

Dickdarmkarzinome

Diagnostik

Bei der Hälfte der Patienten mit einem Dickdarmkarzinom bleibt der Tumor lange Zeit klinisch stumm. Jede längere Veränderung der Stuhlgewohnheiten nach dem 40. Lebensjahr mit Durchfällen, Verstopfung oder Blut- und Schleimauflagerung auf dem Stuhl ist verdächtig für eine bösartige Dickdarmerkrankung. 60 % aller bösartigen Tumore (einschließlich der des Enddarmes) werden mit der Enddarmspiegelung und bis zu 98 % mit der Dickdarmspiegelung (Coloskopie) erkannt.

Eine Ultraschalluntersuchung der Leber und eine Röntgenuntersuchung der Lunge werden durchgeführt, um mögliche Tochtergeschwülste (Metastasen) auszuschließen. Bei speziellen Fragestellungen wird eine Computertomographie des Bauchraumes oder der Leber zusätzlich durchgeführt.

Operation

Das Ziel der operativen Behandlung ist die Entfernung der bösartigen Geschwulst mit einem ausreichenden Sicherheitsabstand und die gleichzeitige Entfernung der Lymphknoten, die durch einen bösartigen Tumor mitbefallen sein können. Die Ausdehnung der Teilentfernung des Darmes hängt vom betroffenen Darmabschnitt ab und die Ausdehnung der Dickdarmteilentfernung wird jedem Patienten vor der Operation ausführlich erläutert.

Die Operation wird in der Regel durch einen senkrechten Hautschnitt in der Mitte des Bauches, vom Nabel abwärts, durchgeführt. Die beiden Darmenden werden nach Entfernung des befallenen Darmabschnittes durch eine Naht miteinander verbunden. Bei frühen Stadien eines Dickdarmkrebses kann die Operation durch eine Minimal-Invasive-Technik (Schlüssellochchirurgie) durchgeführt werden.

Gefahren der Operation

Die Herstellung der Naht der beiden Darmenden (Anastomose) ist ein hoch standardisierter und mit äußerster Präzision durchgeführter Teil der Operation. Eine Fehlheilung dieser Darmnaht (Insuffizienz) mit Austritt von Stuhl kann zu einer schweren und lebensbedrohlichen Entzündung führen. In unserem Patientengut liegt das Risiko einer solchen Insuffizienz bei 5 %.

Das Risiko einer Wundentzündung nach der Operation liegt unter 5 % und ist abhängig davon, ob eine Operation notfallmäßig oder geplant durchgeführt wird. Die Gabe eines Antibiotikums vor und während der Operation senkt dieses Risiko.

Grundsätzlich können nach jeder großen Bauchoperation Verwachsungen mit Darmabknickungen auftreten, die auch nach Jahren noch zu einem Darmverschluss führen können. Ein weiteres Risiko ist die Entstehung von Narbenbrüchen, die bei Entzündungen der Wunde häufiger auftreten können.

Spezielle Fragen

1. Die Prognose einer Krebserkrankung des Dickdarmes ist abhängig vom Tumorstadium. Dieses wird bestimmt durch die Ausdehnung des Tumors in der Darmwand und den Befall an Lymphknoten. Das Ergebnis teilt der Pathologe nach Untersuchung des Präparates nach 3 – 4 Tagen mit und wir werden das Ergebnis dann ausführlich mit Ihnen besprechen.

2. Bei Nachweis von Karzinomzellen in den Lymphknoten ist eine Chemotherapie nach der Operation dringend angeraten. Dieses führt zu einer weiteren Prognoseverbesserung und wird normalerweise über ein halbes Jahr durchgeführt.
3. Der stationäre Aufenthalt beträgt in der Regel 7 – 12 Tage. Eine frühzeitige Ernährung, das frühzeitige Entfernen von Schläuchen aus dem Bauchraum oder der Blase, eine ausreichende Schmerztherapie und eine frühzeitige Mobilisation verkürzen den stationären Aufenthalt. Dazu ist die aktive Teilnahme des Patienten am Genesungsprozess extrem wichtig. Jeder Patient sollte sich unter ausreichender Schmerztherapie soviel wie möglich außerhalb des Bettes aufhalten, d.h. auf dem Stuhl sitzen und umherlaufen, um sein Thrombose- oder Embolierisiko deutlich zu verringern.
4. Zur Operationsvorbereitung ist eine vollständige Darmentleerung notwendig, die am Aufnahmetag, d.h. einen Tag vor der Operation, durchgeführt wird. Es ist aber selbstverständlich auch möglich, diese Vorbereitung bereits zuhause zu beginnen.
5. Die Anlage eines künstlichen Darmausganges ist bei einer Teilentfernung des Dickdarmes äußerst selten und bleibt ganz speziellen Konstellationen vorbehalten.
6. Eine Fädenentfernung nach der Operation ist bei Verschluss der Wunde mit nicht sichtbaren Hautfäden nicht notwendig.
7. Bei jeder Krebserkrankung können sich Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden. Dieses Risiko ist in den ersten zwei Jahren am höchsten und verringert sich mit zeitlichem Abstand zur Operation deutlich. Aus diesem Grunde gibt es ein Nachsorge-Schema, in dem festgelegt ist, zu welchem Zeitpunkt eine Wiedervorstellung in unserer Ambulanz zu Kontrolluntersuchungen sinnvoll ist.