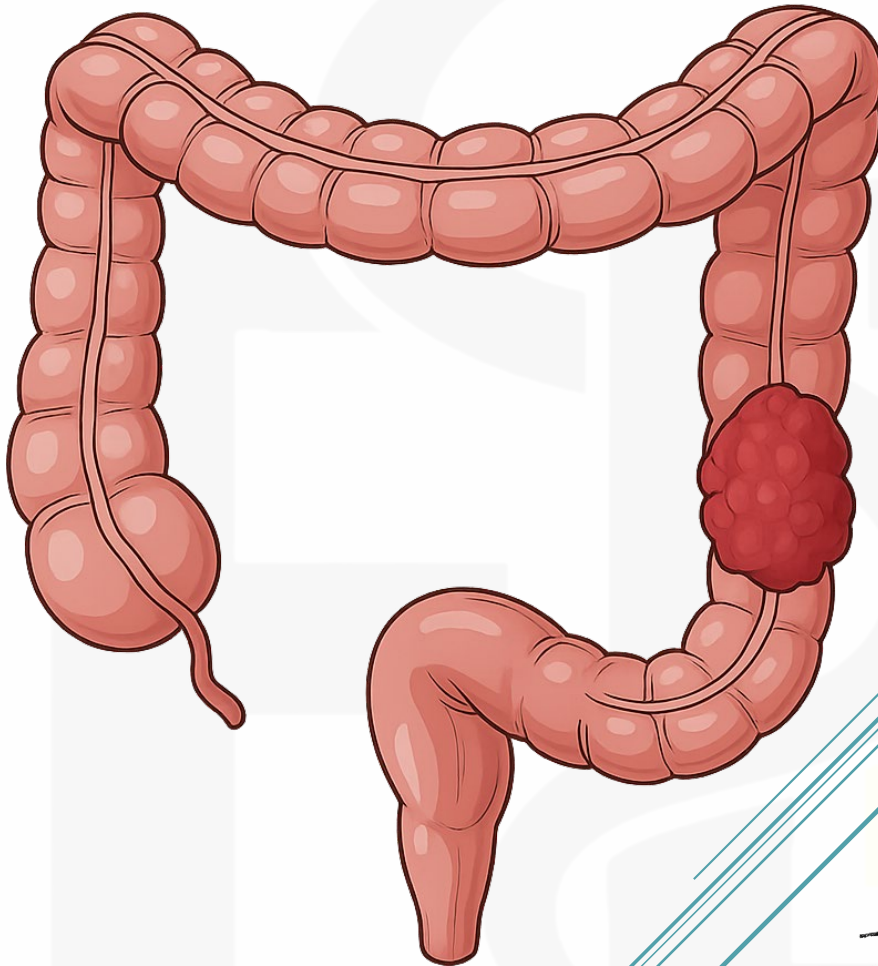


KOLONKARZINOM

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

Inhalt

Einleitung	4
Konjunktiv I.....	5
Begrüßung.....	7
Aktuelle Anamnese.....	7
Die vegetative Anamnese	8
Vorerkrankungen	8
Voroperationen.....	9
Gynäkologie	9
Medikamente	9
Allergien	10
Noxen.....	10
Sozialanamnese	10
Familienanamnese	10
Verdachts- und Differentialdiagnose	11
Diagnostische Abklärung	11
körperliche Untersuchung	12
Laboruntersuchungen	13
Elektrokardiogramm	13
Anatomische Diagnose	13
Koloskopie	13
Computertomographie (CT) des Thorax, Abdomens und Beckens (Pelvis)	15
virtuelle Koloskopie	15
Sonographie	15
Konsile	15
Behandlung:	16

3 Kolonkarzinom

Prognose	16
Risikofaktoren für das kolorektale Karzinom.....	16
Familiäre Anamnese	16
Eigenanamnese	16
Lebensstil	17
Prognose	18
Pathologie (Adenokarzinom des Kolons).....	18
Extra.....	19
Fragen	20

Fachleiter

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir entweder einen einleitenden Satz mit Verben wie „sagen“, „berichten“, „angeben“, „mitteilen“, „äußern“, „anführen“, „nennen“ usw. – oder wir formulieren die Aussage ohne einleitenden Satz.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden. Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Futur		
Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun den Patienten Ludwig Jäger vorstellen.

