



beelden: iStockphoto

Pijnbestrijding bij de bevalling? Primum non nocere!

Baringspijn is er niet voor niets

Irena Veringa MSc,
verloskundige

dr. Ben van Cranenburgh,
neurowetenschapper

Stichting ITON, Instituut voor
toegepaste neurowetenschap-
pen, Haarlem

Correspondentieadres:
irenavinga@kpnmail.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De discussie over baringspijn is weer opgelaaid. Helaas gaat het uitsluitend over de negatieve aspecten en de bestrijding ervan. De vraag ‘waarom bestaat baringspijn’ komt zelden aan bod. Een duik in de historie van het denken over pijn.

In de media bepleiten gynaecologen en anesthesiologen regelmatig de pijnloze bevalling. Om de noodzaak van bestrijding van baringspijn kracht bij te zetten, worden soms uitspraken gedaan en suggesties gewekt die het beoogde doel – een goed verlopende baring – voorbijschieten.^{1 2} Voorbeelden hiervan zijn:

- ‘het moet afgelopen zijn met de pijncultuur in ons land’;
- ‘baringspijn is te vergelijken met fantoompijn na een amputatie’;
- ‘een vrouw die baringspijn accepteert, is een arme drommel die niet op de hoogte is van de huidige medische mogelijkheden’;
- ‘tegenwoordig heeft iedere vrouw recht op een pijnloze bevalling’;

- ‘een bevalling is een heikele gebeurtenis die moet plaatsvinden onder intensieve medische controle’.

Het lijkt wel op marketing van epidurale anesthesie. Met oneigenlijke middelen worden meningen beïnvloed en wordt een behoefte aan anesthesie gecreëerd. Dat is niet zonder risico's. Daarom wordt het tijd dat we gaan nadenken over de zin van baringspijn en beziën of we van de geschiedenis kunnen leren.

Zes weken plat

In hun boekje *The challenge of pain* beschrijven Ronald Melzack en Patrick Wall de weinig verheffende pijnhistorie.³ Rampzalige, mutilerende ingrepen (operaties, amputaties en doorsnij-

Een kind zonder pijnzin is nauwelijks levensvatbaar

dingen van zenuwen en banen, tot lobotomie toe) werden in de jaren zestig uitgevoerd om niet begrepen chronische pijn weg te krijgen. Ook het recente verleden is het overdenken waard. Wat te denken van de ligkuur – zes weken plat – die als routine bij hernia werd voorgeschreven? En realiseren artsen zich dat een rugoperatie hoog prijkt op de lijst van

oorzaken van chronische rugpijn (*failed back surgery syndrome*)?

Steeds weer worden medische interventies ingezet voordat zin of doel van pijn is begrepen.⁴⁻⁵

Misplaatste aanbevelingen komen zelfs terecht in talrijke richtlijnen waarmee we tegenwoordig worden overspoeld, en die lijken te ontsnappen aan de welhaast heilig verklaarde vereisten van evidence-based medicine.⁶⁻⁷

Zes inzichten over pijn kunnen helpen om het evenwicht in het debat en de medische praktijk weer te herstellen

1. Pijn is een vitale emotie

Pijn is, net als angst en honger, een onaangename emotie. De evolutionaire waarde van pijn zit hem juist in het onaangename ervan. Onaangename emoties lokken zeer dwingend gedragsveranderingen uit.⁸ Een kind zonder pijnzin (congenitale analgesie) is nauwelijks levensvatbaar, onder andere omdat het ernstige verwondingen oploopt.

Het is zonneklaar dat een fenomeen dat miljoenen jaren evolutie heeft doorstaan een vitale betekenis heeft voor de overleving. Het lijkt daarom lichtzinnig pijn alleen maar te bestrij-

den omdat deze onaangenaam is. Door baringspijn voor te stellen als pathologie ontkent men de evolutionaire functie.

Hoewel het evolutionaire argument niet in alle kringen populair is, blijft het een fascinerend probleem waarom baringspijn bestaat, of – met andere woorden – de evolutie heeft doorstaan.

