

## बड़ी आँत का कैंसर

यह तथ्य पत्रिका बड़ी आँत के कैंसर के निदान के तरीकों और उपचारों के बारे में है।

हमारे पास आपकी भाषा में कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी, सर्जरी, कैंसर के उपचार के दुष्प्रभाव, आप अपनी मदद के लिए क्या कर सकते हैं, बेनिफिट्स का दावा करना और जीवन के अंत के बारे में भी तथ्य पत्रिकाएं हैं।

हम आशा करते हैं कि यह तथ्य पत्रिका आपके सवालों का जवाब देगी। यदि आपके और कोई भी सवाल हों, तो आप जहाँ उपचार करा रहे हैं उस अस्पताल के डॉक्टर अथवा नर्स से पूछ सकते हैं।

यदि आप हमारे कैंसर सपोर्ट विशेषज्ञों से अपनी भाषा में बात करना चाहें, तो हमारे पास अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाएं बोलने वाले व्यक्तियों के लिए दुभाषिये हैं। आप मैकमिलन सपोर्ट लाइन को निःशुल्क इस नंबर पर कॉल कर सकते हैं **0808 808 00 00**, सोमवार-शुक्रवार, सुबह 9 बजे से- रात 8 बजे तक। यदि आपको सुनने में तकलीफ है, तो आप टैक्स्टफोन **0808 808 0121**, अथवा टैक्स्ट रीले का उपयोग कर सकते हैं। अथवा आप हमारी वेबसाइट पर जा सकते हैं [macmillan.org.uk](http://macmillan.org.uk)

यह तथ्य पत्रिका इसके बारे में है:

- कैंसर क्या है?
- आँत
- कारण और जोखिम के कारक
- लक्षण
- आँत के कैंसर का निदान कैसे किया जाता है?
- स्टेजिंग और ग्रेडिंग

- उपचार
- नैदानिक परीक्षण (क्लिनिकल ट्रायल्स)
- फॉलो-अप
- आपकी भावनाएं
- आपकी भाषा में अधिक जानकारी

## कैंसर क्या है?

शरीर के अवयव और ऊतक छोटे हिस्सों के बने होते हैं, जिन्हें कोषिकाएं अथवा सेल कहते हैं। कैंसर इन कोषिकाओं का एक रोग है।

शरीर के प्रत्येक भाग की कोषिकाएं अलग होती हैं, लेकिन उन में से अधिकतर अपने आप को एक ही तरीके से ठीक करती हैं और उत्पन्न होती हैं। सामान्यतः कोषिकाएं एक यथाक्रम, नियंत्रित रूप से विभाजित होती हैं। लेकिन यदि किसी कारण से यह अनियंत्रित हो जाए, तो कोषिकाएं विभाजित होती ही रहती हैं, और ट्यूमर नाम का एक ढेला बन जाती हैं।

सारे ट्यूमर कैंसर नहीं होते। डॉक्टर किसी ट्यूमर से ऊतकों का एक छोटा नमूना निकाल कर बता सकते हैं कि वह कैंसर है या नहीं। इसे बायोप्सी कहते हैं। कैंसर कोषिकाएं खोजने के लिए डॉक्टर नमूने का एक माइक्रोस्कोप के नीचे रख कर परीक्षण करते हैं।

किसी मामूली (बिन कैंसर के) ट्यूमर में कोषिकाएं बढ़ सकती हैं, पर यह शरीर के किसी और भाग में फैल नहीं सकतीं। सामान्य तौर पर इससे समस्या तभी होती है, जब यह पास के अंगों पर दबाव डालता है।

किसी कैंसर वाले ट्यूमर में कोषिकाएं आस पास के ऊतकों पर बढ़ती हैं। कभी-कभी कैंसर की कोषिकाएं जहाँ पर कैंसर शुरू हुआ (प्राइमरी साइट) से शरीर के अन्य भागों में फैलती हैं। यह रक्त अथवा लसीका प्रणाली (लिम्फेटिक सिस्टम) से फैल सकती हैं।

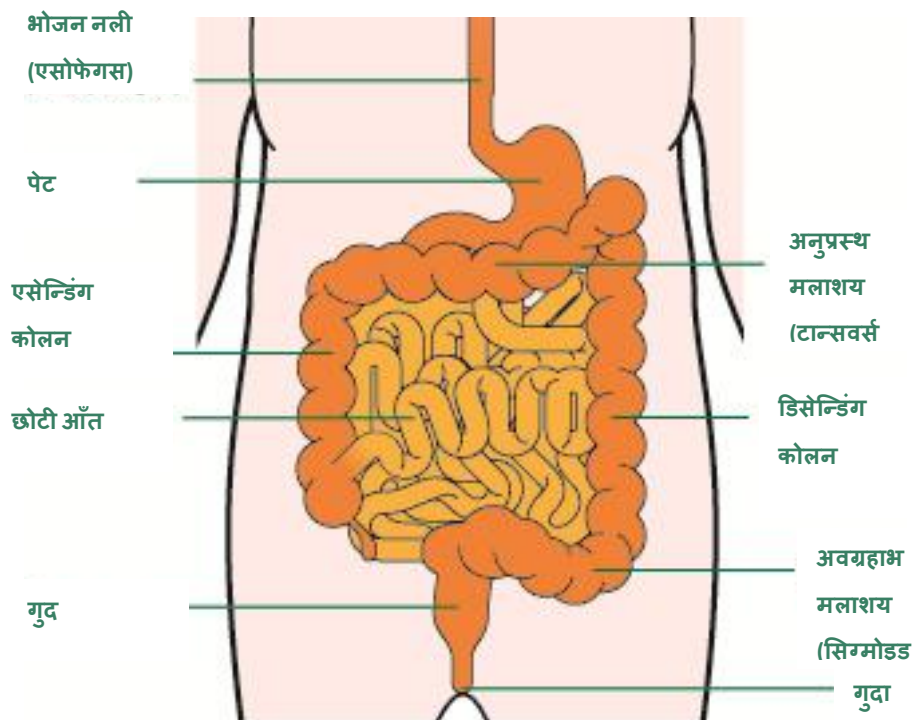
लसीका प्रणाली हमें संक्रमण और रोगों से बचाने में मदद करती है। यह लिम्फेटिक वेसल्स नामक महीन ट्यूबों की बनी होती है। यह पूरे शरीर में बीज के आकार की लसीका ग्रंथियों को जोड़ती हैं।

