

Slapen, van levenshygiëne tot medicatie

Hoewel het belang van een gezonde slaap amper overschat kan worden, wijzen de cijfers uit dat een derde tot de helft van de Belgen klaagt over slaapproblemen – misschien zijn het er zelfs meer. Slaapmedicatie kan helpen, maar kadert in een breder spectrum van maatregelen. Dat vertelt ons prof. Steven Laureys (Universiteit Laval, Luik en Harvard), neuroloog en auteur van *Het no-nonsense slaapboek* (*).

Een slapende mens ligt er rustig bij, maar zijn hersenen zijn een gonzende fabriek van welzijn en doeltreffend cognitief functioneren. “We wisten al langer dat de hippocampus geactiveerd wordt als men personen een computer-gestuurde oriëntatieoefening laat uitvoeren”, aldus prof. Laureys. “Maar ons onderzoek heeft kunnen aantonen dat het leerproces de beste vruchten afwerpt bij hen die de nacht daarna in de hippocampus de hoogste neuronale activiteit vertonen.” Voor het emotionele functioneren is dat niet anders: “Een behandeling voor angst of depressie geeft niet de volle maat als men niet tegelijk aan de slaap werkt. Mensen die slecht slapen worden vaak prikkelbaar, angstig en gaan piekeren. Daardoor kan een vicieuze cirkel ontstaan: slecht slapen bevordert het piekeren, dat op zijn beurt de slaap verder verstoort.”

Niet alleen de hersenen varen wel bij rustige nachten. “Haast iedere cel van ons lichaam ervaart het effect van de slaap, inclusief het immuunsysteem”, weet de neuroloog. “Bij vaccinatie tegen COVID-19, bijvoorbeeld, zag men een verband tussen de slaapkwaliteit en de antilichaamtiter die door het vaccin werd geïnduceerd.”

Een slechte slaapkwaliteit kan op termijn het risico op ziekte vergroten. Prof. Laureys: “Recentelijk werd in de hersenen het glymfatisch systeem ontdekt, een netwerk dat men kan vergelijken met het lymfatisch systeem van andere organen. Gliacellen spelen er een centrale rol in. Tijdens de diepe of tege-golfslaap verwijderd het glymfatisch systeem toxische stoffen die zich in de loop van de dag in de hersenen opgestapeld hebben. Men heeft een verband kunnen aantonen tussen een slechte slaapkwaliteit en het risico op de ziekte van Alzheimer, gemedieerd door een deficiënte werking van het glymfatisch systeem. Ook hier kan je in een kwalijk proces terecht komen: de ziekte van Alzheimer verstoort de slaap, waardoor het afvoeren van toxische stoffen nog verder in het gedrang komt.” Daarnaast is een

gebrekkige slaapkwaliteit een cardiovasculaire risicofactor, met een verhoogde incidentie van beroerte en hartinfarct door insulineresistentie, hypertensie en overgewicht.

Kunt u iets vertellen over interindividuele verschillen in de slaap?

Prof. Laureys: “Een van de belangrijkste mechanismen bij het reguleren van ons slaapwaakritme is onze circadiaanse klok, die aan het einde van de dag de melatonineproductie doet toenemen en zo de slaap induceert. Bij adolescenten schuift de circadiaanse klok een paar uur door ten opzichte van het ‘conventionele’ ritme: adolescenten vallen ‘s avonds later in slaap, en zijn nog suf als ze ‘s morgens moeten opstaan om naar school te gaan. Vandaar dat ik er bij de overheid voor pleit hun schooldagen later aan te vatten.

Na de adolescentie kan de circadiaanse klok opnieuw vervroegen of blijft ze haar late ritme

behouden. Vandaar dat er in de volwassen bevolking ochtendmensen en avondmensen zijn. Ik zie dat in mijn team: sommige medewerkers komen systematisch later op het werk dan andere, en blijven langer doorwerken. Ook hier pleit ik voor flexibiliteit. Je kan de circadiaanse klok immers niet forceren: het dag-nachtritme kan worden aangepast met wekker en bakken koffie, maar als die maatregelen worden opgeheven, gaat de persoon naar zijn eigen, biologische ritme terug. Mensen geven het beste van zichzelf als ze op hun eigen ritme kunnen functioneren. Als dit echter om sociale en/of professionele redenen niet mogelijk blijkt, kan het slaapritme worden aangepast met melatonine, naast een goede slaaphygiëne (zie verder).

