



Huzursuz Bacaklar Sendromu Hastalarında Depresyon ve Uyku Kalitesi

Depression and Sleep Quality in Patients with Restless Legs Syndrome

Selma Topaloğlu Tuuç, Serkan Özben*, Mesrure Köseoğlu Bitnel, Sevim Baybaş

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Antalya, Türkiye

Öz

Amaç: Huzursuz Bacaklar Sendromu (HBS) yaygın görülen bir nörolojik hastalık olup kişilerin uykusunu, duyu durumunu ve günlük yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada HBS hastalarında uyku kalitesi, gündüz aşırı uykululuğu ve depresyon sıklığı ile bunların hastalık süre ve şiddetiyle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Merkezimizde primer HBS tanısı ile izlenmekte olan 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar, Uluslararası Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu HBS şiddet skalasına göre hafif, orta, ciddi ve çok ciddi olmak üzere gruplara ayrılmış, tüm hastalara hastalık bilgilerinin de içeren kimlik ve sosyo-demografik veri formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği doldurulmuştur. Hastalık şiddetine göre belirlenmiş gruplar arasında istatistiksel analiz yapılmıştır. Hastalık süresinin depresif belirtiler ve uyku problemleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 30'u (%73,2) kadın, 11'i (%26,8) erkek olmak üzere 41 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalardan 2'sinin (%4,9) HBS şiddet düzeyi hafif iken 7'sinin (%17,1) hastalık düzeyi çok ciddidir. On dört hasta (%34,1) orta, 18 hasta (%43,9) ciddi hastalık düzeyine sahiptir. HBS hastalarının %68,3'ünde (n=28) kötü uyku kalitesi, %14,6'sında (n=6) gündüz aşırı uykululuğu saptanmış, 3 hastada (%7,3) ciddi depresyon olmak üzere hastaların %29,3'ünde (n=12) depresif belirtiler izlenmiştir. Hastalık şiddeti arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu ve depresif belirtilerin arttığı görülmüştür (p<0,01).

Sonuç: HBS hastalarının büyük bir kısmında kötü uyku kalitesi, dikkate değer bir kısmında gündüz aşırı uykululuğu saptanmış, yaklaşık üçte birinde depresyon görülmüştür. Hastalığın süresi ve şiddeti arttıkça depresif belirtilerin yoğunluğu artmaktadır. Ciddi sonuçları olabileceği unutulmadan HBS'nin ve eşlik ettiği depresyonun etkin tedavisi zaman kaybetmeden planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz Bacaklar Sendromu, Willis-Ekbom hastalığı, depresyon, uyku bozukluğu

Abstract

Objective: Restless Legs Syndrome (RLS) is a common neurological disorder that affects patients' sleep, emotional state and daily life negatively. In this study it was aimed to determine the sleep quality, daytime sleepiness and depression frequency in patients with RLS and their relation with duration and severity of illness.

Materials and Methods: In our center, 41 patients with primary RLS diagnosis were included in the study. Patients were divided into groups as mild, moderate, severe and very severe, according to the RLS severity scale of the International Restless Legs Syndrome Study Group. Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale, and Beck Depression Inventory were filled in by all the patients, including identity and sociodemographic data with illness information. Statistical analysis was performed among groups divided according to disease severity. Depressive symptoms of the disease duration and its relation with sleep problems were investigated.

Results: In this study 41 patients, 30 (73.2%) female, 11 (26.8%) male, were included. Of the patients participating in the study, 2 patients (4.9%) had mild RLS while 7 (17.1%) were very severely ill. Fourteen patients (34.1%) had moderate disease and 18 (43.9%) had severe disease. Bad sleep quality was found in 68.3% (n=28) of patients with RLS, excessive daytime sleepiness in 14.6% (n=6) severe depression in 7.3% (n=3) and totally 29.3% of patients (n=12) depressive symptoms were observed. As the severity of illness increased, sleep quality deteriorated and depressive symptoms increased (p<0.01).

Conclusion: Most of the RLS patients had poor sleep quality, a significant amount of daytime excessive sleepiness, and about one third of them had depression. As the duration and severity of the disease increases, the intensity of depressive symptoms increases. Remembering that RLS may have serious consequences and effective treatment of depression when accompanied should be planned without losing time.

