



## INTERVIEW

**Drs. Lisette Venekamp,**  
Longarts-somnoloog en Medisch Hoofd,  
Centrum voor Slaapgeneeskunde  
Kempinhaeghe, Heeze



Els van den Brink

# Focus op klachten bij slaapapneu

**Het vakgebied van slaapapneu is relatief jong. De diagnose en behandeling van slaapapneu blijft daardoor in ontwikkeling. Longarts-somnoloog Lisette Venekamp wil in dit magazine graag de nieuwste inzichten delen van haar vakgebied en nadruk leggen op minder voor de hand liggende varianten van slaapapneu. "Focus op de klachten, meer dan op de meetresultaten, en zoek verder of verwijst door wanneer klachten aanhouden."**

Slaapapneu, met name obstructief slaapapneu (OSA), is een van de meest voorkomende slaapstoornissen. Dit kan een verscheidenheid aan klachten geven, van snurken en slechte nachtrust tot niet uitgerust ontwaken, slaperigheid, moeheid en verminderde concentratie overdag. Bovendien kan OSA een risicofactor zijn voor cardiovasculaire morbiditeit.

De prevalentie van slaapapneu is niet exact bekend. Dit heeft onder andere te maken met verschillende onderzoeksmethoden naar slaapapneu en afkappunten die in studies werden gebruikt ten aanzien van de apneu-hypopneu-index (AHI). Dat slaapapneu veel voorkomt onder de bevolking, is zeker. Door de toegenomen aandacht voor OSA, wordt ook vaker gedacht aan dit ziektebeeld en wordt deze diagnose vaker gesteld. Een Zwitsers onderzoek uit 2015 vond een prevalentie van OSA (gedefinieerd als  $AHI \geq 15$ ) bij 49,7% van de mannen en 23,4% van de vrouwen van middelbare en oudere leeftijd (40 tot 85 jaar).[1] In Nederland worden ongeveer 275.000 mensen met slaapapneu behandeld.

## Jong vakgebied

Jarenlang was er weinig aandacht voor slaapapneu en andere slaapstoornissen. "Vroeger vond iedereen het heel gewoon als vader of moeder in slaap viel als ze overdag in de luie stoel gingen zitten. Dat deden opa en oma ook", zegt Lisette Venekamp, longarts-somnoloog en medisch hoofd van het Centrum voor Slaapgeneeskunde van Kempenhaeghe in Heeze en Oosterhout. "Pas later zijn we erachter gekomen dat er in zulke gevallen misschien meer aan de hand is en er sprake kan zijn van slaapapneu. Daar is de laatste jaren veel meer aandacht voor."

De slaapgeneeskunde is een relatief jong vakgebied. Er zijn wel steeds meer artsen die zich net als Venekamp somnoloog mogen noemen, nadat ze hiervoor een Europees examen hebben gehaald. Er wordt nog aan gewerkt om hier een erkend subspecialisme van te maken. "Ik denk dat het een vakgebied is waar nog veel te ontdekken en te ervaren valt", zegt Venekamp. "Onderzoeken zijn volop gaande en jaarlijks komen er nieuwe inzichten bij. We vragen ons nog heel erg af wat nu de juiste manier is van aanpak van slaapproblematiek. Voor een deel is dat gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, maar ook voor een groot deel op ervaring. Gaandeweg ontdekken we steeds meer wat wel en niet blijkt te werken in de praktijk."

## Expertisecentra en slaapcentra

Het Centrum voor Slaapgeneeskunde van Kempenhaeghe bestaat sinds 1989 en is op dit moment een van de twee centra in Nederland die door het ministerie van VWS zijn erkend als expertisecentrum op het gebied van zeldzame neurologische slaapstoornissen. Het andere centrum is slaapwaakcentrum SEIN/LUMC. Met de titel 'expertisecentrum' onderscheiden zij zich van de rest van het twintigtal slaapcentra dat is geaccrediteerd door de Slaapgeneeskundige Vereniging Nederland (SVNL), waar men terecht kan voor slaapgeneeskunde in de brede zin van het woord. Ook in de overige algemene ziekenhuizen kunnen patiënten met slaapapneu terecht voor behandeling. "In Kempenhaeghe zien wij jaarlijks ruim vijfhonderdvijftig nieuwe patiënten met slaapapneu, waarvan 93% al werd behandeld in de tweede lijn", vertelt Venekamp.

