

**Zeitschrift:** Physioactive  
**Herausgeber:** Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband  
**Band:** 47 (2011)  
**Heft:** 3

**Artikel:** Anorektale Dysfunktionen = Troubles fonctionnels ano-rectaux  
**Autor:** Jong, Jacqueline de  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-928446>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 29.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Anorektale Dysfunktionen

## Troubles fonctionnels ano-rectaux

JACQUELINE DE JONG

Anale Inkontinenz, funktionelle Obstipation und funktionelle Defäkations-Dyssynergie sind die häufigsten Krankheitsbilder bei den anorektalen Dysfunktionen. Sie sind mit physiotherapeutischer Beckenbodenrehabilitation behandelbar.

**A**norektale Dysfunktionen erweisen sich oft als komplex und multifaktoriell und beeinträchtigen die Lebensqualität massiv. Das Schamgefühl ist einiges höher als bei Blasenproblemen und leider suchen nur ein Drittel der Patienten Hilfe. Die Prävalenz liegt zwischen 2 und 18 Prozent [2,3]. Die Symptome der anorektalen Dysfunktionen wurden durch die «International Continence Society» (ICS)<sup>1</sup> klassifiziert. Innerhalb der Beckenbodenrehabilitation haben wir vor allem mit den funktionellen Dysfunktionen zu tun wie die anale Inkontinenz, die funktionelle Obstipation und die funktionelle Defäkations-Dyssynergie [1].

### Anale Inkontinenz

Eine anale Inkontinenz wird definiert als unfreiwilliger Abgang von Faezes, Flüssigkeit oder Gas aus dem anorektalen Trakt [1]. Die anale Inkontinenz wird eingeteilt in eine «passive» und eine «aktive» Inkontinenz. Die passive Inkontinenz äußert sich durch unbemerkten Verlust von Stuhl (Stuhlschmierer). Die aktive oder Urge-Inkontinenz ist das Nicht-Kontrollieren-Können der Stuhlentleerung bei Stuhldrang. Die passive Kontinenz wird gewährt durch den Ruhedruck des Sphinkters ani internus (80%) und des Sphinkters ani externus (20%) sowie durch den anorektalen Winkel. Die aktive Kontinenz wird durch den anorektalen inhibitorischen Reflex (RAIR), den Kneifdruck des Sphinkters ani externus und der Sensibilität und Compliance (Füllungsvermögen) des Rektums [2].

<sup>1</sup> [www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

L'incontinence anale, la constipation chronique et la défécation dys-synergique fonctionnelle sont les tableaux cliniques les plus courants des troubles fonctionnels ano-rectaux. Il est possible de les traiter en rééduquant le périnée par la physiothérapie.

**L**es troubles fonctionnels ano-rectaux se révèlent souvent complexes et multifactoriels. Ils altèrent considérablement la qualité de vie. Le sentiment de honte qui les accompagne est plus fort que lors des problèmes touchant la vessie. Malheureusement, seul un tiers des patients cherche de l'aide. La prévalence de ces troubles se situe entre 2 et 18 pour cent [2,3]. Leurs symptômes ont fait l'objet d'une classification par l'«International Continence Society» (ICS)<sup>1</sup>. La rééducation périnéale concerne avant tout les troubles fonctionnels, comme l'incontinence anale, la constipation fonctionnelle et la défécation dys-synergique [1].

### L'incontinence anale

Une incontinence anale est définie comme une émission involontaire par le tractus ano-rectal de fèces, de matière fécale liquide ou de gaz [1]. On distingue incontinence anale «passive» et incontinence anale «active». L'incontinence passive se manifeste par une perte inaperçue de selles (pertes fécales). L'incontinence active, ou incontinence d'urgence, est l'absence de contrôle de la défécation en cas de sensation de besoin urgent. La continence passive est garantie par la pression au repos du sphincter interne (80%) et du sphincter externe de l'anus (20%), ainsi que par l'angle ano-rectal. La continence active se fait grâce au réflexe recto-anal inhibiteur (RARI), à la force de contraction du sphincter externe de l'anus ainsi qu'à la sensibilité et à la compliance (capacité de remplissage) du rectum [2].