Er ist 57 Jahre alt, ein Meter sechsundsiebzig groß und wiegt etwa 85 kg. Sein Körpermassenindex (BMI) beträgt 27,4 und liegt damit im Bereich des Übergewichts.

Aktuelle Anamnese

Der Patient kommt mit seit etwa fünf Monaten bestehenden paradoxen Diarrhöen sowie abdominellen Schmerzen in Form von Tenesmen zu uns.

Die Beschwerden haben sich seinen Angaben nach in den letzten zwei Monaten progredient verschlechtert.

Er schildert einen wechselnden Stuhlgang mit alternierender Obstipation und Diarrhö, teilweise bleistiftdünne Stühle sowie das Gefühl einer unvollständigen Entleerung. Der Wechsel zwischen Durchfall- und Verstopfungsphasen erfolgt im Abstand von zwei bis vier Tagen. Während der Durchfallphasen klagt der Patient über mehrmalige, meist geringfügige, breiige Stuhlgänge.

Er gab an, vor etwa zwei Monaten erstmals Blut im Toilettenbecken gesehen zu haben.

Er beschreibt die Blutung so, dass manchmal nur ein kleiner Streifen Blut auf dem Stuhl zu sehen sei, während an anderen Tagen deutlich mehr Blut, teils mit Schleim vermischt, auftrete.

Folgende Begleitsymptome liegen vor:

Blässe, Schwindel, belastungsabhängige Dyspnoe, Fatigue sowie Hämatochezie.

Folgende klinische Zeichen wurden nicht festgestellt:

Pyrexie, nächtliche Hyperhidrose, Nausea und Emesis, Hämatemesis, Meläna, pathologische Befunde oder Beläge im oralen Mucosa-Bereich, Dysphagie, Hämorrhoiden oder Analfissuren, Lymphadenopathie, Ikterus oder Pruritus.

Es bestand zudem weder eine Auslandsreise noch eine Antibiotikaeinnahme in letzter Zeit.

Es bestehen keine urologischen Beschwerden.

Der Patient ist in Begleitung seines Nachbarn gekommen.

Der Patient hat bislang keine ärztliche Vorstellung wahrgenommen, da er auf eine spontane Besserung gehofft habe. Zudem berichtet er von erschwerter Terminvergabe im ambulanten Bereich.

Die vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese ist unauffällig, abgesehen von einer ungewollten Gewichtsabnahme von 2 kg infolge von Inappetenz in den letzten vier Wochen sowie einer stressbedingten Insomnie.

Bei den Einschlafstörungen spielen sowohl die berufliche Belastung durch die Digitalisierung als auch die bestehenden Beschwerden eine Rolle.

Vorerkrankungen

An Vorerkrankungen sind bei ihm die folgenden bekannt:

Der Patient berichtet über eine seit sieben Jahren bekannte arterielle Hypertonie, die im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung diagnostiziert wurde. Sie ist medikamentös gut eingestellt und hat bislang zu keinen Folgekomplikationen geführt.

Vor drei Monaten bestand eine akute Sinusitis frontalis. Initial erfolgte eine Therapie mit Amoxicillin, die aufgrund einer Unverträglichkeit/Allergie abgesetzt wurde; anschließend wurde eine Behandlung mit Azithromycin durchgeführt.

Seit 5 Jahren besteht eine bilaterale Coxarthrose. Der Patient berichtet über belastungsabhängige Hüftschmerzen, vor allem beim Gehen und bei längerem Stehen. Die bisherige Therapie umfasst Physiotherapie sowie eine bedarfsweise Einnahme von Ibuprofen (ca. 2× pro Woche).

Es besteht eine **Klaustrophobie** mit Neigung zu **Panikattacken**. Bei Bedarf erfolgt eine medikamentöse Einnahme von Lorazepam (Tavor).

Der Patient berichtet über eine vor etwa fünf Jahren durchgemachte **Borreliose** nach einem Zeckenstich am rechten Unterschenkel.

