

Informationen für Patienten



Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)

Baermed.
Bauchchirurgie Hirslanden Zürich

Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)

Patienteninformation

Liebe Patientinnen und Patienten
Liebe Angehörige und Allgemeininteressierte

Wenn eine Erkrankung bei Ihnen oder jemand anderem festgestellt wird, ist es ganz natürlich, dass viele Fragen beantwortet werden möchten. Als Viszeralchirurg ist das Beantworten solcher Fragen, aber auch die Erklärung und Darlegung komplexer Sachverhalte aus dem medizinischen Bereich ein grosser Teil meiner täglichen Aufgabe. Während meinen vielen und manchmal sehr intensiven Aufklärungsgesprächen mit Patientinnen und Patienten über bevorstehende Eingriffe wurde mir ausserdem zunehmend bewusst, wie stark das Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten tatsächlich ist und wie wichtig es deshalb auch ist, diesem Bedürfnis gerecht zu werden.

Auf den folgenden Seiten werden Sie deshalb Antworten auf die wichtigsten Patientenfragen sowie auf Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu ausgewählten Krankheitsbildern erhalten. Wir haben versucht, unsere Krankheitsbeschreibungen so ausführlich wie möglich zu gestalten, dennoch reichen diese für Nichtmediziner nicht immer, um alles auf einmal verstehen zu können. Das persönliche Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt kann und darf niemals durch eine Patientenbroschüre oder durch ein Searching im Internet ersetzt werden.

Für Fragen oder eine Zweitmeinung stehe ich Ihnen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.



Ihr Hans U. Baer

Baermed
Prof. Dr. med. H. U. Baer
Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
info@baermed.ch
www.baermed.ch

Telefon +41 44 387 30 70

Fax +41 44 387 30 90

Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)

1 Historisches

Noch vor 150 Jahren starben etwa zwei Drittel der Patienten mit Eingeweidebruchoperationen. Selbst bei kleinen Eingriffen wie Finger- und Zehenamputationen starben 10% der Patienten. Gründe für diese hohe Sterblichkeit waren die fehlende Narkose, die Antisepsis und das Problem des "Schocks". Dieses letztgenannte Phänomen wird beispielsweise durch einen hohen Blutverlust oder durch eingeschwemmte Bakterien verursacht und kann tödlich enden. Doch dann wurden bahnbrechende Entdeckungen gemacht, die bis heute das feste Fundament eines jeden grösseren Baueingriffes bilden. 1844 erfolgte die erste Narkose mit Lachgas durch Horace Wells und 1901 entdeckte Karl Landsteiner die Blutgruppen des Menschen. Dies eröffnete zum ersten Mal die Möglichkeit, bei grossen chirurgischen Operationen Blutübertragungen vorzunehmen und den Blutungsschock erfolgreich zu behandeln. Die grösste Errungenschaft war jedoch die Erkenntnis von Ignatz Philipp Semmelweis, dass die damals meist tödlich verlaufenden Wundinfektionen, vor allem das Kindbettfieber, ihre Ursache in mangelnder Hygiene von Händen und Instrumenten hatten. Bis dahin war eine gründliche Händedesinfektion in Spitälern völlig unbekannt. Man "trug", ohne es zu wissen, die Bakterien von einem Patienten zum anderen. Leider war Semmelweis seiner Zeit zu weit voraus, so dass seine Appelle zur Händedesinfektion mit Karbolsäure, trotz belegter Wirksamkeit von Luis Pasteur, dem berühmten Entdecker der Bakterien, zunächst nicht ernst genommen wurden. Der Chirurg Joseph Lister in Glasgow war es, der die Ideen von Semmelweis gehört und 1867 in seiner Klinik mit Erfolg umsetzte: Vor Operationen wurden die Hände der Chirurgen mit karbolhaltiger Seife gewaschen, und es wurde eine karbolhaltige Lösung während der Operation über dem Operationsgebiet zerstäubt. Damit sank die Zahl der tödlichen Komplikationen nach Operationen deutlich. Im Zuge dieser Erkenntnisse entstanden dann Operationssäle, die nur noch mit Haube und Mundschutz betreten werden durften, so dass die ersten grossen, dann auch aseptisch durchgeführten bauchchirurgischen Eingriffe ab 1880 erfolgreicher waren. Exemplarisch für die "Aufbruchstimmung" in der Bauchchirurgie unter diesen "neuen" Bedingungen ist die Arbeit des Chirurgen Professor Ulrich Kroenlein, der seit 1881 am Universitätsspital Zürich arbeitete und lehrte. Er setzte im Spital die neuen "Hygienevorstellungen" in Massnahmen um, indem er Böden kacheln, Bettgestelle aus Holz entfernen und einen neuen Operationssaal in Form eines Amphitheaters (Studentenunterricht) bauen liess. Kroenlein operierte als einer der ersten Chirurgen akute Bilddarmentzündungen und befasste sich mit der Therapie der eitrigen Bauchfellentzündung, die nach Darmverletzungen auftrat. Um solche Bauchfellentzündungen durch schlechte Darmnähte (Anastomosen) zu vermeiden, rangen zu dieser Zeit zwei andere, berühmte Chirurgen um neue Nahttechniken in der Darmchirurgie, so Theodor Kocher und Vinzenz Czerny. "Die Darmresektion ist zu einem ausserordentlich wichtigen und verhältnismässig häufigen chirurgischen Eingriff geworden, durch dessen korrekte Ausführung der Chirurg manches sonst unrettbar verlorene Leben erhalten kann." schreibt Theodor Kocher 1894 und stellt damit seine fortlaufende Darmnaht vor (Boschung U. Meilensteine in der Geschichte der intestinalen Anastomose. Swiss Surg 2003; 9: 99-104). So führte Sir Ernest Miles schon 1907 die erste radikale abdominoperineale Resektion bei einem Enddarmkarzinom durch, ein grosser Eingriff, bei welchem Dickdarm und Enddarm ganz entfernt wurden.