Keywords: Restless Legs Syndrome, Willis-Ekbom disease, depression, sleep disorder

Giriş

Willis-Ekbom hastalığı olarak da bilinen Huzursuz Bacaklar Sendromu (HBS) özellikle geceleri ve istirahathte, genellikle bacaklarda ortaya çıkan, hareket ettirmekle rahatlayan hoşça gitmeyen, rahatsızlık verici his ile karakterize sensorimotor bir bozukluktur (1,2). Hastaların ağrı, uyuşma, seğıirme, kaşınma gibi farklı şekillerde tanımlayabildikleri yakınmalara sebep olan HBS tanısı Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) tarafından belirlenmiş beş kriterin bulunması ile konulmaktayken 2014 yılında yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-Üçüncü Baskısı'nda (International Classification of Sleep Disorders-Third Edition) hastalık tanısı için uykusuzluk veya gündüz semptomları gerekliliğı getirilmiştir (3).

Hastalığın prevalansı %3,9 ile %15 arasında değışen oranlarda bildirilmekte olup bu oran yaşla birlikte artmaktadır (4,5). Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla görülen hastalığın primer (idiyopatik) ve sekonder (semptomatik) formları tanımlanmıştır (1). Primer HBS genellikle erken başlangıçlı olup (<45 yaş), yavaş progresyon gösterir ve güçlü ailesel ilişki vardır (6). Primer HBS tanısı koymak için bilinen sekonder nedenlerin dışlanması gerekir. Sekonder HBS ise demir eksikliği, kronik böbrek yetmezliği, gebelik gibi durumlarla ilişkilidir (7). Nöroleptikler gibi dopamin antagonistleri, kalsiyum kanal blokerleri, antihistaminikler, lityum, trisiklik antidepressanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin-nöradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) gibi ilaçlar ile alkol, kafein ve nikotin HBS semptomlarına sebep olabilir ya da mevcut semptomları kötüleştirebilir (8,9).

Primer ve sekonder formların her ikisinin de kesin patogenezi hala tam olarak bilinmemektedir. Bugüne kadar yapılmış farmakolojik, elektrofizyolojik ve nörogörüntüleme çalışmaları sonucu HBS'de altta yatan ana patofizyolojik mekanizmanın nöronal eksitabilitenin bozulmuş dopaminerjik modülasyonu olduğu düşünülmektedir (2).

Semptomlar akşamları ve istirahathte ortaya çıktığı ya da kötüleştiğı için hastaların uykusu ciddi oranda etkilenir (10). Uykuya dalamama, sık uyanma, gündüz uykululuğı gibi uyku problemlerine yol açan HBS önceleri benign bir durum olarak kabul edilirken günümüzde hastalığın fiziksel, psikolojik, sosyal etkileriyle yaşam kalitesini olumsuz etkilediğı ortaya konmuştur (2,11). Genel popülasyona kıyasla artmış anksiyete ve depresyon insidansı, kognitif fonksiyonlar ve mental durumda negatif etkilenme söz konusudur (2,12). Bu çalışmada, HBS hastalarında uyku problemleri ve depresyon görülme sıklığı ile bunların hastalık süre ve şiddetiyle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Poliklinikleri'nde takip edilmekte olan, IRLSSG tanı kriterlerine göre HBS tanısı konmuş ve sekonder nedenler dışlanmış 41 HBS hastası dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalara kimlik ve sosyo-demografik veri formu, IRLSSG HBS Şiddet Skalası, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Epworth Uykululuk Ölçeğı (EUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) okunarak doldurulmuştur. Hastalar, IRLSSG HBS Şiddet Skalası skoruna göre hafif, orta, ciddi, çok ciddi olarak alt gruplara ayrılmıştır.

Doldurulan form ve ölçeklerden elde edilen yanıt ve skorlara göre depresif belirtilerin, gündüz aşırı uykululuk ve kötü uyku kalitesinin sıklığı belirlenmiş; hastalık şiddetine göre belirlenmiş alt gruplar arasında bu açıdan anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir.

IRLSSG HBS Şiddet Skalası; IRLSSG tarafından geliştirilmiş, hastalığın şiddetini belirlemeye yönelik olarak hastalığın tipik belirtileri üzerine sorulan, her biri 0-4 arası derecelendirilmiş 10 sorudan oluşmaktadır. 0-10 puan hafif, 11-20 puan orta, 21-30 puan ciddi, 31-40 puan çok ciddi HBS şeklinde değerlendirilir (13).

