



Review Article / Derleme

Diagnostic Criteria of Parasomnias and Other Paroxysmal Events in Sleep

Parasomniler ve Uykuda Görülen Diğer Paroksizmal Olaylarda Tanı Kriterleri

Mehmet Taylan Peköz^{*1}, Duygu Kurt Gök¹, Hacer Bozdemir¹, Kezban Aslan¹

ÖZET

Parasomniler uyku geçişlerinde, uykudan uyanma ya da uyku sırasında ortaya çıkan istenilmeyen fiziksel reaksiyonlardır. Parasomniler uyku evrelerine göre; I) Non-rapid eye movement uykusu ile ilişkili parasomniler, II) Rapid eye movement uykusu ile ilişkili parasomniler ve III) Diğer parasomniler olarak sınıflandırılırlar. Hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesini etkilediği dönemde mutlaka tedavi önerilmektedir. Bu nedenle uykunun paroksizmal diğer olaylarından ayırt edilmesi ve doğru tanı konulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Parasomni, rapid eye movement ve non-rapid eye movement parasomnileri, uyku davranış bozuklukları

ABSTRACT

Parasomnias are undesirable physical reactions occurring during sleep transition, during arousal from sleep, or within the sleep period. Parasomnias are divided into sub- groups according to the stage of sleep; I) parasomnias usually associated with Non-Rapid eye movement sleep, II) parasomnias usually associated with Rapid eye movement sleep, III) other parasomnias. Parasomnias may significantly affect the patient and the relatives of the patient's quality of life. The proper treatment is suggested when quality of life is affected. Therefore, proper diagnosis and differential diagnosis from other paroxysmal sleep behavior disorder should be done when these attacks detected.

Keywords: Parasomnia, non-rapid eye movement and parasomnias, sleep behavior disorder

Received / Geliş tarihi: 20.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 28.04.2017

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Taylan Peköz, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adana-TÜRKİYE-mail: taylanpekoz@gmail.com

Peköz MT, Gök DK, Bozdemir H, Aslan K. Parasomniler ve Uykuda Görülen Diğer Paroksizmal Olaylarda Tanı Kriterleri.TJFMPC, 2017;11(2): 127-134.

DOI: 10.21763/tjfmpe.318059

GİRİŞ

Parasomnialar uykudan kaynaklanan veya uyku ile ilişkili anormal davranışlardır. Parasomniler okul öncesi çocukluk çağında, diğer yaş gruplarına oranla çok daha yaygındır. Yaşları 2 - 6 arasında değişen 1000 çocuğun prospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada vakaların %88'inde en az bir parasomni atağı görüldüğü kaydedilmiştir.¹ Erişkinlerde de parasomniler görülmekle beraber bu oranlar çocukluk çağına göre belirgin derecede düşüktür.¹ Ayrıca erişkinlerde çocuklardan farklı olarak etyolojide psikiyatrik ve nörodejeneratif hastalıkların daha sıklıkla görülebileceği unutulmamalıdır.

Parasomniler "American Academy of Sleep Medicine–AASM" tarafından son olarak Şubat 2014'de "International Classification of Sleep Disorders–ICSD-3'te yeniden düzenlenerek yayınlanmıştır. Bu sınıflamada parasomniler uyku evrelerine göre; I) Non-rapid eye movement (NREM) uykusu ile ilişkili parasomniler, II) Rapid eye movement (REM) uykusu ile ilişkili parasomniler ve III) Diğer parasomniler olarak sınıflandırılırlar (Tablo-1).² Alt başlık olarak da "izole semptomlar ve normal varyantlar" adı altında uykuda konuşma yer almaktadır.

