

Fachabteilung Chirurgie

Aktuell: Dickdarmkrebs

Kontakt:

Daniela de Haan (Sekretariat)

Tel. (0 67 31) 4 07-1 01

chirurgie@drk-kh-alzey.de



Dr. Jörn Grober

Oberarzt Chirurgie

Facharzt für Chirurgie

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin



© Sebastian Kaulitzki – Fotolia.com

Der Dickdarm ist der etwa 1 - 1,5 m lange Abschnitt des Darms, der sich dem Dünndarm anschließt und etwa 15 cm oberhalb des Anus in den Mastdarm (Rektum) übergeht. Der Dickdarm dient der Rückresorbierung von Wasser und Spurenelementen aus dem flüssigen Verdauungssaft des Dünndarmes und sorgt so für einen geformten und festen Stuhlgang.

Die genauen Ursachen für die Entstehung von Dickdarntumoren sind nicht bekannt. Es bilden sich häufig zunächst gutartige Polypen aus, die dann in bösartige Tumore, dem Dickdarmkrebs oder Dickdarmkarzinom übergehen können. Dieses Risiko steigt mit zunehmender Polypengröße.

Der Dickdarmkrebs ist die zweithäufigste Krebsart in Deutschland mit einem Durchschnittsalter von 65 Jahren bei Erstdiagnose. In Mitteleuropa sind etwa 30 - 35 Patienten pro 100.000 Einwohner und Jahr betroffen und in Deutschland sterben etwa 24.000 Patienten an den Folgen von Dickdarmkrebs.

Bei der Hälfte der Patienten mit einem Dickdarmkarzinom bleibt der Tumor lange Zeit klinisch stumm und ohne besondere Symptome. Jede längere Veränderung der Stuhlgewohnheiten nach dem 40. Lebensjahr mit Durchfällen, Verstopfung oder Blut- und Schleimauflagerung auf dem Stuhl ist verdächtig und kann ein Hinweis für eine bösartige Dickdarmerkrankung sein.

60 % aller bösartigen Tumore (einschließlich der des Enddarmes) werden mit der Enddarmspiegelung und bis zu 98 % mit der Dickdarmspiegelung (Coloskopie) erkannt.

Eine Ultraschalluntersuchung der Leber und eine Röntgenuntersuchung der Lunge werden durchgeführt, um

mögliche Tochtergeschwülste (Metastasen) auszuschließen. Bei speziellen Fragestellungen wird eine Computertomographie des Bauchraumes oder der Leber ergänzend durchgeführt.

Das Ziel der operativen Behandlung ist die Entfernung der bösartigen Geschwulst mit einem ausreichenden Sicherheitsabstand und die gleichzeitige Entfernung der Lymphknoten, die durch einen bösartigen Tumor mitbefallen sein können.

Die Ausdehnung der Teilentfernung des Darms hängt vom betroffenen Darmabschnitt ab und die Ausdehnung der Dickdarmentfernung wird jedem Patienten vor der Operation ausführlich erläutert. Die Operation wird in der Regel durch einen senkrechten Hautschnitt in der Mitte des Bauches, vom Nabel abwärts, durchgeführt. Die beiden Darmenden werden nach Entfernung des befallenen Darmabschnittes durch eine besondere Naht miteinander verbunden.

Bei frühen Stadien eines Dickdarmkrebses kann die Operation durch eine Minimal-Invasive-Technik (Schlüssellochchirurgie) durchgeführt werden. Die Wahl des operativen Zugangs legt der Facharzt gemeinsam mit seinem Patienten vor der Operation fest.

Die Herstellung der Naht der beiden Darmenden (Anastomose) ist ein hoch standardisierter und mit äußerster Präzision durchgeführter Teil der Operation. Dennoch kann es zu Nahtschwächen (Insuffizienz) mit Austritt von Stuhl kommen, die dann zu einer schweren und lebensbedrohlichen Entzündung führen. Das Risiko einer solchen Insuffizienz liegt bei 5 %.

Das Risiko einer Wundentzündung nach der Operation liegt unter 5 % und ist abhängig davon, ob eine Opera-

tion notfallmäßig oder geplant durchgeführt wird. Die Gabe eines Antibiotikums vor und während der Operation senkt dieses Risiko.

Grundsätzlich können nach jeder großen Bauchoperation Verwachsungen mit Darmabknickungen auftreten, die auch nach Jahren noch zu einem Darmverschluss führen können. Ein weiteres Risiko ist die Entstehung von Narbenbrüchen, die bei Entzündungen der Wunde häufiger auftreten können.

Häufige Fragen

Frage 1) Kann der Arzt eine Prognose zur Heilung einschätzen?

Die Prognose einer Krebserkrankung des Dickdarmes ist abhängig vom Tumorstadium - sie wird bestimmt durch die Ausdehnung des Tumors in der Darmwand und den Befall an Lymphknoten. Das Ergebnis teilt der Pathologe nach Untersuchung des Präparates nach 3 - 4 Tagen mit und wir werden das Ergebnis dann ausführlich mit dem Patient besprechen.

Frage 2) Was geschieht, wenn auch bereits Lymphknoten befallen sind?

Bei Nachweis von Karzinomzellen in den Lymphknoten ist eine Chemotherapie nach der Operation dringend angeraten. Dieses führt zu einer weiteren Prognoseverbesserung und wird normalerweise über ein halbes Jahr durchgeführt.

Frage 3) Wie lange muss ich im Krankenhaus bleiben?

Der stationäre Aufenthalt beträgt in der Regel 7 - 12 Tage. Eine frühzeitige Ernährung, dass frühzeitige Entfernen von Schläuchen aus dem Bauchraum oder der Blase, eine ausreichende Schmerztherapie und eine frühzeitige Mobilisation verkürzen den stationären Aufenthalt. Dazu ist die aktive Teilnahme des Patienten am Genesungsprozess extrem wichtig. Jeder Patient sollte

sich unter ausreichender Schmerztherapie soviel wie möglich außerhalb des Bettes aufhalten, d.h. auf dem Stuhl sitzen und umherlaufen, um sein Thrombose- oder Embolierisiko deutlich zu verringern.

Frage 4) Welche Operationsvorbereitungen finden statt?

Zur Operationsvorbereitung ist eine vollständige Darmentleerung normalerweise nicht notwendig. In der Regel ist ein Einlauf zur Entleerung des Enddarms ausreichend.

Frage 5) Bekomme ich einen künstlichen Darmausgang?

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges ist bei einer Teilentfernung des Dickdarmes äußerst selten und bleibt ganz speziellen Konstellationen vorbehalten.

Frage 6) Wann werden meine Hautklammern entfernt?

Die Entfernung der Hautklammern erfolgt am 10. postoperativen Tag.

Frage 7) Muss ich mich langfristig auf Nachuntersuchungen einstellen?

Bei jeder Krebserkrankung können sich Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden. Dieses Risiko ist in den ersten zwei Jahren am höchsten und verringert sich mit zeitlichem Abstand zur Operation deutlich. Aus diesem Grunde gibt es ein Nachsorge-Schema, in dem festgelegt ist, zu welchem Zeitpunkt eine Wiedervorstellung in unserer Ambulanz zu Kontrolluntersuchungen sinnvoll ist.

Bei ersten Anzeichen sollte der Patient immer zunächst seinen Hausarzt aufsuchen. Von dort werden alle notwendigen weiteren Diagnostikschritte veranlasst.

Weitere Informationen unter:
www.drk-kh-alzey.de

