

## ABSTRACTS

### 10.00-10.15 Dr A.W. de Weerd, SEIN Zwolle

#### **Opening. Normale ontwikkeling van slaap in de eerste levensjaren**

Vanaf ca. de 24<sup>e</sup> week van de zwangerschap is de ontwikkeling van de slaap van het kind in kaart gebracht. Klinisch is er al een periode activiteit en (zeer veel) inactiviteit, vergelijkbaar met slaap. Qua EEG betekent het in beide stadia lange perioden elektrische “stilte” die in klinische inactiviteit kan oplopen tot enkele minuten. Daarna gaat de ontwikkeling snel. Tot de a-terme leeftijd verdwijnen geleidelijk de periodes van geringe elektrische activiteit in slaap en wordt in dat stadium juist veel EEG activiteit gezien met hoge amplitude. Dit lijkt op NREM slaap en gaat ook gepaard aan klinische verschijnselen die min of meer lijken op diepe slaap bij het oudere kind. Bovendien neemt de totale slaaptijd al wat af en wordt ook een verschil tussen deze diepe slaap en REM slaap zowel klinisch als qua EEG duidelijk. Opvallend is nog wel dat de REM slaap ongeveer de helft van de slaaptijd inneemt en dat slaap vaak met REM begint. In de periode van de eerste twee-drie maanden na a-terme verdwijnt dit laatste fenomeen, neemt de totale slaaptijd van ca 16-18 uur/etmaal af tot 14-16 uur en verschijnen de eerste slaapspoeltjes. Zowel klinisch als qua EEG ontstaat al een rudiment van een slaap/waak ritme. Al deze ontwikkelingen gaan door tot een -op hoofdlijnen- aan volwassen slaap lijkende situatie. Uiteraard wordt er in de eerste vijfjaren nog lang geslapen en zijn slaapjes overdag nog normaal. Daarna is er een periode van stabilisatie, die “ruw” verstoord wordt in het begin van de puberteit en de eerste jaren daarvan. In deze periode ontstaat het volwassen slaappatroon, ook wat betreft de functies van de biologische klok.

### 10.15-10.45 Dr J. van den Aardweg, Amsterdam UMC

#### **Fysiologie in de ontwikkeling van de ademhaling in de eerste jaren na de geboorte, ihb in de slaap**

Ademhaling in de slaap in de eerste jaren na de geboorte: van fysiologie tot ziekte.

Tijdens de geboorte verandert er veel in de ademhaling: de long is niet langer een “rustend” orgaan maar neemt een belangrijke functie van de placenta over, namelijk de zuurstofvoorziening. Dat betekent dat de adembewegingen op gang moeten komen, evenals het systeem dat de ademhaling regelt. Dat gaat niet altijd goed. In deze voordracht komt aan de orde welke mechanismen een rol spelen bij het op gang komen van de ademhaling na de geboorte en hoe deze mechanismen kunnen falen. We gaan verder in op de ontwikkeling van de ademhaling bij jonge kinderen, in het bijzonder tijdens de slaap. In hoeverre verschilt de ademhaling bij kinderen van die van volwassenen? Welke problemen kunnen we daardoor verwachten?

### 10.45-11.15 Dr N. Vandenbussche, Kempenhaeghe, Heeze

#### **Uitvoering en pitfalls van slaaponderzoek bij kinderen**

Het doen van slaaponderzoek bij kinderen kan een hele uitdaging zijn in de kindergeneeskunde omdat kinderen niet altijd begrijpen waarom ze een slaaponderzoek moeten ondergaan of omdat ze moeite kunnen hebben om te slapen in een vreemde omgeving met allerlei apparatuur.

Er zijn veel dingen die een slaaplaboratorium kan doen om de last voor het kind, de ouders en de somnotechnologen te verlichten en om de diagnostische waarde van het onderzoek te verbeteren.

Even belangrijk is om te weten wat men van een slaaponderzoek kan verwachten en wat niet. Tijdens de presentatie zal dieper ingaan worden op: indicaties voor het doen van een slaapregistratie, interpretatie van een slaapregistratie en typische slaapfenomenen bij kinderen.