Tablo 1. ICSD-3 sınıflandırmasına göre parasomniler

- I) NREM uyku evresi ile ilişkili parasomniler**
- Uyanma (arousal) bozuklukları
 - Konfüzyonel uyanmalar
 - Uykuda yürüme
 - Uyku terörü
 - Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu
- II) REM uyku evresi ile ilişkili parasomniler**
- REM davranış bozukluğu
 - Tekrarlayıcı izole uyku paralizisi
 - Kabus bozukluğu
- III) Diğer parasomniler**
- Patlayan kafa sendromu
 - Uyku ile ilişkili halusinasyonlar
 - Uykuda enürezis
 - Tıbbi durumlara bağlı parasomni
 - İlaç veya madde kullanımına bağlı parasomnia

I) NREM Parasomnileri

NREM uykusundan uyanma bozuklukları sonucunda ortaya çıkmaktadır. NREM uyku parasomniaları, anormal nokturnal davranış, bilinç bozukluğu ve arousal bozukluklarına bağlı otonom sinir sistemi aktivasyonu ile karakterizedir. Çocukluk çağında sık görülürken, ergenlik ile azalır. Ailesel geçiş söz konusudur. Yirmi beş yaşından sonra bu uyku bozuklukları anlamlı olarak azalır.

Hastalığın zamanla kaybolma olasılığının yüksek olduğu ve ataklar sık ya da şiddetli olmadıkça tıbbi tedaviye gerek olmadığı hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır. Hastalığı tetikleyen faktörler anlatılıp, alınacak önlemler ile atakların önlenilebileceği anlatılarak hastanın ve yakınlarının kaygıları giderilmelidir. NREM parasomnileri kendi içinde dört gruba ayrılır. Ancak gruplara ayırmadan önce arousal bozukluklukları tanımlanmalıdır.

NREM Parasomnileri Fizyopatolojisi:

NREM uyanma bozukluklarının patofizyolojisinde santral patern jeneratörlerinin rolü olduğu bilinmektedir.³ Santral patern jeneratörleri mezensefalon, pons ve medulla spinaliste bulunan beslenme ve üreme gibi yaşamsal faaliyetlerden sorumlu olan nöronlar topluluğudur.⁴ Bu nöron grubu korteksin kontrolü altındadır. Uyku esnasında azalan kortikal negatif geri beslemeye bağlı GABAerjik ve serotoninerjik aktivitenin azalması ile beyin sapında ve medulla spinaliste santral patern jeneratörleri aktive olmakta ve bunun sonucunda anormal motor hareketler ile karakterize uyanma bozuklukları oluşmaktadır.⁴ Çocukluk döneminde henüz immatür olan miyelinizasyon, serebral kortikal ve serebellar sinaptik ağın yeterince organize olmaması sebebi ile spinal ve beyin sapı santral patern jeneratörleri daha kolay aktive olmaktadır. NREM parasomnileri maturasyon ile beraber bu mekanizma üzerinden azalmaktadır. Ancak erişkin yaş grubunda görülen korteks ve beyin sapını tutan nörodejeneratif hastalıklar ile beraber bu döngüde bozulma olmakta ve santral patern jeneratörlerinin artmış aktivasyonu sonucunda parasomniler ortaya çıkabilmektedir.⁵

1. Arousal Bozuklukları

Arousal bozukluklarında; tekrarlayan ataklar ve bu ataklar sırasında çevreden gelen uyarılara yanıtsızlık veya uygunsuz yanıtlar söz konusudur. Bu ataklar hasta tarafından kısmen hatırlanabilir ya da hiç hatırlanmaz. Bu atakların arousal bozukluğu olarak tanınması için başka bir uyku hastalığı, nörodejeneratif hastalıklar veya madde kullanımı gibi diğer nedenlerle açıklanamamalıdır.

2. Konfüzyonel Uyanma

Konfüzyonel uyanma; arousal bozuklukları kriterleri yanı sıra uyanma sırasında veya uyanma sonrası ortaya çıkan konfüzyonel tablo ile karakterizedir. Hasta yatakta iken mental ya da davranışsal konfüzyon yaşar. Sıklıkla beş yaş öncesi ve on beş – yirmi dört yaş arasında insidansı pik yapmakta olup bimodal dağılım göstermektedir. Görülme sıklığı

%17 olarak bildirilmektedir. Erişkin yaşlarda daha nadir görülmekte olup sıklığı ise %4,2 olarak bildirilmektedir. Yatak dışında terör yoktur. Ataklar çoğunlukla 1-5 dk arasında sonlanmakla beraber bazen bir saate kadar uzayabilmektedir.⁶

3. Uykuda Yürüme

Uykuda yürüme sıklıkla 8–12 yaş arasında görülmekte olup çocuklarda yaklaşık %17 iken erişkinlerde ise %1–4 sıklığındadır. Sıklıkla derin NREM uykusu sırasında yataktan kalkıp yürüme ve başka kompleks davranışları içerebilir. Atak sırasında davranışlar olağan, stereotipik veya kompleks ancak amaçsızdır. Uyanmaz ya da uyandırılmaz ise değişik derecede amnezi eşlik eder. Stereotipik uykuda yürüme yanında kıyafetlerini giyinme, araba sürme, müzik enstrümanı çalma veya yataktan düşme gibi farklı davranışlar da tanımlanmaktadır.

