

# OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU VE PSİKİYATRİ

## Obstructive Sleep Apne Syndrome And Psychiatry

Özgül KARAASLAN

### ÖZET

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) çeşitli patofizyolojik değişikliklere yol açarak nörolojik ve psikiyatrik sistemleri etkiler. Tekrarlayan apne atakları uyku bütünlüğünü bozarak uyku kalitesini olumsuz etkiler. Bu yüzden OUAS olan hastalarda nöropsikiyatrik açıdan çok sayıda problem gelişebilir (1). Birçok çalışmada OUAS ile depresyon ve yaşam kalitesinde bozulma olduğu bildirilmektedir (2-3). Bu derlemede psikiyatrik açıdan OUAS hastalarına yaklaşım, bilişsel işlevler, yaşam kalitesi, eş tanılar ve tedavide dikkat edilecek hususlar ele alınmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** *Depresyon; Obstrüktif uyku apne; Psikiyatri*

### ABSTRACT

Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) affects neurological and psychiatric systems by causing various pathophysiological changes. Recurrent episodes of apnea disrupt sleep quality by disrupting sleep architecture. Therefore, OSAS patients may have a number of neuropsychiatric problems (1). Many studies have reported that depression and impaired quality of life are seen with OSAS (2,3). In this review, psychiatric approaches for cognitive functions, quality of life, similar diagnosis, and considerations for treatment for OSAS patients are discussed.

**Keywords:** *Depression; Obstructive sleep apnea; Psychiatry*

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Özgül KARAASLAN, Dr. Öğr. Üyesi

#### İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Özgül KARAASLAN,  
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adnan Menderes Bulvarı  
No:44, 66200, Yozgat  
Tel: +90 505 3166932  
e-mail:  
drokaraaslan@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 20.12.2017

Kabul tarihi/Accepted: 22.03.2018

Bozok Tıp Derg 2018;8(Özel Sayı):34-8  
Bozok Med J 2018;8(Özel Sayı):34-8

Bu çalışma Üniversitemizin **13 Mayıs 2017** tarihinde düzenlediği **Uyku Sempozyumu**'nda sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Uyku, genlerimizden ve hücre içi mekanizmalardan, hareketi, uyarılmayı, otonomik fonksiyonları, kişinin davranışlarını, kognitif fonksiyonlarını ve biyolojik sistemi etkileyen bir durumdur (4). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS), yaş ilerledikçe sıklığı artan ve yetişkin popülasyonun yaklaşık olarak %2-4'ünde görülen, uyku sırasında tekrarlayan apne veya hipopne, üst solunum yolu tıkanıklık epizodları ve kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterize yaygın bir hastalıktır. Hastaların tanısı ancak polisomnografik (PSG) değerlendirme sonucunda konabilir. Hastalık belirtilerini taşıyan kişilerin %80-90'ının tanı bile almadan yaşamlarını sürdürdükleri düşünülmektedir(3-5). OUAS üst solunum yolu anormallikleri, endokrin, psikiyatrik, pulmoner, nöromüsküler hastalıklar gibi birçok hastalıkla birlikte görülmektedir. (6-7). Birçok çalışmada OUAS ile kognitif ve duygudurum bozuklukları arasında bağlantı kurulmuştur. En sık görülen psikiyatrik semptomlar şunlardır;

- 1.Baş ağrısı
- 2.Uyku kalitesinde bozulma
- 3.İnsomni
- 4.Kişilik değişikliği
- 5.Hafızada zayıflama, unutkanlık
- 6.Libido azalması, empotans
- 7.Karar verme süreçlerinde bozulma
- 8.Uyum güçlükleri
- 9.Depresyon, anksiyete,
- 10.Psikoz

Uyku Ünitesine başvuran hastaların önemli bir kısmı gündüz uykululuğundan yakınmaktadır. Bu zorlanmaya ek olarak dikkat gerektiren işlerde başarısızlık, iş performansında düşme, kaza ve travmalara yatkınlıkta artış bu hastalar tarafından sıkça belirtilen şikayetlerdir (2). OUAS' da semptomların çoğu uyku bölünmesinden kaynaklanır. Ancak bazı kognitif bozuklukların uyku bölünmesinden çok hipoksemiye bağlı olduğu düşünülmektedir. Testosteron seviyesinin azalması, uykunun bozulması, horlama, eşlerin birbirine karşı olan ilgisinin azalması cinsel disfonksiyonun nedenleri arasında sayılabilir (8).

