



## Dickdarmkrebs und Mastdarmkrebs (Colon/rektum-karzinom)

Der Dick- und Mastdarmkrebs (kolorektales Karzinom) steht an Platz 2 der tumorbedingten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr wird in Deutschland auf 66.000 geschätzt. Es ist vorwiegend eine Erkrankung des höheren Lebensalters, über 90% der Patienten erkranken nach dem 50. Lebensjahr.

### Heilungsaussicht

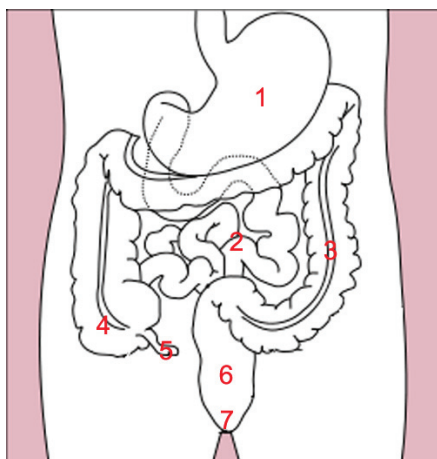
Die Prognose (Heilungsaussicht) korreliert streng mit dem Ausbreitungsstadium zum Zeitpunkt der Operation. So liegt im Stadium I (beschränkt auf innere Darmwandschicht, keinerlei Metastasen) die 5-Jahresüberlebensrate bei 90-100%, im Stadium II (alle Wandschichten durchsetzt, aber noch keine Metastasen) bei 60-90%, im Stadium III (Lymphknotenmetastasen) bei 30-80% und im Stadium IV (Fernmetastasen z. B. Ableger in der Leber) bei nur 15-20%. Kolorektale Karzinome entwickeln sich häufig aus Adenomen (Polypen) in einer Laufzeit von 5-10 Jahren.

### Vorsorge

Zur Prävention (Abtragung der Polypen) bzw. frühzeitigen Diagnose sind Vorsorgeuntersuchungen (Hämocult-Test, Coloskopie) spätestens ab dem 50. Lebensjahr dringend zu empfehlen.

### Symptome

Das Beschwerdebild kann unterschiedlich sein. Veränderungen der Stuhlgewohnheiten sind häufig ein erstes Warnsignal. Es kann zu Blutbeimengungen zum Stuhl, zu verstärkten Blähungen, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Gewichtsabnahme kommen. Häufig sind dies allerdings bereits Spätsymptome, so dass der Vorsorge eine überragende Bedeutung zukommt.



- 1 = Magen
- 2 = Dünndarm
- 5 = Wurmfortsatz
- 4 = aufsteigender Teil des Dickdarms
- 3 = absteigender Teil des Dickdarms
- 6 = Mastdarm
- 7 = After



**AGAPLESION**  
**BETHESDA KRANKENHAUS**  
STUTTGART

### **Diagnose**

In der Diagnostik ist die Darmspiegelung (vollständige Rektosigmoidoskopie) mit Entnahme von Gewebeprobe(n) entscheidend. Ist ein Karzinom festgestellt, werden zur weiteren Abklärung im Besonderen des Ausbreitungsmodus (Metastasierung) eine Sonographie, Computertomographie sowie eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbes durchgeführt.

### **Therapie**

Die Therapie ist radikal onkologisch (nach den Regeln der Krebstherapie), d.h. es wird der tumortragende Darmabschnitt im Gesunden (krebsfreie Schnittränder) einschließlich des lokalen Lymphabflussgebietes entfernt. Unser primäres Vorgehen der Wahl ist auch bei den bösartigen Darmerkrankungen die Laparoskopie. Bereits Anfang der 90er-Jahre konnte gezeigt werden, dass eine laparoskopische Sigmaresektion möglich ist (Jacobs M et al.: Surg Laparosc Endosc 1991;1:144-150). Inzwischen wissen wir, dass alle klassischen Darmkrebsoperationen auch in laparoskopischer Technik durchgeführt werden können. Wir wissen zudem, dass das für die Laparoskopie notwendige Pneumoperitoneum kein für die Krebsausbreitung zusätzliches Risiko darstellt (Zmora O et al.: Surg Endosc 2001;15:788-793), dass die laparoskopische Resektion gleiche onkologische Radikalität garantiert wie die offene Operation (Franklin ME et al.: Dis Colon Rectum 1996;39:35-46) und dass die Lymphknotenentfernung (Lymphadenektomie) gleich radikal wie herkömmlich erfolgen kann (Karolija et al.: Langenbecks Arch Surg 2003;387:366-371), sogar aufgrund der videoendoskopischen Technik mit der mehrfachen Vergrößerung und den besseren Dissektionsinstrumenten sicherer durchgeführt werden kann.