2 Wo liegt der Dickdarm?

Der Dickdarm (Kolon) ist der letzte Teil des Verdauungstraktes und "umrahmt" die im Mittel- und Unterbauch verteilten Dünndarmschlingen. Ausserdem wird der Dickdarm in verschiedene Abschnitte unterteilt:

- Der erste Teil des Dickdarmes liegt im rechten Unterbauch, in welchem der Dünndarm so einmündet, dass ein Darmstück von mehreren Zentimetern Länge (Caecum) entsteht, das blind endet und ein dünnes Anhängsel hat, den so genannten Blinddarm oder Wurmfortsatz.
- Oberhalb der Einmündung des Dünndarmes beginnt der aufsteigende Teil des Kolons (Kolon ascendens). Es zieht nach oben, fast bis zur Leber, und beschreibt anschliessend eine Biegung (rechte Kolonflexur).
- Danach folgt der horizontal von rechts nach links im Oberbauch verlaufende Abschnitt des Dickdarmes (Kolon transversum, Querkolon). In Position gehalten wird dieses Stück Dickdarm durch eine "Fettschürze", die mit dem Darm verwachsen ist und als "grosstes Netz" bezeichnet wird. Unter der Milz im linken Oberbauch angekommen, beschreibt der Dickdarm erneut eine Biegung (linke Kolonflexur).
- Der absteigende Dickdarm zieht in Richtung linker Unterbauch (Kolon descendens).
- Danach beschreibt der Dickdarm eine S-Kurve und wird als Kolon sigmoideum, kurz Sigma, bezeichnet. Hier endet der Dickdarm, gefolgt vom letzten Teil, dem Enddarm.
- Der Enddarm (Rektum) ist 16 Zentimeter lang und geht in den After über.

In der Mitte dieses "Dickdarmrahmens", unterhalb des Dünndarmes, finden sich, zentral aus der Hauptschlagader entspringend und dann in einer schützenden Gewebeschicht verlaufend, mehrere grosse Blutgefässe, die strahlenförmig zum Kolon und zum Rektum ziehen. Die genaue Kenntnis des Chirurgen darüber, welches Gefäss welchen Darmabschnitt versorgt, ist essentiell für eine gute Dickdarmchirurgie und muss bei komplexen Operationen in diesem Bereich gut bedacht werden.

