

Uyurgezerliğin Eşlik Ettiği Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgusunda Fluoksetin Tedavisi ile Düzelen Uyurgezerlik

Sleepwalking Improved with Fluoxetine Treatment in a Case of Obsessive Compulsive Disorder Accompanied by Sleepwalking

Serkan KARADENİZ¹, Sema KANDİL²

¹Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Kliniği, Kırşehir, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye



ÖZ

Uyurgezerlik uyku sırasında yataktan kalkma ve gezinme dönemleri ile karakterize bir uyku bozukluğu olup genel toplum yaygınlığı %1-5 arasında bildirilmektedir. Uyurgezerliğin tam olarak patofizyolojik mekanizması bilinmemektedir. Ancak ateş gibi fizyolojik sorunlar, emosyonel stres (çocukta ayrılık anksiyetesi gibi), alta yatan medikal sebepler (obstrüktif uyku apnesi, hipertiroidi, migren, inme, ensefalitler), santral sinir sistemini etkileyen ilaç-maddeler (alkol, sedatif-hipnotikler, antikolinerjikler, lityum gibi), dolu mesane, perimenstrasyon gibi fizyolojik iç uyaranlar ve ışık-ses gibi dış uyaranların uyurgezerlik için eşiği düşürdüğü ve tetikleyici olabileceği söylenmektedir. Bu olgumuzda 1 yıldır uyurgezerlik öyküsü olan ve son 15 gündür atakların sıklığında ve şiddetinde ciddi artma olan 9 yaşında kız hasta üzerinden hastalığın patofizyolojisi, tetikleyicileri, tanısı ve tedavisinde izlenen yollara yönelik bilgiler sunulacaktır.

Anahtar Sözcükler: Fluoksetin, Obsesif kompulsif bozukluk, Tedavi, Uyurgezerlik

ABSTRACT

Sleepwalking is a sleep disorder characterized by periods of waking up and travelling around during sleep, and its prevalence in general population is reported to be 1-5%. The pathophysiological mechanism of sleepwalking is not fully understood. However it is said that physiological problems such as fever, emotional stress (like child's separation anxiety), underlying medical reasons (like obstructive sleep apnea, hyperthyroidism, migraine, stroke, encephalitis), drugs and substances that affect the central nervous system (like alcohol, sedatives-hypnotics, anticholinergics, lithium), physiological internal stimuli such as full bladder, menstruation and external stimuli such as light-noise may decrease the threshold for sleepwalking and trigger it. Information about the pathophysiology, triggers, diagnosis and treatment of the disease through our case of a 9-year-old girl with a sleepwalking history of one year and a severe increase in the frequency and severity of episodes in the last 15 days.

Key Words: Fluoxetine, Obsessive compulsive disorder, Treatment, Sleepwalking

GİRİŞ

Uyurgezerlik, DSM V'e göre Uyku Uyanıklık Bozukluklarının Parasomniler alt kategorisinde bulunan yineleyici, uyku sırasında yataktan kalkma ve gezinme dönemleri ile karakterize bir uyku bozukluğudur (1). Hastalığın temel göstergesi tekrarlayan epizodlar şeklinde sıklıkla uykunun ilk üçte birlik döneminde görülen yataktan çıkıp dolaşma şeklinde kompleks motor hareketlerdir ve bu hareketler sırasında kişi genelde uyandırılma çabalarına tepkisiz kalmaktadır (1). Toplum temelli çalışmalar uyurgezerliğin çocuklarda yaygın görülen bir sorun olduğunu desteklemektedir. 2675 randomize seçilmiş çocuğun dahil edildiği bir çalışmada bu çocukların %14'ünde geçici veya sürekli uyurgezerlik dönemlerinin görüldüğünü bildirmişlerdir

(2). Uyurgezerliğin genel toplumdaki yaygınlığının ise %1-5 arası olduğu söylenmektedir (1). Bu olgumuzda 1 yıldır uyurgezerlik öyküsü olan ve son 15 gündür atakların sıklığında ve şiddetinde ciddi artma olan 9 yaşında kız hasta üzerinden hastalığın patofizyolojisi, tetikleyicileri, tanısı ve tedavisinde izlenen yollara yönelik bilgiler sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

Dokuz yaşında kız hasta 2015 yılının Ekim ayında çocuk psikiyatri polikliniğine 'uykusunda kalkıp dolaşma ve uykusunda konuşma' şikayetleri ile anne babası refakatinde başvurmuştur.

