

Canser y coluddyn mawr

Mae'r daflen ffeithiau hon yn disgrifio sut y gwneir diagnosis o ganser y coluddyn mawr a sut mae'n cael ei drin.

Mae gennym daflenni ffeithiau hefyd am cemotherapi, radiotherapi, llawdriniaeth, sgil effeithiau triniaeth canser, yr hyn y gallwch ei wneud i helpu'ch hun, hawlio budd-daliadau a diwedd oes.

Gobeithiwn y bydd y daflen ffeithiau hon yn ateb eich cwestiynau. Os oes gennych ragor o gwestiynau, gallwch holi'r meddyg neu'r nyrs yn eich ysbyty lle byddwch yn cael eich triniaeth.

Os hoffech gael sgwrs am yr wybodaeth hon â'n harbenigwyr cymorth canser yn eich iaith eich hun, mae gennym gyfieithwyr ar gyfer rhai nad ydynt yn siarad Saesneg. Ffoniwch Linell Gymorth Macmillan am ddim ar **0808 808 00 00**, dydd Llun i ddydd Gwener, 9am–8pm. Os ydych yn drwm eich clyw gallwch ddefnyddio ffôn testun **0808 808 0121**, neu Text Relay. Neu gallwch fynd i'n gwefan **macmillan.org.uk**

Mae'r daflen ffeithiau hon yn trafod:

- Beth yw canser?
- Y coluddyn
- Ffactorau risg ac achosion
- Symptomau
- Sut mae gwneud diagnosis o ganser y coluddyn mawr?
- Camau a graddio
- Triniaeth
- Treialon clinigol
- Dilyniant
- Eich teimladau
- Rhagor o wybodaeth yn eich iaith chi

Beth yw canser?

Mae organau a meinweoedd y corff wedi eu gwneud o flochiau adeiladu bychain a elwir yn gelloedd. Mae cancer yn glefyd yn y celloedd hyn.

Mae celloedd ym mhob rhan o'r corff yn wahanol ond mae'r rhan fwyaf ohonynt yn trwsio ac yn atgynhyrchu eu hunain yn yr un ffordd. Fel arfer, mae celloedd yn rhannu mewn ffordd drefnus. Ond os bydd y broses yn chwalu, mae'r celloedd yn parhau i rannu ac yn datblygu'n lwmp a elwir yn diwmor.

Nid yw pob tiwmor yn ganser. Gall meddygon ddweud a yw tiwmor yn ganser drwy gymryd sampl bychan o feinwe neu gelloedd ohono. Yr enw ar hyn yw biopsi. Mae'r meddygon yn archwilio'r sampl o dan ficrosgop i chwilio am gelloedd cancer.

Mewn tiwmor anfalaen (di-ganser), gall y celloedd dyfu ond ni allant ymledu i unrhyw ran arall o'r corff. Ni fydd yn achosi problemau fel arfer oni bai ei fod yn pwyso yn erbyn organau cyfagos.

Mewn tiwmor malaen (canseraidd), mae'r celloedd yn tyfu i mewn i feinwe cyfagos. Weithiau, bydd celloedd cancer yn lledaenu o ble dechreuodd y cancer gyntaf (y safle cychwynnol) i rannau eraill o'r corff. Gallant deithio drwy'r gwaed neu'r system lymffatig.

