



SLOKDARMAFSLUITING

Oesophagusatresie

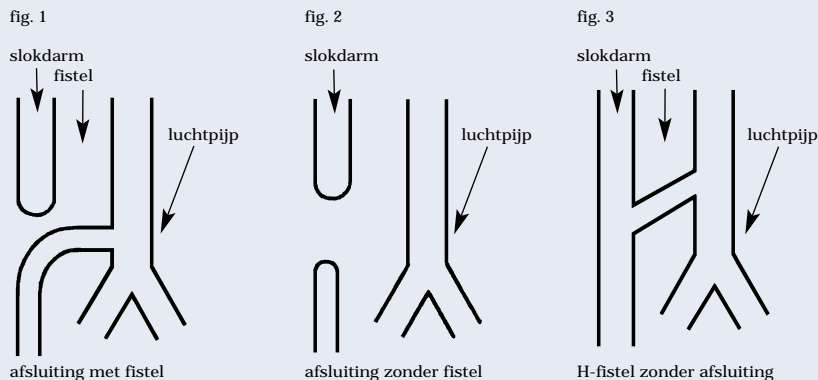
Uw kind wordt behandeld vanwege slokdarmafsluiting. Dit is een aangeboren afwijking, waarbij de slokdarm niet doorloopt, maar onderbroken is.

(De medische term voor slokdarmafsluiting is: Oesophagusatresie. Oesophagus betekent: slokdarm; atresie betekent: het niet aangelegd zijn of later weer dichtgegroeid zijn van een natuurlijke opening of kanaal.)

In 9 van de 10 gevallen van slokdarmafsluiting eindigt het bovenste deel blind en is er een verbinding tussen het onderste deel en de luchtpijp (=fistel)(fig. 1).

(Een fistel is een verbindingsgang tussen twee holle organen of tussen een hol orgaan en de buitenwereld.)

In 1 op de 10 gevallen heeft het onderste deel geen verbinding met de luchtpijp; er is dan meestal een grote afstand tussen de beide delen (fig. 2). In 1 op de 100 gevallen is alleen sprake van een verbinding (fistel) tussen slokdarm en luchtpijp (fig 3).



Ontstaanswijze

Tijdens de ontwikkeling van het kind in de baarmoeder ontstaat allereerst een buisvormige verbinding van de mond/keelholte met de maag. Rond de vijfde à zesde week splitst deze structuur zich in twee buizen. De voorste buis wordt de toekomstige luchtpijp en de achterste de slokdarm. Tijdens deze afsplitsing kan er iets fout gaan: de slokdarm wordt onderbroken, maar houdt nog wel vaak een verbinding

met de luchtpijp.

Dit gebeurt bij ongeveer 1 op de 4000 kinderen. In Nederland worden per jaar dan ook 45-50 kinderen met een dergelijke aandoening geboren.

Oorzaak

Over de oorzaak van deze afwijking is niets bekend. Er zijn geen aanwijzingen dat medicijngebruik, roken of ziekte tijdens de zwangerschap een slokdarmafsluiting kunnen veroorzaken. Er is geen sprake van een duidelijke erfelijkheid. In 1 op de 10 gevallen is tevens sprake van een anusatresie (het ontbreken van het poepgaatje). Soms komt de slokdarmafsluiting tezamen met nog meer afwijkingen voor, bijvoorbeeld aan hart of nieren; bij een dergelijke combinatie spreekt men van een syndroom. In zo'n geval is er wel sprake van een bepaalde herhalingskans voor volgende broertjes of zusjes.

Gezien de kans op een combinatie van afwijkingen bij de slokdarmafsluiting, is een grondig onderzoek van hart en nieren (echo) noodzakelijk.

Bij zo'n syndroom is in ieder geval een advies van een erfelijkheidsdeskundige gewenst.

Ziekteverschijnselen

Omdat het kind in de baarmoeder het vruchtwater niet kan doorslikken, heeft de moeder vaak te veel vruchtwater bij zich. Een teveel aan vruchtwater tijdens de zwangerschap kan wijzen op een afsluiting van de slokdarm bij het kind.

Het drinken zal na de geboorte problemen opleveren, omdat de slokdarm dicht zit. Het drinken en slikken op zich is niet gestoord, maar bij doorslikken raakt het bovenste afgesloten deel van de slokdarm vol, de voeding loopt over en kan in de luchtwegen terecht komen. Dit geeft aanleiding tot heftig hoesten, benauwdheid en eventueel blauw worden.

Het speeksel dat het kind produceert en doorslikt, verzamelt zich tezamen met de ingeslikte lucht in het bovenste afgesloten deel van de slokdarm. Speeksel vermengd met luchtbelletjes komt dan door neus en mond naar buiten, wat eruit ziet als bellen blazen.

