

Kinderbekkenfysiotherapie

Goede resultaten kinderbekkenfysiotherapie bij obstipatie op kinderleeftijd

Fysiotherapie is een van de mogelijkheden om kinderen met obstipatie te behandelen. Ontlastingsproblematiek op basis van obstipatie komt bij kinderen veel voor. Deze problematiek wordt gekenmerkt door pijnlijke, harde en onregelmatige defecatie, vaak in combinatie met fecale incontinentie (onvrijwillig verlies van ontlasting) en buikpijn. Jaarlijks presenteren zich per huisartsenpraktijk twaalf tot vijftien kinderen (in de leeftijdscategorie 0-17 jaar) met ontlastingsklachten. Bij veertig procent van de kinderen ontstaan deze klachten al in het eerste levensjaar en is sprake van een toename van de ernst van de obstipatie naarmate deze langer aanhoudt.

Obstipatie kan optreden door een abnormale functie van de dikke darm, de endeldarm, de sluitspiers en de buik- en bekkenbodemspieren, door de wil van het kind en door omgevingsfactoren, ook wel functionele obstipatie genoemd (bij meer dan negentig procent van de kinderen).

De oorzaak van functionele obstipatie is grotendeels onbekend. Overgang van borstvoeding naar flesvoeding en overgang van vloeibare voeding naar vaste voeding kunnen aanleiding zijn voor het ontstaan van obstipatie. Ook wordt aangenomen dat de zindelijkheidstraining een kritische periode is. In deze periode leert het kind de ontlasting bewust op te houden.

Ophoudgedrag

Langdurig ophoudgedrag leidt tot ophoping van ontlasting en uitzetting van de endeldarm. Hierdoor verdwijnt het aandranggevoel en neemt de spanning in de bekkenbodemspieren toe. De defecatie wordt moeilijker en pijnlijke passage van harde ontlasting doet de weerstand tegen en de angst voor defecatie verder toenemen. Deze vicieuze cirkel leidt uiteindelijk tot het verlies van aandranggevoel en van controle over de sluit- en bekkenbodemspieren, waardoor overloopdiarree kan ontstaan. Dit is ontlastingsverlies waarbij de dunne ontlasting langs de ingedikte ontlasting sijpelt die in de endeldarm aanwezig is.

Voor kinderen zijn er verschillende redenen defecatie uit te stellen, zoals pijnlijke harde ontlasting, zich geen tijd gunnen, nog even niet naar het toilet mogen tijdens de les, vuile of gehorige toiletten op school of weigeren een vreemd toilet te gebruiken. Ook het niet zelf kunnen afvegen of een stressvolle gebeurtenis kan leiden tot uitstelgedrag.

Door druk van de uitgezette endeldarm op de blaas ziet men bij deze kinderen vaak ook urine-incontinentie overdag optreden. Ongeveer dertig procent van de kinderen heeft naast symptomen van functionele obstipatie ook klachten van urine-incontinentie, blaasontstekingen of andere lagere-urinewegsymptomen. De behandeling van obstipatie leidt vaak tot een verbetering van deze klachten.

Gedragsveranderingen

Functionele obstipatie heeft een grote impact op het leven van het kind en op het gezin. Bij veertig procent van de kinderen worden gedragsveranderingen zoals eetproblemen, schoolverzuim, gezinsproblematiek, sociaal isolement, concentratieproblemen en depressiviteit gezien.

Bij ongeveer een kwart van de kinderen persisteert de obstipatie tot op volwassen leeftijd. Dit resulteert in een vermindering van kwaliteit van leven.

Deze gedragsveranderingen kunnen verdwijnen wanneer de behandeling succesvol verloopt.

Fecale incontinentie en functionele obstipatie komen ook voor bij kinderen die slachtoffer zijn van seksueel misbruik en/of kindermishandeling. Men dient hier te allen tijde alert op te zijn.

Kinderbekkenfysiotherapie

Diverse disciplines zijn betrokken bij de behandeling van functionele obstipatie. Zo kan ook een beroep worden gedaan op een fysiotherapeut vanwege de betrokkenheid van de buik- en bekkenbodemspieren en de sluitspiers bij het ontstaan en voortbestaan van obstipatie. Kinderbekkenfysiotherapie staat voor de fysiotherapeutische zorg verleend aan kinderen met plas- en poepproblemen, buikpijnklachten, enuresis (bedplassen) en recidiverende urineweginfecties. Zowel geregistreeerde kinderfysiotherapeuten als geregistreeerde bekkenfysiotherapeuten, beiden met aanvullende scholing, zijn in staat kinderen met problemen op dit gebied te behandelen. De behandeling door de kinderbekkenfysiotherapeut geschiedt vrijwel altijd op verwijzing van huisarts, kinderarts of andere specialist. Daarnaast is de fysiotherapeut direct toegankelijk, dat wil zeggen dat men zonder verwijzing een fysiotherapeut kan raadplegen. De fysiotherapeut zal echter in alle gevallen, na overleg met ouders, de huisarts benaderen voor overleg. Indien de huisarts dat nodig acht, zal aanvullende diagnostiek worden verricht.

