



DICKDARM- UND ENDDARMKREBS – MODERNSTE CHIRURGISCHE TECHNIK IM INTERDISZIPLINÄREN BEHANDLUNGSKONZEPT

Von **PD Dr. med. Hans Peter Klotz**,
Facharzt FMH Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie,
und Facharzt FMH Intensivmedizin

Die bösartigen Tumorerkrankungen des Dickdarmes (Kolonkarzinome) und des Enddarmes, der letzten 15 cm des Darmrohres (Rektumkarzinome), zählen in der Schweiz zu den häufigsten Krebserkrankungen. Die Geschwülste, welche ihren Ursprung in der Darmauskleidung, d.h. in der Schleimhaut haben, verursachen zu Beginn kaum Symptome, äussern sich später aber häufig durch Unregelmässigkeiten des Stuhlgangs wie auch durch Blutbeimengungen im Stuhl. Die Diagnose erfolgt in jedem Fall durch eine Darmspiegelung (Koloskopie). Auf diesem Weg lassen sich auch Gewebeprobe entnehmen, um die Diagnose eines bösartigen Tumors zu sichern.

Komplette Entfernung eines Dickdarmtumors

Der Dickdarm (Kolon) ist in anatomisch definierte Abschnitte unterteilt, welche sich durch die Blutversorgung und die dazugehörigen Lymphgefässe und Lymphknoten unterscheiden. Dementsprechend werden Kolonkarzinome mit

einem genügenden Sicherheitsabstand innerhalb dieser vorgegebenen Grenzen radikal entfernt. Die Darmenden werden wieder zusammengefügt, Zusatzbehandlungen mit Medikamenten (Chemotherapie) oder mit Strahlen (Radiotherapie) sind nur in ausgewählten Fällen nötig.

Interdisziplinäre Behandlung bei Enddarmtumor

Die Behandlung des Rektumkarzinoms stand in den letzten Jahren zunehmend im Zentrum des klinischen und wissenschaftlichen Interesses. Die enge Nachbarschaft zum Darmausgang, zu den umliegenden Organen (Vagina/Prostata und Harnblase), den Blutgefässen und den Nerven des kleinen Beckens machen den Tumor in jedem Fall zu einer sehr ernst zu nehmenden Erkrankung (Abb. 1). Entsprechend aufwändig gestaltet sich die Abklärung vor der Operation: Neben der obligaten Endoskopie wird in jedem Fall eine Ultraschalluntersuchung über den After (Endosonographie) durchgeführt, um die genaue Tiefenausdehnung des Tumors, den Bezug zu Nachbarorganen und den Befall