4. Uyku Terörü

Çocukluklarda sıklıkla 5–7 yaşlarında ve yetişkinlere oranla 3 ile 6 kat daha sıklıkta görülür. Yaklaşık olarak görülme sıklığı çocuklarda %3–6 iken bu oran erişkinlerde %1'den daha düşüktür. Arousallar ürkütücü bir çığlık ile başlayan ataklar ile karakterizedir. Ataklara sempatik otonomik bulgular (midriyazis, taşikardi, taşipne gibi) eşlik edebilir. Uykuda yürüme ile birliktelik gösterebilir. Ataklar sırasında zaman zaman koşma gibi yaralanmalara neden olabilecek davranışlar olabilir. Atak sırasında hastayı uyandırmak zordur ve ajite ve konfüze olabilir. Hasta atağı kısmen hatırlar veya hiç hatırlamayabilir. Klinik olarak zaman zaman kabul ile karıştırılabilir de uyku terörünün aksine kabulatlar REM uykusunda görülür ve hareketler genellikle daha azdır.

5. Uykuda Yeme Bozukluğu

Uyku sırasında arousal sonrası yeme atakları ve bu sırada bilinçsizlik durumu söz konusudur. Bununla beraber hasta atakları hatırlamamaktadır. Ayrıca bozulmuş yiyecekler hatta besin özelliği olmayan toksik yiyecek ve içecekler tüketilebilir. Gece yeme ataklarına veya uygunsuz besin tüketimine bağlı sağlık problemleri ortaya çıkabilir. Tanı için bu eşlikçilerden en az birinin olması veya başka bir nedenle bu eşlikçilerin açıklanamaması gerekmektedir.

II) REM Parasomnileri

Uykunun REM evresinde görülürler. Daha çok erişkin yaş grubunda ortaya çıkarlar.

REM Parasomnileri Fiziopatolojisi:

REM parasomnilerinin patofizyolojisi, NREM parasomnileri kadar net anlaşılamamıştır. Medüller magnosellüler retiküler formasyon nükleusunun ventrolateral retikülospinal yolağa projeksiyonu ile spinal ön boynuz motor nöronlarının aktivasyonu inhibe edilir. REM davranış bozukluğunun etiolojisinde beyin sapında bulunan ve REM off alanı olarak adlandırılan bu alanda etkilenmelerin olduğu gösterilmiştir. Bu alanı etkileyen yapısal beyin hastalıkları, Chiari malformasyonu, paraneoplastik ve neoplastik süreçler, Parkinson hastalığı ve Lewy Cisimcikli Demans gibi nörodejeneratif hastalıklar REM davranış bozukluğuna sebep olabilmektedir.⁷ İzole uyku paralizisi patofizyolojisinde ise beyin sapındaki kolinerjik sistemdeki hiperaktivite ile noradrenerjik ve serotoninerjik sistemlerdeki hipoaktivitenin rol oynadığı düşünülmektedir.

