

Morbide obesitas: oxycodon

7247

PCA: patient controlled analgesia;
RCT: randomized clinical trial

CONCLUSIE

Er zijn onvoldoende gegevens over het gebruik van oxycodon bij patiënten met morbide obesitas. Uit de studie van Rupniewska-Ladyko et al bleek dat een lage dosis i.v. oxycodon (in combinatie met overige pijnstilling) afdoende was. Er is geen actie nodig en er dient niet hoger te worden gedoseerd dan bij niet-obesen.

Onderbouwend	Bewijs	BMI / kg	Effect	Opmerkingen
-				

Overig	BMI / kg	Effect	Opmerkingen
Rupniewska-Ladyko A et al. Gabapentin before laparoscopic sleeve gastrectomy reduces postoperative oxycodone consumption in obese patients: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Minerva Anesthesiol. 2018;84:565-571	Gabapentine N = 57 BMI = 42,23±5,1 2 kg/m ² Placebo N = 56 BMI = 43,69±5,3 0 kg/m ²	RCT naar het effect van preoperatief gabapentine (1200 mg 1 uur voor operatie) versus placebo op postoperatief oxycodon-gebruik. Na operatie ontvingen patiënten 1 g metamizol i.v. iedere 6 uur en een i.v.-bolus oxycodon totdat pijnscore ≤3 was. Daarna was oxycodon beschikbaar via PCA, 2 mg per keer met een lock-out van 10 minuten. Gabapentine verlengde de tijd tussen stoppen van anesthesie tot start oxycodon (verschil 36 minuten, p=0,0004) en verlaagde de totale oxycodondosis in de eerste 12 uur (26,3±10,55 mg versus 31,5±10,16 mg; verschil 5,2 mg, p=0,0085).	Opmerkingen KNMP: - Er zijn geen gewichten gegeven voor de patiënten. Volgens het IM wordt bij postoperatieve pijn oxycodon via PCA op basis van lichaamsgewicht gedoseerd (0,03 mg/kg met een interval van tenminste 5 minuten). De dosering uit dit onderzoek komt dan overeen met een gewicht van 66,7 kg.
SmPC Oxycotin (6-2-2020) en Oxynorm drank (26-4-2019)		Geen informatie over (morbide) obesitas of bariatrische chirurgie	
Richtlijn Morbide obesitas, NVVH 2013		Peroperatief beleid bariatrische chirurgie Er moet rekening gehouden worden met de beperkte zuurstofreserve, toegenomen zuurstofbehoefte en de hogere gevoeligheid voor opiaten en sedativa. [...] Voor de verschillende middelen wordt geadviseerd te doseren op basis van "Lean body Weight" (LBW), "Ideal Body Weight" (IBW) en "Total Body Weight" (TBW): inductie middelen en opiaten LBW; Pijnstilling na bariatrische chirurgie	

		Alle opiaten hebben hun bijwerking op de ademhaling, darmmotiliteit en misselijkheid. In de morbide obese patiënt is vooral het risico op ademhalingsproblemen verhoogd (apneu, desaturatie, hypoxie). Het postoperatief gebruik van opiaten dient daarom zo laag mogelijk te zijn om postoperatieve hypoxie, misselijkheid en ileus te voorkomen. Momenteel is onder experts de discussie of opiaten überhaupt wel gebruikt moeten worden na bariatrische chirurgie en of alleen het toepassen van een loco-regionale techniek niet voldoende is, naast een multimodale techniek. In de huidige literatuur wordt geadviseerd om multimodale technieken toe te passen die aangrijpen op verschillende niveaus. Meestal wordt een opiaatsparend multimodale analgesietechniek gebruikt bestaande uit paracetamol (oraal of veneus) en een opiaat in een zo laag mogelijke dosering, eventueel met toevoeging van een α-2 agonist, zoals Dexmedetomidine of S-Ketamine. Epidurale pijnbestrijding heeft minder bijwerkingen dan opiaten intraveneus. Epidurale pijnbestrijding is superior ten opzichte van opiaten intraveneus. Wanneer PCA wordt toegepast wordt geadviseerd geen onderhoudsdosering toe te passen en de tijdslimieten en bolus dosering zo aan te passen dat er een minimale kans is op sufheid, ademdepressie en misselijkheid.	
--	--	---	--

Risicogroep	-
-------------	---

Opmerkingen:

-

	Wijziging kinetiek	Actie	Datum
Beslissing werkgroep	Onbekend	Nee	16-11-2020