

SÖZEL BİLDİRİ ÖZET METİNLER

SB3

COVID-19 Enfeksiyonu Takibinde Uyku Bozuklukları: Tek Merkez Deneyimi

¹Selahattin Ayas, ²Anıl Uçan

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Eskişehir

²Eskişehir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Eskişehir

Giriş: Bu çalışma, COVID-19 enfeksiyonu sonrası meydana gelen uyku ile ilişkili bozuklukları ve olası nedenlerini araştırmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Uyku ve Bozuklukları Ünitemize son 3 ayda başvuran, COVID-19 enfeksiyonu öyküsü olan, 18 yaş üstü hastaların verileri anamnez, laboratuvar, görüntüleme ve polisomnografi incelemelerinden geriye dönük olarak elde edildi. Hastaların Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKI), Epworth uykululuk skalası ve Beck anksiyete envanteri (BAE) testleri verileri çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: COVID-19 enfeksiyonu sonrası çalışmaya dahil edilen 25 hastanın tümünde Uyku ve Bozuklukları Ünitemize başvuru nedeni uykusuzluk şikayetleriydi. Hastaların %64'ünde uyku ile ilişkili başka bir bozukluk saptanmıştır (Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) %52 ile en sık görülenidir). Kronik kardiyorespiratuar, serebral, endokrin-metabolik hastalık öyküsü, uykusuzluk şikayeti ve buna eşlik eden ek uyku ile ilişkili bozuklukları olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (%68'e karşı %0, p=0,001). Ayrıca, bu hastalarda hastaneye yatış öyküsü anlamlı olmasa da daha yüksekti (%50'ye karşı %11, p=0,088). Tüm hastalar için medyan BAE değeri ve ortalama PUKI değeri yüksekti (sırasıyla 13 ve 11,6) ancak aralarında bir korelasyon bulunamadı (p=0,336).

Sonuç: COVID-19 enfeksiyonu sonrası en sık uyku ile ilgili başvuru nedeni uykusuzluk şikayetleri olup, kronik kardiyorespiratuar, serebral, endokrin-metabolik hastalık öyküsü ve/veya COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış öyküsü mevcutsa OUAS başta olmak üzere eşlik eden başka uyku ile ilişkili bozukluklar araştırılmalıdır. Ayrıca uykusuzluk şikayetlerinin bir nedeni olarak anksiyete bozukluğunun şiddeti uyku kalitesindeki bozulma ile korele değildir.

SB4

Polisomnografi Yapılan Bireylerde Periyodik Bacak Hareketlerinin, Vücut Kitle İndeksi ve OUAS Şiddeti ile İlişkisinin Retrospektif Analizi

¹Figen Yavla

¹Medicana International İstanbul Hastanesi, İstanbul

Amaç: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) uykuda sık tekrarlayan apneler ile karakterize bir bozukluktur. Periyodik bacak hareketleri (PBH) alt ekstremitelerde uyku sırasında ortaya çıkan, tekrarlayıcı ve stereotipik özelliği olan hareketlerdir. Bu çalışmada OUAS'da PBH varlığı ve PBH'nin Vücut Kitle İndeksi(VKİ) ve OUAS şiddeti ile ilişkisi retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Ekim 2020-Haziran 2022 tarihleri arası Medicana İstanbul Hastanesi, Uyku Laboratuvarında, uykuda solunum bozukluğu ön tanısıyla yatırılarak standart polisomnografisi (PSG) yapılmış olan ardışık 480 hasta dahil edildi. Olgular retrospektif olarak hasta kayıtlarının taranması yöntemi ile değerlendirildi. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ve Obezite gruplandırması; normal Vücut kitle indeksi (VKİ) <25 kg/m², fazla kilolu, preobez 25 kg/m²≤VKİ<30 kg/m², birinci derece obez 30 kg/m²≤VKİ<35 kg/m², ikinci derece obez 35 kg/m²≤VKİ<40 kg/m²; üçüncü derece obez 40 kg/m²≤VKİ şeklinde yapıldı. Polisomnografi sonucuna göre Apne-hipopne indeksi (AHI) belirlenip, periyodik bacak hareket indeksi (PBHI) ≥15 olması PBH olarak kabul edildi

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 480 hastanın 280'i (%58,3) erkek, 200'ü (%41,6) kadındı. Hastaların genel yaş ortalaması 44,21±10,62 idi. Hastalar PBH olan ve olmayan iki gruba ayrılarak incelendi. 160 hasta (%33,3) PBH tanısı alırken, 320 hasta (%66,6)'da PBH yoktu. Cinsiyetin PBH varlığına etkisi yoktu ancak PBH tanısı alanlarda VKİ ve yaş ortalaması, PBH olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0,001). Yine PBH olanlarda AHI, PBH olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p<0,001). PBH'i olan hastaların %59,4'ünde ağır OUAS, %30'unda orta OUAS, %10,6'sında ise hafif OUAS tanısı aldı. Ağır OUAS tanılı hastaların, yaş ortalaması ve vücut kitle indeksi (VKİ) daha yüksek bulundu. PBH sıklığı yaşla birlikte, OUAS şiddetine ve VKİ'e paralel olarak artmaktaydı.

		PLM (-) (n=320)	PLM (+) (n=160)	<i>p</i>
Yaş (yıl)		42 (19-59)	55 (18-69)	<0,001
Cinsiyet (n)(%)	Erkek	173 (54,1)	107 (66,9)	0,007
	Kadın	147 (45,9)	53 (33,1)	
BMI (kg/m ²)		27,75 (17,10-41,60)	32,10 (21,70-44,50)	<0,001
BMI Grup	Zayıf	3 (0,9)	0 (0)	
	Normal	83 (25,9)	16 (10)	
	Fazla kilolu	153 (47,8)	39 (24,4)	
	1. derece obez	71 (22,2)	57 (35,6)	
	2. derece obez	8 (2,5)	37 (23,1)	
	3. derece obez	2 (0,6)	11 (6,9)	
AHI indeksi		17,50 (1,10-78,10)	40,25 (5,10-101,10)	<0,001
AHI grup	Normal	15 (4,7)	0 (0)	
	Hafif OSAS	116 (36,3)	17 (10,6)	
	Orta OSAS	103 (32,2)	48 (30)	
	Ağır OSAS	84 (26,3)	95 (59,4)	

Sonuç: OUAS hastalarında PBH varlığı hastalık şiddeti ve VKİ ile ilişkili bulundu. OUAS ön tanılı hastalarda, VKİ yüksekse PBH akla gelmeli ve özellikle OUAS şiddeti ile artış unutulmamalıdır. Bu çalışma polisomnografi kaydıyla OUAS tanısı konmuş olan yüksek sayıda hastayla yapılmış az sayıdaki çalışmalardan biri olması sebebiyle OUAS pratiği açısından önemli katkılar sağlamaktadır. Çalışmamız retrospektif olup OUAS ve PBH birlikteliğini vurgulamakla birlikte neden sonuç ilişkisini de ortaya koymaktadır.

SB5

Genç Hastalarda (55 Yaş Altı) İskemik İnme ve Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun Birlikteliğinin Kognisyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

¹Ayşegül Şeyma Sarıtaş, ¹Ayşın Kısabay Ak, ¹Hikmet Yılmaz

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: İnme hastalarının büyük çoğunluğunda obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) başta olmak üzere uyku ile ilişkili solunum bozuklukları (USB) sık görülür. Hem OUAS hem de inme kognitif fonksiyonların etkilenmesine ve bozulmasına yol açar.

Amaç: Çalışmamızda; farklı OUAS gruplarından oluşan inme hastalarına yapılan kognitif testlerin hem OUAS derecelerine göre hastalar arasında, hem de sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması, kognisyona olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız etik kurulu onayı sonrası prospektif olarak yapılmıştır. Çalışmamıza; 55 yaş altı iskemik inme geçiren 60 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitimi ile uyumlu 60 sağlıklı olgu kontrol grubu olarak alınmıştır. Tüm hastalar, OUAS birlikteliği açısından değerlendirilmek üzere uyku laboratuvarında bir gece polisomnografi eşliğinde incelenmiştir. İnme lokalizasyonu açısından hemisferik, beyin sapı ve insuler bölge olarak üç grupta değerlendirilmiştir. Ayrıca damar sistemi açısından ön, arka, ön ve arka sistem birlikteliği olarak lokalize edilmiştir. NIH İnme Skoru (NIHSS), Modifiye Rankin Skalası (MRS), Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA) ile hastaların fonksiyonelliği değerlendirilmiştir. Hastaların ve kontrol grubunun, tüm kognitif alan fonksiyonlarını (yönetici işlevler, dikkat, lisan, gecikmeli hatırlama, soyut düşünme, yönelim ve toplam puan) global olarak değerlendirmek için MOCA; dikkat planlama yetenekleri ve ayırt edebilme fonksiyonları için Stroop Testi; planlama, bellek, görsel işlevler, vizuospasyal yetenekleri için saat çizme testi; bellek fonksiyonları, dikkat, duyarlar arasındaki iletişim fonksiyonları için Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi ve depresyonun dışlanması için Beck Depresyon Ölçeği yapılmıştır. Subjektif gündüz aşırı uykululuğun değerlendirilmesi için Epworth Uykululuk Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Genç inme tanısı alan 60 hasta polisomnografi sonucuna göre; 7 normal, 10 primer horlama, 14 hafif OUAS, 11 orta OUAS, 18 ağır OUAS hastası olarak gruplandırılmıştır. Demografik veriler (eğitim, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Yönetici işlev, adlandırma, dikkat, lisan, gecikmeli hatırlama, MOCA testi toplam puan, Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testinin görsel sözel, görsel yazılı, görsel sözel+ görsel yazılı, işitsel sözel+ görsel sözel, işitsel sözel+ görsel yazılı, toplam puan parametrelerinde özellikle ağır OUAS hasta grubunda belirgin olmak üzere, OUAS hasta gruplarında kontrol grubuna göre bozulma olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Stroop Testi tüm parametre skorları, özellikle ağır OUAS hasta grubunda bozulmuş olarak saptanmıştır ($p<0.05$). OUAS derecesi arttıkça günlük yaşam aktivitesinde azalma olduğu gözlenmekle birlikte istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir. (Tablo-1)

Tablo 1: Hastalık Derecesine Göre MOCA- Stroop- Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testi – Saat Çizme Testi, Günlük Yaşam Aktivitesi Testi Değerlendirilmesi

Kognitif Testler	Normal	Primer horlama	Hafif derecede obstrüktif uyku apne sendromu	Orta derecede obstrüktif uyku apne sendromu	Ağır derecede obstrüktif uyku apne sendromu	Kontrol	p**

MOCA Testi	Yönetici işlevler	4 (4-5) ab	4,5 (3-5)a	4 (1-5)ab	4 (0-5)ab	3 (1-5)b	4 (3-5) a	0,005
	Adlandırma	3 (3-3) a	3 (2-3)ab	3 (2-3)ab	3 (2-3)ab	3 (2-3)b	3 (3-3) a	<0,001
	Dikkat	6 (2-6) b	5,5 (2-6)b	6 (1-6)b	3 (2-6)a	3 (1-5)ac	5,5 (5-6) b	<0,001
	Lisan	2 (0-3) a	1,5 (0-2)a	2 (0-3)a	2 (0-3)a	2 (0-3)a	3 (2-3) b	<0,001
	Soyut düşünme	2 (2-2) ab	2 (1-2)ab	2 (1-2)ab	2 (2-2)ab	2 (1-2)a	2 (2-2) b	0,055
	Gecikmeli hatırlama	2 (0-3) a	3 (0-5)ab	2 (0-4)a	2 (0-3)a	1 (0-3)a	3 (3-4) b	<0,001
	Yönelim	6 (6-6)	6 (6-6)	6 (5-6)	6 (6-6)	6 (4-6)	6 (5-6)	0,051
	Toplam puan	25 (19-26) ab	24 (16-27) a	23 (18-26) a	21 (16-25) a	19,5 (12-22) a	27 (25-28) b	<0,001
Stroop testi	Stroop bölüm 1	9,5 (7,7-24,3) ab	12,3 (9,4-19,2) b	11,6 (9,1-19,2) b	10,9 (7,5-23) b	11,2 (7,7-56,1) b	8,4 (6,3-12,4) a	<0,001
	Stroop bölüm 2	10 (7,1-29) ab	12,7 (9,6-18,5) b	13,3 (9,4-34) b	14,6 (8,5-23,8) b	12,8 (7,2-48,4) b	8,7 (0-20,1) a	<0,001
	Stroop bölüm 3	13 (8,4-40,2) b	16 (12,5-30,8) b	17,2 (10,3-27,1) b	13,4 (11,3-33,2) b	19,8 (11,4-25,62) b	8,8 (6,4-17,9) a	<0,001
	Stroop bölüm 4	18 (13,7-51,3) ab	23,9 (14,9-40,4) b	23,9 (12,9-44,1) b	20,4 (13,4-51,5) ab	31,5 (20,4-68,9) b	14,5 (9-33,18) a	<0,001
	Stroop bölüm 5	27,8 (20,8-50,4) ab	24,9 (21,3-55,8) ab	34,9 (19,7-85,9) b	28,5 (17-98,3) ab	46,9 (24,7-50,67) b	23,1 (10,5-47,92) a	<0,001
Görsel işitsel sayı dizileri testi	İşitsel sözel	7 (4-8)	6 (4-8)	6 (3-8)	6 (3-7)	5 (3-6)	6 (5-8)	0,066
	Görsel sözel	6 (3-9) ab	6 (3-8) ab	6 (3-9) ab	6 (3-9) ab	5,5 (4-6) a	6 (5-8) b	0,040
	İşitsel yazılı	5 (3-7)	6 (3-9)	6 (4-8)	6 (2-8)	5,5 (3-7)	6 (5-8)	0,468
	Görsel yazılı	7 (5-9) ab	7 (6-8) ab	7 (4-9) ab	7 (2-9) ab	7 (3-8) a	8 (7-9) b	0,004
	İşitsel sözel+ işitsel yazılı	12 (7-14)	12 (8-17)	12 (8-15)	12 (5-15)	11 (6-12)	11 (10-16)	0,349
	Görsel sözel+ görsel yazılı	13 (9-18) ab	13 (10-16) ab	13,5 (8-17) ab	14 (5-17) ab	12 (7-14) a	14 (12-17) b	0,001
	İşitsel sözel- görsel sözel	13 (8-16) ab	12 (7-15) ab	10,5 (9-16) ab	12 (6-14) ab	11 (7-12) a	12 (10-16) b	0,016
	İşitsel yazılı- görsel yazılı	13 (9-15)	12,5 (10-17)	13,5 (8-16)	14 (4-17)	13 (6-14)	13 (12-17)	0,095
	İşitsel sözel- görsel yazılı	15 (10-17) ab	13 (11-16) ab	13 (9-16) ab	13 (5-15) ab	12 (6-14) a	13,5 (12-17) b	0,003
	Görsel sözel- işitsel yazılı	12 (8-14)	12,5 (8-16)	11 (8-16)	12 (5-17)	11 (7-13)	12 (10-16)	0,144
Toplam puan	27 (19-30) ab	26,5 (19-32) ab	25 (17-31) ab	26 (10-30) ab	23,5 (13-25) a	25 (22-33) b	0,015	
Saat çizme testi	Saat çime testi	10 (10-10)	9,8 (8-10)	8,8 (3-10)	9,2 (4-10)	9 (5-10)	10 (10-10)	0,350