Vor einem Jahr erlitt der Patient bei einem **Skiunfall** eine Fraktur des linken **Akromioklavikulargelenks**. Die Behandlung erfolgte konservativ mittels Rucksackverband, Schonung sowie Analgesie.

Voroperationen

Im Alter von sechs Jahren bestand ein **Strabismus** am rechten Auge, der operativ korrigiert wurde.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Untersuchung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel durch sichtbare Narben – ist der Indikativ angebracht. (In der Fachsprachprüfung findet keine körperliche Untersuchung statt.)

Gynäkologie

Medikamente

Valsartan 80 mg 1-0-0

Ibuprofen 400 mg bei Bedarf

Tavor 0,5 mg bei Bedarf

Baldrian -Tabletten 300 mg, Schlafinduktion, Rezeptfrei, Keine Wirkung

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Der Patient berichtet über eine Allergie auf Amoxicillin mit Abdominalschmerzen und Diarrhö.

Außerdem besteht eine Fischallergie mit Pruritus und Exanthem.

Noxen

Der Patient raucht seit 5 Jahren ca. 5 Zigaretten pro Tag; zuvor bestand über etwa 15 Jahre ein Konsum von einer Schachtel täglich. Dies entspricht einer Nikotinexposition von etwa 17,5 Packungsjahren.

Zudem berichtet er über anamnestische Hinweise auf mögliche COPD-assoziierte Veränderungen.

Der Patient trinkt seit zwei Jahren täglich etwa zwei Gläser Bier.

Einen Drogenkonsum verneint der Patient.

Sozialanamnese

Der Patient arbeitet in einer Bibliothek. Er befindet sich derzeit im Scheidungsprozess, die Scheidung soll in etwa drei Monaten rechtskräftig werden. Er lebt in einer Wohnung gemeinsam mit seinem 25-jährigen Sohn.

Familienanamnese

Der Sohn erlitt im Alter von 13 Jahren eine Hodentorsion, die operativ versorgt wurde, und leidet aktuell an einer Multiplen Sklerose.

Der Vater ist 82 Jahre alt; bei ihm wurden im Alter von 45 Jahren multiple Kolonpolypen entdeckt und entfernt.

Die Mutter ist 80 Jahre alt, lebt in einem Altenheim und leidet an einem Diabetes mellitus. Vor zwei Jahren erfolgte eine Unterschenkelamputation links. Sie erhält eine Insulintherapie. Zudem bestehen anamnestische Hinweise auf ein mögliches Long-COVID-Syndrom.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Meiner Ansicht nach sprechen die anamnestischen Angaben – insbesondere die paradoxen Diarrhöen sowie die Hämatochezie – für ein **Kolorektalkarzinom**. Alter, eine fettreiche Ernährung mit hohem Anteil an rotem Fleisch sowie die positive Familienanamnese mit Polyposis beim Vater gelten in diesem Fall als Risikofaktoren.

Bei einer chronisch-entzündliche Darmerkrankung (CED) erwarten wir in der Regel ein jüngeres Alter. Die Beschwerden treten typischerweise schubweise und nicht progredient auf. Zudem können extraintestinale oder perianale Manifestationen auftreten.

Bei einer Divertikulitis ist in der Regel mit akuten Schmerzen im linken Unterbauch sowie mit Fieber zu rechnen.

Adhäsionen kommen insbesondere bei vorausgegangenem abdominalchirurgischen Eingriffen als Differenzialdiagnose in Betracht.

Symptome wie Hämatochezie, Gewichtsverlust und progrediente Beschwerden sprechen gegen ein **Reizdarmsyndrom**.

Eine infektiöse Enterokolitis ist weniger wahrscheinlich, da bei dieser typischerweise akute Diarrhöen mit Fieber im Vordergrund stehen.

Diagnostische Abklärung

Da der Patient aufgrund seines Alters und der bestehenden Hypertonie als Hochrisikopatient einzustufen ist, sollte eine stationäre Aufnahme zur Einleitung der initialen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgen.

Gleichzeitig wird eine Konsultation der Gastroenterologie, Onko-Hämatologie sowie der Chirurgie empfohlen. Abgesehen von der Sicherstellung der Kreislaufstabilität sind derzeit keine weiteren akutmedizinischen Maßnahmen erforderlich.

