

Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu: Olgu Sunumu

Fazilet Hız, H. Ali Erdoğan, Ayşe Öztürk, Meral Çınar

31 yaşındaki erkek hastamızda sirkadyen her iki bacakta ağrı, hareket ettirme isteği ve tarifi zor duyum bozukluğu mevcuttu. Klinik ve polisomnografi (PSG) ışığında huzursuz bacak sendromu (RLS) ile birlikte uykuda periyodik taraf hareketleri ("periodic limb movements of sleep"; PLMS) tanısını destekleyen olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar sözcükler: RLS, PLMS, PGS

Restless leg syndrome and periodic limb movements of sleep: a case report

31 years old male patient presenting circadian pain and a peculiar feeling in both legs. He also had compulsive need to move his legs. We would like to present this case which was diagnosed as restless leg syndrome (RLS) with periodic limb movements of sleep (PLMS) through clinical presentation and PSG.

Key words: RLS, PLMS, PSG

* Dr., Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul.

Giriş

Huzursuz bacak sendromu (“restless leg syndrome”; RLS) otozomal dominant geçiş gösteren, cins ayırımı yapmayan, yaşla görülme sıklığı artan, ekstremiteelerde özellikle bacaklarda tarifi zor olan anormal bir duyum bozukluğudur. Uykuda periyodik taraf hareketleri (“periodic limb movements of sleep”; PLMS) ise uyku sırasında periyodik olarak tekrarlayan ayak, bacak hareketleri ile şekillenen bir hastalıktır. RLS ve PLMS birlikteliği sıktır. Bunlar idiyopatik veya semptomatik olabilir. Her ikisinde de santral sinir sistemindeki dopamin azlığının rol oynadığı düşünülmektedir. Tedavi idiyopatik veya semptomatik oluşlarına göre değişir.

Olgu Sunumu

31 yaşında erkek hastanın öyküsünden üç ay önce sağda daha belirgin bilateral dizaltından parmak uçlarına kadar yayılan ağrı ve tarifi güç anormal bir duyu bozukluğu olduğu öğrenildi. Bu yakınmaları istirahat esnasında belirginleşip hareketle azalıyordu. Ağrı ve anormal duyum öğleden sonra hafif olarak başlayıp akşam ve uykuya dalışta artıyordu. Anormal duyum (dizestezi) motor huzursuzluk ve hareket etme ihtiyacına neden oluyordu. Eşinden hastanın uykuya dalışta bacaklarını devamlı hareket ettirdiğini ve yatakta sık dönmelerinin olduğu öğrenildi. Bu nedenle uykuya dalmakta güçlük çeken hastamızda sabahları hiç uyumamış gibi uyku hali, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı ve sinirlilik şikayetleri mevcuttu. Beş yıl önce L5-S1 diskal herni tanısı alan ve operasyon önerilen olgumuzda ara ara sağ kalçaya lokalize ağrıları mevcuttu. Soygeçmişinde annesinde de benzer şikayetlerin olduğu öğrenildi. Fizik ve genel muayene normaldi. Nörolojik muayenede şuur açık, koopere oryante idi. Uykuya dalma güçlüğü ve uyku kalitesinin bozukluğu nedeni ile konsantrasyon güçlüğü çekiyordu. Kranyal sinir muayenesi normaldi. Sağ kalçadaki ve bilateral alt ekstremitelerdeki ağrı öksürme ve ıkınma ile provoke oluyordu. Walleix noktaları hassas değildi. Laseque testi negatifti. Kuvvet tam olup, derin tendon refleksleri bilateral alınıyordu. Taban cildi refleksi bilateral plantar yanıt veriyordu. Duyu, ekstrapiramidal ve serebellar sistem muayeneleri normaldi. Yürüme normal olup, yakınmaları yürüme esnasında azalıyordu.