जब कोषिकाएं शरीर के किसी और भाग में पहुँचती हैं तो यह बढ़ने लगती हैं और एक और ट्यूमर बनाती हैं। इसे गौण (सेकेन्डरी) कैंसर अथवा मेटास्टेसिस कहते हैं।

## **आँत**

आँत हमारे पाचन तंत्र का एक हिस्सा है। इसके दो हिस्से होते हैं: छोटी आँत और बड़ी आँत। बड़ी आँत मलाशय (कोलन), गुद (रेक्टम) और गुदा (एनस) की बनी होती है।

## आँत - मलाशय और गुद



जब आप भोजन निगलते हैं, तो यह भोजन नली (एसोफेगस) से गुज़र कर नीचे पेट में पहुँचता है, जहाँ पर पाचन शुरू होता है। फिर वह छोटी आँत से गुज़रता है, जहाँ पर आवश्यक पोषक तत्व शरीर के अंदर लिये जाते हैं।

पचा हुआ भोजन फिर कोलन में जाता है, जहाँ पर पानी सोखा जाता है। बाकी का अपशिष्ट, जिसे मल या विष्ठा (स्टूल) कहते हैं, गुद (पिछले हिस्से) में रखा जाता है, जब तक कि वह शरीर से गुदा के रास्ते से शौच क्रिया (मल त्याग) के दौरान निकाला जाने को तैयार नहीं होता।

मलाशय और गुद की दीवारें शरीर के ऊतकों की परतों की बनी होती हैं। मलाशय और गुद के ज्यादातर कैंसर आँत की ओर की अंदरूनी परत पर शुरू होते हैं और पोलिप्स नाम के छोटे हिस्सों से विकसित होते हैं।

बड़ी आँत का कैंसर मलाशय और गुद का कैंसर होता है। इसे कोलोरेक्टल कैंसर भी कहते हैं।

### कारण और जोखिम के कारक

हम नहीं जानते कि अधिकतर लोगों को आँत का कैंसर किस कारण से होता है। ऐसे कुछ जोखिम के कारक हैं, जिन से आपको यह होने की संभावनाएं बढ़ जाती हैं।

- आयु - आँत का कैंसर होने का जोखिम आयु के साथ बढ़ता है।
- आहार – बहुत सारा लाल अथवा प्रोसेस्ड माँस वाला आहार, जिस में फल और ताज़ा सब्ज़ियाँ कम मात्रा में हों, आपके जोखिम को बढ़ा सकता है। तला हुआ या ग़िल किया हुआ माँस खाना भी आपका जोखिम बढ़ा सकता है।
- जीवन शैली – इसमें कसरत न करना और वजन ज्यादा होना शामिल है। इसमें अत्यधिक धूम्रपान और कई सालों तक अनुशंसित मात्रा से अधिक शराब पीना भी शामिल है।
- पारिवारिक इतिहास – वे लोग जिनके परिवार के एक या अधिक सदस्य को आँत का कैंसर हो, उन्हें यह होने का अधिक जोखिम हो सकता है। केवल लगभग 5% (100 में से 5) बड़ी आँत के कैंसर किसी वंशानुगत त्रुटिपूर्ण जीन के कारण होना माना जाता है। यदि आप अपने पारिवारिक इतिहास के बारे में चिंतित हैं, तो अपने डॉक्टर से बात करें।
- पारिवारिक स्थितियाँ – दो विरले होने वाले रोग, जो कि परिवारों में हो सकते हैं, जिन्हें फेमिलियल एडेनोमेटस पोलिप्सिस (FAP) और हेरिडिटरी नॉन-पोलिप्सिस कोलन कैंसर (HNPCC) कहा जाता है, आँत का कैंसर होने का जोखिम बढ़ा सकती हैं।
- आँत में सूजन से संबंधित रोगों (इन्फ्लेमेटरी बॉवेल डिज़ीज़) का निजी इतिहास – वे लोग, जिन्हें लंबे समय तक अल्सरेटिव कोलाइटिस अथवा क्रोहन्स डिज़ीज़ (आँत की अंदरूनी परत का एक रोग) हो, उन्हें आँत का कैंसर होने का जोखिम अधिक है।

