



# Obstrüktif Uyku Apnesi Semptomlarıyla Başvuran Bir Sekonder Narkolepsi Olgusu

## A Case of Secondary Narcolepsy Presenting with Obstructive Sleep Apnea Symptoms

Sebahat Genç, Hatice Kayım Bilgiç\*, Emine Esra Okuyucu\*\*, Nursel Dikmen\*\*\*, Taşkın Duman\*\*

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

\*Antakya Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Hatay, Türkiye

\*\*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

\*\*\*Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

### Öz

Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) ve narkolepsi gündüz aşırı uykululuğa (GAU) yol açan iki hastalıktır. Birbirleriyle karışabilecekleri gibi, birlikte de görülebilirler. Bu nedenle GAU olanlarda birbirlerinden ayırt edilmeleri gerekir. OUAS ön tanısıyla uyku laboratuvarımıza gönderilen, ayrıntılı anamnezde narkolepsiden şüphelenilen bir olgumuzu sunmak istedik. Olgumuz 24 yaşında bir erkek ve OUAS şüphesiyle tetkik edilirken OUAS ile birlikte narkolepsi tanısı kondu. Nörolojik inceleme yapıldığında, hastada multipl skleroz saptandı. Bu olgu sunumu ile gündüz aşırı uyku hali (GAUH) olan hastalarda, özellikle OUAS ile açıklanamayan GAUH varlığında narkolepsinin de mutlaka araştırılması gerektiğini, narkolepsi saptandığında ise; sekonder olma olasılığı göz önünde bulundurulacak şekilde mutlaka nörolojik inceleme yapılması gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Obstrüktif uyku apne sendromu, narkolepsi, multipl skleroz

### Summary

Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) and narcolepsy are two diseases causing excessive daytime sleepiness (EDS). As they are often confused, these two disorders can also coexist. Therefore there is need to distinguish these disorders in patients with EDS. We would like to present a case on a patient who sent to our sleep laboratory with a preliminary diagnosis of OSAS and suspicion of narcolepsy in detailed history. The case is a 24 year-old male. He was diagnosed with OSAS and narcolepsy while being investigated for OSAS. Neurological examination revealed an additional diagnosis of multiple sclerosis. In this case report, we emphasize that in patients with EDS, particularly if EDS cannot be explained with OSAS, investigation for narcolepsy should also be done. In addition, when narcolepsy is detected; neurological examination is actually necessary considering the possibility of secondary narcolepsy.

**Keywords:** Obstructive sleep apnea syndrome, narcolepsy, multiple sclerosis

### Giriş

Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) ve narkolepsi gündüz aşırı uyku haline (GAUH) yol açan iki uyku bozukluğudur. Birbirleriyle karışabilecekleri gibi, birlikte de görülebilirler. Bu nedenle GAUH olanlarda birbirinden ayırt edilmesi gerekir. OUAS ön tanısıyla uyku laboratuvarımıza gönderilen, ayrıntılı anamnezde narkolepsiden şüphelenilen bir olgumuzu sunmak istedik.

### Olgu Sunumu

Yirmi dört yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır var olan horlama ve GAUH yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Yedi yıldır 1 pk/gün sigara içiyordu. Ek hastalığı yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Kollarında uyuşma nedeniyle nöroloji polikliniğine başvuran hasta, uyku bozukluğu düşündüren yakınmaları nedeniyle polikliniğimize sevk edilmişti. Hastanın Epworth

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Sebahat Genç, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye  
Tel.: +90 326 229 10 00 E-posta: segenc@hotmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 15.03.2016 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.03.2016

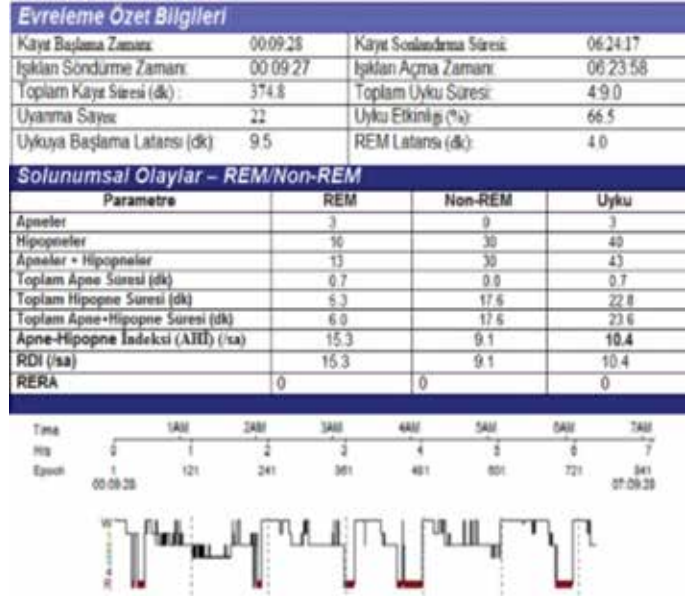
**Bu çalışma Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresi'nde sunulmuştur (Nisan 2013. P385).**

© Türk Uyku Tıbbi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / © Journal of Turkish Sleep Medicine, Published by Galenos Publishing.

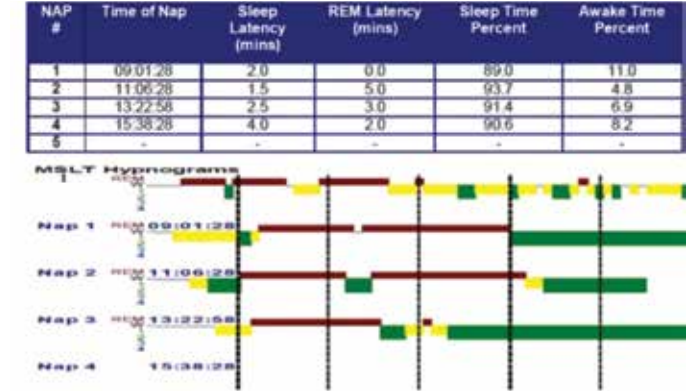
uykululuk skalası skoru 19 bulunması üzerine alınan ayrıntılı anamnezinde, 2 aydır var olan sol kolda güçsüzlük, uykuya dalarken ve uyanırken halüsinasyonlar (hipnagogik ve hipnopompik), heyecanlandığında ya da güldüğünde bacaklarda boşalma, çenede düşme (katapleksi) olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde zayıf görünümde, beden kitle indeksi: 22, üst solunum yolu muayenesinde septum hafif sağa deviye ve Mallampati derecesi 2 saptandı. Hastaya polisomnografi (PSG), ardından çoklu uyku latansı testi (ÇULT) yapılması planlandı. PSG kayıtları değerlendirildiğinde, uyku etkinliği: %66,5, uyku latansı: 9,5 dk, hızlı göz hareketi (REM) latansı: 4 dk, Apne-Hipopne indeksi (AHI): 10,4 /sa bulundu (Şekil 1). ÇULT'ta ise, ortalama uyku latansı 2,5 dk, ortalama REM latansı 2,5 dk ve her uyku periyodunda uyku başlangıcında ortaya çıkan REM periyodu (SOREMP) saptandı (Şekil 2). Hastaya hafif OUAS ve klinik ve laboratuvar sonuçlarına göre narkolepsi tanısı kondu. İleri tetkik için nöroloji kliniğine gönderildi. Çekilen beyin manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde; bilateral periventriküler beyaz cevherde ve bilateral sentrum semiovale düzeylerinde T2 ve FLAIR ağırlıklı serilerde hiperintens, ovoid yapıda, bazıları korpus kallozuma dik yerleşimli lezyonlar izlendi (demyelinizan plak) (Resim 1). Hastaya multipl skleroz (MS) tanısı kondu. Bütün bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, olgu hafif OUAS ve sekonder narkolepsi olarak kabul edildi.

