

Gündüz Aşırı Uykululukta Klinik Değerlendirme

Sadık Ardıç

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kars

Uyku sağlık için esastır, organizmanın yenilenmesini, uyanıklığı ve kendini iyi hissetmeyi sağlar. Uyku bozukluğu ise sıklıkla iyilik halini bozar ve bir dizi sistemik ve psikolojik bozukluğa neden olur (1).

Uykuluğu ilgi, bilimsel ve klinik dikkat sonucu yaşamı tehdit eden ciddi tıbbi sorunlara bağlı gelişen gündüz aşırı uykululuğun (GAU) fark edilmesiyle ortaya çıkmıştır. Başlangıçta, 1960'lı yıllarda bu semptom bireyin yaşam tarzı, tembellik belirtisi ya da birey hastalık numarası yapıyor diye göz ardı edilmiş. Daha sonra GAU önemsenerek saptanmasında birçok yöntem geliştirilmiştir (2).

Uykululuk uzun süren bir uyanıklık sürecini izleyerek normaldir. GAU ise bireyin dikkatinin normal ve uyanık olması gereken zamanda kontrol edilemeyen uykuya gitme eğilimi varlığıdır. Bu okulda, toplantıda, araçta yolcu olarak bulunurken ve hatta araç kullanırken olur. Halsizlikten farklıdır. Halsizlik hareket ya da bir işi yaptıktan sonra ortaya çıkar, uykuya gitme söz konusu değildir. GAU'luk çeşitli derecelerde olur. Hafif uykululuk örneğin; kitap okurken ve sakin bir şekilde otururken gelebilir. Bu bireyin yaşamını çok olumsuz etkilemeyebilir. Oysa ağır GAU da uyanık kalmak gereken zamanlarda gelen uyku atakları ile zorlaşır. Birey uykuya gitmeye direnemez (1). Çalışan bireyde bu durum istenmeyen, yaşamı tehdit edebilecek iş ve trafik kazalarının oluşmasına neden olur.

GAU'nun ortaya çıkmasında birçok uyku bozukluğu ve diğer tıbbi sorunlar etken olmaktadır. Bu arada GAU'ya neden olan klinik tablonun ortaya çıkarılması klinik değerlendirmede esastır. GAU'nun oluşmasında Sirkadiyen ritim bozuklukları (ileri faz, gecikmiş faz ve serbest seyreden uyku faz bozuklukları ve vardiya çalışması), uyku bozukluklarından intirinek olanlar (uyku apne, periyodik ekstremite hareketleri bozukluğu, hipoventilasyon, kalp yetmezliği, gastroösefajial reflü, ağrı), ekstinsek olan uyku bozuklukları (gürültü, ısı farklılıkları, ışık durumu, yatak arkadaşı, yatağın durumu, ortamda allerjen varlığı), intrinsik uyku mekanizmaları bozuklukları (katapleksili ve katapleksisiz narkolepsi, idiyopatik hipersomni, Klein Levine sendromu, nörolojik hastalıklar), bazı durumlara ikincil olarak gelişen (ilaçlar, bitkisel ilaçlar, gıda destekleri, keyif verici ilaçlar, tıbbi hastalıklar), uyku yoksunluğu (isteğe bağlı kötü planlanmış çalışma saatleri, zamanı kötü kullanma ve uykuyu ayrılan süreyi kötü kullanma), halsizlik (psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalıklar) durumlar etkendir (1).

Uyku bozukluğu problemi olan bireyler uyku merkezine uykuya dalamama ve GAU problemi ile başvuracaktır (1). GAU'da semptom olarak birey dikkatini bir süreliğine kaybeder. Bireyin gün içinde bilişsel fonksiyonları da bozulmuştur. Örneğin; birey trafikte çıkacağı yol sapağını kaçırma ya da gitmesi gereken yerden başka bir yere yönelmesi söz konusu olur.

Uyku bozuklukları var olan bireyde insomni ve hipersomni gözlenir. Hipersomni sıklıkla GAU'yla birlikte olup, uyanık olunması gereken süreçte uyku isteğinin yoğunlaşması ile devam eden bir durumdur (1). Uykunun bozulması sıklıkla uyanıklık durumunun sürdürülmesini zorlaştıracaktır ve karşılıklı olarak birbirini olumsuz etkileyeceklerdir (1).

Uykululuğun sıklığı anketlerde ya da çalışmalarda kullanılan uykululuk tanımına bağlı olmak üzere değişiklik göstermekteydi. Ancak uykululuk epidemiyolojisinde ki yeni değişiklikler, standardize edilmiş uykululuk ölçeklerinin kullanılması, uykululuğun fizyolojik bulgularının uykuya dalma davranışı olarak ölçülüyor olması, bu oluş sürecinin hızının saptanması gibi yaklaşımlarla sıklık daha doğru saptanmaktadır (2).

GAU'nun sıklığı önceleri daha az bulunurken, sonraki yıllarda Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS) ve diğer birçok uykululuk ölçeği doğru saptanmasını kolaylaştırmıştır (3).

ESS (ESS ≥ 10) kullanılarak yapılan bir çalışmada fabrikada çalışanlar arasında GAU'nun %23 olduğu saptanmıştır (4). Bir çok epidemiyolojik çalışmada GAU sıklığı (haftada üç gün görülmesi) %4 ile %20,6 oranında saptanmıştır. Ağır GAU'nun ise %5 dolayında olduğu bildirilmiştir (5).