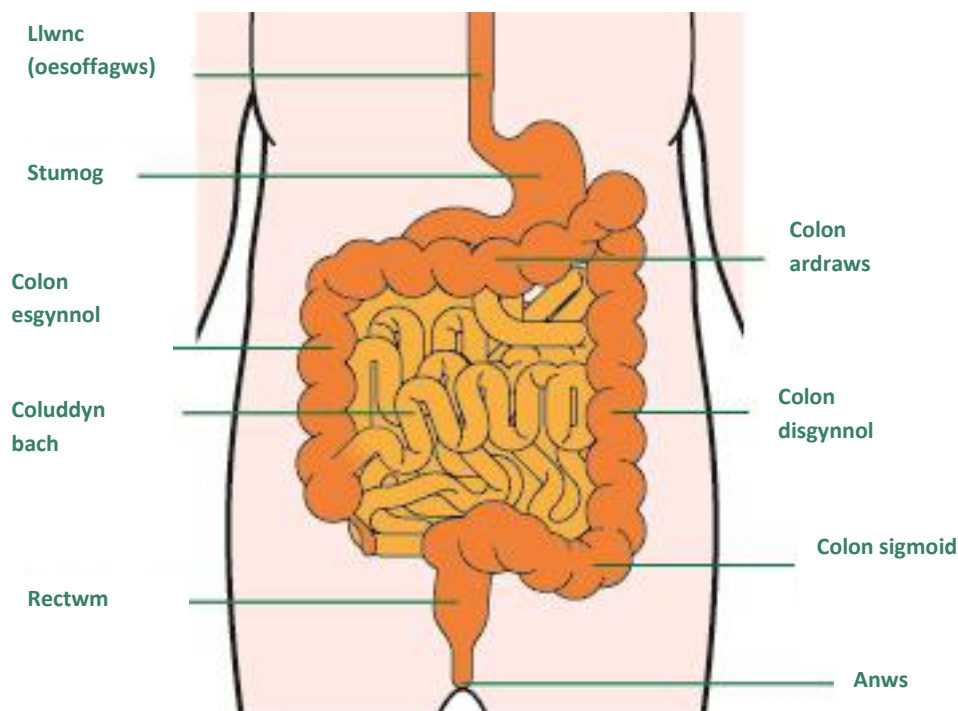
Mae'r system lymffatig yn helpu i'n hamddiffyn rhag heintiau a chlefydau. Mae wedi'i gwneud o diwbiau mân a elwir yn llestri lymff. Mae'r rhain yn cysylltu â grwpiau o nodau lymff siâp ffa (chwarennau) dros y corff i gyd.

Pan fydd y celloedd yn cyrraedd rhan arall o'r corff, gallant ddechrau tyfu a ffurfio tiwmor arall. Gelwir hyn yn ganser eilaidd neu fetastasis.

Y coluddyn

Mae'r coluddyn yn rhan o'n system dreulio. Mae wedi'i rannu'n ddwy ran: y coluddyn bach a'r coluddyn mawr. Mae'r coluddyn mawr yn cynnwys y colon, y rectwm a'r anws.

Y coluddyn – y colon a'r rectwm



Pan gaiff bwyd ei lyncu, mae'n pasio lawr y llwnc (oesoffagws) i'r stumog, lle dechreuir ei dreulio. O'r fan yma, mae'n mynd i'r coluddyn bach, lle cymerir maetholion hanfodol i'r corff.

Yna, mae'r bwyd wedi'i dreulio yn symud i'r colon, ble amsugnir dŵr. Caiff gweddill y gwastraff, a elwir yn garthion neu ymgarthion, ei gadw yn y rectwm (pen ôl), tan mae'n barod i'w basio o'r corff trwy'r anws pan gaiff y corff ei weithio (carthion).

Mae waliau'r colon wedi eu gwneud o haenau o feinweoedd y corff. Mae'r rhan fwyaf o ganserau'r colon a rhesol yn dechrau yn leinin mewnol y coluddyn ac yn datblygu o dyfiannau bach a elwir yn bolypau.

Canser y coluddyn mawr yw canser y colon a'r rhefr. Enw arall arno yw canser y colon a'r rhefr.

Ffactorau risg ac achosion

Ni wyddom beth sy'n achosi canser y coluddyn yn y rhan fwyaf o bobl. Mae rhai ffactorau risg sy'n gallu cynyddu eich siawns o'i gael.

- Oed – Mae'r risg o ddatblygu canser y coluddyn yn cynyddu ag oed.
- Deiet – Gall deiet sy'n cynnwys llawer o gigoedd coch a chigoedd wedi'u prosesu ac sy'n isel mewn ffrwythau a llysiau ffres gynyddu'r risg. Gallai bwyta cig wedi'i ffrio neu ei grilio hefyd gynyddu'r risg.
- Ffordd o fyw – Mae hyn yn cynnwys lefelau isel o ymarfer corff a bod dros bwysau. Mae hefyd yn cynnwys ysmegu'n drwm ac yn yfed mwy na'r lefelau o alcohol a argymhellir dros gyfnod o flynyddoedd.
- Hanes teuluol - Efallai bod risg uwch o ddatblygu canser y coluddyn ymysg pobl sydd ag un aelod o'u teulu neu fwy yn dioddef ohono. Dim ond tua 5% (5 ym mhob 100) o ganserau'r coluddyn mawr a achosir gan enyn diffygiol a etifeddir. Siaradwch â'ch meddyg os ydych chi'n poeni am eich hanes teuluol.
- Cyflyrau teuluol – Gall dau gyflwr prin a all redeg mewn teuluoedd, o'r enw polyposis adenomatews teuluol (FAP) a chanser y colon di-bolyposis etifeddol (HNPCC), gynyddu'r risg o ddatblygu canser y coluddyn.
- Hanes teuluol o glefyd llidus y coluddyn - Mae gan bobl sydd wedi bod â cholitis briwiol neu afiechyd Crohn (clefydau leinin y coluddyn) am amser hir hefyd fwy o siawns o ddatblygu canser y coluddyn.

