون. وذلك لأن السرطان سينتشر إليها أولاً.

استئصال مسراق المستقيم بالكامل (TME) – يُزال المستقيم كله وكذلك النسيج الدهني الذي يحيط به. يحتوي هذا النسيج الدهني على العقد الليمفاوية.

يمكن إجراء عملية استئصال مسراق المستقيم بالكامل بطرق مختلفة. وهذا يعتمد على مكان وجود السرطان في المستقيم.

● الاستئصال الأمامي المنخفض – يستخدم للسرطانات الموجودة في الأجزاء العليا والوسطى من المستقيم (بالقرب من القولون). يتم إزالة قطعة من الأمعاء، وهي القطعة التي تحتوي على السرطان ثم يتم وصل الطرفين معًا. إذا كان لا يمكن وصل الأمعاء، فسوف تحتاج إلى فُغرة (انظر القسم أدناه حول الفُغرات).

● الاستئصال البطني العجاني – يستخدم في المعتاد للسرطانات الموجودة في الطرف السفلي من المستقيم. بعد هذه العملية الجراحية، سوف تحتاج إلى فُغرة دائمة.

جراحة سرطان الأمعاء في المرحلة المبكرة

هناك عملية جراحية تسمى الاستئصال الموضعي أو الاستئصال من خلال فتحة الشرج، وهذه العملية يمكنها أحيانًا إزالة سرطانات الأمعاء الصغيرة في المرحلة المبكرة جدًا. يتم تمرير أدوات جراحية من خلال فتحة الشرج إلى المستقيم أو القولون لإزالة السرطان.

قد تحتاج إلى الخضوع لعملية جراحية أخرى لإزالة المزيد من الأمعاء إذا كان الورم عالي الدرجة. هناك طرق مختلفة لإزالة السرطان تبعًا لمكان وجوده في الأمعاء. سيشرح طبيبك العملية الجراحية لك.

جراحة سرطان الأمعاء المتقدم

إذا كان السرطان كبيرًا للغاية بحيث لا يمكن إزالته، فقد يضغط على الأمعاء ويجعلها أضيق. في بعض الأحيان يمكن للأطباء إدخال أنبوب معدني رفيع (دعامة) في الأمعاء لإبقائها مفتوحة. سوف يقومون بإدخال الدعامة باستخدام منظار القولون. سوف تأخذ مسكنًا خفيفًا لمساعدتك على الاسترخاء، وقد تحتاج إلى البقاء في المستشفى لفترة قصيرة بعد ذلك.

يمكن في بعض الأحيان أن تخضع لعملية جراحية لإزالة السرطان إذا كان قد انتشر إلى منطقة واحدة فقط من الجسم، مثل الكبد أو الرئتين.

جراحة تنظيف البطن (ثقب المفتاح)

تستخدم هذه العملية الجراحية أربعة أو خمسة قطوع صغيرة في البطن بدلاً من شق واحد أكبر. يتم تمرير منظار البطن (أنبوب رفيع يحتوي على مصدر ضوء وكاميرا) إلى البطن من خلال أحد القطوع، ويتم إزالة السرطان. عادةً ما يكون التعافي من هذه العملية أسرع. ويستخدم هذا النوع من الجراحة من قبل بعض المستشفيات. سوف يناقش معك طبيبك الجراح ما إذا كانت هذه الجراحة مناسبة لك.

الفُغرات

إذا كان لا يمكن وصل طرفي الأمعاء، فإنه يمكن إخراج الطرف العلوي نحو جلد جدار البطن. وهذا ما يسمى الفُغرة. هناك نوعان من الفُغرات: فُغرة اللفائفي، ويكون مؤقتًا في المعتاد؛ أو فُغرة القولون، ويكون دائمًا في الغالب. سوف ترتدي كيسًا على الفُغرة لجمع البراز (حركات الأمعاء).

تسمح الفُغرة المؤقتة بالتنام الأمعاء التي تم وصلها حديثاً. سوف تخضع لعملية أخرى لإعادة وصل الأمعاء بعد بضعة أشهر. وهذا ما يسمى انعكاس الفُغرة. يتم إنشاء الفُغرات الدائمة (فُغرات القولون في المعتاد) إذا أصبح من غير الممكن إعادة وصل الأمعاء.

