



Contents lists available at ScienceDirect

DoctorConsult – The Journal. Wissen für Klinik und Praxis

journal homepage: www.elsevier.de/dcjwkp



Kolonkarzinom

Wolf Heitland

Städtisches Klinikum München Bogenhausen; Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie; Engelschalkinger Strasse 77

ARTICLE INFO

Article history:

Received 23 July 2010

Accepted 7 October 2010

Schlüsselwörter:

Kolonkarzinom

Adenome

Polypen

Digital-rektale Untersuchung

Hämokult-Test

Koloskopie

Kolonresektion

Keywords:

Colon carcinoma

Adenoma

polyps

Digital rectal exam

Fecal occult blood test

Colonoscopy

Colon resection

ZUSAMMENFASSUNG

Als Kolonkarzinom bezeichnet man einen bösartigen Tumor des Dickdarms. Als Vorstufe bilden sich Adenome (Polypen) in der Dickdarmschleimhaut; das Risiko, Adenome zu entwickeln, steigt mit dem Lebensalter. Das Kolonkarzinom ist die zweithäufigste Krebserkrankung in Deutschland und die zweithäufigste Krebstodesursache in Deutschland. Risikofaktoren sind der reichliche Verzehr von Fett und tierischem Eiweiß zusammen mit ballaststoffarmer Kost. Die Leitsymptome sind Veränderung der Stuhlgewohnheit, Wechsel zwischen Obstipation und Durchfall, Bauchschmerzen, perianaler Blutabgang, Schwäche sowie Leistungsknick. Für die Diagnose sind Anamnese und körperliche Untersuchung einschließlich einer digital-rektalen Untersuchung sowie ein Test auf okkultes Blut im Stuhl wichtig. Bei Verdacht auf Adenome oder Kolonkarzinom wird eine Koloskopie, ggf. mit Biopsie, durchgeführt. Die Therapie besteht meist in einer offenen oder laparoskopischen Kolonresektion. Die Prognose hängt stark vom Tumorstadium ab. Zur Prophylaxe wird ab dem 50. Lebensjahre die Darmkrebsvorsorge empfohlen.

© 2010 Published by Elsevier GmbH.

ABSTRACT

Colon carcinoma is a malign tumor of the large intestine. Precursors are adenomas (polyps) in the mucous membrane of the colon; the risk of developing adenoma increases with age. Colon carcinoma is the second most common cancer in Germany and the second most common cause for death from cancer in Germany. Risk factors are consuming plenty of fat and animal protein combined with a low-fibre diet. Main signs and symptoms include a change in bowel habits, constipation and diarrhoea in turns, abdominal pain, perianal bleeding, weakness and loss of power. Anamnesis and examination including digital rectal exam as well as fecal occult blood test are vital for diagnosing colon carcinoma. If adenomas or colon carcinoma are suspected the examination is followed by colonoscopy, where required in combination with biopsy. In most cases colon carcinoma can be treated by open surgical or laparoscopic colon resection. The prognosis depends very much on the tumor stage. To prevent colon carcinoma regular screening is recommended from the age of 50.

© 2010 Published by Elsevier GmbH.

1. Einleitung

1.1. ICD-10

- C18.- Bösartige Neubildung des Kolons
 - .0 Zäkum
 - .1 Appendix
 - .2 Colon ascendens
 - .3 Flexura coli sinistra (hepatica)
 - .4 Colon transversum
 - .5 Flexura coli sinistra (lienalis)
 - .6 Colon descendens

– .7 Colon sigmoideum

- C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang, inkl.: Kolon mit Rektum, Übergang vom Rektum zum Colon sigmoideum

1.2. Synonyme

Dickdarmkrebs, Dickdarmkarzinom, Kolonkarzinom.

1.3. Definition

Bösartiger Tumor des Dickdarms mit atypischen, epithelialen Formationen und Infiltration durch die Basalmembran in die Submukosa oder tiefer, beginnend am ileozökalen Übergang inklusive Appendix und Zökum bis zum Rektum.

E-mail address: chirurgie@kh-bogenhausen.de

Unterschiedliche Definition des Rektums in Europa beginnend 16 cm vom anokutanen Übergang – gemessen mit starrem Rektoskop –, in den USA bei 12 cm ab anokutanem Übergang.

2. Ätiologie

Ernährungsfaktoren – reichlicher Verzehr von Fett und tierischem Eiweiß zusammen mit ballaststoffarmer Kost – werden als Risikofaktoren angesehen.

Vorstufe der **Karzinomentwicklung**: Bildung von **Adenomen** (Polypen) in der Dickdarmschleimhaut vermutlich aus Kolonmukosa-Stammzellen. Molekulare Entwicklung vom Adenom zum Karzinom im Wesentlichen definiert. Proliferation des Epithels führt meist zu exophytem Wachstum, seltener zu flachen Adenomen.