Rutin biyokimya tetkiklerinden kan şekeri, üre, demir, demir bağlama, ferritin, B12, folik asit, T3-T4-TSH, sedemantasyon, kan elektrolit değerleri normaldi. Sağ kalça ağrısı için sakroiliak ekleme yönelik çekilen spiral bilgisayarlı tomografide her iki sakroiliak eklem ara mesafeleri ve eklem yüzeyleri normaldi. Bacak ağrıları için yapılan bilateral alt ekstremite arteriyal renkli doppler normaldi. EMG'si sağ L5 kökünde subakut-kronik hafif düzeyde nörojenik tutulum ile uyumluydu. Lomber MRG'da L5-S1 diskal herni mevcuttu. Polisomnografisinde (PSG) bacak EMG ve solunum kayıtları ile birlikte yapılan tüm gece video monitizasyonlu poligrafik uyku tetkikinde uyanıklık sırasında beynin temel biyoelektrik faaliyeti ve uykunun fazik ve tonik elemanları yeterli bulunmuş, uyku fazlarının ayırımı yapılabilmmiştir. Tetkik süresince uykuya dalmayı güçleştiren ritmik diziler halinde ortaya çıkan periyodik bacak hareketleri izlenmiştir. Hasta uyuduktan sonra da biyoelektrik ve zaman zaman davranışsal uyanma reaksiyonlarına neden olan periyodik bacak hareketleri saatte 20-22 kez ortaya çıkmıştır. Hastada solunum kayıtlarında patoloji saptanmamıştır.

