

Einblicke

Unter dem Titel „Einblicke“ möchte unsere Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie einen Blick hinter die Kulissen gewähren. Im Rahmen einer lockeren Artikelreihe werden die häufigsten Krankheitsbilder der „Organchirurgie“ vorgestellt.

Enddarmkrebs

Behandlung hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht - Operative Entfernung der bösartigen Geschwulst nach wie vor die wichtigste Behandlungsmaßnahme

Dick- und Enddarmkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen. In Deutschland ist es die zweithäufigste bösartige Erkrankung bei Männern und bei Frauen. Dabei sind 40 - 50 % dieser Krebsformen im Enddarm lokalisiert.

Die Häufigkeit des Enddarmkrebses liegt in Deutschland bei 30 Neuerkrankungen pro Jahr und 100.000 Einwohnern. Dies entspricht etwa 25.000 Neuerkrankungen jährlich. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt in der 7. Lebensdekade.

Die Behandlung des Enddarmkrebses hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht. Verbesserungen auf unterschiedlichen Gebieten - die chirurgische Anatomie, operative Techniken, die feingewebliche Untersuchung, die Bildgebung, die onkologische Chemotherapie - haben dazu geführt, dass die Behandlung von Enddarmtumoren sehr komplex geworden ist. Um den betroffenen Patienten jeweils die optimale individuelle Behandlung zukommen zu lassen, wird die Therapie jedes einzelnen Patienten in unserem Hause in den Konferenzen des Märkischen Darmzentrums (MDZ) gemeinsam mit allen beteiligten Kliniken und niedergelassenen Praxen erarbeitet.

Nach wie vor ist die operative Entfernung der bösartigen Geschwulst die wichtigste Behandlungsmaßnahme. Insbesondere in frühen Erkrankungsstadien ist allein die Operation sinnvoll. Bei lokal fortgeschrittenen Enddarmtumoren wird auf

Grund der derzeit geltenden Leitlinie eine Vorbehandlung, entweder mit einer alleinigen Strahlentherapie oder mit einer kombinierten Strahlen/Chemotherapie empfohlen. Hierfür ist eine genaue Einschätzung des Tumors unumgänglich.

Untersuchungen

Zu den unverzichtbaren Untersuchungen gehören

- die Austastung und Spiegelung des Enddarms. Wichtig ist hierbei die Bestimmung des genauen Abstandes des Tumors zum Schließmuskel.
- die Ultraschalluntersuchung des Enddarms
- die Kernspinuntersuchung des kleinen Beckens zur Beschreibung der Eindringtiefe des Krebses, auffälliger Lymphknoten und des Abstandes des Tumors von der umgebenden Hülschicht.

Selbstverständlich sind eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte, eine körperliche Untersuchung und die vollständige Darmspiegelung zum Ausschluss weiterer Geschwülste notwendig, wie auch eine Ultraschalluntersuchung der Leber, die Röntgenuntersuchung der Lunge und eine Laboruntersuchung mit Bestimmung der Tumormarker.

Behandlungsplan

Abhängig von Größe und Ausmaß der Krebsgeschwulst wird im Rahmen der Fachkonferenz des MDZ die individuelle Behandlung festgelegt.

- Kleine Tumoren ohne vergrößerte Lymphknoten oder Tochtergeschwülste werden sofort operiert.
- Größere Tumoren werden zunächst vorbehandelt. In vielen Fällen ist eine Kurzzeit-Strahlentherapie über 5 Tage ausreichend. Bei sehr großen Tumoren oder einem sehr kleinen Abstand zum Schließmuskel erfolgt eine kombinierte Strahlen/Chemotherapie um die Geschwulst zu

verkleinern, und damit den Schließmuskel zu erhalten.

Operative Technik

Nur bei sehr kleinen Geschwülsten ist die Abtragung durch den After, also ohne Eröffnung der Bauchhöhle möglich. Bei allen größeren Krebsgeschwülsten muss der Enddarm über einen Bauchschnitt komplett mit dem ihn umgebenden Gewebe entfernt werden. Sollte auch nach einer evt. Vorbehandlung der bösartige Prozess zu nah am Schließmuskel sitzen, so dass ein Einwandern von bösartigen Zellen in den Schließmuskel selbst oder in den Beckenboden zu befürchten ist, muss der gesamte Enddarm inklusive Schließmuskel geopfert werden. Der ehemalige After wird dann säuberlich vernäht. Bei einer solchen Entscheidung werden natürlich auch die Messwerte über die Muskelkraft des Schließmuskels berücksichtigt.

Um nach der Operation Beschwerden wie starken StuhlDrang und eine hohe Stuhlfrequenz zu vermeiden, werden heute Verfahren mit Reservoirbildung bevorzugt (Kolon-J-Pouch). Da das Risiko einer Nahtundichtigkeit nach tiefer Enddarmoperation relativ hoch ist, wird im Allgemeinen bei diesen Patienten vorübergehend ein künstlicher Ausgang angelegt. Dieser wird nach zwei bis drei Monaten in einer deutlich kleineren Operation wieder zurückverlagert.

Prof. Dr. Christopher Kelm/ Kathrin Güngör

Sprechzeiten:
mittwochs, 13-14 Uhr



Märkisches Darmzentrum

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Christopher Kelm, Klinikdirektor

Dr. Sven Schröder, Leitender Oberarzt

Kathrin Güngör, Oberärztin

Die drei Ärzte sind zu erreichen über die

Klinik für Allgemein- und

Visceralchirurgie

am Klinikum Lüdenschied

Telefon: 02351/46-3061

Mail: christopher.kelm@klinikum-luedenschied.de



K. Güngör

C. Kelm

S. Schröder