2. Pijn waarschuwt en dwingt

Pijn kan een signaal of waarschuwing zijn voor onraad in de ruimste zin van het woord: weefselschade, zenuwbeklemming of psychische onvrede/overbelasting. Deze lezing treft men in de meeste medische tekstboeken aan: pijn wijst op een onderliggende ziekte of schade. Maar pijn kan ook een doel hebben doordat het gedrag afdwingt. Met een blaar op je hiel loop je anders (motoriek), een pijnlijke hand eist alle aandacht op, pijn stemt tot nadenken. Verder kan pijn worden opgevat als stressor: door pijn wordt de fysiologie ingesteld op de heersende biologische situatie. Ingrijpende veranderingen in ons endocriene stelsel en zenuwstelsel vinden plaats.

Passen we dit toe op baringspijn, dan zou men het volgende kunnen veronderstellen:

- een functionerende pijnzin kan een rol spelen bij het signaleren van knelpunten en complicaties tijdens de bevalling;
- pijn richt de aandacht van de barende vrouw dwingend op het eigen lichaam, en dat is nuttig;
- pijn zet talrijke (in principe) nuttige stressmechanismen in werking: de stijging van catecholamine-, cortisol- en oxytocinespiegels in het bloed is belangrijk voor de voortgang van de baring.

3. Pijn is een complex fenomeen

Pijn is een multidimensionaal fenomeen. Melzack onderscheidde de sensorische, affectieve en cognitieve dimensie.⁸ Pijn wordt dus niet bepaald door de intensiteit alleen. Door te stellen dat baringspijn even intens is als fantoompijn, suggereert men dat alleen intensiteit telt en creëert men een vals beeld van baringspijn.

De vergelijking met fantoompijn is ontleend aan een belangrijke publicatie van Melzack uit 1984, *The myth of painless childbirth*.⁹ Maar daarin laat hij ook zien dat naast de intensiteit van pijn, andere dimensies zoals aard en affect kenmerkend kunnen zijn voor bepaalde soorten pijn. Enige voorzichtigheid bij het citeren uit dit artikel is dus op zijn plaats.

Barende vrouwen beschrijven hun pijn inderdaad als intens (8 tot 9 op een schaal van 10),

Pijn richt de aandacht van de barende vrouw dwingend op het eigen lichaam.





Beter een pijnlijke baring dan geen voeling met de bevalling.

Angst kan de pijn doen toenemen

maar ervaren hun pijn ook emotioneel (hoe onaangenaam voelt het) en denken er iets over (het hoort erbij, het is nodig, of het gaat fout). Het is net als bij muziek. Die kan hard en lelijk zijn, maar ook hard en mooi. Bij pijn telt niet alleen de intensiteit, maar ook de affectieve en cognitieve dimensie.

4. Pijn en weefselschade?

Pijn staat zelden in een een-op-eenrelatie met weefselschade. De *gate control theory* van Melzack en Wall uit de jaren zestig benadrukte dat pijn van vele psychische, somatische, contextuele en culturele factoren afhangt, en was daarmee een keerpunt in het denken over pijn.^{3 8-10} Is het niet zinvol om, in het geval van de baring, deze factoren eens rustig in kaart te brengen?

Bij het ervaren van pijn speelt de context altijd een rol.¹¹ Bij postoperatieve pijn blijken bijvoorbeeld veel minder pijnstillers nodig als de patiënt in een lichte kamer ligt met prettig uitzicht en vriendelijk personeel.⁸ Ook cognities (verwachtingen, ideeën)

kunnen beslissend zijn. Het lijkt ons verstandig om eerst in te zetten op deze factoren voordat we rigoreus het pijnsysteem platleggen.

5. Pijnmodulerende systemen

Ieder organisme beschikt over eigen pijnmodulerend systemen die onder andere in de hersenstam hun oorsprong hebben. Soms neemt de pijngevoeligheid toe, in andere gevallen kan de pijnzin geheel uitgeschakeld zijn. In beide gevallen is sprake van een survivalvoordeel:

soms is een versterkte, soms een verminderde pijngevoeligheid nuttig. Zo kan angst voor verdere weefselschade pijn doen toenemen, terwijl tijdens oorlog of sportinspanningen ernstige verwondingen juist ongemerkt blijven omdat de prioriteiten elders liggen.

