

---

# Bösartige Tumoren (Krebs, Karzinom) des Dick- und End- darmes

---





# Bösartige Tumoren des Dick- und Enddarmes

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Damen und Herren, bösartige Tumoren des Dick- und Enddarmes stehen nach dem Brustkrebs der Frau und dem Prostatakrebs des Mannes bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle in der Häufigkeit der jährlichen Neuerkrankungen. In den GZW-Häusern begleiten wir Patienten mit dieser Erkrankung kompetent und wohnortnah von der Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge.

Sollten Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

Privatdozent Dr. med. Ingo K. Schumacher  
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
(Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim, Bürgerhospital Friedberg)

Christof Müller  
Chefarzt der Klinik für Chirurgie (Kreiskrankenhaus Schotten)



## + Typische Beschwerden

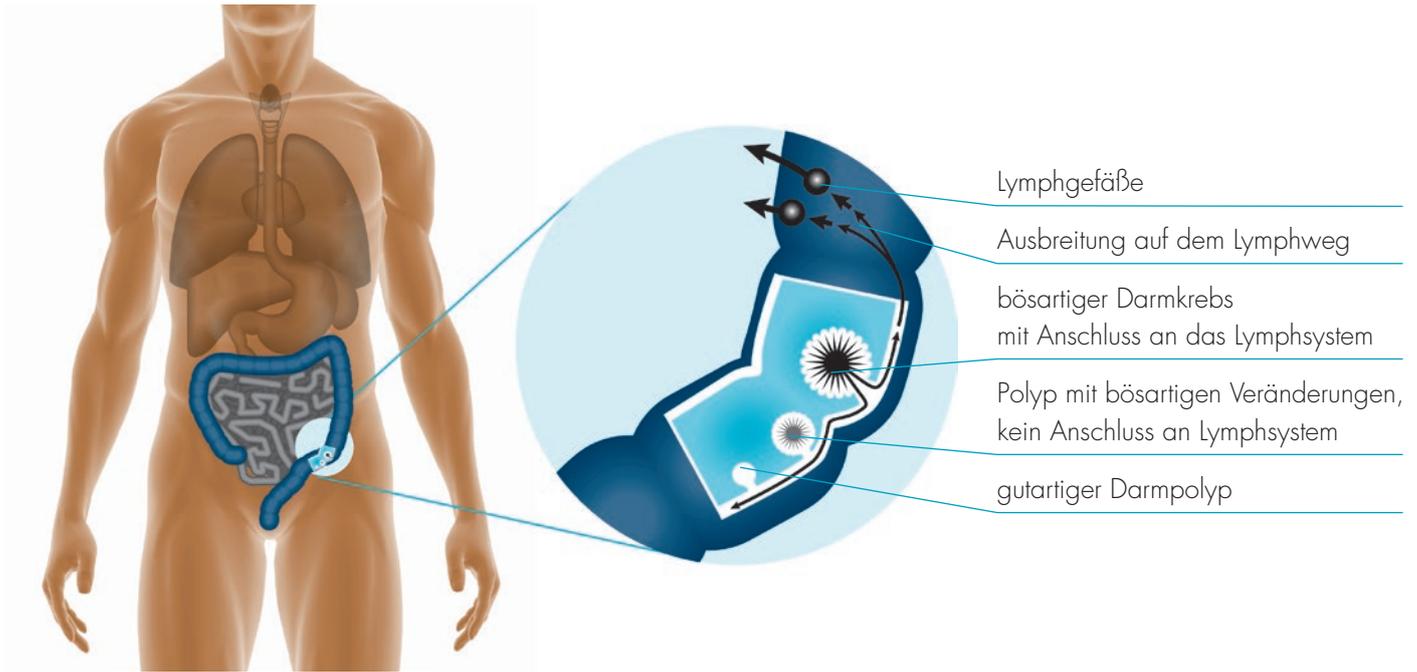
Häufig machen sich Dick- und Enddarmtumoren durch Blutungen und damit Blutauflagerungen auf dem Stuhlgang bemerkbar. Sind diese Tumorblutungen nur geringfügig, so fällt bei diesen Patienten manchmal nur eine Blutarmut (Anämie) auf, die wiederum allgemeine Symptome wie Abgeschlagenheit, einen Knick im Leistungsvermögen oder Luftnot auslösen kann. Besteht schon ein fortgeschrittenes Tumorwachstum, so klagen die Patienten über Stuhlgangprobleme, die von häufiger Verstopfung bis zum Darmverschluss mit plötzlichen Bauchschmerzen verbunden mit Übelkeit und Erbrechen reichen können.

