

Slapen: een soms adembenemende bezigheid

Het slaapapneusyndroom in de huisartspraktijk

A. KNUISTINGH NEVEN

Knuistingh Neven A. Slapen: een soms adembenemende bezigheid. Het slaapapneusyndroom in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997; 40(11): 533-5.

Samenvatting In dit artikel wordt ingegaan op de praktische implicaties voor de huisarts van de resultaten van een prevalentie-onderzoek naar het slaapapneusyndroom. De klachten die zich hierbij voordoen – slaperigheid en moeheid overdag – kunnen begrepen worden als de pathofysiologische gevolgen van de frequente en soms langdurige ademstops waardoor het syndroom wordt gekenmerkt: zuurstofdesaturatie en verstoring van het slaappatroon. Het verband met cardiovasculaire aandoeningen, gebaseerd op vooral epidemiologische gegevens, wordt verklaard door de extreme belasting van het cardiovasculair systeem tijdens en na de ademstops. De prevalentie in Nederland wordt geschat op 0,45 procent bij mannen van 35 jaar en ouder; dat is 2-3 patiënten per normpraktijk. In diagnostisch opzicht is de (hetero)anamnese voor de huisarts essentieel. Bij habituele snurkers, patiënten met slaperigheid en moeheid overdag, lijders aan hypertensie en adipeuze personen komt het syndroom frequenter voor. Door expliciet te vragen naar snurken, slaperigheid overdag en het vóórkomen van ademstops kan de huisarts de diagnose aannemelijk maken of de aandoening vrijwel uitsluiten.

Dr. A. Knuistingh Neven,
huisarts-epidemioloog, Vakgroep
Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit
Leiden, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.

Inleiding

Nog niet zo lang geleden was het slaapapneusyndroom een vrijwel onbekend ziektebeeld. De laatste decennia is de aandacht voor het syndroom echter sterk toegenomen, mede door de stormachtige ontwikkeling van de technische mogelijkheden om uitgebreid slaaponderzoek (polysomnografie) te doen. Leek het in eerste instantie te gaan om louter casuïstiek, voorbehouden aan superspecialisten, thans is het ook voor de huisarts van belang kennis te hebben van de achtergronden, prevalentie, symptomatologie, diagnostiek en therapie bij dit ziektebeeld. Hij moet er rekening mee houden dat ten minste 2-3 patiënten per normpraktijk aan dit syndroom lijden.¹ Bovendien kunnen de klachten van de patiënt inmiddels geheel of in belangrijke mate worden verlicht.

In dit artikel zullen de belangrijkste kenmerken van het syndroom worden besproken, en zal worden ingegaan op de mogelijke consequenties voor het beleid van de huisarts.

Kenmerken van het syndroom

Het slaapapneusyndroom is een aandoening waarbij tijdens de slaap ademstops optreden, die kunnen leiden tot lichamelijke en psychische klachten. Een ademstop (apneu) langer dan 10 seconden wordt als afwijkend beschouwd. Indien er tijdens de slaap gemiddeld vijf of meer ademstops per uur (apneu-index) voorkomen, wordt dit als pathologisch gezien. Een verhoogde apneu-index (AI) gaat gepaard met een grotere mortaliteit en morbiditeit.² Ademstops kunnen leiden tot een verstoring van het slaappatroon (wakker worden of lichter slapen), verminderde zuurstofverzadiging van het arteriële bloed en hartritme stoornissen.³

We onderscheiden obstructieve ademstops (collabereren van de bovenste luchtwegen), centrale ademstops (ontbreken van de prikkel vanuit het ademcentrum in de hersenstam) en gemengde ademstops met zowel een obstructieve als een centrale component. Bij dezelfde patiënt kunnen alle typen ademstops voorkomen. Voor het

beleid van de huisarts heeft dit onderscheid overigens geen betekenis.

Vaak worden de begrippen 'sleep disordered breathing' en slaapapneusyndroom door elkaar gebruikt. 'Sleep disordered breathing' (slaapapneu) is het optreden van ademstops tijdens de slaap. Het slaapapneusyndroom is een klinisch syndroom waarbij deze ademstops klachten veroorzaken.

