



NASCHOLING

COMISA: een uitdaging voor behandelaar en patiënt

Met medewerking van:



Dr. Hennie Janssen,
Longarts/somno-
loog, Centrum voor
Slaapgeneeskunde
Kempenhaeghe,
Heeze



Marjon Stapper,
Verpleegkundig
Specialist GGZ,
Centrum voor
Slaapgeneeskunde
Kempenhaeghe,
Heeze



Bianca Hagnaars

Samenvatting

COMISA is het gecombineerd voorkomen van insomnie en obstructief slaapapneu. Patiënten met COMISA hebben meer klachten en beperkingen met betrekking tot slaap, overdags functioneren en kwaliteit van leven vergeleken met patiënten die alleen lijden aan slapeloosheid of obstructief slaapapneu. De interactie tussen beide aandoeningen bij een individuele patiënt maakt het stellen van de juiste diagnose en de behandeling complexer dan wanneer sprake is van slechts een van beide aandoeningen. Er is geen richtlijn voor de behandeling van COMISA; de behandeling is afhankelijk van de klachten van een patiënt. Door de complexiteit van COMISA is een multidisciplinaire behandeling nodig door zorgverleners die zijn opgeleid in de klinische slaapgeneeskunde.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Wat COMISA is;
- Hoe de diagnose COMISA tot stand komt;
- Wat de behandeling is van COMISA;
- Wat de rollen zijn van de longarts en de verpleegkundig specialist bij het diagnosticeren en behandelen van COMISA.

COMISA is een acroniem voor comorbid insomnia and sleep apnea, en betekent dus het gecombineerd voorkomen van insomnie (slapeloosheid) en obstructief slaapapneu (OSA). Het syndroom is in 1973 voor het eerst beschreven.[1] Daarna duurde het nog enkele tientallen jaren voordat ook andere onderzoeksgroepen hierover publiceerden.[2] De laatste tien jaar verschijnen steeds meer wetenschappelijke publicaties over COMISA en is er ook in de dagelijkse praktijk meer oog voor. Dat is belangrijk, omdat patiënten met COMISA meer klachten en beperkingen hebben dan patiënten met een van beide aandoeningen.

Insomnie

Er is sprake van chronische insomnie in het geval van minimaal drie keer per week, gedurende minimaal drie maanden in- of doorslaapklachten (of klachten van vroeg ontwaken), gecombineerd met klachten overdag, zoals moeheid of concentratieklachten. De oorzaak van insomnie is niet volledig opgehelderd. Wel zijn er zijn diverse modellen voor beschreven, en wordt er veel onderzoek naar verricht. Een gangbaar model beschrijft insomnie als een aandoening waarbij cognitieve en fysiologische spanning ontstaat (een staat van hyperarousal) als reactie op het slechte slapen en op de impact op het functioneren overdag. Deze spanning kan het gevolg zijn van factoren bij de patiënt zelf. Hier is echter nog veel onduidelijk over. Daarnaast spelen uitlokkende factoren een rol, zoals stress, en onderhoudende factoren, zoals gedragingen of gedachten die patiënten gaan ontwikkelen en de slaapstoornis in stand houden.

Ongeveer 8% van de Nederlandse bevolking heeft last van chronische insomnie.[3] Insomnie komt vaker voor bij psychiatrische of lichamelijke aandoeningen of wordt dus uitgelokt door stressvolle gebeurtenissen. Bij een deel van de patiënten blijft de insomnie bestaan, ook al is de uitlokkende factor al lang verdwenen. De meest effectieve behandeling en behandeling van eerste keuze is cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGTi), die de cognities, gedragingen en fysiologische onderliggende factoren van de insomnie aanpakt. CGTi is een

kortdurende therapie van vijf tot zes sessies in groepsverband, individueel of online.

