

## ***Ik slaap niet goed!***

### ***informatie over enkele slaapstoornissen en over het slaaponderzoek***

---

#### **1. Wanneer heb ik een probleem met de slaap?**

Iedereen heeft al eens een slechte nacht. Dan voelt u zich de volgende dag misschien moe en prikkelbaar en verloopt alles iets minder vlot dan gewoonlijk. Dit is geen ramp: dit soort slaaptekort haalt u meestal snel in. Wanneer u echter nachtenlang slecht slaapt en merkt dat dit uw dagelijks functioneren blijft verstoren, kan een slaaponderzoek nuttig zijn om een goede diagnose van uw slaapprobleem te stellen.

U zoekt best hulp:

- wanneer u nachtenlang slecht slaapt zonder duidelijke aanwijsbare oorzaak
- wanneer u dagenlang moe, prikkelbaar of suf bent en u de indruk hebt niet meer optimaal te kunnen functioneren
- wanneer u overdag herhaaldelijk gemakkelijk in slaap valt, ook op ongepaste momenten, bijvoorbeeld als chauffeur in de wagen, tijdens een vergadering,...
- wanneer u herhaaldelijk slecht kan inslapen en meermaals wakker wordt in de loop van de nacht
- indien u snurkt - in combinatie met moeheid of overdreven slaperigheid overdag
- indien uw partner vaststelt dat u herhaaldelijk stopt met ademen tijdens de slaap of dat u rare geluiden maakt tijdens de slaap
- bij rusteloze benen en moeheid of overdreven slaperigheid overdag
- bij ongewone bewegingen of kortademigheid 's nachts

## **2. Wanneer is een slaaponderzoek nodig?**

Wanneer u één of meerdere van eerder genoemde klachten hebt, kan het nodig zijn een slaaponderzoek te plannen.

U overlegt dit best eerst met uw huisarts. Soms vindt hij bij verder ondervragen of lichamelijk onderzoek een logische verklaring voor uw klachten en kan hij u een oplossing aanbieden. Soms kan de huisarts oordelen dat het gaat om een tijdelijk probleem. Wanneer de klachten blijven bestaan of wanneer er een onderliggende slaapstoornis wordt vermoed, is doorverwijzing naar een slaapcentrum voor verder slaaponderzoek aangewezen.

## **3. Wat wordt onderzocht tijdens een slaaponderzoek?**

Vóór het eigenlijke slaaponderzoek wordt u meestal eerst gezien door één van de leden van het slaapteam. Al naargelang het vermoedelijke onderliggende probleem kan dit een zenuwarts (neuroloog), longarts (pneumoloog), neus-keel-oor-arts of psychiater zijn. Door verdere ondervraging en klinisch onderzoek wordt het slaapprobleem verder in kaart gebracht. Er wordt ook gevraagd een vragenlijst in te vullen. Een afspraak voor een slaapstudie wordt gemaakt.

Tijdens het eigenlijke slaaponderzoek worden meerdere signalen continu gevolgd:

- de hersenactiviteit, de oogbewegingen en de kinspiero-activiteit: er wordt nagegaan in welke fase van de slaap u zich bevindt; of u wakker bent;
- de luchtstroom door de neus: wanneer deze afwezig is spreekt met van een apnoe of ademhalingsstilstand
- onwillekeurige beenbewegingen: deze kunnen aanleiding geven tot korte ontwaakepisodes en vermoeidheid overdag
- bewegingen van de borstkas en de buik: leert ons meer over het type apnoe

- zuurstofgehalte in het bloed: daalt bij een apnoe of ademhalingsstilstand
- hartritme
- snurkgeluiden of andere geluiden

Al deze onderzoeken zijn pijnloos. Aan de hand van de resultaten wordt nagegaan of er een slaapstoornis aanwezig is.