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese folgt eine umfassende körperliche Untersuchung, die mit der Erhebung der Vitalparameter beginnt, darunter Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Temperatur.

Bei der Inspektion können Zeichen einer Dehydratation, wie trockene Schleimhäute, Zeichen einer Anämie in Form von Blässe sowie Hinweise auf eine Kachexie auffallen.

Bei der Palpation können ein abgeschwächter Puls sowie eine Abwehrspannung als Hinweis auf eine Peritonitis infolge einer Perforation auffallen.

Die Perkussion ergibt in der Regel unauffällige Befunde, außer bei Vorliegen einer Hepatosplenomegalie.

Die Auskultation kann eine Tachykardie oder bei Patientinnen und Patienten mit partieller Obstruktion hyperaktive Darmgeräusche ergeben.

Abschließend wird eine digitale rektale Untersuchung durchgeführt, insbesondere zum Nachweis von okkultem Blut. In diesem Fall zeigte sich jedoch sichtbares Blut, dennoch ist die Untersuchung zur Beurteilung des distalen Rektums und des Analkanals erforderlich.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung können sich extraintestinale Manifestationen zeigen, wie sie typischerweise beim Peutz-Jeghers- oder Gardner-Syndrom vorkommen.

Extraintestinale Manifestationen chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen umfassen unter anderem Erythema nodosum, Iritis, Uveitis (insbesondere bei Morbus Crohn), Episkleritis, Arthritis sowie Trommelschlegelfinger (Clubbing).

Lokalisation	Typische klinische Präsentation
Proximales Kolon	Eisenmangelanämie infolge okkulten Blutverlusts
Distales Kolon	Veränderung der Stuhlgewohnheiten (Obstipation/Diarrhö), Hämatochezie
Rektum	Veränderung des Stuhlkalibers, rektale Blutungen, rektale Schmerzen

Laboruntersuchungen

Dabei würden wir folgende Laboruntersuchungen veranlassen: **kleines Blutbild, Nierenfunktionsparameter, Elektrolyte, Leberwerte (ALT, AST, GGT, AP, Bilirubin), Pankreasenzyme sowie C-reaktives Protein.**

Die Tumormarker **CEA** und **CA 19-9** können zwar im peripheren Blut erhöht sein, sind jedoch relativ unsensitiv und können auch bei anderen soliden Tumoren ansteigen. Sie werden daher hauptsächlich zur Verlaufs- und Therapiekontrolle von Krebserkrankungen eingesetzt.

Elektrokardiogramm

Ein EKG ist indiziert, da beim Patienten eine arterielle Hypertonie vorliegt; zudem können Elektrolytstörungen detektiert werden.

Anatomische Diagnose

Eine Koloskopie ist die Methode der Wahl bei Patienten mit okkultem Blut im Stuhl, unklarer Eisenmangelanämie oder klinischen Hinweisen auf ein Kolorektalkarzinom.