Het onderzoek

De kinderbekkenfysiotherapeut voert zelfstandig een onderzoek uit met als doel te achterhalen waarom het kind zich presenteert met deze klacht in al zijn facetten om zo de beste therapeutische optie te kunnen bieden. Het onderzoek bestaat uit het afnemen van een uitgebreide anamnese waarin de ontwikkeling van het kind wordt uitgevraagd evenals de ontwikkeling van de zindelijkheid, en een uitgebreide medische anamnese. Daarnaast worden vragen gesteld over het toiletgedrag.

Om een compleet beeld te krijgen, worden ook vragen gesteld over persoonlijke factoren (school, sport, vriendjes en vriendinnen) en omgevingsfactoren (gezin, echtscheiding, overlijden), de kwaliteit van leven en de invloed van de klachten op het kind en het gezin. Deze vragen zijn van belang om te kunnen beoordelen of het een geschikt moment is om een behandeling te kunnen starten en of het inschakelen van een gedragsdeskundige nodig is. Aan de hand van plas- en poepdagboeken evenals vocht- en vezellijsten, die thuis moeten worden ingevuld, wordt een indruk verkregen van bestaande gewoonten en structuur op het gebied van eten, drinken, plassen en ontlasten, reactie op aandrang, aanwezigheid van pijn en eventueel verlies van urine of ontlasting.

Naast een algemeen lichamelijk onderzoek waarbij goed wordt gekeken naar de motorische basisvaardigheden, wordt speciaal onderzoek uitgevoerd gericht op het beoordelen van de ademhaling, rompstabiliteit, buikspieren en bekkenbodemspieren. Spierspanning, coördinatie, kracht en timing en bewustwording van het lichaam zijn belangrijke vaardigheden waar een kind over moet beschikken om zindelijk te kunnen zijn en blijven.

Na het onderzoek zullen in samenspraak met kind, ouders en eventueel verwijzer de resultaten worden besproken en zal een behandelplan worden opgesteld.

De behandeling

Een belangrijk onderdeel van de behandeling bestaat uit het geven van voorlichting en adviezen wat betreft een goed drink- en eetpatroon en adequaat toiletgedrag. Vooral uitleg en het wegnemen van eventuele schuldgevoelens zijn van belang. Ouders en kinderen moeten weten hoe obstipatie kan ontstaan en dat functionele obstipatie een van de belangrijkste oorzaken is van ontlastingsproblematiek op kinderleeftijd, dat het onschadelijk en bij goede therapietrouw te genezen is. Als sprake is van ontlastingsverlies, is het van belang om uit te

leggen dat dit veelal het gevolg is van overloopincontinentie en niet van eigenzinnig of opstandig gedrag.

Kinderbekkenfysiotherapie richt zich op toilettraining, het aanleren van een juiste toilethouding en juist toiletgedrag zonder vermijden of uitstel en wordt in de praktijk geoefend. Een juiste perstechniek wordt aangeleerd; hard en veelvuldig persgedrag moet worden voorkomen.

Het trainen van de bewustwording en bewustzijn van het lichaam is van belang. Zonder deze vaardigheden is een kind niet in staat signalen vanuit blaas, darmen en bekkenbodem te voelen en daar op een adequate manier op te reageren. Het goed en volledig kunnen ontspannen, een ontspannen ademhaling, een goede rompstabiliteit en beweeglijkheid en een goede functie van de bekkenbodemspieren zijn eveneens voorwaarden voor het zindelijk worden en blijven. De oefentherapie zal in combinatie met alle adviezen thuis in praktijk gebracht moeten worden. Alle oefeningen worden aangeboden op een kindvriendelijke manier, rekening houdend met leeftijd, motorische vaardigheden en cognitie.