سوف تعطيك ممرضة الفُغرة المزيد من النصائح والمعلومات.

المعالجة الكيميائية

المعالجة الكيميائية هي طريقة علاجية تُستخدم فيها أدوية مضادة للسرطان (سامة للخلايا) لتدمير الخلايا السرطانية. لن تحتاج إليه في المعتاد بالنسبة لسرطانات الأمعاء من المرحلة 1.

بالنسبة لسرطانات الأمعاء من المرحلة 2، يكون خطر عودة السرطان منخفضاً وبالتالي قد لا تحتاج إلى العلاج الكيميائي. إعطاء العلاج الكيميائي بعد الجراحة يعرف باسم **العلاج المساعد**. ويهدف إلى الحد من خطر عودة السرطان.

غالبًا ما يتم إعطاء العلاج الكيميائي للأشخاص المصابين بسرطان القولون من المرحلة 3.

في بعض الأحيان، يتم إعطاء العلاج الكيميائي قبل العملية الجراحية. وهذا ما يعرف باسم **العلاج الكيميائي المبني المساعد**. ويهدف إلى جعل السرطان أصغر لتسهيل إزالته. قد تتمكن من تجنب عمل فُغرة دائمة لك بعد هذا العلاج.

العلاج الكيميائي الإشعاعي

هذا العلاج عبارة عن مزيج من العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي. ويطلق عليه أحيانًا العلاج الكيميائي الإشعاعي.

يمكن أن تتسبب أدوية العلاج الكيميائي في جعل خلايا السرطان أكثر حساسية للعلاج الإشعاعي. يمكن أن يكون الجمع بين العلاجين أكثر فعالية من تلقي العلاج الكيميائي وحده أو العلاج الإشعاعي وحده.

إعطاء العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي معًا يمكن أن يجعل الآثار الجانبية للعلاج أسوأ. يمكن أن يعطيك طبيبك أو الممرضة المتخصصة المزيد من المعلومات حول العلاج الكيميائي الإشعاعي والآثار الجانبية المحتملة لهذا العلاج.

سرطانات الأمعاء المتقدمة

يمكن أيضًا أن يعطى العلاج الكيميائي إذا كان السرطان قد انتشر إلى جزء آخر من الجسم (السرطان الثانوي أو المتقدم). وذلك بهدف تقليص السرطانات وتقليل الأعراض. ويمكن أن يساعدك في بعض الأحيان في أن تعيش لفترة أطول.

لدينا المزيد من المعلومات بلغتك حول كيفية إعطاء العلاج الكيميائي وكذلك بعض الآثار الجانبية التي قد تحدث لك.

العلاجات (البيولوجية) الموجهة

تعمل العلاجات الموجهة على الفرق بين الخلايا السرطانية والخلايا الطبيعية وتحاول وقف نمو الخلايا السرطانية.

هناك العديد من الأنواع المختلفة. العلاجات الرئيسية المستخدمة لعلاج سرطان الأمعاء هي سيتوكسيماب (إربيتوكس®)، وبيفاسيزوماب (أفاستين®) وبانيتوموماب (فستيبكس®) وأقليرسبت (زالترا®).

ويمكن استخدامها لعلاج سرطانات القولون والمستقيم التي انتشرت خارج الأمعاء. ليست كل سرطانات الأمعاء تستجيب لدواء سيتوكسيماب أو بانيتوموماب.

العلاج الإشعاعي

العلاج الإشعاعي يعالج السرطان عن طريق استخدام أشعة سينية عالية الطاقة لتدمير الخلايا السرطانية مع التسبب في أقل ضرر ممكن للخلايا الطبيعية.

ويمكن استخدامه لتخفيف أعراض سرطان القولون، بالرغم من أن هذا أمر نادر الحدوث.

العلاج الإشعاعي لسرطان المستقيم

قبل الجراحة

قد تتلقى علاجًا إشعاعيًا قبل الجراحة لجعل سرطان المستقيم أصغر وأسهل في الإزالة. كما يقلل أيضًا من احتمالية عودة السرطان.