Nid yw canser y coluddyn yn heintus ac ni ellir ei basio i bobl eraill.

Symptomau

Mae symptomau canser y coluddyn yn cynnwys:

- gwaed mewn, neu ar, symudiadau'r coluddyn – gall y gwaed fod yn goch llachar neu'n dywyll ei liw
- newid yn arferion normal eich coluddyn (fel dolur rhydd neu rwymedd) am ddim rheswm penodol, gan bara'n hirach na chwe wythnos
- colli pwysau heb reswm
- poen yn y bol (abdomen) neu'r pen ôl
- teimlo nad ydych wedi gwagio eich coluddyn yn iawn ar ôl gweithio'r coluddyn
- teimlo'n flinedig ac yn fyr eich gwynt – gall hyn ddigwydd os yw'r canser yn achosi anaemia (nifer isel o gelloedd gwaed coch).

Weithiau gall y canser achosi rhwystr (blocio) yn y coluddyn. Symptomau hyn yw:

- bod yn sâl (chwydu)
- rhwymedd
- poen yn yr abdomen
- teimlo wedi chwyddo.

Gall y symptomau hyn gael eu hachosi gan gyflyrau eraill, ond mae'n bwysig bod eich meddyg teulu'n eu harchwilio.

Sut mae gwneud diagnosis o ganser y coluddyn?

Y cam cyntaf fel arfer fydd gweld eich meddyg teulu. Bydd yn teimlo eich bol (abdomen) ac yn archwilio eich pen ôl. Gelwir hyn yn archwiliad o'r rhefr.

Yn ystod archwiliad o'r rhefr, mae'r meddyg yn rhoi bys mewn maneg yn eich pen ôl i deimlo am unrhyw lymphiau neu chwyddiadau. Gallai hyn fod ychydig yn anghyfforddus, ond nid yw'n brifo.

Gallwch hefyd gael prawf gwaed i weld a oes gennych anaemia. Efallai y cewch hefyd brofion gwaed i wirio iechyd eich iau a'ch arennau.

Os nad yw eich meddyg yn sicr beth yw'r broblem, neu'n meddwl efallai mai canser sy'n achosi eich symptomau, byddant yn eich atgyfeirio i weld arbenigwr mewn ysbyty. Os yw eich meddyg yn amau bod gennych ganser, dylech gael eich gweld yn yr ysbyty o fewn 14 diwrnod.

Yn yr ysbyty

Gellir defnyddio'r profion hyn i helpu i wneud diagnosis o ganser y coluddyn. Efallai na fydd angen i chi gael pob un ohonynt.

Proctosgopi/sigmoidosgopi

Bydd meddyg neu nyrs arbenigol yn edrych y tu mewn i leinin y coluddyn mawr ac yn cymryd samplau o gelloedd (biopsi). Byddant yn rhoi tiwb tenau'n ofalus i mewn i dwll eich pen ôl. Mae golau aamera bychan ar ben y tiwb. Mae proctosgop yn diwb byr sy'n mynd i mewn i'r rectwm. Mae sigmoidosgop yn diwb hirach sy'n gallu ymestyn ymhellach i fyny i'r coluddyn mawr.

Gall proctosgopi neu sigmoidosgopi fod yn anghyfforddus, ond ni fydd yn brifo fel arfer.

Colonosgopi

Er mwyn edrych y tu mewn i holl hyd y coluddyn mawr, bydd eich meddyg yn cynnal colonosgopi. Yn ystod y prawf, byddant yn tynnu lluniau ac yn cymryd biopsi o'r celloedd.