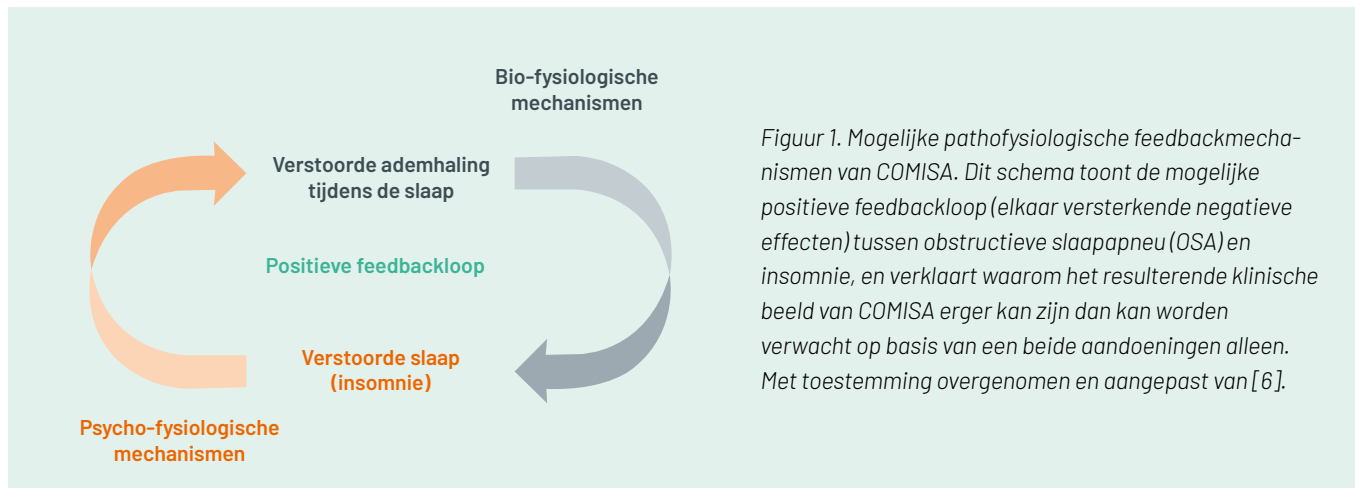
Obstructief slaapapneu (OSA)

OSA is een slaapstoornis waarbij de luchtweg herhaaldelijk vernauwt of dichtvalt tijdens de slaap. Dit leidt tot intrathoracale drukschommelingen, desaturaties en slaapfragmentatie. Men spreekt van OSA als de ademstops minstens vijf keer per uur slaap voorkomen in combinatie met een bijbehorende klacht (zoals insomnie, slaperigheid, vermoeidheid, snurken, hypertensie, atriumfibrilleren of congestief hartfalen), of wanneer de ademstops minstens 15 keer per uur slaap optreden.[4] Zowel anatomische factoren (bouw van de kaak, overgewicht) als niet-anatomische factoren (de arousal-drempel, loop gain (stabiliteit van de ademhaling tijdens slaap), spierfunctie van de bovenste luchtwegen) spelen een rol bij het ontstaan van OSA. [3,5]

De momenteel gangbare behandelingen voor OSA bestaan uit het aanpassen van de leefstijl, *continuous positive airway pressure* (CPAP), een mandibulair repositie-apparaat (MRA), houdingstherapie en operatieve opties. Het wordt steeds duidelijker dat bij OSA geen sprake is van een homogene groep patiënten met eenzelfde klachtenpatroon. Er blijken diverse clusters van patiënten te bestaan, die zich kunnen presenteren met een specifiek klachtenpalet onafhankelijk van het aantal ademhalingsverstoringen (AHI). Het insomniecluster is er daar een van.

COMISA

COMISA is een combinatie van OSA en insomnie. De exacte prevalentie in de algemene bevolking is niet bekend en hangt af van de gehanteerde definities. Belangrijk is echter dat COMISA vaker voorkomt dan verwacht op basis van de prevalentie van de afzonderlijke aandoeningen. Grofweg heeft 33 tot 50% van de OSA-patiënten (wereldwijd) duidelijke insomnieklachten.[2] Andersom voldoet ongeveer een derde van de patiënten die zich met slapeloosheid presenteert aan de definitie van OSA. Hoewel veel over de precieze relatie tussen OSA en insomnie



Figuur 1. Mogelijke pathofysiologische feedbackmechanismen van COMISA. Dit schema toont de mogelijke positieve feedbackloop (elkaar versterkende negatieve effecten) tussen obstructieve slaapapneu (OSA) en insomnie, en verklaart waarom het resulterende klinische beeld van COMISA erger kan zijn dan kan worden verwacht op basis van een beide aandoeningen alleen. Met toestemming overgenomen en aangepast van [6].

nog onbekend is, zijn er wel diverse hypothesen gevormd over hoe beide aandoeningen elkaar negatief kunnen beïnvloeden (zie figuur 1).[6] Zo kan OSA ervoor zorgen dat patiënten vaker wakker worden en een slechtere slaapkwaliteit hebben. Hierdoor blijven deze patiënten mogelijk langer in bed liggen, drinken meer koffie en doen overdag dutjes, waardoor ze 's nachts weer minder goed slapen. Slecht slapen kan ook leiden tot spanningsklachten rond de slaap en negatieve cognities, waardoor chronische insomnie ontstaat.