## Verouderde parameter

Een voorbeeld van een recente ontwikkeling in het vakgebied van de slaapgeneeskunde is de visie op de apneu-hypopneu-index (AHI), die in dit magazine aan de orde komt als nascholingsartikel. Deze index is de uitkomst van een slaaponderzoek en geeft het gemiddelde aantal ademevents aan (apneus en hypopneus) per geslapen uur. Jarenlang werd de AHI gebruikt als parameter om de ernst van de aandoening vast te stellen. Bovendien werd hij vaak gehanteerd als leidraad bij de keuze van de behandeling. Ondertussen kijken somnologen daar anders tegenaan, maar zijn er nog altijd artsen die te veel waarde hechten aan deze uitkomstmaat, zegt Venekamp. "Ze gaan ervan uit dat een lage waarde wijst op licht slaapapneu, en een hoge waarde op ernstig slaapapneu. Maar het is de vraag wat je bedoelt als je het hebt over licht slaapapneu. Gaat het dan om lichte klachten of om lichte risicofactoren? In beide gevallen heeft dat eigenlijk niets te maken met de AHI. De ene patiënt kan een AHI hebben van 6 met veel klachten, terwijl een andere patiënt een AHI heeft van 60 en weinig klachten ervaart, maar wel kampt met duidelijke gezondheidsrisico's", noemt Venekamp als voorbeeld.

"Bij Kempenhaeghe richten we ons op de klachten en gezondheidsrisico's in plaats van op de meetresultaten zoals de AHI", vervolgt Venekamp. "Maar we merken dat patiënten vaak worden doorverwezen omdat de artsen in het ziekenhuis nog wel op die manier kijken naar de AHI. Er zijn ook nog altijd

ziekenhuizen waar de regel is dat patiënten niet worden behandeld met een neusmasker (CPAP) als de AHI onder de 15 is. Ik denk dat we daar echt vanaf moeten.” In het nascholingsartikel gaat prof. dr. Dirk Pevernagie (UZ Gent) verder in op dit onderwerp. “Hij hoort bij de eerste lichter somnologen en is een van de mensen met de meeste ervaring op het gebied van de slaapgeneeskunde wereldwijd”, zegt Venekamp. “Pevernagie is de grondlegger van dit idee over de AHI. Dat was een heel belangrijk inzicht waar hij het veld van de slaapgeneeskunde echt verder mee heeft geholpen.”

### Comorbiditeit met insomnie

In de praktijk blijkt slaapapneu vaak samen te gaan met slapeloosheid, wat de behandeling extra ingewikkeld maakt. De term die hiervoor wordt gebruikt is COMISA (*combined insomnia and sleep apnea*). “In de praktijk komen mensen vaak bij de arts omdat ze slecht slapen en dan worden doorverwezen voor een slaaponderzoek”, zegt Venekamp. “Als uit dat onderzoek blijkt dat er sprake is van slaapapneu, wordt vervolgens gestart met de behandeling. Het probleem is alleen dat slaapapneu niet altijd de oorzaak is van de klachten en dat een behandeling met CPAP de slapeloosheid kan verergeren.” COMISA is het onderwerp van het tweede nascholingsartikel.

