

# Stikgevoelens in de nacht

Rob J.G. Busger op Vollenbroek en Al W. de Weerd

## DAMES EN HEREN,

Slaapproblemen zijn er in vele varianten. Vaak heeft de patiënt moeite met in- en doorslapen, of heeft hij overdag moeite om wakker te blijven. Soms gaat het om parasomnieën, verschijnselen tijdens de slaap waarop de patiënt geen invloed heeft. Sommige slaapproblemen zijn moeilijk te plaatsen en kunnen meer dan één oorzaak hebben. Aan de hand van twee patiënten bespreken wij een klinisch fenomeen waarin dit uiteindelijk het geval bleek.

**Patiënt A** is een 39-jarige vrouw met in de voorgeschiedenis een hysterectomie en een trombosebeen. Zij is door een longarts naar het slaapcentrum verwezen omdat zij enkele malen per week 's nachts wakker wordt met het gevoel dat zij stikt. Deze aanvallen heeft zij al 10 jaar. In eerste instantie zocht ze er geen hulp voor, maar omdat het na al die jaren niet veel beter is geworden, wil ze het nu toch eens uitgezocht hebben.

De aanvallen kunnen op ieder moment in de nacht optreden. Patiënte krijgt geen lucht, ze heeft hartkloppingen, het is alsof ze doodgaat. Dit gevoel is op zijn hevigst op het moment dat ze er wakker van wordt, en zakt daarna af in 10-15 min. Tijdens een aanval is ze volledig bij bewustzijn; het eerste wat ze doet, is naar het raam lopen om frisse lucht te krijgen. Er gaat niets vooraf aan dergelijke aanvallen, haar partner merkt geen veranderingen in de ademhaling. Na een aanval kan ze weer vlot inslapen en de slaap wordt als redelijk goed ervaren. Patiënte is overdag wat vermoeid, zonder dat dit haar functioneren beïnvloedt. Overdag heeft ze geen last van zulke aanvallen.

In een ander centrum is een obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) al eens uitgesloten met behulp van polysomnografie (PSG). Patiënte ondergaat ook in ons slaapcentrum PSG, en daarbij blijkt enkele malen dat zij plots uit diepe slaap wakker wordt, waarbij ze in paniek is. De hartfrequentie is verhoogd, terwijl ademhaling en saturatie normaal blijven. De slaapopbouw is van voldoende kwaliteit en ook uit onze PSG blijkt dat er geen sprake is van een slaapapneusyndroom. De diagnose 'sleep choking' wordt gesteld, met vermoeden van een angststoornis. Ter behandeling krijgt patiënte clonazepam en wordt zij verwezen naar een slaappsioloog voor begeleiding bij de slaaphygiëne en de mogelijke angststoornis. Bij controle enkele maanden later meldt patiënte dat ze veel baat heeft van de clonazepam; er hebben zich geen episodes meer voorgedaan. In de gesprekken met de psycho-

---

*Medisch Spectrum Twente, afd. Neurologie, Enschede.*

*Drs. R.J.G. Busger op Vollenbroek, aios neurologie.*

*Stichting Epilepsie Instellingen Nederland, Slaap-waakcentrum, Zwolle.*

*Dr. A.W. de Weerd, neuroloog.*

*Contactpersoon: drs. R.J.G. Busger op Vollenbroek*

*(r.busgeropvollenbroek@mst.nl).*

loog bleek uiteindelijk dat patiënte een angststoornis had. De gedragsadviezen en de voorlichting heeft ze als nuttig ervaren.