BDÖ; Beck (14) tarafından 1961'de geliştirilen ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (15) tarafından yapılan depresyon derecelendirme ölçeğidir. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir.

PUKI; 1989'da Buysse ve ark. (16) tarafından geliştirilmiş, 1996'da Ağargün ve ark.'ları (17) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu; subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 bileşenden oluşur. 0-21 arasında değışen toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesi"ni gösterir.

EUÖ; gündüz uyku halini göstermede kullanılan bir ölçektir. Her biri 0-3 puan değerinde olan toplam 8 sorudan oluşur. Hastanın aşırı yorgun olmadığı sıradan bir günde, belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanır. Toplam puan 10 ve üzerinde ise gündüz aşırı uyku halinin varlığına işaret eder (18).

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri SPSS 16 for Windows kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans) kullanılmıştır.

Parametrik varsayımların karşılandığı iki grup arası karşılaştırmalarda Student t-test, parametrik varsayımların karşılanmadığı iki grup arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda ise Fisher's exact testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun niceliksel verilerinin karşılaştırılmasında, parametrik varsayımlar karşılanmadığında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada nitel ve nicel ilişkilerin normal dağılım göstermeyen verilerinin karşılaştırılmasında Spearman's Rho kullanılmıştır.

Tüm analizlerin sonuçları anlamlılık $p < 0,05$ ve $p < 0,01$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza IRLSSG kriterlerine göre primer HBS tanısı konmuş 30'u (%73,2) kadın, 11'i (%26,8) erkek olmak üzere 41 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların yaşları 18 ile 65 arasında değışmekte olup yaş ortalaması $44,59 \pm 9,24$ 'tür.

Çalışmaya katılan hastaların yakınma süreleri incelendiğinde ortanca değer 5 yıldan büyük olduğu görülmüştür. Tanı alana

kadar geçen süre değişkeninde ortanca değer 3 ay-1 yıldır (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hastalardan 2'sinin (%4,9) HBS Şiddet düzeyi hafif iken 7'sinin (%17,1) hastalık düzeyi çok ciddi. On dört hasta (%34,1) orta, 18 hasta (%43,9) ciddi hastalık düzeyine sahiptir. Hafif Őiddette hastalık düzeyine sahip hasta sayısı istatistiksel değerlendirme için yetersiz olduğundan hafif ve orta Őiddetteki hasta grupları birlikte değerlendirmeye alınmıştır.

HBS hastalarının BD ortalama puanı 11,39±10,21'dir. Hastalık Şiddetine göre belirlenmiş gruplar arasında BD skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hastalık Şiddeti çok ciddi olan grup, hafif-orta Şiddet düzeyi grubundan (p=0,023) ve ciddi Şiddet düzeyi grubundan (p=0,042) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Hafif-orta Şiddet düzeyi ve ciddi Şiddet düzeyi gruplarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

BD'ye göre hastaların %29,3' (n=12) depresif belirtilere sahip olup 3 hastada (%7,31) ciddi depresyon saptanmıştır. Depresif belirtilere sahip olanların oranı hastalık Şiddeti çok ciddi olan grupta hafif-orta Şiddet düzeyi grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0,05).

BDÖ puanları ile hastalık süresi arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05).

HBS hastalarının EU ve PUKİ puanları değerlendirildiğinde; EU ortalama puanı 4,92±4,68, PUKİ toplam puanı ortalama 8,63±4,28'dir. PUKİ'de uyku latansı ve subjektif uyku kalitesindeki etkilenmenin diğer bileşenlere göre biraz daha belirgin olduğu grlmştir (Tablo 2).

Hastalık Şiddet düzeyine göre belirlenmiş grupların PUKİ ve EU skorları karşılaştırılmış, PUKİ toplam ve PUKİ uyku etkinliği puanları açısından Şiddet düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

PUKİ toplam puanlarına bakıldığında, hastalık düzeyi hafif-orta olan grup ciddi Şiddet düzeyi grubundan (p=0,025) ve çok ciddi Şiddet düzeyi grubundan (p=0,029) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. PUKİ uyku etkinliği puanlarına bakıldığında, hastalık düzeyi hafif-orta olan grup, çok ciddi Şiddet düzeyi grubundan (p=0,014) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır (p=0,014).

