

Nachtelijke onrust met grote gevolgen

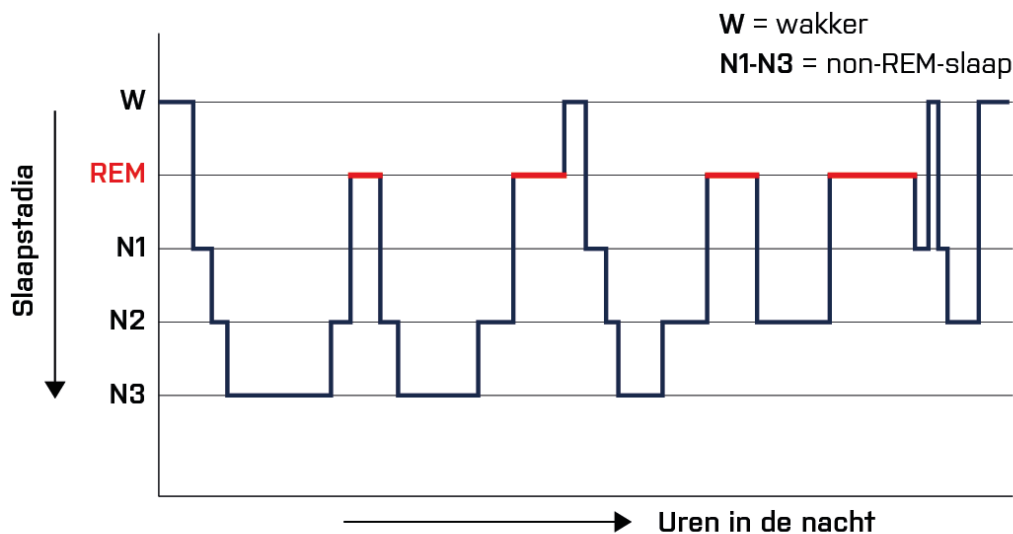
Karin van Dijk, Sanne Meles, Annemieke Schaafstra, Gert Jan Lammers

Nachtelijke onrust met bewegingen en geluiden gerelateerd aan dromen kent diverse oorzaken. Indien de klachten op middelbare tot hoge leeftijd ontstaan en voornamelijk in het tweede deel van de nacht optreden, kan sprake zijn van een REM-slaapgedragsstoornis. Het is van belang om de klachten te herkennen en gericht te verwijzen voor een zorgvuldige diagnose. Het geïsoleerd optreden van deze aandoening heeft namelijk grote implicaties.

Bij een REM-slaapgedragsstoornis (*REM sleep behavior disorder*; RBD) worden dromen die tijdens de REM-slaap optreden letterlijk uitgevoerd, omdat de normaal tijdens dit slaapstadium aanwezige spierverslaving ontbreekt. Het geïsoleerd optreden van deze slaapaandoening komt voor bij ongeveer 1% van de mensen van 50 jaar en ouder en wordt vaker bij mannen dan bij vrouwen vastgesteld.^{1,2} Verwondingen treden veel op, zowel bij mensen met een REM-slaapgedragsstoornis (59%) als hun bedpartners (21%), variërend van blauwe plekken tot fractures, incidenteel zelfs met dodelijke afloop.^{3,4}

DE KERN

- Nachtelijke onrust met bewegen en geluiden gerelateerd aan dromen kent diverse oorzaken, zoals een REM-slaapgedragsstoornis, slaapapneu of een non-REM parasomnie (slaapwandelen, angstdromen). Gerichte vragen kunnen helpen bij het maken van een waarschijnlijkheidsdiagnose.
- Een diagnose REM-slaapgedragsstoornis wordt gesteld door het aantonen van spieractiviteit tijdens de REM-slaap met een video-polysomnografie. Verwijs bij een mogelijke REM-slaapgedragsstoornis daarom naar een centrum waar dit slaaponderzoek kan worden verricht en geef zo nodig voorafgaand veiligheidsadviezen.
- De meerderheid van de mensen met een geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis – bijna 75% na 12 jaar – ontwikkelt de ziekte van Parkinson, dementie met Lewy bodies of multisysteematrofie.



