

Schock-Diagnose und rettende OP



» Mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten wurden seit 2008 im zertifizierten Darmkrebszentrum Esslingen am Klinikum Esslingen behandelt. Einer von ihnen ist der heute 52-jährige Stephen Bryant, der vor drei Jahren operiert wurde.

Das Jahr war nur wenige Tage alt, da schlug der Krebs wie ein Blitz ein in das Leben von Stephen Bryant. Der IT-Experte und Familienvater machte einen Spaziergang mit seiner Frau, als er plötzlich zu bluten anfang. Die starken Afterblutungen beunruhigten ihn, doch er dachte zunächst an Hämorrhoiden. Sein Hausarzt, den er deswegen aufsuchte, schickte ihn zu einem Proktologen, der dann eine Darmspiegelung anordnete. Und diese ergab die Diagnose: ein bösartiger Tumor im Enddarm. Er war zu groß, als dass ihn die Spezialistinnen und Spezialisten bei der Darmspiegelung hätten entfernen können. Die Diagnose war ein Schock für den Briten, der im Kreis Esslingen wohnt. „Da geht einem vieles durch den Kopf. Man fragt sich, was wird aus der Familie“, sagt Bryant, der Kinder im Teenageralter hat.

49 Jahre war Stephen Bryant damals alt und normalgewichtig, also alles andere als ein Risikopatient. Dass er möglicherweise eine Disposition für Darmkrebs hat, darauf war der Briten durchaus vorbereitet. „Mein Vater ist mit 83 Jahren an Darmkrebs gestorben.“ Deshalb war ihm klar, dass er mit 50 Jahren zur ersten Darmspiegelung muss. Doch nun war der Krebs sogar schon früher da. „Das ist in der Tat sehr jung für Darmkrebs. Damit rechnet niemand. Aber das gibt es eben leider“, sagt Professor Dr. Ludger Staib, der Leiter des Darmkrebszentrums am Klinikum Esslingen. In seiner Sprechstunde stellte sich Stephen Bryant nach der Diagnose gleich vor – und fühlte sich dort sofort gut aufgehoben. „Professor Staib hat mir alles sehr gut erklärt und die Möglichkeiten aufgezeigt.“ Er war es auch, der die Operation vornahm, um den Tumor zu entfer-

nen. Zunächst jedoch standen eine ganze Reihe an Untersuchungen an. Geklärt werden musste, ob der Tumor bereits Metastasen in der Lunge oder Leber gebildet hatte. Dies konnte mit Hilfe einer Ultraschalluntersuchung und eines MRT ausgeschlossen werden. Auch sonst gab es keine hohen Risiken, die gegen eine sofortige OP sprachen. „In bestimmten Fällen – je nach Lage und Größe des Tumors – kann es besser sein, zunächst mit einer Chemotherapie und Bestrahlung zu beginnen, um den Tumor vor der Entfernung zu verkleinern. Bei Herrn Bryant war dies nicht nötig“, erklärt Professor Staib.

Die OP erfordert hohe Expertise
Anfang März war es dann soweit. Etwa dreieinhalb Stunden dauerte der Eingriff. „Der Enddarm ist mitunter nicht leicht zu operieren. Er liegt im kleinen Becken zwi-

„Der Enddarm ist mitunter nicht leicht zu operieren. Er liegt im kleinen Becken zwischen Blase und Prostata.“



» Professor Dr. Ludger Staib



Dr. Marc Alexander Meinikeim

schen Blase und Prostata. Da es dort eng ist, muss man vorsichtig präparieren, um keine empfindlichen Strukturen in der Umgebung zu verletzen“, sagt Professor Staib. Als besonders anspruchsvoll erwies sich auch der Sitz des Tumors nahe am Schließmuskel. Dies birgt immer die Gefahr, dass der Muskel aufgrund einer Tumorfiltration mitentfernt werden muss und die Patientin oder der Patient anschließend Probleme hat, den Stuhlgang zu halten. Operiert wurde mit minimalinvasiver Technik durch fünf kleine Zugänge im Bauch sowie einen sogenannten Bergeschnitt, durch den der tumortragende Darmanteil aus dem Bauchraum entfernt wurde. Zum Einsatz kam beim Eingriff auch der vor vier Jahren eingeführte OP-Roboter, mit dem besonders präzise gearbeitet werden kann. Die OP verlief erfolgreich. Das bösartige Gewebe konnte komplett entfernt werden. Eine weitere Therapie mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie war nicht erforderlich.