قد تتلقى دورة قصيرة من العلاج الإشعاعي على مدار أسبوع قبل الجراحة. أو قد تتلقى العلاج الإشعاعي في صورة دورة طويلة لمدة تصل إلى ستة أسابيع. عادةً ما تعطى دورة العلاج الإشعاعي الطويلة مع العلاج الكيميائي (العلاج الكيميائي الإشعاعي) الذي يمكن أن يساعد في جعل العلاج الإشعاعي يعمل بصورة أفضل.

بعد انتهاء دورة العلاج الإشعاعي، سوف يتعين عليك الانتظار لبضعة أسابيع حتى تهدأ الآثار الجانبية قبل أن يتسنى لك الخضوع للعملية الجراحية.

بعد الجراحة

إذا لم تتلق العلاج الإشعاعي قبل الجراحة، فقد تتلقاه بعدها. ويمكن أن تتلقاه إذا:

- كان يصعب إزالة السرطان
- تركت العملية الجراحية وراءها بعض الخلايا السرطانية
- كان السرطان قد انتشر خلال جدار البطن أو إلى العقد الليمفاوية القريبة.

قد تعطى هذا النوع من العلاج الإشعاعي كل أيام الأسبوع لمدة 4 إلى 5 أسابيع.

سرطان المستقيم المتقدم

إذا كان السرطان قد انتشر أو عاد (وخاصة في منطقة الحوض) بعد المعالجة الأولى لك، فقد تتلقى العلاج الإشعاعي لجعل السرطان أصغر. ويمكنه أيضًا أن يخفف من بعض الأعراض مثل الألم.

لدينا المزيد من المعلومات بلغتك حول كيفية التخطيط للعلاج الإشعاعي وكيفية إعطائه وكذلك بعض الآثار الجانبية التي قد تظهر لديك.

التجارب السريرية

تجرى تجارب متعلقة بأبحاث السرطان لمحاولة إيجاد علاجات جديدة وأفضل للسرطان. ويطلق على التجارب التي تجرى على المرضى اسم التجارب السريرية. العديد من المستشفيات الآن تشارك في هذه التجارب. تحدث مع طبيبك حول أبحاث سرطان الأمعاء الغليظة الحالية.

المتابعة

بعد انتهاء علاجك، سوف تقوم بإجراء اختبارات دم وفحوصات منتظمة. قد تقوم بإجراء فحوصات بالتصوير المقطعي المحوسب وفحوصات تنظير القولون. وقد تستمر هذه الفحوصات لعدة سنوات، ولكن سوف تصبح أقل وبوتيرة أقل.

مشاعرك

ربما تشعر بالصدمة عندما يقال لك أنك مصاب بالسرطان، وقد تتأبك العديد من المشاعر المختلفة. يمكن أن تشمل هذه المشاعر الغضب والاستياء والشعور بالذنب والقلق والخوف. هذه كلها ردود فعل طبيعية وتعد جزءاً من العملية التي يمر بها الكثير من الناس في محاولة للتغلب على مرضهم. لا توجد طريقة صحيحة أو خاطئة للشعور. فسوف تتعامل مع الأمور بطريقتك الخاصة.

المزيد من المعلومات بلغتك

- نشرة معلومات سرطان الثدي
- نشرة معلومات العلاج الكيميائي
- نشرة معلومات طلب الإعانات
- نشرة معلومات سرطان الرئة
- نشرة معلومات سرطان البروستاتا
- نشرة معلومات العلاج الإشعاعي
- نشرة معلومات الآثار الجانبية لعلاج السرطان
- نشرة معلومات الجراحة
- نشرة معلومات ما يمكنك القيام به لمساعدة نفسك

تم كتابة ومراجعة وتحرير نشرة المعلومات هذه بواسطة فريق تطوير معلومات السرطان بمؤسسة ماكميلان لدعم السرطان. وتم اعتمادها من قبل المحرر الطبي الدكتور تيم إيفيسون استشاري الأورام السريرية.

مع الشكر لأيلين روي أخصائية التمريض السريري لسرطانات القولون والمستقيم؛ وفيونا بتلر أخصائية التمريض السريري لسرطان القولون والمستقيم؛ والأشخاص المصابين بالسرطان الذين راجعوا نشرة المعلومات هذه.

