

# 'n GEVALLESTUDIE – Rektale Inkontinensie

M. J. RUNNALLS, Dip. Physio. C.T.P. (U.C.T.),

*Senior Lektrise en Hoof Departement Fisioterapie, Universiteit van Stellenbosch;*

R. E. ESSLINGER, Nas. Dip. Fisisio.

*(Kollege van Fisioterapie, Pretoria), Senior Fisioterapeut, Tygerberg-hospitaal;*

J. H. GROENEWALD, M.B., Ch.B.(Pret.), M.Med.(Chir.) (Univ. Stell.),

*Lektor, Universiteit van Stellenbosch (Chirurg, Karl Bremer-hospitaal).*

## INLEIDING

Die probleem ter sprake is dié van rektale inkontinensie. Die gebruik van maksimale perineale elektriese stimulasies van die bekkenvloerspiere vir die behandeling van druklek is bekend, maar so ver ons weet, is dit nie tot dusver vir die behandeling van rektale inkontinensie gebruik nie. Die suksesvolle behandeling van rektale inkontinensie met maksimale perineale elektriese stimulasies word hieronder uiteengesit.

## SIEKTE-GESKIEDENIS

L.v.R., 'n twaalfjarige blanke meisie is sedert Januarie 1971 vir akute limfoblastiese leukemie behandel. Na ses weke van behandeling met Vinkristien en Prednisoon het sy 'n terugslag ondervind deurdat sy 'n *Pseudomonas* infeksie ontwikkel het. Gevolglik is haar behandeling verander na 6 Merkaptopurien en Prednisoon, waarvan die dosis geleidelik verminder is. Die pasiënt het toe in 'n staat van volledige remisie, wat haar leukemie betref, getree.

Daar het egter 'n septiese artritis van die inter-falangeale gewigte van die vingers van haar linkerhand, asook nekrose van die anus en peri-anale weefsel as gevolg van die *Pseudomonas* infeksie ontwikkel. Weens die laasgenoemde komplikasie moes 'n defunksionerende kolostomie uitgevoer word. Die infeksie het bedaar, maar die anus was totaal inkontinent op hierdie stadium. Die pasiënt is met 'n kolostomie ontslaan.

In Januarie 1972 is die pasiënt weer opgeneem. Die leukemie was nog steeds in remisie en die anale wond het mooi genees. Daar was egter 'n defek van die anale sfinkter met totale inkontinensie as gevolg van die nekrose van die peri-anale weefsel en onbruik van die bekkenvloerspiere. Met rektale ondersoek kon slegs 'n fibrotiese band gevoel word wat driekwart om die anus gestrek het. Hoegenaamd geen sfinktertonus kon waargeneem word nie en sy het geen kontraksievermoë van die bekkenvloerspiere gehad nie.

Die pasiënt is na fisioterapie verwys waar sy vanaf die 4de tot die 26ste Januarie 1972 die gewone faradiese soort prikkeling en oefeninge vir die bekkenvloerspiere ontvang het (tegniek van behandeling word later uiteengesit). Die pasiënt het 'n mate van kontraksie van die bekkenvloerspiere herwin, maar daar was nog baie min tonus van die anale sfinkter, heeltemal onvoldoende vir kontinensie.

Op 27 Januarie 1972 is faradiese soort prikkeling met dieselfde tegniek soos tevore toegedien behalwe dat slegs vyf maksimale elektriese stimulasies onder narkose gegee is. Die pasiënt is hiervoor in die lithotomie-posisie geplaas. Hierna het die pasiënt 'n duidelike vermeerdering van tonus getoon, egter nog onvoldoende vir die sluit van die kolostomie. Op hierdie stadium is die pasiënt weer ontslaan met 'n program van tuisoefening vir die bekkenvloerspiere waarmee sy alreeds vertrouwd was.