Allerdings musste Stephen Bryant für einige Monate mit einem Stoma, einem künstlichen Darmausgang, leben. „Das ist notwendig, damit die neue Nahtverbindung am Darm gut verheilen kann“, sagt der Esslinger. An seinem Bauch wurde ihm eine Darmöffnung, ein sogenanntes Schutz-Ileostoma, angelegt. Der austretende Stuhl wurde mit Beuteln aufgefangen. Noch im Krankenhaus lernte der Patient, wie er die Beutel leeren und wechseln kann. Geschulte Stoma-Therapeuten unterstützten Stephen Bryant dabei. „Das Leben mit einem künstlichen Darmausgang ist natürlich gewöhnungsbedürftig“, sagt Bryant. „Aber ich wusste ja, dass es nur vorübergehend ist.“ Der Brite erholte sich nach dem Eingriff schnell und konnte nach wenigen Wochen auch wieder arbeiten.

Wird der Schließmuskel bei der OP entfernt – das kann erforderlich sein, wenn der Tumor sehr weit unten sitzt, muss der Patient für immer mit einem Stoma leben.

Doch Stephen Bryant hatte Glück: Sein Tumor konnte entfernt werden, ohne dass eine Mitentfernung des Schließmuskels notwendig war. Im Sommer, vier Monate nach der großen OP, war die Nahtverbindung gut verheilt und der Darm sollte seine Arbeit wieder aufnehmen. Damit stand ein weiterer Eingriff an: Der künstliche Darmausgang wurde wieder zurückverlegt und somit verschlossen. Danach begannen die eigentlichen Herausforderungen für den Patienten. „Es dauerte mehrere Monate, bis sich alles wieder eingespielt hatte“, berichtet Bryant. Sein größtes Problem: „Bei der OP mussten die Ärzte den „Warteraum“ (das Reservoir) des Darmes entfernen. Das bedeutet, dass ich jetzt bei Stuhldrang sofort auf die Toilette muss und den Stuhl nicht lange halten kann.“ Professor Staib erklärt die Probleme nach der OP so: „Im letzten Abschnitt des Darmes wird der Stuhl eingedickt und ihm Flüssigkeit entzogen. Diesen Teil haben wir bei der OP entfernt. Deshalb ist der Stuhl nun dünnflüssiger

und der Stuhldrang wird – ähnlich wie bei Durchfall – stärker.“

Trotz des Fehlens dieses wichtigen Stückes des Darmes kann Stephen Bryant heute – drei Jahre nach der OP – wieder ein fast normales Leben führen. Die einzige Einschränkung: „Wenn ich eine Reise oder auch etwas anderes Wichtiges vorhabe, muss ich Medikamente einnehmen, die meinen Darm ruhigstellen.“ Dafür verwendet er ein gängiges Mittel gegen Durchfall. Dies ermöglicht ihm auch größere Unternehmungen. „Ich muss das nur vorher gut planen.“

Behandlungsziele erreicht

Auch Professor Staib ist mit der Behandlung des Briten sehr zufrieden. „Wir haben alle wichtigen Ziele der Behandlung erreicht, die für den Patienten und für uns behandelnde Chirurgen wichtig sind: Der Krebs ist nicht zurückgekehrt und die Lebensqualität des Patienten ist fast so gut wie vor der Krebserkrankung.“ >>>



Nach der OP schützt oft ein Stoma, ein künstlicher Darmausgang, vorübergehend die Nahtstelle.