## Uyku Apnesi ve Psikiyatrik hastalıklar Depresyon

OUAS'da uykuda tekrarlayan arousallar veya beyin dokusunda oksijen saturasyonunun azalması depresyon gelişimi ile ilişkili gibi görülmektedir. Bu iki durumun birlikte görülmesi bir tesadüf mü yoksa birbirini etkileyen durumlar mı hala net değildir. Uyku ile duygudurum bozuklukları arasında ilişkinin nedeni olarak menstrüel siklus, hormon terapileri ve menapoz gibi hormonal sebeplerden bahsedilmektedir ( 9 ). Literatüre bakıldığında OUAS şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında erkeklerde bir ilişkinin olmadığı ancak kadınlarda anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (10). OUAS' da depresyon görülme sıklığının %40 ile %60 gibi oldukça yüksek olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra %8 gibi daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (11-12) .

Uyku apneli hastalarda sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) tedavisine uyum ve tedavinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların CPAP tedavisi öncesi ve CPAP tedavisine başladıktan altı ay sonraki anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Tedavi sonrası hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından anlamlı azalma saptandığı bildirilmiştir (13). OUAS 'da CPAP tedavisinin anksiyete, depresyon, ve algılanan stres düzeyleri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada CPAP tedavisi ile anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalma tespit edilmiştir (14). Daha yeni bir çalışmada Edwards ve arkadaşları CPAP uyguladıkları 228 OUAS hastasını tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırdığında, hastalarda depresyon düzeylerinde anlamlı azalma olduğunu tespit etmişlerdir (15). Başka bir çalışmada ise Henke ve arkadaşları CPAP tedavisi ile depresyon puanlarında bir azalma saptamamışlardır (16).

## Anksiyete bozuklukları

Uyku apneli hastalarda anksiyeteyi değerlendiren çalışmalarda %16 ve %50 gibi çok farklı oranlarda anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (17-18). Anksiyete ve OUAS arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır ancak anksiyetenin OUAS'dan çok uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (10).

## Bilişsel İşlevler

OUAS' da özel olarak etkilenen kognitif bölgeler, tedavinin sonuçları ve kognitif bozukluğun etyolojisi halen tam olarak aydınlatılmamıştır. Aralıklı

hipoksemi, uyku da kesilmeler ve prefrontal korteks disfonksiyonunu birleştiren bir model geliştirilmiştir. Bu model uykunun kesilmesi ve hipoksemi varlığının uykunun sağladığı onarım süreçlerini azalttığını savunmaktadır; bu da sinir sistemindeki dengenin bozulması ve beynin belli alanlarında nöron ve glia hücrelerinin yaşam sürelerinin azalmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte hipoksemisinin, onarım için uygun olmayan bir hücre ortam oluşmasına neden olduğunu iddia etmektedir(19).

OUAS hastalarında dikkat, uyanıklık, yürütücü fonksiyonlar ve hafıza gibi kognitif fonksiyonları araştıran çalışmalarda; çalışmaların %60 kadarında bilişsel işlevlerde bozulma tespit edilmiştir. Çalışmaların %80 kadarı anlamlandırma ve psikomotor fonksiyonda bozukluk tespit etmiştir. Ayrıca OUAS hastalarının yürütücü fonksiyonlar ve hafıza testlerinde daha kötü performans gösterdiği çalışmalarda bildirilmiştir. Bu bulgular OUAS'da beynin farklı bölgelerinin işlevinde bozulma olduğuna işaret eder (20). Borak ve arkadaşları CPAP tedavisi sonucunda ciddi OUAS'lı hastalarda kognitif fonksiyonlar açısından anlamlı erken iyileşme tespit ederken, emosyonel durum üzerine CBAP tedavisinin katkısı olmadığını bildirmişlerdir. Kognitif yetersizlik hastalığın ciddiyeti arttıkça artıyor gibi görünmektedir (21). Findley ve arkadaşları, hipoksemisi olan hastaların; dikkat, hafıza, uyanıklık ve genel bilişsel fonksiyonlarda daha kötü performans sergilediğini bildirmişlerdir (22).