Rhaid i'ch coluddyn fod yn hollol wag ar gyfer y prawf hwn. Mae hyn yn golygu dilyn deiet gofalus ar y diwrnod cyn eich prawf a chymryd meddyginiaeth (carthydd) i glirio'r coluddyn. Bydd eich ysbyty yn dweud wrthy ch beth i'w wneud. Gall colonosgopi fod yn anghyfforddus, ond byddwch yn cael tawelydd a fydd yn eich helpu i ymlacio.

Colonosgopi rhithwir (colonograffi CT)

Mae sganiwr CT yn tynnu cyfres o luniau pelydr-x o'ch coluddyn. Bydd cyfrifiadur wedyn yn rhoi'r lluniau at ei gilydd i greu llun tri dimensiwn o'ch coluddyn.

Rhaid i'ch coluddyn fod yn hollol wag ar gyfer y sgan. Gall eich meddyg roi meddyginiaeth i chi ar ffurf pigiad i helpu'r cyhyrau yn y coluddyn i ymlacio. Efallai y cewch hefyd chwistrelliad llifyn (gwrthgyferbyniad canolig) ar yr un pryd. Bydd eich meddyg yn dweud wrthy ch os byddwch yn cael hwn.

Rhagor o brofion

Os bydd y biopsi yn dangos bod canser arnoch, efallai y bydd yn rhaid i chi gael profion eraill hefyd. Gwneir y profion hyn i ganfod maint a lleoliad y canser ac i weld a yw wedi ymledu. Gallai'r rhain gynnwys:

- profion gwaed
- pelydr-x o'r frest
- sgan CT
- sgan CT/PET
- sgan MRI
- enema bariwm
- sgan uwchsain.

Bydd eich meddyg neu nyrs yn egluro pa brofion fydd eu hangen arnoch a beth fydd yn digwydd.

Gall aros am ganlyniadau profion fod yn amser pryderus i chi. Gall helpu os gallwch rannu eich pryderon â pherthynas neu ffrind. Gallwch hefyd siarad ag un o'n harbenigwyr cymorth cancer yn eich iaith eich hun ar 0808 808 00 00.

Camau a graddio

Mae gwybod cam eich cancer yn helpu meddygon i benderfynu ar y driniaeth orau i chi.

Camau

Mae cancer y coluddyn wedi'i rannu'n bedwar cam:

- **Cam 1** – Nid yw'r cancer wedi ymledu y tu hwnt i'r tiwmor gwreiddiol.
- **Cam 2** – Efallai bod tiwmorau wedi tyfu trwy wal y coluddyn ac i feinwe cyfagos, ond nid yw wedi ymledu i nodau lymff cyfagos.
- **Cam 3** – Mae celloedd tiwmor i'w canfod yn y nodau lymff cyfagos.
- **Cam 4** – Mae'r tiwmor wedi ymledu i rannau eraill o'r corff.

Graddio

Mae graddio yn dangos sut mae'r celloedd cancer yn edrych o dan y microsgop o'u cymharu â chelloedd normal y coluddyn.

- **Gradd 1 (gradd isel)** – Mae'r celloedd cancer yn edrych yn debyg i gelloedd arferol ac yn tyfu yn araf iawn.
- **Gradd 2 (gradd gymedrol)** - Mae'r celloedd cancer yn edrych yn annormal ac yn tyfu ychydig yn gyflymach.
- **Gradd 3 (gradd uchel)** – Mae'r celloedd cancer yn edrych yn wahanol iawn i gelloedd normal ac yn dueddol o dyfu'n gyflym.

Triniaeth

Nid yw penderfynu ar y driniaeth orau'n hawdd bob amser. Bydd yn rhaid i'ch meddyg feddwl am nifer o bethau. Y pwysicaf o'r rhain yw:

- cam a gradd y cancer
- eich iechyd cyffredinol
- sgil effeithiau tebygol y driniaeth
- eich barn chi am y sgil effeithiau tebygol.

Er y bydd gan eich meddygon syniad da am y triniaethau y bydd eu hangen arnoch, efallai y bydd yn rhaid i chi gael llawdriniaeth cyn y gallant benderfynu.

Mae'n bwysig eich bod yn trafod unrhyw driniaeth â'ch meddyg, i wneud yn siŵr eich bod yn deall beth mae'n ei olygu. Mae'n syniad da i fynd â rhywun gyda chi sy'n gallu siarad eich iaith chi a Saesneg. Mae'n bosib y bydd cyfieithwyr ar gael os bydd angen un arnoch, ond ceisiwch roi gwybod ymlaen llaw i'r ysbyty cyn eich apwyntiad os hoffech gael un wrth law. Bydd angen i chi lofnodi ffurflen gydsynio i ddangos eich bod yn deall ac yn cytuno i gael y driniaeth. Ni fyddwch yn cael unrhyw driniaeth oni bai eich bod wedi cytuno i'w chael.

