Niedersächsische
Krebsgesellschaft e.V.

Patientenratgeber
Darmkrebs

Impressum

Herausgeber
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Geschäftsstelle im TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Internet: www.krebsgesellschaft.de

Medizinische Redaktion
Dr. med. Lydia Bothe
dkg-web.gmbh
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin

Bildernachweise
Einige Bilder wurden uns freundlicherweise von Herrn PD Dr. med. Florian Lordick, Heidelberg, und Dr. med. Patrick Krummenerl, Halle, zur Verfügung gestellt.

Weitere Bilder von:
© www.fotolia.de: A. Aperture, Astoria, Endostock, Udo Kroener, Olga Lyubkina, Franz Pfluegl, Ljupco Smokovski, Sunlove, Konstantin Sutyagin, Sven Weber
© Getty Images: Keith Brofsky/Photodisc, Digital Vision/Digital Vision

1. Auflage, Berlin, Juli 2009

Diese Broschüre der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. wurde von ausgewiesenen Fachärzten aus dem Bereich der Onkologie auf ihre inhaltliche Richtigkeit geprüft. Sie richtet sich an medizinische Laien und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Broschüre gibt einen Überblick über den derzeitigen Wissensstand zum Thema Darmkrebs und orientiert sich bei der Darstellung an den Qualitätskriterien DISCERN für Patienteninformation, die Betroffenen als Entscheidungshilfe dienen soll. Sie ersetzt jedoch nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt, d.h. individuelle Diagnostik, Therapie und Beratung bleiben diesem vorbehalten.

Diese Informationsschrift ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art) auch von Teilen oder von Abbildungen bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.

Patientenratgeber
Darmkrebs

Einführung

1. Vorwort S. 4

2. Einführung: Aufbau und Funktion des Darms S. 4

3. Was ist Darmkrebs? S. 5

4. Wie häufig ist Darmkrebs? S. 5

5. Wie entsteht Darmkrebs? S. 5

Vorsorge

6. Darmkrebsvorsorge und Darmkrebsfrüherkennung S. 7

6.1 Was können Sie selbst tun? S. 7
6.2 Früherkennung – wer, wann, wie? S. 7

Symptome

7. Welche Beschwerden verursacht Darmkrebs? S. 8

Untersuchungen

8. Welche Untersuchungen führt der Arzt durch? S. 8

8.1 Tastuntersuchung des Rektums S. 8
8.2 Okkultbluttest (Hämocculttest) S. 9
8.3 Sigmoidoskopie und Rektoskopie S. 9
8.4 Darmspiegelung (Koloskopie) S. 9
8.5 Röntgenuntersuchung des Darms (Kolon-Kontrasteinlauf) S. 10
8.6 „Virtuelle Darmspiegelung“ (CT-Kolonographie) S. 10
8.7 Ultraschalluntersuchung des Bauches (Sonographie) S. 11
8.8 Ultraschalluntersuchung des Mastdarms (Endosonographie) S. 11
8.9 Computertomographie (CT) S. 11
8.10 Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT) S. 11
8.11 Laboruntersuchungen S. 11

9. Klassifikation des Krankheitsstadiums S. 12

Therapie

10. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? S. 12
- Den Heilerfolg stützende Behandlungsmaßnahmen (adjuvante und neoadjuvante Therapie) S. 13
- Lindernde Behandlungsmaßnahmen (palliative Therapie) S. 13

10.1 Wie wird Darmkrebs operiert? S. 13
- Künstlicher Darmausgang

10.2 Wie wirkt die Chemotherapie? S. 16

10.3 Was passiert bei einer Bestrahlung S. 16

10.4 Neue Medikamente und Verfahren S. 17
- Zielgerichtete Medikamente
- Immuntherapie
- Kälte-, Hitze- und Lasertherapie

Nachsorge

11. Wie geht es nach der Behandlung weiter? S. 19

11.1 Was passiert bei der Tumornachsorge? S. 19

11.2 Wozu dient die Nachbetreuung? S. 19

11.3 Rehabilitation S. 20

12. Leben mit Darmkrebs S. 20

12.1 Leben mit der Diagnose Krebs S. 20
- Warum ich?
- Umgang mit der Angst
- Umgang mit Stimmungsschwankungen
- Die Unterstützung der Familie und von Freunden nutzen
- Neue Ziele finden
- Sich Gutes tun

12.2 Professionelle Unterstützung S. 22
- Krebsberatungsstellen
- Psychotherapie

12.3 Selbsthilfegruppen S. 24

12.4 Ernährungsempfehlungen für Darmkrebspatienten S. 25

12.5 Sport und Krebserkrankung S. 26

12.6 Leben mit künstlichem Darmausgang S. 27

13. Erkrankungsverlauf S. 27

Weitere Informationen

14. Weiterführende Informationen und Unterstützung S. 28

15. Fachbegriffe S. 30

Quellenangaben S. 32

1. Vorwort

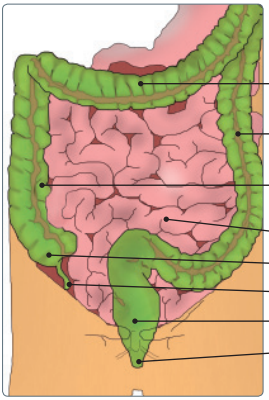
Die Diagnose „Darmkrebs“ stellt für die meisten Betroffenen einen massiven Einschnitt in ihr bisheriges Leben dar. Alles bisher Gewohnte und viele zukünftige Ziele scheinen zunächst in Frage gestellt. Stattdessen muss man sich plötzlich mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung auseinandersetzen. Dies heißt nicht nur, dass man sich Diagnostik- und Therapiemaßnahmen unterzieht, sondern auch mit dem Arzt einzelne Behandlungsmöglichkeiten bespricht und gemeinsam plant. Dies ist meist eine große Herausforderung. Daneben existieren Ängste vor der Rückkehr in den Alltag, Befangenheit im Umgang mit anderen Menschen, die Sorgen darüber, wie die Krankheit weiter verlaufen wird, Gefühle der Hilflosigkeit und Depressionen: All dies kann den Patienten in seinem Gleichgewicht erschüttern. Auch das Zusammenleben in der Familie kann dadurch besonderen Belastungen ausgesetzt sein.

Ein Patentrezept für den „richtigen“ Umgang mit einer Krebserkrankung, gibt es nicht. Aber jeder kann einen Weg für sich finden. Wichtig ist, dass Sie sich aktiv darum bemühen und Ihr Leben selbst in die Hand nehmen. An dieser Stelle möchte Sie unsere Patientenbroschüre „Darmkrebs“ unterstützen: In ihr wurde medizinische Informationen rund um das Thema Darmkrebs verständlich aufbereitet. Daneben möchte Sie der Ratgeber bei der Bewältigung Ihrer seelischen und körperlichen Sorgen unterstützen, indem er Ängste anspricht und Empfehlungen zum Umgang mit der Erkrankung gibt.

Daneben ist Darmkrebs jedoch auch eine Erkrankung, der man sehr gut mit Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen begegnen kann: So lassen sich beispielsweise mit einer Darmspiegelung (Koloskopie) Tumoren rechtzeitig erkennen oder sogar verhindern, wenn während der Vorsorge-Darmspiegelung Polypen, die Vorstufen von Darmkrebs sein können, mit entfernt werden. Ein Schwerpunkt der Broschüre liegt daher auch auf der Vorsorge und Früherkennung der Darmkrebserkrankung. Erläutert werden, wie man dem Darmkrebs durch gesunde Lebensweise vorbeugen kann und welche Maßnahmen es zur Früherkennung gibt.

2. Einführung: Aufbau und Funktion des Darms

Der Darm des Menschen besteht aus zwei wesentlichen Teilen: Dünndarm und Dickdarm. Der Dünndarm schließt direkt an den Magen an. Er ist 2-3 Meter lang und liegt in vielen Schlingen im Bauchraum. Der Dünndarm hat die Aufgabe, die durch Speichel und Magensäfte vorverdaute Nahrung weiter zu verdauen und die verwertbaren Nährstoffe über die Darmschleimhaut in den Körper aufzunehmen. Der nichtverdaute Rest der Nahrung gelangt in den Dickdarm.



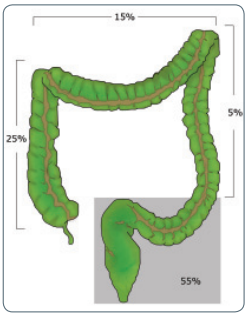
Der Dickdarm (Kolon) hat eine Länge von etwa 1,50 Meter. Den letzten Abschnitt des Dickdarms nennt man Enddarm oder Mastdarm (Rektum). Dieser ist etwa 15-20 Zentimeter lang und wird durch das sogenannte Kontinenzorgan (Verschlusssystem), einer Kombination von Muskeln, – unter ihnen auch der Schließmuskel – nach außen abgeschlossen. Die Funktion von Dickdarm und Mastdarm besteht vor allem darin, den nichtverdauten Darminhalt durch Wasserentzug einzudicken und für die Entleerung zu sammeln. Die Innenwand des Darms ist mit einer Schleimhaut ausgekleidet, auf der sich der Stuhl – von der Darmmuskulatur vorangetrieben – zum After bewegt. Über diesen wird der Stuhl schließlich entleert. Der Darm trägt außerdem entscheidend dazu bei, den Flüssigkeitsausgleich im Körper zu regulieren.

3. Was ist Darmkrebs?

Unter dem Begriff „Darmkrebs“ werden im Allgemeinen Krebserkrankungen des Dickdarms (Kolonkarzinom) und des Mastdarms (Rektumkarzinom) verstanden. Zusammenfassend werden sie als kolorektales Karzinom bezeichnet. Der Begriff Karzinom kennzeichnet Krebserkrankungen, die vom Deckgewebe der Haut oder Schleimhaut ausgehen – in diesem Fall von der Schleimhaut des Dickdarms.

Krebs im Dünndarm ist selten, ebenso wie die Krebserkrankung der Afterregion (Analkarzinom). Beide Krebsarten unterscheiden sich in ihrer Entstehung und Behandlung vom Dickdarm- und Mastdarmkrebs.

Darmkrebs kann sich in allen Abschnitten des Dick- und Mastdarms entwickeln. Ein Schwerpunkt liegt im unteren Dickdarmabschnitt und zwar in den unteren 30 bis 40 Zentimetern.

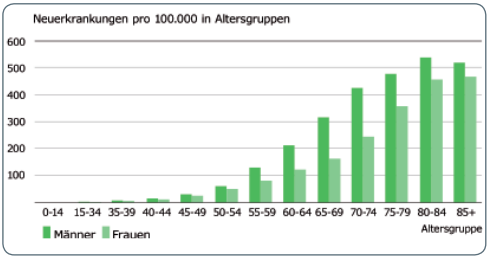


Häufigkeit des Darmkrebsauftretens in den unterschiedlichen Darmabschnitten

4. Wie häufig ist Darmkrebs?

Darmkrebs ist bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Krebserkrankung. In Deutschland erkranken nach Angaben des Robert Koch-Instituts pro Jahr jeweils rund 37.000 Männer und 36.000 Frauen daran. Die Sterblichkeit an Darmkrebs nimmt seit Mitte der 1970er Jahre kontinuierlich ab. Dennoch ist Darmkrebs nach wie vor die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache.

Darmkrebs tritt überwiegend ab dem 50. Lebensjahr auf. Das Durchschnittsalter beträgt bei Männern 69 Jahre, bei Frauen ist es mit 75 Jahren erheblich höher.



Neuerkrankungen von Darmkrebs in Deutschland 2004 in Abhängigkeit vom Alter

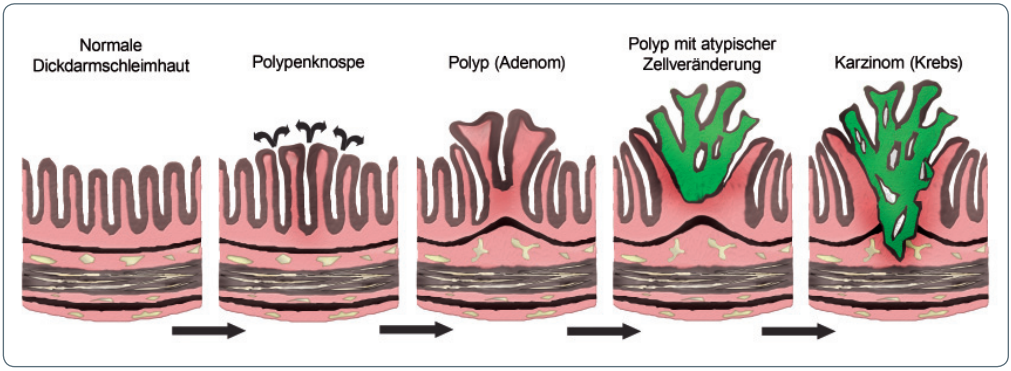
5. Wie entsteht Darmkrebs?

Die Ursachen für die Entstehung von Darmkrebs sind bisher noch nicht vollständig geklärt. Man weiß inzwischen jedoch, dass prinzipiell mehrere Faktoren verantwortlich sind. Diese führen zu einer über das normale Maß hinausgehende Vermehrung der Zellen in der Darmschleimhaut. Gerät das Wachstum der Zellen ganz außer Kontrolle, entsteht Krebs.

Die Umwandlung von gesunden Darmzellen in Krebszellen erfolgt häufig über gutartige Vorstufen, die sogenannten Darmpolypen (Adenome, Polypen). Dies sind pilzähnliche Vorwölbungen der Darmschleimhaut, die in den Darmraum hineinwachsen. Etwa 90 Prozent der Darmkrebserkrankungen entstehen dadurch, dass diese Polypen entarten, ihre Zellen also zu Krebszellen umgewandelt werden.