<sup>1</sup> [www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

### Funktionelle Obstipation und Defäkations-Dyssynergie

Von einer *funktionellen Obstipation* (Rome III)<sup>2</sup> spricht man, wenn die Stuhlfrequenz (< 3 x pro Woche) vermindert, in mehr als 25 Prozent der Stuhlgänge ein starkes Pressen notwendig ist und ein Gefühl der inkompletten Entleerung von hartem Stuhl auftritt. Mindestens zwei der Symptome müssen über länger als drei Monate bestehen. Bei einer *funktionellen Defäkations-Dyssynergie* (Rome III) liegt ein Befund einer funktionellen Obstipation in Kombination mit einer inkompletten Stuhlentleerung, einem ineffektiven Druckaufbau und ungenügender Relaxation (< 20%) oder sogar paradoxen Anspannung der Beckenbodenmuskulatur vor [3,5].

Wie erwähnt sind es vor allem die funktionellen Störungen, die wir mit Physiotherapie beeinflussen können. *Physiotherapeutisch behandelbare Dysfunktionen* des anorektalen Systems sind:

- Beckenbodendysfunktion
- Veränderter anorektaler Winkel → M. puborectalis
- Senkungen (Rektumprolaps, Rektozele)
- Dysfunktion der inneren und/oder äusseren analen Sphinkters
- Dyssynergie des anorektalen inhibitorischen Reflexes
- Gestörte rektale Sensibilität
- Vergrösserte oder verminderte rektale Compliance

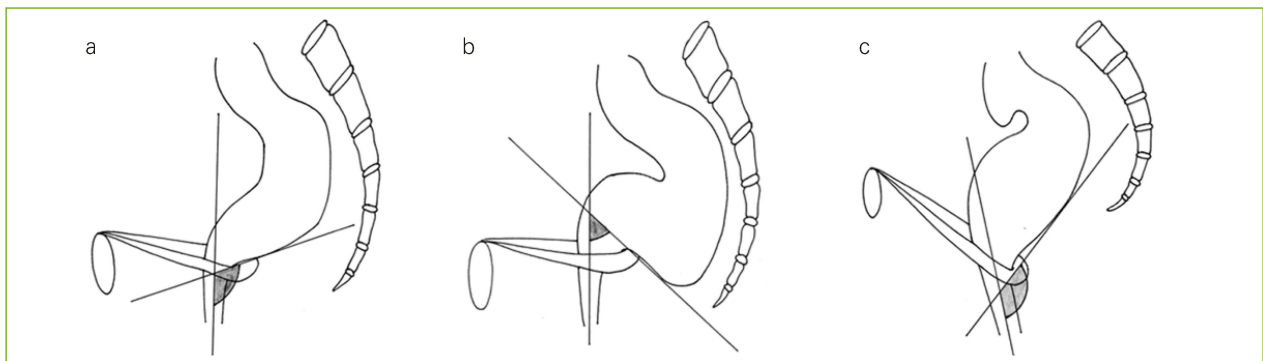
### La constipation fonctionnelle et la défécation dys-synergique

On parle de *constipation fonctionnelle* (Rome III)<sup>2</sup>, lorsque la fréquence des selles diminue (< 3 x par semaine), lorsque plus de 25 pour cent des selles nécessitent une forte poussée et que survient une sensation d'évacuation incomplète des selles dures. Deux symptômes au moins doivent être observés depuis plus de trois mois. En cas de *défécation dys-synergique fonctionnelle* (Rome III) on constate une constipation fonctionnelle associée à une évacuation incomplète des selles, une formation de pression inefficace et une relaxation insuffisante (< 20%) ou même une contraction paradoxale des muscles du périnée [3,5].

Comme nous l'avons déjà dit, ce sont avant tout sur les troubles fonctionnels que nous pouvons influencer avec la physiothérapie.

