



UMC Utrecht
Wilhelmina Kinderziekenhuis

Slokdarmafsluiting (oesofagus atresie)

Informatiefolder voor ouders

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Wat is een slokdarmafsluiting?	2
De behandeling	3
Evaluatie van de luchtpijp	3
De operatie	4
Na de behandeling	4
Mogelijke complicaties	4
Lekkage nieuwe aansluiting slokdarm	4
Vernauwing van de slokdarm	4
Reflux	5
Motiliteit van de slokdarm	6
Luchtweginfecties en longproblemen	6
Slokdarmafwijkingen	6
Vervolg	7
Vervolgafspraken	7
Het behandelteam	8
Hebt u vragen?	9
Meer informatie	9

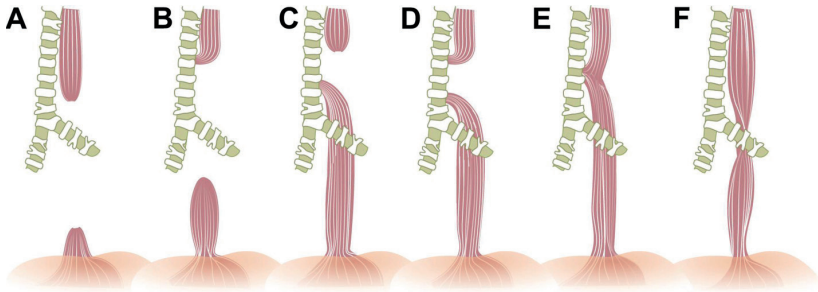
Inleiding

Een behandeling in het ziekenhuis kan een ingrijpende gebeurtenis zijn. We vinden het belangrijk u en uw kind hierbij goed te begeleiden.

In deze folder leest u meer over wat een slokdarmafsluiting is, wat er gebeurt tijdens de operatie en wat u kunt verwachten in de periode na de operatie.

Wat is een slokdarmafsluiting?

Een slokdarmafsluiting (ook wel oesofagus atresie genoemd) is een aangeboren onderbreking van de slokdarm. De slokdarm is de verbinding tussen mond en maag. Het bovenste deel van de slokdarm eindigt bij een slokdarmafsluiting meestal in een blinde zak. Het onderste deel is vaak verbonden met de luchtpijp. Deze open verbinding tussen de slokdarm en luchtpijp, noemen we een fistel. Door de slokdarmafsluiting kan voedsel niet van de mond naar de maag, maar kan er wel maagsap in de luchtwegen komen. Er zijn verschillende typen slokdarmafsluitingen. In figuur 1 ziet u de meest voorkomende typen slokdarmafsluitingen.



Figuur 1 Verschillende typen slokdarmafsluiting. Type C komt het vaakst voor (85 procent)

Wanneer er sprake is van een afsluiting van de slokdarm, dan komt dit in ongeveer de helft van de gevallen voor in combinatie met andere specifieke afwijkingen. Deze mogelijke set aan afwijkingen vatten we samen onder de noemer VACTERL. In figuur 2 splitsen we deze afkorting uit.

- V = Vertebrale afwijkingen (wervels zijn misvormd of afwijkend in aantal)
- A = Anusatresie (aanlegstoornis van de anus)
- C = Cardiale afwijkingen (aanlegstoornissen van het hart)
- T = Tracheo-oesofageale fistel (een onnatuurlijke verbinding tussen
luchtpijp en slokdarm)
- E = Oesofagusatresie (slokdarmafsluiting)
- R = Renale afwijkingen (aanleg stoornis van de nieren en/of urinewegen)
- L = Limb (afwijkingen aan de armen of benen)

Figuur 2 VACTERL

Omdat deze afwijkingen vaak samen voorkomen met een slokdarmafsluiting, verrichten we hier onderzoek naar. Tijdens de opname in het ziekenhuis maken we een echo van het hart, de nieren, het ruggenmerg en maken we röntgenfoto's van de wervelkolom. Daarnaast verrichten we genetisch onderzoek.

Wij bieden alle ouders van een kind met een slokdarmafsluiting een reanimatiecursus aan. Kinderen met een slokdarmafsluiting kunnen zich namelijk makkelijker verslikken of last hebben van een te slappe luchtpijp (tracheomalacie), waarbij er heel soms een noodsituatie kan ontstaan. In dit geval willen wij dat u zo goed mogelijk kunt handelen.

De behandeling

Uw kind heeft een operatie nodig voor de slokdarmafsluiting. Dit gebeurt in ons ziekenhuis vrijwel altijd met een kijkoperatie.