आँत का कैंसर संक्रामक नहीं है और यह दूसरे लोगों को नहीं लग सकता।

## लक्षण

आँत के कैंसर के लक्षणों में शामिल हैं:

- पाखाने में, या उसपर रक्त का होना - रक्त चमकीले लाल या गाढ़े रंग का हो सकता है।
- बिना किसी स्पष्ट कारण के आप की शौच जाने की सामान्य आदतों में परिवर्तन होना (जैसेकि दस्त या कब्ज) , जो छह सप्ताहों से अधिक तक रहता है
- किसी स्पष्ट कारण के बिना वजन कम होना
- पेट (पेट के निचले भाग में) या गुदा में में पीड़ा होना
- शौच जाने के बाद ऐसा लगना कि पेट ठीक तरह से खाली नहीं हुआ है
- थकान महसूस करना और साँस फूलना - यदि कैंसर में रक्तस्राव हो रहा है, जिसके कारण एनीमिया (लाल रक्त कणों की कम संख्या) हो गया हो, तो ऐसा हो सकता है।

कभी-कभी कैंसर के कारण आँत में अवरोध पैदा हो सकता है। इसके लक्षण हैं:

- उलटी आना
- कब्ज
- पेट में दर्द
- ऐसा लगना की पेट फूल गया है।

यह लक्षण अन्य रोगों के कारण भी हो सकते हैं, पर यह महत्वपूर्ण है कि आप हमेशा अपने GP द्वारा इनकी जाँच कराएं।

### **आँत के कैंसर का निदान कैसे किया जाता है?**

सामान्यतः आप अपने GP से मिल कर शुरूआत करते हैं। वे आपके पेट (उदर) को छू कर महसूस करेंगे और आपके पीछे के हिस्से की जाँच करेंगे। इसे रेक्टल एग्जामिनेशन कहते हैं।

रेक्टल एग्जामिनेशन के दौरान डॉक्टर आपके गुदा मार्ग में दस्ताना पहने ऊँगली डालेंगे और कोई भी गद्दा या सूजन महसूस होती है या नहीं यह जाँचेंगे। यह थोड़ा असुविधाजनक हो सकता है, पर इससे दर्द नहीं होता।

एनीमिया की जाँच के लिए आपके खून का परीक्षण किया जा सकता है। आपके लीवर और किडनी के स्वास्थ्य की जाँच के लिए भी रक्त परीक्षण किये जा सकते हैं।

यदि आपके GP ठीक से नहीं जानते हैं कि समस्या क्या है, या उन्हें लगता है कि आपके लक्षण कैंसर के कारण हो सकते हैं, तो वह आप से किसी अस्पताल के विशेषज्ञ से मिलने की अनुशंसा करेंगे। यदि आपके GP को लगता है कि आपको कैंसर हो सकता है, तो आपको 14 दिनों के भीतर अस्पताल में दिखा लेना चाहिए।

### **अस्पताल में**

आँत के कैंसर का निदान करने में सहायता करने के लिए इन परीक्षणों का उपयोग किया जा सकता है। हो सकता है आपको उन सभी की आवश्यकता न हो।

### **प्रोक्टोस्कोपी/सिगमोइडोस्कोपी**

कोई डॉक्टर अथवा विशेषज्ञ नर्स बड़ी आँत की परत के अंदर देख कर कोषिकाओं के नमूने लेंगे (बायोप्सी)। वे आपके गुदा मार्ग में हल्के से एक पतली ट्यूब डालेंगे। ट्यूब के छोर पर एक रोशनी और छोटा सा कैमरा होता है। प्रोक्टोस्कोप एक छोटी ट्यूब होती है, जो बस गुद में जाती है। सिगमोइडोस्कोप एक लंबी ट्यूब होती है, जिसे और आगे बड़ी आँत तक ले जाया जा सकता है।

प्रोक्टोस्कोपी अथवा सिगमोइडोस्कोपी असुविधाजनक हो सकते हैं, पर सामान्यतः इससे दर्द नहीं होता।

### **कोलनोस्कोपी**

पूरी बड़ी आँत के भीतर देखने के लिए आपके डॉक्टर एक कोलनोस्कोपी करेंगे। परीक्षण के दौरान वे तसवीरें और कोषिकाओं की बायोप्सी लेंगे।

इस परीक्षण के लिए आँत को पूरी तरह खाली होना होगा। इसका अर्थ है आपके परीक्षण के पहले वाले दिन सावधानीपूर्ण आहार लेना और अपनी आँत साफ करने के लिए एक दवा (लैक्सेटिव - रेचक औषधि) लेना। आपका अस्पताल आपको बताएगा कि आपको क्या करना होगा। कोलनोस्कोपी असुविधाजनक हो सकती है, लेकिन आपको आराम देने के लिए एक नींद की दवा दी जाएगी।

## वर्चुअल कोलनोस्कोपी (CT कोलनोग्राफी)

एक CT स्कैनर आपकी आँत की एक्स-रे छवियाँ लेता है। एक कम्प्यूटर फिर उन छवियों को एक साथ रख कर आपकी आँत की त्रिपरिमाणीय (थ्री-डी) छवि बनाता है।