Een combinatie van insomnie en OSA is – op basis van de beschrijvingen van beide slaapstoornissen – eigenlijk heel tegenstrijdig. Bij OSA is sprake van ademstops en zijn patiënten overdag slaperig, bij insomnie zijn patiënten vaak gespannen overdag en kunnen zij ook overdag niet slapen. Toch lijken beide aandoeningen meer op elkaar dan men op het eerste oog zou verwachten. Slechts een klein deel van de klinische kenmerken verschilt tussen OSA en insomnie en veel van de klachten komen overeen tussen beide slaapstoornissen (zie figuur 2).[7] Al met al lijken COMISA-patiënten grotere beperkingen te ervaren in het functioneren overdag en de kwaliteit van leven, vergeleken met patiënten met alleen insomnie of OSA.[2]

Diagnose

Om de diagnose COMISA te kunnen stellen is een goede slaapanamnese belangrijk.[6] In principe doet de longarts de intake met de patiënt en neemt deze de anamnese af. Hierbij moet hij of zij onder andere vragen naar het slaap-waakritme, dutjes overdag, functioneren overdag, inname van koffie, alcohol en energydranken, en roken. Daarnaast is het belangrijk te weten of de patiënt klachten heeft van snurken, ademstops, een droge mond, vaak plassen 's nachts, gedachtevluchten en angst of spanning als gevolg van het slechte slapen. Het is ook raadzaam om bij mogelijke OSA of insomnie patiënten een slaapdagboek in te laten vullen. Als het vermoeden op OSA bestaat bij een patiënt met insomnie is het van belang een polysomnografie te doen. Dit beoordeelt de slaapkwaliteit in relatie tot de ademhaling. Een beperkter onderzoek, waarbij men alleen kijkt naar het zuurstofgehalte of de ademhaling, is niet afdoende.

Behandeling

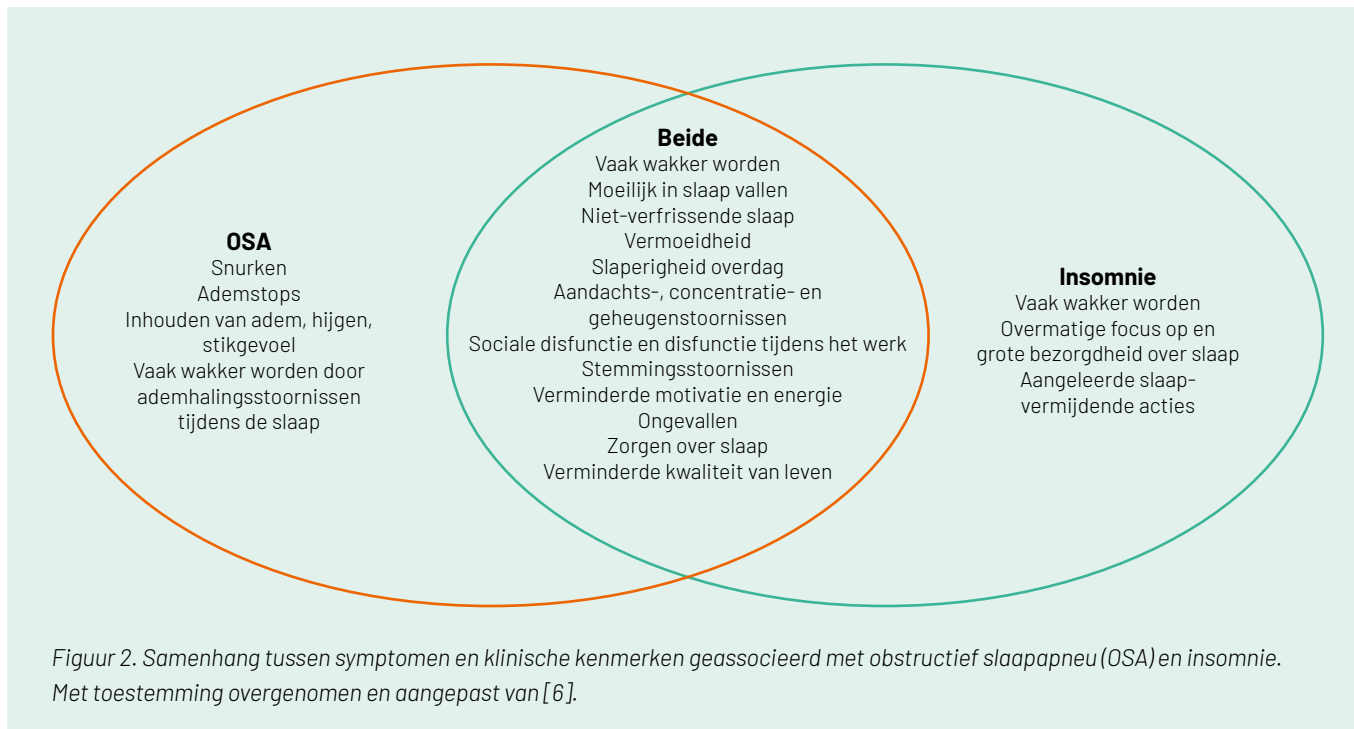
Het gecombineerd voorkomen van beide aandoeningen plaatst behandelaar en patiënt voor een uitdaging. De behandeling van OSA met bijvoorbeeld CPAP kan de insomnieklachten verbeteren maar ook juist verder verstoren, omdat patiënten last hebben van het apparaat.