3 Wie funktioniert der Dickdarm?

Der gesamte Darm hat neben seiner Funktion als Verdauungsorgan auch wichtige motorische und immunologische Aufgaben. Auch in nüchternem Zustand laufen von der Speiseröhre bis zum Enddarm periodische Wellen über die glatte Darmmuskulatur und halten den Dünn- und Dickdarm kontinuierlich in Bewegung, so dass der Speisebrei weitertransportiert wird. Dabei bewegen sich die Dünndarmschlingen im Vergleich zum Dickdarm schneller, so dass die Durchlaufzeiten des Speisebreis im Dünndarm relativ kurz sind. Gleichzeitig wirkt hier der Mechanismus der schnellen "Beförderung" einer zu hohen Anzahl von Bakterien entgegen. Im Dickdarm werden die Passagezeiten länger, so dass der flüssige Nahrungsbrei aus dem Dünndarm in Ruhe eingedickt werden kann. Die Hauptaufgabe des Dickdarmes besteht darin, dem flüssigen Darminhalt grosse Mengen an Wasser wieder zu entziehen und dem Körper zurückzuführen. Dies wird darmmotorisch so erreicht, indem es hier nicht nur Vorwärtsbewegungen der Schlingen gibt, sondern auch Rückwärtsbewegungen. Gleichzeitig steigt hier, was völlig normal und erwünscht ist, die Bakterienzahl drastisch an. Der gesunde Darm weist verschiedenste Barrieremechanismen gegen diese Bakterien auf und produziert bestimmte, fast desinfizierend wirkende Eiweisse, die sich auf der Darmschleimhaut befinden. Gleichwohl sind bestimmte Darmregionen vermehrt von Lymphknoten durchsetzt und übernehmen andere immunologische Aufgaben zur Abwehr von Keimen. Sowohl operative Eingriffe, aber auch andere Erkrankungen des Darmes können dieses feinabgestimmte System mit gravierenden Folgen stören und führen zu klassischen Problemen der Darmchirurgie: Nach operativen Eingriffen stellt der Darm, als Reaktion auf die erfolgte Manipulation,

seine "Eigenbewegung" ein. Daraufhin werden der Nahrungsbrei und die im Darm enthaltene Luft nicht weitertransportiert. Der Darm hat eine Lähmung (Atonie). Daher richtet sich das Augenmerk nach einer Darmoperation auf die Lähmung, die mit speziellen Massnahmen überwunden werden muss.

4 Die häufigsten bösartigen Dickdarm- und Rektumtumore

In der Medizin wird grundsätzlich zwischen primären und sekundären Tumoren (Metastasen) unterschieden. Ein primärer bösartiger Tumor wäre im Dickdarmbereich ein Tumor, der im Kolon respektive im Rektum entsteht und die Eigenschaft besitzt, Absiedlungen (Metastasen) zu bilden. Die Absiedlungen dieser Tumoren werden über das Lymphsystem in die Leber und anschliessend in die Lunge geschwemmt, in welcher sie weiter wachsen können. Der häufigste Tumor im Dickdarm ist das Adenokarzinom (lat. adeno = von Drüsenzellen ausgehend), das von der Dickdarmschleimhaut ausgeht. Liegt der gleiche Tumor innerhalb eines Abstandes von 16 Zentimetern bis zum After, spricht man von einem Rektumkarzinom. Andere, seltene Karzinome, die gefunden werden, heissen schleimbildende (muzinöse) Adenokarzinome oder Siegelringzellkarzinome. Auch die äussere Form, die der Tumor im Darm annimmt, kann sehr unterschiedlich sein: Er kann gestielt, kraterförmig und diffus wachsend sein, oder er kann ringförmig die Darmlichtung einengen. Je nach Erscheinungsform sind auch die Frühsymptome, die mit diesem Tumor einhergehen können, sehr unterschiedlich. Die Ursachen der Entstehung dieser Karzinome sind nicht genau bekannt. Es werden genetische, aber auch Ernährungsfaktoren wie ein hoher Fettanteil in der Nahrung diskutiert. Einige Risikofaktoren sind aber auch ziemlich gut belegt. Dazu gehören bestimmte Vorerkrankungen des Darmes, wie etwa die Kolitis ulzerosa, der Morbus Crohn oder die familiäre Poliposis coli. Letztere gilt sogar als Präkanzerose (Tumorvorstufe), da hier die vielen Wucherungen der Darmschleimhaut (Polypen) nach einer gewissen Zeit bösartig werden. Auch eine bekannte Familienanamnese mit Kolonkarzinomen in der direkten Verwandtschaft erhöht die Wahrscheinlichkeit, an einem solchen Tumor zu erkranken.

