

বৃহদান্ত্রের ক্যান্সার

এই তথ্যপত্রটি বৃহদান্ত্রের ক্যান্সার নির্ণয় এবং এর চিকিৎসা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করে।

এছাড়াও কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি, সার্জারি (শল্যচিকিৎসা), ক্যান্সার চিকিৎসার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া, নিজেকে সাহায্য করার জন্য আপনি কী করতে পারেন, বেনিফিট দাবি করা এবং জীবনের অবসান সম্পর্কে আপনার ভাষায় আমাদের আরো তথ্যপত্র আছে।

আমরা আশা করি এই তথ্যপত্রটি আপনার প্রশ্নগুলোর জবাব দেবে। যদি আপনার আর কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনি যে হাসপাতালে চিকিৎসা নিচ্ছেন সেই হাসপাতালের ডাক্তার বা নার্সকে জিজ্ঞাস করতে পারেন।

যদি আপনি এই তথ্য সম্পর্কে আমাদের ক্যান্সার সহায়তা বিশেষজ্ঞদের সাথে আপনার মাতৃভাষায় আলোচনা করতে চান, ইংরেজি ছাড়া অন্য ভাষাভাষীদের জন্য আমাদের দোভাষীরা রয়েছেন। আপনি সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল ৭টা থেকে রাত ৪টার মধ্যে **0808 808 00 00** নম্বরে বিনামূল্যে ম্যাকমিলান সাপোর্ট লাইনে ফোন করতে পারেন। যদি আপনার কানে শুনতে সমস্যা হয় তাহলে আপনি **0808 808 0121** নম্বরে টেক্সটফোন, বা টেক্সট রিলে ব্যবহার করতে পারেন। অথবা আপনি আমাদের ওয়েবসাইট **macmillan.org.uk** দেখতে পারেন।

এই তথ্যপত্রে যে বিষয়গুলো রয়েছে:

- ক্যান্সার কী?
- অল্প
- ঝুঁকির উপাদান ও কারণগুলো
- লক্ষণসমূহ
- অন্ত্রের ক্যান্সার কিভাবে নির্ণয় করা হয়?
- স্টেজ ও গ্রেড নির্ণয়
- চিকিৎসা
- ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল
- ফলো-আপ
- আপনার অনুভূতি
- আপনার ভাষায় আরো তথ্য

ক্যান্সার কী?

দেহের অঙ্গ ও কলাগুলো (টিস্যু) ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গাঠনিক একক দিয়ে গঠিত যেগুলোকে কোষ বলা হয়। ক্যান্সার হলো এই কোষগুলোর একটি রোগ।

দেহের প্রতিটি অংশের কোষগুলো ভিন্ন কিন্তু অধিকাংশগুলোই একই পদ্ধতিতে নিজেদের মেরামত ও বংশবৃদ্ধি করে থাকে। স্বাভাবিক অবস্থায়, কোষগুলো একটি সুশৃঙ্খল উপায়ে বিভাজিত হয়ে থাকে। কিন্তু যদি এই প্রক্রিয়াটি নিয়ন্ত্রণের বাইরে চলে যায়, তাহলে কোষগুলো ক্রমাগতভাবে বিভাজিত হতে থাকে এবং বৃদ্ধি পেয়ে একটি পিণ্ডে পরিণত হয় যাকে টিউমার বলা হয়।

সব টিউমারই ক্যান্সার নয়। টিউমার থেকে কলা বা কোষের একটি ছোট নমুনা অপসারণ করার মাধ্যমে ডাক্তাররা বলতে পারেন যে সেই টিউমারটি ক্যান্সার কিনা। একে বলা হয় বায়োপসি। ক্যান্সারের কোষ আছে কিনা তা দেখার জন্য ডাক্তাররা সেই নমুনাটিকে মাইক্রোস্কোপের নিচে রেখে পরীক্ষা করেন।

বিনাইন বা নির্দোষ (ক্যান্সার নয়) টিউমারের ক্ষেত্রে, কোষগুলো বৃদ্ধি পেতে পারে কিন্তু দেহের অন্য কোথাও ছড়িয়ে পড়তে পারে না। সাধারণত এটা সমস্যা তৈরি করে শুধুমাত্র যদি এটা কাছাকাছি থাকা অঙ্গগুলোর উপর চাপ সৃষ্টি করে।

ম্যালিগন্যান্ট (ক্যান্সার-সৃষ্টিকারী) টিউমারের ক্ষেত্রে, কোষগুলো কাছাকাছি থাকা কলার (টিস্যুর) মধ্যে বেড়ে ওঠে। কখনো কখনো, ক্যান্সার কোষগুলো প্রথমে যে জায়গায় শুরু হয়েছিল (প্রাথমিক অবস্থান) সেখান থেকে দেহের অন্যান্য অংশে ছড়িয়ে পড়ে। এগুলো রক্ত বা লসিকা তন্ত্রের মাধ্যমে ছড়িয়ে পড়তে পারে।