استخدمنا معلومات من عدة مصادر موثوقة لكتابة نشرة المعلومات هذه. وتشمل هذه المصادر:

- تحسين النتائج في سرطان القولون والمستقيم: تحديث الدليل. يونيو 2004. المعهد الوطني للصحة والتميز السريري (NICE).
- إدارة سرطان القولون والمستقيم: مبدأ توجيهي سريري وطني. مارس 2003. شبكة المبادئ التوجيهية الاسكتلندية بين الكليات (SIGN).
- تنظير القولون المقطعي المحوسب (تنظير القولون الافتراضي) - التوجيهات. يونيو 2005. المعهد الوطني للصحة وتفوق الرعاية (NICE).
- عقار سيتوكسيماب كعلاج خط أول لسرطان القولون والمستقيم النقيلي. أغسطس 2009. المعهد الوطني للصحة وتفوق الرعاية (NICE).

نحن نبذل كل جهد ممكن لضمان أن تكون المعلومات التي نقدمها دقيقة، ولكن لا ينبغي الاعتماد عليها لتعكس الوضع الحالي للأبحاث الطبية التي تتغير باستمرار. إذا كنت مهتماً بشأن صحتك، يجب عليك استشارة طبيبك. لا تتحمل مؤسسة ماكميلان المسؤولية عن أية خسائر أو أضرار تنشأ عن أي خطأ في هذه المعلومات أو في المعلومات الخاصة بالغير، مثل تلك المعلومات المعروضة على مواقع الويب التي نضع روابط لها.

© Macmillan Cancer Support 2014. مؤسسة خيرية مسجلة في إنجلترا وويلز (261017) واسكتلندا (SC039907) وجزيرة أيل أوف مان (604). مكتب مسجل 89 ألبرت إيمانكمنت، لندن SE1 7UQ.

MAC15136_Arabic



Large bowel cancer

This fact sheet is about how cancer of the large bowel is diagnosed and treated.

We also have fact sheets in your language about chemotherapy, radiotherapy, surgery, side effects of cancer treatment, what you can do to help yourself, claiming benefits and end of life.

We hope this fact sheet answers your questions. If you have any more questions, you can ask your doctor or nurse at the hospital where you are having treatment.

If you would like to talk to our cancer support specialists about this information in your language, we have interpreters for non-English speakers. You can call the Macmillan Support Line free on **0808 808 00 00**, Monday–Friday, 9am–8pm. If you have problems hearing you can use textphone **0808 808 0121**, or Text Relay. Or you can go to our website **macmillan.org.uk**

This fact sheet is about:

- What is cancer?
- The bowel
- Risk factors and causes
- Symptoms
- How is bowel cancer diagnosed?
- Staging and grading
- Treatment
- Clinical trials
- Follow up
- Your feelings
- More information in your language

What is cancer?

The organs and tissues of the body are made up of tiny building blocks called cells. Cancer is a disease of these cells.

Cells in each part of the body are different but most mend and reproduce themselves in the same way. Normally, cells divide in an orderly way. But if the process gets out of control, the cells carry on dividing and develop into a lump called a tumour.

Not all tumours are cancer. Doctors can tell if a tumour is cancer by removing a small sample of tissue or cells from it. This is called a biopsy. The doctors examine the sample under a microscope to look for cancer cells.

In a benign (non-cancerous) tumour, the cells may grow but cannot spread anywhere else in the body. It usually only causes problems if it puts pressure on nearby organs.