Symptomen

Slaperigheid overdag – vaak met ernstige gevolgen in de werksituatie, auto-ongevallen en sociale implicaties – is een van de belangrijkste klachten waarmee de patiënt zich aan de huisarts kan presenteren. Soms wordt de klacht verheld als onbegrepen, langdurige moeheid. Snurken is ongetwijfeld het meest in het oog lopende verschijnsel bij het syndroom, met name bij de obstructieve vormen. Veel patiënten vertellen dat door de bedpartner, behalve het snurken, ook frequente, beangstigend lange ademstops worden vastgesteld. Andere klachten die bij het syndroom worden beschreven, zijn: hoofdpijn 's morgens, keelpijn of een droge mond 's morgens, libidoverlies, frequent wakker worden, prikkelbaarheid en verschijnselen van depressieve aard. Overgewicht wordt eveneens vaak beschreven in combinatie met het syndroom.

Hypertensie, angina pectoris, hartinfarct, decompensatio cordis en cerebrovasculaire accidenten komen vaak voor bij het slaapapneusyndroom.^{4,7} Hypertensie zou bij 40 procent van de patiënten met het syndroom voorkomen. Bij hypertensiepatiënten komt het syndroom drie keer vaker op dan bij niet-hypertensieven.⁷ Een mogelijke verklaring is de verhoogde sympaticotonus gedurende de nacht, veroorzaakt door de sterk wisselende bloeddrukwaarden tijdens en na de ademstops. Voorts speelt ook hier overgewicht ongetwijfeld een belangrijke rol.

Prevalentie

De prevalentiecijfers die in de literatuur worden genoemd, lopen sterk uiteen: 0,3

tot 8,5 procent.⁸⁻¹³ Definitieverschillen (sleep disordered breathing versus slaapapneusyndroom) zijn een bron van verwarring bij de interpretatie van deze cijfers.¹⁴ Hoge prevalentiecijfers zouden bovendien kunnen worden verklaard door methodologische tekortkomingen van sommige onderzoeken. Selectiebias^{12,13} en het niet hanteren van een klinisch evident syndroom als einddiagnose¹¹⁻¹³ kunnen een vertekend beeld geven van de werkelijke prevalentie. Voorts is gebleken dat asymptomatische ademstoppingen vaker voorkomen dan men ooit heeft beseft. Op één punt is de literatuur in ieder geval eenduidig: bij mannen komt het syndroom veel vaker voor dan bij vrouwen.

Onderzoek in de open populatie is slechts in beperkte mate verricht. *Stradling & Crosby* vonden dat 0,3 procent van mannen van 30 jaar en ouder aan het syndroom leed;⁹ *Lavie en Gislason et al.* een prevalentie van 1 procent bij mannen vaststelden.^{8,10} Uit eigen onderzoek kwam naar voren dat ten minste 0,45 procent van alle mannen van 35 jaar en ouder leed aan een klinisch relevant syndroom, terwijl evenveel patiënten weliswaar voldeden aan alle polysomnografische criteria van het syndroom, maar daarbij weinig klachten hadden.¹

Diagnostiek

De anamnese, eventueel aangevuld met informatie van de bedpartner, is voor de huisarts het belangrijkste diagnostisch instrument. Bij klachten over slaperigheid overdag of onbegrepen moeheid zou geïnterformeerd moeten worden naar snurken en het voorkomen van ademstoppingen. Een belaste cardiovasculaire voorgeschiedenis kan het vermoeden op het slaapapneusyndroom steunen. De andere, eerder genoemde klachten zijn weinig indicatief. Er wordt van uitgegaan dat verder onderzoek nodig is bij snurkers met klachten van slaperigheid overdag en bij snurkers met – door de bedpartner gerapporteerde – ademstoppingen.^{1,15}

Voor verder onderzoek moet verwezen worden naar specialisten op dit gebied. Behalve gekwalificeerde slaapcentra zijn

diverse andere (ook perifeer werkende) specialisten actief op dit terrein. Zowel neurologen als KNO-artsen en longartsen hebben het slaapapneusyndroom tot hun interessegebied verklaard. Ook hier gaat de ontwikkeling snel en komen er steeds meer mogelijkheden. Thuisregistratie van de ademhaling kan dan vanuit de kliniek worden georganiseerd. Tegenwoordig zijn meetinstrumenten beschikbaar waarmee, behalve de ademhaling, ook het hartritme en de zuurstofverzadiging van het bloed worden gemeten. Voorts is er een systeem waarmee snurkgeluiden, hartritme, zuurstofsaturatie en lichaamshouding worden geregistreerd. Bij een positief vermoeden zou idealiter een uitgebreide registratie van de slaap (polysomnografie) in een slaapkliniek moeten plaatsvinden. Daar zou ook een behandeling kunnen worden ingesteld.^{3,7} Door de beperkte mogelijkheden om uitgebreid slaaponderzoek te verrichten, wordt vaak na de thuisregistratie reeds begonnen met de therapie.

