Large bowel cancer: Gujarati

મોટા આંતરડાનું કેન્સર

આ માહિતી પત્રિકા મોટા આંતરડાના કેન્સરનું કઈ રીતે નિદાન અને સારવાર થાય છે તેના વિશે છે.

અમારી પાસે કીમોથેરપી, રેડિયોથેરપી, શસ્ત્રક્રિયા, કેન્સરની સારવારની આડઅસરો, તમે પોતાને મદદ કરવા માટે શું કરી શકો, બેનિફિટો ક્લેઈમ કરવા અને જીવનના અંત વિશે તમારી ભાષામાં પણ માહિતી પત્રિકાઓ છે.

અમને આશા છે કે આ માહિતી પત્રિકા તમારા પ્રશ્નોનાં જવાબ આપશે. જો તમને વધુ પ્રશ્નો હોય તો તમે જ્યાં સારવાર લઈ રહ્યા હો તે હૉસ્પિટલમાં તમે તમારા ડૉક્ટર અથવા નર્સને પૂછી શકો છો.

જો તમે આ માહિતી વિશે તમારી ભાષામાં અમારા કેન્સરના સહાયક નિષ્ણાતો સાથે વાત કરવા માંગતા હો તો અમે બિન-અંગ્રેજી ભાષીઓ માટે દુભાષિયાઓ ધરાવીએ છીએ. તમે સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 9 વાગ્યાથી રાત્રે 8 વાગ્યા સુધી **0808 808 00 00** પર Macmillan Support Line - મેકમિલન સપોર્ટ લાઈનનો નિ:શુલ્ક સંપર્ક કરી શકો છો. જો તમને સાંભળવાની તકલીફ હોય તો તમે ટેક્સફોન **0808 808 0121**, અથવા Text Relay - ટેક્સ્ટ રિલેનો ઉપયોગ કરી શકો છો. અથવા તમે અમારી વેબસાઈટ **macmillan.org.uk પર જઈ શકો છો.**

આ માહિતી પત્રિકા આના વિશે છે:

- કેન્સર શું છે?
- આંતરડું
- જોખમના પરિબળો અને કારણો
- લક્ષણો
- આંતરડાના કેન્સરનું નિદાન કેવી રીતે થાય છે?
- સ્ટેજીંગ અને ગ્રેડિંગ
- સારવાર
- નૈદાનિક અજમાયશો
- આગળની તપાસ
- તમારી લાગણીઓ
- તમારી ભાષામાં વધુ માહિતી

કેન્સર શું છે?

શરીરના અંગો અને પેશીપેશીઓ કોષના નામે ઓળખાતા સૂક્ષ્મ નિર્માણ ઘટકોના બનેલા હોય છે. કેન્સર એ આ કોષોનો રોગ છે.

શરીરના પ્રત્યેક ભાગમાં કોષો અલગ હોય છે પરંતુ મોટાભાગનાં પોતાને દુરસ્ત કરવાનું અને પુન:સર્જન કરવાનું કામ સમાન રીતે કરે છે. સામાન્ય રીતે, કોષો ક્રમબદ્ધ રીતે વિભાજન પામે છે. પરંતુ જો આ પ્રક્રિયા નિયંત્રણ બહાર જાય તો કોષો વિભાજન પામવાનું ચાલુ રાખે છે અને તેઓ ગાંઠ કહેવાતા ગઠ્ઠામાં વિકસે છે.

બધી ગાંઠો કેન્સર હોતી નથી. ડૉક્ટરો ગાંઠમાંથી પેશી અથવા કોષોનો નાનો નમૂનો લઈને કહી શકે છે કે તે કેન્સર છે કે નહીં. આને બાયોપ્સી કહે છે. કેન્સરના કોષો જોવા માટે ડૉક્ટકો માઈક્રોસ્કોપ હેઠળ નમૂનાને તપાસે છે.

સૌમ્ય (કેન્સરરહિત) ગાંઠમાં કોષો વૃદ્દિધ પામી શકે છે પરંતુ શરીરમાં અન્યત્ર ક્યાંય ફેલાતા નથી. જો તે નજીકના અંગો પર દબાણ કરે તો જ સામાન્ય રીતે તે સમસ્યાઓ કરી શકે છે.

જીવલેણ (કેન્સરયુક્ત) ગાંઠમાં, કોષો નજીકની પેશીમાં વૃદ્દિધ પામી શકે છે. ક્યારેક, કેન્સર જ્યાં પ્રથમ શરૂ થયું હોય (પ્રાથમિક જગ્યા) ત્યાંથી કેન્સરના કોષો શરીરના અન્ય ભાગો સુધી ફેલાઈ શકે છે. તેઓ લોહી અથવા લસિકા તંત્રમાંથી પ્રવાસ કરી શકે છે.

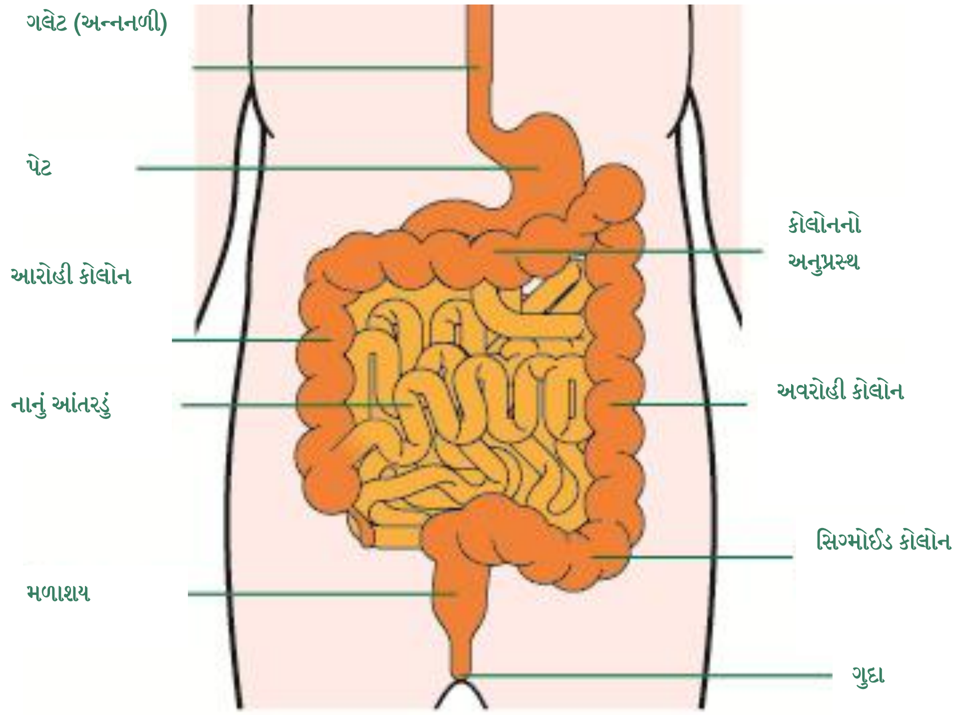
લસિકા તંત્ર આપણને ચેપ અને રોગ સામે રક્ષણ આપવામાં મદદ કરે છે. તે લસિકા વાહિનીઓ કહેવાતી સૂક્ષ્મ નલિકાઓનું બનેલું હોય છે. આ સમગ્ર શરીરમાં વાલ આકારની લસિકા ગ્રંથિઓ (ગ્લેન્ડ્સ)ના સમૂહો સાથે જોડાયેલી હોય છે.