Günlük yaşam aktivitesi testi	Günlük yaşam aktivitesi	21,7 (17 - 23)	22,4 (19 - 23)	21,86 (13 - 23)	21,55 (16 - 23)	20,94 (13 - 23)	20,7 (16 - 22)	0,734
-------------------------------	-------------------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	----------------	-------

χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği *ortanca (minimum – maksimum), a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastalar özellikli infarkt alanına göre değerlendirildiğinde (beyin sapı, hemisfer, insula) testlerin hiçbirinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır (p>0.05). (Tablo-2)

Tablo 2: Özellikli İnfarkt Alanına Göre Kognitif Testlerin Değerlendirilmesi

Kognitif Testler		İnsular bölge	Beyin sapı	Hemisfer	p**
MOCA Testi	Yönetici işlevler	4 (4 - 5)	3,5 (2 - 5)	4 (0 - 5)	0,647
	Adlandırma	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	0,854
	Dikkat	3,5 (2 - 6)	3,5 (2 - 6)	4 (1 - 6)	0,940
	Lisan	1 (0 - 1)	1,5 (1 - 3)	2 (0 - 3)	0,082
	Soyut düşünme	2 (1 - 2)	2 (2 - 2)	2 (1 - 2)	0,347
	Gecikmeli hatırlama	2 (0 - 5)	2 (0 - 3)	2 (0 - 4)	0,928
	Yönelim	6 (6 - 6)	6 (5 - 6)	6 (4 - 6)	0,570
	Toplam puan	21,5 (19 - 24)	21 (19 - 25)	23 (12 - 27)	0,850
Stroop testi	Stroop bölüm 1	12,6 (10,5 - 24,3)	10,3 (7,5 - 56,1)	11,4 (7,7 - 25,4)	0,219
	Stroop bölüm 2	13,3 (12,6 - 29)	12,8 (8 - 48,4)	12,7 (7,1 - 34)	0,596
	Stroop bölüm 3	16,8 (13,4 - 40,2)	12,6 (11,4 - 27)	17,1 (8,4 - 2562)	0,303
	Stroop bölüm 4	26 (17,7 - 51,3)	21,8 (14,9 - 68,9)	24,2 (12,9 - 51,5)	0,725
	Stroop bölüm 5	34,9 (19,7 - 50,4)	37 (22,7 - 61,3)	33,5 (17 - 5067)	0,789
Görsel – işitsel sayı dizileri testi	İşitsel sözel	5 (4 - 6)	6 (3 - 6)	6 (3 - 8)	0,569
	Görsel sözel	5,5 (4 - 8)	6 (3 - 9)	6 (3 - 9)	0,912
	İşitsel yazılı	4,5 (4 - 7)	6 (3 - 8)	6 (2 - 9)	0,550
	Görsel yazılı	5,5 (4 - 7)	7 (4 - 8)	7 (2 - 9)	0,123
	İşitsel sözel + İşitsel yazılı	9,5 (8 - 13)	11,5 (6 - 14)	11,5 (5 - 17)	0,511
	Görsel sözel + Görsel yazılı	11,5 (8 - 14)	13,5 (10 - 16)	13 (5 - 18)	0,442
	İşitsel sözel + Görsel sözel	10 (9 - 14)	12 (8 - 15)	11 (6 - 16)	0,759
	İşitsel yazılı + Görsel yazılı	10,5 (8 - 13)	14 (9 - 15)	13 (4 - 17)	0,188
	İşitsel sözel + Görsel yazılı	10,5 (9 - 12)	13 (9 - 14)	12,5 (5 - 17)	0,135
	Görsel sözel + İşitsel yazılı	10 (8 - 15)	11 (8 - 17)	11,5 (5 - 16)	0,749
	Toplam	20,5 (17 - 27)	25 (17 - 29)	24 (10 - 32)	0,361
Saat çizme testi	Saat çizme	10 (10 - 10)	10 (6 - 10)	10 (3 - 10)	0,525

Günlük yaşam aktivites i testi	Günlük yaşam aktivitesi	21,5 (17 - 23)	23 (22 - 23)	23 (13 - 23)	0,647
--------------------------------	-------------------------	----------------	--------------	--------------	-------

**Kruskal Wallis test istatistiği

Ön ve arka damar sisteme göre gruplandırma yapıldığında MOCA testinin lisan ve yönelim; Görsel İşitsel Sayı Dizileri Testinin görsel yazılı parametresinde ve saat çizme testinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo-3)

Tablo 3: Kognitif Testlerin Ön- Arka- Ön Ve Arka Sistem Tutulumu İle İlişkisi

Kognitif Testler		ARKA	ÖN	ÖN- ARKA	p*
MOCA Testi	Yönetici işlevler	4 (2 - 5)	4 (0 - 5)	4 (3 - 4)	0,778
	Adlandırma	3 (2 - 3)	3 (2 - 3)	3 (3 - 3)	0,338
	Dikkat	4,5 (1 - 6)	4 (1 - 6)	3,5 (3 - 6)	0,751
	Lisan	2 (0 - 3)a	2 (0 - 3)a	3 (2 - 3)b	0,032
	Soyut düşünme	2 (1 - 2)	2 (1 - 2)	2 (2 - 2)	0,619
	Gecikmeli hatırlama	2 (0 - 3)	2 (0 - 5)	1,5 (1 - 4)	0,823
	Yönelim	6 (4 - 6)a	6 (4 - 6)a	5 (5 - 6)b	0,004
	Toplam puan	22 (14 - 26)	22 (12 - 27)	22 (21 - 26)	0,669
Stroop Testi	Stroop bölüm 1	11,6 (7,5 - 56,1)	11,8 (7,8 - 24,3)	9,4 (7,7 - 11,4)	0,136
	Stroop bölüm 2	13,2 (8 - 48,4)	12,7 (7,2 - 34)	10,4 (7,1 - 11,8)	0,094
	Stroop bölüm 3	15,9 (10,3 - 33)	17,2 (11,9 - 40,2)	13,9 (8,4 - 25,62)	0,426
	Stroop bölüm 4	23,7 (12,9 - 68,9)	24,8 (13,4 - 51,5)	21,6 (13,7 - 33,7)	0,280
	Stroop bölüm 5	34,3 (17 - 61,3)	36,1 (19,7 - 50,67)	26,2 (22,3 - 47)	0,367
Görsel - işitsel sayı dizileri testi	İşitsel sözel	6 (3 - 8)	5 (3 - 8)	6 (3 - 8)	0,730
	Görsel sözel	6 (3 - 9)	6 (3 - 9)	5,5 (4 - 7)	0,283
	İşitsel yazılı	6 (3 - 8)	5 (2 - 9)	5,5 (5 - 6)	0,617
	Görsel yazılı	7 (3 - 9)a	7 (2 - 9)a	8 (8 - 9)b	0,018
	İşitsel sözel + İşitsel yazılı	11,5 (6 - 15)	10,5 (5 - 17)	11,5 (8 - 14)	0,658
	Görsel sözel + Görsel yazılı	13 (9 - 17)	12 (5 - 18)	13,5 (12 - 16)	0,081
	İşitsel sözel + Görsel sözel	12 (8 - 16)	11 (6 - 16)	10,5 (9 - 15)	0,431
	İşitsel yazılı + Görsel yazılı	14 (6 - 16)	12 (4 - 17)	13,5 (13 - 15)	0,166
	İşitsel sözel + Görsel yazılı	13 (6 - 15)	12 (5 - 16)	13 (11 - 17)	0,246
	Görsel sözel + İşitsel yazılı	12 (8 - 17)	11 (5 - 16)	11 (9 - 13)	0,365
	Toplam	25 (15 - 31)	23 (10 - 32)	23 (22 - 30)	0,380
Saat çizme	Saat çizme	10 (6 - 10)	10 (3 - 10)	10 (9 - 10)	0,043
Günlük yaşam aktivites i testi	Günlük yaşam aktivitesi	23 (18 - 23)	23 (13 - 23)	23 (22 - 23)	0,147

*n(%), **Kikare testi

Grupların ayrı ayrı değerlendirilmesinde kognitif parametrelerinde olan etkilenmenin hem NIHSS Skalası hem de Epworth Uykululuk Ölçeği ile korele olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamıza 18-55 yaş arası hastalar alındığından dolayı özellikle genç inme hastalarında obstruktif uyku apne sendromunun, inme sonrası meydana gelen kognitif bozulmaya katkı sağladığı görüldü. Özellikle inme OUAS birlikteliğinin kognitif bozulmayı belirgin olarak arttırdığı dikkati çekmiştir bu yüzden inme tanısı ile gelen hastaların OUAS açısından değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Genç inme ile OUAS birlikteliğinin kognisyona olan etkisinin değerlendirildiği literatürdeki ilk çalışmadır.

SB6

Otomatik ve Manuel Polisomnografi Skorlamalarının Karşılaştırılması**¹Turgay Dölek, ²Deniz Akpınar, ¹Semai Bek, ³Fulden Cantaş Türkiş, ¹Gülnihal Kutlu Günergin**¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyofizik ABD³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ABD

Amaç: Uyku sırasındaki fizyolojik değişiklikleri kaydeden, uykuda hareket bozuklukları ve/veya solunumsal olayları tespit etmeye yönelik bir test olan polisomnografi (PSG) iki şekilde; manuel veya bilgisayar programı aracılığıyla otomatik olarak skorlanabilmektedir. Manuel skorlama zaman alıcı bir işlem iken otomatik skorlamanın güvenilirliği açısından literatürde farklı görüşler vardır. Bu çalışmada, otomatik ve manuel PSG skorlamalarının uyumunu araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 2018 yılının Ocak-Eylül ayları arasında (9 ay) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Uyku Merkezinde obstrüktif uyku apne (OSA) ön tanısıyla bir gece yatırılarak PSG uygulanan 369 hastanın verileri alındı. Sertifikalı ve en az 5 yıl PSG okuma tecrübesi olan 7 teknisyen tarafından kayıtlar manuel olarak rastgele skorlandı ve bu şekilde her biri iki farklı teknisyen tarafından skorlanarak 738 PSG raporu elde edildi. Sonrasında hastaların kayıtları bir kez de otomatik olarak skorlandı. Veriler manuel skorlama 1 (1. grup), manuel skorlama 2 (2. grup) ve otomatik skorlama (3. grup) olarak 3 grupta incelenerek tanımlayıcı istatistikleri, karşılaştırma ve uyum analizleri yapıldı.

Bulgular: Değerlendirilen 369 hastanın %71'i (n=262) erkek, %29'u (n=107) kadın ve yaş ortalaması 48.75±12.36 (18-79) yıl idi. Vücut kitle indeksi 31.76±6.26 (n=362, aralık: 17.80-55.40) kg/m² idi. Uyku süresi ve etkinliği, uyku evreleri, apne ve hipopne sayıları, total apne-hipopne indeksi (AHİ), hızlı göz hareketi (REM) AHİ ve non-REM AHİ gibi toplamda 26 PSG parametresi bakımından otomatik ve manuel skorlama grupları karşılaştırıldı. Bu değişkenlerin tamamına yakınında 1. ve 2. gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmazken 3. grup diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdi (p<0,001). OSA tanısı ve şiddetini belirlemede vazgeçilmez olan AHİ verilerine bakıldığında; sırasıyla 1., 2. ve 3. grupların total AHİ değerleri 13.80 (4.90-35.15), 26.30 (11.65-52.70), 28.50 (13.05-56.70), REM AHİ değerleri 17.20 (4.63-42.03), 29.65 (10.68-54.55), 34.60 (12.70-57.80) ve non-REM AHİ değerleri 11.40 (3.25-32.20), 26.40 (9.80-53.80), 28.60 (11.30-58.35) olarak saptandı. 1. ve 2. grup orta ve/veya ağır OSA bulguları gösterirken, 3. grupta hafif veya orta derecede OSA bulguları saptandı. Gruplar arasındaki uyum analizi değerlendirilmesinde incelenen değişkenlerin tamamına yakınında 1.ve 2. gruplar arasında pozitif yönde kuvvetli bir uyum saptandı (p<0,001). 3. grupta ise uyku süresi, apne sayısı, obstrüktif apne sayısı ve %'si, hipopne sayısı ve %'si, total AHİ ve REM AHİ, non-REM'deki hipopne sayısı değişkenlerinde 1. ve 2. grup ile zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki saptandı (p<0,05).

Sonuç: Bu sonuçlar göstermektedir ki PSG değerlendirmesinde otomatik skorlama yöntemi güvenilir değildir. Ayrıca manuel skorlama gruplarının incelenen birçok parametrede birbirine benzer sonuçlar göstermesi, tecrübeli bir teknisyen tarafından yapılan PSG skorlamasının etkinlik ve güvenilirlik bakımından yeterli olduğunu göstermektedir.

SB7

İskelet Displazisi Tanılı Çocuklarda Polisomnografi Bulgularının Değerlendirilmesi

¹Halime Nayır Büyüksahin, ¹Nagehan Emiralioğlu, ²Pelin Özlem Şimsek Kiper, ¹Birce Sunman, ¹İsmail Güzelkaş, ¹Didem Alboğa, ¹Meltem Akgül Erdal, ²Osman Koray Boduroğlu, ²G. Eda Utine, ¹Ebru Yalçın, ¹Deniz Doğru, ¹Nural Kiper, ¹Uğur Özçelik

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Amaç: İskelet displazisi olan çocuklar, uykuda solunum bozukluğuna yol açabilecek orta yüz hipoplazisi, dar göğüs kafesi ve skolyoz gibi durumlara sahiptir. Uykuda solunum bozukluğunu erken tespit etmek uyku bozukluğu ile ilgili komplikasyonları önlemek için önemlidir. Bu çalışmada amacımız iskelet displazisi tanılı hastalarda polisomnografi (PSG) bulgularını ve uyku apne şiddetini değerlendirmektir.

Yöntem: Mart 2016- Aralık 2021 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanede iskelet displazisi tanılı olup PSG uygulanan hastaların tıbbi kayıtları geriye yönelik incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 27 hastanın tanıları; Akondroplazi(14), Crouzon sendromu(3), Akromesomelik displazi Maroteaux tipi(3), Apert sendromu(2), osteopetrozis(1), Jeune displazisi(1), Desbuquois displazisi(1), Spondiloepifizyal displazi(1) ve Akrodysostosis(1) idi.PSG yapıma sırasındaki ortanca yaş 58 (IQR:31-113) aydı. Apne hipopne indeksi (AHI) ortanca 8.1(2.7-15.9) idi. Hastaların 9'unda (%33,3) hafif AHI, 5'inde (%18,5) orta AHI, 11'inde (%40,7) ağır AHI saptandı. AHI ile tanıklı apne (p:0.07, r: -0.35), dar göğüs kafesi (p:0.74, r: -0.06), orta yüz hipoplazisi (p:0.95,r:-0.01), skolyoz (p:0.73,r: 0.06) ve venöz kan gazı pCO₂ (p:0.36,r: -0.81) arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Uyku apnesi olan 4 hastada hipoventilasyon tespit edildi. Pozitif hava yolu basıncı titrasyonu yapılan sekiz hastanın ortanca AHI'lerinde önemli bir düşüş (21,8'den 8,6'ya) olduğu görüldü.

