



Privatsprechstunde

Chefarzt Dr. med. Martin Ulrich

Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Spezielle Viszeralchirurgie

Zertifikat Minimal Invasive Chirurgie

Dienstag 12:00 -15:00, Klinik Rastatt, 2. OG

Donnerstag 13:00 -14:30, Klinik Forbach



Sprechstunde

Viszeralchirurgie und Hernien

Leitender Oberarzt Dr. Kay-Ingo Witten

Mittwoch 12:30 – 15:00

Klinik Rastatt, 2. OG, Sekretariat



Sprechstunde

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Oberarzt Dr. Hartmut Fietze

Montag 12:00 -15:00

Klinik Rastatt, 2. OG



Sprechstunde Proktologie

Dr. Gani Bytyqi

im MVZ Durmersheim, Poststrasse 1

Montag 8:00-12:00 und 13:00-18:00

Dienstag 8:00-12:00

Mittwoch 7:30-11:30

Terminvereinbarung Telefon 07245 91 2384

Klinik Rastatt

Mittwoch 15:00 – 18:00

Sprechstunde Prämedikation und ambulante

Operationsvorbereitung

Mo – Do 9:00 – 12:00

Klinik Rastatt, 2. OG

Terminvereinbarung

Telefon 07222 389 4202

Sekretariat Andrea Stösser

a.stoesser@klinikum-mittelbaden.de

Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach
Klinik Rastatt
Engelstr. 39 · 76437 Rastatt
Telefon 07222 389 0
www.klinikum-mittelbaden.de
info.rastatt@klinikum-mittelbaden.de

RASTATT

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie



Darmkrebs

Informationen

Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach
Klinik Rastatt
Engelstr. 39 · 76437 Rastatt
Telefon 07222 389 0
www.klinikum-mittelbaden.de
info.rastatt@klinikum-mittelbaden.de



Mat.-Nr. 335855 / Stand 07/2017

Darmkrebs

Darmkrebs entwickelt sich in der Regel aus seit Jahren im Dickdarm oder Mastdarm befindlichen Polypen (Schleimhautwucherungen). Je größer und unregelmäßiger gutartige Polypen wachsen, desto eher werden sie entarten. Daher kommt der Darmspiegelung (Koloskopie) zur Entfernung der Polypen zur Vermeidung der Entwicklung von Darmkrebs oder zur Diagnostik Darmkrebs durch Entnahme von Proben aus den Wucherungen eine entscheidende Rolle zu. Die Koloskopie wird daher generell ab dem Alter von 50 Jahren dringend empfohlen. Bei Familien, in denen Darmkrebs bereits vorkam, deutlich früher.

Operation

Sollte ein Darmkrebs durch die Probenahme aus einer Wucherung im Dickdarm bewiesen worden sein, muss nach Durchführung einer Computertomographie von Brustraum und Bauchraum fast immer operiert werden. Dabei wird der Dickdarmtumor entfernt. Dazu wird ein Stück des Dickdarms entfernt. Diese Operation erfolgt oft über die Bauchspiegelung.

Die operative Therapie eines Dickdarmtumors richtet sich nach der Lokalisation im Bereich des etwa zwei Meter langen Dickdarms. Entsprechende versorgende arterielle Gefäße mit den lokalen Lymphknoten werden dann offen oder auf laparoskopischem Wege entfernt. Die damit entfallende Durchblutung des Dickdarms bestimmt die Länge des zu entfernenden Darmes und damit die Art der Operation.

Chemotherapie

Neoadjuvante Maßnahmen (Chemotherapie vor der Operation) sind bei der Behandlung von Dickdarmkrebs bisher nicht vorgesehen. Nach der Operation sollen sich die Patienten, bei denen sich in den entfernten Lymphknoten Absiedlungen zeigen (Präparateuntersuchung durch den Pathologen) einer zusätzlichen Chemotherapie unterziehen (adjuvant). Nach der Teilentfernung des Dickdarms durch einen Tumor hat der Patient im Normalfall keine Einbußen in der Lebensqualität. Der Stuhlgang stellt sich in der Regel wieder so ein wie er vor der Operation war und ein künstlicher Darmausgang muss nicht angelegt werden.

Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)

Im Falle von Mastdarmkrebs werden zur Sicherung der Tumorausbreitung zusätzlich zu den Untersuchungen wie bei Dickdarmkrebs eine Endosonographie und / oder eine Kernspintomographie des Beckens durchgeführt. Liegt hierbei ein Frühstadium vor, d. h. die Tumoren überschreiten die Wand des Darmes nicht und es liegen keine vergrößerten Lymphknoten im Fettzylinder vor, kann operiert werden.

Strahlentherapie

Bei fortgeschrittenen Tumoren werden die Patienten heutzutage vor der Operation durch eine Strahlentherapie in der Kombination mit einer Chemotherapie vor der Operation therapiert

(neoadjuvante Radiochemotherapie). Erst danach wird operiert. Bei der Operation bei Mastdarmkrebs kommt der sogenannten „Totalen Mesorektum Excision“, d. h. die gesamte Entfernung des Fettzylinders in dem der Mastdarm sich befindet, eine zentrale Bedeutung zu.

Wichtig und damit Qualitätsmerkmale sind dabei Kriterien am Operationspräparat. Diese sind der untere Abstand des Tumors zum Schnittrand und damit zum verbleibenden Darm / Schließmuskel (Sicherheitsabstand nach unten), die Unverletztheit der Grenzschichten des Fettzylinders (Mercury Klassifikation) und der Tumorabstand zum Präparaterand (CRM = circumferential resection margin).

Besonderheit

Die besondere Bedeutung des Mastdarmkrebs besteht wegen der Nähe zum Schließmuskel. Wächst der Tumor bereits in den Schließmuskel ein, so muss dieser bei der Operation vom Chirurgen mit entfernt werden und es bedarf eines dauerhaften künstlichen Dickdarmausganges. Beträgt der Abstand Schließmuskel zum Tumor einige Zentimeter (Fingeruntersuchung), gelingt es in vielen Fällen den Dickdarm wieder an den Mastdarmstumpf anzuschließen. Je tiefer das Anschließen in Richtung des Schließmuskels erforderlich wird, desto ernster können die Veränderungen in den Stuhlgewohnheiten für den Patienten nach der Operation sein.