### 11.45-12.15 Prof Dr S. Verhulst, UZA, Edegem, België

#### **Pathologie van de ademhaling in de slaap, diagnose en behandeling**

Deze presentatie zal een overzicht geven van recente richtlijnen van de European Respiratory Society over de diagnose en behandeling van obstructief slaap apnoe bij zuigelingen en kinderen. De nadruk zal gelegd worden op specifieke patiëntenpopulaties met een verhoogd risico op OSA en zijn complicaties, de waarde van screeningstesten en de aanwezigheid van morbiditeit als een indicator voor behandeling. Het algoritme om de correcte behandeling te selecteren zal eveneens besproken worden.

## 12.15-12.45 P. Amesz, SEIN Heemstede

### **Narcolepsie; begeleiding van jonge kinderen en pubers**

Als kinderen de diagnose narcolepsie krijgen kan dit een enorme impact hebben. Het verandert het leef- en slaapritme. Soms moeten er aanpassing worden gedaan. Dat valt niet mee. Acceptatie van de aandoening komt veelal een behandeling ten goede. Begeleiding, tips en support dragen bij aan het welbevinden en ontwikkelen van het kind. Een uitdaging voor alle behandelaars.

## 13.30-14.00 Drs D. Hendriks, HMC Westeinde en Dr E. Peeters, Juliana Kinderziekenhuis Den Haag

### **Onderscheid tussen gedragsstoornis en pavor nocturnus op de leeftijd 1-4 jaar en de aanpak daarvan.**

Bij 25-30% van de kinderen tussen 1-4 jaar bestaan er een periode slaapproblemen. Vaak ontstaan deze in de peuterpuberteit, waarin kinderen een eigen wil gaan ontwikkelen en ineens niet meer naar bed willen. Of juist in de scheidingsangstfase, waarin het afscheid nemen van ouders om te gaan slapen angst kan oproepen en kinderen bij ouders willen gaan slapen. Deze slaapproblemen vallen onder een 'behavioural insomnia of childhood, type limit setting en sleep onset association disorder'. De aanpak hiervan bestaat vooral uit gedragstherapeutische interventies die de ouders dienen toe te passen. Pavor nocturnus, of 'night terrors' komen bij deze leeftijdsfase ook veel voor en zijn in de meeste gevallen onschuldig, maar vragen van ouders om een hele andere aanpak. Zowel de behavioural insomnia of childhood als ook de pavor nocturnus kunnen een enorme impact hebben op de nachtrust van het hele gezin en zijn moeilijk te behandelen. Wat zijn de verschillen tussen deze slaapproblemen, hoe ziet dit eruit en wat moeten ouders juist wel of niet doen? Dit komt allemaal aan bod in deze presentatie.

## 14.00-14.25 Drs N. Landsmeer, GGZ Rivierduinen

### **Insomnie op de lagere school leeftijd en bij tieners, rol van 'afleidende factoren'**

In deze presentatie worden de factoren besproken, die van invloed kunnen zijn op slaap. Alles wat de ouderwetse regel van Rust Reinheid en Regelmaat verstoort en/of invloed op de HPA-as kan hebben kan ook de slaap verstoren.

Huiselijk geweld, kindermishandeling, cyberpesten, PTSS dit kunnen allemaal redenen zijn voor slapeloosheid. Maar ook armoede en andere zorgen in het gezin kunnen een rol spelen.

Lifestyle van jongeren is daarnaast een belangrijke factor.

-Energydrinkjes worden door 1-2.% van de kinderen van 13-18 jaar gebruikt en kunnen effect hebben op de gezondheid: van hartkloppingen tot slaapproblemen. Het RIVM heeft recent ism o.a. VWS onderzoek gedaan onder 60.000 jongeren.

-Alcohol en roken vormen een bedreiging voor een gezond slaappatroon.

-Ook obesitas is een toenemend probleem onder jongeren al lijkt de incidentie iets te stabiliseren. De daarbij soms optredende slaapapneu, maar ook sowieso het innemen van zware maaltijden verstoort de slaap.

-Beeldschermgebruik zal in deze presentatie extra aandacht krijgen. Als NVK zijn we met de AJN bezig de gevolgen goed in kaart te brengen en tips voor de professional in de spreekkamer te formuleren. Ook ouders en jongeren zelf zullen hierbij betrokken worden. Regionaal zijn er bijvoorbeeld initiatieven om de jongeren meer naar buiten te krijgen.

Aangezien beeldschermgebruik tot verslaving kan leiden is het van belang in een consult ook hier uitgebreid aandacht aan te geven. Welke vragen moet de hulpverlener cq arts stellen en welke adviezen kunnen daarbij gegeven worden.

