

Remifentanil geen alternatief voor epidurale analgesie

Pijnstilling bij baren

dr. R. Stienstra,
chef de clinique en hoofd
Acute Pijn Service, afdeling
Anesthesiologie LUMC

prof. dr. A. Dahan,
hoofd wetenschap, afdeling
Anesthesiologie LUMC

Correspondentieadres:
r.stienstra@lumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De meest effectieve vorm van pijnbestrijding tijdens de bevalling is epidurale analgesie. Maar daarvoor is een anesthesioloog nodig en die is niet altijd aanwezig. Vandaar dat het gebruik van remifentanil een hoge vlucht neemt in de Nederlandse verloskamers. Een zorgelijke ontwikkeling.

Pijn tijdens de baring kan variëren van mild tot de ergst denkbare pijn.^{1 2} Dit wordt door zwangeren nog steeds vaak miskend, zoals blijkt uit een recentelijk gepubliceerde systematische review waarin wordt beschreven dat er een groot gat gaapt tussen enerzijds de verwachtingen van zwangeren met betrekking tot de te verwachten pijn tijdens de bevalling en anderzijds de daadwerkelijke ervaringen.³

Pijnbestrijding tijdens de bevalling kan daarom noodzakelijk zijn. Er zijn verschillende vormen van pijnbestrijding, variërend van psycho-profylaxe en transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) tot parenteraal toegediende opiaten en centrale neuraxisblokkade. Hoewel aan iedere vorm van pijnbestrijding ook nadelen kleven, bestaat er internationaal consensus

dat centrale neuraxisblokkade in de vorm van epidurale analgesie (EA) of sequentiële spinale/epidurale analgesie de gouden standaard is bij ernstige of onhoudbare pijn.⁴ Van het in de obstetrie veel gebruikte opiaat pethidine is bijvoorbeeld aangetoond dat het in vergelijking met EA veel minder effectief is en meer bijwerkingen heeft.⁵ Gezien de hoge mate van effectiviteit en het ontbreken van negatieve bijwerkingen van intraveneus of intramusculair toegediende opiaten, hypnotica en sedativa werd vijftien jaar geleden al gesteld dat EA bij afwezigheid van contra-indicaties beschik-

baar moet zijn voor alle bariende vrouwen die daarom vragen.⁶

Weinig subtiel

In Nederland wordt sinds enige tijd een lans gebroken voor pijnstilling met behulp van intraveneuze remifentanil PCA (*patient controlled analgesia*; een methode waarbij de patiënt binnen door de behandelaars vastgestelde grenzen zelf haar/zijn pijnstilling regelt door middel van een drukknop die een intraveneuze bolus remifentanil genereert). In de landelijke pers is remifentanil PCA op weinig subtiel wijze gepresenteerd en daarbij is zelfs de indruk gewekt dat hier sprake is van een doorbraak op het gebied van pijnstilling tijdens de bevalling en dat remifentanil PCA gelijkwaardig is aan EA. Dit is echter niet gebaseerd op beschikbare feiten uit de literatuur.

Inmiddels wordt remifentanil PCA in tientallen Nederlandse ziekenhuizen in de verloskamers toegepast. Dit is opmerkelijk, omdat Nederland met een prevalentie van EA tijdens de partus van 6 procent ver achterblijft bij de ons omringende landen, maar met de huidige grootschalige toediening van remifentanil op de verloskamers internationaal gezien voor de troepen uitloopt.⁷

Uit de literatuur blijkt dat remifentanil PCA pijnstilling geeft die in de verschillende studies varieert van onvoldoende tot goed; in geen enkele studie komt de gemiddelde visueel analoge schaal (VAS) echter onder de 3 cm, in de meeste studies blijft de VAS >4,5 cm, zodat gemiddeld sprake is van een matige pijnstilling. Als

**Remifentanil PCA
zou een doorbraak zijn
in de pijnstilling
bij een bevalling**



Eerdere MC-artikelen over pijnbestrijding bij de bevalling vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook de referenties bij de artikelen.



De kwaliteit van de pijnbestrijding met remifentanil kan niet concurreren met die van epidurale analgesie.

beeld: ANP

bijwerking wordt sedatie frequent gemeld, in mindere mate misselijkheid en desaturatie.

