



Uykuda Yemek Yeme Alışkanlığı Sonucu Kilo Alma Yakınması ile Başvuran Uyku ile İlişkili Yemek Yeme Bozukluğu (SRED)

Sleep-Related Eating Disorder (SRED) in a Patient Admitted with Weight Gain Due to Eating Periods During Sleep

Selda Korkmaz, Murat Aksu*

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Uyku ile ilişkili yemek yeme bozukluğu (SRED), büyük oranda non-REM uyku evresinde görülen bir parasomnidir. Obezite ve metabolik sorunlar, hastalığın önemli komplikasyonlarıdır. Toplumda yaklaşık %5 oranında görülmektedir, ancak daha sık olduğu ve çoğunlukla tanı almadığı düşünülmektedir. Biz burada SRED'li bir olguyu paylaşıyoruz. (JTSM 2014;2:60-1)

Anahtar Kelimeler: Uyku ile ilişkili yemek yeme bozukluğu, parasomni, kilo alımı

Summary

Sleep related eating disorder (SRED) is classified as a parasomnia seen mostly during non-REM sleep stage. Clinical complications of SRED are obesity and metabolic disease. Although SRED is seen in approximately 5% of the general population, it is thought that SRED is most often underdiagnosed. Herein, we present a case of SRED. (JTSM 2014;2:60-1)

Key Words: Sleep-related eating disorder, parasomnia, weight gain

Giriş

Uyku ile ilişkili yemek yeme bozukluğu (SRED), genellikle non-REM uyku evresinde görülen bir parasomni olarak tanımlanır ve uykudaki uyanıklıklar sırasında istemsiz bir şekilde ortaya çıkan tekrarlayıcı yemek yeme ya da içme atakları ile karakterizedir. Olguların çoğunda olay sırasında bilinç düzeyinde azalma vardır. SRED varlığında ortaya çıkan temel sorunlar; garip ve uygunsuz hatta toksik özellikte gıda tüketimi, uyku ile ilişkili yaralanma, kilo artışı ve ek sağlık problemleridir (1).

SRED sıklığına dair epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. Bununla birlikte, üniversite öğrenci grubunda yapılan bir çalışmada %4,6 sıklıkta bulunmuştur (2). Aslında hastalığın daha sık olduğu düşünülmektedir. Bildirilen vakaların %60-%80 kadarını kadınlar oluşturur. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 22-39 olarak belirlenmiştir (3).

SRED, idiyopatik olarak ortaya çıkabileceği gibi, başka bir uyku bozukluğu varlığında ya da hipno-sedatif ajan kullanımı ile de görülebilir. Sıklıkla buradaki primer uyku bozukluğu uyurgezerliktir. Çoğu SRED olgusunda, çocuklukta uyurgezerlik öyküsünün varlığının hastalık için predispozan bir faktör olduğu düşünülmektedir. SRED'e eşlik eden diğer

uyku bozuklukları; huzursuz bacaklar sendromu (HBS), obstruktif uyku apne sendromu, periyodik bacak hareketleri bozukluğu ve katapleksili narkolepsidir. SRED ile ilişkili olduğu bildirilen medikal ajanlar; benzodiazepinler, benzodiazepin reseptör agonistleri, mirtazapin, risperidon, ketiapin, lityum ve antikolinergik ilaçlardır (4).

SRED tanısı ICSD-3 kriterlerine göre konmaktadır. Buna göre; uykudaki uyanıklık reaksiyonu sonrasında tekrarlayıcı anormal yemek yeme atakları, bunlardan en az biri (garip şekilde ya da kombinasyonda gıda tüketimi, uyku ilişkili yaralanma, tekrarlayıcı uykuda yemek yeme atakları sonrasında sağlık problemleri), yemek yeme atağı sırasında bilinç düzeyinde kısmi ya da tam bilinç kaybı, bu durum başka bir uyku, mental ya da medikal bozukluk ya da ilaç kullanımı ile açıklanamaz (1). Burada uykuda yemek yeme alışkanlığı sonucu kilo artışı yakınması ile birimize başvuran bir uyku ile ilişkili yemek yeme bozukluğu olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Kırk dört yaşında kadın hasta, 2 yıldır gece uykuda yemek yeme yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Son zamanlarda

haftanın çoğu gecesinde benzer atakları yaşadığını ifade etti. Hasta bu süreçte yaklaşık 15 kilo aldığını tarif etti. Yemek yeme ataklarını çoğunlukla hatırlamıyor. Bazen kısmen hatırladığını ifade ediyordu. Yediği ürünler genellikle yüksek kalorili özellikte ve bazen yenmeyecek ürünlerdi. Yakınları tarafından yapılan yemek yeme atağı sırasındaki kayıttta, hasta çok fazla miktarda ve yüksek kalorili yiyecekler tüketiyordu. Hasta kayıt sırasını hatırlamadığını ifade etti. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hasta poliklinik başvurusu sırasında psikiyatrik hastalık tanısı ile 1 yıldır antidepressan ve antipsikotik ajan kullanıyordu. Bu tedavi sırasında yemek yeme ataklarında artma olduğunu söyledi. Hastanın laboratuvar ve beyin görüntüleme tetkikleri normal bulundu. Polisomnografi (PSG) gecesinde hastada yemek yeme atağı gözlemlendi, başka bir uyku bozukluğu saptanmadı. Çekim sırasında hastanın odasına yiyecekler bırakılmıştı ve atak sırasında hastanın bunları yediği ve ardından tekrar uyuduğu gözlemlendi. Atak sırasında elektroensefalografi zemin ritmi uyanıklık aktivitesinden oluşmaktaydı. Çekim sabahı hasta atak konusunda sorgulandı ve hasta olanları hatırlamadığını söyledi.

