

# Darmkrebs

## Leitfaden

**Herausgeber:**

**Saarländische Krebsliga e. V.**

Mainzer Straße 106

66121 Saarbrücken

Telefon: 06 81-6 59 10

**Medizinische Beiträge:**

**Privatdozent Dr. med. S. Frick**

Chefarzt

Caritasklinik St. Theresia. Saarbrücken

**Dr. med. F. Migeod**

Chefarzt

Klinik St. Georg. Bad Aibling

Ausgabe 01/2000

**Redaktion:**

**R. Detemple & I. Schröder**

Bestell-Nr 3010

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	3
Aufbau und Funktion des Darms	5
Wodurch entsteht Darmkrebs?	8
Was ist Darmkrebs? Wie entsteht er?	12
Welche Warnzeichen müssen beachtet werden?	13
Welche Untersuchungsmethoden gibt es?	16
Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?	23
Gedanken	44
Wie sieht die Nachsorge aus?	45
Statistische Bewertung	47
Erfahrungen von Patienten	
Frau I.	48
Frau K.	53
Gedanken	65

# *Vorwort*

Durch die Diagnose „KREBS“ werden meist große Ängste ausgelöst. Denken Sie aber immer daran, dass Krebs eine Krankheit und kein Todesurteil ist. Sie verändert zwar das Leben der Betroffenen und Angehörigen, ist aber kein Grund zu verzweifeln.

Sie halten vermutlich diese Broschüre in der Hand, weil entweder Sie selbst, ein Angehöriger oder Freund an Darmkrebs erkrankt ist. Es ist ein wichtiger Schritt, sich über diese Krankheit zu informieren und sich damit auseinanderzusetzen. Dadurch sind Sie in der Lage, sich mit den Ärzten über den Verlauf der Krankheit und die möglichen Therapieformen zu unterhalten.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen eine Orientierungshilfe liefern und Ihnen die wichtigsten Aspekte dieser Erkrankung in verständlicher Weise darstellen. Der persönliche Dialog zwischen Arzt und Patient kann und soll allerdings nicht ersetzt werden. Erfahrungsgemäß ist es jedoch schwierig, sich im einzelnen an alle Informationen, die Sie zu Ihrer Erkrankung bekommen, zu erinnern. Dann kann es hilfreich sein, diese Informationen in Ruhe zu Hause nachzulesen und zu besprechen.

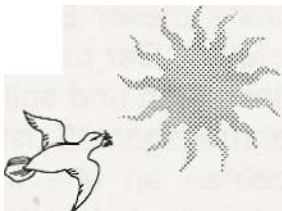
Die Situation, sich mit einer Tumorerkrankung auseinandersetzen zu müssen, verursacht Ängste. Ein betroffener Patient wird einer Tumorbehandlung nie ganz angstfrei entgegensehen. Psychische Belastungen durch Ängste, die aus Unkenntnis erwachsen, gilt es zu verhindern. Wir wollen versuchen, Vertrauen zu schaffen und so mit Ihnen zusammen im gemeinsamen Kampf gegen den Krebs erfolgreich zu sein.

Versuchen Sie, offen mit dieser Krankheit umzugehen. Dies ist wichtig für den Patienten und seine Mitmenschen. Reden Sie darüber! Niemand sollte seine Ängste und Sorgen verschweigen.

Hadern Sie auch nicht mit Ihrem Schicksal. Durch ein positives Denken und den Willen, gesund zu werden, können Sie Ihre Selbstheilungskräfte beeinflussen.

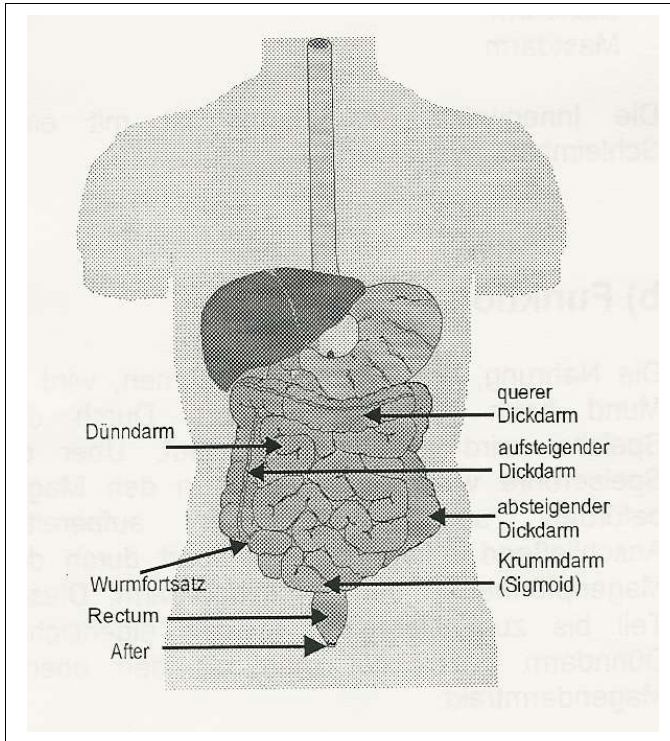
Wir - die Saarländische Krebsliga e.V. - sind auch für Sie da und möchten Ihnen helfen. Rufen Sie uns einfach an.

Ihre  
Saarländische Krebsliga e. V.



# ***Aufbau und Funktion des Darms***

Der Darm ist das zentrale Organ unserer Verdauung.



## **a) Aufbau**

Er besteht aus mehreren Teilen.

- Zwölffingerdarm
- Dünndarm
  - Dickdarm
  - Mastdarm

Die Innenwand des Darms ist mit einer Schleimhaut ausgekleidet.

## **b) Funktion**

Die Nahrung, die wir zu uns nehmen, wird im Mund beim Kauen zerkleinert. Durch den Speichel wird sie hier angedaut. Über die Speiseröhre wird diese Masse in den Magen befördert und dort weiter aufbereitet. Anschließend erfolgt der Transport durch den Magenpförtner in den Zwölffingerdarm. Diesen Teil bis zum Übergang in den eigentlichen Dünndarm bezeichnet man als den oberen Magendarmtrakt.

Hier werden Enzyme der Bauchspeicheldrüse und Gallensaft beigemischt. Sie bauen den Speisebrei soweit ab, dass im Dünndarm dann die Nährstoffe in den Körper aufgenommen werden können.

Danach wird der Speisebrei in den eigentlichen Dünndarm transportiert (ca. 5 Meter lang), der alle wichtigen Nahrungsbestandteile herausfiltert (Verdauung).

Der Rest der Nahrung, der unverdaulich ist (nicht resorbierbarer Teil), gelangt in den Dickdarm und wird hier „eingedickt“. Dem Darminhalt (Stuhlgang) wird dabei soviel Wasser entzogen, dass die Masse um ca. 75 % verringert wird. Liegt eine Erkrankung des Dickdarms vor (z. B. bei Durchfallerkrankungen), kann dieser Wasserverlust über den Darm bedrohlich werden.

Einen großen Teil des Stuhles bildet die sich in 72 Stunden jeweils komplett erneuernde Darmschleimhaut.

Im Mastdarm (Rektum), der sich dem Dickdarm anschließt, wird noch eine gewisse Menge von Wasser resorbiert. Im Vergleich zur Resorption im Dickdarm kann hier aber nur noch verhältnismäßig wenig Wasser aufgenommen werden.

# Wodurch entsteht Darmkrebs?

Eine eindeutige Erklärung für die Entstehung von Darmkrebs konnte bisher noch nicht erfolgen.

Es gibt jedoch bestimmte Faktoren, die das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, erhöhen. Hierzu zählen:

## 1. Ungesunde Ernährung

Darmkrebs wird auch als so genannter „Wohlstandskrebs“ bezeichnet. Dieser Name weist schon auf die wesentlichen, nämlich die diätetischen Faktoren hin. Hierzu gehören:

schlackenarme Kost mit verlängerter Passagezeit (Durch die verlängerte Verweildauer können evtl. krebserzeugende Substanzen länger einwirken.)  
Fettkonsum  
viel rohes Fleisch  
Chemikalien



Ein Mangel an Beta-Carotin sowie Vitamin E ist auch von Bedeutung.



## **2. Fehler in der Erbinformation von Darmschleimhautzellen**

Es handelt sich hierbei nicht zwangsläufig um eine Vererbung durch Vater oder Mutter. Die Falschinformationen können vielmehr im Laufe des eigenen Lebens entstehen.

Die Darmschleimhaut erneuert sich nämlich in der Regel alle fünf bis sieben Tage komplett. Durch Zellteilung vermehren sich die gewebebildenden Zellen sehr schnell. Jede Tochterzelle muss mit denselben Erbinformationen ausgestattet sein wie ihre Ursprungszelle, d. h.: bei jeder Zellteilung wird die Erbsubstanz identisch kopiert.