In sommige gevallen zal u gevraagd worden om ook de dag ná het slaaponderzoek in het ziekenhuis te blijven. Dit is voor de zogenaamde Multiple Slaap Latentie Test (MSLT). Bij deze MSLT wordt gevraagd om overdag 4 dutjes van telkens 20 minuten te doen. Hierbij wordt nagegaan of er in deze dutjes effectieve slaap voorkomt én hoelang het duurt vooraleer u in slaap valt (= slaaplatentie). Wanneer in alle 4 de dutjes slaap voorkomt en wanneer u gemiddeld binnen de 10 minuten in slaap valt, is er sprake van een abnormale slaperigheid. Wanneer bovendien meermaals REM slaap of droomslaap wordt vastgesteld kan dit wijzen op een bepaalde slaapstoornis (narcolepsie, zie verder).

## 4. Enkele veel voorkomende slaapstoornissen

### ***Obstructief slaapapnoesyndroom***

Dit is de meest frequente diagnose in ons slaaplabo. Het syndroom komt voor bij 2 tot 4 % van de bevolking (meer bij mannen). Bij 0,3% van de bevolking is er sprake van een ernstig obstructief slaapapnoesyndroom.

Het gaat meestal om (te) zware mensen die vaak heel erg luid snurken en overdag moe zijn, verstrooid, weinig geconcentreerd en makkelijk in slaap vallen (bijvoorbeeld in het verkeer).

De klachten worden veroorzaakt door een (bijna) volledige afsluiting (obstructie) van de bovenste luchtweg ter hoogte van huig, keel, tongbasis of strottenhoofd tijdens het slapen. Dit gebeurt meerdere malen per nacht. Men spreekt van een ernstig slaapapnoesyndroom van zodra dit meer dan 30 maal per uur gebeurt (in zeer ernstige gevallen kan dit tot soms 100 maal per uur!).

Tijdens deze apnoes houdt het snurken op (stilte!).

Het zuurstofgehalte daalt in het bloed.

Hierdoor worden de ademhalingscentra ter hoogte van de hersenen gealarmeerd; deze stimuleren de ademhalingsspieren tot grotere inzet. Door deze verhoogde ademhalingsarbeid en door de alarmsignalen naar de hersenen wordt de patiënt telkens kort wakker en kan de ademhaling herstarten, meestal met een luid snurkend of zuigend geluid.

Dit proces kan zich soms tot meer dan 500 keer per nacht herhalen. Hierdoor is er nooit een diepe en verkwikkende slaap. Deze mensen kunnen zich overdag heel erg moe en slaperig voelen.

Het is aangetoond dat bij deze patiënten meer hartinfarcten, hoge bloeddruk, beroertes (CVA's) en hartritmestoornissen voorkomen. Hierdoor en ook door ongevallen is er een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden.

Gelukkig is een behandeling mogelijk, namelijk nasale CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). Deze is steeds aangewezen bij ernstige gevallen.

Hierbij wordt er gedurende de gehele nacht via een neusmasker d.m.v. een eenvoudig beademingstoestel positieve druk geleverd ter hoogte van de bovenste luchtweg. Daardoor kan de bovenste luchtweg niet meer dichtvallen.

Veel van de behandelde patiënten zijn ons erg dankbaar: door deze behandeling is er nu wél een ononderbroken slaap en voelen zij zich in tegenstelling tot voorheen niet meer moe overdag.

Naast deze behandeling met nCPAP is meestal ook vermagering aangewezen.

In milde gevallen kan soms gebruik gemaakt worden van een mondapparaatje, waarbij de onderkaak en de tong naar voor worden getrokken om op die manier obstructie te vermijden.

In geval van duidelijke afwijkingen van de keelholte (bijvoorbeeld zeer grote amandelen) is soms heelkunde door een neus-keel-oor-arts aangewezen.