### **Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi tanım olarak "kişinin kendi yaşamından memnun olma hali" olarak tanımlanmaktadır (23). Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini; gerek bireylerin yaşadıkları ortamdaki kültür ve değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, yaşam standartları ve endişeleri bağlamında, hayattaki durumlarını algılama biçimi olarak tariflemişlerdir (24). Objektif ve subjektif yaşam kalitesi şeklinde tanımlar mevcuttur. Objektif yaşam kalitesi; yaşam aktivitelerinde, sosyal, sağlık gibi alanlarda göstergelerin bazı ölçeklerle değerlendirilmesine dayanır. Subjektif yaşam kalitesi ise bu göstergelerin kişinin kendisi tarafından algılanması ve değerlendirilmesine dayanmaktadır (25). Fiziksel iyilik halini daha çok yaşam kalitesinin

objektif göstergeleri belirler. Kişinin mevcut durumuna rağmen günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi ve bunları yaparken zevk duymasıdır (26).

Yapılmış bazı çalışmalarda OUAS'lu hastalarda yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında bozulduğu bulunmuştur fakat bu sonuç depresyon ve anksiyeteden bağımsız bir bozulma olarak tespit edilmiştir (27-28).

### **Psikososyal Sorunlar**

Uyku apneli hastalarda görülen sosyal fonksiyonlarda azalma, ruh sağlığı ve kişinin kendi enerjisinin azaldığını hissetmesi gibi problemler dolaylı olarak hastaların eşlerini de etkilemektedir (29). Eşler ilk zamanlarda horlama ve soluk kesilmeleri gibi sorunları yadırgamakta ancak zaman içinde bu sorunlara ve yatakta huzursuz uyuyan eşlerine uyum sağlamaktadırlar. Uyku apneli hastaların boşanma oranları normal popülasyondaki çiftlere göre daha yüksektir. Boşanmayan eşler de evliliğin ilerleyen yıllarında ayrı odalar yada yataklarda yatmaktadırlar (30). Hastalarda zamanla görülen cinsel isteksizlik de ilişkilerini olumsuz şekilde etkilemekte, bu durum da evliliği sürdürmeyi zorlaştırmaktadır (29).

OUAS pozitif hava yolu basıncı sağlayan cihazlarla tedavi edildiğinde hem hastaların hem de hastaların eşlerinin yaşam kalitesi artmaktadır (31). Doherty ve arkadaşları (32) yaptıkları bir çalışmada CPAP tedavisi öncesinde ve sonrasında OUAS'lı hastaların eşlerinin anksiyete ve depresyon düzeylerine bakmışlar ve sonuçta anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düzelme saptarken depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark bulamamışlardır. OUAS'lu hastalarda çoğu zaman mesleki performansta düşüşler görülmektedir. Hastalar uyanık kalma konusunda zorlanırlar ve hem kendisinin hem de çevresinin bu hastalığı bilmemesi nedeniyle alay edilirler. Bu durum da kişinin depresyona girmesine neden olabilir (29).

### **Psikiyatrik Açıdan Tedavide Dikkat Edilecek Noktalar**

Uyku apnelerini arttıran faktörlerin başında alkol ve sedatif ilaçlar gelir. Apneli bireylerin uyumadan en geç 4-5 saat öncesinde alkol alımını bırakması gerekmektedir. Alkol kullanımı apnelerin sayısını, süresini ve desatürasyonları artırır. Çünkü alkol, diyafragmanın aktivitesini etkilemeden farens

kaslarının elektromiyografik aktivitesini azaltır. Böylece farensin kollapsı kolaylaşmış olur. Bununla birlikte alkol, mukozalar üzerine olan iritasyon ve vazodilatatör etkisiyle farensin ve nazal rezistansı artırır, bu da plevral ve farensin negatif basıncın artmasına yol açar ve yine üst solunum yolu kollapsı kolaylaşır. Sigara ve çevresel maruziyet de hava yolu inflamasyonunu artırarak OUAS için bir risk oluşturmaktadır (33).