1. REM Davranış Bozukluğu:

REM davranış bozukluğu REM uykusu sırasında görülen ve yaralanmalara ya da uykuda bozulmaya sebep olan anormal hareketler ile karakterizedir. Hastalar hoş olmayan, aksiyon dolu canlı rüyalar yaşarlar. Bu rüyalar esnasında kendilerini ve yakınlarını yaralayabilirler. Kişi epizodun ortasında ya da sonunda uyandırılırsa rüyasını net bir biçimde hatırlar ve anlatır. Bu durum özellikle konfüzyonel uyanma ve uyku teröründen ayırıcı tanı yapılmasında önem taşır. REM davranış bozukluğuna narkolepsi, eşlik etmiyorsa epizod uyku başladıktan en az 90 dakika sonra görülür. Tanıda polisomnografi kullanılır. Polisomnografi ile REM uykusu dönemi belirlenir ve bu dönemde ortaya çıkan ses çıkarma veya kompleks motor hareketler kaydedilir. Kayıtlama sırasında atoni beklenmez. REM davranış bozukluğu her yaş grubunda görülebilmekle beraber sıklıkla 50 yaş ve üzerinde, erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür. Tahmini prevalansı üzerine yapılmış biri ABD'de, diğeri Hong-Kong'da iki büyük çalışma vardır ve bu çalışmalarda prevalans genel toplumda % 0,38, yaşlılarda ise % 0,5 bulunmuştur.^{8,9} Erken dönem Parkinsonlu olguların üçte birinde, multisistem atrofi hastalarının %90'ında REM davranış bozukluğu vardır. İdiyopatik REM davranış bozukluğu tanısı alan 50 yaş üzeri erkeklerin üçte ikisinde 13 yıl içerisinde Parkinsonizm bulgularının geliştiği gösterilmiştir.¹⁰

REM davranış bozukluğunda en önemli tetikleyici faktör erkek cinsiyet, 50 yaşın üzerinde olmak, narkolepsi, Lewy cisimcikli demans ve Parkinson hastalığı tanılı olmaktır. Ayrıca antidepresan ajanlardan venlafaksin başta olmak üzere tüm selektif serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI) ve serotonin norepinefrin gerilim inhibitörleri (SNRI) hazırlayıcı faktördür. Çocuklarda görülen REM davranış bozukluğunda narkolepsi (özellikle narkolepsi tip 1), psikotrop ajan kullanımı, Tourette

sendromu, otizm ve Moebius sendromu eşlik edebilmektedir.⁹

2. Tekrarlayıcı İzole Uyku Paralizisi

İzole uyku paralizisi; uykuya dalarken ya da uykudan uyanma esnasında görülebilir Solunum sıklıkla etkilenmez. Ancak uyanılmasına rağmen genel bir kas atonisi vardır. Atak dört dakikaya kadar uzayabilir. Kendiliğinden ya da herhangi bir taktik uyarı ile sonlanabilir. Hastalarda yoğun anksiyete vardır, % 25–75 hastada ataklara halüsinasyonlar eşlik edebilir. Ataklar sırasında uzuvlarda veya tüm bedende hareketsizlik söz konusudur. Atakların süresi birkaç saniyeden birkaç dakikaya kadar uzayabilir. Bu ataklar nedeni ile hastada uyku anksiyetesi veya uyku korkusu gelişebilir. Prevelansı kullanılan tanı kriterleri, çalışmanın yapıldığı topluluğun yaşı ve kültürel özellikler ile değişir. Otuz yaş altında en az bir defa uyku paralizisi yaşamış olma oranı %15–40 arasındadır. Tüm erişkin yaş gruplarında yapılmış 1962 tarihli bir çalışmada hastalığın prevelansı %5, 1999 yılında yapılan benzer bir çalışmada ise %6 olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek cinsiyeti arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.^{11,12} Hastalığın ayırıcı tanısında noktürnal panik atak, atonik nöbetler, katapleksi, familial periyodik paraliziler yer alır.

3. Kabus Bozuklukları:

Çoğunlukla REM uykusunda görülen, uyanıldığı zaman net bir biçimde hatırlanan, taşıkardi, terleme gibi otonom bulguların da eşlik ettiği bir durumdur. Rüya içeriği genellikle korku, fiziksel şiddet şeklindedir. Tek bir gece uykusunda çok sayıda kabus oluşabilir. Erişkinlerin %50–85'inde hayatlarında en az bir defa kabus bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Özellikle travma sonrası gelişen post-travmatik stres bozukluğunda travma sonrası üç ay içerisinde kabus bozukluğu yaşama oranları %80'e dek ulaşmaktadır.^{13,14}

Post-travmatik stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, zayıf sosyal destek ve aile desteği tetikleyici faktörlerdendir.¹⁵ Özellikle SSRI ve SNRI gibi ilaçlar ile antihipertansifler hastalığın görülme sıklığını artırmaktadır.¹⁶ Kabusların en büyük özelliği tekrarlayıcı ve hasta tarafından çok iyi hatırlanmasıdır. Rüyadan uyanıldığında hızlı bir bilinçlilik durumu söz konusudur. Bu ataklar nedeni ile hasta genellikle uyumak istemez ve uyku anksiyetesi gelişir. Sağlıklı ve kesintisiz bir uykudan yoksun kalan bu hastalarda psikiyatrik yakınmalar (depresyon, duygulanım bozukluğu gibi), okul veya iş hayatında gerileme, gündüz uyuklamaları ve ikili ilişkilerinde bozulma gibi sosyal veya mesleki bozulmalar görülebilir.