## + Notwendige Untersuchungen

Treten die oben genannten Beschwerden auf, sollte so schnell wie möglich eine vollständige Dickdarmspiegelung durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung können Tumoren gefunden und Gewebeprobe entnommen werden. Diese Gewebeprobe werden von einem Pathologen untersucht, der daraufhin eine Entscheidung hinsichtlich Gut- oder Bösartigkeit trifft. Bei bösartigen Darmtumoren muss danach eine umfassende Ausbreitungsdiagnostik erfolgen, da bei diesem Tumortyp immer die Gefahr einer schon eingetretenen Absiedelung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) besteht. Diese Ausbreitungsdiagnostik umfasst in Abhängigkeit von der Tumorumlage eine genaue Untersuchung der Umgebung des Dick- oder Enddarmes (Feststellung des Tumortiefenwachstums und Suche nach vergrößerten Lymphknoten) mit einem

Bauch-Ultraschall, einer Bauch-Computertomographie oder einer Becken-Magnetresonanztomographie. Außerdem können bei bösartigen Darmtumoren insbesondere Leber- und Lungenmetastasen auftreten. Deshalb müssen diese beiden Organe auch mit Ultraschall bzw. Röntgen und gegebenenfalls computertomographisch untersucht werden. Unterstützt werden die speziellen Untersuchungsverfahren durch eine gründliche körperliche Untersuchung des Patienten und durch Laboranalysen entnommener Blutproben.

Alle genannten Untersuchungen können entweder in der Klinik für Innere Medizin oder auch in unserer Klinik durchgeführt werden.



## + Behandlung

Prinzipiell ist die operative Entfernung des Dickdarm- oder Enddarmkrebses zusammen mit den so genannten regionalen Lymphknoten die Therapie der ersten Wahl, die wir im Regelfall minimal-invasiv (Schlüssellochtechnik) durchführen. Zu diesem Zweck werden der tumortragende Darmabschnitt mit dem Umgebungsgewebe entfernt und danach die beiden freien Darmenden wieder miteinander vereinigt. Reicht ein Enddarmkrebs bis an den After heran, muss die gesamte Afterregion mitentfernt und ein künstlicher Darmausgang im Bauchbereich geschaffen werden. Handelt es sich um sehr kleine, noch nicht fortgeschrittene Tumore, ist es in einzelnen Fällen möglich, den Tumor lediglich aus der Darmwand herauszu-

schneiden und diese danach wieder zu vernähen. Sollten bereits Absiedelungen des Tumors in der Leber bestehen, können diese unter Umständen sofort mit heraus operiert werden. Der entfernte Darmabschnitt und auch gegebenenfalls entfernte Absiedelungen in die Leber werden zur genauen Gewebeuntersuchung in die Pathologie gesandt.

Nach der Operation werden die Patienten unter Umständen auf der Intensivstation überwacht und behandelt. Die Zeitdauer dieser Intensivmedizin ist vom Wohlbefinden des Patienten abhängig und damit individuell unterschiedlich. Schon sehr früh wird aber heutzutage mit einer normalen Ernährung des Patienten begonnen, weil diese für die Heilung der neu geschaffenen Darmverbindung, sowie der Bauchwunde ganz wesentlich ist.

In Abhängigkeit von den erhaltenen Untersuchungsergebnissen kann es in einzelnen Fällen sinnvoll sein, vor der Operation eine Chemo- oder Strahlentherapie durchzuführen. Die Entscheidung darüber treffen die behandelnden Ärzte (Internisten, Onkologen, Chirurgen, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten) im Rahmen der Tumorkonferenzen, die regelmäßig in unserem Krankenhaus stattfinden.

Vor der Entlassung aus unserem Krankenhaus werden mit den Patienten und – wenn gewünscht – auch mit den Angehörigen die Ergebnisse der Gewebeuntersuchung besprochen und in diesem Zusammenhang auch entschieden, ob noch Nachbehandlungen, wie



Zertifiziertes **Kompetenz-Zentrum**  
für Minimal Invasive Chirurgie



**CAMIC**



Gutartige Polypen oder kleinere bösartige Tumoren können in Schlüssellochtechnik entfernt werden.



