

Einblicke

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

Das Kolonkarzinom

Vorsorge und Behandlung im Klinikum Lüdenschied

Das Kolonkarzinom zählt mit über 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr zur zweithäufigsten Krebserkrankung in Deutschland. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Der Altersgipfel liegt bei ca. 65 Jahren. Die steigende Zahl an Darmkrebserkrankungen als auch die Verschiebung zum jüngeren Patientenalter haben dazu geführt, dass das Dickdarmkarzinom zunehmend in der Öffentlichkeit besprochen wird. Langfristig – so hoffen Mediziner – wird dies zu einer größeren Annahme der Vorsorgeuntersuchung mittels Darmspiegelung führen.

Eine flächendeckende Vorsorgeuntersuchung in der Bevölkerung mittels Darmspiegelung und Kontrolle auf Blut im Stuhl könnte durch frühzeitiges Entfernen von Darmpolypen das Auftreten von Dickdarmkrebs und durch eine Frühdiagnose von Darmkrebs auch die Sterblichkeit senken. Leider wird aber derzeit die Mehrzahl der Patienten erst mit einem fortgeschrittenem Tumorstadium zur Therapie vorgestellt.

Sowohl die Untersuchungen als auch die Operation, die feingewebliche Auf-

arbeitung und die onkologische Nachbehandlung sind in den letzten 10 Jahren wesentlich komplexer geworden. Sie erfordern ein hohes Maß an Erfahrung und medizinischen Geräten. Aus diesem Grunde haben sich in unserem Hause alle an der Darmkrebsbehandlung beteiligten Kliniken sowie Ärzte aus niedergelassenen Praxen unter der Leitung von Professor Dr. Christopher Kelm im Märkischen Darmzentrum zusammengefunden, um gemeinsam individuelle Behandlungsabläufe zu erarbeiten. Hierzu wird der Patient in der Regel nach der in der Darmspiegelung gestellten Diagnose Darmkrebs in unserer Ambulanz vorgestellt.

Diagnose

Zur Diagnosestellung und korrekter präoperativer Tumorstadiumbestimmung gehören:

- **Anamneseerhebung** mit Familienanamnese, um Hinweise auf erblich bedingte Risikogruppen bezüglich speziell familiär vererbtem Dickdarmkrebs – adenomatöser Polyposis (FAP) oder hereditärem nicht polypösem kolorektalem Karzinom (HNPCC) – zu erlangen.
- **Körperliche Untersuchung**
- **Vollständige Dickdarmspiegelung.** Bei nicht passierbarer Einengung des Darmes durch den Tumor kann die Abklärung des übrigen Dickdarms intraoperativ oder durch Dickdarmspiegelung 3 – 6 Monate postoperativ erfolgen. Auch eine typische Dickdarmeinengung ohne Nachweis der Bösartigkeit des Gewebes erfordert eine Operation.
- **Ultraschalluntersuchung des Bauches** zum Ausschluss von Tumorbefall der Leber.
- **Röntgen-Lungenaufnahme** zum Ausschluss von Tumorbefall der Lunge.
- **Präoperativer CEA-Wert** (Tumorwert im Blut) als Prognosefaktor.
- **Starre Enddarmspiegelung** bei Tumoren

im unteren Kolonbereich zur Bestimmung der genauen Höhe des Tumors, um zwischen einem Enddarmkrebs (bis 16 cm) und einem Dickdarmkrebs zu unterscheiden.

- Eine computergesteuerte Röntgenuntersuchung der Lunge und des Bauches ist bei Verdacht auf Metastasen angebracht!

Therapie

Vorbereitung zur Operation

In der Regel verzichten wir auf eine mechanische Darmreinigung. Bei unklaren Befunden oder kompliziertem chirurgischen Vorgehen mittels kombinierter Dickdarmspiegelung und Bauchspiegelung zur intraoperativen Untersuchung und Behandlung wird notwendigerweise die mechanische Darmreinigung durchgeführt.

Operation

Beim Kolonkarzinom wird je nach Lage des Tumors die rechte oder die linke Seite des Dickdarms entfernt. Dies ist ein standardisiertes Operationsverfahren. Anschließend wird der Durchgang des Darms durch Aneinandernähen der Darmenden wiederhergestellt. Die Anlage eines künstlichen Darmausganges ist nur in wenigen Ausnahmefällen erforderlich.

Das operative Verfahren folgt grundsätzlich den Prinzipien der sicheren vollständigen Tumorentfernung. Dies beinhaltet eine Entfernung mit ausreichendem Sicherheitsabstand am Organ selbst als auch eine systematische Entfernung der Lymphknoten mit Absetzen der entsprechenden Gefäße nahe der Bauchschißader. Befallene Nachbarorgane werden ggf. mit entfernt (Blase / Uterus / Magen). Da die Gabe von Fremdblut aufgrund der ausgelösten Schwächung des Abwehrsystems des Menschen eine deutliche Verschlechterung der Heilungswahrscheinlichkeit darstellt, wird ein blutarmes schonendes Operieren durchgeführt.