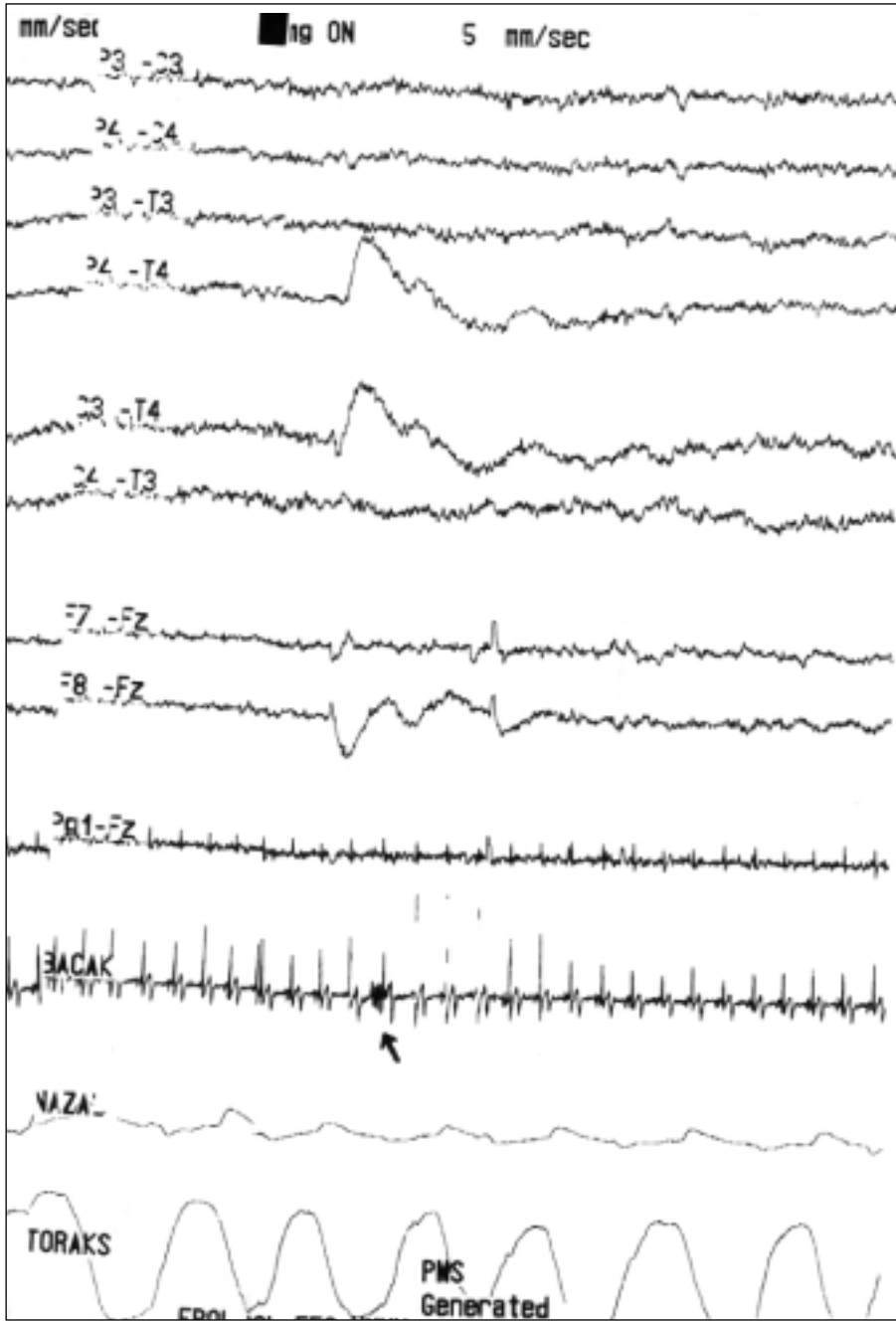
Tartışma

RLS yattıktan kısa bir süre sonra uykuya dalmayı engelleyen, alt ekstremiteelerde ortaya çıkan ve genellikle gerginlik, batma, yanma, iğnelenme veya tam tariflenemeyen duyum bozukluğudur. Semptomların sirkadiyen özelliğe sahip olması, yani akşam saatleri ve geceleri daha belirginleşip istirahat halinde çıkması veya artması RLS için karakteristiktir. Hasta bu yakınmalarını gidermek için bacaklarını hareket ettirir veya kalıp yürür.

PLMS'nin RLS gibi tipik tanı koydurucu klinik özellikleri yoktur. Yakınmalar; genellikle dinlenmemiş ve yorgun uyanma, gündüz uyuklama hali, sabahları bacaklarda ve kalçada ağrı tarzındadır.

RLS ve PMLS birlikteliği sıktır. Semptomlar önce tek taraflı başlar sonra bilateral olur. RLS başlangıç yaşı sıklıkla 20 yaşın altında olup yaş ile sıklığı artar. PLMS ise 30 yaş öncesi oldukça nadirdir.

Olgumuzda RLS ve PMLS birlikteliği mevcuttu. RLS ve PMLS idiyopatik ve semptomatik olabilir. İdiopatik formda hastaların birinci derece akrabalarında %50 oranında ortaya çıkıyor olması otozomal dominant



Şekil 1. Periyodik bacak hareketlerinin izlendiği polisomnografi örneği.

geçişin varlığını destekliyor. Genetik özellik RLS için daha belirgindir. Bunlarda nörolojik muayene normaldir.

Semptomatik RLS ve PLMS ise ilaç kullanımı, nörolojik veya diğer primer uyku bozukluğuna bağlı ola-

rak ortaya çıkar. Diabetes mellitus, üre, demir eksikliği, romatoid artrit, koksartroz, karsinoma, periferik nöropati, radikülopati veya myelopatiler, spinal kord tutulumu ile giden multipl skleroz, kord basıları, parkinson hastalığı, L-Dopaya cevap veren distoni, nöro-

leptik kullanımına bağlı akatizi, "stiff person" sendromu, Tourette sendromu semptomatik RLS ve PLMS'ye eşlik edebilir.¹ Olgumuzda RLS ve PLMS birlikteliği olup annesinde de aynı yakınmanın varlığı otozomal dominant geçişi destekliyordu. İlaç kullanımı, yukarıda bahsedilen metabolik ve diğer bozuklukların olmaması bizi semptomatik RLS ve PLMS'den uzaklaştırdı.

L5-S1 mesafesindeki disk hernisi için nöroşirürji konsültasyonu yapıldı. Ağrılar tümüyle buna bağlanamadı. Çünkü disk hernisine bağlı ağrılar istirahatte başlamaz, hareketle ile artar. Olgumuzdaki ağrı, diz altı ön ve arka bölgelerini kapsayıp istirahat ve yatma esnasında ortaya çıkıp uykuya geçişi güçleştiren anormal his ve motor huzursuzlukla birliktelik göstermekteydi. Yakınmalar bilateral olup hareketle kısmen azalıyordu. EMG'de sağ L5 kökünde subakut-kronik hafif nörojenik tutulum mevcuttu. Yapılan çalışmalar RLS'li hastaların %85'inde PLMS birlikteliğini göstermekte olup olgumuzu destekler niteliktedir.² REM (rapid-eye-movement) uyku davranış bozukluğu,³ Obstrüktif uyku-apne sendromu,⁴ narkolepsi-katapleksi sendromu⁵ birlikteliği olgumuzda yoktu. Patofizyolojisinde kesin olmak üzere spinal kord ile bazal ganglionlar arasında kalan bölüm sorumludur.⁶