III) Diğer Parasomniler

1. Patlayan Kafa Sendromu:

Ani ve yüksek sesli, korkutucu bir gürültü sesi duyulması ile uykudan panik ile uyanma söz konusudur. Baş ağrısı yoktur. Nadiren flaş benzeri bir ışık çakması veya miyokloni gürültüye eşlik edebilir.¹⁷ Baş ağrısının eşlik etmemesi, bu olaya bağlı arousal ve korku hissinin olması ve uyku uyanıklık geçişlerinde veya gece uyandığında ani yüksek ses işitmesi veya kafada patlama hissi oluşması tanı için mutlaka olması gereken kriterlerdir.

2. Uyku ile İlişkili Halüsinasyonlar

Uykuya dalma veya uyanma sırasında günün erken veya geç saatlerinde ortaya çıkan tekrarlayıcı ve genellikle görsel olan halüsinasyonlar ile karakterizedir. Özellikle narkolepsi ve diğer uyku hastalıkları ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Görsel halüsinasyonlar yanı sıra işitsel ve taktik de olabilir. Halüsinasyonların içeriği sıklıkla canlı, kompleks insan ve hayvan görüntülerinden oluşur. Etiyolojide ilaç ve madde bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı, anksiyete, duygu–durum bozuklukları ve insomniya yer almaktadır.¹⁸

3. Uyku Enürezisi

Uyku enürezisi uykuda tekrarlayıcı olarak istemsiz idrar kaçırılması durumudur. Herhangi bir uyku evresinde görülebilir. Etiyolojide üriner sistem enfeksiyonları, üriner obstrüksiyonlar, diabetes mellitus ve diabetes insipidus, uyku apne sendromu, noktürnal epileptik nöbetler, stres, derin uykudan uyanma bozuklukları, depresyon veya demans yer alabilir. Primer ve sekonder olarak iki tipi vardır.

Primer uyku enürezisinde; çocuk beş yaşından büyüktür ve haftada iki veya daha fazla uyku sırasında istemsiz olarak altını ıslatır. Bu tablonun üç ay veya daha uzun bir süredir devam ediyor ve hastanın aralıksız altını ıslatmadığı bir dönemin olmaması gerekmektedir. Yani bu olgularda mesane kontrolü hiçbir zaman kazanılmamıştır ve vakaların %80'nini oluşturur.

Sekonder uyku enürezisinde ise primerden farklı olarak en az altı ay kuru kaldıktan sonra tekrar altına kaçırmaya başlaması durumu söz konusudur.

4. Tıbbi Durumlara Bağlı Parasomni

Söz konusu olan parasomninin kesin olarak altta yatan bir hastalığa bağlı olduğunun düşünüldüğü durumdur.

5.İlaç veya Madde Kullanımına Bağlı Parasomni

Söz konusu parasomninin zamansal olarak madde ya da ilaç kullanımı ile ilişkili olması, bu madde veya ilacın bırakılması ile ortadan kaybolması gerekmektedir.

6. Sınıflandırılmayan Parasomniler:

Yukarıda ele alınan parasomni alt tiplerinin hiçbirisine uymayan durumlar için kullanılır.

İzole Semptomlar ve Normalin Varyantları

Uykuda konuşma

Anlaşırlığı değişken derecede uykuda konuşma durumudur. REM ve NREM uykuda görülebilir. REM uyku bozuklukları ile birliktelik gösterebilir. Toplumda prevalansı % 66 olup, kadın ve erkekte görülme oranı eşittir.²⁰

Parasomnilerin Ayırıcı Tanısı:

Parasomnilerin tanısını öykü ile koymak mümkündür. Ancak bazı durumlarda hem diğer noktürnal paroksizmal olaylardan ayırmak, hem de kendi içinde REM veya non-REM parasomnisi şeklinde ayırım yapmak zor olabilir ve bu durumda polisomnografi yapılması gerekebilir. Ayırıcı tanıda; noktürnal epilepsiler, simülasyon bozuklukları gibi diğer noktürnal olaylar akla gelmelidir (Tablo-2)

Parasomnileride Tedavi Yaklaşımları:

Tedavi NREM ve REM parasomnilerinin tedavi yaklaşımları şeklinde iki ayrı grupta toplanabilir (Tablo-3).

