

Parasomniler: Tanı, Sınıflama ve Klinik Özellikleri

Parasomnias: Diagnosis, Classification and Clinical Features

Deniz Tuncel¹, Fatma Özlem Orhan²

¹ Yrd. Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Nöroloji ABD, K.Maraş

² Yrd. Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, K.Maraş

ÖZET

Parasomniler, Uluslararası Uyku Sınıflamasının yeni ikinci baskısında, uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan "istenilmeyen fiziksel olaylar ya da deneyimler" olarak tanımlanmıştır. Bu olaylar; uyku ilişkili anormal hareketler, davranışlar, duygular, algılar, rüyalar ve otonomik sinir sistemi fonksiyonlarını içerir. Parasomniler: 1) uyanıklık tepkisi bozuklukları; 2) REM (rapid eye movement) uykusu ile ilişkili parasomniler; ve 3) diğer parasomniler olarak sınıflandırılırlar. Hekimler, daha çok çocukluk döneminde ortaya çıkan parasomnilerin selim ve kendini sınırlayıcı özellikleri konusunda bilgili olmalıdırlar. Çoğu parasomniler, geç çocukluk ve erişkin döneminde devam edebilirler. Erişkin dönemindeki parasomniler, çocukluk dönemindekilerden farklıdır ve psikiyatrik hastalıklar ve nörodejeneratif hastalıkların habercisi olabilirler. Kesin tanı için, hastadan ve eğer mümkünse eşi ya da ailesinden ayrıntılı anamnez almak gerekir. Ayrıntılı tüm gece incelemesi genellikle parasomni tanısı için gerekli değildir. REM parasomnileri genel nöroloji pratiğinde daha sık saptanmasına karşın, toplumda non-REM parasomnileri daha sık görülür. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu, uyku ile ilişkili disosiyatif bozukluk ve uyku ile ilişkili cinsel davranış ve şiddet yeni tanımlanmış nadir görülen uyku bozukluklarıdır. Bu bozukluklar, hasta kadar eşinde de travmaya, fiziksel yan etkilere ve psikososyal problemlere yol açabilir. Sonuç olarak, parasomniler yaşam kalitesini etkileyen ve nispeten sık görülen uyku bozuklukları olup, erken dönemde tanılarının konup tedavilerine başlanması zorunludur.

Anahtar Sözcükler: parasomni, NREM parasomnileri, REM uykusu davranış bozukluğu, uyku ile ilişkili seksüel davranışlar

ABSTRACT

Parasomnias, as described in the recent second edition of the International Classification of Sleep Disorders, are "undesirable physical events or experiences" occurring during sleep transition, during arousal from sleep, or within the sleep period. These events encompass abnormal sleep related movements, behaviors, emotions, perceptions, dreaming, and autonomic nervous system functioning. Parasomnias are classified as: 1) disorders of arousal (from non-rapid eye movement, or NREM, sleep); 2) parasomnias usually associated with REM (rapid eye movement) sleep; and 3) other parasomnias. This sleep disorders in childhood are common, and often more frequent than in adults. Clinicians should be aware that many pediatric parasomnias have benign and self-limited nature. Most of the parasomnias may not persist into late childhood or adolescence. Parasomnias in adults often differ in type from childhood parasomnias and may portend significant psychiatric disturbances or neurodegenerative disorders. A reliable diagnosis can often be made from a detailed history from the patient and, if possible, the parents or bed partner. Detailed overnight investigations of parasomnias are usually not required. The non-REM parasomnias are more common in community although REM parasomnias are more likely to be

seen in general neurological practice. Sleep related eating disorder, sleep related dissociative disorders and sleep related sexual behavior and sleep related violence are novel and rarely reported sleep disorders. REM sleep behavior disorder is common and should be sought in all neurodegenerative diseases. They are included among clinical disorders due to the resulting injuries, and adverse health and psychosocial effects, which may affect the bed partner as well as the patient. Finally, parasomnias are common disturbances of sleep that may significantly affect the patient's quality of life and that of the bed partner. Therefore, appropriate diagnostic and therapeutic strategies are warranted.

Key Words: parasomnia, NREM parasomnias, REM sleep behavior disorder, sleep related sexual behavior

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2009; 1: 280-296

Çevrimiçi adresi/ Available online at : www.cappsy.org/archives/vol1/

Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 15 Ekim 2009 / October 15, 2009

Yazışma Adresi / Correspondence

Dr. Deniz Tuncel, KSÜ Tıp Fakültesi Nöroloji AD, K. Maraş, Turkey

E-mail: tuncedeniz@yahoo.com

Parasomniler, uyku ve uyanıklık evrelerinde herhangi bir bozukluğa neden olmayan, ancak öncelikli olarak uykuda ortaya çıkan istenilmeyen fiziksel fenomenleri içeren klinik bozukluklardır.[1] Sıklıkla otonom sinir sistemi değişiklikleri ve iskelet kas aktivitesi bu bozukluğa eşlik eder. Parasomni kelimesi; köken olarak; Yunanca '*para*', Latince '*somnus*' kelimelelerinden oluşur ve anlamı uykuya eşlik eden olaylar demektir. Yirminci yüzyılın başlarında Freud ve diğer psikanalistler parasomnilerin doğasını tartışmışlardır. Bu tartışmalarda bu davranışların, tartışmalı ya da içte kalan isteklerin dışı vurumunun bir göstergesi olabileceği üzerinde durulmuştur. Bu yüzden, önceleri parasomnilerin altta yatan bir psikopatoloji sonucunda ortaya çıktığına inanılırken, artık psikiyatrik hastalıklarla birebir ilişkili olmadığı bilinmektedir.[1,2] Bu bozukluklar davranışsaldır ve sıklıkla psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülse de ayrı bir nörobilim disiplini altında incelenmesi gerekmektedir. Bu gözden geçirme yazısında parasomnilerin genel özellikleri, sınıflandırması ve klinik özellikleri tartışılarak, kısaca tedavi yaklaşımlarından söz edilecektir.

Genel Bilgiler

Uykuda şiddet davranışı göstererek kalkma daha önce düşünüldüğünden daha sıktır ve erişkin nüfusundaki yaygınlığının %2 civarında olduğu bildirilmiştir.[3] Uyanma bozuklukları, REM uykusu davranış bozukluğu, noktürnal nöbetler, psikojenik dissosiyatif bozukluklar, temaruz ve bakım verenin yapay bozukluğu bu davranışların eşlik ettiği hastalıklardandır. Bu davranışlar ve nadir olarak uykuda ortaya çıkan cinsel davranışlar, ciddi yasal sorunlara neden olabilmektedir.[3,4] Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision-DSM-IV-TR) [5] parasomnileri dört ayrı grupta incelerken, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and

Coding Manual, Second Edition-ICSD-2) çok daha fazla parasomni tanımlamıştır (Tablo 1).[6,7]

Tablo.1.Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV-TR), Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflamasına (ICSD-2) göre parasomniler