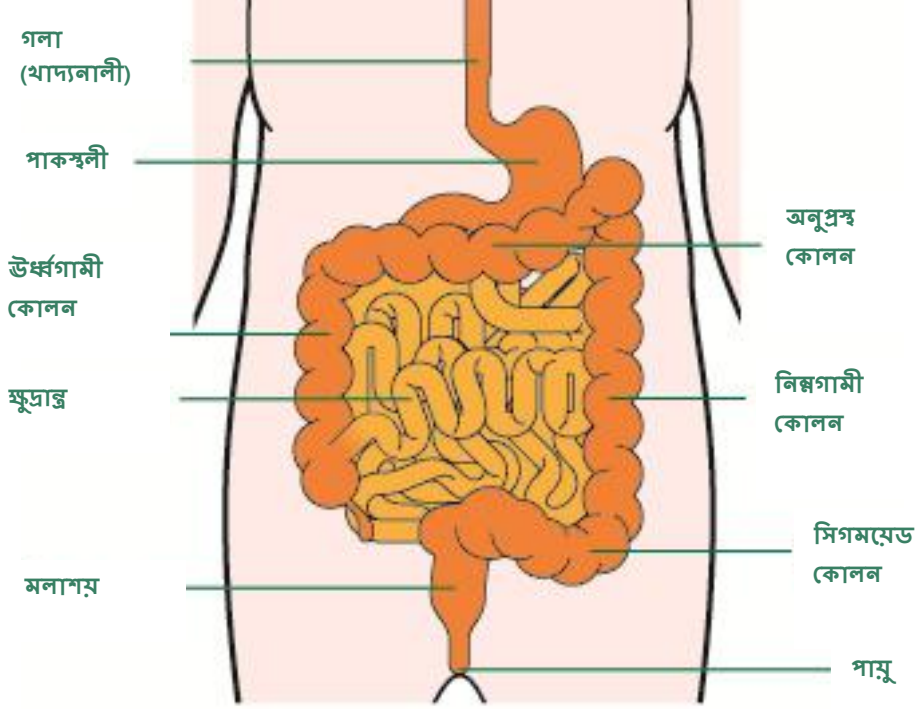
লসিকা তন্ত্র আমাদেরকে সংক্রমণ ও রোগ থেকে সুরক্ষিত থাকতে সাহায্য করে। এটি লসিকা নালী নামক সূক্ষ্ম নালী দিয়ে গঠিত। এগুলো সারা দেহে শিমের মত আকৃতির লসিকা গ্রন্থির (লিম্ফ নোড) সাথে সংযুক্ত থাকে।

যখন কোষগুলো দেহের আরেকটি অংশে গিয়ে পৌঁছে, তখন সেগুলো বিভাজন করতে শুরু করে এবং আরেকটি টিউমার গঠন করে। একে বলা হয় সেকেন্ডারি ক্যান্সার বা মেটাস্ট্যাসিস।

অন্ত্র

অন্ত্র আমাদের পরিপাকতন্ত্রের একটি অংশ। এর দু'টি অংশ রয়েছে: ক্ষুদ্রান্ত্র ও বৃহদান্ত্র। কোলন, মলাশয় ও পায়ু নিয়ে বৃহদান্ত্র গঠিত।

অন্ত্র - কোলন ও মলাশয়



আপনি খাবার গিলে ফেলার পর এটি গলার (খাদ্যনালী) ভেতর দিয়ে পাকস্থলীতে যায়, যেখানে পরিপাক প্রক্রিয়া শুরু হয়। তারপর এটি ক্ষুদ্রান্ত্রের ভেতর দিয়ে অতিক্রম করে, যেখানে প্রয়োজনীয় পুষ্টি উপাদানগুলো দেহে শোষিত হয়।

তারপর পরিপাক হওয়া খাদ্য কোলনে প্রবেশ করে, যেখানে পানি শোষিত হয়। মল বা পায়খানা নামে পরিচিত বাকি বর্জ্য পদার্থ পায়ুপথ দিয়ে মলত্যাগের মাধ্যমে দেহ থেকে বেরিয়ে যাওয়ার জন্য প্রস্তুত হওয়ার আগে পর্যন্ত মলাশয়ে (মলনালীতে) জমা থাকে।

কোলন ও মলাশয়ের দেয়াল দেহকোষের স্তর দিয়ে গঠিত। কোলন ও মলাশয়ের বেশিরভাগ ক্যান্সার অন্ত্রের ভেতর দিকের আবরণে শুরু হয় এবং পলিপ নামক ছোট পিণ্ড থেকে বেড়ে ওঠে।

বৃহদন্ত্রের ক্যান্সার হলো কোলন ও মলাশয়ের ক্যান্সার। একে কোলোরেক্টাল ক্যান্সারও বলা হয়।

কারণ ও ঝুঁকির উপাদানগুলো

বেশিরভাগ ব্যক্তির অন্ত্রের ক্যান্সার কেন হয় তা আমরা জানি না। এমন কিছু ঝুঁকির উপাদান রয়েছে যেগুলো আপনার এই ক্যান্সার হওয়ার সম্ভাবনা বাড়াতে পারে।

- বয়স - বয়স বাড়ার সাথে সাথে অন্ত্রের ক্যান্সারে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বেড়ে যায়।

- খাদ্যাভ্যাস – আপনার খাবারে প্রচুর পরিমাণে লাল ও প্রক্রিয়াজাত মাংস থাকলে এবং ফল ও তাজা শাক-সবজির পরিমাণ কম থাকলে আপনার ঝুঁকি বেড়ে যেতে পারে। ভাজা বা গ্রিল করা মাংস খেলেও আপনার ঝুঁকি বেড়ে যেতে পারে।
- জীবন-যাপন পদ্ধতি – এগুলোর মধ্যে রয়েছে কম ব্যায়াম করা এবং অতিরিক্ত মোটা হওয়া। এর মধ্যে আরো রয়েছে প্রচুর ধূমপান করা এবং অনেক বছর ধরে নির্দেশিত পরিমাণের চেয়ে বেশি অ্যালকোহল পান করা।
- পারিবারিক ইতিহাস – যে সব ব্যক্তির পরিবারের এক বা একাধিক সদস্যের অল্পের ক্যান্সার হয়েছে তাদের এই ক্যান্সার হওয়ার ঝুঁকি বেশি থাকতে পারে। বংশগতভাবে পাওয়া একটি ত্রুটিযুক্ত জিনের কারণে মাত্র 5% (প্রতি 100 জনের মধ্যে 5 জনের) বৃহদাল্পের ক্যান্সার হয়ে থাকে বলে ধারণা করা হয়। আপনার পারিবারিক ইতিহাস সম্পর্কে আপনি চিন্তিত থাকলে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলুন।
- পারিবারিক অবস্থা – ফ্যামিলিয়াল অ্যাডেনোমাটোস পলিপোসিস (এফএপি) ও বংশগত নন-পলিপোসিস কোলন ক্যান্সার (এইচএনপিসিসি) নামক দু’টি বিরল অবস্থা পরিবারে বংশানুক্রমে থাকলে অল্পের ক্যান্সার হওয়ার ঝুঁকি বেড়ে যেতে পারে।
- অল্পের প্রদাহযুক্ত রোগের ব্যক্তিগত ইতিহাস – যাদের দীর্ঘ দিন থেকে আলসারেটিভ কোলাইটিস বা ক্রনস্ ডিজিজ (অল্পের আবরণীর রোগ) থাকে তাদের অল্পের ক্যান্সার হওয়ার ঝুঁকি বেশি থাকে।

