



Kunt u zich kort introduceren?

Mijn naam is Karin van Dijk en ik ben als neuroloog en somnoloog werkzaam bij het Slaap-Waakcentrum SEIN in Heemstede en Zwolle. Na mijn opleiding Geneeskunde aan het VU Medisch Centrum ben ik gepromoveerd op een onderzoek naar de ziekte van Parkinson. Dit maakt dat ik een speciale belangstelling heb voor aandoeningen op het grensvlak van slaap en neurologische bewegingsstoornissen. In het bijzonder voor de REM-slaap gedragsstoornis. Dit kan namelijk een vroeg teken van neurodegeneratie zijn, zoals de ziekte van Parkinson.

Voor de lezers die niet bij het congres aanwezig waren, kunt u in het kort iets vertellen over uw voordracht?

In mijn voordracht heb ik gesproken over onrust in de slaap en in het bijzonder de REM-slaap gedragsstoornis. Aan de hand van een patiëntencasus heb ik in het eerste deel van mijn voordracht uitgelegd wat een REM-slaap gedragsstoornis is en de veronderstelde oorzaken en de behandelmogelijkheden besproken. Er zijn veel andere oorzaken voor nachtelijke onrust. Het tweede deel van de voordracht was daarom een quiz over een aantal andere vormen van nachtelijke onrust. Aan de hand van video's en bevindingen op de polysomnografie kon het publiek raden wat de diagnose bij de nachtelijke onrust was. Het ging hierbij om bijvoorbeeld sleep terrors, body rocking en nachtelijke epileptische aanvallen.

Stel, wij hebben een patiënt met apneus in de praktijk behandeld met een MRA, maar er blijven nog klachten aanwezig zoals onrustig slapen. Kan er sprake zijn van REM-slaap gedragstoornis? En komt het voor dat deze in eerste instantie niet op een PSG te ondervinden zijn?

Nachtelijke onrust kent vele oorzaken. De REM-slaap gedragsstoornis is daar één van. Het is niet de meest voorkomende, maar het is zeker mogelijk als klachten na behandeling van een andere veronderstelde oorzaak blijven bestaan. De REM-slaap gedragsstoornis is een parasomnie waarin dromen uitgeleefd worden. Patiënten kunnen slaan, schoppen en schreeuwen tijdens de REM-slaap doordat er een verlies is van de spieratonie. Het verlies van spieratonie is iets waar specifiek naar gekeken moet worden op een PSG, bij voorkeur niet alleen op de kin- en beenelektroden, maar ook op de armspieren.

U gaf aan dat van alle mensen met een REM-slaap gedragsstoornis, er bij een groot deel van de mensen een neurodegeneratieve aandoening kan ontwikkelen. Zijn er specifieke punten waar wij als tandarts of tandarts-slaapgeneeskundigen op kunnen letten ("red flags") voor het mogelijk ontstaan van neurodegeneratieve ziekten?

De REM-slaap gedragsstoornis kan optreden in het kader van een al bekende neurologische ziekte, zoals de ziekte van Parkinson of hersenstamschade door bijvoorbeeld een beroerte. Als mensen alleen een REM-slaap gedragsstoornis hebben, dan zien we dat veel van deze mensen na 10-20 jaar een neurodegeneratieve ziekte ontwikkelt. Dit gaat dan om een vorm van parkinsonisme of dementie, te herkennen aan motorische verschijnselen zoals traagheid en stijfheid en cognitieve stoornissen. Hoe langer de follow-up is van mensen met alleen een REM-slaap gedragsstoornis, hoe hoger het percentage mensen is dat een neurodegeneratieve ziekte ontwikkelt. Studies laten zien dat na 12 jaar, het bijna driekwart van deze mensen betreft.

Is er nog iets wat je mee wilt geven aan de lezer?

Het is goed om te weten dat de REM-slaap gedragsstoornis bestaat en wat dit inhoudt, maar weet dat er nog veel andere oorzaken van nachtelijke onrust zijn die vaker voorkomen. Een klinische polysomnografie is nodig om het onderscheid te kunnen maken.