

بڑی آنت کا کینسر

یہ حقائق نامہ بڑی آنت کے کینسر کی تشخیص اور علاج کے متعلق ہے۔

ہمارے پاس آپ کی زبان میں کیمو تھراپی، ریڈیو تھراپی، سرجری، کینسر کے علاج کے ضمنی اثرات، اپنی مدد آپ، فوائد حاصل کرنے اور زندگی کے اختتام کے بارے میں بھی حقائق نامے موجود ہیں۔

ہمیں امید ہے کہ اس حقائق نامہ میں آپ کے سوالات کے جوابات موجود ہیں۔ اگر آپ کے مزید کوئی سوالات ہوں تو آپ جس ہسپتال میں زیر علاج ہیں اس کے ڈاکٹر یا نرس سے پوچھ سکتے ہیں۔

اگر آپ ان معلومات کے بارے میں ہمارے کینسر اسپورٹ اسپیشلسٹ سے اپنی زبان میں بات کرنا چاہیں تو، ہمارے پاس انگریزی نہ بولنے والوں کے لیے ترجمان موجود ہیں۔ آپ پیر-جمعہ، صبح 9 بجے - شام 8 بجے تک **0808 808 00 00** پر میک ملن اسپورٹ لائن پر مفت کال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کو سننے میں دشواری پیش آ رہی ہے تو، آپ ٹیکسٹ فون **0808 808 0121** یا ٹیکسٹ ریلے استعمال کر سکتے ہیں۔ یا آپ ہماری ویب سائٹ macmillan.org.uk پر جا سکتے ہیں۔

یہ حقائق نامہ مندرجہ ذیل کے بارے میں ہے:

- کینسر کیا ہے؟
- بڑی آنت
- خطرے کے عناصر اور وجوہات
- علامات
- بڑی آنت کے کینسر کی تشخیص کیسے ہو سکتی ہے؟
- مرحلہ بندی اور درجہ بندی
- علاج
- طبی آزمائشیں
- پیروی کریں
- آپ کے احساسات
- آپ کی زبان میں مزید معلومات

کینسر کیا ہے؟

جسمانی اعضاء اور بافتیں چھوٹی چھوٹی اینٹوں سے مل کر بنے ہوتے ہیں جنہیں خلیات کہا جاتا ہے۔ کینسر ان خلیات کی بیماری ہوتی ہے۔

جسم کے ہر حصے کے خلیات مختلف ہوتے ہیں اور ان میں سے زیادہ تر اپنی تقسیم اور مرمت ایک ہی طرح سے کرتے ہیں۔ عام طور پر، خلیات ایک ترتیب سے تقسیم ہوتے ہیں۔ مگر، اگر یہ عمل قابو سے باہر ہو جائے تو، خلیات تقسیم در تقسیم ہوتے رہتے ہیں اور ایک گلتی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جسے ٹیومر کہا جاتا ہے۔

ساری گلٹیاں کینسر کی نہیں ہوتیں۔ اس کی بافت یا خلیوں کا چھوٹا سا نمونہ لے کر ڈاکٹر بتا سکتے ہیں کہ یہ کینسر کی گلٹی ہے یا نہیں۔ اسے بیابسی کہا جاتا ہے۔ ڈاکٹر کینسر کے خلیوں کو ڈھونڈنے کے لیے نمونے کو خوردبین کے ذریعے جانچتے ہیں۔

غیر موذی (بلا کینسر) گلٹی میں خلیے بڑھ سکتے ہیں لیکن جسم کے کسی اور حصے میں پھیل نہیں سکتے۔ یہ عام طور پر صرف اس وقت تکلیف پہنچاتی ہے جب یہ قریب موجود اعضاء پر دباؤ پیدا کرتی ہے۔

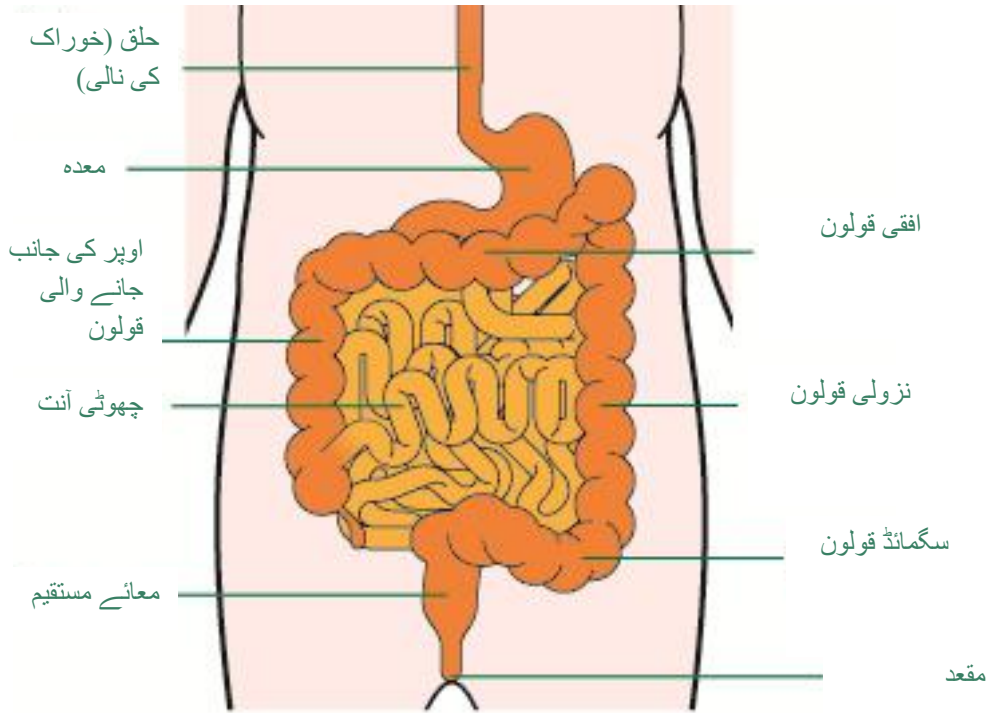
ایک موذی (کینسر والی) گلٹی میں خلیے ارد گرد کی بافتوں میں بڑھتے ہیں۔ بعض اوقات، کینسر کے خلیے کینسر شروع ہونے کی پہلی جگہ (بنیادی مقام) سے دوسری جگہوں پر پھیل جاتے ہیں۔ وہ خون یا لمفاوی نظام سے گزر سکتے ہیں۔

لمفاوی نظام ہمیں انفیکشن اور بیماریوں سے بچاتا ہے۔ یہ باریک ٹیوبز جنہیں لمفاوی رگیں کہتے ہیں سے بنا ہوتا ہے۔ یہ پورے جسم میں پھلی کی شکل والے لمفاوی نوڈز کے گروہوں (غدد) سے جڑی ہوتی ہیں۔

جب خلیے جسم کے کسی اور حصے میں پہنچتے ہیں تو وہ وہاں بڑھنا شروع کر دیتے ہیں اور ایک اور گلٹی بنا دیتے ہیں۔ یہ ثانوی کینسر یا میٹا اسٹیسس کہلاتا ہے۔

آنت ہمارے نظام انہضام کا حصہ ہے۔ اس کے دو حصے ہیں: چھوٹی آنت اور بڑی آنت۔ بڑی آنت قولون، ریکٹم (معائے مستقیم) اور مقعد پر مشتمل ہوتی ہے۔

آنت - قولون اور ریکٹم



جب آپ خوراک کو نگلتے ہیں تو یہ حلق (خوراک کی نالی) کے ذریعے معدے تک پہنچتی ہے، جہاں ہاضمے کا عمل شروع ہوتا ہے۔ اس کے بعد یہ چھوٹی آنت سے گزرتی ہے جہاں ضروری غذائیت بخش اجزاء جسم میں جذب کر لیے جاتے ہیں۔

ہضم شدہ خوراک قولون میں پہنچتی ہے جہاں پانی جذب کیا جاتا ہے۔ بچا ہوا فاضل مادہ جسے پاخانہ یا فضلہ کہا جاتا ہے ریکٹم (پچھلے راستے) میں رہتا ہے جب تک کہ اسے آنت کی حرکت (پاخانہ) کے ذریعے مقعد سے نکال نہیں دیا جاتا۔

قولون اور ریکٹم کی دیواریں جسم کے پٹھوں کی کئی تہوں سے مل کر بنی ہوتی ہیں۔ قولون اور ریکٹم کے زیادہ تر کینسر آنت کی اندرونی دیوار سے شروع ہوتے ہیں اور چھوٹی چھوٹی گلٹیوں جنہیں پولیپس کہا جاتا ہے، سے نشوونما پاتے ہیں۔

بڑی آنت کا کینسر اصل میں قولون اور ریکٹم کا کینسر ہوتا ہے۔ یہ کولوریکٹل کینسر بھی کہلاتا ہے۔

خطرے کے عناصر اور وجوہات

ہمیں اس بات کا علم نہیں ہے کہ زیادہ تر لوگوں میں آنت کے کینسر کی وجہ کیا ہے۔ کچھ ایسے خطرے کے عناصر ہیں جو آپ کے لیے کینسر کے امکانات بڑھا سکتے ہیں۔

- عمر - آنت کے کینسر کا خطرہ عمر کے ساتھ بڑھتا ہے۔
- غذا - بہت زیادہ سرخ اور پکا ہوا گوشت کھانے سے اور پھل سبزیوں کم کھانے سے خطرہ بڑھتا ہے۔ تلا ہوا یا بھنا ہوا گوشت کھانے سے بھی آپ کو خطرہ ہو سکتا ہے۔
- طرز زندگی - اس میں ورزش کا کم ہونا جبکہ وزن کا زیادہ ہونا شامل ہے۔ اس میں کثرت سے سگریٹ نوشی اور کئی سالوں تک سفارش شدہ مقدار سے زیادہ شراب پینا بھی شامل ہے۔
- خاندانی پس منظر - جن لوگوں کے خاندان میں ایک یا ایک سے زیادہ افراد کو آنت کا کینسر ہو، تو انہیں کینسر کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ صر 5% (100 میں سے 5) لوگوں میں آنت کا کینسر وراثت میں ملنے والے جین کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر آپ اپنے خاندانی پس منظر کے متعلق پریشان ہیں تو اپنے ڈاکٹر سے بات کریں۔
- خاندانی صورتحال - خاندان میں پائی جانی والی دو بہت شاذ و نادر صورتیں ہوسکتی ہیں، جنہیں فیملیل ایڈینومیٹس پولی پوسس (ایف اے پی) اور وراثتی نان-پولی پوسس قولون کینسر (ایچ این پی سی سی) کہا جاتا ہے، جو کہ آنت کے کینسر کا خطرہ بڑھا سکتی ہیں۔
- آنت کی سوزش کی بیماری کا ذاتی پس منظر - جن لوگوں کو ورم قولون کے السر یا کروئز ڈرایز (آنت کی دیواروں کی بیماری) زیادہ عرصے تک رہتی ہے انہیں آنت کے کینسر کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔

آنت کا کینسر انفیکشن نہیں کرتا اور دوسروں میں منتقل نہیں ہو سکتا۔

علامات

آنت کے کینسر کی علامات میں شامل ہیں:

- پاخانے میں یا پاخانے کے بعد خون -- خون کا رنگ گہرا سرخ یا گاڑھا ہو سکتا ہے
- بلا کسی واضح سبب کے، چھ ہفتوں سے زیادہ جاری رہنے والی آپ کی پاخانے کی عمومی عادت میں تبدیلی (مثلاً پیچش یا فیض)
- وزن میں ناقابل فہم کمی
- پیٹ (معدے) یا پچھلے راستے میں درد
- پاخانے کے بعد پیٹ مکمل طور پر خالی نہ ہونے کا احساس
- تھکاوٹ محسوس کرنا یا سانس اکھڑنا - یہ اس صورت میں ہوتا ہے جب کینسر کی وجہ سے خون ضائع ہونے کی وجہ سے خون میں کمی (سرخ خلیات کی کمی) واقع ہو جائے۔

بعض مرتبہ کینسر، آنت میں بندش (رکاوٹ) پیدا کر سکتا ہے۔ اس کی علامات ہیں:

- طبیعت خراب ہونا (متلی)
- قبض
- پیٹ میں درد
- پیٹ پھولنے کا احساس۔

یہ علامات کسی اور وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں لیکن یہ ضروری ہے کہ آپ ہمیشہ اپنے جی پی سے چیک کروائیں۔

بڑی آنت کے کینسر کی تشخیص کیسے ہو سکتی ہے؟

آپ عام طور پر اپنے جی پی سے رابطہ کرنے سے آغاز کرتے ہیں۔ وہ آپ کے پیٹ کو دیکھیں گے اور آپ کے پچھلے راستے کو جانچیں گے۔ اسے مقعد کا معائنہ کرنا کہا جاتا ہے۔

مقعد کے معائنہ کے دوران ڈاکٹر آپ کے پچھلے راستے میں ایک دستانے والی انگلی ڈالتا ہے تاکہ کسی گٹھی یا سوجن کو محسوس کیا جا سکے۔ اس سے تھوڑی بے آرامی ہو سکتی ہے لیکن یہ درد ناک نہیں ہوتا۔

خون کی کمی کی جانچ کے لیے آپ کے خون کا ٹیسٹ کیا جائے گا۔ آپ کے جگر اور گردوں کی صحت کو پرکھنے کے لیے آپ کے خون کے ٹیسٹ کیے جائیں گے۔

اگر آپ کے جی پی کو یقین نہیں ہے کہ مسئلہ کیا ہے، یا وہ سمجھتا ہے کہ آپ کی یہ علامات کینسر کی وجہ سے ہو سکتی ہیں، تو وہ آپ کو ہسپتال کے اسپیشلسٹ کے پاس بھجوا دے گا۔ اگر آپ کے جی پی کا خیال ہو کہ آپ کو کینسر ہے، تو آپ کو 14 دن کے اندر ہسپتال میں معائنہ کروانا چاہیے۔

ہسپتال میں

کینسر کی تشخیص میں مدد کے لیے یہ ٹیسٹ کیے جا سکتے ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ آپ کو یہ سب ٹیسٹ نہ کروانے پڑیں۔

پراکٹو اسکوپ/سگمائیڈو اسکوپ

ڈاکٹر یا اسپیشلسٹ نرس آپ کی بڑی آنت کی دیواروں کے اندر دیکھیں گے اور خلیوں کے نمونے لیں گے (بیاپسی)۔ وہ آپ کے پچھلے راستے میں آرام سے ایک پتلی ٹیوب داخل کریں گے۔ اس ٹیوب کی ایک طرف ایک ہلکا اور چھوٹا سا کیمرہ لگا ہوتا ہے۔ پراکٹو اسکوپ ایک ایسی چھوٹی ٹیوب ہوتی ہے جو کہ صرف آپ کے مقعد کے اندر جاتی ہے۔ سگمائیڈو اسکوپ ایک لمبی ٹیوب ہوتی ہے جو کہ بڑی آنت میں آگے تک جا سکتی ہے۔

پراکٹو اسکوپ یا سگمائیڈو اسکوپ سے بے آرامی ہو سکتی ہے لیکن یہ عام طور پر نقصان نہیں پہنچاتی۔

قولونو اسکوپ

پوری بڑی آنت میں دیکھنے کے لیے ڈاکٹر قولونو اسکوپ کرتے ہیں۔ ٹیسٹ کے دوران وہ خلیوں کی تصاویر اور بافتوں کے نمونے لیں گے۔

اس ٹیسٹ کے لیے آنت کو پوری طرح خالی ہونا چاہیے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ ٹیسٹ سے ایک دن پہلے کوئی محتاط غذا لیں اور آنت کو خالی کرنے کے لیے کوئی دوائی (قبض کشا) لیں۔ آپ کا ہسپتال آپ کو بتائے گا کہ کیا کرنا ہے۔ قولونو اسکوپ سے بے آرامی ہو سکتی ہے لیکن آپ کو پر سکون کرنے کے لیے آپ کو کوئی تسکین بخش دوا دی جائے گی۔

ورچونل قولونو اسکوپ (سی ٹی قولونو گرافی)

