



Prof. Dr. med. Steffen Pistorius
stellv. Chefarzt

Prof. Dr. med. Jürgen Weitz
Chefarzt

s.pistorius@asklepios.com

j.weitz@asklepios.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen wurde im Rahmen der Darmspiegelung ein Tumor im Bereich des Dick- beziehungsweise Mastdarms diagnostiziert. Wir möchten Ihnen mit diesem Falblatt gern einige Informationen zu Ihrer Erkrankung und den weiteren Behandlungsschritten in der Asklepios-ASB Klinik Radeberg geben.

Die bei der Darmspiegelung entnommene Gewebeprobe hat die Bösartigkeit des Tumors bestätigt. Durch weitergehende Untersuchungen wie eine Computertomographie (CT) und ggf. auch Magnetresonanztomographie (MRT) konnten wichtige Informationen über die Ausbreitung der Geschwulst, das heißt des Tumorstadiums, gewonnen werden. Nachdem in der Regel eine Besprechung Ihrer gesamten Befunde im interdisziplinären Tele-Tumorboard mit den Ärzten am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) erfolgte, wurde dabei eine Empfehlung zu Ihrem individuellen Therapiekonzept gegeben.

Möglicherweise haben sich bei Ihnen eine Reihe von Fragen ergeben. Wir möchten daher versuchen, nachfolgend zumindest einige davon in dieser Broschüre zu beantworten. Wir wünschen Ihnen für die bevorstehenden Behandlungsschritte alles Gute! Falls Sie zusätzliche Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Prof. Jürgen Weitz

Prof. Steffen Pistorius

Zertifizierung



QM
Akutschmerz-
therapie



Kontakt

Asklepios-ASB Klinik Radeberg
Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie

Pulsnitzer Str. 60

01454 Radeberg

Tel.: +49 (0) 3528 459 301

Fax: +49 (0) 3528 459 302

E-Mail: ga.scholze@asklepios.com

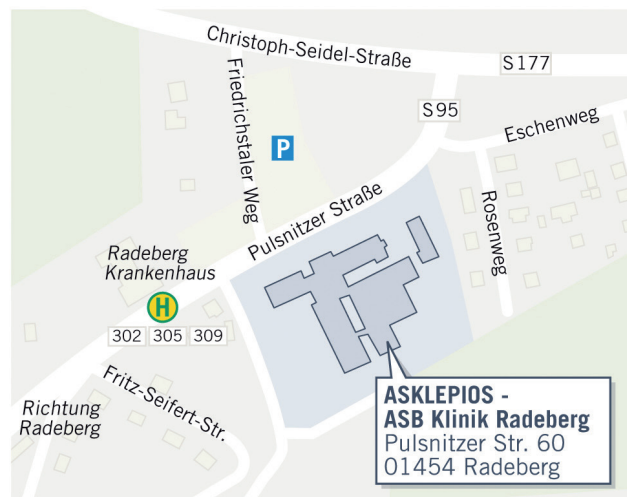
www.asklepios.com/radeberg

Zentrales Patientenmanagement der Klinik für
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des
Universitätsklinikums Dresden

Tel: +49 (0) 351 458-5400

E-Mail: klinikportal-vtg@uniklinikum-dresden.de

Anfahrt



Chirurgie

Dick- und Mastdarm-Tumoren

Informationen für Patientinnen und Patienten



getragen von:
Deutsches Krebsforschungszentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden
Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf



Gesund werden. Gesund leben.

www.asklepios.com



Lässt sich der Tumor im Rahmen einer Darmspiegelung, also endoskopisch, entfernen?

Diese Möglichkeit wird bei der durchgeführten Darmspiegelung prinzipiell immer geprüft. Sie ist jedoch nur bei sehr frühen Tumorstadien zu empfehlen und sinnvoll.

Muss ich operiert werden?

Die Operation bietet als einzige Behandlungsmethode die Chance auf eine möglichst dauerhafte Heilung, da nur durch eine Operation der tumorbefallene Darmabschnitt zusammen mit den dazugehörigen Lymphknoten in der Umgebung entfernt werden kann.

Wie werde ich operiert?

Unser viszeralchirurgisches Team besitzt eine umfangreiche Erfahrung bei der operativen Behandlung von Patienten mit Dick- und Mastdarm-Tumoren. Mittlerweile werden die meisten der Tumoroperationen in unserem Haus minimal-invasiv, das heißt mit kleinsten Schnitten (Schlüssellochtechnik), durchgeführt.

Dieses Vorgehen hat eine Vielzahl von Vorteilen: Neben dem geringeren Schmerz und einer damit verbundenen rascheren Mobilisierung und oft kürzerer Aufenthaltsdauer im Krankenhaus sind ein deutlich vermindertes Risiko für Wundinfektionen und Blutverlust entscheidende Faktoren.



Brauche ich einen künstlichen Darmausgang bzw. Bauchafter (Anus praeter)?

Bei geplanten (elektiven) Operationen am Dickdarm ist in der Regel kein Anus praeter notwendig. Ein dauerhafter Anus praeter ist nur dann notwendig, wenn der Tumor im Mastdarm gelegen ist und bereits den Schließmuskel des After befallen hat, Sie bereits vor der Operation eine Stuhlinkontinenz hatten oder ein Darmverschluss (Ileus) und gleichzeitig eine sehr große, d. h. nicht heilbare, Zahl von Tochtergeschwülsten (z. B. Metastasen in der Leber oder auf dem Bauchfell) vorliegt.

Ein vorübergehender (d. h. für ca. 3 Monate angelegter) Anus praeter zum Schutz der neuen Nahtverbindung am Dick- oder Mastdarm ist dann zu empfehlen, wenn Tumoren in den unteren zwei Dritteln des Mastdarmes gelegen sind oder wenn ein Darmverschluss vorliegt und es empfehlenswert ist, den Tumor erst nach einer Vorbehandlung zu entfernen.

Brauche ich zusätzlich eine Chemotherapie nach der Operation?

Eine Chemotherapie wird in der Regel empfohlen, wenn die feingewebliche Untersuchung des Operationspräparates einen Befall der entnommenen Lymphknoten gezeigt hat oder – bei Vorliegen eines fortgeschrittenen Mastdarmtumors – vor der Operation eine Bestrahlung/ Chemotherapie erfolgt war.



Brauche ich eine Bestrahlung?

Eine vor der Operation durchzuführende Bestrahlung, die häufig mit einer Chemotherapie kombiniert wird, ist bei ausgedehnten Tumoren bzw. Tumoren mit Lymphknotenabsiedlungen in der Umgebung zu empfehlen, die in der unteren Hälfte des Mastdarmes gelegen sind.

Bei mir sind Tochtergeschwülste (Metastasen) in der Leber oder Lunge vorhanden – habe ich dennoch eine Chance auf Heilung?

Diese Frage hängt nicht nur von der Anzahl der Metastasen, ihrer Lokalisation und Verteilung ab, sondern in erster Linie davon, ob die Metastasen – ggf. auch in mehreren Behandlungsschritten – durch eine Operation vollständig entfernt werden können. Ist dies möglich, so kann dadurch die Prognose der Erkrankung deutlich verbessert werden.

Ist eine operative Entfernung der Metastasen nicht sinnvoll oder möglich, so bieten die modernen, zur Verfügung stehenden Chemo- bzw. Antikörpertherapien eine gute Möglichkeit der Behandlung mit dem Ziel, die weitere Ausbreitung der Metastasen einzudämmen und eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten.