



Info>Reihe

Dickdarmkrebs
Vorbeugung - Behandlung - Nachsorge

Impressum

Herausgeber: Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
Volmerswerther Straße 20, 40221 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 15 76 09 - 90
info@krebsgesellschaft-nrw.de
www.krebsgesellschaft-nrw.de

Autor: PD Dr. med. U. Graeven,
Darmzentrum der Kliniken Maria Hilf,
Mönchengladbach
Viersener Straße 450
41063 Mönchengladbach
Tel.: 02 161 / 892-2201
www.mariahilf.de
darmzentrum@mariahilf.de

Redaktion: Anna Arning, Krebsgesellschaft NRW

Gestaltung: Dinah Oelschläger, Krebsgesellschaft NRW

Fotos: S. 9 bilderzweig/Fotolia.com, S. 10 ag visuell7
Fotolia.com, S. 14 Oliver Haja/pixelio.de, S. 19
Krebsgesellschaft NRW, S. 42 Leitlinienprogramm
Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche
Krebshilfe, AWMF): S3- Leitlinie Kolorektales Karzinom

2. überarbeitete Auflage Dezember 2014

Diese Druckschrift ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen oder Abbildungen, bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.

Die Broschüre richtet sich in erster Linie an medizinische Laien und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern Kenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Die Aufklärung zur individuellen Diagnose und Therapie, bleibt dem ärztlichen Behandlungsgespräch vorbehalten.

Damit die Texte flüssig zu lesen sind, wurde bei Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form gewählt. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gemeint.

Lage und Funktion des Darms	09
Ursachen und Risikofaktoren	11
Vorbeugung und Früherkennung	15
Test auf verborgenes Blut	16
Tastuntersuchung des Enddarms	17
Darmspiegelung (Koloskopie)	17
Selbstbeobachtung	20
Diagnosestellung	21
Das ärztliche Gespräch	21
Die körperliche Untersuchung	21
Darmspiegelung und Gewebeprobe	22
Darmkontrasteinlauf	22
Tumorausdehnung und Klassifikation	22
Therapiemöglichkeiten	27
Die operative Therapie	28
Die Strahlentherapie	30
Die Chemotherapie	33
Neuere Medikamente	37
Behandlung im Rahmen von Studien	38

Rehabilitation und Nachsorge	39
Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation	39
Nachsorge durch den behandelnden Arzt	40
Ergänzende Maßnahmen	42
Mit der Erkrankung leben	43
Leben mit künstlichem Darmausgang	44
Hilfen bei fortgeschrittenem Darmkrebs	45
UICC-Klassifikation Darmkrebs	46
Glossar	48
Adressen	50



Die Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

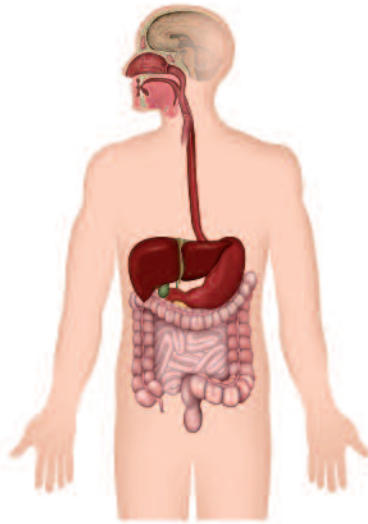
Die Krebsgesellschaft NRW engagiert sich seit mehr als 60 Jahren für die Verbesserung der Versorgung von krebserkrankten Menschen im Lande, sowohl auf wissenschaftlicher und medizinischer Ebene, als auch direkt an der Basis, als Ansprechpartner für Menschen, die Information und Rat brauchen.



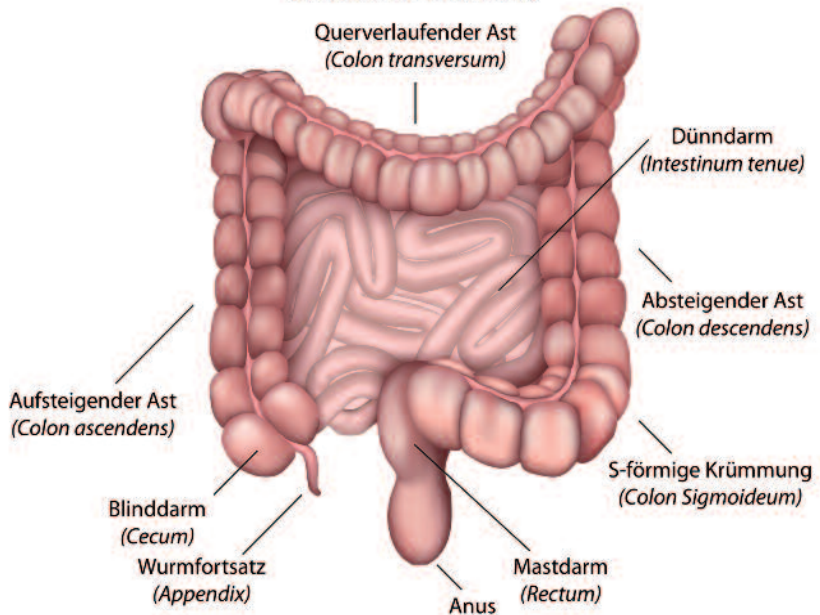
Jährlich erkranken in Deutschland nahezu 70.000 Menschen neu an Dickdarmkrebs. Dickdarmkrebs ist nicht nur der zweithäufigste bösartige Tumor, sondern auch die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern und Frauen. Die Mehrzahl der Krankheitsfälle tritt nach dem 50. Lebensjahr auf, aber auch in jüngeren Jahren kann sich ein Dickdarmkrebs entwickeln. Kein anderer Tumor gibt jedoch aufgrund seiner langsamen Entwicklung über Vorstadien in Form von gutartigen Wucherungen (Polypen) so viel Zeit zum Handeln. Durch rechtzeitiges Aufspüren derartiger Polypen und ihr vorsorgliches Abtragen im Rahmen einer Darmspiegelung, kann die Wahrscheinlichkeit, Dickdarmkrebs zu entwickeln, stark gesenkt werden.

Früherkennungsmaßnahmen wie der Stuhltest und die Dickdarmspiegelung tragen darüber hinaus dazu bei, Tumoren bereits in frühen Stadien zu entdecken, wodurch die Überlebenszeit eines Erkrankten verlängert und die Therapiebelastung reduziert werden kann. Wenn sich die Diagnose Dickdarmkrebs bestätigt, ist es den meisten Betroffenen ein Bedürfnis, sich über die weiteren Schritte im Hinblick auf Therapie und Nachsorge zu informieren. Hierbei können neben dem ausführlichen Gespräch mit dem Arzt Informationsmaterialien oder der Kontakt zu gleichfalls Betroffenen ergänzend hilfreich sein. Mit dieser Broschüre möchte die Krebsgesellschaft NRW einen Beitrag zur Aufklärung und Information leisten. Interessierte und Betroffene finden eine sachliche Grundlage für die eigene Einschätzung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, Therapiemöglichkeiten und Nachsorgeprogrammen.

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.



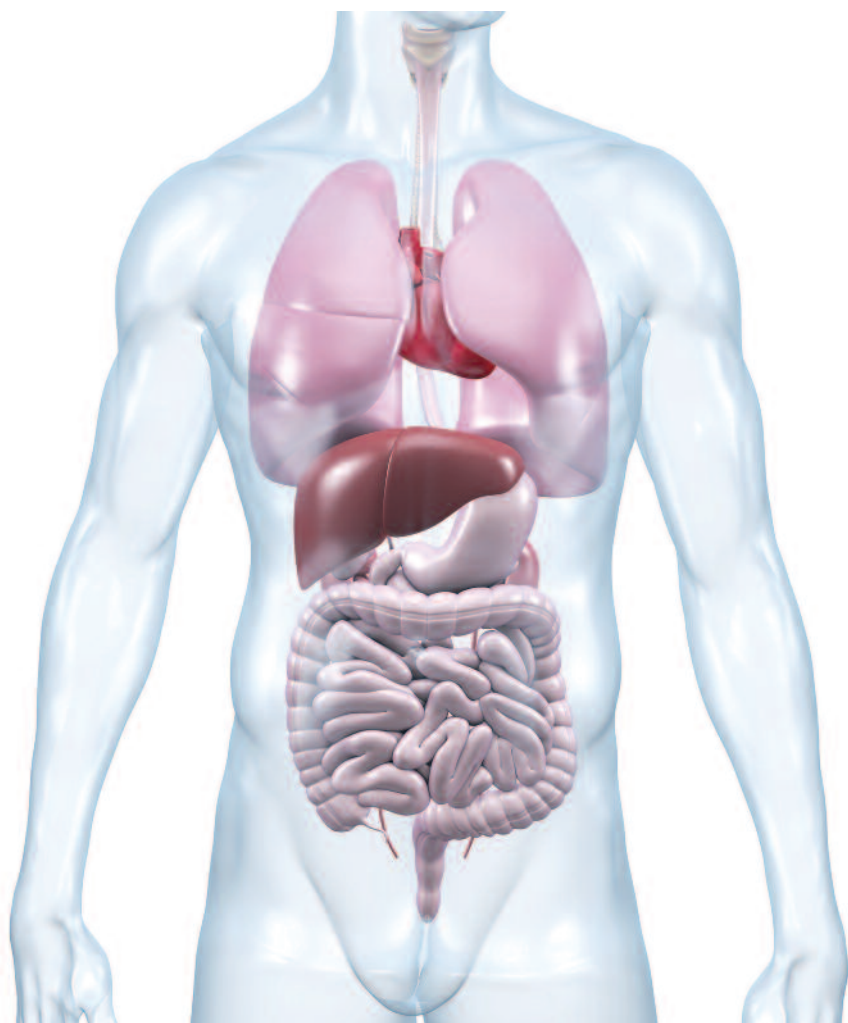
Der Dickdarm (*Intestinum crassum*)



Lage und Funktion des Dickdarms

Wenn von einer Darmkrebserkrankung die Rede ist, bedeutet dies meistens, dass der Dickdarm oder der Mastdarm (Rektum) betroffen ist. Krebserkrankungen des Dünndarms sind sehr viel seltener und erfordern ein anderes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen als Dickdarmkrebserkrankungen. Der Dickdarm spielt eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung der Nahrung. Diese gelangt zunächst aus dem Mund über die Speiseröhre in den Magen. Im Zwölffingerdarm erreichen die Enzyme der Bauchspeicheldrüse den Speisebrei und spalten die Nährstoffe weiter auf, die danach während der Passage durch den Dünndarm aufgenommen werden können. Der unverdauliche Teil der Nahrung gelangt in den Dickdarm, wo das Volumen der flüssigen Masse durch Wasserentzug um ca. 80 Prozent verringert wird. An den Dickdarm schließt sich der ca. 20 cm lange Mastdarm (auch Rektum genannt) an, der den festen Stuhl noch weiter eindickt und die Stuhlausscheidung vorbereitet.