Sonuç: İskelet displazisi olan çocuklarda uykuda solunum bozukluğu yaygındır. Bunu öngörecekt klinik ve laboratuvar parametreleri olmaması ve sonuçlarımızın bu grupta uyku apnesi prevalansının arttığını göstermesi sebebiyle ve hastalara ilk değerlendirmede bazal PSG yapılmalıdır.

SB8

Sıklık Alternan Patern A1 ve A3 Bileşenlerinin, Yürütücü İşlevler ve Görsel Bellek Üzerindeki Karşıt Etkileri: Uyku ve Bilişsel İşlev Çalışmasının Ara Analiz Sonuçları**^{1,2}Merve Aktan Süzğün, ²Irina Filchenko, ²Simone Duss, ²Markus H. Schmidt, ²Claudio L. A. Bassetti**¹*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Departmanı, İstanbul, Türkiye*²*Bern Üniversitesi Hastanesi, Inselspital, Nöroloji Departmanı, Bern, İsviçre*

Giriş ve Amaç: Uykunun mikro-yapısının, elektroensefalografik güç spektrumu, içcik ve yavaş osilasyon morfolojisi gibi nitelikleri dikkat, yürütücü işlevler, sözel ve görsel bellekle bağıntılıdır [Djonlagic, 2021]. Ayrıca uykunun mikro-yapısındaki sıklık değişimleri (sıklık alternan patern, CAP) global bilişsel performans, yaratıcılık ve öğrenmeyle yakından ilişkili olup, bu ilişki CAP alt-bileşenlerine göre farklılık gösterir. Yüksek-amplitüd ve düşük-frekanslı CAP A1 (frontal kökenli) [Terzano, 2000] iyi bilişsel performansı yansıtırken; düşük-amplitüd ve yüksek-frekanslı CAP A2 ve A3 (okspital kökenli) global bilişsel işlev zayıflığına işaret eder [Arico, 2010]. Ne var ki, CAP alt-bileşenlerinin yürütücü işlevler, dikkat, dil işleme, kısa- ve uzun-sürelili sözel ve görsel bellek gibi spesifik bilişsel işlevlerle ilişkisine dair literatür bilgileri kısıtlıdır. Bu çalışmanın ana hedefi, yukarıda sıralanan bilişsel performans sahaları ile CAP karakteristikleri arasındaki ilişkiselliğin irdelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: 18-85 yaş aralığında, genel sağlık durumu iyi/normal olan (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG performans skoru 0-1) sağlıklı gönüllüler Uyku ve Bilişsel İşlev Çalışmasına dahil edildi. Bilinen yapısal beyin hasarı (inme, travmatik beyin hasarı, nöro-enfeksiyon, nöro-dejeneratif hastalıklar) ya da psikiyatrik hastalıkları bulunanlar ve klinik açıdan stabil-olmayanlar çalışmadan dışlandı. Katılımcıların demografik karakteristikleri, antropometrik ölçümleri, komorbiditeleri, objektif uyku değerlendirmeleri (polisomnografi) ve bilişsel performansları (nöro-bilişsel batarya) kaydedildi. Nöro-bilişsel batarya yürütücü işlev (Yap-yapma testi, Victoria Stroop testi, İz Sürme testi), dikkat (Psikomotor Vrijlans testi, Çan testi), dil (Bern Kelime Bulma testi), kısa- ve uzun-sürelili sözel bellek (Hopkins Verbal Öğrenme testi, Sayı Menzili testi) ve kısa- ve uzun-sürelili görsel bellek (Kısa Görsel-Uzamsal Bellek testi, Corsi Blok Dokunma testi) testlerinden oluşmaktaydı. Tüm uyku süresi ve NREM uyku evreleri için (total CAP ve her bir CAP alt-bileşenine göre) CAP indeks ve oranları polisomnografi kayıtlarının manuel olarak skorlanmasıyla elde edildi. CAP karakteristikleri ile bilişsel işlevler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ve yaş-çin-düzeltilmiş çoklu regresyon analiziyle belirlendi.

Sonuç: 26 katılımcı (15'i erkek, ortalama yaş 50.9 [31.9,63.6]) analize dahil edildi. Total polisomnografi kayıt süresi 450.75 [402.0,504.1] dakika; uyku etkinliği %77.9 [69.2,84.2]; arousal indeksi 25.7[19.0,36.1]/saattir. Tüm katılımcıların apne-hipopne indeksi ortalaması ise 3.2[1.0,13.8]/saat olarak saptandı. Yürütücü işlevlerle anlamlı ilişkiselliğe sahip CAP bileşenleri şu şekilde sıralandı: Yap-yapma testindeki ortalama reaksiyon süresi ile NREM3'teki A1 indeksi arasında negatif korelasyon ($\rho=-0.46$, $p=0.020$); İz Sürme testi B-A puanı ile NREM1'deki A3 indeksi arasında negatif korelasyon ($\rho=-0.49$, $p=0.019$) izlendi. Görsel bellek işlevleriyle anlamlı ilişkiselliğe sahip CAP bileşenleri ise şu şekilde sıralandı: Corsi Blok Dokunma Testi açıklık değeri ile NREM1'deki A3 indeksi arasında negatif korelasyon ($\rho=-0.54$, $p=0.004$); Kısa Görsel-Uzamsal Bellek testi total geri çağırma skoru ile tüm uyku süresindeki A3 indeksi arasında negatif korelasyon ($\rho=-0.69$, $p=0.046$) izlendi. Bu bulguların yaş-ile-düzeltilmiş çoklu regresyon analizinde istatistiksel anlamlılıklarını korudukları gösterildi. Diğer bilişsel işlevler ile diğer CAP karakteristikleri arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tartışma: CAP A1'in yürütücü işlevlerle pozitif korelasyon gösterirken, CAP A3'ün yürütücü işlevler ve görsel bellek defisitleriyle ilişkili olması çalışmanın öne çıkan bulgularıdır. Bu bulgular frontal (CAP A1) ve okspital (CAP A2-A3) kökenli CAP alt-bileşenlerinin, bilişsel işlevler üzerinde farklı roller oynadıklarına dair geçmiş literatürlerden elde edilen kanıtları destekler niteliktedir. Sonuçta, bu çalışmada ulaşılan veriler, düşük-frekanslı CAP A1'in sağlıklı uyku devamlılığını, yüksek-frekanslı CAP A3'ün ise uyku fragmantasyonu ya da bozukluğunu yansıttığına işaret eder.

SB9

Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozukluklarında Hipersomni Varlığı***¹Hasan Can Güdek, ¹Özdem Ertürk Çetin, ¹İpek Güngör Doğan, ¹Damla Çetinkaya Tezer, ¹Serkan Demir****¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş: NMOSD (Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozuklukları) başlıca optik sinirler ve spinal kordu tutan inflamatuvar lezyonlar ile karakterize santral sinir sisteminin immün aracılı inflamatuvar demiyelinizan hastalığıdır. Sekonder narkolepsi altta yatan bir nörolojik hastalığın seyri sırasında görülen narkolepsiye verilen isimdir ve en çok ensefalit, tümör, hipotalamus lezyonları gibi inflamatuvar hastalıkların seyrinde görülür. Hipersomni, NMOSD'da nadiren ilk başlangıç bulgusu olabilmekte, bu nedenle klinik değerlendirmede önem taşımaktadır. Kanda AQP4-Ig-G varlığı NMOSD'nin ana patojenik faktörüdür AQP4, hipokretinin yoğun olduğu hipotalamusun periventriküler bölgesinde yoğun olarak yer almaktadır. Dolayısıyla, NMOSD'da söz konusu olan anti AQP4 antikoları bu bölgede hasara yol açarak, hipokretinde azalma ve hipersomni veya narkolepsiye neden olabilmektedir. Ayrıca NMO'daki diensefalik tutulumda, hem lateral hipotalamustaki hem hipokretin, hem de histamin içeren nöronların hasarı sonucu narkolepsi veya hipersomniye neden olabileceği tartışılmıştır. Bu çalışmada; NMOSD'da hipersomni varlığı araştırılarak, nadir görülen bu hastalık grubunda hipersomni varlığını sorgulamanın önemine dikkat çekilmek istenmiştir.

Yöntem: Çalışmamızda Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği Demiyelinizan Hastalıklar polikliniğinde takipli; klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları ile tanı konmuş 10 NMOSD bozukluğu hastası dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak, yaş ve cinsiyet uyumlu 22 MS hastası ve 22 sağlıklı kişi alınmıştır. Hipersomni varlığını taramak için Eppworth Uykululuk Ölçeği ve Stanford Uykululuk Ölçeği uygulanmıştır. Hipersomni yapabilecek diğer hastalıklardan uyku apne sendromu varlığını taramak için Berlin Uyku anketi, depresyon varlığını araştırmak için Beck depresyon ölçeği uygulanmıştır. Hastalar ayrıca, uyku bozukluğuna olası etkilerinden dolayı; hipotirodi ve demir eksikliği anemisi açısından sorgulanmıştır. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Gruplara göre Eppworth uykuluk ölçeği ve Standford Uykululuk ölçeği skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,049$; $p<0,05$). NMO grubunun Eppworth ve Stanford skorları MS ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,001$; $p<0,05$). NMO grubunda Beck depresyon ölçeği skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,019$; $p<0,05$). Yaş ile Beck depresyon, Eppworth ve Stanford skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). NMOSD grubunda altı hastanın Eppworth uykululuk Ölçeği 10'un üzerinde saptanmıştır. Bu hastaların dört tanesinde kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularına bakıldığında periventriküler ve periaquaduktal tutulumlarının daha yaygın olduğu görülmüştür.

Tartışma: Çalışmamızda NMOSD grubunda hipersomniyi, sağlıklı kontrollere ve MS hasta grubuna göre daha yüksek oranda bulduk. Literatürde de hipersomni ve NMOSD bozukluklarında arasındaki ilişkiyi bildiren çalışmalar mevcuttur, ancak vaka sayıları sınırlıdır. Hipersomniyle iki ana nörotransmitter arasındaki ilişki net olarak anlaşılmıştır. Bunlar hipokretinler ve prostaglandin D2 'dir. Bunun yanı sıra Narkolepsi HLA DR2 DR B1 *1501 ve HLA DQB1*0602 genleri ile de yakın ilişkide bulunmuştur. Bu güçlü ilişki, otoimmüntenin olası bir etiyolojik mekanizma olduğu ve hipotalamustaki seçici nöral yıkımı potansiyel olarak açıkladığı hipotezine yol açmıştır. Aquaporin 4 en fazla periaquaduktal ve periventriküler bölgede bulunan astrositlerde su moleküllerinin taşınması işlevini gerçekleştirmek üzere bulunur. Olası genetik ve çevresel faktörlerin birleşimi ile bu su kanallarına karşı gelişen antikolar; su kanallarının bulunduğu lokalizasyon itibari ile lezyonlarında hipersomniye eğilim yaratmaktadır. Bu çalışmamızda demiyelinizan hastalık grubu içerisinde daha nadir olarak görülen NMOSD'nin diğer uykuya eğilim oluşturan durumlardan bağımsız olarak hipersomniye eğilim oluşturabileceğini; bu nedenle demiyelinizan hastalık grubunda hipersomni sorgulamanın klinik önemine dikkat çekmek istedik.

SB10

Non Kistik Fibroz Bronşektazi Hasta Grubunda Yaş Gruplarına Göre Uyku Bozukluğu Değerlendirmesi

¹Dilara Ömer Topçu, ¹Esra Uzaslan, ¹Aslı Görek Dilektaşlı, ¹Ezgi Demirdöğen, ¹Funda Coşkun, ¹Dane Ediger, ¹Mehmet Karadağ

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Non kistik fibroz bronşektaziler; kronik öksürük, balgam ve bronşial enfeksiyon semptomlarının bulunmasına ek olarak radyolojik olarak gösterilen kalıcı anormal bronşial genişlemelerin eşlik etmesi ile karşımıza çıkan klinikoradyolojik bir kronik solunum yolu enfeksiyonudur. Kronik akciğer hastalıklarından KOAH, IPF, Kistik fibrozisde uyku bozukluğu yaygın olarak bildirilmiş olup gün içi yorgunluk, düşük motivasyon ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olarak bulunmuştur. Literatürde bronşektazi tanılı hastaların %56,9 unda uyku bozukluğu olduğu; depresyon, 24 saatlik balgam hacmi ve noktürnal öksürüğün ise bu duruma en büyük etkilere sebep olduğu bildirilmiştir¹. Ancak non kistik fibroz bronşektazili hastalarda yaş grubuna göre uyku bozukluğuna yönelik yeterince araştırma olmamakla birlikte alanında ilk olma özelliği taşımaktadır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir çalışma olup 01.01.2020-31.08.2021 tarihleri arasında BUÜ Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ICD-10 kodu J47 olan radyolojik olarak bronşektazisi olan 18 yaş üzeri stabil dönemdeki hastalar ardışık örnekleme modeli ile dahil edilmiştir. Bu hastalardan kistik fibrozis tanılı olanlar ve BT sinde traksiyon bronşektazileri olan hastalar araştırmadan dışlanmışlardır. Hastaların demografik özelliklerinden yaş ve cinsiyetleri kayıt altına alınıp uyku problemi yaşayıp yaşamadıkları, gün içi uyku hali varlığı, horlama ve tanıklı apne varlığı durumları kaydedilmiştir. Hastalar yaşlarına göre 18-40,41-50,51-60 ve ≥61 yaş olarak gruplandırılmıştır. Çalışmada analizler IBM SPSS 21.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel histogram ve olasılık grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Tanımlayıcı analizlerden normal dağılıma uyan sürekli sayısal değişkenler ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile belirtildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda hastaların 42'si (%48,2) kadın ve 44'ü (%51,2) erkek hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 60,52±2,82 idi. Yaş gruplarına göre (18-40 yaş; 41-50 yaş; 51-60 yaş; ≥ 61 yaş) sınıflandırıldığında 32 (%37,2) ile 61 yaş ve üzeri en büyük grubu oluşturmakta sonrasında sırasıyla 18-40 yaş grubu 20 (%23,3) , 51-60 yaş grubu 19 (%22,1) ve 41-50 yaş grubu 15 (%17,4) oluşturmaktadır. Olguların %33,7'si uyku problemi yaşadığını onayladı. Tanıklı apne 6(%7), horlama%9,3 ve gündüz aşırı uyku hali varlığını %7 olguda bildirildi. Yaş gruplarına göre %37,9 ile 61 yaş ve üzeri grupta uyku problemi en fazla idi. Ancak yaş gruplarına göre uyku problemi varlığı anlamlı izlenmemiştir (p>0,05).