### ***Geïsoleerd snurken***

Dit is snurken zonder aanwezigheid van een slaapapnoe syndroom. Geïsoleerd snurken is ongevaarlijk, doch kan erg hinderend zijn voor de partner of andere familieleden in huis. De verwijzing voor een slaapstudie komt hierbij vaak via de neus-keel-oor arts. Deze kan immers via een ingreep het snurken soms verhelpen (kans op succes bij deze ingreep is 50%).

Bovendien is deze ingreep niet aangewezen als er naast het snurken ook een slaapapnoesyndroom aanwezig is. De ingreep doet het slaapapnoesyndroom immers niet verdwijnen. Om de eventuele aanwezigheid van slaapapnoes op te sporen gebeurt er altijd een slaapstudie.

## ***Periodieke beenbewegingen***

Hierbij zijn er, meestal in de eerste helft van de slaap, korte ongecontroleerde beenbewegingen die zich herhalen met een interval van 15 tot 45 seconden. Deze kunnen gevolgd worden door een korte ontwaakepisode, waardoor slaperigheid en/of moeheid overdag ontstaat. Vaak hebben deze mensen vóór het slapengaan last van rusteloze benen. De behandeling is meestal medicamenteus.

## ***Narcolepsie***

Dit is een wat bijzondere aandoening, die ongeveer 1 op 2000 mensen treft. Men schat dat 80% van deze mensen onbehandeld en/of niet herkend (gediagnosticeerd) zijn.

De ziekte wordt gekenmerkt door een overdreven en hinderende slaperigheid overdag, en erg levendige dromen 's nachts. Er zijn ook dromen kort vóór het inslapen en kort ná het ontwaken. De persoon in kwestie kan er soms aan twijfelen of deze dromen al dan niet waar gebeurd zijn. Kort vóór het inslapen of bij het ontwaken is er soms slaapparalyse: dit is het gevoel hebben onmogelijk te kunnen bewegen terwijl het bewustzijn volledig is bewaard.

Verder is er soms plots optreden van spierzwakte tijdens het wakker zijn overdag. Men noemt dit cataplexie. De spierzwakte treedt op naar aanleiding van een hevige emotie zoals lachen of schrikken of bijvoorbeeld tijdens het vrijen.

Deze spierzwakte is soms beperkt en veroorzaakt dan bijvoorbeeld enkel een knikken van het hoofd of een slappe arm. De aanval kan ook meer spectaculair zijn en een veralgemeende spierzwakte veroorzaken, waarbij de patiënt letterlijk door de knieën zakt en op de grond valt. Dergelijke aanvallen duren enkele seconden tot 2 minuten lang.

De diagnose, en zeker de opvolging en behandeling gebeuren door de neuroloog. Vaak is er nood aan centraal stimulerende geneesmiddelen (Modafenil).

### ***Ideopatische hypersomnie***

Dit komt vaker voor dan narcolepsie en wordt gekenmerkt door overdreven slaperigheid overdag zonder duidelijke oorzaak. Een slaapstudie is nodig om andere oorzaken van slaperigheid uit te sluiten.

### ***Insomnie (slapeloosheid)***

Met insomnie wordt bedoeld dat de patiënt de indruk heeft dat zijn slaap van slechte kwaliteit is. Hij/zij voelt zich vaak onfris bij het ontwaken of overdag.

Insomnie is de meest frequente klacht i.v.m. de slaap en men schat dat ongeveer één derde van de volwassenen in de westerse maatschappij jaarlijks een zekere graad van insomnie heeft.

De frequentste vorm is de psychofysiologische insomnie. Deze chronische slaapstoornis wordt uitgelokt door een hevige emotionele periode, bijvoorbeeld het verlies van een partner. Zelfs na deze stresserende episode blijft de insomnie bestaan en ontwikkelt zich een schrik of overdreven zorg rond slecht slapen.

Slaaprituelen zoals tandenpoetsen en ook de slaapkamer zelf worden geassocieerd met de onaangename gevoelens die bij slecht slapen horen. Hierdoor wordt het slapen nog moeilijker en ontstaat er een soort van vicieuze cirkel.