HBS hastalarının %68,3'ünde (n=28) PUKİ'ye göre kötü uyku kalitesi saptanmıştır. Altı hasta EU'den 10 ve üzeri puan almış, böylece hastaların %14,6'sında gündüz aşırı uykululuğu saptanmıştır.

n=41	n	%
Yakınma süresi	<3 ay	3, 7,3
	3 ay-1 yıl	3, 7,3
	1-5 yıl	11, 26,8
	>5 yıl	24, 58,6
Tanı alana kadar geçen süre	<1 ay	3, 7,3
	<3 ay	12, 29,3
	3 ay-1 yıl	10, 24,3
	1-5 yıl	9, 22,0
	>5 yıl	7, 17,1

Hastalık süresi ile PUKİ ve EU puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hastalık Şiddet düzeyine göre belirlenmiş grupların klinik ve demografik zellikleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tartışma

HBS yaygın görülen bir nörolojik rahatsızlıktır. Yaşla beraber sıklığı artmakla birlikte her yaşta görülebilir (19). Prevalansına dair geniş bir aralıktaki oranlar söylenmekle birlikte gerçek sıklığından daha az tanındığını ve rapor edildiğini düşünmekteyiz. Bizim hastalarımızın Őikayetlerinin başlamasından tanı konulmasına kadar geçen srenin ortanca değeri 3 ay-1 yıldır. Sadece 15 hasta yakınmaları başladıktan sonra ilk 3 ay içerisinde tanı almış, 16 hastanın (%39,0) tanı alabilmesi için geçen süre 1 yıldan, 7 hastanın (%17,1) ise 5 yıldan fazla olmuştur. Tanıda yaşanan gecikmenin sebebi bazı hastaların bu durumun bir hastalık olabileceğini düşünmeyip doktora geç başvurması olduğu gibi bazen de doktorlar tarafından hastalığın yeterince tanınmaması olabilmektedir. Bunun yanında 2014 yılında yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-nc Baskısı'nda yapılan değişiklikle hastalık tanısı için uykusuzluk veya gündüz semptomları kriteri getirilmiş ve bu doğrultuda yeni prevalans çalışmalarına ihtiyaç doğmuştur.

Çalışmamıza katılan hastaların %29,3'ünde (n=12) orta düzeyde duygudurum bozukluğundan ciddi düzeyde depresyona kadar değişen oranlarda depresif belirtiler saptanmıştır. Epidemiyolojik alışmalar HBS'de, sağlıklı bireylere göre 2 ile 4 kat artmış depresyon riskinden söz etmektedir (20). Sevim ve ark. (21) Mersin ilinde yaptıkları araştırmalarında HBS hastalarının kontrollerden daha endişeli ve depresif olduğunu saptamışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kesitsel bir çalışmada, herhangi bir psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu sıklığı, HBS hastalarında (%36,8) HBS semptomları olmayanlardan (%14,6) daha yüksek bulunmuştur. En yaygın psikiyatrik tanı majör depresif bozukluk olup, kontrol grubunda %8,4 iken HBS hastalarında ömür boyu prevalansı %19 saptanmıştır (22). HBS hastalarında ve kontrol grubunda psikiyatrik tanılar, psikolojik yakınmalar, uyku ve kişilik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada HBS hastaları, kontrollerden daha fazla depresif bozukluk, psikopatolojik belirtiler ve daha düşük iyilik hali göstermiş, ancak kişilik özelliklerinde herhangi bir fark saptanmamıştır (23).

n=41	Minimum - Maksimum	Ort. ± SS (Medyan)
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi		
Toplam	2-16	8,63±4,28 (9)
Subjektif uyku kalitesi	0-3	1,71±0,78 (2)
Uyku latansı	0-3	1,85±1,08 (2)
Uyku süresi	0-4	1,46±1,20 (1)
Alışılmış uyku etkinliği	0-3	1,34±1,25 (1)
Uyku bozukluğu	0-3	1,49±0,71 (1)
Uyku ilacı kullanımı	0-3	0,07±0,46 (0)
Gündüz işlev bozukluğu	0-3	0,71±0,71 (1)
Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma		