Les *troubles fonctionnels* du système ano-rectal qui peuvent être traités par la physiothérapie sont les suivants:

- Troubles fonctionnels du périnée
- Modification de l'angle ano-rectal → Muscle pubo-rectal
- Descente d'organes (prolapsus rectal, rectocèle)
- Troubles fonctionnels du sphincter anal interne et/ou externe
- Dys-synergie du réflexe recto-anal inhibiteur
- Trouble de la sensibilité rectale
- Augmentation ou diminution de la compliance rectale



Colaiacomo MC et al. Radiographics 2009; 29: e35  
© 2009 by Radiological Society of North America

**Abbildung 1: Anorektaler Winkel (a) in Ruhe, (b) beim Anspannen und (c) beim Pressen. Der anorektale Winkel kann durch eine Erschlaffung des M. puborectalis abflachen, was die Kontinenz beeinflussen kann. Bei einer ungenügenden Relaxation des M. puborectalis findet die Abflachung des anorektalen Winkels ungenügend statt, wodurch die Stuhlentleerung erschwert wird. [11] | Image 1: Angle recto-anal (a) au repos, (b) lors de la contraction et (c) lors de la poussée. L'angle recto-anal peut s'aplatir suite à un relâchement du muscle pubo-rectal, ce qui peut influencer sur la continence. Lors d'une relaxation insuffisante du muscle pubo-rectal, l'aplatissement de l'angle recto-anal n'est pas suffisant, compliquant ainsi la défécation. [11]**

<sup>2</sup> Rome III ist eine internationale Organisation, die anhand von evidenzbasierten Daten Richtlinien für die Diagnose und Behandlung von funktionellen gastrointestinalen Dysfunktionen erstellt ([www.romecriteria.org](http://www.romecriteria.org)).

<sup>2</sup> Rome III est une organisation internationale qui élabore des directives pour le diagnostic et le traitement des troubles gastro-intestinaux fonctionnels à l'aide de données basées sur les faits ([www.romecriteria.org](http://www.romecriteria.org)).

## Beckenboden-Dysfunktionen

Ein normal funktionierender Beckenboden – gemäss der ICS-Definition – unterstützt die Beckenorgane und ist in der Lage anzuspannen, um die Kontinenz zu gewährleisten sowie zu entspannen beim Wasserlösen und beim Stuhlgang. Er spannt unwillkürlich bei Bauchdruck erhöhenden Aktivitäten (Husten, Heben) an und spannt beziehungsweise entspannt während sexueller Aktivität. [1]

Beckenbodendysfunktionen kann man in einen unteraktiven, überaktiven und inaktiven Beckenboden einteilen [1]. Ein *unteraktiver Beckenboden* kann dazu führen, dass sich der Beckenboden (M. levator ani) senkt, wodurch Senkungen der Organe wie zum Beispiel Rektozele oder Analprolaps entstehen können. Oft ist die Verschlusskraft des Analsphinkters durch einen verminderten Ruhedruck (> 40 mmHg) und/oder niedriger Kneifdruck des Sphinkters externus (M. Sphinkter ani) herabgesetzt. Der anorektale Winkel kann durch eine Erschlaffung des M. puborectalis abflachen, was eine Stuhlinkontinenz begünstigen kann. Geburten und chirurgische Eingriffe können Defekte des Sphinkterapparates und Läsionen der M. puborectalis und N. pudendus verursachen. Symptome wie Inkontinenz treten direkt nach einem Trauma auf, oder wenn andere Systeme im Lauf des Lebens altersbedingt nicht mehr kompensieren können [2,9].

Ein *überaktiver Beckenboden* kann eine Obstipation oder eine dyssynerge Defäkation zur Folge haben. Die Ursache kann in einer inadäquaten Entspannung oder sogar paradoxen Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur liegen; der Sphinkter ani externus und M. puborectalis relaxieren sich ungenügend und es findet keine Abflachung des anorektalen Winkels (*siehe Abbildung 1*) statt [3,9].