स्कैन के लिए आँत को पूरी तरह खाली होना होगा। आपको एक ऐसी दवा का इंजेक्शन दिया जा सकता है, जिससे कि आपकी आँत के स्नायु ढीले हों। आपको उसी समय किसी डाई (कॉन्ट्रास्ट माध्यम) का इंजेक्शन भी दिया जा सकता है। यदि आपको यह दिया जाने वाला है, तो आपके डॉक्टर आपको बतायेंगे।

## अतिरिक्त परीक्षण

यदि बायोप्सी से पता चलता है कि आपको कैंसर है, तो आपके और परीक्षण भी हो सकते हैं। इनका लक्ष्य है कैंसर का आकार और स्थान जानना, और देखना कि क्या वह फैला भी है। इसमें शामिल हो सकते हैं:

- रक्त परीक्षण
- छाती का एक्स-रे
- CT स्कैन
- CT/PET स्कैन
- MRI स्कैन
- बेरियम एनीमा
- अल्ट्रासाउंड स्कैन।

आपके डॉक्टर या नर्स आपको समझायेंगे कि आपके कौन-से परीक्षण किये जा रहे हैं, और उन में क्या होगा।

परीक्षणों के परिणामों का इंतज़ार करते समय आप चिंता में पड़ सकते हैं। अपनी चिंताओं के बारे में किसी रिश्तेदार या दोस्त से बात करने से मदद मिल सकती है। आप



अपनी भाषा में हमारे किसी कैंसर सपोर्ट विशेषज्ञ से 0808 808 00 00 पर बात कर सकते हैं।

## स्टेजिंग और ग्रेडिंग

आपके कैंसर का स्टेज (चरण) और ग्रेड (कोटि) जानने से डॉक्टर को आपके लिए सही उपचार निर्धारित करने में मदद मिलती है।

### स्टेजिंग

आँत के कैंसर को चार चरणों में विभाजित किया जा सकता है:

- **चरण 1** – कैंसर मूल ट्यूमर से आगे नहीं फैला है।
- **चरण 2** – ट्यूमर आँत की पूरी दीवार और आसपास के ऊतकों में बढ़े हो सकते हैं, लेकिन पास की लसीका ग्रंथियों में नहीं फैले हैं।
- **चरण 3** – ट्यूमर की कोषिकाएं पास की लसीका ग्रंथियों में पायी जा सकती हैं।
- **चरण 4** - ट्यूमर शरीर के अन्य भागों में फैल गया है।

### ग्रेडिंग

ग्रेडिंग दिखाता है कि कैंसर कोषिकाएं माइक्रोस्कोप के नीचे देखने पर आँत की सामान्य कोषिकाओं के मुकाबले कैसी दिखती हैं।

- **ग्रेड 1 (निम्न कोटि)** – कैंसर कोषिकाएं सामान्य कोषिकाओं जैसी दिखती हैं और बहुत धीमी गति से बढ़ती हैं।
- **ग्रेड 2 (मध्यम कोटि)** – कैंसर कोषिकाएं असामान्य दिखती हैं और थोड़ी तेज़ी से बढ़ती हैं।
- **ग्रेड 3 (उच्च कोटि)** – कैंसर कोषिकाएं सामान्य कोषिकाओं से बहुत अलग दिखती हैं और बहुत तेज़ी से बढ़ती हैं।

### उपचार

श्रेष्ठ उपचार तय करना हमेशा आसान नहीं होता है। आपके डॉक्टर को बहुत सी बातों के बारे में सोचना होगा। इन में से सब से महत्वपूर्ण हैं:

- कैंसर का स्टेज और ग्रेड
- आपका सामान्य स्वास्थ्य
- उपचार के संभावित दुष्प्रभाव (साइड इफेक्ट्स)
- संभावित दुष्प्रभावों के बारे में आपकी राय।

हालाँकि आपके डॉक्टर को लगभग यह जानकारी होगी कि आपको कौन से उपचारों की आवश्यकता होगी, फिर भी आपको वे यह निर्णय ले सकें उससे पहले ओपरेशन कराना पड़ सकता है।

यह महत्वपूर्ण है कि आप किसी भी उपचार के बारे में अपने डॉक्टर से बात करें, ताकि आप समझ पाएं कि इसका क्या अर्थ है। आपके साथ किसी ऐसे व्यक्ति को ले जाना जो कि आपकी भाषा और अंग्रेजी दोनों बोलता हो, एक अच्छा खयाल है। यदि आपको आवश्यकता हो, तो दुभाषिये उपलब्ध हो सकते हैं, परंतु यदि आप चाहते हैं कि वह वहाँ उपस्थित हो, तो कृपया अस्पताल को पहले बताने का प्रयास करें। आपको यह दिखाने के लिए एक फॉर्म पर हस्ताक्षर करने को कहा जाएगा कि आप उपचार के लिए सहमत हैं और उसे समझते हैं। जब तक आप उसके लिए सहमति नहीं देते, आपका कोई उपचार नहीं किया जाएगा।

कोलन कैंसर और रेक्टल कैंसर का उपचार अलग-अलग तरीकों से किया जाता है।

### **सर्जरी**

आपकी कैसी सर्जरी की जाएगी, इसका आधार कैंसर के चरण और वह आँत में कहाँ पर है, इस पर होगा। आपके डॉक्टर आप से इस बारे में बात करेंगे।