Mae canser y colon a chanser y rectwm yn cael eu trin mewn ffyrdd gwahanol.

Llawdriniaeth

Bydd y math o lawdriniaeth a gewch yn dibynnu ar gam y canser a'i leoliad yn y coluddyn. Gallwch drafod hyn â'ch meddyg.

Llawdriniaeth ar gyfer canser y colon

Colectomi llwyr – tynnu'r colon i gyd.

Hemi-colectomi – tynnu hanner y colon. Gellir naill ai tynnu'r ochr chwith neu'r ochr dde, yn dibynnu ar ble mae'r canser.

Colectomi sigmoid – tynnu'r colon sigmoid.

Yn ystod y llawdriniaeth, tynnir y darn o'r coluddyn sy'n cynnwys y canser ac yna caiff y ddau ben agored eu huno. Os na ellir uno'r coluddyn, efallai y bydd angen stoma arnoch. Mae hwn yn agoriad yn y coluddyn ar wal y bol. Gall fod yn barhaol neu dros dro. Bydd eich meddyg neu nyrs arbenigol yn siarad â chi am hyn cyn unrhyw lawdriniaeth. Mae rhagor o wybodaeth am stomas yn yr adran isod.

Mae'r nodau lymff ger y colon hefyd yn cael eu tynnu. Gwneir gan mai dyma ble byddai'r canser yn ymledu gyntaf.

Llawdriniaeth ar gyfer canser y rectwm

Toriad mesorectal llwyr (TME) – tynnu'r rhefr cyfan yn ogystal â'r meinwe brasterog o'i gwmpas. Mae'r meinwe hwn yn cynnwys nodau lymff.

Gellir gwneud llawdriniaeth TME mewn sawl ffordd. Mae'n dibynnu ar leoliad y canser yn y rhefr.

- **Echdoriad blaen isel** – gwneir hyn gyda chanserau yn rhannau uchaf a chanol y rectwm (yn agos at y colon). Tynnir y darn o'r coluddyn sy'n cynnwys y cancer ac mae'r ddau ben yn cael eu huno. Os na ellir uno dwy ran y coluddyn bydd angen stoma arnoch (gweler yr adran isod am stomas).
- **Echdoriad abdomino-perineal** – fe'i defnyddir gan amlaf ar gyfer canserau ym mhen isaf y rhefr. Ar ôl y llawdriniaeth hon bydd angen stoma parhaol arnoch.

Llawdriniaeth ar gyfer cancer y coluddyn yn y cam cynnar

Gall llawdriniaeth a elwir yn **echdoriad lleol** neu **echdoriad trawsanws** weithiau dynnu canserau'r coluddyn yn eu cam cynnar iawn. Mae offerynnau llawfeddygol yn cael eu pasio drwy'r anws i'r rhefr neu'r colon i dynnu'r cancer.

Efallai y bydd yn rhaid i chi gael ail llawdriniaeth i dynnu mwy o'r coluddyn os yw'r tiwmor yn radd uchel. Mae ffyrdd gwahanol o dynnu'r cancer yn dibynnu ar ei leoliad yn y coluddyn. Bydd eich meddyg yn egluro hyn wrthyhch.

Llawdriniaeth ar gyfer cancer y coluddyn datblygedig

Os yw'r cancer yn rhy fawr i'w dynnu, gall bwyso ar y coluddyn a'i wneud yn gulach. Weithiau gall meddygon osod tiwb metel tenau (stent) yn y coluddyn i'w gadw'n agored. Byddant yn defnyddio colonosgop i osod y stent. Byddwch yn cael tawelydd ysgafn i'ch helpu i ymlacio ac efallai byddwch yn aros yn yr ysbyty am gyfnod byr.

Weithiau ceir llawdriniaeth i dynnu'r cancer os yw wedi ymledu i un rhan yn unig o'r corff, fel yr afu neu'r ysgyfaint.