1-NREM Parasomnileri Tedavisi

Öncelikle uyku yoksunluğundan kaçınılması gerektiği, düzenli uyku-uyanıklık ritmi sağlanması, aşırı yorgunluk gibi uzun ve derin NREM evresi yaratabilecek durumlardan kaçınılması gerektiği anlatılmalıdır. Olgulara derin NREM uyku evresinin süresini azaltmak amacıyla gündüz şekerleme uykuları önerilir. Uyku öncesi hasta tuvalete gitmeye telkin edilmeli ve böylece önemli bir içsel uyaran ortadan kaldırılarak uyandırılabilirlik azaltılmalıdır.²¹ Programlanmış uyandırma yöntemi ile atağın sıklıkla ortaya çıktığı saatten önce hasta tam olarak uyandırılmalı ve böylelikle tamamlanmamış uyanmanın oluşması engellenmelidir. Farmakolojik tedavide trisiklik antidepresanlardan imipramin 20-100 mg/gün, klomipramin 25-150 mg/gün, selektif serotonin geri alım inhibitörlerinden paroksetin 20-

40 mg/gün, dirençli vakalarda ise klonazepam 0,5-2 mg/gün kullanılabilir. Bu ilaçların çoğunlukla uyumadan önce kullanımı önerilir. Tedavi 4-6 ay sürdürülmelidir. İlaç kesimi ani olmamalıdır, azaltılarak kademeli bir şekilde ilaç kesimi tercih edilmelidir. Altta yatan uyku apnesi, periyodik bacak hareket bozuklukları olması halinde primer nedenin öncelikle tedavisi önerilir.²²

2-REM Parasomnileri Tedavisi

REM parasomnilerinin tedavilerini NREM parasomnilerinden farklı olarak parasomni tipine göre yönlendirmek gerekmektedir.

a-REM Davranış Bozukluğu Tedavisi

Medikal tedavide ilk tercih edilebilecek ilaç klonazepamdır; 0,25 mg/gün-0,5 mg/gün dozlarında etkili olmaktadır. Nadiren bazı hastalarda 1 mg/gün dozuna kadar çıkılması gerekmektedir.⁹ Ancak demansiyel sendromlu, yürüme bozukluğu olan ve aynı zamanda obstrüktif uyku apne sendromu(OUAS) olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Melatonin 3-12 mg/gün dozunda tek ya da klonazepam ile kombine verilebilir. Bunun dışında pramipeksol, levo-dopa, karbamazepin, triazolam, klozapin kullanılabilir. Depresyon ile beraber REM davranış bozukluğu olan vakalarda, depresyon tedavisinde SSRI ve SNRI'ların bulguları presipite etmesi sebebi ile önerilmez. Bu vakalarda bupropion denenebilir.²³

b-Rekürren İzole Uyku Paralizisi Tedavisi

Tedavide öncelikle uyku hijyeni sağlanmalıdır. Alkol kullanımı ve yoksunluğu, uyku deprivasyonu bu durumu tetikleyebileceği için kaçınılmalıdır. Medikal tedavide klomipramin 25-50 mg/gün, imipramin 25-50 mg/gün, protriptilin 2-10 mg/gün, fluoksetin 10-30 mg/gün, fenoksetin 100-150 mg/gün kullanılabilir.²⁴

c-Kabus Bozuklukları Tedavisi

Post travmatik stres bozukluğu ile ilişkili kabus bozukluklarında alfa-1 adrenerejik antagonist prazosin 1-4 mg/gün etkili olduğu belirlenmiştir.²⁵ Klonazepamın burada yeterince etkili olmadığı görüşü hakimdir. Diğer benzodiazepinlerden 0,5 mg/gün, nitrazepam 5 mg/gün etkili bulunmuştur. Antidepresanlardan nefazodone 400-600 mg/gün, trazodone 50-200 mg/gün etkili bulunmuştur. Antiepileptiklerden gabapentin 300-3600 mg/gün, topiramet 75 mg/gün, antipsikotiklerden olanzapin 10-20 mg/gün önerilmektedir.²⁶

