

Leidt epidurale analgesie tot een betere bevallingservaring?

Zwangere vrouwen verwachten veel van epidurale analgesie tijdens de baring: complete pijnstilling en daardoor een prettige bevalling. Maar met epidurale analgesie wordt lang niet altijd alle pijn weggenomen. Dat kan een onverwachte tegenvaller opleveren. En is achteraf de bevalling met deze vorm van pijnstilling wel zo prettig als tevoren verwacht?

Marlies Rijnders*, Simone Buitendijk**
en Kathy Herschderfer*
* verloskundige/onderzoeker
**arts-epidemioloog

Worden vrouwen sterker van de pijn die ze beleven tijdens de baring? Of zijn vrouwen die de bevalling zonder pijnstilling willen doorstaan slecht geïnformeerd? Al enige jaren worden met regelmaat discussies gevoerd over het recht op pijnbestrijding, met name op epidurale analgesie, tijdens de normale baring.¹⁻³ Recentelijk is deze discussie weer aangezwengeld door PvdA-Tweede Kamerlid Van Zuylen. Zij vindt dat "de vroedvrouwenmaffia" moet worden aangepakt omdat "...je in veel landen een ruggenprik krijgt, maar ze

hier vinden dat de pijn nodig is om een goede band met je kind te ontwikkelen."²

Wat zijn echter de gevolgen van het routinematig aanbieden van epidurale analgesie voor het voortbestaan van de normale baring onder begeleiding van de eerste-lijnsverloskundige? En, wat voor invloed heeft epidurale analgesie op de satisfactie en ervaringen van vrouwen?

Gevolgen voor de eerstelijnszorg

Epidurale analgesie (EA) tijdens de bevalling resulteert per definitie in een gemedicaliseerde baring. Het vereist een infuus, frequente bloeddrukcontrole en aanwezigheid van zuurstof en een zuurstofmeter op de verloskamer. De barende is aan bed gekluisterd en signalering van een mogelijke infectie wordt bemoeilijkt doordat onder invloed van EA de lichaamstemperatuur van de vrouw stijgt.⁴

Indien baren met EA gemeengoed wordt, zal er een verschuiving plaatsvinden van de normale fysiologische baring onder leiding van de verloskundige thuis of poliklinisch naar een gemedicaliseerde bevalling in het ziekenhuis onder leiding van een specialist. In Engeland bevalt één op de drie tot vijf vrouwen, voornamelijk primigravidae, met epidurale analgesie.⁵ De weerstand onder Nederlandse verloskundigen tegen het routinematig aanbieden van EA tijdens de baring berust waarschijnlijk niet of nauwelijks op de angst voor verlies van broodwinning per se. Immers, net zoals in de ons omringende landen is gebeurd verschuift met de plaats en positie van de bevalling de werkplek van de verloskundige: van zelfstandig werkende naar klinisch werkende vroedvrouw.⁶ Met het huidige tekort aan vroedvrouwen en de te hoge werkdruk zou dit voor de beroepsgroep misschien zelfs een aardige mogelijkheid voor werkdrukverlaging kunnen zijn. Een thuisbevalling kost de verloskundige immers meer tijd en energie dan een poliklinische baring.

Correspondentieadres:
Wassenaarseweg 56,
2333 AL Leiden

Met het op grote schaal verkassen van verloskundigen naar de kliniek staat het Nederlands verloskundig systeem op de tocht. Het is een illusie te veronderstellen dat in Nederland een toename van het aantal klinische en gemedicaliseerde baringen niet zoals elders in de Westerse wereld, het systeem van de eerstelijnsbevalling zal doen verdwijnen. De bezorgdheid van de verloskundigen betreft dan ook vooral de dreigende teloorgang van een cultuur "...waarin vrouwen de mogelijkheid hebben om de bevalling als een normale levensverrichting te beleven."⁷

Voorstanders van routinematige EA zullen stellen dat een positief ervaren bevalling door afwezigheid van pijn, opweegt tegen het verlies van deze baringscultuur. Maar is de mate van baringspijn wel zo bepalend voor de ervaring? Is pijn alleen een negatieve ervaring, of is er sprake van een complexe balans van negatieve en positieve ervaringen die bovendien kunnen veranderen met het verstrijken van de tijd?