HBS ile depresyon arasındaki ilişkide, HBS’de süregelen uyku bozukluklarının rolü büyüktür. Uykusuzluk ve depresyon arasında kuvvetli bir ilişki söz konusudur (24). Majör depresyonu olan hastaların %90’ında subjektif uyku bozukluğu semptomu olduğu bilindiği gibi uykusuzluğun depresif semptomlara neden olduğu da kanıtlanmıştır (25). HBS semptomlarının genellikle geceleri ortaya çıkmasına bağlı olarak uyku bozukluğu, özellikle orta ve şiddetli HBS hastalarının yaygın bir şikayetidir (20). Hastalık uyku süresini, kalitesini ve gündüz uyanıklığını olumsuz etkilemektedir (26). Literatürde HBS hastalarının %85 kadar büyük çoğunluğunda uykuyu başlatma, sürdürme ve toplam uyku süresinde problemler görülmekte ve neredeyse üçte biri ciddi uyku problemleri bildirmektedir (27). Bizim çalışmamızda hastaların %68,3’ünde kötü uyku kalitesi saptanmış, %14,6’lık bir kısmı günlük işlevlerini etkilemesi açısından önemli olan gündüz aşırı uykululuğu bildirmişlerdir. Hastalık şiddeti arttıkça uyku kalitesindeki olumsuz etkilenmenin belirginleştiği dikkat çekmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların %29,3’ünde, orta düzeyde duygudurum bozukluğundan ciddi düzeyde depresyona kadar değişen oranlarda saptadığımız depresif belirtilerin, HBS hastalarında görülen uyku problemlerinin ve uyku problemlerine bağlı etkilenen gündüz işlevlerinin sonucu olduğunu düşünmekteyiz. Hastalık şiddeti arttıkça uyku kalitesinin bozulması, bununla birlikte depresif belirtilerin artması bu görüşü desteklemektedir. Öte yandan HBS ve duygudurum bozuklukları, özellikle de depresyon, benzer nörobiyolojik yollara sahip olabilir ve ortak nörobiyolojik köken, duygudurum bozuklukları ve HBS’nin komorbiditesini açıklayabilir (28). HBS’deki nörobiyolojik mekanizma tam

olarak ortaya konamamış olsa da dopamin agonistlerinin HBS semptomlarını hafifletmesi hastalığın patofizyolojisinde dopaminerjik disfonksiyonun olduğuna işaret etmektedir (24). Dopaminerjik eksiklik depresyonun da patofizyolojisinde rol oynar. Pramipeksol ve bromokriptin gibi bazı dopamin reseptör agonistlerinin depresif semptomların azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Depresyon patogeneğinde dopaminerjik disfonksiyonun potansiyel rolü, parkinson hastalarında depresif belirtilerin yaygınlığı ile desteklenmektedir (28). HBS şiddeti arttıkça depresyon görülme sıklığının arttığını belirten bazı başka çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da depresif belirtilerin yoğunluğundaki artış hastalık şiddeti ile korele bulunmuştur (29). Aynı zamanda hastalık süresi uzadıkça depresif belirtilerin arttığı görülmüştür. HBS’li hastalarda depresif bozukluğun tanı ve tedavisinde bazı güçlükler yaşanmaktadır. Tanıda yaşanan güçlük, her iki bozuklukta bazı ortak semptomların olmasından kaynaklanabilir; uykuya ilgili şikayetlerin HBS’de de depresyonda da sıklıkla görülmesi gibi (20). HBS semptomları, uykusuzluk, enerji kaybı, konsantrasyonun azalması ve psikomotor gerilik/ajitasyon gibi depresyon belirtilerinin bazılarına sebep olabilir. Birçok durumda bu semptomların depresyonun sonucu olarak mı ortaya çıktığı yoksa HBS ile mi ilişkili olduğunu belirlemek zor olabilir (22). Bazı antidepresanların HBS’yi tetiklediği veya kötüleştirdiği bildirildiğinden HBS’deki depresyon tedavisinin bazı özel yönleri vardır. Venlafaksin gibi SNRI ile sitalopram, fluoksetin, paroksetin ve sertralin gibi SSRI, serotonerjik etki aracılığı ile dopamin inhibisyonu sonucu HBS semptomlarına yol açabilir (28).