ایک سی ٹی اسکینر آپ کی آنت کی کئی ایکس رے تصاویر لے گا۔ اس کے بعد ایک کمپیوٹر آپ کی آنت کی تمام تصاویر کو ملا کر، ایک سہ رخ تصویر دے گا۔

اسکین کے لیے آنت کو پوری طرح خالی ہونا چاہیے۔ آپ کو کسی دوا کا ٹیکہ لگایا جا سکتا ہے جو کہ آپ کی آنت کے پٹھوں کو پر سکون کرے گا۔ ساتھ ہی ساتھ آپ کو کسی ڈائی (متضاد رنگ) کا ٹیکہ بھی لگایا جاسکتا ہے۔ اگر آپ کو یہ ٹیکہ لگانا ہوا، تو آپ کا ڈاکٹر آپ کو بتائے گا۔

مزید ٹیسٹ

اگر بائیوپسی سے یہ پتہ چلا کہ آپ کو کینسر ہے، تو آپ کے دیگر ٹیسٹ بھی ہو سکتے ہیں۔ اس کا مقصد کینسر کا سائز اور مقام معلوم کرنا اور یہ دیکھنا ہوتا ہے کہ آیا یہ پھیل تو نہیں گیا۔ ان میں شامل ہو سکتے ہیں:

- خون کے ٹیسٹ
- چھاتی کا ایک ایکسرے
- ایک سی ٹی اسکین
- ایک سی ٹی/پی ای ٹی اسکین
- ایک ایم آر آئی اسکین
- ایک بیریم اینیما
- ایک الٹرا ساؤنڈ اسکین

آپ کا ڈاکٹر یا نرس آپ کو بتائے گا کہ آپ کو کون سے ٹیسٹوں کی ضرورت ہے اور کیا ہوگا۔

ٹیسٹ کے نتائج کا انتظار کرنا آپ کے لیے بے چینی والا وقت ہو سکتا ہے۔ اپنے رشتہ داروں اور دوستوں سے اپنی پریشانیوں کا ذکر کرنا فائدہ مند ہو سکتا ہے۔ آپ 0808 808 00 00 پر ہمارے کسی کینسر اسپورٹ اسپیشلسٹ سے اپنی زبان میں بات کر سکتے ہیں۔

مرحلہ بندی اور درجہ بندی

آپ کے کینسر کا مرحلہ اور درجہ جاننے سے ڈاکٹروں کو آپ کے لیے درست علاج کا انتخاب کرنے میں مدد ملتی ہے۔

مرحلہ بندی

آنت کے کینسر کو چار مراحل میں تقسیم کیا گیا ہے:

- **مرحلہ 1** - کینسر ابتدائی گٹھی سے آگے نہیں پھیلا۔
- **مرحلہ 2** - آنت کی دیوار اور نزدیکی پٹھوں میں گٹھیاں پیدا ہو گئی ہیں لیکن ابھی تک کسی نزدیکی لمفاوی نوڈ تک نہیں پہنچیں۔
- **مرحلہ 3** - نزدیکی لمفاوی نوڈز میں گٹھی کے خلیے پائے جا سکتے ہیں۔
- **مرحلہ 4** - گٹھی جسم کے دوسرے حصوں تک پھیل گئی ہے۔

درجہ بندی

درجہ بندی یہ دکھاتی ہے کہ خوردبین کے نیچے کینسر کے خلیے آنت کے عام خلیوں کے مقابلے میں کیسے نظر آتے ہیں۔

- **درجہ 1 (کم درجہ)** - کینسر کے خلیے عام خلیوں جیسے لگتے ہیں اور بہت آہستہ بڑھتے ہیں۔
- **درجہ 2 (درمیانیہ درجہ)** - کینسر کے خلیے غیر معمولی لگتے ہیں اور تھوڑا سا جلدی بڑھتے ہیں۔
- **درجہ 3 (اونچا درجہ)** - کینسر کے خلیے عام خلیوں کی نسبت زیادہ غیر معمولی لگتے ہیں اور بہت تیزی سے بڑھتے ہیں۔

علاج

بہترین علاج کا چناؤ ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ آپ کے ڈاکٹر کو کئی چیزوں کے بارے میں سوچنا پڑے گا۔ ان میں سے سب سے زیادہ اہم ہیں:

- کینسر کا مرحلہ اور درجہ
- آپ کی عمومی صحت
- علاج کے ممکنہ ضمنی اثرات
- ممکنہ ضمنی اثرات کے بارے میں آپ کے خیالات۔

اگرچہ آپ کے ڈاکٹروں کا آپ کے علاج کے بارے میں ایک بہتر نظریہ ہو سکتا ہے، تاہم اس فیصلے سے پہلے آپ کا ایک آپریشن ہو سکتا ہے۔

اپنے کسی علاج کے بارے میں اپنے ڈاکٹر سے بات کرنا اہم ہوتا ہے، تاکہ آپ یہ سمجھ سکیں کہ اس کا کیا مطلب ہے۔ یہ اچھا رہے گا کہ آپ کسی ایسے شخص کو اپنے ہمراہ لے جائیں جو انگریزی اور آپ کی زبان، دونوں بول سکتا ہو۔ آپ کو ضرورت پیش آنے کی صورت میں ترجمان دستیاب ہو سکتے ہیں، مگر کوشش کریں کہ ہسپتال کو اپنی ضرورت کے بارے میں پیشگی مطلع کریں۔ یہ ظاہر کرنے کے لیے کہ آپ علاج کو سمجھتے ہیں اور اس سے متفق ہیں، آپ کو ایک رضامندی فارم پر دستخط کرنا ہوگا۔ آپ کا علاج اس وقت تک نہیں کیا جائے گا، جب تک آپ اس سے متفق نہیں ہوتے۔