Der Dickdarm hat einen Durchmesser von etwa sechs Zentimetern und ist ungefähr 1,5 Meter lang. Man unterscheidet verschiedene Abschnitte des Dickdarms: das aufsteigende Kolon, das Querkolon, das absteigende Kolon und das so genannte Sigma, das S-förmig zum Mastdarm überleitet. Das äußere Erscheinungsbild des Dickdarms ist durch die ringförmige Muskulatur und deren Einschnürungen geprägt, die den Speisebrei weitertransportieren. Von innen ist der Dickdarm mit einer Schleimhaut ausgestattet. Sie dient dazu, dem Nahrungsbrei die Flüssigkeit zu entziehen und sorgt gleichzeitig dafür, dass der Stuhl gleitfähig bleibt. Die Hauptaufgabe des Dick- und Mastdarms ist somit die Wasserrückaufnahme und die Beteiligung an der Stuhlentleerung. Bei einer Störung der normalen Funktion kann es daher zu Durchfall oder Verstopfung kommen.



Ursachen und Risikofaktoren

Die Zellen der Dickdarmschleimhaut werden durch ihre Arbeit stark beansprucht und müssen sich ständig erneuern. Bei der Neubildung kommt es immer wieder zu Fehlern beim Kopieren des Erbgutes der Zelle. In der Regel werden fehlerhafte Zellen durch das Immunsystem erkannt, unschädlich gemacht und entsorgt. Dennoch kommt es vor, dass Dickdarmzellen mit falschen Erbinformationen vom Immunsystem nicht rechtzeitig entdeckt werden. Das kann dazu führen, dass eine solche Zelle schneller wächst, sich unkoordiniert teilt und zum Tumor heranwächst.

Bei bösartigen Dickdarntumoren weiß man, dass diese jedoch nicht durch einen einzigen Fehler im Erbgut ausgelöst werden, sondern dass sie häufig durch die Abfolge mehrerer Veränderungsschritte entstehen. So entwickelt sich in der Regel zuerst ein Dickdarmpolyp, eine gutartige Vorstufe, die erst durch weitere Teilungsfehler zu einem Karzinom, also einem bösartigen Tumor, werden kann. Dies geschieht in einem zeitlichen Rahmen von ca. 10 bis 15 Jahren. Nur in wenigen Sonderfällen entsteht Darmkrebs nicht aus einem Polypen.

Bleibt Darmkrebs unentdeckt, so kommt es nach zunächst lokaler Ausbreitung im weiteren Verlauf zu einem, den Dickdarm überschreitenden Tumorstadium und möglicherweise zu einem Einwachsen des Tumors in benachbarte Organe. Tumorzellen können sich außerdem aus dem Zellverband lösen, über Lymphabflusswege ausbreiten und Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen, in den umliegenden Lymphknoten bilden. Gelangen die Tumorzellen mit dem Blutstrom in andere Organe und bilden dort Tochtergeschwülste, spricht man von einer Fernmetastasierung.

Diese Eigenschaften der Krebszellen beschreiben ihren „böartigen Charakter“: Durch ihr fortschreitendes Wachstum können sie letztendlich zum Tode führen.

Die Frage, warum eine Krebserkrankung bei einem Menschen entsteht und bei einem anderen nicht, ist schwer zu beantworten.

Eine wichtige Rolle spielt aber wohl vor allem das Alter. Mit zunehmendem Alter steigt offenbar einerseits die Fehlerquote bei der Teilung der Zellen, andererseits arbeitet das Reparatursystem weniger genau. Diesen Effekten kann teilweise durch eine ausgewogene, abwechslungsreiche, vitamin- und ballaststoffreiche Ernährung sowie ausreichend Sport und Bewegung entgegen gewirkt werden.

Nach derzeitigem Kenntnisstand erhöhen folgende Faktoren das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken:

- Häufiger Verzehr von rotem Fleisch und Fleischwaren, wobei hier neben der Menge auch die Art der Zubereitung des Fleisches eine Rolle spielt.
- Ballaststoffarme Ernährung
- Regelmäßiger Alkoholgenuss
- Rauchen
- Übergewicht

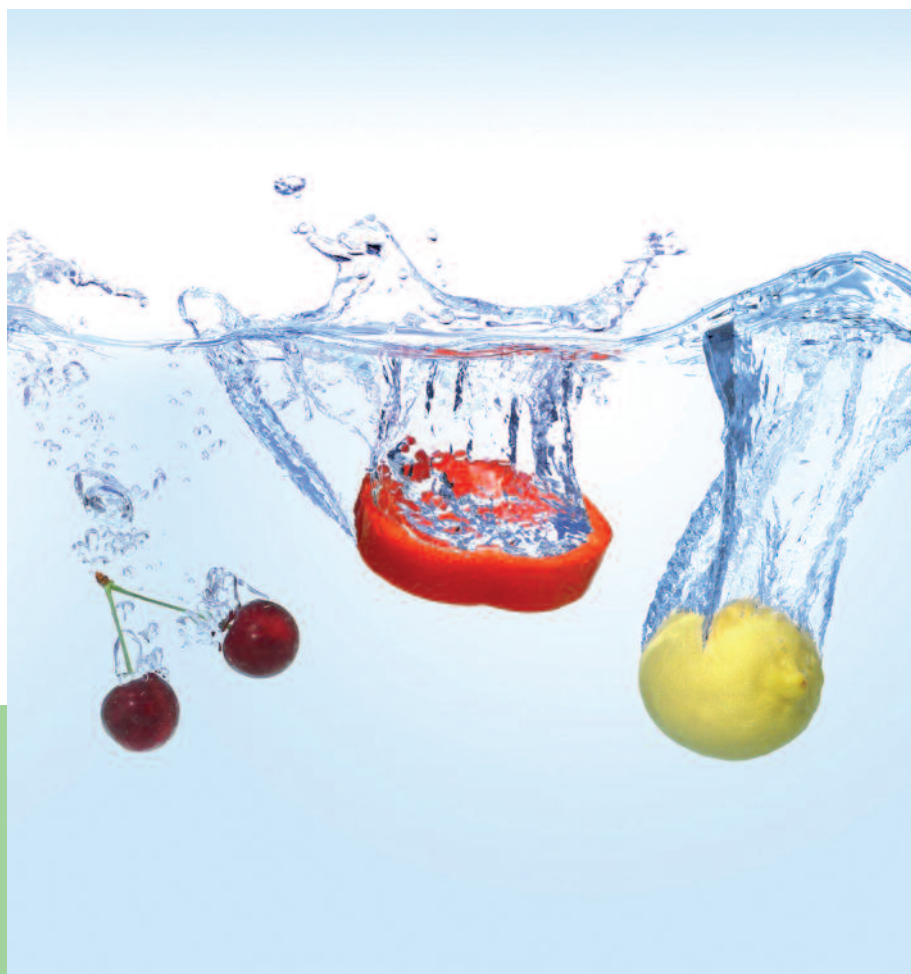
Darmkrebserkrankungen treten außerdem gehäuft auf bei:

- Personen, die an einer schwer verlaufenden chronisch entzündlichen Darmkrankheit leiden.
- Personen, bei denen selbst (oder bei direkten Verwandten) Dickdarmadenome vorliegen oder bereits entfernt wurden.
- Personen, in deren Familie Darmkrebserkrankungen vorkommen. Das Risiko ist besonders groß, wenn es Betroffene gibt, die vor ihrem 45. Lebensjahr erkrankt sind.
- Personen, die bereits an anderen Krebskrankheiten leiden. Hier sind insbesondere Gebärmuttererschleimhaut- oder Eierstockkrebs zu nennen.

Wenn einer oder mehrere dieser Faktoren zutreffen, bedeutet dies natürlich nicht, dass sich zwangsläufig ein Darmkrebs entwickeln wird. Da jedoch das Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht ist, ist es umso wichtiger, regelmäßig an den empfohlenen Früherkennungsprogrammen teilzunehmen.

HINWEIS

Für Menschen mit familiärer Vorbelastung gibt es gesonderte Früherkennungsempfehlungen und Beratungsmöglichkeiten an speziellen Zentren. Die Adressen finden Sie im Anhang.



Vorbeugung und Früherkennung

Maßnahmen zur Vorbeugung von Darmkrebs:

- Erhöhung der Ballaststoffaufnahme
- Vermehrter Verzehr von frischem Obst und Gemüse
- Zurückhaltender Verzehr von rotem bzw. verarbeitetem Fleisch
- Beschränkung des Alkoholkonsums
- Nichtrauchen
- Vermeiden von Übergewicht
- Ausreichende und regelmäßige Bewegung

Darmkrebs gehört zu den Erkrankungen, die kaum oder erst spät Beschwerden verursachen. Daher kommt der Früherkennung eine besondere Bedeutung zu.

Für die Möglichkeit einer vollständigen Heilung ist das Erkennen der Erkrankung in einem frühen Stadium entscheidend. Es gibt Studien, die besagen, dass bis zu 85 Prozent der Betroffenen geheilt werden können, wenn die Diagnose Darmkrebs frühzeitig gestellt wird.

Aufgrund ihrer großen Bedeutung werden Untersuchungen zur Darmkrebsfrüherkennung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Das Angebot umfasst:

vom 50. bis 55. Lebensjahr:

Jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl plus Tastuntersuchung des Enddarms.

ab dem 56. Lebensjahr:

Eine erste Darmspiegelung, die bei unauffälligem Befund im Abstand von 10 Jahren wiederholt wird oder - falls eine Darmspiegelung nicht in Anspruch genommen wird oder werden kann - alle zwei Jahre ein Stuhltest auf verstecktes Blut mit Tastuntersuchung des Enddarms.

Test auf verborgenes Blut

Mit dem Stuhltest auf verborgenes Blut lassen sich auch kleinste Blutmengen, die mit dem bloßen Auge nicht erkannt werden können, im Stuhl nachweisen. Solche Blutungen können verschiedene Ursachen haben. Auch bösartige Veränderungen der Darmschleimhaut gehören dazu.

Zur Erhöhung der Aussagekraft des Tests werden aus drei unterschiedlichen Stuhlgängen je zwei Proben auf die jeweiligen Testfelder gegeben. Die Testbriefchen mit den insgesamt drei Teststreifen werden vom Arzt einem Labor übergeben, das den Test auswertet. Da das Testergebnis durch bestimmte Nahrungsinhaltsstoffe oder Medikamente verfälscht werden kann, ist es wichtig, vor der Durchführung die Gebrauchsanweisung sorgfältig durchzulesen. So kann z. B. der Genuss von Fleisch oder die Einnahme von Eisen- oder Vitamin-C-Präparaten das Vorhandensein von Blutbestandteilen vortäuschen.

Jeder positive Befund des Tests muss zwingend durch eine Darmspiegelung weiter abgeklärt werden. Ein positives Testergebnis heißt natürlich nicht,

dass in jedem Fall eine bösartige Erkrankung für die Blutbeimengung verantwortlich sein muss. So kann z. B. auch ein noch gutartiger Polyp oder ein Hämorrhoidalleiden zu verborgenem Blut im Stuhl führen. Endgültige Klärung kann nur eine Darmspiegelung herbeiführen.

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei dieser Untersuchung ertastet der Arzt den mit dem Zeigefinger zugänglichen Bereich des Enddarms. Hierbei kann der Untersucher feststellen, ob auffällige Veränderungen vorliegen. Bösartige Veränderungen sind allerdings in der Regel erst tastbar, wenn sie schon fortgeschritten sind. Deshalb gilt die Tastuntersuchung im engeren Sinne nicht als Früherkennungsuntersuchung. Mit der Tastuntersuchung können bei Männern gleichzeitig Tumore der Prostata erfasst werden.

