



## Pijnbestrijding bij de bevalling

Wij beschrijven hier de mogelijkheden van pijnbestrijding bij de bevalling in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Een bevalling kan prima verlopen zonder pijnbestrijding. Er kunnen echter verschillende redenen zijn waardoor u, in overleg met uw gynaecoloog en/of verloskundige, besluit toch gebruik te willen maken van pijnbestrijding. Dit kan 24 uur per dag, 7 dagen per week. Als u graag pijnbestrijding wil tijdens de bevalling krijgt u meestal een ruggenprik. Als een ruggenprik niet mogelijk is of niet lukt, krijgt u pijnbestrijding via het infuus.

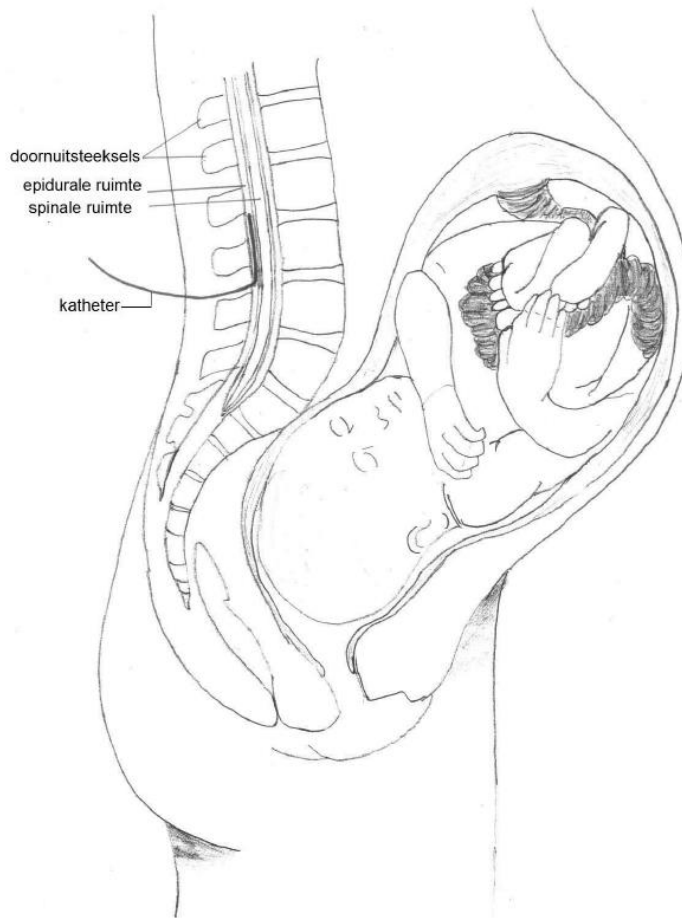
Als u deze informatie ontvangt ná de bevalling met een ruggenprik, is vooral de informatie op pagina 3 en 4 van belang waar de mogelijke bijwerkingen en complicaties na een ruggenprik staan beschreven.

### Ruggenprik

De anesthesioloog kan de ruggenprik op de verloskamer geven. U hoeft hiervoor niet naar een operatiekamer toe.

Bij de ruggenprik (ook wel epidurale pijnbestrijding genoemd) brengt de anesthesioloog een naald in onderin uw rug. Via deze naald wordt een dun slangetje (katheter) opgeschoven en achtergelaten in de epidurale ruimte. Daarna spuit de anesthesioloog via dit slangetje verdovingsvloeistof (= pijnstilling) in de epidurale ruimte.

In de epidurale ruimte bevinden zich de zenuwen die van uw ruggenmerg naar uw buik, bekken en benen gaan. Door deze zenuwen te verdoven treedt er een verminderd gevoel op in uw buik en in het onderste deel van uw lichaam. Ook kan het zijn dat u uw benen (tijdelijk) minder goed kunt bewegen. Afhankelijk van de dosering van de gebruikte verdovingsvloeistof voelt u de weeën minder tot soms zelfs helemaal niet.



## Vorbereiding op de ruggenprik

U krijgt een infuus met extra vocht. Daarnaast wordt u aangesloten op bewakingsapparatuur waarmee we uw bloeddruk, hartslag en het zuurstofgehalte in uw bloed meten. Ook volgen we voortdurend de hartslag van uw kindje.