Figuur

Voorbeeld van een hypnogram. Slaap omvat non-REM-slaap en REM-slaap. Non-REM-slaap bestaat uit de slaapstadia N1 (doezelen), N2 (lichte slaap) en N3 (diepe slaap). REM staat voor 'rapid eye movements', die tijdens dit slaapstadium optreden. Tijdens de REM-slaap wordt levendig gedroomd en zijn de spieren normaal gesproken verlamd. Deze spierverslaving ontbreekt bij mensen met een REM-slaapgedragsstoornis. Naarmate de nacht vordert, neemt de hoeveelheid diepe slaap af en de hoeveelheid REM-slaap toe. Dit verklaart waarom klachten van een REM-slaapgedragsstoornis vooral in het tweede deel van de nacht optreden en niet direct na het in slaap vallen.

Figuur: Studio Wiegens

ONDERLIGGENDE OORZAAK

Een geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis wordt veroorzaakt door disfunctioneren van kernen in de hersenstam, die verantwoordelijk zijn voor spierverlamming tijdens de REM-slaap. Gebruik van medicatie zoals antidepressiva of bètablokkers kan de aandoening uitlokken of verergeren.⁵

Er is een sterke relatie tussen een REM-slaapgedragsstoornis en de neurodegeneratieve aandoeningen ziekte van Parkinson, dementie met Lewy bodies (DLB) en multisysteematrofie (MSA). Veel patiënten met deze aandoeningen ontwikkelen tijdens het ziektebeloop een REM-slaapgedragsstoornis door pathologische veranderingen in de hersenstam.⁶ Een REM-slaapgedragsstoornis kan het eerste symptoom zijn van deze aandoeningen en kan zelfs tot 20 jaar voordat de diagnose wordt gesteld aanwezig zijn. Het kan vele jaren 'geïsoleerd' voorkomen, totdat er op een gegeven moment problemen ontstaan met bewegen en/of cognitieve functies en er een diagnose Parkinson of DLB wordt gesteld. Van alle mensen met zogenoemde 'geïsoleerde' REM-slaapgedragsstoornis – indien bevestigd met een polysomnografie – krijgt bijna 75% binnen 12 jaar de diagnose ziekte van Parkinson, DLB of MSA.⁷ Dit percentage loopt verder op naarmate de follow-up langer is. Hiermee is een met polysomnografie vastgestelde REM-slaapgedragsstoornis met afstand de sterkste voorspeller voor de ziekte van Parkinson.⁸ Helemaal 'geïsoleerd' is de aandoening meestal niet: veel mensen kunnen in dit voorstadium verschillende andere klachten hebben die passen bij de ziekte van Parkinson, DLB of MSA, zoals reukstoornissen, obstipatie, orthostatische hypotensie, cognitieve veranderingen of subtiele veranderingen in het bewegen.⁹

Andere, meer zeldzame, oorzaken van een REM-slaapgedragsstoornis zijn narcolepsie, auto-immuun encefalitis of laesies van de hersenstam. In dat geval is er géén relatie met neurodegeneratieve aandoeningen.

MET WELKE KLACHTEN KOMT DE PATIËNT?

Opvallend is dat bijna de helft (46%) van de mensen met een geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis zich totaal onbewust is van de aandoening en de meerderheid (70%) een goede

CASUS: 57-JARIGE MAN PRAAT EN SCHOPT TIJDENS HET DROMEN

Een 57-jarige man komt samen met zijn echtgenote bij de huisarts vanwege nachtelijke onrust, die sinds een klein jaar toenemend optreedt. Hij merkt hier zelf niets van en heeft geen klachten overdag. Zijn echtgenote hoort hem praten en roepen, waarbij hij slaat en schopt. Ze vermoedt dat hij dan intens droomt. Ze maakt zich zorgen om zijn en haar veiligheid. Bovendien heeft ze op internet gelezen over een mogelijke relatie met de ziekte van Parkinson. De huisarts besluit de patiënt door te verwijzen naar de neuroloog voor een slaaponderzoek.