Dieser Vorgang läuft nicht immer fehlerfrei ab. Im gesunden Organismus werden solche „Kopierfehler“ jedoch bemerkt. Dann kommen die Reparaturwerkzeuge des menschlichen Körpers zum Einsatz und übernehmen ihre Aufgabe.

Nach vielen Jahren zuverlässiger Arbeit versagen diese aber manchmal. Das passiert u. U., wenn des öfteren krebserregende Substanzen in höheren Konzentrationen in den Darm gelangen und dort auch noch lange verbleiben. Schadhafte Zellen der Darmschleimhaut werden dann nicht immer zerstört und beseitigt. Sie können sich dann stufenweise zu Krebszellen entwickeln.

### **3. Erbllicher Darmkrebs**

Bei einem Teil der Patienten ist das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, schon von Geburt an erhöht. Sie haben die Unzulänglichkeit der Reparaturwerkzeuge von ihren Eltern geerbt. Schätzungen zufolge sind 10 bis 15 % der Darmkrebs-Erkrankungen auf vererbte Schäden zurückzuführen.

### **4. Morbus Crohn**

Von dieser chronischen Entzündung sind meist die Endabschnitte des Dünndarms und der Dickdarm befallen. Sie kann sich aber auch über den gesamten Verdauungstrakt ausbreiten. Oft bilden sich Fisteln in der Darmwand. Ein Krebs kann nach längerer Krankheitsdauer entstehen.

### **5. Colitis ulcerosa**

Hierbei handelt es sich um eine schwere und langwierige Entzündung der Dickdarmschleimhaut, durch die ein erhöhtes Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, besteht.

## 6. Chronischer Alkoholkonsum

Alkohol - in hohen Mengen genossen - kann die Entwicklung von Dickdarntumoren begünstigen. Wissenschaftlern ist bekannt, dass der Körper Alkohol in den Dickdarmzellen mit Hilfe von zwei verschiedenen Enzymen abbaut. Diese Enzyme haben zusätzlich die Aufgabe, das Wachstumsvitamin A, auch Retinol genannt, in Retinsäure umzuwandeln. Diese Säure ist für die Bildung intakter Zellen und für die Kontrolle des Wachstums der Darmzellen verantwortlich.

Der Abbau hoher Alkoholmengen verhindert somit, dass genügend Retinsäure im Körper gebildet wird. Daher vermuten Krebsexperten, dass ein kontinuierlich hoher Alkoholspiegel eine verminderte Menge an Retinsäure in den Zellen zur Folge hat und langfristig das normale Zellwachstum negativ beeinflusst.



# Was ist Darmkrebs?

## Wie entsteht er?

In regelmäßigen Abständen erneuert sich die Schleimhaut des Dickdarms. Deshalb ist es notwendig, dass sich deren Zellen durch Teilung immer wieder neu bilden. Da dieser Teilungsprozess sehr kompliziert ist, können dabei Fehler auftreten. Das menschliche Immunsystem erkennt bis zu einem gewissen Grad diese beschädigten Zellen und tötet sie ab.

Funktioniert dieser Reparaturmechanismus nicht, wird die fehlerhafte Zelle nicht ausgeschaltet und vermehrt sich unkontrolliert immer weiter. Das führt zu einem entarteten Zellwachstum und später zur Krebsentstehung.

Der Darmkrebs entsteht in der Regel aus so genannten Darmpolypen. In der Fachsprache spricht man von Adenomen. Diese sind zuerst gutartige Wucherungen im Dickdarm und entarten zu einem späteren Zeitpunkt als „Krebs“. Alle Adenome entarten, allerdings ist der individuelle Zeitfaktor unbekannt (bis zu 30 Jahre). Ältere Menschen haben vermehrt Adenome.

Circa 90% der Darmkrebserkrankungen entstehen dadurch, dass diese Polypen entarten.

# Welche Warnzeichen müssen beachtet werden?

Veränderung des Stuhlverhaltens

- häufigerer Stuhlgang
- Verstopfung
- Durchfall
- Verstopfung im Wechsel mit Durchfall
- Veränderung der Stuhlform (Bleistiftstühle)

Blutung durch den After

Blutauflagerung auf dem Stuhl

Krampfartige Bauchschmerzen

- können unter Umständen auf einen beginnenden Darmverschluss hindeuten, der durch einen Tumor verursacht werden kann

Blässe und Blutarmut

- können darauf hinweisen, dass der Darm längere Zeit unbemerkt leicht geblutet hat (evtl. Verursachung durch Karzinom)

Gewichtsverlust, Kraftlosigkeit und  
Leistungsminderung

- ein wachsender Tumor raubt dem Körper Energie

Diese Anzeichen können natürlich auch bei einer gutartigen Darmerkrankung auftreten und eine harmlose Ursache haben. Sie sollten aber in jedem Fall Ihren Arzt aufsuchen und die Ursache abklären lassen.

**Abwarten ist falsch.** In frühen Stadien kann eine Darmkrebserkrankung meist geheilt werden. Bei einem weiter fortgeschrittenen Tumorleiden können durch entsprechende Behandlung die Lebenserwartung erhöht und die Lebensqualität verbessert werden.



Eine jüngst im Saarland durchgeführte Erhebung an Patienten mit colorektalem Karzinom ergab, dass 40% der Patienten innerhalb der ersten 14 Tag nach Auftreten der genannten 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 Diagnosenstellung vergingen bei 2/3 der Patienten nochmals bis zu 4 Wochen. Jede Zeitverzögerung kann die Prognose verschlechtern!

Diese Daten wurden der "Verdi-Studie" entnommen.

# Welche Untersuchungsmethoden gibt es?

Genauere Untersuchungen sind beim Verdacht auf Darmkrebs notwendig, um folgende Fragen abzuklären:

- Handelt es sich wirklich um einen Tumor?
- Wenn ja, wo sitzt dieser?
- Um welche Art von Krebs handelt es sich?
- Wie weit ist die Erkrankung fortgeschritten?
- Sind die Lymphknoten befallen? :
- Gibt es Metastasen?
  - Wie ist der Allgemeinzustand des Patienten?

Wenn diese Fragen durch die entsprechenden Untersuchungen beantwortet wurden, kann entschieden werden, welche Therapiemaßnahmen ergriffen werden können.

Wir informieren Sie im folgenden Teil über die gängigsten Untersuchungsmethoden:



## **1. Tastuntersuchung**

Dabei wird Ihr Arzt vorsichtig durch den After den unteren Teil Ihres Mastdarmes abtasten, um mögliche Veränderungen feststellen zu können.

## **2. Hämoculttest**

Hierbei wird eine Stuhlprobe auf das Vorhandensein von Blut untersucht. Aber auch - falls Blut im Stuhl festgestellt wurde - muss es sich nicht zwangsläufig um eine bösartige Erkrankung handeln. Hämorrhoiden oder eine harmlose Verletzung der Afterschleimhaut sind ebenfalls eine Blutungsquelle.

Diese beiden Untersuchungsformen werden im Rahmen der Früherkennung durchgeführt. Werden dabei Abnormitäten festgestellt, werden weitere Untersuchungen durchgeführt.

### **3. Koloskopie**

Koloskopie ist in der Fachsprache der Begriff für eine Darmspiegelung. Der gesamte Darm wird von innen mit einem Endoskop untersucht. Dieses ist mit einer Lichtquelle und einer kleinen optischen Vorrichtung ausgestattet.

Durch diese Untersuchungsmethode wird der Darm auf dem Bildschirm sichtbar und Erkrankungen können entdeckt werden.

Bei der Koloskopie hat man weiterhin die Möglichkeit, bei verdächtigen Veränderungen sofort eine Gewebeprobe zu entnehmen. Es kann auf diese Weise direkt abgeklärt werden, ob es sich um eine bösartige Erkrankung handelt. Vorhandene Darmpolypen werden meist gleich mit einer kleinen Schlinge entfernt.

Die Untersuchung selbst kann gelegentlich etwas unangenehm sein. Sie können aber vorher ein Medikament bekommen, das eine beruhigende Wirkung hat. Daher läuft die Untersuchung ohne stärkere Beschwerden ab.

## **4. Sigmoidoskopie**

Hierbei handelt es sich ebenfalls um eine Darmspiegelung. Im Gegensatz zur Koloskopie werden aber nur die unteren 40 cm des Dickdarms untersucht.

## **5. Prokto-Rektoskopie**

Bei der Prokto-Rektoskopie wird ausschließlich der Mastdarm gespiegelt.

## **6. Sonografie**

Die Sonografie ist bekannter unter dem Namen „Ultraschalluntersuchung“. Dabei wird überprüft, ob möglicherweise schon eine Ausbreitung des Krebses auf andere Organe stattgefunden hat. Man spricht dann von einer Metastasierung. Bei Darmkrebs geht es vor allem um einen Befall der Lymphknoten und der Leber.