ICSD-2	Uyanıklık tepkisi bozuklukları (NREM'den) Uyurgezerlik Uyku terörü Konfüzyonel uyanıklık REM uykusu ile ilişkili parasomniler Kâbus bozukluğu REM uykusu davranış bozukluğu Yineleyici uyku paralizisi Diğer parasomniler Parasomni, başka türlü belirlenmemiş Uyku ile ilişkili disosiyatif bozukluk Uyku ile ilişkili inleme (catathrenia) Patlayan kafa sendromu Uyku ile ilişkili varsanılar Uyku ile ilişkili yeme sendromu İlaç ya da madde kullanımına bağlı ortaya çıkan parasomniler Alkole bağlı ortaya çıkan parasomniler Medikal durumlara bağlı ortaya çıkan parasomniler
DSM-IV-TR	Kâbus bozukluğu Uyku terörü (Uykuda korku duyma bozukluğu) Uyurgezerlik Başka türlü adlandırılmayan parasomni

Parasomniler; uykunun primer bir bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi altta yatan çeşitli bozukluk ve belirtilere (baş ağrısı, nöbet, astma, aritmiler, gastroözefajial reflü gibi) ikincil olarak ortaya çıkabilirler.[8,9]

Parasomnilerin klinik değerlendirilmesinde; uyku-uyanıklık dönemlerinin özelliklerinin yatak eşinden öğrenilmesi çok önemlidir. Tıbbi özgeçmişin, alkol ve diğer madde kullanımının ya da yoksunluğunun, geçmiş ve şimdiki fiziksel, duygusal ve cinsel problemlerin sorgulanması tanıda önemli olan diğer özelliklerdir. Psikiyatrik ve nörolojik muayene yapılarak eşlik eden nöropsikiyatrik hastalığın dışlanması gerekmektedir. Polisomnografi (işitsel ve görsel video kayıt dâhil), idrarda toksik madde incelenmesi gerekebilir. Eğer yorgunluk ya da gündüz artmış uykululuktan yakınıyorsa çoklu uyku latans testi (MSLT) çekilmesi tanı için gerekebilir.[1,9]

Parasomnilerde uyku çalışması yani polisomnografi, olguların: 1.zarar verici/şiddet içeren parasomnisi varsa; 2.diğer aile bireyelerine zarar veriyorsa; 3.gün boyu uykululuk yakınması varsa; 4.tıbbi, psikiyatrik ya da nörolojik semptom ve bulgularla ilişkili ise yapılması gerekmektedir. Bu durumlar dışında klinik anamnez ile sıklıkla tanı konulabilir.[6,9]

İki ayrı uyku tipi vardır; hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NREM: non-rapid eye movement) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (REM: rapid eye movement). NREM uykusu, uykunun derinliğine göre, 3 evre içerir. En son evrede, beyin elektrofizyolojik aktivitesini yavaş dalgalar oluşturur ve yavaş dalga uykusu olarak adlandırılır. Bu dönemde uyanmak güçtür. Uyanıklık tepkisi bozuklukları, bu dönem ile ilişkilidir. Uykunun REM döneminde ise; beyin oldukça aktiftir, kan akımı artmıştır ve EEG uyanıklıktakine benzerdir. Beyin bu kadar aktif olmasına rağmen, iskelet kas sistemi tam tersi olarak paralizedir. Kardiyak ve solunum hızı düzensizdir. Çoğu rüyalar REM uykusu döneminde ortaya çıkar ve bu yüzden, gece kâbus bozukluğu ve REM uykusu davranış bozukluğu bu dönem ile ilişkilidir.[8]

NREM Uykusunda Oluşan Uyanıklık Tepkisi Bozukluklarının Ortak Özellikleri

Uyanıklık tepkisi bozuklarının bazı ortak özellikleri vardır. Gecenin ilk 1/3 kısmında ve sıklıkla yavaş dalga uykusu sırasında, kimi zaman Evre 2 uykusu sırasında ortaya çıkarlar. Tipik olarak çocukluk çağında orta çıkar ve ergenlik sonrası kaybolurlar. Güçlü bir ailesel geçiş söz konusudur. Sıklıkla selimdirler ve uyku yoksunluğu ya da uyku bölünmesi ortaya çıkmalarında etken olabilir. Olguların çoğunda stereotipik ya da saldırgan davranışlar görülmez ve geriye dönük olayla ilgili amnezi vardır. Çocukluk çağı parasomnilerin büyük bir alt grubunu oluşturur. [1,9]

Epidemiyoloji

Çocukluk çağında (8-12 yaş arası) yaklaşık olarak yaygınlıkları; uyku terörü için %1-6, uyurgezerlik %17 ve konfüzyonel uyanma %17.3'dir. Ergen ve erişkinlerde (15-24 yaş arası) ise yaygınlığı; uyku terörü %2,2, uyurgezerlik %2 ve konfüzyonel uyanma %4.2'dir. Yirmibeş yaşından sonra bu uyku bozuklukları anlamlı olarak azalır.[1,9,10] Ağargün ve arkadaşlarının yaptıkları ergenlik öncesi okul çocuklarındaki yaygınlık çalışmasında, parasomni prevalansı %14.4 oranında bulunmuştur.[11]

Genel olarak bu bozukluklarla ilgili çalışmalarda cinsiyet farkı gözlenmemiştir. Birçok çalışma, genetik bir yatkınlık olduğunu desteklemektedir. Uyku terörü otozomal dominant bir geçiş gösteriyor olabilir. Bazı olgularda üç nesilde de ortaya çıktığı gösterilmiştir. Ailelerinde uyku terörü öyküsü olanlarda, uyku terörü ve uyurgezerlik 10 kat daha sık oranda görülmektedir. Her iki ebeveynde varsa, çocukta tahmini görülme riski %60'dır. Monozigot ve dizigot ikizlerle yapılan çalışmalarda, uyku terörünün güçlü genetik kontrol altında olduğu gösterilmiştir.[11]

Uyurgezerlik için, multifaktöryel model, inkomplet penetrans ile otozomal resesif geçiş, değişken penetrans ile otozomal dominant geçiş örüntüleri bildirilmiştir. Finlandiya İkiz Grup çalışmasında erişkin uyurgezerlerin üçte birinden fazlasında, çocuklarında yarisından fazlasında genetik faktör olduğu gösterilmiştir. Aile temelli çalışmalarda HLA-DQB1*05 alt tipi ve uyurgezerlik arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.[1,12]

Hastalık Süreci

Uyanıklık tepkisi bozukluklarında, genellikle yaygın bir beyin hastalığı yoktur ve bu yüzden selim bir doğası olduğu kabul edilmektedir. İleri yaşta sıklıkla kaybolurlar.