જ્યારે કોષો શરીરના અન્ય ભાગો સુધી પહોંચે છે ત્યારે તેઓ વૃદ્દિધ પામવાનું શરૂ કરે છે અને અન્ય ગાંઠ બનાવે છે. આને માધ્યમિકકેન્સર અથવા મેટાસ્ટેસિસ કહે છે.

આંતરડું

આંતરડું એ આપણા પાચન તંત્રનો ભાગ છે. તેના બે ભાગો છે: નાનું આંતરડું અને મોટું આંતરડું. મોટું આંતરડું કોલોન, મળાશય અને ગુદાનું બનેલું છે.

આંતરડું - કોલોન અને મળાશય



જ્યારે તમે ખોરાક ગળો છો ત્યારે તે ગલેટ (અન્નનળી)માંથી પસાર થઈને પેટ સુધી જાય છે જ્યાં પાચન ક્રિયા શરૂ થાય છે. ત્યારબાદ તે નાનાં આંતરડામાંથી પસાર થાય છે જ્યાં આવશ્યક પોષકતત્ત્વો શરીરમાં ગ્રહણ થાય છે.

પચેલો ખોરાક ત્યારબાદ કોલોનમાં જાય છે જ્યાંથી પાણી શોષાય છે. બાકીનો કચરો કે જે મળ અથવા વિષ્ટા તરીકે ઓળખાય છે જે તે શરીરમાંથી મળાશય દ્વારા શૌચ (મળ) તરીકે બહાર ફેંકાવા માટે તૈયાર ન હોય ત્યાં સુધી મળાશય (પાછળનો માર્ગ)માં રહે છે.

કોલોન અને મળાશયની દીવાલો દૈહિક પેશીના સ્તરોની બનેલી હોય છે. કોલોન અને મળાશયના મોટાભાગનાં કેન્સર આંતરડાનાં અંદરના અસ્તરમાં શરૂ થાય છે અને પૉલિપ્સ કહેવાતા નાના વિકાસમાંથી વિકસે છે.

મોટા આંતરડાનું કેન્સર એ કોલોન અને મળાશયનું કેન્સર છે. તેને કોલોરેક્ટલ કેન્સર પણ કહે છે.

કારણો અને જોખમના પરિબળો

મોટાભાગનાં લોકોમાં આંતરડાનું કેન્સર શા કારણે થાય છે તે આપણે જાણતાં નથી. કેટલાક જોખમના પરિબળો છે જેનાથી તમને તે થવાની સંભાવનાઓ વધી શકે છે.

- ઉંમર - મોટા આંતરડાનું કેન્સર થવાનું જોખમ ઉંમરની સાથે વધે છે.
- આહાર – ખૂબ લાલ અને પ્રક્રિયા કરેલ માંસ ધરાવતો અને ફળો તથા તાજાં શાકભાજી ઓછાં હોય તેવો આહાર તમારા જોખમને વધારી શકે છે. તળેલું અથવા ગ્રિલ કરેલું માંસ ખાવાથી પણ તમારું જોખમ વધી શકે છે.
- જીવનશૈલી - આમાં કસરત ઓછી કરવાનો અને સ્થૂળ હોવાનો સમાવેશ થાય છે. તેમાં ઘણાં વર્ષો સુધી ભલામણ કરેલાં પ્રમાણથી ઘણું વધારે ભારે ધુમ્રપાન કરવાનો અને આલ્કોહૉલ પીવાનો પણ સમાવેશ થાય છે.
- કૌટુંબિક ઇતિહાસ - જેમના ઘરમાં આંતરડાનું કેન્સર ધરાવતા એક કે વધુ કુટુંબીજનો હોય તેમને તે થવાનું જોખમ વધારે હોય છે. મોટા આંતરડાના કેન્સરમાંથી માત્ર લગભગ 5% (દર 100માંથી 5) વારસામાં મળેલા ખામીયુક્ત જનીનને કારણે થતા હોવાનું માનવામાં આવે છે. જો તમને તમારા કૌટુંબિક ઇતિહાસ વિશે ચિંતા હોય તો તમારા ડૉક્ટર સાથે વાત કરો.
- કૌટુંબિક પરિસ્થિતિઓ - બે જવલ્લે જોવા મળતી સ્થિતિઓ જે કુટુંબમાં ચાલતી હોઈ શકે છે જેને ફેમિલિઅલ એડેનોમેટસ પોલિપોસિસ (FAP) અને વારસાગત નૉન-પોલિપોસિસ કોલોન કેન્સર (HNPCC) કહે છે તેનાથી આંતરડાનું કેન્સર થવાનું જોખમ વધી શકે છે.
- સોજાકારક આંતરડાના રોગનો વ્યક્તિગત ઇતિહાસ - લાંબા સમયથી જેમને અલ્સરેટિવ કોલાઈટિસ અથવા ક્રોન્સ ડિસીઝ (આંતરડાના અસ્તરના રોગો) હોય તેવા લોકોને આંતરડાનું કેન્સર થવાનું જોખમ વધારે હોય છે.