In den meisten Fällen lässt sich keine einzelne Ursache für die Krebsentstehung benennen. Man kennt jedoch bestimmte Faktoren, die das persönliche Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, erhöhen. Oft besteht eine Veranlagung. Hinzu kommen in erster Linie bestimmte Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Auch Menschen mit gutartigen oder entzündlichen Darmerkrankungen sind gefährdet.

In selteneren Fällen ist eine Veränderung im Erbgut bereits bei der Geburt vorhanden. Dann sind Darmkrebserkrankungen in der Familie sehr häufig. Man schätzt, dass insgesamt etwa 10-15 Prozent aller Darmkrebserkrankungen auf solche erblichen Vorbelastungen zurückgehen.



Entwicklungsstufen des Darmkrebses: Ein gutartiger Polyp in der Darmwand, der endoskopisch erkannt und entfernt werden kann. Einzelne Zellen des Polypen sind zu Tumorzellen entartet. In diesem Stadium ist eine endoskopische Entfernung noch möglich. Aus dem gutartigen Polypen hat sich ein bösartiger Tumor entwickelt, der bereits tief in das Gewebe eingedrungen ist und nur durch eine Operation entfernt werden kann.

Risikofaktoren für Darmkrebs

- Chronische Entzündungen der Darmschleimhaut (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), v.a. wenn die Krankheit länger als 10-15 Jahre besteht und einen Großteil des Dickdarms betrifft
- Vorkommen von Darmpolypen bei einem selbst oder bei nahen Verwandten
- Darmkrebs in der Familie, v.a. wenn die Betroffenen bei Krankheitsbeginn jünger als 50 Jahre alt waren
- Auftreten anderer Krebsarten, zum Beispiel Brust-, Eierstock oder Gebärmutterkrebs
- Gardner-Syndrom
- Peutz-Jeghers-Syndrom
- HNPCC (Lynch-Syndrom)
- Ungünstige Ernährungsgewohnheiten, z.B. zu fettreiche und faserarme Kost
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Rauchen

6. Darmkrebsvorsorge und Darmkrebsfrüherkennung

6.1 Was können Sie selbst tun?

Durch eine allgemein gesunde Lebensführung können Sie das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, minimieren. Dazu gehören u.a. körperliche Bewegung, normales Körpergewicht, nicht Rauchen, Verzehr von faser- und stärkehaltigen Lebensmitteln wie Kartoffeln, Getreideprodukten und Gemüse, Frischobst und wenig Fett. Vitamine sollten Sie ausreichend mit der Nahrung über Obst, Gemüse und Milch zu sich nehmen.

Gesunde Ernährung senkt das Darmkrebsrisiko.

Es gibt einige Warnsignale, die für eine Darmkrebserkrankung sprechen können. Beobachten Sie daher Ihren Körper und reagieren Sie auf die Warnsignale, indem Sie diese von einem Arzt abklären lassen:

- Blut im oder am Stuhl
- veränderte Stuhlgewohnheiten, z.B. bleistiftdünner Stuhl; Wechsel von Verstopfung und Durchfall
- bei Abgang von Blähungen gleichzeitige Entleerung von etwas Blut, Schleim oder Stuhl
- Blässe, ständige Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsabfall, Gewichtsabnahme
- tastbare Verhärtungen im Bauchraum und/oder vergrößerte Lymphknoten
- Bauchschmerzen, die länger als eine Woche anhalten
- laute Darmgeräusche, Rumoren, starke und anhaltende Blähungen
- häufiger Stuhldrang; Entleeren von auffallend übelriechendem Stuhl.

6.2 Früherkennung – wer, wann, wie?

Nutzen Sie die Möglichkeiten der Früherkennung regelmäßig, sie können Ihr Leben retten.

Man geht davon aus, dass bei früher Diagnose 90 Prozent aller Darmkrebspatienten geheilt werden können. Daher spielt gerade beim Darmkrebs die Früherkennung eine wichtige Rolle. Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund die Möglichkeit von Früherkennungsuntersuchungen ab dem 50. Lebensjahr geschaffen. Hierbei stehen dem Arzt drei Möglichkeiten zur Verfügung:

- Tastuntersuchung
- Okkultblut-Test (Hämoccult-Test)
- Darmspiegelung

Bei der Tastuntersuchung fühlt der Arzt vorsichtig den Enddarm ab. Die nahe am After gelegenen Enddarmkarzinome können durch diese Tastuntersuchung frühzeitig und zum Teil in Vorstufen erkannt werden. Dann wird Ihnen Ihr Arzt einen Okkultblut-Test, d.h. einen Test auf verstecktes, nichtsichtbares Blut im Stuhl, mit nach Hause geben. Der Okkultbluttest gilt allerdings nicht als ausreichend sicher. Nicht jedes Karzinom oder jede Vorstufe sondert Blut in den Darm ab, sodass trotz normalem Okkultbluttest ein Rest-Risiko für ein Dickdarmkarzinom bestehen bleibt.

Bei einem positiven Befund des Okkultblut-Testes wird eine endoskopische Untersuchung des gesamten Dickdarms empfohlen (Koloskopie). Gleichzeitig kann der Arzt Gewebeproben entnehmen, um sie später im Labor untersuchen zu lassen. Bei der Koloskopie können Krebsvorstufen im gesamten Dickdarm, sogenannte Polypen, nicht nur erkannt, sondern auch entfernt werden. Eine wirksame Krebsprävention ist somit möglich. Ab einem Alter von 55 Jahren können gesetzlich Krankenversicherte eine Vorsorge-Koloskopie kostenlos in Anspruch nehmen und diese nach zehn Jahren wiederholen lassen.

Die Koloskopie gilt derzeit als die zuverlässigste Methode zur Früherkennung des Darmkrebses. Mit der Koloskopie können auch die Vorstufen des Darmkrebses, die sog. Adenome, aufgespürt und zum Teil in derselben Sitzung mit entfernt werden. Damit ist die Koloskopie nicht nur eine Untersuchung zur frühen Erkennung von bereits vorhandenem Darmkrebs, sondern sie kann auch die Entstehung von Darmkrebs in Vorstufen unterbinden. Viele Experten empfehlen deshalb intensiv, von der Möglichkeit der Vorsorge-Koloskopie Gebrauch zu machen.

7. Welche Beschwerden verursacht Darmkrebs?

Darmkarzinome wachsen nicht von heute auf morgen, sondern ganz langsam im Laufe von Jahren. Meist spürt man nichts davon. Der Körper sendet jedoch einige Warnzeichen, auf die man achten sollte, wie:

- Blut im oder am Stuhl, das ihn rot oder schwarz färbt
- bei Abgang von Blähungen gleichzeitige Entleerung von etwas Blut, Schleim oder Stuhl
- veränderte Stuhlgewohnheiten, z.B. bleistiftdünner Stuhl; Wechsel von Verstopfung und Durchfall
- wiederholte, krampfartige Bauchschmerzen, die länger als eine Woche anhalten
- laute Darmgeräusche, Rumoren, starke anhaltende Blähungen
- häufiger Stuhldrang; Entleeren von auffallend übelriechendem Stuhl
- Blässe, ständige Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsabfall, Gewichtsabnahme
- tastbare Verhärtungen im Bauchraum und/oder vergrößerte Lymphknoten.

Wenn Sie eine oder mehrere dieser Beschwerden beobachten: Suchen Sie bitte Ihren Arzt auf! Natürlich können derartige Symptome auch bei anderen, gutartigen Darmerkrankungen auftreten. Daher müssen die Symptome durch Untersuchungen abgeklärt werden.

8. Welche Untersuchungen führt der Arzt durch?

Besteht der Verdacht auf einen Darmtumor, werden verschiedene Untersuchungen eingeleitet. Mit ihrer Hilfe lässt sich feststellen, ob tatsächlich eine Krebserkrankung vorliegt, und - wenn ja - wie weit sie bereits fortgeschritten ist. Die wichtigsten Untersuchungsmethoden zum Nachweis eines Tumors sind:

- Tastuntersuchung (rektal-digitale Untersuchung)
- Okkultblut-Test (Hämoccult-Test)
- Rektoskopie (starre Spiegelung des Mastdarms bis 20 cm)
- Sigmoidoskopie (flexible Teilspiegelung)
- Koloskopie (flexible Spiegelung des gesamten Darms)
- Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel (Kolonkontrasteinlauf)

Wird eine Krebserkrankung festgestellt, schließen sich weitere Untersuchungen an, mit dem Ziel, die Ausbreitung des Tumors auf benachbartes Gewebe und andere Organe zu bestimmen. Dazu gehören:

- Ultraschalluntersuchung (Sonographie/ Endosonographie)
- Computertomographie (CT)
- Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT)
- Laboruntersuchungen

8.1 Tastuntersuchung des Rektums

Bei der Tastuntersuchung wird der Mastdarm durch den After mit dem Finger vorsichtig ausgetastet. Beurteilt werden können dabei die Beschaffenheit des Mastdarms, der Schließmuskel und die Prostata (Vorsteherdrüse des Mannes). Spürt der Arzt auf der im Normalfall glatten Darmschleimhaut knotige

Veränderungen, muss in weiteren Untersuchungen (Mastdarmspiegelung und komplette Darmspiegelung) geklärt werden, ob es sich um eine Tumorerkrankung handelt. Die Tastuntersuchung wird auch im Rahmen der Früherkennung von Darmkrebs durchgeführt.

8.2 Okkultblut-Test (Hämoccult-Test)

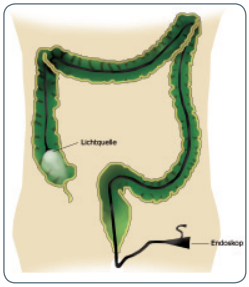
Der Hämoccult-Test (Häm = Blut, occult = verborgen) ist ein Labortest, mit dem sich bereits geringe Mengen Blut im Stuhl nachweisen lassen. Er kann problemlos zu Hause durchgeführt werden. Mit einem kleinen Spatel wird an drei aufeinanderfolgenden Tagen je eine Stuhlprobe auf die Testfelder von Testbriefchen aufgetragen. Anschließend werden die Briefchen verschlossen und dem Arzt übergeben. Ein positives Ergebnis, also der Nachweis von Blut im Stuhl, bedeutet nicht zwangsläufig Krebs. Oftmals haben die Blutungen andere Ursachen, z.B. Polypen oder Darmentzündungen. Um die Blutungsursache festzustellen, muss eine komplette Darmspiegelung (Koloskopie) erfolgen. Der Hämoccult-Test wird auch im Rahmen der Früherkennung von Darmkrebs durchgeführt.

8.3 Sigmoidoskopie und Rektoskopie

Die Sigmoidoskopie (Spiegelung des letzten Dickdarmabschnitts vor dem Mastdarm) und die Rektoskopie (Spiegelung des Mastdarms) werden häufig noch vor der kompletten Darmspiegelung eingesetzt, da sich etwa 60 Prozent aller Dickdarmtumoren im unteren Abschnitt des Dickdarms bzw. im Mastdarm befinden. Die Rektoskopie ist die beste und sicherste Methode, um den Mastdarm zu untersuchen, und sollte deshalb immer auch zusätzlich zur Koloskopie durchgeführt werden. Auch die Sigmoidoskopie und Rektoskopie, die sogenannten kleinen Darmspiegelungen, gehören zur Früherkennung von Darmkrebs.

8.4 Darmspiegelung (Koloskopie)

Die Darmspiegelung (Koloskopie) ist die wichtigste und aussagekräftigste Untersuchung zur Feststellung eines Tumors. Besteht der Verdacht auf ein bösartiges Geschehen oder wird beim Okkultbluttest Blut im Stuhl entdeckt, ist sie die Methode der Wahl. Außerdem ist die Koloskopie Bestandteil der Untersuchungen für die Früherkennung von Darmkrebs.

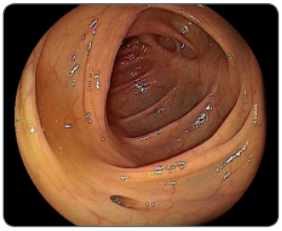


Darmspiegelung

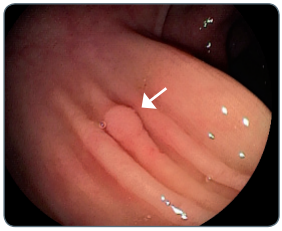
Bei der Darmspiegelung untersucht der Arzt – ausgehend vom After – die Beschaffenheit des gesamten Darminneren mit einem Endoskop. Hierbei handelt es sich um ein biegsames Instrument aus Fiberglas, das u.a. mit einer Lichtquelle und einer kleinen optischen Vorrichtung ausgestattet ist. Damit kann die Darmschleimhaut ausgeleuchtet und mit Lupenvergrößerung auf einem Bildschirm betrachtet werden. Bei verdächtigen Veränderungen werden Gewebeproben (Biopsien) entnommen. Diese Proben werden anschließend von einem Spezialisten (Pathologen) unter dem Mikroskop auf Krebszellen begutachtet. Erst nach dieser Untersuchung steht mit Sicherheit fest, ob eine Krebserkrankung vorliegt oder nicht. Darmpolypen, die Vorstufen von Darmkrebs sein können, werden während der Darmspiegelung mit einer kleinen Schlinge mit entfernt werden.

Um die Untersuchung durchzuführen, muss der Darm vorher gründlich gereinigt werden. Am Vortag, spätestens jedoch am Morgen des Untersuchungstages muss deshalb ein Abführmittel oder eine Spüllösung eingenommen werden.