Darmspiegelungen werden von den internistischen Kollegen durchgeführt

z. B. Chemotherapie, notwendig sind. Die Entscheidung darüber basiert auf anerkannten Richtlinien und auf einer Absprache der behandelnden Ärzte in den bereits angesprochenen Tumorkonferenzen.

Bedeutend sind auch die geregelte Tumornachsorge des Patienten und die poststationären Rehabilitationsmaßnahmen. Deshalb werden alle unsere Tumorkranken in der Tumorambulanz vorgestellt und in dieser Ambulanz auch entsprechend eines vorgegebenen Schemas nachbetreut. Zur Festlegung der Anschlussheilbehandlung wird ein Kontakt zu unseren Sozialarbeitern hergestellt. Mit diesen Kollegen können dann die geeigneten Kurorte ausgewählt und entsprechende Anträge ausgefüllt werden.

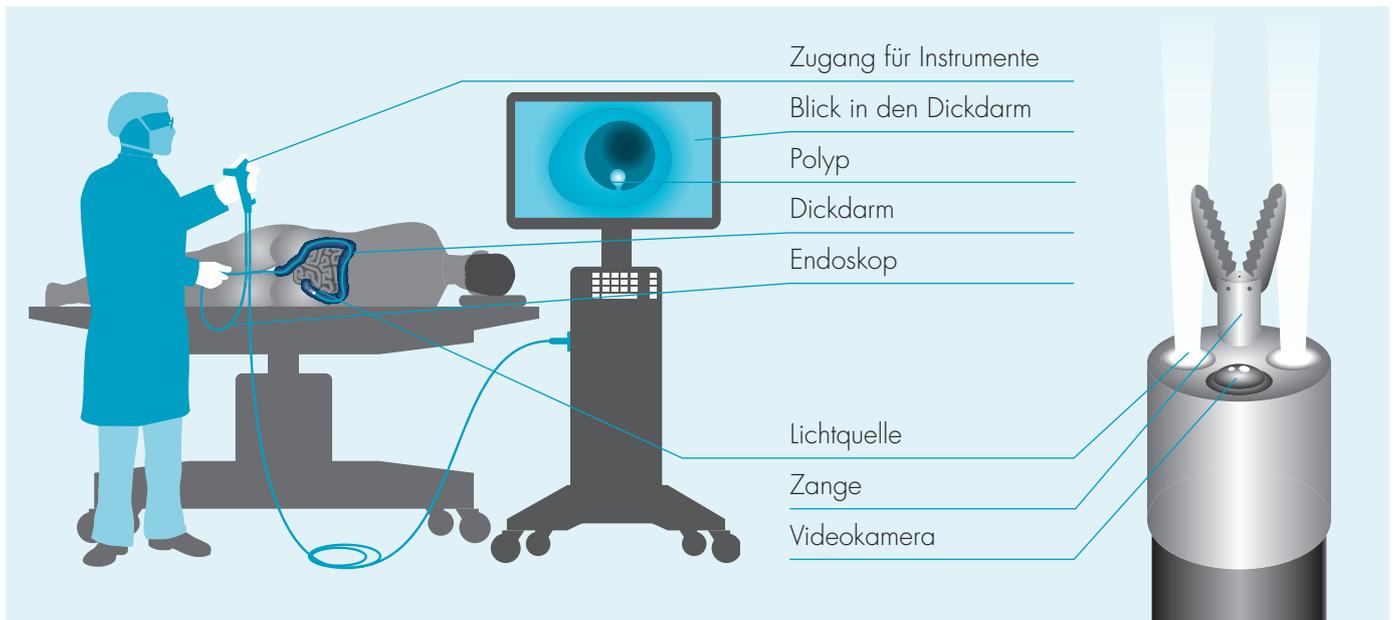
Alle Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses arbeiten bei der Betreuung und Behandlung der Tumorerkrankten eng zusammen und besitzen auf diesem Gebiet umfangreiche und langjährige Erfahrungen. Wir garantieren damit einen optimalen und vertrauensschaffenden, auf jeden einzelnen Patienten abgestimmten Therapieplan, sowohl während des Krankenhausaufenthaltes als auch in der poststationären Nachbetreuungsphase.