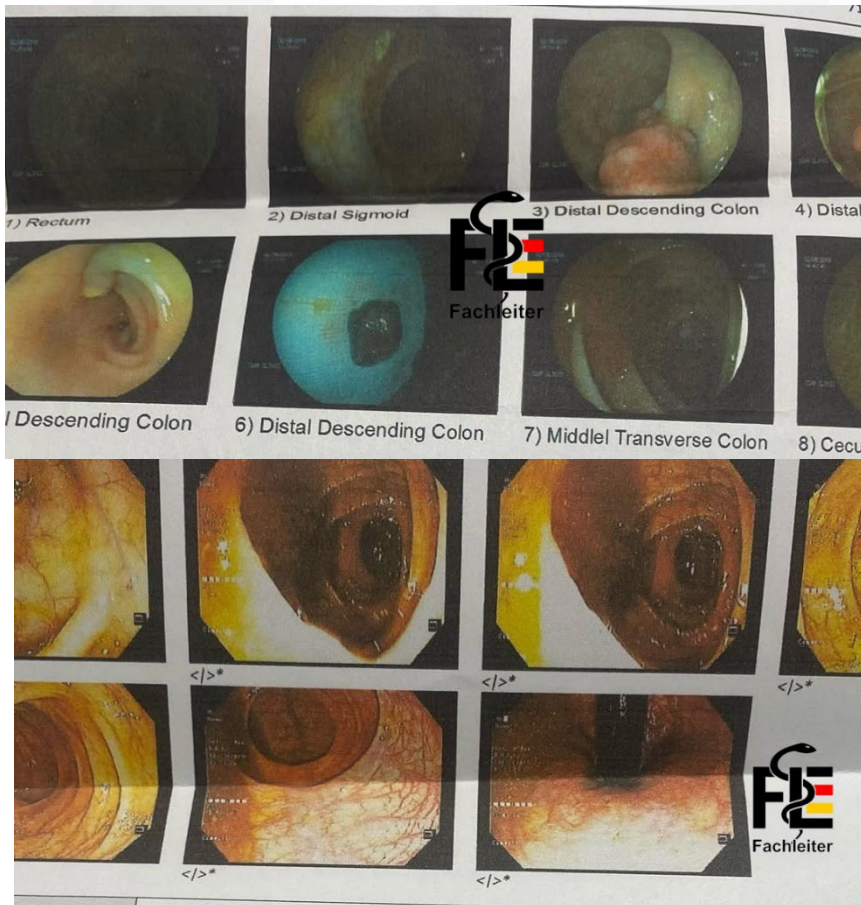
Koloskopie

Bei der Koloskopie handelt es sich um eine endoskopische Untersuchung des gesamten Dickdarms – und bei Bedarf auch des terminalen Ileums – mittels eines flexiblen Schlauchs mit integrierter Kamera, der über den Anus eingeführt wird. Der Patient muss hierfür eine gründliche Darmreinigung (Abführlösung) durchführen und am Untersuchungstag nüchtern sein. Die Untersuchung dauert in der Regel 20 bis 45 Minuten und erfolgt meist in Sedierung. Dabei können die Darmschleimhaut beurteilt, Gewebeproben (Biopsien) entnommen und – falls erforderlich – therapeutische Maßnahmen wie Polypabtragungen oder Blutstillungen durchgeführt werden. Mögliche, wenn auch seltene Komplikationen sind Blutungen, Schleimhautverletzungen oder in sehr seltenen Fällen eine Perforation.

Die Koloskopie erfolgt in der Regel zeitnah nach Stabilisierung des Patienten und adäquater Vorbereitung, jedoch nicht zwingend sofort in der Akutphase.

Für die Koloskopie müssen Sie den Darm vollständig entleeren. Am Tag davor dürfen Sie nur klare Flüssigkeiten trinken und keine feste Nahrung mehr essen. Außerdem nehmen Sie eine Abführlösung ein, die den Darm vollständig reinigt. Am Untersuchungstag bleiben Sie nüchtern. Falls Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zum Beispiel Blutverdünner, besprechen wir gemeinsam, ob und wann Sie diese pausieren sollten.

Kolonpolyp



Dysplastischer Polyp mit hochgradiger Dysplasie

Bildgebende Verfahren

Computertomographie (CT) des Thorax, Abdomens und Beckens (Pelvis)

Die Computertomographie (CT) ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der inneren Organe erstellt. Dabei wird der Patient in einen röhrenförmigen Scanner geschoben und muss während der Untersuchung still liegen. Manchmal wird ein Kontrastmittel verabreicht, um eine genauere Darstellung zu ermöglichen. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert nur wenige Minuten. Vor der Untersuchung mit Kontrastmittel ist es wichtig, dass Sie ausreichend Flüssigkeit trinken. Bestimmte Medikamente wie Metformin sollten vorher pausiert werden. In seltenen Fällen kann es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel kommen, (aber keine Sorge: Wir sind darauf vorbereitet und haben alle notwendigen Medikamente und Maßnahmen vor Ort.)