Hastalar sorgulandığında, genelde yaşadıkları hatırlamadıklarını söylerler ve ev yakınlarından anamnez alınır. Sorulacak sorular arasında "Hareketler ritmik ya da stereotipik mi?"; "Gecenin herhangi bir döneminde mi ortaya çıkıyor?"; "Bunlar uyanıklıkta da oluyor mu?" yer almalıdır. Bu sorular epilepsi ile ayırıcı tanı için önemlidir. Ayırıcı tanıda evde çekilen videolar, uyku günlüğü kullanılabilir. Ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene yine tanı için gereklidir. Obstrüktif uyku apne sendromu, adenotonsiller hipertrofi, retrognati, orta yüz hipoplazi, bacaklarda periyodik hareket bozukluğu, periferik nöropati ya da miyelopati gibi uykuyu bozan hastalıklar sorgulanmalıdır.[9] Uyurgezerlik ve uyku terörünün obstrüktif uyku apne sendromlu çocuklarda, normal olan çocuklardan daha sık olduğu bulunmuştur. [13] Yine uyku ilişkili solunum bozukluğu ya da periyodik hareket bozukluğu varlığı; uyku terörünü ve uyurgezerliği tetikleyebildiği ve bunların tedavisinin parasomniyi ortadan kaldırdığı gösterilmiştir. [14]

Parasomniler bazen erişkin dönemde de devam edebilir ya da bu dönemde başlayabilir. Erişkinlerde sıklıkla belirgin bir psikopatoloji ile ilişkili değildir. Uyku ilişkili cinsel aktivite bozukluğu ile (sleep sex ya da sexsomnia) ilişkisi olabilir.[15]

Ayırıcı Tanı

Klinik çalışmalarda, tüm gece polisomnografide parasomnileri yakalamak zordur. Ancak, uykuda diğer bozuklukların ayırıcı tanısı için bu inceleme gerekli olabilir. Ayırıcı tanıda; parasomni overlap bozukluk, noktürnal kompleks parsiyel epilepsi, frontal lob nöbetleri, noktürnal panik atakları akla gelmelidir. Erişkinlerde temaruz ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Stereotipik hareketlerin varlığı, epilepsi öyküsü, her gece birçok atağın olması, nöbetin gecenin her döneminde olabilmesi, uyanıklıkta ya da uykuya dalınca ortaya çıkabilmesi, epilepsiyi düşündürmelidir. Ayrıca epileptik nöbetlerin sıklıkla YDU'dan ziyade, Evre 1-2'de ortaya çıktığı akılda tutulmalıdır. [1,12,15]

Tedavi

Tedavide, öncelikle hasta yakınlarının şüphesi giderilir ve hastalık hakkında bilgi verilir ve sıklıkla selim bir durum olduğu anlatılır. Yakınları kişinin güvenliğini sağlamalıdır. Uyku günlüğü tutması önerilir (rutin uyku zamanı ve hijyenini sağlaması desteklenir). Kafeinli içecekler tamamen kesilmesi önerilir. Yakınlarının çocuğu zapt etmeye ya da uyandırmaya çalışmaması tavsiye edilir. Bu yaklaşım epizodu uzatabilir ve kötüleştirilebilir. Hep belli saatlerde oluyorsa öncesinde uyandırma yardımcı olabilir ancak bunu sık yaşamayan çocuklar için etkili bir yöntem değildir.

İlaç tedavisi; uzamış vakalarda, sık olanlarda, hasta/yakınlarının zarar görme riski olan nadir vakalara saklanmalıdır. Geçmişte benzodiazepinler (BZD) ve trisiklik antidepresanlar (imipramin) başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Düşük dozda klonezapam çocuklarda sıklıkla etkilidir. Yatmadan önce 0,25 mg dozunda verilebilir, bu tedaviye 3-6 hafta süreyle devam edilebilir.. Bu bozuklukların tanısını koymadan önce, uyku sorunlarının başka bir uyku bozukluğu, tıbbi hastalık ya da nörolojik hastalık, ruhsal bozukluk, ilaç kullanımı ya da madde kullanımı ile açıklanıyor olmaması gerekmektedir.[9,17] NREM uyanıklık tepkisi bozukluklarına yatkınlık sağlayan ya da tetikleyen faktörler Tablo.2'de özetlenmiştir. [9,18]

Tablo.2. NREM uyanıklık tepkisi bozukluklarına yatkınlık sağlayan ya da tetikleyen faktörler

1. Yatkınlık sağlayan faktörler	Genetik faktörler-aile öyküsü aynı ya da farklı parasomni varlığı
2. Bölünmüş uykuya neden olan faktörler	Stres Çevresel uyaranlar Endojen uyaranlar Ağrı Hamilelik Uyarıcılar Gece tiroksin alımı Migren baş ağrısı Tourette's sendromu
3. Derin uykuya neden olan faktörler (artmış yavaş-dalga uykusu ya da uyanık kalmada zorlanma)	Genç yaş Doğal derin uykucular Uyku yoksunluğu sonrasında Obstrüktif uyku apne sendromu tedavisinde kullanılan CPAP tedavisinin başlangıcında SSS depresan tedaviler (sedatifler, hipnotikler, alkol gibi) Ateş Hipersomni periyodları (ör: Kleine-Levin sendromu)

NREM Uyanıklık Tepkisi Bozuklukları

Konfüzyonel Uyanıklık

Gece uykusundan ya da gündüz kestirmelerinden, uyanma veya uyanıklık tepkileri sırasında ortaya çıkan, yineleyici mental konfüzyon ya da konfüzyonel davranışlardır.[6] Genelde infantlarda ve yeni yürüme dönemindeki çocuklarda görülür. İleri yaşta belirgin az görülmekle birlikte, 15-24 yaşta %4.2 oranı ile ikinci bir artış gösterir. Etiyolojisinde genetik faktörler önemli rol oynar.

Klinik olarak hareketlenme ve inleme ile başlar. Bağırma, ağlama ve dövme şeklinde ajite ve konfüze davranışlar görülür. Çocuğu tamamıyla uyandırmak mümkün değildir. Gözleri açık ya da kapalı olabilir. Fiziksel hasar nadiren görülür. Ailenin zorlu avutma çabası ilerideki atakların direncini ve ajitasyonunu arttırabilir. Sonunda, çocuk sakinleşir ve tekrar rahat uykuya dalar.

Ataklar 5 ile 15 dakika arası bazen daha uzun sürebilir. Erişkinlerde konfüzyonel uyanma, özellikle derin uykudan aniden uyanma şeklinde olur. Uyku yoksunluğu, ilaçlar, aşırı uykululuğa neden olan ya da anormal uyku-uyanıklık paterni ile olan diğer uyku bozukluklar bu durumu arttırır. Ergenler ve erişkinlerde, konfüzyonel uyanıklıkların iki varyantı vardır. Bunlar; ciddi sabah uyuşukluğu, uyku ilişkili anormal cinsel davranıştır. Tanıda sorgulamak gerekir. Polisomnografide NREM uykusundan, uyanma reaksiyonu izlenir. [9]

Uyurgezerlik

Uyku sırasında dolaşma ortaya çıkar. Bu dolaşma sırasında; uyku devam eder, bilinç durumunun değişikliği ya da karar vermede zorluk olur. Ayrıca; kişinin uykudan uyanmasında zorluk, bir ataktan uyandıığında mental konfüzyon, atak sırasında amnezi (tam ya da kısmi), uygunsuz zamanlarda ortaya çıkan rutin davranışlar, uygunsuz ya da saçma davranışlar, tehlikeli ya da potansiyel olarak tehlikeli davranışlardan en az biri eşlik eder.[6,7]

Çocukluk çağında ve erişkinde ortaya çıkabilir. En sık 11-12 yaşlarında görülür. Çocuklarda yaklaşık %1-17, erişkinlerde ise %4 oranında görülür. [9] Klinik olarak sakin ya da ajite olabilirler ve ortaya çıkma zamanı değişkendir. Sıklığını tahmin etmek güçtür. Çocuklardaki uyurgezerlikte genellikle hasta sakindir ve korku yoktur. RDB'dan farklı olarak genelde hastaların gözleri açıktır ve evin farklı bölgelerinde yürürken bulunabilirler. Bu yüzden zarar görme riskleri vardır (pencereye ve merdivene tırmanma ve evi terketme, banyoya girme olabilir. Bunlara bağlı düşebilir ve kendilerine zarar verebilirler). Erişkinlerde özellikle erkeklerde şiddet olabilir. Nadiren; araba kullanma (uzun yol dahil), kasıtsız cinayet, yalancı intihar gibi olaylar bildirilmiştir. Uyku ilişkili cinsel davranışlar ve yeme davranışı bildirilmiştir. [9,19,20]

