

# Eierstokkanker

Landelijke richtlijn, Versie: 3.0

Laatst gewijzigd : 01-03-2017

Methodiek: Consensus based

Verantwoording: Landelijke Werkgroep  
Diëtisten Oncologie (LWDO)

# Inhoudsopgave

|   |          |
|---|----------|
| <b>Algemeen</b> .....                       | <b>1</b> |
| <b>De nog niet behandelde patiënt</b> ..... | <b>2</b> |
| <u>Voedingstoestand</u> .....               | 2        |
| <u>Acsites</u> .....                        | 2        |
| <u>Darmobstructie</u> .....                 | 3        |
| <b>Chirurgie</b> .....                      | <b>4</b> |
| <u>Voedingsbeleid</u> .....                 | 4        |
| <u>Klachten</u> .....                       | 4        |
| <b>Chemotherapie</b> .....                  | <b>5</b> |
| <u>Voedingstoestand en -behoefte</u> .....  | 5        |
| <u>Klachten</u> .....                       | 5        |
| <b>Herstel en nazorg</b> .....              | <b>6</b> |
| <b>Palliatieve zorg</b> .....               | <b>7</b> |
| <b>Referenties</b> .....                    | <b>8</b> |
| .....                                       | <b>9</b> |

# Algemeen

De richtlijn Eierstokkanker van de Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie (LWDO) omvat de tumorspecifieke voedingsbehandeling. Voor de algemene oncologische voedingsproblematiek en voedingsadviezen gaat u naar de [richtlijn Algemene voedings- en dieetbehandeling](#) en de [richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker](#).

Zie voor medische informatie de [richtlijn Ovariumcarcinoom](#).

# De nog niet behandelde patiënt

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

## Voedingstoestand

Bij meer dan 50% van de patiënten is bij diagnose de voedingstoestand matig tot slecht, omdat deze vorm van kanker vaak pas in een laat stadium wordt ontdekt. Er zijn aanwijzingen dat de ruststofwisseling bij eierstokkanker hoger is dan bij andere gynaecologische tumoren, vermoedelijk door het gevorderde stadium.

De verslechtering van de voedingstoestand met gewichts- en spierverlies is vooral het gevolg van het anorexie-cachexiesyndroom door verminderde inname en metabole ontregeling. Ascites kan onbedoeld gewichtsverlies maskeren.

### Maatregelen

- Beoordeel de voedingstoestand. Bij ascites zijn gewicht en gewichtsverloop geen betrouwbare parameters. Bij ascites en oedeem is de bio-elektrische impedantiemeting (BIA) onbetrouwbaar. Bepaal de lichaamssamenstelling met andere methoden, voor een genuanceerder beleid: zie [Nutritional assessment](#).
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding geven.
- Beoordeel of de patiënt behoefte heeft aan voedingszorg.
- Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor de inname van energie, eiwit en voedingsstoffen, de kenmerken en duur van de malaiseklachten en voor de voedingsaanpassingen die de patiënt al heeft gedaan.
- Bepaal het doel van de voedingsbehandeling.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bespreek de doelen van de voedingsbehandeling met de patiënt en eventueel de naasten.
- Geef uitleg over bij kanker en leg uit dat klachten soms moeilijk te bestrijden zijn als de oorzaak (de ziekte) niet kan worden weggenomen.
- Controleer het verloop van de voedingstoestand.
- Stimuleer lichaamsbeweging bij voorkeur onder leiding van een (oncologisch) fysiotherapeut. Bij complexe problemen is advies van een revalidatiearts of sportarts raadzaam.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.
- Evalueer of het doel van de voedingsbehandeling wordt bereikt.

### Voedingsadviezen

- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Zie indien relevant [Onbedoeld gewichtsverlies](#), [Anorexie](#) en [Smaak- en reukverandering](#).

## Ascites

Zie voor oorzaken en beleid de [richtlijn Ascites](#). Door verhoogde intra-abdominale druk ontstaat een toename van functiestoornissen van het maag-darmkanaal, met klachten zoals anorexie en snelle verzadiging, misselijkheid en braken, zuurbranden en obstipatie.

Ascites wijst meestal op een uitgebreid uitgezaaid proces met een mediane overleving van 25-30 weken. Ascitespuncties kunnen regelmatig worden herhaald, of ascitesvocht kan permanent worden gedraineerd. Ascitesvocht kan zowel eiwitrijk (exsudaat) als eiwitarm (transsudaat) zijn.