Nachtelijke onrust kan soms duiden op een REM-slaapgedragsstoornis.

Foto: Klara Kulikova - Unsplash

slaapkwaliteit rapporteert. Het zijn dan de partners die hen hebben overtuigd om hulp te zoeken.⁴ Klachten waarmee ze naar de huisarts komen zijn slaan, schoppen, roepen en schreeuwen in de slaap, waarbij mensen zich dromen herinneren overeenkomstig met hun bewegingen. Ze worden in deze dromen aangevallen door mensen of dieren, worden achtervolgd of dromen over kinderen in levensgevaarlijke situaties.⁴ Maar ook minder agressieve uitingen komen voor met lachen, eetbewegingen of dansbewegingen. Het moment van optreden is vooral in het tweede deel van de nacht, wanneer meer REM-slaap aanwezig is en niet direct na het in slaap vallen (**figuur**). De ogen zijn doorgaans gesloten en als iemand ze wakker maakt, zijn ze meestal niet verward. Mensen met een REM-slaapgedragsstoornis verlaten zelden het bed, hoewel ze er wel uit kunnen springen of vallen.

KENMERKEN EN DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Aandoeningen die vaker voorkomen dan een REM-slaapgedragsstoornis en hierop kunnen lijken zijn slaapapneu, non-REM parasomnie (slaapwandelen en angstdromen;

CASUS, VERVOLG

Een door de neuroloog aangevraagde video-polysomnografie toont slaande bewegingen en praten tijdens de REM-slaap met een verhoogde spiertonus, zonder dat er sprake is van slaapapneu. De diagnose 'geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis' wordt gesteld. Enkele weken na de start van melatonine is de nachtelijke onrust niet meer hinderlijk aanwezig. De neuroloog informeert de patiënt over een sterk verhoogd risico op Parkinson en aanverwante aandoeningen en ziet hem tweejaarlijks ter controle. Na 4 jaar wordt de diagnose ziekte van Parkinson gesteld.

prevalentie bij volwassenen respectievelijk 1,5% en 2,2%), idiopathisch praten in de slaap ('*sleep talking*'; levenslange prevalentie 66%) en periodieke beenbewegingen.¹⁰ Maar ook een psychotraumagerelateerde slaapstoornis en slaapgerelateerde hypermotore epilepsie kunnen overeenkomstige symptomen hebben.¹¹ Gerichte vragen kunnen helpen bij het maken van een waarschijnlijkheidsdiagnose.

Het moment van optreden in de nacht is een belangrijk aspect voor de huisarts om uit te vragen, net als de leeftijd van aanvang en bijkomende klachten zoals slaperigheid overdag. Zo begint een non-REM parasomnie vaak al tijdens de kindertijd. Het treedt met name op in het eerste deel van de

nacht, waarbij mensen het bed kunnen verlaten en verward of moeilijk wakker te krijgen zijn. Periodieke beenbewegingen zijn op grond van de aard van de bewegingen meestal goed te differentiëren, waarbij elke 5-90 seconden in 1 of 2 benen de grote teen wordt opgetrokken, veelal in combinatie met buigen van de enkel, knie en soms heup. Mensen bemerken dit zelf vaak niet en de bewegingen kunnen al vlot na het in slaap vallen optreden. Bij obstructieve slaapapneu kan sprake zijn van slaperigheid overdag, waarbij snurken, ademstops en ochtendhoofdpijn kunnen optreden. Idiopathisch praten in de slaap – dat wil zeggen niet geassocieerd met een REM-slaapgedragsstoornis of non-REM parasomnie – kan elk moment van de nacht optreden. De (tabel) toont een overzicht van kenmerken in de anamnese om uit te vragen en die voor of juist tegen een REM-slaapgedragsstoornis pleiten. Een REM-slaapgedragsstoornis komt niet voor in de NHG-Standaard Slaapproblemen, maar wel als prodromaal symptoom in de NHG-Standaard Ziekte van Parkinson. Het is belangrijk met een goede anamnese een eerste differentiatie te maken, om te bepalen welke patiënt moet worden doorverwezen naar een specialist.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Let bij mensen met een anamnese die past bij REM-slaapgedragsstoornis op verschijnselen die kunnen voorkomen bij de

Tabel Kenmerken om uit te vragen bij nachtelijke onrust.