Polisomnografide, YDU'dan, bazen de NREM 2 evresinden uyanma ve öncesinde, kalp hızında artma, kas tonusunda artış ve seyirme nadiren ortaya çıkabilir. [9]

Uyku Terörü

Uyku sırasında, genellikle ağlama ya da yüksek sesli bir çığlık ile başlayan ve aşırı korku davranışının eşlik ettiği ve otonomik belirtilerin olduğu ani terör ataklarıdır. Ayrıca; kişinin uykudan uyanmasında zorluk, bir ataktan uyandıığında mental konfüzyon, atak sırasında amnezi (tam ya da kısmi), tehlikeli ya da potansiyel olarak tehlikeli davranışlardan en az biri eşlik eder. [6,7]

Çocukluk çağında, ileri yaşa göre daha siktir ve zirve yaptığı yaşlar 5-7 yaşlardır. Tipik olarak adolesan döneminden önce düzelir. 4-12 yaşlar arasında, yaklaşık %3 oranında görülür. Erişkinde <%1'den azdır. Klinik olarak kişi, aniden tüyler ürpertici bir çığlık ile kalkar, genellikle yatakta oturur ve dış uyaranlara yanıtızdır, uyandıığında konfüze ve dezoryantedir. Yüzünde yoğun bir

korku ifadesi vardır. Çocuklar korkuları belirsiz bir şekilde hatırlar (canavarlar, örümcek, yılan). Atak sırasında otonomik bulgular (taşikardi, takipne, ciltte kızarma, terleme, midriyazis) ve artmış kas tonusu vardır. Erişkinlerde yataktan fırlama ve koşma bazen de şiddet içeren davranışlar eşlik edebilir. Ayrıca, rüyaları da daha detaylı anlatabilirler. [9]

REM Uykusu ile İlişkili Parasomniler

Daha çok erişkinlerde ortaya çıkar. Bu bozuklukların tanısını koymadan önce, başka bir uyku bozukluğu, medikal hastalık ya da nörolojik hastalık, mental bozukluk, ilaç kullanımı ya da madde kullanımının ekarte edilmesi gerekmektedir.

REM Uykusu Davranış Bozukluğu (RDB)

Atonin ortadan kalktığı REM uykusunun varlığı gösterilmelidir. Atonin kaybı, submental EMG tonusunun sürekli ya da aralıklı aşırı arttığı EMG bulguları ya da aşırı fazik submental ya da ekstremita (üst ya da alt ekstremitede) EMG'sinde seyirme şeklindedir. Ayrıca; uyku ile ilişkili yaralanma, potansiyel olarak yaralanma ya da öyküde kargaşaya yol açan davranışlar, polisomnografik monitorizasyonu sırasında anormal REM uyku davranışlarının belgelenmesi ya da nefesin kesilmesi ile uyanma bulgularından en az biri eşlik etmesi gerekmektedir. Ek olarak, REM uykusu davranış bozukluğunun, REM uykusu ilişkili nöbet bozukluklardan net şekilde ayırıcı tanısı yapılabilmektedir. [6,7]

Bu bozukluğun, akut ve kronik olmak üzere iki ayrı klinik formu vardır. Akut RDB tipik olarak; bazı ilaçlarla (sıklıkla biperiden, kafein, trisiklik antidepressanla-özellikle klomipramin, serotonin geri alım inhibitörleri, venlafaksin, mirtazapin, monoamin oksidaz inhibitörleri, selejilin ve kolinesteraz inhibitörleri), madde kötüye kullanımı ya da bırakılması (özellikle alkol bırakılması) durumunda ortaya çıkabilir. Kronik formu ise sıklıkla 50 yaş üzeri erkeklerde görülür. Kronik RDB'nun ise, idiyopatik ve nörolojik hastalık süreci ile ortaya çıkan sekonder olmak üzere iki tipi vardır. [1]

REM davranış bozukluğunun patofizyolojisi net değildir. Beyin sapı yapısının REM'deki kas atonisini etkilediği bilinmektedir. Schenk, 1986 yılında RDB'nu klinik olarak tanımlamadan çok yıllar önce; Jouvett, bilateral perilokus sereleus lezyonu oluşturulan kedilerde, atoni olmadan REM uykusunu tanımlamıştır.[21] Yapılan patofizyolojik ve görüntüleme çalışmalarında RDB'da beyinde, pedinkülopontin nükleus, laterodorsal tegmental nükleus, lokus seruleus/subseruleus kompleks, sublaterodorsal nükleus, nigrostriatal sistem etkilenen bölgelerdir. [22-24]

Genel toplumda yapılan çalışmalarda hastalığın görülme sıklığı yaklaşık %0,04-0,5 [25, 26] oranında bildirilmiştir. Elli yaşın üzerindeki erkekleri etkiler (~%90) ve genelde 6. ile 7. onyılda başlar. Hastaların yaklaşık %25'inde, ortalama 22 yıl (2-48 yıl) süren, REM uykusunda konuşma ve parsiyel ekstremita hareketleri gibi bir prodrom dönemi vardır.[23,27] Yeni tanı almış Parkinson hastalarının üçte birinde ve çoklu sistem atrofilik hastaların %90'ında RDB var-

dir. RBD basit bir parasomni değildir. Uzunlamasına çalışmalar nörolojik belirti ve bulgular çıkmadan bir onyıl ya da daha fazla önce RBD çıktığını göstermiştir. Sinükleopatilerle birlikte görülebilir. Kortikal aktivitede bozulma, dopaminerjik innervasyonda azalma, otonomik anormallikler, nöropsikolojik bozukluklar gibi multipl nörolojik anormallikler bildirilmiştir. [27,28] Iranzo ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; 2 ile 15 yıl arasında izlenmiş 44 idiopatik RBD tanısı alan hastasının %45'inin (20/44), RBD başlangıcından ortalama 11.5 yıl (5-23 yıl) sonra bir nörolojik bozukluk geliştirdiği görülmüştür. Bunların 9'u Parkinson hastalığı, 6'sı Lewy cisimciği demansı, 1'i multisistem atrofi, 4'ü ise hafif kognitif bozukluk, parkinsonizmde görüldüğü gibi görsel ve uzaysal işlev bozukluğu geliştirmiştir.[29]

Normal REM uykusunda, diyafram ve ekstraoküler kaslar dışında, tüm somatik kaslarda aktif paralizi vardır. RBD'da beklenen REM atonisi yoktur, bu da rüyaların harekete geçmesine izin verir ve sıklıkla dramatik ya da zararlı sonuçları olur. Etkilenen bireyler rüya döneminde, kendi kendilerine ya da yataкта birlikte yattıkları eşlerine yumruklamak, yakalamak, tekmelemek gibi eylemler sonucunda zarar verebilir. Bu durum laserasyon, ekimoz ve fraktür gibi bazen ciddi ve hayati tehdit edici travmalara neden olabilir. RBD'lu hastaların rüyaları normal rüyalardan daha hareketli, yoğun ve şiddet içeriklidir. RBD hastaları uyanıklık tepkisine yol açan hastalıklardan farklı olarak; kolayca uyanır, oryantedirler. Rüya içeriğini anlatırlar ve ertesi gün olayları hatırlarlar.