Ein CT wird bei Kolonkarzinom durchgeführt, um die Ausbreitung der Erkrankung zu beurteilen, vergrößerte Lymphknoten und Organbeteiligungen sichtbar zu machen und das Stadium exakt zu bestimmen.

virtuelle Koloskopie

Die Computertomographie-Koloskopie (CTC), auch virtuelle Koloskopie (VC) genannt, nutzt eine Spiral-CT-Aufnahme zur Erzeugung eines zwei- oder dreidimensionalen virtuellen Kolonbildes. Eine Sedierung ist bei der CTC nicht erforderlich. Ähnlich wie bei der optischen Koloskopie ist jedoch eine Darmvorbereitung notwendig, zum Beispiel mittels Abführmitteln oder durch Einnahme eines jodhaltigen Kontrastmittels zu den Mahlzeiten innerhalb der 48 Stunden vor der Untersuchung.

Sonographie

Die Sonographie wird beim Kolonkarzinom in der Regel zur Beurteilung von Lebermetastasen sowie zur Abklärung anderer abdomineller Organbefunde eingesetzt.

Konsile

Gastroenterologie, Onko-Hämatologie sowie der Chirurgie

© Fachleiter. Alle Rechte vorbehalten.

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist ohne ausdrückliche Genehmigung nicht gestattet. [youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)-----t.me/Fachleiter

Behandlung:

Chirurgie: Die primäre Therapie bei frühen, lokal begrenzten Kolonkarzinomen ist die operative Resektion. Beim Rektumkarzinom steht die Erhaltung der Schließmuskelfunktion im Vordergrund.

Obstruierende Tumoren: sollten umgehend reseziert und anschließend eine Darmreanastomose durchgeführt werden.

Hemikolektomie rechts/links → Resektion des betroffenen Kolonabschnitts mit zugehörigem Mesokolon und Lymphabflussgebiet

Transversumresektion → bei Befall des Colon transversum

Sigmaresektion → bei Karzinomen im Sigma

Totale/subtotale Kolektomie → bei multiplen Läsionen oder hereditären Syndromen (z. B. FAP)

Chemotherapie

Prognose

Die Prognose beim kolorektalen Karzinom hängt maßgeblich vom Tumorstadium ab. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt im Stadium I etwa 90–95 %, sinkt im Stadium IV mit Fernmetastasen jedoch auf unter 10 %. Die Stadien II und III liegen prognostisch dazwischen.

Risikofaktoren für das kolorektale Karzinom

Familiäre Anamnese

- Kolorektales Karzinom (CRC)
- Hereditäre Syndrome (z. B. familiäre adenomatöse Polyposis [FAP])

Eigenanamnese

- Höheres Lebensalter
- Männliches Geschlecht
- Vorbestehende kolorektale Polypen oder CRC

- Anamnese einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung
- Diabetes mellitus

Lebensstil

- Adipositas
- Hoher Alkoholkonsum
- Ernährung reich an rotem Fleisch und Fett, arm an Ballaststoffen