આંતરડાનું કેન્સર ચેપી નથી અને અન્ય લોકોમાં તે ફેલાવી શકાતું નથી.

લક્ષણો

આંતરડાના કેન્સરના લક્ષણોમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે:

- મળત્યાગમાં લોહી અથવા મળમાં લોહી - લોહી ચમકતાં લાલ રંગનું અથવા ઘેરું હોઈ શકે છે
- કોઈ સ્પષ્ટ કારણ વિના તમારી મળત્યાગની આદતમાં ફેરફાર (જેમ કે ઝાડા અથવા કબજિયાત) જે છ અઠવાડિયાથી વધુ સમય માટે ચાલે
- વજનમાં ન સમજાવી શકાય તેવો ઘટાડો
- પેટ (ઉદર) અથવા મળના માર્ગમાં દુખાવો
- મળત્યાગ કર્યા બાદ આપનું આંતરડું બરાબર ખાલી ન થયું હોવાની લાગણી
- થાક અને શ્વાસ ચડવાની લાગણી - જો કેન્સરમાં રક્તસ્ત્રાવ થતો હોય જેનાથી એનિમિયા (લોહીના લાલ કણોની સંખ્યા ઓછી થવી) થતો હોય તો આમ થઈ શકે છે.

ક્યારેક કેન્સરથી આંતરડામાં બ્લૉકેજ (અવરોધ) થઈ શકે છે. આના લક્ષણો આ છે:

- ઊલટી થવી
- કબજિયાત
- પેટમાં દુખાવો
- ફૂલેલું હોવાની લાગણી.

આ લક્ષણો અન્ય સ્થિતિઓ દ્વારા પણ થઈ શકે છે, પરંતુ તમે હંમેશાં તમારા GP - જીપી દ્વારા તેની ચકાસણી કરાવો તે અગત્યનું છે.

આંતરડાના કેન્સરનું નિદાન કેવી રીતે થાય છે?

તમે સામાન્ય રીતે તમારા GP - જીપીને મળીને શરૂઆત કરો છો. તેઓ તમારા પેટ (ઉદર)ને અડી જોશે અને તમારા મળમાર્ગને તપાસશે. આને મળાશયની તપાસ કહે છે.

મળાશયની તપાસ દરમિયાન, ડૉક્ટર મોજા પહેરીને એક આંગળી તમારા મળમાર્ગમાં મૂકે છે જેથી કોઈપણ ગઠ્ઠા કે સોજા હોય તો અનુભવી શકાય. આ સહેજ અગવડદાયક લાગી શકે છે પરંતુ તે પીડાદાયક નથી.

એનિમિયા માટે ચકાસણી કરવા માટે તમે લોહીનું પરીક્ષણ કરાવી શકો છો. તમારા યકૃત અને કિડની(મૂત્રપિંડ)ના સ્વાસ્થ્યની ચકાસણી કરાવવા માટે તમે લોહીના પરીક્ષણો પણ કરાવી શકો છો.

શું સમસ્યા છે તે અંગે જો તમારા GP - જીપી ચોક્કસ ન હોય અથવા એવું વિચારતા હોય કે તમારા લક્ષણો કેન્સર સાથે સંબંધિત હોઈ શકે છે તો તેઓ તમને હૉસ્પિટલ નિષ્ણાત પાસે જવાની ભલામણ કરશે. જો તમારા GP - જીપી માનતા હોય કે તમને કેન્સર હોઈ શકે છે, તો 14 દિવસોની અંદર હૉસ્પિટલમાં તમારી તપાસ થવી જોઈએ.

હૉસ્પિટલમાં

આંતરડાના કેન્સરનું નિદાન કરવામાં મદદ માટે આ પરીક્ષણોનો ઉપયોગ થઈ શકે છે. તમને તે બધાની જરૂર ન પડે તેમ બની શકે છે.

પ્રૉક્ટોસ્કોપી/સિગ્મોઈડોસ્કોપી

ડૉક્ટર અથવા નિષ્ણાત નર્સ તમારા મોટા આંતરડાના અસ્તરની અંદર જોશે અને કોષોના નમૂના લેશે (બાયોપ્સી). તેઓ હળવેથી એક પાતળી નળી તમારા મળમાર્ગમાં પસાર કરશે. નળીના એક છેડે હળવો અને નાનો કેમેરા હોય છે. પ્રૉક્ટોસ્કોપ એ એક ટૂંકી નળી છે જે મળાશયમાં થોડે સુધી જ જઈ શકે છે. સિગ્મોઈડોસ્કોપ એ વધારે લાંબી નળી છે જેને મોટા આંતરડામાં વધારે અંદર સુધી પસાર કરી શકાય છે.

પ્રૉક્ટોસ્કોપી અથવા સિગ્મોઈડોસ્કોપી અગવડદાયક હોઈ શકે છે પરંતુ તેનાથી સામાન્ય રીતે દુખાવો થતો નથી.

કોલોનોસ્કોપી

મોટા આંતરડાની સમગ્ર લંબાઈની અંદર જોવા માટે તમારા ડૉક્ટર કોલોનોસ્કોપી કરશે. પરીક્ષણ દરમિયાન તેઓ કોષોની તસ્વીરો અને બાયોપ્સી લેશે.

આ પરીક્ષણ માટે આંતરડું સંપૂર્ણપણે ખાલી હોવું જરૂરી છે. આનો અર્થ છે તમારા પરીક્ષણના એક દિવસ પહેલાં કાળજીપૂર્વકના આહારનું અનુસરણ કરવું અને આંતરડાને ખાલી કરવા માટે એક દવા (લેક્સેટિવ) લેવી. તમારી હૉસ્પિટલ તમને કહેશે કે શું કરવું. કોલોનોસ્કોપી અગવડદાયક હોઈ શકે છે પરંતુ તમને સેડેટિવ (શાંતિદાયક ઔષધઃ આપવામાં આવશે જે તમને આરામદાયક થવામાં મદદ કરશે.

વર્ચ્યુઅલ કોલોનોસ્કોપી (CT કોલોનોગ્રાફી)

CT સ્કેનર તમારા આંતરડાનાં શ્રેણીબદ્ધ એક્સ-રે ચિત્રો લે છે. કમ્પ્યૂટર ત્યારબાદ તમારા આંતરડાનું ત્રિપરિમાણીય ચિત્ર આપવા માટે આ ચિત્રોને સાથે મૂકે છે.