Llawdriniaeth laparosgopig (twll clo)

Mae'r llawdriniaeth hon yn defnyddio pedwar neu bump twll bach yn yr abdomen yn hytrach na gwneud un endoriad mawr. Caiff laparoscôp (tiwb tenau gyda golau a camera) ei basio i mewn i'r abdomen trwy un o'r tyllau a chaiff y cancer ei dorri allan. Fel arfer mae pobl yn gwella'n gynt ar ôl y llawdriniaeth hon. Mae llawer o ysbytai'n defnyddio'r math yma o llawdriniaeth. Bydd eich llawfeddyg yn trafod hyn gyda chi os yw'n briodol i chi.

Stomas

Os na ellir uno dau ben y coluddyn, gellir dod â'r pen uchaf allan at groen wal yr abdomen. Gelwir hwn yn stoma. Mae dau fath o stoma: ileostomi, sydd fel arfer dros dro, neu'n golostomi, sydd yn aml yn barhaol. Byddwch yn gwisgo bag dros y stoma i gasglu'r carthion.

Mae stoma dros dro yn rhoi cyfle o goluddyn sydd newydd gael ei uno i wella. Bydd angen llawdriniaeth arall i ailuno'r coluddyn ychydig fisoedd yn ddiweddarach. Gwrthdroi stoma yw'r enw ar y broses hon. Caiff stomas parhaol (colostomiau fel arfer) eu creu am nad oedd yn bosibl ailgysylltu'r coluddyn.

Bydd nyrs stoma yn rhoi rhagor o gyngor a gwybodaeth i chi.

Cemotherapi

Mae cemotherapi yn driniaeth sy'n defnyddio cyffuriau gwrth-ganser (cytotocsig) i ddinistrio celloedd cancer. Ni fydd ei angen fel arfer i drin cancer y coluddyn cam 1.

Ar gyfer cancer y coluddyn cam 2, mae'r risg y daw'r cancer yn ôl yn isel, felly efallai na fydd angen cemotherapi arnoch. Gelwir rhoi cemotherapi ar ôl llawdriniaeth yn **driniaeth gynorthwyol**. Y nod yw lleihau'r siawns y daw'r cancer yn ôl.

Fel arfer cynigir cemotherapi i bobl â chanser y coluddyn cam 3.

Weithiau rhoddir cemotherapi cyn llawdriniaeth. Gelwir hyn yn **cemotherapi neo-gynorthwyol**. Y nod yw gwneud y cancer yn llai, gan ei gwneud yn haws i'w dynnu. Gall olygu na fydd yn rhaid i chi gael stoma parhaol ar ôl y driniaeth hon.

Cemoradiotherapi

Mae hwn yn gyfuniad o cemotherapi a radiotherapi. Enw arall arno yw cemoymbelydredd.

Mae cyffuriau cemotherapi yn gallu gwneud y celloedd cancer yn fwy sensitif i radiotherapi. Gall cyfuno triniaethau fod yn fwy effeithiol na chael cemotherapi neu radiotherapi ar eu pen eu hunain.

Gall rhoi cemotherapi a radiotherapi gyda'i gilydd wneud sgil effeithiau'r driniaeth yn waeth. Gall eich meddyg neu nyrs arbenigol roi rhagor o wybodaeth i chi am cemoradiotherapi a sgil effeithiau posibl y driniaeth hon.

Canser y coluddyn datblygedig

Gellir rhoi cemotherapi hefyd os yw'r cancer wedi ymledu i ran arall o'r corff (canser eilaidd neu ddatblygedig). Y nod yw lleihau'r canserau a lleihau symptomau. Weithiau gall eich helpu i fyw'n hirach.

Mae gennym ragor o wybodaeth yn eich iaith chi am sut y rhoddir cemotherapi a rhai o'r sgil effeithiau y gallwch eu profi.

Therapïau wedi'u targedu (biolegol)

Mae therapïau wedi'u targedu'n seiliedig ar y gwahaniaeth rhwng celloedd cancer a chelloedd normal ac maent yn ceisio atal celloedd cancer rhag tyfu.

Mae sawl gwahanol fath. Y prif rai a ddefnyddir i drin cancer y coluddyn yw cetuximab (Erbix[®]), bevacizumab (Avastin[®]), panitumab (Vectibix[®]) ac aflibercept (Zaltrap[®]).

Gellir eu defnyddio i drin cancer y colon a'r rhefr sydd wedi ymledu y tu hwnt i'r coluddyn. Nid yw pob cancer y coluddyn yn ymateb i cetuximab neu panitumab.