Speciale fysiotherapeutische behandelopties

Myofeedback is een vorm van feedback waarbij met behulp van een meting de activiteit van de bekkenbodemspieren zichtbaar en hoorbaar wordt gemaakt. Dit kan zowel uitwendig als inwendig (alleen door geregistreerde bekkenfysiotherapeuten) gebeuren. Het kind doet als het ware een computerspelletje met zijn billen waarbij hij zich bewust wordt van spanning, ontspanning en activiteit van de bekkenbodemspieren in verschillende houdingen en bij verschillende activiteiten. Deze behandeling zal op een rustige manier worden uitgevoerd en alleen als ouders en kind daarmee akkoord gaan.

Naast het meten van spieractiviteit kan met behulp van electrostimulatie ook een spier geprikkeld of geactiveerd worden. Dit kan nodig zijn als kinderen niet meer weten hoe bekkenbodem- of sluitspiers werken. Ook kan getraind worden met een speciale rectale ballon die in de endeldarm gebracht kan worden (alleen door geregistreerde bekkenfysiotherapeuten). Deze ballon wordt gebruikt om aandranggevoel en de reactie op aandrang te trainen of om informatie te krijgen over de gevoeligheid en rekbaarheid van de endeldarm. Er wordt ook gekeken naar de reactie van de bekkenbodemspieren op aandrang.

Tot slot

Het beste resultaat met de behandeling wordt behaald wanneer een kind spelenderwijs de vaardigheden oefent en blijft oefenen. Behoud van de aangeleerde vaardigheden is essentieel, aangezien veel kinderen terugvallen in oude patronen. Ouders moeten worden aangemoedigd een positieve en ondersteunende houding aan te nemen. Langdurig gebruik van laxeermiddelen kan nodig zijn. Het is van belang dat de ontlasting zacht blijft, zodat het voor het kind mogelijk blijft om regelmatig en pijnloos te ontlasten. Leerkrachten en begeleiders van buitenschoolse opvang worden benaderd om de begeleiding te ondersteunen en de kinderen te helpen de gegeven adviezen uit te voeren. Uiteindelijk zal het kind in staat zijn zelf zorg te dragen voor schone broeken.

Een goede motivatie van het kind maar ook van de ouders is essentieel om dit (vaak langdurige) traject vol te houden. Om terugval te voorkomen, zal gebruik worden gemaakt van terugkomafspraken en bel-/mailcontact.

Casus Mark

Mark is een jongen van 11 jaar die sinds hij zindelijk is obstipatieklachten heeft. Hij heeft vaak pijnlijke harde ontlasting. Uiteindelijk blijkt een hoge dosis laxeermiddel noodzakelijk

om regelmatig normale ontlasting te krijgen. Ondanks dat de ontlasting nu regelmatig komt, heeft hij dagelijks ontlastingsverlies, variërend van kleine tot grote hoeveelheden. Mark schaamt zich enorm. Hij heeft er alles voor over om van deze klacht af te komen. Hij heeft veel vrienden, voetbalt drie keer per week en gaat graag naar school. Zijn ouders ondersteunen hem op een positieve manier.

Onderzoek

Mark stelt het naar de wc gaan uit. Hij gaat niet graag op school naar het toilet. Die zijn vies en stinken. Bij onderzoek blijkt dat bij Mark sprake is van matige rompstabiliteit en zwakke buikspieren. De anus staat een beetje open. De spanning in de binnenste kringspier is erg laag. Hij heeft nauwelijks controle over de uitwendige sluitspier. De spanning in de diepe bekkenbodemspier (ophoudspier) is sterk verhoogd, en bij aanraken is de spier pijnlijk. Mark heeft geen idee hoe hij goed moet persen. Het aandranggevoel is verstoord. Hij voelt ontlasting niet aankomen.

Behandeling

Met behulp van toilettraining, met aandacht voor de juiste houding, juiste perstechniek en niet uitstellen, blijkt het verlies van ontlasting al te verminderen.

De oefeningen gericht op het verbeteren van de rompstabiliteit en van de functie van de buikspieren alsmede de algemene ontspannings- en ademhalingsoefeningen verbeteren het lichaamsgevoel en de lichaamscontrole. Mark kan aandrang beter waarnemen. Hij oefent thuis zeer trouw. De functie van de bekkenbodemspieren verbetert echter nauwelijks. Met behulp van inwendige functionele electrostimulatie (spierprikkelen van de bekkenbodemspieren) en rectale ballontraining zijn de functie van de bekkenbodemspieren en het aandranggevoel zodanig verbeterd dat Mark volledige controle over de ontlasting heeft teruggekregen. Na drie maanden fysiotherapie is hij volledig klachtenvrij.