Bij regelmatige afvoer van eiwitrijk ascitesvocht gaat veel eiwit verloren en daalt het serumalbumine.

Een eiwitrijk dieet staat echter ter discussie, omdat eiwit uit de voeding niet direct en snel van invloed is op het serumalbumine. Door de voortschrijdende metabole ontregeling is de eiwitsynthese gestoord. Bij een redelijke levensverwachting kan een eiwitverrijkte voeding zinvol zijn bij een ziektegerichte behandeling

voor remissie van de tumor. Bij een beperkte levensverwachting is dat niet zinvol. Een beperking van natrium en/of vocht is niet effectief bij ascites die wordt veroorzaakt door kanker.

#### Maatregelen

- Neem een voedingsanamnese af van de duur en ernst van de klachten, zoals: anorexie en snelle verzadiging; misselijkheid en braken; zuurbranden en obstipatie.
- Bespreek met de patiënt de relatie tussen de klachten en ascites, en stel doelen vast.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.

#### Voedingsadviezen

- Geen beperking van natrium en/of vocht.
- [Eiwitverrijkte voeding](#), zo nodig met (aanvullende) drink- of sondevoeding, als een behandeling volgt gericht op tumorremissie.
- [Comfortvoeding](#) bij palliatief-symptomatische behandeling.
- Zie indien relevant [Anorexie](#), [Misselijkheid en braken](#), [Zuurbranden](#) en [Obstipatie](#).

## Darmobstructie

Door tumorgroei in of tegen de darm of door de ascites kan het darmlumen vernauwd zijn, kan een obstructie in de darm zijn opgetreden, en kan de passage ernstig gestoord zijn. Daardoor treedt stase van ontlasting op met koliekachtige klachten. Bij eierstokkanker is er meestal geen sprake van een totale blokkade en is enige passage van vocht en/of vloeibare voeding wel mogelijk. Afhankelijk van de ernst van de obstructie kan een ontlastend stoma worden aangelegd, een afvoerende percutane endoscopische gastrostomie (PEG-sonde) of een maaghevel. De behandelmogelijkheden en de prognose van de patiënt bepalen mede of een voedingsinterventie wordt ingezet. Voedingsvezels zijn een punt van aandacht. Grove vezels en grove bestanddelen dienen te worden vermeden om een totale obstructie of verergering van de problematiek te voorkomen. Fijne voedingsvezels houden vocht vast in de darm en kunnen daardoor bijdragen aan een soepele passage. Bij een zeer nauwe doorgang kunnen vezels beter worden vermeden en/of kan een gemalen of vloeibare voeding noodzakelijk zijn. Een darmobstructie kan ook ontstaan door een paralytische ileus als gevolg van peritonitis carcinomatosa. Dit leidt in meer of mindere mate tot passagestoornissen van voedsel door de darm. De voeding moet worden aangepast zodat de passage optimaal is: vezelbeperkte, residuarne voeding, vloeibare voeding, en in sommige gevallen niets per os.

#### Maatregelen

- Overleg met de arts of en welke voedingsmaatregelen passen bij de behandelmogelijkheden van de patiënt.
- Overleg of en welke consistentie oraal kan worden gebruikt en bepaal de wenselijkheid van het gebruik van en het soort voedingsvezel.
- Bespreek met de patiënt de mogelijkheden en onmogelijkheden van voedingsmaatregelen.

#### Voedingsadviezen

- Afhankelijk van de mate van obstructie en wanneer orale inname mogelijk is: de voeding goed kauwen, of een goed fijnge maakte, gemalen of vloeibare voeding.
- Geen grove vezels of grove onverteerbare resten: zie [Obstructierisico](#).
- Wanneer voeding conform behoefte is aangewezen: aanvullende of volledige drink- of sondevoeding, indien mogelijk normaal vezelgehalte.
- Wanneer het volume een probleem is: geconcentreerde sondevoeding.
- Wanneer enterale voeding niet of onvoldoende mogelijk is en er geen sprake is van een korte levensverwachting: aanvullende of volledige totale parenterale voeding.
- Zie [Darmobstructie \(ileus\)](#).