Het slaaplabo is vooral belangrijk ter uitsluiting van andere slaapstoornissen. Als behandeling zijn vooral slaaphygiënische maatregelen noodzakelijk, soms kortdurend slaapmedicatie en/of gedragstherapie. Het slechte slaappatroon is soms erg moeilijk te doorbreken en doorverwijzing naar een psycholoog en/of psychiater kan aangewezen zijn.

## 5. Praktische afspraken i.v.m. de slaapstudienacht

- U neemt best makkelijke slaapkledij mee:  
er moeten immers allerlei draden (registratie-elektroden) aan uw lichaam bevestigd worden
- Breng zeker ook shampoo mee om lijmresten in uw hoofdhaar na de slaapstudie te verwijderen.
- Schrijf u ten laatste om 19u30 in aan het onthaal van het ziekenhuis (1<sup>ste</sup> verdieping, route 1).
- Daarna wordt u begeleid naar het Thoracaal Centrum (TC) waar het slaaplabo zich bevindt.  
Indien u nog geen vragenlijst heeft ingevuld, kan u dat daar doen.
- Rond 21u30 - 22u worden alle registratie-elektroden bevestigd.  
Het is niet ongewoon dat u hierdoor minder goed slaapt dan thuis.  
U slaapt meestal echter goed genoeg om de belangrijkste slaapstoornissen vast te stellen.
- Ten laatste om 23u zullen we u vragen om te gaan slapen, dan wordt de dus slaapstudie gestart.  
Indien u thuis slaapmedicatie neemt, mag u die ook innemen (tenzij anders gevraagd door de arts van het slaaplabo).
- Rond 6u30 à 7u worden alle registratie-elektroden verwijderd.  
Indien nodig, kan de arts nog bijkomend onderzoek uitvoeren.
- U mag ten laatste om 7u30 naar huis.  
Meestal heeft u reeds een afspraak gekregen om het resultaat met de arts van het slaaplabo te bespreken. Indien dit niet het geval is, kan u een afspraak vragen aan de verpleging.



*controle slaapstudie met nasale CPAP (zie hoger)*

Voor dit specifieke onderzoek, moet u nog even blijven tot wanneer de arts is langs geweest.

Dit is meestal rond 8u, ten laatste om 8u30. De arts kijkt na of alles goed gaat met deze CPAP en past de instellingen van het toestel eventueel aan.

*Multiple Slaap Latentie Test – MSLT (zie hoger)*

De registratie-elektroden worden de nacht na het slaaponderzoek slechts gedeeltelijk verwijderd. U zal een dutje moeten doen om 9u, 11u, 13u en 15u (een verpleegkundige houdt deze tijden voor u in de gaten). Wanneer u aan het dutje begint:

- doet u de deur van de kamer dicht
- doet u de gordijnen dicht
- zet u de TV uit
- gaat u in bed liggen
- en probeert u te slapen.

U hoeft zich geen zorgen te maken als u niet of weinig kan slapen: dit is normaal! Tussen de dutjes door, gaat u uit bed en probeert u iets actief te doen (lezen, TV kijken, ...).

Rond 16u kan u naar huis gaan.

## 6. Contactgegevens

- Artsen verantwoordelijk voor het slaaplabo:
  - dr. Werner Temmerman (longarts)
  - dr. Adinda De Pauw (zenuwarts)
- Voor er een eventueel slaaponderzoek gebeurt, komt u best eerst op consultatie bij een arts ervaren in slaapstoornissen (tel. 052 25 25 05 voor een afspraak)
- Het slaaplabo bevindt zich in het Thoracaal Centrum.  
Tel. hoofdverpleegkundige: 052 25 25 02 (Mario Heirewegh)  
Tel. Thoracaal Centrum: 052 25 23 83  
Tel. psychologe: 052 25 24 95 (Hanne Raets)  
[hanne.raets@azsintblasius.be](mailto:hanne.raets@azsintblasius.be)