Bij Kempenhaeghe is een speciaal zorgtraject ontwikkeld voor COMISA, waarbij de slapeloosheid wordt behandeld met cognitieve gedragstherapie en de slaapapneu met CPAP of een andersoortige behandeling. “Als het nodig is doen we dat gecombineerd, omdat we hebben gemerkt dat het één onvoldoende effectief is zonder het ander”, legt Venekamp uit. Ze adviseert longartsen om patiënten met COMISA door te verwijzen naar een expertisecentrum. “Het probleem is vooral dat dit een tijdrovende behandeling is waarbij veel aandacht nodig is voor de patiënt, wat meestal niet mogelijk is in een regulier consult. Als arts in een algemeen ziekenhuis heb je daar gewoon de tijd niet voor.”

### Innovaties en wearables

In het derde nascholingsartikel gaat prof. dr. Overeem in op innovaties bij de diagnose van slaapapneu, waarnaar hij zelf ook onderzoek doet in samenwerking met de Technische Universiteit Eindhoven. Nieuwe technologie biedt de mogelijkheid om slaap op andere manieren te meten, maar die technologie is nog niet zo ver ontwikkeld om betrouwbaar te zijn. Venekamp noemt als voorbeeld de horloges die steeds meer mensen dragen, die vaak ook de kwaliteit van de slaap meet. “Mensen vertellen soms op het spreekuur dat ze volgens hun smartwatch niet goed slapen. Als arts zit je dan met het dilemma dat deze horloges medisch gezien niet altijd betrouwbaar zijn, maar dat ze voor de mensen wel van belang zijn.” Venekamp denkt dat het daarom vooral belangrijk is dat behandelaars zich niet richten op het apparaat, maar op wat de patiënt ervaart. “Daarbij moeten we oppassen voor onnodige ongerustheid en overdiagnostiek.”

Tegelijkertijd verwacht Venekamp veel van dit soort innovaties. “Op dit moment moeten mensen voor slaaponderzoek vaak nog naar het ziekenhuis, omdat dat veel meer informatie oplevert. Ik verwacht dat dit soort wearables ervoor zullen zorgen dat we veel meer thuis kunnen meten op een betrouwbare manier. Over een aantal jaar zullen we terugkijken en denken: wat hebben we de mensen toch aangedaan, met al die onderzoeken met plakkers en kabels.”

### Centraal slaapapneu

Met het laatste nascholingsartikel hoopt Venekamp te bereiken dat longartsen nog alerter zullen zijn op centraal slaapapneu, een minder voorkomende variant van slaapapneu. In tegenstelling tot obstructief slaapapneu ligt bij centraal slaapapneu de oorzaak niet in een vernauwing van de luchtwegen, maar in de aansturing van de ademhaling vanuit de hersenen. “Die kan bijvoorbeeld ontstaan na een CVA, bij een hersentumor of hersenletsel. Ook kan hij voorkomen in combinatie met hartfalen of hartritmestoornissen. Vandaar dat wij een cardioloog betrekken voor beoordeling van de cardiale functie als er sprake is van centraal slaapapneu”, vertelt Venekamp. “Soms gaat ook het slaapapneu voorbij als de hartaandoening goed wordt behandeld.” In dit nascholingsartikel geeft dr. Manu Sastry uitgebreid uitleg over centraal slaapapneu, de verschillende oorzaken en behandelmogelijkheden.

“In principe kan iemand met centraal slaapapneu gewoon behandeld worden in de tweede lijn, alleen wordt het daar niet altijd herkend. Om dit vast te stellen, is het namelijk vaak noodzakelijk om hersenactiviteit te meten, maar dat wordt niet altijd gedaan. In die gevallen kunnen wij in ons expertisecentrum helpen met de diagnostiek en behandeling, want die vraagt een andere aanpak dan obstructieve slaapapneu. Vooral wanneer een patiënt klachten blijft houden ondanks de behandeling, kan het zijn dat er een grotere component centraal slaapapneu aanwezig is. In dat geval is het belangrijk om een patiënt door te verwijzen naar een expertisecentrum.” ●

### Referenties

1. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, Mooser V, Preisig M, Malhotra A, Waeber G, Vollenweider P, Tafti M, Haba-Rubio J. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med*. 2015 Apr;3(4):310-8.