## Der anorektale inhibitorische Reflex

Der anorektale inhibitorische Reflex (RAIR) wird bei fäkaler Füllung durch eine Reizung der Dehnungsrezeptoren im Rektum ausgelöst. Der erhöhte Druck im Rektum bewirkt eine reflektorische Erschlaffung des Sphinkters ani internus mit gleichzeitiger Anspannung des Sphinkters ani externus [10]. Eine Dyssynergie des RAIR kann eine Urge-Inkontinenz auslösen. Durch eine Dysfunktion des externen Sphinkters ani können Patienten die Stuhlentleerung nicht kontrollieren. Eine Dyssynergie des RAIR kann aber auch eine Obstipation/Defäkations-Dyssynergie verursachen. Die Ursache liegt dann in einer ungenügenden Relaxation des Sphinkters ani internus [5,6].

Die Sensibilität und Compliance des Rektums spielen eine Rolle bei der Kontrolle der Defäkation. Hypersensibilität des Rektums führt oft zu einem imperativen Stuhldrang. Die Ursachen können in einem Micro-Rektum oder in einer sekundär entstandenen Sensibilitätsstörung liegen, verursacht

## Troubles fonctionnels du périnée

Un périnée fonctionnant normalement selon la définition de l'ICS soutient les organes pelviens et est capable de se contracter afin de garantir la continence ou de se détendre en cas de miction et lors de la défécation. Il se tend involontairement lors des activités qui augmentent la pression abdominale (tousser, soulever une charge) et se tend et se détend au cours de l'activité sexuelle. [1]

Les troubles fonctionnels du périnée se divisent en hypo-activité, hyperactivité et inactivité périnéales [1]. Une *hypo-activité périnéale* peut entraîner une descente du périnée (muscle releveur de l'anus), ce qui peut provoquer des descentes d'organes, comme le rectocèle ou le prolapsus anal. La pression de fermeture du sphincter anal diminue souvent suite à une diminution de la pression de repos (> 40 mmHg) et/ou à la faiblesse de la force de contraction du sphincter externe (muscle du sphincter anal). L'angle ano-rectal peut également s'aplatir suite à un relâchement du muscle pubo-rectal, ce qui peut favoriser une incontinence fécale. Les accouchements et les actes chirurgicaux peuvent entraîner des défauts de l'appareil sphinctérien ainsi que des lésions du muscle pubo-rectal et du nerf pudendal. Les symptômes de l'incontinence surviennent immédiatement après un traumatisme ou lorsqu'au cours de la vie, d'autres systèmes ne peuvent plus compenser en raison de l'âge [2,9].

Une *hyperactivité périnéale* peut avoir pour conséquence une constipation ou une défécation dys-synergique. La cause peut être un relâchement inadéquat ou même une contraction paradoxale des muscles du périnée; le sphincter externe de l'anus et le muscle pubo-rectal ne se relaxent pas suffisamment et l'aplatissement de l'angle ano-rectal (*voir image 1*) n'a pas lieu [3,9].

## Le réflexe recto-anal inhibiteur

Le réflexe recto-anal inhibiteur (RARI) se déclenche lors du remplissage fécal par une stimulation des tenso-récepteurs sensibles du rectum. L'augmentation de la pression dans le rectum entraîne un relâchement réflexe du sphincter interne de l'anus, accompagné d'une tension simultanée du sphincter externe [10]. Une dys-synergie du RARI peut déclencher une incontinence d'urgence. Suite à un trouble fonctionnel du sphincter externe de l'anus, les patients ne peuvent plus contrôler la défécation. Une dys-synergie du RARI peut également entraîner une constipation/défécation dys-synergique. La cause réside dans une relaxation insuffisante du sphincter anal interne [5,6].

La sensibilité et la compliance du rectum jouent un rôle dans le contrôle de la défécation. L'hypersensibilité du rectum entraîne souvent une sensation de besoin impérieux. Les causes peuvent être un micro-rectum ou un trouble secon-

durch ein Fehlverhalten bei Stuhlinkontinenz. Bei Patienten mit einer Defäkations-Dyssynergie finden wir oft eine Hypo-sensibilität des Rektums [3,5].

