



Dâhili Hastalıklarda Uyku ve Bozuklukları

Prof. Dr. Neşe Dursunoğlu

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları (USB); uykuda tekrarlayan üst solunum yolu kollapsı, uyku bölünmeleri, hipoksemi, hiperkapni, belirgin intratorasik basınç değişikliği ile beraber sempatik aktivitenin artışı ile giden, toplumda sık rastlanan ve sıklığı artış gösteren uyku ile ilişkili hastalık grubudur. Uyku sırasında solunum sistemi adına yaşanan tüm bu olumsuzluklar, alta yatan başka bir hastalık olsun veya olmasın, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Örneğin, USB grubunda en sık rastlanan obstrüktif uyku apne sendromunda (OUAS) çok sayıda sistemik hastalık gelişimi açısından riskler bulunmaktadır. OUAS'a sıklıkla hipertansiyon başta olmak üzere, miyokart enfarktüsü, kardiyak aritmiler, kalp yetersizliği, pulmoner hipertansiyon, inme ve nöropsikiyatrik hastalıklardan sıklıkla depresyon eşlik etmektedir (Dursunoglu, 2009; Dursunoglu, 2018; Dursunoglu ve ark., 2005; Dursunoglu ve ark., 2007). Tekrarlayan obstrüktif apnelere ve sık uyku bölünmeleri, OUAS'ın kardiyovasküler (KV) ve metabolik bozukluklara neden olan temel olaylardır. İleri yaşlarda diğer sistemlere ait özellikle KV, beyin damar hastalıkları, pulmoner hastalıkların da görülme olasılığını arttırdığı düşünüldüğünde OUAS ile birliktelik ve birbirlerinin sonuçlarını daha da ağırlaştırmaları kaçınılmazdır. OUAS hastalarının erken saptanması, ciddi morbidite ve mortalite gelişimini önleyebileceği için, temel bir halk sağlığı önceliği olmalıdır.

USB ve OUAS'daki KV hastalıklar bir sonraki bölümde anlatılacaktır. Bu bölümde diğer sık rastlanan dâhili sorunlara değinilecektir.

OUAS VE OBEZİTE

Obstrüktif uyku apne sendromu, uyku sırasında tekrarlayan tam veya kısmi üst hava yolu obstrüksiyonu atakları ile karakterize, uyku ile ilişkili bir solunum bozukluğudur (Darien, 2014). Tedavi edilmeyen OUAS, hipertansiyon, konjestif kalp yetersizliği, atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı, inme ve tip 2 diyabet gibi çok sayıda sağlık komplikasyonu riskini arttıran potansiyel olarak ölümcül bir hastalıktır (Punjabi, 2008; Peker, 2017). Tedavi edilmeyen OUAS, tüm nedenlere bağlı ve KV mortalite riskinde artış ile ilişkilidir ve bu risk etkili tedavi ile azaltılabilir (Peker, 2017; Young, 2008).

Obezite, artan morbidite ve mortaliteye katkıda bulunan önemli bir sağlık yüküdür. Dünya Sağlık Örgütü 600 milyondan fazla insanın vücut kitle indeksinin (VKİ) 30 kg/m² üzerinde olduğunu öne sürmektedir (WHO, 2016). Özellikle santral olmak üzere obezite, OUAS'ı olmayan obezlere göre OUAS'lı hastalarda çok yaygındır (Phillips ve ark., 1999). Fazla kilo OUAS için en önemli risk faktörü olarak kabul edilir ve VKİ'nin 29 kg/m² üzerinde olması, OUAS riskini 10 kat arttırmaktadır (Wolk ve ark., 2003; Young, 2004; Young, 2005). OUAS'lı her üç hastadan en az ikisinin obez olduğu tahmin edilmektedir.

Orta yaşlı OUAS'lı erkek hastaların 2/3'ünün obez olduğu bunların da çoğunun santral obezite özelliği gösterdiği bildirilmiştir. Özellikle santral obezite hem üst solunum yolu (ÜSY) açıklığını daraltarak, hem de abdominal yağ birikimi ile solunum paternini etkileyerek OUAS'a eğilimi arttırmaktadır. Genel olarak OUAS'lı obez hastalar, daha büyük bir dil ve daha dar bir üst hava yolu geçişine sahiptir. Üst hava yolu genişliğini azaltan tüm fak-