Ten slotte wil ik nog vermelden dat de melatonineproductie afneemt met de leeftijd, wat een rol kan spelen bij slaapproblemen bij ouderen. Dat neemt niet weg dat men ook in

Voor eigen deur vegen

“Als arts geven we niet altijd het goede voorbeeld”, glimlacht prof. Laureys tijdens zijn betoog over een adequate slaaphygiëne. “We zijn geneigd, net als sommige van onze patiënten, om lange stressvolle dagen te werken en ‘s avonds de slaap te vatten door een slaapmutsje te drinken. Wat je daarmee induceert, is geen verkwikkende slaap maar farmacologisch coma. Dat haal je ook niet in door in het weekend uit te slapen. Slaap heeft nood aan regelmaat. In de mate van het mogelijke kan men het best iedere avond tijdig en rond hetzelfde tijdstip gaan slapen en ‘s morgens rond hetzelfde tijdstip opstaan. Onderzoek wijst uit dat personen die vroeg naar bed gaan, beter scoren op levenskwaliteit en een reeks gezondheidsmerkers. Mensen moeten ertoe worden aangezet om niet te veel op hun avondagenda te willen zetten.”



Prof. Steven Laureys (Universiteit Laval, Luik en Harvard)

Kanttekeningen

Op de vraag of hij nog iets aan het interview wil toevoegen, antwoordt prof. Laureys: "Graag. Ten eerste ben ik voorstander van een strikte aflevering van slaapmedicatie op voorschrift. De arts kan beoordelen of er een indicatie bestaat, en erover waken dat de patiënt het middel volgens voorschrift neemt en geen buitensporige dosissen gebruikt – sommige melatoninepreparaten zijn te hoog gedoseerd. Bovendien kan de arts tijdig verwijzen naar andere hulpverleners, als dat nodig blijkt."

Ten tweede – zoals men uit mijn advies kan afleiden – kadert een goede slaaphygiëne in een bredere bewaking van de leefstijl, waarbij de patiënt kan worden bijgestaan door verschillende disciplines, zoals de psycholoog, de diëtist, de bewegingscoach, de slaapcoach, ... Op die multidisciplinaire benadering zetten we als zorgverleners nog te weinig in.

Ten slotte wil ik benadrukken dat informatie- en sensibiliseringscampagnes nodig zijn om de patiënt bewust te maken van de actieve en centrale rol die hijzelf kan en moet spelen bij de zorg voor zijn slaap. Patiënten rekenen nog te veel op de arts voor het bestrijden van slaapstoornissen met een quick fix, wat overigens voor heel wat vormen van gezondheidspreventie geldt. Het empoweren van de patiënt kan een krachtige hefboom zijn naar preventie en om de gezondheid van de bevolking naar een hoger niveau te tillen."

deze leeftijdsgroep moet zoeken naar modificeerbare factoren die de slaapkwaliteit kunnen beïnvloeden."

Hoe ziet het landschap van de slaapstoornissen eruit?

"Er is een slaapstoornis als de gebrekkige kwaliteit van de slaap een weerslag heeft op het dagelijkse functioneren. Slaapstoornissen kunnen uiteenlopende oorzaken hebben. Gegevens zoals snurken en overgewicht of een verhaal van storende bewegingsdrang in de benen kunnen verwijzen naar slaapapneu, respectievelijk *restless legs syndrome*. Doorverwijzing naar een slaaplabo is hier aangewezen. Naast deze grote beelden kan een reeks factoren de slaap verstoren: omgevingslawaaï, pijn, nycturie, ... Ook hier zijn specifieke, al dan niet medische maatregelen aan de orde. Zoals gezegd, geldt dat eveneens voor ouderen. Een aantal mensen gaan minder goed slapen omdat ze ouder worden, maar men is er zich meer en meer van bewust dat een slechte slaap gepaard gaat met versnelde veroudering. Als men de slaap kan verbeteren door bijvoorbeeld de nycturie verbonden aan prostaat-hypertrofie te behandelen, ziet men de biologische merkers voor veroudering verbeteren. De talrijkste groep zijn patiënten met psychogene insomnia, gerelateerd aan problemen zoals stress, angst, depressie en burn-out. Vindt men voor slapeloosheid geen onderliggende oorzaak, dan spreekt men van primaire insomnia."

Wat is het beleid?

"Naast de specifieke maatregelen waarnaar ik zopas heb verwezen, is het bespreken van een goede leef- en slaaphygiëne nuttig voor iedereen. Dat begint met voldoende lichaamsbeweging overdag. Belangrijk is verder om 's avonds zware maaltijden en zware lichamelijke of intellectuele arbeid te vermijden. Koffie

wordt het best geweerd vanaf de latere namiddag. Het feit dat we zo gretig koffiedrinken om tijdens de dag wakker te blijven, toont aan dat we aan chronisch slaapttekort lijden (zie ook kader *Voor eigen deur veggen*).

