

Priv.-Doz. Dr. S. Frick  
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Thorax- u. Viszeralchirurgie  
im Tumorzentrum Saarbrücken  
Caritasklinik St. Theresia - Rastpfuhl -  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universität des Saarlandes  
Rheinstr.2  
66113 Saarbrücken  
Tel. 06 81/4 06-12 01  
Fax. 06 81/4 06-12 03  
e-mail: [s.frick@caritasklinik.de](mailto:s.frick@caritasklinik.de)  
<http://www.caritasklinik.de>

## **Nachtrag vom Mai 2007**

### **„Der Krebs von Dickdarm und Mastdarm“ (Kolo-rektales Karzinom)**

Trotz aller Anstrengungen und Verbesserungen in der Frühdiagnose des Darmkrebses nimmt dieser in europäischen Ländern weiterhin zu. Zwar sind die Therapiemöglichkeiten, die neben der alleinigen operativen Behandlung auch die anschließende Chemotherapie mit oder ohne Strahlentherapie umfassen, deutlich verbessert worden, jedoch wird immer noch bei 80% der Patienten die Diagnose erst gestellt, wenn Beschwerden vorhanden sind. Bei 10% der Patienten erfolgt die Diagnosestellung zufällig, bei weiteren 10% im Rahmen einer durchgeführten Früherkennungsmaßnahme.

Zwar ist das kolorektale Karzinom überwiegend eine Erkrankung des älteren Menschen (2/3 der Patienten sind 60 Jahre und älter), aber 10% der Patienten sind unter 50 Jahre alt. Als Ursachen gelten vor allem (sog. „Wohlstandskrebs“) diätetische Faktoren (schlackenarme Kost mit verlängerter Passagezeit, Fettkonsum, Chemikalien). Die meisten Dickdarmkrebsen entstehen aus Polypen, wobei das Entartungsrisiko mit der Größe des Darmpolypen steigt. Weitere Risikofaktoren sind: gehäuftes Vorkommen in der Verwandtschaft, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, familiäre Polyposis.

Aus diesem Grunde sollten sich alle Männer über 45 Jahren und alle Frauen über 30 Jahren im Rahmen der (gesetzlichen) Vorsorgeuntersuchung auf Darmpolypen untersuchen lassen. Die einfachste Methode ist die digitale oder endoskopische Untersuchung des Mastdarmes, welche flächendeckend durchgeführt werden kann. Aufgrund der bewiesenen Prognoseverbesserung bei frühzeitiger Diagnosestellung sind Vorsorgeuntersuchungen dringend zu empfehlen! Ca. 50% aller Dickdarmkrebsen sind im Mastdarm und im Übergangsbereich zum Krummdarm (Sigma) angesiedelt und damit diesen oben erwähnten einfachen Diagnoseverfahren zugänglich. Für die komplette Darmabklärung ist in erster Linie eine diagnostische Coloskopie (Darmspiegelung) anzuraten, alternativ eine Röntgenuntersuchung des Darmes. Ist eine derartige Vorsorgeuntersuchung unauffällig gewesen, langt es in den allermeisten Fällen (wenn nicht besondere Symptomen auftreten), die nächste Vorsorgeuntersuchung des Darmes erst 10 Jahre danach wieder durchführen zu lassen.

Häufig macht sich der Darmkrebs durch eine Blutung durch den After (Blutauflagerung auf dem Stuhl) oder durch eine Veränderung des Stuhlverhaltens (häufigerer Stuhlgang, Veränderung der Stuhlform (Bleistiftstühle), Durchfall im Wechsel im Verstopfung) bemerkbar, bei diesen Symptomen sollte unbedingt ein Arzt aufgesucht werden.

Eine im Saarland durchgeführte Erhebung an Patienten mit colorektalem Karzinom ergab, daß 40% der Patienten innerhalb der ersten 14 Tage nach Auftreten obiger Beschwerden den ersten Arztkontakt hatten, 10% benötigten hierzu bis zu einem Monat, 20% zwischen 1 und 3 Monate und 25% 3 und mehr Monate. Zwischen Arztkontakt und Diagnosestellung vergingen bei 2/3 der Patienten nochmals bis zu 4 Wochen. Diese Daten wurden der „Verdi-Studie“ entnommen. **Jede Zeitverzögerung kann die Prognose verschlechtern!**

Ist die Diagnose durch Endoskopie und histologische Sicherung bestätigt, erfolgen als nächstes Staginguntersuchungen. Hierzu gehören bildgebende Verfahren (Ultraschall, ggf. Computer- oder Kernspintomographie), eine Röntgenaufnahme der Lunge in 2 Ebenen und (bei tiefsitzenden Tumoren) eine spezielle endorektale Sonographie (Ultraschalluntersuchung im Mastdarm).

Nach Durchführung dieser ergänzenden Untersuchungen (weitere Untersuchungen sind in Einzelfällen notwendig) kann sich der Arzt dann ein Gesamtbild von der Erkrankung und ihrer Ausdehnung machen und das weitere Vorgehen mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprechen.