5 Wie erkenne ich einen bösartigen Dickdarntumor?

Leider sind die ersten Symptome bei Patienten mit diesem Tumor sehr unterschiedlich oder auch gar nicht vorhanden. Wenn die Darmlichtung, zum Beispiel durch den Tumor, verlegt wird, kann es zu Stuhlunregelmässigkeiten (Durchfälle wechseln sich mit Verstopfung ab) oder zu kolikartigen Schmerzen und Blähungen kommen. Gestielte Tumore bluten häufiger und können so eine schleichende Blutarmut beim Patienten hervorrufen. Tritt ein Blutabgang im Bereich des Anus auf oder entdeckt der Patient Blut im Stuhl, sollte er sofort einen Arzt konsultieren um abzuklären, ob dies lediglich mit einem Hämorrhoidalleiden zusammenhängt oder andere gravierendere Ursachen hat.

6 Notwendige Abklärungen und diagnostische Möglichkeiten

Leider können verschiedenste Magen-Darmerkrankungen die oben erwähnten Beschwerden hervorrufen, so dass der Arzt zunächst einen sehr genauen Ablauf der Krankengeschichte erfragen muss, vielleicht wie folgt: "Seit wann bestehen Schmerzen im Bauch und Stuhlunregelmässigkeiten? Haben die Beschwerden einen Zusammenhang mit bestimmten Nahrungsmitteln oder insgesamt mit der Nahrungsaufnahme? Gibt es einen deutlichen Gewichtsverlust, einen Leistungsknick?" Fragen nach Blut im Stuhl oder Blutauflagerungen auf dem Stuhl sind ebenfalls sehr wichtig. "Gibt es in der nahen Verwandtschaft besondere Darmerkrankungen oder Menschen, die ein Dickdarmkarzinom hatten?" Dann wird der Arzt den Bauch untersuchen und fühlen, ob es eine deutliche Überblähung gibt, ob ein Tumor zu tasten ist oder ob Bruchpforten vorhanden sind. Eine Laboruntersuchung wird sicherlich durchgeführt, um eine Übersicht über alle Organfunktionen zu bekommen und um

beispielsweise eine Blutarmut auszuschliessen. Da der überwiegende Teil der Karzinome im Enddarm gefunden wird, gehört beim geringsten Verdacht auf einen Tumor in diesem Bereich eine digitale Untersuchung des Enddarmes durch den Arzt dazu. Hat sich bis dahin der Verdacht auf ein Kolon- oder Rektumkarzinom bestätigt, muss man zusätzlich eine Enddarm- und/oder Dickdarmspiegelung vornehmen und dabei Gewebeprobe von allen verdächtigen Stellen der Schleimhaut entnehmen. Weiterhin wird man eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens machen, um die Leber (Metastasen), Gallenblase, Gallenwege, Bauchspeicheldrüse und Nieren zu beurteilen. Je nach Lage und Grösse des Tumors sowie anderer Begleiterkrankungen des Patienten können zusätzlich Spezialuntersuchungen, wie beispielsweise eine CT-Untersuchung, eine Endosonographie des Enddarmes (die genaue Lage des Tumors ist für die Operationsplanung sehr wichtig), ein Herzultraschall oder eine Lungenfunktionsdiagnostik, notwendig werden.