Laat ik nog maar eens zeggen dat men 's avonds schermgebruik moet beperken of zelfs helemaal vermijden. Licht en in het bijzonder blauw licht remt de melatonineproductie. Daarom is het trouwens belangrijk dat de slaapkamer voldoende verduisterd is. Bovendien moet de slaapkamer rustig zijn en een geschikte temperatuur hebben, liefst zo'n 18°C. Doorverwijzing naar een psycholoog met het oog op cognitieve gedragstherapie gebeurt nog te weinig. Het nut daarvan is aangetoond, onder andere om mensen adequate slaaperituelen bij te brengen. Complementair daarbij zijn relaxatietherapie, meditatie, hypnose en sofrologie. Er wordt nog te weinig een beroep gedaan op slaapcoaches. Dat is ook zo voor primaire insomnia, omdat men in dat geval geen ander aangrijppingspunt heeft om de slaap te verbeteren."

"Als de patiënt medicatie nodig heeft, geef ik de voorkeur aan een langwerkend melatoninepreparaat op voorschrift."

Wat is de plaats van farmacologische maatregelen?

"Bij patiënten die klagen over slaapstoornissen, worden nu decennialang benzodiazepines of iets recenter trazodone voorgeschreven. Benzodiazepines en z-drugs geven aanleiding

tot gewenning en verslaving. In onze bevolking is een hele generatie ontstaan die van deze middelen afhankelijk is en er nog amper vanaf raakt.

Wie wakker wordt na een nacht slapen met een benzodiazepine of een z-drug, voelt zich vaak niet zoals na een spontane slaap. Enerzijds blijft het middel nog voor een stukje in het lichaam aanwezig, anderzijds is de slaap niet natuurlijk. De cognitie wordt verstoord en bij ouderen verhoogt het valrisico.

Het voorschrijven van benzodiazepines en z-drugs moet worden beperkt tot patiënten die in een crisissituatie wegens psychisch lijden niet kunnen slapen. Het gebruik moet zo kort mogelijk worden gehouden, aan de laagst mogelijke dosis. Van bij aanvang doorverwijzen naar de psycholoog of de psychiater kan vermijden dat het gebruik chronisch wordt. Wat mij betreft, kunnen benzodiazepines alleen voorgeschreven worden als er ook een voorschrift voor psychotherapie aan is gekoppeld.

Als de patiënt medicatie nodig heeft, geef ik de voorkeur aan een geneesmiddel op basis van melatonine. Zoals gezegd is melatonine een natuurlijk hormoon. Specifieke doelgroepen zijn personen met primaire insomnia (onder wie ouderen met een afnemende melatonineproductie), avondmensen die om sociale of professionele redenen hun dag-nachtritme moeten aanpassen, en ook reizigers met jetlag. Ik wil er nog eens op wijzen dat slaapstoornissen zelf een oorzaak of een bevorderende factor kunnen zijn voor angst en depressie. Ik herinner mij een patiënt, hij was boekhouder en op zich stevig in zijn schoenen. In een context van chronisch geworden stress werd hij echter depressief en had zelfs een suïcidepoging ondernomen. Behandeling met een geneesmiddel op basis van melatonine was voor die man een gamechanger: de regularisatie van zijn slaap deed progressief zijn psychische problemen wijken.

Ik wil er ook op wijzen dat sommige patiënten niet alleen inslaap-, maar ook doorslaapstoornissen kunnen hebben. Dat geldt bijvoorbeeld voor piekeraars, bij wie de angstige gedachten zelfs tijdens de slaap blijven doorwerken. Of voor mensen bij wie de circadiaanse klok wegens een gebrekkige slaaphygiëne of hogere leeftijd verstoord is. Wakker worden en een extra dosis moeten nemen, is minder fysiologisch en ontzegt de patiënt bovendien kostbare slaaptijd. Een melatoninepreparaat met verlengde afgifte is in die optiek een elegante oplossing, die overigens betaalbaar blijft – mede door de beschikbaarheid van grote verpakkingen voor deze galenische vorm. Merk trouwens op dat in België de kortwerkende geneesmiddelen op basis van melatonine uitsluitend geïndiceerd zijn voor de behandeling van jetlag, zoals vermeld in de bijsluiting."

(*) *Borgerhoff & Lamberigts, 2023.*

Artikel gerealiseerd in samenwerking met Aurobindo