Helaas is er nauwelijks onderzocht wat er gebeurt met deze pijnmodulerende systemen tijdens zwangerschap en baring. In het algemeen zien we dat pijnremming vooral overheerst in stresssituaties waarbij een concreet doel moet worden gehaald (overleven, winnen). Pijn wordt dan tijdelijk opzij gezet. Toename van de pijngevoeligheid lijkt meer op te treden in stresssituaties waarbij de doelen niet concreet of onzeker zijn.¹² Het individu weet niet wat er aan de hand is: de zintuiglijke vensters worden wijd opengezet in een poging om meer informatie te krijgen. Pijn is dan een prijs die we daarvoor betalen. De pijngevoeligheid tijdens de bevalling hangt dus af van wat overheerst: het concrete doel (mijn kind wordt geboren) of angst voor wat komen gaat (ik scheur uit van onderen).

Door negatieve verwachtingen ontstaat het zogenaamde nocebo-effect: toename van een klacht op basis van de bewuste of onbewuste perceptie van een situatie of interventie. De patiënt krijgt bijvoorbeeld rugpijn omdat gezegd is dat de röntgenfoto slecht is en de rug versleten is. Zo ook kunnen negatieve cognities baringspijn versterken.¹³ Omgekeerd kunnen positieve verwachtingen of ideeën de pijn verminderen: het placebo-effect. Placebo- en nocebo-effecten blijken tot stand te komen door de invloed van eigen pijnmodulerende systemen. Kortom: de kracht van de verwachting is groot.¹¹⁻¹⁵ Het lijkt daarom logisch

SAMENVATTING

- In het debat over pijnloos bevallen komt de zin van baringspijn nauwelijks aan bod.
- Uit de 'pijngeschiedenis' kunnen we leren dat het ondoordacht bestrijden van pijn risico's heeft.
- Pijn kan onder meer zinvol gedrag afdwingen en de fysiologie beïnvloeden. Verder telt niet alleen de intensiteit, maar ook de affectieve en cognitieve dimensie.
- Toenemende beschikbaarheid van pijnstilling zou hand in hand moeten gaan met een goed onderbouwde en genuanceerde visie op baringspijn.



De literatuurlijst en eerdere Medisch Contact-artikelen over baringspijn vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

te toetsen of verwachtingen en ideeën van de zwangere vrouw ten aanzien van baringspijn realistisch zijn, en deze zo nodig te corrigeren.

6. Het neurale pijnensemble

Ten slotte: er is niet één pijncentrum in de hersenen; de emotie pijn berust op de activering van een uitgebreid neurale systeem, het neurale pijnensemble.^{8 16-18} De eigenschappen van dit pijnensemble (uitgebreidheid, gevoeligheid, etc.) zijn aan voortdurende verandering onderhevig en hangen af van de toestand van het individu. Kortom: ons pijnsysteem is plastisch. Een verandering van perifere input (bijvoorbeeld zenuwlaesie of verwonding), training (bijvoorbeeld braille leren) en motorische vaardigheden (sport en muziek), hebben een invloed op dit neurale ensemble. Bij veel pijnsyndromen is met beeldvormende technieken als fMRI aangetoond dat de representatie van het aangedane lichaamsdeel in de hersenen ingrijpend is toegenomen. Het brein probeert als het ware koste wat kost het contact met dat lichaamsdeel in stand te houden: beter een pijnlijke hand dan een gevoelloze hand. Met betrekking tot baringspijn zou men – speculatief – kunnen stellen: beter een pijnlijke baring dan geen voeling met de bevalling.


Warm bad

Het is moeilijk voorstelbaar dat al deze fenomenen in de evolutie alleen zijn ontstaan om mensen te plagen of neurofysiologen bezig te houden. De gangbare voorstelling van zaken – 'pijn is vervelend en overbodig, en moet dus

worden bestreden' – kunnen we dan ook snel als kortzichtig terzijde schuiven.