törler, OUAS oluşumuna ve hastalığın şiddetinin artmasına katkıda bulunur. Ayrıca sırtüstü pozisyonda uyumak, dilin arkaya kaçmasına ve ÜSY tıkanmasına yol açarak obstrüktif uyku apne sendromunun şiddetini arttırabilir. Özellikle abdominal olmak üzere, obezite varlığında OUAS'nın dört kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Kopelman, 1992). Kalın ve kısa boyunlu kişilerde OUAS daha sık izlenmektedir. Obezite varlığında farengal duvar çevresinde ve lateral farengal yağ yastıklarında aşırı yağ birikimi sonucu boyun çapı da artmaktadır ve erkeklerde 43 cm, kadınlarda ise 38 cm üzeri (artmış) boyun çapı, OUAS için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Kauffmann ve ark., 1989). TEKHARF çalışmasında, izlenen 1912 erkek ve kadında, horlama ve apne ile birlikte ilişkili diğer OUAS semptomlarının varlığında, boyun çevresinin (36,7±3,5 cm), yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak, OUAS ile anlamlı olarak ilişkili olduğu ve bel çevresindeki artışın bağımsız bir göstergesi olduğu gösterilmiş ve kadınlarda olmasa da, Türk erkeklerinde OUAS'ı öngörmede boyun çevresi, bel çevresinden daha değerli bulunmuştur (Onat ve ark., 2009). Obezitenin hipoksemiyi tetiklediği, akciğer hacimlerini etkilediği ve ÜSY kollapsını kolaylaştırdığı bilinmektedir. Obezite ve OUAS arasındaki ilişki çift yönlü görünmektedir; obezitenin kendisi OUAS riskini artırır, ancak diğer yandan OUAS, bireyi kilo almaya yatkın hale getirebilir (Pillar ve ark., 2008). OUAS hastalarında uyku fragmantasyonu leptin düzeylerinde azalma ve ghrelin düzeylerinde artış ve dolayısıyla açlık ve iştah artışı ile ilişkilidir (Spiegel ve ark., 2004). Kilo kaybı ile OUAS'ı iyileştirmenin, daha fazla kilo alarak OUAS'ı geliştirmek veya daha da kötüleştirmekten daha zor olduğu bildirilmiştir (Newman ve ark., 2005).

Sürekli pozitif hava yolu basıncı (continuous positive airway pressure, CPAP) tedavisinin, orta ile şiddetli OUAS'ı olan diyabetik olmayan hastalarda VKİ'de önemli değişiklikler olmaksızın insülin direncini önemli ölçüde iyileştirdiği; başlangıçta açlık kan şekeri ile karşılaştırıldığında, CPAP ile glisemik kontrolde anlamlı bir değişiklik olmadığı meta-analizlerde gösterilmiştir (Yang ve ark., 2013). Fazla kilolu hastaların tedavisinin temel taşı, yaşam tarzı değişiklikleri (sağlıklı beslenme alışkanlıkları, gerekirse gıda davranış tedavisi ve yeterli fiziksel aktivite) ile kilo verilmesi olmalı ve bu, tüm OUAS hastaları için birinci basamak tedavisi olarak amaçlanmalıdır. Gerekirse, dikkatli seçilmiş morbid obez hastalarda bariatrik cerrahi de bir seçenek olabilir. Bu bulgu, önleme programları aracılığıyla halka genel bilgi sağlayarak veya aşırı kilolu bireylerde, durumlarının erken kontrolüne ve obezitetlerinin daha aktif tedavisine onları taahhüt ederek normal vücut ağırlığını korumanın önemini açıkça vurgulamaktadır (Uusitupa ve ark., 2011).

Yoğun yaşam tarzı değişikliği yoluyla kilo kaybının etkisini değerlendiren 'Sleep AHEAD' (Action for Health in Diabetes) çalışmasında, başlangıçta daha şiddetli OUAS saptanan erkeklerde ve kilo kaybı yaşayan katılımcılarda yararın en fazla olduğu gözlemlendi (Guardiano ve ark., 2003). Bu çalışmada, bir yıl sonra, yoğun yaşam tarzı değişikliği yapılan grupta, diyabet destek ve eğitim grubuna göre kilo ve apne-hipopne indeksinde (AHI) önemli ölçüde daha fazla azalma olmuştur (Foster ve ark., 2009). Bu çalışmadan dört yıl sonra, tip 2 diyabetli obez hastalarda ve OUAS'da bir yıllık yoğun yaşam tarzı değişikliğinin ardından elde edilen OUAS şid-