অল্পের ক্যান্সার সংক্রামক নয় এবং একজনের দেহ থেকে অন্য কারো দেহে সংক্রমিত হতে পারে না।

লক্ষণসমূহ

অল্পের ক্যান্সারের লক্ষণগুলোর মধ্যে রয়েছে:

- মলের ভেতরে, বা উপরে রক্ত থাকা – এই রক্তের রং উজ্জ্বল লাল বা কালো হতে পারে
- কোনো সুস্পষ্ট কারণ ছাড়াই আপনার স্বাভাবিক মলত্যাগের অভ্যাসে পরিবর্তন হওয়া (যেমন ডায়রিয়া বা কোষ্ঠকাঠিন্য), যা ছয় সপ্তাহের বেশি সময় ধরে থাকতে পারে
- ব্যাখ্যাযুক্ত কারণে ওজন কমে যাওয়া
- পেটে (উদরে) বা পায়ুপথে ব্যথা হওয়া
- মলত্যাগের পর আপনার পেট ঠিকমত খালি হয়নি বলে মনে হওয়া
- ক্লান্ত ও দম ফুরিয়ে গেছে বলে মনে হওয়া – ক্যান্সারে রক্তপাত হওয়ার কারণে রক্তশূন্যতা দেখা দিলে (লোহিত রক্তকণিকার সংখ্যা কমে যাওয়া) এটা হতে পারে।

কখনো কখনো ক্যান্সারের কারণে অল্পে প্রতিবন্ধকতা (ব্লকেজ) দেখা দিতে পারে। এর লক্ষণগুলোর মধ্যে রয়েছে:

- বমি করা
- কোষ্ঠকাঠিন্য
- পেটে ব্যথা
- গ্যাস জমে থাকার অনুভূতি হওয়া।

অন্যান্য রোগের কারণেও আপনার এই লক্ষণগুলো দেখা দিতে পারে, কিন্তু আপনি সেগুলো সব সময় আপনার জিপি'র (GP) মাধ্যমে পরীক্ষা করানো গুরুত্বপূর্ণ।

অন্ত্রের ক্যান্সার কিভাবে নির্ণয় করা হয়?

আপনি সাধারণত আপনার জিপি-কে দেখানোর মাধ্যমে শুরু করবেন। তিনি আপনার পেট (উদর) দেখবেন এবং আপনার পায়ুপথ পরীক্ষা করবেন। এটাকে বলা হয় মলাশয় পরীক্ষা বা রেক্টাল এক্সামিনেশন।

মলাশয় পরীক্ষা করার সময়, কোনো পিণ্ড বা ফোলা আছে কিনা তা অনুভব করার জন্য ডাক্তার গ্লাভস পরা হাতের একটি আঙুল আপনার পায়ুপথ দিয়ে ভেতরে প্রবেশ করিয়ে দেবেন। এতে কিছুটা অস্বস্তি লাগতে পারে, কিন্তু এতে ব্যথা লাগে না।

আপনার রক্তশূন্যতা আছে কিনা তা দেখার জন্য আপনার রক্তপরীক্ষা করা হতে পারে। আপনার যকৃৎ ও কিডনির স্বাস্থ্য পরীক্ষা করার জন্যও আপনার রক্তপরীক্ষা করা হতে পারে।

যদি আপনার জিপি সমস্যার ব্যাপারে নিশ্চিত না হন, অথবা যদি তিনি মনে করেন যে আপনার লক্ষণগুলো ক্যান্সারের কারণে হতে পারে, তাহলে তিনি আপনাকে হাসপাতালের একজন বিশেষজ্ঞের কাছে রেফার করবেন। যদি আপনার জিপি মনে করেন যে আপনার ক্যান্সার হতে পারে, তাহলে 14 দিনের মধ্যে আপনাকে হাসপাতালে দেখা উচিত।

হাসপাতালে

অন্ত্রের ক্যান্সার নির্ণয়ে সাহায্য করার জন্য নিচের পরীক্ষাগুলো ব্যবহার করা হতে পারে। আপনার এই সবগুলো করার দরকার নাও হতে পারে।

প্রোস্টেটস্কপি/সিগময়ডোস্কপি

একজন ডাক্তার বা বিশেষজ্ঞ নার্স বৃহদন্ত্রের আবরণী ভেতরটা দেখবেন এবং কোষের নমুনা সংগ্রহ করবেন (বায়োপসি)। তারা আলতোভাবে একটি পাতলা নল আপনার পায়ুপথ দিয়ে ভেতরে প্রবেশ করাবেন। নলটির মাথায় একটি লাইট ও ক্ষুদ্র ক্যামেরা থাকে। প্রোস্টেটস্কোপ হলো একটি খাটো নল যা শুধুমাত্র মলাশয়ে প্রবেশ করে।

সিগময়ডোস্কোপ একটি লম্বা নল যাকে বৃহদন্ত্রের আরো ভেতরে প্রবেশ করানো যায়।

প্রোটোস্কপি বা সিগময়ডোস্কপি অস্বস্তিকর হতে পারে কিন্তু এতে সাধারণত ব্যথা লাগে না।

কোলোনোস্কপি

বৃহদন্ত্রের ভেতরে এর পুরো দৈর্ঘ্যজুড়ে দেখার জন্য, আপনার ডাক্তার কোলোনোস্কপি করবেন। এই পরীক্ষার সময়, তিনি ছবি তুলবেন এবং কোষের বায়োপসি সংগ্রহ করবেন।

এই পরীক্ষা করার জন্য অল্প সম্পূর্ণভাবে খালি থাকতে হবে। এর অর্থ হলো আপনার পরীক্ষার আগের দিন সতর্কতার সাথে একটি নির্দিষ্ট ডায়েট খেতে হবে এবং অল্প পরিষ্কার করার জন্য একটি ওষুধ (জোলাপ বা ল্যাক্সেটিভ) গ্রহণ করতে হবে। কী করতে হবে সে সম্পর্কে আপনার হাসপাতাল আপনাকে জানাবে। কোলোনোস্কপি অস্বস্তিকর হতে পারে, কিন্তু আপনাকে একটি প্রশান্তিদায়ক ওষুধ দেয়া হবে যা আপনাকে শান্ত থাকতে সাহায্য করবে।