Misvatting

Pijnbestrijding tijdens de baring is in Nederland een beladen issue. De meeste vormen van pijnbestrijding, zoals de (inmiddels in Nederland niet meer toegepaste) inhalatie van lachgas en intramusculaire of intraveneuze toediening van pethidine, vinden onder de verantwoordelijkheid van de obstetricus plaats. Voor de meest efficiënte vorm van pijnbestrijding, EA, is echter de expertise van de anesthesioloog vereist. Een toename in de vraag naar efficiënte pijnbestrijding betekent dan ook een toename van de werkbelasting voor de anesthesioloog. In Nederland heeft dit gegeven de laatste vijftien jaar de discussie grotendeels bepaald, met een voor de barende vrouw teleurstellend resultaat: op grond van financiële en *disutility*-overwegingen is EA tijdens de baring in veel ziekenhuizen niet, of alleen overdag beschikbaar.

De plotselinge grote populariteit van remifentanil PCA in een aantal Nederlandse ziekenhuizen is niet te verklaren op grond van het effectiviteitsprofiel zoals dat uit de literatuur naar voren komt. De meeste auteurs noemen remifentanil PCA een mogelijkheid als EA gecontra-indiceerd is, daarmee impliciet aangevend dat de kwaliteit van de pijnbestrijding met remifentanil PCA niet kan concurreren met die van EA. De enige tot nu toe gepubliceerde studie waarin remifentanil PCA (overigens gedurende een observatieperiode van slechts 60 minuten) met EA wordt vergeleken, toont inderdaad aan dat de VAS-scores met EA significant lager zijn.⁸ Het is dan ook een misvatting dat remifentanil PCA een gelijkwaardig alternatief voor EA is.

Risico's

Wellicht is de grote populariteit van remifentanil PCA te verklaren vanuit het unieke Nederlandse perspectief dat in veel ziekenhuizen EA niet 24 uur per dag beschikbaar is: remifentanil PCA heeft nauwelijks gevolgen voor de werklust en *disutility* van de anesthesioloog, EA heeft dat wel. De kwaliteit van de pijnstilling lijkt daarbij onderbelicht te raken.

Er kleven risico's aan een organisatie van pijnbestrijding op de verloskamers waar remifentanil PCA onder verantwoordelijkheid van de obstetricus wordt toegediend. In de voor de beroepsgroep bestemde bijsluiter van remifentanil staat dat het middel alleen mag worden toegediend in een omgeving die volledig is

Zolang de beschikbaarheid van epidurale analgesie slecht is geregeld, hebben zwangeren geen echte keus

uitgerust met apparatuur voor het monitoren en ondersteunen van de ademhalings- en cardiovasculaire functies, iets waaraan de gemiddelde verloskamer niet voldoet. In dezelfde

bijsluiter staat tevens dat remifentanil alleen mag worden toegediend door personen die specifiek zijn opgeleid in het gebruik van anesthetica en in staat zijn om de te verwachten bijwerkingen van potente opioïden te herkennen en te behandelen (inclusief

respiratoire en cardiale reanimatie), iets waaraan, met alle respect, de gemiddelde obstetricus niet voldoet.

Kanttekeningen

Op grond van de beschikbare literatuur lijken twee conclusies gewettigd: remifentanil PCA

is effectiever dan (intramusculair toegediende) pethidine, maar minder effectief dan EA.

Remifentanil PCA in plaats van EA is dan ook geen optie, behalve als er een (relatieve) contra-indicatie voor EA bestaat. Op grond van de grotere effectiviteit is echter wel denkbaar dat remifentanil PCA de plaats van pethidine inneemt, waarbij wij de volgende kanttekeningen willen plaatsen:

- De Nederlandse obstetricus is niet gewend om potente opiaten intraveneus toe te dienen. Pethidine wordt meestal intramusculair toegediend en ook bij de in Nederland gebruikelijke intraveneuze doseringen van pethidine is de kans op levensbedreigende maternale ademdepressie zeer gering. Routinemonitoring wordt hierbij dan ook niet of nauwelijks toegepast.

- Obstetrici en personeel van de verloskamers zijn niet getraind in het herkennen en behandelen van (levensbedreigende) ademdepressie.