## Het plaatsen van de ruggenprik

Om de ruggenprik zo goed mogelijk te laten verlopen, gaat u rechtop zitten en uw rug zo bol mogelijk maken. Als zitten niet goed gaat, mag u op uw zij gaan liggen. U probeert weer uw rug zo bol mogelijk te maken. De anesthesioloog zal nu de juiste plek voor de ruggenprik bepalen. Daarna wordt uw rug ontsmet. Vervolgens verdooft de anesthesioloog de prikplek op uw huid. Dit voelt als een prik en kan een brandend gevoel geven. De ruggenprik die u hierna krijgt voelt u nauwelijks.

Het is heel belangrijk dat u tijdens het prikken niet beweegt. Als u een wee voelt opkomen zegt u dit tegen de anesthesioloog. De anesthesioloog stopt dan even met prikken. Het is ook belangrijk dat u direct aangeeft dat u pijn voelt tijdens het prikken.

Via de naald wordt een dun slangetje (katheter) opgeschoven. Als het slangetje op de goede plaats zit (= in de epidurale ruimte), verwijdert de anesthesioloog de naald. Het slangetje blijft achter en wordt goed vastgeplakt. U mag nu weer normaal bewegen.

Om de verdooving sneller te laten werken kan de anesthesioloog er voor kiezen om een gecombineerde prik te geven. Via de epidurale naald wordt dan een dunnere naald opgeschoven en via deze dunnere naald wordt rechtstreeks in uw ruggenmergvocht (= in de spinale ruimte) wat verdovingsvloeistof gespoten. Er is geen extra prik nodig.

## Na de ruggenprik

Nadat de anesthesioloog met een testdosis heeft gecontroleerd of het slangetje op de juiste plaats ligt, krijgt u het verdovingsmiddel toegediend. Het pijnstillend effect wordt bij een epidurale verdoving na ongeveer 10 tot 20 minuten bereikt. Als u een gecombineerde prik heeft gekregen treedt het pijnstillende effect na ongeveer vijf minuten op.

Als het pijnstillend effect is bereikt, wordt het slangetje aangesloten op een pomp, die u voortdurend een kleine hoeveelheid verdovingsmiddel toedient. Als het nodig is kunt u zichzelf met een druk op een knop, die verbonden is met deze pomp, wat extra verdovingsmiddel geven.

In het UMCG zoekt de anesthesioloog een midden tussen de mogelijkheid om te kunnen blijven bewegen (en persen) en een aanvaardbaar niveau van pijnstilling voor de barende vrouw. Dit betekent dat in de meeste gevallen de pijn van de weeën niet volledig onderdrukt wordt, maar wel dat u minder pijn heeft.

## Bijwerkingen van een ruggenprik

De onderstaande bijwerkingen zijn allemaal tijdelijk en gaan over als het verdovingsmiddel is uitgewerkt.

### **Bloedrukdaling**

Als uw bloeddruk daalt kan de situatie van uw kindje tijdelijk verslechteren. Om deze reden krijgt u vooraf extra vocht via een infuus en worden u en uw kindje aangesloten aan bewakingsapparatuur.

### **Verdoving van de blaas**

De zenuwen die 'voelen' dat u een volle blaas heeft kunnen ook verdoofd zijn door het verdovingsmiddel. De verloskundige of gynaecoloog zal daarom op regelmatige tijdstippen controleren of u een volle blaas heeft en zal zo nodig uw blaas legen met behulp van een katheter.

### **Rillen**

Door de verdoving kunt u tijdelijk de temperatuur van uw onderlichaam minder goed regelen. Hierdoor kunt u wat gaan rillen.

### **Jeuk**

Afhankelijk van het gebruikte verdovingsmiddel kunt u eventueel wat jeuk krijgen.

### **Gevolgen voor uw kindje**

De medicijnen die u via de ruggenprik krijgt komen niet in uw bloedbaan terecht. Daardoor hebben ze geen direct effect op uw kindje.

### **Gevolgen voor de voortgang van de bevalling**

De ruggenprik kan de bevalling mogelijk iets vertragen. Daardoor is er een grotere kans dat de arts weeënopwekkende middelen gaat gebruiken. Er is ook een verhoogde kans op een bevalling met behulp van een verlostang of vacuüm.

### **Koorts**

Een ruggenprik kan temperatuursverhoging geven, zonder tekenen van infectie. Als het onduidelijk is of de temperatuurverhoging komt van de epiduraal of van een infectie kan besloten worden om voor de zekerheid antibiotica te geven tijdens de bevalling.