Cinsiyet n(%)		86(100)	
	Kadın	42(48,2)	
	Erkek	44(51,2)	
Yaş (ortalama±SS)		60,52±2,82	
	18-40	20 (%23,3)	
	41-50	15(%17,4)	
	51-60	15(%17,4)	
	≥61	31(%37,2)	
Uyku Problemi n(%)		29(33,7)	
	Var	29(33,7)	
	Yok	57(66,3)	
Tanıklı apne varlığı n(%)		6(%7)	
	Var	6(%7)	
	Yok	80(93)	
Horlama varlığı n(%)		8 (9,3)	
	Var	8 (9,3)	
	Yok	77(89,59)	
Gündüz aşırı uyku hali varlığı n(%)		6 (7)	
	Var	6 (7)	
	Yok	80 (93)	
	Uyku bozukluğu varlığı		
	Var	Yok	p
Yaş			0,93
18-40	14(%24)	6(%20,7)	
41-50	9 (%15,8)	6(%20,7)	
51-60	13(%22,8)	6(%20,7)	
≥61	21(%36,8)	11(%37,9)	
Tablo-1: Non kistik fibroz bronşektazi hastası genel özellikleri			

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ile bronşektazi tanı sıklığı artmakta ve bireylerin ömrünün uzaması da bu sonucu etkilemektedir. Yaşlı bireylerde kronik hastalık varlığı, olumsuz fiziksel koşullar ve çevreden gelen uyarılar uyku kalitesini etkilemektedir. Ayrıca kronik hastalıklara sekonder duyu durum bozuklukları ve semptom varlıkları da uykuya etki etmektedir. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve semptom kontrolüne sağlanması önem arz etmektedir.

¹ Gao, Yong-Hua, et al. "Anxiety and depression in adult outpatients with bronchiectasis: Associations with disease severity and health-related quality of life." The clinical respiratory journal 12.4 (2018): 1485-1494.

SB11

Uyku ile İlişkili Solunum Bozuklukları (Primer Horlama-Ağır Obstruktif Uyku Apne Sendromu) ile Epilepsi Kliniğinin ve Tedavilerinin Birbirlerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi

¹Üzeyir Öztürk, ¹Ayşegül Şeyma Sarıtaş, ¹Ayşın Kısabay Ak, ¹Melike Batum, ¹Hikmet Yılmaz

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Nörolojide en çok karşımıza çıkan klinikler arasında epilepsi ve uyku ile ilişkili solunum bozuklukları yer almaktadır. Bu hastalıklar izole olabileceği gibi birliktelikleri de söz konusudur.

Amaç: Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ile (primer horlama-ağır obstruktif uyku apne sendromu (OUAS)) epilepsi birlikteliğinde gruplararası genel parametrelerin karşılaştırmaların yanısıra, uygulanan tedavilerin ve her iki kliniğin birbirlerine olan etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız etik kurul onayı sonrası retrospektif olarak yapılmıştır. Grup içi (primer horlama-epilepsi birlikteliği ve ağır OUAS- epilepsi birlikteliği / tedavi öncesi ve sonrası) ve gruplar arası karşılaştırma yapılan parametreler arasında; demografik veriler (başvuru yaşı, epilepsi hastalığının başlangıç yaşı, epilepsi hastalığının süresi, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKI)), özgeçmiş (epilepsi hastalığının süresi, horlamanın süresi, eşlik eden ve aterosklerotik risk taşıyan hastalıklar), epilepsiye ait özellikler (nöbet tipi, nöbet sıklığı, elektroensefalografi (EEG) özellikleri, kullanılan ilaçlar) yer almaktadır. Her iki hastalığın tedavilerinin yapılması ile kliniklerdeki değişiklikler ve birbirlerine olan etkileri değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hem primer horlama-epilepsi birlikteliği olan hem de ağır OUAS- epilepsi birlikteliği olan gruba 28'şer hasta alınmıştır. Yaş, VKI, epilepsi başlangıç yaşı, epilepsi süresi ve aterosklerotik risk faktörlerine yönelik hastalıklar ağır OUAS grubunda belirgin olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik, özgeçmiş özellikleri

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	PRİMER HORLAMA Ortalama ±SS (min-maks)	AĞIR OUAS Ortalama ±SS (min-maks)	P değeri
Yaş (2022)	37.68 ± 12.66 (19.00-66.00)	55.39 ± 13.32 (22.00-82.00)	<0.001
Başvuru Yaşı	27.75 ± 10.17 (18.00-56.00)	49.14 ± 11.89 (18.00-72.00)	<0.001
Epilepsi başlangıç yaşı ortalaması	25.25 ± 10.02 (8.00-46.00)	36.21 ± 15.21 (3.00-65.00)	0.004
Cinsiyet	Kadın/Erkek : 7/21	Kadın/Erkek: 10/18	0.551
Vücut Kitle İndeksi	24.03 ± 4.19 (17.30-33.60)	33.70 ± 6.47 (23.10-46.10)	<0.001
Epilepsi Hastalığı Süresi (yıl)	12.53 ± 5.16 (2.00-22.00)	19.18 ± 9.01 (8.00-40.00)	0.005
Horlama Süresi (yıl)	17.2 ± 7.7 (1.00-46.00)	31.46 ± 13.26 (5.00-62.00)	<0.001
Not: Horlama sürelerine çocukluk çağında horlamaları olanların horlama süreleri de eklenmiştir			

Epworth Uykululuk Skalası skorlarında ağır OUAS grubunda belirgin yüksek olup, solunum bozuklukları tedavisi sonrası her iki grupta da belirgin düzelme olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2: Polisomnografi verileri ve Epworth Uykululuk Skalası skorlarının değerlendirilmesi

Polisomnografi Parametreleri		Mean	Standard Deviation	Median	Min	Maks	p
Apne Hipopne İndeksi (AHI)	Ağır OUAS	45.89	15.57	39.60	30.10	89.00	<0.001
	Primer Horlama	1.44	1.48	0.95	0.10	4.90	
N1 Latansı	Ağır OUAS	19.57	10.31	15.40	10.10	47.30	0.003
	Primer Horlama	13.56	13.05	9.65	0.30	49.50	
N2 Latansı	Ağır OUAS	30.13	17.39	24.55	13.40	96.50	0.002
	Primer Horlama	25.81	36.68	14.65	2.80	180.30	
N3 Latansı	Ağır OUAS	45.71	21.68	38.80	17.30	107.50	0.476
	Primer Horlama	59.86	66.27	34.40	9.30	281.30	
REM Latansı	Ağır OUAS	173.75	106.99	152.25	46.30	473.00	0.210
	Primer Horlama	140.15	75.69	124.75	41.50	379.00	
N1 Süresi %	Ağır OUAS	8.98	6.55	7.80	0.50	23.00	0.053
	Primer Horlama	5.78	4.81	4.35	0.30	19.10	
N2 Süresi %	Ağır OUAS	49.29	12.17	46.00	25.80	71.20	0.096
	Primer Horlama	44.19	9.75	47.75	22.00	61.30	
N3 Süresi %	Ağır OUAS	26.57	15.17	23.55	0.80	60.90	0.125
	Primer Horlama	30.72	9.37	30.25	10.30	54.30	
REM Süresi %	Ağır OUAS	13.94	4.85	14.25	4.80	26.80	0.022
	Primer Horlama	18.10	8.23	17.90	0.60	40.00	
Uyku verimliliği	Ağır OUAS	77.63	4.19	77.35	70.00	84.60	<0.001
	Primer Horlama	89.63	7.64	90.75	75.30	99.40	
Min. SatO ₂	Ağır OUAS	77.11	8.54	78.50	54.00	87.00	<0.001
	Primer Horlama	91.35	5.61	92.00	73.00	97.70	
EUS tedavi öncesi	Ağır OUAS	15.71	3.76	15.00	10.00	24.00	<0.001
	Primer Horlama	3.75	2.25	3.00	1.00	10.00	
EUS tedavi sonrası	Ağır OUAS	6.82	2.39	6.00	3.00	12.00	<0.001
	Primer Horlama	2.50	1.26	2.00	1.00	6.00	

Ağır OUAS grubunda jeneralize tonik klonik nöbetlerin, primer horlama grubunda ise daha az görülmekle birlikte jeneralize tonik klonik ve kompleks parsiyel nöbetlerin daha sık olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Gruplara göre nöbet kliniğinin tipleri

Nöbet Kliniğinin Tipleri	Primer Horlama ve Epilepsi Birlikteliği	Ağır OUAS ve Epilepsi Birlikteliği
Jeneralize Tonik Klonik Nöbet	18	26
Myoklonik Nöbet	2	0
Absans Nöbet	3	1
Kompleks Parsiyel Nöbet	5	1

Nöbet sıklığına bakıldığında; ağır OUAS grubunda solunum bozuklukları tedavisi öncesi 6.79 ± 4.73 (1.00-12.00) tedavisi sonrası 4.32 ± 3.21 (1.00-12.00) ($p < 0.001$) iken, primer horlama grubunda tedavi öncesi 3.25 ± 3.84 (1.00-12.00), tedavi sonrası 2.11 ± 2.13 (1.00-8.00) saptanmıştır ($p = 0.004$). Gruplararası karşılaştırmada ise hem tedavi öncesi hem de sonrası anlamlı bulunmuştur ($p = 0.002$, $p = 0.002$) (Tablo 4, 5)

Tablo 4: Primer Horlama tedavi öncesi ve sonrası nöbet sıklığı

Primer Horlama Nöbet Sıklığı (Yıl)	Tedavi Öncesi (N:28)	Tedavi Sonrası (N:28)
Ayda Bir	4	0
Üç Ayda Bir	6	4
Yılda Bir	8	11
Yılda Birden Daha Nadir	10	13

Tablo 5: Ağır OUAS tedavi öncesi ve sonrası nöbet sıklığı

Ağır OUAS Nöbet Sıklığı (Yıl)	Tedavi Öncesi (N:28)	Tedavi Sonrası (N:28)
Ayda Bir	12	6
Üç Ayda Bir	10	13
Yılda Bir	5	6
Yılda Birden Daha Nadir	1	3

Primer horlama grubunda tedavi öncesi ve tedavi sonrası EEG karşılaştırması yapıldığında (normal veya patolojik olmasına göre) anlamlı değilken ($p = 0.344$), ağır horlama grubunda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Gruplararası karşılaştırmada tedavi öncesi farklılık saptanırken ($p = 0.012$), tedavi sonrası farklılık saptanmamıştır ($p = 0.783$) (Tablo 6, 7, 8)

Tablo 6: Gruplara göre EEG bulguları

TEDAVİ ÖNCESİ EEG BULGULARI	EEG Sonuçları	Ağır OSAS	Primer Horlama
	Normal	3	14
	Paroksizmal aktivite bozukluğu	11	9
	Epileptiform potansiyelite taşıyan paroksizmal aktivite	8	2
	Jeneralize epileptiform deşarjlar	4	1
	Lokalize epileptik aktivite	2	2

Tablo 7: Primer Horlama grubunda horlama tedavisi öncesi ve sonrası EEG bulguları

Primer Horlama EEG Bulguları	Tedavi Öncesi (N:28)	Tedavi Sonrası (N:28)
Normal	14	19
Paroksizmal Aktivite Bozukluğu	9	8
Epileptiform Potansiyelite Taşıyan Aktivite Bozukluğu	2	1
Jeneralize Epileptiform Aktivite	1	-
Lokalize Epileptik Aktivite	2	-

Tablo 8: Ağır OUAS grubunda horlama tedavisi öncesi ve sonrası EEG bulguları

AĞIR OUAS EEG Bulguları	Tedavi Öncesi (N:28)	Tedavi Sonrası (N:28)
Normal	3	10
Paroksizmal Aktivite Bozukluğu	11	13
Epileptiform Potansiyelite Taşıyan Aktivite Bozukluğu	8	2
Jeneralize Epileptiform Aktivite	4	1
Lokalize Epileptik Aktivite	2	2

Primer horlama grubundaki hastalar monoterapi/politerapi açısından bakıldığında primer horlama tedavisi öncesi 16/ 12, tedavi sonrası 23/3 bulunurken ($p=0.002$), ağır OUAS tedavisi grubundaki hastalarda ise horlama tedavisi öncesi 12/16, tedavi sonrası 14/14 bulunmuştur ($p=0.895$). Gruplararası karşılaştırmada tedavi öncesi monoterapi/politerapi değerlendirmesinde farklılık yok iken ($p=0.789$), tedavi sonrası monoterapi/politerapi değerlendirmesinde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 9, 10)

Tablo 9: Primer Horlama tedavisi öncesi ve tedavi sonrası hastaların kullandıkları antiepileptik ilaçlar

Hasta No	Primer Horlama Tedavi Öncesi İlaç	Primer Horlama Tedavi Sonrası İlaç
1	VPA 2x1000 mg , TPM 2x100 mg	TPM 2x100 mg
2	KBZ 2x400 mg	KBZ 2x200 mg
3	VPA 2X1000 mg	VPA 2X1000 mg
4	VPA 2x1000 mg	VPA 2x1000 mg
5	KBZ 2x400 mg LEV 2x1000 mg	LEV 2x500 mg
6	KBZ 2X400 mg	KBZ 2X200 mg
7	VPA 2X1000 mg	VPA 2X1000 mg
8	VPA 2x1000 mg LTG 2X100 mg	VPA 2x500 mg LTG 2X100 mg
9	LEV 2X1000 mg	LEV 2X1000 mg
10	VPA 2X1000 mg	VPA 2X1000 mg
11	LEV 2X1000 mg OKZ 2X600 mg PHN 3X100 mg KBZ 2X400 mg	LEV 2X1000 mg OKZ 2X600 mg
12	KBZ 2X400 mg VPA 2X1000 mg	KBZ 2X400 mg
13	KBZ 2X400 mg	KBZ 2X200 mg
14	KBZ 2X400 mg LEV 2X1000 mg PRG 2X300 mg	LEV 2X500 mg
15	LTG 2X100 mg	LTG 2X100 mg
16	PHN 3X100 mg OKZ 2X600 mg	PHN 3X100 mg OKZ 2X600 mg
17	VPA 2X1000 mg	VPA 2X1000 mg
18	LEV 2X1000 mg KBZ 2X400 mg	LEV 2X500 mg
19	LTG 2X100 mg KBZ 2X400 mg	LTG 2X100 mg
20	KBZ 2X400 mg	KBZ 2X400 mg
21	VPA 2X1000 mg	VPA 2X1000 mg
22	LEV 2X1000 mg	LEV 2X1000 mg
23	LEV 2X1000 mg PHN 3X100 mg VPA 2X500 mg	LEV 2X1000
24	VPA 2X1000 mg	VPA 2X1000 mg
25	LTG 2X100 mg	LTG 2X100 mg
26	CBZ 2X400 mg LEV 2X1000 mg	LEV 2X500 mg
27	VPA 2X1000 mg LEV2X1000 mg	LEV2X500 mg
28	LEV 2X1000 mg	LEV 2X1000 mg

CBZ:Karbamazepin VPA:Valproat LEV:Levatirasetam PHN:Fenitoin OKZ:Okskarbazepin
LTG:Lamotrigine TPM:Topiramate PRG:Pregabalin LCZ:Lakozamid