Hastanın son 1 yıldır gece uykusunda yataktan kalkıp dolaşmaları oluyormuş. Bu durum 15 gün öncesine kadar ayda 4-5 gece oluyorken son 15 gündür her gece olmaya başlamış. Hastamız bu dönemlerin ikisinde ailesi tarafından balkonda yakalanmış. Hastamız bu dönemleri sabah kalktığına hatırlamıyormuş. Hastanın bu şikayetleri genelde uykuya daldıktan 1-2 saat içinde meydana geliyormuş ve 15 dakika geçtikten sonra hasta tekrar yatağına yatırılıbiliyormuş. 15 gün öncesine kadar uykuda yaşadığı bu durumları hiç sorun etmeyen hasta şikayetlerinin de artması ile bu konuyla ilgili yoğun kaygı duymaya başlamış ve ailesi de bu durum üzerine polikliniğimize başvurmuştur.

Hastamızın özgeçmişinde; 4-5 yaşlarındayken çocukluk çağı mastürbasyon davranışı ile uyumlu davranışlarının olduğu ve 1 sene içinde bu durumun kendiliğinden kaybolduğu öğrenildi ve başka önem arz eden bir durum saptanmadı. Hastanın soygeçmişinde; annesinde geçirilmiş depresyon saptandı.

Hastamızın ailesi ve kendisi ile yapılan görüşmede hastanın uykuda kalkıp dolaşma şikayetlerine ek olarak son 2 yıldır evde korktuğu için camları kapatarak oturduğu ve camların kapalı olup olmadığını defalarca kontrol ettiği, çok düzenli ve titiz olduğu, ödevlerini tekrar tekrar silip baştan yaptığı yine de emin olamadığı öğrenildi. Hastamızın özellikle son 2-3 haftadır temizliğe daha çok önem verdiği, her gün banyo yaptığı ve en az 1 saatini banyoda geçirdiği de öğrenildi. Yine son 2-3 haftadır mikrop bulaşma korkusu nedeniyle el yıkamalarının da arttığı, günde 15-20 defa el yıkamasının olduğu ve bu yıkamalarda normalden fazla sabun kullanımının olduğu da öğrenildi. 2 hafta önce 3.sınıfa başlayan hastamızın başaramama, hata yapma kaygılarının artması ile birlikte okul ödevlerini yaparken emin olamamaları da başlamış ve yaptığı ödevleri silip tekrar tekrar yapmaları ortaya çıkmış. Ödev yaparken emin olamamaları nedeniyle ödevlerini bitiremediği ve bu sebeple ağlamalarının olduğu da öğrenildi.

Hastanın yapılan psikometrik incelemelerinde Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği puanı 39 puan, Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk semptom tarama ölçeği puanı ise 26/37 puan ve cümle tamamlama formu uykuda yaşadığı sorunlarla ilgili olarak değerlendirilmiştir.

Ruhsal değerlendirmede hasta bilinci açık, yönelimi tam, kendine bakımı iyi, göz ilişkisi kuran, görüşmeye ilgili, yaşında gösteren kız hastaydı. Konuşması açık anlaşılır amaca yönelik olarak saptandı. Duygulanımı kaygılı, duygu durumu disforikti. Gerçeği değerlendirme yetisi normaldi. Düşünce içeriğinde uyku sorunları ile ilgili kaygılar ve obsesif temalar mevcuttu. Hastanın yapılan biyokimyasal tetkikleri ve uyku EEG sonucunda anormal bir bulgu saptanmamıştı.

Hastaya ruhsal durum muayenesi, aileden alınan ayrıntılı anamnez bilgileri, nörolojik ve biyokimyasal değerlendirmesi sonucunda DSM V'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Parasomni (Uyurgezerlik türü) tanıları konuldu. Aileye ve hastamıza OKB ve uyurgezerlik ile ilgili davranışsal önerilerde bulunulup fluoksetin 10 mg/gün tedavisi başlandı. 1 ay sonra

kontrole gelen hasta ve ailesinden son 15 gündür uyurgezerlik şikayetinin hiç olmadığı sadece 3 günde 1 olan ve 5'er dakika süren uykuda konuşma dönemlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın her gün banyo yapması devam ediyordu ancak banyoda kalma süreleri 20 dakikaya düşmüştü. El yıkama sıklığında azalma olmamıştı. Emin olamama düşünceleri azalmakla beraber devam ediyordu ve ödevlerini yapmasına engel olabiliyordu. Bu görüşme sonrası hastanın kullandığı fluoksetin dozu 20 mg/gün'e yükseltilecek tedaviye devam edildi. 2 ay sonraki kontrolünde uyurgezerlik ve uykuda konuşma şikayetleri tamamen kaybolan hastanın obsesif belirtilerinin de ailesine ve kendisine göre belirgin azaldığı, temizlik ile ilgili olumsuz düşüncelerin artık aklına gelmediği, ödevlerini yaparken de silip tekrar yapmalarının, emin olamamalarının olmadığı öğrenildi. Hastamızın bu süreç içinde başaramama ve hata yapma ile ilgili kaygıları da azaldığı, okula daha mutlu ve istekli gittiği öğrenildi. Psikometrik incelemelerde de Maudsley OKB belirti tarama ölçek puanı 8/37 olarak saptandı. Hastanın mevcut fluoksetin 20 mg/gün tedavisi ile poliklinik takipleri ve iyilik hali halen devam etmektedir.