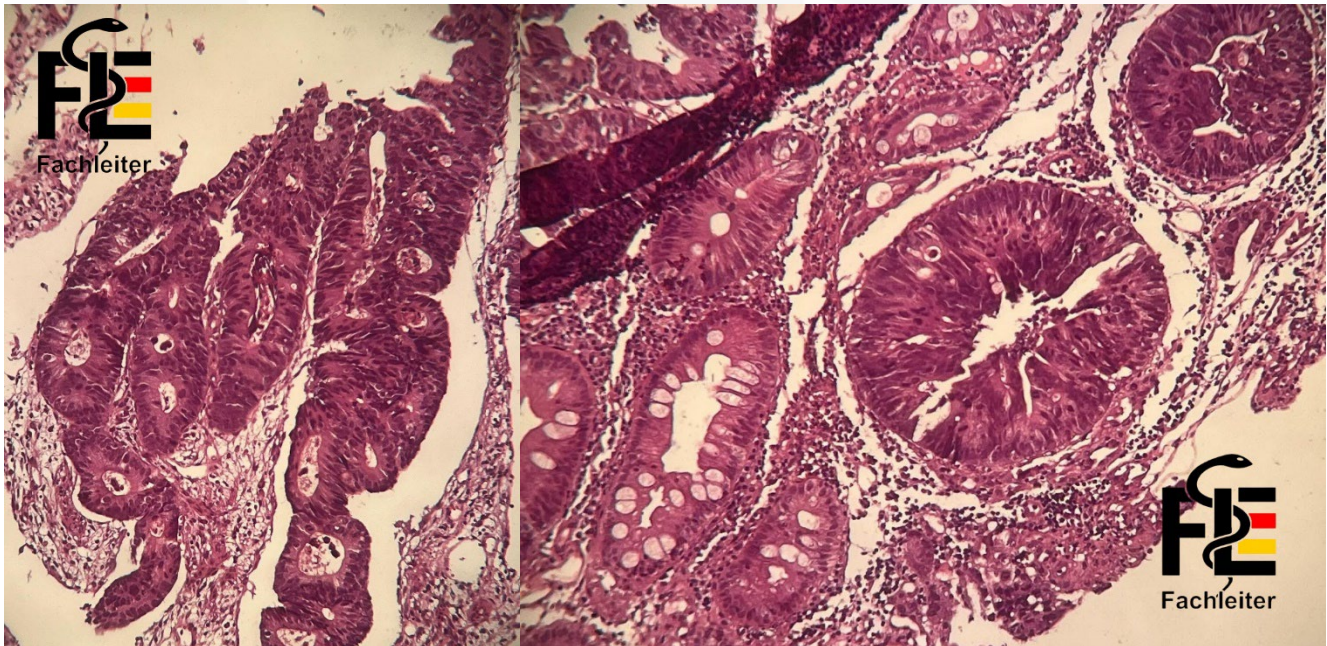
Screening-Methoden für das kolorektale Karzinom		
Test		Intervall
Fäkaler okkultter Bluttest	guajakbasierter fäkaler okkultter Bluttest	Jährlich
	Fäkaler immunchemischer Test	Jährlich
Koloskopie		Alle 10 Jahre
Flexible Sigmoidoskopie		Alle 5 Jahre
CT-Kolographie		Alle 5 Jahre
Doppelkontrast-Barium-Einlauf		Alle 5 Jahre
<p>Das Screening beginnt ab dem 50. Lebensjahr bei Personen mit durchschnittlichem Risiko. Bei Hochrisikopatienten sollte es bereits ab dem 40. Lebensjahr erfolgen – oder 10 Jahre vor dem Erkrankungsalter des jüngsten betroffenen Verwandten mit kolorektalem Karzinom.</p>		

Stadium	Lokalisation / Ausbreitung	Kategorie	Beschreibung
I	Befall auf Mukosa / Submukosa beschränkt	N (Lymphknoten)	
II	Infiltration der Muscularis propria	N0	Kein Lymphknotenbefall
III	Befall lokaler Lymphknoten	N1	1–3 befallene Lymphknoten oder Satellitenherde im perikolischen/perirektalen Fettgewebe
IV	Fernmetastasen nachweisbar	N2	≥ 4 befallene Lymphknoten
M (Fernmetastasen)			
M0		Keine Fernmetastasen	
M1		Fernmetastasen vorhanden	

Prognose

Die Prognose des Kolonkarzinoms hängt maßgeblich vom Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnose ab. Wird der Tumor früh entdeckt (Stadium I–II), sind die Heilungschancen hoch, und die 5-Jahres-Überlebensrate liegt häufig über 80–90 %. Bei regionalen Lymphknotenmetastasen (Stadium III) sinkt sie deutlich, verbessert sich jedoch durch adjuvante Chemotherapie. Im metastasierten Stadium IV ist die Erkrankung nicht mehr heilbar, aber moderne systemische Therapien können das Überleben verlängern und die Lebensqualität stabilisieren. Entscheidend für die Prognose sind zudem die vollständige Resektion, der Differenzierungsgrad, molekulare Marker (z. B. RAS, BRAF) und der Allgemeinzustand der Patientin bzw. des Patienten.

Pathologie (Adenokarzinom des Kolons)



Extra

Namen:

Thomas Wachinger, Emma Hölzner, Erna Sommer, Berthold Kröger, Melissa Schwaiger, Robert Habeck, Mia Krena

Berufe:

Der Patient arbeitet in einem Kurzwarenladen. (Nähartikel)

Seit einem halben Jahr ist der Patient arbeitslos. Zuvor war er bei Rossmann beschäftigt; die betreffende Filiale wurde inzwischen geschlossen.