# Chirurgie

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

## Voedingsbeleid

Een debulkingoperatie bij eierstokkanker is een grote ingreep. Ppreoperatieve ondervoeding, met verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit komt patiënten met eierstokkanker vaak voor. De voedingstoestand kan ook zijn verslechterd als voorafgaand aan de operatie met chemotherapie is behandeld. Preoperatief wordt een ondervoede patiënt, conform de [Richtlijn Ondervoeding bij patiënten met kanker](#), zeven tot tien dagen gevoed met klinische voeding om de voedingstoestand te optimaliseren. Als de darmfunctie niet is gestoord, heeft enterale voeding de voorkeur boven parenterale voeding.

De voedingsbehoefte is na chirurgie verhoogd. Een grote buikoperatie leidt postoperatief tot maag- en darmfunctiestoornissen die traag herstellen. De maagontlediging is vaak gestoord en de darmperistaltiek komt zeer traag op gang. Na een buikoperatie kan na een paar uur met drinken worden begonnen en start de patiënt met kleine hoeveelheden vaste voeding op de eerste postoperatieve dag. Afhankelijk van de maagretentie (< 250 ml) kan de orale inname worden opgebouwd. Klinische voeding is nodig om de verhoogde voedingsbehoefte te dekken.

### Maatregelen

- Screen om een indruk te krijgen van de voedingstoestand.
- Beoordeel of er voedingsgerelateerde symptomen zijn die risico op ondervoeding geven.
- Bepaal de voedingstoestand en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Overleg met de arts bij een matige of slechte voedingstoestand over nut en noodzaak van een preoperatieve voedingsinterventie.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bespreek de doelen van de voedingsbehandeling met de patiënt en eventueel de naasten.
- Overleg met de arts op geleide van de maagretentie over de start met drinken en eten en de inzet van klinische voeding.
- Overleg met de arts over een goede pijnbestrijding en medicatie tegen misselijkheid.
- Evalueer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.

### Voedingsadviezen

- Bij maagretentie > 250 ml: alleen drinken.
- [Eiwitverrijkte voeding](#).
- Volledige of aanvullende drinkvoeding, sondevoeding of parenterale voeding.
- Bij aanhoudende retenties en onvoldoende voeding een sonde voorbij de maag. Als maag en darm voldoende functioneren: normale consistentie.

## Klachten

Door beschadiging van de zenuwvoorziening van de dikke darm en het rectum kan obstipatie optreden. Zie [Obstipatie](#).

Incontinentie voor urine kan optreden als een deel van de zenuwgeleiding naar de blaas verloren is gegaan. De aandrang tot urineren is veranderd, of verdwenen. De patiënt plast minder goed uit, waardoor gemakkelijk urineweginfecties optreden. Dit kan tijdelijk (een halfjaar tot een jaar) of blijvend zijn. Een ruim vochtgebruik (2 liter drinkvocht/dag) is aanbevolen, ook bij incontinentie.

# Chemotherapie

Deze module is onderverdeeld in submodules. Om de inhoud te bekijken klikt u in de linkerkolom op de submoduletitels.

## Voedingstoestand en -behoefte

Bij chemotherapie is de voedingstoestand doorgaans matig of slecht vanwege de gevorderde stadia en de eerdere debulkingoperatie.

Chemotherapie lijkt de voedingsbehoefte niet te veranderen. Bij carboplatine is een ruime vochttoediening nodig vanwege de nefrotoxiciteit.

### Maatregelen

- Screen op ondervoeding en op de behoefte aan voedingszorg.
- Bepaal de voedingstoestand en de lichaamssamenstelling. Bij ascites zijn gewicht en gewichtsverloop geen betrouwbare parameter: gebruik handknijpkrachtmeting, een maat voor perifere spierkracht, om tot een genuanceerder beleid van de voedingstoestand te komen.
- Neem een voedingsanamnese af met aandacht voor de inname van energie, eiwit en voedingsstoffen, en voor de kenmerken en de duur van de klachten, zoals anorexie, aversie, misselijkheid.
- Bepaal de behoefte aan energie, eiwit, vocht en andere voedingsstoffen.
- Bespreek met de patiënt de relatie ziekte-behandeling-voedingstoestand.
- Bespreek de doelen van de voedingsbehandeling met de patiënt en eventueel de naasten.
- Controleer het gewichtsverloop en zo mogelijk de lichaamssamenstelling.
- Stimuleer lichaamsbeweging. Verwijs naar oncologische bewegings- en trainingsprogramma's.
- Controleer of de geadviseerde voeding kan worden gebruikt.