Angst voor pijn bij de baring

Er is een verschil tussen pijn en lijden. Pijn is een simpel biologisch proces: de fysische reactie op een zenuwprickeling. Lijden is een psychologisch proces dat ook bij afwezigheid van pijn kan optreden. Kenmerkend voor lijden is het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid wat zich vaak vertaalt in de angst om controle te verliezen en overgelaten te worden aan het onbekende.

De pijnervaring wordt beïnvloedt door de mate van lijden. Controle over de pijn door analgesie is een relatief nieuwe verworvenheid. De controle over lijden tijdens de baring bestaat al veel langer en die wordt op verschillende manieren ondersteund door de betrokkenen: partner, familie, vrienden en medici.⁸ Controle over lijden is cultureel bepaald. Zo blijkt dat Nederlandse vrouwen menen ba-

ringsspijn beter te kunnen verdragen dan Amerikaanse vrouwen.⁹

Routinematig aanbod van pijnbestrijding resulteert inderdaad in minder pijn maar niet per definitie in minder lijden. Een deel van het huidige ongenoegen over de obstetrische zorg in landen waar men standaard pijnbestrijding aanbiedt, berust mogelijk op de onpersoonlijke begeleiding van baringen waarbij veel obstetrische technologie wordt gebruikt. In 1987 publiceerde Kitzinger een observationele studie over de ervaringen van 908 vrouwen die bevielen met epidurale analgesie.¹⁰ Hieruit kwam onder meer naar voren dat de vrouwen die kozen voor epidurale analgesie ook degenen waren die van tevoren vaker aangaven geen controle over de (gemedicaliseerde) bevalling te hebben. Kitzinger concludeert dat EA een goede techniek is om een vrouw met een lange, moeizame en uitputtende baring te ondersteunen. Zij vraagt zich vervolgens echter af hoe het komt dat in onze maatschappij vrouwen zo angstig worden gemaakt voor een normale baring dat zij een manier van bevallen kiezen waarmee ze het potentiële risico lopen elke - ook positieve - ervaring te missen.

In een kwalitatieve Zweedse studie van Sjögren uit 1997 onder 100 zwangere vrouwen die wegens extreme baringsangst vanuit antenatale klinieken naar een psychosomatische kliniek waren verwezen, is gekeken naar de redenen voor deze extreme angst.¹¹ Van de 100 verwezen vrouwen hadden er 46 een gecompliceerde baring in de anamnese; 36 vrouwen waren primigravida. Gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening werd door 73%, angst voor 'vrouwelijke incompetentie' door 65% en doodsangst door 55% van de vrouwen als reden gegeven voor de baringsangst. Van deze groep noemde 44% de angst voor pijn als reden. Pijn was dus wel een belangrijke maar niet een overheersende reden voor baringsangst bij deze groep extreem angstige zwangeren.

Kenmerkend voor lijden is het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid wat zich vaak vertaalt in de angst om controle te verliezen en overgelaten te worden aan het onbekende

Sterfte en morbiditeit zijn, hoewel gering, wel risico's van epidurale analgesie

Satisfactie na epidurale anesthesie

Morgan et al onderzochten in een observationele studie de hypothese dat een pijnloze-baring-op-verzoek in combinatie met een goede uitkomst de maternale satisfactie verhoogt.¹² Binnen 48 uur post partum en een jaar na de partus werd aan 1000 vrouwen die vaginaal bevallen waren van een gezond kind gevraagd naar de pijnbeleving tijdens en de satisfactie met betrekking tot de baring. Van deze vrouwen kreeg 51% epidurale analgesie, al dan niet in combinatie met entonox of pethidine. Bij 41% werd de pijn op andere manieren bestreden en slechts 8% kreeg geen enkele vorm van pijnbestrijding.

