

ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ

ਇਹ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੈ ਕਿ ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ, ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਸਰਜਰੀ, ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਦਾਅਵੇ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅੰਤ ਬਾਰੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟਾਂ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦੇਵੇਗੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਖੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਤੋਂ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਕੈਂਸਰ ਸਮਰਥਨ ਮਾਹਰਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੋਗੇ, ਤਾਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਾ ਬੋਲਣ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 9 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ **0808 808 00 00** ਤੇ ਮੈਕਮਿਲਨ ਸਪੋਰਟ ਲਾਈਨ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਸਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸਟਫੋਨ **0808 808 0121**, ਜਾਂ ਟੈਕਸਟ ਰਿਲੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਵੈਬਸਾਈਟ macmillan.org.uk ਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਹ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਇਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਹੈ:

- ਕੈਂਸਰ ਕੀ ਹੈ?
- ਆਂਤੜੀ
- ਜੋਖਮ ਦੇ ਕਾਰਕ ਅਤੇ ਕਾਰਨ
- ਲੱਛਣ

- ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
- ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਜੇ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ
- ਇਲਾਜ
- ਕਲੀਨਿਕਲ ਪਰਖਾਂ
- ਫੋਲੋ-ਅੱਪ (ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ)
- ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ
- ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੈਂਸਰ ਕੀ ਹੈ?

ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੰਗ ਅਤੇ ਟਿਸੂ ਛੋਟੀਆਂ-ਛੋਟੀਆਂ ਇਕਾਈਆਂ ਤੋਂ ਬਣੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੈੱਲ (ਕੋਸ਼ਾਣੂ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੈਂਸਰ ਇਹਨਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ।

ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਸੈੱਲ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੈੱਲ ਇੱਕੋ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ, ਸੈੱਲ ਤਰਤੀਬਬੱਧ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਵੰਡੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਜੇ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਾਬੂ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਵੰਡਿਆ ਜਾਣਾ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਗੰਢ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ ਟਿਊਮਰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਰੇ ਟਿਊਮਰ ਕੈਂਸਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਤੋਂ ਟਿਸੂ ਜਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਨਮੂਨੇ ਨੂੰ ਕੱਢ ਕੇ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਟਿਊਮਰ ਕੈਂਸਰ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਬਾਇਓਪਸੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠਾਂ ਨਮੂਨੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਮਮੂਲੀ (ਜੋ ਕੈਂਸਰ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ) ਟਿਊਮਰ ਵਿੱਚ, ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਵਾਧਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਉਹ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਫੈਲ ਸਕਦੇ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਉਸ ਸਮੇਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ ਜੇ ਇਹ ਨੇੜਲੇ ਅੰਗਾਂ ਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਮਲਿਗਨੈਂਟ (ਕੈਂਸਰ ਵਾਲੇ) ਟਿਊਮਰ ਵਿੱਚ, ਸੈੱਲ ਨੇੜਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਵਧਦੇ ਹਨ। ਕਈ ਵਾਰੀ, ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਫੈਲਾਓ ਉਸ ਥਾਂ ਤੋਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਤਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕੈਂਸਰ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਸੀ (ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਥਾਂ)। ਉਹ ਖੂਨ ਜਾਂ ਲਿੰਫੈਟਿਕ (ਲਸੀਕਾ ਸਬੰਧੀ) ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਜ਼ਰੀਏ ਫੈਲ ਸਕਦੇ ਹਨ।

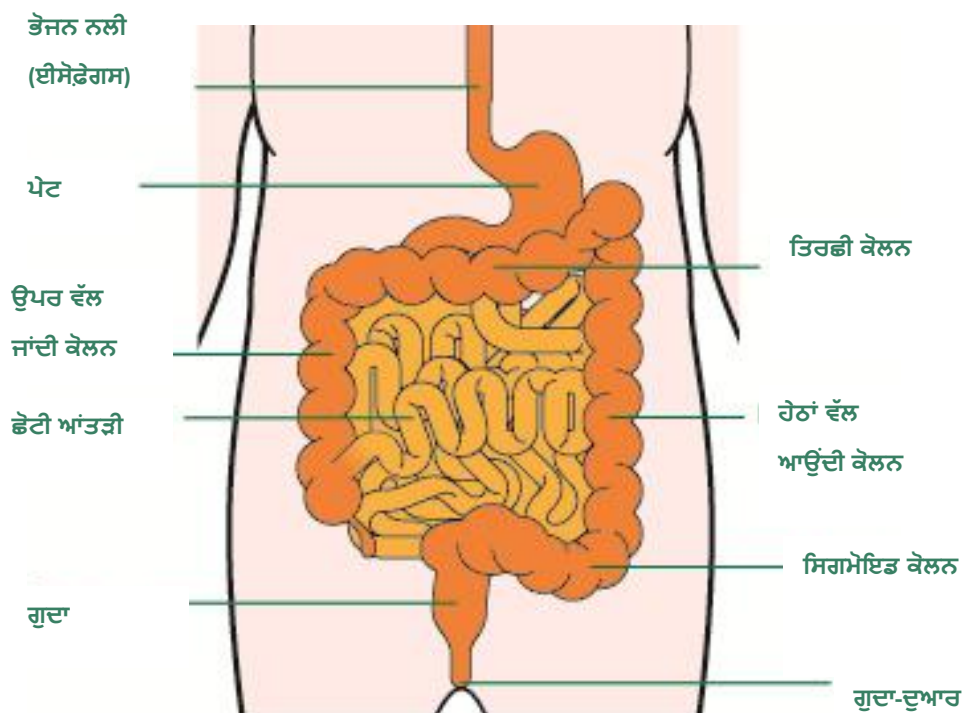
ਲਿੰਫੈਟਿਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਲਾਗ) ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਸਾਡਾ ਬਚਾਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਬਰੀਕ ਨਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਬਣਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਲਿੰਫੈਟਿਕ ਨਾੜੀਆਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਹਰ ਪਾਸੇ ਲੋਬੀਏ ਦੇ ਆਕਾਰ ਵਾਲੇ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ (ਗ੍ਰੰਥੀ) ਦੇ ਸਮੂਹਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜਦੋਂ ਸੈੱਲ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸੇ ਤਕ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ ਉਦੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਵਾਧੇ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੋਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਇੱਕ ਹੋਰ ਟਿਊਮਰ ਬਣਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨੂੰ ਸੈਕੰਡਰੀ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਮੈਟਾਸਟੈਸਿਸ (metastasis) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਆਂਤੜੀ

ਆਂਤੜੀ ਸਾਡੀ ਪਾਚਨ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਦੋ ਭਾਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਛੋਟੀ ਆਂਤੜੀ ਅਤੇ ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ। ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਕੋਲਨ, ਗੁਦਾ (ਰੈਕਟਮ), ਅਤੇ ਗੁਦਾ-ਦੁਆਰ ਤੋਂ ਮਿਲ ਕੇ ਬਣੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਆਂਤੜੀ - ਕੋਲਨ ਅਤੇ ਗੁਦਾ



ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਨਿਗਲਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਹੇਠਾਂ ਭੋਜਨ ਨਲੀ (ਈਸੋਫੇਗਸ) ਤੋਂ ਲੰਘਦਾ ਹੋਇਆ ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਪਾਚਨ-ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਫੇਰ ਛੋਟੀ ਆਂਤੜੀ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੋਸ਼ਕ ਤੱਤਾਂ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਲੈ ਲਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਪਚਿਆ ਹੋਇਆ ਭੋਜਨ ਫੇਰ ਕੋਲਨ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਪਾਣੀ ਸੋਖ ਲਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਕੀ ਰਹਿੰਦ-ਖੂੰਹਦ ਵਾਲਾ ਪਦਾਰਥ, ਜੋ ਟੱਟੀ ਜਾਂ ਮਲ ਵੱਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਗੁਦਾ (ਪਿਛਲੇ ਰਾਸਤੇ) ਵਿੱਚ ਉਦੋਂ ਤਕ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਟੱਟੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਗੁਦਾ-ਦੁਆਰ ਰਾਹੀਂ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ।

ਕੋਲਨ ਅਤੇ ਗੁਦਾ ਦੀਆਂ ਬਾਹਰੀ ਪਰਤਾਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀਆਂ ਪਰਤਾਂ ਤੋਂ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੋਲਨ ਅਤੇ ਰੈਕਟਲ (ਗੁਦਾ ਸਬੰਧਤ) ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੈਂਸਰ ਆਂਤੜੀ ਦੀਆਂ ਅੰਦਰੂਨੀ ਪਰਤਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਪੋਲਿਪਸ ਨਾਮਕ ਛੋਟੇ ਵਾਧਿਆਂ (ਫੋੜੇ-ਨੁਮਾ) ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਵਧਦੇ ਹਨ।

ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਕੋਲਨ ਅਤੇ ਗੁਦਾ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਜੋਖਮ ਦੇ ਕਾਰਕ

ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਕਾਰਨ ਹਨ। ਕੁਝ ਜੋਖਮ ਦੇ ਕਾਰਕ ਹਨ ਜੋ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

- ਉਮਰ - ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦਾ ਜੋਖਮ ਉਮਰ ਨਾਲ ਵਧਦਾ ਹੈ।
- ਖੁਰਾਕ - ਜਿਸ ਖੁਰਾਕ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸਾਰਾ ਲਾਲ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਸੈਸ ਕੀਤਾ ਮੀਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਲ ਅਤੇ ਤਾਜ਼ਾ ਸਬਜ਼ੀਆਂ ਦੀ ਘਾਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਉਹ ਖੁਰਾਕ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤਲੇ ਹੋਏ ਜਾਂ ਭੁੰਨੇ ਹੋਏ ਮਾਸ ਨਾਲ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋਖਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਜੀਵਨ-ਸ਼ੈਲੀ - ਇਸ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹੀ ਕਸਰਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਲੋੜੇਂ ਵੱਧ ਭਾਰ ਦਾ ਹੋਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀਆਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਮਾਤਰਾਵਾਂ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
- ਪਰਿਵਾਰਕ ਇਤਿਹਾਸ - ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨੂੰ ਆਂਤੜੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਣ ਦਾ ਵੱਧ ਜੋਖਮ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪੀੜ੍ਹਤ ਸਿਰਫ 5% (ਹਰੇਕ 100 ਵਿੱਚੋਂ 5) ਬਾਰੇ ਇਹ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਵਿਰਸੇ ਵਿੱਚ ਮਿਲੇ ਨੁਕਸਦਾਰ ਜੀਨ ਕਾਰਨ ਹੋਈ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਪਿਛੋਕੜ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।
- ਪਰਿਵਾਰਕ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਦੋ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜੋ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਫੈਮੀਲਿਅਲ ਐਡੋਨੋਮੈਟਸ ਪੋਲੀਪੋਸਿਸ (familial adenomatous