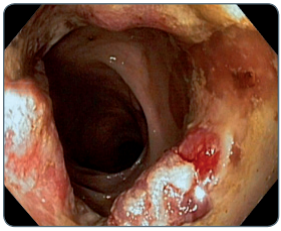
Aufnahmen bei der Darmspiegelung



Die gesunde Dickdarmschleimhaut ist glatt und spiegelnd und weist Falten auf.



Polyp/Adenom (Pfeil) im Dickdarm

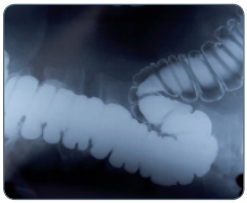


Dickdarmkrebs mit Einengung des Darmes, Blutungen und Gewebeveränderungen.

8.5 Röntgenuntersuchung des Darms (Kolon-Kontrasteinlauf)

Beim Kolon-Kontrasteinlauf muss der Darm zunächst mithilfe eines Abführmittels entleert werden. Anschließend wird ein Kontrastmittel in Form eines Einlaufs über den After in den Dickdarm verabreicht. Der Arzt kann dann die Beschaffenheit des Dickdarms auf einem Röntgenmonitor bzw. auf Röntgenbildern begutachten.

Als Untersuchungsmethode ist die Röntgenuntersuchung des Darms gegenüber der Koloskopie fast vollständig in den Hintergrund getreten. Der Grund dafür ist, dass die Darmspiegelung eine genauere Diagnose ermöglicht. Außerdem kann, wenn verdächtige Veränderungen vorliegen, bereits unmittelbar während der Untersuchung eine Gewebeprobe entnommen werden. Ist eine komplette Koloskopie, beispielsweise aufgrund von Verwachsungen oder nach Operationen, nicht möglich, kann ein Kolon-Kontrasteinlauf als Ersatzuntersuchung durchgeführt werden.



Darstellung der Darmschlingen im Kolon-Kontrasteinlauf

8.6 „Virtuelle Darmspiegelung“ (CT-Kolonographie)

Ein neueres Verfahren ist die sogenannte CT-Kolonographie, oft auch als „virtuelle Darmspiegelung“ bezeichnet. Hierbei werden mithilfe von Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) Schnittbilder des Darms angefertigt und mit speziellen Computerprogrammen zu einer dreidimensionalen Ansicht des Darminneren weiterverarbeitet. Um eine gute Sicht auf die Darmwand zu bekommen, müssen die Patienten, wie vor einer normalen Darmspiegelung auch, Abführmittel zur Darmreinigung einnehmen.

Ein Vorteil der CT-Kolonographie besteht darin, dass auf das Einführen eines Endoskops in den Darm verzichtet werden kann. Dies könnte, so die Hoffnung, die allgemeine Bereitschaft der Bevölkerung zur Teilnahme an Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen steigern. Größere Polypen sind mit der Methode ähnlich sicher wie bei der normalen Darmspiegelung zu erkennen. Bei entzündlichen Veränderungen der Darmschleimhaut sowie bei kleineren Polypen ist die CT-Kolonographie jedoch weniger zuverlässig. Außerdem können Polypen, die bei der Untersuchung entdeckt werden, nicht wie bei der Koloskopie sofort entfernt und feingeweblich begutachtet werden. Aus diesem Grund gilt die normale Darmspiegelung nach wie vor als beste Methode für eine sichere Vorsorge und Früherkennung von Darmkrebs.

8.7 Ultraschalluntersuchung des Bauches (Sonographie)

Anhand der Ultraschalluntersuchung des Bauches lässt sich feststellen, ob der Tumor bereits Tochtergeschwülste (Metastasen) in anderen Organen gebildet hat. Vor allem die Begutachtung der Leber steht im Mittelpunkt.

8.8 Ultraschalluntersuchung des Mastdarms (Endosonographie)

Falls ein Tumor im Mastdarm vorliegt, kann man mittels Endosonographie erkennen, wie stark sich der Tumor in den Mastdarm ausgedehnt hat. Dazu wird eine Ultraschalluntersuchung mit einer in den Darm eingeführten Sonde durchgeführt. Beurteilt werden die Ausbreitung innerhalb der Darmwand und die nahegelegenen Lymphdrüsen. Besonderen Stellenwert hat die Endosonographie für die Planung der Operation. Anhand ihres Ergebnisses kann der Arzt festlegen, ob der Schließmuskel bei der Operation erhalten werden kann oder ob ein künstlicher Darmausgang notwendig wird. Die Endosonographie trägt auch zur Entscheidung bei, ob vor der Operation eine Behandlung mittels Strahlentherapie bzw. Strahlen- plus Chemotherapie empfohlen werden sollte.

8.9 Computertomographie (CT)

Computertomographie

Die Computertomographie der Bauchhöhle und des Beckens ist fester Bestandteil der Diagnostik bei Darmkrebs. Die Röntgenmethode, bei der der Körper Schicht für Schicht durchleuchtet wird, ermöglicht es, genau zu beurteilen, ob der Krebs die Darmwand überschritten hat und Nachbarorgane oder Lymphdrüsen befallen sind (Metastasierung). Auch für die Planung der Strahlentherapie ist die Computertomographie hilfreich.

8.10 Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie, MRT)

Die Kernspintomographie ermöglicht ebenfalls eine schichtweise Darstellung des Körpers. In diesem Fall werden allerdings keine Röntgenstrahlen verwendet, sondern ein Magnetfeld. Bei Mastdarmkrebs entwickelt sich die Kernspintomographie derzeit zum wesentlichen Verfahren für die Beurteilung der Tumorausdehnung. Besonders gut können durch MRT bereits vor der Operation die exakte Anatomie sowie die Ausdehnung des Krebses auch hinsichtlich des Schließmuskels beurteilt werden.

8.11 Laboruntersuchungen

Für die Behandlung von Dickdarm- und Mastdarmtumoren sind vor allem die sogenannten Tumormarker von Bedeutung. Es handelt sich dabei um die Messung von Substanzen, die verstärkt von Tumorzellen gebildet werden. Der Nachweis dieser Stoffe und damit eine Erhöhung des Tumormarkers im Blut kann ein Hinweis auf eine bösartige Gewebeveränderung sein. Leider sind diese Tumormarker jedoch nach wie vor sehr unspezifisch und können auch bei Gesunden vorkommen. Außerdem schließt ein negativer oder normaler Tumormarker eine Krebserkrankung nicht sicher aus, da nicht alle Krebspatienten erhöhte Tumormarker aufweisen.

Besonders eignen sich Tumormarker zur Kontrolle des Krankheitsverlaufs nach einer Operation, wenn sie zuvor erhöht waren. Sie werden deshalb vor allem im Rahmen der Krebsnachsorge bestimmt, um einen Krankheitsrückfall rechtzeitig zu erkennen. Der für den Darmkrebs bedeutendste Tumormarker ist CEA (carcino-embryonales Antigen).

9. Klassifikation des Krankheitsstadiums

Je nach Ausbreitung des Tumors spricht man von verschiedenen Stadien (Entwicklungsstufen, Tumorstadien) des Darmkrebses. Die Einteilung erfolgt nach bestimmten Normen, für die hauptsächlich drei Gesichtspunkte maßgebend sind:

- die Tiefeninfiltration des Tumors (T)
- die Beteiligung der Lymphknoten (N)
- das Vorhandensein von Metastasen (M)

Man verwendet deshalb auch den Begriff TNM-Klassifikation (siehe Infobox). Die Ziffern hinter den Buchstaben geben genauere Hinweise auf die Ausdehnung des Tumors (T1-4), Zahl und Lage der befallenen Lymphknoten (N0-2) und das Vorhandensein oder Fehlen von entfernten Metastasen (M0 und M1). T1 N0 M0 würde in diesem Fall also bedeuten, dass es sich um einen kleinen Tumor der innersten Darmwandschichten ohne Lymphknotenbefall und Metastasen handelt.

TNM-Klassifikation des Darmkrebses

Für T (Tumor) gibt es folgende Bezeichnungen:
T1 = Der Primärtumor erstreckt sich nur auf die innersten (Schleimhaut-)Schichten der Darmwand (Mucosa und Submucosa).
T2 = Der Primärtumor erstreckt sich zusätzlich auf die Muskulatur der Darmwand.
T3 = Der Primärtumor erfasst das Bauchfell oder wächst in benachbartes Gewebe ein.
T4 = Der Tumor erfasst benachbarte Strukturen.

Die Bezeichnungen zu N (Nodi = Knoten) lauten:
N1 = Der Tumor erfasst 1 bis 3 benachbarte Lymphknoten.
N2 = Der Tumor erfasst 4 oder mehr benachbarte Lymphknoten.

Für M (Metastasen) gibt es folgende Einteilung:
M0 = kein klinischer Nachweis von Tochtergeschwülsten
M1 = Fernmetastasen nachweisbar

Weitere Punkte, die bei der Einteilung berücksichtigt werden, sind:

- die Beschaffenheit des Krebsgewebes (Grading). Sie gibt Hinweise auf die Aggressivität des Tumors. G1, G2, G3, G4 = gut, mäßig, schlecht, nicht differenziertes bösartiges Gewebe
- die Radikalität der Operation (R):
  R0-Resektion = vollständige Entfernung des Tumors bis ins gesunde Gewebe;
  R1-Resektion = Tumor wurde in knappen Grenzen entfernt, d.h. Tumor wächst bis an die Geweberänder heran;
  R2-Resektion = Tumor wurde nicht vollständig entfernt, d.h. sichtbare Tumorreste sind im Körper verblieben.

Die exakte Beurteilung des Krebses nach diesen Kriterien ist erst nach der Operation möglich. Sie hilft dem Arzt bei der Planung weiterer Behandlungsschritte.

10. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Sobald die Diagnose Darmkrebs feststeht und das Ausmaß der Krebsausbreitung genau bestimmt worden ist, bespricht der Arzt mit dem Patienten, welche Behandlungsschritte durchgeführt werden sollen. Als Behandlungsmethoden stehen zur Verfügung:

- Operation
- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Kombination von Strahlentherapie und Chemotherapie (Radio-Chemotherapie)
- Biologisch zielgerichtete Therapien (z.B. Antikörper-Therapie)
- Physikalische Verfahren (Kryo-, Thermo-, Hochfrequenz- und Laserverfahren)

Da sich die Therapie eines Rektumkarzinoms von der Therapie des Kolonkarzinoms unterscheidet, sollten beide Tumorarten getrennt voneinander betrachtet werden.

Den Heilerfolg stützende Behandlungsmaßnahmen (adjuvante und neoadjuvante Therapie)

Beim Kolonkarzinom besteht nach zunächst erfolgreicher Operation das Risiko, dass in den folgenden Jahren Tochtergeschwulste in anderen Organen (Metastasen) auftreten. Das geschieht vor allem bei Patienten, bei denen zum Zeitpunkt der Operation Lymphdrüsen Tumorgewebe enthielten. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, bei Vorliegen von Lymphdrüsenbefall eine sogenannte adjuvante, also ergänzende bzw. den Heilerfolg unterstützende Tumortherapie durchzuführen, auch wenn bei der Operation alles sichtbare Tumorgewebe entfernt worden ist. Die adjuvante Tumortherapie erfolgt beim Kolonkarzinom in Form einer Chemotherapie in regelmäßigen Abständen und über einen längeren Zeitraum (ein halbes Jahr), um die bestmögliche Wirkung im Körper zu entfalten. Ihr Ziel ist es, die nach der Operation eventuell im Körper verbliebenen Krebszellen abzutöten und somit den Erfolg der Operation zu sichern bzw. nach erfolgreicher Operation die Langzeitprognose der Erkrankung zu verbessern.

Beim Rektumkarzinom hängt die Prognose nicht nur davon ab, ob Tochtergeschwulste in anderen Organen auftreten, sondern vor allem auch davon, ob ein Krankheitsrückfall am selben Ort auftritt oder nicht. Seit Einführung spezieller Operationstechniken (TME, totale mesorektale Excision) konnte dieses Risiko auf etwa 10 Prozent gesenkt werden. Noch einmal um die Hälfte wird es durch eine Strahlentherapie oder kombinierte Strahlen- und Chemotherapie gesenkt. Die mit der Strahlentherapie verabreichten Chemotherapeutika verstärken die Wirkung der Bestrahlung vor Ort. Außerdem zerstören sie im Körper eventuell verstreute Tumorzellen und verhindern dadurch die Bildung von Tochtergeschwulsten (Metastasen). Die kombinierte Strahlen- und Chemotherapie nach der Operation wird neuerdings zunehmend durch den Einsatz von Strahlen- und Chemotherapie vor der Operation abgelöst. Diese kann große Rektumkarzinome oft derart verkleinern, so dass die Tumoren dann komplett entfernt werden können. Diese Form der Therapie wird als neoadjuvante Therapie bezeichnet.

Lindernde Behandlungsmaßnahmen (palliative Therapie)

Im fortgeschrittenen Stadium hat sich Darmkrebs bereits in alle Schichten der Darmschleimhaut ausgedehnt. Darüber hinaus können Lymphknoten befallen sein und sogar Tochtergeschwulste (Metastasen) in anderen Organen (meist Leber oder Lunge) vorliegen. In einem solchen Fall ist es oft nicht mehr möglich, durch eine Operation alle Tumorzellen aus dem Körper zu entfernen, und es ist mit einer vollständigen Heilung in der Regel nicht mehr zu rechnen. In dieser Situation stehen die Verlängerung der Überlebenszeit mit der Erkrankung, die Verhinderung von Beschwerden oder die Linderung auftretender Beschwerden und der Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund der Behandlung. Man spricht auch von sogenannter palliativer, lindernder Therapie. So kann es beispielsweise sinnvoll sein, eine Operation durchzuführen, um einen drohenden Darmverschluss zu verhindern. Weiterhin werden Radiochemotherapie/Chemotherapie oder sog. Antikörper-Therapien eingesetzt, um eine Lebensverlängerung zu erreichen oder Beschwerden zu lindern. Zur Behandlung von Blutungen oder drohendem Darmverschluss kommen auch andere Verfahren wie Kryotherapie oder Laserbehandlung zum Einsatz. Schmerzen können durch geeignete Medikamente und Methoden (z.B. Bestrahlung) gut behandelt werden. Die Schmerztherapie wird individuell auf die Situation des Patienten abgestimmt.

