Darmkrebs

Rechtzeitig erkannt gut heilbar

Dickdarmkrebs verursacht lange keine Beschwerden – die Früherkennung spielt daher eine wichtige Rolle im Kampf gegen den Darmkrebs.

Etwas mehr als jeder zehnte Krebsfall in der Schweiz betrifft den Darm (Dick- und Enddarm). Darmkrebs ist in der Schweiz bei Männern die dritthäufigste und bei Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung. Pro Jahr erkranken rund 4300 Personen neu an Darmkrebs, etwa 1200 Menschen sterben jährlich daran, weil auch heute noch die Hälfte der Erkrankungen erst in einem späten Stadium entdeckt wird, wenn sich bereits Ableger in anderen Organen gebildet haben. Fast alle Betroffenen sind über 50 Jahre alt. Die Ausnahme bildet eine genetisch bedingte, familiäre Häufung von Darmkrebs bei jüngeren Patienten. In einem frühen Stadium ist Darmkrebs fast immer heilbar. Dank neuer Therapien sind zudem heute auch die Aussichten für Patienten mit fortgeschrittenem Darmkrebs besser als noch vor Jahren oder Jahrzehnten.

Aus Polypen wird Krebs

Die Schleimhaut des Darms, die das Darminnere auskleidet, wird stark beansprucht und erneuert sich deshalb sehr rasch. Mit zunehmendem Alter schleichen sich bei den neuen Schleimhautzellen häufiger Fehler im Erbgut ein, sodass zunächst gutartige Wucherungen, speziell Polypen, entstehen können. Mit der Zeit können sich daraus bösartige Darmtumoren entwickeln – es dauert in der Regel ungefähr zehn Jahre, bis aus einem gutartigen, kleinen Polyp ein Krebs wird. Im fortgeschrittenen Stadium erreicht der Krebs die Blut- und Lymphbahnen, es kann zu Metastasen kommen – vorwiegend in Leber und Lunge. Ein Tumor im Dickdarm bildet sich meistens nicht von heute auf morgen, sondern sehr langsam über Jahre oder Jahrzehnte hinweg.

Es gibt keine eindeutige Ursache für Dickdarm- und Enddarmkrebs; als mögliche Risikofaktoren und Ursachen werden eine fleischreiche, fettreiche und faserarme Kost, Nikotinkonsum, Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel diskutiert. Ein erhöhtes Risiko, an Dickdarmkrebs zu erkranken, findet sich bei Personen aus Familien, in denen Eltern oder Geschwister an Darmkrebs erkrankt sind, sowie bei Patienten, bei denen bereits Darmpolypen entfernt wurden oder die an einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn leiden. Nicht zuletzt erhöht auch das Auftreten bestimmter anderer Krebsarten wie Gebärmutterkrebs und Eierstockkrebs das Darmkrebsrisiko.

Symptome zeigen sich spät

Dickdarm- und Enddarmkrebs kann sich ohne erkennbare Symptome über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln, da er langsam wächst. Beschwerden treten oft schubweise auf. Sie sind manchmal so allgemein und uncharakteristisch, dass sie auch eine ganz andere Ursache haben können. Sobald Symptome auftreten, befindet sich der Krebs meist schon in einem fortgeschrittenen Stadium. Die häufigsten Anzeichen für Darmkrebs sind veränderte Stuhlgewohnheiten, Wechsel von Verstopfung und Durchfall, Blut im oder am Stuhl, wiederholte, krampfartige Bauchschmerzen und Symptome wie Leistungsabfall, Müdigkeit und Gewichtsabnahme. Sichtbares Blut im Stuhl ist ein Alarmsignal und sollte immer vom Hausarzt untersucht werden.

Früherkennung rettet Leben

Wichtigstes Ziel der Darmkrebsfrüherkennung ist es, das Auftreten von Darmkrebs zu verhindern, indem Vorstufen dieses Krebses (Polypen oder Adenome) frühzeitig erkannt und behandelt werden kön-

nen. Voraussetzung dafür ist, dass man sich regelmässig untersuchen lässt. Die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen – ein Stuhltest auf Blut alle zwei Jahre oder eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) alle zehn Jahre – bezahlt die Krankenkasse für alle Personen im Alter von über 50 Jahren. Bei familiär vorbelasteten Personen empfiehlt sich die Vorsorgeuntersuchung alle fünf Jahre, bereits ab dem 40. Lebensjahr oder zehn Jahre vor dem Alter, in dem die Erkrankung beim Verwandten aufgetreten ist.