ভার্চুয়াল কোলোনোস্কপি (সিটি কোলনোগ্রাফি)

একটি সিটি স্ক্যানার আপনার অন্ত্রের কয়েকটি ধারাবাহিক এক্স-রে ছবি তুলবে। তারপর একটি কম্পিউটার এই ছবিগুলোকে একত্রিত করে আপনার অন্ত্রের একটি ত্রিমাত্রিক ছবি তৈরি করবে।

এই স্ক্যান করার জন্য আপনার অন্ত্র সম্পূর্ণভাবে খালি থাকতে হবে। আপনাকে একটি ওষুধের ইনজেকশন দেয়া হতে পারে যা আপনার অন্ত্রের পেশিগুলোকে শিথিল থাকতে সাহায্য করবে। একই সময়ে আপনাকে একটি রঞ্জক পদার্থের (কন্ট্রাস্ট মিডিয়াম) ইনজেকশনও দেয়া হতে পারে। আপনাকে এটা দেয়া হবে কিনা সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তার আপনাকে জানাবেন।

আরো পরীক্ষা-নিরীক্ষা

যদি বায়োপসিতে দেখা যায় যে আপনার ক্যান্সার আছে, তাহলে আপনার আরো পরীক্ষা-নিরীক্ষা করা হতে পারে। এগুলোর লক্ষ্য হলো ক্যান্সারের আকার ও অবস্থান খুঁজে বের করা, এবং এটি ছড়িয়ে পড়েছে কিনা তা দেখা। এগুলোর মধ্যে থাকতে পারে:

- রক্ত পরীক্ষা
- বৃকের এক্স-রে
- সিটি স্ক্যান
- সিটি/পিইটি স্ক্যান
- এমআরআই স্ক্যান
- বেরিয়াম এনেমা
- আল্ট্রাসাউন্ড স্ক্যান।

আপনার কোন পরীক্ষাগুলো করানো প্রয়োজন এবং কী ঘটবে সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তার বা নার্স ব্যাখ্যা করবেন।

পরীক্ষার ফলাফলের জন্য অপেক্ষার সময়টা আপনার জন্য উদ্বেগজনক হতে পারে। আপনার উদ্বেগ সম্পর্কে একজন আত্মীয় বা বন্ধুর সাথে কথা বলাটা আপনার জন্য উপকারী হতে পারে। এছাড়াও আপনি আমাদের একজন ক্যান্সার সহায়তা বিশেষজ্ঞের সাথে আপনার ভাষায় 0808 808 00 00 নম্বরে কথা বলতে পারেন।

স্টেজ ও গ্রেড নির্ণয়

ক্যান্সারের স্টেজ ও গ্রেড সম্পর্কে জানাটা ডাক্তারদেরকে আপনার জন্য সঠিক চিকিৎসার ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করে।

স্টেজ নির্ণয়

অন্ত্রের ক্যান্সারকে চারটি স্টেজে বিভক্ত করা হয়:

- স্টেজ 1 - ক্যান্সারটি মূল টিউমারের বাইরে ছড়িয়ে পড়েনি।
- স্টেজ 2 - অন্ত্রের দেয়ালজুড়ে এবং কাছাকাছি অবস্থিত কলাগুলোতে টিউমারগুলো হয়তো বৃদ্ধিলাভ করেছে, কিন্তু কাছাকাছি থাকা লসিকা গ্রন্থিগুলোতে ছড়িয়ে পড়েনি।
- স্টেজ 3 - কাছাকাছি অবস্থিত লসিকা গ্রন্থিগুলোতে টিউমারের কোষগুলো পাওয়া যেতে পারে।
- স্টেজ 4 - টিউমারটি দেহের অন্যান্য অংশেও ছড়িয়ে পড়েছে।

গ্রেড নির্ণয়

গ্রেড নির্ণয়ের মাধ্যমে দেখা যায় যে ক্যান্সার কোষগুলো অন্ত্রের স্বাভাবিক কোষের তুলনায় মাইক্রোস্কোপের নিচে কেমন দেখায়।

- গ্রেড 1 (নিম্ন-গ্রেড) - ক্যান্সার কোষগুলো স্বাভাবিক কোষের মতই দেখা যায় এবং খুব ধীরে বাড়ে।
- গ্রেড 2 (মাঝারি-গ্রেড) - ক্যান্সার কোষগুলো আরেকটু বেশি অস্বাভাবিক দেখা যায় এবং আরেকটু দ্রুত বাড়ে।
- গ্রেড 3 (উচ্চ-গ্রেড) - ক্যান্সার কোষগুলো স্বাভাবিক কোষের চেয়ে সম্পূর্ণ ভিন্ন দেখায় এবং দ্রুত বাড়ে।

চিকিৎসা

সবচেয়ে ভালো চিকিৎসা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয়াটা সব সময় সহজ নয়। আপনার ডাক্তারের অনেকগুলো বিষয় সম্পর্কে চিন্তা করার দরকার হবে। এগুলোর মধ্যে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ হলো:

- ক্যান্সারের স্টেজ ও গ্রেড
- আপনার সাধারণ স্বাস্থ্যের অবস্থা
- চিকিৎসার সম্ভাব্য পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াগুলো
- সম্ভাব্য পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াগুলো সম্পর্কে আপনার দৃষ্টিভঙ্গি।

যদিও আপনার কোন চিকিৎসাগুলো দরকার হবে সে সম্পর্কে আপনার ডাক্তারদের একটি ভালো ধারণা থাকতে পারে, কিন্তু তারা সিদ্ধান্ত নেয়ার আগে আপনার একটি অপারেশন করানোর দরকার হতে পারে।

যে কোনো চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলা গুরুত্বপূর্ণ, যাতে আপনি বুঝতে পারেন যে এটি কী অর্থ বহন করে। আপনার ভাষা ও ইংরেজি উভয়টিই বলতে পারেন এমন কাউকে আপনার সাথে করে নিয়ে গেলে ভালো হবে। আপনার দরকার হলে আপনি একজন দোভাষী পেতে পারেন, কিন্তু আপনি সেখানে একজন দোভাষী পেতে চাইলে আগে থেকে হাসপাতালকে জানিয়ে রাখার চেষ্টা করবেন। আপনি চিকিৎসা সম্পর্কে বুঝেছেন এবং এতে সম্মত আছেন তা বোঝানোর জন্য আপনাকে একটি সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর করতে হবে। কোনো চিকিৎসা নিতে আপনি সম্মত না হলে আপনাকে সেই চিকিৎসা দেয়া হবে না।