10.1 Wie wird Darmkrebs operiert?

Die Operation ist nach wie vor das wichtigste Verfahren bei der Behandlung von Darmkrebs. Das gilt sowohl für das Kolon- als auch für das Rektumkarzinom. Ihr Ziel ist es, den Tumor mit den angrenzenden Lymphknoten vollständig zu entfernen und damit die Krankheit zu heilen. Kann der Tumor nicht mehr komplett entfernt werden, steht der Erhalt der Darmdurchgängigkeit im Vordergrund. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Metastasen der Lunge, der Leber oder im Bauchraum operativ entfernt werden Je früher der Krebs erkannt wird, desto besser sind die Erfolgsaussichten der Operation.

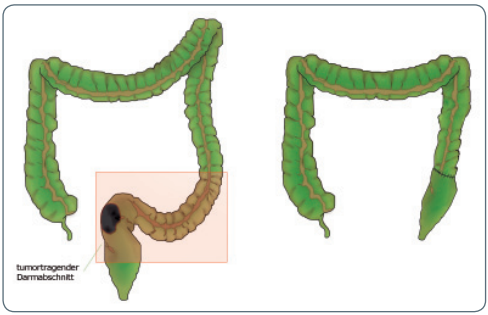
Beim Kolonkarzinom wird je nach Lage des Tumors die rechte oder die linke Seite des Dickdarms entfernt. Hierbei handelt es sich um ein standardisiertes Operationsverfahren, bei dem auch die zugehörigen Lymphdrüsen komplett entfernt werden. Anschließend wird der Durchgang des Darms durch Aneinandernähen der Darmenden wiederhergestellt. Die Anlage eines künstlichen Darmausganges ist nur in wenigen Ausnahmefällen erforderlich.

Operation bei Dickdarmkrebs

Auch beim Rektumkarzinom ist die vollständige Entfernung des Tumors einschließlich der angrenzenden Lymphdrüsen entscheidend für die Prognose. Seit der Einführung standardisierter Operationstechniken (TME, totale mesorektale Excision) konnte das ansonsten recht hohe Risiko für einen Krankheitsrückfall am selben Ort erheblich gesenkt werden. Bei ausgedehntem Tumorwachstum im Rektum wird durch die sogenannte neoadjuvante Therapie (eine der OP vorgeschaltete Bestrahlung oder Bestrahlung plus Chemotherapie, oft auch eine Kombination aus beiden Behandlungen) der Tumor zunächst verkleinert. So lässt er sich operativ leichter entfernen – in manchen Fällen wird eine Operation dadurch sogar erst möglich.

Nach der Operation wird der entnommene Darmabschnitt mit dem Tumor und den Lymphdrüsen vom Pathologen genau untersucht. Dieser begutachtet, ob das kranke Gewebe vollständig im Gesunden entfernt werden konnte (sog. Ro-Situation). Außerdem wird festgestellt, ob die entfernten Lymphdrüsen vom Tumor befallen sind oder nicht.

Wird vor der Operation festgestellt, dass sich bereits Metastasen in anderen Organen gebildet haben, z.B. in der Leber oder Lunge, so können in besonderen Fällen auch diese Tumoren durch eine Operation entfernt und geheilt werden. Ist dies nicht möglich, wird versucht, die Krebszellen durch eine Chemotherapie an der weiteren Ausbreitung zu hindern. Die Leber ist sowohl beim Kolon- als auch beim Rektumkarzinom am häufigsten von Metastasen betroffen. Nur durch eine Operation können diese Tochtergeschwulste geheilt werden. Es gibt heute jedoch zahlreiche Möglichkeiten, sie zu verkleinern und ihre weitere Ausbreitung einzudämmen (Medikamente, Lasertherapie, Hochfrequenzstrom).



Tumor im linken Dickdarm und Entfernung des tumortragenden Darmabschnitts mit Zusammennähen der beiden Darmenden

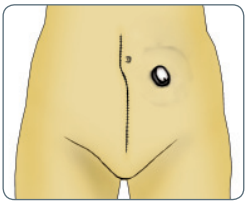
Künstlicher Darmausgang

Patienten, die an einem Rektumkarzinom erkrankt sind, müssen sich damit auseinandersetzen, bei der Operation eventuell einen künstlichen Darmausgang zu erhalten. Dieser wird notwendig, wenn der Tumor sehr nahe am Schließmuskel (Anus) liegt oder bereits weit fortgeschritten ist. Dann muss der komplette Schließmuskel entfernt werden. Dies ist in etwa 15 % aller Operationen bei Rektumkarzinom erforderlich. Für die Betroffenen ist das in der Regel ein großer Einschnitt in ihr bisheriges Leben.

Ohne funktionierenden Schließmuskel lässt sich der Stuhlgang nicht mehr zurückhalten – er würde somit ständig aus dem Darm fließen. Um dies zu vermeiden, wird der Anus verschlossen und der Darm auf die Bauchdecke ausgeleitet (Stoma, Anus praeter), meist im linken unteren Bauchbereich. Die Austrittsstelle erhält einen geruchsdichten Auffangbeutel, in dem sich der Stuhlgang sammelt. Es ist aber auch möglich, die Bauchdeckenöffnung mit einer Klappe abzudecken und einmal am Tag den Darm mit einer Spülflüssigkeit zu leeren. Wie man die Beutel wechselt oder die Darmentleerung mit einer Spülung durchführt und die Haut um den künstlichen Ausgang herum pflegt, erfahren die Betroffenen bereits im Krankenhaus. Spezialisierte Pflegekräfte schulen in der Regel die Betroffen gründlich und stehen für Fragen auch nach der Entlassung aus der Klinik zur Verfügung.

Durch die Anwendung spezieller Techniken sind heute auch Darmverbindungen noch in Höhe des Schließmuskels möglich, so dass in vielen Fällen die Anlage eines künstlichen Darmausgangs verhindert werden kann. Liegt ein Tumor sehr nahe am Schließmuskel, kann versucht werden, ihn durch eine Radio-Chemotherapie soweit zu verkleinern, dass anschließend der Erhalt des normalen Darmausgangs angestrebt werden kann.

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges muss jedoch nicht in jedem Fall endgültig sein. So ist es beispielsweise heute üblich, bei sehr tiefen Darmentfernungen, bei denen die neue Nahtverbindung direkt an den Schließmuskel gelegt wird, diese Naht durch die Anlage eines Anus praeter zu schützen. In solchen Fällen kommt ein vorübergehender (passagerer oder temporärer) Anus praeter zum Einsatz. Ist die Heilung der Darmnaht abgeschlossen (ca. 6 Wochen), so kann dieser Anus praeter in einer kleinen Operation wieder verschlossen werden. Die Darmentleerung funktioniert danach wieder auf natürlichem Wege. Eine weitere Möglichkeit eines nur vorübergehenden künstlichen Darmausganges besteht bei Notfalloperationen, wegen Darmdurchbruch oder entzündlicher Darmerkrankungen. Hier kommt es zu Bauchfellentzündung, so dass eine direkte Wiedervereinigung der Darmenden mit dem Risiko des Nahtbruchs behaftet ist. Auch hier kann unter dem Schutz eines künstlichen Darmausganges die Naht erfolgen bzw. die Anschlussoperation nach Abheilung der Bauchfellentzündung durchgeführt werden.



Der künstliche Darmausgang wird im linken oder rechten Unterbauch angelegt und wird durch einen Beutel komplett und geruchsfrei abgedeckt.

Stoma (Anus praeter)

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges, auch Stoma oder Anus praeter genannt, betrifft häufig Menschen mit Dickdarm- und speziell Enddarmkrebs. Rund 70 Prozent aller Stoma-Träger haben eine Krebserkrankung. Aber auch bei anderen Darmerkrankungen wie schweren Entzündungen der Darmschleimhaut kann ein künstlicher Darmausgang notwendig werden.

Das Wort „Stoma“ kommt aus dem Griechischen und heißt Mund, Mündung oder Öffnung. Es bezeichnet nicht nur den künstlichen Darmausgang (Colostoma), sondern auch andere künstliche Ausgänge, wie die der Blase (Urostoma) oder der Luftröhre (Tracheostoma) – daher wird bei der medizinisch korrekten Bezeichnung der Name des betroffenen Organs vorangestellt, auch wenn im Alltag häufig nur die Kurzform „Stoma“ verwendet wird. Das Wort „anus praeter“ lässt dagegen keine Zweifel offen: „Anus“ ist lateinisch und bezeichnet die untere Öffnung des Darms, den Darmausgang. „Anus praeter“ ist der künstliche Darmausgang.

10.2 Wie wirkt die Chemotherapie?

Bei einer Chemotherapie werden Medikamente eingesetzt, sogenannte Zytostatika, die das Wachstum von Krebszellen hemmen und die Krebszellen dadurch zerstören. Die Zytostatika werden in der Regel als Infusion verabreicht und verteilen sich im gesamten Körper und erreichen damit auch Tumorzellen, die sich bereits auf andere Körperregionen ausgebreitet haben.

Die Chemotherapie wird sowohl beim Kolonkarzinom als auch beim Rektumkarzinom – bei letzterem meist in Kombination mit einer Strahlentherapie – in bestimmten Situationen bzw. Tumorstadien eingesetzt:

- Konnte der Tumor zwar vollständig entfernt werden, besteht aber eine erhöhte Rückfallgefahr, so gibt man unterstützend (adjuvant) eine Chemotherapie. Diese Therapie zielt darauf ab, eventuell im Körper verbliebene Tumorzellen zu zerstören und damit die Erkrankung Krebs zu heilen. Es besteht auch die Möglichkeit, die Chemotherapie vor der Operation zu geben – meist beim Rektumkarzinom, um den Tumor derart zu verkleinern, dass er operativ vollständig entfernt werden kann.
- In fortgeschrittenen Krankheitsstadien, wenn bereits Metastasen im Körper vorhanden sind, wird eine Chemotherapie eingesetzt, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern bzw. zu verlangsamen. Gleichzeitig soll die Lebensqualität des Patienten verbessert werden. Hier spricht der Arzt von palliativer (lindernder) Therapie.

Die Basis der Chemotherapie bei Darmkrebs besteht aus 5-Fluorouracil und Folinsäure (5-FU/FA-Schema). Neuerdings stehen auch Wirkstoffe zur Verfügung, die als Tablette eingenommen und erst im Körper in 5-FU umgewandelt werden (Capecitabin, Uracil).

Durch eine Kombination von 5-FU mit neueren Wirkstoffen (Oxaliplatin, Irinotecan) kann die Wirksamkeit der Chemotherapie noch gesteigert werden. Die beiden Kombinationen FOLFOX (5-FU/FA und Oxaliplatin) und FOLFIRI (5-FU/FA und Irinotecan) gelten als Standard bei der Erstbehandlung fortgeschrittener Dickdarmtumoren. Welche Wirkstoffkombination im Einzelfall angewendet wird sowie die Dosierung und Länge der Behandlung richten sich nach dem Tumorstadium und dem Gesundheitszustand des Patienten.

Die Chemotherapie wirkt auf alle sich rasch teilenden Zeilen. Dazu gehören nicht nur die bösartigen Krebszellen, sondern auch gesunde Zellen wie die Schleimhautzellen des Verdauungstrakts und die Haarwurzelzellen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen der Chemotherapie zählen daher Übelkeit, Durchfall und Haarausfall. Diese unerwünschten Begleiterscheinungen lassen sich jedoch heute gut abschätzen und durch entsprechende Maßnahmen lindern. Sie klingen in der Regel nach Beendigung der Chemotherapie wieder ab.

10.3 Was passiert bei einer Bestrahlung?

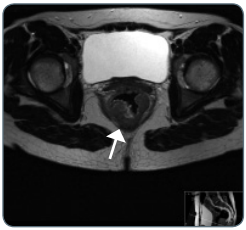
Bei einer Strahlentherapie werden mit energiereicher Strahlung Krebszellen zerstört. Im Gegensatz zur Chemotherapie, die im gesamten Körper wirkt, handelt es sich bei der Bestrahlung um ein örtlich (lokal) begrenztes Verfahren. Die Strahlen werden gezielt auf den Tumor gelenkt, so dass das gesunde Gewebe weitgehend geschont bleibt.

Bei Rektumkarzinomen wird die Bestrahlung des Tumorgebiets – oft in Kombination mit einer Chemotherapie – eingesetzt, da die Tumoren zum Wiederauftreten an derselben Stelle (Lokalrezidiv) neigen. Die Strahlentherapie kann vor einer Operation (präoperativ bzw. neoadjuvant) eingesetzt werden, um die Tumorregion zu sterilisieren und ggf. den Tumor zu verkleinern und damit besser operierbar zu machen oder auch nach einer Operation (postoperativ) erfolgen, um ein erneutes Wachstum des Tumors im Rektum wirkungsvoll zu verhindern.

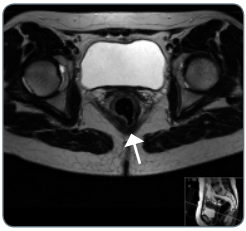
Kolonkarzinome hingegen neigen eher dazu, Metastasen in anderen Organen zu bilden, weshalb eine zusätzliche Bestrahlung des Dickdarms nicht notwendig ist.