Darmspiegelung ist schmerzfrei

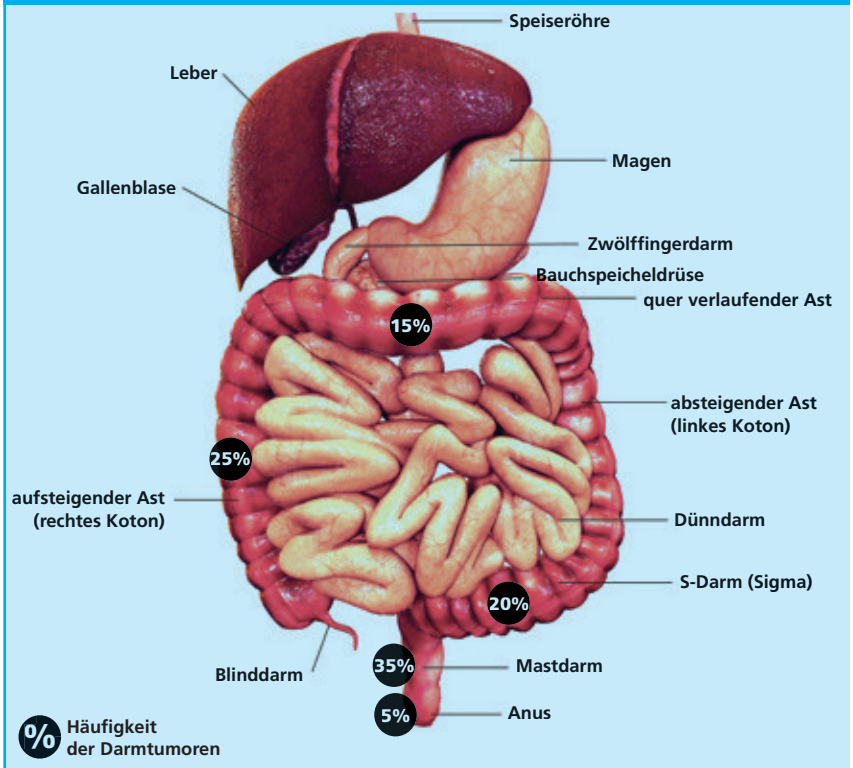
Der Stuhlbluttest ist eine schmerzfreie Untersuchung, allerdings gibt nicht jeder Darmkrebs und nicht jedes Adenom Blut in den Stuhl ab. Die Spiegelung des Darms ist derzeit die zuverlässigste Methode zur Darmkrebsfrüherkennung. Der unangenehmste Teil dürfte die Vorbereitung darauf beziehungsweise die Darmentleerung sein, denn hier gilt es, für klare Sicht im Darm zu sorgen. Deshalb müssen in den Tagen vor der Untersuchung Ernährungsgewohnheiten vorübergehend geändert und spezielle Abführmittel nach Vorgabe eingenommen werden. Die eigentliche Dickdarmspiegelung hingegen ist schmerzfrei, ein Schlafmittel während der Untersuchung erleichtert diese. Dabei werden der End- und der gesamte Dickdarm mit einem dünnen flexiblen Schlauch (Endoskop), an dessen Spitze eine Kamera angebracht ist, untersucht. Dieses Verfahren hat den Vorteil, dass sich mit hoher Genauigkeit Krebs und Vorstufen von Darmkrebs entdecken lassen. Diese Polypen können mit einer Zange oder einer Schlinge in derselben Sitzung entfernt werden. Wichtig ist, dass die Koloskopie von einem erfahrenen Gastroenterologen ausgeführt wird.

Diagnose Krebs – wie weiter?

Zeigen sich bereits Symptome oder stellt sich im Rahmen der Früherkennung heraus, dass es sich um Darmkrebs handelt, sind weitere Untersuchungen nötig. Die Prognose für den weiteren Verlauf der Erkrankung hängt davon ab, in welchem Stadium sich der Tumor zum Zeitpunkt der Entdeckung befindet, das heisst, wie ausgedehnt er ist, wie sehr er die Darmwand befallen hat und ob Metastasen bereits in Lymphknoten oder andere Organe eingedrungen sind.

Die Therapie wird heutzutage interdisziplinär geplant und überwacht, das heisst Spezialisten der verschiedenen Fachdisziplinen beurteilen die Situation in sogenannten Tumorboards gemeinsam und entwickeln für jeden Patienten die bestmögliche Therapie. Grundsätzlich stehen verschiedene Behandlungsverfahren zur Verfügung: Operation, Chemotherapie, Bestrahlung und die Behandlung mit zielgerichteten, modernen Medikamenten. Für die meisten Patienten steht am Anfang der Behandlung die chirurgische Entfernung des Tumors. Falls der Dickdarmkrebs noch keine Lymphknoten befallen und nicht gestreut hat, besteht

Aufbau des Darms



Vom Mund gelangt die Nahrung durch die Speiseröhre in den Magen und anschliessend in den drei bis fünf Meter langen Dünndarm. Auf dem Weg durch die Verdauungsorgane wird die Nahrung nach und nach aufgespalten; dabei werden ihr Nährstoffe und Bestandteile (Fett, Eiweiss, Zucker usw.) entzogen und dem Organismus als «Treibstoff» zugeführt. Im rund 1,5 Meter langen Dickdarm wird den verbleibenden Nahrungsresten vor allem Flüssigkeit entzogen. Der eingedickte Stuhl gelangt am Ende des Dickdarms in das sogenannte Sigma, bevor er in den etwa 15 Zentimeter langen Enddarm übergeht und von dort durch den After (Anus) ausgeschieden wird. Ein Viertel aller kolorektaler Karzinome findet sich im rechten Kolon, ein Viertel im Sigma, rund ein Drittel ist ausschliesslich auf das Rektum beschränkt. Krebs im Dünndarm ist selten (pro Jahr erkranken etwa 200 Menschen daran), ebenso wie die Krebserkrankung der Afterregion (Analkarzinom).