In der Regel kann ein Patient, der von nicht schwerwiegenden Begleiterkrankungen belastet ist, direkt nach der OP wieder auf der Normalstation versorgt werden. Nur in Einzelfällen ist eine 24-stündige intensiv-medizinische Überwachung erforderlich. Bei problemlosem postoperativen Verlauf bestehen deutliche Vorteile für eine frühe Nahrungsaufnahme, frühe Krankengymnastik und zügige Entfernung ableitender „Schläuche“. Diese so genannte Fast-Track Medizin geht Hand in Hand mit einer suffizienten vor- und postoperativen Schmerzeinstellung des Patienten. Hier arbeiten wir eng mit der Abteilung für Anästhesiologie zusammen.

Bei kleinen Tumoren im Bereich des s-förmigen Dickdarms bevorzugen wir eine Dickdarmentfernung mittels Bauchspiegelung (Videokamera und kleinen Geräten ohne großen Bauchschnitt). Des Weiteren führen wir bei unklarer Tumorlokalisation bzw. Nachweis mehrerer Dickdarmpolypen mit unklarem gutartigem Verhalten oder schwerer Entfernbarkeit durch eine Darmspiegelung eine entsprechende Spiegelung während der Operation unter vollständiger „Betäubung“ durch.

Nachbehandlung

Die Untersuchung des Pathologen ist ausschlaggebend, ob eine anschließende Nachbehandlung mit Medikamenten (Chemotherapie) notwendig ist. Die Chemotherapie hat den Sinn, den Operationserfolg zu sichern und nach der Operation die Langzeitprognose zu verbessern.

Nach der Entlassung besteht die Möglichkeit eine Anschlussheilbehandlung in einer durch die Krankenkasse des Patienten anerkannten und zugelassenen Reha-Klinik zu erhalten. Hierzu muss ein Antrag des Arztes von der Krankenkasse des Patienten genehmigt werden. Unsere nachstationäre Patientenbetreuung leitet hierzu die nötigen Schritte ein.

Eine Nachsorge erfolgt über einen Zeitraum von 5 Jahren mit regelmäßigen Untersuchungen durch den einweisenden Arzt oder durch uns gemäß den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft. Diese besteht aus einer Ultraschalluntersuchung und der Bestimmung von Tumormarkern im Blut sowie gegebenenfalls einer Darmspiegelung / Computertomographie.

Weitere Infos

Klinik für Allgemeine- und
Visceralchirurgie



Kathrin Güngör



Dr. Guido Meeßen

Kontakt und Termine über das
Sekretariat des Klinikdirektors:

Telefon: 02351/46 30 61 - Mail:

christopher.kelm@klinikum-luedenscheid.de

Sprechstunde im Darmzentrum:

jeden Mittwoch 13.00 bis 14.00 Uhr



Das Team der Klinik für Nuklearmedizin: Heike Rubel, Bronja Andres, Bettina Androwiak, Frida Becker, Petra Haase, Hildegard Hageböck, Klinikdirektor Prof. Dr. Rolf Larisch, Lukretia Frenz, Sigbert Müller und Viola Clement.
Foto: Julia Kläsger

25 Jahre Nuklearmedizin am Klinikum Lüdenschied

von Henri Becquerel,
Gammakameras,
PET-Scannern,
Containerlösungen,
Funklöchern,
universitärem Niveau und
den Professoren
Hebestreit und Anger

von Rolf Larisch

In diesem Jahr ist die Klinik für Nuklearmedizin 25 Jahre alt geworden. 25 Jahre sind für eine medizinische Disziplin nicht besonders lang. Schließlich sind chirurgisch und internistisch tätige Ärzte schon in der Bibel und in altägyptischen Papyrusrollen erwähnt worden. Die Fächer, die mit Strahlen arbeiten – Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin – gibt es aber erst seit einigen Entdeckungen, die an der vorletzten Jahrhundertwende gemacht wurden. Im November 1895

entdeckte Conrad Röntgen in Würzburg die nach ihm benannten Strahlen. Kaum sechs Wochen später – im Januar 1896 – entdeckte Henri Becquerel in Paris die natürliche Radioaktivität. Röntgen erhielt 1901 den ersten Nobelpreis; 1903 wurde Becquerel zusammen mit seinen Doktoranden, Pierre und Marie Curie, ebenfalls damit ausgezeichnet.

Die Röntgenologie entwickelte sich in der Folgezeit sehr rasch als eigenständige medizinische Disziplin. Die Nuklearmedizin gab es aber noch nicht. Es war nämlich am Anfang des 20. Jahrhunderts nicht klar, wie man die Entdeckung der Radioaktivität in der Medizin nutzen konnte. Dieses Verdienst gebührt Georg von Hevesy, der das „Tracerprinzip“ beschrieb. Hevesy vermischte eine winzige Menge eines radioaktiven Stoffes mit einem System, betrachtete die Verteilung des Stoffes und zog Schlüsse daraus. In der Medizin injiziert man in der Regel die Radioaktivität in den menschlichen Körper, misst seine Verteilung und nutzt dies zur Diagnose und Therapie von Erkrankungen aus. Der Nobelpreis des Jahres 1943 ging dafür an Georg von Hevesy.