Tablo 2. Parasomni ve epilepsilerin ayırt edici özellikleri

| | NREM parasomnileri | | | REM parasomnileri | | Noktürnal frontal lob epilepsisi |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|-----------------|----------------------------------|
| | Konfüzyonel uyanma | Somnanbulizm | Uyku terörü | REM davranış bozukluğu | Kabus bozukluğu | |
| Yaş | Çocuk | Çocuk | Çocuk | Erişkin | Erişkin | Erişkin |
| Stereotipik hareketler | Yok | Yok | Yok | Yok | Yok | Olabilir |
| Uyku evresi | Çocukta N3, erişkinde (N2-3) | Çocukta N3, erişkinde (N2-3) | Çocukta N3, erişkinde (N2-3) | REM | REM | NREM>WAKE>REM |
| Otonom bulgu | Sık | Olabilir | Sık | Olabilir | Olabilir | Olabilir |
| Yürüme | Yok | Var | Yok | Nadir | Nadir | Sıklıkla |
| SSS lezyonu | Yok | Yok | Yok | α -sinükleopati spektrumu hastalıkları(α -SN-pati) * | Yok | Olabilir |
| Konfüzyon | Var | Var | Var | Yok | Yok | Olabilir |
| Çılgılık | Yok | Yok | Sık | Olabilir | Olabilir | Sık |

Tablo 3. Parasomnilerde tedavi yaklaşımları

| NREM Parasomnileri Tedavisi | REM Parasomnileri Tedavisi | | |
|---|--|--|--|
| | REM Davranış Bozukluğu Tedavisi | Rekürren İzole Uyku Paralizisi Tedavisi | Kabus Bozuklukları Tedavisi |
| 1-Uyku hijyeninin sağlanması 2-Programlanmış uyandırma yöntemi 3-İmipramin 20-100 mg/gün 4-Klomipramin 25-150 mg/gün 5-Paroksetin 20-40 mg/gün 6-Klonozepam 0,5-2 mg/gün | 1-Klonozepam (0,25-0.5 mg/gün) 2-Melatonin (3-12 mg/gün) 3-Levodopa 4-Karbamezapin 5-Klozapin 6-Triazolam | 1-Uyku hijyeni 2-Klomipramin 25-50 mg/gün 3-İmipramin 25-50 mg/gün 4-Protriptilin 2-10 mg/gün 5-Fluoksetin 10-30 mg/gün 6-Fenoksetin 100-150 mg/gün | 1- Prazosin 1-4 mg/gün 2- Nitrazepam 5 mg/gün 3-Nefazodone 400-600 mg/gün 4-Trazodone 50-200 Mg/gün 5-Gabapentin 300-3600 mg/gün 6- Topiramet 75 mg/gün 7- Olanzapin 10-20 mg/gün |

* α -SN-pati spektrum hastalıkları: Parkinson Hastalığı, Lewy Cisimcikli Demans(LCD), Multi Sistem Atrofi

Sonuç:

Parasomnia uyku ile ilişkili istenilmeyen durumlar olup, çocuklarda sıklıkla görüldüğü, selim tabiatta olduğu ve ileri yaşlarda kaybolduğu bilinmelidir. Yetişkinlerde ise çocukların aksine daha nadir görülüp eşlik edebilecek psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar gözden geçirilmelidir. Zaman zaman tanı kargaşası yaşanabilse de aslında parasomnialar çoğunlukla doğru teşhis ve etkili bir şekilde tedavi edilebilen hastalıklardır. Birçok durumda, iyi uyku hijyeni önlemlerine uymak, uyku yoksunluğundan