### Die Evaluation

Die Evaluation einer Patientin oder eines Patienten ist für das physiotherapeutische Behandlungskonzept wesentlich und die Basis für eine zielgerichtete Behandlung: In der *Anamnese* wird mit einem Fragebogen der Grad der Inkontinenz (St. Marks Score, Wexner Scale) und der Lebensqualität bestimmt (FIQL)<sup>3</sup>. Bei Obstipation wird oft das «Patient Assessment of Constipation Symptoms» angewendet. Die Konsistenz der Faezes wird anhand der «Bristol Stool Chart» bestimmt [9,10].

Bei der *Inspektion* wird die Haut unter anderem auf Hämorrhoiden, Fissuren oder Irritationen überprüft. Bei der *Palpation* wird der Tonus vom Sphinkter internus und externus, M. puborectalis und M. levator ani gemessen sowie auf Senkungen und Stuhlimpaktion<sup>4</sup> geachtet.

Die *Muskelfunktionen* werden mit digitaler Palpation und Biofeedback überprüft. Kraft, Ausdauer, unwillkürliche Anspannung, Relaxation und Pressmanöver werden gemäss den Kriterien der Assessment-Group der ICS getestet [1].

Die Evaluation wird mit einer Überprüfung des RAIR, des Ballonexpulsionstests (Pressmanöver) und einer Messung der rektalen Compliance und Sensibilität abgeschlossen.

### Beckenbodenrehabilitation

Die Ziele der Beckenbodenrehabilitation sind das Normalisieren der Beckenbodenspannung, das Verbessern von Kraft und Entspannung, die Zusammenarbeit der Schliessmuskeln und das Optimieren von Harn- und Stuhlverhalten. Die Beckenbodenrehabilitation ist ein Gesamtkonzept von Massnahmen, welches sich über Beckenbodenübungen hinaus auf Haltung, Atmung und Verhaltenstraining ausdehnt [9,10]. Folgende Therapieanwendungen kommen bei Beckenbodendysfunktionen in Betracht:

- Biofeedback (sEMG)
- Funktionelle Übungen für den Beckenboden
- Verhaltenstraining
- Elektrostimulation
- Ballontraining
- Passive Dehnungen (M. puborectalis)
- Entspannung

<sup>3</sup> FIQL: Fecal Incontinence Quality of Life Scale.

<sup>4</sup> Stuhlimpaktion: steinartig fester Stuhl, der sich im Rektum befindet und oft schwer zu entleeren ist.

daire de la sensibilité, causé par un comportement erroné en cas d'incontinence fécale. On observe souvent une hyposensibilité du rectum chez les patients atteints de dys-synergie fécale [3,5].

### L'évaluation

L'évaluation d'un patient ou d'une patiente est essentielle pour le programme physiothérapeutique et constitue la base d'un traitement ciblé: dans l'*anamnèse*, un questionnaire permet de déterminer le degré d'incontinence (scores de St. Marks et échelle de Wexner) et la qualité de vie (FIQL)<sup>3</sup>. En cas de constipation, on utilise souvent le «Patient Assessment of Constipation Symptoms». La consistance des fèces est déterminée à l'aide du «Bristol Stool Chart» [9,10].

Lors de l'*inspection*, on examine la peau à la recherche, d'hémorroïdes, de fissures ou d'irritations. Lors de la *palpation*, on mesure le tonus des sphincters interne et externe, du muscle pubo-rectal et du muscle releveur de l'anus. On regarde également s'il y a descente d'organes et impaction fécale<sup>4</sup>.

Les *fonctions musculaires* sont vérifiées par toucher digital et biofeedback. La force, l'endurance, la contraction involontaire, la relaxation et la technique de poussée sont testés selon les critères du groupe d'évaluation de l'ICS [1].