Sy is weer opgeneem op 14 April 1972 met besliste verbeterde kontraksievermoë van die bekkenvloerspiere. Faradiese soort prikkeling onder narkose is weer toegedien

op 18 April 1972 waarna nog verdere verbetering in tonus opgemerk is, soveel so, dat besluit is om die kolostomie onmiddellik toe te maak. Die bekkenvloerspiere is weer onder narkose op 20 April 1972 geprikkel en nog verdere verbetering van tonus is opgelet. Op 22 April het die pasiënt haar eerste drang tot opelyf gehad en kon dit na willekeur vir 'n onbepaalde tyd kontroleer. Op 24 April 1972 is die pasiënt ontslaan met volkome kontinensie en normale sfinkertonus.

## FISIOTERAPIE-BEHANDELINGSPROGRAM

Golwende faradiese soort prikkeling vir die bekkenvloerspiere is met Tegnief nr. 5 soos deur Scott, Green en Gouldrey (1969) beskryf, gegee. 'n Intra-anale, Scott-tipe elektrode is as die aktiewe elektrode gebruik terwyl die onaktiewe elektrode (15 cm × 10 cm) oor die lumbo-sakrale gebied geplaas is. Die frekwensie van impulse was 12 per minuut. Sametrekkinge is vir 1 minuut met 'n rusperiode van 1 minuut toegedien vir 'n totale tydperk van 20 minute, twee keer per dag.

Dié behandeling soos hierbo uiteengesit is vir drie weke, naweke uitgesluit, toegedien. Ook is oefeninge vir die bekkenvloerspiere in die verskillende aanvangshoudings geleer wat progressief moeiliker gemaak is, dit wil sê van lê, na haaklê, na sit en staan. Na twee en 'n half weke is die eerste tekens van toename in tonus intra-anaal gevoel.

Omdat die tonus eintlik so min verbeter het, is die fisioterapietegnief op die volgende manier gewysig. Maksimale stimulasies van die bekkenvloerspiere met golwende faradiese soort stroom is nou onder narkose toegedien. Die metode van aanwending is dieselfde as bogenoemde. Dit was moontlik om net vyf sametrekkinge van die bekkenvloerspiere te veroorsaak omdat vermoeienis ingetree het. Die pasiënt het in die lithotomie-posisie gelê en dit was interessant om op te let dat die anus teen hierdie stadium in sy onspanne staat 'n deursnit van 2,5 cm gehad het.

'n Onmiddellike verhoogde tonus is waargeneem. Die bekkenvloerspiere het nog verdere verbetering van tonus, 24 uur na die maksimale stimulasies, getoon.

Die pasiënt is toe ontslaan met 'n program van oefeninge vir die bekkenvloerspiere en sy is ingelig aangaande die noodsaaklikheid van herhaaldelike oefening dwarsdeur die dag, elke dag.

Toe sy weer opgeneem is omtrent drie maande later, was die pasiënt nog in staat om haar oefeninge baie mooi uit te voer. Verdere verhoging in tonus is ook gesien. Golwende faradiese soort prikkeling onder narkose vir maksimale sametrekking, is weer toegepas en die kolostomie is gesluit. Op hierdie stadium het die onspanne anus, dit wil sê onder narkose, 'n deursnit van 1,5 cm gehad. Die bekkenvloerspiere is toe vir die laaste keer maksimaal onder narkose geprikkel, twee dae na die sluiting van die kolostomie. Die pasiënt is toe ontslaan met volkome sfinkterfunksie en aangemoedig om met haar oefeningsprogram voort te gaan.

**BESPREKING**

'n Jong meisie met rektale inkontinensie is met 'n intra-anale aktiewe elektrode en gewone golvende faradiese soort prikkel behandel. Min verbetering in tonus van die bekkenvloerspiere is na drie weke met hierdie tegniek van behandeling verkry. Toe is gepoog om met dieselfde tegniek maksimale perineale sametrekking onder narkose te veroorsaak soos deur Moore en Schofield, 1967, vir die behandeling van druklek aanbeveel. Die gevolg was dat die tonus van die bekkenvloerspiere dramaties verhoog het en dat die pasiënt kontrole van haar anale sfinkter herwin het.

Gedurende die eerste behandeling toe ons maksimale sametrekking van die bekkenvloerspiere onder narkose elektries veroorsaak het, het ons na die eerste vyf maksimale sametrekking, gevolg deur 'n redelike rusperiode, weer 'n slag probeer om die bekkenvloerspiere maksimaal te prikkel. Dit was onmoontlik, want vermoënis het al ingetree. (Scott, Green, Couldrey, 1971).