TARTIŞMA

Uyurgezerlik uykunun non-REM döneminde kompleks amaçsız görevler ve gezinme epizodları ve bu dönemlerle ilgili hafıza kaybı ile karakterize bir bozukluktur (3). Çeşitli çalışmalarda yaygınlığının erişkinlerde %4, 13 yaş altı çocuklarda %17 olduğu ve genel toplum çalışmalarında ise %1-5 arasında olduğu bildirilmektedir (1,4,5). Çalışmalarda uyurgezerlik için cinsiyet farkı bildirilmemiştir (2). Aile öyküsünün uyurgezerlik ve uyku terörü gibi parasomniler için genellikle pozitif olduğu da çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Uyurgezerliğin tam olarak patofizyolojik mekanizması bilinmemektedir. Ancak ateş gibi fizyolojik sorunlar, emosyonel stres (çocukta ayrılık anksiyetesi gibi), alta yatan medikal sebepler (obstruktif uyku apnesi, hipertiroidi, migren, inme, ensefalitler), santral sinir sistemini etkileyen ilaç-maddeler (alkol, sedatif-hipnotikler, antikolinergikler, lityum gibi), dolu mesane, perimenstrasyon gibi fizyolojik iç uyaranlar ve ışık-ses gibi dış uyaranların uyurgezerlik için eşliği düşürdüğü ve tetikleyici olabileceği söylenmektedir (6). Bu olgumuzda üzerinde durmak istediğimiz noktalardan biri serotonerjik sistemin hipotetik olarak uyurgezerlik patofizyolojisinde rol oynamasıdır. Çalışmalarda uyurgezerliği olan hastalarda 4-9 kat daha fazla serotonerjik anormallikler görülebileceği bildirilmiştir (7). Serotonerjik hipotezde serotonin sisteminde görülen sorunların uyurgezerlik ve obstruktif uyku apnesi komorbiditesi ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (7). In vitro çalışmalarda hiperkapnikasidoza yanıt olarak serotonin salınımında %240-300 arası oranlarda artış olduğunun gösterilmesi ve serotonin artışı ile motonöronal uyarılabilirliğin ve tonik kas aktivitesinin artması bu hipotezin ortaya çıkmasının başlıca nedenidir (7,8). Literatürde bu mekanizmayı destekler nitelikte beyin çeşitli bölgelerinde serotonin seviyelerini artıran paroksetin ve lityum gibi ilaçların

yan etki olarak uyurgezerliğe yol açtığını bildiren olgu sunumları da bulunmaktadır (9,10). Bazı çalışmalarda da uyurgezerlik ve uyku terörünün çocuklarda sıklıkla anksiyete bozuklukları, fobiler ve intihar düşünceleriyle birlikte olduğu gösterilmiştir (11). Bu tarz tetikleyiciler ile birlikte görülen uyurgezerlik olgularına yönelik literatürde serotonerjik düzeyi artıran ajanlarla tedavi edilen uyurgezerlik hastaları da bildirilmiştir. Bu nedenle uyurgezerlik olgularında serotonin artışı hipotezinin tüm uyurgezerlik hastalarına genellenemeyeceği ve bu hastalarda santral sinir sisteminde görülen nörotransmitter farklılıklarının genel bir profil sergilemekten ziyade tetikleyen sebebe göre farklılık gösterebileceği düşünülebilir.