#### 14.25-14.50 E. Koopman-Verhoeff, MSc, Erasmus MC Rotterdam

##### **Slaap in (de) ontwikkeling: De Generation R studie**

Elize Koopman-Verhoeff doet haar promotieonderzoek aan het Erasmus MC, ze onderzoekt factoren die samenhangen met slaap in de (pre)adolescentie zoals: psychopathologie, gezinsomstandigheden en epigenetica. Ze maakt hierbij gebruik van het GenerationR-cohort. GenerationR onderzoekt de groei en ontwikkeling van bijna 10.000 Rotterdamse kinderen (geboren tussen 2002 en 2006), in deze groep is herhaaldelijk slaap gemeten met behulp van vragenlijsten. Bovendien is in een groep van 1500 kinderen slaap gemeten met actigrafie horloges en dagboeken voor 10 aaneengesloten dagen .

Elize zal kort drie projecten bespreken:

1. Allereerst is onderzocht of de associatie tussen slaap problemen en autistische trekken bi-directioneel is. Dit is onderzocht gebruikmakende van herhaalde metingen van slaap en autistische trekken gedurende de kindertijd. Wij vonden dat er geen bi-directionele associatie is, slaap problemen zijn een gevolg van de autistische trekken.
2. Het tweede project gaat over associaties tussen psychotische ervaringen en slaap problemen. Kinderen (10 jaar) rapporteerde zelf psychotische ervaringen, slaap werd gerapporteerd door kinderen en moeders. Bovendien werd slaap gemeten met actigrafie. Wij vonden dat psychotische ervaringen samenhangen met gerapporteerde insomnia symptomen en nachtmerries, maar niet met de actigrafie slaapmaten.
3. Het derde project gaat over de associaties tussen voorschoolse ongestructureerde gezinsomstandigheden en slaap tijdens de kinderleeftijd. Voorschoolse gezinsomstandigheden werden gerapporteerd door moeders, slaap door moeders en kinderen, bovendien is slaap gemeten op 11-jarige leeftijd met actigrafie. Voorschoolse ongestructureerde gezinsomstandigheden waren geassocieerd met slaap problemen gedurende de hele kindertijd, bovendien waren ongestructureerde gezinsomstandigheden geassocieerd met een kortere slaapduur en een latere inslaaptijd op 11-jarige leeftijd.

#### 15.20-15.40 Dr N. Wolters, ZGT Hengelo

##### **Diagnostiek van insomnie bij kinderen**

Aan de hand van casuïstiek worden de diagnostische stappen bij insomnie besproken. Wat is normaal en wat is afwijkend? Door middel van uitstappen van theorie naar praktijk komen de antwoorden aan bod.

#### 15.40-16.00 Dr. S. D. Soechitram, Leo Kannerhuis Doorwerth en Kempenhaeghe

##### **Slaapstoornissen samenhangend met ernstige psychiatrische stoornissen**

De prevalentie van slaapproblemen in een populatie hangt samen met verschillende factoren, zoals leeftijd, intelligentie, wie de slaapproblemen registreert en hoe men een slaapprobleem definieert. In verschillende onderzoeken blijkt dat bij normale kinderen tussen de 0 – 6 jaar, ongeveer 50% van de kinderen slaapproblemen heeft en dat ca 25% van de kinderen weleens slaapproblemen heeft gehad. In de groep van kinderen met een IQ<70 of een ontwikkelingsstoornis, worden slaapproblemen bij 80% van de kinderen gevonden. Bovendien blijken kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS) en een normale intelligentie, vaker slaapproblemen te hebben (73 – 82%) dan de kinderen met een normale intelligentie zonder ASS (ca. 50%). Kinderen met ADHD worden soms onnodig gediagnosticeerd met ADHD, terwijl een slaapprobleem (78% van ADHD kinderen heeft slaapproblemen) de primaire oorzaak is van de onrust overdag. Maar ook angst, depressie, trauma en dwang kunnen gepaard gaan met een slaapprobleem. De slaapproblemen omvatten insomnia, slaapproblemen gebonden aan de circadiane ritmiek (waaronder uitgesteld slaafase type (Delayed Sleep Phase Syndrome)), recidiverend ontwaken gedurende de nacht, vroeg wakker worden en een slaapttekort in algemene zin. De kinderen rapporteren meer slaperigheid en vermoeidheid overdag. Ouders rapporteren een geïrriteerd kind, wat overprikkeld is.