Het vaststellen van de afwijking

Of de slokdarm een doorgang heeft, kan heel goed en snel getest worden met een slangetje dat vanuit de neus of de mond naar de maag wordt geleid. In het geval van een afsluiting zal dit slangetje onderweg blijven steken. Door een slangetje te gebruiken dat op de röntgenfoto's zichtbaar is, kan de afwijking op de foto worden vastgelegd.

Na het stellen van de diagnose is de eerste zorg het bovenste deel van de slokdarm leeg te houden. Er mag daarom geen voeding meer worden gegeven. De vochtbehoefte wordt via een infuus geregeld. Om overlopen van speeksel te voorkomen, wordt met een speciaal slangetje het speeksel doorlopend weggezogen. Dit slangetje werkt vaak het beste als het kind in buikligging ligt. Door het hoofd iets hoger te leggen dan de benen, wordt voorkomen dat zure maaginhoud via de fistel in de longen terecht kan komen.

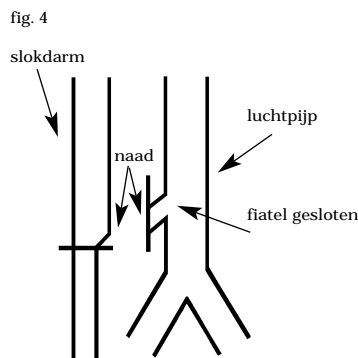


Operatie

Een operatie is nodig om de verbinding tussen het onderste deel van de slokdarm en luchtpijp, de fistel, op te heffen en de delen van de slokdarm weer aan elkaar te hechten. De borstkas moet hiervoor worden geopend.

Dit gebeurt aan de rechterzijde, omdat aan die kant de grote lichaamsslagader (aorta) niet in de weg zit.

Na het afbinden van de fistel worden de beide uiteinden van de slokdarm aaneengehecht (zie fig. 4). In sommige gevallen is het nodig het bovenste deel te verlengen door de spierlaag op één of meerdere plaatsen rondom in te snijden, terwijl het slijmvlies intact blijft. Vanuit de neus wordt door de nieuwe verbinding een slangetje tot in de maag geleid. Dit slangetje kan na enige dagen gebruikt worden om er voeding door te geven. In de borstholte, bij de naad in de slokdarm, wordt soms een slang achtergelaten (thoraxdrain) om eventueel lucht en vocht uit de wond te kunnen afvoeren.



Operatie

Na de operatie

Omdat het een grote operatie betreft, is zelf ademen direct na de operatie vaak te vermoeiend voor uw kind. Het wordt dan nabeademd, dat wil zeggen dat het buisje in de luchtpijp, gebruikt bij de narcose, aanwezig blijft en de beademingsmachine aangesloten blijft. De duur van deze nabeademing is gewoonlijk een paar dagen. Na 7 tot 10 dagen wordt met een slikfoto gecontroleerd of de slokdarm goed genezen is. Bij een goed resultaat wordt de thoraxdrain verwijderd en kan uw kind zelf proberen te drinken. Soms is dat in het begin vermoeiend en wordt een deel per sonde gegeven. Het kan soms enige weken duren voordat uw kind zelf alles kan drinken. Pas dan wordt de maagslang verwijderd.

Op een contrastfoto kan blijken dat de nieuw aangelegde naad nog een lekkage vertoont. Het kind krijgt dan voeding via het infuus. Zo'n lekkage sluit zich praktisch altijd vanzelf. De opname zal uiteraard enige tijd langer duren. Wanneer uw kind voldoende zelf drinkt en goed groeit, kan het naar huis.

Latere gevolgen

Kinderen kunnen verschillende gevolgen ondervinden van een slokdarmafsluiting.

- Luchtwegproblemen

Praktisch alle kinderen hebben een speciaal soort hoestje, de zgn. blafhoest. Deze wordt veroorzaakt door de slappere structuur van het kraakbeen van de luchtwegen bij deze kinderen. Dit kan op zijn beurt leiden tot luchtwegontstekingen. In de loop van de jaren nemen deze luchtwegproblemen af omdat de stevigheid van het kraakbeen van de luchtwegen toeneemt.

- Voedingsproblemen

Doordat de slokdarm onderbroken is geweest, zijn de transportfuncties van het bovenste en onderste gedeelte niet goed op elkaar afgestemd en kunnen ze elkaar zelfs tegenwerken. Hierdoor kan het wat langer duren voordat de voeding in de maag aankomt. Dit is vooral te merken bij gulzig drinken. Soms kan de voeding een tijdje blijven hangen in de slokdarm of op en neer pendelen.