Evaluatie van de luchtpijp

Voorafgaand aan de operatie verricht de keel-neus-oorarts een tracheoscopie. Dit is een onderzoek waarbij we met een camera de binnenkant van de luchtpijp bekijken. Een slokdarmafsluiting komt vaak samen voor met een slappe van de luchtpijp, ook wel tracheomalacie genoemd. Hierbij zijn de kraakbeenringen van de luchtpijp (te) slap of misvormd. Deze kraakbeen-

ringen zorgen normaal voor de stevigheid en het goed open blijven van de luchtpijp. Ook kan de spierwand aan de achterkant van de luchtpijp te breed en te slap zijn. Kinderen met een slappe luchtpijp kunnen in ademnood komen. Als we tijdens het onderzoek zien dat er sprake is van een slappe achterwand van de luchtpijp, dan kunnen we de luchtpijp met een aantal hechtingen opspannen aan de wervelkolom. Door het vastmaken van de slappe achterwand van de luchtpijp aan de wervelkolom, blijft de luchtpijp beter open staan. Bij de meeste kinderen is er geen extra behandeling nodig en wordt de luchtpijp vanzelf sterker wanneer kinderen ouder worden.

De operatie

Tijdens de kijkoperatie brengen we een camera en instrumenten in via enkele kleine openingen in de rechter zijde van de borstkas. We maken beide uiteinden van de slokdarm aan elkaar vast met hechtingen. Een eventuele verbinding tussen de slokdarm en de luchtpijp wordt gesloten. We voeren een voedingssonde via de neus naar de maag door en soms laten we een slang (drain) achter in de borstkas om vocht en lucht af te kunnen voeren.

Na de behandeling

Na de behandeling verblijft uw kind nog een periode op de couveuseafdeling. We bouwen de ondersteuning van de beademing af en starten de voeding via de voedingssonde. Hierna wordt uw kind overgeplaatst naar de afdeling kinderchirurgie om zelf te leren drinken.

Mogelijke complicaties

Lekkage nieuwe aansluiting slokdarm

De belangrijkste complicatie op korte termijn is lekkage van de nieuwe aansluiting van de slokdarm. Dit herstelt meestal door het plaatsen van een slang (drain) bij de lekkage in de borstholte. Hierdoor kan de lekkage droog vallen en kan de aansluiting van de slokdarm genezen.

Vernauwing van de slokdarm

Een andere complicatie die kan optreden, is een vernauwing van de slokdarm. Dit is meestal ter hoogte van de nieuwe verbinding als gevolg van littekenweefsel. Hierdoor kan er weinig voeding langs en kan uw kind

slechter gaan drinken, gaan spugen, slijm opgeven of minder lucht krijgen. De vernauwing kunnen we in beeld brengen met röntgen contrastvloeistof, zie figuur 3. Een vernauwing kunnen we onder narcose oprekken. Dit is soms meerdere keren en op verschillende momenten in de toekomst nodig. Voor het oprekken gebruiken we meestal speciale ballonnen. Bij terugkerende vernauwingen kunnen we de ballon in de slokdarm achterlaten. De ballon kan dan in de thuissituatie meerdere keren per dag worden opgeblazen, om zo een terugkeer van de vernauwing te voorkomen.



Figuur 3: Met röntgen contrastvloeistof onderzoeken we de slokdarm

Reflux

Kinderen met een slokdarmafsluiting hebben meer kans op reflux. Je spreekt van reflux wanneer er maagsappen omhoog komen in de slokdarm. Een beetje reflux is normaal, maar als dit veel is dan kan de slokdarm 'ontstoken' raken. Kinderen hebben in dit geval vaak last van overgeven, buikpijn, niet willen drinken/eten, een groeiachterstand of prikkelbaarheid. Door middel van verschillende onderzoeken stellen we vast of er daadwerkelijk sprake is

van reflux. In het geval van schadelijke reflux, waarbij medicijnen onvoldoende helpen, is soms een aanvullende operatie nodig. Bij deze zogenaamde anti-reflux operatie wordt het sluitmechanisme tussen de slokdarm en de maag hersteld.

Motiliteit van de slokdarm

Bij bijna alle kinderen is er sprake van een gestoorde beweging (motiliteit) van de slokdarm, waardoor het eten moeilijker zakt. Water drinken bij het eten kan helpen om het eten beter te laten zakken. Daarnaast zijn soms medicijnen nodig.

Luchtweginfecties en longproblemen

Kinderen met een slokdarmafsluiting hebben een verhoogde kans op luchtweginfecties en longproblemen. Vandaar dat de longarts uw kind regelmatig controleert tijdens de ontwikkeling. Vanaf de leeftijd van 5,5 jaar tot de leeftijd waarop uw kind volgroeid is, legt de longarts met een long-functieonderzoek ook de longinhoud en functie vast.

