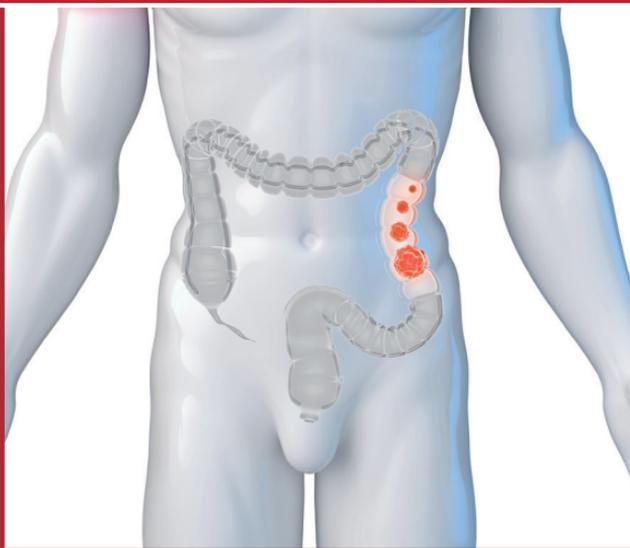


Patienteninformation

Darmkrebs



Klinik für
Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kompetenzzentrum
für minimal-invasive
Chirurgie (CAMIC)



Ihr ärztliches Team:



Dr. med. Jan H. Herrfurth

Chefarzt
Facharzt für Chirurgie und
Viszeralchirurgie
Spezielle Viszeralchirurgie
Ernährungsmedizin
Sportmedizin



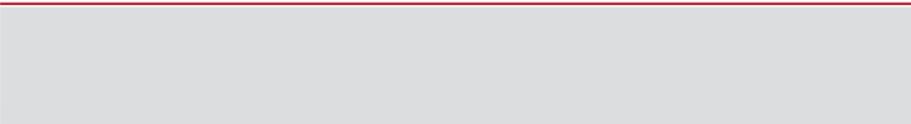
Matthias Weiß

Oberarzt
Facharzt für Chirurgie



Frederike Lühr

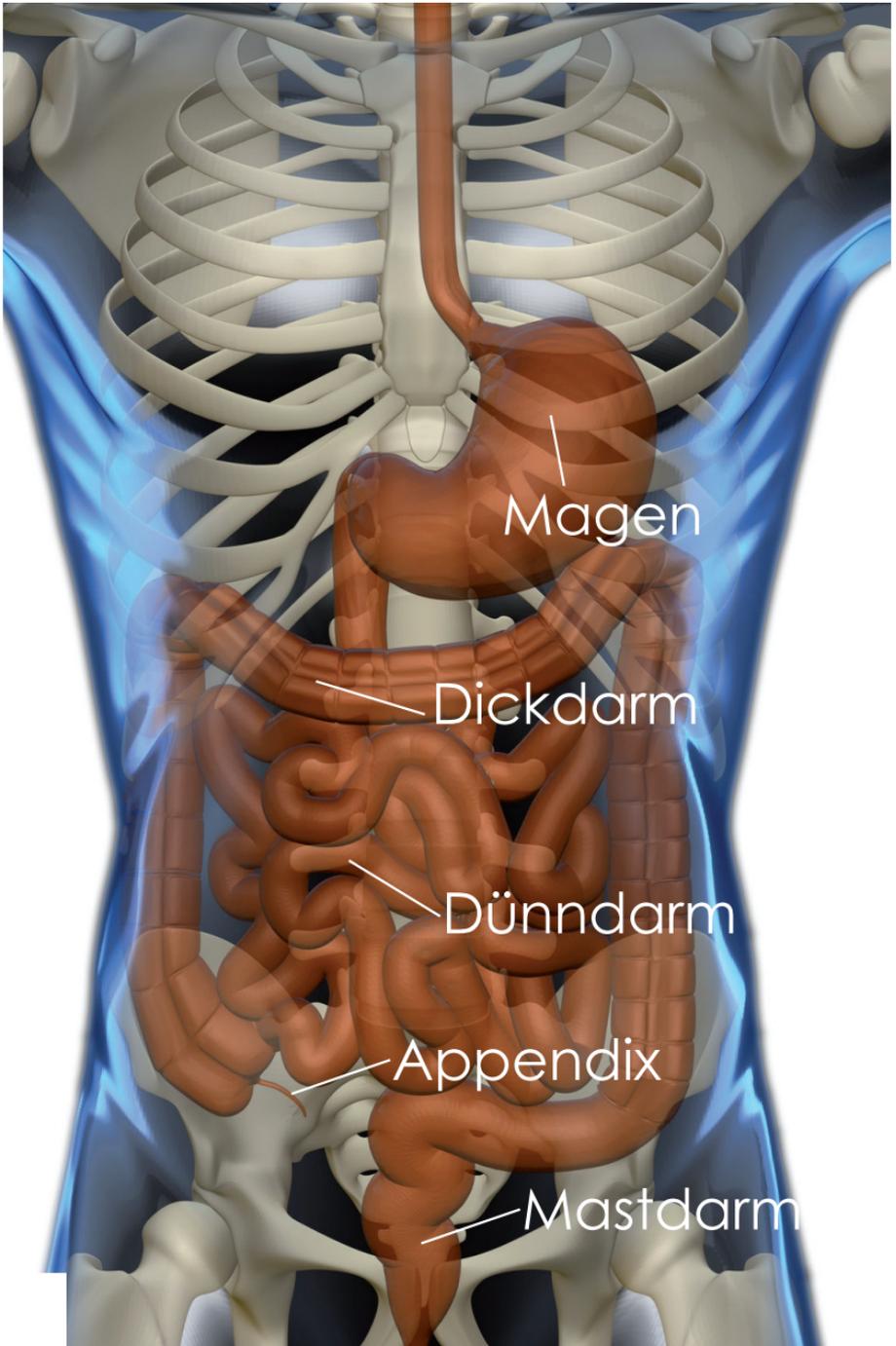
Oberärztin
Fachärztin für Viszeralchirurgie
Spezielle Viszeralchirurgie