## Mogelijke complicaties van de ruggenprik

Tijdens of na een ruggenprik kunnen de volgende complicaties optreden:

### Onvoldoende werking van de ruggenprik

In ongeveer 10% van de gevallen werkt de ruggenprik onvoldoende. Als dit bij u gebeurt, overlegt de anesthesioloog met u of u de pijn kunt verdragen, of wordt besloten dat u een nieuwe ruggenprik krijgt.

### Hoofdpijn

Als de anesthesioloog tijdens het prikken (per ongeluk) het vlies rondom uw ruggenmergvloeistof aanprik, kan er ruggenmergvloeistof weglopen. Hierdoor kunt u hoofdpijn krijgen. Als dit gebeurt, wordt de hoofdpijn behandeld. Dit kan zijn met pijnstillers of met een zogenaamde 'bloodpatch'. Bij een bloodpatch zult u weer een ruggenprik krijgen waarbij een aantal milliliters van uw eigen bloed in uw rug wordt geïnjecteerd om het gaatje te dichtten.

### Bloeding

Zeer zelden ontstaat er een bloeding op de plek waar het slangetje zit of heeft gezeten in de epidurale ruimte. Deze bloeding kan druk op uw zenuwen en/of ruggenmerg veroorzaken en zo gevoelsstoornissen en/of verlamningsverschijnselen geven. Deze stoornissen en/of verschijnselen zijn met de juiste behandeling (operatie aan de rug) meestal omkeerbaar. Dit is een extreem zeldzame complicatie.

### Ontsteking

Zeer zelden kan er een ontsteking ontstaan op de plek waar het slangetje heeft gezeten. Daardoor kunt u rugpijn en/of koorts krijgen. In zeer uitzonderlijke gevallen kan dit leiden tot hersenvliesontsteking. Ook dit is een zeer zeldzame complicatie.

## Belangrijk

Waarschuw onmiddellijk een verpleegkundige van de afdeling als er sprake is van:

- Een plotseling optredend krachtsverlies en/of gevoelsstoornis(sen) in uw benen, buik of bekken. Dit kan optreden in de eerste 48 uur na de ruggenprik, maar kan in zeldzame gevallen nog tot vier weken later optreden.
- Een plotselinge verandering in de mate van de verdoving.
- Koorts in de eerste 48 uur na een ruggenprik of nadat het slangetje (de epidurale katheter) is verwijderd.

Als één van bovenstaande situaties zich voordoet als u thuis bent, neemt u onmiddellijk contact op met de dienstdoende anesthesioloog via de telefooncentrale van het UMCG (050) 361 61 61 en vraagt u naar zoemer 55603.

## Sterke pijnstiller via een infuus

Als een ruggenprik bij u niet mogelijk is, kunt u via het infuus een sterke pijnstiller krijgen. De anesthesioloog sluit via het infuus een pompje aan die een zeer kortwerkende sterke pijnstiller bevat (remifentanyl; dit is een soort morfine). U kunt dit pompje zelf bedienen met een drukknop. Met een druk op deze knop krijgt u via de pomp de pijnstiller toegediend. Het is belangrijk dat u drukt op het moment dat u de wee voelt opkomen. De pijnstiller werkt heel kort en wordt snel afgebroken in uw bloed.

### **Wat u moet weten**

Remifentanil is een pijnstiller die nog niet officieel geregistreerd is voor de behandeling van baringspijn. Remifentanil heeft bijwerkingen (zie onder) en de lange termijneffecten van remifentanil op het kind zijn vooralsnog onbekend.

Toch is remifentanil een middel waarmee al veel ervaring is opgedaan in de verloskunde en waar in de verloskunde ook veel onderzoek naar wordt gedaan. Volgens de Nederlandse CBO richtlijn ('pijnbehandeling tijdens de bevalling') is remifentanil binnen de verloskunde wel goedgekeurd voor beperkte indicatie.

### **Vorbereiding**

U krijgt een infuus en wordt aangesloten op bewakingsapparatuur waarmee uw bloeddruk, hartslag en het zuurstofgehalte in uw bloed wordt gevolgd. Ook wordt continu de hartslag van uw kindje gecontroleerd.

Bijwerkingen van deze vorm van pijnbestrijding kunnen zijn:

- Slaperigheid, sufheid.
- Misselijkheid.
- Daling van de ademfrequentie.
- Lichte daling van de hartfrequentie van zowel moeder als kind.

### **Gevolgen voor uw kindje**

Uw kindje krijgt via u deze pijnstiller ook binnen en kan daardoor wat slaperig worden.