Hat die Krebserkrankung des Darmes noch keine benachbarten Organe (sog. organüberschreitendes Wachstum) befallen und noch keine Fernmetastasen (Leber, Lunge, Gehirn) gesetzt, ist die Primärbehandlung in einer operativen Entfernung des befallenen Darmabschnittes zu sehen. Bei der Operation wird „großzügig“ operiert, d. h., es werden auch die dem eigentlich befallenen Darmabschnitt benachbarten Darmsegmente entfernt. Dies kann bis zur subtotalen Darmentfernung reichen. Sorgfältig werden die Lymphknotenstationen bis ins Zentrum anatomiegerecht entfernt, wobei insbesondere Arterien und Venen mit reseziert werden. Dickdarmabschnitte kann man ohne Risiko entfernen, lediglich beim Mastdarmkrebs bestimmt der Sitz des Tumors den Erhalt der normalen Schließmuskulatur und damit des natürlichen Darmausganges. Bei ganz tief sitzenden Krebsen muß wegen der horizontalen Lymphknotenausbreitung und natürlich bei einem direkten Befall der Schließmuskeln der After entfernt werden, so daß diese Operation standardmäßig mit der Anlage eines künstlichen Darmausganges (Anus praeter) einhergeht. Moderne Operationsverfahren erlauben es jedoch, diese Grenze immer weiter nach unten afterwärts hin zu verschieben. Die momentan tiefste Anastomosierungsmöglichkeit (Anastomose = Verbindung von zwei Darmteilen) liegt bei 2-3 cm vom After entfernt.

Ist die Geschwulst örtlich ausgebrochen, werden (speziell in der Dickdarmchirurgie) sog. multiviscerale Resektionen durchgeführt. Hierunter versteht man die Entfernung von den dem Darm benachbarten Organen, die durch die Krebsgeschwulst in Mitleidenschaft gezogen sind (z.B. Milz, Bauchwand, Niere, Magen, Gallenblase, große Gefäße). Solche Operationen sind mit einer guten Lebensqualität ohne weiteres vereinbar.

In besonders schwierigen Situationen bei tiefsitzenden Mastdarmkrebsen kann auch die vorübergehende Anlage eines künstlichen Darmausganges notwendig werden. Auch wenn der Tumor örtlich ausgebrochen ist und zunächst nach der operativen Entfernung eine weitergehende (Strahlen-) Behandlung notwendig ist, kann es sein, daß für einen Zeitraum

von 3-12 Monaten ein Anus praeter angelegt werden muß. Dieser kommt dann häufig im rechten Mittel-/ Oberbauch zu liegen, ein endgültiger Darmausgang wird meist im linken Mittel-/Unterbauch angelegt. Die moderne Stomaversorgung (Anus praeter Pflege) ermöglicht jedoch ein beschwerdefreies, wenig qualitätsgemindertes Leben.

Sehr hilfreich in solchen Fällen ist der Kontakt mit anderen Betroffenen, in besondere Weise vermittelt durch die ILCO (Selbsthilfegruppe für Stomaträger).

Hat der Tumor bereits Lymphknotenmetastasen gesetzt oder ist er örtlich ausgebrochen oder sind Lymph- und Blutgefäße befallen, erfolgt heutzutage im Anschluß an die Operation eine adjuvante Chemotherapie (Zytostase). Diese wird beim Mastdarmkrebs in Kombination mit einer Strahlentherapie durchgeführt. Hierdurch lassen sich weitere Verbesserungen des Langzeitüberlebens oder der Verhinderung des Wiederauftretens des Tumors erzielen (Verhinderung des Lokalrezidivs).

Sind derartige Veränderungen bereits präoperativ bekannt, wird eine **Vorbehandlung** mit Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt. Dies Form der Behandlung bezeichnet man als „neoadjuvant“. Hierunter kann es zu einer Verkleinerung des Tumors bis zum vollkommenen Verschwinden und zu einer Rückbildung von Metastasen kommen. Manchmal wird hierdurch ein operativer Eingriff erst möglich. Unnötig wird er dadurch allerdings nicht!

Hat der Tumor zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits Metastasen in Leber (häufiger) oder Lunge (seltener) gesetzt, so sind auch hier resezierende Operationen durchaus durchführbar und mit einer guten Heilerfolgsrate versehen. Da die Leber - wenn sie gesund ist - gut regeneriert, können bis zu 60% des Lebergewebes entfernt werden. Einzelne Lungenmetastasen können ebenfalls bis zur einseitigen Lungenflügelentfernung operiert werden. Im Falle des Vorliegens von Metastasen und wenn keine Operationsmöglichkeit besteht, kann die Chemotherapie weiter helfen. Spezielle Chemotherapieverfahren bedienen sich der Implantation von Kathetersystemen in definierte Arterien (Leberarterie, Eingeweidearterie oder ähnliches).

Insgesamt besteht für das kolorektale Karzinom insofern eine günstigere Prognose, als im Gegensatz zu anderen Krebsen des Eingeweide- und Verdauungstraktes von vornherein eine höhere Operationquote gegeben ist (ca. 75%) und auch Nachoperationen durchaus nochmals in bis zu 50% der Fälle im Falle eines nochmaligen Wiederauftretens (Rezidiv) oder der Fernabsiedlung (Metastase) sinnvoll durchführbar sind und Heilung bringen können.