Tablo 3. Hasta gruplarının klinik ve demografik özellikleri

	Hafif-orta (n=16)	Ciddi (n=18)	Çok ciddi (n=7)	p
Yaş Ort. ± SS (medyan)	44,75±11,23 (46)	44,44±8,37 (47)	44,57±7,48 (42)	0,935
Cinsiyet Kadın/Erkek (%)	10 (%62,5)/6 (%37,5)	13 (%72,2)/5 (%27,8)	7 (%100)/0 (%0)	0,174*
EUÖ Ort. ± SS (medyan)	3,25±2,67 (3)	5,72±4,84 (6)	6,71±6,96 (6)	0,212
Gündüz uykululuk - /+ (%)	15 (93,8)/1 (6,2)	15 (83,3)/3 (16,7)	5 (71,4)/2 (28,6)	0,359*
BDÖ Ort. ± SS (medyan)	8,63±10,26 (7)	9,94±6,11 (9)	21,43±13,46 (24)	0,027 ^{a,c}
Depresyon - /+ (%)	14 (87,5)/2 (12,5)	13 (72,2)/5 (27,8)	2 (28,6)/5 (71,4)	0,017*
PUKİ Ort. ± SS (medyan)	6,50±3,88	9,33±3,48	11,71±5,05	0,016 ^{a,b}
Düşük uyku kalitesi - /+ (%)	9 (56,2)/7 (43,8)	15 (83,3)/3 (16,7)	6 (85,7)/1 (14,3)	0,146*
Tanı alma süresi				
<3 ay	2 (%12,5)	1 (5,6)	0 (%0)	0,833*
3 ay-1 yıl	2 (%12,5)	1 (5,6)	0 (%0)	
1-5 yıl	4 (%25,0)	5 (%27,8)	2 (%28,6)	
>5 yıl	8 (%50)	11 (%61,1)	5 (%71,4)	

χ^2 test, *p<0,05,

Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis p<0,01

a: Hafif-orta ve ciddi gruplar arasında anlamlı fark; b: Hafif-orta ve çok ciddi gruplar arasında anlamlı fark; c: Ciddi ve çok ciddi gruplar arasında anlamlı fark, EUÖ: Epworth Uykululuk Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

Bugüne kadar, tedavi edilmemiş ve tedavi edilen HBS hastalarında depresyon seyri ile ilgili çalışma olmamakla birlikte eşlik eden depresyon varlığı HBS tedavisinin etkinliğinde önemli olabilir. Eşlik eden orta/ağır depresyonu olan hastalarda genellikle antidepresan tedavi gerekliyen hafif-orta şiddette depresif belirtilerin HBS semptomlarının düzelmesi ile rahatladıkları görülmektedir (20).

Sonuç

HBS'nin benign bir durum olduğu, tanı ve tedavideki gecikmelerin ciddi sonuçları olmadığına dair genel yanlış bir kanı söz konusudur. Hastalık sanıldığı kadar benign olmayıp hastaların uykusunu, duygudurumunu, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. HBS'nin ve komorbid depresyonun zamanında tanınması ve gereken hastaya uygun tedavinin verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.05.2016 tarihinde 2016-123 protokol no ile etik kurul onayı alınmıştır.

Hasta Onayı: Çalışmanın tüm katılımcıları sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir ve onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: S.T.T., S.Ö., Konsept: S.T.T., S.Ö., S.B., Dizayn: S.T.T., S.Ö., Veri Toplama veya İşleme: S.T.T., S.Ö., M.K.B., Analiz veya Yorumlama: S.T.T., S.Ö., Literatür Arama: S.T.T., S.Ö., Yazan: S.T.T., S.Ö.

