



Dickdarm- und Enddarmkrebs (Kolon- und Rektumkarzinom)

Ein Krebsleiden des Dick- und Mastdarmes ist in Deutschland bei Männern die dritt-, bei Frauen sogar die zweithäufigste Krebsform. Jährlich erkranken etwa 30.000 Menschen in Deutschland neu. In erster Linie zählen Personen jenseits des 50. Lebensjahres zu den Betroffenen, seltener junge Erwachsene mit familiärer/erblicher Belastung (ca. 10 % der Erkrankten sind jünger als 40 Jahre).

Die Therapie der ersten Wahl ist eine operative Behandlung mit dem Ziel der Tumorentfernung. → www.darmkrebs-operation.de

Was ist eigentlich der Dick- bzw. Enddarm?

Als Dickdarm (Kolon) bezeichnet man einen zwischen ca. 1,5 m und 1,8 m langen Darmabschnitt, der der Rückgewinnung von Wasser und Mineralsalzen aus dem Stuhl dient. Dadurch wird der Stuhl eingedickt. Teile des Dickdarmes sind ohne größere Funktionseinbuße verzichtbar.

Der End- oder auch Mastdarm (Rektum) ist der letzte 16 cm lange Darmabschnitt vor dem Anus. Seine Aufgabe besteht in der portionierten Darmentleerung.

Der eigentliche Darmkrebs entsteht aus Zellen der Schleimhaut und engt die Stuhlpassage durch sein Wachstum nach innen ein. Entscheidend für die Absiedlung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) über Lymph- und Blutgefäße ist das Wachstum in die Tiefe der Darmwand.

Was sind typische Beschwerden einer Darmkrebserkrankung?

Änderung der Stuhlgangsgewohnheiten, insbesondere neu aufgetretene Neigung zu:

- » Verstopfung
- » Blähung
- » Krämpfen
- » Extremfall: Darmverschluss (Ileus)
- » Blutbeimengung/-auflagerung auf dem Stuhl (selbst bei nachgewiesenen Hämorrhoiden sollte deshalb im Falle von Blutauflagerungen auf dem Stuhl ein Tumorausschluss durch Darmspiegelung erfolgen)

Allgemeine Hinweise:

- » ungewollter Gewichtsverlust
- » Abgeschlagenheit
- » unklare Blutarmut (bedingt durch nicht-sichtbare (okkulte) Blutverluste)



Mastdarmkrebs nahe am Schließmuskel:

- » ungewollter Abgang von Stuhl bei Abgang von Winden

Welche Risikofaktoren sind bekannt?

Die Mehrzahl bösartiger Tumoren des Dick- und Enddarmes entwickelt sich aus zunächst gutartigen Schleimhautgeschwülsten (Adenomen).

Weitere Risikofaktoren sind:

- » gemüse- und ballaststoffarme, fleischreiche Ernährung
- » vermehrter Alkoholkonsum
- » erbliche Faktoren
- » chronisch-entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Welchen Untersuchungen muss ich mich unterziehen?

Zur **Krebsvorsorge** ist die komplette Dickdarmspiegelung am aussagekräftigsten. Sie wird ab dem 50. Lebensjahr einmal alle 10 Jahre empfohlen und von den Krankenkassen gezahlt.

Während der Untersuchung können Gewebeproben für die feingewebliche (histologische) Beurteilung gewonnen und Krebsvorstufen wie Adenome abgetragen werden. Bei erblicher Be-

lastung/anderen Risikofaktoren kann eine frühere oder häufigere Untersuchung sinnvoll sein.

Eine weitere Vorsorgeuntersuchung ist der Test auf nicht-sichtbares Blut im Stuhl, der ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich empfohlen wird.

Besteht der hochgradige Verdacht oder ist bereits ein Dickdarmkrebs festgestellt, sind zur Operationsplanung folgende Untersuchungen erforderlich:

- » komplette Dickdarmspiegelung (Koloskopie)
- » bei Enddarmkrebs Enddarmspiegelung und -ultraschall (Rektoskopie, rektale Endosonografie)
- » Entnahme von Gewebeproben und mikroskopische Bewertung (Histologie)
- » Ultraschall des Bauchraumes, Computertomografie oder MRT: diese Untersuchungen dienen der Tumorausbreitungsdiagnostik, da Darmkrebs bevorzugt in Leber und Lunge absiedelt
- » Bestimmung des Tumormarkers CEA, der im Krankheitsverlauf Hinweise auf das Wiederauftreten des Tumors oder die Entwicklung von Metastasen geben kann



Wie wird die Darmkrebserkrankung behandelt?

Um ein Wiederauftreten des Krebses möglichst zu verhindern wird der tumortragende Darmabschnitt zusammen mit den versorgenden Blutgefäßen und Lymphknoten entfernt. Die verbleibenden Darmenden werden durch Naht wieder aneinander gefügt. In Abhängigkeit von der Tumorlokalisation und -ausbreitung kann eine solche Operation auch im Schlüssellochverfahren durchgeführt werden.

Bei einem Enddarmkrebs ist je nach Tumorausbreitung häufig vor der Operation eine Bestrahlung mit Chemotherapie (neoadjuvante Therapie) empfohlen, um ein Wiederauftreten bestmöglich zu vermeiden.

Muss ich mit einem künstlichen Darmausgang rechnen?

Mit einem künstlichen Darmausgang (Anus praeter) ist in der Regel nur zu rechnen, wenn ein tiefsitzender (nahe am Schließmuskel gelegener) Enddarmkrebs entfernt werden muss oder wenn es sich um eine Notfallsituation mit Tumordurchbruch in die freie Bauchhöhle und/oder Darmverschluss handelt.

Nicht selten kann dieser Darmausgang nach einem entsprechenden Zeitintervall auch wieder

zurückverlegt werden. Diese Frage ist jedoch nur individuell zu klären und bedarf daher immer eines Gesprächs mit dem behandelnden Chirurgen.

Wie geht es nach der Operation weiter?

Nach der Operation schließt sich eine Behandlungsdauer von weiteren 5 – 14 Tagen im Krankenhaus an. Im Weiteren ist entscheidend, wie sich der Tumor in der feingeweblichen Untersuchung darstellt und ob Lymphknoten befallen sind.

In der Tumorkonferenz (Tumorboard) wird geklärt, ob eine Chemotherapie ratsam ist oder ob zunächst eine Anschlussheilbehandlung (Kur) angestrebt wird. Dies alles wird mit Ihnen noch während des Krankenhausaufenthaltes besprochen.

Auf jeden Fall sollten Sie in eine strukturierte Nachsorge mit regelmäßigen Untersuchungen (klinische und bildgebende Untersuchungen, Darmspiegelung, Blutuntersuchung) entsprechend der Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft eingebunden werden und diese zu Ihrem eigenen Vorteil (z. B. Früherkennung von Metastasen) wahrnehmen.