**Patiënt B**, een 48-jarige man met een blanco voorgeschiedenis, heeft sinds zijn 24e levensjaar 2 à 3 maal per week last van nachtelijke aanvallen waarbij hij volledig bij bewustzijn is. Hij heeft dan het gevoel te stikken, reageert motorisch erg heftig en is extreem angstig. De aanvallen duren ongeveer 60 sec en kunnen op ieder moment van de nacht voorkomen. Door de jaren heen zijn diverse eeg-onderzoeken uitgevoerd tijdens en tussen aanvallen door. De registraties waren normaal. Ook bij kno-onderzoek in het verleden zijn geen afwijkingen gevonden. Nadat de waarschijnlijkheidsdiagnose ‘frontale epilepsie’ was gesteld, werd patiënt ingesteld op anti-epileptica. De aanvallen bleven echter bestaan.

Op het moment dat hij verwezen wordt naar onze epilepsiekliniek voor een second opinion gebruikt hij natriumvalproaat en lamotrigine. Op een langdurige eeg-registratie die in onze kliniek wordt verricht, wordt zichtbaar dat patiënt aanvallen heeft waarbij hij naar adem snakt. Hij maakt daarbij een verstikt geluid en heeft veel speekselvloed, maar het eeg laat op dat moment geen epileptiforme afwijkingen zien. Omdat de diagnose ‘sleep choking’ aannemelijk lijkt, wordt de medicatie afgebouwd en krijgt patiënt clonazepam voor de nacht. Aanvankelijk gaat dat erg goed, maar nadat de anti-epileptica volledig beëindigd zijn, worden de aanvallen frequenter, tot wel 6 maal per nacht. Besloten wordt patiënt op te nemen voor observatie.

In de eerste dagen van opname worden meerdere aanvallen geobserveerd. Vergeleken met videoregistraties van de voorgaande opname blijken de aanvallen heftiger te zijn geworden, en ook zijn er trekkingen te zien in vooral de linker lichaamshelft. Hierop stelt men alsnog de diagnose ‘epilepsie’. Vanwege de klinische verschijnselen en het ontbreken van epileptiforme afwijkingen op het eeg is insulaire epilepsie het waarschijnlijkst. Patiënt wordt opnieuw ingesteld op anti-epileptica, waarna de aanvallen verminderen, maar niet meer geheel verdwijnen.

## BESCHOUWING

Het merendeel van de nachtelijke ademhalingsstoornissen is toe te schrijven aan een OSAS. Ook hierbij kan een verstikkingsgevoel een van de symptomen zijn. Onze patiënten A en B hebben echter geen OSAS, dus moet men naar een minder voor de hand liggende oorzaak omzien. Een aantal onderliggende aandoeningen komt in dan aanmerking: ‘sleep choking’-syndroom, epilepsie zonder andere symptomen, slaapgerelateerde laryngospasmen of slaapgerelateerde gastro-oesofageale reflux.

Het onderscheid tussen deze aandoeningen is vaak lastig te maken: in de anamnese lijken ze op elkaar en ook eeg-onderzoek brengt de juiste diagnose niet altijd aan het licht. Soms is uitgebreider onderzoek in een slaapcentrum nodig, of kno-onderzoek. Dat laatste is bij patiënt A niet gedaan, maar bij blijvende onzekerheid over de diagnose mag men de mogelijkheid van een slaapgerelateerd laryngospasme zeker niet over het hoofd zien.

## ‘SLEEP CHOKING’-SYNDROOM

De internationale classificatie voor slaapstoornissen definieert het ‘sleep choking’-syndroom als frequente episodes van ontwaken met een verstikkingsgevoel. De patiënt wordt plotseling wakker met een intens gevoel van kortademigheid en het gevoel alsof hij stikt. Zulke episodes treden bijna iedere nacht op en soms vaker in één nacht. De patiënt is direct wakker en heeft grote angst, soms het gevoel dood te gaan. Het angstgevoel neemt vrij vlot af. De aanvallen duren kort, maximaal enkele minuten. Er is geen stridor; bedpartners merken wel dat de patiënt de adem inhoudt, maar verder geen bijzonderheden. Er zijn ook geen nachtmerries, ‘sleep terrors’ of andere nachtelijke angstaanvallen.