PLMS non-REM uyku sırasında özellikle diz, kalça ve ayak bileğinde ortaya çıkan periodik istemsiz fleksiyon hareketleridir. Bu hareketler her iki bacakta bazende kollarda görülebilir. Sıklıkla uyku kalitesini bozar. Yalnızca bacaklarda ağrı ve ayak parmaklarında istemsiz hareketlerle giden sınırlı formu vardır. Bunlarda da nörolojik muayene normaldi. Semptomatik olanlarda etyolojik faktörler RLS ile aynıdır. Uluslararası RLS Çalışma Grubu'nun (IRLSSG) RLS tanı kriterleri;

- I. Genellikle dizestezinin eşlik ettiği fokal akatizi
- II. Motor huzursuzluk
- III. Semptomların istirahat ile ortaya çıkması
- IV. Sirkadiyen özellik göstermesi

RLS tanısı için bu dört kriterin de bulunması gereklidir. RLS şiddeti için John Hopkins RLS şiddet skorları uygulanır.

0: semptomsuz,

1: sadece gece semptom varlığı,

2: sadece akşam saatlerinde (18:00'den sonra) semptomların varlığı

3: saat 18:00 öncesinde de semptomların varlığı şeklindedir.

Bizim olgumuz IRLSSG tanı kriterlerine ve John Hopkins RLS skorlarına göre RLS tanısı alıp şiddeti 3 olarak düşünüldü.

PLMS tanısı PSG ile konur. En az dört hareket, bir hareket epizodu olarak kabul edilmektedir. PLMS'den bahsetmek için bir saatlik uykuda ortaya çıkan hareket sayısının beşin üzerinde olması gerekmektedir.⁷

Uykuda periyodik hareketler özellikle NREM uykusunun 1-2. dönemlerinde yoğun olarak ortaya çıkmaktadır. 3-4. dönem NREM uykusu ve REM uykusunda azalma kaybolma eğilimindedir. Olgumuzda yapılan PSG PLMS'yi desteklemektedir.

RLS ve PLMS'de neden santral spinal dopaminerjik geçişte meydana gelen bir yetersizliğe bağlı olduğu düşünülmektedir. Tedavi olarak idiyopatik grupta dopamin agonistleri, L-dopa, antiepileptikler (özellikle gabapentin) benzodiazepinler (özellikle klonazepam) verilir. Semptomatik grupta etyolojiye sebep olan nedenin tedavisi gereklidir.

Olgumuzda idiyopatik RLS + PLMS düşünülüp dopamin agonisti (pergolid 0.05 mg, 1 hafta sonra 0.1 mg) başlandı. 1 aylık tedavi sonunda bacak ağrılarının ve anormal duyumlarının düzeldiği, rahat ve kaliteli uyuduğu gözlemlendi. Konsantrasyonu normale döndü.

RLS + PLMS ve L5- S1 diskal hernisi birlikteliği olan ve uygulanan tedavi ile erken dönemde yakınmaları düzelen olgumuzu literatür ışığında yayınlamayı uygun gördük.

Kaynaklar

1. Benbir G, Kaynak D, Kaynak H ve ark. Huzursuz bacak sendromu ve uykuda periyodik hareket bozukluğu. *Türk Nöroloji Dergisi* 2004; 10 (2): 117-23.
2. Montplaisir J, Godbout R, Pelletier G, et al. Restless legs syndrome and periodic movements during sleep. Principles and practice of Sleep Medicine 2nd ed, Philadelphia: WB Saunders; 1994: 589-97.
3. Schenk CH, Mahowald MW. Motor dyscontrol in narcolepsi: Rapid-eye- movement (REM) sleep without atonia and REM sleep behavior disorder. *Ann Neurol* 1992; 32: 3-10.
4. Dichel MJ, Mosko SS. Morbidity cut-offs for sleep apne and periodic leg movements in predicting subjective complaints in seniors. *Sleep* 1990; 13: 155-66.

5. Witting R, Zorick F, Piccione P, et al. Narcolepsy and disturbed nocturnal sleep. *Clin Electroencephalogr* 1983; 14: 130-4.
6. Hening WA. Restless leg syndrome: A sensorimotor disorder of sleep/wake motor regulation. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2002; 2(2): 186-96.
7. Coleman RM. Periodic movements in sleep (nocturnal myoclonus) and restless leg syndrome. In Guilleminault C (ed): *Sleeping and waking disorder: Indication and techniques*. Menlo Park, CA, Addison-Weschley, 1982; 265.