Radiotherapi

Mae radiotherapi yn trin cancer trwy ddefnyddio pelydrau-x ynni uchel i ddinistrio'r celloedd cancer, gan wneud cyn lleied o niwed â phosibl i gelloedd normal.

Gellir ei ddefnyddio hefyd i leddfu symptomau cancer y colon, er bod hyn yn anghyffredin.

Radiotherapi ar gyfer cancer y rhefr

Cyn llawdriniaeth

Efallai y cewch radiotherapi cyn llawdriniaeth i wneud cancer y rhefr yn llai ac yn haws i'w dynnu. Mae hyn yn lleihau'r posibiliad y bydd y cancer yn dychwelyd yn y dyfodol.

Gallwch gael cwrs byr o radiotherapi am wythnos cyn eich llawdriniaeth. Neu gallwch gael cwrs hirach sy'n para hyd at chwe wythnos. Bydd y driniaeth hirach yn cael ei rhoi gyda cemotherapi (cemoradiotherapi) fel arfer, a all helpu i wneud y radiotherapi weithio'n well.

Ar ôl y cwrs o radiotherapi, bydd yn rhaid i chi aros am ychydig wythnosau i'r sgil effeithiau setlo cyn y byddwch yn cael y llawdriniaeth.

Ar ôl y llawdriniaeth

Os na chawsoch radiotherapi cyn y llawdriniaeth, gallwch ei gael ar ei hôl. Gwneir hyn os:

- oedd y cancer yn anodd ei dynnu
- ofnir bod rhai celloedd cancer wedi eu gadael ar ôl
- yw'r cancer wedi ymledu drwy wal y coluddyn neu i nodau lymff cyfagos.

Gallwch gael y math hwn o radiotherapi bum niwrnod yr wythnos am 4–5 wythnos.

Canser y rhefr datblygedig

Os yw'r cancer wedi ymledu neu wedi dod yn ôl (yn enwedig yn ardal y pelfis), ar ôl eich triniaeth gyntaf, gallwch gael radiotherapi i'w wneud yn llai. Gall hyn hefyd leddfu symptomau fel poen.

Mae gennym ragor o wybodaeth yn eich iaith chi am sut y rhoddir ac y cynllunnir radiotherapi, a rhai o'r sgil effeithiau y gallwch eu profi.

Treialon clinigol

Cynhelir treialon ymchwil cancer i geisio darganfod triniaethau newydd a gwell ar gyfer cancer. Gelwir treialon a wneir ar gleifion yn dreialon clinigol. Mae llawer o ysbytai'n awr yn cymryd rhan yn y treialon hyn. Holwch eich meddyg am ymchwil cancer y coluddyn sy'n cael ei gynnal ar y pryd.

Dilyniant

Ar ôl i'ch triniaeth ddod i ben, byddwch yn cael archwiliadau a phroffion gwaed rheolaidd. Gallwch hefyd gael sganiau CT ac archwiliadau colonosgopi. Gall y rhain barhau am rai blynyddoedd, ond byddant yn digwydd yn llai ac yn llai aml.

Eich teimladau

Mae'r rhan fwyaf o bobl yn teimlo wedi ei llethu pan ddywedir wrthynt fod ganddynt ganser ac maent yn profi sawl emosiwn gwahanol. Gall y rhain gynnwys dicter, atgasedd, euogrwydd, pryder ac ofn. Mae'r rhain i gyd yn adweithiau naturiol ac maent yn rhan o'r broses mae llawer o bobl yn mynd trwyddi wrth geisio dygymod â'u salwch. Does dim ffordd gywir nac anghywir o ymateb. Byddwch yn ymdopi â phethau yn eich ffordd eich hun.

Rhagor o wybodaeth yn eich iaith

- Taflen ffeithiau cancer y fron
- Taflen ffeithiau cemotherapi

- Taflen ffeithiau hawlio budd-daliadau
- Taflen ffeithiau cancer yr ysgyfaint
- Taflen ffeithiau cancer y prostad
- Taflen ffeithiau radiotherapi
- Taflen ffeithiau sgîl-ffeithiau triniaeth cancer
- Taflen ffeithiau llawdriniaeth
- Taflen ffeithiau yr hyn y gallwch ei wneud i helpu'ch hun

Mae'r daflen ffeithiau hon wedi cael ei hysgrifennu, ei hadolygu a'i golygu gan dîm Datblygu Gwybodaeth Cancer Cymorth Cancer Macmillan. Mae wedi cael ei chymeradwyo gan ein golygydd meddygol, Dr Tim Iveson, Oncolegydd Meddygol Ymgynghorol.