L'évaluation s'achève avec la vérification du RARI, le test d'expulsion du ballonnet (technique de poussée) ainsi qu'une mesure de la compliance et de la sensibilité rectales.

### Rééducation périnéale

La rééducation périnéale a pour but de normaliser la contraction du périnée, d'améliorer la force et le relâchement ainsi que le fonctionnement conjoint des sphincters et d'optimiser le comportement urinaire et fécal. La rééducation périnéale est un concept général regroupant des mesures allant des exercices de musculation du périnée jusqu'à la posture, la respiration et l'entraînement comportemental [9,10]. En cas de troubles fonctionnels du périnée, les mesures thérapeutiques suivantes sont envisagées:

- Biofeedback (EMG)
- Exercices fonctionnels du périnée
- Entraînement comportemental
- Electro-stimulation
- Entraînement par ballonnet
- Dilatations passives (muscle pubo-rectal)
- Relâchement

<sup>3</sup> FIQL: Fecal Incontinence Quality of Life Scale, échelle d'évaluation de la qualité de vie en cas d'incontinence fécale.

<sup>4</sup> Impaction fécale: selles dures et pierreuses se trouvant dans le rectum et souvent difficiles à évacuer.

*Biofeedback* soll vor allem die Wahrnehmung des Beckenbodens unterstützen und helfen, die Beckenbodenmuskulatur Kontraktion und -relaxation zu erlernen. Biofeedback ermöglicht auch, die unwillkürliche Anspannung des Beckenbodens bei Bauchdruckerhöhung sowie das Pressmanöver zu überprüfen und zu erlernen.

Le *biofeedback* doit avant tout aider à avoir une bonne perception de son périnée et apprendre à en contracter/relaxer les muscles. Le biofeedback permet également de contrôler et d'apprendre la technique de poussée ainsi que le relâchement involontaire du périnée en cas d'élévation de la pression abdominale.



Beckenbodentraining wird bei anorektalen Dysfunktionen als «first-line treatment» empfohlen. | La gymnastique du périnée est recommandée comme traitement de première intention en cas de trouble fonctionnel ano-rectal. Foto/Photo: © lool - Fotolia.com

### Funktionelle Übungen

Funktionelle Übungen für den Beckenboden sind eine wichtige Therapieanwendung. Vor allem die Wahrnehmung spielt eine bedeutende Rolle. Erst wenn Patienten ihren Beckenboden «gefunden» haben, kann mit der Normalisierung des Beckenbodentonus angefangen werden. Verschiedene Muskelfunktionen und Ausgangsstellungen werden dabei berücksichtigt [9,10].

Der nächste Schritt ist die Integration des Beckenbodens in funktionelle Muskelketten. Dabei wird vor allem der Synergismus zwischen M. transversus abdominis, Diaphragma und Beckenboden angesprochen. Die Koaktivierung der verschiedenen Muskelgruppen im Zusammenhang mit Atmung und Haltung ist wesentlich für die Aktivität des Beckenbodens im Alltag.

Zur Beckenbodenrehabilitation gehört auch ein *Verhaltens-training*: Die für die Defäkation notwendige Relaxation der Beckenbodenmuskulatur wird durch bestimmte Körperbeziehungsweise Sitzhaltungen erleichtert. Die richtige Defäkationsposition (aufrechte Sitzposition mit Neutralstellung des Beckens, die Hüftflexion soll nicht weniger als 90° betragen) und das Ausüben des richtigen Pressmanövers (wirksame Bauchpresse) sind wichtig für eine adäquate Stuhlentleerung [3,10,12].

### Exercices fonctionnels

Les exercices fonctionnels du périnée représentent une part importante du traitement. La perception joue un rôle primordial. Ce n'est que lorsque les patients ont «trouvé» leur périnée qu'il est possible d'entamer la normalisation du tonus périnéal. Pour cela, on prend différentes fonctions musculaires et positions d'évacuation des selles en considération [9,10].