## **7. Endo-Sonografie**

Diese Form wird nur bei Mastdarmkrebs eingesetzt. Es handelt sich ebenfalls um eine Ultraschalluntersuchung.

Diese wird mit einer in den Mastdarm eingeführten Sonde durchgeführt. Der Arzt kann erkennen, ob und wie weit sich der Krebs in die Tiefe des Gewebes ausgebreitet hat.

## 8. Computertomografie

Die Computertomografie ist eine Röntgenmethode. Der Körper wird hierbei - im Gegensatz zu herkömmlichen Röntgenverfahren - schichtweise durchleuchtet.

Dadurch kann man erkennen, wie tief die Tumoren Organ oder Gewebe durchdringen. Desweiteren kann man eine Ausbreitung des Krebses auf Nachbarorgane oder Lymphknoten feststellen.

## 9. Kernspintomografie

Der Körper wird bei dieser Untersuchung schichtweise dargestellt. Röntgenstrahlen kommen nicht zum Einsatz. Dem Patienten wird vorher ein Kontrastmittel gespritzt, das sich überwiegend im Krebsgewebe anreichert. Durch ein Magnetfeld, das außerhalb des Körpers erzeugt wird, und spezielle Messverfahren kann der untersuchte Darmteil auf dem Bildschirm dargestellt werden.

Die Kernspintomografie ist in speziellen Fällen geeignet, z. B. bei Krebsbefall von Darmabschnitten, die tief im Becken liegen. Es werden dann nämlich auch Stellen sichtbar, die sonst auf dem Röntgenbild durch die Beckenknochen verdeckt werden.



## **10. Szintigrafie**

Durch die Szintigrafie kann eine Ausbreitung des Krebses auf die Knochen beurteilt werden. Es handelt sich um eine Röntgenuntersuchung, bei der dem Patienten zu Beginn eine leicht radioaktive Substanz verabreicht wird. Auch diese Substanz wird besonders in den von Krebs befallenen Zellen gespeichert. Die Strahlung des radioaktiven Stoffes ist aber so gering, dass sich für den Patienten keine Gefahr ergibt.

## **11. Tumormarker**

Bei den Tumormarkern handelt es sich um Teile, die verstärkt von den Tumorzellen gebildet werden können. Der Nachweis dieser Stoffe sowie ihr erhöhtes Vorkommen im Blut kann auf eine bösartige Gewebeveränderung hinweisen.

Zur Erstdiagnose von Darmkrebs ist die Bestimmung der Tumormarker jedoch nicht geeignet, denn ihr Vorhandensein oder das vermehrte Vorkommen können auch andere Ursachen haben. Auch Gesunde können geringe Mengen davon aufweisen.

In der Tumornachsorge geben sie u. U. einen Hinweis auf den Verlauf der Erkrankung bzw. auf das Ansprechen der Therapie.

## 12. PET (Positronen-Emissions-Tomografie)

Mit der PET ist es möglich, den erhöhten Stoffwechsel von Krebszellen (z. B. Zuckerstoffwechsel) ähnlich wie bei einer Szintigrafie sichtbar zu machen (Erprobungsphase).



# Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Oft erhalten Sie eine Vielzahl gut gemeinter Ratschläge, wenn Menschen aus Ihrer Umgebung von Ihrer Erkrankung erfahren. Man wird Ihnen erzählen, welche neuen Behandlungsverfahren es gibt und was bei diesem oder jenem Bekannten geholfen hat oder auch nicht.

In den Medien ist das Thema „ Krebs“ ebenfalls reichlich vertreten.

Lassen Sie sich dadurch jedoch nicht verwirren. Informieren Sie sich bei dem Arzt Ihres Vertrauens.

## Klassifikation des Tumors

Bei der Wahl der für den Patienten am besten geeigneten Behandlungsmethode ist die TNM-Klassifikation ein wichtiges Kriterium. Sie stellt dar, wie weit sich der Tumor ausgebreitet hat.

### Bedeutung

T	Tumor
N	regionale Lymphknoten
M	Metastasen Tochtergeschwülste)

## Bei Darmkrebs werden folgende Zuordnungen gemacht:

T (Tumor)	Bedeutung
T <sub>1</sub>	Der Primärtumor ist auf die Darmschleimhaut begrenzt.
T <sub>2</sub>	Der Primärtumor hat sich zusätzlich auf die Muskulatur der Darmwand ausgebreitet.
T <sub>3</sub>	Der Primärtumor hat den Bauchfellüberzug erfasst oder wächst beginnend in das benachbarte Gewebe hinein.
T <sub>4</sub>	Der Tumor erfasst benachbarte Strukturen.
N (Nodes= Knoten)	Bedeutung
N <sub>1</sub>	Ein bis drei benachbarte Lymphknoten sind vom Tumor erfasst.
N <sub>2</sub>	Vier oder mehr benachbarte Lymphknoten sind vom Tumor erfasst.
N <sub>3</sub>	Lymphknotenmetastasen entlang einer größeren Gefäßstraße bestehen.
M (Metas- tasen)	Bedeutung
M <sub>x</sub>	Vorhandensein oder Fehlen von Fernmetastasen kann nicht beurteilt werden.
M <sub>0</sub>	Ein klinischer Nachweis von Tochtergeschwülsten besteht nicht.
M <sub>1</sub>	Fernmetastasen sind nachweisbar.



Zusätzlich wird histologisch beurteilt, ob Gefäße (V) oder Lymphgefäße (L) vom Tumor befallen sind.

**Desweiteren beurteilt der Pathologe die „Bösartigkeit“ des Tumors mit dem sog. Grading.**

Ein G 1-Tumor entspricht noch weitgehend von seinem Aufbau her der ursprünglichen Zelle, ein G 4-Tumor hat sämtliche ehemals vorhandenen Zelleigenschaften verloren und ist komplett „mißgebildet“.

G 4-Tumoren haben eine sehr hohe Infiltrationsfähigkeit und große Wachstumstendenz und sprechen auf alle Behandlungsmöglichkeiten nur sehr schlecht an.

Zusätzlich wird histologisch beurteilt, ob Gefäße (V) oder Lymphgefäße (L) vom Tumor befallen sind.

Ein Patient, bei dem die Diagnose Darmkrebs gestellt wurde, sollte mit seinem Arzt ausführlich über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten sprechen.

Lassen Sie sich die vorgesehenen Schritte genau erklären. Informieren Sie sich aber auch über eventuell mögliche andere Therapieformen.

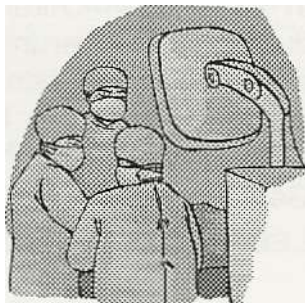
**Ein informierter und aufgeklärter Patient versteht, was mit ihm geschieht. Er kann aktiv an seiner Genesung mitarbeiten.**

## **Zu den konventionellen Behandlungsmethoden zählen:**

### **1. Die Operation**

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 als Leitstrukturen dienen und gegebenenfalls 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 vertikalen 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. Allerdings ist bei dieser Operation unbedingt darauf zu achten, dass unterhalb des Tumors eine krebsfreie Zone von minimal 1 - 2 cm verbleibt.

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 mittleren 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 zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits Metastasen in (häufiger) Leber oder (seltener) Lunge gesetzt, so sind auch hier resezierende Operationen durchaus durchführbar und mit einer guten Heilerfolgsrate versehen. Da sich 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.

Insgesamt besteht für das colorektale 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 als auch Nachoperationen durchaus nochmals in bis zu 50% der Fälle im Falle eines Wiederauftretens (Rezidiv) oder der Fernabsiedlung (Metastase) sinnvoll durchführbar sind und Heilung bringen können.

## ***Welche Probleme können nach Darmoperationen auftreten?***

### **a) Verdauungsprobleme**

Da eine Darmkrebsoperation ein massiver Eingriff in das Verdauungssystem des Körpers ist, braucht dieser einige Zeit, um damit fertig zu werden. Es wird bei dieser Operation ein Stück des Darms entfernt, wodurch sich die Stuhlgewohnheiten verändern können. Eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten hilft manchmal schon.

### **b) Narbenbeschwerden**

An der durch die Operation entstandene Narbe kann überschießendes Gewebe entstehen. Dies ist lediglich ein kosmetisches Problem.

## 2. Chemotherapie

Die Chemotherapie ist eine medikamentöse Therapie. Dabei kommen sogenannte Zytostatika zum Einsatz, die Zellen abtöten oder am Wachstum hindern können, indem sie die Zellteilung hemmen. Da Tumorzellen sich praktisch ständig vermehren, werden diese eher geschädigt als normale Zellen.