## Tartışma

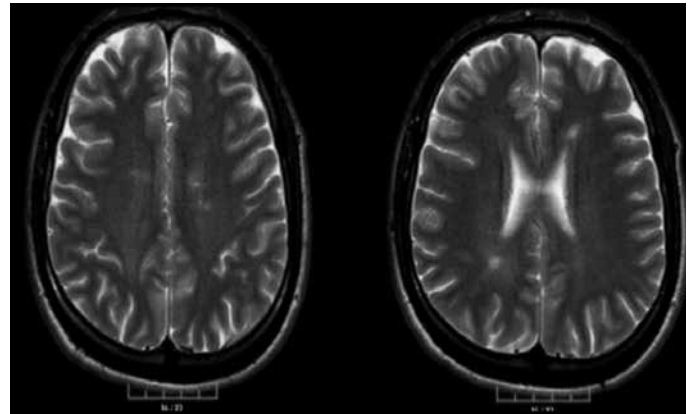
OUAS ve narkolepsi, GAUH'ye yol açan iki önemli uyku bozukluğudur. GAUH olanlarda bu iki hastalık da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Narkolepsi, en sık hipersomni nedenlerinden birisidir. Tanı konulması için en az üç aydır aşırı gündüz uykululuğun bulunması, ÇULT'ta uyku latansının sekiz dakika veya daha kısa olması ve uykunun başlangıcında en az iki REM periyodunun (SOREMP) görülmesi gereklidir. PSG'de ilk 15 dakika içinde gözlenen SOREMP, ÇULT'taki SOREMP'lerden birinin yerine sayılabilir. Bu kriterlerle birlikte emosyonel olayların tetiklediği, ani, geçici kas tonus kayıpları ile karakterize katapleksi öyküsü varlığında veya beyin omurilik sıvısında hipokretin-1 düzeyi  $\leq 110$  pg/mL ya da normal kişilerin ortalamasının üçte birinden az saptandığında narkolepsi tip 1 olarak adlandırılır (1). Narkolepsi (+katapleksi) 2000'de bir kişiyi etkiler, prevalansı %0,04'e yakındır (2). Narkolepside GAUH'nin ve katapleksi yanında, bozulmuş gece uykusu, uyku paralizi, hipnopompik/hipnagogik halüsinasyonlar gibi REM uykusu ile ilişkili semptomlar vardır (3). GAUH'nin objektif olarak ortaya konmasını ve derecesini tespit etmeye yarayan en değerli tanı yöntemi ÇULT'dur. Ayrıca OUAS'ın aynı semptomu neden olan diğer bazı hastalıklardan (narkolepsi vs.) ayırımını da sağlar (3). GAUH solunumsal uyku hastalıklarında sıklıkla görülmekle birlikte, insomni, narkolepsi, yetersiz uyku, idiopatik hipersomni, vardiya çalışması nedeniyle düzensiz uyku, uykuda periyodik ekstremite hareketleri, hipnotik ve sedatif kullanımı, nöroanatomik lezyonlar, psikiyatrik rahatsızlıklar, Kleine Levin sendromu gibi durumlarda da görülür (3). GAUH ile gelen hastalarda narkolepsi de sorgulanmalıdır. Genç yaş ve OUAS şiddetiyle GAUH derecesi arasındaki uyumsuzluk (Epworth uykululuk skalası  $>15$ ) narkolepsi olasılığını akla getirmelidir. Ayrıca narkolepsi hastalarında OUAS'ın normal popülasyona göre daha sık görüldüğü bilinmektedir. Narkolepsi ve OUAS birlikteliği ile ilgili olgu sunumları olduğu gibi, Sansa ve ark. (4) da 133 narkolepsi hastasında OUAS sıklığını



Şekil 1. Polisomnografi raporunda Apne-Hipopne indeksi değerleri ve hızlı göz hareketi latansının kısalmış olduğu görülmüştür. REM: Hızlı göz hareketi



Şekil 2. Çoklu uyku latansı testi sonucunda kısalmış uyku latansı ve hızlı göz hareketi başlangıçlı uyku 'sleep onset' izleniyor