Tablo 10: Ağır OUAS tedavisi öncesi ve tedavi sonrası hastaların kullandıkları antiepileptik ilaçlar

Hasta No	Ağır OUAS Tedavisi Öncesi İlaç	Ağır OUAS Tedavisi Sonrası İlaç
1	VPA 2x1000 mg	VPA 2x500 mg
2	LEV 2x1000, VPA 2x500 mg, LCZ 2x100 mg, PHN 3x100 mg	LEV 2x500 mg, VPA 2x500 mg, LCZ 2x100 mg
3	LEV 2x1000 mg, VPA 2x500 mg, PHN 3x100 mg	LEV 2x1000 mg, VPA 2x500 mg
4	LEV 2x1000 mg, CBZ 2x400 mg	LEV 2x1000 mg, CBZ 2x400 mg
5	TPM 2x100 mg	TPM 2x100 mg
6	VPA 2x1000 mg	VPA 2x1000 mg
7	LEV 2x1000 mg	LEV 2x1000 mg
8	LEV 2x1500 mg, LTG 2x100 mg, KBZ 2x400 mg VPA 2x500 mg	LEV 2x1000 mg, LTG 2x100 mg
9	LEV 2x1000 mg KBZ 2x400 mg	LEV 2x1000 mg
10	KBZ 2x400 mg LEV 2x1000 mg PHN 3x100 mg	KBZ 2x400 mg LEV 2x1000 mg PHN 3x100 mg
11	TPM 2x100 mg LEV 2x1000 mg VPA 2x1000 mg	TPM 2x100 mg LEV 2x1000 mg
12	LEV 2x1500 mg VPA 2x1000 mg	LEV 2x1500 mg VPA 2x1000 mg
13	VPA 2x1000 mg LEV 2x1500 mg	VPA 2x1000 mg LEV 2x1500 mg
14	LEV 2x1500 mg KBZ 2x400 mg VPA 2x500 mg	LEV 2x1500 mg KBZ 2x400 mg
15	VPA 2x1000 mg	VPA 2x1000 mg
16	TPM 2x100 mg VPA 2x1000 mg LEV 2x1000 mg	TPM 2x100 mg VPA 2x500 mg LEV 2x1000 mg
17	PHN 3x100 mg KBZ 2x400 mg	PHN 3x100 mg KBZ 2x400 mg
18	VPA 2x1000 mg	VPA 2x1000 mg
19	PHN 3x100 mg	PHN 3x100 mg
20	TPM 2x100 mg	TPM 2x100 mg
21	PHN 3x100 mg LEV 2x1000 mg	FEN 3x100 mg LEV 2x1000 mg
22	LEV 2x1000 mg KBZ 2x400 mg	LEV 2x1000 mg KBZ 2x400 mg
23	LEV 2x1000 mg	LEV 2x1000 mg
24	KBZ 2x400 mg	KBZ 2x400 mg
25	LEV 2x1000 mg LTG 2X100 mg	LEV 2x1000 mg LTG 2X100 mg
26	LEV 2x1000 mg LTG 2x100 mg VPA 2x500 mg	LEV 2x500 mg
27	VPA 2x1000 mg	VPA 2x500 mg
28	VPA 2x1000 mg	VPA 2x500 mg

CBZ:Karbamazepin VPA:Valproat LEV:Levitatirasetam PHN:Fenitoin
OKZ:Okskarbazepin LTG:Lamotrigine TPM:Topiramate PRG:Pregabalin LCZ:Lakozamid

Antiepileptik ilaç dozlarının ve sayısının azalması horlama yakınmasında azalmaya (Tablo 11) ve uyku yapısının düzelmesine (Tablo 12) neden olmuştur.

Tablo 11: Horlama ve solunum tedavisi sonrası antiepileptik ilaçlar azalma sonrası horlamanın değerlendirilmesi

Horlamanın Şiddeti	Primer Horlama	Ağır OUAS
Horlamada Azalma	4 hasta	8 hasta
Horlamada Artma	4 hasta	4 hasta
Değişiklik Yok	20 hasta	16 hasta

Tablo 12: Horlama ve solunum tedavisi sonrası antiepileptik ilaçlar azalma sonrası uyku kalitesinin değerlendirilmesi

Uyku Kalitesine Etkisi	Primer Horlama	Ağır OUAS
Olumlu etkili (uykuya daha kısa sürede dalma, uyku devamlılığını sağlama)	15 hasta	17 hasta
Olumsuz etkili (uykuya dalmada ve devam etmekte zorluk)	3 hasta	4 hasta
Etkisi yok	10 hasta	7 hasta

Tartışma: Çalışmamızda uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının tedavisi ile epilepsiye yönelik olarak antiepileptik tedavide kullanılan ilaçların sayısı ve dozu azaltılmıştır. Azaltılan ilaçların, uyku yapısının düzelmesine ve horlamanın azalmasına neden olduğu görülmüştür. Sonuç olarak epilepsi ile uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin kavranması, eşlik eden uyku ile ilgili sorunların ortaya konularak tedavi edilmesi; gündüzleri olan aşırı uyku halinde azalmasına ve epileptik nöbetlerin kontrolüne katkı sağlayacaktır. Epileptik nöbetlerin kontrolü ve ilaçların düzenlenmesi de; uyku kalitesinin artmasına, apne ve horlama yakınmalarında belirgin azalmaya yol açmaktadır. Çalışmamız; literatürde yetişkinlerde primer horlama epilepsi birlikteliğinin değerlendirildiği ve ayrıca primer horlama-epilepsi ve ağır OUAS-epilepsi birlikteliğinin karşılaştırıldığı ilk çalışmadır.

SB12

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanısı Konulan Erkek Bireylerde Öfke, Saldırganlık ve Androjen Hormon Düzeylerinin Karşılaştırılması

¹Deniz Oruç, ²Bülent Devrim Akçay, ²Sinan Yetkin

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS), uyku esnasında üst hava yollarında meydana gelen tekrarlayan daralmalarla karakterize bir sendrom olarak tanımlanabilir. Üst hava yollarında tamamen kapanma sonucunda, hava akışında en az 10 saniye süren kesilmelere obstrüktif apne ismi verilir. Klinik semptomları genellikle yüksek sesli horlama, boğulma hissi, yatak partneri tarafından gözlemlenen apneler, artmış gündüz uyukluluğu ve yorgunluk şeklindedir. Tedavi edilmediği takdirde hipertansiyon, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara sebep olabilmektedir. Tedavi ile birlikte hastaların artmış gündüz uyukluluğu, bilişsel fonksiyonları, duygudurumları ve hayat kalitelerinde düzelmeler gözlemlenir. Öfke duygusu öznel olarak tecrübe edilen; hafif bir rahatsızlık düzeyinden yoğun hiddet düzeyine değişen duygusal durum olarak tanımlanabilir. Saldırganlık kelimesi ise, geleneksel olarak, bir canlıya zararın verilmesini değil; zarar verme niyetini belirtmektedir. İnsan yaşamının vazgeçilmez bir parçası olan uykunun miktarındaki azalma ve zihinsel sağlık arasında yakın bir ilişki vardır. Bu sebeple de azalmış uykunun öfke ve sinirliliğe sebep olabileceği düşünülmektedir. OUAS hastalarında fiziksel yakınmaların yanı sıra psikolojik sıkıntılar huzursuzluk ve saldırganlık da sıklıkla görülmektedir. Erişkin erkeklerde, dolaşımdaki testosteron serbest ve proteine bağlı olarak iki formda bulunur. Serbest hormon olarak adlandırılan fraksiyonun biyolojik olarak aktif form olduğuna inanılır. Serum testosteron düzeyleri sirkadiyen bir ritm izler. Uyanma saatlerinde daha yüksek olur ve günün sonunda düşük bir seviyeye iner. Uykunun başlangıcıyla beraber testosteron düzeyleri de yükselmeye başlar. Yaklaşık olarak ilk hızlı göz hareketleri evresinde zirveye ulaşır. OUAS, genellikle düşük testosteron seviyelerinin bir nedeni olarak kabul edilir. Bununla beraber, obeziteden bağımsız, doğrudan OUAS etkisine bağlı olduğuna dair çok az sayıda kanıt mevcuttur.

Amaç: Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışmanın amacı OUAS hastalarında öfke, saldırganlık davranışının artmış olduğu ve bu artışın androjen hormonlarla doğrudan ilişkili olup olmadığının gösterilmesidir. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamız literatürde ilk olma niteliği göstermektedir.

Yöntem: Retrospektif çalışma tasarımına sahip olan bu çalışmanın örneklemini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Araştırmaları Merkezi'ne, OUAS ön tanısıyla başvurmuş erkek bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların hasta dosyalarından, Apne Hipopne İndeksi (AHI), Epworth Uyukluluk Ölçeği (EUÖ), Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Agresyon Ölçeği (AÖ), Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği skorları kaydedildi. Hastane bilgi sistemi üzerinden, katılımcıların serbest ve total testosteron düzeyleri de kaydedildikten sonra verilere uygun istatistik analizler uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların vücut kitle indeksi, yaş ve kronik hastalık ile ($p<0,01$, $p<0,01$, $p=0,004$) AHI skorları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. EUÖ puanları ($p<0,001$) ile AHI skorları arasında pozitif yönde, öfke dışı puanları ($p=0,034$) ve fiziksel agresyon puanları ($p=0,041$) ile AHI skorları arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Serbest testosteron ($p=0,092$) ve total testosteron ($p=0,088$) ile EUÖ puanları arasında negatif yönde, serbest testosteron ($p=0,007$) ve UŞİ puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: OUAS hastalarında, AHI skorları ile belirlenen hastalık Őiddetiyle fke dıŐa vurumu ve fiziksel agresyon arasında ters yönde bir ilişki olmasına karşın; androjen hormonları ile öfke ve agresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır.

SB13

Ağırlıklı Battaniye Kullanımının Erken Dönemde Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

¹Hikmet Abbaszade, ¹Gülçin Benbir Şenel, ¹Derya Karadeniz

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Uyku kalitesinin insan sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri günümüzde çok daha iyi anlaşılır hale gelmiştir. Uyku ile ilişkili bozuklukların tanınması ve tedavisinin yanı sıra, uyku hijyeni ve çevresel koşulların düzenlenmesi ile ilgili çok sayıda yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır. Ağırlıklı battaniye kullanımının anksiyete hissini azalttığı ve böylelikle uyku kalitesini arttırdığına yönelik yeni bilgiler mevcuttur.

Amaç: Çalışmamızda, ağırlıklı battaniye kullanımının psikofizyolojik insomni tanısı alan hastalardaki sübjektif ve objektif sonuçlarını araştırmayı hedefledik.

Yöntem: Uyku laboratuvarına başvuran, klinik olarak ICSD-3'e göre insomni tanısı alan, polisomnografi (PSG) tetkikinde altta yatabilecek uyku apnesi gibi ikincil nedenleri dışlanan ve primer psikofizyolojik insomni tanısı konulan hastalar ardışık olarak dahil edildi. Çalışmamız özel bir ağırlıklı battaniye üreticisi tarafından desteklendi ve etik kurul onayı alındı. Hastalar kendilerine verilen ağırlıklı battanileri (6 veya 8 kg; hastanın kilosunun \square %10'u) evlerinde üç gün süre ile kullandılar ve dördüncü gün uyku laboratuvarında PSG tetkiki yapıldı.

Sonuçlar: Bugüne kadar 10 hasta dahil edildi; yedisi kadın ve üçü erkekti. Yaş ortalaması 50.3 ± 6.8 yıl olarak hesaplandı. Sübjektif olarak değerlendirildiğinde 5 hasta (%50) fayda gördüğünü belirtti. İnomni şiddet değerlendirme skalasındaki farklılık anlamlı bulunmadı. PSG parametrelerinde, uyku etkinliği (UE) %50 hastada arttı ve %50 hastada azaldı; ortalama UE değerindeki değişim anlamlı değildi ($p=0.714$). Derin N3 uyku evre süresinde anlamlı bir artış (%7,1+6,0 karşın %9,1+7,4; $p=0.040$) ve periyodik ekstremite hareketleri indeksinde anlamlı bir azalma (12,8+20,8/saat karşın 9,0+16,7/saat; $p=0.001$) görüldü.

Tartışma: Ağırlıklı battaniye, uyku kalitesinde artışa neden olarak uykusuzluk tedavisinde kullanım alanı bulabilir. Ancak daha yüksek hasta sayıları ile kontrol grubu karşılaştırmalı çalışmalar ile fayda görecektir alt grubun belirlenmesi gereklidir.

SB14

Huzursuz Bacaklar Sendromu ve Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu ile Giden Huzursuz Bacaklar Sendromu Hastalarında İmmün Sistem Hücreleri ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

¹Ayşenur Kökoğlu, ²Nursena Erener, ¹Ayşe Engin, ¹Metin Yusuf Gelmez, ¹Esin Çetin, ²Gülçin Benbir Şenel, ²Derya Karadeniz, ¹Günnur Deniz

¹İstanbul Üniversitesi, Aziz Sançar Deneysel Tıp ve Araştırma Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uyku Hastalıkları Birimi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Bacaklarda özellikle dinlenme halinde rahatsızlık hissi ve hareket ettirme dürtüsü ile ortaya çıkan Huzursuz Bacaklar Sendromu (HBS) bir uyku bozukluğu hastalığıdır. Bu hareket ettirme isteği, hisler ve disestezi özellikle dinlenme halinde ve geceleri ortaya çıkarak bireylerin uyku kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Etiyolojisi multifaktöriyeldir; genetik, santral demir/ferritin eksikliği ve dopaminerjik fonksiyon bozuklukları öne sürülen ana mekanizmalar arasında yer almaktadır. Ayrıca ince bağırsakta bakteri çoğalması, HIV enfeksiyonu gibi enfeksiyon hastalıklarının huzursuz bacaklar sendromu prevalansını artırdığına dair raporlar bulunmaktadır. Obstrüktif uyku apnesi sendromu (OUAS) en sık görülen uyku bozukluklarından biridir. OUAS hastaları ile ilgili çalışmalar, OUAS ile ilişkili enflamatuvar süreçlerin hastalığın patofizyolojisinde rol oynayabileceğini göstermiştir.

Amaç: Bu çalışmada HBS ile bağışıklık sistemi elemanları arasındaki ilişkinin saptanması hedeflenmiştir. Ayrıca HBS'de doğal ve/veya edinsel bağışıklık sistemi elemanlarının rollerinin saptanması amaçlanmıştır. **Materyal ve Metot:** Çalışmamıza HBS ve Obstrüktif Uyku Apnesi ile birlikte giden HBS (HBS+OUAS) hastaları ve sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. T, B, NK, NKT, ILC hücre oranları; T, B, NK hücre içi IFN- γ , IL-6, IL-10, IL-13 sitokinleri; CD8+ T ve NK hücre sitotoksik aktivitesi akan hücre ölçer sistemi ile analiz edilmiştir. Plazma örneklerinde IFN- γ , TNF- α , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-13 düzeyleri boncuk temelli çözünür molekül düzeyi belirleme yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Sonuçlarımız sağlıklı kontrol grubuna göre, HBS ve HBS+OUAS hastalarında ILC-1 hücre alt grubunun ve IL13+CD4+ T hücre oranının arttığını, ILC-2 hücrelerinin ise azaldığını göstermektedir. ILC-3 oranı HBS+OUAS grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. NK hücre sitotoksik fonksiyonu değerlendirildiğinde, HBS hasta perforin pozitif NK hücre oranı HBS+OUAS hasta ve sağlıklı kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır. Plazma IFN- γ ve IL-13 düzeyleri ise OUAS ile giden HBS grubunda sağlıklı kontrole ve HBS grubuna göre yüksek bulunmuştur. Plazma IL-6 düzeyi HBS+OUAS grubunda HBS grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır.