Es gibt eine grosse Anzahl verschiedener Chemotherapie-Kombinationen, die sowohl in Wirkung als auch Verträglichkeit unterschiedlich sind. Der Arzt sucht die für den Patienten am besten geeigneten Mittel aus. Die Behandlung dauert in der Regel zwischen einem halben und einem Jahr.

Die entsprechenden Substanzen werden meist in die Vene injiziert und dann über den Blutstrom in alle Regionen des Körpers transportiert. Weil das gesamte „System Mensch“ behandelt wird, spricht man auch von „systemischer Therapie“.



Da Tumore an Dick- und Mastdarm vorwiegend von den Drüsen der Darmschleimhaut ausgehen, sprechen sie schlechter auf Zytostatika an. Dennoch sprechen Erfahrungswerte dafür, dass auch bei Darmkrebs die Ergebnisse der Operation durch deren zusätzlichen Einsatz verbessert werden können. Hat sich der Krebs bereits ausgebreitet, können ebenfalls gute Erfolge durch den Einsatz von Zytostatika erzielt werden. Beim Mastdarmkrebs kann eine Kombination von Chemotherapie und Bestrahlung sinnvoll sein.

Chemotherapie wirkt im gesamten Organismus; dies gilt allerdings auch für die Nebenwirkungen. Normales Gewebe, das sich relativ oft erneuert, wird in Mitleidenschaft gezogen. Hier ist besonders die Darmschleimhaut zu nennen. Stirbt diese ab, kommt es vermehrt zu Darmentzündungen und Durchfällen. Schäden an der Magenschleimhaut führen zu Übelkeit und Erbrechen. Weiterhin wirkt sich diese Therapieform auf die Haarwurzeln aus. Durch deren Zerstörung kommt es zu vorübergehendem Haarausfall. Alle Nebenwirkungen verschwinden aber wieder nach Beendigung der Therapie.

### **3. Die Strahlentherapie**

Die Strahlentherapie ist neben der Operation und der Chemotherapie das dritte Standbein der Onkologie. Man spricht auch von einer Radiotherapie oder Radiatio. Sie ist im Gegensatz zu der bereits beschriebenen „Systemischen Therapie“ eine rein lokale Massnahme.

Strahlung kann als eine „Wachstumsbremse“ für lebendes Gewebe bezeichnet werden. Sie bewirkt eine Hemmung der Zellteilung. Da die meisten Zellen nur eine begrenzte Lebensdauer haben, müssen sie fortlaufend ersetzt werden. Dies geschieht durch Teilung der Zellen. Auch das Wachstum eines Tumors wird über Zellteilung geregelt. Eine der Hauptwirkungen von Strahlung besteht deshalb in der Störung oder sogar Vernichtung der Zellteilung.

Die schädigende Wirkung der Strahlung nimmt auf den Tumor mehr Einfluss als auf die ihn umgebenden gesunden Organe, da die Fähigkeit zur Reparatur dort wesentlich ausgeprägter ist.

Nach einer erfolgreichen Bestrahlung sterben Tumorzellen ab und werden von körpereigenen Zellen (u. a. Fresszellen oder Makrophagen) zerlegt und abgeräumt.

Sie wirkt nur im Bereich des Bestrahlungsfeldes. Dies gilt sowohl für die erwünschte tumorzerstörende Wirkung als auch für die unerwünschten Nebenwirkungen.

**Eine Strahlenbehandlung kommt in der Regel aber nur beim Mastdarmkrebs zum Einsatz.**



## 4. Hyperthermie

Hyperthermie bedeutet Überwärmung. In der Krebsmedizin wird dieser Begriff für künstliche Temperaturerhöhung in bestimmten Körperregionen oder auch im ganzen Körper zu therapeutischen Zwecken gebraucht.

iem



Die Tatsache, dass Tumorzellen empfindlicher auf Wärme reagieren als gesunde Zellen, wird genutzt.

Schädigungsmechanismen am Tumor sind

- Sauerstoffarmut
- Übersäuerung
- Energieverlust

Hinzu kommt eine deutlich verschlechterte Thermotoleranz des Tumors, d. h., die Fähigkeit, überschüssige Wärme abzuleiten, sodass eine zusätzliche Schädigung des Tumors auf vielen Ebenen resultiert, aber eine Stimulation des Immunsystems erfolgt.

Man unterscheidet im wesentlichen folgende Arten der Hyperthermie, die entsprechend dem jeweiligen Krankheitsbild des Patienten angewendet werden können:

### **a) Regionale Tiefenhyperthermie**

Sie erzeugt in der Tiefe des menschlichen Körpers eine Erwärmung von Krebsgeschwülsten auf Temperaturen von 42 - 45°C. Der Vorteil dabei ist die hohe Selektivität und die geringe Nebenwirkungsrate.

### **b) Ganzkörperhyperthermie**

Wenn aus verschiedenen Gründen (Anatomie, grosse Tumorlast, diffuse Metastasierung) eine regionale Tiefenhyperthermie nicht mehr ausreichend ist, kann u. U. eine Ganzkörperhyperthermie eingesetzt werden. Der Körper wird bis maximal 42°C unter Sedierung und Hyperglykämie-bedingter Tumorübersäuerung erwärmt.

### **c) Intrakavitäre Perfusionshyperthermie**

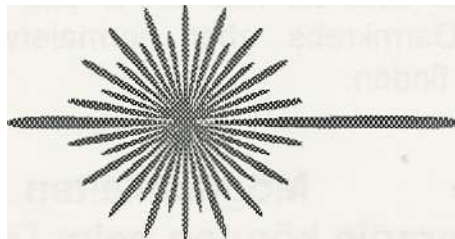
Diese Art wird für die Behandlung von Metastasen in Hohlräumen, wie z. B. dem Bauchraum oder der Blase angewandt. Dabei wird der Bauchraum mit einer 45°C heissen Flüssigkeit, der Zytostatika beigegeben wird, durchspült.

Die Hyperthermie kann sich in idealer Weise mit einer Bestrahlung oder Chemotherapie ergänzen. Deren Wirkung kann enorm verstärkt werden, ohne dass die Nebenwirkungsrate ansteigt. Das wiederum führt zu einer geringeren Toxizität von Bestrahlung und Chemotherapie und dazu, dass u. U. sonst strahlen- und chemotherapieresistente Tumorgeschwülste auf diese Kombination ansprechen.

Die Hyperthermie stellt einen Bestandteil der ganzheitlichen Onkologie dar, da sie ein Bindeglied zwischen den toxischen, rasch wirksamen Methoden der klassischen Medizin (Chemo und Bestrahlung) und der komplementären Onkologie ist.

**Für wen die Hyperthermie sinnvoll ist, muss allerdings im Einzelfall entschieden werden.**

Zur Zeit übernehmen die Krankenkassen nicht in allen Fällen die Kosten, da viele Hyperthermie-Studien noch nicht abgeschlossen sind.



## 5. Immuntherapie

Unter Immuntherapie oder Immunmodulation versteht man die therapeutische Beeinflussung der Abwehrbereitschaft des Organismus. Die Idee, die dieser Therapie zugrunde liegt, ist, die Aufmerksamkeit des Immunsystems gegenüber Krebszellen zu erhöhen und damit die Abwehrreaktion so zu beeinflussen, dass der Körper den Tumor selbst bekämpft.

Dem Körper werden dabei Substanzen verabreicht, die als Immunmodulatoren bezeichnet werden. Diese sollen die Immunantwort beeinflussen. Es handelt sich dabei zum Teil um dieselben Substanzen, mit denen sich die Abwehrzellen im Körper untereinander verständigen und aktivieren. Man spricht von Botenstoffen oder Zytokinen. Einige können bereits auf gentechnischem Wege hergestellt werden, andere müssen aus Zellkulturen oder aus dem Blut gewonnen werden. Die bekanntesten Möglichkeiten sind die Interferone und Interleukine, die beim Darmkrebs aber normalerweise keine Anwendung finden.

Folgende Möglichkeiten der Immuntherapie können beim Darmkrebs u. U. zum Einsatz kommen:

## a) Monoklonale Antikörper

Durch die monoklonalen Antikörper werden in der adjuvanten Tumortherapie Krebszellen markiert.

Unser Immunsystem produziert diese etwa Y-förmig aussehenden Eiweißmoleküle mit Hilfe spezialisierter Blutzellen. Die beiden kurzen Enden des Y passen genau auf eine bestimmte chemische Struktur, der lange „Stamm“ wird aber vor allem von Fresszellen unseres Immunsystems erkannt.

Hat ein Antikörper mit den beiden kurzen Y-Armen (Antigenbindestellen) seine Strukturen gefunden, z. B. auf der Oberfläche einer Krebszelle, dann ist diese Zelle nun auch für Fresszellen erkennbar, weil die Y-Stammbindestelle als Markierung nach außen ragt. Die Fresszellen können an dieser Markierung andocken, sich die Zelle einverleiben und verdauen.