Diolch i Aileen Roy, Arbenigwraig Nyrs Glinigol Cancer y Colon a'r Rhefr; Fiona Butler, Arbenigwraig Nyrs Glinigol Cancer y Colon a'r Rhefr; a'r bobl wedi'u heffeithio gan ganser sydd wedi adolygu'r daflen ffeithiau hon.

Rydym wedi defnyddio gwybodaeth o lawer o ffynonellau dibynadwy i ysgrifennu'r daflen ffeithiau hon. Mae'r rhain yn cynnwys:

- *Improving Outcomes in Colorectal Cancer: The Manual Update*. Mehefin 2004. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol (NICE).
- *Management of Colorectal Cancer: A National Clinical Guideline*. Mawrth 2003. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- *Computerised tomographic colonoscopy (virtual colonoscopy) – guidance*. Mehefin 2005. NICE.
- *Cetuximab for the First-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer*. Awst 2009. NICE.

Rydym yn gwneud pob ymdrech i sicrhau bod yr wybodaeth a ddarperir gennym yn gywir, ond ni ddylid dibynnu arni i adlewyrchu cyflwr presennol ymchwil feddygol, sy'n newid o hyd. Os ydych chi'n poeni am eich iechyd, siaradwch â'ch meddyg. Ni all Macmillan fod yn gyfrifol am unrhyw golled neu ddifrod sy'n deillio o unrhyw gamgymeriad yn yr wybodaeth hon na gwybodaeth trydydd parti, fel gwybodaeth ar wefannau rydym yn rhoi dolenni atynt.

© Cymorth Cancer Macmillan 2014. Elusen gofrestredig yng Nghymru a Lloegr (261017), Yr Alban (SC039907) ac Ynys Manaw (604). Swyddfa gofrestredig 89 Albert Embankment, Llundain, SE1 7UQ.

MAC15136_Welsh



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.

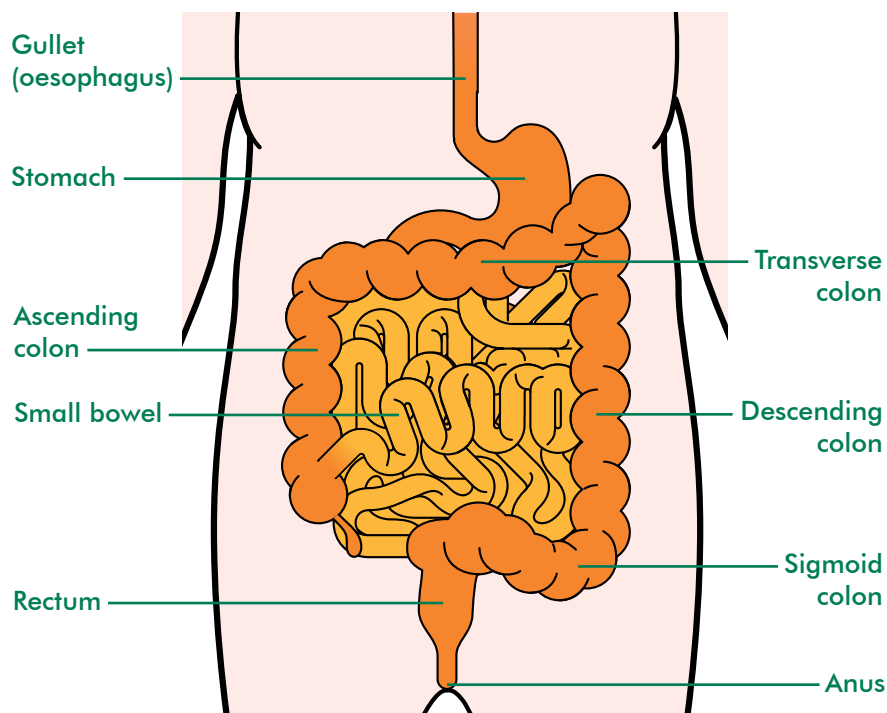
In a malignant (cancerous) tumour, the cells grow into nearby tissue. Sometimes, cancer cells spread from where the cancer first started (the primary site) to other parts of the body. They can travel through the blood or lymphatic system.

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.

