

# Nadir Tanı Konulan Bir Uyku Bozukluğu: Narkolepsi

Pınar Güzel Özdemir<sup>1</sup>,  
Yavuz Selvi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Psikiyatri Bölümü, Van - Türkiye  
<sup>2</sup>Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri  
Ana Bilim Dalı, SÜSAB (Sinirbilim Araştırma), Selçuklu,  
Konya - Türkiye

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Psikiyatrist Pınar Güzel Özdemir, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, 65200, Van - Turkey

Telefon / Phone: +90-432-215-0470

Elektronik posta adresi / E-mail address: pguzeloedemir@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 15 Ocak 2013 / January 15, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance: 16 Eylül 2013 / September 16, 2013



Sayın Editör,

Narkolepsi, yeti yitimine yol açan ve nadir görülmesi nedeniyle tanısı atlanan bir uyku bozukluğudur (1). Narkolepsinin ana belirtileri gündüz aşırı uykulu olma hali ve uyku atakları, planlanmayan veya beklenmeyen bir durum karşısında ortaya çıkan ani kas tonusu kaybına bağlı katapleksi, uyku paralizisi, hipnogojik ve hipnopompik halüsinasyonlardır (2). İlk kez 1880 yılında bir Fransız hekim olan Gélinea, gündüz aşırı uykulu olma hali, uyku atakları ve emosyonlarla tetiklenen kas güçsüzlüğü atakları olan bir hastada 'narkolepsi' tanımını kullanmıştır (1).

Narkolepsi tanısı klinik olarak konulmakla birlikte, kesin tanı polisomnografi, MSLT (Multiple Sleep Latency Test) ve beyin-omurilik sıvısında hipokretin seviyesi ölçülerek konur. MSLT, REM başlangıçlı uyku periyotlarını ve gündüz uykulu olma halini tespit etmek için kullanılan laboratuvar yöntemidir. Polisomnografi ve MSLT için ortalama uyku latensi 8 dakikanın altında olmalı ve en az 2 REM ile başlayan uykuyu içermelidir (3). Hastalığın katapleksi ile birlikte, katapleksi olmadan ve genel tıbbi duruma bağlı olmak üzere 3 tipi vardır (4).

Narkolepsi, başka bir psikiyatrik durum ya da

epilepsi varyantı olarak sıklıkla yanlış teşhis edilebilir (1). Narkolepsi tanısının atlanması altında yatan ana neden, belirtilerinin diğer rahatsızlıklarla örtüşmesi olabilir. Örneğin, literatürde şizofreni ile ayırıcı tanısı yapılan olgular bildirilmiştir. Narkolepside hipersomnia ve uyku uyanıklık döngüsünün bozulması, şizofreninin dezorganize davranışlarına benzeyen olağan dışı ve garip davranışlara yol açar (5).

Gündüzleri aşırı uykululuk, kişiye şiddetli uyku yoksunluğu yaşatır ve kronik yorgunluk hissi verir. Bununla birlikte, üzerine eklenen depresif belirtiler klinisyen tarafından atipik duygudurum bozukluğu tanısını düşündürtebilir. Ayırıcı tanısında laboratuvar testleri oldukça önemlidir.

Narkolepsi epilepsi ile de oldukça karışır. Katapleksi ve uyku atakları, epileptik nöbet olarak düşünülebilir. Ayırıcı tanıda bilinçlilik durumu, postiktal konfüzyon ve auların varlığı önemlidir. Bütün bu rahatsızlıklardan narkolepsinin ayrılmasında temel yöntem laboratuvar tetkikleridir.

Narkolepsili hastalar tedavisiz kalırlarsa, farklı nitelikte ve çeşitlilikte kazalar için büyük bir risk oluştururlar. Bu hastaların ve çevresindekilerin güvenliği için uygun ve kapsamlı bir tedavi protokolü uygulanmalıdır (6). Gündüz meydana gelen uyku ataklarının

önlenmesinde, tedaviye uyku hijyeni ile başlanması, etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Hastalara, uyku ataklarının en yoğun olduğu saatlerde kısa süreli uykular önerilmesi, uyandıktan sonra uyku ataklarının görülme sıklığını azaltmaktadır (7). Gündüz aşırı uykulu olma halinin ve uyku ataklarının tedavisinde metilfenidat ve amfetamin türevleri, etki süresinin uzunluğu, tolerans ve bağımlılığın gelişmemesi nedeni ile daha çok tercih edilen modafinil, ayrıca pemolin ve mazindol sayılabilir. Katapleksinin ve diğer semptomların tedavisinde trisiklik antidepresanlar, MAO inhibitörleri, seçici

serotonin geri alım inhibitörleri, noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörleri başta gelmektedir. Bozulmuş gece uykularının tedavisinde ise, kısa etkili hipnotikler tercih edilebilir (1,8).

Sonuç olarak, narkolepsi tanısı konmadan önce, genellikle diğer psikiyatrik hastalıklar ve nörolojik hastalıklardan özellikle epilepsi akla gelir. Bu sebeple narkolepsinin ilk belirtilerinin ortaya çıkmasıyla tanı konması arasındaki süre uzundur. Bu süreyi kısaltmak ve narkolepsinin kesin tanı koydurucu laboratuvar tetkiklerini yapabilmek için bu tanıyı hatırlatmak istedik.

## KAYNAKLAR

1. Nishino S. Clinical and neurobiological aspects of narcolepsy. *Sleep Med* 2007; 8:373-399.
2. Billard M. Narcolepsy: current treatment options and future approaches. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008; 4:57-566.
3. Akintomide GS, Rickards H. Narcolepsy: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011; 7:507-518.
4. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual. Second Ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
5. Talih FR. Narcolepsy presenting as schizophrenia: a literature review and two case reports. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8:30-34.
6. Richey SM, Guilleminault, C. Acute Issues in Narcolepsy and Hypersomnia: In Chokroverty S, Sahota P (Editors). *Acute and Emergent in Sleep Disorders*. New York: Oxford University Press; 2011: 33-47.
7. Sahin S, Degirmenci N. Narcolepsy-cataplexy syndrome. *The Journal of Syndrome* 2003; 15:110.
8. Thorpy MJ. Short term triazolam use improves nocturnal sleep of narcoleptics. *Sleep* 1992; 15:212-216.