Darmspiegelung (Koloskopie)

Die Darmspiegelung ist die derzeit zuverlässigste Methode zur Darmkrebsvorsorge und -früherkennung. Mit ihrer Hilfe können Vorstufen, die zu einer Darmkrebserkrankung führen können (Polypen), aufgespürt und entfernt werden. Zudem können möglicherweise vorhandene Karzinome frühzeitig gefunden und zügig behandelt werden.

Voraussetzung für eine hohe Aussagekraft der Darmspiegelung ist die richtige Vorbereitung auf die Untersuchung. Hierzu ist am Tag vor der Untersuchung die Einnahme von Abführmitteln nach einem bestimmten Schema erforderlich, um den Darm vollständig zu entleeren. Erst so kann die Schleimhaut später ohne Sichthindernis beurteilt werden. Über Reihenfolge und Menge der einzunehmenden Abführmittel informiert der vorbereitende Arzt einige Tage zuvor in einem Gespräch. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, den Arzt über die Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten zu informieren (z. B. Marcumar, Acetylsalicylsäure, Clopidogrel). Auch bestehende Herz-Kreislaufkrankungen sollten mitgeteilt werden, da die verhältnismäßig großen Trinkmengen im Zusammenhang mit der Darmreinigung den Kreislauf zusätzlich belasten können.

Zur Untersuchung selbst wird ein biegsamer Schlauch, der mit einer Lichtoptik und einem zusätzlichen Arbeitskanal ausgestattet ist (Endoskop), in den gesäuberten Darm vorgeschoben. Dabei lässt sich die Schleimhaut des gesamten Dickdarms und einige Zentimeter des angrenzenden Dünndarms untersuchen.

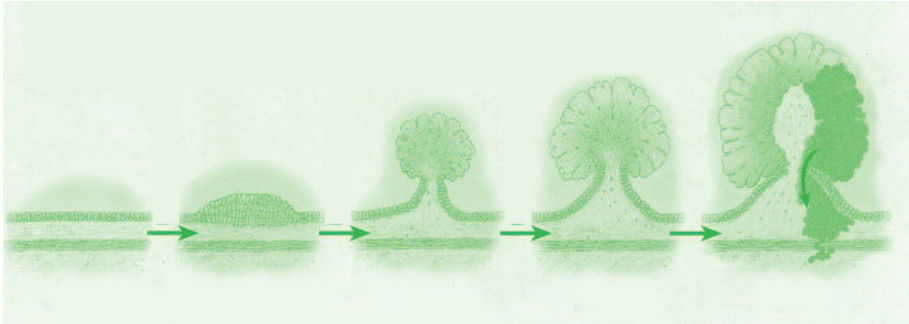
Die Untersuchung selbst dauert ca. 20 Minuten. Sie ist in der Regel schmerzarm, für manche Menschen aber unangenehm. Auf Wunsch können Patienten daher ein Medikament erhalten, das sie in einen leichten Dämmer Schlaf versetzt, so dass sie von der Untersuchung kaum etwas bemerken. Da das Reaktionsvermögen im Anschluss an die Untersuchung eingeschränkt ist, muss eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr für 24 Stunden unterbleiben.

Von erfahrenen Fachärzten durchgeführt, ist eine Darmspiegelung eine sichere und schonende Untersuchungsmethode. In Deutschland dürfen nur solche Ärzte eine Vorsorge-Darmspiegelung durchführen, die eine spezielle Ausbildung haben und jährlich mindestens 200 Untersuchungen und 50 Polypentfernungen durchführen. Infolgedessen ist die Komplikationsrate eher gering.

Im Vergleich zu anderen Untersuchungsverfahren wie z. B. einer virtuellen Darmspiegelung mittels Computertomographie, besteht bei der Koloskopie der große Vorteil, dass aus einer auffälligen Dickdarmsstelle noch während der Untersuchung Gewebeproben genommen werden können. Sollte bei der Darmspiegelung ein Polyp nachgewiesen werden, kann dieser in den meisten Fällen problemlos und schmerzfrei entfernt werden. Dies ist notwendig, weil man weiß, dass Polypen Vorläufer für eine Darmkrebserkrankung sein können.

Die Gewebeproben werden an einen Pathologen weitergeleitet, der sich das Gewebe unter dem Mikroskop anschaut und beurteilt. So kann die Diagnose einer bösartigen oder auch einer gutartigen Veränderung gestellt werden.

Bei Vorliegen von bösartigen Veränderungen werden sofort Maßnahmen ergriffen, um die Ausdehnung der Veränderung zu bestimmen sowie baldmöglichst eine geeignete Therapie in die Wege zu leiten.



Normale Schleimhaut, veränderte Schleimhaut, Polyp, Polyp mit Dysplasie und Krebs

Nach der Entfernung von Polypen wird eine Wiederholung der Darmspiegelung je nach Größe und Anzahl der Polypen nach drei oder fünf Jahren empfohlen. Bei unauffälligem Befund (keine Polypen, kein Karzinom) muss die Darmspiegelung erst nach zehn Jahren wiederholt werden.

Wenn bei einer Darmspiegelung keine bösartigen Veränderungen nachgewiesen werden, kann das Vorhandensein einer Darmkrebserkrankung weitgehend ausgeschlossen werden. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich in den kommenden Jahren eine bösartige Erkrankung ausbildet, weshalb die Darmspiegelung nach zehn Jahren wiederholt werden sollte.

HINWEIS

Für Menschen mit einer familiär vererbten Veranlagung für eine Darmkrebserkrankung gelten spezielle Empfehlungen zur Früherkennung: Die Altersgrenze ist niedriger und die Zeitintervalle werden kürzer gehalten. Bei Verdacht auf familiären Darmkrebs wird dazu geraten, mit einer speziellen Beratungsstelle Kontakt aufzunehmen. Entsprechende Adressen befinden sich im Anhang.

Selbstbeobachtung

Neben der Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen spielt auch die Selbstbeobachtung eine wichtige Rolle bei der Entdeckung von Darmkrebs. Zwar verursacht Darmkrebs häufig über längere Zeiträume keine auffälligen Symptome, dennoch gibt es Beschwerden, die auf eine Darmkrebserkrankung hinweisen können.

Das Auftreten folgender Symptome sollte Anlass zu einem Arztbesuch geben:

- Sichtbare Blutbeimengungen im Stuhl oder ein pechschwarzer Stuhl, auch Teerstuhl genannt.
- Veränderung der Stuhlgewohnheiten mit wiederholtem oder anhaltendem Durchfall oder Verstopfung oder einem Wechsel beider Beschwerden.
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Blässe als Ausdruck einer Blutarmut durch einen kontinuierlichen, zum Teil auch unbemerkten Blutverlust.
- Gewichtsverlust
- Krampfartige Bauchschmerzen
- StuhlDrang ohne anschließende Entleerung von Stuhl.

HINWEIS

Alle diese Beschwerden müssen nicht durch eine Krebserkrankung ausgelöst sein. Sie können auch andere Ursachen haben. In jedem Fall ist es aber wichtig, die Beschwerden weiter abklären zu lassen.

Diagnosestellung

Ergibt sich aufgrund von Symptomen, wie sie im letzten Abschnitt beschrieben worden sind, der Verdacht auf eine Darmkrebserkrankung, sollte umgehend eine weitere Abklärung eingeleitet werden. Diese erfolgt durch den Hausarzt oder einen Facharzt für Magen- und Darmerkrankungen (Gastroenterologe).

Das ärztliche Gespräch

An erster Stelle der Diagnostik steht ein ausführliches ärztliches Gespräch, in dem der Arzt Fragen über die Art und Dauer der Beschwerden stellt. Zusätzlich fragt er nach Risikofaktoren und Begleiterkrankungen, sofern diese nicht bereits bekannt sind. Sicherlich ist das Gespräch über Stuhlgang und Stuhlverhalten für die meisten Menschen mit Schamgefühlen behaftet. Dennoch ist anzuraten, mit dem Arzt offen darüber zu sprechen, weil er die Symptome richtig einordnen kann. Die meisten Ärzte sind mit solchen Beschwerden vertraut und haben Verständnis für die Verunsicherung der Betroffenen.

Die körperliche Untersuchung

Neben der Untersuchung des Bauches wird Ihr Arzt das letzte Stück des Darmes mit dem Finger austasten. Durch diese Untersuchung lässt sich etwa die Hälfte aller Mastdarmtumoren nachweisen.

Darmspiegelung und Gewebeprobe

Die Dickdarmspiegelung (Koloskopie) ist die wichtigste Untersuchung zur Abklärung einer möglichen Darmkrebserkrankung. Sie sollte bei Vorliegen typischer Beschwerden unabhängig vom Ergebnis der Tastuntersuchung oder eines Stuhltests durchgeführt werden. Eine Darmspiegelung zur Abklärung eines konkreten Verdachtes ist in Ablauf und Durchführung identisch mit der Vorsorgekoloskopie. Besteht ein Darmkrebsverdacht ist es besonders wichtig, den gesamten Dickdarm zu spiegeln, um erkrankte Stellen nicht zu übersehen. Noch während der Untersuchung werden Gewebeproben entnommen, anhand derer schnell festgestellt werden kann, ob die verdächtigen Stellen tatsächlich bösartig sind oder nicht.

Darmkontrasteinlauf

Kann eine komplette Darmspiegelung, z. B. aufgrund von Verwachsungen im Bauchraum, nicht durchgeführt werden, besteht die Möglichkeit zu einem Darmkontrasteinlauf. Dazu wird der Darm vom After her mit einem Kontrastmittel gefüllt, dessen Verteilung in einer anschließenden Röntgenuntersuchung sichtbar wird und beurteilt werden kann. Hierdurch lassen sich Ausstülpungen und Einengungen des Darmes nachweisen.

Lassen sich anhand der oben genannten Untersuchungen bösartige Veränderungen zwar ausschließen, die Beschwerden jedoch nicht ausreichend erklären, wird der Arzt ergänzende Untersuchungen zur weiteren Abklärung vorschlagen.

Tumorausdehnung und Klassifikation

Bestätigt sich der Krebsverdacht, müssen weitere Untersuchungen folgen, um Lage und Ausdehnung des Tumors genauer zu beurteilen.

Je nach Lokalisation wird zwischen Dickdarm- und Rektumkarzinomen unterschieden. Diese Abgrenzung ist wichtig für die spätere Wahl des Operationsverfahrens und für die weitere Behandlung. Als Rektumkarzinome gelten diejenigen Tumoren, die weniger als 16 cm vom Darmausgang entfernt liegen.

Die Maßnahmen zur Beurteilung von Lage und Ausdehnung des Tumors werden als Staging-Untersuchungen bezeichnet. Hierzu gehören:

Ultraschalluntersuchung

Mittels Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes kann der geübte Untersucher Veränderungen der inneren Organe aufspüren. So können z. B. Tochtergeschwülste in der Leber oder erkrankte Lymphknoten im Bauchraum erkannt werden, die dann durch andere Untersuchungsverfahren weiter abgeklärt werden. Eine Ultraschalluntersuchung ist vor allem dann aussagekräftig, wenn der Patient nüchtern zur Untersuchung erscheint.