Prävalenz von Adenomen ca. 10% bei 45- bis 50-Jährigen, ca. 15% bei 50- bis 75-Jährigen, über 40% bei über 80-Jährigen – bei Männern häufiger als bei Frauen.

3. Epidemiologie

- Zweithäufigste Krebserkrankung in Deutschland nach Brustkrebs bei der Frau und Prostatakarzinom beim Mann.
- Zweithäufigste Krebstodesursache in Deutschland nach Lungenerkrankung.
- Weltweite Inzidenz ca. 1 Mio./Jahr.
- Hohe Inzidenz in USA und Europa – niedrig in Afrika, Südamerika, Indien, Israel.
- Inzidenz in Deutschland ca. 81/100 000 pro Jahr bei Mann und Frau mit steigender Tendenz.
- Geschätzt ca. 76 000 Neuerkrankungen pro Jahr.
- Erkrankungsrisiko in Deutschland ca. 6%, Sterblichkeitsrisiko ca. 2,5–3%.
- Durchschnittliches Erkrankungsalter ca. 65 Jahre.
- 70% der Diagnose bei 50- bis 80-Jährigen.
- Mortalität rückläufig.

4. Klinik

4.1. Pathologie

Typisierung:

- Adenokarzinom ca. 90%, muzinöses Adenokarzinom 5–10%.
- Selten.
- Siegelringzellkarzinom, adenosquamöses, undifferenziertes Karzinom, Plattenepithelkarzinom, kleinzelliges Karzinom.

Grading:

- Low risk (Grading 1 und 2), high risk (Grading 3 und 4 und/oder Lymphgefäßinvasion – L1).

Eindringtiefe in die Darmwand (pT):

- Submukosa pT1, Muscularis propria pT2, Subserosa pT3, Penetration in Nachbarstrukturen pT4.
- Oraler und aboraler Abstand des Karzinoms im Resektat.

Anzahl der Lymphknoten – Anzahl der befallenen Lymphknoten (pN):

- Veneninvasion?
- Entfernung im Gesunden oder nicht (R0/R1).

Tab. 1

TNM-Klassifikation von Kolon- und Rektumkarzinomen (UICC/AJCC 2009).

T1	Tumor infiltriert Submukosa
T2	Tumor infiltriert Muscularis propria
T3	Tumor infiltriert durch die Muscularis propria die Subserosa oder nicht peritonealisiertes perikolisches oder perirektales Gewebe
T4	Tumor infiltriert direkt andere Organe oder Strukturen und/oder perforiert das viszerale Peritoneum
N1	Metastasen in 1–3 regionäre Lymphknoten
N2	Metastasen in 4 oder mehr regionäre Lymphknoten
M1	Fernmetastasen

Tab. 2

Stadiengruppierung (nach UICC/AJCC 2009).

Stadium I	T1, T2	N0	M0
Stadium IIa	T3	N0	M0
Stadium IIb	T4		
Stadium IIIa	T1, T2	N1	
Stadium IIIb	T3, T4	N1	M0
Stadium IIIc	Jedes T	N2	
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1

- Spezielle Anforderungen nach endoskopischer Polypektomie und Diagnostik eines pT1-Karzinoms.
- Infiltrationstiefe in die Submukosa (sm1–sm3).
- Zusammenhang mit Lymphknotenmetastasierung.

4.2. Leitsymptome und klinische Zeichen

- Meist spät.
- Veränderung der Stuhlgewohnheit, Wechsel zwischen Obstipation und Durchfall, Bauchschmerzen, perianaler Blutabgang, Schwäche, Leistungsknick.
- 15% mit Obstruktionssymptomatik, 7% als Notfall mit Darmverschluss.

4.3. Klassifikationen

- Einteilung nach **TNM** für Tumoreindringtiefe (T), Lymphknotenmetastasen (N) und Fernmetastasierung (M; Tab. 1).
- **Stadiengruppierung** nach Erhalt des pathologisch-histologischen Ergebnisses unter Einbeziehung bildgebender Verfahren (Tab. 2).

4.4. Risikoevaluation

Sporadisches kolorektales Karzinom:

- Verwandte ersten Grades haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes mittleres Risiko, drei bis vierfache Erhöhung bei Erkrankung des Indexpatienten vor dem 60. Lebensjahr oder wenn mehr als ein Verwandter 1. Grades erkrankt war/ist.
- Verwandte 2. Grades nur leicht erhöhtes Risiko (1,5 fach).
- Genetische Grundlage zurzeit noch nicht bekannt.

Hereditäres kolorektales Karzinom:

- 5% aller Karzinome entstehen durch die familiäre adenomatöse Polyposis (FAP), eine autosomal-dominant vererbte Erkrankung, durch Mutation eines Suppressorgens.
- 5–8% bei „hereditary non polyposis colorectal cancer syndrome“ (HNPCC) – Mikrosatelliteninstabilität als Folge mutierter

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3464939>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3464939>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)