સ્કેન માટે તમારું આંતરડું સંપૂર્ણપણે ખાલી હોવું જરૂરી છે. તમારા આંતરડાના સ્નાયુઓને શિથિલ બનવામાં મદદ કરતી દવાનું ઈન્જેક્શન તમને આપવામાં આવી શકે છે. બરાબર એ જ સમયે તમને ડાઈનું ઈન્જેક્શન (કૉન્ટ્રાસ્ટ મીડિયમ) પણ આપવામાં આવી શકે છે. તમે આ કરવામાં આવનાર છે કે કેમ તે તમને તમારા ડૉક્ટર કહેશે.

વધુ પરીક્ષણો

જો બાયોપ્સી બતાવે કે તમને કેન્સર છે તો તમારે અન્ય પરીક્ષણો પણ કરાવવા પડી શકે છે. આનો હેતુ કેન્સરનું કદ અને સ્થાન શોધવાનો અને તે ફેલાયું છે કે કેમ તે જોવાનો છે. તેમાં આનો સમાવેશ થઈ શકે છે:

- લોહીના પરીક્ષણો
- છાતીનો ઍક્સ-રે
- CT સ્કેન
- CT/PET સ્કેન
- MRI સ્કેન
- બેરિયમ એનિમા
- અલ્ટ્રાસાઉન્ડ સ્કેન.

તમારા ડૉક્ટર અથવા નર્સ સમજાવશે કે તમને કયા પરીક્ષણોની જરૂર છે અને શું થશે.

પરીક્ષણના પરિણામોની રાહ જોવાનો સમય તમારા માટે ચિંતાથી ભરેલો હોઈ શકે છે. કોઈ સંબંધી અથવા મિત્ર સાથે તમારી ચિંતાઓ અંગે વાત કરવાથી મદદ મળી શકે છે. તમે 0808 808 00 00 પર તમારી ભાષામાં અમારા કેન્સર સહાય નિષ્ણાતો પૈકીના એક સાથે પણ વાત કરી શકો છો.

સ્ટેજીંગ અને ગ્રેડિંગ

તમારા કેન્સરનો તબક્કો અને ગ્રેડ જાણવાથી ડૉક્ટરને તમારા માટે યોગ્ય સારવાર નક્કી કરવામાં મદદ મળે છે.

તબક્કા

આંતરડાના કેન્સરને ચાર તબક્કાઓમાં વહેંચી શકાય:

- **તબક્કો 1** – કેન્સર મૂળ ટ્યુમરથી આગળ ફેલાયું નથી.
- **તબક્કો 2** – ટ્યુમર આંતરડાની દીવાલમાંથી વિકસ્યા હોઈ શકે છે અને નજીકની પેશીઓમાં પહોંચ્યા હોઈ શકે છે, પરંતુ નજીકની લસિકાગ્રંથિઓમાં ફેલાયા હોતા નથી.
- **તબક્કો 3** – ટ્યુમરના કોષો નજીકની લસિકાગ્રંથિઓમાં જોવા મળી શકે છે.
- **તબક્કો 4** – ટ્યુમર શરીરના અન્ય ભાગોમાં ફેલાયું છે.

ગ્રેડિંગ

ગ્રેડિંગ દર્શાવે છે કે આંતરડાનાં સામાન્ય કોષોની સરખામણીએ કેન્સરના કોષો માઈક્રોસ્કોપ હેઠળ કેવા દેખાય છે.

- **ગ્રેડ 1 (લો-ગ્રેડ)** – કેન્સરના કોષો સામાન્ય કોષો જેવા દેખાય છે અને ખૂબ ધીમેથી વૃદ્ધિ પામે છે.
- **ગ્રેડ 2 (મધ્યમ ગ્રેડ)** – કેન્સરના કોષો વધારે અસામાન્ય દેખાય છે અને તેઓ સહેજ વધારે ઝડપથી વૃદ્ધિ પામે છે.
- **ગ્રેડ 3 (હાઈ-ગ્રેડ)** – કેન્સરના કોષો સામાન્ય કોષો કરતાં વધારે અલગ દેખાય છે અને ઝડપથી વૃદ્ધિ પામવાનું વલણ ધરાવે છે.

સારવાર

શ્રેષ્ઠ સારવાર નક્કી કરવાનું કામ હંમેશાં સરળ નથી હોતું. તમારા ડૉક્ટરે ઘણી બધી બાબતો અંગે વિચાર કરવો પડે છે. આ પૈકી સૌથી અગત્યની બાબતો આ છે:

- કેન્સરનો તબક્કો અને ગ્રેડ
- તમારું સામાન્ય સ્વાસ્થ્ય
- સારવારની સંભવિત આડઅસરો

- સંભવિત આડઅસરો વિશે તમારા વિચારો.

તમને કઈ સારવારની જરૂર પડશે તેના વિશે તમારા ડૉક્ટરને વધુ સારો ખ્યાલ હોઈ શકે તેમ છતાં તેઓ નિર્ણય લઈ શકે તે પહેલાં તમારે શસ્ત્રક્રિયા કરાવવાની જરૂર પડી શકે છે.

કોઈપણ સારવાર વિશે તમારા ડૉક્ટર સાથે વાત કરવી અગત્યની છે જેથી તેનો શો અર્થ થાય છે તે તમે સમજી શકો. તમારી ભાષા અને અંગ્રેજી બંને બોલી શકે એવી કોઈ વ્યક્તિને સાથે લઈ જવી એ સારો વિચાર છે. જો તમને જરૂર પડે તો દુભાષિયાઓ ઉપલબ્ધ હશે, પરંતુ જો ત્યાં કોઈ દુભાષિયો હાજર રહે તેવું તમે ઈચ્છતા હો તો હૉસ્પિટલને જાણ કરવાની કોશિશ કરો. તમે સારવાર સમજો છો અને તેના માટે સંમતિ આપો છો તે બતાવવા માટે તમારે સંમતિપત્રકમાં સહી કરવાની જરૂર પડશે. તમે સંમતિ આપી ન હોય તે સિવાય તમને કોઈ સારવાર આપવામાં આવશે નહીં.

કોલોન કેન્સર અને મળાશયના કેન્સરની સારવાર અલગ અલગ રીતે કરવામાં આવે છે.