7 Wie kann ein kolorektales Karzinom behandelt werden?

Hat sich die Diagnose eines Kolon- oder Rektumkarzinoms bestätigt, so ist eine chirurgische Entfernung des Tumors die Therapie der Wahl. Diese kann, je nach Tumorstadium, den Patienten definitiv von seinem Tumorleiden befreien. Konservative Therapien, wie zum Beispiel die Chemotherapie, werden nur ergänzend benutzt. Vor der Operation erfolgt eine Darmspülung, damit beim Entfernen und Zusammenfügen des Darmes keine Infektionen durch Keime entstehen. Aus diesem Grund erhält auch jeder Patient vor der Operation eine Antibiotikagabe, die auch nach der Operation noch mehrere Tage fortgeführt wird. Ziel einer Dickdarmoperation, völlig gleich an welcher Stelle sich das Karzinom befindet, ist die Entfernung des tumortragenden Darmabschnittes sowie der dazugehörigen Lymphknoten und das Reanastomosieren (Anastomose = Wiedervereinigung von Hohlorganteilen) der Dickdarmbereiche.

Exemplarisch soll im Folgenden eine Hemikolektomie rechts beschrieben werden. Führt man diese Operation durch, so befindet sich der Tumor irgendwo im aufsteigenden Teil des Dickdarmes auf der rechten Seite des "Rahmens". Der Zugang zur Bauchhöhle erfolgt über einen Schnitt, der zwei bis drei Querfinger oberhalb des Nabels beginnt, diesen dann bogenförmig links umfährt und weiter nach unten bis zur Schamhaargrenze zieht. Dann wird die Bauchdecke durchtrennt und die Bauchhöhle eröffnet. Der Chirurg tastet zunächst alle Organe wie Leber, Milz und Magen mit der Hand ab, um sich zu orientieren: Finden sich vergrösserte Lymphknoten oder Metastasen? Hiernach sucht er sich das aufsteigende Kolon auf der rechten Seite sowie das "Zoekum", den Teil des Dickdarmes, in welchen der Dünndarm einmündet. Liegt der Tumor nämlich sehr nah an dieser Einmündungsstelle, muss der Chirurg mit dem Entfernen von Dünndarm sehr sparsam sein, da dort viele Gallensäuren aufgenommen werden. Dann wird der Chirurg anhand der Tumorlokalisation die Grenzen markieren, an denen er den Darm durchtrennen will. Die Aufhängebänder zwischen Dickdarm und Leber sowie Dickdarm und Magen müssen durchtrennt werden. Da Teile des aufsteigenden Dickdarmes am Bauchfell fixiert sind, wird dieser vorsichtig von seiner Unterlage gelöst und in Richtung Bauchmitte mobilisiert. Dabei muss vor allem auf den Harnleiter geachtet werden, der rückseitig im Bauchfell verläuft. Im nächsten Schritt werden die von der "Mitte des Rahmens" nach aussen zum Dickdarm verlaufenden Gefässe in ihrem Gewebestrang vorsichtig freipräpariert. Im erforderlichen Abstand zum Tumor wird der Darm zu beiden Seiten abgeklemmt. Die bereits freipräparierten Gefässe werden unterbunden, und der Darm wird an den zwei Stellen durchtrennt und entfernt. Die verbleibenden Stümpfe werden desinfiziert, und Dickdarm und Dünndarm werden sorgfältig wieder aneinander genäht. Es wird eine Silikon Drainage in die Nähe der Anastomose gelegt und separat ausgeleitet. Nach der Kontrolle auf Bluttrockenheit wird die Bauchdecke wieder schichtweise verschlossen. Befindet sich ein Tumor im querverlaufenden oder absteigenden Teil

des Dickdarmes, wird, unter spezieller Berücksichtigung der Gefässversorgung und anderer Details, bezüglich der Operationsabfolge genauso vorgegangen wie bei der Hemikolektomie, nur das ein anderer Bereich des Darmes betroffen ist.