OUAS'lu bireylerin sedatif ve hipnotik ilaç kullanımına dikkat etmeleri gerekmektedir. Örneğin diazepam seçici olarak nervus hipoglossusun ve nervus rekürrensini aktivitesini azaltır. Bu nedenle, sedatif ilaç kullanımı ile üst solunum yolu kollapsı kolaylaşmaktadır (34-35).

Protriptilin nonsedatif bir trisiklik antidepresandır. Apne sayısı ve OUAS şiddetini azalttığı gösterilmiştir. Protriptilin REM 'i baskılayıcı etkisi vardır. En fazla sayı ve şiddette apne REM'de görüldüğü için bu ilaç REM'i azaltarak OUAS üzerinde etkili olur. Sadece hafif OUAS ve apnelerin baskın olarak REM'de görüldüğü olgularda, sürekli pozitif hava yolu basıncı gibi diğer daha etkin tedaviler tolere edilemezse denenebilir. Bir selektif serotonin reuptake inhibitörü olan fluoksetin, protriptilinle benzer etkiye sahiptir, ancak yan etkileri çok daha azdır. Protriptilin yerine kullanılmasını öneren araştırmacılar vardır (36-37). CPAP kullanan ve gündüz uykulu olan vakalarda modafinil kullanılabilir. Anksiyolitik olarak buspiron tedavide bir seçenektir.

## SONUÇ

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların uyku düzeni dikkatlice sorgulanmalı, gerekirse yakınlarıyla da görüşülmelidir. Özellikle kilolu hastaların, horlama şikayeti olan hastaların OUAS açısından sorgulanması önem taşımaktadır.

Böylece depresyon ve anksiyete bozukluklarının çekirdek belirtilerini taşımayan, dikkat bozukluğu, halsizlik, sinirlilik, uykululuk, iş hayatında sorunlar yaşama gibi şikayetleri olan hastaların doğru tanı ve tedavi alması sağlanabilir.

## KAYNAKLAR

1. Guilleminault C, Stoohs R, Clerk A, et al. From obstructive sleep apnea syndrome to upper airway resistance syndrome, consistency of daytime sleepiness. *Sleep*, 1992; 15: 13-6.
2. Demir B, Mercan S. Uyku Bozuklukları RCHP 1: 1 Ocak 2007: 7-20.
3. Silverberg DS, Laina A, Oksenberg A. Treating obstructive sleep apnea improves essential hypertension and quality of life. *Am Fam Physician* 2002; 2: 229-36.
4. Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 300-8.
5. American Academy of Sleep Medicine. ICSD-2: The International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual, Ed.2, Westchester, Illinois: AASM,2005.
6. Köktürk O, Çiftçi TU. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ilişkili hastalıklar ve ayırıcı tanı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2002; 50(1): 104-18.
7. Köktürk O. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu klinik özellikler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1999; 47.(1): 117-26.
8. Krieger J. Clinical presentations of sleep apnoea. *European Respiratory Monograph* 1998; 10: 75-105.
9. Bardwell WA, Berry CC, Israel SA, et al. Psychological correlates sleep apnea. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47: 583-96.
10. Pillar G, Lavie P. Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome: effects of gender and respiratory disturbance index. *Chest* 1998; 114: 697-703.
11. Quereshi A, Ballard RD, Nelson HS. Obstructive sleep apnea *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2003; 112: 643-651.
12. Sharafkhaneh A, Richardson P, Hirshkowitz M. Sleep apnea in a high risk population: a study of veterans health administration beneficiaries. *Sleep Med* 2004; 5: 345-550.
13. Fidan F, Ünlü M, Sezer M, et al. Compliance to CPAP treatment and effects of treatment on anxiety and depression in patients with obstructive sleep apnea syndrome 2007; 55(3):271-277.
14. Çelik M, Sarıkaya Y, Acar M, et al. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Olan Hastalarda Sürekli Hava yolu Basıncı Tedavisinin Depresyon, Kaygı ve algılanan Stres düzeylerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016;27
15. Edwards C, Mukherjee S, Simpson L, et al. Depressive symptoms before and after treatment of obstructive sleep apnea in men and women. *J Clin Sleep Med* 2015;11: 1029-1038.
16. Henke KG, Grady JJ, Kuna ST. Effect of nasal continuous positive airway pressure on neuropsychological function in sleep apnea-hypopnea syndrome. A randomized, placebo-controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:911-917.
17. Sforza E, De Saint Hilaire Z, Pelissolo A, et al. Personality, anxiety and mood traits in patients with sleep-related breathing disorders: effect of reduced daytime alertness. *Sleep Med* 2002; 3: 139-45.
18. Doherty LS, Kiely JL, Lawless G, et al. Impact of nasal continuous positive airway pressure therapy on the quality of life of bed partners of patients with obstructive sleepapnea syndrome. *Chest* 2003; 124: 2209-14.
19. Beebe DW, Gozal D. Obstructive sleep apnea and the prefrontal cortex: Towards a comprehensive model linking nocturnal upper airway obstruction to daytime cognitive and behavioral deficits. *J*