L'étape suivante est l'intégration du périnée dans les chaînes musculaires fonctionnelles. C'est avant tout la synergie entre le muscle transverse de l'abdomen, le diaphragme et le périnée qui est en question. La co-activation des divers groupes de muscles en association avec la respiration et la posture est essentielle pour l'activité périnéale au quotidien.

La rééducation périnéale comporte également un *entraînement comportemental*: la relaxation des muscles du périnée nécessaire à la défécation est facilitée par des postures du corps et des positions assises précises. Une position adaptée pour la défécation (position assise horizontale avec bassin en position zéro, la flexion de la hanche ne doit pas être inférieure à 90°) et la pratique des bonnes techniques de poussée (poussée abdominale efficace) sont importantes pour avoir une défécation adéquate [3,10,12].

### Entraînement par ballonnet et électro-stimulation

La technique du ballonnet peut être utilisée à des fins thérapeutiques afin de stimuler ou d'inhiber le réflexe recto-anal (RARI), d'améliorer la complaisance et la sensibilité rectales et d'apprendre/optimiser la technique de poussée [5,6].

L'*électro-stimulation* est utilisée de manière proprioceptive en cas de très mauvaise perception du périnée (échelle d'Oxford 0–1). Son utilisation pour le raffermissement des muscles n'est pas efficace, mais elle permet une réduction de la douleur et une relaxation du périnée par diverses stimulations TENS en cas de douleur chronique au niveau du périnée [7,8].

### Efficacité

Norton et al. ont évalué l'emploi du biofeedback et de la rééducation des muscles du périnée («pelvic floor muscle training» – PFMT) pour le traitement de l'incontinence anale; ces techniques se sont avérées efficaces [2]. Un entraînement de la sensibilité et de la complaisance réduit de manière signifi-

### Ballontraining und Elektrostimulation

Therapeutisch kann die Ballontechnik eingesetzt werden, um den anorektalen Reflex (RAIR) zu stimulieren oder zu inhibieren, die rektale Compliance und Sensibilität zu verbessern und das Pressmanöver zu erlernen/optimieren [5,6].

*Elektrostimulation* wird propriozeptiv bei sehr schlechter Beckenboden-Wahrnehmung (Oxford Scale 0–1) eingesetzt. Die Anwendung von Elektrostimulation zur Muskelkräftigung ist nicht effektiv. Bei chronischen Beckenschmerzen kann mit Elektrostimulation eine Schmerzlinderung und Relaxation des Beckenbodens mit verschiedenen TENS-Formen erreicht werden [7,8].

### Effektivität

Die Wirksamkeit von Biofeedback und «pelvic floor muscle training» (PFMT) in der Behandlung einer analen Inkontinenz ist in einer Review von Norton et al. [2] als effektiv eingestuft worden. Sensibilitäts- und Compliance-Training reduzieren signifikant die anale Inkontinenz [1,2]. Biofeedback bei Obstipation/Defäkations-Dyssynergie ist wirksam [3,5,6]. Die Effektivität von Elektrostimulation bei einer analen Inkontinenz wird als sehr niedrig eingestuft [7,8]. Die Zusammenfassung der Literature-Research zeigt, dass die Behandlungseffektivität der analen Inkontinenz als niedrig bis moderat und bei einer Defäkations-Dyssynergie als moderat bis gut eingestuft wird. Der Level-of-Evidence in den Cochrane-Reviews ist nicht sehr hoch, aufgrund der grossen Heterogenität der Studienprotokolle und der multiplen Interventionen. Trotzdem wird Beckenbodentraining bei anorektalen Dysfunktionen als «firstline treatment» empfohlen. |

tive l'incontinence anale [1,2]. Le biofeedback est efficace en cas de constipation/défécation dys-synergique [3,5,6]. L'efficacité de l'électro-stimulation sur l'incontinence anale a été jugée très faible [7,8]. La synthèse des publications et recherches montre que l'efficacité du traitement de l'incontinence anale est faible à modérée. Elle est modérée à bonne en cas de défécation dys-synergique. Le niveau de preuve des études menées par Cochrane n'est pas très élevé du fait de l'hétérogénéité importante des protocoles d'études et des multiples interventions. La gymnastique du périnée est toutefois recommandée comme traitement de première intention en cas de trouble fonctionnel ano-rectal. |