Liebe Patientinnen und Patienten,

bei Ihnen wurde eine Geschwulst im Dick- oder Mastdarm festgestellt, die operativ entfernt werden muss. Sie haben nun viele Fragen, wie es weitergeht. Wenn die Diagnose im Frühstadium gestellt wird, ist eine Heilung möglich. Aber auch bei Tumoren im späten Stadium sind in den letzten Jahren durch moderne Therapieverfahren enorme Fortschritte erzielt worden. Neben der Operation nach dem aktuellen Stand des wissenschaftlichen Fortschritts durch erfahrene Operateure mit neuen und effektiven OP-Techniken, wie die Minimalinvasive Chirurgie (MIC), erhalten Sie bei uns eine an den geltenden Leitlinien orientierte optimale Therapie durch verschiedene Spezialisten der Tumorbehandlung. Bei der Aufnahme im Krankenhaus wird der Chirurg mit Ihnen ausführlich über die Krankheit, die Operationstechnik und den Verlauf nach der Operation sprechen. Sie sind mit großer Hoffnung und viel Vertrauen in das Krankenhaus St. Bernhard gekommen. Das Ärzteteam und das Pflegepersonal der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden Sie in den nächsten Tagen nach bestem Wissen und Gewissen behandeln und betreuen. Wir werden alles dafür tun, dass Sie geheilt und zufrieden unser Krankenhaus verlassen können. Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt. Wir danken Ihnen für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Der Dickdarm (Colon)



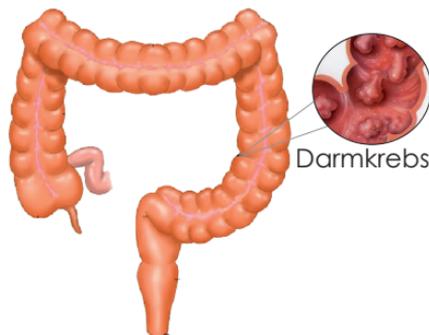


Der Dickdarm ist etwa 1,5 m lang und schließt sich an den Dünndarm an. Er beginnt im rechten Unterbauch (Blinddarm mit dem Wurmfortsatz) geht nach oben (aufsteigender Dickdarm) dann quer (querer Dickdarm), steigt dann auf der linken Seite ab (absteigender Dick-

darm) und geht nach einer s-förmigen Schleife (Sigma) in den 16 cm langen Mastdarm über. Der Dickdarm resorbiert das Wasser und Spurenelemente aus dem Dünndarmsaft und dickt so den Stuhl ein und transportiert diesen nach außen.