Sleep Res 2002; 11: 1-16.

20. Aloia MS, Arnedt JT, Davis JD, et al. Neuropsychological sequelae of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: A critical review. J. In Neuropsychological Society 2004;10: 772-85.

21. Borak J, Cieslicki, J, Szelenberger W, et al. Psychopathological characteristics of the consequences of obstructive sleep apnea prior to and three months after CPAP. Psychiatria Polska 1994; 28: 33-44.

22. Findley LJ, Barth JT, Powers DC, et al. Cognitive impairment in patients with obstructive sleep apnea and associated hypoxemia. Chest 1986; 90: 686-90.

23. Fuhrer MJ. Subjective well-being: Implications for medical rehabilitation outcomes and models of disablement. Am J Phys Med Rehabil 1994;73: 358-64.

24. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. Psychol Med 1998; 28: 551-9.

25. Dijkers MP. Individualization in quality of life measurement: Instruments and approaches. Arch Phys Med Rehabil 2003;84(4):3-14.

26. Atagöz K. KOAH olan hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi (tez). İzmir: D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü;1998.

27. Aloia M, Arnedt JT, Smith L, et al. Examining the construct of depression in obstructive sleep apnea syndrome. Sleep Med 2005; 6: 115-121.

28. Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, et al. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. Sleep 2005; 28(11):1405-11.

29. Köktürk O. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu sonuçları.Uyku bozuklukları dizisi. Tuberk Toraks 2000;48(3):273-89.

30. Aldrich MS. Obstructive sleep apnea syndrome. In: Aldrich MS (Ed). Sleep medicine. New York: Oxford University Press; 1999. p.202-36.

31. Parish JM, Lyng PJ. Quality of life in bed partners with obstructive sleep apne or hypopnea after treatment with continuous positive airway pressure. Chest 2003;124:942-7.

32. Doherty LS, Kiely JL, Lawless G, et al. Impact of nasal continuous positive airway pressure therapy on the quality of life of bed partners of patients with obstructive sleep apnea syndrome. Chest 2003;124(6):2209-14.

33. Köktürk O. Obstrüktif uyku apne sendromu epidemiyolojisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1998; 46: 193-201.

34. Montserrat JM, Ballester E, Hernandez L. Overview of management options for snoring and sleep apnea. Eur Respir Mon (Respiratory Disorders During Sleep) 1998; 3: 144-78.

35. Sanders MH. Medical therapy for obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds). Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia:WB Saunders Company 2000: 879-93.

36. Whyte KF, Gould GA, Airlie MA, et al. Role of protriptyline and acetazolamide in the sleep apnea/hypopnea syndrome. Sleep 1988; 11: 463-8.

37. Hudgel DW. Treatment of obstructive sleep apnea. Chest 1996; 109: 1347-58.