Seit einigen Jahren lassen sich diese Antikörper auch außerhalb des Organismus in Zellkulturen herstellen.

**Kleinste Metastasen oder einzelne Krebszellen sind ein ideales Ziel für die monoklonalen Antikörper.**

**Medikamente mit diesen entsprechenden Antikörpern sind gegen große Tumoren aber machtlos, denn sie haben wenig Chancen, in den Tumor hineinzugelangen.**

Gegenüber Zytostatika haben Antikörper den Vorteil, dass sie zur Vernichtung von Krebszellen beitragen, die gerade nicht teilungsaktiv sind. Da solche „schlafenden Krebszellen“ von Zytostatika naturgemäß nicht erfasst werden, wird der Nutzen einer kombinierten zytostatischen und immuntherapeutischen Therapie untersucht.

Für die Behandlung zugelassen ist bisher nur ein einziger Antikörper zur vorbeugenden Therapie in Fällen von **Dickdarmkrebs mit Lymphknotenbefall nach vollständiger Tumorentfernung**. Es besteht bei diesem Befund nämlich die Gefahr, dass sich schon einzelne Tumorzellen auf den Weg in andere Körperregionen gemacht haben, wo sie zu Metastasen heranwachsen können. Mit der Antikörpertherapie versucht man diese einzelnen Tumorzellen auszuschalten und damit die Rückfallgefahr zu verringern.

## **b) Tumorimpfung**

Bei Tumorimpfungen spricht man auch von Vakzinetherapien. Es handelt sich dabei um aktive Immuntherapien.

Man bietet dem Immunsystem - ähnlich wie bei einer Impfung gegen Viren oder Bakterien - ein oder mehrere tumorspezifische Merkmale an. Damit will man gezielt eine spezifische Immunreaktion gegen den Tumor auslösen.

Der Unterschied zu herkömmlichen Impfungen besteht darin, dass nicht die Verhütung der Erkrankung, sondern die Aktivierung des Immunsystems zur besseren Bekämpfung einer bereits bestehenden Erkrankung angestrebt wird.

### **1. Möglichkeit: Aktiv-Spezifische-Immuntherapie (ASI)**

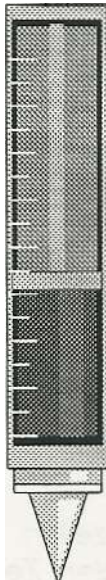
Die Impfung wird mit autologen (körpereigenen), inaktivierten Tumorzellen durchgeführt, die dem Patienten zuvor bei der Operation entnommen werden.

Krebszellen unterscheiden sich oft nur wenig von normalen Zellen. Das Abwehrsystem erkennt sie daher nicht unbedingt als gefährlich. Durch die Impfung soll den Abwehrzellen gezeigt werden, wie eine Krebszelle aussieht.

profitieren, deren Immunsystem noch intakt ist und aktiviert werden kann. Das ist im Anfangsstadium meist der Fall. Bei Patienten, bei denen trotz guter Operation evtl. schon winzige Absiedlungen vorliegen könnten, käme eine Impfung zur Rezidiv-Prophylaxe u. U. in Frage. Je weniger Tumorzellen im Körper sind, desto wirksamer können abwehrstärkende Maßnahmen sein.<sup>11</sup>

Voraussetzung, um den Impfstoff herstellen zu können, ist allerdings, dass eine ausreichende Menge an Tumorzellen gewonnen werden kann. Es werden ca. 5 - 10 Gramm Tumormasse benötigt.

So wird geimpft: Nachdem die Tumormenge von einem speziellen Labor aufbereitet wurde, erhält der behandelnde Arzt die spritzfertigen Ampullen. Nach der Erstimpfung mit erhöhter Dosis erfolgen Auffrischungsimpfungen.





## **2. Möglichkeit:**

In neueren Konzepten versucht man, nicht mehr ganze Zellen oder Zellbruchstücke zu verwenden, sondern spezielle chemisch definierte Eiweißmoleküle, die von Tumorzellen produziert werden. Sie werden vom Immunsystem als fremd erkannt. Bestimmte Zellen, die sich von Blutvorläuferzellen züchten lassen, werden im Reagenzglas mit diesen Merkmalen beladen. So präsentieren Sie den Abwehrzellen die Tumormerkmale gezielt als etwas, was bekämpft werden muss.

Ein ähnlicher Effekt wird erzielt, wenn in Krebszellen das Gen eines Lock- und Aktivierungsstoffes für Abwehrzellen eingeschleust wird. Diese werden dann anschließend ebenfalls dem Körper zurückgegeben.

**Diese Verfahren sind jedoch noch in der Entwicklung und werden weiterhin untersucht.**

## 6. Ganzheitliche Krebsmedizin

Bei einem ganzheitlichen Therapiekonzept wird berücksichtigt, dass die Krankheit Krebs ein Leiden ist, das durch ein Zusammenspiel mehrerer ungünstiger Faktoren entsteht. Es ist daher erforderlich, neben den tumorzerstörenden Maßnahmen auch Behandlungsverfahren einzusetzen, die die möglichen Entstehungsfaktoren der Erkrankung berücksichtigen und eine Kontrolle der Tumorerkrankung durch natürliche körpereigene Abwehrmechanismen ermöglichen.

Deshalb werden neben den notwendigen Standardverfahren der Krebsbehandlung (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung usw.) die sinnvollen komplementären Methoden einer ganzheitlichen Krebstherapie eingesetzt.



## **Dies ist notwendig, um folgende Ziele zu erreichen:**

- Erhaltung des Therapieerfolges
- Nebenwirkungen der Standardtherapien so gering wie möglich zu halten
- Verbesserung der Lebensqualität

## **Im Vordergrund dieser Therapiemaßnahmen stehen:**

- Aktivierung und Steigerung der Immunfunktion
- Förderung der Selbstheilungskräfte
- Verbesserung der Lebensqualität
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Entgiftung

Bei Patienten, die an Krebs erkrankt sind, stellen sich Sorgen, Verzweiflung, Angst und Hoffnungslosigkeit ein. Der Einklang zwischen Körper und Seele sowie eine positive Lebenseinstellung ist für alle Patienten ein wichtiger Faktor für den erfolgreichen Genesungsprozess.

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die Entwicklung von Strategien zum Abbau von Ängsten und zur aktiven Lebensgestaltung. Hilfestellungen hierbei erhalten Patienten durch psychotherapeutische Betreuung. Die Betroffenen erhalten individuelle Hilfestellung zur Bewältigung der Krankheit.

# Gedanken



**Ein Mann, der Tränen streng entwöhnt,  
Mag sich ein Held erscheinen;  
Doch wenn's im Innern sehnt und dröhnt,  
Geh ihm ein Gott zu weinen.**

**Johann Wolfgang von Goethe**

## *Wie sieht die Nachsorge aus?*

Eine Tumornachsorge ist notwendig, um das Wiederauftreten der Krebserkrankung rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Die Nachsorgeuntersuchungen werden individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt.

### **Folgende Untersuchungsmethoden können durchgeführt werden:**

- umfassende körperliche Untersuchung
- Blutuntersuchungen einschließlich der Bestimmung des Tumormarkers
- Stuhluntersuchung auf Blut
- Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane
- Darmspiegelung (Koloskopie)
- Röntgenuntersuchungen
- Computertomografische Untersuchungen

Auch die Zeitintervalle, in denen diese Untersuchungen durchgeführt werden, müssen individuell an den jeweiligen Patienten angepasst werden. Anfangs werden die Untersuchungen in kürzeren Abständen, später in längeren Intervallen terminiert.

## **Angstgefühle bei anstehenden Nachsorgeterminen**

Bei jeder Untersuchung wird der Patient zwangsläufig an seine Krankheit erinnert. Dadurch werden oftmals Angst und Abwehr entwickelt und eine Nachsorge abgelehnt.

Falls auch Sie mit diesen Problemen kämpfen, raten wir Ihnen, trotzdem regelmäßig ihre Untersuchungstermine wahrzunehmen. Nur dann kann ein eventuell erneutes Tumorwachstum rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Ihre Situation ist nicht aussichtslos, falls der Tumor wieder auftritt, sei es am operierten Darm oder in Form von Metastasen. Lebermetastasen z. B. können vielfach durch eine Operation vollständig entfernt werden.

Ein weiterer Punkt, der Sie zur Nachsorge veranlassen sollte, ist, dass bei der Koloskopie festgestellte Darmpolypen ohne Operation entfernt werden können. Dadurch kann ein wiederholtes Krebswachstum verhindert werden.

Bei der Nachsorge geht es neben den medizinischen Untersuchungen auch um die psychische Nachbetreuung der Patienten. Nehmen Sie die angebotene Hilfe in Anspruch, um diese Phase der Krankheit zu verarbeiten.

