

Beschrijving ziektebeeld:

Bij achalasia verloopt de passage van voedsel van de slokdarm naar de maag moeizaam. Hiervoor zijn twee redenen aan te geven:

1. De onderste slokdarmsfincter opent zich bij het slikken onvoldoende;
2. De oesophagus peristaltiek is afwezig of spastisch.

Deze twee stoornissen in de motoriek van de slokdarm zorgen ervoor dat het voedsel zich opstapelt in de slokdarm.

Per jaar wordt deze aandoening bij ongeveer 1 op de 100.000 mensen vastgesteld. Achalasia kan op elke leeftijd beginnen.

Microscopisch worden er in de slokdarmwand minder zenuwcellen gevonden dan in de slokdarmwand van gezonde mensen. Aangenomen wordt dat deze zenuwcellen verantwoordelijk zijn voor het openen van de onderste slokdarmsfincter en voor het aansturen van de peristaltiek.

De oorzaak van het verdwijnen van de zenuwcellen is nog onbekend. Er wordt gedacht aan virusinfecties of aan auto-immuun-stoornissen .

In het AMC maken we gebruik van slokdarm-manometrie om de definitieve diagnose achalasia vast te stellen. Bij deze manometrie wordt de druk op verschillende plaatsen in de slokdarm gemeten en kunnen een gestoorde peristaltiek en een zich niet of nauwelijks openende kringspier gemakkelijk worden waargenomen. In meer dan 90% van de gevallen wordt op deze manier de diagnose achalasia gesteld. Daarnaast wordt een slikfoto gemaakt om de diagnose te bevestigen en de mate van stase en vorm en breedte van de slokdarm te meten. Lange termijn complicaties als een epifrenisch divertikel of een gedilateerde slokdarm kunnen namelijk de behandeling bemoeilijken.

De keuze tussen endoscopische of chirurgische behandeling hing de laatste jaren (tot oktober 2015) voornamelijk af van randomisatie, omdat vrijwel alle patiënten in trialverband geopereerd werden, waarbij gerandomiseerd werd tussen POEM (perorale endoscopische myotomie) versus pneumodilatatie, of tussen POEM versus Heller. Andere factoren die meespelen:

- Indicatie voor POEM: verhoogde BMI, gefaald op eerdere Heller myotomie, type 3 achalasia (spastische achalasia) (aangezien bij POEM een myotomie over een langer traject mogelijk is, tot proximaler in de slokdarm)
- Indicatie voor Heller: gefaald op eerdere POEM, epifrenisch divertikel bij achalasia

Pneumodilatatie

In het AMC worden patiënten in eerste instantie meestal endoscopisch behandeld. De behandeling bestaat uit het oprekken van de kringspier onderin de slokdarm (pneumodilatatie) en wordt poliklinisch verricht onder diepe sedatie. Het gaat om ongeveer 150 patiënten per jaar. In 70 tot 80 % van de gevallen geeft deze behandeling een uitstekend resultaat.

POEM (perorale endoscopische myotomie)

Deze procedure wordt onder algehele anesthesie met een endotracheale tube uitgevoerd waarvoor submucosaal een ingang naar de spierlaag wordt gemaakt en vandaaruit over ongeveer 9 tot 15 cm verticaal gekliefd tot aan de onderste slokdarmsfincter. Middels POEM kan een groter traject tot proximaler in de slokdarm gekliefd worden dan bij een chirurgische bendering.

Laparoscopische Heller myotomie

Wanneer bovenstaande behandelingen geen adequaat resultaat hebben gegeven, wordt een chirurgische behandeling overwogen. In 10-15% van de gevallen zal men deze behandeling direct adviseren. Bij de chirurgische behandeling wordt de spierlaag van de onderste slokdarmsfincter doorgesneden (myotomie) waarbij het slijmvlies intact wordt gelaten. Om een hiatus hernia en reflux te voorkomen wordt vervolgens een Dor fundoplicatie verricht.

Aspiratierisico:

Er worden dus twee populaties onderscheiden met eenzelfde ziektebeeld- de chirurgische, en de MDL patiënten. Beide patiënten mogen daags voor de operatie slechts een vloeibaar dieet. Dit protocol is echter verschillend in beide groepen: De patiënten voor een POEM en pneumodilatatie volgen 72 uur voor de procedure een vloeibaar dieet, de laatste 24 uur helder vloeibaar en strikt nuchter vanaf 9 uur voor start de procedure. De patiënten voor een Heller volgen 48 uur voor de operatie een vloeibaar dieet waarvan de laatste 24 uur helder vloeibaar. Verder nuchter beleid is strikt nuchter 6 uur voor de ingreep.

De POEM procedure wordt in principe uitgevoerd na een RSI. Intussen zijn er in het AMC 140 van dergelijke procedures uitgevoerd zonder incidenten van aspiratie/regurgitatie. Ook de pneumodilataties waren zonder incidenten op dat vlak, echter is er wel een WFI verricht bij één van deze patiënten op basis van beeldvorming met veel stase in de slokdarm. Een WFI moet hier worden afgesproken als anamnese of beeldvorming daartoe aanleiding geven. Logistiek is de operatiekamer dan de beste optie.

Bij de populatie patiënten die met de chirurgische behandeling worden geholpen, hebben zich meerdere incidenten voorgedaan, ondanks correct uitgevoerde RSI. Voor de chirurgische myotomie moet om deze reden in principe voor iedereen een wakker fiberoptische intubatie afgesproken worden op de pre-operatieve screening.

RSI:

Zie protocol RSI.

Medicijnen:

POEM is pijnlijk: Ketanest bij inleiding 0.25 mg/kg, opladen met 2 g Metamizol, 1g Perfalgan, 0,05 mg/kg morfine i.v. tijdens ingreep, evt. clonidine, dexta 4 mg

Preoperatieve voorbereiding bij RSI en achalasie:

- Infuus plaatsen preoperatief afdeling voor toediening van nexium en ranitidine. Door te zorgen dat de pH van de maaginhoud wordt geneutraliseerd is de kans op chemische pneumonitis kleiner, voor zover het maaginhoud betreft.
- Beide neusgaten druppelen met xylometazoline. Plaatsen neusmaagsonde voor aanvang inductie.

Preoperatieve voorbereiding bij WFI:

Zie protocol WFI.

Inleiding anesthesie voor RSI:

1. Maagsonde uitzuigen indien aanwezig, deze hoeft niet tevoren geplaatst te worden bij POEM of WFI.
2. verder zie protocol RSI

Complicaties:

Chirurgisch en anesthesiologisch:

- Regurgitatie/aspiratie
- Misselijkheid
- Pijn en opgezette buik
- Subcutaan emphyseem
- Pijn in de schouder (door prikkeling van het diafragma)
- Pneumothorax waarvoor geplaatste thoraxdrain, pneumomediastinum (na POEM) of pneumoperitoneum, waarvoor 14G infuus door MDL arts wordt geplaatst.

Postoperatief beleid:

Neusmaagsonde in situ laten na chirurgie tot de volgende ochtend in verband met de slikfoto die nog gaat plaatsvinden voor uitsluiten van een perforatie. Niets per os tot na de slikfoto.

Patiënten gaan gedetubeerd naar de verkoever.

Literatuur

Inoe H et al. POEM for esophageal achalasia. Endoscopy 2010;42:265-271