De regie over de baring en baringspijn zal vooral bij de barende vrouw zelf moeten liggen. Verloskundigen, gynaecologen en anesthesiologen zouden de koppen bij elkaar moeten steken om een begeleiding voor baringspijn te ontwerpen die de toekomstige moeders bekrachtigt, niet onzeker maakt en ze laat omgaan met de baringspijn binnen hun mogelijkheden. In navolging van wijlen prof. G.J. Kloosterman, bekend pleitbezorger van de thuisbevalling, willen we waarschuwen tegen nodeloze medicalisering van zwangerschap en baring. Dit betekent dat ziekenhuizen niet alleen trots moeten zijn op beschikbaarheid van de epidurale anesthesie, maar ook op gezellig ingerichte verloskamers met vriendelijk personeel, een warm bad, mooie muziek, een masseuse of hypnotiseur.

Grote variatie

De pijnbestrijding bij bevallingen in de Nederlandse ziekenhuizen wordt gekenmerkt door grote variatie. Het gebruik van epidurale anesthesie loopt uiteen van 0,3 tot 40,5 procent.¹⁹ Liggen de behoeftes aan pijnstilling bij vrouwen in Nederland echt zo ver uit elkaar, of heeft dit te maken met de regionale beschikbaarheid en marketing van pijnstilling? Uit onderzoek blijkt dat het laatste het meest waarschijnlijk is.²⁰ Wij hopen dat de toenemende beschikbaarheid van geavanceerde pijnstilling hand in hand gaat met een ontwikkeling van 'geavanceerd' denken over baringspijn. 



Zwangerschap en baring moeten niet nodeloos worden gemedicaliseerd.

Referenties

1. Karimi A, Weg met de pijncultuur , Spits, 23 maart 2010.
2. Nettekove M, Vrouw in baringspijn heeft recht op hulp, Farmaceutisch weekblad, 9 december 2009.
3. Melzack R, Wall P. The challenge of pain. Harmondsworth, Penguin 1996.
4. Deyo R, Patrick D. Hope or hype. Amacom 2005.
5. Taylor R. Stuurloze geneeskunde. Analyse van een niets-ontziede technologie. De Tijdstroom, 1981.
6. Gynaecologie 2008, www.cbo.nl/richtlijnen/folder20021023121843/rl_ptp_08.pdf.
7. Perez et al. Richtlijn Complex regionaal pijnsyndroom, type 1. NTVG 2007; 151(30): 1674-9.
8. Cranenburgh B. van. Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief. Elsevier Gezondheidszorg, 7e editie, 2009.
9. Melzack R. The myth of painless childbirth. Pain 1984; 19(4): 321-37.
10. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. Science 1965; 119; 150(699): 971-9.
11. Phillips M, Gregory LJ, Cullen S et al. The effect of negative emotional context on neural and behavioural response to oesophageal stimulation. Brain. 2003; 126: 669-84.
12. Price D, Bushnell C. Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives. IASP-Press, Seattle 2004.
13. Benedetti F. Placebo effects. Oxford University Press, New York 2008.
14. Colloca L, Sigauco M, Benedetti F. The role of learning in nocebo and placebo effects. Pain 2008; 136 (1-2): 211-8.
15. Riet G ter, Craen AJ de, Boer A de, Kessels AG. Is placebo analgesia mediated by endogenous opioids? A systematic review. Pain 1998; 76: 273-5.
16. Melzack R, From the gate to the neuromatrix. Pain 1999; Suppl 6: S121-6.
17. Melzack R. Evolution of the Neuromatrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture, Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. Pain 2005; 5(2): 85-94.
18. Apkarian A, Bushnell C, Treede R, Zubieta J. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. Eur J Pain, 2005; 9(4): 463-84.
19. Praktijkanalyse LVR2 2009, Verloskundig jaarverslag Landelijke Precentielverdeling, Stichting Perinatale Registratie Nederland, Utrecht 2009.
20. Schytt E, Waldenström U. Epidural analgesia for labor pain: whose choice? Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89(2): 238-42.