Resim 1. Beyin manyetik rezonans incelemesinde demiyelinizan plaklar saptandı

araştırmış ve %24,8'inde AHİ 10 ve üzerinde bulunmuştur. Bu hastaların onunda başlangıçta PSG ile sadece OUAS tanısı konmuş. Bunun nedeni OUAS'ın daha sık görülmesi ve GAUH'ye yol açması olarak yorumlanabilir. Hastalar sorulmadığında genelde katapleksiden yakınmaz. Bizim olgumuz da ayrıntılı sorgulandığında katapleksisi olduğu öğrenildi. Narkolepsi aynı zamanda diğer medikal hastalıkların bir parçası olarak da ortaya çıkabilir. Bu olgular için semptomatik veya sekonder narkolepsi terimini kullanmak daha doğru olacaktır (1). Bu tip hastalarda tabloya katapleksi eşlik edebilir ya da etmeyebilir. Ender olarak görülen semptomatik katapleksi olguları, çoğunlukla posterior hipotalamus, mezensefalon ve ponsta yerleşik lezyonları olan; tümör, MS, ensefalit, serebral iskemi, kafa travması ve nörodejenerasyonla giden etiyojilere sahip olgulardır (3). Bizim olgumuzda da, nörolojik değerlendirme sonucunda MS tanısı kondu. MS, santral sinir sisteminin kronik bir hastalığıdır. Beraberinde huzursuz bacaklar sendromu, OUAS ve narkolepsi gibi uyku bozuklukları görülebilir. Marrie ve ark. (5) MS ile birlikte narkolepsi görülme sıklığını %0-1,6 olarak bildirmişlerdir. MS hastalarında melatonin yolaklarındaki bozulma ile ilgili son bulgular, bu hastalarda uyku bozukluklarının gelişiminde çok düzeyli nedensel mekanizmaların olduğunu düşündürmektedir (6). Ülkemizden MS ve narkolepsi birlikteliği olan bir olgu bildirilmiştir (7). On beş yıldır MS tanısı olan olguda daha sonra GAUH gelişmesi üzerine narkolepsi tanısı konmuştur. Bizim olgumuzda ise narkolepsi tanısı sonrası yapılan nörolojik değerlendirme sonucunda MS tanısı konmuştur.

## Sonuç

Sonuç olarak, GAUH olan hastalarda, OUAS saptansa bile, özellikle OUAS ile açıklanamayan aşırı uyku hali varlığında narkolepsi mutlaka araştırılmalıdır. Narkolepsi saptandığında ise, sekonder olma olasılığı göz önünde bulundurularak mutlaka nörolojik inceleme yapılmalıdır.

## Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Konsept: Sebahat Genç, Dizayn: Sebahat Genç, Emine Esra Okuyucu, Veri Toplama veya İşleme: Hatice Kayım Bilgiç, Nursel Dikmen, Analiz veya Yorumlama: Sebahat Genç, Emine Esra Okuyucu, Taşkın Duman, Literatür Arama: Hatice Kayım Bilgiç, Yazan: Sebahat Genç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

## Kaynaklar

1. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
2. Cao M. Advances in narcolepsy. Med Clin North Am 2010;94:541-55.
3. Baklan B. Santral sinir sistemi kaynaklı hipersomniler. Uykuda solunum bozuklukları. İtil O, Köktürk O, Ardiç S, Çuhadaroğlu Ç, Fırat H. Toraks Kitapları, Ankara, 2015:365.
4. Sansa G, Iranzo A, Santamaria J. Obstructive sleep apnea in narcolepsy. Sleep Med 2010;11:93-5.
5. Marrie RA, Reider N, Cohen J, Trojano M, Sorensen PS, Cutter G, Reingold S, Stuve O. A systematic review of the incidence and prevalence of sleep disorders and seizure disorders in multiple sclerosis. Mult Scler 2015;21:342-9.
6. Barun B. Pathophysiological background and clinical characteristics of sleep disorders in multiple sclerosis. Clin Neurol Neurosurg 2013;115(Suppl 1):82-5.
7. Yerdelen D, Benbir G, Uygunoğlu U, Siva A, Karadeniz D. Multipl Skleroz Hastasında Gelişen Narkolepsi Sendromu. J Turk Sleep Med 2014;1:58-9.