Darmspiegelung – „die sicherste Methode“

Wann man eine Darmspiegelung machen sollte, welche Rolle die Genetik bei Darmkrebs spielt und welche operativen Möglichkeiten es gibt, stand im Fokus des Gesundheitsforums.

Von Carsten Jentzsch

Blicke in Richtung der Projektion: Was im Darm passieren kann, zeigten Aufnahmen von Darmspiegelungen. *Fotos (5): Matz*

Bad Salzungen – „Darmkrebs ist heilbar, wenn er rechtzeitig erkannt wird“, betonte Dr. Sabine Radegast, Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie am MVZ Bad Salzungen, gleich zu Beginn ihres Vortrags „Darmkrebs rechtzeitig erkennen – Prävention und Diagnostik“ im Rahmen des Gesundheitsforums zum Thema Darmkrebs. Dennoch sterben bundesweit von 62 000 Neuerkrankungen im Jahr etwa 30 000 an Darmkrebs. „Das sind immer noch viel zu viele.“ Deshalb bat die Fachärztin für Innere Medizin die Anwesenden, „stark mit sich ins Gericht zu gehen“. Dabei listete sie zehn Risiko-Punkte in Fragestellung auf. So ist die Wahrscheinlichkeit, dass man mit fortgeschrittenem Alter, besonders ab 50 Jahren an Darmkrebs erkrankt, erhöht. Weitere Punkte, die auf Darmkrebs schließen können, sind Blut im Stuhl, ein familiäres oder erbliches Risiko, Rauchen, Leiden unter chronischen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa sowie eine ungesunde Ernährung. Wenn bereits einer dieser Punkte auf einen zutrifft, sollte man eine Vorsorgeuntersuchung, in Betracht ziehen, betonte Radegast.

Dr. Sabine Radegast

Dabei ist die Darmspiegelung, auch Koloskopie genannt, für die Fachärztin die „sicherste Methode, um Darmkrebs auszuschließen“. Hier können bereits kleine Veränderungen der Darmschleimhaut erkannt werden. Ab dem 55. Lebensjahr wird die Spiegelung von den Krankenkassen übernommen. Zehn Jahre später besteht Anspruch auf eine zweite Spiegelung. Doch auch in jüngeren Jahren sollte man diese Art der Versorgung bereits wahrnehmen, so Radegast. Vor allem dann, wenn eine familiäre oder genetische Vorbelastung vorliegt.

Warum viele Menschen diese wichtige Vorsorgeuntersuchung dennoch nicht besuchen, begründet Sabine Radegast mit einem gewissen Schamgefühl, mangelndem Vertrauen zum Untersucher und die häufig als schmerzhaft geschilderte Untersuchung.

„Dabei ist die Koloskopie überhaupt nicht schmerzhaft“, versicherte sie. Mithilfe von Narkotika respektive morphinähnlichen Schmerzmitteln und Hypnoiden wird dies sichergestellt. Insgesamt dauert die Spiegelung nur 20 bis 30 Minuten. Anschließend muss der Patient noch eine Stunde zur Beobachtung im Krankenhaus bleiben.

Für den Tag der Darmspiegelung sowie für den nächsten Tag wird man aufgrund der Medikamente und des Fahrverbots krank geschrieben. Dies gilt auch für den Tag vor der Darmspiegelung. Hier muss der Patient ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen und eine abführende Trinklösung zu sich nehmen. Das sei nicht gerade angenehm, aber „der Darm freut sich, wenn er endlich mal durchgespült wird. Haben Sie nur Mut. Alles wird gut“, so Sabine Radegast.

Bei der Spiegelung lassen sich durch das Endoskop – ein dünnes, biegsames Instrument – der Mastdarm (Rektum), der S-förmige Teil des Dickdarms (Sigma) und der restliche Dickdarm (Kolon) gründlich besichtigen. Hier können Polypen entdeckt werden. Das sind meist gutartige Wucherungen der Schleimhaut, sie können allerdings auch bösartig werden. Gestielte Polypen können bereits während der Untersuchung mit einer elektrischen Schlinge von der Schleimhaut abgetrennt werden. Anschließend wird dieser entnommen und untersucht. Danach entscheidet sich, ob weitere Maßnahmen wie ein operativer Eingriff erforderlich sind.