શસ્ત્રક્રિયા
તમે જે પ્રકારની શસ્ત્રક્રિયા કરાવશો તેનો આધાર કેન્સરના તબક્કા અને આંતરડામાં તે ક્યાં છે તેના પર છે. આપના ડૉક્ટર આ અંગે આપની સાથે વાત કરશે.

કોલોન કેન્સર માટેની શસ્ત્રક્રિયા

ટોટલ કોલેક્ટૉમી - સંપૂર્ણ કોલોન દૂર કરવામાં આવે છે.

હેમી-કોલેક્ટૉમી - અડધું કોલોન દૂર કરવામાં આવે છે. કેન્સર ક્યાં છે તેના આધારે આ ડાબી કે જમણી બાજુએ હોઈ શકે છે.

સિગ્મોઈડ કોલેક્ટૉમી - સિગ્મોઈડ કોલોન દૂર કરવામાં આવે છે.

શસ્ત્રક્રિયા દરમિયાન આંતરડાનો ટુકડો કે જે કેન્સર ધરાવે છે તેને દૂર કરવામાં આવે છે અને બે ખુલ્લાં છેડાઓને ત્યારબાદ સાથે જોડવામાં આવે છે. જો આંતરડાને સાથે જોડી ન શકાય તો તમારે સ્ટોમાની જરૂર પડી શકે છે. તે પેટની દીવાલ પર આંતરડાના ખૂલવાનું દ્વાર છે. તે કામચલાઉ અથવા કાયમી હોઈ શકે છે. તમે કોઈપણ શસ્ત્રક્રિયા કરાવો તે પહેલાં તમારા ડૉક્ટર અને નિષ્ણાત તમારી સાથે આ અંગે વાત કરશે. સ્ટોમા વિશે વધુ માહિતી નીચેના વિભાગમાં છે.

કોલોનની પાસેની લસિકાગ્રંથિઓ પણ દૂર કરવામાં આવે છે. આનું કારણ એ છે કે કેન્સર પ્રથમ તેમના પર ફેલાશે.

મળાશયના કેન્સર માટેની શસ્ત્રક્રિયા

ટોટલ મેસૉરેક્ટલ એક્સિઝન (TME) – તેમાં સમગ્ર મળાશય તેમજ તેની આસપાસ આવેલ ચરબીયુક્ત પેશી દૂર કરવામાં આવે છે. આ પેશી લસિકાગ્રંથિઓ ધરાવે છે.

TME શસ્ત્રક્રિયા અલગ અલગ રીતે કરવામાં આવી શકે છે. કેન્સર મળાશયમાં ક્યાં છે તેના પર તેનો આધાર છે.

- **લો એન્ટિરિયર રિસેક્શન** – તેનો ઉપયોગ મળાશયના ઉપલા અને મધ્ય ભાગોમાં (કોલોનની નજીક) કેન્સર માટે થાય છે. આંતરડાનો એ ટુકડો કે જે કેન્સર ધરાવે છે તેને દૂર કરવામાં આવે છે અને બે છેડાઓને સાથે જોડવામાં આવે છે. જો આંતરડાને સાથે જોડી ન શકાય તેમ હોય તો તમારે સ્ટોમાની જરૂર પડશે (જુઓ નીચે સ્ટોમા વિશેનો વિભાગ).
- **એબ્ડૉમિનો-પેરિનિઅલ રિસેક્શન** – એ સામાન્ય રીતે મળાશયના નીચલા છેડામાં કેન્સર માટે વપરાય છે. આ શસ્ત્રક્રિયા બાદ તમને કાયમી સ્ટોમાની જરૂર પડશે.

પ્રારંભિક તબક્કાના આંતરડાના કેન્સર માટે શસ્ત્રક્રિયા
લોકલ રિસેક્શન અથવા **ટ્રાન્સએનાલ રિસેક્શન** કહેવાતી શસ્ત્રક્રિયાથી ક્યારેક નાના, ઘણાં આરંભિક તબક્કાના આંતરડાના કેન્સર દૂર થઈ શકે છે. કેન્સર દૂર કરવા માટે સર્જીકલ સાધનોને ગુદા દ્વારા મળાશય અથવા કોલોનમાં પસાર કરવામાં આવે છે.

જો ટ્યુમર ઉચ્ચ ગ્રેડનું હોય તો આંતરડાનો વધારે ભાગ દૂર કરવા માટે તમારે બીજી શસ્ત્રક્રિયા કરાવવાની જરૂર પડી શકે છે. કેન્સર આંતરડામાં ક્યાં છે તેના આધારે તેને દૂર કરવાના વિવિધ માર્ગો છે. તમારા ડૉક્ટર તમને શસ્ત્રક્રિયા સમજાવશે.

આગળ વધેલા આંતરડાના કેન્સર માટે શસ્ત્રક્રિયા
જો કેન્સર દૂર કરવા માટે બહુ મોટું હોય તો તે આંતરડા પર દબાણ કરી શકે છે અને તેને વધારે સાંકડું બનાવી શકે છે. ક્યારેક ડોક્ટરો આંતરડાને ખુલ્લું રાખવા માટે તેમાં પાતળી ધાતુની નળી (સ્ટેન્ટ) દાખલ કરી શકે છે. તેઓ કોલોનોસ્કોપનો ઉપયોગ કરીને સ્ટેન્ટ દાખલ કરશે. આપને હળવા થવામાં મદદ મળે તે માટે તમે હળવો સેડેટિવ લેશો અને તમારે ત્યારબાદ થોડા સમય માટે હૉસ્પિટલમાં રહેવાની જરૂર પડી શકે છે.

જ્યારે કેન્સર શરીરના એક ભાગમાં ફેલાયું હોય ત્યારે તેને દૂર કરવા માટે ક્યારેક તમારે શસ્ત્રક્રિયા કરાવવાની જરૂર પડી શકે છે, જેમ કે યકૃત અથવા ફેફસાં.

લેપ્રોસ્કોપિક (કીહોલ) સર્જરી
આ ઑપરેશન એક મોટા કાપને બદલે પેટમાં ચાર અથવા પાંચ નાના કાપનો ઉપયોગ કરે છે. એક કાપમાંથી પેટમાં લેપ્રોસ્કોપ (પ્રકાશ અને કેમેરા ધરાવતી પાતળી નળી) પેટમાં પસાર કરવામાં આવે છે અને કેન્સર દૂર કરવામાં આવે છે. આ ઑપરેશનમાંથી રિકવરી સામાન્ય રીતે ઝડપી હોય છે. આ પ્રકારની શસ્ત્રક્રિયાનો કેટલીક હૉસ્પિટલ દ્વારા ઉપયોગ કરવામાં આવે છે. તે તમારા માટે યોગ્ય છે કે કેમ તે અંગે તમારા સર્જન તમારી સાથે ચર્ચા કરશે.

સ્ટોમાસ
જો આંતરડાના છેડાઓ સાથે જોડી ન શકાય તો ઉપલો છેડો પેટની દીવાલની ચામડી પર લાવવામાં

આવી શકે છે. આને સ્ટોમા કહે છે. સ્ટોમાના બે પ્રકાર છે: ઈલિઓસ્ટોમી, કે જે સામાન્ય રીતે કામચલાઉ છે; અથવા કોલોસ્ટોમી, જે ઘણી વખત કાયમી હોય છે. તમે મળ (મળત્યાગ) એકત્ર કરવા માટે સ્ટોમા પર એક કોથળી પહેરશો.

કામચલાઉ સ્ટોમાથી નવું જોડેલું આંતરડું રુઝાઈ શકે છે. થોડા મહિના બાદ આંતરડાને ફરીથી જોડવા માટે તમે વધુ એક ઑપરેશન કરાવશો. આને સ્ટોમા રિવર્ઝલ કહે છે. કાયમી સ્ટોમાસ (સામાન્ય રીતે કોલોસ્ટોમિઝ) ત્યારે બને છે જ્યારે આંતરડાને ફરીથી જોડવું શક્ય ન હોય.

સ્ટોમા નર્સ તમને વધુ માહિતી અને સલાહ આપશે.

કીમોથેરપી

કીમોથેરપી એ સારવાર છે જે કેન્સરના કોષોનો નાશ કરવા માટે કેન્સર વિરોધી (સાયટોટૉક્સિક) દવાઓનો ઉપયોગ કરે છે. તબક્કા 1ના આંતરડાના કેન્સર માટે તમને તેની સામાન્યપણે જરૂર હોતી નથી.

તબક્કા 2નાં આંતરડાના કેન્સર માટે કેન્સર ફરીથી થવાનું જોખમ ઓછું હોય છે તેથી તમને કીમોથેરપીની જરૂર ન પડે તેમ બની શકે છે. શસ્ત્રક્રિયા બાદ કીમોથેરપી આપવી એ **સહાયક સારવાર** તરીકે ઓળખાય છે. તેનો હેતુ કેન્સર પાછું થવાનું જોખમ ઘટાડવાનો છે.

તબક્કા 3નું આંતરડાનું કેન્સર ધરાવતા લોકોને સામાન્ય રીતે કીમોથેરપી આપવામાં આવે છે.

કીમોથેરપી ક્યારેક ઑપરેશન પહેલાં આપવામાં આવે છે. આને **નવ-સહાયક કીમોથેરપી** કહે છે. તેનો હેતુ કેન્સરને વધારે નાનું કરવાનો છે જેથી તેને દૂર કરવું સરળ બને. આ સારવાર બાદ કાયમી સ્ટોમા કરાવવાનું આપ ટાળી શકો તેમ બની શકે છે.

કીમોરેડિઓથેરપી

આ કીમોથેરપી અને રેડિયોથેરપીનું સંયોજન છે. તેને ક્યારેક કીમોરેડિએશન કહે છે.

કીમોથેરપીની દવાઓથી કેન્સરના કોષો રેડિયોથેરપી પ્રત્યે વધુ સંવેદનશીલ બની શકે છે. એકલી કીમોથેરપી અથવા રેડિયોથેરપી કરાવવા કરતાં સારવારોનું સયોજન કરવું વધારે અસરકારક હોઈ શકે છે.

કીમોથેરપી અને રેડિયોથેરપી એક સાથે આપવાથી સારવારની આડઅસરો વણસી શકે છે. તમારા ડૉક્ટર અથવા નિષ્ણાત નર્સ તમને કીમોરેડિયોથેરપી અને આ સારવારની સંભવિત આડઅસરો વિશે વધુ માહિતી આપી શકે છે.

આંતરડાનું આગળ વધેલું કેન્સર

કેન્સર શરીરના અન્ય ભાગ સુધી ફેલાયું હોય (માધ્યમિક અથવા આગળ વધેલું કેન્સર) ત્યારે પણ

કીમોથેરપી આપવામાં આવી શકે છે. આનો હેતુ કેન્સરને સંકોચવાનો અને લક્ષણો ઘટાડવાનો છે. તેનાથી ક્યારેય તમને વધારે લાંબો સમય જીવવામાં મદદ મળી શકે છે.

કીમોથેરપી કઈ રીતે આપવામાં આવે છે તથા તમને થઈ શકે તેવી કેટલીક આડઅસરો વિશે તમારી ભાષામાં અમારી પાસે વધુ માહિતી છે.

લક્ષ્યાંકિત (જૈવિક) ચિકિત્સાઓ

લક્ષ્યાંકિત ચિકિત્સાઓ કેન્સરના કોષો અને સામાન્ય કોષોની વચ્ચેના તફાવત પર કામ કરે છે અને કેન્સરના કોષોને વૃદ્ધિ પામતા અટકાવવાનો પ્રયત્ન કરે છે.

તેના ઘણાં અલગ અલગ પ્રકારો છે. આંતરડાના કેન્સરની સારવાર કરવા માટે વપરાતી મુખ્ય દવાઓ સેટુક્સિમેબ (Erbitux®), બેવેસિઝુમેબ (Avastin®), પેનિટુમેબ (Vectibix®) અને એફ્લિબર્સેપ્ટ (Zaltrap®) છે.

આંતરડાની બહાર ફેલાયેલાં કોલોરેક્ટલ કેન્સરની સારવાર કરવા માટે તેનો ઉપયોગ થઈ શકે છે. આંતરડાના બધાં કેન્સર સેટુક્સિમેબ અથવા પેનિટુમુમેબને પ્રતિસાદ આપતા નથી.