Regelmatig kan je je afvragen wat was er nou eerst: de psychiatrische stoornis of de slaapprobleem? In dit symposium gaan we samen op ontdekkingsreis over de rol van slaapproblemen in de kinderpsychiatrie en vice versa.

## 16.00-16.25 Prof dr A. van Straten, Vrije Universiteit Amsterdam (online) CBTi voor kinderen en adolescenten

Insomnie is bij jongeren lastiger vast te stellen dan bij volwassenen doordat het slaapritme verschuift vanaf de puberteit. Jongeren gaan later naar bed maar moeten wel vroeg opstaan om naar school te gaan. Hierdoor slapen jongeren over het algemeen te weinig uren terwijl er geen sprake hoeft te zijn van insomnie. De schattingen van de prevalentie van insomnie zijn dan ook uiteenlopend: van 4 tot 39%. Insomnie op jonge leeftijd hangt samen met meer impulsief gedrag, middelengebruik, depressieve symptomen en suïcidaliteit. Bovendien is insomnie in de jeugd een belangrijke risicofactor voor (chronische) slapeloosheid op volwassen leeftijd. Een tijdige en goede behandeling is dan ook belangrijk.

Bij volwassenen is Cognitieve Gedragstherapie (CGT) de meest effectieve behandeling voor insomnie. Ook wanneer deze online wordt aangeboden. Voor jongeren is er veel minder bekend over de effectiviteit van behandelingen. Er zijn nog maar weinig studies gedaan naar de effecten van CGT. Er is nog minder bekend over online behandelingen. Er is slechts één RCT gedaan tot nu toe. Deze laat (zeer) goede resultaten zien. Er lopen op dit moment 2 nieuwe studies.

Er zijn enkele inhoudelijk enkele aanpassingen nodig om CGT geschikt te maken voor jongeren. Ten eerste is het belangrijk dat zij de behandeling daadwerkelijk afmaken. Dit heeft consequenties voor taalgebruik en vormgeving. Ten tweede moet de psycho-educatie worden aangepast. Er moet meer aandacht zijn voor onder andere het gebruik van beeldschermen en cafeïne houdende drankjes. Tot slot: onduidelijk is nog in hoeverre slaaprestrictie al dan niet moet worden toegepast bij jongeren.

## 16.25-16.50 Dr S. Pillen, Kempenhaeghe, Heeze

### **Ritmes in de nacht: hoofdbonken bezien vanuit een muzikaal perspectief**

Hoofdbonken, hoofdrollen en bodyrocking zijn slaapfenomenen die veel voorkomen op jonge leeftijd en vaak, maar niet altijd, verdwijnen voor het 5<sup>e</sup> jaar. Het valt onder de diagnose sleep related rhythmic movement disorders. Hoe dit fenomeen ontstaat en wat de functie is, is nog niet geheel duidelijk. Het feit dat het onder de slaapstoornissen valt, impliceert dat het iets is dat niet goed is en bestreden moet worden, maar is dat wel zo? Natuurlijk het maakt vaak een hoop kabaal, wat niet goed is voor de slaap van huisgenoten en sommige kinderen zijn vermoeid overdag. Maar andere zijn zo fris als een hoentje, ook na uren bonken. De vraag is of we deze slaapstoornis niet anders moeten bekijken. Als we hoofdbonken zien als een manier van zelfhypnose doormiddel van bewegings- en akoestische prikkels, wat een kind gebruikt om "geruisloos" over te gaan van de ene slaapcyclus in de andere, dan ligt de oplossing wellicht in een andere hoek. Niet het bestrijden van het bonken maar zoeken naar de oplossing waarmee iemand het minder nodig heeft is dan wellicht een betere insteek. De afgelopen jaren zijn we in Kempenhaeghe met deze aanpak aan de slag gegaan en hebben bemerkt dat met de juiste prikkelbalans overdag en een optimale slaapdruk bij veel kinderen de ritmische bewegingen duidelijk afnemen. Andere hulpmiddelen zijn: white noise, een ballendeken, luchtbed of waterbed. Medicatie (gabapentin, clonazepam of alimemazine) is slechts geïndiceerd in extreme gevallen. Er zijn geen studies verricht naar het effect en het gebruik is off label.