Röntgenuntersuchung der Lunge

Tochtergeschwülste im Bereich der Lunge lassen sich ab einer bestimmten Größe am einfachsten durch eine Röntgenuntersuchung der Lunge erkennen. Man weiß, dass das Risiko für das Auftreten von Metastasen in der Lunge vor allem bei Krebserkrankungen des Mastdarms erhöht ist.

Computertomographie und Magnetresonanztomographie

Bei der Computertomographie handelt es sich um eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Schnittbilder des Körpers erstellt werden können. Hierdurch kann die Tumorausdehnung in Bezug auf die Nachbarorgane besonders gut dargestellt werden. Die Computertomographie ergänzt somit die Ultraschalluntersuchung bei speziellen Fragestellungen.

Unter bestimmten Bedingungen kann auch eine Magnetresonanztomographie notwendig sein. Es handelt sich hierbei ebenfalls um ein Schnittbildverfahren, das jedoch ohne Röntgenstrahlung auskommt.

Blutuntersuchungen

Neben den üblichen Blutuntersuchungen, wie sie häufig auch im Verlauf anderer Erkrankungen der inneren Organe durchgeführt werden, lassen sich so genannte Tumormarker im Blut bestimmen. In Zusammenhang mit einer Darmkrebserkrankung ist die Bestimmung des Markers CEA (carcino-embryonales Antigen) sinnvoll. Die Aussagekraft des CEA-Wertes ist allerdings eingeschränkt: Ein erhöhter Wert kann auf das Vorhandensein eines Tumors hinweisen. Allerdings kann der Wert auch bei gesunden Personen erhöht sein. Die Bestimmung des CEA-Wertes hat daher keinen Stellenwert im Rahmen der Vorsorge.

Bei nachgewiesenem Darmkrebs ist die Prüfung des Tumormarkers sinnvoll. Hier geben die Verlaufswerte des CEA Aufschluss über den Therapieerfolg. Die Bestimmung kann aber auch im Rahmen der Nachsorge eingesetzt werden.

ACHTUNG

Der Marker ist jedoch nicht bei jedem Darmkrebspatienten erhöht!

Tumorklassifikation (Staging)

Aus den Untersuchungsergebnissen können nun für die Behandlungsstrategie wichtige Schlussfolgerungen gezogen werden. Neben Informationen zum genauen Typ der Tumorzellen, kann ein Eindruck über die Ausbreitung des aktuellen Tumors gewonnen werden. Hierzu wird ein international einheitliches Schema zur Tumorklassifikation verwendet.

Es handelt sich um die sogenannte UICC-Klassifikation. Die UICC-Stadieneinteilung wurde von der „Union Internationale Contre le Cancer“ (UICC) eingeführt. Sie basiert auf statistischen Untersuchungen und gibt Auskunft über die Ausbreitung der Tumorerkrankung. Sie ist Grundlage bei Prognose- und Therapieplanerstellung.

Eine detaillierte Aufstellung der UICC-Klassifikation bei Darmkrebs finden Sie im Anhang.

Tumorstadien

Aus der UICC-Klassifikation ergeben sich die im Folgenden dargestellten Tumorstadien, wobei die Heilungsaussichten umso besser sind, je niedriger das Stadium ist. In manchen Fällen kann das genaue Stadium und damit der individuelle Therapieplan allerdings erst im Anschluss an die Operation festgelegt werden.

Stadium I (= T1 oder T2, N0, M0)

Neben dem sehr frühen Stadium 0, bei dem sich die bösartigen Krebszellen auf die oberste Schicht der Darmschleimhaut beschränken (sogenannter Tumor in situ; TIS), ist das Stadium I ebenfalls ein frühes Stadium mit einer guten Heilungsprognose. Der Darmtumor ist entweder bis in die Bindegewebsschicht unterhalb der Darmschleimhaut gewachsen (T1) oder noch weiter bis in die Muskelschicht der Darmwand vorgedrungen (T2). Es gibt keine befallenen Lymphknoten (N0) und auch keine Fernmetastasen (M0).

Stadium II (= T3 oder T4, N0, M0)

In diesem Stadium liegen ebenfalls kein Lymphknotenbefall und keine Fernmetastasierung vor. Die Darmkrebszellen haben jedoch alle Darmwandschichten erreicht. Ein T3-Stadium bedeutet, dass Tumorzellen in der Bindegewebsschicht unter der Darmaußenwand nachweisbar sind. Im T4-Stadium hat der Tumor die Darmwand bereits vollständig durchbrochen und ist sogar in Nachbargewebe bzw. Nachbarorgane eingewachsen.

Stadium III (= T1 bis T4, N1 oder N2, M0)

Entscheidendes Merkmal von Stadium III ist die Tatsache, dass Lymphknoten befallen sind (N). Das Tumorstadium im Bereich des ursprünglich erkrankten Darmabschnittes kann dabei zwischen T1 und T4 liegen. Fernmetastasen liegen nicht vor. Dies ist ein fortgeschrittenes Stadium, das eine deutlich komplexere Behandlung als bei den beiden ersten notwendig macht.

Stadium IV (= T1-4, N1-2, M1)

Treten Fernmetastasen, z. B. Tumorabsiedlungen in der Leber oder Lunge auf, handelt es sich um ein Spätstadium der Erkrankung. Nach ausführlicher Prüfung der Befunde und Besprechung mit einem erfahrenen Chirurgen kann sich herausstellen, dass eine operative Entfernung der Metastasen sinnvoll ist. Gegebenenfalls ist zunächst eine medikamentöse Therapie durchzuführen, um die Metastasen zu verkleinern, so dass eine operative Entfernung möglich wird.

Besonders in der Therapie des metastasierten Tumorstadiums sind in den letzten Jahren einige sehr wirksame Substanzen, so z. B. auch Antikörper, entwickelt worden, welche die Überlebenschancen deutlich verbessern können.

Therapiemöglichkeiten

Nachdem alle Untersuchungen abgeschlossen sind und das Tumorstadium feststeht, kann die Therapie eingeleitet werden. Die Therapieentscheidung wird dabei maßgeblich auch vom allgemeinen Gesundheitszustand und von Begleiterkrankungen des Betroffenen beeinflusst. Da diese Voraussetzungen bei jedem Patienten unterschiedlich sind, wird der behandelnde Arzt unter Berücksichtigung aller Befunde in einem ausführlichen Gespräch den individuellen Therapieplan darlegen.

Hierbei sollte sich der Arzt an der so genannten „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom“ orientieren (aktuelle Fassung von 2013). In dieser Leitlinie haben Experten, die an der Behandlung kolorektaler Karzinome beteiligten Fachrichtungen, Richtlinien für die Behandlung von Darmkrebs nach aktuellem Stand der Wissenschaft erstellt. Die Leitlinien werden regelmäßig überprüft und aktualisiert.

Vor Einleitung der Behandlung kann es sinnvoll sein, eine Zweitmeinung einzuholen. Hierunter versteht man eine zweite Begutachtung bezüglich Diagnose und Therapie durch einen unabhängigen, bisher an der Betreuung des Patienten nicht beteiligten Arzt. Eine Zweitmeinung kann wichtig sein für die Einschätzung des Krankheitsstatus, die Beurteilung von Risiken oder Chancen eines operativen Eingriffs bzw. einer Strahlen- oder Chemotherapie. Zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung empfehlen sich z. B. Darmkrebszentren, onkologische Fachabteilungen von Krankenhäusern und Universitätskliniken sowie niedergelassene Darmkrebspezialisten.

HINWEIS

Die Kosten zur Einholung einer Zweitmeinung werden meist von den Krankenkassen übernommen. Sie sollten aber unbedingt vorher nachfragen, unter welchen Voraussetzungen eine Kostenübernahme möglich ist.

Im Therapieverlauf ist es häufig erforderlich, dass mehrere Fachrichtungen, wie z. B. Internisten, Chirurgen, Onkologen oder Strahlentherapeuten, an der Therapiedurchführung beteiligt werden. So ist möglicherweise eine Kombination von Strahlentherapie, medikamentöser Therapie und Operation in unterschiedlicher Abfolge notwendig.

Zwischen den Therapieblöcken wird der Arzt durch Untersuchungen in sinnvollen Abständen immer wieder den Therapieerfolg durch Laborkontrollen und bildgebende Verfahren überwachen. Durch den Vergleich mit vorangegangenen Untersuchungen kann festgestellt werden, ob sich der Tumor verkleinert, ob er gleich groß bleibt oder sich gar vergrößert. Sollten der Tumor bzw. die Metastasen unter der Therapie weiter wachsen, muss die Therapie nach Möglichkeit umgestellt werden.

Die operative Therapie

Eine Operation mit kompletter Entfernung des Tumors und der benachbarten Lymphknoten ist eine wichtige Voraussetzung für eine vollständige Heilung. Die Operation ist umso erfolgreicher, je früher die Erkrankung entdeckt wurde. Aber auch in fortgeschrittenen Stadien kann der Krankheitsverlauf durch eine Operation günstig beeinflusst werden.

Im Stadium I reicht in aller Regel eine alleinige Operation aus. Eine medikamentöse Therapie im Anschluss an die Operation ist nach heutigem Wissensstand nicht notwendig.

Bei Patienten mit einem Tumorstadium II, bei denen eine sogenannte Risikosituation besteht, wird eine anschließende Chemotherapie erwogen.

Wenn nichts dagegen spricht, wird in dieser Situation im Anschluss an die Operation eine Chemotherapie durchgeführt. Hierdurch kann sowohl das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung an der ursprünglichen Stelle, als auch das Risiko für die Entstehung von Fernmetastasen verringert werden.

Für Patienten im metastasierten Stadium IV kann durch die Entfernung des Darmtumors keine Heilung herbeigeführt werden. Dennoch ist eine Operation häufig sinnvoll, weil hierdurch Komplikationen wie beispielsweise ein Darmverschluss oder eine schwere Tumorblutung verhindert werden können. Ob eine Operation der Fernmetastasen sinnvoll ist, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Es ist empfehlenswert, einen auf Metastasenoperationen spezialisierten Chirurgen zu Rate zu ziehen. Dabei sollte abgewogen werden, ob durch die Operation eine realistische Chance besteht, alle Metastasen zu entfernen oder ob die Operation dem Patienten eher schadet und den Beginn einer wirksamen medikamentösen Therapie unnötig verschiebt.

Operationstechnik

Das jeweilige Operationsverfahren zur Entfernung des Darmkrebses richtet sich nach der Lokalisation des Tumors. Um eine radikale Tumorentfernung zu erzielen, werden in der Regel Teile des Darms entfernt. Aufgrund der Länge des Dickdarms kommt es hierdurch dennoch meist nicht zu Problemen für den Patienten.