Çıkar Çatışması: Bu makale ile ilgili yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu makale ile ilgili hiçbir kişi ya da kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Maung SC, El Sara A, Chapman C, Cohen D, Cukor D. Sleep disorders and chronic kidney disease. *World J Nephrol* 2016;5:224-32.
2. de Biase S, Valente M, Gigli GL. Intractable restless legs syndrome: role of prolonged-release oxycodone-naloxone. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:417-25.
3. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien IL, American Academy of Sleep Medicine, 2014.
4. Ohayon MM, O'Hara R, Vitiello MV. Epidemiology of restless legs syndrome: a synthesis of the literature. *Sleep Med Rev* 2012;16:283-95.
5. Scholz H, Trenkwalder C, Kohnen R, Riemann D, Kriston L, Hornyak M. Dopamine agonists for restless legs syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;3:CD006009.
6. Bassetti CL, Mauerhofer D, Gugger M, Mathis J, Hess CW. Restless legs syndrome: a clinical study of 55 patients. *Eur Neurol* 2001;45:67-74.
7. Allen RP. Controversies and challenges in defining the etiology and pathophysiology of restless legs syndrome. *Am J Med* 2007;120(Suppl 1):13-21.
8. Klingelhoefer L, Cova I, Gupta S, Chaudhuri KR. A review of current treatment strategies for restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease). *Clin Med (Lond)* 2014;14:520-4.
9. Page RL, Ruscin JM, Bainbridge JL, Brieke AA. Restless legs syndrome induced by escitalopram: case report and review of the literature. *Pharmacotherapy* 2008;28:271-80.

10. Garcia-Borreguero D, Williams AM. An update on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): clinical features, pathogenesis and treatment. *Curr Opin Neurol* 2014;27:493-501.
11. Pratt DP. Restless Legs Syndrome/Willis-Ekbom Disease and Periodic Limb Movements: A Comprehensive Review of Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment Considerations. *Curr Rheumatol Rev* 2016;12:91-112.
12. Merlino G, Valente M, Serafini A, Gigli GL. Restless legs syndrome: diagnosis, epidemiology, classification and consequences. *Neurol Sci* 2007;28(Suppl 1):37-46.
13. Bilgilişoy Filiz M, Çakır T. Güncel tanı kriterleri ile huzursuz bacak sendromu. *Turk J Osteoporos* 2015;21:87-95.
14. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989 May;28(2):193-213.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961 Jun;4:561-71.
16. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
17. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7:107-11.
18. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altınors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath* 2008;12:161-8.
19. Mungan S, Ozcan M, Orhan G, Tizit A, Arli B, Koseoglu S, Ak F, Dere HH. Clinical and polysomnographic features of patients with Restless Legs Syndrome. *J Pak Med Assoc* 2016;66:568-73.
20. Hornyak M. Depressive disorders in restless legs syndrome: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2010;24:89-98.
21. Sevim S, Dogu O, Kalegasi H, Aral M, Metin O, Camdeviren H. Correlation of anxiety and depression symptoms in patients with restless legs syndrome: a population based survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:226-30.
22. Lee HB, Hening WA, Allen RP, Kalaydjian AE, Earley CJ, Eaton WW, Lyketsos CG. Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008;20:101-5.
23. Trautmann E, Barke A, Frisch JU, Schmidt AL, Kunert F, Canelo M, Sixel-Döring F, Trenkwalder C. Restless Legs Syndrome: Psychiatric Comorbidities Are More Important Than Neuroticism. *Behav Sleep Med* 2015;13:375-86.
24. Kubo K, Sugawara N, Kaneda A, Takahashi I, Nakamura K, Nakaji S, Yasui-Furukori N. Relationship between quality of life and restless legs syndrome among a community-dwelling population in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:809-15.
25. Sarberg M, Bladh M, Svanborg E, Josefsson A. Postpartum depressive symptoms and its association to daytime sleepiness and restless legs during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:137.
26. Stevens MS. Restless Legs Syndrome/Willis-Ekbom Disease Morbidity: Burden, Quality of Life, Cardiovascular Aspects, and Sleep. *Sleep Med Clin* 2015;10:369-73.
27. Ferini-Strambi L, Walters AS, Sica D. The relationship among restless legs syndrome (Willis-Ekbom Disease), hypertension, cardiovascular disease, and cerebrovascular disease. *J Neurol* 2014;261:1051-68.
28. Becker PM, Sharon D. Mood disorders in restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease). *J Clin Psychiatry* 2014;75:679-94.
29. Koo BB, Blackwell T, Lee HB, Stone KL, Louis ED, Redline S; Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study Group. Restless Legs Syndrome and Depression: Effect Mediation by Disturbed Sleep and Periodic Limb Movements. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24:1105-16.