### Voedingsadviezen

- Een voeding conform berekende behoefte.
- [Eiwitverrijkt](#).
- [Energie](#): ruststofwisseling met toeslag.
- Overige voedingsstoffen volgens de algemene aanbevelingen.
- Ruim vochtgebruik: minstens 2 liter drinkvoeding per dag. Tijdens de toediening van carboplatine wordt superhydratie door een vochtinfuus toegepast.
- Zie [Onbedoeld gewichtsverlies](#).

## Klachten

Zowel paclitaxel als carboplatine kan een slechte eetlust met kokhalzen, misselijkheid en braken veroorzaken. Gedurende de kuren kan anticipatoir braken ontstaan. Daarnaast kan bij de mond en de lippen mucositis ontstaan, waardoor de mond en lippen erg gevoelig worden. Ook kan het ontlastingspatroon worden verstoord, waardoor zowel diarree als obstipatie kan optreden.

Overleg met de arts over anti-emetica, laxantia en/of anti-diarreemiddelen. Bespreek met de patiënt de relatie tussen cytostatica en het optreden van de klachten. Voeding is niet de oorzaak van de klachten en voeding kan de klachten ook niet oplossen. Door aanpassing van de voeding aan de tolerantie van de patiënt kunnen klachten door voeding wel verminderen of niet toenemen.

Zie indien relevant: [Anorexie](#), [Smaak- en reukverandering](#), [Misselijkheid en braken](#), [Mucositis](#), [Obstipatie](#) en [Diarree](#).

## Herstel en nazorg

Omdat eierstokkanker vaak gepaard gaat met verslechtering van de voedingstoestand, is herstel van onbedoeld gewichtsverlies en opbouw van de conditie een aandachtspunt na succesvolle afronding van de behandeling. Lichaamsbeweging en training dragen bij aan een goede voedingstoestand en de reductie van klachten. Zie [Beweging en training](#) en [Nazorg en herstel](#).



## Palliatieve zorg

Bij progressie van ziekte spelen progressief gewichtsverlies en cachexie door een toenemend anorexie-cachexiesyndroom een grote rol. Naast recidiverende ascites komen regelmatig darmobstructie en ileus voor. Zie [Palliatieve zorg](#)

## Referenties

### 1 - Delsink P

Delsink P, Lagendijk M, Mullers M. Kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen. Uit: Vogel J ea (red) Handboek Voeding bij kanker. 2016, De Tijdstroom, Utrecht.

### 2 - Gupta D

Gupta D, Lammersfeld CA, Vashi PG, et al. Can subjective global assessment of nutritional status predict survival in ovarian cancer? J Ovarian Res 2008;1:5.

### 3 - Hess L

Hess L, Barakat R, Tian C, et al. Weight change during chemotherapy as a potential prognostic factor for stage III epithelialovarian carcinoma: A Gynecologic Oncology Group Study. Gynecol Oncol 2007;107:260-5.

### 4 - IKNL

IKNL. Epitheliaal ovariumcarcinoom: Landelijke richtlijn, Versie: 2.0. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2012. Raadpleegbaar via: <http://oncoline.nl/ovariumcarcinoom>.

### 5 - Kathiresan ASQ

Kathiresan ASQ, Brookfield KF, Schuman SI, et al. Malnutrition as a predictor of poor postoperative outcomes in gynecologic cancer patients. Arch Gynecol Obstet 2011;284:445-51.

### 6 - Laky B

Laky B, Janda M, Bauer J, et al. Malnutrition among gynaecological cancer patients. Eur J Clin Nutr 2007;61:642-6.

### 7 - Laky B

Laky B, Janda M, Cleghorn G, et al. Comparison of different nutritional assessments and bodycomposition measurements in detecting malnutrition among gynecologic cancer patients. Am J Clin Nutr 2008;87:1678-85.

### 8 - Minig L

Minig L, Biffi R, Zanagnolo V, et al. Early oral versus traditional postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intestinal resection: A randomized controlled trial. Ann Surg Oncol 2009;16:1660-8.

### 9 - Pothuria B

Pothuria B, Montemarano M, Gerardia M, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with malignant bowelobstruction due to ovarian carcinoma. Gynecol Oncol 2005;96:330-4.

### 10 - Torres ML

Torres ML, Hartmann LC, Cliby WA, et al. Nutritional status, CT body composition measures and survival in ovarian cancer. Gynecol Oncol 2013;129:548-53.

### 11 - Vogel J

Vogel J, Beijer S, Delsink P, et al. Handboek Voeding bij kanker. tweede druk, 2016. De Tijdstroom, Utrecht.