REM davranış bozukluğu çocuklarda sık görülmez. Subklinik, idiopatik ve semptomatik olabilir.[1,26,27] Çocuklarda RBD; narkolepsi, beyin sapı tümörleri, juvenil parkinsonizm, olivopontoserebellar dejenerasyonu, Tourette sendromu, xeroderma pigmentosum, infantil spazm gibi hastalıklara eşlik edebilir ve ayırıcı tanıda düşünmek gerekir.[9] Tanıyı düşündürecek ipuçları arasında kabuslarla ilişkili vücut hareketleri, uyku sırasında hareketlere bağlı travma, canlı rüyaların hatırlandığı ekstremitel/vücut hareketleri sayılabilir. Beş olguluk çocuk RBD serisinde 0.25mg klonazepamla belirtilerinin düzeldiği gösterilmiştir. [30]

Klinik bulgularla hastalık öyküsünden şüphelenir ancak tanısı ve ayırıcı tanı için tüm gece monitorizasyonu yapılmalıdır. Polisomnografide rüyadaki içeriğine uygun davranışlar ve artmış fazik aktivite ya da artmış tonik aktivite, rüyadaki içeriğine uygun davranışlarla ilgili iyi bir öykü ve artmış fazik aktivite ya da artmış tonik aktivite ile konulur.[6] Tanıda RBD tarama soru anketi de yardımcı olabilir. Bir çalışmada bu testin tanı koymada, duyarlılığının %96, özgüllüğünün ise %56 olduğu bulunmuştur. Uyku ile ilişkili epilepsiler, NREM parasomileri (uyurgezerlik), obstrüktif uyku apne sendromu ve PLM ayırıcı tanıda karışıklığa yol açabilir.[31]

Polisomnografide; konuşma, gülme, bağırma, küfretme, el kol hareketleri, uzanma, tutma, kollarında amaçsız hareketler, tokat atma, yumruklama, vurma, oturma, yataktan sıçrama, sürünme ve koşma gibi davranışlar izlenebilir. Hastaların %75'inde, NREM döneminde PLMS vardır ve nadiren uyanma reaksiyonuna neden olur. Gün boyu yorgunluk/uykuluk varsa narkolepsi RBD'na eşlik edebileceği akla gelmelidir. Tipik olarak huzursuz, agresif ya da şiddet içeren davranışlar gündüz yoktur.[1,6,9]

Tedavi olarak, yatarken düşük doz klonazepam (0.5 - 2 mg) ile hastaların bu davranışları düzelir. İlaç REM'deki atoniyi düzeltmeden ziyade EMG'deki fazik aktiviteyi baskılayarak davranışların kontrol ederler. Tipik olarak ani klonazepam kesildiğinde RDB atakları tekrar ortaya çıkar. Erişkinlerde 3-9 mg melatonin verilmesinin REM atonisini düzelttiği bildirilmiştir. Monoterapi olarak da etkili olabilir ya da klonazepam ile birlikte de kullanılabilir.[1,9] Melatonin özellikle, klonazepamı tam yanıt vermeyen hastalarda ve demans hastalarında ki klonazepamın bu hastaların belirtilerini kötüleştirebilmesine ya da gündüz uykululuk yapabilmesine rağmen tercih edilmektedir. [32] Melatonin ya da klonazepam ile ilgili prospektif, randomize ve kontrollü bir çalışma yoktur.

REM davranış bozukluğu, diğer uyku bozuklukları ile (narkolepsi-RBD, parasomni overlap sendrom v.b.) birlikte görülebilir. Ayırıcı tanıda, alkol ve sedatif-hipnotik ajanların bırakılması sonrası REM uykusu reboundu olur ve RDB'nin akut olarak ortaya çıkabileceği akla gelmelidir. Olguların yaklaşık yarısında nörolojik hastalıkların eşlik ettiği gösterilmiştir. Narkolepsi ve parasomni overlap bozukluk gibi diğer primer uyku bozuklukları da düşünülmelidir.[9,33] Parkinsonian sendromlar (İdiyopatik Parkinson hastalığı, Lewy body demans ve multipl sistem atrofi gibi tüm sinükleopatiler) yine sorgulanması gerekmektedir.[1,9]

Ayırıcı tanıda, noktörmal nöbetler, uyurgezerlik/uyku terörü, hipnojenik paroksizmal distoni, epizodik noktörmal aranma, REM ve NREM döneminin ritmik bozuklukları, ajite uyanmalarla birlikte obstrüktif uyku apne sendromu (etkin CPAP tedavisi sonrasında bu davranışlar kaybolur: yalancı-RDB), noktörmal psikojenik dissosiyatif bozukluklar, temaruz, uykuda kompleks parsiyel nöbetler, temporal lob (uykuda sık değil), frontal lob (uykuda sık), noktörmal paroksizmal distoni, noktörmal aranma (RDB, Uyurgezerlik ya da Uyku terörünü taklit edebilir), stereotipik hareketler (bisiklet sürme), noktörmal paroksizmal uyanma reaksiyonları (stereotipik, bazen hafif distonik özellikler olabilir) mutlaka dışlanmalıdır.[1,9]

Parasomni Overlap Bozukluk

RDB'luğu ile birlikte kombine (zararlı) uyurgezerlik ve/veya uyku terörünün olmasıdır. Genelde idiyopattir ve semptomatik gruptan daha erken yaşta - çocukluk çağında- ortaya çıkar.[9]

Yineleyici İzole Uyku Paralizi

Uygunun başlangıcında ya da uykudan uyanma sırasında gövde ve tüm ekstremiteleri hareket ettirmede zorlanma ile karakterizedir. Her atak saniyeler ile birkaç dakika sürer. Başka bir uyku bozukluğu (özellikle narkolepsi), medikal hastalık ya da nörolojik hastalık, ruhsal bozukluk, ilaç kullanımı ya da madde kullanımının bulunmamasıyla bu bozukluğun tanısı konulur.[6,7] Çoğu olgu çocukluk çağında ya da adolesan döneminde başlar. 15 yaş ve üzerinde %6,2, çocukluk çağında başlayan erişkinlerde %12,4, ergenlik döneminde %10,8, diğer çalışmalarda yaşam boyu prevalansı daha yüksek (%15-40) bulunmuştur.

