

door Pierre Chevalier, Centre Académique de Médecine Générale,  
Université Catholique de Louvain

## Medicalisering: pseudoslapeloosheid en slapeloosheid

Slapeloosheid of insomnia wordt gedefinieerd als een subjectief probleem met inslapen, met doorslapen of met te vroeg wakker worden, of een probleem van een onvoldoende herstellende slaap, ondanks gunstige omstandigheden om te slapen, met als gevolg een moeilijk functioneren overdag. Slapeloosheid is volgens deze definitie dus steeds een 24-uursprobleem met geassocieerde klachten van vermoeidheid, gebrek aan energie, concentratie- en geheugenstoornissen overdag. Als de slaapklasten tijdens de dag geen hinder veroorzaken, spreekt men van 'pseudoinsomnia' (zelfs indien patiënten hun slapeloosheid storend vinden)<sup>1</sup>.

We spreken over medicalisering wanneer men normale biologische processen of gedragingen gaat omschrijven, ervaren en behandelen als een medisch probleem. Medicalisering zet aan om bij 'normale' fysieke of emotionele problemen een medische behandeling te starten, die een negatief effect kan hebben op het vlak van de volksgezondheid<sup>2</sup>.

## Geslaagde promotie van slaapmiddelen

Het aantal voorschriften voor geneesmiddelen met slapeloosheid als indicatie stijgt overal ter wereld, ook in België. Gaat het hier om een traag groeiende epidemie van slapeloosheid of om een overvloed aan onnodige voorschriften voor slaapmiddelen? Met de hypothese van medicalisering van slaapproblemen in hun achterhoofd, volgden Moloney et al. de evolutie van slaapklasten, de diagnostiek van slapeloosheid en het voorschrijven van slaapmiddelen in de V.S.<sup>2</sup>. Hiervoor analyseerden ze de gegevens van een jaarlijkse representatieve steekproef van raadplegingen bij artsen in de periode van 1993 (één jaar vóór de commercialisatie van het eerste slaapmiddel dat geen benzodiazepine was, namelijk zolpidem, een zogenaamd Z-product) tot 2007. In deze periode verdubbelde het aantal raadplegingen van volwassenen voor slaapstoornissen en vermenigvuldigde het aantal diagnoses van slapeloosheid zich met zeven (vanaf 2006 was het aantal diagnoses van slapeloosheid even groot als het aantal raadplegingen met een slaapklast). Het aantal benzodiazepinevoorschriften nam toe met een factor 1,5 en ten opzichte van het eerste jaar na de commercialisatie (1994) steeg het aantal voorschriften voor Z-producten (zolpidem, zaleplon en zopiclon) met een factor 30 (16,2 miljoen voorschriften in 2007). Bij de aanvang van de registratie leidde een slaapklast in één op drie raadplegingen tot de diagnose van slapeloosheid. Na verloop van tijd stelde men steeds vaker deze diagnose en op het einde van de registratie gebeurde dit bij elke slaapklast. Tegelijkertijd steeg het aantal voorschriften fors voor Z-producten en in mindere mate voor benzodiazepines. In 2007 eindigde 1,6% van alle raadplegingen in de V.S. met een voorschrift voor een Z-product. Tussen 1993 en 2007 nam het aantal raadplegingen voor slaapklasten vooral toe bij de patiënten van 18 tot 44 jaar en van 45 tot 64 jaar en in mindere mate bij de 65-plussers. Het aantal benzodiazepinevoorschriften steeg in deze drie leeftijdsgroepen echter minder spectaculair (resp. x 1,3 en x 1,35 en x 1,004) dan het aantal voorschriften voor een Z-product (resp. x 12, x 12,8 et x 8,8). Het aantal voorschriften

voor Z-producten nam dus 21 maal sneller toe dan het aantal raadplegingen omwille van slaapstoornissen, en vijf maal sneller dan het aantal diagnoses van slapeloosheid n.a.v. een raadpleging voor slaapklasten. Deze vaststelling bevestigt de initiële hypothese van de auteurs: artsen behandelen niet-medische problemen met geneesmiddelen zonder dat er sprake is van een formele klacht of van een diagnose van een medisch probleem.

We kunnen deze resultaten niet bevestigen voor de Belgische context, omdat de Farmanetgegevens alleen betrekking hebben op terugbetaalde geneesmiddelen.

## Baten en risico's voor de individuele en de publieke gezondheid

Wat is de werkzaamheid en de veiligheid van de Z-producten, onder meer in vergelijking met benzodiazepines? Ze blijken niet werkzamer te zijn dan de kortwerkende benzodiazepines<sup>3,4</sup>. In vergelijking met placebo kunnen ze bij chronische slapeloosheid de inslaaptijd verkorten met 13 tot 31 minuten<sup>5-7</sup> en de totale slaapduur verlengen met 28 minuten<sup>5</sup>. Farmacovigilantie in Australië maakt melding van hallucinaties, amnesie, ongewoon of onaangepast gedrag (met amnesie)<sup>8</sup>, o.a. slaapwandelen, eten of autorijden al slapend (met amnesie)<sup>9</sup>. Net zoals andere psychotrope middelen verhoogt zolpidem het risico van vallen bij ouderen<sup>10</sup>. Voor zopiclon en zolpidem zijn afhankelijkheid en misbruik beschreven<sup>7</sup>. De aanpak van het risico van tolerantie en afhankelijkheid van benzodiazepines geldt dus ook voor de Z-producten<sup>7</sup>.

## Welke lessen kunnen we hieruit trekken?

Bovenstaande voorbeeld illustreert hoe artsen dagelijkse problemen in het leven (de nacht) zonder diagnose van een reële ziekte, behandelen met geneesmiddelen. Geneesmiddelen die aanvankelijk voorgesteld worden als weinig en/of minder schadelijk, blijken nadien niet werkzamer te zijn dan de oudere slaapmiddelen en hebben evenveel ongewenste effecten. Verontrustend is ook dat de behandeling met Z-producten niet leidt tot een daling van de benzodiazepinevoorschriften. Dat betekent dat bij de commercialisatie van de Z-producten duidelijk een nieuwe niche gecreëerd is. Een vroeger editoriaal in Minerva over het creëren van ziekte ('disease mongering') alludeerde reeds hierop<sup>11</sup>: de tactiek om een niche te zoeken voor de nieuwe pijn (zonder echte gezondheidswinst), eerder dan te zoeken naar pijlen die zich richten op een reële en frequente pathologie ... in de derde wereld, bv. slaapziekte. De zakelijke belangen of de winstverwachtingen maken een correcte inzet van middelen soms onmogelijk of oneigenlijk. Zou men een herhaling van de geschiedenis over eflornithine (middel tegen slaapziekte dat door zijn werking tegen hirsutisme in het gelaat, gebruikt wordt tegen ongewenst gezichtshaar bij vrouwen<sup>12</sup>), kunnen voorkomen?

Referenties: zie [www.minerva-ebm.be](http://www.minerva-ebm.be)