Bij hoeveel mensen het ‘sleep choking’-syndroom voorkomt, is onduidelijk. Het ontstaat tussen adolescentie en middelbare leeftijd, iets vaker bij jonge vrouwen. Er kan een psychische oorzaak aan ten grondslag liggen, bijvoorbeeld emotionele stress.<sup>1</sup> Als de behandeling van eventuele psychische oorzaken geen effect heeft, kan een lage dosis clonazepam effectief zijn. De effectiviteit van die laatste behandeling is echter nooit onderzocht.

## EPILEPSIE

Sommige vormen van epilepsie geven alleen nachtelijke aanvallen. Dit is bekend van frontale epilepsie, waarbij ook een verstikkingsgevoel kan optreden, vooral wanneer de aanvallen afkomstig zijn uit het gebied rond de insula – zoals bij patiënt B vermoedelijk het geval is. De aanvallen duren meestal kort en de frequentie kan sterk variëren. De insula is betrokken bij functies zoals beweging, gevoel, emotie en geheugen, maar beïnvloedt ook de sensibiliteit van het bovenste spijsverteringskanaal, van tong tot oesofagus. Elektrische stimulatie van de insulaire cortex kan faryngeale en laryngeale sensaties opwekken, zoals speekselvorming maar ook een gevoel van kortademigheid tot verstikkens toe.<sup>2</sup>

De diagnose is met eeg-onderzoek moeilijk te bevestigen. Op het eeg zijn vaak geen interictale afwijkingen te zien, ook al omdat de insula diep in de hersenen ligt.<sup>2-4</sup> Het onderscheid met ‘sleep choking’ is vaak alleen te maken door de aanvallen goed te observeren en daarbij meerdere eeg-registraties uit te voeren.

### SLAAPGERELATEERD LARYNGOSPASME

Het slaapgerelateerde laryngospasme is een aandoening waarbij de patiënt – meestal man en vaak van middelbare leeftijd – abrupt wakker wordt met een intens verstikkingsgevoel. Patiënten springen vaak uit bed met de handen om de hals geklemd. Het laryngospasme gaat gepaard met een stridor en patiënten hebben moeite met ademen. De aanvallen komen niet frequent voor, meestal minder dan eenmaal per week. Een episode duurt enkele seconden tot maximaal 5 minuten. Water drinken versnelt het herstel. De oorzaak is niet bekend, het zou een gevolg kunnen zijn van tracheale spierdysfunctie of postnasale drip, of van irritatie van de bovenste luchtweg door gastro-oesofageale reflux. Ook andere aandoeningen, zoals larynx tumoren, kunnen in de slaap zorgen voor stridor en intermitterende laryngospasmen. In de literatuur wordt ook een mogelijk verband beschreven met de remslaap. De aanvallen zouden dan het gevolg zijn van inhibitie van de spiertonus in deze slaapfase, zodat een irritatie van de larynx niet kan worden weggehoest.<sup>6</sup>

De diagnose wordt meestal gesteld op basis van de anamnese en na het uitsluiten van andere oorzaken.<sup>1,5-7</sup> Aangezien de slaapgerelateerde laryngospasmen weinig frequent optreden, zijn er meestal geen polysomnogrammen beschikbaar. De behandeling is vooral gericht op verlichting van een eventuele onderliggende oorzaak.<sup>5</sup> Vaak verdwijnen de aanvallen na verloop van tijd spontaan.<sup>1</sup>

### SLAAPGERELATEERDE GASTRO-OESOFAGEALE REFLUX

Bij slaapgerelateerde gastro-oesofageale reflux vloeit tijdens de slaap maaginhoud terug in de oesofagus. Daardoor wordt de patiënt vaak wakker met een bittere smaak in de mond, zuurbranden, hoesten of een verstikkingsgevoel. Van de algemene bevolking heeft 7-10% dagelijks last van gastro-oesofageale reflux ('zuurbranden') en drie kwart van deze groep heeft 2-3 maal per week last van zuurbranden in de nacht, met de daarbij behorende wekprikkel. Hoevelen van hen daarbij ook een verstikkingsgevoel hebben, is niet bekend.