Klinikte, bilinç korunmuştur ve yaklaşık %25-75'inde varsanılar görülür. Narkolepsinin klasik tetradinin biridir. Sağlıklı bireylerde izole formu görülebilir. Ailesel olabilir. Yirmikinin olgunu ele alındığı bir seride 19 (%86) hastanın aile öyküsünde uyku paralizi bulunmuştur.[34] Kronik yorgunluk, stres, düzensiz program, vardiyalı çalışma, sırt üstü pozisyonda uyuma, alkol/kafein kullanımı, uyku yoksunluğu gibi faktörler, bazı kişilerde hastalığa olan yatkınlığın artmasına neden olur. Ruhsal bozukluklar, panik bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyonla ilişkili olabilir.[1,9]

Polisomnografide REM uykusundan uyanma, REM uykusuna alfa intrüzyonu, REM tipinde atoninin uyanıklıkta devam etmesi şeklinde bulgular görülür. Ayırıcı tanıda, geçici tuzak nöropatileri, katapleksi, uyanıklıkta ortaya çıkan atonik nöbetler, noktürnal panik ataklar, konversiyon bozukluğu, familial periyodik paralizi sendromu, ilaç bırakımı/kötüye kullanımı (özellikle anksiyolitikler kas gevşetici özelliklerinden dolayı uyanıklıkta fiziksel hareket edememe) dışlanmalıdır. [1]

Kâbus bozukluğu

Genellikle sadece korku ya da anksiyete değil aynı zamanda öfke, üzüntü, nefret ve diğer disforik duygular içeren, rüyaların yoğun bir şekilde hatırlanmadığı, uykudan yineleyici uyanma ataklarıdır. Tam bir uyanıklık, hafif konfüzyon ya da oryantasyon bozukluğu görülür. Uykudan sonra kâbuslar hemen hatırlanır. Bu bulgu dışında, ataktan sonra tekrar uykuya dönmede gecikme, alışılmış uyku periyodunun ikinci yarısında atakların ortaya çıkması bulgularından en az biri daha vardır.[6,7]

En sık 3 ile 6 yaş arasında görülür. Geceleri arasıra görülme oranı %30-90, daha sık görülme oranı ise %5-30'dur. Çocukluk çağıında kadın/erkek oranı eşittir, ancak erişkin dönemde kadınlarda daha sık görülür. Bir çalışmada, 13-16 yaş arası olgulardan oluşan bir örneklem grubunda, erkeklerde hastalığın görülme sıklığı %28.5, kadınlarda ise %32.5'dir. Erişkinlerde en azından bir kez kâbus görülme sıklığı %85, haftalık bunu yaşayanlar ise %2-6 oranındadır. İkiz çalışmalarında çocuklarda fenotipik olarak görülme oranı %44, erişkinlerde genetik etkilenme %37 oranındadır. Rüyaları çocuklarda, çevre ve televizyon etkileyebilir.[9]

Klinik olarak; çocuklar uykudan uyardıklarında korku/ dehşet içeren canlı rüyaları, çok endişeli olmalarına rağmen detaylı biçimde rüyalarını anlatırlar. Rüyalar diğer uyku evrelerinde de ortaya çıkabilmesine rağmen, kâbuslar tipik olarak REM döneminde özellikle uykunun ikinci döneminde ortaya çıkarlar. RDB ve uyku teröründen farklı olarak, uyku sorusunda görülen belirgin motor aktivite kâbus bozukluğunda nadiren ortaya çıkar. Fazik kas seyirmeleri artmış olabilir. Kötü rüyalara benzer rüya içeriği olabilir, ancak uykudan uyanmaya neden olmaz. Kötü rüyalar, kâbuslardan 3-4 kat daha fazladır.[9]

İlişkili bozukluklar, sık olmadıkça daha ileri değerlendirme ya da tedavi gerekmez. Psikiyatrik bozukluklar bu hastalarda daha sıktır. Borderline ya da şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik ve şizofreni gibi şizofrenik spektrum patolojisi tanımlanmıştır. Psikiyatrik bozukluk çocuklarda 3 kat daha sık, eriş-

kinlerde 5 kat daha sıktır. Travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda sıktır. Çocukluk ve adolesan döneminde cinsel istismar ve kötüye kullanım mutlaka sorgulanmalıdır.

Polisomnografide, REM uykusunda uyanma, öncesinde kalp ve solunum hızında artma izlenir. Ayırıcı tanıda, epilepsi, uyku terörü, RDB, anksiyetenin eşlik ettiği uyku paralizisi, narkolepsi, noktürnal panik ataklar, uyku ilişkili dissosiyatif bozukluk, anksiyete bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğu düşünülmelidir.[1,9]

Diğer Parasomniler

Uyku ile İlişkili Dissosiyatif Bozukluk

Bu hastalarda DSM-IV ölçütlerini karşılayan dissosiyatif bozukluk tablosu vardır ve ana uyku dönemi ile yakın ilişkili olarak ortaya çıkar. Polisomnografide, hem uyanıklıktan uykuya geçişte hem de NREM veya REM uykusundan uyanma sonrasında, EEG'de uyanıklık sırasında ortaya çıkan dissosiyatif atağın varlığının gösterilmesi gerekmektedir. Polisomnografik olarak kaydedilmiş bir dissosiyatif atağın yokluğunda, gözlemcilerden sağlanan öyküde, uyku ile ilişkili dissosiyatif bozukluk özelliklerinin varlığı, özellikle bu uyku ilişkili davranış gündüz görülen dissosiyatif davranışla benzer olmasının en az birinin olması ile de tanı konulabilir. [6,7]

Bu bozukluk, dissosiyatif bozukluğun bir varyantıdır. Uyanıklıkta ya da uykuya geçme sırasında ortaya çıkar. Genellikle bellek, bilinç, kişilik ya da çevre algısının bütünlüğünde bir bozulma vardır. Dissosiyatif fügen, dissosiyatif kimlik bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluklardan birine eşlik edebilir.

Başlangıç yaşı çocukluk dönemi ile erken erişkinlik dönemidir. Çoğu hasta da gündüz de ortaya çıkabilir. Şimdiki/geçmiş öyküde fiziksel/cinsel açıdan kötüye kullanım vardır. Kâbus bozukluğu ile bir ilişki vardır. Bu dönemde çılgılık atma, koşma ya da cinsel davranışlar gösterebilirler. Ertesi gün bu davranışı hatırlamazlar. Diğer parasomniler ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tedavide bilşel davranışçı tedavi uygulanması önerilmektedir.[1,9]

Uyku ile İlişkili İnleme (Catathrenia)

Uyku sırasında ortaya çıkan, düzenli olarak inleme ya da ilişkili monoton ses çıkarma öyküsü vardır. Solunum sesinin polisomnografide monitorizasyonunda, çoğunlukla REM uykusu sırasında karakteristik bir solunumsal disritmi gözlenir.[6,7]

Başlangıç yaşı çocukluk çağı ve erişkin dönemidir. Etiyolojisi bilinmemektedir. Hastalarda eşlik eden bir psikiyatrik ya da solunumsal bir hastalık genelde görülmez. İnleme sesi yalnız ekspiryum döneminde ortaya çıkar ve yaklaşık 2 ile 20 saniye arasında sürer. Ses kümeleri ise 2 dakika ile 1 saat arasında sürer. Her gece ortalama birkaç kez inleme ortaya çıkar. Kuvvetle burnundan hava çıkararak sonlanır ve buna kalp hızında rebound eşlik eder. Polisomnografide, evre 2 NREM ve REM döneminde ortaya çıkan noktürnal

inleme saptanır. Birlikte hafif bir şekilde kalp hızında azalma ve ılımlı pozitif intraözafajial basınç vardır.[35] Etkin bir özgül tedavisi yoktur.