Der Patient war zuvor als Ingenieur bei BMW tätig.

Der Patient arbeitet als Koch. (in seinem eigenen)

Die Patientin ist seit einem Jahr arbeitslos; zuvor war sie in einer Drogerie tätig.

Der Patient ist seit 3 Jahren arbeitslos; zuvor war er in einem Fahrradladen beschäftigt.

Vorerkrankungen:

Der Patient hatte eine Steifigkeit bzw. Bewegungseinschränkung im vierten und fünften Finger; es erfolgte eine operative Narbenentfernung bei Morbus Dupuytren. Der Patient berichtet über bekannte Extrasystolen, eine Psoriasis sowie über Warzen an der Hand.

Hämorrhoiden

Operation am rechten Schlüsselbein mit Osteosynthese mittels Metallplatte, die später wieder entfernt wurde.

subtotale Thyreoidektomie > Hyperthyreose: L-Thyroxin

Der Patient berichtet über seit 5 Jahren bestehendes Sodbrennen. Eine vor 2 Jahren durchgeführte Ösophagogastroduodenoskopie war unauffällig.

Vor 2 Jahren erlitt der Patient infolge eines Fahrradunfalls eine Fraktur des rechten Schultergelenks (Articulatio humeri).

Familial:

Mutter leidet an Demenz

Sein Vater war vor fünf Jahren an Darmkrebs verstorben

Sein jüngster Sohn leidet an Mukoviszidose.

Die ältere Tochter hat kürzlich ein Kind entbunden, die jüngere Tochter erlitt eine Fehlgeburt.

Sein Vater litt an Ösophagusvarizen infolge einer alkoholischen Leberzirrhose.

Der Sohn wurde vor 8 Jahren aufgrund eines Hodentumors operiert.

Allergie:

Novalginallergie mit Exanthem und Pruritus, zusätzlich Fruktoseintoleranz.

Fragen

1. Welche Erkrankungen können durch Zecken übertragen werden?

Borreliose, FSME, seltener Ehrlichiose oder Babesiose.

2. Was versteht man unter Karzinophobie?

Eine krankhafte Angst, an Krebs zu erkranken.

3. Wie nennt man die Angst vor dem Sprechen vor Menschen bzw. vor Spinnen?

Angst vor dem Sprechen vor Menschen = Glossophobie; Angst vor Spinnen = Arachnophobie.

4. Kann man Tavor (Lorazepam) während der Arbeit oder beim Autofahren einnehmen?

Nein, wegen sedierender Wirkung und Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit ist das kontraindiziert.

5. Mit welchem Risiko ist Übergewicht normalerweise assoziiert?

Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Arthrosen, kardiovaskuläre Erkrankungen.

6. Welche Pollenallergien sind bekannt?

Am häufigsten Birke, Erle, Hasel (Frühblüher), Gräser und Roggen, Beifuß.

7. Wie wird ein Hodenkarzinom behandelt?

Standardtherapie ist die operative Orchiektomie, ggf. ergänzt durch Chemotherapie oder Bestrahlung je nach Stadium.

8. Was benötigt man für die Untersuchung der Mundhöhle, und womit hält man die Zunge nach unten?

Für die Untersuchung der Mundhöhle benötigt man in der Regel eine Lichtquelle (z. B. Stirnlampe oder Taschenlampe) und einen Holzspatel, mit dem die Zunge nach unten gedrückt wird.

9. Was ist ein Gesundheitscheck und welche Krankheiten können dabei festgestellt werden?

Ein Gesundheitscheck ist eine Vorsorgeuntersuchung zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten. Dabei können u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Nieren- oder Leberfunktionsstörungen sowie bestimmte Krebserkrankungen festgestellt werden.

10. Welche Ursache ist für die Entstehung von Ösophagusvarizen verantwortlich?

Ösophagusvarizen entstehen in der Regel durch einen erhöhten Druck im Pfortadersystem, also eine portale Hypertension. Die häufigste Ursache dafür ist eine Leberzirrhose, meist infolge von chronischem Alkoholmissbrauch oder Hepatitis.

youtube.com/@Fach.Leiter
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
instagram.com/fachleiterinfo
tiktok.com/@fachleiter

Fachleiter