

3 Andere Motilitätsstörungen

3.1 Achalasie

S. Nurko, Y. Vandenplas, übersetzt von Axel Enninger

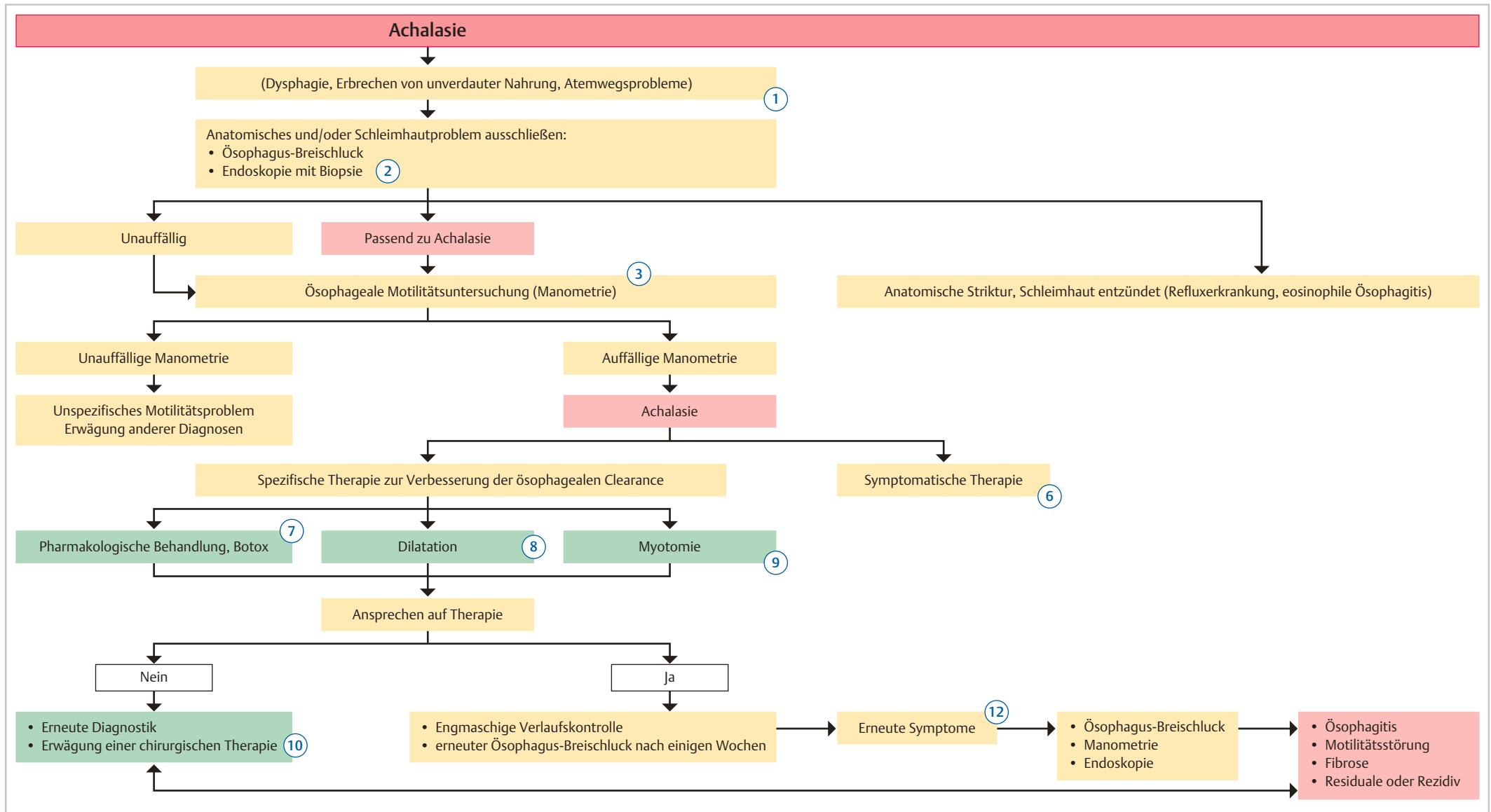


Abb. 3.1 Algorithmus zur Achalasie.

1 – Patienten mit einer Achalasie stellen sich oft mit Dysphagie für Flüssigkeiten und feste Nahrungsbestandteile, Erbrechen von unverdauten Nahrungsmitteln oder mit Atemwegssymptomen vor. Schmerzen beim Schlucken sind keine typischen Symptome einer Achalasie.

2 – Anatomische Ursachen und Schleimhautveränderungen müssen ausgeschlossen werden. Bei der Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes würde sich dann beispielsweise eine peptische Ösophagitis oder eine eosinophile Ösophagitis zeigen. Eine Röntgen-Kontrastmittel-Untersuchung (inklusive Spätaufnahme des Ösophagus nach 5 Minuten) gibt Überblick über die Anatomie und zeigt mögliche Strikturen. Die Untersuchung zeigt gleichzeitig das Ausmaß der ösophagealen Dilatation und die Einengung am distalen Ösophagus. Im frühen Stadium der Achalasie können diese Untersuchungen noch unauffällig sein (cave: Endoskopie mit dünnem Endoskop).