રેડિયોથેરપી

રેડિયોથેરપી કેન્સરના કોષોનો વધુ શક્તિના ઍક્સ-રે કિરણોનો ઉપયોગ કરીને નાશ કરવા મારફત કેન્સરની સારવાર કરે છે, જે દરમિયાન સામાન્ય કોષોને શક્ય તેટલું ઓછુ નુકસાન કરે છે.

કોલોન કેન્સરના લક્ષણો હળવા કરવા માટે તેનો ઉપયોગ થઈ શકે છે, જો કે આવું ભાગ્યે જ થાય છે.

મળાશયના કેન્સર માટે રેડિયોથેરપી

શસ્ત્રક્રિયા પહેલાં

મળાશયના કેન્સરને વધારે નાનું બનાવવા અને દૂર કરવાનું સરળ બનાવવા માટે તમારે શસ્ત્રક્રિયા પહેલાં રેડિયોથેરપી કરાવવી પડી શકે છે. તે કેન્સર પાછું થવાની સંભાવના પણ ઓછી કરે છે.

તમારી શસ્ત્રક્રિયા પહેલાનાં એક અઠવાડિયામાં તમે રેડિયોથેરપીનો ટૂંકો કોર્સ લઈ શકો છો. અથવા તમે તે છ અઠવાડિયા સુધી ચાલતા લાંબા કોર્સ તરીકે લઈ શકો છો. લાંબી સારવાર સામાન્ય રીતે કીમોથેરપી (કીમોરેડિયોથેરપી) સાથે આપવામાં આવે છે જે રેડિયોથેરપીને વધુ સારી રીતે કામ કરવામાં મદદ કરી શકે છે.

રેડિયોથેરપીના કોર્સ બાદ, તમે ઑપરેશન કરાવી શકો તે પહેલાં આડઅસરો બેસી જાય તેના માટે તમારે થોડાં અઠવાડિયા રાહ જોવાની જરૂર પડી શકે છે.

શસ્ત્રક્રિયા બાદ
જો તમે શસ્ત્રક્રિયા પહેલાં રેડિયોથેરપી ન કરાવી હોય તો તમે બાદમાં તે કરાવી શકો છો. આ થઈ શકે છે જો:

- કેન્સર દૂર કરવું મુશ્કેલ હોય
- કેન્સરના કેટલાક કોષો પાછળ રહી ગયા હોય
- કેન્સર આંતરડાની દીવાલમાંથી ફેલાયું હોય અથવા નજીકની લસિકાગ્રંથિઓમાં ફેલાયું હોય.

4-5 અઠવાડિયા માટે અઠવાડિયાના પ્રત્યેક દિને તમને આ પ્રકારની રેડિયોથેરપી આપવામાં આવી શકે છે.

આગળ વધેલું મળાશયનું કેન્સર
જો તમારી પ્રથમ સારવાર બાદ કેન્સર ફેલાયું હોય અથવા પાછું થયું હોય (ખાસ કરીને પેડુપ્રદેશમાં) તો તેને વધારે નાનું બનાવવા માટે તમારે રેડિયોથેરપી કરાવવી પડી શકે છે. તે દુખાવા જેવા લક્ષણોને પણ હળવા કરી શકે છે.

રેડિયોથેરપી કઈ રીતે આપવામાં આવે છે તથા તમને થઈ શકે તેવી કેટલીક આડઅસરો વિશે તમારી ભાષામાં અમારી પાસે વધુ માહિતી છે.

નૈદાનિક અજમાયશો

કેન્સર માટે નવી અને વધુ સારી સારવારો શોધવાનો પ્રયત્ન કરવા માટે કેન્સર સંશોધન અજમાયશો કરવામાં આવે છે. દર્દી પર કરવામાં આવતી અજમાયશોને નૈદાનિક અજમાયશો કહે છે. ઘણી હૉસ્પિટલો હવે આ અજમાયશોમાં ભાગ લેતી હોય છે. હાલના આંતરડાના કેન્સરના સંશોધન વિશે તમારા ડૉક્ટર સાથે વાત કરો.

આગળની તપાસો

તમારી સારવાર પૂરી થયા બાદ તમે નિયમિત તપાસ અને લોહીના પરીક્ષણો કરાવશો. તમારે CT સ્કેન અને કોલોનોસ્કોપી કરાવવાની પણ જરૂર પડી શકે છે. આ ઘણાં વર્ષો સુધી ચાલી શકે છે, પરંતુ તે ઓછું વ્યાપક બનતું જશે.

તમારી લાગણીઓ

જ્યારે તમને કહેવામાં આવે કે તમને કેન્સર છે ત્યારે તમે ભાવુક થઈ જાઓ અને અન્ય ઘણી લાગણીઓ અનુભવો તેમ બની શકે છે. આમાં ગુસ્સો, પશ્ચાતાપ, અપરાધભાવ, ચિંતા અને ડરનો સમાવેશ થઈ શકે છે. આ બધી સામાન્ય પ્રતિક્રિયાઓ છે અને તે એવી પ્રક્રિયાનો ભાગ છે જેમાંથી ઘણાં લોકો તેમની બીમારી અંગેની વાસ્તવિકતા સ્વીકારી શકવાનો પ્રયત્ન કરી રહ્યા હોય તે દરમિયાન

પસાર થાય છે. અનુભવવાનો કોઈ સાચો કે ખોટો માર્ગ નથી. તમે તમારી પોતાની રીતે આ બાબતોનો સામનો કરશો.

તમારી ભાષામાં વધુ માહિતી

- સ્તન કેન્સરની માહિતી પત્રિકા
- કીમોથેરપી માહિતી પત્રિકા
- બેનિફિટ ક્લેઈમ કરવાની માહિતી પત્રિકા
- ફેફસાંના કેન્સરની માહિતી પત્રિકા
- પ્રોસ્ટેટ કેન્સરની માહિતી પત્રિકા
- રેડિયોથેરપી માહિતી પત્રિકા
- કેન્સરની સારવારની આડઅસરો અંગેની માહિતી પત્રિકા
- શસ્ત્રક્રિયા માહિતી પત્રિકા
- તમે પોતાની મદદ કરવા શું કરી શકો તે અંગેની માહિતી પત્રિકા

આ માહિતી પત્રિકા Macmillan Cancer Support - મેકમિલન કેન્સર સપોર્ટની Cancer Information Development team - કેન્સર માહિતી વિકાસ ટીમ દ્વારા લખવામાં, સુધારવામાં અને સંપાદિત કરવામાં આવ્યું છે. અમારા તબીબી સંપાદક, Dr Tim Iveson - ડૉ. ટીમ ઈવેસન, Consultant Clinical Oncologist - કન્સલ્ટન્ટ ક્લિનિકલ ઑન્કોલોજીસ્ટ દ્વારા તેને માન્ય કરવામાં આવ્યું છે.