Jacqueline de Jong

**Jacqueline de Jong**, MSc PT, cand. PhD, ist Studienleiterin der SOMT Swiss pelvic education ([www.pelviceducation.eu](http://www.pelviceducation.eu)) und arbeitet klinisch in der eigenen Physiotherapiepraxis in Interlaken und Spiez mit Schwerpunkt Beckenbodenrehabilitation. Sie engagiert sich zudem als Vorstandsmitglied von Pelvisuisse (Weiterbildung in physiotherapeutischer Beckenbodenrehabilitation, [www.pelvisuisse.ch](http://www.pelvisuisse.ch)) und bei der Schweizerischen Gesellschaft für Blasenschwäche ([www.incontinex.ch](http://www.incontinex.ch)).

**Jacqueline de Jong**, MSc PT, cand. PhD, est directrice d'études à la SOMT Swiss pelvic education ([www.pelviceducation.eu](http://www.pelviceducation.eu)). Elle exploite un cabinet de physiothérapie à Interlaken et à Spiez où elle se concentre sur la rééducation périnéale. Elle est membre du Comité de Pelvisuisse (formation continue en rééducation du plancher pelvien par la physiothérapie, [www.pelvisuisse.ch](http://www.pelvisuisse.ch)) et de la Société suisse d'aide aux personnes incontinentes ([www.incontinex.ch](http://www.incontinex.ch)).

### Literatur | Bibliographie

- Messelink B, Benson Th, Bergmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, Laycock J, Huat-Chye Lim P, van Lunsen R, Lycklama G, Pemberzon J, Wang A, Waite A, Kerrebroeck Ph. Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction. Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the ICS. *Neurourology and Urodynamics* 2005; 24: 374–380.
- Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harari D, Lang J. Management of Fecal Incontinence in Adults. *Syst. Review Neurourol and Urodyn* 2010; 29:199–206.
- Parée P, Bridges R, Chamion MC, Ganguli SC, Gray JR, Irvine J, Plourde V, Poitras P, Turnbiull GK, Moayyedi P, Flook N, Collins SM. Recommendations on chronic constipation (including) constipation associated with irritable bowel syndrome. *Can J. Gastroenterol.* 2007 April; 21(Suppl B):3B–22B.
- Enck P, van der Voort IR, Klosterhalfen S. Biofeedback therapy in fecal incontinence and constipation. *Neurogastroenterol Motil.* 2009; 21(11): 1133–41.
- Rao SS, Valetin J, Brown CK, Zimmermann B, Schulze K. Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: RCT. *Am J Gastroenterol* 2010; 105(4):890–6.
- Woodward S, Norton C, Chiarelli P. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4: CD008486.DOI.
- Hosker G, Norton C, Brazelli M. Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. *Cochrane database Syst. Rev* 2009;1.
- Terra MP, Dobben AC, Bergmans B, Deutekom M, Baeten CG, Janssen LW, Boeckstaens GE, Engel AF, Felt RJ, Gerhards MF, Bijnen AB, Everhardt E, Schouten WR, Bossuyt PM, Stoker J. Electrical stimulation and PFMT with Biofeedback in Patients with fecal incontinence: a cohort study of 281 patients. *Dis colon rectum* 2006;49(8): 1149–59.
- Bø K, Berghmans B, Morksved S, van Kampen M. Evidence based physical therapy for the Pelvic floor, 2007, Elsevier.
- Laycock J, Haslam J. Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Springer London, 2002.
- Colaiacomo MC et al. Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review. *May 2009 RadioGraphics*, 29, e35-. <http://radiographics.rsna.org/>
- E.S. Versprille-Fischer: Begeleiding van patienten met een bekkenbodem dysfunctie. Lemma bv, Utrecht, 2001.