قولون کے کینسر اور ریکٹل کینسر کا مختلف طریقوں سے علاج کیا جاتا ہے۔

سرجری

سرجری کی قسم آپ کے کینسر کے مرحلے اور آنت میں اس کے مقام پر منحصر ہوتی ہے۔ آپ کا ڈاکٹر اس بارے میں آپ سے بات کرے گا۔

قولون کینسر کے لیے سرجری

مکمل قولیکٹومی - پوری قولون کو نکال دیا جاتا ہے۔

ہیمی-قولیکٹومی - آدھی قولون کو نکال دیا جاتا ہے۔ یہ کینسر کے مقام کے مطابق، دائیں یا بائیں جانب ہو سکتی ہے۔

سگمانیڈ قولیکٹومی - سگمانیڈ قولون کو نکال دیا جاتا ہے۔

سرجری کے دوران، آنت کے کینسر کے حامل حصے کو نکال دیا جاتا ہے اور دونوں کھلے سبروں کو آپس میں ملا دیا جاتا ہے۔ اگر آنت کو آپس میں جوڑا نہ جا سکے تو آپ کو اسٹوما کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ یہ پیٹ کی دیوار میں آنت کے کھلنے کی جگہ ہوتی ہے۔ یہ عارضی یا مستقل ہو سکتی ہے۔ سرجری سے پہلے آپ کا ڈاکٹر اور اسپیشلسٹ نرس اس بارے میں آپ سے بات کریں گے۔ اسٹوما کے حوالے سے مندرجہ ذیل حصے میں مزید معلومات بھی موجود ہیں۔

قولون کے نزدیک موجود لمفاوی نوڈز کو بھی نکال دیا جاتا ہے۔ یہ اس وجہ سے کیا جاتا ہے، کیونکہ کینسر پہلے ان کی طرف بڑھے گا۔

ریکٹل کے کینسر کے لیے سرجری

ٹوٹل میزوریکٹل ایکسیژن (ٹی ایم ای) - پورے معائے مستقیم بشمول اس کے نزدیک موجود چربی کی بافتوں کو بھی نکال دیا جاتا ہے۔ ان بافتوں میں لمفاوی نوڈز موجود ہوتی ہیں۔

ٹی ایم ای آپریشن کئی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے۔ اس کا انحصار مقعد میں موجود کینسر کے مقام پر ہوتا ہے۔

- **لو انٹیریر ریسیکشن** - کو مقعد کے بالائی اور درمیانی حصوں (قولون کے نزدیک) استعمال کیا جاتا ہے۔ سرجری کے دوران، آنت کے کینسر کے حامل حصے کو نکال دیا جاتا ہے اور دونوں کھلے سروں کو آپس میں ملا دیا جاتا ہے۔ اگر آنت کو جوڑا نہ جا سکا تو آپ کو اسٹوما کی ضرورت پڑے گی (اسٹوما کے بارے میں درج ذیل حصہ دیکھیں)۔
- **ایبڈومینو-پیرینیل ریسیکشن** - عام طور پر ریگٹم (معائے مستقیم) کی نچلی جانب موجود کینسر میں استعمال ہوتی ہے۔ اس آپریشن کے بعد آپ کو ایک مستقل اسٹوما کی ضرورت پڑے گی۔

آنت میں کینسر کے ابتدائی مرحلے کے لیے سرجری

ایک آپریشن جسے لوکل ریسیکشن یا ٹرانس اینل ریسیکشن کہا جاتا ہے، کے ذریعے آنت میں چھوٹے اور بہت ابتدائی مرحلے کے کینسر کو ختم کیا جا سکتا ہے۔ کینسر کو نکالنے کے لیے ریگٹم یا قولون میں مقعد کے ذریعے سرجری کے آلات داخل کیے جاتے ہیں۔

اگر گلیٹے اونچے درجے کی ہے تو آنت کا زیادہ حصہ نکالنے کے لیے ایک دوسرے آپریشن کی ضرورت بھی پڑ سکتی ہے۔ آنت میں موجود کینسر کے مقام کے مطابق اسے ہٹانے کے مختلف طریقے ہیں۔ آپ کا ڈاکٹر آپ کو آپریشن کے بارے میں سمجھائے گا۔

آنت کے ترقی یافتہ کینسر کے لیے سرجری

جس کینسر کو ہٹایا جانا ہو، وہ اگر بہت بڑا ہو تو آنت پر دباؤ ڈال سکتا ہے اور اسے تنگ بنا سکتا ہے۔ بعض اوقات آنت کو کھلا رکھنے کے لیے ڈاکٹر اس میں ایک پتلی دھاتی ٹیوب (ایک اسٹینٹ) ڈال سکتے ہیں۔ وہ قولونو اسکوپ کے ذریعے اسٹینٹ ڈالیں گے۔ آپ کو ایک ہلکی نیند آور دوا دی جائے گی تاکہ آپ پرسکون رہ سکیں اور اس کے بعد آپ کو ہسپتال میں تھوڑے عرصہ کے لیے رہنا پڑ سکتا ہے۔

اگر کینسر جسم کے صرف ایک حصے میں پھیلا ہو، مثلاً جگر یا پھیپھڑوں میں، تو بعض اوقات کینسر کو نکالنے کے لیے آپ کی سرجری ہو سکتی ہے۔