Gastro-oesofageale reflux is meestal makkelijk te herkennen en wordt in eerste instantie behandeld met maagzuurremmers. Het zuurbranden hoeft echter niet altijd op de voorgrond te staan; soms is een verstikkingsgevoel het enige symptoom en denkt men niet direct aan reflux, bijvoorbeeld wanneer de reflux begeleid wordt door een laryngospasme – zie hierboven.<sup>5-7</sup> Zonder behandeling kan slaapgerelateerde gastro-oesofageale reflux na jaren aanleiding geven tot oesofageale erosies, ulcera en zelfs een barrettoesofagus.<sup>1</sup>

- **Het nachtelijke verstikkingsgevoel kan, nadat obstructief slaapapneusyndroom is uitgesloten, uiteenlopende oorzaken hebben.**
- **Het onderscheid tussen 'sleep choking' en epilepsie kan erg lastig zijn.**
- **Anamnese en observatie van de patiënt tijdens de aanvallen zijn van groot belang.**
- **In een epilepsiekliniek met slaapcentrum zijn dergelijke nachtelijke symptomen makkelijker te diagnosticeren dan op een reguliere polikliniek neurologie.**
- **Voor de behandeling is het belangrijk onderscheid te maken tussen 'sleep choking', epilepsie of een andere oorzaak.**

**Dames en Heren**, het nachtelijke verstikkingsgevoel is voor de patiënt een extreem angstig fenomeen. Zoals hierboven beschreven kan een dergelijk symptoom uiteenlopende oorzaken hebben. Wanneer de meest waarschijnlijke oorzaak – OSAS – is uitgesloten, moet men rekening houden met de zeldzamere oorzaken die in deze les aan bod zijn gekomen. Een goede anamnese is van groot belang en vaak is observatie van de nachtelijke incidenten de enige manier om tot een antwoord te komen, want het aanvullend onderzoek kan de behandelaar in de steek laten. In veel gevallen is een multidisciplinaire aanpak geboden, waarbij ook een kno-arts betrokken moet zijn. Het onderscheid tussen laryngospasme en gastro-oesofageale reflux is in de praktijk niet moeilijk te maken, maar bij het 'sleep choking'-syndroom en epilepsie ligt dat anders. Toch is juist dit onderscheid van groot belang voor de behandeling. Herhalen van het aanvullend onderzoek en proberen een aanval te objectiveren met bijvoorbeeld een polysomnogram of eeg-onderzoek helpen vaak wel de juiste richting te bepalen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 juli 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A6204

**> KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

---

**LITERATUUR**

- 1 The International Classification of Sleep Disorders – second edition (ICSD-2). Darien: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- 2 Isnard J, Guénot M, Sindou M, Mauguière F. Clinical Manifestations of insular lobe seizures: a stereo-elektroencephalografic study. *Epilepsia*. 2004;45:1079-90.
- 3 Elkay M, Poduri A, Prabhu SP, Bergin AM, Kothare SV. Nocturnal choking episodes: underrecognized and misdiagnosed. *Pediatr Neurol* 2010;43:355-8
- 4 Davis KA, Cantor C, Maus D, Herma ST. A neurological case of recurrent choking during sleep. *J Clin Sleep Med* 2008;4:586-7.
- 5 Thurnheer R, Henz S, Knoblauch A. Sleep-related laryngospasm. *Eur Respir J* 1997;10:2084-6.
- 6 Proserpio P, Spreafico C, Didato G, Nobili L, Facchetti D, De Fanti CA, et al. Cyclic alternating pattern (CAP)-related cough and sleep-related laryngospasm. *Sleep Med*. 2010;11:221-3.
- 7 Roland MMS, Baran AP, Richert AC. Sleep-related laryngospasm caused by gastroesophageal reflux. *Sleep Med*. 2008;9:451-3.