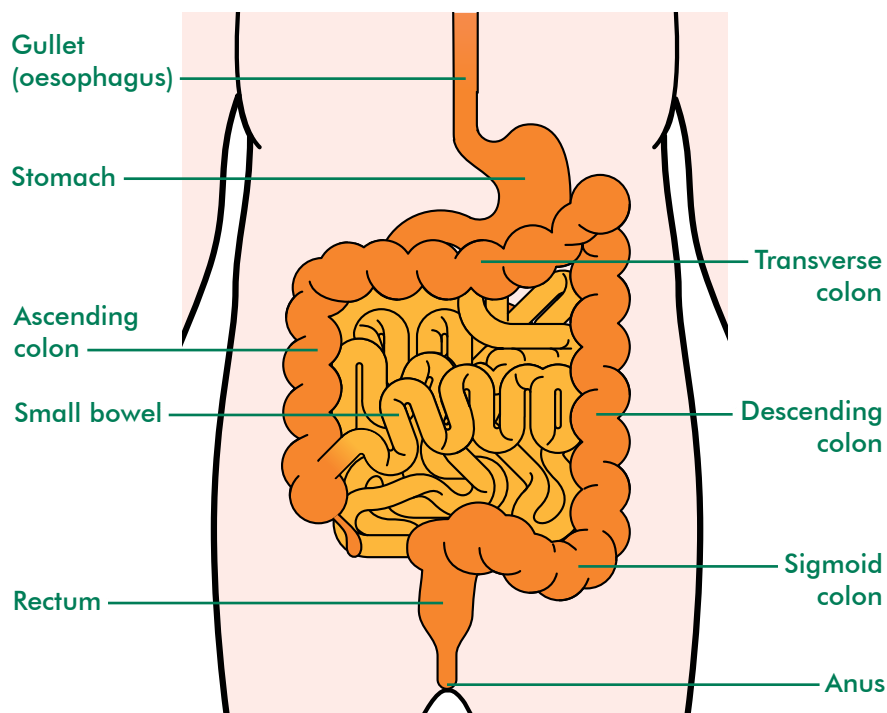
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

The lymphatic system helps to protect us from infection and disease. It's made up of fine tubes called lymphatic vessels. These connect to groups of bean-shaped lymph nodes (glands) all over the body.

When the cells reach another part of the body they begin to grow and form another tumour. This is called secondary cancer or a metastasis.

The bowel

The bowel is part of our digestive system. It has two parts: the small bowel and the large bowel. The large bowel is made up of the colon, rectum and anus.



The digestive system

When you swallow food it passes down the gullet (oesophagus) to the stomach, where digestion begins. It then passes through the small bowel, where essential nutrients are taken into the body.

The digested food then moves into the colon, where water is absorbed. The remaining waste matter, known as stools or faeces, is held in the rectum (back passage) until it's ready to be passed from the body through the anus as a bowel motion (stool).

The walls of the colon and rectum are made up of layers of body tissue. Most colon and rectal cancers start in the inner lining of the bowel and develop from small growths called polyps.

Cancer of the large bowel is cancer of the colon and rectum. It's also called colorectal cancer.

Causes and risk factors

We don't know what causes bowel cancer in most people. There are some risk factors that can increase your chances of getting it.

- **Age** – The risk of developing bowel cancer increases with age.
- **Diet** – A diet containing a lot of red and processed meats and low in fruit and fresh vegetables can increase your risk. Eating fried or grilled meat might also increase your risk.
- **Lifestyle** – This includes getting little exercise and being overweight. It also includes smoking heavily and drinking more than the recommended amounts of alcohol over many years.
- **Family history** – People who have one or more family members with bowel cancer may have a higher risk of developing it. Only about 5% of (5 in every 100) large bowel cancers are thought to be caused by an inherited faulty gene. Talk to your doctor if you are worried about your family history.
- **Familial conditions** – Two rare conditions that can run in families, called familial adenomatous polyposis (FAP) and hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC), can increase the risk of developing bowel cancer.
- **Personal history of inflammatory bowel disease** – People who've had ulcerative colitis or Crohn's disease (diseases of the lining of the bowel) for a long time have an increased risk of developing bowel cancer.

Bowel cancer is not infectious and cannot be passed on to other people.

Symptoms

Symptoms of bowel cancer include:

- blood in, or on, the bowel motions – the blood may be bright red or dark in colour
- a change in your normal bowel habit (such as diarrhoea or constipation) for no obvious reason, lasting for longer than six weeks
- unexplained weight loss
- pain in the tummy (abdomen) or back passage
- a feeling of not having emptied your bowel properly after a bowel motion
- feeling tired and breathless – this can happen if the cancer is bleeding causing anaemia (a low number of red blood cells).

Sometimes the cancer can cause a blockage (obstruction) in the bowel. The symptoms of this are:

- being sick (vomiting)
- constipation
- pain in the abdomen
- a bloated feeling.

