

DIE INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG VON DARMKREBS NACH DEN LEITLINIEN DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT

Von **PROF. DR. MED. OTHMAR SCHÖB**, Facharzt für Chirurgie, spez. Thorax- und Viszeralchirurgie, Chairman Darmkrebszentrum, **PROF. DR. MED. ROLF B. SCHLUMPF**, Facharzt für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie und Traumatologie, und **DR. MED. NATALIE KUCHEN**, Fachärztin für Chirurgie, Koordinatorin Darmkrebszentrum

UM PATIENTEN MIT DARMKREBS DIE BESTMÖGLICHE BERATUNG UND BEHANDLUNG ANZUBIETEN, BÜNDELT DAS DARMKREBSZENTRUM DER KLINIK HIRSLANDEN DIE KOMPETENZEN VERSCHIEDENER SPEZIALISTEN DER KREBSMEDIZIN. DAZU GEHÖREN GASTROENTEROLOGEN, CHIRURGEN, ONKOLOGEN, RADIOLOGEN, PATHOLOGEN UND RADIO-ONKOLOGEN (STRAHLENTHERAPIE). GEMEINSAM ERARBEITEN SIE FÜR JEDEN PATIENTEN EINEN INDIVIDUELLEN THERAPIEPLAN, DER SICH AN DEN BEHANDLUNGSLEITLINIEN DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT (DKG) ORIENTIERT. DIESE LEITLINIEN BERUHEN AUF DEM DERZEIT BESTEN VERFÜGBAREN MEDIZINISCHEN WISSEN. BELEGT WIRD DIESES QUALITÄTSVERSPRECHEN DURCH DIE IM VERGANGENEN SEPTEMBER ERFOLGTE DKG-ZERTIFIZIERUNG.

Der Dickdarmkrebs ist in der Schweiz die dritthäufigste Krebsart. Jährlich erkranken rund 4 300 Menschen daran. Das Risiko, einen Dickdarmkrebs zu entwickeln, steigt mit zunehmendem Alter, wobei Männer etwas häufiger betroffen sind als Frauen. Daneben ist eine Reihe von weiteren Risikofaktoren bekannt (vgl. Tabelle). Wird die Diagnose in einem frühen Stadium gestellt, ist die Erkrankung in den meisten Fällen heilbar. Dies gelingt bei einem hohen Prozentsatz durch ein minimal-invasives operatives Verfahren («Schlüsselloch-Technik»).

Risikofaktoren für die Entstehung von Darmkrebs

Geschlecht und Alter (Männer über 50)	Übergewicht
Familiäre Häufung und genetische Veranlagung	Rauchen
Ernährung: fett- und fleischreiche, ballaststoffarme Kost	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

WICHTIGE FRÜHERKENNUNG

Im Früh- und damit heilbaren Stadium verursacht der Dickdarmkrebs kaum Beschwerden. Daher haben die Screeningverfahren (Dickdarmspiegelung und Stuhluntersuchung auf Blut) einen hohen Stellenwert und werden Männern und Frauen ab dem 50. Lebensjahr empfohlen. Bei Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren übernehmen in der Schweiz die Krankenkassen die Kosten für die Früherkennungsuntersuchungen. In fortgeschrittenen Darmkrebs-Stadien können folgende Symptome auftreten: Änderungen im Stuhlverhalten, Blut im Stuhl (oft nicht sichtbar bei sehr geringen Mengen), Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Müdigkeit und Blutarmut. Bei grossen Tumoren kann es ferner zu einem Darmverschluss kommen (Notfall).

INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNG

Wird bei einer Dickdarmspiegelung eine Geschwulst entdeckt, wird in gleicher Sitzung eine Gewebeprobe zur mikroskopischen Untersuchung (Biopsie) entnommen.