### **कोलन कैंसर के लिए सर्जरी**

**टोटल कोलेक्टोमी** – पूरा कोलन निकाल दिया जाता है।

**हेमी-कोलेक्टोमी** – आधा कोलन निकाल दिया जाता है। यह कैंसर कहाँ है, उसके आधार पर बाँयी अथवा दाँयी तरफ हो सकता है।

**सिगमोइड कोलेक्टोमी** – सिगमोइड कोलन निकाल दिया जाता है।

सर्जरी के दौरान, आँत का वह हिस्सा, जिसमें कैंसर होता है, निकाल दिया जाता है, और फिर दो खुले सिरे एक-दूसरे से जोड़ दिये जाते हैं। यदि आँत को जोड़ा नहीं जा सकता, तो आपको स्टोमा की ज़रूरत हो सकती है। यह पेट की दीवार पर आँत का खुलना है। यह अस्थायी या स्थायी हो सकता है। आप की कोई भी सर्जरी हो उससे पहले आपके डॉक्टर या विशेषज्ञ नर्स आप से इस बारे में बात करेंगे। नीचे के विभाग में स्टोमाओं के बारे में अधिक जानकारी है।

कोलन के पास की लसीका ग्रंथियाँ भी निकाली जाती हैं। ऐसा इसलिए किया जाता है, कि कैंसर सब से पहले उन पर फैलेगा।

### **रेक्टल कैंसर के लिए सर्जरी**

**टोटल मेज़ोरेक्टल एक्सिज़न (TME)** – पूरे मलाशय को और उसके आसपास के फैट वाले ऊतकों को निकाल दिया जाता है। इन ऊतकों में लसीका ग्रंथियाँ होती हैं।

TME ओपरेशन अलग-अलग तरीकों से किया जा सकता है। इसका आधार कैंसर मलाशय में कहाँ पर है, उस पर होता है।

- **लो एंटेरीयर रीसेक्शन** – का उपयोग मलाशय के ऊपरी या मध्य भागों में (कोलन के करीब) स्थित कैंसरों के लिए किया जाता है। सर्जरी के दौरान, आँत का वह हिस्सा, जिसमें कैंसर होता है, निकाल दिया जाता है, और फिर दो सिरे एक-दूसरे से जोड़ दिये जाते हैं। यदि आँत को जोड़ा नहीं जा सकता, तो आपको एक स्टोमा की ज़रूरत होगी (नीचे स्टोमाओं के बारे में विभाग देखें)।
- **एब्डोमिनो-पेरीनीयल रीसेक्शन** – का उपयोग सामान्यतः मलाशय के निचले हिस्से में स्थित कैंसरों के लिए किया जाता है। इस ओपरेशन के बाद आपको स्थायी स्टोमा की आवश्यकता होगी।

### **शुरूआती चरण के आँत के कैंसर के लिए सर्जरी**

एक ओपरेशन, जिसका नाम **लोकल रीसेक्शन** अथवा **ट्रांसएनल रीसेक्शन** है, कभी-कभी

छोटे बहुत ही शुरुआती चरण के आँत के कैंसर को निकाल सकता है। कैंसर निकालने के लिए गुदा मार्ग से मलाशय अथवा गुद में सर्जिकल उपकरण डाले जाते हैं।

यदि ट्यूमर उच्च कोटि का हो, तो आपको आँत का और हिस्सा निकालने के लिए दूसरा ओपरेशन कराना पड़ सकता है। कैंसर आँत में कहाँ पर है, उसके आधार पर उसे निकालने के विभिन्न तरीके हैं। आपके डॉक्टर आपको ओपरेशन का विवरण देंगे।

### **उन्नत (एडवान्स्ड) आँत के कैंसर के लिए सर्जरी**

यदि कैंसर इतना बड़ा है कि उसे निकाला नहीं जा सकता, तो वह आँत पर दबाव डाल कर उसे संकरी बना सकता है। कभी-कभी डॉक्टर आँत को खुला रखने के लिए उसमें एक पतली धातु की ट्यूब (स्टेन्ट) डाल सकते हैं। वे स्टेन्ट को कोलनोस्कोप का उपयोग करके डालेंगे। आपको आराम पहुँचाने में मदद करने के लिए एक मंद नींद की दवा दी जाएगी, और आपको प्रक्रिया के बाद कुछ समय के लिए अस्पताल में रहना पड़ सकता है।

कभी-कभी जब कैंसर शरीर के किसी एक ही भाग में फैला हो, जैसे कि लीवर अथवा फेफड़ों में, तो उसे निकालने के लिए सर्जरी की जा सकती है।

### **लैपेरोस्कोपिक (कीहोल) सर्जरी**

यह ओपरेशन पेट पर एक बड़े चीरे के स्थान पर चार या पाँच छोटे चीरों का उपयोग करता है। एक लैपेरोस्कोप (एक रोशनी और कैमरावाली एक पतली ट्यूब) चीरों में से एक से पेट में डाली जाती है, और कैंसर निकाला जाता है। इस ओपरेशन से सामान्यतः ज्यादा जल्दी ठीक हुआ जा सकता है। इस प्रकार की सर्जरी का उपयोग कुछ अस्पतालों द्वारा किया जाता है। यदि यह आपके लिए उपयुक्त होगी, तो आपके सर्जन आप से इसके बारे में चर्चा करेंगे।