These symptoms can be caused by other conditions too, but it is important that you always have them checked by your GP.

How is bowel cancer diagnosed?

You usually begin by seeing your GP. They will feel your tummy (abdomen) and examine your back passage. This is called a rectal examination.

During a rectal examination, the doctor places a gloved finger into your back passage to feel for any lumps or swellings. This may be slightly uncomfortable, but it's not painful

You may have a blood test to check for anaemia. You may also have blood tests to check the health of your liver and kidneys.

If your GP is not sure what the problem is, or thinks that your symptoms could be caused by cancer, they will refer you to a hospital specialist. If your GP thinks you may have cancer, you should be seen at the hospital within 14 days.

At the hospital

These tests can be used to help diagnose bowel cancer. You may not need all of them.

Proctoscopy/sigmoidoscopy

A doctor or specialist nurse will look inside the lining of the large bowel and take samples of cells (biopsies). They will gently pass a thin tube into your back passage. The tube has a light and tiny camera on the end. A proctoscope is a short tube that goes just into the rectum. A sigmoidoscope is a longer tube that can be passed further up into the large bowel.

A proctoscopy or a sigmoidoscopy can be uncomfortable but it doesn't usually hurt.

Colonoscopy

To look inside the whole length of the large bowel, your doctor will do a colonoscopy. During the test, they will take photographs and biopsies of the cells.

The bowel has to be completely empty for this test. This means following a careful diet for the day before your test and taking a medicine (laxative) to clear the bowel. Your hospital will tell you what to do. A colonoscopy can be uncomfortable, but you will be given a sedative that will help to relax you.

Virtual colonoscopy (CT colonography)

A CT scanner takes a series of x-ray pictures of your bowel. A computer then puts the pictures together to give a three-dimensional picture of your bowel.

Your bowel has to be completely empty for the scan. You may be given an injection of a medicine that will help the muscles of your bowel to relax. You may also have an injection of a dye (contrast medium) at the same time. Your doctor will tell you if you are going to have this.

Further tests

If the biopsy shows that you have cancer, you may have other tests too. These aim to find out the size and position of the cancer, and to see whether it has spread. They may include:

- blood tests
- a chest x-ray
- a CT scan
- a CT/PET scan
- an MRI scan
- a barium enema
- an ultrasound scan.

Your doctor or nurse will explain which tests you need and what will happen.

Waiting for test results can be an anxious time for you. It may help to talk about your worries with a relative or friend. You could also speak to one of our cancer support specialists in your language on **0808 808 00 00**.

Staging and grading

Knowing the stage and grade of the cancer helps doctors decide on the right treatment for you.

Staging

Bowel cancer is divided into four stages:

- **Stage 1** – The cancer has not spread beyond the original tumour.
- **Stage 2** – Tumours may have grown through the bowel wall and into nearby tissues, but have not spread to nearby lymph nodes.
- **Stage 3** – Tumour cells can be found in nearby lymph nodes.
- **Stage 4** – The tumour has spread to other parts of the body.

Grading

Grading shows how the cancer cells look under the microscope compared with normal bowel cells.

- **Grade 1 (low-grade)** – The cancer cells look similar to normal cells and grow very slowly.
- **Grade 2 (moderate-grade)** – The cancer cells look more abnormal and are slightly faster growing.
- **Grade 3 (high-grade)** – The cancer cells look very different from normal cells and tend to grow quickly.

Treatment

Deciding on the best treatment isn't always easy. Your doctor will need to think about a lot of things. The most important of these are:

- the stage and grade of the cancer
- your general health
- the likely side effects of treatment
- your views about the possible side effects.

Although your doctors may have a good idea about which treatments you will need, you may need to have an operation before they can decide.

It's important to talk about any treatment with your doctor, so that you understand what it means. It's a good idea to take someone with you who can speak both your language and English. Interpreters may be available if you need one, but try to let the hospital know before if you would like one to be there. You will have to sign a consent form to show that you understand and agree to the treatment. You will not be given a treatment unless you have agreed to it.

Colon cancer and rectal cancer are treated in different ways.