Uyurgezerliğin tedavisi öncesi bu hastalarda medikal, nörolojik ve uyku ile ilgili diğer tüm durumların değerlendirilmesi gerekmektedir. Uyurgezerlik tanısında anamnezde epizodun uykunun ilk 60-90. dakikasında başlaması, epizod sırasında bilincin yerinde olmaması, sabah epizodu hatırlayamama ve aile öyküsü pozitifliği yol gösterici olabilir. Bazı durumlarda nokturnal nöbetler ile ayrımı zor olabilmekte ve uyku EEG'si gerekebilmektedir. Uyurgezerliğin tedavisinde psiko eğitim, uyku hijyeninin sağlanması, uyku günlüğü tutulması, diyetten kafein ve türevlerinin çıkartılması, uyku öncesi rutinleri oluşturulması, gevşeme egzersizleri, psikoterapiler ve ilaç tedavileri kullanılabilir (2). Bu hastalarda ilaç tedavileri diğer tedavilere yanıt alınamayan hastalarda, sık, yıkıcı ve ciddi zarar verici uyurgezerlik atakları olanlarda kısa süreli denenebilir ancak bu konuyla ilgili kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır ve hiçbir ilacın FDA onayı bulunmamaktadır (2). Klonazepam bu hastalarda en çok denenmiş ilaçtır ve seçilmiş olgularda yarar sağladığı bildirilmektedir (12). Klonazepam ek olarak diazepam, triazolam, flurozepam, imipramin, paroksetin ve melatoninin de bu hastalarda kullanımı ile ilgili olgu sunumu ve serileri bulunmaktadır (6).

Bizim olgumuza yaptığımız değerlendirmeler sonucunda 'Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Parasomni (Uyurgezerlik türü) tanıları konulmuştur. Hastanın anamnezinde obsesif belirtilerdeki şiddetlenme ile uyurgezerlik şikayetlerinin sıklığının artışı aynı dönemde meydana gelmiştir. Olgumuzda uyurgezerlik açısından aile öyküsünün olmaması, açık bir emosyonel stresle uyurgezerlik epizod sıklığının artması ve işlevselliği bozan OKB belirtilerinin olması nedeniyle hastamıza fluoksetin tedavisi başlandı ve davranışçı önerilerde bulunuldu. Hastanın takiplerinde 20 mg/gün fluoksetin tedavisi ile uyurgezerliğinde tamamen düzelmeye olduğu ve OKB belirtilerinde de ciddi düzeyde azalma olduğu saptandı.

Literatürde uyurgezerliğin ilaçla tedavisi konusunda fikir birliği ve yeterli veri yoktur. Bu nedenle uyurgezerlik tedavisinde öncelikle varsa uyurgezerliğin altında yatan tetikleyicinin (emosyonel stres, ilaç kullanımına ikincil, ateş, tıkaçıcı uyku apnesi vs) saptanması, ona yönelik tedavilerin verilmesi ve uyurgezerliğe yönelik ilaç dışı tedavilerin denenmesi gerekmektedir. Eğer uyurgezerliği tetiklediği düşünülen durumların tedavileri sonrası uyurgezerlik epizodlarında azalma olmuyor, sıklığı artıyor ya da hasta ve yakınları için tehlike oluşturuyor ise uyurgezerliğe yönelik semptomatik ilaç tedavileri verilmelidir. Bu olgumuzu sunmaktaki amacımız uyurgezerlik olgularında epizodları tetikleyebilecek nedenlerin saptanmasının önemine vurgu yapmak ve bu hastalarda ilaç tedavilerinin yerine dikkat çekmekti.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. basım (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013a.
2. Rosen GM. Disorders of arousal. In: Sheldon SH (ed). Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine, 2nd ed. London: Elsevier Saunders, 2014:313-20.
3. Westchester IL. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. American Academy of Sleep Medicine, 2005.
4. Plazzi G, Vetrugno R, Provini F, Montagna P. Sleepwalking and other ambulatory behaviours during sleep. *Neurol Sci* 2005;26:S193-8.
5. Klackenber G. Somnambulism in childhood-prevalence, course and behavioral correlations. A prospective longitudinal study (6-16 years). *Acta Paediatr Scand* 1982;71:495-9.
6. Sullivan S, Guilleminault C. Disorders of arousal from non-REM sleep. Chockroverty S (ed). *Sleep and Movement Disorders*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2013:396-405.
7. Juszczak GR, Swiergiel AH. Serotonergic hypothesis of sleepwalking. *Med Hypotheses* 2005;64:28-32.
8. Richerson GB, Wang W, Tiwari J, Bradley SR. Chemosensitivity of serotonergic neurons in the rostral ventral medulla. *Respir Physiol* 2001;129:175-89.
9. Kawashima T, Yamada S. Paroxetine-induced somnambulism. *J Clin Psychiatry* 2003;64:483.
10. Landry P, Warnes H, Nielsen T, Montplaisir J. Somnambulistic-like behaviour in patients attending a lithium clinic. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14:173-5.
11. Gau SF, Soong WT. Psychiatric comorbidity of adolescents with sleep terrors or sleepwalking: A case-control study. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:734-9.
12. Dahl RE. The pharmacologic treatment of sleep disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:161-78.