Durch moderne Operationstechniken ist es heute in den meisten Fällen auch gut möglich, die Darmenden vor und hinter dem entfernten Darmabschnitt zu verbinden, ohne dass ein künstlicher Darmausgang nötig wird. Manchmal ist es aber dennoch erforderlich, einen künstlichen Darmausgang, auch Stoma genannt, anzulegen. Hierzu wird ein Teil des Darmes über eine kleine Öffnung mit der Bauchdecke verbunden und der Stuhl nach außen abgeleitet. Diese Ableitung erfolgt in einem luft- und geruchsdichten Spezialbeutel. In vielen Fällen ist dieser künstliche Darmausgang nur vorübergehend notwendig. Bei tief sitzenden Rektumtumoren mit Befall des Schließmuskels kann es aber notwendig sein, die Schließmuskulatur zu entfernen. In diesen Fällen ist ein dauerhafter Darmausgang erforderlich.

Ein künstlicher Darmausgang wird von den Betroffenen besonders zu Beginn häufig als belastend empfunden. Mit Hilfe professioneller Anleitung und Beratung kommen die meisten Menschen jedoch mit dem Stoma gut zurecht. Nähere Informationen hierzu finden Sie ab Seite 44.

Die Strahlentherapie

Das Prinzip der Strahlentherapie besteht darin, die Tumorzellen durch die Energie der Strahlung so zu schädigen, dass sie absterben. Strahlen kann man weder sehen noch spüren, sie verursachen keine Schmerzen, können aber nicht zwischen gesunden und kranken Zellen unterscheiden. Gesunde Zellen besitzen jedoch im Gegensatz zu den Tumorzellen funktionierende Reparaturmechanismen, womit sie sich bis zu einem gewissen Grad vor einer Strahlenschädigung schützen. Tumorzellen können dies deutlich schlechter und sterben daher ab. Dennoch sollte umgebendes gesundes Gewebe weitgehend von der Bestrahlung ausgespart werden, um die Reparaturmechanismen nicht übermäßig zu belasten.

Je nach Organ können dauerhafte Strahlenschäden entstehen, wenn eine gewisse Gesamtstrahlendosis überschritten wird. Wenn eine Körperregion die für sie maximale Strahlung erhalten hat, ist eine erneute Bestrahlung hier in aller Regel nicht mehr möglich.

Neo-adjuvante Bestrahlung

Bei einer Darmkrebserkrankung kommt die Strahlentherapie in der Regel nur bei Tumoren im Bereich des Mastdarms zum Einsatz. Üblicherweise wird sie mit einer Chemotherapie kombiniert und vor einer Operation durchgeführt. Diese Art der „Kombinationstherapie“ wird dann als neo-adjuvante Radiochemotherapie bezeichnet. Sie hat das Ziel, den Tumor zu verkleinern, um ihn danach besser operativ entfernen zu können. In der Regel ist nach einer solchen Vorbehandlung das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung kleiner. Die neo-adjuvante Radiochemotherapie ist Standard für das Rektumkarzinom im Stadium II und III und findet in der Regel über einen Zeitraum

von fünf Wochen statt. Je nach Situation kann auch eine alleinige Bestrahlung vor der Operation durchgeführt werden.

Adjuvante Bestrahlung

Sollte aus verschiedenen Gründen zuerst eine Operation durchgeführt werden, wird sich ab Stadium II des Rektumkarzinoms eine - dann als adjuvant bezeichnete - Strahlentherapie anschließen. Eine solche Bestrahlung wird mit oder ohne Chemotherapie ca. vier Wochen nach der Operation durchgeführt. Es hat sich jedoch gezeigt, dass das neo-adjuvante Vorgehen dem adjuvanten Vorgehen beim Rektumkarzinom in den meisten Fällen überlegen ist.

Bei Vorliegen eines fortgeschrittenen Tumorstadiums, bei dem eine vollständige operative Entfernung des Tumors nicht geglückt ist, kann die nachträgliche Bestrahlung in Kombination mit einer Chemotherapie ebenfalls von Vorteil sein.

Darüber hinaus ist die Bestrahlung zur Behandlung von Knochenmetastasen geeignet. Hier wirkt sie schmerzlindernd und beugt Knochenbrüchen vor.

Durchführung:

Um die Bestrahlung möglichst nur auf das Tumorgewebe zu begrenzen, ist eine sorgfältige Planung des Zielgebietes und der benötigten Gesamtstrahlendosis vor Therapiebeginn notwendig. Hierzu wird in der Regel eine Computertomographie durchgeführt, um die genaue Lage des Zielgebietes markieren zu können.

Daraufhin erfolgt eine Art Simulation der eigentlichen Bestrahlung mit einem Gerät, das dem Bestrahlungsgerät gleicht. Die notwendigen Einstellungen werden festgehalten und der Strahlentherapeut errechnet die Strahlendosis, die verabreicht werden soll. Die Strahlendosis wird in Gray (Gy) gemessen. Sie wird nicht auf einmal verabreicht, sondern üblicherweise in fünf Sitzungen pro Woche über einige Wochen aufgeteilt. Hierdurch können Nebenwirkungen ebenfalls gering gehalten werden.

Die Bestrahlung lässt sich oft ambulant durchführen und dauert bis auf den Tag der Therapieplanung meistens nur wenige Minuten pro Bestrahlungstermin. Ein direkter Kontakt mit der Strahlungsquelle findet ebenso wenig statt wie eine Strahlenausbreitung oder -speicherung im Körper. Menschen, die eine Strahlentherapie erhalten, können demnach ihre Umgebung nicht „verstrahlen“!

Nebenwirkungen

HINWEIS

Sprechen Sie vor Beginn der Strahlentherapie Ihren behandelnden Arzt auf mögliche Nebenwirkungen an. Er wird Ihnen sagen, was Sie tun können, um die Behandlung gut zu vertragen. Informieren Sie Ihren Arzt auch während der Therapie, wenn Sie unter Nebenwirkungen leiden und fragen Sie nach Möglichkeiten der Abhilfe.

Nebenwirkungen der Strahlentherapie sind einerseits akute Reaktionen, die während der Wochen der Bestrahlung auftreten, und andererseits Spätfolgen, die erst längere Zeit nach der Behandlung eintreten. Akut kann es neben Durchfällen, Blähungen, Bauchschmerzen und Brennen beim Wasserlassen zu Hautreizungen mit Trockenheit oder Rötung kommen. Daher ist eine intensive Hautpflege von besonderer Wichtigkeit. In aller Regel lassen sich diese Beschwerden medikamentös gut behandeln.

Später kann es in seltenen Fällen zu Verwachsungen der Darmschlingen, zur Entstehung von Geschwüren oder zu Fistelbildungen kommen. Möglicherweise kann die Zeugungs- bzw. Empfängnisfähigkeit beeinträchtigt werden.

ACHTUNG

Wenn Ihre Familienplanung zu Therapiebeginn noch nicht abgeschlossen sein sollte, lassen Sie sich bzgl. einer Beeinträchtigung der Zeugungs- bzw. Empfängnisfähigkeit sowie über mögliche Vorsorgemaßnahmen ausführlich beraten. Hierzu stehen auch spezialisierte Zentren zur Verfügung.

Die Chemotherapie

Neben Operation und Strahlentherapie stellt die Chemotherapie eine weitere wesentliche Therapiesäule in der Behandlung der Darmkrebserkrankung dar. Sie kommt zum Einsatz, wenn zu befürchten ist, dass durch eine alleinige Operation nicht alle entarteten Zellen entfernt werden können, weil sie sich über die Lymph- und Blutbahnen bereits verteilt haben. Im Gegensatz zur Bestrahlung und Operation wirkt die Chemotherapie in der Regel nicht gezielt auf einen begrenzten Bereich, sondern behandelt den gesamten Körper und wird daher auch als systemische Therapie bezeichnet. Hierbei werden Medikamente, die so genannten Chemotherapeutika, eingesetzt, die das Wachstum der Tumorzellen verhindern und die Tumorzellen zum Absterben bringen sollen.

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen der neo-adjuvanten, der adjuvanten und der palliativen Therapie.

Neo-adjuvante Chemotherapie

Die neo-adjuvante Therapie findet vor der Operation statt und wird in der Regel beim Rektumkarzinom mit einer Bestrahlung kombiniert durchgeführt. Während sie hier im Stadium II und III standardmäßig eingesetzt wird, ist sie bei Tumoren in höher gelegenen Dickdarmabschnitten kein Standard.

Besondere Beachtung findet die neo-adjuvante Therapie auch bei Vorliegen von Fernmetastasen (Stadium IV). Durch die vorgeschaltete Chemotherapie können die Metastasen verkleinert werden, so dass sie sich anschließend operativ besser entfernen lassen.

Adjuvante Chemotherapie

Hierbei handelt es sich um eine Chemotherapie (ggf. in Kombination mit einer Bestrahlung), die nach einer Operation durchgeführt wird. Voraussetzung ist eine vollständige Entfernung des Darmtumors ohne Vorliegen von Metastasen. Die Chemotherapie soll in diesem Fall ein Wiederauftreten der Erkrankung verhindern und die Heilungschancen erhöhen. Dies konnte insbesondere bei Dickdarntumoren im Stadium III eindeutig gezeigt werden.

Bei Dickdarntumoren Stadium II muss die Entscheidung für oder gegen eine Therapie genau abgewogen werden. Bei Vorliegen einer Risikosituation, sollte grundsätzlich zugunsten einer Chemotherapie entschieden werden. Als Risikosituationen gelten beispielsweise ein Tumordurchbruch, eine Operation unter Notfallbedingungen, aber auch wenn weniger als zwölf Lymphknoten auf Tumorbefall untersucht werden konnten.

Für das Stadium I wird eine adjuvante Chemotherapie nicht empfohlen. Die Frage ob bei Mastdarntumoren eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden sollte oder nicht, hängt auch davon ab, ob eine neoadjuvante Radio- oder Radiochemotherapie durchgeführt wurde. Nach neoadjuvanter Radiochemotherapie ist in der Regel eine adjuvante Chemotherapie indiziert.

Palliative Chemotherapie

Wenn eine Darmkrebserkrankung weit fortgeschritten ist und eine Heilung nach heutigen Erfahrungen nicht zu erwarten ist, gibt es dennoch Möglichkeiten, um die Erkrankung in ihrem Verlauf positiv zu beeinflussen. Eine medikamentöse Therapie soll in dieser Situation das Wachstum des Primärtumors und der Metastasen verlangsamen und damit Komplikationen und Schmerzen lindern. Auswahl und Durchführung der Therapie sind darauf ausgerichtet Lebenszeit zu gewinnen und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten. Insbesondere durch neue Substanzen gelingt es, die Erkrankung über einen langen Zeitraum zu kontrollieren und zugleich die Nebenwirkungen überschaubar zu halten bzw. mit zu behandeln.

Die Therapiekonzepte werden sehr individuell ausgerichtet. Dabei können auch Zeiten vorgesehen sein, in denen die Therapie reduziert oder vorübergehend ganz unterbrochen und erst bei erneutem Fortschreiten der Erkrankung wieder intensiviert wird.

Wirkung und Ablauf der Chemotherapie

Medikamente, die als Chemotherapeutika eingesetzt werden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie das Wachstum von Zellen hemmen bzw. diese sogar abtöten können. Sie werden daher auch als Zytostatika bezeichnet.