لیپرو اسکوپک (کی بول) سرجری

اس آپریشن میں ایک بڑے کٹ کی بجائے پیٹ میں چار یا پانچ چھوٹے کٹ لگائے جاتے ہیں۔ کینسر کو ہٹانے کے لیے کسی ایک کٹ سے ایک لیپرو اسکوپ (ایک پتلی ٹیوب جس کے ایک سرے پر ہلکا کیمرا ہوتا ہے) گزاری جاتی ہے۔ اس آپریشن سے بحالی عموماً تیز ہوتی ہے۔ سرجری کی یہ قسم بعض ہسپتالوں میں استعمال کی جاتی ہے۔ اگر یہ آپ کے لیے موزوں ہوئی، تو آپ کا سرجن آپ سے بات کرے گا۔

اسٹوما

اگر آنت کے سروں کو آپس میں ملایا نہ جاسکے، تو اوپر والے سرے کو پیٹ کی دیوار کی جلد پر لایا جا سکتا ہے۔ اسے اسٹوما کہا جاتا ہے۔ اسٹوما کی دو اقسام ہوتی ہیں: ایک الیوسٹومی، جو کہ عام طور پر عارضی ہوتی ہے؛ یا قولوسٹومی، جو کہ اکثر مستقل ہوتی ہے۔ آپ اسٹوما کے اوپر ایک تھیلا باندھتے ہیں تاکہ پاخانے (بڑا پیشاب) کو اکٹھا کیا جا سکے۔

عارضی اسٹوما تازہ جڑی ہوئی آنت کو مندمل ہونے میں مدد دیتا ہے۔ آنت کو دوبارہ جوڑنے کے لیے کچھ ماہ بعد آپ کا دوبارہ آپریشن کیا جائے گا۔ اسے اسٹوما ریورسل کہا جاتا ہے۔ مستقل اسٹوما (عام طور پر قولوسٹومیز) بنانے کی اس وقت ضرورت پیش آتی ہے جب آنت کو دوبارہ جوڑنا ناممکن ہو جائے۔

ایک اسٹوما نرس آپ کو مزید معلومات اور مشورے دے گی۔

کیموتھراپی

کیموتھراپی سے علاج میں کینسر کے خلیوں کو تباہ کرنے کے لیے دافع کینسر (سائٹو ٹاکسک) ادویات استعمال کی جاتی ہیں۔ آنت کے کینسر کے مرحلہ 1 کے مریضوں کو عام طور پر اس کی ضرورت نہیں پڑتی۔

آنت کے کینسر کے مرحلہ 2 کے مریضوں کے لیے کینسر کا دوبارہ واپس آنے کا خطرہ کم ہوتا ہے لہذا انہیں کیموتھراپی کی ضرورت نہیں ہوتی۔ سرجری کے بعد کیموتھراپی دینا **معاون علاج** کہلاتا ہے۔ اس کا مقصد کینسر کے واپس آنے کے خطرے میں کمی لانا ہوتا ہے۔

مرحلہ 3 کے آنت کے کینسر کے مریضوں کو عموماً کیموتھراپی کی پیش کش کی جاتی ہے۔

کبھی کبھار آپریشن سے پہلے بھی کیموتھراپی کی جاتی ہے۔ اسے **نئی معاون کیموتھراپی** کہا جاتا ہے۔ اس کا مقصد کینسر کو چھوٹا کرنا ہوتا ہے، تاکہ اسے نکالنے میں آسانی ہو۔ آپ اس علاج کے بعد مستقل اسٹوما سے بچنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔

کیموریڈیوتھراپی

اس میں کیمو تھراپی اور ریڈیو تھراپی ملا کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات اسے کیموریڈیٹیشن بھی کہا جاتا ہے۔

کیموتھراپی کی ادویات کینسر کے خلیوں کو ریڈیوتھراپی کے لیے مزید حساس بنا سکتی ہیں۔ اکیلی کیموتھراپی یا ریڈیوتھراپی کی نسبت دونوں ایک ساتھ زیادہ مؤثر ہوں گی۔

کیموتھراپی اور ریڈیوتھراپی کو ایک ساتھ ملا کر دینے سے علاج کے ضمنی اثرات شدید بھی سکتے ہیں۔ آپ کا ڈاکٹر یا اسپیشلسٹ نرس آپ کو کیمو ریڈیوتھراپی اور اس علاج کے ممکنہ ضمنی اثرات کے بارے میں مزید معلومات فراہم کر سکتے ہیں۔

آنت کے ترقی یافتہ کینسر

کیموتھراپی کینسر کے جسم کے دوسرے حصوں میں پھیل جانے کی صورت (ٹائوی یا ترقی یافتہ کینسر) میں بھی دی جا سکتی ہے۔ اس کا مقصد کینسر کو کم کرنا اور علامت کو گھٹانا ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ آپ کو زیادہ جینے میں مدد دے سکتی ہے۔

کیموتھراپی دینے اور آپ پر اس کے ضمنی اثرات کے بارے میں ہمارے پاس آپ کی زبان میں معلومات موجود ہیں۔

با ہدف (حیاتیاتی) علاج

ہدفی علاج کینسر اور عام خلیے کے درمیان فرق پر کام کرتا ہے اور کینسر کے خلیوں کی بڑھوتری کو روکتا ہے۔

اس کی کئی مختلف اقسام ہیں۔ آنت کے کینسر کے علاج میں استعمال ہونے والی اہم ادویات سیٹوکسی میب (Eributux®)، بیواسیزینو میب (Avastin®)، پیٹو میب (Vectibix®) اور ایلفبر سیپٹ (Zaltrap®) ہیں۔