Komplizierter wird das Verfahren, wenn der Tumor im Enddarm liegt, da hier der Darm bereits im kleinen Becken verläuft und deshalb operativ schwerer zugänglich ist. Die kurative Therapie eines Enddarmkarzinoms geschieht zum Beispiel durch eine anteriore Rektumresektion. Der Zugang zur Bauchhöhle erfolgt genauso wie bei der Hemikolektomie. Danach wendet sich der Operateur dem linken Unterbauch zu und sucht den tumortragenden Darmabschnitt auf. Aus den Voruntersuchungen weiss der Chirurg in der Regel, in welcher Höhe der Tumor zu finden ist. Dieses Wissen ist vor allem bei den Enddarmtumoren sehr wichtig, da der Abstand vom Tumor zum After für die Operationsplanung, vor allem aber bei der Durchführung der Anastomose in diesem Bereich, eine grosse Rolle spielt. Um im Bereich des Rektums Darm reseziieren zu können, muss zunächst das Kolon descendens als vorgehender Darmanteil vom Untergrund gelöst und mobilisiert werden. Bei bösartigen Tumoren werden die zugehörigen Lymphknoten an den grossen Gefässen aufgesucht und entfernt. Die von der Mitte des Abdomens ausgehenden Gefässe in den Aufhängebändern der Darmabschnitte (Mesenterien) werden ganz zentral, am Unterrand der Bauchspeicheldrüse, dargestellt und abgesetzt. Damit wird das ganze Abflussgebiet der Lymphe mit den Lymphbahnen und den Lymphknoten radikal entfernt. Dieser Schritt ist bei einem Tumorleiden wichtig. Die Zahl der gefundenen und vom Tumor befallenen Lymphknoten ist für die Zukunft (Prognose) und für eine adäquate Behandlung mit Chemotherapie entscheidend. Anschliessend wird das Rektum, das im kleinen Becken liegt, mobilisiert, wobei der Chirurg sorgfältig darauf achten muss, beide Harnleiter nicht zu verletzen. Das Rektum liegt in einem Aufhängeband von umgebendem Fettgewebe (Mesorektum), in dem die Gefässe und Lymphbahnen verlaufen. Das Mesorektum wird gründlich entfernt, um eventuell vorhandene Metastasen zu beseitigen. Diese moderne chirurgische Methode (TME, Totale Mesorektale Exzision) wurde 1985 von Professor Bill Heald eingeführt. Der tumortragende Darmabschnitt mit den zugehörigen Aufhängebändern (Mesenterien) und alle möglicherweise tumorbefallenen Lymphgefässe und Lymphknoten werden entfernt. Die für die männliche Potenz wichtigen Nervi cavernosi, die nahe an der Stelle verlaufen, an welcher der Rektumanteil entfernt werden muss, können dank dieser Technik praktisch immer erhalten bleiben. Im nächsten Schritt wird die Kontinuität des Darmes wieder hergestellt. Dazu werden modernste Stapler sowie Klammernahtapparate benutzt. Sie ermöglichen Anastomosen des Darmes auch nur wenige Zentimeter vom After entfernt, an Stellen also, an welchen vor einigen Jahren Nähte noch nicht möglich waren und die Patienten folglich mit einem künstlichen Darmausgang (Anus praeter) leben mussten. Heute braucht weniger als einer von fünf betroffenen Patienten noch einen Anus praeter. Schliesslich folgen die Kontrolle auf Bluttrockenheit, die Einlage einer Silikon Drainage und der schichtweise Verschluss der Bauchdecke.

Zum Schluss sollen noch zwei chirurgische Massnahmen erwähnt werden, die bei sehr speziellen Situationen ihre Anwendung finden. Zum einen ist das die Ileo-transversostomie, die bei grossen, darmeinengenden Tumoren im rechten Kolon durchgeführt wird. Dabei wird sozusagen eine "Umgehung" des Tumors vorgenommen. Der Dünndarm wird Seite zu Seite mit dem Teil des Querkolons zusammengenäht, der nach dem Tumor gelegen ist, damit die Passage durch den Darm ungehindert möglich wird.