Die Bestrahlung kann fast immer ambulant durchgeführt werden, ein längerer Aufenthalt im Krankenhaus ist meist nicht erforderlich. Die Strahlenmenge, mit der der Tumor behandelt wird, wird auf mehrere Tage und Wochen aufgeteilt. Dies hat zum Ziel, Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten. Die Strahlen verursachen bei der Behandlung keine Schmerzen bzw. sind nicht spürbar und auch nicht sichtbar.

Magnetresonanztomographie (MRT-)Aufnahme eines Rektumkarzinoms



Vor der Radiochemotherapie, der Tumor (Pfeil) engt fast den gesamten Darmquerschnitt ein.



Der Darmquerschnitt (Pfeil) ist nach der Radiochemotherapie nicht mehr vom Tumor eingeengt.

Verursachen Metastasen Knochenschmerzen, können diese durch eine Bestrahlung gut behandelt werden. Eine einmalige hohe Strahlendosis ist der Gabe mehrerer kleinerer Dosen überlegen und für den Patienten weniger aufwändig. Nebenwirkungen der Strahlentherapie können Durchfall, Bauchschmerzen, Blasenentzündung oder Hautreizungen sein. Diese sind heute weitgehend behandelbar und nur sehr selten stark ausgeprägt. Die Bestrahlung kann aber auch eine seelische Belastung für den Betroffenen darstellen. Hier sollte der behandelnde Arzt wegen möglicher Unterstützung angesprochen werden.

10.4 Neue Medikamente und Verfahren

Seit Jahrzehnten arbeiten Wissenschaftler mit Hochdruck an Medikamenten und Verfahren, mit deren Hilfe Krebs geheilt oder zumindest damit verbundene Beschwerden gelindert werden können. Weder bei Darmkrebs noch bei anderen Krebsarten gibt es bislang ein Mittel mit Heilungsgarantie, und doch geben die neuen Entwicklungen Hoffnung, dass das Leben auch mit fortgeschrittenem Darmkrebs immer besser und länger wird. Allerdings müssen sich alle neuartigen Wirkstoffe und Verfahren erst in Studien an einer Vielzahl von Patienten bewähren, bevor sie abschließend beurteilt werden können.

Zielgerichtete Therapien

Damit eine Zelle wachsen kann, benötigt sie Sauerstoff, Nährstoffe und bestimmte körpereigene Signalstoffe, die ihr Wachstum anregen. Das gleiche Prinzip gilt auch bei Krebszellen. Umgekehrt heißt das: Entzieht man den Zellen diese Grundlagen, so wird ihr Wachstum gehemmt und sie sterben ab. Es gilt daher, Substanzen zu entwickeln, die den Krebszellen gezielt die Lebensgrundlage entziehen. Sie wirken beispielsweise gegen Faktoren, die das Tumorwachstum fördern (sog. Tumor-Wachstums-Blocker), unterbinden die Blutversorgung des Tumors (sog. Angiogenesehemmer) oder verhindern die Signalübertragung zwischen Tumorzellen.

Physikalische Therapieverfahren

Mithilfe von Kälte- (Kryotherapie), Hitze- (Hyperthermie), Hochfrequenzstrom- oder Lasertherapie können Krebszellen zerstört werden. Damit gesunde Zellen nicht in Mitleidenschaft gezogen werden, wird die Temperatur- oder Strahlenquelle direkt in das Tumorgewebe eingeführt.

Sinnvoll ist eine solche Behandlung insbesondere dann, wenn schwerwiegende Symptome durch den Darmkrebs auftreten, etwa im Falle eines Darmverschlusses (Ileus). Hierbei handelt es sich um eine lebensbedrohliche Notfallsituation, da der Darm einreißen oder absterben kann. Die Darmdurchgängigkeit muss daher rasch durch eine Operation wiederhergestellt werden. Als Alternative oder bei Patienten mit hohem Operationsrisiko kann der Tumor durch die Kälte-, Wärme- oder Lasertherapie verkleinert und so die Durchgängigkeit des Darmes wiederhergestellt werden. Keines der Verfahren eignet sich jedoch zur Heilung von Krebs. Sie tragen lediglich zur Besserung von Beschwerden bei.

Hochfrequenzstrom- und Lasertherapie können auch zur Verödung von Metastasen, insbesondere in der Leber eingesetzt werden. Diese Verfahren kommt vor allem dann zur Anwendung, wenn eine Operation der Leber nicht möglich oder sinnvoll erscheint, mit einem physikalischen Verfahren aber dennoch eine vollständige Zerstörung der Metastasen möglich scheint. Als neues Verfahren zur Behandlung von Lebermetastasen, die auf eine Chemotherapie nicht mehr ansprechen, steht jetzt an einigen Kliniken auch die sogenannte selektive interne Radiotherapie (SIRT) zur Verfügung. Hierbei wird eine Leistenarterie punktiert und ein Kathetersystem bis in die Leberarterie eingeführten. Über das Kathetersystem werden radioaktiv beladene Kügelchen in die Leberarterien eingespritzt. Die Kügelchen blockieren die kleinen tumor-zuführenden Gefäße und geben in unmittelbarer Tumornähe ihre Strahlung frei. Mittels dieses Verfahrens wurden bereits Verzögerungen des Tumorwachstums bei stark mit Chemotherapie vorbehandelten Lebermetastasen beobachtet. Das Verfahren ist zugelassen und wird zur Palliation eingesetzt.

Zielgerichtete Medikamente (Antikörper)

Angiogenesehemmer
Angiogenesehemmer behindern die Blutversorgung von Tumoren, indem sie den sogenannten Gefäßzellwachstumsfaktor VEGF (vascular endothel growth factor) hemmen. Dieser wird von Krebszellen in die Blutbahn abgegeben, haftet sich auf der Oberfläche von Blutgefäßen an und gibt ihnen das Signal, in Richtung auf das Tumorgewebe zu wachsen. Dadurch wird der Tumor einerseits mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und gewinnt andererseits Anschluss an den Blutkreislauf, so dass er sich im Körper ausbreiten kann. Wird VEGF mit einem Angiogenesehemmer blockiert, werden die speziellen Anreize zu einer gesonderten Blutversorgung für den Tumor reduziert. Studien haben gezeigt, dass die Krebszellen weniger wachsen können und gleichzeitig gegebene Chemotherapien eine höhere Wirkchance haben. Ein solcher zur Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs zugelassener Angiogenesehemmer ist der Antikörper Bevacizumab.

Tumor-Wachstums-Blocker
In den meisten Fällen findet sich auf der Oberfläche von Dickdarmkrebszellen eine Bindungsstelle (Rezeptor) für den sogenannten epidermalen Wachstumsfaktor (EGF). EGF regt das Wachstum von Krebszellen an. Wird seine Bindungsstelle blockiert, kann EGF nicht mehr an der Krebszelle andocken und somit auch keine Reaktion mehr auslösen. Das Wachstum der Krebszelle wird dadurch gestört. Zwei Antikörper, die den EGF-Rezeptor (EGFR) blockieren, sind Cetuximab und Panitumumab. Bevor diese Medikamente eingesetzt werden können, muss jedoch geprüft werden, ob das sogenannte K-Ras-Gen mutiert ist. Das K-Ras-Gen kodiert ein Molekül, welches eine wichtige Rolle in der EGFR-Signalkette im Zellinneren spielt. Bei K-Ras-Veränderungen mit Daueraktivierung des K-Ras-Moleküls ist die hemmende Wirkung der beiden Medikamente weniger effizient. Das heißt, nur Patienten, bei denen dieses Gen nicht mutiert ist, profitieren von der Therapie, und nur diese Patienten dürfen diese Medikamente daher bei metastasiertem Dickdarmkrebs erhalten.

11. Wie geht es nach der Behandlung weiter?

11.1 Was passiert bei der Tumornachsorge?

Konnte durch die Operation der Tumor ganz entfernt werden und ist keine weitere Therapie mehr erforderlich, so werden die Ärzte in der Klinik raten, sich zu bestimmten Zeitpunkten für Nachuntersuchungen einzufinden. Diese haben das Ziel, ein erneutes Tumorwachstum frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Es gibt kein einheitliches Nachsorgekonzept, das für jeden Patient passt. Daher können die hier gegebenen allgemeinen „Standards“ nur als Anhalt dienen. Sicher ist jedoch, dass 80 Prozent aller Rezidive in den ersten beiden Jahren auftreten und nach fünf Jahren praktisch nicht mehr vorkommen. Damit lässt sich der Nachsorgebereich auf maximal 5 Jahre eingrenzen. Über die Zeitintervalle, in denen diese Untersuchungen durchgeführt werden, lassen sich keine pauschalen Angaben machen. Sie werden von dem behandelnden Arzt auf die jeweilige Situation des Patienten abgestimmt. In den ersten beiden Jahren nach der Operation werden die Untersuchungen in kurzen Abständen durchgeführt; danach genügen Kontrollen in längeren Zeitintervallen. Bemerken Sie jedoch Veränderungen oder treten Beschwerden auf, die Sie beunruhigen, dann ist ein Gang zum Arzt zu jeder Zeit sinnvoll und richtig. Folgende Untersuchungen können im Rahmen der Nachsorge durchgeführt werden:

- Befragung (Anamnese)
- gründliche und umfassende körperliche Untersuchung
- Blutuntersuchungen einschließlich Bestimmung des carcino-embryonalen Antigens (CEA-Wert, ein Tumormarker für Darmkrebs) und evtl. Stuhluntersuchung auf Blut
- Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane, u.a. der Leber
- Darmspiegelung (in der Regel 6 Monate, 3 und 5 Jahre nach der Operation)
- Röntgen- und CT-Untersuchungen des Brustraums

Keine Angst vor der Nachsorge!
Der regelmäßige Gang zur Krebsnachsorge mag unangenehm erscheinen oder Angst und Abwehr hervorrufen, vor allem durch die Erinnerung an die Krebserkrankung. Dennoch sollte die Krebsnachsorge hohen Vorrang haben. Denn Früherkennungsuntersuchungen sind auch in der Nachsorge von großer Bedeutung. Tumoren werden entdeckt, noch bevor sie irgendwelche Beschwerden machen. Dadurch ist eine rechtzeitige und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erfolgreiche Therapie möglich! Auch Metastasen, besonders Lebermetastasen, können vielfach durch eine einzige Operation vollständig entfernt werden.

Die Nachsorge hat noch einen weiteren Aspekt: Bei der Koloskopie kann festgestellt werden, ob sich Darmpolypen gebildet haben. Diese pilzartigen Geschwülste im Dickdarm können ein erneutes Darmkrebsrisiko darstellen. Sie können jedoch bei der Koloskopie ohne Operation entfernt werden. Dadurch wird ein wiederholtes Krebswachstum verhindert.

11.2 Wozu dient die Nachbetreuung?

Bei der Nachsorge geht es jedoch nicht nur um medizinische Untersuchungen, sie umfasst auch die Nachbetreuung des Patienten. Die meisten Menschen sind nach einer Krebsbehandlung körperlich und seelisch stark belastet. Die Nachbetreuung soll helfen, die Krankheit zu verarbeiten und die vielfältigen Probleme, die im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung auftreten, zu bewältigen.

Bereits in der Klinik gibt es die Möglichkeit, sich mit Fragen und Problemen an den behandelnden Arzt oder an spezielle Fachkräfte zu wenden. Neben der eigentlichen Therapie gehört es zu den Aufgaben eines behandelnden Arztes, den Patienten zu begleiten und gemeinsam mit ihm Probleme zu lösen.

Bei Fragen zur Pflege sind Pflegepersonal oder Stomatherapeuten behilflich. Falls eine Umstellung der Ernährung für die Genesung erforderlich oder hilfreich ist, stehen Ernährungsberater zur Verfügung, die einen auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittenen Ernährungsplan erarbeiten.

11.3 Rehabilitation

Häufig wird nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Anschlussheilbehandlung oder eine Kur empfohlen, um den Erholungs- und Genesungsprozess zu beschleunigen. Dafür gibt es speziell eingerichtete Nachsorgekliniken, in denen Sie wieder zu Kräften kommen können und in denen ganz gezielt auf Ihre Situation eingegangen wird. Dort können Sie gegebenenfalls auch lernen, mit einem Stoma umzugehen und Sie erhalten Hilfe bei Ernährungsfragen oder bei der Bewältigung psychischer oder sozialer Probleme.

12. Leben mit Darmkrebs

Krebs ist eine Erkrankung, die das Leben sehr verändert. Nicht nur der Patient ist betroffen, sondern auch die ihm nahestehenden Menschen - der Partner, die Familie, Freunde. Es gibt leider keine Patentlösung, die zu jedem Betroffenen passt. Jeder Mensch ist einzigartig und bringt seine eigene Art und Weise im Umgang mit der Erkrankung mit. Daher gibt es auch keine „richtige“ oder „falsche“ Art der Krankheitsbewältigung. Wir können Ihnen aber einige Anregungen dazu geben, wie Sie seelische und körperliche Belastungen verringern können.

12.1 Leben mit der Diagnose Krebs

Warum ich?

Vielleicht fragen Sie sich: „Warum habe gerade ich diese Krankheit bekommen? Habe ich etwas falsch gemacht und bin selbst schuld? Oder lag es an äußeren Einflüssen wie Stress im Beruf oder Probleme in der Familie?“

An der Entstehung von Krebs sind zahlreiche Faktoren beteiligt. Die vererbte Veranlagung spielt in ca. 10-15 Prozent bei Darmkrebs eine Rolle; dazu kommen äußere und innere Faktoren, die das Erbgut der Zelle nachhaltig verändern können. Als „Risikofaktoren“ sind vor allem bekannt: Rauchen, Alkohol und einseitige Ernährung. Noch immer gilt aber, dass bei den meisten Krebserkrankungen eine eindeutige einzelne Ursache nicht bekannt ist. In Studien konnte gezeigt werden, dass seelische Belastungen, Charaktermerkmale oder Art der psychischen Verarbeitung von Problemen keine Auslöser für Tumorerkrankungen darstellen.