>>> Noch muss Stephen Bryant alle paar Monate zur Nachuntersuchung. Dabei wird sein Blut auf den Tumormarker CEA getestet, mit einer Darmspiegelung nach Polypen (als Darmkrebs-Vorstufe) gesucht und eine Ultraschalluntersuchung der Leber durchgeführt. Die beiden ersten kritischen Jahren, in denen laut Professor Staib 80 Prozent aller Rückfälle passieren, sind inzwischen vorbei. Drei Jahre ist die OP nun her. Nach weiteren zwei Jahren ohne Rezidiv gilt Stephen Bryant dann als geheilt.

Und was ist mit seinen Kindern? Haben diese ein erhöhtes Risiko, an Darmkrebs zu erkranken? „Nicht unbedingt“, sagt Professor Staib. Er empfiehlt aber allen Personen mit Darmkrebs in der Familie, „im Alter von zehn Jahren vor dem Auftreten der Krebserkrankung beim Angehörigen eine Darmspiegelung zu machen“. Für die Kinder von Stephen Bryant bedeutet das: „Der Vater hatte mit Ende 40 Darmkrebs, also sollten sich seine Kinder mit Ende 30 erstmals untersuchen lassen.“

Die Darmspiegelung kann Krebs verhindern

Allen anderen Personen legt Professor Staib eine erste Darmspiegelung mit 50 Jahren ans Herz. Dies ist die allgemein anerkannte Vorsorgeempfehlung auch der Fachgesellschaften. Denn ab diesem Alter steigt das Risiko für eine Erkrankung deutlich an. Und danach sei alle zehn Jahre eine Wiederholungsuntersuchung notwendig, in besonderen Fällen auch früher. „Fünf Jahre dauert es von der Entwicklung bis zum Polypen und weitere fünf Jahre von Polypen bis zum bösartigen Tumor“, erklärt der Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Vorstufen des Darmkrebses wie

Zertifizierte Behandlungsqualität

Im Darmkrebszentrum Esslingen arbeiten alle wichtigen Disziplinen unter einem Dach eng zusammen. Die Patientinnen und Patienten werden aus einer Hand betreut, von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge. Um ein optimales Therapieergebnis zu erreichen, erstellt das Expertenteam für jede Patientin und jeden Patienten einen individuellen Behandlungsplan. Seit 2008 ist das Darmkrebszentrum Esslingen von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert, regelmäßig finden Überprüfungen statt. Die Zertifizierung ist wie ein „TÜV-Siegel“ für Krebstherapien: Wer sie hat, erfüllt höchste Qualitätsvorgaben. Zum Beispiel muss jeder Fachbereich bestimmte vorgegebene Fallzahlen pro Jahr erbringen. Das garantiert, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ausreichend Erfahrung in ihrem Bereich mitbringen.

Polypen können bei einer Darmspiegelung sofort entfernt werden – dann kommt es erst gar nicht zur Entwicklung von Darmkrebs. Denn wenn die ersten Symptome auftauchen, kann es zu spät sein. Das Tückische am Darmkrebs ist, dass er zumeist zu spät bemerkt wird. Das Positive: Durch Vorsorge kann man die Entstehung verhindern.

Dass Darmkrebs nicht nur ältere Menschen betrifft, sondern auch jüngere Menschen gefährdet sein können, zeigt das Beispiel von Stephen Bryant. Seine Geschichte zeigt aber auch, dass der Krebs behandelt werden kann. *gwn*

» „Der Vater hatte mit Ende 40 Darmkrebs, also sollten sich seine Kinder mit Ende 30 erstmals untersuchen lassen.“

Darmkrebs kann auch junge Menschen treffen. Das zeigt das Beispiel von Stephen Bryant, hier im Gespräch mit Professor Dr. Staib.

Ab sofort steht Ihnen im Darmzentrum die Enddarmkrebsprechstunde von Prof. Dr. Ludger Staib zur Verfügung:
Montag 11.00 – 12.30 Uhr
Donnerstag 16.00 – 18.00 Uhr

Anmeldung über das Sekretariat der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie:
Telefon 0711 3103-2601 oder
E-Mail darmzentrum@klinikum-esslingen.de



Arzt-Interview:

Vorsorge kann Leben retten

Damit Darmkrebs erst gar nicht entstehen kann, empfehlen Mediziner und Krankenkassen Männern ab 50 und Frauen ab 55 Jahren eine Darmspiegelung. Dr. Marc Meinikheim, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, führt in seiner Praxis in Esslingen pro Jahr 1.400 Darmspiegelungen durch. Er erklärt, was dabei passiert und warum diese Vorsorge wichtig ist.