## + Prävention

In Deutschland erkranken 70.000 Menschen pro Jahr an Krebs des Dick- oder Enddarms, 30.000 sterben trotz des Einsatzes aller modernen therapeutischen Möglichkeiten daran. Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung und die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen, die auch bei fehlenden Beschwerden wegen eines starken Anstiegs des Krebsrisikos ab einem Alter von 50 Jahren in dieser Altersgruppe begonnen werden sollten. Die Vorsorgeuntersuchungen umfassen Stuhltests und die Dickdarmspiegelung.

### Vorsorge ist wichtig!

Preiswert, einfach durchführbar und beliebig oft wiederholbar ist der Stuhltest. Er entdeckt aber nur drei von zehn Krebsfällen oder Patienten mit Krebsvorstufen. Die zuverlässigste und sicherste Untersuchung zur Entdeckung und Entfernung von Krebsvorstufen (Polypen) und von Darmkrebs ist die Darmspiegelung (Koloskopie). Ihre Durchführung ist schmerzlos möglich.



## + Die Darmspiegelung (Koloskopie)

Bei der Dickdarmspiegelung können der Enddarm und der gesamte Dickdarm auf bösartige Tumoren untersucht werden. Außerdem erlaubt diese Spiegelung das gleichzeitige Abtragen von gutartigen Tumoren (adenomatöse Polypen), aus denen über Jahre bösartige Tumoren entstehen können.

Bei der Koloskopie führt der Arzt ein biegsames, schlauchförmiges Gerät durch den After in den Darm ein. Dieses so genannte Endoskop hat einen Durchmesser von sieben bis zehn Millimetern und eine Länge von etwa anderthalb Metern. Eine spezielle Minikamera an der Spitze des Endoskops filmt die Darmschleimhaut im Inneren des Darms. Die Bilder werden nach außen geleitet und können vom Arzt auf einem Farbmonitor betrachtet werden.

Bevor der Arzt eine Darmspiegelung durchführen kann, muss der Darm gut gereinigt und von Speise- und Stuhlresten befreit sein. Dazu nimmt der Patient am Tag zuvor verschiedene Abführmittel ein. Das eingeführte Endoskop wird vom Arzt Stück für Stück den gesamten Dickdarm entlang bis zum Übergang zum Dünndarm voran geschoben. Dabei wird durch das Endoskop vorsichtig Luft in den Darm geblasen, damit sich die Darmwände gut entfalten. Beim langsamen Zurückziehen des Endoskops betrachtet der Arzt aufmerksam die Darmschleimhaut in allen Abschnitten des Dickdarms. Der bewegliche Kamerakopf des Endoskops ermöglicht eine vollständige Ausleuchtung und Beurteilung des Darminnenraums. Erkennt der Arzt eine Auffälligkeit an der Darmschleimhaut, kann er mit Hilfe einer Spülvorrichtung und biegsamen Mini-In-

strumenten, die im Endoskop vorhanden sind, sofort Gewebeproben entnehmen oder auch kleine operative Eingriffe vornehmen. Entdeckt der Arzt beispielsweise einen Darmpolypen, kann er diesen mit Hilfe einer speziellen Schlinge abtrennen und aus dem Darm entfernen.

Die gesamte Darmspiegelung dauert etwa 20 Minuten. Sie ist weitgehend schmerzarm, allerdings empfinden einige Patienten das Vorschieben des Endoskops als unangenehm. Auf Wunsch kann der Patient ein Beruhigungsmittel bekommen, das ihn in einen leichten Dämmer Schlaf versetzt, so dass er von der Untersuchung und damit verbundenen Unannehmlichkeiten nichts mitbekommt.

## Kontakt:

**Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
am Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim**  
Chaumontplatz 1 · 61231 Bad Nauheim  
Tel.: 06032 702-2412  
Fax: 06032 702-2216

**Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
am Bürgerhospital Friedberg**  
Ockstädter Str. 3-5 · 61169 Friedberg  
Tel.: 06031 89-3216  
Fax: 06031 89-3202

**Klinik für Chirurgie  
am Kreiskrankenhaus Schotten**  
Wetterauer Platz 1 · 63679 Schotten  
Tel.: 06044 61-5541  
Fax: 06044 61-5519

[www.gz-wetterau.de](http://www.gz-wetterau.de)

Termine nach Vereinbarung  
Zulassung für alle Kassen