Eine weitere Massnahme, die leider in der Darmchirurgie häufig nicht vermieden, für den Patienten aber zu einer starken psychischen Belastung werden kann, ist die Anlage eines künstlichen Darmausganges (Anus praeter). Er dient der Ableitung von Stuhl und Gas eines Darmabschnittes über die Bauchdecke nach aussen in einen Beutel. Je nachdem, ob ein Dünndarm- oder Dickdarmanteil ausgeleitet wird, spricht man von einem Ileostoma

oder Kolostoma. Entweder kann ein Stoma als kurzfristige Massnahme angelegt werden mit dem Ziel, nach einigen Monaten die Darmkontinuität durch eine Rückverlagerung wieder herzustellen, oder es handelt sich um eine endgültige Ausleitung. Die Gründe, die zur Anlage eines Stomas führen, sind unterschiedlich:

1. Drohender Darmverschluss durch einen nicht resezierbaren Tumor;
2. Entzündliche Darmerkrankungen;
3. Zum Schutz eines erkrankten Darmabschnittes, bis dieser wieder voll funktionsfähig ist.

Muss der Chirurg ein Stoma anlegen, wird er an geeigneter Stelle eine ausreichend grosse Öffnung der Bauchdecke vorbereiten. Durch diese wird vorsichtig der Darmstumpf gezogen und sorgfältig eingenäht. Die in der Bauchdecke liegende Darmöffnung wird dann mit einem speziellen Beutel versorgt. Viele Patienten fühlen sich zuerst durch eine Stomaanlage stark belastet. Sie fühlen sich nicht mehr gesellschaftsfähig und genieren sich, obwohl die heutigen Einmalmaterialien zur Stomapflege hervorragend sind und den Patienten ein sicheres Gefühl vermitteln. Helfen kann hier manchmal die [Selbsthilfegruppe der Stomaträger \(ILCO\)](#)¹, die den betroffenen Patienten menschlich und fachlich kompetent zur Seite steht. Aber auch spezielle Pflegefachleute, so genannte Stomatherapeuten, vermögen den Patienten eine hilfreiche Unterstützung im Alltag zu sein.

8 Was geschieht nach der Behandlung?

In der Regel wird der Patient nach der Operation ein bis zwei Tage auf der Intensivstation betreut. Alle wichtigen Laborwerte werden kontrolliert, und es wird eine ausreichende Schmerz- und Infusionstherapie angesetzt. Die Antibiotikagabe wird fortgesetzt. Aufgrund der Darmanastomose darf der Patient bis zu fünf Tagen nichts essen und trinken, damit es in diesem Bereich zu keiner Undichtigkeit kommt - eine Komplikation, die sehr aufwändig zu behandeln ist. Nach diesen Tagen darf der Patient wieder ein wenig trinken, damit auch der Darm seine Tätigkeit wieder aufnimmt. Dies kann eine ziemlich schmerzhafte Phase für den Patienten sein, da der Darm zum Teil überbläht ist (Lähmung) und seine Tätigkeit häufig mit Krämpfen wieder aufnimmt. Nach und nach wird die Nahrung über Suppe und pürierte Kost weiter aufgebaut.

Bei Patienten mit ausgedehnteren Tumoren im Rektum muss in Absprache mit den Onkologen und Radioonkologen eine zusätzliche Chemotherapie oder Radiotherapie besprochen werden. Denn oft ist bereits vor einer Operation eine Behandlung mit Chemotherapeutika wichtig, um eine Resektion überhaupt zu ermöglichen oder um die Resultate mit einer Kombinationstherapie zu verbessern. Bei fortgeschrittenen Tumoren ist dieses Vorgehen heute ganz wichtig. Dennoch bleibt die wichtigste Therapie die Totale Mesorektale Exzision (TME) des Rektums durch einen erfahrenen Chirurgen. Wurde dem Patienten ein Stoma angelegt, wird er durch einen speziellen Stomaberater mit den Abläufen und Materialien vertraut gemacht, die zur Stomapflege gehören. Je nach Grösse und Art des entfernten Tumors erfolgt eine individuelle Nachsorge jedes Patienten. In bestimmten Zeitabständen werden Tumormarker kontrolliert, und es werden eine Ultraschall- oder CT-Untersuchung des Abdomens sowie eventuell eine Darmspiegelung durchgeführt, um sicher zu gehen, dass keine Metastasen aufgetreten sind oder dass kein neuer Tumor entstanden ist.

¹ Bitte verlinken mit <http://www.ilco.ch/>