Beim Nachweis von bösartigen Zellen muss als nächster Schritt das Erkrankungsstadium, sprich das Tumorstadium bestimmt werden. Von besonderem Interesse ist dabei neben der Grösse und Lokalisation des Tumors das Vorhandensein von Tochtergeschwulsten (Metastasen) in Lymphknoten und anderen Organen (v.a. Leber und Lunge). Hierfür kommt in den meisten Fällen die Computertomographie zum Einsatz. Nun wird anhand all dieser Informationen der individuelle Therapieplan erstellt. Im Darmkrebszentrum geschieht dies an unserem interdisziplinären Tumorboard, das wöchentlich stattfindet. Hier treffen sich die Spezialisten aus verschiedenen Fachgebieten (Gastroenterologie, Chirurgie, Radiologie, Pathologie, Onkologie, Strahlentherapie) und besprechen pro Patient die Behandlungsplanung gemäss den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Am Beispiel einer 75-jährigen Patientin mit Dickdarmkrebs wollen wir den Ablauf des fachübergreifenden Zusammenspiels im Darmkrebszentrum von der Diagnostik bis zum Therapieabschluss aufzeigen.



DIAGNOSE

Die Patientin stellte sich aufgrund von Blutbeimengungen im Stuhl bei ihrem Hausarzt vor. Im Labor stellte sich eine Blutarmut heraus. Bis auf eine vermehrte Müdigkeit war die Patientin beschwerdefrei. Weil Blut im Stuhl, Blutarmut und Müdigkeit Hinweise auf einen Darmkrebs sein können, überwies der Hausarzt die Patientin an den Gastroenterologen für eine Darmspiegelung. Dabei zeigte sich eine deutlich stenosierende (d.h. den Hohlraum des Darmes einengende) Geschwulst im S-Darm. Der S-Darm (auch Sigma genannt) ist jener Abschnitt des Dickdarms, der im linken Unterbauch eine leichte S-Kurve macht und in den Mastdarm mündet. Die Gewebeuntersuchung bestätigte den Verdacht auf einen bösartigen Krebs. In der anschliessenden Computertomographie liess sich eine Darmwandverdickung im S-Darmbereich nachweisen mit mehreren vergrösserten Lymphknoten im angrenzenden Lymphabflussgebiet. Hinweise auf Organmetastasen fanden sich keine.

