

Informationsblatt „Dickdarmkrebs“

In den Industrieländern hat die Anzahl Darmkrebsneuerkrankungen in den letzten 30 Jahren deutlich zugenommen. In Deutschland stellt Darmkrebs sowohl bei den Neuerkrankungen als auch beim Krebsstod bei Männern wie Frauen die zweithäufigste Krebsform dar. 90 % der kolorektalen Karzinome treten nach dem 50. Lebensjahr auf.

Nahezu 80 % des Krebsbefalles findet sich im unteren Dickdarmabschnitt (sog. S-Darm und Mastdarm). Die restlichen 20% verteilen sich auf die übrigen Dickdarmabschnitte.

Die wichtigsten Risikofaktoren sind hohes Alter und das Vorkommen von Darmpolypen. Diese entarten häufig. Aus diesem Grunde wird eine Darmspiegelung (Coloskopie) ab dem 50. Lebensjahr alle 1-2 Jahre empfohlen.

Darmkrebs ist häufig sehr lange symptomlos. Erst wenn der Tumor in größerem Maße blutet, oder wenn er den Darm einengt, kommt es zu Symptomen. Aufmerksam muß man bei Änderungen der Stuhlgewohnheiten werden, z.B. bei Blut oder Schleim im Stuhl. Durch den Blutverlust kann es zur Blutarmut mit Leistungsabfall, Müdigkeit und allgemeine Schwäche kommen. Infolge der Tumorerkrankung kommt es häufig auch zu einem Gewichtsverlust.

Bei Verdacht auf Darmtumoren wird eine Darmspiegelung durchgeführt und bei entsprechendem Verdacht Gewebeprobe entnommen.

Sollten sich aus der Koloskopie Hinweise auf das Vorliegen eines Darmkrebses ergeben, werden folgende Untersuchungen zur Bestimmung des Tumorstadiums veranlasst:

Ultraschalluntersuchung zum Ausschluss von Leberabsiedlungen

Röntgenaufnahme der Lunge

Computertomographie (CT) oder Kernspin- oder MR-tomographie

bei bösartigen Tumoren des Mastdarms Ultraschalluntersuchung des Darms zur Erfassung der Eindringtiefe des Tumors und zum Nachweis vergrößerter Lymphknoten.

Die Behandlung des Dickdarmkrebs besteht in der operativen Entfernung des Tumors einschließlich der Lymphknoten in der Umgebung. Bei großen und in der Nähe des Schließmuskels sitzenden Tumoren ist unter Umständen eine Vorbehandlung mittels Bestrahlung und Chemotherapie erforderlich.

Die Operation beinhaltet in der Regel die Entfernung des betroffenen Darmabschnitts, meist ca. 30-50 cm bei insgesamt 1,5 m Dickdarm. Bis zu einem Abstand von ca. 5 cm zum Schließmuskel ist der Erhalt des Afters möglich. Hier wird nur in bestimmten Fällen ein vorübergehender künstlicher Darmausgang für 3 Monate gelegt.

Unter 5 cm Abstand zum Schließmuskel muß in aller Regel der gesamte Enddarm entfernt werden und ein dauerhafter künstlicher Darmausgang geschaffen werden.

Der Krankenhausaufenthalt beträgt bei normalen Verlauf 10-12 Tage. Ob eine Nachbehandlung im Sinne einer Bestrahlung oder Chemotherapie erfolgen muß, hängt vom Tumorstadium und vom Lymphknotenbefall ab.

An der GEOMED-KLINIK bietet die Abteilung für Viszeral- und Gefäßchirurgie (Chefarzt Dr. med. M. Dietrich) in enger Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Innere Medizin (Chefarzt Dr. med. Fuchs) und Anästhesie (Chefarzt Dr. med. d. Götz) ein hoch-kompetentes, leistungsfähiges Team, das den Patienten von der Diagnostik bis zur Nachbehandlung in einer familiären Umgebung betreut.

Neben modernen Operationstechniken, die alle Standards erfüllen, und fachlich kompetenter Versorgung - auch bei künstlichem Darmausgang -, bietet die Anästhesie neue Verfahren in der Schmerztherapie an. Durch Schmerzkatheter während und nach der Operation können die Patienten frühzeitig das Bett

verlassen. Die Darmtätigkeit bleibt bestehen, sodass der Patient oftmals schon an den folgenden Tagen essen kann.

Der Fall eines jeden Tumorpatienten wird mit dem Gastroenterologen Dr. Fuchs unter Einbeziehung des Hausarztes besprochen und die bestmögliche Nachbehandlung individuell festgelegt.

Bei der Notwendigkeit einer Chemotherapie legt der Chirurg meist einen sog. Portkatheter. Dieser kann in örtlicher Betäubung ohne großen Aufwand unter die Haut gelegt werden. Gerade Patienten mit schlechten Venenverhältnissen profitieren hiervon.

Bei Fragen geben Ihnen die Ärzte der GEOMED-KLINIK gerne Auskunft.