Epidurale analgesie bleek de meest effectieve methode om pijn te verminderen. Maar ongeacht de pijnstilling was voor 70-72% van de vrouwen de pijn zoals ze hadden verwacht. In de groepen waar EA werd gegeven bleek de eerste 48 uur post partum 15% van de vrouwen ontevreden te zijn over de baring. In de groep bij wie de pijn op andere manieren werd bestreden gold dat voor 12% en in de groep vrouwen die beviel zonder enige pijnbestrijding voor 10%. Ook één jaar na de bevalling was de gemiddelde satisfactie bij de groep die beviel met EA lager dan in de groep zonder enige pijnbestrijding (28 versus 20 op een schaal van 100 waarbij 0 'prima' en 100 heel 'slecht' is). Overigens was de pijnscore in de groep vrouwen met een scala aan verschillende pijnbestrijdingsmethoden gelijk aan de pijnscore in de groep vrouwen die beviel zonder enige pijnbestrijding. De satisfactie zowel na 48 uur als na één jaar, was in de groep vrouwen bij wie pijn met allerlei methoden werd bestreden het laagst. Het percentage vrouwen (8%) dat de bevalling als de 'ergste nachtmerrie' beoordeelde, was in alle groepen evenredig verdeeld. Tevredenheid over de baring binnen 48 uur en satisfactie na één jaar waren dus niet nauw gerelateerd aan de doeltreffendheid van de pijnbestrijding. Satisfactie bleek veel meer

gerelateerd te zijn aan de manier van bevallen - inleiding dan wel kunstverlossing - en de duur van de baring. Inleidingen en kunstverlossingen kwamen meer voor in de groep die EA kreeg.

In een prospectieve multicenter-studie in Engeland werd gekeken naar de verwachtingen en ervaringen van 700 vrouwen.¹³ Van deze vrouwen verwachtte 77% één maand voor de uitgerekende datum dat de baring erg of heel erg pijnlijk zou zijn en 12% verwachtte ondraaglijke pijn. De meeste vrouwen (67%) waren een beetje angstig voor de pijn; 22% was dat totaal niet.

Bij de keuze voor medicamenteuze pijnstilling is het opvallend dat 79% van de vrouwen absoluut geen EA wenste, maar een andere vorm van pijnbestrijding. Postnataal bleek dat 38% de pijn overeenkomstig de verwachting vond, 21% vond de pijn erger en 13% minder erg. Er bleek geen relatie te bestaan tussen de mate van verwachte pijn en de ervaren pijn. Uiteindelijk beviel 16% zonder pijnstilling. Van de 10% die epidurale analgesie kreeg, vond 75% dit zeer en 8% helemaal niet effectief. Bijna tweederde van de vrouwen die bevallen met EA kreeg overigens tevens pethidine.

In deze groep leidde de verwachting dat EA volledige pijnstilling garandeerde - maar dit niet het geval bleek - tot grotere ontevredenheid over de baring dan in de andere groepen. Over het algemeen waren de vrouwen zonder medicatiegebruik tevredener over de baring.

Uit de studie bleek dat het welbevinden post partum niet zozeer gerelateerd was aan pijn en pijnbestrijding tijdens de baring, maar heel duidelijk gerelateerd was aan angst voor de pijn in de antenatale periode.

Informed choice

Voorstanders van routinematige pijnbestrijding stellen dat behalve bij de bevalling, er geen enkele andere omstandigheid is waar-

in het voor een persoon acceptabel wordt geacht om hevige pijn te ervaren terwijl er een veilige interventie voorhanden is. De vraag van de vrouw zou voldoende reden zijn om pijnbestrijding tijdens de baring te geven.¹⁴

Tegenstanders wijzen erop dat baringspijn fysiologisch is, niet leidt tot morbiditeit en mortaliteit en derhalve niet als pathologisch behandeld moet worden. Zij stellen dat het in de gezondheidszorg niet gebruikelijk is om een invasieve en mogelijk schadelijke procedure als service aan te bieden aan gezonde vrouwen die een fysiologisch proces ondergaan.¹⁵ Sterfte en morbiditeit zijn, hoewel gering, wel risico's van epidurale analgesie.