Als de persweeën beginnen wordt de pomp stopgezet. Omdat de pijnstiller zeer snel wordt afgebroken in het bloed, zal uw kindje op het moment van de geboorte geen last meer van de pijnstiller hebben.

### **Vragen**

Als u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft, kunt u bellen met een medewerker van de polikliniek Anesthesiologie, telefoonnummer (050) 361 88 20. Bereikbaar op werkdagen.

## INFORMATIEKAART EPIDURALE VERDOVING

### Epidurale verdooving bij de bevalling – wat u moet weten

(Deze kaart bevat een samenvatting. Bespreek eventuele onduidelijkheden met uw anesthesioloog).

#### Inbrengen van de epidurale katheter

- U heeft een infuus nodig.
- Tijdens de epidurale katheter wordt ingebracht, mag u niet bewegen en moet u de anesthesioloog waarschuwen als u een wee krijgt.
- Meestal duurt het 20 minuten om de epidurale katheter in te brengen en nog eens 10-20 minuten voor de verdooving werkt.
- In sommige gevallen werkt de epidurale katheter niet goed en moet deze worden aangepast of vervangen.

#### Voordelen van een epidurale verdooving

- Biedt meestal uitstekende pijnverlichting.
- Soms wordt eerst een *spinale* verdooving gegeven omdat die sneller werkt.
- De dosis of het type lokale verdooving kan soms variëren, zodat u zich in bed gemakkelijker kunt bewegen.
- Over het algemeen heeft een epidurale verdooving geen invloed op uw baby.
- Indien een keizersnede noodzakelijk blijkt kan de verdooving via de katheter worden aangevuld of versterkt.

#### Mogelijke problemen bij epidurale verdooving

- Herhaalde toediening van sterkere lokale verdooving kan leiden tot een tijdelijk slap gevoel in de benen en vergroot de kans dat de bevalling met behulp van een verlostang of vacuümextractie moet worden uitgevoerd.
- De epidurale verdooving kan de tweede fase van de bevalling (uitdrijving/persen) mogelijk iets vertragen.
- Lage bloeddruk, jeuk of koorts kunnen tijdens de epidurale verdooving optreden.
- De plek waar de naald wordt ingebracht kan gevoelig worden. Dit is meestal na een paar dagen over. Ruggpijn wordt NIET veroorzaakt door de epidurale verdooving en is na elke zwangerschap een normaal verschijnsel.

Op de achterkant van deze kaart worden belangrijke risico's van epidurale verdooving vermeld.

**INFORMATIEKAART EPIDURALE VERDOVING**  
**Risico van een epidurale of spinale verdooving bij**  
**pijnbestrijding tijdens de bevalling**

Type risico	Hoe vaak komt dit voor?	Hoe algemeen is het?
Aanzienlijke daling van de Bloeddruk	1 op de 50 vrouwen	Af en toe
Verlicht de pijn bij de bevalling onvoldoende, zodat andere vormen van pijnbestrijding noodzakelijk zijn	1 op de 10 vrouwen	Algemeen
Verlicht de pijn bij de keizersnede onvoldoende, zodat een algehele narcose noodzakelijk is	1 op de 20 vrouwen	Soms
Zware hoofdpijn	1 op de 100 vrouwen (epidurale verdooving) 1 op de 500 vrouwen (spinale verdooving)	Komt weinig voor
Zenuwbeschadiging (gevoelloze plek op been of voet of een slap gevoel in het been)	Tijdelijk: 1 op de 1000 vrouwen	Zeldzaam
Gevolgen houden langer dan zes maanden aan	Permanent: 1 op de 13.000 vrouwen	Zeldzaam
Epiduraal abces (infectie)	1 op de 50.000 vrouwen	Zeer zeldzaam
Meningitis (hersenvliesontsteking)	1 op de 100.000 vrouwen	Zeer zeldzaam
Epiduraal hematoom (bloeding)	1 op de 170.000 vrouwen	Zeer zeldzaam
Onvoorziene bewusteloosheid	1 op de 100.000 vrouwen	Zeer zeldzaam
Ernstig letsel, waaronder verlamming	1 op de 250.000 vrouwen	Extreem zeldzaam

De genoemde cijfers betreffen schattingen en kunnen per land/regio/ziekenhuis verschillen.

**Op de achterkant van deze kaart wordt informatie vermeld over epidurale pijnbestrijding tijdens de bevalling.**