Dit artikel is gepubliceerd in het magazine Kinderwijz mei/juni 2012

Tekst: Netty Bluijssen

Netty Bluijssen is Professional Master Kinderfysiotherapie en heeft zich gespecialiseerd in de behandeling van kinderen met mictie- en defecatiestoornissen, buikpijn en enuresis. Zij is werkzaam bij Fysiotherapie De Groote Wielen in Rosmalen. www.fysidegrootewielen.nl Daarnaast is zij coördinator van de opleiding Kinderbekkenfysiotherapie aan het somt te Amersfoort. www.somt.nl



Bron en literatuurlijst:

1. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis.* 2006 Sep;15(3):237-41.
2. Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0-18 jaar 2009.
3. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2006 Oct;101(10):2401-9.
4. Rajindrajith S, Devanarayana NM. Constipation in children: novel insight into epidemiology, pathophysiology and management. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011 Jan;17(1):35-47.
5. Scott SM, van den Berg MM, Benninga MA. Rectal sensorimotor dysfunction in constipation. *Best practice & research.* 2011 Feb;25(1):103-18.
6. Pijpers MA, Bongers ME, Benninga MA, Berger MY. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition.* 2010 Mar;50(3):256-68.
7. Bael AM, Benninga MA, Lax H, Bachmann H, Janhsen E, De Jong TP, et al. Functional urinary and fecal incontinence in neurologically normal children: symptoms of one 'functional elimination disorder'? *BJU Int.* 2007 Feb;99(2):407-12.
8. Chase JW, Homsy Y, Siggaard C, Sit F, Bower WF. Functional constipation in children. *The Journal of urology.* 2004 Jun;171(6 Pt 2):2641-3.
9. Coleman J, Spurling G. Constipation in people with learning disability. *BMJ (Clinical research ed.)* 2010;340:c222.
10. Bongers ME, van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA. Health related quality of life

in children with constipation-associated fecal incontinence. *The Journal of pediatrics*. 2009 May;154(5):749-53.

11. Wald A, Sigurdsson L. Quality of life in children and adults with constipation. *Best practice & research*. 2011 Feb;25(1):19-27.

12. Hodges PW, Sapsford R, Pengel LH. Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *Neurourology and urodynamics*. 2007;26(3):362-71.

13. Chase JW, Stillman BC, Gibb SM, Clarke MC, Robertson VJ, Catto-Smith AG, et al. Trunk strength and mobility changes in children with slow transit constipation. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2009 Dec;24(12):1876-84.

14. Bower WF, Chase JW, Stillman BC. Normative pelvic floor parameters in children assessed by transabdominal ultrasound. *The Journal of urology*. 2006 Jul;176(1):337-41.

15. Chen R, Song Y, Jiang L, Hong X, Ye P. The assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction by three-dimensional transperineal ultrasonography. *Archives of gynecology and obstetrics*. Dec 15.

16. Sapsford RR, Hodges PW. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001 Aug;82(8):1081-8.

17. Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA. Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourology and urodynamics*. 2001;20(1):31-42.

18. Bo K. BB, Morkved S., Kampen van, M. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor, Bridging Science and Clinical Practice. Butterworth, Heinemann, Elsevier 2007. p. 1-9; 45-93;113-33;47-64;201-33;304-17;95-419.

19. Lewicky-Gaupp C, Morgan DM, Chey WD, Muellerleile P, Fenner DE. Successful physical therapy for constipation related to puborectalis dyssynergia improves symptom severity and quality of life. *Diseases of the colon and rectum*. 2008 Nov;51(11):1686-91.

20. Chiarioni G, Whitehead WE. The role of biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders. *Nature clinical practice*. 2008 Jul;5(7):371-82.

21. Ismail KA, Chase J, Gibb S, Clarke M, Catto-Smith AG, Robertson VJ, et al. Daily transabdominal electrical stimulation at home increased defecation in children with slow-transit constipation: a pilot study. *J Pediatr Surg*. 2009 Dec;44(12):2388-92.

22. Franco I. The central nervous system and its role in bowel and bladder control. *Curr Urol Rep*. 2011 Apr;12(2):153-7.

23 Desantis DJ, Leonard MP, Preston MA, Barrowman NJ, Guerra LA. Effectiveness of biofeedback for dysfunctional elimination syndrome in pediatrics: a systematic review. *J Pediatr Urol*. 2011 Jun;7(3):342-8.

25. Bower WF, Chase JW, Stillman BC. Normative pelvic floor parameters in children assessed by transabdominal ultrasound. *J Urol*. 2006 Jul;176(1):337-41.

26. Joinson C, Heron J, Butler U, von Gontard A. Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*. 2006 May;117(5):1575-84.