Eine Haupteigenschaft von Krebszellen ist ihre schnelle Zellteilung und Vermehrung. Deshalb kommt die Wirkung der Zytostatika bei Tumorzellen besonders zum Tragen. Allerdings kann ein Zytostatikum nicht zwischen gesunden Körperzellen und bösartigen Krebszellen unterscheiden. So werden z. B. auch schnell wachsende gesunde Darmschleimhautzellen, Knochenmarkzellen und Haarwurzeln in ihrem Wachstum gehemmt. Hierdurch kommen viele der bekannten Nebenwirkungen von Zytostatika zustande wie z. B. Übelkeit oder Haarausfall.

Substanzen, die bei Darmkrebserkrankungen besondere Wirksamkeit zeigen, sind u. a. 5-Fluoruracil, Capecitabin, Irinotecan, Oxaliplatin und Mitomycin. Bis auf Capecitabin, das eine Vorstufe des 5-Fluoruracil darstellt und in Tablettenform eingenommen wird, müssen all diese Medikamente über einen Tropf oder eine Spritze in die Vene verabreicht werden. Dabei werden die Medikamente unterschiedlich kombiniert und bei einer nicht mehr ausreichenden Wirksamkeit ausgewechselt. Die Abfolge einer bestimmten Medikamentenkombination wird als Zyklus bezeichnet und wird unterschiedlich häufig wiederholt.

Um eine zuverlässige Gabe der Chemotherapie gewährleisten zu können, kann es erforderlich sein, die Therapie über einen so genannten Port zu verabreichen. Hierbei handelt es sich um ein operativ unter die Haut implantiertes Kästchen, das als Reservoir für das Medikament dient.

Über ein Schlauchsystem werden die verabreichten Medikamente direkt in die großen zentralen Venen geleitet. Über einen Port lassen sich neben der Therapie auch die Ernährung unterstützende und ersetzende Substanzen verabreichen.

Die Neuanlage eines Ports erfolgt in der Regel ambulant. Wenn ein Port nicht mehr benötigt wird, kann er komplikationslos durch einen kleinen Eingriff wieder entfernt werden.

Nebenwirkungen der Chemotherapie

Der Begriff der Chemotherapie ist bei vielen Menschen aufgrund der erwarteten Nebenwirkungen mit großen Ängsten verknüpft. Tatsächlich treten zum Teil erhebliche Nebenwirkungen auf, die heutzutage jedoch mit einem breiten Spektrum an wirksamen Begleitmedikamenten weitgehend unter Kontrolle gehalten oder von vornherein verhindert werden können. Dies gilt besonders für Übelkeit und Erbrechen. Neben Unwohlsein können generell Müdigkeit, Schleimhautentzündungen, Fieber, vorübergehender Haarausfall und Blutbildveränderungen auftreten. Durch die Blutbildveränderungen kommt es bei den meisten Menschen zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infekte. Die genannten Nebenwirkungen können individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein; auch können sie bei einem Zyklus auftreten und bei einem weiteren Zyklus wiederum nicht.

Einzelne Chemotherapeutika können darüber hinaus spezielle Nebenwirkungen verursachen, wie z. B. Durchfälle, Nierenschädigungen, Nervenschädigungen, Lungen- und Herzschädigungen.

HINWEIS

Besprechen Sie im Rahmen der Therapieplanung mit dem behandelnden Arzt auch die zu erwartenden Nebenwirkungen sowie die Möglichkeiten gegenzusteuern.

ACHTUNG

Sollten unter der Therapie bestimmte Nebenwirkungen und Veränderungen an Ihrem Körper auftreten, informieren Sie bitte Ihren Arzt, damit sofort Gegenmaßnahmen getroffen werden können. Dies ist besonders bei Fieber, Erbrechen und Durchfällen von großer Wichtigkeit. Regelmäßig wird Ihr Arzt Blutuntersuchungen durchführen, um so z. B. Blutbildveränderungen und Organschädigungen rechtzeitig erkennen zu können.

Neuere Medikamente

Ergänzt werden die „klassischen Zytostatika“ durch innovative Medikamente, die derzeit hauptsächlich bei fortgeschrittenen Stadien eingesetzt werden. Diese Medikamente unterscheiden sich von den klassischen Zytostatika dadurch, dass sie sich gezielt gegen veränderte Strukturen der Krebszellen (z. B. Cetuximab, Panitumumab) richten oder gegen die Blutgefäßbildung um den Tumor herum (z. B. Aflibercept, Bevacizumab, Regorafenib). Medikamente, die mit der Silbe -mab enden sind monoklonale Antikörper. Medikamente, die mit der Silbe -nib enden sind Tyrosinkinaseinhibitoren.

Auch diese sogenannten „Zielgerichteten Therapien“ haben Nebenwirkungen, die sich jedoch zum Teil sehr von denen der Chemotherapie unterscheiden. So kann es zum Beispiel zu Bluthochdruck und Hautveränderungen kommen. Daher erfordert die Therapie mit diesen Medikamenten die gleiche Sorgfalt und Begleitung durch den behandelnden Arzt wie die Chemotherapie.

Die Auswahl der Medikamente und die Abfolge ihrer Verabreichung wird der behandelnde Arzt unter Berücksichtigung der individuellen Situation vorschlagen.

Behandlung im Rahmen von Studien

Die aktuelle Forschung zielt darauf ab, Therapien und damit die Heilungschancen für Patienten zu verbessern. Dieser Fortschritt gelingt nur, wenn neue Wege begangen und neue Behandlungsformen mit bereits bestehenden Therapien verglichen werden. Jedes neue Medikament erlangt seine Zulassung nur, wenn seine Wirksamkeit nachgewiesen ist und die zu erwartenden Nebenwirkungen ein vertretbares Maß nicht überschreiten. Dies wird in klinischen Studien überprüft, in denen nach streng festgelegten Kriterien beispielsweise das neue Medikament in seiner Wirkung mit einem bewährten verglichen wird. Die Teilnehmer einer solchen Studie erhalten dann entweder das bewährte oder das neue Medikament. Der Therapieverlauf wird sehr genau beobachtet und dokumentiert. Falls sich für eine Patientengruppe deutlich ersichtliche Nachteile ergeben, muss die Studie verändert oder abgebrochen werden. Jeder Teilnehmer hat zudem die Möglichkeit, jederzeit ohne Angabe von Gründen seine Teilnahme an einer Studie auch wieder zu beenden.

Bevor ein Arzt einem Patienten in Deutschland eine Studie anbieten darf, haben staatliche Behörden, Gremien aus Ärzten und Ethikern die Unbedenklichkeit der Studie überprüft.

HINWEIS

Möglicherweise wird Ihnen Ihr Arzt anbieten, im Rahmen der Therapie an einer Studie teilzunehmen. Die Entscheidung, ob Sie sich an einer solchen Studie beteiligen möchten oder nicht, können nur Sie treffen.

Nehmen Sie sich Zeit für das Gespräch mit Ihrem Arzt oder mit der Studienleitung und stellen Sie alle Fragen, die Sie beschäftigen. Nur so können Unklarheiten und Ängste behoben und die möglichen Vorzüge einer Teilnahme deutlich werden.

Rehabilitation und Nachsorge

Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

Die Anschlussheilbehandlung hat zum Ziel, die körperliche Leistungsfähigkeit wieder herzustellen sowie die psychische Situation der Krebsbetroffenen zu verbessern. Hierbei wird besonders auf mögliche Neben- oder Folgewirkungen der Akuttherapie eingegangen. So kann beispielsweise der Umgang mit einem Stoma während der Rehabilitation in Ruhe gezeigt und eingeübt oder auf Besonderheiten hinsichtlich der Ernährung Bezug genommen werden. In Einzel- und Gruppenberatungen kann außerdem die Grundlage für die Rückkehr in den Alltag oder für weitere eventuell notwendige Behandlungen gelegt werden. Die meisten Betroffenen machen mit der Anschlussheilbehandlung gute Erfahrungen.

HINWEIS

Möglichst schon vor, auf jeden Fall aber während der Behandlung im Krankenhaus, sollten Sie mit Ihrem Arzt die Frage der Anschlussheilbehandlung bzw. Rehabilitation klären. Um Ihren speziellen Bedürfnissen als Darmkrebspatient gerecht werden zu können, sollte die Reha-Klinik auf die Nachsorge dieser Tumorart spezialisiert sein. Der Kliniksozialdienst ist bei der Auswahl einer geeigneten Klinik und bei der Antragstellung behilflich.

Nachsorge durch den behandelnden Arzt

Im Anschluss an eine abgeschlossene Erstbehandlung erfolgt die so genannte Nachsorge. Durch festgelegte Untersuchungen des Nachsorge-Programms soll ein mögliches Auftreten von Rezidiven oder Metastasen früh erkannt werden, so dass rechtzeitig eine erneute Therapie eingeleitet werden kann. Es ist bekannt, dass das Risiko, einen Rückfall (Rezidiv) zu erleiden, in den ersten fünf Jahren nach einer Darmkrebsoperation am höchsten ist. Dabei treten 80 Prozent der Rezidive in den ersten drei Jahren auf. Nach einem Zeitraum von fünf Jahren ist ein Rückfall selten. An dieser Erkenntnis und am Tumorstadium orientieren sich die Empfehlungen zum zeitlichen Rahmen und zur Intensität des Nachsorgeprogramms.

Für viele Krebsbetroffene sind Nachsorgeuntersuchungen verständlicherweise mit erheblichen Ängsten verbunden. Dennoch sollten Sie die Nachsorgetermine nach Möglichkeit einhalten, um bei einem Wiederauftreten des Darmkrebses sofort handeln zu können. Denn selbst bei Entdeckung von Fernmetastasen ist eine Heilung unter bestimmten Bedingungen nicht ausgeschlossen.

Nachsorgeempfehlungen für verschiedene Tumorstadien:

Bei Darmkrebs mit einem Tumorstadium 0 und I ist nach erfolgter Operation von einer dauerhaften Heilung auszugehen, weshalb für diese Patientengruppe keine spezielle Nachsorge notwendig ist. Die Betroffenen sollten aber am regulären Darmkrebsvorsorgeprogramm teilnehmen (siehe Kapitel „Früherkennung“). Eine Ausnahme kann bestehen, wenn trotz des Tumorstadiums I ein erhöhtes Rezidivrisiko angenommen werden muss, z. B. bei Tumoren mit erhöhter Bösartigkeit. Hierüber informiert der behandelnde Arzt.

Die empfohlenen Intervalle für Nachsorgeuntersuchungen bei Patienten mit einem Tumorstadium II oder III sind in nachfolgender Tabelle zusammengefasst.

Table: Untersuchungen im Rahmen der Nachsorge bei kolorektalem Karzinom UICC II oder III

Untersuchung	Monate										
	3	6	9	12	15	18	21	24	36	48	60
Anamnese, körp.Untersuch., CEA	X			X				X	X	X	X
Koloskopie		X*		X**							X**
Abdomensonografie***		X		X		X		X	X	X	X
Sigmoidoskopie (Rektoskopie) ****		X		X		X		X			
Spiralcomputertomografie x	X										
Röntgen Thorax *****				X				X	X	X	X

- * wenn keine vollständige Koloskopie präoperativ erfolgt ist.
- ** bei unauffälligem Befund (kein Adenom, kein Karzinom) nächste Koloskopie nach 5 Jahren.
- *** eine Metaanalyse ergab einen Vorteil für ein bildgebendes Verfahren zum Nachweis von Lebermetastasen in der Nachsorge. Aus diesem Grund entschied sich die Expertenkommission, das einfachste und kostengünstigste Verfahren anzuwenden.
- **** nur beim Rektumkarzinom ohne neoadjuvante/adjuvante Radiochemotherapie
- ***** nur beim Rektumkarzinom kann jährlich eine Röntgen Thoraxuntersuchung durchgeführt werden.
- x nur beim Rektumkarzinom 3 Mon. nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie (Operation/adjuvante Strahlen-/Chemotherapie) als Ausgangsbefund.