Die Dickdarmgeschwulst

In den meisten Fällen entsteht der Darmkrebs aus gutartigen Wucherungen der Darmschleimhaut (Polypen). Ist in der Familie Darmkrebs bereits aufgetreten, so verdoppelt sich das Erkrankungsrisiko. Entzündliche Darmerkrankungen, fettreiche, ballaststoffarme Ernäh-



lung gelten als Risikofaktoren.

90 % der bösartigen Geschwülste im Dick- und Mastdarm treten nach dem 50. Lebensjahr auf. Etwa 6 % der Deutschen erkranken an Darmkrebs.

Die Untersuchungen

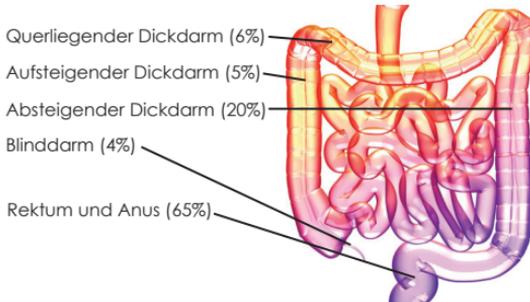
Als erste Diagnostikmaßnahme wird ein Finger sanft in den Mastdarm eingeführt. So kann in ca. 35 % eine Mastdarmgeschwulst diagnostiziert werden. Als weiterführende Untersuchung wird mit oder ohne Narkose ein ca. 20 cm langes Metallrohr mit Licht in den Mastdarm eingeführt. Da am häufigsten die Tumore in diesem Bereich auftreten, ist bereits mit dieser Untersuchung in den meisten Fällen eine Diagnosestellung möglich.

Durch eine Coloskopie kann der gesamte Dickdarm und ein Teil des Dünndarmes beleuchtet und eine komplette Diagnose gestellt werden. Dabei entfernen wir im St. Bernhard-Hospital während der Untersuchung gutartige Polypen schonend mit speziellen OP-Instrumenten.



Die Krankenkassen in Deutschland übernehmen ab dem 55. Lebensjahr die Kosten für eine Vorsorge- darm Spiegelung.

Häufigkeit und Lokalisation des Dickdarmkrebses



Krebserkrankungen des Dickdarmes treten am häufigsten im unteren Dickdarmabschnitt auf.

Die Symptome

Typische Symptome beim Darmkrebs sind Blut oder Schleim im Stuhl, Bauchkrämpfe, Wechsel zwischen Durchfall oder Verstopfung, Bleistiftstühle. Durch Blutverlust kann es zu Müdigkeit und Leistungsabfall kommen. Fortgeschrittene Krebse führen zum Darmverschluss (Ileus) oder Darmdurchbruch (Perforation).

Das wichtigste Frühsymptom ist die unsichtbare Blutung, die mit speziellen und einfachen Tests (Hämoccult) nachgewiesen werden kann. Die jährliche Durchführung dieses Tests ist ab dem 50. Lebensjahr zu empfehlen.

Ausbreitung des Dickdarmkrebses

Der Dickdarmkrebs wächst von der Schleimhaut im Darmlumen nach außen. In späten Stadien kommt es zur Streuung in die Lymphknoten oder in andere Organe wie Leber und Lunge (Metastasen).

OP Methoden

Die Behandlung

Die chirurgische Operation ist beim Darmkrebs auch im fortgeschrittenen Stadium die Therapie der 1. Wahl. In speziellen Fällen muss vor der Operation eine alleinige Chemotherapie oder kombiniert mit einer Bestrahlung (neoadjuvante Therapie) erfolgen.

In enger interdisziplinärer Kooperation arbeiten wir im St. Bernhard-Hospital mit unseren internistischen und radiologischen Kollegen zusammen, um das beste Behandlungsergebnis für die uns anvertrauten Patienten zu erzielen.

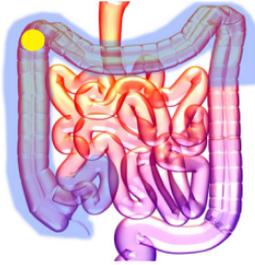
Die Operation richtet sich nach der Lokalisation des Tumors. Dabei wird der Tumor mit dem dazugehörigen Darmabschnitt und Lymphabflussgebiet vollständig entfernt. Die Operation erfolgt zumeist in der herkömmlichen offenen Technik. Bei entsprechender Indikation, günstiger Lokalisation des Tumors und in frühen Stadien ist die Operation auch minimalinvasiv in der sog. Schlüssellochtechnik durchführbar.

