

AUTEUR: DR. ANNELINE CREMER

---

# KANKER EN IBD

Er zijn twee soorten kanker bij IBD:

Kankers die rechtstreeks verband houden met IBD, zoals darmkanker, kanker van de dunne darm of galwegkanker in geval van primaire scleroserende cholangitis.

Behandelingsgerelateerde kankers zoals lymfoom (kanker van de witte bloedcellen) of huidkanker.

## 1. Darmkanker

Darmkanker is de meest voorkomende vorm van kanker en houdt rechtstreeks verband met chronische ontsteking.

### Wat is het risico?

Patiënten met IBD van de dikke darm, de ziekte van Crohn of UC hebben een algemeen risico op het ontwikkelen van darmkanker dat 2 tot 3 maal hoger is dan bij de rest van de bevolking. Dit risico varieert sterk naargelang de aan- of afwezigheid van risicofactoren.

Het risico op het ontwikkelen van darmkanker is de afgelopen 20 jaar aanzienlijk gedaald als gevolg van de toepassing van preventiestrategieën zoals herhaalde colonoscopieën om precancereuze letsels vroegtijdig op te sporen. De daling van het risico houdt ook verband met het gebruik van behandelingen die een betere beheersing van de ontsteking mogelijk maken.

Het risico is groter bij colitis ulcerosa dan bij de ziekte van Crohn.

### Wat zijn de risicofactoren?

**De duur van de ziekte en de mate van aantasting** van de dikke darm, spelen een belangrijke rol bij het risico op het ontstaan van darmkanker. Het risico is groter wanneer de ziekte al meer dan 10 jaar aanwezig is en een groot deel van de dikke darm (>50%) betreft.

**Ziekteactiviteit** en meer bepaald chronische darmontsteking, is een van de belangrijkste risicofactoren. Indicatoren voor de ernst van deze ontsteking of de chroniciteit ervan zijn pseudopoliepen, een buisvormig colon, colonstenose, en met het blote oog of met de microscoop zichtbare ontsteking.

De aanwezigheid van **primaire scleroserende cholangitis** verhoogt het risico op kanker van de dikke darm met bijna 4 keer in vergelijking met de algemene bevolking.

### **Familiegeschiedenis (1e graad) van darmkanker**

### **Persoonlijke geschiedenis van precancereus letsel**

### Wanneer beginnen met de screening?

Een eerste screeningscolonoscopie wordt aanbevolen **8 jaar** na het begin van de symptomen voor elke IBD met locatie in de dikke darm, ongeacht de omvang en de activiteit van de ziekte.

### Hoe vaak moet ik gecontroleerd worden?

Endoscopisch toezicht wordt dan aanbevolen met regelmatige tussenpozen (om de 1, 3 of 5 jaar), afhankelijk van de risicofactoren. De frequentie van het toezicht op precancereuze letsels wordt bepaald door het individuele risiconiveau: 5 jaar bij een laag risico, 3 jaar bij een gemiddeld risico of 1 jaar bij een hoog risico.

Rectitis (ontsteking van de endeldarm), is geen reden voor specifiek toezicht.

Een jaarlijkse colonoscopie wordt aanbevolen zodra IBD is gediagnosticeerd in geval van primaire scleroserende cholangitis, ongeacht de duur van de ziekte.

## **2. Dunnedarmkanker**

Dunne darmkanker is een zeldzame kanker in de algemene bevolking. Het is 30-60 keer hoger bij de ileale ziekte van Crohn. Er zijn geen preventieve maatregelen vastgesteld. Regelmatige follow-up bij uw gastro-enteroloog wordt in alle gevallen aanbevolen.

## **3. Kanker gerelateerd aan IBD behandeling**

Als u met een behandeling begint, is het altijd belangrijk om de voordelen en risico's van verschillende behandelingen met uw arts te bespreken.

Sommige behandelingen verhogen het risico op bepaalde soorten kanker in zeer geringe mate, terwijl voor andere behandelingen het verband niet duidelijk is vastgesteld. De voornaamste risico's zijn de volgende:

- A. Sommige behandelingen verhogen lichtjes het risico op lymfomen (kanker van de witte bloedcellen). Dit zijn voornamelijk thiopurines en anti-TNF geneesmiddelen. Het risico is nog groter wanneer deze twee behandelingen worden gecombineerd. Het risico is 5 tot 6 maal groter bij patiënten die met thiopurine worden behandeld dan bij de algemene bevolking en neemt toe met de leeftijd (vooral na 65 jaar). Het verhoogde risico op lymfeklierkanker verdwijnt wanneer de thiopurines worden gestaakt. Het is ook een tijdsafhankelijk risico; het verhoogde risico met thiopurines neemt vooral toe na 2-3 jaar ononderbroken behandeling.
- B. Behandeling met thiopurine verhoogt het risico op niet-melanoomkankers (plaveiselcel en basaalcél). Het risico blijft bestaan na het staken van de behandeling, ongeacht de duur van de blootstelling. Anti-TNF therapie verhoogt het risico op melanoom. Het wordt aanbevolen herhaaldelijk dermatologisch onderzoek te verrichten tijdens de behandeling en dit voort te zetten nadat de behandeling is stopgezet.