কোলন ক্যান্সার ও মলাশয়ের ক্যান্সারের জন্য ভিন্ন উপায়ে চিকিৎসা করা হয়।

সার্জারি

আপনার কোন ধরনের সার্জারি করা হবে তা ক্যান্সারের স্টেজ এবং এটি অস্ত্রের কোন জায়গায় আছে তার উপর নির্ভর করবে। এ বিষয়ে আপনার ডাক্তার আপনার সাথে কথা বলবেন।

কোলন ক্যান্সারের জন্য সার্জারি

টোটাল কোলেস্টমি - সম্পূর্ণ কোলনকে অপসারণ করে।

হেমি-কোলেস্টমি - কোলনের অর্ধেক অংশকে অপসারণ করে। ক্যান্সারটি কোথায় রয়েছে তার উপর ভিত্তি করে বাম বা ডান দিক অপসারণ করা হতে পারে।

সিগময়েড কোলেস্টমি - সিগময়েড কোলনকে অপসারণ করে।

সার্জারির সময়, অস্ত্রের যে অংশে ক্যান্সারটি রয়েছে সেটিকে অপসারণ করা হয় এবং তারপর খোলা দু'টি প্রান্ত একসাথে জোড়া লাগিয়ে দেয়া হয়। যদি অস্ত্রের দু'টি অংশকে একসাথে জোড়া লাগিয়ে দেয়া সম্ভব না হয়, তাহলে আপনার একটি স্টোমার দরকার হতে পারে। স্টোমা হলো পেটের দেয়ালে অস্ত্রের একটি খোলা প্রান্ত। এটা সাময়িক বা স্থায়ী

হতে পারে। আপনার কোনো সার্জারি করার আগে আপনার ডাক্তার ও বিশেষজ্ঞ নার্স এ বিষয়ে আপনার সাথে কথা বলবেন। নিচের অংশে স্টোমা সম্পর্কে আরো তথ্য আছে।

কোলনের কাছাকাছি থাকা লসিকা গ্রন্থিগুলোও অপসারণ করা হয়। এর কারণ হলো ক্যান্সার প্রথমে সেগুলোতে ছড়িয়ে পড়ে।

মলাশয়ের ক্যান্সারের জন্য সার্জারি

টোটাল মেসোরেস্টাল এক্সমিশন (টিএমই) – সম্পূর্ণ মলাশয় এবং এর চারপাশের চর্বিময় কলাকে অপসারণ করা হয়। এই কলায় লসিকা গ্রন্থিগুলো থাকে।

টিএমই অপারেশনটি বিভিন্নভাবে করা যায়। মলাশয়ের কোন অংশে ক্যান্সারটি আছে এটা তার উপর নির্ভর করে।

- **লো এনটেরিয়র রিসেকশন (মলাশয়ের উপরের অংশ অপসারণ)** – মলাশয়ের উপরে ও মাঝামাঝি অংশে (কোলনের কাছাকাছি) অবস্থিত ক্যান্সারগুলোর জন্য এটি ব্যবহার করা হয়। অল্পের যে অংশে ক্যান্সারটি রয়েছে সেটি অপসারণ করা হয় এবং কাটা দু'টি প্রান্ত একসাথে জোড়া দেয়া হয়। যদি অল্পের দু'টি প্রান্তকে একসাথে জোড়া লাগিয়ে দেয়া সম্ভব না হয়, তাহলে আপনার একটি স্টোমার দরকার হবে (স্টোমা সম্পর্কিত নিচের অংশটি দেখুন)।
- **অ্যাবডোমিনো-পেরিনিয়াল রিসেকশন (মলাশয়ের নিচের অংশ অপসারণ)** – সাধারণত মলাশয়ের নিচের অংশে অবস্থিত ক্যান্সারের জন্য এটি ব্যবহার করা হয়। এই অপারেশন করার পর আপনার একটি স্থায়ী স্টোমার দরকার হবে।

অল্পের প্রাথমিক স্টেজের ক্যান্সারের জন্য সার্জারি

লোকাল রিসেকশন বা ট্রান্সএনাল রিসেকশন নামক একটি অপারেশন কখনো কখনো ছোট, অত্যন্ত প্রাথমিক স্টেজের অল্পের ক্যান্সার অপসারণ করতে পারে। ক্যান্সার অপসারণ করার জন্য অপারেশনের যন্ত্রপাতি পায়ুপথ দিয়ে মলাশয়ে বা কোলনে নিয়ে যাওয়া হয়।

টিউমারটি উচ্চ-গ্রেডের হলে অল্পের আরো অংশ অপসারণ করার জন্য আপনার দ্বিতীয় একটি অপারেশন করার দরকার হতে পারে। ক্যান্সারটি অল্পের কোন অংশে রয়েছে তার উপর ভিত্তি করে ক্যান্সারটি অপসারণ করার জন্য ভিন্ন ভিন্ন উপায় রয়েছে। আপনার ডাক্তার এই অপারেশন সম্পর্কে আপনাকে ব্যাখ্যা করে বলবেন।

অল্পে বেড়ে যাওয়া ক্যান্সারের জন্য সার্জারি

যদি ক্যান্সারটি অপসারণ করার পক্ষে খুব বেশি বড় হয়, তাহলে এটি অল্পের উপর চাপ সৃষ্টি করতে পারে এবং অল্পকে সরু করে দিতে পারে। অল্পকে খোলা রাখার জন্য কখনো কখনো ডাক্তাররা একটি পাতলা ধাতব নল (স্টেন্ট) অল্পের ভেতরে প্রবেশ করাতে পারেন। একটি কোলোনোস্কোপ ব্যবহার করে তারা স্টেন্টটি প্রবেশ করাবেন। শিথিল থাকতে সাহায্য