In ieder geval zal in dit traject ook de KNO-arts moeten worden opgenomen om de collapsibiliteit te beoordelen en om eventuele obstructies en vernauwingen van de bovenste luchtwegen op te sporen.

Behandeling

Voor de behandeling van het syndroom zijn verschillende mogelijkheden beschikbaar. We onderscheiden conservatieve en specifieke maatregelen. Afhankelijk van de ernst van het syndroom en de bevindingen van de KNO-arts zal een keuze worden gemaakt.^{3,7}

Gewichtsreductie (om vetdeposities het keelgebied te reduceren), rookverbod (om slijmvlieszwelling te beperken), beperking of verbod van alcohol en sedativa/hypnotica (om spierverslapping en demping van het centrale zenuwstelsel te voorkomen) zijn bekende conservatieve maatregelen. Het vermijden van rugligging bij duidelijke houdingsafhankelijkheid kan worden bewerkstelligd door bijvoorbeeld een tennisbal in de pyamajas ter hoogte van de scapulae te bevestigen. Voor het nut van neuspleisters bestaat geen wetenschappelijke onderbouwing.

Specifieke behandeling bestaat uit het inblazen van lucht om de luchtwegen open te houden (continuous positive air pressure, CPAP). Ook kan de KNO-arts obstructies en vernauwingen operatief opheffen. Daarnaast wordt wel uvulopalatofaryngoplastiek (UPPP) toegepast, maar de laatste tijd is men hiermee terughoudend geworden, gezien het mutilerende aspect en het beperkte resultaat van deze ingreep.

De eerste keus bij een evident klinisch syndroom is de CPAP-therapie, die inmiddels door de zorgverzekeraars is opgenomen in het vergoedingenpakket. Het verdient aanbeveling om de apparatuur klinisch in te stellen tijdens een nachtregistratie.

Implicaties voor de huisarts

Bij de volgende groepen komt het slaapapneusyndroom relatief vaak voor:

- patiënten die (bijna) elke nacht snurken;
- patiënten met klachten over slaperigheid overdag;
- patiënten met onbegrepen moeheid;
- patiënten met hypertensie of andere cardiovasculaire aandoeningen;
- patiënten met adipositas.

Het afnemen van een uitgebreide vragenlijst is in een normale spreekuursetting niet goed uitvoerbaar. Bij een vermoeden op een mogelijk slaapapneusyndroom kan de huisarts echter in eerste aanleg volstaan met een drietal vragen:

- 1 Snurkt u?
- 2 Hebt u last van slaperigheid overdag?
- 3 Doen zich bij u langdurige ademstoppingen voor?

Wanneer behalve vraag 1 ook vraag 2 en/of vraag 3 positief wordt beantwoord, is verder onderzoek aangewezen. In andere gevallen kan het syndroom worden uitgesloten.

Voor verdere analyse en behandeling is verwijzing naar een slaapcentrum of een specialist met interesse op dit terrein noodzakelijk, waarna thuisregistratie van onder andere de ademhaling kan worden uitgevoerd. Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst via huisartsenlaboratoria ook registratie-apparatuur voor de huisarts beschikbaar zal komen; de huisarts kan dan

een eerste screening verzorgen. Beoordeling door de KNO-arts zal onderdeel van het diagnostische proces moeten zijn alvorens tot een behandeling wordt besloten.

Richtlijnen voor zowel diagnostische als therapeutische handelingen zijn in voorbereiding door de OSAS-consensuscommissie. De beschreven conservatieve maatregelen kunnen uiteraard geadviseerd worden door de huisarts.