Patlayan Kafa Sendromu

Hem uyanıklıktan uykuya geçişte, hem de gece uyanma sırasında, hasta başında ani olarak ortaya çıkan yüksek bir sestene ya da patlama hissinden yakınıdır. Bu yaşantı, belirgin ağrı yakınması ile ilişkili değildir. Hasta olaydan sonra genellikle korku hissi ile birlikte aniden uyanır. Bazı olgularda tabloya vaka serisinde şimşek çakma hissi ya da miyoklonik sıçramalar eşlik edebilir. [6,7]

Çocukluk çağında ataklar başlayabilir ancak sıklıkla orta/daha ileri yaşta ortaya çıkar. Bu ataklar zararsızdır, kısa süre devam eder ve değişkendir. Çarpıntı ve akut anksiyete tabloya eşlik edebilir. Okul/iş/evde stresli durumlarda ataklar ortaya çıkabilir.

Polisomnografide, bu atak uykudan ziyade uyanıklıkta ortaya çıkar. Hastaları bilgilendirip şüpheleri gidermek gerekir. İlaç tedavisine gerek yoktur. [9]

Uyku ile İlişkili Varsanılar

Uyku başlangıcından önce ya da uykudan uyanıldığında varsanıların görüldüğü bir tablodur. Varsanılar çoğunlukla görseldir. Hipnagogik ya da hipnopompik varsanıları, uyku başlangıcı ya da uyku sonundaki rüyalardan ayırt etmek zor olabilir. Kompleks noktürnal görsel varsanılar, gece ani uyanmaları takip eden uyanıklıkta net bir şekilde ortaya çıkabilir.[6,7]

Klinik olarak uykunun başlangıcında (hipnagogik varsanılar), uykudan uyanıklığa geçişte (hipnopompik varsanılar) yaşanan gerçek dışı algılamalardır. Bu varsanılar daha çok görsel olmasına rağmen, dokunsal, işitsel ya da kinetik fenomenler de içerebilir. Bu varsanılar uyku paralizi atakları ile de ilişkili olabilir. [9]

Uyku ile İlişkili Yeme Sendromu

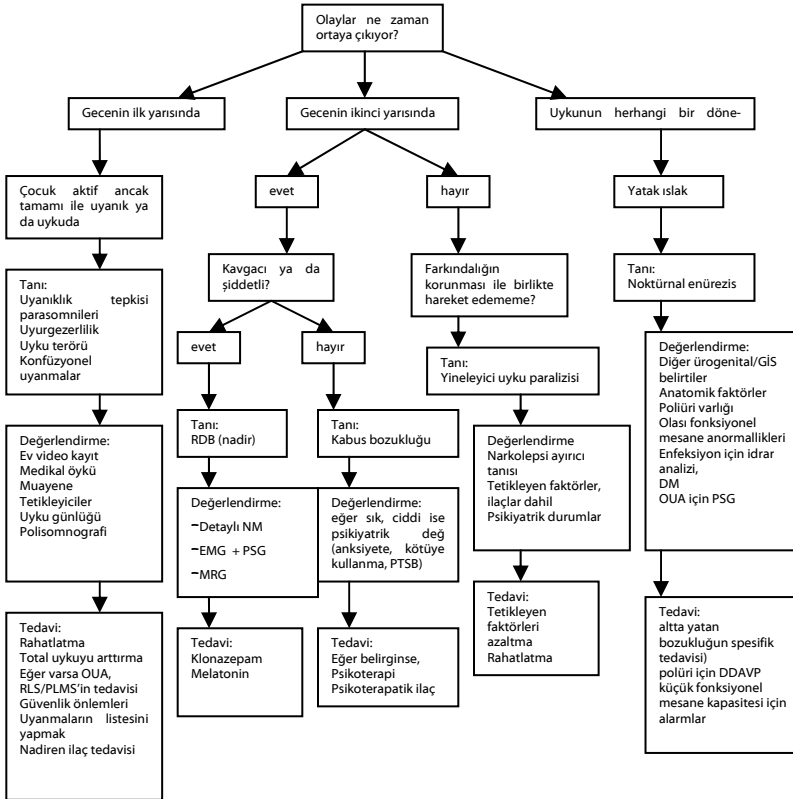
Uyku sırasında ortaya çıkan istem dışı tekrarlayıcı yeme ve içme ataklarıdır. İstem dışı tekrarlayıcı yeme ve içme atakları ile birlikte şunlardan bir ya da daha fazlasının olması gerekir:

1. Yiyeceklerin garip formlarının ya da kombinasyonlarının ya da yenmeyen ya da toksik maddelerin tüketilmesi,
2. Tekrarlayan yeme ataklarından dolayı uykunun bozulması ile ilişkili insomni ya da rahatsız bir uyku,
3. Gün boyu süren yorgunluk ya da uyku hali,
4. Yemeği ya da yemek yapmayı takiben ortaya çıkan tehlikeli davranışlar, uyku ile ilişkili kaza,
5. Sabah anoreksisi
6. Yüksek kalorili yemeklerin tekrarlayıcı çok fazla yenmesi sonucu ortaya çıkan sağlık yan etkileri. [6,7]

Bu olgularda uykudan kısmi uyanma vardır ve sıklıkla uyuduktan 2-3 saat sonra ortaya çıkar. Eğer hastalar, atak sırasında rahatsız edilirse, kızgın veya

ajite olabilirler. Ataklar ertesi gün hatırlanmaz. Genellikle bozukluk erişkin ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar.

İlişkili bozukluklar arasında diğer parasomni öyküleri (izole uyurgezerlik, enürezis, uyku terörü ya da bazılarının kombinasyonları), [36] 1/3'den fazlasında gündüz yeme bozukluğu vardır. PLM ve obstruktif apne sendromu gibi diğer uyku bozuklukları kısmi uyanmayı tetikleyici bir faktör olarak eşlik edebilir.



Şekil.1. Parasomnilerin değerlendirilmesi ve tedavisi [9]

Bu tabloyu alevlendiren ilaçlar arasında triazolam kötüye kullanımı, olanzapin, risperidon ve zolpidem sayılabilir. Ayırıcı tanıda, gece yeme sendromu, bulimia nervoza, noktürnal yeme ile dissosiyatif bozukluk, Kleine-Levin sendromu düşünülmelidir. [20]

Parasomnilerle Birlikte Anormal Uyku İlişkili Cinsel Davranışlar

Bu bozukluk uykuda cinsel içerikli sesler çıkarma, konuşma/bağırma, mastürbasyon, başka bir kişiyi okşama, cinsel ilişki, ajite/saldırgan cinsel davranışlar şeklinde kendini gösterir. Konfüzyonel uyanmalar ve obstruktif uyku apne sendromu ile birlikte olan ve olmayan uyurgezerliliğin bir varyantı (ICSD-2) olarak karşımıza çıkabilir. Nadiren REM uykusu davranış bozukluğu ile birlikte bildirilmiştir. [6,7]

Erkeklerde daha sık görülür. Başlangıç yaşı erken erişkinlik dönemidir. Öyküde uyku sırasında ortaya çıkan cinsellik uzun süredir vardır. Tanısı sıkça atlandığından, değerlendirmelerde bu uyku bozukluğuna daha fazla önem vermeli, uyku ve seks ilişkisi ile ilgili soruları mutlaka sormalıdır. Bu uygunsuz durum; yalnız kişisel, evlilik ve aile içi soruna neden olmayıp, sıklıkla hukuksal sorunlara da yol açabileceği unutulmamalıdır. [37]

Uyku-uyanıklık bozukluğu ile başvuran hastalarda şu iki sorunun sorulması tavsiye edilir:

1. Uyanıklıkta/ uykuya dalarken/ uykuda libido ya da cinsel aktivitenizde herhangi bir değişiklik var mı?
2. Sen uyurken, yatak eşin sen de herhangi bir cinsel içerikli ses ya da davranış gözlemledi mi?