kaçınmak, birincil uyku bozukluklarını tedavi etmek, stres azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak, semptomları rahatlatan etkili önlemlerdir. Ancak ataklar sık olduğunda ya da hastaya ve yatak partnerine tehlike oluşturduğunda etkili farmakoterapötik önlemler alınmalıdır. Hastalığın tanı ve tedavisi hastanın, ailesinin ve eşinin hayat kalitesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Kotagal S. Pathophysiology of Parasomnias. In: Ivanenko A, Kothre SV. Parasomnias: clinical characteristics and treatment. New York: Springer;2013. p.9-14
2. American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders, Third Edition: Diagnostic and Coding Manual, Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine; 2014;146(5):1387-94.
3. Grillner S. Neurobiological bases of rhythmic motor acts in vertebrates. Science. 1985;228:143-49
4. Grillner S, Wallen P, Saitoh K, Kozlov K, Robertson B. Neural bases of goal directed locomotion in vertebrates-an overview. Brain Res Rev.2008;57:2-12
5. Tassinari CA, Rubboli G, Gardelia E, Cantalupo G, Calandra-Buonaura G, Vedolvello M, Central pattern generators for a common semiology in frontolimbic seizures and in parasomnias. A neuroethologic approach. Neurol Sci 2005;263:225-32.
6. Carter KA, Hathaway NE, Lettieri CF, Common sleep disorders in children. Am Fam Physician. 2014 Mar 1;89(5):368-77.
7. Mahowald M, Schenck C. REM sleep behavior disorder. In Kieger M, Roth T, Dement W, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: WB Saunders; 2000. P :724-41.
8. Iranzo A, Santamaria J, Tolosa E, the clinical and pathophysiological relevance of REM sleep behavior disorder in neurodegenerative diseases. Sleep Med Rev 2009;13:385-401.
9. Lloyd R, Tippman-Peikert M, Slocumb N, Kotagal S. Characteristics of REM sleep behavior disorder in childhood. J Clin Sleep Med 2012;15:127-31.
10. Shenck CH, Bundlie SR, Mahowald MW, Delayed emergence of a parkinsonian disorder in % 38 of 29 older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behaviour disorder. Neurology. 1996; 46:388-93.
11. Goode G. Sleep paralysis. Arch Neurol 1962; 6:228-34
12. Ohayon M, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S. Prevalence and pathologic associations of sleep paralysis in the general population. Neurology 1999;52:1194-200.
13. Levin R, Fireman G, Nightmare prevalence, nightmare distress and self-report psychological disturbance. Sleep 2002;54:1092-8.
14. Germain A, Nielsen T. Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmaresufferers. Biol Psychiatry 2003;54:1092-8.
15. Campbell R, Germain A, Nightmares and posttraumatic stress disorder. Current Sleep Medicine Reports 2016;2(2):74-80.
16. Pagel J, Helfter P. Drug induced nightmares—an etiology based review. Hum Psychopharmacol 2003; 18:59-67.
17. Sachs C, Svanborg E. The exploding head syndrome: polysomnographic recordings and therapeutic suggestions. Sleep 1991; 14:263-6.
18. Ohayon M. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. Psychiatry Res 2000; 97:153-64.

19. Bjorvatn B, Gronli J, Pallesen S. Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Med* 2010; 11:1031-4.
20. Zadra A, Desautels A, Petit D, Montplaisir J., Somnanbulism: Clinical aspects and pathophysiological hypothess. *Lancet Neurol* 2013; 12(3):285-94.
21. Provini F, Tinuper P, Bisuli F, Lugaresi E. Arousal disorders. *Sleep Med* 2011;12 Suppl2:S22-6.
22. Olson E, Boeve B, Siber M, Rapid eye movement sleep behavior disorder: demographic, clinical, and laboratory findings in 93 cases. *Brain* 2000;123 (Pt2): 331-9.
23. Schenck C, Mahowald M. REM sleep behavior disorder: Clinical, developmental and neuroscience perspectives 16 years after its formal identification in SLEEP. *Sleep* 2002;25(2):120-38.
24. Chen CN. The use of clomipramine as an REM sleep suppressant in narcolepsy. *Postgrad Med J* 1980;56 Suppl: 1:86-9.
25. Kung S, Espinel Z, Lapid MI. Treatment of nightmares with prazosin: a systematic review. *Mayo Clin Proc* 2012;87 (9):890-900.
26. Lancee J, Spoomaker VI, Krakow B, van den Bout J. A systematic review of cognitive-behavioral treatment for nightmares: toward a well-established treatment. *J Clin Sleep Med* 2008;4(5):475-80.