Surgery

The type of surgery you have depends on the stage of the cancer and where it is in the bowel. Your doctor will talk to you about this.

Surgery for colon cancer

Total colectomy – removes the whole colon.

Hemi-colectomy – removes half of the colon. This may be the left or right side, depending on where the cancer is.

Sigmoid colectomy – removes the sigmoid colon.

During the surgery, the piece of bowel that contains the cancer is removed and the two open ends are then joined together. If the bowel can't be joined together, you may need a stoma. This is an opening of the bowel on the tummy wall. It may be temporary or permanent. Your doctor and specialist nurse will talk to you about this before you have any surgery. There is more information about stomas in the section below.

The lymph nodes near the colon are also removed. This is because the cancer would spread to them first.

Surgery for rectal cancer

Total mesorectal excision (TME) – removes the whole rectum as well as the fatty tissue that surrounds it. This tissue contains the lymph nodes.

The TME operation can be done in different ways. It depends on where the cancer is in the rectum.

- **Low anterior resection** – is used for cancers in the upper and middle parts of the rectum (close to the colon). The piece of bowel that contains the cancer is removed and the two ends are joined together. If the bowel can't be joined together you will need a stoma (see the section below about stomas).
- **Abdomino-perineal resection** – is usually used for cancers in the lower end of the rectum. After this operation you will need a permanent stoma.

Surgery for early stage bowel cancer

An operation called a **local resection** or **transanal resection** can sometimes remove small, very early-stage bowel cancers. Surgical instruments are passed through the anus into the rectum or colon to remove the cancer.

You may need to have a second operation to remove more of the bowel if the tumour is high-grade. There are different ways to remove the cancer depending on where it is in the bowel. Your doctor will explain the operation to you.

Surgery for advanced bowel cancer

If the cancer is too large to be removed, it may press on the bowel and make it narrower. Sometimes doctors can insert a thin metal tube (a stent) into the bowel to keep it open. They will insert the stent using a colonoscope. You will have a mild sedative to help you relax and you may need to stay in hospital for a short time afterwards.

You can sometimes have surgery to remove the cancer when it has spread to just one area of the body, such as the liver or lungs.

Laparoscopic (keyhole) surgery

This operation uses four or five small cuts in the abdomen rather than one bigger incision. A laparoscope (a thin tube containing a light and camera) is passed into the abdomen through one of the cuts and the cancer is removed. Recovery from this operation is usually quicker. This type of surgery is used by some hospitals. Your surgeon will discuss with you if this is appropriate for you.

Stomas

If the ends of the bowel cannot be joined together, the upper end can be brought out onto the skin of the abdominal wall. This is called a stoma. There are two types of stoma: an ileostomy, which is usually temporary; or a colostomy, which is often permanent. You wear a bag over the stoma to collect the stool (bowel motions).

A temporary stoma allows the newly joined bowel to heal. You will have another operation to rejoin the bowel a few months later. This is called a stoma reversal. Permanent stomas (usually colostomies) are created when it has not been possible to reconnect the bowel.

A stoma nurse will give you more advice and information.

Chemotherapy

Chemotherapy is a treatment that uses anti-cancer (cytotoxic) drugs to destroy cancer cells. You don't usually need it for stage 1 bowel cancers.

For stage 2 bowel cancers, the risk of the cancer coming back is low so you may not need chemotherapy. Giving chemotherapy after surgery is known as **adjuvant treatment**. It aims to reduce the risk of the cancer coming back.

People with stage 3 bowel cancer are usually offered chemotherapy.

Chemotherapy is sometimes given before an operation. This is called **neo-adjuvant chemotherapy**. It aims to make the cancer smaller, to make it easier to remove. You may be able to avoid having a permanent stoma after this treatment.

Chemoradiotherapy

This is a combination of chemotherapy and radiotherapy. It is sometimes called chemoradiation.

The chemotherapy drugs can make the cancer cells more sensitive to radiotherapy. Combining the treatments may be more effective than having either chemotherapy or radiotherapy alone.

Giving chemotherapy and radiotherapy together can make the side effects of the treatment worse. Your doctor or specialist nurse can give you more information about chemoradiotherapy and the possible side effects of this treatment.