Slokdarmafwijkingen

Daarnaast lijkt er in de toekomst (volwassen leeftijd) een mogelijk licht verhoogd risico op slokdarmafwijkingen en slokdarmkanker. Op de leeftijd van 17 jaar zullen we uw kind oproepen voor de transitiepoli. Dit is een poliafspraak bij de volwassen maag-darm-leverarts, waarbij in de meeste gevallen ook de kinderchirurg aanwezig zal zijn. Hierbij wordt uw kind 'overgedragen' aan het volwassen ziekenhuis. We bespreken hoe de verdere ontwikkeling van de slokdarm wordt vervolgd, om eventuele veranderingen vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Vervolg

Uw kind heeft een grote operatie ondergaan waarbij de slokdarm opnieuw is aangesloten. Tijdens de nacontroles op de polikliniek kunnen we het verloop van het herstel volgen en vroegtijdig ingrijpen wanneer er klachten ontstaan. Belangrijke zaken die we controleren en waarin we u begeleiden zijn:

- De groei en ontwikkeling van uw kind.
- De overgang van vloeibaar naar vast voedsel.
- Het eten en drinken in het algemeen.
- De functie van de luchtwegen en longen.

Heeft uw kind tussen de afspraken door klachten, dan kunt u altijd contact opnemen met de polikliniek kinderchirurgie.

Vervolgafspraken

- 4 weken: kinderchirurg+kinderarts+diëtist
- 3 maanden: kinderchirurg+longarts+kinderarts+diëtist+ maatschappelijk werk
- 6 maanden: kinderchirurg+kinderarts+neonatoloog+klinisch geneticus+diëtist
- 12 maanden: kinderchirurg+kinderarts+longarts+neonatoloog+diëtist+ maatschappelijk werk
- 18 maanden: kinderchirurg+kinderarts
- 24 maanden: kinderchirurg+kinderarts+longarts+neonatoloog+ psycholoog+diëtist+vragenlijst logopedie
- 3,5 jaar: kinderchirurg+kinderarts+longarts
- 5,5 jaar: kinderchirurg+kinderarts+longarts+longfunctie onderzoek+neonatoloog+psycholoog
- 8 jaar: kinderchirurg+kinderarts+longarts+longfunctie onderzoek
- 11 jaar: kinderchirurg+kinderarts+longarts+longfunctie onderzoek
- 14 jaar: kinderchirurg+kinderarts+longarts+longfunctie onderzoek
- 17 jaar: afspraak overgangsspreekuur volwassenen mdl-arts+ kinderchirurg; en afspraak bij kinderlongarts+longfunctie onderzoek

Het behandelteam

Op de polikliniek werken wij met een team van verschillende medisch specialisten en professionals. De kinderchirurg is de hoofdbehandelaar van uw kind. De volgende specialisten zijn vaak betrokken bij de behandeling van uw kind:

- Kinderchirurg: een chirurg gespecialiseerd in de operatieve behandeling van kinderen.
- Kinderarts: een arts gespecialiseerd in de behandeling van groei en ontwikkelingsproblemen bij kinderen.
- Kinderlongarts: een arts gespecialiseerd in aandoeningen van de longen en luchtwegen. Tijdens een longfunctieonderzoek testen we hoe goed de longen werken.
- Kinderkeel-neus-oorarts: een arts gespecialiseerd in aandoeningen van de luchtpijp.
- Kindermaag-darm-leverarts: een arts gespecialiseerd in aandoeningen van de slokdarm en maag.
- Neonatoloog: een arts gespecialiseerd in de zorg voor te vroeg geboren of zieke pasgeboren kinderen.
- Klinisch geneticus: een arts gespecialiseerd in erfelijke ziektes.
- Diëtist: een specialist op het gebied van voeding in relatie tot ziekte en groei.
- Logopedist: een specialist op het gebied van stem, spraak, taal, gehoor en slikken.
- Psycholoog: een specialist op het gebied van gedrag en mentale, psychologische en emotionele ondersteuning.
- Maatschappelijk werker: een specialist die ouders praktische- en psychosociale ondersteuning biedt bij vragen en zorgen die voortkomen naar aanleiding van ziekte, opname, behandeling en ontslag.
- Zo nodig andere specialisten (afhankelijk of er ook andere aangeboren afwijkingen zijn vastgesteld).

Hebt u vragen?

Hebt u vragen, neem dan contact op met de polikliniek kinderchirurgie via telefoonnummer 088 75 540 70.

Bij een **spoedgeval** neemt u op werkdagen **overdag** contact op met de polikliniek kinderchirurgie via telefoonnummer 088 75 540 70.

In de **avond** of in het weekend kunt u contact opnemen via 088 75 555 55 en vraagt u naar de dienstdoende kinderarts.

Meer informatie

Meer informatie over slokdarmafsluiting leest u op de website van de patiëntenvereniging www.voks.nl.

Aantekeningen

Aantekeningen


Divisie heekundige specialismen

Afdeling kinderchirurgie

UMC Utrecht, Locatie WKZ, Lundlaan 6, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht
Tel 088 75 555 55

www.umcutrecht.nl

© 2021, UMC Utrecht



Bezoekadres:
Lundlaan 6
3584 EA UTRECHT

Postadres:
Postbus 85090
3508 AB UTRECHT

www.hetwkz.nl
T. +31 (0)88 75 555 55