Aileen Roy - એઈલીન રોય, Colorectal Clinical Nurse Specialist - કોલોરેક્ટલ ક્લિનિકલ નર્સ સ્પેશિયાલિસ્ટ; Fiona Butler - ફિઓના બટલર, Colorectal Cancer Clinical Nurse Specialist - કોલોરેક્ટલ કેન્સર ક્લિનિકલ નર્સ સ્પેશિયાલિસ્ટ; અને કેન્સરથી ગ્રસ્ત લોકો કે જેમણે આ માહિતી પત્રિકાની સમીક્ષા કરી છે તેમનો આભાર.

આ માહિતી પત્રિકા લખવા માટે અમે ઘણાં વિશ્વસનીય સ્રોતોમાંથી માહિતીનો ઉપયોગ કર્યો છે. આમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે:

- *કોલોરેક્ટલ કેન્સરમાં પરિણામો સુધારવા: મૅન્યુઅલ અપડેટ.* જૂન 2004. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - નેશનલ ઈન્સ્ટિટ્યુટ ફૉર હેલ્થ ઍન્ડ કૅર એક્સેલ્સન્સ (નાઈસ).
- *કોલોરેક્ટલ કેન્સરનું નિયમન: રાષ્ટ્રીય નૈદાનિક માર્ગદર્શિકા*. માર્ચ 2003. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - સ્કૉટિશ ઈન્ટરકૉલેજીએટ ગાઈડલાઈન્સ નેટવર્ક (સાઈન).
- *કમ્પ્યૂટરાઈઝ્ડ ટોમોગ્રાફિક કોલોનોસ્કોપી (વર્ચ્યુઅલ કોલોનોસ્કોપી) - માર્ગદર્શન.* જૂન 2005. NICE.

- *મેટાસ્ટેટિક કોલોરેક્ટલ કેન્સરની પ્રથમ રેખીય સારવાર માટે સેટુક્સિમેબ. ઑગસ્ટ 2009.* NICE.

અમે જે માહિતી પૂરી પાડીએ તે ચોક્કસ હોય તેની ખાતરી કરવા માટે અમે શક્ય તેટલો પ્રયત્ન કરીએ છીએ પરંતુ તબીબી સંશોધનની વર્તમાન સ્થિતિ પ્રતિબિંબિત કરવા માટે તેના પર આધાર ન રાખવો જોઈએ કારણ કે તેમાં સતત ફેરફાર થતો રહેતો હોય છે. જો તમને તમારા સ્વાસ્થ્ય વિશે ચિંતા હોય તો તમારે તમારા ડૉક્ટર સાથે પરામર્શ કરવો જોઈએ. આ માહિતીમાં અથવા અમે જેની લિંક આપી હોય તેવી વેબસાઈટ્સ પરની માહિતી જેવી ત્રાહિત પક્ષકારની માહિતીમાં કોઈપણ અચોકસાઈમાંથી પરિણમતી કોઈપણ હાનિ અથવા નુકસાન માટે મેકમિલન જવાબદારી સ્વીકારતું નથી.

© Macmillan Cancer Support 2014 - મેકમિલન કેન્સર સપોર્ટ 2014. ઈંગ્લેન્ડ અને વેલ્સ (261017), સ્કૉટલેન્ડ (SC039907) અને આયલ ઑફ મૅન (604)માં નોંધાયેલી ચૅરિટી. સત્તાવાર કાર્યાલય 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

MAC15136_Gujarati

Health & care information you can trust
The Information Standard Certified Member

WE ARE MACMILLAN. CANCER SUPPORT

Large bowel cancer: English

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.

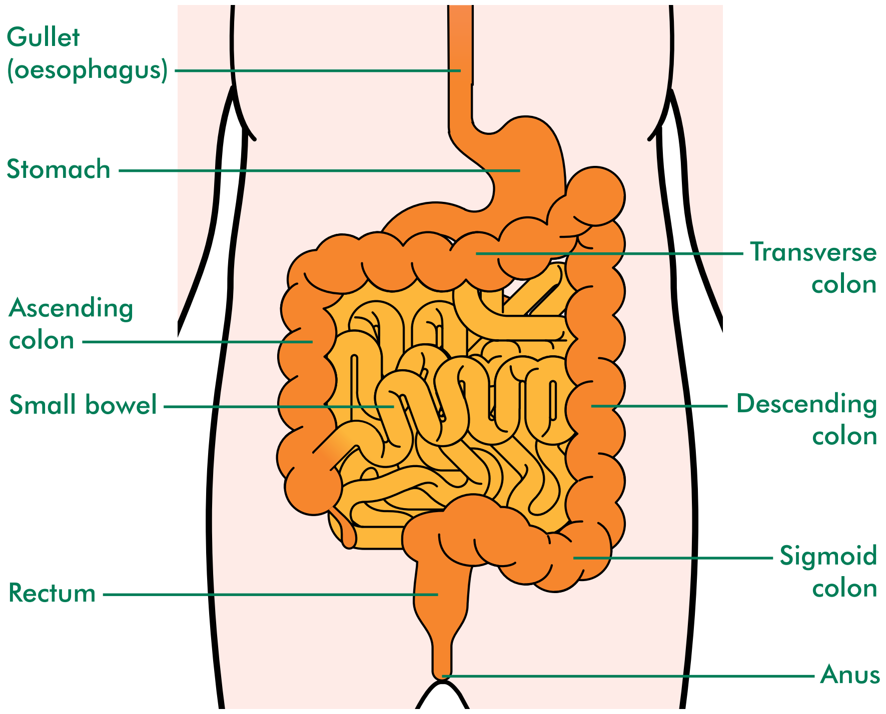
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

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 (Erbitux®), 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.

Health & care information you can trust
The Information Standard Certified Member