## ***Statistische Bewertung***

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 colorektale 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.

Nach Brustkrebs bei Frauen und Lungenbeziehungsweise Prostatakrebs bei Männern ist der Darmkrebs mittlerweile auf Platz 2 der häufigsten Tumorerkrankungen vorgerückt.

*Frau I.*  
*42 Jahre*

Bereits seit über zwei Jahren fühlte ich mich nicht wohl. Ein Arzt schickte mich zum anderen. Es konnte jedoch nichts festgestellt werden. Schließlich meinte man, ich solle einen Nervenarzt konsultieren. Vermutlich glaubten die Ärzte, ich bilde mir nur ein, krank zu sein.

Es war im Februar 1999, als man meine Krankheit endlich erkannte. Ich stellte Blut im Stuhlgang fest. Der Internist, den ich daraufhin aufsuchte, veranlasste eine Darmspiegelung. Dabei sagte man mir gleich, dass da etwas nicht in Ordnung sei, aber kein Grund bestehe, mir Sorgen zu machen. Eventuell sei ein kleiner Eingriff notwendig. Zuerst müsse aber das Ergebnis der Gewebeprobe abgewartet werden.

Ich machte mir aber trotzdem Sorgen. Die Angst, an Krebs erkrankt zu sein, hatte ich schon vor dieser Untersuchung. Nun hieß es warten, eine Woche lang. Dann kam der Anruf des Arztes. Ich solle bitte in die Praxis kommen. Dort erklärte man mir, dass bei der Darmspiegelung ein bösartiger Tumor festgestellt worden sei. Ein paar Tage später war ich bereits im Krankenhaus.

Dort wurde wieder eine Darmspiegelung gemacht. Per Ultraschall wurden die Nieren überprüft und das Herz geröntgt.



Am nächsten Tag, es war der 05.03.1999, fand die Operation statt. 25 cm des Darmes wurden entfernt. Später sagte man mir, dass es Millimeterarbeit gewesen sei, einen Anus praeter zu vermeiden. Der Heilungsprozess verlief anschließend ohne Komplikationen.

Mein seelischer Zustand war allerdings nicht so stabil. Ich hatte unendlich viel Angst vor der Zukunft.

Eine Woche nach der Operation teilte man mir mit: Der Befund der Leber, die während der Operation bereits auf Metastasen überprüft worden sei, sei negativ. Die pathologische Gewebeuntersuchung hätte jedoch ergeben, dass die Lymphe um den Tumor herum schon befallen seien. Daher sei eine Nachbehandlung notwendig.

Wieder fiel ich in ein tiefes Loch.

Im April wurde dann mit der Chemotherapie begonnen. Ich konnte diese Behandlung ambulant durchführen lassen. Sie bestand aus 6 Zyklen und umfasste einen Zeitraum von knapp 4 Monaten. Während den Ruhephasen der Chemotherapie wurden noch 35 Bestrahlungen angesetzt.

Mir war es während der Zeit der Chemotherapie allerdings nie übel. Ich erhielt Begleitmedikamente in Tropfenform gegen mögliches Erbrechen. Der Arzt versicherte mir vor dieser Behandlung, dass ich meine Haare nicht verlieren würde.

Auch die Bestrahlungen vertrug ich recht gut. Die einzige Nebenwirkung, an die ich mich erinnere, war eine anschließende Müdigkeit. Unangenehm war auch, dass ich mich nicht waschen durfte, obwohl es Sommer und sehr heiß war.

Am 02.09.1999 folgte die Abschlussuntersuchung. Sowohl die Ultraschalluntersuchung der Leber als auch die Röntgenaufnahme der Lunge zeigten keine Auffälligkeiten. Nachdem ich diese Ergebnisse mit Erleichterung aufgenommen hatte, sagte man mir, dass der Tumormarker jedoch zu hoch sei. Da man mich bereits über die Gefahr von Lebermetastasen nach Darmkrebs informiert hatte, befahl mich fürchterliche Angst. Ich habe nur noch geweint.

Aufgrund dieses Befundes wurde eine Computertomographie veranlasst. Es war dabei jedoch kein Befall der Leber zu erkennen. Meine Hausärztin hat mich dann auch beruhigt. Sie erklärte mir, dass in dem Zustand, in dem sich mein Körper befand, diese Werte doch noch im Normbereich lägen.

Im November 1999 fuhr ich dann für vier Wochen zur Kur nach Usedom. Ich war nach den nervlichen Strapazen fix und fertig. Dort habe ich mich aber wirklich gut erholt. Ich unternahm neben meinen Anwendungen täglich ausgedehnte Spaziergänge an der gesunden Ostseeluft. Ich lernte auch nette Leute kennen, die mich immer wieder aufbauten. wenn ich mich in einem Tief befand. Das war für mich eine wertvolle Zeit, an die ich noch gerne denke.

An dieser Stelle möchte ich bei meiner Hausärztin, Frau Dr. Jutta Besch, dem Oberarzt Dr. Weissenbach, der Station CI sowie der Chirurgischen Ambulanz im Krankenhaus Neunkirchen für die vorbildliche Betreuung herzlich bedanken.

Ein weiterer Dank gilt meiner Familie und ganz besonders meinem Mann, der während der Chemotherapie immer bei mir war. Meine Familie war ständig für mich da und hat nie die Geduld mit mir verloren. Ich denke, dass es besonders für meine beiden Kinder eine ganz schlimme Zeit war.

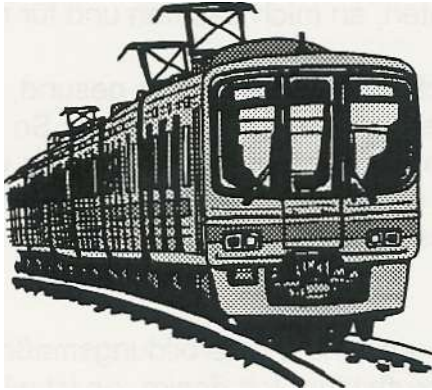
Auch gab es sehr viele Menschen in meinem Umfeld, die sich nach mir erkundigt haben, die mich besuchten, mir Blumen brachten, an mich dachten und für mich beteten.

Heute fühle ich mich wieder ganz gesund, aber ich leide noch des öfteren an Angstzuständen. So eine schwere Zeit kann man nicht von heute auf morgen vergessen. Ich hoffe jedoch, dass mit jeder weiteren Untersuchung; die für mich positiv ausfällt, auch meine Angstgefühle abnehmen.

Im Anschluss an eine Weiterbildungsmaßnahme bin ich nun wieder berufstätig. Ich denke, es ist wichtig für mich, wieder eine sinnvolle Beschäftigung zu haben. Dadurch werde ich abgelenkt und grübele nicht so viel. Ich gehe auch wieder öfter unter Leute'.

***Versuchen auch Sie Ihr durch die  
Krankheit  
verändertes Leben in die richtigen  
Bahnen zu lenken.***

***Lassen Sie es nicht entgleisen.***



**Frau K.**  
**54 Jahre**

Ab Mitte 1996 ging es mir einfach nicht gut. Ich hatte mehrere Erkältungen, die sich über einen längeren Zeitraum nicht besserten. Ich fühlte mich matt und schlapp. Mehrmals suchte ich den Arzt auf. Bei einer Blutuntersuchung wurde von meinem Hausarzt festgestellt, dass mein HB-Wert sehr niedrig sei. Er schließe die Möglichkeit nicht aus, dass es sich um eine innere Blutung handele. Daraufhin ging ich zum Gynäkologen. Dieser teilte mir mit, dass bei mir ein Endometrioseherd bestehe und der Knoten, den er bereits 1992 im Darm ertastete, immer noch da sei. Dass ich Blut im Stuhl hatte, beachtete er nicht weiter. Er unternahm nichts.

Meinen HB-Wert habe ich dann mit einem Eisenpräparat wieder hochgeschafft. Es ging mir aber einfach nicht besser.

Mittlerweile hatte ich 10 kg an Gewicht verloren, was jedoch auch mit meiner Trauer zusammenhängen konnte. Ich verlor 1994 meinen Sohn und dessen Freundin durch einen Verkehrsunfall. Nach diesem schlimmen Schicksalsschlag versuchte ich, mein Leben zu leben. Ich lebte aber nicht richtig, ich funktionierte einfach nur. Vermutlich lagen für die Ärzte die Gründe meiner Beschwerden in dieser Tatsache.

Im Mai 1997 bekam ich dann einen Anruf von meiner Tochter, die zu diesem Zeitpunkt 31 Jahre alt war. Sie teilte mir mit, dass sie vom Frauenarzt komme und Krebs habe. Sie hatte jedoch Glück im Unglück. Durch die Wachsamkeit ihres Gynäkologen wurde ihre Erkrankung so früh festgestellt, dass man durch einen Kegelschnitt an der Gebärmutter den Krebs entfernen konnte. Die Ärzte waren der Auffassung, dass der Verlust ihres Bruders diese Krankheit ausgelöst haben kann.