polyposis -FAP) ਅਤੇ ਹੈਰੀਡਿਏਟਰੀ ਨਾਨ-ਪੋਲੀਪੋਸਿਜ਼ ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ (hereditary non-polyposis colon cancer - HNPCC) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦੇ ਜੋਖਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

- ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਸੇਜ਼ਸ਼ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (inflammatory bowel disease) ਦਾ ਨਿੱਜੀ ਇਤਿਹਾਸ - ਜਿਹੜੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤਕ ਅਲਸਰੇਟਿਵ ਕੋਲਾਈਟਿਸ (ulcerative colitis) ਜਾਂ ਕ੍ਰੋਨਜ਼ ਡਿਜ਼ੀਜ਼ (Crohn's disease) (ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਪਰਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ) ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦਾ ਵਧਿਆ ਜੋਖਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਆਂਤੜੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਅਤੇ ਇਹ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਤਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚ ਸਕਦਾ।

ਲੱਛਣ

ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਟੱਟੀਆਂ ਦੇ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਉੱਤੇ ਖੂਨ ਦਾ ਆਉਣਾ - ਖੂਨ ਦਾ ਰੰਗ ਤਿੱਖਾ ਲਾਲ ਜਾਂ ਗੂੜ੍ਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ
- ਬਗ਼ੈਰ ਕਿਸੇ ਜਾਹਰ ਕਾਰਨ ਦੇ ਟੱਟੀ ਜਾਣ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮ ਆਦਤ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ (ਜਿਵੇਂ ਦਸਤ ਲੱਗਣੇ ਜਾਂ ਕਬਜ਼ ਹੋਣੀ), ਜੋ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ
- ਭਾਰ ਵਿੱਚ ਅਸਪਸ਼ਟ ਕਮੀ ਆਉਣੀ
- ਪੇਟ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ
- ਟੱਟੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਜਿਹਾ ਲੱਗਣਾ ਕਿ ਪੇਟ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਫ਼ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ
- ਥਕਾਵਟ ਜਾਂ ਸਾਹ ਦਾ ਚੜ੍ਹਨਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣਾ - ਇਹ ਉਸ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਖੂਨ ਵਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਅਨੀਮੀਆ (ਖੂਨ ਦੇ ਲਾਲ ਸੈੱਲਾਂ ਦੀ ਘੱਟ ਗਿਣਤੀ) ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਕਈ ਵਾਰੀ ਕੈਂਸਰ ਆਂਤੜੀ ਵਿੱਚ ਅਵਰੋਧ (ਰੁਕਾਵਟ) ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਲੱਛਣ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੇ ਮੁਤਾਬਕ ਹਨ:

- ਬਿਮਾਰ ਹੋਣਾ (ਉਲਟੀ ਆਉਣੀ)

- ਕਬਜ਼ ਹੋਣੀ
- ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਣਾ
- ਅਫ਼ਾਰਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣਾ

ਇਹ ਲੱਛਣ ਹੋਰਨਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਆਪਣੇ GP ਤੋਂ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹੋ।

ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਆਪਣੇ GP ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਟ ਨੂੰ ਟੋਹ ਕੇ ਦੇਖਣਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਮੁਆਇਨਾ ਕਰਣਗੇ। ਇਸ ਨੂੰ ਰੈਕਟਲ (ਗੁਦਾ-ਸਬੰਧੀ) ਮੁਆਇਨਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਰੈਕਟਲ ਮੁਆਇਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਡਾਕਟਰ ਕਿਸੇ ਗੰਢਾਂ ਜਾਂ ਸੋਜ਼ਸ਼ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਲਈ ਦਸਤਾਨਾ ਪਾਈ ਉਂਗਲੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ (ਗੁਦਾ) ਵਿੱਚ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਥੋੜ੍ਹਾ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਤਕਲੀਫ਼ਦੇਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਅਨੀਮੀਆ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਖੂਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਜਿਗਰ ਅਤੇ ਗੁਰਦਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ GP ਨੂੰ ਪੱਕਾ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਸਮੱਸਿਆ ਕੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਮਾਹਰ ਕੋਲ ਭੇਜਣਗੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ GP ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ 14 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਖੇ

ਇਹਨਾਂ ਜਾਂਚਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਵੀ ਪੈ ਸਕਦੀ।

ਪ੍ਰੋਕਟੋਸਕੋਪੀ/ਸਿਗਮੋਇਡੋਸਕੋਪੀ (Proctoscopy/sigmoidoscopy)

ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੀਆਂ ਪਰਤਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਜ਼ਰ ਮਾਰੇਗੀ ਅਤੇ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਨਮੂਨੇ ਲਵੇਗੀ (ਬਾਇਓਪਸੀ)। ਉਹ ਬਹੁਤ ਅਰਾਮ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਜਿਹੀ ਨਲੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ (ਗੁਦਾ) ਵਿੱਚ ਪਾਉਣਗੇ। ਨਲੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਤੇ ਲਾਈਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਕੈਮਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਕਟੋਸਕੋਪ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਨਲੀ ਹੈ ਜੋ ਮਹਿਜ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁਦਾ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸਿਗਮੋਇਡੋਸਕੋਪ ਇੱਕ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵੱਡੀ ਨਲੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਗਾਂਹ ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਤਕ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਕਟੋਸਕੋਪੀ ਜਾਂ ਸਿਗਮੋਇਡੋਸਕੋਪੀ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਪਰ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੀਆਂ।

ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ (Colonoscopy)

ਵੱਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਲੰਬਾਈ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ ਕਰੇਗਾ। ਜਾਂਚ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਉਹ ਤਸਵੀਰਾਂ ਅਤੇ ਸੈੱਲਾਂ ਦੀਆਂ ਬਾਇਓਪਸੀਜ਼ ਲੈਣਗੇ।

ਇਸ ਜਾਂਚ ਲਈ ਆਂਤੜੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਖਾਲੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਇੱਕ ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨਪੂਰਵਕ ਭੋਜਨ ਕਰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਕਰਨ ਲਈ ਦਵਾਈ (ਲੈਗਜ਼ੇਟਿਵ) ਲੈਣੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਹਸਪਤਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤਕਾਰੀ ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।

ਵਰਚੁਅਲ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ (Virtual colonoscopy)(CT ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ) (CT colonography)

ਇੱਕ CT ਸਕੈਨਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੀਆਂ ਲੜੀਵਾਰ ਐਕਸ-ਰੇ ਤਸਵੀਰਾਂ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਫੇਰ ਇੱਕ ਕੰਪਿਊਟਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਤਿੰਨ-ਪਰਿਮਾਪੀ ਤਸਵੀਰ ਦੇਣ ਲਈ ਤਸਵੀਰਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਕੈਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਆਂਤੜੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਖਾਲੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦਵਾਈ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਅਰਾਮ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ

ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਡਾਈ (ਕਾਂਟ੍ਰਾਸਟ ਮੀਡੀਅਮ) ਦਾ ਇੱਕ ਟੀਕਾ ਵੀ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਲਗਵਾਉਣ ਜਾ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸੇਗਾ।

ਹੋਰ ਜਾਂਚਾਂ

ਜੇ ਬਾਇਓਪਸੀ ਇਹ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੋਰ ਟੈਸਟ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਦੇਖਣਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ। ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ
- ਛਾਤੀ ਦਾ ਐਕਸ-ਰੇ
- ਇੱਕ CT ਸਕੈਨ
- ਇੱਕ CT/PET ਸਕੈਨ
- ਇੱਕ MRI ਸਕੈਨ
- ਇੱਕ ਬੈਰੀਅਮ ਐਨੀਮਾ
- ਇੱਕ ਅਲਟ੍ਰਾਸਾਊਂਡ ਸਕੈਨ।

ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਇਸ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਜਾਂਚ ਦੇ ਸਿੱਟਿਆਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬੇਚੈਨੀ ਵਾਲਾ ਸਮਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਾਂ ਦੇਸਤ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ 0808 808 00 00 ਤੇ ਸਾਡੇ ਕੈਂਸਰ ਸਹਾਇਤਾ ਮਾਹਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨਾਲ ਵੀ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਗ੍ਰੇਡ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ

ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਗ੍ਰੇਡ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹੀ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ

ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਚਾਰ ਪੜਾਅਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:

- **ਪੜਾਅ 1** - ਕੈਂਸਰ ਅਸਲ ਟਿਊਮਰ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਫੈਲਿਆ ਹੈ।
- **ਪੜਾਅ 2** - ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟਿਊਮਰ ਦਾ ਵਾਧਾ ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਬਾਹਰੀ ਪਰਤ ਅਤੇ ਨੇੜਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਤਕ ਹੋ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਪਰ ਇਹ ਨੇੜਲੇ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ (ਲਸੀਕਾ ਗ੍ਰੰਥੀਆਂ) ਤਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਿਆ ਹੈ।
- **ਪੜਾਅ 3** - ਟਿਊਮਰ ਦੇ ਸੈੱਲ ਨੇੜਲੇ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ ਵਿੱਚ ਦੇਖੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- **ਪੜਾਅ 4** - ਟਿਊਮਰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਦਰਜੇ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ

ਦਰਜੇ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਆਮ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠਾਂ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