করার জন্য আপনাকে একটি মৃদু প্রশান্তিদায়ক ওষুধ দেয়া হবে এবং তারপর অল্প সময়ের জন্য আপনাকে হাসপাতালে থাকতে হতে পারে।

ক্যান্সারটি দেহের শুধুমাত্র একটি জায়গায় যেমন যকৃতে বা ফুসফুসে ছড়িয়ে পড়লে ক্যান্সারটি অপসারণ করার জন্য কখনো কখনো আপনার সার্জারি করা হতে পারে।

ল্যাপারোস্কোপিক (কীহোল) সার্জারি

এই অপারেশনে একটি জায়গায় বড় করে কাটার বদলে পেটের চার বা পাঁচটি জায়গায় ছোট করে কাটা হয়। একটি কাটা জায়গার মধ্য দিয়ে একটি ল্যাপারোস্কোপ (একটি লাইট ও ক্যামেরাসহ একটি পাতলা নল) প্রবেশ করিয়ে দেয়া হয় এবং ক্যান্সারটি অপসারণ করা হয়। এই অপারেশন থেকে সেরে উঠতে সাধারণত কম সময় লাগে। কিছু কিছু হাসপাতালে এই ধরনের সার্জারি করা হয়। এটা আপনার জন্য উপযুক্ত হবে কিনা সে বিষয়ে আপনার সার্জন আপনার সাথে আলোচনা করবেন।

স্টোমা

যদি অন্ত্রের প্রান্তগুলো একসাথে জোড়া দেয়া না যায়, তাহলে উপরের প্রান্তটিকে পেটের দেয়ালের ত্বক পর্যন্ত নিয়ে আসা হয়। একে বলা হয় স্টোমা। দুই ধরনের স্টোমা আছে: ইলিওস্টোমি, যা সাধারণত অস্থায়ীভাবে লাগানো হয়; অথবা কোলোস্টোমি, যা প্রায় ক্ষেত্রেই স্থায়ীভাবে লাগানো হয়। মল সংগ্রহ করার জন্য আপনাকে স্টোমার উপর দিয়ে একটি ব্যাগ পরে থাকতে হবে।

একটি সাময়িক স্টোমা নতুনভাবে জোড়া দেয়া অন্ত্রকে সেরে ওঠার জন্য সুযোগ দেয়। অন্ত্রকে পুনরায় জুড়ে দেয়ার জন্য কয়েক মাস পর আপনার আরেকটি অপারেশন করা হবে। একে বলা হয় স্টোমা রিভার্সাল। অন্ত্রকে পুনরায় জোড়া লাগানো সম্ভব না হলে স্থায়ী স্টোমা (সাধারণত কোলোস্টোমি) তৈরি করে দেয়া হয়।

একজন স্টোমা নার্স আপনাকে আরো পরামর্শ ও তথ্য দেবেন।

কেমোথেরাপি

কেমোথেরাপি এক ধরনের চিকিৎসা যেটিতে ক্যান্সারের কোষগুলোকে ধ্বংস করে দেয়ার জন্য ক্যান্সার-বিরোধী (সাইটোটক্সিক) ওষুধ ব্যবহার করা হয়। সাধারণত অন্ত্রের স্টেজ 1 ক্যান্সারের জন্য আপনার এটি নেয়ার দরকার হবে না।

অন্ত্রের স্টেজ 2 ক্যান্সারের ক্ষেত্রে, ক্যান্সারের ফিরে আসার সম্ভাবনা কম থাকে, তাই আপনার কেমোথেরাপি নেয়ার দরকার নাও হতে পারে। সার্জারির পর কেমোথেরাপি দেয়াকে **সহযোগী চিকিৎসা (অ্যাডজুভেন্ট ট্রিটমেন্ট)** বলা হয়। এর লক্ষ্য হলো ক্যান্সারের ফিরে আসার ঝুঁকি কমানো।

সাধারণত অন্ত্রের স্টেজ 3 ক্যান্সারের রোগীদেরকে কেমোথেরাপি দেয়ার প্রস্তাব দেয়া হয়।

কখনো কখনো অপারেশনের আগে কেমোথেরাপি দেয়া হয়। একে বলা হয় **নব্য-সহযোগী (নিও-অ্যাডজুভেন্ট) কেমোথেরাপি**। এর লক্ষ্য হলো ক্যান্সারকে ছোট করে আনা, যাতে একে আরো সহজে অপসারণ করা যায়। এই চিকিৎসার পর আপনাকে হয়তো একটি স্থায়ী স্টোমা স্থাপন করতে হবে না।

কেমোরেডিওথেরাপি

এটি হলো কেমোথেরাপি ও রেডিওথেরাপির একটি সমন্বয়। একে কখনো কখনো কেমোরেডিয়েশন বলা হয়।

কেমোথেরাপির ওষুধগুলো ক্যান্সারের কোষগুলোকে রেডিওথেরাপির প্রতি আরো বেশি সংবেদনশীল করে তুলতে পারে। শুধু কেমোথেরাপি বা শুধু রেডিওথেরাপি প্রয়োগ করার চেয়ে উভয় চিকিৎসাকে একসাথে প্রয়োগ করা হলে তা আরো বেশি কার্যকর হতে পারে।

কেমোথেরাপি ও রেডিওথেরাপি একসাথে দেয়া হলে চিকিৎসার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া আরো খারাপ হতে পারে। কেমোরেডিওথেরাপি সম্পর্কে এবং এই চিকিৎসার সম্ভাব্য পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াগুলো সম্পর্কে আপনার ডাক্তার বা বিশেষজ্ঞ নার্স আপনাকে আরো তথ্য দিতে পারবেন।

অন্ত্রের বেড়ে যাওয়া ক্যান্সার

যখন ক্যান্সার দেহের অন্য কোনো অংশে ছড়িয়ে পড়ে (সেকেন্ডারি বা অ্যাডভান্সড ক্যান্সার) তখন কেমোথেরাপি দেয়া হতে পারে। এর লক্ষ্য হলো ক্যান্সারকে সঙ্কুচিত করা এবং লক্ষণগুলো কমিয়ে আনা। এটা কখনো কখনো আপনাকে আরো বেশি দিন বেঁচে থাকতে সাহায্য করতে পারে।