Suggestief voor REM-slaapgedragsstoornis	Suggestief voor andere oorzaak van nachtelijke onrust
Optreden van onrust voornamelijk in tweede deel van de nacht	Optreden van onrust op elk moment van de nacht of voornamelijk in het eerste deel van de nacht (<i>obstructieve slaapapneu, non-REM parasomnie, slaapgerelateerde hypermotore epilepsie, periodieke beenbewegingen tijdens de slaap, idiopathisch praten in de slaap trauma-geassocieerde slaapstoornis</i>)
Geen klachten overdag	Slaperigheid overdag (<i>obstructieve slaapapneu</i>)
Aanvang op oudere leeftijd	Debuut op jongere leeftijd (<i>obstructieve slaapapneu, non-REM parasomnie, slaapgerelateerde hypermotore epilepsie, periodieke beenbewegingen tijdens de slaap, idiopathisch praten in de slaap</i>)
Onrust verloopt niet op een vaste, onveranderlijke, terugkerende manier (niet stereotiep)	Onrust verloopt op een vaste, onveranderlijke, terugkerende manier (stereotiep) (<i>slaapgerelateerde hypermotore epilepsie, periodieke beenbewegingen tijdens de slaap</i>)
Geen dystone houdingen* tijdens onrust	Dystone houdingen* tijdens onrust (<i>slaapgerelateerde hypermotore epilepsie</i>)
Helder bij ontwaken	Verward of moeilijk wakker te krijgen (<i>non-REM parasomnie</i>)
In bed blijven (uitgezonderd vallen)	Het bed verlaten (<i>non-REM parasomnie</i>)
Variabele inhoud van de dromen, bijvoorbeeld achtervolgd of aangevallen worden	Droominhoud gerelateerd aan een doorgemaakt psychotrauma (<i>trauma-geassocieerde slaapstoornis</i>)
	Fors snurken en/of ademstops (<i>obstructieve slaapapneu</i>)

Tabel met toestemming en in aangepaste vorm overgenomen uit Van Dijk, et al.¹⁵

*Dystone houding: abnormale stand van een lichaamsdeel (hand, voet, nek, hoofd) met soms draaiende of wringende kenmerken ten gevolge van een stoornis in de spanning (tonus) van een spier.

ziekte van Parkinson, DLB of MSA, zoals rigiditeit (spierstijfheid) en bradykinesie (bewegingsarmoede). Omdat het om een voorstadium kan gaan, kunnen de verschijnselen geheel afwezig of zodanig subtiel zijn, dat mensen nog niet voldoen aan de diagnostische criteria van bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson. Te denken valt aan subtiele rigiditeit bij polsbewegingen, het minder meebewegen van een arm bij het lopen of verminderde mimiek.

AANVULLEND ONDERZOEK

Voor een zekere diagnose is een nachtelijk slaaponderzoek met video-polysomnografie nodig, waarop wordt aangetoond dat de spiertonus tijdens de REM-slaap verhoogd is. Daarnaast kan met dit onderzoek een andere of bijkomende oorzaak van nachtelijke onrust worden uitgesloten, zoals obstructieve slaapapneu. Voor een zorgvuldige diagnose verwijst de huisarts bij voorkeur door naar een centrum waar dit onderzoek verricht kan worden, zoals centra geaccrediteerd door de SVN¹².

WAT KAN DE HUISARTS ZELF DOEN?

Voorafgaand aan een verwijzing kan de huisarts veiligheidsmaatregelen adviseren, zoals het verwijderen van scherpe of puntige voorwerpen of meubels rond het bed, het slapen in verschillende bedden of het leggen van een zachte ondergrond naast het bed als mensen hier tijdens de onrust uit kunnen vallen. Als er een duidelijke tijdsrelatie is tussen het ontstaan van de klachten en de start van verergerende medicijnen zoals antidepressiva of bètablokkers, dan kan de huisarts overwegen deze af te bouwen of om te zetten.