- **ਦਰਜਾ 1 (ਘੱਟ ਦਰਜੇ ਵਾਲਾ)** – ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲ ਆਮ ਸੈੱਲਾਂ ਵਰਗੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੇ ਹਨ।
- **ਦਰਜਾ 2 (ਦਰਮਿਆਨੇ ਦਰਜੇ ਵਾਲਾ)** – ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਸਧਾਰਨ ਲੱਗਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਦੇ ਹਨ।
- **ਦਰਜਾ 3 (ਉੱਚ ਦਰਜੇ ਵਾਲਾ)** – ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲ ਆਮ ਸੈੱਲਾਂ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਵੱਖਰੇ ਦਿਸਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਦੇ ਹਨ।

ਇਲਾਜ

ਸਭ ਤੋਂ ਢੁੱਕਵੇਂ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਅਸਾਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਗੱਲਾਂ ਹਨ:

- ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਜਾ
- ਤੁਹਾਡੀ ਆਮ ਸਿਹਤ
- ਇਲਾਜ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ
- ਸੰਭਾਵੀ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਚਾਰ।

ਹਾਲਾਂਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ, ਪਰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸਮਝ ਸਕੋ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਭਾਵ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲਿਜਾਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ, ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਬੋਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਉੱਥੇ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਉਦੋਂ ਤਕ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਹੁੰਦੀ।

ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ ਅਤੇ ਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਪੜਾਅ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਆਂਤੜੀ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜੀ ਥਾਂ ਤੇ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੇਗਾ।

ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਸਰਜਰੀ

ਟੋਟਲ ਕੋਲੈਕਟਮੀ (Total colectomy) – ਸਮੁੱਚੀ ਕੋਲਨ ਨੂੰ ਕੱਢਦੀ ਹੈ।

ਹੇਮੀ-ਕੋਲੈਕਟਮੀ (Hemi-colectomy) – ਅੱਧੀ ਕੋਲਨ ਨੂੰ ਕੱਢਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਖੱਬਾ ਜਾਂ ਸੱਜਾ ਹਿੱਸਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਂਸਰ ਕਿਹੜੀ ਥਾਂ ਤੇ ਹੈ।

ਸਿਗਮੋਇਡ ਕੋਲੈਕਟਮੀ (Sigmoid colectomy) – ਸਿਗਮੋਇਡ ਕੋਲਨ ਨੂੰ ਕੱਢਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਉਸ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਂਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫੇਰ ਦੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਸਿਰਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਨਹੀਂ ਜੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟੋਮਾ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਪੇਟ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਹਿੱਸੇ ਤੇ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਸਥਾਈ ਜਾਂ ਸਥਾਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਣਗੇ। ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਸਟੋਮਾ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਕੋਲਨ ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ ਨੂੰ ਵੀ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਇਸ ਲਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕੈਂਸਰ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਫੈਲਿਆ ਹੋਵੇਗਾ।

ਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਸਰਜਰੀ

ਟੋਟਲ ਮੇਸੋਰੈਕਟਲ ਐਕਸੀਜ਼ਨ (Total mesorectal excision) (TME) – ਸਮੁੱਚੇ ਗੁਦਾ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਦੇ ਚਰਬੀਦਾਰ ਉੱਤਕ ਨੂੰ ਕੱਢਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

TME ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੁਦਾ ਵਿੱਚ ਕੈਂਸਰ ਕਿੱਥੇ ਹੈ।

- **ਲੋਅ ਐਂਟੇਰੀਅਰ ਰਿਸੈਕਸ਼ਨ (Low anterior resection)** – ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਗੁਦੇ (ਕੋਲਨ ਦੇ ਨਜ਼ਦੀਕ) ਦੇ ਉਪਰਲੇ ਅਤੇ ਵਿਚਲੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਉਸ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਂਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੋ ਸਿਰਿਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ

ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਨਹੀਂ ਜੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟੋਮਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਟੋਮਾ ਬਾਰੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਦੇਖੋ)।

- **ਐਬਡੋਮਿਨੋ-ਪੇਰੀਨੀਅਲ ਰਿਸੈਕਸ਼ਨ (Abdomino-perineal resection)** – ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਗੁਦਾ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਸਿਰੇ ਦੇ ਕੈਂਸਰਾਂ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਥਾਈ ਸਟੋਮਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਵਾਲੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਸਰਜਰੀ

ਲੋਕਲ ਰਿਸੈਕਸ਼ਨ (local resection) ਜਾਂ **ਟਰਾਂਸੈਨਲ ਰਿਸੈਕਸ਼ਨ (transanal resection)** ਨਾਮਕ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਈ ਵਾਰੀ ਛੋਟੇ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਵਾਲੇ ਕੈਂਸਰਾਂ ਨੂੰ ਕੱਢ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਯੰਤਰਾਂ ਨੂੰ ਗੁਦਾ ਦੁਆਰਾ ਰਾਹੀਂ ਗੁਦਾ ਜਾਂ ਕੋਲਨ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਟਿਊਮਰ ਉੱਚੇ-ਦਰਜੇ ਵਾਲਾ ਹੈ ਤਾਂ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੂਜਾ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰੀਕੇ ਹਨ ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਆਂਤੜੀ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜੀ ਥਾਂ ਤੇ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੇਗਾ।

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲ ਚੁੱਕੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਸਰਜਰੀ

ਜੇ ਕੈਂਸਰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵੱਡਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਢਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਇਹ ਆਂਤੜੀ ਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਤੰਗ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰੀ ਡਾਕਟਰ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਧਾਤ ਦੀ ਨਲੀ (ਇੱਕ ਸਟੈਂਟ) ਇਸ ਅੰਦਰ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਸਟੈਂਟ ਅੰਦਰ ਪਾਉਣਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਾਮ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਹਲਕੀ ਸ਼ਾਂਤਕਾਰੀ ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰੀ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਰੀਰ ਦੇ ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਿਗਰ ਜਾਂ ਫੇਫੜੇ।

ਲੈਪਰੋਸਕੋਪਿਕ (ਕੀ-ਹੋਲ) ਸਰਜਰੀ (Laparoscopic (keyhole) surgery)

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਚੀਰੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਚਾਰ ਜਾਂ ਪੰਜ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੈਪਰੋਸਕੋਪ (ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਨਲੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲਾਈਟ ਅਤੇ ਕੈਮਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਨੂੰ ਲਗਾਏ ਗਏ ਚੀਰਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਛੇਤੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੁਝ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਢੁੱਕਵੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰੇਗਾ।

ਸਟੋਮਾ (Stomas)

ਜੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਨਹੀਂ ਜੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਉਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਪੇਟ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਚਮੜੀ ਤੇ ਲਿਆਉਂਦਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਟੋਮਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੋ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਟੋਮਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਇਲੀਓਸਟੋਮੀ (ileostomy), ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਅਸਥਾਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜਾਂ ਕੋਲੋਸਟੋਮੀ (colostomy), ਜੋ ਅਕਸਰ ਸਥਾਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਟੱਟੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਟੋਮਾ ਉਪਰ ਥੈਲਾ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ।

ਅਸਥਾਈ ਸਟੋਮਾ ਨਵੀਂ ਜੋੜੀ ਆਂਤੜੀ ਦਾ ਜਖਮ ਭਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਤੋਂ ਜੋੜਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਇੱਕ ਹੋਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਟੋਮਾ ਦਾ ਉਲਟਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਥਾਈ ਸਟੋਮੇ (ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕੋਲੋਸਟੋਮੀਜ਼) ਉਸ ਸਮੇਂ ਬਣਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਆਂਤੜੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਤੋਂ ਜੋੜਨਾ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਸਟੋਮਾ ਨਰਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੇਗੀ।

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਲਈ ਕੈਂਸਰ-ਨਾਸ਼ਕ (ਸਾਈਟੋਟੋਕਸਿਕ - cytotoxic) ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਪੜਾਅ 1 ਦੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰਾਂ ਲਈ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਪੜਾਅ 2 ਦੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰਾਂ ਲਈ, ਦੁਬਾਰਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦਾ ਜੋਖਮ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਾ ਪਏ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਿੱਤੀ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ **ਐਜਵੈਂਟ ਟਰੀਟਮੈਂਟ (ਸਹਾਇਕ ਇਲਾਜ) (adjuvant treatment)** ਵੱਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਦੁਬਾਰਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਹੈ।

ਪੜਾਅ 3 ਦੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ **ਨੀਓ-ਐਜਵੈਂਟ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ (neo-adjuvant chemotherapy)** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਅਸਾਨ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਸਥਾਈ ਸਟੇਮਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕੀਮੋਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ (Chemoradiotherapy)

ਇਹ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਸੁਮੇਲ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰੀ ਕੀਮੋਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਦਵਾਈਆਂ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਪ੍ਰਤੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਬਣਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਿਰਫ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਜਾਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਇਕੱਲੇ ਤੌਰ ਤੇ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਦੋਹਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਦਾ ਸੁਮੇਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਸਰਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਿਆਂ ਦੇਣ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਬਦਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨਰਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀਮੋਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਇਸ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ

ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਉਸ ਵੇਲੇ ਵੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕੈਂਸਰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਸੈਕੰਡਰੀ ਜਾਂ ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ ਕੈਂਸਰ)। ਇਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟਾ

ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਈ ਵਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤਕ ਜਿਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰੁਝਾਅ ਅਜਿਹੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸੇਧਤ (ਬਾਇਓਲੋਜੀਕਲ) ਥੈਰੇਪੀਆਂ

ਸੇਧਤ ਇਲਾਜ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਅਤੇ ਠੀਕ (ਸਿਹਤਮੰਦ) ਸੈੱਲਾਂ ਦਰਮਿਆਨ ਅੰਤਰ ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਵਾਧੇ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਿਸਮਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਹਨ cetuximab (Erbix®) (ਸਿਟਕਸੀਮੈਬ (ਐਰਬੀਟਕਸ)), bevacizumab (Avastin®) (ਬੇਵਾਸੀਜ਼ੂਮੈਬ (ਐਵਾਸਟਿਨ)), panitumab (Vectibix®) (ਪੈਨੀਟੂਮੈਬ (ਵੈਸਟੀਬਿਕਸ)) ਅਤੇ aflibercept (Zaltrap®) (ਐਫਲੀਬਰਸੈਪਟ (ਜ਼ੈਲਟ੍ਰੈਪ))।

ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਆਂਤੜੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਫੈਲ ਚੁੱਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਾਰੇ ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ cetuximab (ਸਿਟਕਸੀਮੈਬ) ਜਾਂ panitumumab (ਪੈਨੀਟੂਮੈਬ) ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ।

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰਨ ਲਈ ਉੱਚ-ਊਰਜਾ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਰਨਾਂ ਛੱਡ (ਭੇਜ) ਕੇ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਜਿਹਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਸਿਹਤਮੰਦ ਸੈੱਲਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੋਲਨ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਅਜਿਹਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਰੈਕਟਲ (ਗੁਦਾ-ਸਬੰਧੀ) ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਸੀਂ ਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਕੱਢਣ ਵਿੱਚ ਅਸਾਨੀ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਕੈਂਸਰ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਵੀ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਫਤੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਕੋਰਸ (ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ) ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਛੇ ਹਫਤਿਆਂ ਤਕ ਚੱਲਣ ਵਾਲੇ ਲੰਬੇ ਕੋਰਸ ਵੱਜੋਂ ਵੀ ਇਸ ਨੂੰ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਲੰਬਾ ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ (ਕੀਮੋਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ) ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਅਸਰ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਕੋਰਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਦੇ ਅਸਰ ਖਤਮ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਈ ਹਫਤਿਆਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਉਸ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ:

- ਕੈਂਸਰ ਕੱਢਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਸੀ
- ਕੁਝ ਕੈਂਸਰ ਸੈੱਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰਹਿ ਗਏ ਹੋਣ
- ਕੈਂਸਰ ਆਂਤੜੀ ਦੀ ਬਾਹਰੀ ਪਰਤ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਸੀ ਜਾਂ ਨੇੜਲੇ ਲਿੰਫ ਨੋਡਸ ਵਿੱਚ ਚਲਾ ਗਿਆ ਸੀ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ 4-5 ਹਫਤਿਆਂ ਲਈ ਹਰੇਕ ਵੀਕਡੇਅ (ਸ਼ਨੀਵਾਰ ਅਤੇ ਐਤਵਾਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਿਨ) ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅੱਗੇ ਤਕ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ ਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਹਿਲੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੈਂਸਰ ਫੈਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ (ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੇਡੂ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ), ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਲਈ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਦਰਦ ਵਰਗੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਰਾਹਤ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ, ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ।

ਕਲਿਨਿਕਲ ਪਰਖਾਂ

ਕੈਂਸਰ ਖੋਜ ਪਰਖਾਂ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਹੜੀਆਂ ਪਰਖਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੇ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਲਿਨਿਕਲ ਪਰਖਾਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਹੁਣ ਇਹਨਾਂ ਪਰਖਾਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਆਂਤੜੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਖੋਜ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਫਾਲੋ-ਅੱਪ (ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ)

ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਨਿਯਮਿਤ ਮੁਆਇਨੇ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਕਰਵਾਓਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ CT ਸਕੈਨ ਅਤੇ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀਆਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਤਕ ਜਾਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਵਾਰ ਹੋਣਗੀਆਂ।

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੈਂਸਰ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਦਬਾਅ ਹੇਠ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਦਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਗੁੱਸਾ, ਰੋਸਾ, ਅਪਰਾਧ-ਬੋਧ, ਚਿੰਤਾ ਅਤੇ ਡਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਸੁਭਾਵਕ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਹਨ ਅਤੇ ਬਹੁਤੇ ਲੋਕ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਜਿਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ ਇਹ ਉਸ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ। ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਠੀਕ ਜਾਂ ਗਲਤ ਤਰੀਕਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਭਾਵਨਾਵਾਂ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਆਪਣੇ ਖੁਦ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕਰੋਗੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਛਾਤੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ

- ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਫਾਇਦਿਆਂ ਬਾਰੇ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਫੇਫੜੇ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਪ੍ਰੋਸਟੇਟ (ਗਦੂਦ) ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ
- ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਕਿ ਆਪਣੀ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਇਹ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਮੈਕਮਿਲਨ ਕੈਂਸਰ ਸਪੋਰਟ ਦੀ ਕੈਂਸਰ ਇਨਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਡਿਵੈਲਪਮੈਂਟ (Macmillan Cancer Support's Cancer Information Development) ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਲਿੱਖੀ, ਸੇਧੀ ਅਤੇ ਸੰਪਾਦਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਡੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਪਾਦਕ, ਡਾ. ਟਿਮ ਇਵੈਸਨ, ਕੰਸਲਟੈਂਟ ਕਲੀਨਿਕਲ ਆਨਕੋਲੋਜਿਸਟ (Dr Tim Iveson, Consultant Clinical Oncologist) ਵੱਲੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਐਲੀਨ ਰੋਏ, ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਰਸ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ (Aileen Roy, Colorectal Clinical Nurse Specialist); ਫਿਓਨਾ ਬਟਲਰ, ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਰਸ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ (Fiona Butler, Colorectal Cancer Clinical Nurse Specialist); ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਸਹਿਤ ਧੰਨਵਾਦ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਇਸ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਤੱਥ ਸ਼ੀਟ ਨੂੰ ਲਿਖਣ ਲਈ ਅਨੇਕਾਂ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- *ਇੰਪ੍ਰੂਵਿੰਗ ਆਊਟਕਮਜ਼ ਇਨ ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ (Improving Outcomes in Colorectal Cancer): ਦ ਮੈਨੂਅਲ ਅਪਡੇਟ (The Manual Update) / ਜੂਨ 2004 | ਨੈਸ਼ਨਲ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਫਾਰ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਕਲੀਨਿਕਲ ਐਕਸੀਲੈਂਸ (National Institute for Health and Clinical Excellence) (NICE)।*