Umgang mit Angst

Angst ist ein Gefühl, das die meisten Patienten erleben und das ihnen sehr zusetzt: Angst vor der Behandlung und ihren Nebenwirkungen oder auch Angst vor einer „Apparatemedizin“. Bevorstehende medizinische Untersuchungen und das Warten auf das Ergebnis werden oft als besonders belastend und nervenaufreibend empfunden. Hinzu kommt die Frage, wie die Familie Sie unterstützt und welche Auswirkungen die Erkrankung auf die berufliche und finanzielle Zukunft hat. Die Angst vor einem Rückfall kann einen Krebspatienten, auch bei guter Prognose, ein Leben lang begleiten, vor allem jedoch Angst davor, sterben zu müssen. Diese Angst ist eine normale Reaktion auf die Diagnose Krebs. Krebs wird als existentielle Bedrohung erlebt und auf bedrohliche Situationen reagiert ein Mensch mit Angst.

Umgang mit Stimmungsschwankungen

Die Zeit der Behandlung und das „Sich-Einstellen“ auf die veränderte Lebenssituation ist für viele ein Prozess, der durch extreme und gegensätzliche Gefühle gekennzeichnet ist. Zuversicht, Mut und Entschlossenheit, „sich nicht unterkriegen zu lassen“, können abwechseln mit Phasen großer Enttäuschung und Niedergeschlagenheit (z.B. bei Fortschreiten der Erkrankung). Trauer, Wut, Verzweiflung, Bedürfnis nach Nähe oder Rückzug – mitunter können diese Gefühle ständig wechseln. Haben Sie Geduld und Verständnis für sich. Sie leisten seelische Schwerstarbeit. Ihre positiven wie auch Ihre negativen Gefühle sind berechtigt. Geben Sie ihnen Ausdruck z.B. durch Gespräche, Weinen, Malen, Bewegen, Musik, Schreiben, sportliche Betätigung. Das wirkt entlastend und befreiend. Manchmal haben Betroffene die Befürchtung, dass negative Gedanken oder Gefühle sich schädlich auf den Krankheitsverlauf auswirken könnten.Diese Angst ist unbegründet. Niemand kann immer nur positiv denken. Zu einem inneren Gleichgewicht findet ein Mensch nur, wenn er alle Gefühle wahrnimmt und akzeptiert. Sie gehören zum Leben dazu. Wenn Angst und Verzweiflung aber übermächtig werden und Sie beherrschen, sollten Sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

Die Unterstützung der Familie und von Freunden nutzen

Meist werden der Partner, die Familie oder andere vertraute Menschen als größte Kraftquelle erlebt. Sie teilen die Sorgen und Ängste der Betroffenen und stehen Belastungen gemeinsam mit ihnen durch. Manchmal sind Veränderungen in der bisherigen Rollenaufteilung der Familie notwendig oder die Lebensplanung verändert sich. Das kann auf beiden Seiten große Verunsicherung auslösen. Teilen Sie Ihre Gefühle und Gedanken mit. Offene und vertrauensvolle Gespräche können viel zum gegenseitigen Verständnis beitragen und helfen, gemeinsam auch neue Wege zu gehen.

Wie können Sie der Angst begegnen?

Gestehen Sie sich die Angst zu. Sie ist kein Feind, sondern eine notwendige, normale seelische Reaktion.

Oft wird die Angst allumfassend erlebt. Versuchen Sie, sie zu konkretisieren. Wovor genau habe ich Angst?

Angst entsteht oft durch fehlende oder unzureichende Informationen. Suchen Sie das Gespräch mit den behandelnden Ärzten. Informieren Sie sich über die Erkrankung und den Umgang mit Beschwerden. Wenn Sie unsicher sind, können Sie eine zweite medizinische Meinung einholen. Teilen Sie Ihre Ängste und Sorgen mit. Das Gefühl der Behandlung „ausgeliefert“ zu sein, kann so deutlich gemildert werden.

Holen Sie sich Unterstützung. Sie sind nicht alleine. Ehepartner, Freunde, andere vertraute Menschen können eine große Hilfe sein. Sprechen über das, was Angst macht, kann schon entlastend wirken. Nehmen Sie sich zu Ereignissen, die Sie als besonders schwierig erleben (z.B. Nachuntersuchungen), „verstärkende Begleitung“ mit. Formulieren Sie Ihre Bedürfnisse und Erwartungen konkret. Andere wissen oft nicht genau, was Sie jetzt brauchen. Auch von professioneller Seite aus können Sie sich Unterstützung holen.

Bauen Sie zusätzliche Kontakte auf, z.B. indem Sie sich auf Station, beim Arzt, in einer Selbsthilfegruppe, in einem Internetchatroom o. ä. mit anderen Betroffenen austauschen.

Entspannungsübungen (z.B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung, meditatives Tanzen, Visualisierungsübungen) können viel dazu beitragen, innere Anspannung und Angst zu reduzieren.

Die Auseinandersetzung mit religiösen oder philosophischen Inhalten kann Halt und Orientierung geben.

Neue Ziele finden

Manchmal ist die Umsetzung bisheriger beruflicher Pläne und privater Ziele nicht mehr möglich. Dies kann aber auch ein „Anstoß“ sein, die bisherigen Lebensvorstellungen zu überdenken und offen für neue Erfahrungen zu werden. Vielleicht kamen früher Bereiche zu kurz, für die Sie sich heute mehr Zeit nehmen wollen. Oder es bietet sich die Chance, festgefahrene, unbefriedigende Gewohnheiten zu verändern.

Sich Gutes tun

Viele erkennen erst jetzt, was ihnen wirklich gut tut. Sie planen ihren Alltag neu und wenden sich bewusst den Dingen zu, die ihnen Freude bereiten (z.B. einen langgehegten Urlaubswunsch erfüllen, sich der Musik widmen, Beziehungen vertiefen, Kontakte knüpfen, ein Hobby pflegen). Die Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung ist ein Prozess, der mit Höhen und Tiefen verbunden ist. Nehmen Sie auch die kleinen Erfolge wahr und gehen Sie liebevoll mit sich um. Oft hilft es, sich zu erinnern, was früher geholfen hat, schwierige Lebenssituationen zu meistern. Diese Möglichkeiten können Sie vielleicht auch heute nutzen. Vertrauen Sie Ihren eigenen inneren Fähigkeiten zur Bewältigung der Krise und nehmen Sie all die soziale Unterstützung an, die Ihnen angeboten wird und hilfreich ist.

12.2 Professionelle Unterstützung

Seelische Belastungen, Ängste und Stress sind typische Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung. Manchmal kann es für den Patienten und seine Familie sehr schwierig sein, alleine damit fertig zu werden. In solchen Situationen ist die Unterstützung durch psychoonkologisch geschulte Fachkräfte hilfreich. Sie haben sich auf die Begleitung von Menschen mit einer Krebserkrankung spezialisiert. Solche Fachleute finden Sie:

- in psychoonkologischen Diensten im Akutkrankenhaus
- in Beratungsstellen der Landesverbände der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und anderer sozialer Träger, z.B. Tumorzentren, Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz
- in Rehabilitationseinrichtungen für Krebskranke
- in ambulanten psychologischen Praxen.

Während des stationären Aufenthaltes können Sie sich vom psychoonkologischen Team in psychologischen Gesprächen zum Umgang mit der Diagnose, den seelischen Belastungen der Behandlung und in Ihren persönlichen und familiären Fragen und Problemen beraten und therapeutisch unterstützen lassen.

Wann sollten Sie sich auf jeden Fall um fachliche Hilfe bemühen?

- Niedergeschlagenheit und Angst
- Selbstmordgedanken
- Gefühl der Orientierungslosigkeit
- Scheinbar „grundlose“ Weinkrämpfe
- Schlaflosigkeit, häufige Alpträume
- Das Gefühl, unter großem Druck zu stehen
- Partnerschaftsprobleme und Störungen im sexuellen Erleben
- zwanghafte Verhaltensweisen (z.B. Alkohol- oder Tablettenmissbrauch, Verweigerung notwendiger Medikamente)

Krebsberatungsstellen

Information, persönliche Beratung und individuelle Betreuung sind Hauptaufgaben der Krebsberatungsstellen. Sie können sie jederzeit in Anspruch nehmen, wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihnen ihre Angebote helfen und gut tun würden. Krebsberatungsstellen unterstützen Sie in ihrem bei psychischen und sozialrechtlichen Problemen und suchen mit Ihnen gemeinsam nach Lösungen. Die Mitarbeiter in Beratungsstellen helfen Ihnen auch bei der

Suche nach einem Therapeuten, falls eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung notwendig sein sollte. Diese wird von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt.

Psychotherapie

Die Übergänge zwischen Beratung und Psychotherapie sind fließend und nicht immer leicht abzugrenzen. Mit Psychotherapie ist die „heilende Behandlung der Seele“ gemeint. Sie kann bei krebskranken Menschen durchgeführt werden, wenn seelische oder psychosomatische Probleme nicht nur vorübergehend sind, z.B. bei länger anhaltender Angst und Depression oder bei Anpassungsproblemen in gravierend veränderten Lebenssituationen.

Eine psychotherapeutische Behandlung kann viel dazu beitragen, dass Sie seelisch gesund bleiben trotz der Belastungen, die durch eine Krebserkrankung entstehen können. Häufig berührt die Krankheit „alte“ Themen, die schon vor der Diagnose eine Rolle gespielt haben: z.B. Konflikte in Partnerschaft oder Familie, Selbstwertprobleme, Ängste und Depression. All diese Probleme können Sie in einer psychotherapeutischen Behandlung gezielt aufgreifen und aufarbeiten.

Manchmal haben Patienten die Befürchtung, als „verrückt“ zu gelten, wenn sie einen Psychotherapeuten aufsuchen. Viele Menschen, auch sehr erfolgreiche und an sich stabile Persönlichkeiten, können im Laufe ihres Lebens in eine Krise geraten, aus der sie alleine nicht mehr herausfinden. Die Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung bringt Ihre Fähigkeit und Ihren Willen zum Ausdruck, aktiv seelische Hilfe und Unterstützung anzunehmen.

Es gibt mehrere unterschiedliche Behandlungsverfahren: Psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Familientherapie, Gestalttherapie, um nur die bekanntesten zu nennen. Unter anderen gibt es auch psychotherapeutische Sonderformen wie Kunst-, Musik- oder Körpertherapie.

Was bieten Krebsberatungsstellen an?

Die Landesverbände der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. unterhalten ein bundesweites Netz von Krebsberatungsstellen. Dort finden Sie geschulte Fachkräfte, die Verständnis für Ihre psychischen und sozialen Belastungen haben und Sie aktuell informieren und beraten. Die Beratungsstellen sind offen für Patienten, für Angehörige und alle, die Fragen zum Thema Krebs haben. Die Beratung ist grundsätzlich kostenfrei. Alle Beratungsstellen arbeiten regional und bundesweit mit einer Vielzahl von Institutionen, Fachleuten, speziellen Einrichtungen für Krebskranke und Sozialbehörden zusammen. Sie haben daher einen guten Überblick über das, was hilfreich für Sie sein kann. Bei speziellen Anliegen vermitteln sie gerne weiter. Sie können einfach anrufen und einen Termin vereinbaren. Oftmals ist auch eine Beratung im Krankenhaus möglich. Krebsberatungsstellen werden auch von anderen Trägern angeboten, z.B. von Tumorzentren, Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz.

Beratung bei psychischen Problemen: z.B. bei Ängsten, bei Problemen im Umgang mit der Familie/Partnerschaft/Sexualität, bei der Suche nach Hilfen zur Entspannung und zum Umgang mit Stress, bei der Neuorientierung, bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

Beratung in sozialrechtlichen Fragen: z.B. zum Schwerbehindertenausweis, zur medizinischen Rehabilitation, zur beruflichen Wiedereingliederung, zu finanziellen Hilfsmöglichkeiten, zu sonstigen Leistungen der Sozialversicherungsträger

Beratungen in sonstigen Fragen: z.B. allgemeine medizinische Informationen anhand der aktuellen Standards und Leitlinien, Ernährungsberatung, Stomaberatung

Allgemeine Informationen: ausführliches Informationsmaterial zu vielen Themen „rund um Krebs“, Adressen zu Selbsthilfegruppen, Tumorzentren, Spezialisten und weiteren nützlichen Institutionen

Gruppenangebote: für Betroffene oder Angehörige, z.B. thematische und therapeutisch geleitete Gesprächsgruppen, reine Selbsthilfegruppen, therapeutische Malgruppen

Alle Therapien versuchen, jeweils aus einem ganz bestimmten Blickwinkel heraus, die vorhandenen Probleme anzugehen. Viele Psychotherapeuten arbeiten heute jedoch nicht mehr ausschließlich nach den Lehren einer einzigen „Schule“. Sie bilden sich häufig in mehreren therapeutischen Richtungen aus. Wichtig ist für Sie persönlich, dass Sie sich von Ihrem Therapeuten menschlich angenommen fühlen und dass Sie spüren, dass er einfühlsam auf Ihre Probleme eingeht.

12.3 Selbsthilfegruppen

In Deutschland gibt es inzwischen eine große Zahl von Selbsthilfegruppen krebskranker Menschen, in denen sich die Betroffenen zusammengeschlossen haben. Sie helfen sich gegenseitig, mit den Auswirkungen der Erkrankung zu leben. Selbsthilfegruppen bieten in ganz verschiedenen Lebensbereichen Hilfe an. Wir haben die wichtigsten für Sie zusammengefasst.