Tanısal yaklaşım ve ayırıcı tanı için psikolojik değerlendirme testleri yapılmalı ve epilepsi ile ilişkili seksüel davranış tanısı dışlanmalıdır. Konfüzyonel uyanma, uyurgezerlilik gibi diğer parasomnilerin, obstruktif uyku apne sendromu ve PLM'inin bu hastalığa eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır. Tedavide; altta yatan uyku bozukluğu, tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıkların tedavisi gerekir. Evli çiftlere çift ve aile psikoterapisi yaklaşımları önerilir.[15,37]

Sonuç

Parasomniler, uyku ile ilişkili istenilmeyen olaylar ve yaşantılar olup, çocuklarda sıklıkla selimdir ve yaş ile birlikte kaybolur. İleri yaşlarda görülen parasomnilerde; psikiyatrik bozukluklar, cinsel istismar ve kötüye kullanım ve özellikle erişkinlerde nörodejeneratif hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bu grup hastalıkların tanınması, hastanın, ailesinin ve yatak eşinin yaşam kalitesi için çok önemlidir. Ayrıca bazı tehlikeli olaylara neden olan ya da şiddet içeren davranışların ve uyku ile ilişkili cinsel davranışların hukuksal sorunlara yol açabileceği de akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Plante DT, Winkelman JW. Parasomnias. Psychiatr Clin North Am 2006; 29: 969-987.
2. Mahowald MW, Schenck CH. Non-rapid eye movement sleep parasomnias. Neurol Clin 2005; 23:1077-1106.
3. Bornemann MA, Mahowald MW, Schenck CH. Parasomnias. Clinical features and forensic implications. Chest 2006; 130: 605-610.

4. Mahowald MW, Schenck CH. Parasomnias: sleepwalking and the law. *Sleep Med Rev* 2000; 4: 321-339.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2nd edn (ICSD-2). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
7. Aksu M, Sevim S, Fırat H, Uçar ZZ. Uyku Hastalıkları Çalışma Kılavuzu. Türkiye Uyku Tıbbı Derneği Yayını 2008.
8. Stores G. Aspects of parasomnias in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2009; 94:63-69.
9. Mason TB, Pack AI. Pediatric parasomnias. *Sleep* 2007; 30:141-151.
10. Pressman MR. Factors that predispose, prime and NREM parasomnias in adults: Clinical and forensic implications. *Sleep Med Rev* 2007; 11:5-30.
11. Agargun MY, Cilli AS, Sener S, Bilici M, Ozer OA, Selvi Y et al. The prevalence of parasomnias in preadolescent school-aged children: a Turkish sample. *Sleep* 2004; 27:701-705.
12. Hughes JR. A review of sleepwalking (somnambulism): The enigma of neurophysiology and polysomnography with differential diagnosis of complex partial seizures. *Epilepsy Behav* 2007; 11:483-491.
13. Owens J, Spirito A, Nobile C, Arrigan M. Incidence of parasomnias in children with obstructive sleep apnea. *Sleep* 1997; 20:1193-1196.
14. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics*. 2003; 111:17-25.
15. Schenck CH, Arnulf I, Mahowald MW. Sleep and sex: What can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep* 2007; 30:683-702.
16. Stores G. Clinical diagnosis and misdiagnosis of sleep disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:1293-1297.
17. Szabadi E. Drugs for sleep disorders: mechanisms and therapeutic prospects. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 61:761-766.
18. Pilon M, Montplaisir J, Zarda A. Precipitating factors of somnambulism: Impact of sleep deprivation and forced arousals. *Neurology* 2008; 70:2284-2290.
19. Pressman MR. Disorders of arousal from sleep and violent behavior: The role of physical contact and proximity. *Sleep* 2007; 30:1039-1047.
20. Howell MJ, Schenck CH, Crow SJ. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med Rev* 2009; 13:23-34.
21. Schenck CH, Bundlie SR, Ettinger MG, Mahowald MW. Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep* 1986; 9:293-308.
22. Gagnon JF, Postuma RB, Mazza S, Doyon J, Montplaisir J. Rapid-eye-movement sleep behaviour disorder and neurodegenerative diseases. *Lancet Neurol* 2006; 5:424-432.
23. Boeve BF, Silber MH, Saper CB, Ferman TJ, Dickson DW, Parisi JE and et al. Pathophysiology of REM sleep behaviour disorder and relevance to neurodegenerative disease. *Brain* 2007; 130:2770-2788.

24. Desseilles M, Dang-Vu T, Schabus M, Sterpenich V, Maquet P, Schwartz S. Neuroimaging Insights into the pathophysiology of sleep disorders. *Sleep* 2008; 31:777-794.
25. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG. Violent behavior during sleep. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 369-376.
26. Fantini ML, Ferini-Strambi L, Montplaisir J. Idiopathic REM sleep behavior disorder: toward a better nosologic definition. *Neurology* 2005; 64:780-786.
27. Hickey MG, Demaerschalk BM, Caselli RJ, Parish JM, Wingerchuk DM. "Idiopathic" Rapid-Eye-Movement (REM) Sleep Behavior Disorder is associated with future development of neurodegenerative diseases. *Neurologist* 2007; 13:98-101.
28. Kumru H, Santamaria J, Tolosa E, Iranzo A. Relation between subtype of Parkinson's disease and REM sleep behavior disorder. *Sleep Med* 2007; 8:779-783.
29. Iranzo A, Molinuevo JL, Santamaria J, Serradell M, Martí MJ, Valldeoriola F et al. Rapid-eye-movement sleep behaviour disorder as an early marker for a neurodegenerative disorder: a descriptive study. *Lancet Neurol* 2006; 7:572-577.
30. Sheldon SH, Jacobsen J. REM-sleep motor disorder in children. *J Child Neurol* 1998; 13:257-260.
31. Stiasny-Kolster K, Mayer G, Schafer S, Moller JC, Heinzel-Gutenbrunner M, Oertel WH. The REM Sleep Behavior Disorder Screening Questionnaire - A new diagnostic instrument. *Mov Dis* 2007; 22:2386-2393.
32. Anderson KN, Jamieson S, Graham AJ, Shneerson JM. REM sleep behaviour disorder treated with melatonin in a patient with Alzheimer's disease. *Clin Neurol Neurosurg* 2008; 110:492-495.
33. Dauvilliers Y, Rompré S, Gagnon JF, Vendette M, Petit D, Montplaisir J. REM sleep characteristics in narcolepsy and REM Sleep Behavior Disorder. *Sleep* 2007; 30:844-849.
34. Dahlitz M, Parkes JD. Sleep paralysis. *Lancet* 1993; 341:406-407.
35. Guilleminault C, Hagen CC, Khaja AM. Catathrenia: Parasomnia or uncommon feature of sleep disordered breathing? *Sleep* 2008; 31:132-139.
36. Tuncel D, Orhan FO. Sleep related eating disorder: A case report. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2008; 2:28-30.
37. Andersena ML, Poyaresa D, Alvesb RSC, Skomroc R, Tufika S. Sexsomnia: Abnormal sexual behavior during sleep. *Brain Res Rev* 2007; 56:271-282.