- *ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਆਫ ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਕੈਂਸਰ (Management of Colorectal Cancer): ਏ ਨੈਸ਼ਨਲ ਕਲੀਨਿਕਲ ਗਾਈਡਲਾਈਨ (A National Clinical Guideline)* | ਮਾਰਚ 2003 | ਸਕੋਟਿਸ਼ ਇੰਟਰਕਾਲਜੀਏਟ ਗਾਈਡਲਾਈਨਜ਼ ਨੈਟਵਰਕ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (SIGN).
- *ਕੰਪਿਊਟਰਾਈਜ਼ਡ ਟੋਮੋਗ੍ਰਾਫਿਕ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ (ਵਰਚੁਅਲ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ) (Computerised tomographic colonoscopy) (virtual colonoscopy) – ਗਾਈਡੈਂਸ (guidance)* | ਜੂਨ 2005 NICE
- *ਸਿਟਕਸੀਮੈਬ ਫਾਰ ਦ ਫਸਟ-ਲਾਈਨ ਟ੍ਰੀਟਮੈਂਟ ਆਫ ਮੈਟਾਸਟੈਟਿਕ ਕੋਲੋਰੈਕਟਰਲ ਕੈਂਸਰ (Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer)* | ਅਗਸਤ 2009 | NICE.

ਅਸੀਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹਰੇਕ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅਸੀਂ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਉਹ ਦਰੁਸਤ ਹੋਵੇ ਪਰ ਡਾਕਟਰੀ ਖੋਜ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਜੋ ਲਗਾਤਾਰ ਬਦਲਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੈਕਮਿਲਨ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਵੈਬਸਾਈਟਾਂ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਜੁੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ, ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਵੀ ਹਾਨੀ ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ।

© ਮੈਕਮਿਲਨ ਕੈਂਸਰ ਸਪੋਰਟ 2014 (Macmillan Cancer Support 2014) | ਇੰਗਲੈਂਡ ਅਤੇ ਵੇਲਜ਼ (261017), ਸਕਾਟਲੈਂਡ (SC039907), ਅਤੇ ਆਇਲ ਆਫ ਮੈਨ (604) ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਚੈਰਿਟੀ ਹੈ। Registered office 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

MAC15136_Punjabi



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.

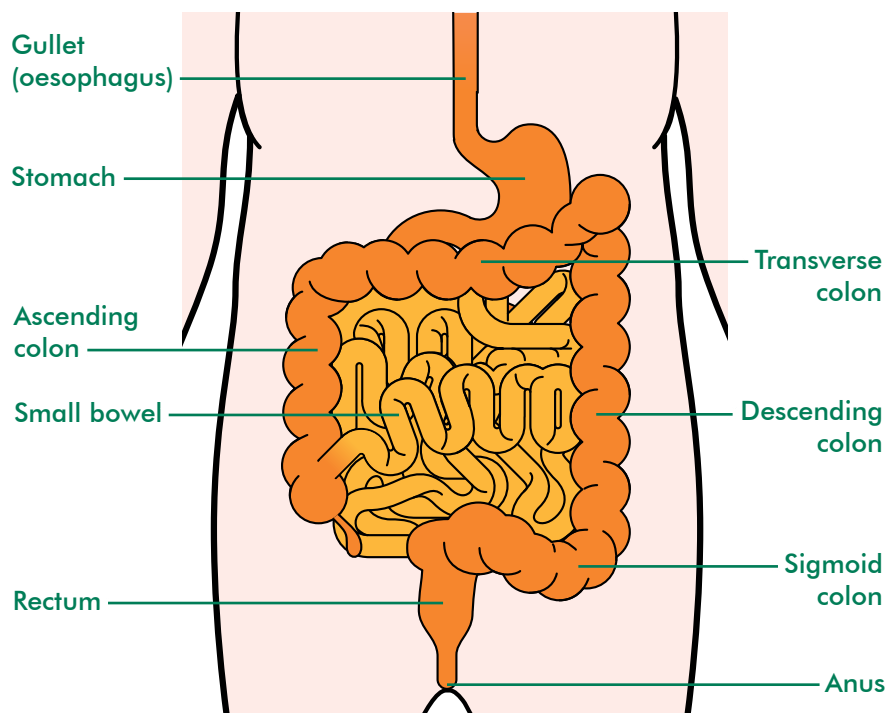
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

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.