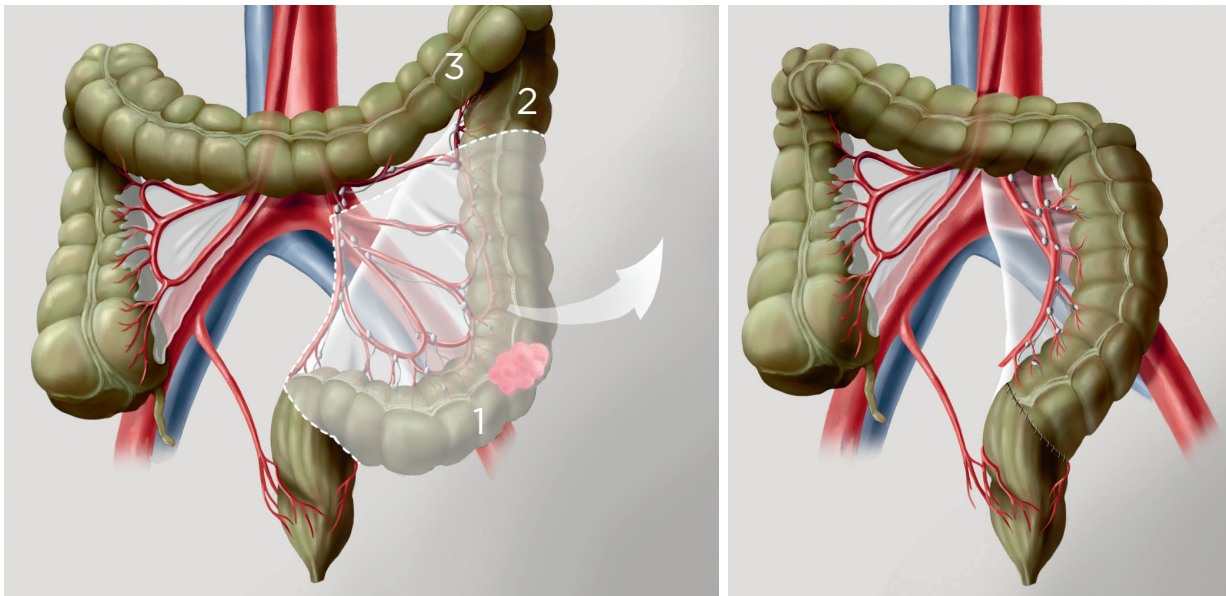


Abb. 1: Entfernung des S-Darmes (1) mitsamt den dazugehörigen Lymphknoten. Links: Absteigender Dickdarm (2), Querdarm (3), Rechts: Situation nach der Entfernung (Resektion)



TUMORBOARD

Aufgrund der Tumorlokalisation sprach das interdisziplinäre Gremium am Tumorboard die Empfehlung zur primär operativen Therapie aus. Hätte der Tumor im Mastdarm gelegen, wäre allenfalls eine Vorbehandlung mittels Bestrahlung und Chemotherapie notwendig gewesen. In der chirurgischen Sprechstunde wurde die Patientin ausführlich über den Therapieentscheid, das Vorgehen, mögliche Risiken und das postoperative Prozedere aufgeklärt.



OPERATION

In der darauffolgenden Woche erfolgte die laparoskopisch geführte onkologische Sigma-resektion. Das heisst: Der Viszeralchirurg entfernte in «Schlüsselloch-Technik» den befallenen Dickdarmabschnitt (S-Darm bzw. Sigma) zusammen mit dem angrenzenden Lymphabflussgebiet und den darin enthaltenen Lymphknoten. Anschliessend fügte er das proximale (obere) Ende des Dickdarms mit dem Mastdarm zusammen (vgl. Abb. 1 und 2).



PATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG UND TUMORBOARD

Das entfernte Präparat ging an die Pathologie. Dort wurden der Tumor wie auch alle mitentfernten Lymphknoten mikroskopisch untersucht. Dabei zeigte sich ein lokal fortgeschrittener Tumor mit Befall von zwei regionalen Lymphknoten. Da sich die bösartigen Zellen bereits in den Lymphknoten abgesetzt hatten, ergab die erneute Besprechung am Tumorboard die Empfehlung zur medikamentösen Nachbehandlung mittels Chemotherapie.



CHEMOTHERAPIE UND NACHSORGE

Für die Chemotherapie wurde die Patientin direkt von der Onkologie aufgeboten. Die Dauer der Chemotherapie betrug drei Monate. Die anschliessende Nachsorge erfolgte ebenfalls interdisziplinär durch den Hausarzt sowie durch die beiden behandelnden Fachärzte der Onkologie und der Gastroenterologie.



Abb. 2: Installation des Da-Vinci-Roboters für die laparoskopische Operation.

GLOSSAR

- **MORBUS CROHN:** chronisch-entzündliche Erkrankung des Verdauungstrakts, wobei meistens der Übergangsbereich vom Dünndarm zum Dickdarm betroffen ist
- **COLITIS ULCEROSA:** chronisch-entzündliche Darmerkrankung, die sich vom Mastdarm aus auf den ganzen Dickdarm ausbreiten kann
- **MASTDARM:** letzter Abschnitt des Magendarmtrakts, der zusammen mit dem Analkanal das Ende des Dickdarms bildet
- **LAPAROSKOPISCHE CHIRURGIE:** minimal-invasive Operationsform, bei der mithilfe eines optischen Instruments (Laparoskop) und weiterer Instrumente, eingeführt durch kleine Hautschnitte, Eingriffe in der Bauchhöhle vorgenommen werden («Schlüsselloch-Technik»)

KONTAKT

TUMORZENTRUM HIRSLANDEN ZÜRICH

Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 96 62
tumorzentrum.hirslanden@hirslanden.ch
www.klinikhirslanden.ch/tumorzentrum