In een Amerikaanse studie - in dit tijdschrift gerefereerd op pagina 42 - onder 303 vrouwen bleek een duidelijke relatie te bestaan tussen de stelligheid in voornemen om te bevallen met EA en de daadwerkelijk verkregen EA.¹⁶ Als de wens vooraf zo'n invloed heeft op het uiteindelijk verkrijgen van epidurale analgesie in een situatie waarin die routinematig beschikbaar is, dan is tijdige en goede informatieverstrekking aan de zwangere over alle voor- en nadelen van epidurale analgesie een vereiste (zie het artikel van Van Delden en Buitendijk op pagina 10-14 van dit tijdschrift.)

Conclusie

Hoewel in veel Westerse landen het gebruik van EA tijdens de laagrisicobaring gemeengoed is en stemmen opgaan een dergelijke situatie ook in Nederland na te streven, is het onduidelijk of de satisfactie met betrekking tot de baring hierdoor wel verbetert. Uit onderzoek blijkt dat de mate van pijnbeleving niet de belangrijkste bepalende factor is voor satisfactie. Het gevoel van controle dat de zwangere heeft en het al dan niet instrumenteel bevallen, lijkt de satisfactie meer te beïnvloeden.

De bevalling met EA kan niet thuis plaatsvinden en zal per definitie onder medisch gecontroleerde omstandigheden moeten

geschieden. Op dit moment kan de vraag dus niet worden beantwoord of laagrisicozwangeren als groep een prettiger baringservaring zullen hebben indien een groter percentage van hen gebruik gaat maken van EA. Hulpverleners in de verloskunde dienen zich te realiseren dat, hoewel de angst voor de bevalling voor een belangrijk deel bepaald wordt door angst voor de pijn, dit laatste een reflectie kan zijn van andere, onderliggende angsten. Het routinematig aanbieden van epidurale analgesie om angst tijdens de baring te verminderen, is dus een te simplistische benadering. Zwangere en barend vrouwen worden hierdoor eerder tot afhankelijke wezens gedegradeerd, wat een effect zou kunnen hebben dat tegenovergesteld is aan het beoogde. ●

Referenties

- 1 Manschot A. Is al dat lijden nog wel nodig? Opzij 1993;21:28-31.
- 2 Vuijsje M. Hilda Verwey Jonker en Marjet van Zijlen over grote en kleine vrouwenzaken. Opzij 1999;4:60-63.
- 3 Wierper A. Pijnlijk of pijnloos bevallen? Wie beslist? Margriet 1999; 41-46.
- 4 Ee R van, Schutte M. Anti-pijnprik bij bevallen kan nooit een routinezaak worden. NRC Handelsblad 21 mei 1999.
- 5 Beech BAL. Epidurals dead from the waist down. AIMS Journal Spring 1998
- 6 Schoon A. Thuisbevallen NRC Handelsblad 31 juli 1999.
- 7 Croon M. Routinematige ruggenprik is onverantwoord. NRC Handelsblad 4 mei 1999.
- 8 Caton D. What a blessing she had chloroform. London Yale University Press 1999;231-234.
- 9 Kitzinger S. Some women experiences of epidurals. A descriptive study London National Childbirth Trust 1987.
- 10 Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1997;18:266-277.
- 11 Morgan BM, Bulpitt Clifton P. Analgesia and satisfaction in childbirth (the queen charlotte s 1000 mother survey). Lancet 1982 2:808-810.
- 12 Green. Expectations and experiences of pain in labor findings from a large prospective study Birth 1993;20(2) 72.
- 13 Chestnut McGrath, Vincent Jr. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor Anaesthesiology 1994;80:1193-1200.
- 14 Bogod D. Advances in epidural analgesia for labour Progress versus prudence. Lancet 1995;345:1129-1130.
- 15 Goldberg AB, Cohen A, Lieberman E. Nulliparas preferences for epidural analgesia Their effects on actual use in labor Birth 1999;26(3): 139 143.

Het routinematig aanbieden van epidurale analgesie om angst tijdens de baring te verminderen is dus een te simplistische benadering