Literatuur

- 1 Knuistingh Neven A. Het slaapapneusyndroom in de huisartspraktijk [dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1996.
- 2 He J, Kryger MH, Zorick FJ, et al. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest* 1988; 94: 312-8.
- 3 Thorpy MJ, editor. The International Classification of Sleep Disorders. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1990.
- 4 Millman RP, Redline S, Carlile CC, et al. Daytime hypertension in obstructive sleep apnea; prevalence and contributing factor. *Chest* 1991; 99: 861-6.
- 5 Hung J, Whitford EG, Parsons RW, Hillman DR. Association of sleep apnoea with myocardial infarction in men. *Lancet* 1990; 97: 27-32.
- 6 Strohl KP, Redline S. Recognition of obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 279-89.
- 7 Fletcher EC. The relationship between systemic hypertension and obstructive sleep apnea: fact and theory. *Am J Med* 1995; 98: 118-28.
- 8 Lavie P. Incidence of sleep apnea in a presumably healthy working population: a significant relationship with excessive daytime sleepiness. *Sleep* 1983; 6: 312-8.
- 9 Stradling JR, Crosby JH. Predictors and prevalence of obstructive sleep apnoea and snoring in 1001 middle aged men. *Thorax* 1991; 46: 85-90.
- 10 Gislason T, Almqvist M, Eriksson G, et al. Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men. An epidemiological study. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 571-6.
- 11 Jennum P, Sjol A. Epidemiology of snoring and obstructive sleep apnoea in a Danish population, age 30-60. *J Sleep Res* 1992; 1: 240-4.
- 12 Bearpark H, Elliott L, Grunstein R, et al. Occurrence and correlates of sleep disordered breathing in the Australian town of Busselton: a preliminary analysis. *Sleep* 1993; 16: S3-5.
- 13 Young TJ, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-5.
- 14 McNicholas WT. Diagnostic criteria for the sleep apnoea syndrome. Time for consensus? *Eur Respir J* 1996; 9: 634-5.
- 15 Strollo PJ, Rogers RM. Obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 1996; 334: 99-104. ■

Abstract

Knuistingh Neven A. Sleeping: a sometimes breathtaking experience. The sleep apnoea syndrome in general practice. Huisarts Wet 1997; 40(11): 533-5.

Our study into the prevalence of the sleep apnoea syndrome in the Netherlands provides

practical guidance to General Practitioners. The symptoms and features of the syndrome mentioned are derived from pathophysiological principles. The most striking elements of the syndrome are snoring, excessive daytime sleepiness and interruptions in breathing during the sleep. From reports of epidemiological studies the relationship between sleep apnoea syndrome and cardiovascular diseases was derived. The wide range in prevalence figures we found in literature is probably due to differences in study designs, study populations and the definitions used. In the Netherlands the prevalence of clinically significant sleep apnoea syndrome is estimated to be at least 0.45 per cent in males of 35 years and older. This means that a Dutch GP on average has to take into account that 2 to 3 of his patients may suffer from a clinically manifest syndrome. Extensive history taking is the most important tool for the GP, especially in detecting patients with this syndrome. The specific groups of patients in which the syndrome is observed frequently comprise: hypertensives, patients complaining of daytime sleepiness and/or unexplained chronic fatigue, habitual snorers and obese people. The three key questions (to diagnose a possible sleep apnoea syndrome as well as to exclude the diagnosis) are:

- 1 Do you snore?
- 2 Do you often complain of daytime sleepiness or fatigue?
- 3 Has your bed partner noticed breathing stops when you are sleeping?

Key words Family practice; Sleep apnoea syndrome.

Correspondence Dr. A. Knuistingh Neven, Department of General Practice, Leiden University, PO Box 2088, 2301 CB Leiden, The Netherlands.

Abstract

Van Marwijk HWJ. Effects of advice to patients with sadness and depression. A literature study. Huisarts Wet 1997; 40(11): 528-32.

What advice do GPs give depressed patients and can these recommendations be scientifically justified? Answers to these questions were sought by means of a search in relevant data-

bases and medical books. Advice which is in line with cognitive behavioural therapy seems most recommendable, and an important aim for this counselling should be support. Encourage pleasurable activities and invite patients to provoke negative thoughts and let them keep a diary.

As we know little of the specific affects of

advice, care should be taken not to overinfluence depressed patients.

Key words Advice; Depression; Family practice.

Correspondence Dr. H.W.J. van Marwijk, EMGO Institute, Free University, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.