Während dem Klinikaufenthalt meiner Tochter hatte ich einen Termin zur Früherkennungsuntersuchung bei meinem Gynäkologen. Während dieser Untersuchung lief mir das Blut aus dem Enddarm. Das war dann für den Gynäkologen der Anlass, den Enddarm zu untersuchen. Anschließend teilte er mit, dass der Verdacht auf einen Enddarmtumor nahe liege. Für die kommende Woche wurde ich stationär in die Klinik bestellt.

Damit Sie meine weiteren Schilderungen richtig verstehen, muss ich noch erwähnen, dass ich eine AngstPanik-Patientin bin.

Mein Frauenarzt hat mich jedoch aufgrund dieser Problematik während dem Klinikaufenthalt in Dudweiler enorm unterstützt. Er hat mich seelisch sowie menschlich begleitet.

Eine Darmspiegelung mit Gewebeentnahme wurde veranlasst. Als das Ergebnis vorlag, erklärte der Arzt meinem Mann und mir, dass er keine gute Nachricht für uns habe.

**„Sie haben Krebs!“** Dieser Satz traf mich wie ein Schlag. Ich lief auf den Balkon und schrie laut das Wort: NEIN! Dann weinte ich. Ich stellte dem Arzt die Frage, wie lange ich noch zu leben habe. „Wenn es dann sein muss, dann gehe ich eben zu meinem Sohn.“

Der Arzt beruhigte mich und erklärte mir, dass er in Homburg für mich einen Termin für eine Endo-Sonografie vereinbaren werde. Man könne dabei feststellen, ob und wie weit sich der Tumor in die Tiefe des Gewebes ausgebreitet habe.

Zum vereinbarten Termin fuhr ich nach Homburg. Dort meldete ich mich an und wartete von morgens 8 Uhr bis nachmittags um 14 Uhr. Dann bekam ich die Mitteilung, dass der entsprechende Arzt, der die Untersuchung machen sollte, gar nicht da sei. Ich könne wieder nach Hause fahren.

Mein Gynäkologe vereinbarte einen neuen Termin, bei dem ich wiederum bis um 14 Uhr warten musste. Nachdem meine Nerven dann ziemlich bloß lagen, kam ich endlich an die Reihe.

Nach der Untersuchung (5 Studenten und ein Assistent waren ohne mein Einverständnis zugegen) teilte mir dieser Arzt ganz kalt (kurz und knapp) mit dem Rücken zu mir gewandt mit, dass mein Darmkrebs nicht mehr ausgangserhaltend operiert werden könne, da der Krebs schon zu weit fortgeschritten sei. Jegliches menschliche Gefühl fehlte. Auf wackeligen Beinen verließ ich den Raum. Ich war fertig mit der Welt. Von Homburg bis nach Hause weinte ich bitterlich.

Mit dem Ergebnis in der Hand ging ich einen Tag später zu meinem Gynäkologen. Ich fragte ihn, ob es im Dudweiler Krankenhaus jemanden gebe, der mich operieren könne. Ich wurde dem Chirurgen vorgestellt, der mir erklärte, dass er mich erst im Anschluss an eine Strahlenbehandlung operieren wolle, da der Tumor zu groß sei. Er schickte mich auf den Winterberg zu einem Strahlenfachmann. Dort wurde mir erklärt, wie diese Behandlung funktioniere und dass nach Abschluss von dieser der Tumor operativ entfernt werden könne.

Mehrere Patienten warnten mich vor dieser Möglichkeit, denn die Wundheilung bei der sich anschließenden Operation sei meist sehr schlecht, besonders im Analbereich.

Ich ging nach Hause und überlegte mir die ganze Sache. Dabei kam ich zu dem Entschluss, mich nicht vorbestrahlen zu lassen. Mein Gedanke war, dass es doch einen Chirurgen geben müsse, der mir auch so helfen kann.

Als nächstes hörte ich von einem renommierten Chirurgen in einem Neunkircher Krankenhaus und stellte mich dort mit meinen Unterlagen vor. Dieser Arzt erklärte sich bereit, mich auch ohne Vorbestrahlung zu operieren und ich erhielt einen Termin.

Die Aufnahmeformalitäten waren alle erledigt, die Voruntersuchungen teilweise durchgeführt, und es war mittlerweile 13 Uhr. Mir wurde ein Zimmer im 8. Stock zugewiesen.



Ich erklärte dem Arzt, dass ich - wie aus meinen Unterlagen ersichtlich ist - eine Angst-Panik-Patientin sei. Man könne mich nicht im 8. Stockwerk unterbringen, denn dort würde ich vermutlich aus dem Fenster springen. Nach der Prüfung dieses Sachverhalts machte man mir den Vorschlag, zu einem späteren Zeitpunkt wiederzukommen, wenn in der 3. Etage ein Bett frei sei. Das Problem dabei sei nur, dass dann der mir empfohlene Arzt in Urlaub sei und ich auf seine Rückkehr warten müsse.

Ich war also wieder zu Hause. Mein Mann und ich waren zu diesem Zeitpunkt wirklich mit den Nerven fertig. Mein Gedanke war: Ich gehe nirgends mehr hin, selbst wenn ich jetzt an meinem Krebs sterbe.

Etwas später habe ich das Telefon genommen und Frau Detemple von der Saarländischen Krebsliga angerufen, die mich auch schon zweimal vorher besucht hatte. Ihr habe ich alles erzählt und schloss mit den Worten: „Ich lasse mir nichts mehr machen.“ Frau Detemple sagte am Ende des Gesprächs zu mir: „Jetzt bleiben Sie mal ganz ruhig. Ich unternehme etwas und rufe zurück.“

Eine Stunde später läutete das Telefon. Es meldete sich Chefarzt Privatdozent Dr. med. S. Frick von der Caritasklinik Theresia. Er erklärte mir, dass er durch Frau Detemple von meinem Schicksal erfahren habe. Die Unterlagen lägen ihm ebenfalls vor. Ich könne mich am nächsten Morgen um 8 Uhr bei ihm vorstellen. Meine Frage war: Sind Sie der Meinung, dass wir den Weg gemeinsam gehen können? Die Antwort war: Ja, Frau K., wir können.

Nach diesem Telefongespräch musste ich an die Worte meines Gynäkologen denken: „Ihr Leben liegt jetzt in den Händen des Chirurgen. Je besser dieser ist, desto größer ist ihre Chance.“

Als ich Herrn Dr. Frick gegenüber stand, strömte dieser eine solche Ruhe auf mich aus, dass das Eis zwischen uns gebrochen war. Er informierte mich über die mir bevorstehende Operation und die Stomaanlage. Obwohl ich ein unsagbares Vertrauen zu diesem Mann hatte, litt ich doch unter starker Angst. Ich lag in meinem Bett und heulte vor mich hin.

Da wurde eine Patientin im Endstadium ihrer Krebserkrankung zu mir ins Zimmer gebracht, die ihre letzte Hoffnung auf neue Chemotherapie setzte. Diese Frau ist mit viel Kraftaufwand an mein Bett gekommen und sagte zu mir: „Kämpfen Sie. Sie werden es überleben. Ich kämpfe auch.“

Am Operationstag wurde mir auf Anraten meiner Therapeutin wegen des Angst-Panik-Problems bereits eine höhere Menge an Beruhigungsmitteln verabreicht. Frau Detemple begleitete mich bis zum Operationssaal, wie sie es mir versprochen hatte.

Wach geworden bin ich dann auf der Intensivstation, wo ich eine sehr gute Betreuung erfahren habe. Das Pflegepersonal war menschlich und liebenswert. Anfangs hatte ich zwar - wie alle Patienten nach Operationen - Probleme.

Doch mit jedem Schlauch, der entfernt wurde, und mit jedem Tag, an dem ich wieder ein weiteres Stück Selbständigkeit erlangte, trat auch die Genesung ein.

Mein größtes Problem lag in dem Anus praeter. Ich deckte mir jedes Mal einen nassen Waschlappen auf die Augen, wenn dieser versorgt wurde. Ich wollte ihn einfach nicht sehen. Ich fühlte mich verstümmelt und minderwertig. Als Frau bin ich mir unattraktiv vorgekommen.

So vergingen ein paar Tage. Dann setzte sich Herr Dr. Frick zu mir ans Bett. Er nahm mich in den Arm, wobei er mir nicht das Gefühl gab, ein Halbgott in Weiß zu sein, sondern ein Arzt zum Anfassen. Er sagte zu mir: „ So, Frau K., wir sehen uns das jetzt an. Sie müssen mit dem Anus praeter leben und sich damit auseinandersetzen. Die Schwester wird ihnen zeigen, wie dieser versorgt wird und ab heute probieren wir das.'