কিভাবে কেমোথেরাপি দেয়া হয় এবং আপনার হতে পারে এমন কিছু পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে আপনার ভাষায় আমাদের কাছে আরো তথ্য আছে।

টার্গেটেড (বায়োলজিক্যাল) থেরাপিসমূহ

টার্গেটেড থেরাপিগুলো ক্যান্সার কোষ ও স্বাভাবিক কোষগুলোর মধ্যকার পার্থক্যগুলোর উপর কাজ করে এবং ক্যান্সার কোষগুলোর বৃদ্ধিকে থামিয়ে দেয়ার চেষ্টা করে।

কয়েকটি ভিন্ন ধরনের টার্গেটেড থেরাপি রয়েছে। অন্ত্রের ক্যান্সারের চিকিৎসার জন্য প্রধানত যেগুলো ব্যবহৃত হয় সেগুলো হলো সেটুক্সিমাভ (Erbitux®), বেভাসিজুমাব (Avastin®), পানিটুমাব (Vectibix®), ও অ্যাফ্লিবারসেপ্ট (Zaltrap®)।

অন্ত্রের বাইরে ছড়িয়ে পড়েছে এমন কোলোরেক্টাল ক্যান্সারের চিকিৎসার জন্য এগুলো ব্যবহার করা যায়। অন্ত্রের সব ক্যান্সার সেটুক্সিমাভ বা পানিটুমাব-এর প্রতি সাড়া দেয় না।

রেডিওথেরাপি

স্বাভাবিক কোষের যতটা সম্ভব কম ক্ষতি করে ক্যান্সারের কোষগুলোকে ধ্বংস করে দেয়ার জন্য রেডিওথেরাপি উচ্চ-শক্তির রশ্মির মাধ্যমে ক্যান্সারের চিকিৎসা করে।

কোলন ক্যান্সারের লক্ষণগুলো উপশমের জন্য এটি ব্যবহার করা যায়, যদিও তা বিরল।

মলাশয়ের ক্যান্সারের জন্য রেডিওথেরাপি

সার্জারির আগে

মলাশয়ের ক্যান্সারকে ছোট করে আনার জন্য এবং সহজে অপসারণ করার জন্য সার্জারির আগে আপনাকে রেডিওথেরাপি দেয়া হতে পারে। এছাড়াও এটা ক্যান্সারের ফিরে আসার ঝুঁকি কমায়।

আপনার সার্জারির আগে আপনি রেডিওথেরাপির এক সপ্তাহের একটি সংক্ষিপ্ত কোর্স করতে পারেন। অথবা আপনি ছয় সপ্তাহ পর্যন্ত দীর্ঘ একটি কোর্সও করতে পারেন। দীর্ঘ চিকিৎসাটি সাধারণত কেমোথেরাপির সাথে দেয়া হয় (কেমোরেডিওথেরাপি), যা রেডিওথেরাপিকে আরো ভালোভাবে কাজ করতে সাহায্য করতে পারে।

রেডিওথেরাপি কোর্সের পর, অপারেশন করানোর আগে পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াগুলো কমে আসার জন্য আপনাকে কয়েক সপ্তাহ অপেক্ষা করতে হবে।

সার্জারির পরে

সার্জারির আগে আপনাকে রেডিওথেরাপি দেয়া না হলে, সার্জারির পরে আপনাকে এটা দেয়া হতে পারে। এটা করা হতে পারে যদি:

- ক্যান্সার অপসারণ করা কঠিন হয়ে থাকে
- ক্যান্সারের কিছু কোষ দেহে থেকে যায়
- অস্ত্রের দেয়ালজুড়ে অথবা কাছাকাছি অবস্থিত লসিকা গ্রন্থিগুলোতে ক্যান্সার ছড়িয়ে পড়ে।

আপনাকে 4-5 সপ্তাহ ধরে প্রতি কর্মদিবসে এই ধরনের রেডিওথেরাপি দেয়া হতে পারে।

মলাশয়ের বেড়ে যাওয়া ক্যান্সার

আপনার প্রথম চিকিৎসার পর যদি ক্যান্সার ছড়িয়ে পড়ে অথবা ফিরে আসে (বিশেষকরে শ্রোণীচক্রের এলাকায়), তাহলে একে ছোট করে আনার জন্য আপনাকে রেডিওথেরাপি দেয়া হতে পারে। এছাড়াও এটা ব্যথার মত উপসর্গগুলো উপশম করতে পারে।

কিভাবে রেডিওথেরাপির পরিকল্পনা করা হয় ও দেয়া হয় এবং আপনার হতে পারে এমন কিছু পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে আপনার ভাষায় আমাদের কাছে আরো তথ্য আছে।

ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল

ক্যান্সারের জন্য নতুন ও আরো ভালো চিকিৎসা খুঁজে বের করার চেষ্টা করার জন্য ক্যান্সার গবেষণা ট্রায়াল পরিচালনা করা হয়। যে সব ট্রায়ালগুলো রোগীদের উপর পরিচালনা করা হয় সেগুলোকে বলা হয় ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল। অনেক হাসপাতাল এখন এইসব ট্রায়ালে অংশ নেয়। অল্পের ক্যান্সারের জন্য বর্তমানে পরিচালিত হচ্ছে এমন গবেষণা সম্পর্কে আপনার ডাক্তারের সাথে কথা বলুন।

ফলো-আপ

আপনার চিকিৎসা শেষ হওয়ার পর, আপনার নিয়মিত চেক-আপ ও রক্ত পরীক্ষা করা হবে। এছাড়াও আপনার সিটি স্ক্যান ও কোলোনোস্কপি করা হতে পারে। এগুলো কয়েক বছর ধরে করা হতে পারে, কিন্তু সময়ের সাথে সাথে আরো কম ঘন ঘন করা হবে।

আপনার অনুভূতি

যখন আপনাকে বলা হবে যে আপনার ক্যান্সার আছে তখন আপনি বিহ্বল বোধ করতে পারেন এবং আপনার বিভিন্ন ধরনের আবেগ কাজ করতে পারে। এগুলোর মধ্যে রয়েছে রাগ, অসন্তুষ্টি, অপরাধবোধ, দুশ্চিন্তা ও ভয়। এগুলো সবই স্বাভাবিক প্রতিক্রিয়া এবং অনেক মানুষ তাদের অসুখের সাথে বোঝাপড়ায় আসতে চাওয়ার প্রক্রিয়ার একটি অংশ। অনুভব করার জন্য কোনো সঠিক বা ভুল উপায় নেই। আপনি আপনার নিজের মত করে এই বিষয়গুলোর সাথে মানিয়ে নেবেন।