یہ آنت سے باہر پھیلے کولوریکٹل کینسر کا علاج کرنے کے لیے بھی استعمال ہو سکتی ہیں۔ سیٹوکسی میب اور پیٹو میب آنت کے کینسروں کی تمام اقسام پر کارگر ثابت نہیں ہوتیں۔

ریڈیوتھراپی

ریڈیوتھراپی میں جسم کے باہر سے انتہائی طاقتور شعاعوں کو جسم میں داخل کر کے کینسر کے خلیوں کو تباہ کیا جاتا ہے جبکہ عام خلیوں کو بہت کم نقصان پہنچتا ہے۔

اسے فولون کینسر کی علامات میں افاقے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے، اگرچہ ایسا کبھی کبھار ہی ہوتا ہے۔

ریگٹل کینسر کے لیے ریڈیوتھراپی

سر جری سے پہلے

سر جری سے پہلے ریگٹل کینسر کو چھوٹا بنانے اور آسانی سے ہٹانے کے لیے آپ کو ریڈیوتھراپی دی جا سکتی ہے۔ یہ کینسر کے واپس آنے کے امکانات کو بھی کم کرتی ہے۔

سر جری سے پہلے آپ کو ریڈیوتھراپی کا ایک ہفتے پر مشتمل مختصر کورس دیا جا سکتا ہے۔ یا آپ کو اس کا لمبا کورس، جو چھ ہفتوں پر مشتمل ہوتا ہے، دیا جاسکتا ہے۔ لمبا علاج عموماً کیموتھراپی کے ساتھ دیا جاتا ہے (کیمو ریڈیوتھراپی)، جو کہ ریڈیوتھراپی کے بہتر کام کرنے میں مدد دے سکتا ہے۔

ریڈیوتھراپی کے کورس کے بعد، آپ کو آپریشن کے لیے کچھ ہفتوں تک انتظار کرنا پڑے گا تاکہ اس کے ضمنی اثرات ختم ہو جائیں۔

سر جری کے بعد

اگر آپ نے سر جری سے پہلے ریڈیوتھراپی نہیں کروائی تو اس کے بعد کروا سکتے ہیں۔ یہ اس صورت میں ہو سکتا ہے اگر:

- کینسر کو نکالنا مشکل تھا
- کینسر کے کچھ خلیے رہ گئے ہوں
- کینسر آنت کی دیوار یا نزدیکی لمفاوی نوڈز میں پھیل گیا تھا۔

آپ کو اس طرح کی ریڈیوتھراپی 4-5 ہفتے کے لیے روزانہ دی جا سکتی ہے۔

ریگٹم کا ترقی یافتہ کینسر

اگر کینسر پھیل گیا ہو یا آپ کے پچھلے حصے (خصوصاً کولہے) کی طرف آگیا ہو، تو آپ کے پہلے علاج کے بعد اسے چھوٹا بنانے کے لیے ریڈیوتھراپی استعمال کی جاسکتی ہے۔ یہ علامات جیسے درد کو بھی ختم کر سکتا ہے۔

ریڈیوتھراپی دینے اور آپ پر مرتب ہونے والے اس کے کچھ ممکنہ ضمنی اثرات کے بارے میں ہمارے پاس آپ کی زبان میں معلومات موجود ہیں۔

طبی آزمائش

کینسر کا نیا اور بہتر علاج ڈھونڈنے کے لیے طبی آزمائشیں انجام دی جاتی ہیں۔ مریضوں پر کی گئی آزمائشوں کو طبی آزمائشیں کہا جاتا ہے۔ ان آزمائشوں میں اب کئی ہسپتال حصہ لیتے ہیں۔ بڑی آنت کے کینسر کے بارے میں موجودہ تحقیق کے متعلق اپنے ڈاکٹر سے بات کریں

پیروی کریں

آپ کا علاج ختم ہونے کے بعد آپ کے باقاعدہ معائنے اور خون کے ٹیسٹ ہوں گے۔ آپ کے سی ٹی اسکینز اور قولونو اسکوپ بھی ہو سکتی ہے۔ یہ کئی سالوں تک جاری رہیں گے مگر کثرت میں کمی ہوتی رہے گی۔

آپ کے احساسات

جب آپ کو پتہ چلے کہ آپ کو کینسر ہے تو آپ کو بہت دھچکا لگ سکتا ہے اور آپ کے کئی مختلف جذبات ہو سکتے ہیں۔ ان میں غصہ، خفگی، احساس جرم، اضطراب اور ڈر شامل ہو سکتے ہیں۔ یہ عمومی ردعمل ہیں اور یہ زیادہ تر لوگوں میں بیماری کو تسلیم کر لینے کی کوشش کا ایک حصہ ہیں۔ محسوس کرنے کا کوئی اچھا یا برا طریقہ نہیں ہے۔ آپ چیزوں سے اپنے انداز میں نمٹیں گے۔

آپ کی زبان میں مزید معلومات

- چھاتی کے کینسر کے بارے میں حقائق نامہ
- کیموتھراپی کے بارے میں حقائق نامہ
- فوائد حاصل کرنے کے بارے میں حقائق نامہ
- پھیپھڑوں کے کینسر کے بارے میں حقائق نامہ
- پراسٹیٹ گلینڈ کے کینسر کے بارے میں حقائق نامہ
- ریڈیوتھراپی کے بارے میں حقائق نامہ
- کینسر کے علاج کے ضمنی اثرات کے بارے میں حقائق نامہ
- سرجری کے بارے میں حقائق نامہ
- اپنی مدد آپ کے بارے میں حقائق نامہ