VOORLICHTING EN BEHANDELING DOOR EEN SPECIALIST

Na het stellen van de diagnose geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis worden patiënten door hun specialist voorlicht over het verhoogde risico om op termijn de ziekte van Parkinson, DLB of MSA te ontwikkelen. Deze informatie kan echter psychologisch belastend zijn. Ongeveer de helft van de patiënten geeft aan angstig te zijn over het verhoogde risico, maar heeft desondanks een sterke voorkeur om geïnformeerd te worden.¹³ Het geeft hen vertrouwen in hun behandelend arts en de informatie kunnen zij laten meewegen bij beslissingen in hun leven. Bovendien kan zorgvuldige informatie onrust voorkomen als patiënten zelf op internet zoeken. Ook geeft het hen de mogelijkheid om deel te nemen aan (toekomstige) onderzoeken die er op zijn gericht om Parkinson in een vroeg stadium af te remmen. Tot slot kan de juiste voorlichting ervoor zorgen dat zij sneller symptomen passend bij deze aandoeningen herkennen waardoor behandeling op tijd gestart kan worden. Een deel van de patiënten krijgt om deze reden ook jaarlijks of tweejaarlijks controleafspraken bij de neuroloog.

De verdere behandeling van een geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis is voornamelijk uitsluitend symptomatisch.

Medicatie is alleen nodig bij hinderlijke of gevaarlijke klachten. Melatonine (3-12 mg) en clonazepam (0,25-2 mg) zijn de meest gebruikte middelen; meestal is dit voldoende effectief.¹⁴

CONCLUSIE

Overweeg de diagnose REM-slaapgedragsstoornis bij mensen met nachtelijke onrust met bewegingen en geluiden in relatie tot droomervaringen vooral als de onrust in de tweede helft van de nacht optreedt en op middelbare tot hogere leeftijd ontstaat. Adviseer zo nodig voorafgaand aan verwijzing veiligheidsmaatregelen en verwijs naar een slaap-waakcentrum waar een video-polysomnografie verricht kan worden. Een zorgvuldige diagnose is van groot belang, want een diagnose van een geïsoleerde REM-slaapgedragsstoornis kent een sterk verhoogd risico op de latere ontwikkeling van de ziekte van Parkinson, DLB en MSA. ■

LITERATUUR

1. Haba-Rubio J, Frauscher B, Marques-Vidal P, Toriel J, Tobback N, Andries D, et al. Prevalence and determinants of rapid eye movement sleep behavior disorder in the general population. *Sleep* 2018;41(2). DOI: 10.1093/sleep/zsx197.
2. Iranzo A, Santamaria J, Rye DB, Valldeoriola F, Marti MJ, Munoz E, et al. Characteristics of idiopathic REM sleep behavior disorder and that associated with MSA and PD. *Neurology* 2005;65(2):247-52. DOI: 10.1212/01.wnl.0000168864.97813.e0.
3. NOS, <https://nos.nl/artikel/2535041-man-67-vrijgesproken-van-moord-op-echtgenote-omdat-hij-sliep>, geraadpleegd op 11 april 2025.

Reageren? Dit kan online op www.henw.org. Daar vind je ook de volledige literatuurlijst.



Maak de kennistoets over dit artikel op pagina 40.

Van Dijk KD, Meles SK, Schaafstra A, Lammers GJ. Nachtelijke onrust met grote gevolgen. *Huisarts Wet* 2026;69:26-9: HnW-00000471. Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN) en AmsterdamUMC locatie Vrije Universiteit Amsterdam, afdelingen Neurologie en Anatomie en Neurowetenschappen, dr. K.D. van Dijk, neuroloog-somnoloog, kvdiijk@sein.nl; Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), afdeling neurologie, Groningen, dr. S.K. Meles, neuroloog; Zaandam, A. Schaafstra, huisarts; Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN), prof. dr. G.J. Lammers, neuroloog-somnoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: Karin van Dijk en Sanne Meles zijn lid van het Nederlands RBD consortium en de International RBD Study Group (IRBDSG).