Seelische Unterstützung geben

Für viele Patienten ist die Unterstützung ihrer Angehörigen und Freunde eine große Hilfe. Manchmal ist es jedoch sehr schwierig für Gesunde, die oft wechselnden Gefühle eines Krebskranken zu verstehen. Deshalb empfinden viele den Austausch mit Menschen, die auch an Krebs erkrankt sind, als große Bereicherung. Andere Betroffene machen oft sehr ähnliche Erfahrungen und teilen Ihre Ängste und Sorgen. In der Gruppe erkennen Sie, dass Ihre Gedanken und Gefühle normal sind und dass andere genau wie Sie nach Lösungen suchen. Sie erleben, wie andere Krebskranke mit körperlichen Einschränkungen umgehen und wie sie mit den seelischen Belastungen fertig werden. Das Beispiel von Betroffenen kann zeigen, dass ein erfülltes Leben auch mit der Krankheit möglich ist. Das macht Mut und gibt Kraft, die eigenen Probleme anzupacken.

Soziale Kontakte knüpfen

Die gegenseitige Anteilnahme und Unterstützung schweißt nach einiger Zeit eng zusammen. Viele Gruppenmitglieder treffen sich auch privat, gestalten gemeinsam ihre Freizeit, besuchen sich untereinander im Krankenhaus und kümmern sich um Schwerkranke, die nicht mehr zum Gruppentreffen kommen können. Besonders für Alleinstehende oder Menschen, die sich in ihren Beziehungen sehr alleine fühlen, ist das ein wichtiger Halt.

Informationen austauschen

Die Gruppenmitglieder informieren sich gegenseitig über Neues im Zusammenhang mit der Krebserkrankung, z.B. neue medizinische Erkenntnisse, aktuelle Informationen über gesunde Lebensführung, wichtige Änderungen in der Sozialgesetzgebung (z.B. zu Nachsorgekuren, Rehabilitations-Maßnahmen). Zu besonders interessanten Themen werden Fachreferenten eingeladen. Auch hilfreiche praktische Tipps werden vermittelt, z.B. zum Umgang mit einem künstlichen Darmausgang oder zur Linderung von Nebenwirkungen der Therapie.

Sonstige Angebote

In manchen (meist therapeutisch geführten) Gruppen haben Sie außerdem die Möglichkeit, verschiedene Entspannungstechniken zu erlernen oder Ihrer Kreativität freien Lauf zu lassen (z.B. durch Malen, Tanzen).

Wie finde ich die richtige Gruppe?

Selbsthilfegruppen gibt es in ganz unterschiedlichen Zusammensetzungen: Die meisten Gruppen sind reine Patientengruppen: Bei verschiedenen Krebsarten (z.B. Leukämie, Brustkrebs, Darmkrebs) schließen sich oft Kranke zusammen, die unter gleichen oder sehr ähnlichen Krankheitsbildern leiden. Bei ihnen stehen ganz bestimmte behandlungsbedingte Probleme im Vordergrund, die andere Tumorkranke weniger betreffen.

Andere Gruppen sind nach Alter, Geschlecht oder Art der Krebserkrankung völlig gemischt. Wenn bei Ihnen sexuelle Störungen ein Hauptproblem darstellen, fällt es Ihnen wahrscheinlich leichter, sich mit Menschen austauschen, die dem gleichen Geschlecht angehören. Vor allem deshalb haben sich auch reine Männer- oder Frauengruppen gebildet. Jüngere Kranke suchen oft Kontakt zu Gleichaltrigen - auch dafür gibt es spezielle Gruppen. Schließlich werden immer häufiger Gesprächskreise nur für Angehörige oder für Patienten und Angehörigen gemeinsam gegründet. Daneben gibt es therapeutische Gesprächsgruppen, die von einer hauptamtlichen Fachkraft geleitet werden.

Selbsthilfegruppen – was sollten Sie beachten?

Viele Krebspatienten haben Angst davor, dass sie das Schicksal eines Mitpatienten zu stark belastet. Es kann sein, dass Sie Menschen kennen lernen werden, die Sie sehr mögen und die plötzlich einen Rückfall erleiden und daran sterben werden. Nicht jeder kann damit umgehen. Umgekehrt kann genau diese Auseinandersetzung mit Tod und Sterben auch eine Chance für Sie sein, mit der Angst umgehen zu lernen. Zwingen Sie sich jedoch zu nichts, sondern versuchen Sie für sich herauszufinden, was im Moment richtig für Sie ist.

Wenn Sie sich entscheiden, eine Gruppe aufzusuchen, sollten Sie darauf achten, dass Sie sich dort gut aufgehoben fühlen. Es ist wichtig, dass Sie das Gefühl haben, unterstützt zu werden und selbst Beistand leisten zu können, aber nicht die Lösungen anderer Menschen „übergestülpt“ zu bekommen. Überall wo Menschen zusammenkommen, kann es Probleme geben. Wenn Sie spüren, dass der Umgangsstil in der Gruppe nicht hilfreich und bereichernd für Sie ist, scheuen Sie sich nicht, die Gruppe wieder zu verlassen.

12.4 Ernährungsempfehlungen für Darmkrebspatienten

Natürlich sollte die Ernährung des Darmkrebspatienten sich langfristig an der vollwertigen Kost eines Gesunden orientieren. Das heißt: Eine angemessene Energie- und Fettzufuhr, die richtigen Streich- und Zubereitungsfette, eine ballaststoffreiche Kost mit hochwertigem Eiweiß. Befindet sich der Patient jedoch zurzeit in einer Chemo- und/oder Strahlentherapie mit eventuell zahlreichen Nebenwirkungen; wurde aktuell oder vor einiger Zeit ein Teil des Darmes operativ entfernt oder ist der Tumor nicht operabel und führt zu Störungen innerhalb der Verdauung, so ist es unter Umständen erforderlich, spezielle Ernährungsempfehlungen zu kennen und individuell zu nutzen.

Grundsätzlich gibt es keine einheitliche Krebsdiät und auch keine allgemeingültigen Empfehlungen für Darmkrebspatienten. Entscheidend sind immer die individuellen Therapiebedingungen. Gezielte Ernährungs-Tipps müssen sich auf den betroffenen Darmabschnitt, eventuelle Beschwerden und natürlich auch immer auf den Ernährungszustand, das Wohlbefinden und die familiären Ernährungsgewohnheiten beziehen. Essen ist und sollte Lebensqualität bleiben und nicht mit Angst oder Widerwillen verbunden sein.

Energiezufuhr

Der Energiebedarf eines Tumorpatienten kann je nach Therapiestadium bis zu 75% höher sein als im gesunden Zustand. Viele Patienten haben bei der Umsetzung dieser Empfehlung für eine höhere Kalorienzufuhr große Probleme. Hier können häufige, kleine und kompakte (energiereiche) Mahlzeiten helfen, trotz Appetitlosigkeit oder körperlichen Beschwerden den Energiebedarf zu decken.

Ursachen für Gewichtsverlust

Ursachen durch die Krebserkrankung selbst:
Es entstehen im Körper spezielle Substanzen, die Appetitlosigkeit auslösen.

Der Energiebedarf in Ruhe (Grundumsatz) ist wesentlich erhöht.

Ein Anstieg der Körpertemperatur in bestimmten Therapiephasen führt zu einem größeren Verbrauch von Energie.

Es kann zu Veränderungen im Geschmack kommen. Häufig werden Bitterstoffe eher wahrgenommen oder alles schmeckt zu süß.

Ursachen durch Chemo- und/oder Strahlentherapie:
Die Nebenwirkungen der Krebstherapie (z.B. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Durchfall, Geschmacksstörungen) führen häufig zu einer verringerten Nahrungsaufnahme.

Ursachen durch die Folgen einer Operation:
Das Entfernen von Darmabschnitten kann ja nach Ort der Operation Auswirkungen auf die Energie- und Nährstoffaufnahme haben.

Wenn ein Teil des Darms entfernt wurde, haben viele Patienten Angst, dass durch Essen und Trinken bestimmte Beschwerden, wie Durchfälle oder Schmerzen, ausgelöst werden können, und essen dadurch weniger.

Halten Sie Ihr Körpergewicht stabil!

Der Erhalt des Körpergewichts ist entscheidend für den Erfolg der Therapie und für die Lebensqualität. Ein Gewichtsverlust geht mit einem Verlust an der aktiven Muskulatur und daraus folgend mit fühlbarer Müdigkeit und Schwäche einher. Spätestens wenn 10% des Ausgangsgewichtes reduziert wurden, sollte auf die Notbremse getreten und nach möglichen Ursachen geforscht werden. Gehen mehr als 20% des Körpergewichtes verloren, so kommt es meistens zu Schwierigkeiten bei körperlichen Aktivitäten im normalen Alltag (z.B. Spazieren gehen, Einkaufen, sich selbst an- und ausziehen, Tätigkeiten im Haushalt). Ebenso aufpassen müssen Sie bei starker Gewichtszunahme: Bei einem künstlichem Darmausgang (Stoma) kann sich dadurch die Position des Stomatas verändern!

Ursachen für Gewichtsverlust

Dem Gewichtsverlust können viele verschiedene Ursachen zu Grunde liegen (s. Infobox, die häufig ineinander greifen. Allein die unterschiedlichen Ursachen für eine Gewichtsabnahme verdeutlichen, dass keine generellen Ernährungsempfehlungen gegeben werden können. Es ist wichtig, individuelle Möglichkeiten so früh wie möglich durch eine professionelle Ernährungsberatung kennen zu lernen. Dadurch können diätetische Alternativen, die auf eine Normalisierung der Nährstoffaufnahme Einfluss nehmen, aufgezeigt werden. Hierbei werden die Nebenwirkungen der Therapie, als auch die Funktionstüchtigkeit des Darms speziell berücksichtigt.

12.5 Sport und Krebserkrankung

Die Zeiten, in denen Krebspatienten zur Schonung geraten und von Sport abgeraten wurde, sind vorbei: Heute wird den Patienten eine regelmäßige und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte körperliche Aktivität empfohlen. Denn regelmäßige körperliche Aktivität fördert den Genesungsprozess und hat einen positiven Einfluss auf das

physische, psychische und soziale Wohlbefinden. In Studien konnte zudem gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für ein Wiederauftreten von Darmkrebs durch Sport erheblich gesenkt werden kann. Welche Sportarten für Sie geeignet sind, was sie dabei beachten müssen und wann anstrengende Sportprogramme zu vermeiden sind, bespricht Ihr Arzt mit Ihnen.

12.6 Leben mit künstlichem Darmausgang

Leben mit Darmkrebs bedeutet für manche Patienten auch Leben mit einem künstlichen Darmausgang. Schon vor der Operation wird der Arzt ausführlich über den Grund für die Anlage eines Anus praeter (Stoma) und den Umgang damit aufklären. Trotzdem treten viele Details oder Probleme erst nach der Operation auf und können dann besprochen und gemeistert werden. Damit Betroffene die richtige Unterstützung erhalten, Fragen stellen und sich Tipps geben lassen können, gibt es sogenannte Stomatherapeuten. Stomatherapeuten sind meist Krankenschwester oder Pfleger. Sie sind speziell darin ausgebildet, Patientinnen und Patienten bei dem Umgang mit einem künstlichen Darmausgang zu helfen. Eine häusliche Weiterbetreuung durch diese ist ebenfalls möglich. Welche Unterstützung Sie zuhause noch brauchen, besprechen Sie am besten mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ärztin. Hilfsmittel, wie verschiedene Beutelarten und -größen oder Hautschutzmittel, werden von vielen Herstellern angeboten. Welche für einen Stoma-Träger am besten geeignet sind, muss individuell entschieden werden. Manchmal kann es eine Zeit dauern und man wird verschiedene Produkte ausprobieren, bis man „seine“ Stoma-Versorgung gefunden hat. Wenn Sie das Bedürfnis haben, mit Menschen zusammenzukommen, denen es ähnlich geht wie Ihnen, können Sie mit der Deutschen ILCO e.V. (Ileostomie-Kolostomie-Urostomie-Vereinigung) in Kontakt treten. Der Dachverband der Selbsthilfegruppen von Patienten mit künstlichem Darm- und Blasenausgang betreut Selbsthilfegruppen im ganzen Bundesgebiet.

Anus praeter – gut zu wissen!

Ernährungsumstellung
Eine spezielle Diät ist nicht erforderlich, es kann gegessen werden was schmeckt. Natürlich muss auf die Verträglichkeit der Nahrung geachtet werden, wie bei „Gesunden“ auch.

Nie mehr waschen oder schwimmen
Ist ein Ammenmärchen, denn es gibt beispielsweise sogenannte Schwimm- und Badegürtel, die das Stoma schützen und neugierige Blicke fernhalten.

Sexualität
Ungezwungene Intimität hat immer auch etwas mit dem Selbstwertgefühl zu tun. Natürlich kann ein Stoma dieses beeinträchtigen, das Ende eines erfüllten Sexuallebens ist es jedoch nicht. Reden Sie mit Ihrem Partner oder Partnerin darüber.

Schwangerschaft
Ist auch für Stoma-Trägerinnen kein Problem. Die Gebärmutter wird von dem Stoma nicht beeinträchtigt.

Lässt man sich auf die neue Situation ein, wird man schnell zum wahren Experten in eigener Sache. Ein Stoma bedeutet für den gut informierten Patienten kaum Einschränkungen im Alltag.