Die Operation



Karzinom am Dickdarm rechts

Bei Tumoren des rechten Colons muss der gesamte rechte Dickdarm mit einem Teil vom Querdarm und vom letzten Dünndarm entfernt werden (Hemikolektomie rechts).



Karzinom am Übergang vom rechten Dickdarm zum Querdarm

Bei Tumoren des rechten Colons am Übergang zum Querdarm müssen der gesamte rechte Dickdarm mit Querdarm und ein Teil des linken absteigenden Dickdarmes und des letzten Dünndarmes als erweiterter Eingriff

entfernt werden (erweiterte Hemikolektomie rechts).

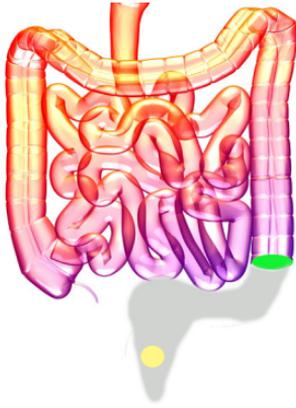


Karzinom am linken Dickdarm

Bei Tumoren des linken Colons muss der gesamte linke Dickdarm mit einem Teil vom Querdarm entfernt werden (Hemikolektomie links).

Bei Tumoren des linken Colons am Übergang zum Querdarm muss der gesamte linke Dickdarm mit einem großen Teil des Querdarms als erweiterter Eingriff entfernt werden (erweiterte Hemikolektomie links).

Mastdarmkrebs



Künstlicher Darmausgang nach
Entfernung des Mastdarmes
inkl. Anus

Beim Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom) kann in über 85% der Fälle unter Erhaltung des natürlichen Darmausganges operiert werden. Es kann dabei zur Entlastung der neuen Darmverbindung (Anastomose)

vorübergehend die Anlage eines künstlichen Darmausganges (Kolostoma, Ileostoma) erforderlich werden, welcher nach einer kurzen Zeitspanne in einem kleinen Eingriff problemlos zurückverlegt werden kann. In manchen Fällen muss der gesamte Mastdarm mit dem Anus entfernt und ein dauerhafter Kunststafter (Anus praeter) angelegt werden.

Durch moderne technische Geräte und Operationsverfahren ist die Zahl der Operationen mit endgültigem Kunststafter in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen.

Lokale Tumoroperationen

Bei sehr günstig sitzenden Mastdarntumoren in frühen Stadien kann der Tumor unter Einsatz von speziellem Instrumentarium in der TEM-Technik (Transanale Endoskopische Mikrochirurgie) ohne Bauchschnitt sehr schonend örtlich abgetragen werden. Die TEM ist eine minimal-invasive Operationsmethode mit geringer Patientenbelastung und niedriger Komplikationsrate. Nach der Operation ist der Patient nahezu völlig schmerzfrei. Er kann am Operationstag aufstehen. Die Nahrungsaufnahme ist je nach Resektionstiefe ab dem 1. oder 3. postoperativen Tag möglich.

Nachsorge

Nach der Operation wegen Dick-/Mastdarmkrebs sind regelmäßige Nachsorge-Kontrolluntersuchungen notwendig, um das Wiederauftreten der Krankheit rechtzeitig zu erkennen. Die standardisierte Nachsorge erfolgt in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Dazu gehören neben der körperlichen Untersuchung u. a. halbjährliche und nach 2 Jahren jährliche Kontrolle von Tumormarkern, Koloskopie, CT.

Unser Sozialdienst vermittelt den Kontakt zu den Selbsthilfegruppen und unterstützt bei der häuslichen Pflege. Stomatherapeuten und Ernährungsberater stehen als Ansprechpartner zur Verfügung.

Hinweise und Verhaltensregeln nach der Dickdarmkrebsoperation

Wie geht es nach der Operation weiter?

Bei problemlosem Verlauf können Sie das Krankenhaus in der Regel am 8. Tag nach der Operation verlassen. Sie können ab dem 2. Tag wieder Leichtverdauliches essen. Grundsätzlich sollten Sie das Rauchen abstellen, denn das Rauchen kann die Wundheilung negativ beeinflussen und Hustenreiz auslösen.