Herr Dr. Meinikheim, was genau passiert bei einer Darmspiegelung?

Das geschieht in der Regel ambulant und dauert etwa 20 Minuten. Wir untersuchen den Dickdarm der Patientin oder des Patienten mit einem Koloskop, das eine Kamera enthält. So können wir sehen, ob es Veränderungen oder Polypen im Darm gibt. Diese können wir dann sofort entfernen.

Wie werden diese Polypen entfernt?

Wir unterspritzen die Polypen mit einer Mischung aus Natriumchlorid und Adrenalin. Das führt dazu, dass sich die Polypen anheben. Außerdem sorgt das Gemisch dafür, dass sich die Blutgefäße verengen und es seltener zu Blutungen kommt. Anschließend entfernen wir die Polypen mit einer Schlinge. In der Pathologie wird dann untersucht, ob das Herausgeschnittene Vorstufen von Darmkrebs enthält oder schon bösartig ist.

Muss dann weiter behandelt werden?

Wenn es bösartig war, kommt es darauf an, ob wir alles entfernt haben. Normalerweise aber ist mit dem Herausschneiden alles erledigt. Deshalb ist ja die Darmspiegelung als Vorsorge so wichtig. Wir erkennen im Vorfeld, bevor sich der Krebs entwickelt, Veränderungen, also Vorstufen, die wir gleich behandeln können.

Wie oft finden Sie bei einer Darmspiegelung Polypen oder gar Krebs?

Krebs ist bei unserer Vorsorgeuntersuchung selten: etwa bei ein bis zwei Prozent der Untersuchungen finden wir ihn. Dann müssen die Betroffenen in die Klinik zur Weiterbehandlung. In 11 bis 14 Prozent finden wir Polypen. Diese Polypen können wir bis zu einer Größe von drei bis vier Zentimeter ambulant entfernen, die Abtragungsstelle kann mit einem Metallclip verschlossen werden, um Nachblutungen zu verhindern. Menschen mit größeren Polypen schicken wir wegen der Blutungsgefahr in die Klinik.

Nun gibt es Menschen, die erkranken an Krebs, bevor sie die vorgeschriebene Altersgrenze von 50 bzw. 55 Jahren für eine Vorsorgeuntersuchung haben.

Das stimmt leider. Und diese Fälle von jungen Patientinnen und Patienten zwischen 25 und 49 Jahren nehmen zu. Ich denke, dass in Zukunft die Altersgrenze für die Vorsorge auf 45 Jahre gesenkt wird. Aber das dauert sicher noch.

Wie lange muss man aktuell auf einen Termin zur Darmspiegelung warten?

Bei reinen Vorsorgeuntersuchungen dauert das sechs bis neun Monate. In Notfällen versuchen wir natürlich, schnelle Termine zu ermöglichen.

Das Gespräch führte Gerlinde Wicke-Naber

Richtigstellung

In der letzten Ausgabe des Esslinger Gesundheitsmagazins berichteten wir, dass das Klinikum Esslingen sich an einer weltweiten Studie des Unternehmens BionTech zum Thema Darmkrebs beteiligt. Untersucht wird dabei das Rezidiv-Risiko nach einer Tumor-OP und ob bei Betroffenen mit einem starken Rückfall-Risiko dieses durch eine Impfung gemindert werden kann. Bei der Beschreibung des Studiendesigns ist leider ein Fehler unterlaufen: Es handelt sich nicht um eine sogenannte Doppelblindstudie, es gibt keinen Placebo-Arm.

» Kontakt

Dr. Marc Meinikheim
Niedergelassener Facharzt für Innere Medizin/
Gastroenterologie
Plochinger Straße 81
73730 Esslingen
Telefon 0711 314242