### **स्टोमा**

यदि आँत के सिरो को एक-दूसरे से जोड़ा नहीं जा सकता, तो ऊपरी हिस्से को पेट की दीवार की त्वचा पर बाहर लाया जा सकता है। इसे स्टोमा कहते हैं। स्टोमा दो प्रकार के होते हैं: आइलोस्टोमी, जो कि सामान्यतः अस्थायी होती है; अथवा कोलोस्टोमी जो अक्सर स्थायी होती है। आप मल (शौच) को इकट्ठा करने के लिए स्टोमा पर एक थैली पहनेंगे।

अस्थायी स्टोमा हाल ही में जोड़ी गई आँत को ठीक होने का समय देता है। कुछ महीनों बाद आँत को फिर से जोड़ने के लिए आपका एक और ओपरेशन किया जाएगा। इसे स्टोमा रिवर्सल कहते हैं। स्थायी स्टोमा (सामान्यतः कोलोस्टोमी) तब बनाये जाते हैं, जब आँत को फिर से जोड़ना संभव न हो।

स्टोमा नर्स आपको और सलाह और जानकारी देगी।

### **कीमोथेरेपी**

कीमोथेरेपी कैंसर के कोषों को नष्ट करने के लिए कैंसर-रोधी (साइटोटॉक्सिक) दवाओं का उपयोग करती है। सामान्यतः चरण 1 के आँत के कैंसरों के लिए आपको इसकी ज़रूरत नहीं होती है।

चरण 2 के आँत के कैंसर के लिए कैंसर के वापस आने का जोखिम कम होता है, इसलिए हो सकता है, कि आपको कीमोथेरेपी की ज़रूरत न पड़े। सर्जरी के बाद कीमोथेरेपी दी जाने को **एड्जुवन्ट ट्रीटमेन्ट** कहा जाता है। इसका लक्ष्य कैंसर के वापस आने का जोखिम कम करना है।

चरण 3 के आँत के कैंसर से पीड़ित लोगों को सामान्यतः कीमोथेरेपी दी जाती है।

कभी-कभी कीमोथेरेपी ओपरेशन से पहले दी जाती है। इसे **निओ-एड्जुवन्ट कीमोथेरेपी** कहा जाता है। इसका उद्देश्य कैंसर को छोटा बनाना है, ताकि उसे आसानी से निकाला जा सके। इस उपचार के बाद संभव है कि आपको स्थायी स्टोमा की आवश्यकता न रहे।

### **कीमोरेडियोथेरेपी**

यह कीमोथेरेपी और रेडियोथेरेपी का संयोजन है। इसे कभी-कभी कीमोरेडियेशन कहा जाता है।

कीमोथेरेपी की दवाएं कैंसर कोषिकाओं को रेडियोथेरेपी के प्रति अधिक संवेदनशील बना सकती हैं। उपचारों का संयोजन करना केवल कीमोथेरेपी या केवल रेडियोथेरेपी से अधिक प्रभावी हो सकता है।

कीमोथेरेपी और रेडियोथेरेपी एक साथ देने से उपचार के दुष्प्रभाव और भी बुरे हो सकते हैं। आपके डॉक्टर अथवा विशेषज्ञ नर्स आपको कीमोरेडियोथेरेपी और इस उपचार के संभावित दुष्प्रभावों के बारे में अधिक जानकारी दे सकते हैं।

### **उन्नत आँत का कैंसर**

कीमोथेरेपी तब भी दी जा सकती है, जब कैंसर शरीर के किसी अन्य भाग में फैल गया हो (सेकेन्डरी अथवा एडवान्स्ड कैंसर)। इसका लक्ष्य कैंसरों को छोटा करना और लक्षणों को कम करना है। यह कभी-कभी आपको लंबे समय तक जीवित रहने में मदद कर सकता है।

कीमोथेरेपी की योजना कैसे बनाई जाती है और यह कैसे दी जाती है, और आपको हो सकते हैं ऐसे कुछ दुष्प्रभावों के बारे में हमारे पास आपकी भाषा में जानकारी है।

### **लक्षित (बायोलोजिकल) थेरेपियाँ**

लक्षित थेरेपियाँ कैंसर की कोषिकाओं और सामान्य कोषिकाओं के बीच के फर्क पर काम करती हैं और कैंसर कोषिकाओं को बढ़ने से रोकने का प्रयास करती हैं।

इसके कई विभिन्न प्रकार हैं। आँत के कैंसर का इलाज करने में उपयोग की जानेवाली प्रमुख हैं सेट्युक्सीमैब (अर्बीटक्स - Erbitux®), बीवेक्सिज़ुमैब (अवास्टिन - Avastin®), पैनीट्युमैब (वेक्टिबिक्स - Vectibix®) और एफ्लिबर्सेप्ट (ज़ाल्ट्रैप - Zaltrap®)।

इनका उपयोग ऐसे कोलोरेक्टल कैंसरों का उपचार करने के लिए किया जा सकता है, जो कि आँत के बाहर फैल गये हैं। सारे आँत के कैंसर सेट्युक्सिमैब अथवा पैनिट्युमैब को प्रतिक्रिया नहीं देते।

### **रेडियोथेरेपी**

रेडियोथेरेपी सामान्य कोषिकाओं को संभव उतना कम नुकसान पहुँचाते हुए कैंसर कोषिकाओं को नष्ट करने के लिए शरीर के बाहर से उच्च-ऊर्जा वाली किरणें भेज कर कैंसर का इलाज करती है।