Kurzfristige Beschwerden

Unmittelbar nach der Operation können Bewegung, Lagewechsel, Husten oder Pressen Schmerzen in der Narbengegend verursachen. Umschriebene Schwellungen, Blutergüsse, Verfärbungen können auftreten. Diese Beschwerden bilden sich in der Regel in den folgenden Tagen zurück. Sie sollten in diesem Fall zumindest in der ersten Woche nach der OP die operierte Körperpartie kühlen.

Bei Rötungen, starken Schmerzen im OP-Gebiet und Fieber bitte sofort den Arzt aufsuchen!

Körperliche Belastung

In den ersten 2 Wochen sind in der Regel leichte Belastungen, Heben und Tragen bis max. 10 kg erlaubt. Nach 8 Wochen ist eine Belastbarkeit ohne Einschränkung möglich.

Spätere Beschwerden

Es können Verwachsungen im Bauchraum und bei Operationen mit Bauchschnitt können in 10 bis 15 % der Fälle Narbenhernien entstehen. Je nach der Länge des entfernten Dickdarmes können sich kurz- oder langfristig Verdauungsstörungen und Stuhlgangsunregelmäßigkeiten einstellen.

Nahtmaterialien

Die Fäden oder Metallklammern können 12 - 14 Tage nach der offenen Operation entfernt werden.

Duschen/Baden

Nach Entfernung der Wundmaterialien. Mit wasserabweisendem Wundpflaster schon eher.

Heparinspritzen

Im Regelfall können sie etwa 10 Tage nach der OP abgesetzt werden, wenn Sie nach der OP sehr mobil und ohne Thromboserisiko sind.

Blutverdünnungsmedikamente, z. B. ASS oder Marcumar

ASS können Sie sofort wieder einnehmen, oder ASS wird heutzutage vor der OP kaum noch abgesetzt. Für Marcumar-Patienten gibt es besondere Empfehlungen.

Essen

In der Regel können Sie wieder alles ausprobieren. Als Faustregel gilt „langsam wieder ran-tasten“. Ratsam wäre, im Rahmen einer gesunden Ernährung auf üppig fette Mahlzeiten zu verzichten und ballaststoffreiche Kost einzunehmen.

Arbeitsausfall

Insgesamt bis 4 Wochen. Wenn im Anschluss an die Operation eine Chemotherapie oder Bestrahlung erforderlich ist, muss mit längerer Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist für alle Beteiligten wichtig. Bitte fragen Sie das ärztliche Team nach allen Unklarheiten. Ihr Hausarzt erhält einen Brief über Ihre Operation, den Verlauf Ihres Krankenhausaufenthaltes und Hinweise für die Nachsorge.

So finden Sie uns

St. Bernhard-Hospital gGmbH Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Claußenstr. 3
26919 Brake

Telefon: 0 44 01 / 105 154
Telefax: 0 44 01 / 105 178

www.krankenhaus-brake.de
info@krankenhaus-brake.de

Anfahrt:





Eine Einrichtung der

HOSPITAL
GESELLSCHAFT
JADE • WESER 

Ihr ärztliches Team:



Dr. Jan H. Herrfurth
Chefarzt

Facharzt für Chirurgie
und Viszeralchirurgie
Spez. Viszeralchirurgie
Ernährungsmedizin
Sportmedizin



Matthias Weiß
Oberarzt

Facharzt für Chirurgie



Frederike Löhr
Oberärztin

Fachärztin für
Viszeralchirurgie
Spez. Viszeralchirurgie



St. Bernhard-Hospital gemeinnützige GmbH **Allgemein- und Viszeralchirurgie**

Claußenstraße 3
26919 Brake

Chefarzt:
dr.jan.herrfurth@krankenhaus-brake.de

Telefon: 0 44 01 / 105 154
(Mo. – Fr. 07.30 – 16.00 Uhr)
Telefax: 0 44 01 / 105 178

Sekretariat

Frau Beha, Frau Stenull oder
Frau Wiechmann

Sprechstunden

Mo. 13.00 bis 15.30 Uhr
Mi. 10.00 bis 12.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Notfallambulanz

Unsere chirurgische Notfall-ambulanz ist für Notfälle 24 Stunden geöffnet.

Fotos: fotolia, Dr. K. Raab, W. Grotelüschen