Tartışma

SRED, tüm yemek yeme bozukluklarının %16,7'sini oluşturmaktadır (2). Genel popülasyonda, tanı almış hasta sayısından daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Çoğu hasta tanısız kalmaktadır, olgumuz uyku birimine başvurmadan önce çok sayıda diğer sağlık birimlerine başvurmuştur. Uyku birimine başvurusu internet yolu ile olmuştur. Ayırıcı tanı bu açıdan oldukça önemlidir. Çünkü hastalık özellikle psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği diğer yemek yeme bozuklukları ile karışabilmektedir. Burada özellikle akşam yemek yeme sendromu (Nocturnal eating syndrome, NES) önemlidir. NES, yemek yeme sirkadyen ritminde bozulmanın olduğu ve günlük kalorinin %25'inden fazlasının akşam yatmadan önceki süreçte alındığı bir hastalıktır. Burada; bilinç tam olarak korunmuştur ve hasta olayı tam olarak hatırlar, yenilen gıda içerikleri garip ya da uygunsuz içerikte değildir. Bazı olgularda SRED ve NES birlikteliği gözlenebilir (5).

Antidepressan ve antipsikotik ajanlar, SRED için predispozan özelliktedir. Bizim olgumuzda her iki ajanın da kullanım öyküsü vardır, yemek yeme atakları psikiyatrik tedavi öncesinde de olmakla birlikte tedavi sırasında belirgin artma göstermiş ve olgunun uyku birimine başvuru nedeni olmuştur. Özellikle insomnia tedavisinde kullanılan hipnotikler SRED oluşumu ile ilişkili bulunmuştur. Çoğu klinikte bu amaçla kullanılan zolpidem ile ilişkili SRED olgusu bildirilmiştir (6).

SRED tanısı ICSD-3 tanı kriterlerine göre klinik olarak konmaktadır ve tanı için PSG zorunlu olmamakla birlikte diğer uyku bozukluklarının ortaya konması açısından önemlidir. Ayrıca PSG kaydı sırasında gösterilen non-REM uyanıklığın varlığı tanıyı

destekleyici özelliktedir. Olgumuz, sık SRED atağı yaşamaktaydı, bu nedenle çekim gecesinde de benzer atak gözlemlendi.

Uyurgezerlik dışında, SRED ile ilişkisi sık olarak öne sürülen primer uyku bozukluklarından birisi de huzursuz bacaklar sendromudur. SRED olgularının çoğunda, HBS semptomları yemek yeme ataklarından daha önce vardır. Her iki durumda da gece yemek yeme semptomları hafifletici etki göstermektedir ve dopaminerjik tedavi etkili olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, SRED olgularının yarıya yakınında HBS varlığı ortaya konmuştur (7). Bu nedenle, olgular bu açıdan sorgulanmalıdır. Bizim olgumuzda, uyurgezerlik ve HBS dahil diğer hiçbir uyku bozukluğu gözlenmemiştir.

SRED tedavisi topiramate ve dopaminerjik ajanlar ile olmaktadır. Antiepileptik bir ajan olan topiramate ile %68 oranında semptomatik rahatlama olduğu gösterilmiştir (8). Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Dopaminerjik ajanlar, özellikle HBS'nin eşlik ettiği olgularda düşünülebilir. Bizim olgumuzda da topiramate kullanıldı ve semptomatik düzelme gözlemlendi.

Sonuç

SRED, bilinenden daha sık görülen bir uyku bozukluğudur. Bilinç düzeyinde azalma, garip içerikteki yiyeceklerin tüketimi tipiktir. Hastalığın medikal komplikasyonları önemlidir. Tanı için, PSG zorunlu değildir. Diğer uyku bozuklukları ve özellikle hipnotosedatif ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Topiramate ile tedavi, büyük oranda tatmin edicidir.

Kaynaklar

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
2. Winkelman JW, Herzog DB, Fava M. The prevalence of sleep-related eating disorder in psychiatric and non-psychiatric populations. *Psychol Med* 1999;29:1461-6.
3. Winkelman JW, Johnson EA, Richards LM. Sleep-related eating disorder. *Handb Clin Neurol* 2011;98:577-85.
4. Howell MJ, Schenck CH, Crow SJ. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med Rev* 2009;13:23-34.
5. Vinai P, Ferri R, Ferini-Strambi L, Cardetti S, Anelli M, Vallauri P, et al. Defining the borders between sleep-related eating disorder and night eating syndrome. *Sleep Med* 2012;13:686-90.
6. Morgenthaler TI, Silber MH. Amnestic sleep-related eating disorder associated with zolpidem. *Sleep Med* 2002;3:323-7.
7. Santin J, Mery V, Elso MJ, Retamal E, Torres C, Ivelic J, et al. Sleep-related eating disorder: a descriptive study in Chilean patients. *Sleep Med* 2014;15:163-7.
8. Winkelman JW. Efficacy and tolerability of open-label topiramate in the treatment of sleep-related eating disorder: a retrospective case series. *J Clin Psychiatry* 2006;11:1729-34.