im Anschluss an die Dickdarmteilentfernung kein Grund für eine Chemotherapie. Beim Enddarmkrebs, besonders wenn der Tumor nahe beim Schliessmuskel liegt, erfolgt eine vorgängige kombinierte Bestrahlung und Chemotherapie, um den Tumor vor der Operation zu verkleinern. Wichtig und gut zu wissen: Ein dauerhafter künstlicher Darmausgang kann heute fast immer vermieden werden, ausser der Tumor befindet sich im untersten Abschnitt des Mastdarms mit Kontakt zum Schliessmuskelapparat. In vielen Fällen wird eine Darmkrebsoperation heute minimalinvasiv («Schlüsselloch-Technik») durchgeführt.

Beschwerden lindern

Wenn möglich werden auch die Ableger in anderen Organen operiert. Ist die Erkrankung so weit fortgeschritten, dass eine Operation nicht mehr infrage kommt und mit einer vollständigen Heilung nicht mehr gerechnet werden kann, wird versucht, das Wachstum des Tumors mit einer medikamentösen Therapie, unter anderem Chemotherapie, zu bremsen. In diesem Stadium stehen die Linderung auftretender Beschwerden und die Lebensqualität im Vordergrund (palliative Therapie).

Hat ein Patient den Krebs überwunden, hat er Aussicht auf ein ganz normales Leben. Das Risiko, dass neues Tumorwachstum oder Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten, ist in den ersten Jahren nach der Operation am höchsten, regelmässige Nachsorgeuntersuchungen sind deshalb unumgänglich.

Behandlung im Spital Thun

Die umfassende Behandlung von Patienten mit Darm- und Mastdarmkrebs setzt eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit voraus – im Spital Thun wird diese mit viel Herzblut und Engagement gelebt, was eine komplette Diagnostik und Therapieplanung innerhalb kurzer Zeit ermöglicht. An einem wöchentlich stattfindenden Tumorboard geben alle involvierten Spezialisten – Onkologen, Chirurgen, Gastroenterologen Radiologen, Radioonkologen, Pathologen und gegebenenfalls Fachärzte aus weiteren betroffenen Fachgebieten – ihre Expertise ab, sodass für jeden Patienten individuell die beste Behandlung und Therapie gewählt und der Behandlungspfad nach klar definierten Kriterien festgelegt werden kann. Dabei steht nicht nur die rein medizinische Krebsbehandlung im Vordergrund, sondern auch die psychosoziale Betreuung der Patienten sowie ihrer Angehörigen wird mit in die Behandlung einbezogen. Das Spital Thun nimmt zudem regelmässig an klinischen Studien teil und ermöglicht Patienten so den Zugang zu den neusten Therapien und Medikamenten – momentan sind zwei Studien zu Dickdarmkrebs aktuell.

Um die Behandlung von Darmkrebspatienten noch zu verbessern, strebt die Spital STS AG für nächstes Jahr die Zertifizierung als Darmkrebszentrum mit dem Label der Deutschen Krebsgesellschaft und als «European Cancer Centre» an. Dass bereits heute alle für die Zertifizierung benötigten Leistungen und Disziplinen im Spital Thun angeboten werden, unterstreicht die grosse Expertise bei der Behandlung von Darmkrebs. «Der Zertifizierungsprozess hilft, unsere Strukturen und Pfade zu überprüfen und allenfalls noch zu optimieren, denn wir wollen unseren Patienten die beste medizinische Qualität und bestmögliche Betreuungsqualität anbieten», sagt Jean-Marc Lüthi, Chefarzt der Onkologie.

Ebenfalls fürs nächste Jahr geplant ist die Zertifizierung des Brustzentrums mit dem Label der Deutschen Krebsgesellschaft.

Die Auskunftspersonen

Prof. Dr. med. Georg R. Linke
Facharzt FMH für Chirurgie, Schwerpunkt Viszeralchirurgie
Chefarzt Chirurgische Klinik

Dr. med. Jean-Marc Lüthi
Facharzt FMH für Medizinische Onkologie und für Allgemeine Innere Medizin
Chefarzt Onkologie

Dr. med. Andreas Frenzer
Facharzt FMH für Gastroenterologie und für Allgemeine Innere Medizin
Leiter Gastroenterologiezentrum Thun-Berner Oberland

Kontakt:

Spital STS AG, Spital Thun
Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun
Tel. 058 636 26 63 (Dr. Linke)
Tel. 058 636 26 45 (Dr. Lüthi)
Tel. 058 636 26 85 (Dr. Frenzer)
georg.linke@spitalstsag.ch
jean-marc.luethi@spitalstsag.ch
andreas.frenzer@spitalstsag.ch

Link zur Website des Onkologie- und Hämatologiezentrums Thun-Berner Oberland

Patienten können sich auch an Spezialisten der Spitäler fmi AG wenden.