Für Patienten im Tumorstadium IV lassen sich keine festgelegten Kontrolluntersuchungen angeben. Der Umfang und die Abstände der Untersuchungen werden individuell nach dem Verlauf und der durchgeführten Therapie vereinbart. Vorrangige Ziele sind hier, ein nicht mehr ausreichendes Ansprechen auf die Therapie zu erkennen sowie drohende Komplikationen zu vermeiden.

HINWEIS

Alle aufgeführten Nachsorgeuntersuchungen gelten nur als Anhaltspunkte und müssen an die spezielle Situation jedes Patienten angepasst werden.

Ergänzende Maßnahmen

Viele Betroffene fragen sich, was sie neben der eigentlichen Therapie und Nachsorge des Dickdarmkarzinoms tun können, um den Heilungsprozess zu unterstützen und bei Rückkehr in den Alltag eine befriedigende Lebensqualität wieder zu erlangen. Hier können Empfehlungen helfen, wie sie prinzipiell auch für gesunde Menschen gelten. Ausgewogene Ernährung, sorgsamer Umgang mit Genussmitteln, regelmäßige Bewegung an der frischen Luft oder auch ein bewusstes Zeitmanagement tragen ganz wesentlich zu Gesundheit und Wohlbefinden bei.

Weiterhin ist erwiesen, dass gemäßigter Ausdauersport auch Krebspatienten gut tut. Durch gezielte Bewegung können Funktionseinschränkungen leichter behoben und ein positives Lebensgefühl erreicht werden. Ängste, Traurigkeit und Erschöpfungszustände kommen bei Krebspatienten, die im Rahmen der Nachsorge Sport treiben, deutlich seltener vor.

Fragen Sie aber, bevor Sie (wieder) mit dem Sport beginnen, auf jeden Fall Ihren Arzt nach möglichen Einschränkungen. Dies gilt besonders dann, wenn Sie einen künstlichen Darmausgang bekommen haben. In Nordrhein-Westfalen hat der LandesSportBund langjährige Erfahrung mit speziellen Angeboten für Krebspatienten.

HINWEIS

Ausführliche Informationen zu diesem Themenbereich finden Sie in den Broschüren „Mit Leib und Seele leben“ und „Komplementäre Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen“.

Mit der Erkrankung leben

Aufgrund verbesserter Früherkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten können heute immer mehr Menschen nach der akuten Therapie und Nachsorge ihren gewohnten Alltag wieder aufnehmen. Auch wenn der Krebs erfolgreich behandelt wurde, fällt dies nicht immer leicht. Sowohl mögliche Nebenwirkungen und Folgen der Therapie, als auch die Furcht vor einem Rezidiv oder extreme Abgeschlagenheit und Erschöpfung (Fatigue-Syndrom) können das Lebensgefühl noch über Jahre beeinträchtigen.

Um den Weg zurück in den Alltag zu erleichtern, gibt es verschiedene Angebote, die Krebserkrankten spezifische Unterstützung bieten. Dazu gehören z. B. Selbsthilfegruppen und Krebsberatungsstellen, wie sie in ganz Nordrhein-Westfalen zu finden sind.

Der Austausch mit ebenfalls an Darmkrebs erkrankten Menschen oder der Besuch von angeleiteten Gesprächskreisen - z. B. gemeinsam mit Angehörigen - hilft vielen Betroffenen, das innere Gleichgewicht wieder zu finden. Auch Einzelgespräche mit psychoonkologischen Fachleuten können Schritt für Schritt Entlastung bringen.

HINWEIS

Im Anhang finden Sie Adressen von Institutionen und Ansprechpartnern, die Ihnen bei bestimmten Fragestellungen weiterhelfen. Darüber hinaus gibt Ihnen die Krebsgesellschaft NRW gerne Auskunft über Angebote in Ihrer Region.

Leben mit künstlichem Darmausgang

Bei manchen Darmkrebsbetroffenen muss nach der Operation vorübergehend oder dauerhaft ein künstlicher Darmausgang (Stoma) angelegt werden. Dies wirft für die Betroffenen häufig eine Fülle von Problemen und Ängsten auf, die aber heute durch vielerlei Hilfen zu überwinden sind.

Schon vor der Operation beginnt in der Regel die Beratung durch eine Fachkraft für Stomatherapie. Im Rahmen der Nachsorge erlernt der Patient dann die korrekte Pflege, Benutzung und den selbstständigen Umgang mit seinem künstlichen Darmausgang. Am häufigsten findet heute der Klebebeutel Verwendung, der direkt über dem künstlichen Darmausgang angebracht und über den der Darm entleert wird. Durch regelmäßiges Ausspülen des Darmes (Irrigation) mit 500 bis 1000 ml normalem Leitungswasser, können Blähungen sowie Geruchsbelästigungen günstig beeinflusst werden.

Die Ernährung von Stomaträgern unterscheidet sich nicht wesentlich von einer Normalkost. Die meisten Speisen werden gut vertragen. Jeder Stomaträger sammelt aber im Laufe der Zeit seine eigenen Erfahrungen, welche Nahrungsmittel ihm bekommen und welche weniger verträglich sind. Die meisten Patienten können sich mit der Zeit gut auf ein Leben mit einem künstlichen Darmausgang einstellen. Sie sind in der Regel berufs- und arbeitsfähig und auch in ihren sonstigen Aktivitäten kaum eingeschränkt.

HINWEIS

Der Selbsthilfeverband „Deutsche ILCO e.V. – Vereinigung für Stomaträger und für Menschen mit Darmkrebs“ bietet Betroffenen vielfältige Unterstützung im Umgang mit dem Stoma. Hier sind Informationen zu allen Fragen des künstlichen Darmausganges sowie über neue Hilfsmittel der Stomaversorgung erhältlich. Auch Darmkrebsbetroffene ohne künstlichen Darmausgang können sich an die ILCO wenden. In vielen Städten Nordrhein-Westfalens gibt es Selbsthilfegruppen, die sich regelmäßig zum Austausch treffen. Die Kontaktdaten der Deutschen ILCO finden Sie im Anhang.

Hilfen bei fortgeschrittenem Darmkrebs

Bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Darmkrebserkrankung ist eine heilende Tumorbehandlung oftmals nicht mehr möglich. Hier stehen dann Maßnahmen im Vordergrund, die zum einen das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen können und zum anderen die krankheitsbedingten Symptome lindern.

Wie die meisten Menschen möchten auch Krebskranke in dieser Phase möglichst viel Zeit in der Umgebung verbringen, in der sie sich am wohlsten fühlen und die ihnen das größtmögliche Maß an selbstständiger Lebensgestaltung gewährt.

Grundvoraussetzung zur Realisierung dieses Wunsches ist eine sorgfältige Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen oder seelischen Symptomen. Zugleich sollte eine angemessene psychosoziale Betreuung von Patient und Angehörigen gewährleistet sein. Für diese so genannte palliative Versorgung und Begleitung stehen in Deutschland verschiedene spezialisierte Einrichtungen wie ambulante Fachpflegedienste, Hospizgruppen, stationäre Hospize oder Palliativstationen zur Verfügung.

HINWEIS

Wo Sie ein solches Angebot in Ihrer Nähe finden, können Sie bei den im Anhang genannten Ansprechpartnern erfahren.

Tabelle: UICC-Klassifikation des Kolorektalen Karzinoms

UICC 2010	T	N	M
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1/ T2	N0	M0
Stadium II	T3/ T4	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
Stadium III	jedes T	N1/ N2	M0
IIIA	T1/ T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
IIIB	T3/ T4	N1	M0
	T2/ T3	N2a	M0
IIIC	T1/ T2	N2b	M0
	T4a	N2a	M0
	T3/ T4a	N2b	M0
	T4b	N1/ N2	M0
Stadium IV	jedes T	jedes N	M1
IVA	jedes T	jedes N	M1a
IVB	jedes T	jedes N	M1b

Quelle: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.0, AWMF Registrierungsnummer: 021-007OL, <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>

T 1-4 und Tis: T steht für Tumor, je höher die Zahl, desto stärker hat sich der Krebs in der Darmwand oder im umliegenden Gewebe ausgebreitet.

- Tis** Sog. Carcinoma in situ: Sehr frühe Form von Krebs. Krebszellen sind hier nur in den oberen Schichten der Darmschleimhaut zu finden.
- T 1** Der Tumor beschränkt sich auf die Darmschleimhaut.
- T 2** Zusätzlich zur Schleimhaut ist die Muskulatur der Darmwand befallen.
- T 3** Der Tumor ist in alle Schichten der Darmwand eingewachsen.
- T 4** Der Tumor vom Darm hat sich in benachbartes Gewebe oder benachbarte Organe ausgebreitet.

N 0-2: N steht für Nodus, lateinisch: Knoten. Hier sind die Lymphknoten gemeint, deren Zustand durch das N beschrieben wird

- N 0** Die benachbarten (regionären) Lymphknoten sind frei von Tumorzellen.
- N 1** Ein bis drei Lymphknoten in der Umgebung des Tumors sind von Krebszellen befallen.
- N 2** Vier oder mehr Lymphknoten der näheren Umgebung sind von Krebszellen befallen.

M 0-1: M steht für Metastasen. Hier sind die Fernmetastasen gemeint, also Metastasen in anderen, entfernten Organen.

- M 0** Es sind keine Fernmetastasen vorhanden.
- M 1** Es sind Fernmetastasen in anderen Organen oder entfernten Lymphknoten vorhanden.

Einige weitere Kürzel vervollständigen die Klassifikation:

x: Anstelle einer Zahl bedeutet das **x**, dass hier die Verhältnisse noch ungeklärt sind, z. B. T2, Nx, Mx.

c: Vor der Operation beruht die TNM-Klassifikation auf den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchungen (engl.: clinical). Dies kann mit einem **c** verdeutlicht werden, z. B. cT2, N1, M0.

p: Wenn das Tumorgewebe nach der Operation mikroskopisch untersucht wurde, wird dieser pathohistologische Befund mit einem **p** angegeben, z. B. pT2, pN1, pM0.

m: Wurden mehrere, voneinander unabhängige Tumoren (keine Metastasen) gleichzeitig gefunden, findet das mit einem **m** (multiple) Berücksichtigung, z. B. T1(m), N0, M0.

r: Ein Tumorrückfall (Rezidiv) wird mit einem **r** ausgedrückt, z.B. rT3, N1, M0.

Adenom: gutartige Geschwulst aus der Schleimhaut oder dem Drüsenwebe; kann bösartig werden.

Chemotherapie: medikamentöse Therapie von z. B. Krebserkrankungen

Chemotherapeutika: Medikamente, die in der Chemotherapie eingesetzt werden.

Computertomografie (CT): computergestütztes Verfahren, das aus Röntgenschnittbildern dreidimensionale Bilder erzeugt.