Von dieser Stunde an habe ich begonnen, den seitlichen Ausgang zu akzeptieren und ihn zu versorgen.

Als ich später eine Broschüre in der Hand hielt, in der eine andere Frau ihre negative Einstellung bezüglich des Anus praeters beschrieben hat, habe ich eine schöne Erfahrung gemacht: Diese Frau hat irgendwann diesem Teil einen Namen gegeben. Eines Nachts wurde ich wach und auch mir fiel ein Name ein: „FRICK` . Das Eis zu dieser Stomaanlage war nun endlich gebrochen.

Eine Woche nach der Operation teilte mir Herr Dr. Frick meinen pathologischen Befund mit einem Tumorstadium T3 mit. Die Lymphknoten seien bereits von Metastasen befallen gewesen. Eine Chemotherapie sowie Bestrahlungen sollten direkt im Anschluss erfolgen. Am Entlassungstag sollte ich mich beim Onkologen vorstellen.

Der 12. Tag nach der Operation war für mich dann doch sehr ereignisreich. Die letzte Drainage im Schließmuskelbereich wurde entfernt. Somit bestand für mich kein Grund [mehr. in](#) der Klinik zu bleiben. Ich wollte nach Hause. Herr Dr. Frick versuchte zwar, mich von meiner Meinung abzubringen. Im Endeffekt siegte ich aber. Meine Wundheilung war sehr gut und ich durfte gehen. Den Termin in der Onkologie nahm ich gegen alle Überredungsversuche nicht wahr. Ich wollte nirgends mehr hin, nur noch nach Hause.

Und dort war ich nun, bereits 12 Tage nach dieser schweren Operation. Es ging jeden Tag ein Stück weiter bergauf. Ich erledigte schon wieder einen Teil meiner Hausarbeit, als ich zwei Wochen später zur Anschlussheilbehandlung nach Weiskirchen fuhr.

Dort angekommen, hatte ich aber mit einigen Problemen zu kämpfen. Bei mir kamen schließlich auch 2 Komponenten zusammen: das Leben mit meiner Panik und die Bekämpfung des Krebses.

Ich wurde zwar auf eigenen Wunsch als Angst-PanikPatient im Erdgeschoss untergebracht, jedoch ließ der pflegerische Beistand bei Panikzuständen nachts sehr zu wünschen übrig. Ich war mir allein überlassen. Das änderte sich jedoch, nachdem ich den Arzt hierüber informierte.

Ich stellte fest, dass sich in dem Beutel meines Anus praeter Blut befand. Nachdem ich eine Stunde auf den Arzt gewartet hatte, teilte mir dieser mit, dass ich am nächsten Tag zu meinem Chirurgen nach Saarbrücken fahren sollte. Dieser müsse sich der Sache annehmen. So lag ich eine Nacht in Panik und Angst im Bett. Am nächsten Morgen holte mein Mann mich ab und fuhr mich in die Caritasklinik St. Theresia. Dort stellte man fest, dass ein Gefäß aufgrund des zu harten Stuhls - bedingt durch falsche Ernährung - gerissen war. Dieses wurde dann verschweißt. Herr Dr. Frick telefonierte mit Weiskirchen und veranlasste eine Ernährungsumstellung.

Der Anus praeter verursachte zu diesem Zeitpunkt - mit bedingt durch die falsche Ernährung - teilweise starke Geräusche. Dadurch fing ich an, mich von anderen Menschen zu isolieren. Ein älterer Mann, der das beobachtete, fragte mich, warum ich so reagiere. Ich wollte es ihm eigentlich nicht sagen. Er erklärte mir aber, dass alle Menschen hier krank wären, jeder auf eine andere Art. Dieser Mensch bekam mein Vertrauen. Er nahm mich einfach mit in die Runde und führte mich so wieder an die Menschen heran. Sobald ich wieder Geräusche hörte und weggehen wollte, hielt er mich fest.

Ich habe aber auch noch weitere positive Erfahrungen von dort mitgenommen. Therapeutische Gespräche. Ergotherapie und der Besuch des onkologischen Kreises haben mich auch ein Stück weitergebracht. Die Erholung nach der Operation hat mir gut getan. Ich fand zunehmend mein inneres Gleichgewicht wieder.

Da man mir seitens der Weiskircher Ärzte immer wieder geraten hatte, eine Folgebehandlung machen zu lassen, stellte ich mich dann doch nach meiner Rückkehr beim *Strahlentherapeuten vor. Dort bekam ich folgendes zu hören:*

Aufgrund der langen Wartezeit (seit der Operation mehr als 8 Wochen) sei eine Chemotherapie nicht mehr sinnvoll. Von einer Bestrahlung könne ich jedoch noch profitieren. Durch meine Klaustrophobie wäre ich aber nicht in der Lage gewesen, mich in einem geschlossenen Raum aufzuhalten. Dies wäre für die Behandlung aber in jedem Fall notwendig gewesen. Da zu diesem Zeitpunkt meine Chance, durch die alleinige Operation geheilt zu werden, bei 30 - 40 % lag und mir auf Nachfragen hin mitgeteilt wurde, dass durch die Bestrahlungen maximal 60 % Heilungschancen erreicht werden könnten, entschied ich mich dagegen.

Ich tue jedoch trotzdem etwas für meine Gesundheit .

### 1. Ernährungsumstellung

Ich ernähre mich ausgewogen und gesund.

Zu meinen Nahrungsmitteln gehören Buttermilchprodukte, Ballaststoffe (keine Körner, nur in gemahlener Form), rohes und gekochtes Obst, Gemüse in jeder Form außer Sauerkraut und Spargel (zu faserreich). Desweiteren esse ich fettarm sowie möglichst zuckerfrei und regelmäßig.

## 2. Zusätzliche Maßnahmen

hochdosiertes Vitamin C  
hochdosiertes Vitamin E (500 Milligramm/Tag)  
hochdosiertes Vitamin A (100 Milligramm/Tag)

Engistol (zur Stabilisierung des Immunsystems)

1 Flasche Yokult/Tag (Milchsäure- und Joghurtbakterien)

Ich gehe vierteljährlich zu den Nachsorgeuntersuchungen. Bei einem dieser Termine wurde 1999 ein isoliertes Lokalrezidiv festgestellt und operativ entfernt. Man geht davon aus, dass dieses erneute Krebswachstum evtl. durch die starke seelische Belastung (mein Mann erlitt 1998 einen Hirninfarkt) hervorgerufen wurde. Da auch dieses Rezidiv operativ entfernt werden konnte, lehnte ich auch diesmal eine Strahlenbehandlung aus den bereits erwähnten Gründen ab.

Allen Betroffenen möchte ich noch ein paar Gedanken mit auf den Weg geben:

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten durch eine große Angst vor der Krankheit „ Krebs“ nicht damit umgehen können und sich fallen lassen. Ich habe während meiner Erkrankung immer auf meine innere Stimme gehört und aus dem Bauch heraus gehandelt. Für mich stand fest, dass durch die Operation mein Krebs entfernt wurde. Ich habe bis zum heutigen Tag nicht bereut, zu weiteren Behandlungen „nein“ gesagt zu haben, denn seit der Diagnose meiner Krebserkrankung sind nun drei Jahre vergangen, in denen jeder Tag für mich lebenswert war.

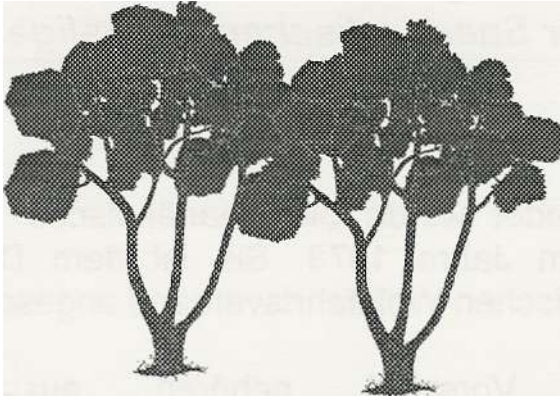
Seit meiner Erkrankung lebe ich die Stunde und den Tag, das Jetzt und das Hier. Ich denke wenig an die Zukunft und genieße das Heute.

Trotz der schweren Schicksalsschläge - tödlicher Verlust meines Sohnes und meines Bruders sowie die schlimme Erkrankung meines Mannes - habe ich meine Devise:

*Ich bin täglich auf der Suche  
nach etwas  
Positivem und  
Lebenswerten.  
Ich gehe mit offenen Augen  
durch die Welt.*







**Mögen in manchen Gewitterstürmen  
einige Blätter und Äste  
vom Lebensbaum abgefallen sein  
der Stamm hat standgehalten  
und je tiefer die Wurzeln noch reichen  
je mehr die Krone dem Licht entgegen wächst  
um so grünere Blätter  
stärkere Aste werden nachreifen.**