আপনার ভাষায় আরো তথ্য

- স্তন ক্যান্সার সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- কেমোথেরাপি সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- বেনিফিট দাবি করা সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- ফুসফুসের ক্যান্সার সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- প্রোস্টেট ক্যান্সার সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- রেডিওথেরাপি সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- ক্যান্সার চিকিৎসার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- সার্জারি সম্পর্কিত তথ্যপত্র
- নিজেকে সাহায্য করার জন্য আপনি কী করতে পারেন সে সম্পর্কিত তথ্যপত্র

এই তথ্যপত্রটি লিখেছে, পরিমার্জন ও সম্পাদনা করেছে ম্যাকমিলান ক্যান্সার সাপোর্টের ক্যান্সার বিষয়ক তথ্য উন্নয়ন দল। আমাদের মেডিকেল সম্পাদক, Dr Tim Iveson (ড. টিম ইভসন), কনসালটেন্ট ক্লিনিক্যাল অনকোলজিস্ট এটি অনুমোদন করেছেন।

কোলোরেস্টাল ক্লিনিক্যাল নার্স স্পেশালিস্ট Aileen Roy (আইলিন রয়); কোলোরেস্টাল

ক্যান্সার ক্লিনিক্যাল নার্স স্পেশালিস্ট Fiona Butler (ফিওনিয়া বাটলার); এবং ক্যান্সারে আক্রান্ত যে সব ব্যক্তি এই তথ্যপত্রটি পর্যালোচনা করেছেন তাদের সবার প্রতি আমাদের ধন্যবাদ রইলো।

এই তথ্যপত্রটি লেখার জন্য আমরা অনেকগুলো নির্ভরযোগ্য উৎস থেকে সংগৃহীত তথ্য ব্যবহার করেছি। এগুলোর মধ্যে রয়েছে:

- *Improving Outcomes in Colorectal Cancer: The Manual Update*. জুন 2004. ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট ফর হেলথ অ্যান্ড কেয়ার এক্সিলেন্স (NICE).
- *Management of Colorectal Cancer: A National Clinical Guideline*. মার্চ 2003. স্কটিশ ইন্টারকলেজিয়েট গাইডলাইন্স নেটওয়ার্ক (SIGN).
- *Computerised tomographic colonoscopy (virtual colonoscopy) – guidance*. জুন 2005. NICE.
- *Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer*. অগাস্ট 2009. NICE.

আমরা সব সময় সঠিক তথ্য দেয়ার বিষয়টি নিশ্চিত করার জন্য সব রকমভাবে চেষ্টা করে থাকি কিন্তু প্রতিনিয়ত পরিবর্তনশীল মেডিকেল গবেষণার বর্তমান অবস্থার প্রতিফলনের জন্য এর উপর নির্ভর করা উচিত হবে না। যদি আপনি আপনার স্বাস্থ্য নিয়ে উদ্বিগ্ন থাকেন, তাহলে আপনার উচিত হবে আপনার ডাক্তারের সাথে আলোচনা করা। এই তথ্য বা তৃতীয় পক্ষের কোনো তথ্য, যেমন আমাদের লিংক দেয়া ওয়েবসাইটের তথ্য, কোনো ভুল থাকার কারণে সৃষ্ট কোনো ক্ষতি বা হানির জন্য ম্যাকমিলান কোনো দায়-দায়িত্ব গ্রহণ করবে না।

© ম্যাকমিলান ক্যান্সার সাপোর্ট 2014. ইংল্যান্ড ও ওয়েলসে (261017), স্কটল্যান্ডে (SC039907) এবং আয়েল অব ম্যান (604) এ নিবন্ধিত দাতব্য প্রতিষ্ঠান। নিবন্ধিত অফিস: 89 Albert Embankment, London SE1 7UQ.

MAC15136_Bengali



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.

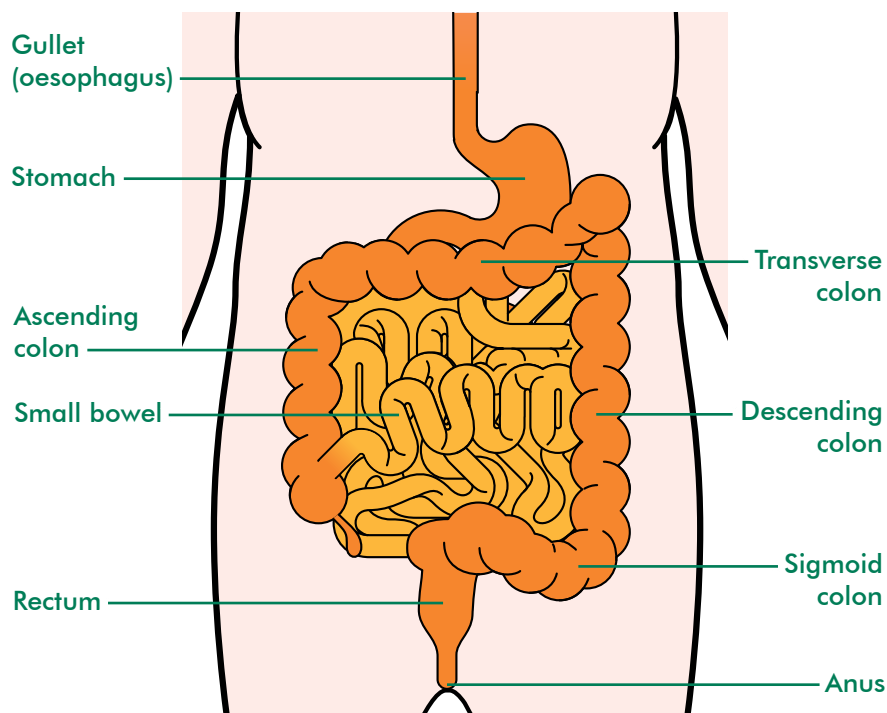
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

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.