Naschrift KNOV

De stem van de cliënt

De vraag of remifentanil een alternatief is voor epidurale analgesie (EA) kan niet op basis van literatuuronderzoek alleen worden beantwoord. Ook de mening en wens van de (barende) vrouw en de 24/7-beschikbaarheid van EA zijn in deze discussie van belang. Zolang de beschikbaarheid van EA slecht is geregeld, hebben zwangeren geen echte keuze. Dat het percentage EA in Nederland zo laag is, heeft vooral hiermee te maken.

De ziekenhuizen die remifentanil aanbieden, kunnen deze pijnbehandeling wél garanderen. Veel vrouwen zullen eieren voor hun geld kiezen, ook omdat zij dan zelf de hoeveelheid pijnstilling kunnen bepalen. Het idee van een bepaalde mate van controle spreekt veel vrouwen aan.

Het is kortzichtig om ervan uit te gaan dat vrouwen bij hun keuze voor een pijnbehandeling alleen naar het pijnstillende effect kijken. Vrouwen betrekken veel meer aspecten bij deze beslissing. Informatie over de bijwerkingen van EA laat sommigen afzien van deze pijnbehandeling. Zwangeren weten dat, wanneer zij EA willen, een thuis- of poliklinische bevalling met hun eigen verloskundige niet meer mogelijk is. 70 procent van de zwangeren wil bij voorkeur thuis bevallen en geeft die wens niet graag op voorhand al op.¹ Een Cochrane-review ondersteunt deze wens en concludeert dat vrouwen minder pijn ervaren en minder pijnstilling nodig hebben in een 'huiselijke omgeving' dan in een ziekenhuisomgeving.² Ook een andere wens, de bevalling laten begeleiden door een bekende zorgverlener, kan een rol spelen. Een andere Cochrane-review concludeert dat vrouwen die goede ondersteuning krijgen, minder behoefte hebben aan pijnbehandeling.³ De tevredenheid over de baring hangt vooral af van de ondersteuning en communicatie met de zorgverlener, en niet van de effectiviteit van de pijnbehandeling.⁴

EA is dus niet zonder meer de beste pijnbehandeling. Gelet op de wens van veel Nederlandse vrouwen om thuis te bevallen, zou ook actief moeten worden gezocht naar mogelijkheden in de eerste lijn.

Sjaak Toet, eerstelijns verloskundige en voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)




De literatuurlijsten bij deze het artikel van Stienstra en

- Het aantal in de literatuur beschreven barenden vrouwen aan wie remifentanil PCA is toegediend, is relatief gering, het aantal gerapporteerde bijwerkingen is relatief groot en in alle studies werd aan strikte criteria met betrekking tot de monitoring voldaan.

Tweede keuze

Vrouwen die remifentanil PCA krijgen toegediend, moeten continu worden gemoni-

tord en op de verloskamers hoort continu personeel aanwezig te zijn dat een ademdepressie en/of respiratoire insufficiëntie onmiddellijk kan herkennen en behandelen. De anesthesioloog kan niet continu op de verloskamers aanwezig zijn en hij kan deze rol niet op afstand vervullen. De obstetricus die besluit om remifentanil PCA toe te dienen, moet zichzelf dan ook ervan vergewissen dat aan alle criteria voor een veilige toediening is voldaan. Wij pleiten ervoor dat de anesthesioloog wel medeverantwoordelijk is voor de randvoorwaarden waarbinnen toediening van remifentanil PCA plaatsvindt en een centrale rol speelt in de scholing van alle betrokkenen.

De eerste keus met betrekking tot pijnbestrijding tijdens de partus blijft EA; remifentanil PCA is geen alternatief dat hiervoor in de plaats kan komen. Alleen als er een (relatieve) contra-indicatie bestaat voor EA is remifentanil PCA een mogelijke tweede keuze. 