इसका उपयोग कोलन कैंसर के लक्षणों में आराम पहुँचाने के लिए किया जा सकता है, हालाँकि ऐसा कभी-कभार ही किया जाता है।

## रेक्टल कैंसर के लिए रेडियोथेरेपी

### सर्जरी से पहले

रेक्टल कैंसर को छोटा और निकालने में आसान बनाने के लिए आपको सर्जरी से पहले रेडियोथेरेपी दी जा सकती है। यह कैंसर के वापस आने का जोखिम भी कम करती है।

आपको आपकी सर्जरी से पहले वाले सप्ताह के दौरान रेडियोथेरेपी का एक छोटा कोर्स दिया जा सकता है। अथवा आपको छः सप्ताह तक चलने वाला लंबा कोर्स दिया जा सकता है। अधिक लंबा उपचार सामान्यतः कीमोथेरेपी के साथ दिया जाता है (कीमोरेडियोथेरेपी), जिससे कि रेडियोथेरेपी को बेहतर काम करने में मदद मिल सकती है।

रेडियोथेरेपी के कोर्स के बाद, आपका ओपरेशन हो सके उससे पहले आपको दुष्प्रभावों के बीत जाने के लिए कुछ सप्ताहों तक इंतज़ार करना होगा।

### सर्जरी के बाद

यदि आपको सर्जरी से पहले रेडियोथेरेपी नहीं दी गई थी, तो हो सकता है, यह बाद में दी जाए। ऐसा तब हो सकता है यदि:

- कैंसर निकालने में मुश्किल हो
- कुछ कैंसर कोषिकाएं पीछे छूट गई हों
- कैंसर आँत की दीवारों में या पास की लसीका ग्रंथियों में फैल गया हो।

आपको 4 - 5 सप्ताहों तक सप्ताह के हर दिन (सोम-शुक्र) इस प्रकार की रेडियोथेरेपी दी जा सकती है।

### उन्नत रेक्टल कैंसर

यदि, आपके प्रथम उपचार के बाद (खास कर श्रोणी के क्षेत्र में) कैंसर फैल गया है या लौट

आया है, तो आपको इसे छोटा करने के लिए रेडियोथेरेपी दी जा सकती है। यह लक्षणों जैसे कि दर्द में आराम देने के लिए भी हो सकता है।

रेडियोथेरेपी की योजना कैसे बनाई जाती है और यह कैसे दी जाती है, और आपको हो सकते हैं ऐसे कुछ दुष्प्रभावों के बारे में हमारे पास आपकी भाषा में अधिक जानकारी है।

### **नैदानिक परीक्षण (क्लिनिकल ट्रायल्स)**

कैंसर के लिए नये और बेहतर उपचार खोजने के प्रयास करने के लिए कैंसर अनुसंधान परीक्षण किये जाते हैं। रोगियों पर किये जाने वाले परीक्षणों को चिकित्सकीय परीक्षण कहते हैं। कई अस्पताल अब इन परीक्षणों में हिस्सा लेते हैं। आँत के कैंसर संबंधी वर्तमान अनुसंधान के बारे में अपने डॉक्टर से बात करें।

### **फॉलो-अप**

आपका उपचार खतम हो जाने के बाद नियमित रूप से आपके चेक-अप और रक्त परीक्षण किये जायेंगे। आपके CT (कम्प्यूटराइज़्ड टोमोग्राफी) स्कैन और कोलनोस्कोपी भी हो सकते हैं। यह कई सालों तक जारी रह सकते हैं, लेकिन इनकी बारंबारता कम होती जाएगी।

### **आपकी भावनाएं**

संभव है कि जब आपको बताया जाए कि आपको कैंसर है, तो आप घबरा जाएं और आप कई अलग-अलग भावनाएं अनुभव करें। इन में गुस्सा, आक्रोश, अपराध भाव, चिंता और डर शामिल हो सकते हैं। यह सभी सामान्य प्रतिक्रियाएं हैं और यह कई लोग अपने रोग को स्वीकार करने की प्रक्रिया के दौरान जो अनुभव करते हैं, उसी का एक हिस्सा है। कोई भी अनुभूति करने का कोई सही या गलत तरीका नहीं है। आप अपने तरीके से चीज़ों का सामना करेंगे।

### **आपकी भाषा में अधिक जानकारी**

- स्तन कैंसर तथ्य पत्रिका



- कीमोथेरेपी तथ्य पत्रिका
- बेनिफिट्स का दावा करना तथ्य पत्रिका
- फेफड़े का कैंसर तथ्य पत्रिका
- प्रोस्टेट कैंसर तथ्य पत्रिका
- रेडियोथेरेपी तथ्य पत्रिका
- कैंसर के उपचार के दुष्प्रभाव तथ्य पत्रिका
- सर्जरी तथ्य पत्रिका
- आप अपनी सहायता के लिए क्या कर सकते हैं तथ्य पत्रिका

इस तथ्य पत्रिका को मैकमिलन कैंसर सपोर्ट की कैंसर इन्फॉर्मेशन डेवलपमेंट टीम द्वारा लिखा, सुधारा और संपादित किया गया है। इसे हमारे चिकित्सकीय संपादक, डॉ. टिम ईवसन, कन्सल्टन्ट क्लिनिकल ऑन्कोलोजिस्ट द्वारा स्वीकृत किया गया है।