Darmpolypen: finger- oder pilzförmig aussehende, gutartige Schleimhautwucherungen, die in den Hohlraum des Darms hineinragen; können im Lauf der Zeit entarten .

Endoskop: optisches Instrument, mit dem Hohlräume, z. B. der Darm, von innen angeschaut werden können.

Enzyme: Eiweiße, die Stoffwechselreaktionen steuern.

Gastroenterologe: Facharzt für Magen-Darmerkrankungen

Hämorrhoidalleiden: Vergrößerung oder Tiefertreten der Gefäßpolster, die ringförmig den Darmausgang verschließen.

Lymphsystem: Transportsystem, das Gewebe und Blutkreislauf verbindet.

Magnetresonanztomografie (MRT): bildgebendes Verfahren, das mittels starker Magnetfelder Bilder erzeugt, die dreidimensionale Abbildungen von Geweben ergeben; keine Belastung durch Röntgenstrahlen.

Rezidiv: erneutes Auftreten eines Tumors nach vorheriger Behandlung.

Staging: Stadienbestimmung von Tumoren

Tumor: Gewebeneubildung; je nach Wachstumseigenschaften werden gutartige und bösartige Tumoren unterschieden.

Tumormarker: körpereigene Substanzen, die von manchen Tumoren vermehrt gebildet und in das Blut abgegeben werden; der Nachweis im Blut oder Urin dient hauptsächlich der Verlaufsbeobachtung einer Tumorerkrankung und nicht der Diagnose.

Zytostatika: siehe Chemotherapeutika



Zertifizierte Darmkrebszentren

Zu finden sind die aktuellen Adressen auf der Internetseite der Krebsgesellschaft NRW

www.krebsgesellschaft-nrw.de

(Rubrik „Die richtige Behandlung finden“)

Zentren für familiären Darmkrebs in NRW

Bochum

Ruhr-Universität Bochum
Knappschafts-Krankenhaus, Medizinische Universitätsklinik
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
Tel.: 02 34 / 299 - 34 64

Bonn

Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
Tel.: 02 28 / 287 - 51 017 oder - 51 013

Düsseldorf

Institut für Humangenetik und Anthropologie,
Universitätsklinikum Düsseldorf
Universitätsstr. 1, Geb. 23.12
40225 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 81 10 694 oder - 81 12 355

Weitere Informationen

Verbundprojekt „Familiärer Darmkrebs“ der Deutschen Krebshilfe e.V.
Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
Tel.: 02 28 / 287 51 024

Ansprechpartner zum Thema Darmkrebs

Deutsche ILCO e.V.
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Tel.: 02 28 / 33 88 94-50
www.ilco.de

Familienhilfe Darmkrebs e. V.
Gingterkamp 81
41069 Mönchengladbach
Tel.: 02161 / 59 11 12
www.familienhilfe-darmkrebs.de

Felix Burda Stiftung
Tel.: 089 / 92 50 25 01
www.darmkrebs.de
www.felix-burda-stiftung.de

Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen
Kostenlose Hotline 0 800 / 22 44 22 1
(Montag bis Mittwoch von 9.30 bis 15.30 Uhr)
www.stiftung-lebensblicke.de

Krebsgesellschaft NRW
Volmerswerther Str. 20
40221 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 15 76 09 90
www.krebsgesellschaft-nrw.de

Arbeitsgemeinschaft für
Krebsbekämpfung der Träger
der gesetzlichen Kranken-
und Rentenversicherung NRW
Universitätsstr. 140
44799 Bochum
Tel.: 02 34 / 89 02 - 0
www.argekrebsnw.de

Behinderten-Sportverband
Nordrhein-Westfalen e.V.
Friedrich-Alfred-Str. 10
47055 Duisburg
Tel.: 02 03 / 71 74 150
www.bsnw.de

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin
Tel.: 030 / 82 00 75 80
www.dhpfv.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel.: 030 / 32 29 32 90
www@krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e.V.
Buschstr. 32
53113 Bonn
Tel.: 02 28 / 7 29 90 - 0
www.krebshilfe.de

Institut zur wissenschaftlichen
Evaluation naturheilkundlicher
Verfahren a.d. Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50931 Köln
Tel.: 02 21 / 4 78 - 64 14
www.iwenv.de

Info-Netz Krebs der Deutschen
Krebshilfe und der Deutschen
Krebsgesellschaft
Tel.: 0800 / 8070 88 77
www.infonetz-krebs.de

KID - Krebsinformationsdienst
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimerfeld 280
69120 Heidelberg
Tel.: 0800 / 4 20 30 40
www.krebsinformation.de

LAG Hospiz NRW
Im Nonnengarten 10
59227 Ahlen
Tel.: 0 23 82 / 76 00 765
www.hospiz-nrw.de

LAG Krebsberatungsstellen
in NRW (Adressen ambulanter
psychosozialer Beratungsstellen)
www.lagkbs.de

LandesSportBund NRW e.V.
Friedrich-Alfred-Str. 25
47055 Duisburg
Tel.: 02 03 / 73 81 - 0
www.lsb-nrw.de

Arbeitskreis der
Pankreatektomierten
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Tel.: 02 28 / 3 38 89 - 251
www.adp-bonn.de

Deutsche Hirntumorhilfe e.V.
Karl-Heine-Straße 27
04229 Leipzig
Tel.: 03 41 / 5 90 93 96
www.hirntumorhilfe.de

Deutsche ILCO e.V.
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Tel.: 02 28 / 33 88 94-50
www.ilco.de

Deutsche Leukämie-
und Lymphom-Hilfe e.V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Tel.: 02 28 / 33 88 9 - 2 00
www.leukaemie-hilfe.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs
Landesverband NRW e.V.
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Tel.: 02 28 / 33 88 94 - 02
www.frauenselbsthilfe.de

Landesverband der Kehlkopf-
operierten NRW e.V.
Massener Str. 27 a
59423 Unna
Tel.: 0 23 03 / 1 38 73
www.kehlkopflose-nrw.de

Landesverband Prostata
Selbsthilfe NRW e.V.
Leineweberstraße 50
45468 Mülheim
Tel.: 02 08 / 3 05 92 99
www.prostatakrebs-lps.de

Leukämie Lymphom Liga e.V.
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 81 19 530
www.leukaemieliga.de

Non-Hodgkin-Lymphome Hilfe e.V.
Selbsthilfeorganisation NRW
Talstr. 32
51702 Bergneustadt
Tel.: 0 22 61 / 93 77 114
www.nhl-hilfe.eu

Plasmozytom/Multiples Myelom
Selbsthilfegruppe NRW e.V.
Dornaper Str. 18
42327 Wuppertal
Tel.: 0 20 58 / 89 53 27 8
www.myelom-nrw.de

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.
Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
Te.: 02 08 / 62 19 60 41
www.blasenkrebs-shb.de

54 Broschüren & Internet

Die grüne Info-Reihe: Krankheitsbilder und begleitende Themen

Mit den „grünen Ratgebern“ bietet die Krebsgesellschaft NRW eine Reihe von Broschüren, die allgemein verständlich über verschiedene Krebsarten und begleitende Themen informieren. Die Broschüren zu einzelnen Krankheitsbildern behandeln die Themen Früherkennung, Diagnosestellung sowie aktuelle Therapie- und Nachsorgemöglichkeiten. Ergänzend dazu gibt es eine Reihe von entitätsübergreifenden Ratgebern mit Texten zu Bewegung und Sport, Ernährung oder zur Linderung von Nebenwirkungen.

Alle Ratgeber der Info-Reihe können innerhalb Nordrhein-Westfalens kostenlos bei der Krebsgesellschaft NRW bestellt werden.

Telefonische Bestellungen: 02 11 / 15 76 09 90

Downloads und Online-Bestellungen unter www.krebsgesellschaft-nrw.de

Broschüren zu verschiedenen Krebsarten

- Ratgeber Brustkrebs (auch in türkischer Sprache verfügbar)
- Ratgeber Gebärmutterhalskrebs und Gebärmutterkörperkrebs
- Ratgeber Hautkrebs
- Ratgeber Hodenkrebs
- Ratgeber Lungenkrebs
- Ratgeber Prostatakrebs

Broschüren zu begleitenden Themen

- Diagnose Krebs. Wegweiser zur ersten Orientierung
- Ratgeber „Was bedeutet ein auffälliger Pap-Abstrich?“
- Ratgeber „Mit Leib und Seele leben“ Teil 1 (Körper)
- Ratgeber „Mit Leib und Seele leben“ Teil 2 (Seele)
- Ratgeber „Komplementäre Behandlungsmethoden bei Krebs“
- Ratgeber „Sozialleistungen bei Krebserkrankungen“

Internetangebote der Krebsgesellschaft NRW

www.krebsgesellschaft-nrw.de

Hauptseite der Krebsgesellschaft NRW mit der Möglichkeit, Broschüren zu Krebserkrankungen und begleitenden Themen zu bestellen und herunter zu laden, Kontakte zu weiteren Ansprechpartnern.

www.krebs-check-nrw.de

Internetseite der Krebsgesellschaft NRW mit Informationen zur Vorbeugung und Früherkennung von Krebserkrankungen. Erklärung von Vorsorgemaßnahmen; inkl. persönlicher Vorsorgeplan.

www.komplementaermethoden.de

Internetseite der Krebsgesellschaft NRW in Zusammenarbeit mit dem Institut zur wissenschaftlichen Evaluation naturheilkundlicher Verfahren an der Universität zu Köln mit Informationen über naturheilkundliche Maßnahmen, die eine Krebstherapie ergänzen können.

www.krebsberatungduesseldorf.de

Internetseite der Krebsberatung Düsseldorf mit Beratungsangeboten für Betroffene und Angehörige aus der Region Düsseldorf.

Beratungsangebote der Krebsgesellschaft NRW

Krebsberatung Düsseldorf

Fleher Straße 1, 40223 Düsseldorf (Bilk)

Tel. 02 11 / 15 76 09 - 980

info@krebsberatungduesseldorf.de

Erstinformation für ganz NRW unter:

Tel. 02 11 / 15 76 09 - 980

beratung@krebsgesellschaft-nrw.de

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.

Volmerswerther Str. 20

40221 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 15 76 09 90

Fax: 02 11 / 15 76 09 99

info@krebsgesellschaft-nrw.de

www.krebsgesellschaft-nrw.de

Wir helfen Menschen, sich vor Krebs zu schützen.

Wir helfen Krebsbetroffenen mit ihrer Krankheit umzugehen.

Und wir helfen, die Bekämpfung von Krebs zu erforschen.

Bitte helfen Sie uns mit Ihrer Spende.

Spendenkonten:

Commerzbank Düsseldorf

Konto 1 330 000

BLZ 300 400 00

Swift - BIC COBADEFFXXX

IBAN DE07 3004 0000 0133 0000 00

Deutsche Bank Düsseldorf

Konto 3 770 377

BLZ 300 700 24

Swift - BIC DEUTDE33XXX

IBAN DE66 3007 0024 0377 0377 00

Stadtsparkasse Düsseldorf

Konto 101 514 88

BLZ 300 501 10

Swift - BIC DUSSEDDXXX

IBAN DE63 3005 0110 0010 1514 88