GAU'nun saptanması sürecinde, yakınmayla gelen bireyin öyküsü alındıktan sonra uykululuğu saptayan ölçeklerle değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirmede en sık kullanılan ESS'dir. ESS, bizde rutinde sıklıkla kullanılmaktadır. Uluslararası kabulde ESS'nin skorunun 10'un üzerinde olması GAU için yeterli kabul edilmektedir (3). Ayrıca Stanford Uykululuk Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği, Karolinska Uykululuk Ölçeği gibi ölçeklerde kullanılmaktadır.

GAU'nun objektif ve kanıta dayalı gösterilmesi polisomnografi altında laboratuvar ortamında Çoklu Uyku Latensi Testi (MSLT-ÇULT) yapılarak olasıdır. Bu testin gün içinde beş kere, 2 saatlik dilimlerde uykuya dalma süresinin kıaldığının polisomnografik kayıta gösterilmesine dayalıdır. Birey uyku merkezinde sokak kıyafetleri ile yatağa yatırıldığında uykuya direnmemesi söylenir. Uykuya daldıktan sonra uyandırılır. İkinci teste kadar yatakta kalmasına izin verilmez. Burada testlerin uykuya dalma sürelerinin toplamın ortalaması alınır. Buna göre uykululuk var mı? yok mu? karar verilir (6).

ÇULT sonuçlarına göre fizyolojik olarak uykululuğun saptanmasında, uykuya dalma hızı 5 dakikanın altında alındığında GAU sıklığının %15 dolayında olduğu gösterilmiştir (7).

Uykululuğun klinik olarak saptanmasında bir diğer test Uyanıklığın Sürdürülmesi testidir [Maintenance of Wakefulness Test (MWT)]. Bu da laboratuvar ortamında polisomnografi kaydı sırasında uykuya direnme ya da uyanık kalmayı sürdürme çabası üzerine temellendirilmiştir. Buda ÇULT'de olduğu gibi iki saatlik aralarla yapılan beş testten oluşur. Birey laboratuvarında sokak kıyafetleri ile yatağa oturtulur, başka bir işle uğraşmaması (kitap okuma, televizyon seyretme vb.) söylenir. Işık ise tam karartılmaz, kısılır ve bireyin uyanık kalması, uykuya direnmesi tembihlenir. Test başladıktan sonra birey uykuya gittiğinde birey uyandırılarak test sonlandırılır. Hastanın uykuya gittiğinde ilk N1 uyku 30

saniyelik epok görülünce test sonlandırılır. Beş testin uykuya dalış sürelerinin ortalaması alınarak test sonucunda uykululuğun varlığına karar verilir (6).

GAU yukarıda açıklandığı üzere saptanıp, altta yatan klinik durum da tespit edilerek olayın tedavisine karar verilir. Bu tedavinin başarısı uyku hekiminin doğru yaklaşım, olayın saptanması ve uygulayacağı tedavi yöntemlerinin başarısı ve hastanın verilen tedaviyi doğru uygulaması ile ilişkilidir.

Kaynaklar

1. Vaughn B.V., D'Cruz O'N.F. 2011 Cardinal Manifestations of sleep Disorders. In: Kryger M, Roth T, Dement W, eds. Principles and practice of sleep medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 647-657.
2. Roehrs T, Carskadon M, Dement W, Roth T. 2011 Daytime sleepiness and alertness. In: Kryger M, Roth T, Dement W, eds. Principles and practice of sleep medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 43-52.
3. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altinors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. Sleep Breath 2008;12(2):161-8.
4. Melamed S, Oksenberg A. Excessive daytime sleepiness and risk of occupational injuries in non-shift daytime workers. Sleep 2002;25(3):315-22.
5. Ohayon MM. From wakefulness to excessive sleepiness: what we know and still need to know. Sleep Med Rev 2008 Apr;12(2):129-41. doi: 10.1016/j.smr.2008.01.001.
6. Hirshkowitz M, Sarwar A, Sharafkhaneh A. 2011 Evaluating Sleepiness. In: Kryger M, Roth T, Dement W, eds. Principles and practice of sleep medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1624-1631.
7. Levine B, Roehrs T, Zorick F, Roth T. Daytime sleepiness in young adults. Sleep 1988; 11(1):39-46.
8. Bixler, E. O. et al. Excessive daytime sleepiness in a general population sample: the role of sleep apnea, age, obesity, diabetes, and depression. J Clin Endocrinol Metab 90, 4510-4515, doi:10.1210/jc.2005-0035 (2005).
9. Jaussent I, Morin CM, Ivers H, Dauvilliers Y. Incidence, worsening and risk factors of daytime sleepiness in a population-based 5-year longitudinal study. Sci Rep 2017;7(1):1372. doi: 10.1038/s41598-017-01547-0.
10. Verceles AC, Corwin DS, Afshar M, Friedman EB, McCurdy MT, Shanholtz C, Oakjones K, Zubrow MT, Titus J, Netzer G. Half of the family members of critically ill patients experience excessive daytime sleepiness. Intensive Care Med 2014;40(8): 1124-1131. doi:10.1007/s00134-014-3347-z.