Advanced bowel cancers

Chemotherapy may also be given when the cancer has spread to another part of the body (secondary or advanced cancer). This aims to shrink the cancers and reduce symptoms. It can sometimes help you live longer.

We have more information in your language about how chemotherapy is given and some of the side effects you may have.

Targeted (biological) therapies

Targeted therapies work on the difference between cancer cells and normal cells and try to stop cancer cells growing.

There are several different types. The main ones used to treat bowel cancer are cetuximab (Erbix[®]), bevacizumab (Avastin[®]), panitumab (Vectibix[®]) and aflibercept (Zaltrap[®]).

They can be used to treat colorectal cancers that have spread outside the bowel. Not all bowel cancers respond to cetuximab or panitumumab.

Radiotherapy

Radiotherapy treats cancer by using high-energy x-rays to destroy the cancer cells, while doing as little harm as possible to normal cells.

It can be used to relieve the symptoms of colon cancer, although this is rare.

Radiotherapy for rectal cancer

Before surgery

You may have radiotherapy before surgery to make a rectal cancer smaller and easier to remove. It also reduces the chance of the cancer coming back.

You may have a short course of radiotherapy over a week before your surgery. Or you may have it as a longer course lasting up to six weeks. The longer treatment is usually given with chemotherapy (chemoradiotherapy), which can help make the radiotherapy work better.

After the course of radiotherapy, you will have to wait a few weeks for the side effects to settle down before you can have the operation.

After surgery

If you didn't have radiotherapy before surgery, you may have it afterwards. This could be if:

- the cancer was difficult to remove
- some cancer cells may be left behind
- the cancer had spread through the bowel wall or into nearby lymph nodes.

You may be given this type of radiotherapy every weekday for 4–5 weeks.

Advanced rectal cancer

If the cancer has spread or come back (particularly in the pelvic area), after your first treatment, you may have radiotherapy to make it smaller. It can also relieve symptoms such as pain.

We have more information in your language about how radiotherapy is planned and given, and some of the side effects you may have.

Clinical trials

Cancer research trials are carried out to try to find new and better treatments for cancer. Trials that are carried out on patients are called clinical trials. Many hospitals now take part in these trials. Speak to your doctor about current bowel cancer research.

Follow up

After your treatment has finished, you'll have regular check-ups and blood tests. You may also have CT scans and colonoscopies. These may continue for several years, but will become less and less frequent.

Your feelings

You may feel overwhelmed when you are told you have cancer and have many different emotions. These can include anger, resentment, guilt, anxiety and fear. These are all normal reactions and are part of the process many people go through in trying to come to terms with their illness. There is no right or wrong way to feel. You'll cope with things in your own way.

More information in your language

- Breast cancer fact sheet
- Chemotherapy fact sheet
- Claiming benefits fact sheet
- Lung cancer fact sheet
- Prostate cancer fact sheet
- Radiotherapy fact sheet
- Side effects of cancer treatment fact sheet
- Surgery fact sheet
- What you can do to help yourself fact sheet

This fact sheet has been written, revised and edited by Macmillan Cancer Support's Cancer Information Development team. It has been approved by our medical editor, Dr Tim Iveson, Consultant Clinical Oncologist.

With thanks to Aileen Roy, Colorectal Clinical Nurse Specialist; Fiona Butler, Colorectal Cancer Clinical Nurse Specialist; and the people affected by cancer who reviewed this fact sheet.

We have used information from many reliable sources to write this fact sheet. These include:

- *Improving Outcomes in Colorectal Cancer: The Manual Update*. June 2004. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- *Management of Colorectal Cancer: A National Clinical Guideline*. March 2003. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- *Computerised tomographic colonoscopy (virtual colonoscopy) – guidance*. June 2005. NICE.
- *Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer*. August 2009. NICE.

We make every effort to ensure that the information we provide is accurate but it should not be relied upon to reflect the current state of medical research, which is constantly changing. If you are concerned about your health, you should consult your doctor. Macmillan cannot accept liability for any loss or damage resulting from any inaccuracy in this information or third-party information such as information on websites to which we link.

© Macmillan Cancer Support 2014. Registered charity in England and Wales (261017), Scotland (SC039907) and the Isle of Man (604). Registered office 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