Er is geen richtlijn voor de behandeling van COMISA. De longarts of slaaptherapeut geeft allereerst uitleg over OSA en over insomnie, en over de interactie tussen beide aandoeningen. Vervolgens kiest de behandelaar samen met de patiënt een behandelroute. Bij OSA met vooral doorslaapklachten en vroeg ontwaken kan het een goede stap zijn te starten met de OSA-behandeling, begeleid door een verpleegkundig specialist met aandacht voor basale slaap-waakhygiëne.

Als de inslaapklachten duidelijk op de voorgrond staan, samen met psychofysiologische kenmerken (zoals oplopende spanning bij het naar bed gaan, negatieve gedachten over het slechte slapen, op de klok kijken, frustratie, angst voor slecht functioneren de volgende dag) en als er ook weerstand tegen het slapen met een hulpmiddel voor OSA lijkt te zijn, dan kan CGTi een goede stap zijn. Hierdoor is het mogelijk de OSA-behandeling nog even uit te stellen.[2] CGTi bestaat uit vijf of zes sessies onder begeleiding van een psycholoog of verpleegkundig specialist, die aanvullende scholing hebben gehad om deze behandeling uit te voeren. De behandeling geeft goede

“

Het gecombineerd voorkomen van insomnie en OSA lijkt eigenlijk heel tegenstrijdig.



resultaten bij COMISA-patiënten.[2] Niet alleen de slaapkwaliteit kan erdoor verbeteren, maar ook de ernst van de slaapapneu kan verminderen. Een voordeel van CGTi is dat als na een aantal sessies de slaap verbeterd is, de OSA-behandeling met een hulpmiddel vaak ook beter lukt.[2]

Het Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe kent sinds enige tijd een gecombineerd begeleidingstraject, dat CGTi combineert met de OSA-behandeling. In dit gecombineerde traject is er tijdens de CGTi-sessies aandacht voor de OSA-behandeling en bepaalt de therapeut, in dit geval een verpleegkundig specialist, samen met de patiënt het moment van introductie van de OSA-behandeling. Dit traject kan bijvoorbeeld worden ingezet bij COMISA-patiënten bij wie, na basale slaap-waakhygiëne en de OSA-behandeling, nog steeds insomnie blijft bestaan, of patiënten die elders de diagnose OSA hebben gekregen en een CPAP of ander hulpmiddel, maar het gebruik ervan niet goed lukt door de insomnie.

Samenvattend vergt de behandeling van COMISA een multidisciplinaire aanpak van een longarts en slaaptherapeut, verpleegkundig specialist of psycholoog. Het is niet alleen van

belang kennis te hebben over de behandeling van slaapapneu, maar ook kennis over en praktische ervaring met CGTi en de interactie van insomnie met slaapapneu. Helaas blijkt CGTi niet in ieder ziekenhuis voorhanden, waardoor doorverwijzing naar een gespecialiseerd slaapcentrum aangewezen kan zijn. ●

Referenties

- Guilleminault C, Eldridge FL, Dement WC. Insomnia with sleep apnea: a new syndrome. *Science*. 1973;181(4102):856-8.
- Sweetman A, Lack L, Bastien C. Co-morbid insomnia and sleep apnea (COMISA): prevalence, consequences, methodological considerations, and recent randomized controlled trials. *Brain Sci*. 2019;9(12):E371.
- Kerkhof GA. Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Med*. februari 2017;30:229-39.
- Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-94.
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/het_concept_osa_actuele_inzichten/definitie_van_osa.html. Geraadpleegd juli 2022.
- Janssen HCJP, Venekamp LN, Peeters GAM, Pijpers A, Pevernagie DAA. Management of insomnia in sleep disordered breathing. *Eur Respir Rev*. 2019;28(153):190080.
- Luyster FS, Buysse DJ, Strollo PJ. Comorbid insomnia and obstructive sleep apnea: challenges for clinical practice and research. *J Clin Sleep Med*. 15 april 2010;6(2):196-204.

Meer lezen?

Sweetman A, Lack L, McEvoy RD, Smith S, Eckert DJ, Osman A, et al. Bi-directional relationships between co-morbid insomnia and sleep apnea (COMISA). *Sleep Med Rev*. 2021;60:101519. doi: 10.1016/j.smrv.2021.101519.