एडलीन रोय, कोलोरेक्टल क्लिनिकल नर्स स्पेशलिस्ट; फिओना बटलर, कोलोरेक्टल क्लिनिकल नर्स स्पेशलिस्ट; एवं उन कैंसर पीड़ित लोगों, जिन्होंने इस संस्करण की समीक्षा की है, के प्रति आभार के साथ।

हमने इस तथ्य पत्रिका को लिखने के लिए कई विश्वसनीय स्रोतों से मिली जानकारी का उपयोग किया है। इनमें शामिल हैं:

- *इम्प्रूविंग आउटकम्स इन कोलोरेक्टल कैंसर: द मैनुअल अपडेट (Improving Outcomes in Colorectal Cancer: The Manual Update)* / जून 2004। राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं देखभाल संस्थान (नेशनल इन्स्टिट्यूट फॉर हेल्थ एंड केयर एक्सेलेंस National Institute for Health and Care Excellence (NICE))।
- *मैनेजमेंट ऑफ कोलोरेक्टल कैंसर: अ नेशनल क्लिनिकल गाइडलाइन (Management of Colorectal Cancer: A National Clinical Guideline)* | मार्च 2003। स्कॉटिश इंटरकोलेजिएट गाइडलाइन्स नेटवर्क (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN))।

- कम्प्यूटराइज्ड टोमोग्राफिक कोलनोस्कोपी (वर्चुअल कोलनोस्कोपी) - मार्गदर्शन  
(Computerised tomographic colonoscopy (virtual colonoscopy) – guidance) |  
जून 2005। नीस।
- सेट्युक्सिमैब फॉर द फर्स्ट-लाइन ट्रीटमेन्ट ऑफ मेटास्टेटिक कोलोरेक्टल कैंसर  
(Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer) |  
अगस्त 2009। नीस।

हम यह सुनिश्चित करने का हर संभव प्रयास करते हैं, कि आपको प्रदान की गई जानकारी सटीक हो, लेकिन उसे चिकित्सकीय अनुसंधान की वर्तमान स्थिति का प्रतिबिंब नहीं माना जाना चाहिए, जो कि निरंतर बदलती रहती है। यदि आप अपने स्वास्थ्य के बारे में चिंतित हैं, तो आपको अपने डॉक्टर की सलाह लेनी चाहिए। मैकमिलन इस जानकारी में या किसी भी तृतीय पक्ष, जैसे कि हम जिनके लिंक देते हैं वे वेबसाइट्स, की जानकारी में चूक के कारण होने वाले किसी भी नुकसान अथवा क्षति के लिए उत्तरदायित्व स्वीकार नहीं कर सकता।

© मैकमिलन कैंसर सपोर्ट (Macmillan Cancer Support) 2014। इंग्लैंड और वेल्स (261017), स्कॉटलैंड (SC039907) और आइल ऑफ मैन (604) में पंजीकृत धर्मार्थ संगठन। पंजीकृत कार्यालय 89 Albert Embankment, London, SE1 7UQ।

MAC15136\_Hindi



## 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.

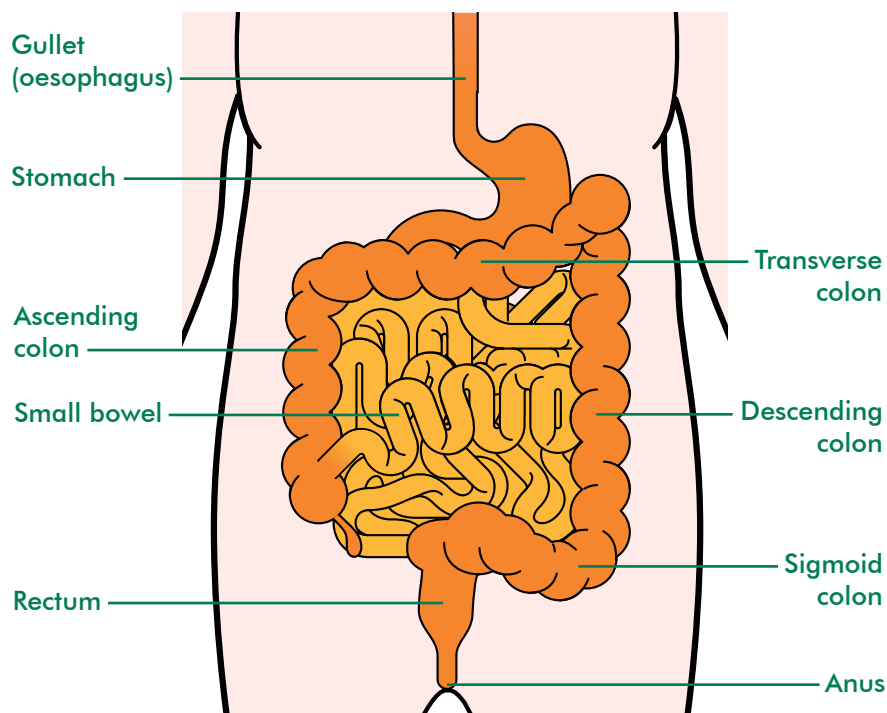
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

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<sup>®</sup>), bevacizumab (Avastin<sup>®</sup>), panitumab (Vectibix<sup>®</sup>) and aflibercept (Zaltrap<sup>®</sup>).

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.