Dit was interessant om die werklike uitwerking van die sametrekking van die bekkenvloerspiere op die intra-anale elektrode te voel. Gedurende die eerste behandeling van maksimale elektriese stimulasie onder narkose, het die spiere slegs teen die elektrode gedruk in vergelyking met die tweede behandeling onder narkose toe die elektrode heeltemal deur die sametrekking uitgedruk is. Dit was feitlik onmoontlik om dit in die anus te hou gedurende die kontrakisie.

**BEDANKINGS**

Dr. A. P. van der Merwe, Mediese Superintendent, Karl Bremer-hospitaal, vir die gebruik van die hospitaal-fasiliteite.

**VERWYSINGS**

Moore, T., en Schofield, P. F. (1967). „Treatment of Stress Incontinence by Maximum Perineal Electrical Stimulation.” *Brit. med. J.*, 3, 150.  
 Scott, Bryan O., Green, Vera M., en Gouldrey, Betty, M. (1969). „Pelvic Faradism: Investigation of Methods.” *Physiotherapy*, 55, 8, 302.  
*Ibid.* (1971). „Pelvic Faradism”. (Detailed Technique.) *Physiotherapy*, 57, 7, 322.

**SUMMARY**

A case history of the physiotherapy treatment of a twelve-year-old girl suffering from rectal incontinence as a result of necrosis of the anal tissue and disuse of the pelvic floor muscles is described. It is mentioned how conventional pelvic faradism was administered with an intra-anal Scott-type electrode with little increase of tone of the pelvic floor muscles. However, when using the same technique and administering surged faradic-type current under anaesthetic to obtain maximum contraction of the pelvic floor muscles, their tone increased dramatically, so much so, that a fully competent anal sphincter was regained.

**GENERAL**

**URGENT**

**PHYSIOTHERAPY ANTE-NATAL GROUP**

A group of Ante-Natal Physiotherapists within the South African Society has been formed. This group is recognised by the S.A. Medical and Dental Council.

Will all physiotherapists interested in joining please contact:

Mrs. Audrey McFarlane,  
 65 Lawley Street,  
 Waterkloof,  
 Pretoria.

**POST-GRADUATE COURSES, 1973**

South African Society of Physiotherapy – January, 1973  
 General Refresher Course: Mid-January for approximately two months.

Miss B. Sutcliff, M.C.S.P.,  
 Superintendent Physiotherapist, Westminster Hospital,  
 London.

**Industrial and Mineworkers  
 Rehabilitation**

Date to be arranged, 1973.

Miss S. McLaren, M.C.S.P.,  
 D.M.R. Centre, The Hermitage,  
 Co. Durham, England.

**FUTURE POST-GRADUATE COURSES**

The N.E.C. is investigating the possibility of further post-graduate courses in various fields in the near future.

**LETTER**

The Editor,

With reference to Miss Harte's letter on ante- and post-natal specialisation. I wish to draw attention to points 2 and 7. In point 2 it is stated that pre-natal work demands firstly a good knowledge of kinesiology and in point 7 that the suggested curriculum of the C.S.P. included "lectures by specialists" in this subject. Although I agree wholeheartedly that "interaction between the various allied disciplines can only enrich the whole", I fail to see how "lectures by specialists" in kinesiology can adequately supply the knowledge needed in this subject in ante- and post-natal training. As a teacher of physiotherapy I am very conscious of the fact that it takes two years of concentrated lectures and practicals to impart the very basis of the subject to student physiotherapists.

I suggest therefore that "interaction" should remain interaction in the good old-fashioned sense of "teamwork" – each doing the part for which he is trained, for the benefit of the patient. From his basic training each should, if he so wishes go on to specialisation, within the bounds set by his basic training.

Yours faithfully,

M. J. Pretorius.

Pretoria.

(Miss Harte's letter appeared in June, 1972, Journal – Editor.)

Reproduced by Sabinet Gateway under licence granted by the Publisher (dated 2013-)