یہ حقائق نامہ میک ملن کینسر اسپورٹس کینسر انفارمیشن ڈیولپمنٹ ٹیم کی جانب سے تحریر کیا گیا ہے، اس پر نظر ثانی کی گئی ہے اور اس کی تدوین کی گئی ہے۔ یہ ہمارے میڈیکل ایڈیٹر ڈاکٹر ٹم اویسن، کنسلٹنٹ کلینیکل آنکالوجسٹ سے تصدیق شدہ ہے۔

بشکریہ ایلین رائے، کولیٹرل کلینیکل نرس اسپیشلسٹ؛ فیونا بٹلر، کولوریٹل کینسر کلینیکل نرس اسپیشلسٹ؛ اور کینسر سے متاثرہ شدہ وہ لوگ جنہوں نے اس حقائق نامے پر نظر ثانی کی۔

ہم نے اس حقائق نامے کو لکھنے کے لیے کئی قابل اعتبار ذرائع سے معلومات لی ہیں۔ ان میں شامل ہیں:

- امپرونگ آؤٹ کمز ان قولوریٹل کینسر: مینوئل اپ ڈیٹ۔ جون 2004 (The Manual Update. June 2004)
- نیشنل انسٹی ٹیوٹ فار ہیلتھ اینڈ کلینیکل ایکسپلنس (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE))
- مینجمنٹ آف قولوریٹل کینسر: نیشنل کلینیکل گائیڈ مارچ 2004 (A National Clinical Guideline March 2003)
- اسکاٹش انٹر کولجیئیٹ گائیڈ لائن نیٹ ورک (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN))
- کمپیوٹرائزڈ ٹوموگرافک قولونو اسکوپ (ورچوئل قولونو اسکوپ) - رہنمائی - جون 2005 (guidance June 2005. NICE)
- سیٹوکسی میب فار دی فرسٹ-لائن ٹریٹمنٹ آف میٹا اسٹیٹک قولوریٹل کینسر اگست 2009۔ نائس (August 2009. NICE)

ہم یہ یقینی بنانے کے لیے بھرپور کوشش کرتے ہیں کہ ہماری فراہم کردہ معلومات درست ہوں مگر تسلسل کے ساتھ تبدیل ہونے والی طبی تحقیق کی تازہ ترین صورت حال کے پیش نظر ان معلومات پر انحصار نہیں کیا جا سکتا۔ اگر آپ کو اپنی صحت کے حوالے سے کوئی خدشہ ہو تو آپ کو اپنے ڈاکٹر سے رابطہ کرنا چاہیے۔ ان معلومات کی غیر درستگی یا فریق ثالث کی معلومات مثلاً جن ویب سائٹوں کے ساتھ ہم مربوط ہیں، ان پر موجود معلومات کی غیر درستگی کی بناء پر ہونے والے کسی طرح کے نقصان کے لیے میک ملن کوئی ذمہ داری قبول نہیں کر سکتی۔

© میک ملن کینسر اسپورٹ 2014۔ رجسٹرڈ چیریٹی ان انگلینڈ اینڈ ویلز (261017)، اسکاٹ لینڈ (SC039907) اور دی آئل آف مین (604)۔ رجسٹرڈ آفس: Albert Embankment, London SE1 7UQ 89

MAC15136_Urdu



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.

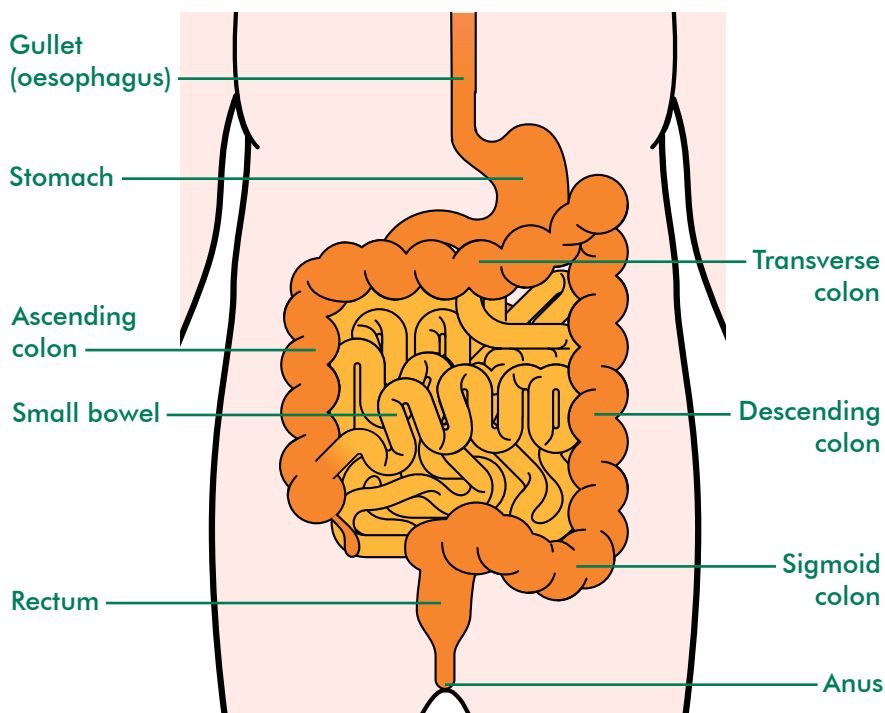
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

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.