3 – Im Falle eines eindeutigen Verdachts auf das Vorliegen einer Achalasie oder für den Fall, dass die Röntgenuntersuchung normal ist und dass keine andere Erklärung für die Beschwerden in Frage kommt, ist eine ösophageale Manometrie als nächster diagnostischer Schritt anzuraten. Die Diagnose einer Achalasie muss manometrisch bestätigt werden. Die diagnostischen Kriterien bei der Manometrie sind wie folgt: (a) Fehlen einer ösophagealen Peristaltik im distalen Ösophagus. (b) Abnorme Funktionen des unteren Ösophagussphinkters – abnorme oder fehlende Relaxation; normalerweise ist das Fehlen der Relaxation des unteren Ösophagussphinkters gut sichtbar, bei manchen Patienten ist dieses jedoch nicht bei allen Schluckakten so. (c) Hoher Ruhe-Druck im unteren Ösophagussphinkter – viele Kinder mit Achalasie haben jedoch einen normalen Druck im Ösophagussphinkter. (d) Hoher ösophagealer Druck im Vergleich zum Druck im Magen. Der wesentliche Befund bei der Manometrie ist jedoch das Fehlen der ösophagealen Peristaltik.

4 – Wenn durch die Manometrie die Diagnose einer Achalasie nicht gestellt werden kann, müssen andere Erkrankungen in Betracht gezogen werden. Hierbei geht es insbesondere um unspezifische Motilitätsstörungen, Systemerkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen.

5 – Eine spezifische Behandlung für eine Achalasie besteht nicht. Alle Behandlungsoptionen zielen auf eine Verbesserung der Entleerung des Ösophagus.

6 – Die Behandlung der Achalasie berücksichtigt diverse Facetten der Erkrankung. Zu den Supportivmaßnahmen gehört eine Ernährungsintervention, eine Korrektur der Elektrolyte, Schmerzbehandlung, sowie symptomatische Empfehlungen um Aspirationen zu vermeiden. Gelegentlich ist die Anlage einer nasogastralen Sonde zur Verbesserung der Ernährungssituation notwendig, um später invasive Therapien anwenden zu können.

7 – Medikamentöse Behandlungsversuche haben bislang nicht zu langfristigen Erfolgen geführt. Die meist benutzten Medikamente sind Kalziumkanalblocker. Diese Medikamente können vorübergehend bis zur definitiven Behandlung angewandt werden. Die Injektion von Botulinumtoxin in den unteren Ösophagussphinkter ist eine kurzfristig effektive Maßnahme zur Behandlung einer Achalasie. Die Maßnahme kann auch benutzt werden, um bei Unklarheiten die Diagnose einer Achalasie zu bestätigen.

8 – Ballondilatation: Die Ballondilatation stellt eine effektive Langzeittherapie einer Achalasie dar. Die meisten Patienten benötigen mehr als eine Dilatation, aber immerhin zeigen 50% der Patienten ein langfristiges Ansprechen. Das wesentliche Risiko der Dilatation ist die Perforation, die bei ca. 5% der Patienten auftritt.

9 – Die Heller'sche Myotomie mit oder ohne Fundoplikatio ist mittlerweile bei den meisten Krankenhäusern, die Patienten mit einer Achalasie behandeln, das Standardvorgehen. Die Operation wird meist laparoskopisch/thorakoskopisch durchgeführt. Die langfristige Ansprechrate liegt bei 85%. Die wesentlichen langfristigen Komplikationen bestehen aus einem gastroösophagealen Reflux und einer Dysphagie (besonders bei gleichzeitig durchgeführter Fundoplikatio). Die Entscheidung, ob eine Dilatation oder eine Myotomie durchgeführt wird, ist abhängig von den Wünschen der Patienten und der verfügbaren Expertise in den Zentren. In den vergangenen Jahren hat sich die chirurgische Vorgehensweise zunehmend durchgesetzt.

10 – Bei Patienten, die nicht auf die durchgeführte Behandlung angesprochen haben, muss die Diagnostik wiederholt werden, um die Ursache für das Therapieversagen zu eruieren. Eine Wiederholung der Therapie oder eine neue Therapiemodalität sollte dann in Erwägung gezogen werden. Hierbei kommt auch das Versagen der bisher durchgeführten Therapie oder das Vorliegen einer schweren ösophagealen Motilitätsstörung als Ursache in Frage.

11 – Bei gutem Therapieansprechen werden engmaschige Kontrolluntersuchungen empfohlen. Eine Kontrastmitteluntersuchung ist einige Wochen nach Durchführung der Therapie indiziert.

12 – Bei erneut auftretenden Symptomen wird eine erneute Diagnostik empfohlen. Die wesentlichen Ursachen für Wiederauftreten der Symptome werden in Fußnote 14 aufgezählt.

13 – Die Evaluation der Patienten beinhaltet eine Kontrastmitteluntersuchung des oberen Gastrointestinaltraktes, eine Endoskopie, sowie eine ösophageale Manometrie. Die Kombination dieser Untersuchungen ermöglicht es, die zugrunde liegende Pathophysiologie der Symptome korrekt einzuordnen. Wichtig ist, eine Korrelation herzustellen zwischen der radiologisch festgestellten verzögerten Entleerung des Ösophagus und dem Druck im unteren Ösophagussphinkter. Ein Druck im unteren Ösophagussphinkter unter 10 mmHg wird üblicherweise als Therapieerfolg angesehen.

14 – Die häufigsten Ursachen für rezidivierende Symptome resultieren aus dem Vorhandensein einer Ösophagitis. Dysphagiesymptome sind meist mit abnormer ösophagealer Motilität assoziiert, aber auch mit narbigen Veränderungen durch die vorangegangenen Therapieversuche oder durch die Rekurrenz oder Persistenz der Achalasie. In Abhängigkeit von den gefundenen Problemen ist entweder eine neue medikamentöse Therapie, eine Dilatation oder eine chirurgische Intervention notwendig (siehe Punkt 10).