

Rektumkarzinome

Diagnostik

Das wichtigste Zeichen einer Geschwulst des Enddarmes sind Schleim- und Blutauflagerungen auf dem Stuhlgang. Bei derartigen Symptomen sollte eine Untersuchung des Enddarmes und eine komplette Untersuchung des Dickdarmes erfolgen, auch wenn die häufigste Ursache einer Blutbeimengung zum Stuhlgang Hämorrhoiden sind.

Bei der Enddarmspiegelung und der vollständigen Dickdarmspiegelung (Coloskopie) werden Proben entnommen, um die Bösartigkeit eines Tumors zu untersuchen. Gleichzeitig können bei der Coloskopie weitere Tumore im Dickdarm ausgeschlossen werden.

Eine Ultraschalluntersuchung der Leber, ggf. eine Computertomographie des Bauchraumes und eine Röntgenuntersuchung der Lunge dienen zum Ausschluss möglicher Tochtergeschwülste (Metastasen).

Eine Ultraschalluntersuchung des Mastdarmes oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) gibt eine Aussage über die lokale Ausdehnung des Tumors. Von diesem Ergebnis ist abhängig, ob zuerst eine lokale Strahlentherapie mit gleichzeitiger Chemotherapie vor einer Operation erfolgt oder ob der Tumor sofort operiert werden kann.

Operation

Das Ziel der operativen Behandlung ist die Entfernung der bösartigen Geschwulst mit einem ausreichenden Sicherheitsabstand und die Entfernung der Lymphknoten, die durch eine Absiedlung der Krebsgeschwulst mitbefallen sein können. Als ausreichender Sicherheitsabstand im Enddarm gelten 5 cm in Richtung zum Schließmuskel. Bei Tumoren direkt oberhalb des Schließmuskels sind auch 2 cm Abstand ausreichend.

Die Operation wird im Regelfall durch einen Hautschnitt in der Mitte des Bauches durchgeführt. Als Alternative kann in speziellen Fällen eine Minimal-Invasive-Operation (Schlüssellochchirurgie) durchgeführt werden.

Die Vereinigung der beiden Darmenden erfolgt im Enddarm fast regelhaft mit speziellen Nahtgeräten und -klammern, die die beiden Darmenden vereinigen.

Gefahren der Operation

Grundsätzlich gelten die gleichen Risiken wie bei einer Dickdarmoperation. Bei Nähten der beiden Darmenden (Anastomose) bis zu 5 cm oberhalb des Schließmuskels besteht, technisch bedingt, ein hohes Risiko, dass die Darmnaht nicht problemlos verheilt. Aus diesem Grunde wird bei solch einer Operation vorübergehend eine Kotableitung über einen künstlichen Darmausgang angelegt. Dieses verhindert lebensbedrohliche Entzündungen, die mit einem sehr langen Krankenhausaufenthalt verbunden sind. Nach einer folgenlosen Ausheilung der Naht kann dieser künstliche Darmausgang frühzeitig (6 – 12 Wochen) zurückverlegt werden.

Spezielle Fragen

1. Bei ausgedehnten Tumoren und dem Nachweis von vergrößerten Lymphknoten im Ultraschall oder MRT erfolgt eine Vorbehandlung vor einer Operation. Diese besteht in einer Chemotherapie und einer Bestrahlung, wobei die Chemotherapie die Empfindlichkeit der Strahlen auf den Tumor erhöht. Dieses Konzept einer vorherigen Behandlung verbessert die Prognose des Tumors deutlich.
2. Die Prognose einer Krebserkrankung des Enddarmes 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.
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. Eine Fädenentfernung nach der Operation ist bei Verschluss der Wunde mit nicht sichtbaren Hautfäden nicht notwendig.
6. 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.