Tartışma: HBS hasta grubunda saptanan düşük NK sitotoksik aktivite bulguları doğal bağışıklık sisteminin tam olarak etkisini gösteremediğini düşündürmektedir. CD4+ T hücre içi IL-13 ve plazma IL-13 düzeylerindeki artış IL-13 sitokininin uyku üzerindeki olumsuz etkisini doğrular niteliktedir. Bulgularımız HBS hastalığında düşük NK sitotoksik aktivitesini ve hem doğal hem de edinsel bağışıklık sistemi elemanlarının rol oynadığına dair veriler ortaya koymaktadır.

SB15

Ağır TUAS'TA KOAH Komorbiditesi: Polisomnografik ve Sistemik Parametreler Üzerine Etkisi

²Aslı Akyol Gürses, ¹Utku Oğan Akyıldız

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD.

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD., Klinik Nörofizyoloji BD.

Amaç: Tıkayıcı uyku apne sendromu (TUAS); yetişkin popülasyonda %7'lere kadar ulaşan sıklığı ve yatkinlik yarattığı çoklu kardiyovasküler komplikasyonları nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ise, 40 yaş üstü yetişkinlerde bildirilen %15-20 prevalansla en sık gözlenen akciğer hastalıklarından bir diğeridir ve aynı zamanda tüm dünyada önde gelen bir mortalite sebebidir. Bu iki durumun birlikteliği nadir olmayıp; getirdiği ek metabolik yük ve olası kardiyovasküler riskin öngörülebilmesi, yakın takip gerektiren vakaların erken dönemde tespit edilebilmesi açısından önemlidir.

Materyal ve Metod: Temmuz 2017-Şubat 2019 tarihleri arasında 2. Basamak bir merkezde TUAS ön tanısı ile gerçekleştirilen tek gecelik tanısız polisomnografi ardından ağır TUAS tanısı alan olguların kayıtları geriye dönük incelendi. Komorbid KOAH'ı bulunan (overlap sendromlu) olgular ve izole TUAS tanılı hastalar klinik, demografik, polisomnografik parametreler ve kardiyovasküler risk yönünden değerlendirildi. Bilinen kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalığı olanlar; obezite-hipoventilasyon sendromu bulunanlar; hemogram parametrelerini etkileyebilecek sistemik hastalığı, ilaç kullanımı yahut aktif enfeksiyonu bulunan olgular ve KOAH'ın akut alevlenme dönemindeki hastalar dışlandı. Kardiyovasküler risk; Nötrofil/Lenfosit oranı (NLR) ve Platelet/Lenfosit (PLR) oranı ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz için SPSS.20 paket programı kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 159 hastadan 30 tanesi komorbid KOAH varlığı nedeniyle overlap sendromu; kalan 129 tanesi izole ağır TUAS tanısı almıştı. İki grup arasında cinsiyet dağılımı, yaş, vücut kitle indeksi (VKI) ve apne-hipopne indeksi (AHI) değerleri [KOAH(-): 63.4 ± 18.46 vs KOAH(+): 69.42 ± 17.51] benzerdi ($p > 0.05$); sigara öyküsü overlap sendromlu grupta yüksekti. ($p < 0.001$) Polisomnografik parametrelerden toplam uyku süresi, uyku etkinliği ve N3 evre yüzdesi overlap sendromlu grupta anlamlı düzeyde düşüktü (sıra ile $p: 0.007$; $p: 0.001$ vs $p < 0.001$); oksijen desatürasyon indeksi (ODI) ve %90 oksijen saturasyonunun altında geçirilen süre oranı anlamlı ölçüde yüksekti (sıra ile $p: 0.006$; ve $p: 0.013$). Ancak ortalama oksijen saturasyonunun iki grupta benzer olduğu görüldü. NLR ve PLR gibi kardiyovasküler risk belirteçleri iki grup arasında anlamlı fark göstermemekteydi. ($p > 0.05$) Overlap sendromlu grupta AHI ve PLR değerleri arasında zayıf ancak anlamlı bir korelasyon mevcutken, izole TUAS'lı grupta bu böyle bir ilişki gözlenmedi. ($p: 0.044$, $\rho: -0.180$)

Sonuç: Sonuçlarımız overlap sendromlu hastaların; izole TUAS tanılı olgulara kıyasla daha kötü uyku yapısına sahip olduğunu ve nokturnal hipoksemiye daha yatkın olduğunu göstermektedir. Ayrıca istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da, ortalama AHI değerinin overlap sendromlu grupta daha yüksek olma eğilimi dikkat çekmiştir. Bulgular overlap sendromlu grupta daha ciddi kardiyovasküler risk beklentisini doğrulamaktadır. Bununla birlikte çalışılan kardiyovasküler risk parametrelerinin iki grupta benzer saptanması; muhtemelen süregelen hipokseminin bir çeşit iskemik önkoşullama yapması ve doku perfüzyon - oksijenizasyonunu arttırmak üzere organizmada adaptif yanıt gelişimine zemin hazırlamasıyla ilişkili olabilir. Ağır TUAS kendi başına ciddi bir inflamatuvar potansiyel; dolayısıyla kardiyovasküler risk oluşturmaktadır ve mevcut kohorttaki sonuçlarımız, KOAH'la birlikte süregelen hipokseminin bu sürece katkısının istatistiksel anlamlılığa ulaşabilecek düzeyde olmadığını telkin etmektedir. Overlap sendromlu olgularda komorbid KOAH'ın halihazırdaki inflamatuvar durum üzerine etkisi ve katkısını ortaya koymak için, daha yüksek hasta sayısı ile planlanan randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

SB16

Video-EEG Monitörizasyon ile Epileptik Olmayan Psikojen Nöbet Tanısı Alan Hastaların Uyku Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesi

¹Furkan Sarıdaş, ¹Aylin Bican Demir

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Epileptik olmayan psikojen nöbetler (EOPN) epilepsi başta olmak üzere senkop, panik atak, anksiyete bozuklukları, hiperventilasyon atakları, parasomniler, auralı migren ve geçici iskemik ataklar ile sıklıkla karışabildiğinden dolayı klinisyenler tarafınca poliklinik şartlarında tanı sürecinde oldukça zorlanılan bir durumdur. Bu nedenle hastalarda birçok farklı tetkik ve tedaviler uygulanmaktadır. Ayrıca stres veya duygusal tetikleyiciler gibi faktörlerin olması EOPN'i düşündürülebilir. Bu durumların temelinde veya primer uyku bozuklukları sonucu hastada EOPN gelişebilir.

Amaç: Epileptik olmayan psikojen nöbetler ile uyku bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza 154 hasta VEM ünitesinde ortalama 2,72 gün yatırılarak değerlendirildi. Yatış süresince ortalama 3,31 EOPN gözlemlendi. Hastalarımıza Epworth uykululuk ölçeği, RLS şiddet değerlendirmesi, pittsburgh uyku kalitesi indeksi ve uykusuzluk şiddeti indeksi uygulandı.

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 38,38 ve çoğunluğu kadın cinsiyeti oluşturmaktaydı. Hastaların epworth uykululuk ölçeği ortalama 13,23 olarak sonuçlandı. Hastaların %42'sinde insomni şikayeti, %23'ünde ise huzursuz bacaklar semptomlarının varlığı dikkati çekti.

Tartışma: EOPN'li hastalarda epilepsi hastalarına göre daha sık uyku sorunlarından bahsedilmekte olup yaklaşık üçte birinde uyku bozukluğu öyküsü olduğu görülmüştür. Toplam 68 hastayı kapsayan 4 ayrı polisomnografi çalışması yapılmıştır. Uykuda solunum bozukluğu hastaların %14-29'unda, periyodik hareket bozukluğu hastaların %27'sinde tespit edilmiş ve ortalama uyku latansı 45 dakikalık gecikme göstermiş olup uykuya ilk dalıştan sonra ortalama 1-2 saat uyanıklık ile genel uyku kalitesindeki bozukluk gösterilmiştir. Bu çalışmalar hastaların büyük bölümünün uyku ilacı kullanmasının nedenini ortaya koymaktadır. Uyku bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluklarında yaygın görülen semptomlardan biridir, ancak EOPN ile ilişkisinin basit bir komorbiditeden fazlası olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak EOPN hastalarında tedavide ve tetikleyici nedenler açısından mutlaka uyku bozukluğunun değerlendirilmesi ve gerekli koşullarda polisomnografi ile tedavisinin planlanması da gerektiğini düşünmekteyiz.

SB17

Esrar Kullanımı Olan Genç Erkeklerden Oluşan Özel Bir Grupta Subjektif Uyku Kalitesi, Uykusuzluk ve Artmış Gündüz Uykululuğunun Değerlendirilmesi

¹**Bülent Devrim AKÇAY, ¹Mehmet KOÇER**

¹SBÜ Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Esrar dünyada ve ülkemizde en yaygın ve en çok tüketilen yasadışı uyuşturucu maddedir. Dünya genelinde 200 milyon insanın esrar kullandığı tahmin edilmektedir. Hint keneviri bitkisinden elde edilen esrar kullanımı Türkiye'de hızla artmaktadır. Esrarın birçok fizyolojik ve psikolojik etkileri gözlenmektedir. Bu etkilerden biri de uyku bozukluklarıdır. Çalışmamızda esrar kullanımı olan genç erkeklerden oluşan özel bir grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında subjektif uyku kalitesi, uykusuzluk ve artmış gündüz uykululuk düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza dahil edilen hastalar askere alım muayeneleri esnasında aile hekimliğince madde kullanım bozukluğu ön tanısıyla hakkında askerliğe elverişlilik durumunun değerlendirilmesi için psikiyatri polikliniğine ardışık olarak sevk edilmiş, esrar kullanımı dışında alkol ve diğer psikoaktif uyarıcı ya da uyuşturucu bir madde kullanımı olmayan, aktif psikotik bulgu saptanmamış, yeterli mental kapasiteye sahip, bilgilendirilmiş onam formunu onaylayarak çalışmaya katılmayı kabul eden 38 yoklama erinden oluşmaktaydı. Herhangi bir nörolojik, psikiyatrik veya genel tıbbi hastalığı bulunmayan 38 sağlıklı erkek ile kontrol grubu oluşturuldu. Her iki grup, sosyo demografik veri formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), uyku kalitesini etkilemesi nedeniyle depresyon ve anksiyete bulgularını saptamak için Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmada her iki grup arasında yaş, sosyodemografik bulgular, eğitim, medeni durum ve çalışma durumları açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi. Çalışmanın en önemli bulgusu, esrar kullanan olgularının uyku kalitesinin sağlıklı kontrollere göre belirgin olarak bozulmuş olmasıydı. Esrar kullanan grubunun kontrol grubuna göre düşük subjektif uyku kalitesine, artmış uyku ilacı kullanımına ve daha fazla gündüz işlevsellik kaybına sahip oldukları gözlemlendi. Ayrıca esrar kullanım süresi ile subjektif uyku kalitesi arasında pozitif yönden bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Esrar kullanımı olan ve esrar kullanımından kurtulmaya çalışan birçok kişinin ortak bir sorunu da uyku ile ilgilidir. Esrar gibi psikoaktif maddeler bağımlılık, kötüye kullanım, intoksikasyon ve yoksunluk sendromundan başka organik ruhsal bozukluk olarak da tanımlanabilen çeşitli uyku bozukluklarına yol açabilen sendromları ortaya çıkarabilir. Esrar kullanıcılarında uyku bozukluğunun önemli klinik etkileri vardır. Yoksunluk ve tolerans gelişen dönemlerde belirginleşen uyku sorunları belli bir zaman sonra tekrar madde alımına bile neden olabilecek kadar şiddetli ve belirgin bir bozukluk olarak karşımıza çıkabilmektedir. Çalışmamızın en önemli bulgusu esrar kullanan olgularının uyku kalitesinin sağlıklı kontrollere göre belirgin olarak bozulmuş olmasıydı. Ayrıca esrar kullanımının süresinin artması ile uyku kalitesinde bozukluk arasındaki pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Esrar kullanan kişilerde uyku bozukluklarının tanımlanması, relapsı anlamada ve tedavi müdahalelerine rehberlik etmede potansiyel etkilere sahip olabilir. Esrar kullanımı ile uyku arasındaki iki yönlü bu karmaşık ilişkinin daha iyi aydınlatılabilmesi için gelecekte daha fazla elektrofizyolojik çalışmaya ihtiyaç vardır.

SB18

ROHHAD Sendromu ve Uyku Bozuklukları

¹Bahar Çalışkan, ²Gülçin Benbir Şenel, ²Derya Karadeniz

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof.Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul, İstanbul
Üniversitesi-Cerrahpaşa Nörolojik Bilimler Enstitüsü Elektronöfzyoloji Yüksek Lisans, İstanbul
²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Hipoventilasyon, hipotalamik disfonksiyon ve otonomik disregülasyon ile birlikte hızlı başlangıçlı obezite (ROHHAD sendromu) tanı konulması güç ve diğer genetik obezite sendromlarından ayrımı zor olan nadir görülen bir bozukluktur. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte genetik, epigenetik ve otoimmün etiyolojiler üzerinde durulmaktadır. Başlangıç yaşı 1,5-7 yaşlardır. Tanısı 1,5 yaş sonrası başlayan hızlı başlangıçlı kilo alımı ve uyku sırasında alveolar hipoventilasyon, hızlı başlangıçlı obezite, santral hipotiroidizm, endokrin bozukluklar ve erken veya gecikmiş puberte gibi hipotalamik disfonksiyon belirtilerinden en az birisinin olması, santral hipoventilasyon sendromu ile ilişkili PHOX2B mutasyonunun olmaması ile konulur. Eşlik eden uyku bozuklukları hızlı kilo alımı sonrası başlar ve en sık obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) ile uykuda ve uyanıklıkta düşük oksijen ve artmış karbon dioksit yetersiz yanıt şeklinde görülebilir.