„Die operative Entfernung des Tumors im Gesunden ist nach wie vor der entscheidende Schritt in der Therapie des Darmkrebses“, sagte Bogdan Tarcea, leitender Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie während seines Vortrags „Diagnose: Darmkrebs – Was nun? Die Versorgung im Darmkrebszentrum Bad Salzungen“. In welchem Ausmaß die Operation erfolgt, ist davon abhängig, wo sich der Tumor befindet. Bei Darmkrebsoperationen besteht die Möglichkeit, dass diese mithilfe der „Schlüssellochtechnik“ verlaufen. Dabei schiebt der Chirurg durch biegsame Rohre (Laparoskope) Skalpelle, Klemmen, Tupfer, Lampen und Kameras. Der Vorteil der Schlüsselloch-Technik ist Tarcea zufolge, dass sich der Patient hier schneller erholt als bei einer offenen Operation. Jedoch sei diese Methode nicht immer möglich. Bei sehr ausgedehnten Darmtumoren oder komplizierten Verwachsungen in benachbarte Gewebe ist eine laparoskopische Operation meist nicht möglich. „Hier darf man keinen falschen Ehrgeiz an den Tag legen und sich im Zweifel doch für eine offene OP entscheiden“, betonte der leitende Oberarzt.

Unabhängig wo sich der Tumor befindet, muss in der Regel ein großes Stück Darm samt dem umgebenden Lymphgefäß-System entfernt werden. „Die Entfernung erfolgt komplett und radikal“, so Tarcea. Grund dafür ist , dass der Tumor bereits andere umliegende Bereiche befallen haben kann. Die Mastdarmoperation ist ebenfalls von der Lokalisation des Tumors abhängig. Liegt der Tumor am Schließmuskel, erfolgt eine komplette Entfernung samt Schließmuskel, da der Tumor hier häufig schon Metastasen gestreut hat. Anschließend wird ein dauerhafter künstlicher Darmausgang angelegt (Stoma). Liegt der Tumor etwas weiter oben im Mastdarm erfolgt eine Rektumresektion unter Erhaltung des Schließmuskels. Dabei wird der verbleibende Dickdarmteil rückverlagert und die beiden Enden miteinander verknüpft.

Dr. Bogdan Tarcea

Welche Operation nötig ist oder ob vor oder nach der Operation noch eine Bestrahlung oder Chemotherapie nötig ist, wird in der Tumorkonferenz entschieden. Dabei werden die Patienten laut Tarcea einzeln vorgestellt. Radiologen, Chirurgen sowie Gastroenterologen arbeiten hier interdisziplinär für die beste Lösung des jeweiligen Patienten.

Nachsorge – zurück ins Leben

Bad Salzungen – Dr. Sabine Radegast erläuterte die Nachsorge und -betreuung. Die Nachsorge beginnt nach der Operation und der Entlassung aus der Klinik. Der Patient muss in den Alltag zurückfinden und sein Leben neu ordnen. Dr. Radegast sagte: „Manche Patienten berichten mir, dass sie durch den Krebs einen anderen Blick auf die wichtigen und unwichtigen Dinge im Leben gewonnen haben.“

Durch die Nachsorge soll ein Tumorrückfall oder ein Zweittumor so schnell wie möglich erkannt und behandelt werden können. Auch die Folgeerkrankungen werden behandelt und Beratung und Betreuung angeboten. Nach der Entlassung aus der Klinik wird ein Nachsorgeplan für die Dauer von fünf Jahren erstellt. Dabei unterscheidet sich die Nachsorge je nach Krebsart und -stadium. Bei Dickdarmkrebs ist ein Rückfall seltener, bei Mastdarmkrebs häufiger. Auch auf Leber und Lunge sollte man aufpassen, da hier am häufigsten Metastasen entstehen. Ein Zweittumor entsteht unabhängig vom ersten Tumor und an einer anderen Stelle im Darm. Darmkrebspatienten haben ein erhöhtes Risiko, erneut einen Darmkrebs zu entwickeln. Das Risiko ist umso größer, je jünger der Patient bei seinem ersten Tumor war.

Die Nachsorgeuntersuchungen erfolgen in der gastroenterologischen Praxis in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Dabei gibt es auch eine Zusammenarbeit mit weiteren Fachärzten. Wenn nach fünf Jahren kein Rückfall festgestellt wurde, endet die Nachsorge. Eine Darmspiegelung wird dann in einem Zeitabstand von fünf Jahren empfohlen. Der Patient kann aber jederzeit in die Sprechstunde kommen, wenn er Auffälligkeiten bemerkt.

Dr. Radegast sagt: „Es ist ein bewegender Augenblick, wenn man sich von einem als geheilt zu betrachtenden Patienten verabschiedet.“ *ja*

ANZEIGE