In der Chirurgie des Mastdarmes (Rektum) ist heute nach Heald die Totale Mesorektum Excision (TME) Standard; auch hier konnte gezeigt werden, dass die TME laparoskopisch in gleicher Qualität möglich ist wie in der offenen Chirurgie (Pikarsky AJ., Wexner SD: Surg Endosc 2002; 16:558-562).

### **Forschungsergebnisse**

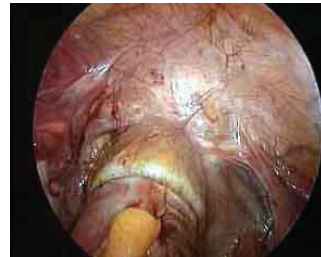
Inzwischen liegen die Ergebnisse einer Reihe großer randomisiert kontrollierter Studien vor (NEJM 2004;350:2224-2229 (COST-study), Lancet Oncol 2005;6:477-484 (COLOR-study), J Clin Oncol 2007;25:3061-3068 (CLASSIC-study) sowie die Ergebnisse einiger Metaanalysen (Cochrane DB: Syst Rev 2005;20:CD 003145; Br J Surg 2006;43:921-928; Ann Surg Oncol 2006;13:413-424, Cochrane DB: Syst Rev 2006;18: CD005200): Die laparoskopische Technik bietet signifikante Kurzzeitvorteile (weniger Schmerzen, kürzerer Krankenhausaufenthalt und eine raschere Rehabilitation. Das onkologische Spätergebnis ist gleich. Wenn zudem berücksichtigt wird, dass möglicherweise aufgrund der kleineren Schnitte Häufigkeit und Schweregrad

INFORMATIONEN



AGAPLESION  
BETHESDA KRANKENHAUS  
STUTTGART

späterer Narbenbrüche (siehe Informationen zum Narbenbruch) sowie intra-abdomineller Adhäsionen (Verwachsungen) reduziert werden kann, so besteht für uns kein Zweifel, dass auch beim kolorektalem Karzinom der patientenfreundlichen Technik der Vorzug gegeben werden sollte. Kritischer Punkt ist die Erfahrung. Nach einem Statement der „American Society of Colon and Rectal Surgeons“ sollten 20 laparoskopische Darmresektionen wegen gutartiger Erkrankung ausreichend sein, um erfolgreich ohne Schaden für den Patienten Karzinomoperationen durchführen zu können. Maßgeblich vom Team an der früheren Wirkungsstätte (Marienhospital Stuttgart) gesteuert, umfassen unsere Erfahrungen 1.488 laparoskopische Dick- und Mastdarmresektionen, davon 529 wegen einer bösartigen Erkrankung. Der Vergleich mit 1.000 offenen Resektionen aus unsere Vor-Laparoskopiezeit (Dissertation M. Weiske ) zeigt für die Laparoskopie eine von 31.9% auf 17.1% reduzierte Komplikationsrate bei einer um 33 Minuten verlängerten Operationszeit, einen von 21 auf 13 Tage reduzierten Krankenhausaufenthalt sowie einen Anstieg der pro Patient entfernten Lymphknoten von 10.4 auf 13.1.



#### **Zusammenfassung**

Auch wir können daher nach unseren bisherigen Erfahrungen den Schluss ziehen, dass bei streng standardisierter Technik und systematischer Ausbildung des Chirurgen die Laparoskopie signifikante Vorteile zum Mindesten im Kurzzeitverlauf hat und daher als Standardoperation auch beim Karzinom der herkömmlichen, offenen Technik vorgezogen werden sollte.

**Für weiteres Anschauungsmaterial klicken Sie auf den unten stehenden Link. Sie werden dann zu unserer Vimeo-Seite weitergeleitet und können ein Operationsvideo zum Thema ansehen.**

<http://vimeo.com/336000921>

**Weiterführende Informationen können Sie gerne jederzeit bei uns anfordern.**

INFORMATIONEN