Yöntem: Bu çalışmamızda, ROHHAD sendromu tanısı olan ve eşlik eden uyku ile ilişkili şikayetleri nedeniyle 2015-2022 yılları arasında Uyku ve Bozuklukları polikliniğimize başvuran dört hastanın klinik ve polisomnografik bulgularını sunmayı amaçladık. Bulgular: ROHHAD sendromu tanısı olan dört hastanın 2'si erkek ve 2'si kız çocuğu idi; yaşları 9 ile 24 yaş arasındaydı. Hastaların üçünde poliklinik başvuru şikayetleri çocukluk çağında gündüz aşırı uykululuk ve hızlı kilo artışı iken bir hastamız 20 yaşında kraniyofarengioma operasyonu sonrası gelişen panhipopitüitarizme bağlı kilo artışı nedeniyle endokrinoloji tarafından takip edilirken OUAS ön tanısı ile tarafımıza yönlendirilmişti. Hastalarda klinik bulgular ile birlikte hiperprolaktinemi, hipotiroidizm, büyüme hormonu yanıtının düşük olması, seks hormon düşüklüğü, diabetes insipidus varlığı gibi biyokimyasal bulgular mevcuttu. Polisomnografik (PSG) incelemede tüm hastalarda OUAS saptandı; bir hastada elektrokardiyografi kayıtlarında artmış sempatik aktivasyona bağlı taşikardi, diğer bir hastada parsiyel karbondioksit basıncında yükselme (uyku ile ilişkili hipoventilasyon) tanısı konuldu. Çoklu Uyku Latans testinde (ÇULT) tüm hastaların uyku latansı ortalaması 5 dakikanın altında saptandı; iki hastada dört testin ikisinden fazlasında REM uyku evresi ile başlayan uyku epizodu (SOREM) izlendi.

Sonuç: Çocukluk çağında hızlı başlangıçlı obezite şikayeti ile başvuran hastalarda ROHHAD sendromu düşünülmelidir. Bu hastalarda, OUAS'ın yanı sıra, hipoventilasyon riski nedeniyle polisomnografik incelemenin karbon dioksit ölçümü ile birlikte yapılması önemlidir. Gündüz aşırı uykululuk hali altta yatan uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ile ilişkili olabileceği gibi, hipotalamik disfonksiyonun eşlik ettiği ROHHAD sendromunda sekonder narkolepsi gibi durumların da olabileceği akla gelmeli ve PSG sonrasında ÇULT tetkikinin yapılması da önerilmelidir.

SB19

Epilepsi Tanılı Hastalarda Parasomni Sıklığı ve Etkileyen Faktörler**¹İlknur Güçlü Altun, ²Zeynep Meva Altaş, ³Gülin Sünter, ¹Banu Özen Barut, ³Kadriye Ağan Yıldırım**¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, İstanbul³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD, İstanbul

Giriş-Amaç: Epilepsi ve uyku arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Epilepsi hastalarında insomni, uykuda solunum bozuklukları, gündüz aşırı uykuluğun sık rastlandığına dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Epileptik nöbet ile ayrımı zor olabilen parasomnilerin, epilepsi ile birlikteliğine ilişkin araştırmalar oldukça azdır.

Yöntem: Epilepsi polikliniğinden en az iki yıldır düzenli takip edilen hastalar ve sağlıklı kontrol grubu yüzyüze görüşme ile değerlendirilmiştir. Psikiyatrik ve uyku bozukluğuna neden olacak sistemik hastalığı bulunan, alkol, madde ve antidepresan-antipsikotik kullanan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastaların demografik özellikleri, epilepsi hastalık süresi, nöbet tipleri, nöbet sıklığı, kullandıkları antinöbet ilaçlar, uykuda nöbet varlığı kaydedilmiştir. Hasta ve sağlıklı kontrol grubuna Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKI), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Ayrıca parasomni ve uykudaki diğer paroksizmal olayların varlığını ve sıklığını içeren sorulardan oluşan form ile parasomni değerlendirmesi yapılmıştır. Bu formda 1.Hipnik sıçramalar,2.Ritmik ayak tremoru, 3.Ritmik hareket bozukluğu,4.Patlayan baş sendromu, 5.Hipnagogik hallüsinasyonlar,6.Uykuda periyodik bacak hareketleri (PLMS), 7.Nokturnal bacak krampları, 8.Uykuya ilişkili bruksizm,9.Uykuda konuşma, 10.Uykuya ilişkili anormal yutkunma, tıkanma ve ya boğulma hissi, 11.Uykuya ilişkili inleme,12.Nokturnal enüresis, 13.Kabus, 14.Uyku terörü,15.Uykuya ilişkili yeme(hiç veya çok az bilinçli), 16.Nokturnal yeme (tamamen bilinçsiz),17.Konfüzyonel uyanıklık, 18.Uyku paralizisi, 19.Uykuda yürüme,20.Uykuda şiddet içeren davranış, 21.REM Uyku Davranış Bozukluğu (RDB) varlığı sorgulanmıştır. Hastaların Elektroensefalografi (EEG), video EEG monitorizasyon ve varsa PSG kayıtlarının incelenmesi planlanmıştır.

Sonuçlar:124hastanın78'i(%62,9) kadın,46'sı (%37,1) erkek, 66 sağlıklı kontrolün 48'i (%72,7) kadın, 18'i (%27,3) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 33,11±11,40, kontrol grubunun yaş ortalaması 37,11±9,25 saptandı. Hastaların 40'ı fokal 84'ü jeneralize epilepsi ile takipliydi. Hastalık süresi ortalaması 13,33±10,37 yıldır. Nöbet sıklığı 5,52±11,25/yıl saptandı. Hastaların 56 (%45,16)'sında uykuda nöbet öyküsü vardı. Hastalarda BDÖ (p:0,036) ve BAÖ(p:0,003) testleri kontrol grubuna göre yüksek saptandı. Hasta ve kontrol grupları arasında PUKI ve EUÖ açısından anlamlı fark saptanmadı. Cinsiyet, hastalık süresi, nöbet tipi ve uykuda nöbet ile testler arasında anlamlı fark saptanmadı. Yaş ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptandı (p:0,019), diğer testler arasında anlamlı fark yoktu. Anksiyetesi olan hastalarda nöbet sıklığının daha fazla olduğu görüldü (p:0,002). Hastalarda vücut kitle indeksinin 30 ve üzerinde olduğu, kontrol grubuna göre anlamlı farklı olduğu saptandı (p:0,021). Hastalarda hipnagogik hallüsinasyonlar, uykuda idrar kaçırma, konfüzyonel uyanma ve uyanma paralizisi kontrol grubuna göre anlamlı olarak fazlaydı. Erkeklerde PLMS (p:0,009), nokturnal enüresis (p:0,031) ve nokturnal yeme (p:0,025) kadınlara göre anlamlı yüksek saptandı. Jeneralize epilepsilerde hipnagogik hallüsinasyonlar fokal epilepsilere göre anlamlı yüksek saptandı (p:0,01). Yaş ve nöbet sıklığı arttıkça nokturnal bacak kramplarının arttığı görüldü (p:0,004, p:0,026). Uykuda nöbet ile hipnik sıçramalar, nokturnal bacak krampları, uykuda konuşma, nokturnal yeme, uykuda şiddet içeren davranış pozitif ilişki saptandı.

Tartışma: Epilepsi tanılı hastalarda bazı parasomnilerin sağlıklı popülasyona göre daha sık olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu sayısının kısıtlı oluşu ve objektif testlerin kullanılamamış olması gibi yetersizlikler mevcuttur. Bununla birlikte epilepsilerde, klinik görüşme sırasında nokturnal paroksizmal

olayların detaylı sorgulanması maliyeti az, kolay bir yöntem olup; bu konudaki sübjektif testlerin uyku bozukluklarının taranmasında etkili olabileceğini vurgulamak istedik.

SB20

Sürücü Belgesi İçin Başvuran Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu (Tuas) Şüpheli Hastalarda Tarama ve Psg Sonuçları; Semptom Sorgulaması Yeterli mi?

¹Taylan Yavuz BULUT, ¹Utku Oğan AKYILDIZ

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uyku Tıbbi Merkezi, Aydın

Amaç: TUAS'ın önemli sorunlarından biri de direksiyon başında uykuya dalma durumudur. 2021 İtalya'da yapılan uykusuzluğun sürücü performansına etkisi adlı çalışmada tüm kazaların %10-20'sinin nedeni uykululuk olarak tespit edilmiştir (1). TUAS'ın kaza riskini 2,5 kat artırdığı sonucuna varılmıştır. Halk otobüs ve minibüs şoförlerinin değerlendirildiği çalışmada, sürücülerin %15'i uykululuk nedeniyle en az bir kaza tehlikesi yaşamıştır (2). Sürücü adaylarının ve sürücülerin sahip olması gereken sağlık şartlarıyla ilgili 2015-29755 sayılı kanun 7.maddede uyku bozukluğu açısından değerlendirme gerekmektedir. Öncelikle beyana dayalı anamnez alınır.Bu çalışmada, tarafımıza sürücü belgesi için başvuran hastalarda yapılan muayenede hastanın beyan ettiği ile tarafımızca sorgulanan parametreler ve PSG sonrası elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya uyku polikliniğimize sürücü belgesi amacıyla başvurmuş 53 hasta alındı. Sürücü adaylarının sağlık muayenesi ve şartlarında belirtildiği üzere BKI 33 ve üzerinde olanlar çalışmaya dahil edildi. 18-76 yaş arası 11'i kadın, 42'si erkek hastaydı. Hastalara hastanemiz uyku tıbbi merkezinde spontan uykusunda polisomnografi (PSG) uygulandı. Gece boyunca uluslararası 10-20 sistemine göre yerleştirilen elektrodlar ile elektroensefalografi (EEG), elektrookulografi (EOG), submental EMG, nasal ve oral airflow, anterior tibial EMG, pozisyon ve elektrokardiogram, toraks ve abdomen hareketleri kaydedildi. Oksijen saturasyonu için (SpO2) bir nabız oksimetresi kullanılarak izlendi. Uyku EEG kaydı 30 saniyelik epoklar ile skorlandı. Amerikan Uyku Akademisi (AASM v2.6) yönergesine göre manuel skorlandı. Nokturi değerlendirilmesi açısından sınır değer 2 ve üzeri olarak alındı. ESAP (Easy Sleep Apnea Predictor) kaydedildi (3).

	TUAS (+)	Ağır	Orta	Hafif	TUAS (-)
Nokturi	12 (%85.7)	7 (%58.3)	2 (%16.7)	3 (%25)	2 (%14.3)
Terleme	14 (%71.4)	7 (%50)	2 (%33.3)	5 (%38.5)	6 (%28.6)
ESAP	27 (%79.4)	13 (%48.1)	5 (%18.5)	9 (%33.3)	8 (%20.6)
Horlama	21 (%61.8)	12 (%57.1)	4 (%19)	5 (%23.8)	13 (%38.2)
GIU	6 (%60)	4 (%66.6)	0	2 (%33.3)	4 (%40)
Tanımlı Apne	11 (%84.6)	6 (%54.5)	2 (%18.2)	3 (%27.3)	2 (%15.4)
EUS	3.3	2.7	3	4.1	2.9

Sonuçlar: Hastaları uyku çekimi öncesi değerlendirdiğimizde iki hastada TUAS ilişkili yakınma (horlama, tanımlı apne ve gündüz aşırı uykululuk) mevcuttu. Yakınması olan iki hastamız da TUAS tanısı aldı. Herhangi bir aktif yakınma beyanı olmayan hastaların 32 (%62.7)'sinde OSAS tespit edildi. Beden kitle endeks değerleri ortalama 38 idi. Üç ana semptomdan horlama 34 (%62.3) hastada, tanımlı apne 13 (%24.5)'ünde ve 10 (%18.9) hastada gün içi uykululuk mevcuttu. Terleme ise 20 (%37.7) hastada mevcuttu. 35 (%66) hasta ESAP pozitif olarak tespit edilmiş olup, 39 (%73.6) hasta sabah dinlenmiş olarak uyanmaktadır. Nokturi açısından değerlendirilen hastaların 2 ve üzerinde olanlar 14 (%26.4) olarak tespit edilmiştir. TUAS tespit edilen hastalarda nokturi ise 12 (%35.3) olarak

bulunmuştur. Apne-hipopne indeksi (AHI) ortalaması 23,4 olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen hastalar OUAS şiddetine göre sınıflandırıldığında 18 (%33.4)'inde normal, 13 (%24,5)'ünde hafif şiddette, 6 (%15.1)'sında orta şiddette ve 15 (%24.6)'sında ağır şiddette apne saptanmıştır. TUAS tespit edilen hastaların sadece 2 (%3.8)'sinde 3 major semptomumuz bir arada görülmüştür.

Tartışma: Çalışmamızda sürücü belgesi için başvuran hastalar değerlendirildiğinde, semptom sorgulamasının olası TUAS'ı tespit etmede başarısız olduğu görülmüştür. Bunun nedeni hastanın semptom saklaması olduğunu düşünmekteyiz. Bununla birlikte, nokturi ve ESAP, uykuda baş ve /veya boyun terlemesinin, temel semptomlar dışında TUAS'ı ön görmede daha başarılı olduğu görülmüştür. Bu semptom ve bulgular, hasta tarafınca TUAS ile ilişkilendirilmediği için daha kolay cevaplanmaktadır. Her ne kadar çalışmamızda hasta sayısı az olmak ile birlikte, sürücü belgesi için başvuran BKİ>33 olan hastalarda TUAS ana semptomları sorgulamak dışında, nokturi, ESAP ve terlemenin olası TUAS'ı ön görmede daha değerli olduğunu düşünmekteyiz.