13. Erkrankungsverlauf

Eine dauerhafte Heilung ist nur möglich, wenn der Tumor vollständig entfernt bzw. zerstört wird. Dies gelingt am besten in frühen Tumorstadien, wenn der Tumor noch nicht so groß ist und/oder sich im Körper ausgebreitet hat. Dabei kommt der Krebsfrüherkennung beim Darmkrebs eine besondere Bedeutung zu, da hiermit der Tumor in frühen Stadien erkannt werden und damit gut behandelt werden kann. In diesem Fall geht man davon aus, dass 90% aller Darmkrebspatienten geheilt werden können.

14. Weiterführende Informationen und Unterstützung

Viele professionelle Beratungsstellen unterstützen Sie bei physischen, psychischen und sozialen Problemen. Sie beantworten Fragen im Zusammenhang mit der Erkrankung und helfen bei der Bewältigung der Situation.

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krebsgesellschaft als größte Fachgesellschaft zur Onkologie bietet laienverständliche, jedoch wissenschaftlich fundierte und aktuelle Informationen zum Thema Darmkrebs, z.B. zum bewussten Leben, zur Früherkennung, Diagnose und Behandlung sowie zum Leben mit einer Krebserkrankung.

Telefon: 030 - 322932900
E-Mail: presse@krebsgesellschaft.de
Internet: www.krebsgesellschaft.de

Auf dieser Website finden Sie auch die Adresse Ihrer Landeskrebsgesellschaft.

Deutsche Krebshilfe

Für Betroffene und Angehörige stehen Informationen inklusive zahlreicher Ratgeber zu Krebserkrankungen, krebsassoziierten Beschwerden und übergreifenden Themen, z.B. Sozialleistungen, kostenlos zum Download oder zum Bestellen zur Verfügung.

Telefon: 0228 - 729900
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ)

Eine sehr informative Homepage des Deutschen Krebs-forschungszentrums in Heidelberg zu vielen Krebserkrankungen. Zu Darmkrebs gibt es eine gute Übersicht von Risikofaktoren über Diagnostik bis Therapie.

Telefon: 0800 - 4203040
E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de
Internet: www.krebsinformation.de

FELIX BURDA STIFTUNG

Die Stiftung unterstützt eine qualitativ hochwertige Internetseite zum Thema Darmkrebs. Die Stiftung möchte den Betroffenen durch seine Krankheit begleiten und ihm seine vielen Fragen so gut wie möglich beantworten.

Telefon: 089 - 92502501
E-Mail: kontakt@foundation.burda.com
Internet: www.darmkrebs.de und www.felix-burda-stiftung.de

Stiftung Lebensblicke

Ziel der Stiftung ist es, die steigende Zahl der Darmkrebstoten in Deutschland zu bekämpfen. Vor allem geht es der Stiftung um ein Bewusstwerden für die Krankheit und eine zunehmende Darmkrebsfrüherkennung.

Telefon: 0621 - 5032838
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Internet: www.stiftung-lebensblicke.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. - dapo e.v.

Psychoonkologie bezeichnet die Unterstützung für an Krebs erkrankte Menschen und ihre Angehörigen durch Beratung, Begleitung, Behandlung und Information. Auf der Seite der dapo e.V. finden Sie Adressen von Psychotherapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern und -pädagogen, Seelsorgern, Supervisoren und Angehörigen anderer Berufsgruppen, die Ihnen helfen können.

Telefon: 0700 - 20006666
E-Mail: dapo-ev@t-online.de
Internet: www.dapo-ev.de

Deutsche ILCO

Die Deutsche ILCO e.V. (Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung) ist eine Selbsthilfeorganisation von und für Stomaträger, Menschen mit Darmkrebs und Angehörige. Die Seite bietet u.a. Literaturempfehlungen und Adressen von Beratungsstellen und Rehakliniken.

Telefon: 0228 - 33889450
E-Mail: info@ilco.de
Internet: www.ilco.de

Gruppen zur familiären adenomatösen Polyposis

Die Familienhilfe Polyposis coli e.V. ist eine bundesweite Selbsthilfegruppe für Familien, die von der familiären adenomatösen Polyposis (FAP) betroffen sind. Es handelt sich um eine Serviceeinrichtung für FAP-Patienten und deren Angehörige; sie vermittelt Kontakte zu anderen Betroffenen, damit Probleme besprochen und Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit ausgetauscht werden können.

Telefon: 06629 - 1821
E-Mail: info@familienhilfe-polyposis.de
Internet: www.familienhilfe-polyposis.de

Familienhilfe Darmkrebs

Wenn Sie an Darmkrebs leiden oder aufgrund gleicher Krankheitsfälle im engen Angehörigenkreis befürchten, eine erbliche Veranlagung für diese Erkrankung zu haben, unterstützt Sie die Familienhilfe Darmkrebs mit ihrer Selbsthilfearbeit. Auch Familienangehörige, die durch die unmittelbare Konfrontation mit der Erkrankung ihres Partners genauso betroffen sind, finden in der Gruppe Rat und Hilfe.

E-Mail: darmkrebshilfe@web.de
Internet: www.familienhilfe-darmkrebs.de

Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e.V.

Die Beratungsstelle informiert und hilft Menschen, die an Krebs erkrankt sind, sowie deren Angehörigen. Sie bietet Unterstützungsmöglichkeiten an, die vielen Erkrankten und Angehörigen helfen, mit der Diagnose umzugehen, ihre körperlich-seelische Krise zu überwinden und ihr Leben neu zu gestalten. Das Besondere der Beratungsstelle ist, dass die Mitarbeiter, ganz persönlich mit der Krankheit Krebs konfrontiert wurden, entweder als Betroffene oder als Angehörige. So wissen sie aus ihren eigenen Erfahrungen, wie die Diagnose Krebs den Menschen in eine tiefe Krise stürzen kann und wie wichtig und notwendig psychosoziale Beratung und Unterstützung ist.

Telefon: 030- 89409041
Internet: www.krebsberatung-berlin.de

15. Fachbegriffe

Adenom
Gutartige Geschwulst aus der Schleimhaut oder dem Drüsengewebe, die bösartig entarten kann.

Adjuvante Therapie
Unterstützende/ergänzende Behandlung nach operativer Entfernung eines Tumors, um ein Wiederauftreten des Tumors zu verhindern. Adjuvante Therapiemethoden sind meist Strahlen- oder Chemotherapie.

Anus praeter
Auch Stoma; künstlicher Darmausgang durch die Bauchhaut.

Biopsie
Entnahme einer Gewebeprobe zur Untersuchung und Diagnosestellung und damit Therapieplanung und Abschätzung des Krankheitsverlaufs.

Chemotherapie
Behandlung mit Medikamenten (sog. Zytostatika), die das Wachstum der Krebszellen hemmen.

Computertomographie (CT)
Computerunterstützte Röntgenuntersuchung, die Schnittbilder des Körpers erzeugt und so eine genaue Beurteilung der Lage und Größe von Organen oder auch eines Tumors erlaubt.

Darmpolypen
Finger- oder pilzähnlich aussehende gutartige Schleimhautwucherungen, die in den Hohlraum des Darms hineinragen.

Darmspiegelung
Auch Koloskopie; Untersuchung der Darmschleimhaut mithilfe eines beweglichen Schlauches, in dem ein optisches System und häufig eine kleine Biopsiezange zur Entnahme von Gewebeproben stecken.

Darmzentrum
Hier werden Darmkrebspatienten umfassend und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft betreut: Diagnostik, Therapie und Nachsorge liegen hier in einer Hand und erfolgen hier anhand hoher Qualitätsstandards.

Dickdarm
Abschnitt des Verdauungssystems zwischen Dünndarm und After; bestehend aus einem aufsteigenden Abschnitt, einem querverlaufenden Teil, einem absteigenden Abschnitt, einem S-förmigen Teil und dem Endabschnitt, der als Enddarm oder Mastdarm bezeichnet wird.

Enddarm
Letzter Abschnitt des Darms vor dem After; wird auch als Mastdarm oder Rektum bezeichnet.

Endoskop
Röhrenförmiges, mit Lichtquelle und optischem System ausgestattetes Instrument.

Endoskopie
Spiegelung und Ausleuchtung von Hohlorganen oder Körperhöhlen mit Hilfe eines Endoskops. Es besteht die Möglichkeit einer Gewebeentnahme und kleiner operativer Eingriffe.

Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP)
Erbkrankheit, die aufgrund von Genmutationen ein extrem erhöhtes Risiko für eine bösartige Geschwulst in Mastdarm und Dickdarm aufweist.

Familiäres nicht polypöses kolorektales Karzinom (Hereditary Nonpolyposis Colon-Cancer (HNPCC) oder Lynch-Syndrom)
Erbkrankheit, die aufgrund einer genetischen Veranlagung ein sehr hohes Risiko für Darmkrebs aufweist.

5-Fluorouracil (5-FU)
Zytostatikum zur Behandlung von Darmkrebs, wird heutzutage überwiegend in Kombination mit Folinsäure und weiteren Substanzen eingesetzt.

Folinsäure (FS)
Vitamin, das die Wirksamkeit von 5-Fluorourcil (5-FU) steigert.

Früherkennung
Untersuchung, die empfohlen wird, um eine bestimmte Krankheit in einem sehr frühen Stadium zu entdecken, wenn noch keine Beschwerden und Anzeichen der Erkrankung aufgetreten sind.

Grading
Klassifizierung des Krebses danach, in welchem Maße er entartet ist, d.h. wie stark sich die Krebszellen von normalen Zellen unterscheiden. Je stärker sie sich unterscheiden, desto bösartiger ist der Krebs.

Hämoccult-Test
Untersuchung zum Nachweis von nichtsichtbarem Blut im Stuhl, wobei die Stuhlprobe auf ein Testpapier aufgetragen wird.

Histologie/histologische Begutachtung
Wissenschaft und Lehre vom Feinbau der Körpergewebe. Sie erlaubt u.a. die Beurteilung, ob ein gut- oder bösartiger Tumor vorhanden ist, und kann Hinweise auf den Entstehungsort geben.

Karzinom
Bösartiger Tumor von Oberflächengeweben und Drüsen.

Kolon
Dickdarm.

Koloskopie
Darmspiegelung; Untersuchung der Darmschleimhaut nach Auffälligkeiten; von verdächtigen Stellen können Gewebeproben entnommen werden.

Krebs
Bezeichnung für eine bösartige Geschwulst; unkontrolliert wachsendes Gewebe, das verdrängend in gesundes Gewebe einwächst und hierbei schwere gesundheitliche Störungen verursacht.

Künstlicher Darmausgang
(Stoma oder Anus praeter)
Operative Verlegung des Darmausganges durch die Bauchdecke.

Kurative Therapie
Therapieansatz in der Krebsbehandlung, bei dem die Heilung, also die vollständige Entfernung des Tumors, das Ziel ist.

Lokal
Örtlich.

Lymphe
Flüssigkeit in den Lymphgefäßen. Die Lymphe enthält Zellen des Abwehrsystems (Immunsystems) und dient der Reinigung von Abfallprodukten aus Geweben und Blutkreislauf.

Lymphknoten
Bestandteil des Lymphsystems und damit des Abwehrsystems (Immunsystems) im Körper; wichtige Aufgaben sind Reinigung und Filterung der Lymphe.

Metastase
Tochtergeschwulst.

Metastasierung
Ausbreitung/Absiedelung von Krebszellen im Körper, auch als Tochtergeschwülste bezeichnet.

Neoadjuvante Therapie
Eine Strahlen- und/oder Chemotherapie vor einer Operation, um den Tumor zu verkleinern, damit eine Operation überhaupt erst möglich wird oder der Tumor besser zu operieren ist.

Onkologie
Lehre von den Krebserkrankungen.

Palliative Therapie
Hierbei handelt es sich um lindernde Therapiemaßnahmen, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Ziel ist das Mildern von krebsbedingten Symptomen, z.B. Schmerzbekämpfung, und Verlängerung von Lebenszeit.

Polyp
Gutartige Wucherung der Schleimhaut; bestimmte Arten können zu bösartigen Geschwülsten entarten.

Rektum
Mast- oder Enddarm, letzter Abschnitt des Dickdarms.

Rezidiv
Wiederauftreten eines Tumors.

Risikofaktoren
Umstände, die die Entstehung einer Erkrankung begünstigen.

Screening
Auf eine bestimmte Krankheit gerichtete Untersuchungen zur Erkennung von symptomlosen Krankheitsträgern (möglichst im Frühstadium).

Staging
Einstufung des Tumors anhand seines Stadiums, d.h. meist anhand von Größe sowie Ausbreitung in Lymphknoten und andere Gewebe. Hiernach richten sich Verlauf und Behandlung der Tumorerkrankung.

Systemische Therapie
Eine Behandlung, die im gesamten Körper wirkt, z.B. Chemotherapie.

TNM-Klassifikation
International gebräuchliche Einteilung von Tumoren. Beurteilt werden Tumorgröße (T), Lymphknotenbefall (Nodalstatus = N) und Ausbreitung in weitere Körpergewebe (Metastasierung = M).

Tumor
Gutartige oder bösartige Geschwulst, die durch unkontrollierte Wucherung von Zellen entstanden ist.

Zytostatika
Medikamente, die bei einer Chemotherapie verwendet werden, um das Wachstum der Krebszellen zu hemmen.

Quellenangaben

Zur Erstellung dieser Patientenbroschüre wurden folgende Quellen genutzt:

- Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. www.krebsgesellschaft.de
- Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)

NOTIZEN

Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.
Königstraße 27
30175 Hannover
Telefon: 0511–3 88 52 62
Fax: 0511–3 88 53 43
E-Mail: service@nds-krebsgesellschaft.de
www.nds-krebsgesellschaft.de

Spendenkonten:
Norddeutsche Landesbank Hannover
Kontonummer: 101 027 407
Bankleitzahl: 250 500 00

Postbank Hannover
Kontonummer: 134 800 304
Bankleitzahl: 250 100 30