Kinderen leren vaak pas op latere leeftijd zich hiertegen te wapenen door op een bepaalde manier te eten en te drinken. Bij kleine kinderen is het zaak om in rust te voeden en niet overhaast te werk te gaan. Bij het geven van vast voedsel is het verstandig om dit fijn te malen, zeker in de beginjaren, en pas langzaam aan wat grover voedsel aan te bieden (zie voedingsadviezen). Die aparte transportfunctie van de beide slokdarmdelen blijft het hele leven bestaan, maar geeft op den duur nauwelijks klachten.

Soms kan er plotseling een voedingsbrok blijven steken in het gebied van de naad. Stukjes wortel, stukjes appel en worst zijn hiervoor berucht en moeten soms onder narcose worden verwijderd middels een kijkoperatie. Hierbij wordt de voedselbrok weggezogen of doorgeduwd naar de maag.

- Voeding komt terug (reflux)

Bij kinderen die zijn geopereerd aan een slokdarmafsluiting komt terugvloed van voeding vanuit de maag naar de slokdarm vaker voor dan bij andere kinderen.

De slokdarm kan niet goed tegen de zure maaginhoud en raakt geïrriteerd en ontstoken. Vooral het onderste gedeelte van de slokdarm en de naad zijn kwetsbaar. Verlittening van de ontstoken naad geeft op haar beurt een vernauwing (stenose) en dit leidt weer tot niet willen zakken van voeding. De ontsteking heeft ook een slechte invloed op de spierwerking van de slokdarm. Daarom is het zaak om deze abnormale terugvloed van de maaginhoud snel vast te stellen, zeker als er aanwijzingen zijn in die richting.

Ook als er geen klachten zijn, wordt bij elk kind dat geopereerd is aan een slokdarmafsluiting, op de leeftijd van ± 3 maanden een zogeheten 24-uurs pH-meting (zuurgraadmeting) verricht.

Via een slangetje in de slokdarm wordt de zuurgraad gedurende 24 uur gemeten. De zuurgraad in de maag is heel laag en in de slokdarm hoog.

Is de zuurgraad in de slokdarm regelmatig te laag dan komt er te veel zure maaginhoud terug in de slokdarm.

Bij een abnormale zuurgraad wordt ook vaak een slikfoto gemaakt, om het transport door de slokdarm te beoordelen. Ook wordt onder narcose via een beweegbare kijkbuis in de slokdarm gekeken en eventueel kleine stukjes slijmvlies voor onderzoek uitgenomen. Blijkt er sprake te zijn van reflux, dan krijgt uw kind aangepaste voeding en medicijnen. In een aantal gevallen zijn de problemen zo hardnekkig, dat een operatie nodig is om de abnormale terugvloed van de zure maaginhoud tegen te gaan (anti-reflux operatie)

- Stenose (vernauwing)

Soms kan de naad zo ernstig vernauwen, dat de naad operatief moet worden opgerekt.

Omdat er bij een vernauwing vaak sprake is van terugvloed van zure maaginhoud, is meestal ook een operatie nodig om de abnormale terugvloed van zure maaginhoud tegen te gaan.

Voedingsadviezen

1. Tot de leeftijd van 6 maanden: melk (borstvoeding of flesvoeding), daarna fruit en groentehap zoals andere kinderen.
2. Het eerste levensjaar geen vast voedsel (dus alleen gemalen of gepureerd) omdat de slokdarmperistaltiek nog niet voldoende ontwikkeld is.
3. Na de eerste verjaardag: brood zonder korsten; rijst.
4. Vast voedsel wordt pas gegeven als uw kind goed kan kauwen.
5. Altijd blijven oppassen met stukjes worst, appel en dergelijke brokken.

NB Dit zijn algemene richtlijnen, waarvan kan worden afgeweken als er zich bij zonderheden voordoen

Vanwege al deze mogelijke gevolgen is het verstandig om contact te blijven onderhouden met de arts die uw kind heeft behandeld.

Vragen

Bij vragen kunt u contact opnemen met de behandelend arts.

Voor ondersteuning en het uitwisselen van ervaringen kunt u terecht bij de patiëntenvereniging:

Oudervereniging

Voor ondersteuning en het uitwisselen van ervaringen kunt u terecht bij de patiëntenvereniging:

Vereniging ouders van kinderen met slokdarmafsluiting

secretariaat VOKS: mw. Caren de Wit

Barmsijs 54

3435 BP Nieuwegein

telefoon: 030 - 6044047

Website www.voks.nl

E-mail info@voks.nl

Kinderchirurgisch Centrum Amsterdam

secretariaat AMC (020) **566 5693**

secretariaat VU medisch centrum (020) **444 2424**

Kinderchirurgisch Centrum Amsterdam ©
september 2003

302009