SB21

Gündüz Uykululuğu Olan Siroz Hastalarında Uyku Parametrelerinin Polisomnografi ve Çoklu Uyku Latans Testi ile Değerlendirilmesi

¹Humay İsmayılzada, ¹Gülin Sünter, ²Feyza Gündüz, ¹Kadriye Ağan

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji A.B.D

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji A.B.D

Amaç: Bu çalışma ile gündüz uykululuk şikayeti olan siroz hastalarının uyku parametrelerini tetkik etmek, ölçekler ile duygudurum, bilişsel fonksiyon ve hayat kalitesini incelemek ve hepatik ensefalopati açısından korelasyonuna bakmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Çalışmamıza 2021 aralık- 2022 mart ayları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde takip edilen 18-75 yaş arasında Epworth uykululuk ölçeğine (EUÖ) göre ≥ 9 üzeri saptanan 30 siroz hastası alınmıştır. Kontrol grubu olarak Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uyku Laboratuvarında tetkik edilmiş yaşa göre eşleştirilmiş 15 olgunun normal polisomnografi (PSG) verileri baz alınarak siroz hastaları ile karşılaştırma yapıldı. Gündüz aşırı uykululuğu (GAU) olan siroz hastaları Child-Pugh skorlamasına göre A ve B olarak sınıflandırıldı ve bir gecelik PSG yatışını takip eden sabah çoklu uyku latans testi (ÇULT) ile tetkik edildi. Aynı zamanda her hastaya PHES test bataryası uygulanarak minimal hepatik ensefalopati (MHE) olup olmaması açısından 2 gruba ayrıldı. Her hastaya Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), SF-36doldurulmuş A ve B grupları arasında ve MHE olan ve olmayan hastalarda ölçekler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $57,63 \pm 10,07$ (min:36- maks:72) yıl olup hastaların 17'si (%56,7) erkekti. Hastalığın etiyojisi incelendiğinde, %70'i kriptojenik, %20'si HBV, %6,7'si HCV ve %3,3'ünün alkol zemininde geliştiği saptandı. EUÖ ortalama olarak $12,17 \pm 3,10$ saptandı. PSG tetkiki ile siroz hastalarında N2 evresinde anlamlı olarak azalma ($p=0,007$), N3 evresinde ise anlamlı olarak artma izlendi ($p=0,002$). Toplam uyku süresi ve uyku verimliliği (SE%) siroz hastalarında sırası ile anlamlı derecede daha düşüktü ($p=0,015$ ve $p=0,030$). Hastaların %97'de 2 ve üzeri napde uykuya geçtiği görülmekle beraber %48,3 hastanın ÇULT uyku latansı 8 ve altındaydı ($p<0,007$). SOREMs %17 hastada görüldü. Bununla birlikte siroz evreleri ve MHE olan ve olmayan hastalarda ÇULT uyku latansı açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda ÇULT ile gündüz uykululuğu objektif olarak gösterilmekle birlikte siroz evreleri ve MHE hastalarında fark saptanmamıştır. GAU'nun MHE hastaları için prediktör olabileceği ve GAU'nun aşikar hepatik ensefalopati gelişmeden daha erken ortaya çıkan şikayet olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan siroz hastalarının uyku etkinliğinin azalması ve uyku süresinin kısılması bu hasta grubunda uyku kalitesinde azalmaya ve hayat kalitesini düşürmeye yol açtığı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Çoklu Uyku Latans Testi, Polisomnografi, Siroz, Minimal Hepatik Ensefalopati, Uyku Latansı

SB23

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hastalarında Zaman Algısının Sağlıklı Gönüllülerle Karşılaştırılması: Bir Öncül Çalışma

¹İnan Özdemir, ¹Semai Bek, ²Serkan Aksu, ¹Gülnehal Kutlu

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji, Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), uyku sırasında hava yollarının kollapsı sonucunda hava yollarının tam olarak ya da kısmi olarak tıkanıklığına bağlı olarak gündüz uykululuğu, yorgunluk, bilişsel işlevlerde azalma, gündüz konsantrasyon güçlüğü ve gece horlaması gibi belirtilerle karakterize olan bir hastalıktır. OUAS ile ilgili yapılan birçok çalışma; meydana gelen tekrarlayan apnelerin, gece uykuda meydana gelen hipoksemilerin, gece uyku bölünmelerinin ve gündüz uykululuğunun hastalarda dikkat, çalışma belleği, epizodik bellek, psikomotor işlevler ve yürütücü işlevler gibi çok sayıda bilişsel alanda bozulmaya yol açtığını ortaya koymuştur. İnsanlarda zaman algısı; uyku-uyanıklık döngüsü gibi fizyolojik süreçlerin yanı sıra konuşma, spor yapma gibi günlük aktiviteler için kritik öneme sahip olan bir bilişsel işlevdir. Zaman algısı ile ilgili modellerde dikkat ve bellek gibi farklı bilişsel alanlar da önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda OUAS hastalarında zaman algısı işlevinin de bozuk olabileceği hipotez edilmiş ve ilk kez sağlıklı gönüllüler ile OUAS hastalarında zaman algısının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Uyku polikliniğine başvuran ve tıbbi endikasyonlara göre uyku laboratuvarına yatışına karar verilen 40 hasta ve 10 sağlıklı gönüllü katılımcıya polisomnografik değerlendirme yapıldı. Apne-Hipopne İndeksine (AHI) göre Sağlıklı - Hafif OUAS - Orta OUAS ve Ağır OUAS olarak sınıflandırıldı. Hastalara standart bir bilgisayarda zaman algısını değerlendirmek için Ritmik Motor Zamanlama Testi (RMZT), Zaman Aralığı Karşılaştırma Testi (ZAKT), Zaman Aralığı Yeniden Üretim Testi (ZAYÜT), Zaman Aralığı Tahmin Testi (ZATT) yapıldı. Shapiro-Wilk testleri ile verilerin normal dağılıma uyup uymadığı değerlendirildi. Kategorik (yüzdeler) veriler Ki-kare/Fisher kesinlik testleri ile karşılaştırıldı. Normal dağılıma uyan verilerde tek yönlü varyans analizi ile gruplar arası farklılıklar karşılaştırıldı. Normal dağılıma uymayan verilerde gruplar arası farklılıklar Kruskal-Wallis testleri ile karşılaştırıldı. Gruplar arası farklılıklar için yapılan post hoc analizler normal dağılıma uyanlarda bağımsız örneklem t-testleri ile, uymayanlarda Mann-Whitney U testleri ile incelendi. OUAS şiddetini gösteren parametreler ile zaman algısı testlerindeki parametreler arasında Pearson/Spearman bağıntı analizleri yapıldı.

Bulgular ve Sonuçlar: Katılımcıların yaş ortalaması 43,14 olup %72'si erkekti (n=36). Ortalama eğitim süresi 11,58 yıldır. Hastaların 15'i hafif, 14'ü orta ve 11'i ağır OUAS olarak sınıflandırıldı. Gruplar arasında sosyodemografik değişkenler ve AHI skoru dışındaki klinik değişkenler açısından farklılık saptanmadı. RMZT'de 2000 milisaniye (p = 0,003) ve 4000 milisaniye (p = 0,01) intertap intervalı ve ZATT'deki Teta değerleri (p = 0,012) açısından anlamlı farklılık saptandı. 3.evre uyku süresi ile ZAKT'de 1000 ms Weber katsayısı arasında ters yönde bir ilişki saptandı (r = -0,345; p = 0,015). AHI ile ZAYÜT'te 5000 ms mutlak hata değeri arasında ilişki saptandı (r = 0,327; p = 0,021).

Tartışma: Mevcut çalışmada elde edilen öncül sonuçlar, zaman algısı işlevlerinin bir bölümünün sağlıklı gönüllülere göre azalmış olduğunu ve OUAS şiddeti ile zaman algısının bazı bileşenlerindeki etkilenme arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durumun zaman algısında doğrudan bir etkilenmeyi yansıtmaya olabileceği gibi zaman algısının yerine getirilmesi sırasında rol oynayan dikkat ve çalışma belleği gibi işlevlerde etkilenmeye bağlı da olabileceği düşünülmüştür. Dikkat, çalışma belleği gibi diğer ilişkili bilişsel işlevleri de eşzamanlı değerlendiren çalışmaların yapılmasına ve hastalığa maruziyetin ve OUAS tedavilerinin zaman algısı üzerine etkisini inceleyen uzunlamasına çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

SB24

COVID-19 Pandemi Döneminde OUAS Hastalarında PAP Kullanımı ve Covid İlişkili Endişe Değerlendirmesi

¹Beyza Arslan, ¹Humay İsmayilzade, ²Baran Balcan, ¹Kadriye Ağan, ¹Gülin Sünter

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de 2020 yılı mart ayında başlayan Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) pandemisi OUAS (Obstrüktif Uyku Apne Sendromu) hastalarını da etkilemektedir. OUAS' nun en etkili tedavisi pozitif havayolu basıncı (PAP) cihazı kullanımınıdır. Bu çalışmada pandemi döneminde OUAS hastalarının endişe durumları, COVID-19 geçirme oranları ve cihaz kullanım durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Hastanesi Uyku laboratuvarında titrasyonu yapılmış 523 hasta dahil edilmiştir. Hastalara telefonla ulaşılarak pandemi döneminde cihaz kullanımını sorgulayan 7 sorudan oluşan anket uygulandı. Sorular, hastaların COVID-19 geçirme durumları ve semptom sorgulamalarını, süreçteki endişe miktarları ve OUAS' in endişe durumuna etkisini, pandemi sürecince PAP cihazı kullanımlarında değişiklik olup olmadığını araştırmaya yönelik olarak düzenlenmiştir. OUAS tanısı olan ve onam alınan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi Anova programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların 141'i (%27) kadın, 382'si (%73) erkekti. Yaş ortalaması 53,3 yıl (23-90) olarak saptanmıştır. Tüm hastaların 216'sinin (%41) cihazı düzenli kullandığı ve 307'sinin (%59) kullanmadığı veya düzensiz kullandığı görülmüştür. Cihaz kullanan hastaların 49'unun (%23) COVID-19 geçirdiği ve bu grupta en sık saptanan semptomun miyalji %76 (n=37) olduğu gözlenmiştir. Hastaların %71'inde (n=35) halsizlik, %51'inde (n=25) baş ağrısı, %47'sinde ateş (n=23), %43'ünde koku (n=21) ve %41'inde tat kaybı (n=20), %39'unda öksürük (n=19) saptanmıştır. En az semptom olarak %8 oranında boğaz ağrısı (n=4) görülmüştür. Cihaz kullanmayan 307 hastanın 91'inin (%29) COVID-19 geçirdiği görülmüştür. Bu hastalarda da semptom sıklığı benzer oranlarda saptanmış olup, aralarında anlamlı fark gözlenmemiştir. COVID-19 geçiren PAP cihazı kullanan ve kullanmayan hastalar arasında hastaneye yatış oranları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.252). PAP cihazı kullanan hastaların %31'inin (n=67), kullanmayanların %30'unun (n=95) sigara kullanmakta olduğu gözlenmiştir. Cihaz kullanan hastaların %37'sinde (n=79) diyabetes mellitus, %44'ünde (n=96) hipertansiyon, %8'inde (n=18) kardiyovasküler hastalıklar saptanmıştır. COVID-19 geçirip PAP kullanan ve kullanmayan hastalarda, OUAS'dan dolayı enfeksiyonu kötü geçirme düşüncesi ve endişe durumunda anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0.100). PAP kullanan ve COVID-19 geçiren hastaların %45'inin (n=22) hastalık sırasında cihaz kullanımını bırakmış olduğu gözlenmiştir. COVID-19 geçiren 140 hastadan %19'unun (n=27) hastalık sırasında cihaz kullanımına devam ettiği saptandı.

Sonuç: Pandemi döneminde, OUAS hastaları risk grubunda olsalar da, endişe durumlarının yüksek olmadığı ve pandemi döneminden bağımsız olarak hastaların büyük oranda cihaz kullanımı açısından tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda COVID-19 geçiren grupta, cihaz kullanan ve kullanmayan hastalar karşılaştırıldığında, cihaz kullanımının hastalığa yakalanma oranı, hastalığın semptomatolojisi veya hastaneye yatış oranları açısından fark yaratmadığı saptanmıştır. Pandemi döneminde, PAP cihaz kullanımının anksiyete seviyesini etkilemediği saptanmıştır.

SB25

Orta ve Ağır Obstrüktif Uyku Apnesi Olan Hastalarda Kalp Hızı Değişkenliği, Apne Süresi ve Hipokseminin Kardiyovasküler Hastalıklarla İlişkinin Değerlendirilmesi

1Maide Gözde İNAM, 1Ahmet Uğur DEMİR

1Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Obstrüktif uyku apnesi popülasyonda prevalansı (erişkin toplumda %2-%4) yüksek olan bir uyku bozukluğudur. Obstrüktif uyku apnesi, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve metabolik sendrom gelişimi için risk faktörüdür. Obstrüktif uyku apnesi olan hastalarda, apne süresince arteriyel kan basıncı ve serebral kan akış hızı değişir. Değişken kan basınç hızı, kalp hızı ve apne sürelerinin uzunluğu kardiyovasküler hastalıklara yatkınlık oluşturmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda düşük kalp hızı değişkenliğinin, genel popülasyonda ani ölüm riski sınıflandırmaları için kullanabileceği gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı orta ve ağır obstrüktif uyku apnesi olan hastalarda, uykuda maksimum ve minimum kalp hızı değerleri arasındaki yüzde farkının, apne-hipopne olaylarının uzunluğunun ve desatürasyonun kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkisinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya 2017-2022 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Uyku Laboratuvarında uyku apnesi öntanısıyla yapılan polisomnografi sonuçlarına göre apne-hipopne indeksi 15 ve üzerinde olan, 60 yaş üzerinde olan ve toplam uyku süresi 240 dakika ve üzerinde olan 160 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri (yaş, ağırlık, BMI), PSG verileri, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus, ritim bozukluğu varlığı bilgileri kaydedildi. Hastalar hipertansiyon, koroner arter hastalığı (KAH) olan ve olmayan hastalar olarak gruplandırıldı.

Sonuçlar: Çalışmamız bir preliminer çalışma olmakla birlikte, normalize edilen değerler için Diabetes mellitus ile REM ortalama saturasyonu, Koroner arter hastalığı- ortalama RDI süresi, Hipertansiyon hastalığı ile REM ortalama saturasyonu, Aritmi ve RDI ortalama süresi ilişkili olarak bulundu.

Tartışma: Obstrüktif uyku apnesi için predispoze faktörlerden olan erkek cinsiyet ve yaş komorbid hastalıklar için de risk faktörüdür. Bu nedenle bu hastalıkta komorbiditeler de daha sık görülmektedir. Obstrüktif uyku apnesi hastalarında yaş, erkek cinsiyet ve komorbidite varlığında hastalarında koroner arter hastalığı riski artmaktadır.

SB26

Uyku Apne Sendromu Tansında Poligrafinin Yeri

¹İnci Şule Özer, ¹Dilara Mermi Dibek, ¹Cansu Ağırca, ¹İbrahim Öztura, ¹Barış Baklan

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Uyku apne sendromu tanısında altın standart hastanede çekilen polisomnografidir. Hastaneye yatış sırasının uzun olması veya pandemi gibi nedenlerle hastaneye yatışın yapılamadığı zamanlarda kardiyorespiratuar poligraf gibi ev cihazlarının kullanımı gündeme gelmektedir. Çalışmamızda, Uyku merkezimizde, ev ortamında kullanılan kardiyorespiratuar poligraf sonuçlarını, polisomnografi sonuçları ile karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Eylül 2020 ile Mayıs 2022 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uyku Merkezine başvuran ve uyku apne sendromu ön tanısıyla önce kardiyorespiratuar poligraf sonrasında Uyku Merkezi'nde yatırılarak polisomnografi çekilen hastalar retrospektif olarak tarandı.

Sonuçlar: Çalışmaya 10 kadın,24 erkek toplam 34 hasta alındı. Poligrafide ortalama AHİ 38,3 iken polisomnografide 43,5 saptandı. Poligrafıta hastaların AHİ derecelendirmesi 1 (%2,9) normal, 4 (%11,8) hafif, 8 (%23,5) orta, 21 (%61,8) ağırken polisomnografide ise 1(%2,9) normal, 5 (%14,7) hafif, 6 (%17,6) orta, 22 (%64,7) ağırdı. Kayıt süresince ortalama oksijen poligrafide 92,4 ±2,2, PSG'de ise 92,2±3,8 bulundu. Poligrafı ile polisomnografi arasında ortalama AHİ ve ortalama oksijen arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,065, p=0,696).

Tartışma: Çalışmamızda evde çekilen kardiyorespiratuar poligrafı ile hastane ortamında çekilen polisomnografide saptanan AHİ değerlerinin benzer olduğunu bulduk. Uyku-apne sendromundan şüphelenilen ve uyku merkezine hasta yatış süresinin uzun olması, pandemi veya başka nedenlerle hastanın hastanede yatamadığı durumlarda evde kullanılan kardiyorespiratuar poligrafı cihazı, Uyku-apne sendromu ön tanısında kullanılabilir.