SAMENVATTING

- Voor de bestrijding van ernstige pijn tijdens de baring is epidurale analgesie (EA) of sequentiële spinale/epidurale analgesie de eerste keuze.
- Remifentanil kan deze plaats niet innemen, tenzij er een contra-indicatie voor EA bestaat.
- Bij toediening van remifentanil aan zwangeren op de verloskamers dient aan strikte randvoorwaarden met betrekking tot monitoring, scholing van personeel en mogelijkheden tot behandeling van ademdepressie te worden voldaan.



beeld: iStockphoto

Naschrift NVOG

Minder is niet altijd onvoldoende

Het is onomstreden dat epidurale analgesie een effectieve en veilige methode is voor pijnbehandeling tijdens de baring. Toch zijn er ook bezwaren. Epidurale analgesie is een relatief bewerkelijke methode, niet altijd (direct) beschikbaar en er is tijd nodig voordat adequate pijnbehandeling is bereikt. Ook kan te veel motorische blokkade de uitdrijving bemoeilijken. In de Nederlandse verloskundige praktijk is het op dit moment niet ongewoon dat tussen het stellen van de indicatie door de obstetricus en het bereiken van adequate epidurale pijnbehandeling twee uur tijd verstrijkt. Pijnbehandeling met remifentanil PCA is binnen tien tot vijftien minuten mogelijk. Daarom is remifentanil PCA beter inpasbaar dan epidurale analgesie in die situaties waar pijnbehandeling noodzakelijk is, maar de uitdrijvingsfase al in zicht komt.

De auteurs geven aan dat het effect op de pijn van remifentanil inferieur is aan dat van epidurale analgesie. Dit is weliswaar nog niet uitputtend onderzocht, maar het is aannemelijk dat zij hierin gelijk hebben. Minder is echter niet altijd onvoldoende. Zeker als remifentanil wordt gebruikt voor relatief korte tijd (minder dan vier uur), zoals in de laatste fase van de ontsluiting, is het zeker bruikbaar.¹ Hiermee is remifentanil niet een vervanger van epidurale analgesie, maar heeft het een andere positionering. Ik ben het volledig met de auteurs eens dat het gebruik van remifentanil alleen mogelijk is bij een goed georganiseerde infrastructuur: met intensieve monitoring van de patiënt, training van het personeel en strikte adherentie aan een gedegen (onderzoeks)protocol. Hiervoor is intensieve samenwerking tussen de anesthesioloog en obstetricus onontbeerlijk.

Overigens kunnen obstetrici momenteel hun kennis en vaardigheden op het gebied van respiratoire en cardiale reanimatie aanzienlijk verbeteren door deelname aan de MOET-cursus (*Managing Obstetric Emergencies and Trauma*; www.moetcursus.nl).

Addy Drogtop,

gynaecoloog, vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) bij de ontwikkeling van de CBO-richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling.

naschriften vindt u onder de digitale versie Dahan op www.medischcontact.nl.

Referenties Stienstra

1. Niven C, Gijsbers K. A study of labour pain using the McGill Pain Questionnaire. *Soc Sci Med* 1984; 19: 1347-51.
2. Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Can Med Assoc J* 1984; 130: 579-84.
3. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson RG. More in hope than expectation: Women's experience and expectations of pain relief in labour: A review. *BMC Med* 2008; 6: 7.
4. Marx GF. Historical development of obstetrical anesthesia. *Anaesthesist* 1987; 36: 537-40.
5. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Sheiner EK et al. A comparison between the effectiveness of epidural analgesia and parenteral pethidine during labor. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263: 95-8.
6. Lurie S, Priscu V. Update on epidural analgesia during labor and delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 49: 147-53.
7. Bron: Landelijke Verloskundige Registratie 2005.
8. Volmanen P, Sarvela J, Akural EI, Raudaskoski T, Korttila K, Alahuhta S. Intravenous remifentanil vs. epidural levobupivacaine with fentanyl for pain relief in early labour: a randomised, controlled, double-blinded study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 249-55.

Referenties KNOV

1. Krol B, Groothoff JW. Eerstelijns-verloskunde vanuit cliëntenperspectief. Groningen: Noordelijk Centrum voor gezondheidsvraagstukken, sectie Toegepast onderzoek.; 2001.
2. Hodnett E. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane database Syst Rev* 2002 (2). 13-6-2001. Oxford: Update Software.
3. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane.Database.Syst. Rev* 2003 (3): CD003766.
4. Hodnett E. Pain and a womans satisfactions with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186 (5): S160-S172.

Referentie NVOG

1. Harbers J, Drogtrorp A, Ieperen R van. Remifentanil is safe and effective for patient controlled intravenous analgesia during labour: the results in 305 parturients. *International Journal of Obstetric Anaesthesia*, mei 2008 (17) S52.