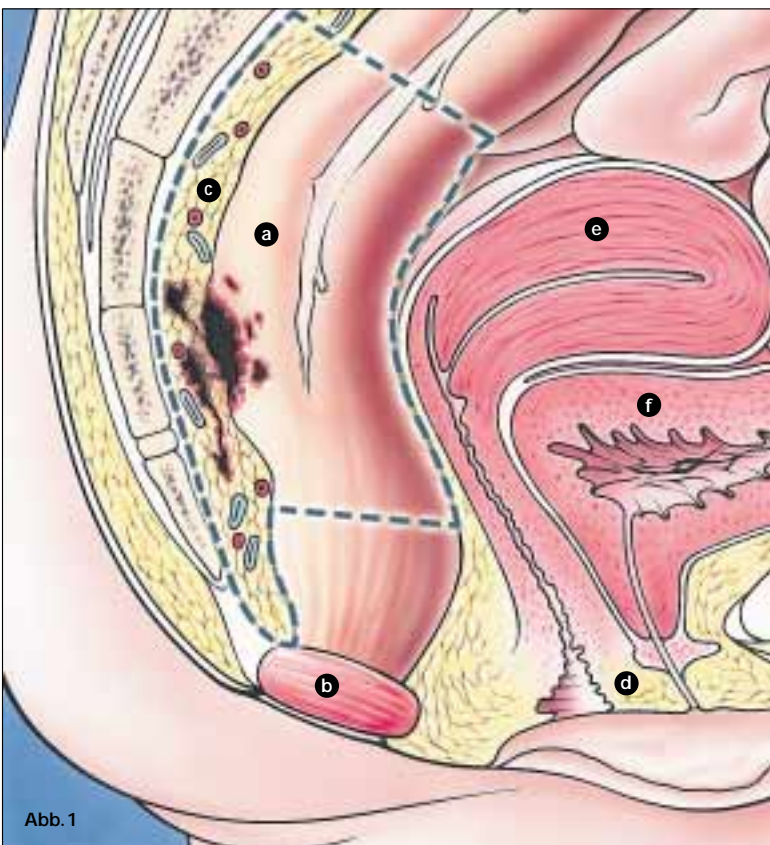


Abb. 1

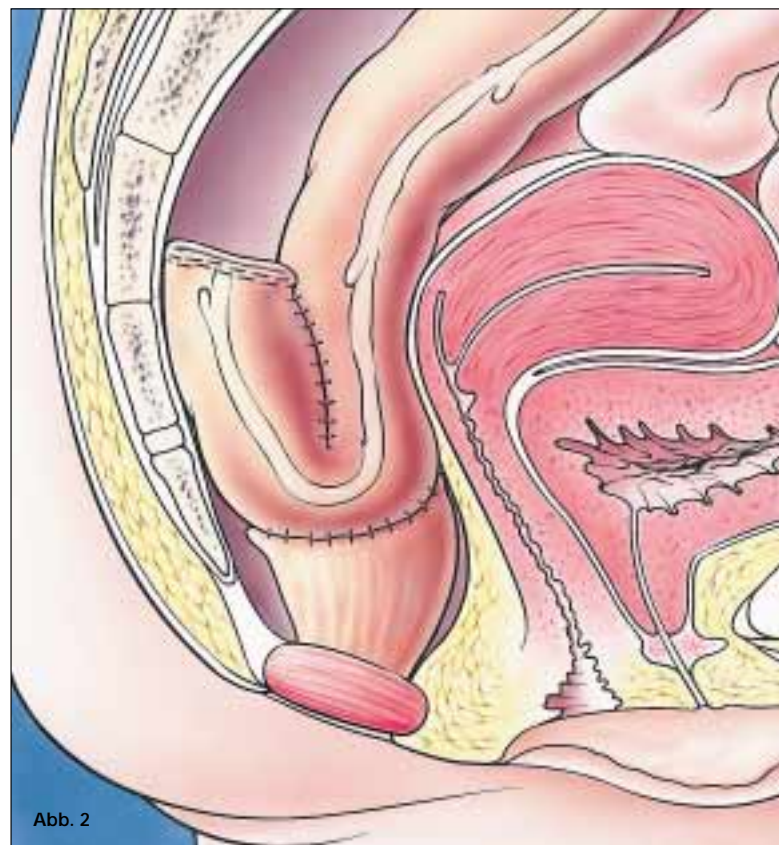


Abb. 2

Abb. 1/2

Längsschnitt durch das kleine Becken einer Frau

Abb. 1

Vor der Operation: Der Enddarmtumor wächst nach hinten in das umgebende Fettwebe (Mesorektum) ein und bildet dort kleine Tumorableger. Die geplanten Schnittränder sind markiert (unterbrochene blaue Linie).

- a: Enddarm mit Karzinom
- b: Schliessmuskel
- c: Mesorektum mit Gefässen
- d: Vagina
- e: Gebärmutter
- f: Blase

Abb. 2

Nach der Operation: Der Enddarm und das Mesorektum sind entfernt. Der Schliessmuskel ist erhalten. Das J-förmige neue Stuhlreservoir aus Dickdarm ersetzt den Enddarm.

wird heute vorzugsweise mit einem feinen Wasserstrahl (ERBE HELIX HYDRO-JET®) durchgeführt. Eine selektive Trennwirkung ermöglicht die sichere Präparation entlang der definierten Grenzflächen des Mesorektums. Die autonomen Nerven des kleinen Beckens werden dabei identifiziert, geschont und entsprechende Funktionsstörungen von Blase und Geschlechtsorganen weitgehend verhindert.

Modernste Klammernahtgeräte und Nahtmaterialien erlauben bei tief sitzenden Tumoren durch direkte Naht der Darmenden die Erhaltung des Schliessmuskels und die Bildung eines neuen Stuhlreservoirs (Abb. 2). Ein allfälliger

künstlicher Darmausgang dient lediglich für wenige Wochen der Sicherheit bis zur Heilung der Darmaht.

Allein durch die Optimierung der chirurgischen Technik konnten die onkologischen Resultate und die Lebensqualität der Patienten nach Rektumkarzinomchirurgie in nie geahntem Ausmass verbessert werden.

Individuelles Risikoprofil

Die Frage, welche Patienten eine zusätzliche Chemotherapie und/oder Radiotherapie benötigen, ist Gegenstand aktueller Studien. Die Erstellung eines individuellen Risikoprofils wird in Zukunft eine Entscheidungsfindung auf wissenschaftlicher Basis ermöglichen.

Das interdisziplinäre Team zur Behandlung von Tumoren des Dickdarms und des Enddarms an der Klinik Im Park verfügt heute über die nötige hohe fachliche Qualifikation und die Erfahrung, um mit modernster Infrastruktur und entsprechendem Material die bestmöglichen Resultate für die betroffenen Patienten zu erzielen. Die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien erlaubt die rasche Einführung neuer Verfahren und lässt die Patienten früh vom medizinischen Fortschritt profitieren.

PD Dr. med. Hans Peter Klotz
Facharzt FMH Chirurgie,
spez. Viszeralchirurgie, und
Facharzt FMH Intensivmedizin

Fertigkeitsausweis Sonographie des Abdomens (SGUM)

Viszeralchirurgie Bellaria
Klinik Im Park

Sekretariat
Frau Ruth Ursula Baserga
Medizinische Praxisassistentin

Bellariastrasse 38
CH-8038 Zurich
T 01 209 20 90
F 01 209 20 91
info@chirurgie-bellaria.ch
www.chirurgie-bellaria.ch

In Zusammenarbeit mit:

Arbeitsgruppe interdisziplinäre Tumorthherapie
Klinik Im Park

Laparoskopie.ch
www.laparoskopie.ch