

GEBELERDE HUZURSUZ BACAK SENDROMU SIKLIĞI

Figen Kır ŞAHİN*, Güleğül KÖKEN*, Emine COŞAR*, Özlem SOLAK**,
Filiz SAYLAN*, Fatma FİDAN***, Mehmet ÜNLÜ***

* Afyonkocatepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
** Afyonkocatepe Üniversitesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
*** Afyonkocatepe Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Çalışmamızda hastanemize başvuran gebelerdeki Huzursuz bacak sendromu (HBS) sıklığını araştırmayı amaçladık.
Materyal ve Metod: Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran gebelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 400 olgu araştırmamıza dahil edildi. Tüm gebelere demografik özellikler, HBS semptomlarını değerlendiren anket formu dolduruldu.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 27.4 ± 5.3 (17-55) idi. Gebelikte HBS sıklığı %19 olarak bulundu. HBS sıklığı açısından trimesterler arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

HBS pozitif olanlarda olmayanlara göre horlama, tanıklı apne, uyku sonrası yorgunluk ve gün boyu yorgunluk semptomları anlamlı olarak daha yüksekti. Gündüz aşırı uyku isteği HBS pozitif olanlarda daha fazlaydı, ancak gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: HBS doktorlar ve hastalar tarafından özellikle gebeler tarafından iyi bilinmeyen eğitim gerektiren bir durumdur. Bu nedenle gebelerin HBS semptomları yönünden sorgulanması yararlı olacaktır. HBS nin gebelikle olan ilişkisini araştıran çalışmalar kişinin yaşam kalitesini bozan bu durumun etyopatogenezinin anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2007; Cilt: 4 Sayı: 4 Sayfa: 246- 9

Anahtar kelimeler: gebelik, huzursuz bacak sendromu

SUMMARY

The incidence of Restless leg syndrome in Pregnancy

Objective: We investigated to evaluate the incidence of Restless leg syndrome (RLS) in pregnant women applied to our hospital.

Materials and Methods: Four hundred pregnant women those applied to our University Obstetrics and Gynecology Clinic were taken to our study. A questionnaire including demographic features and RLS symptoms was interrogated.

Results: The mean age of the pregnant women was 27.4 ± 5.3 (17-55). The incidence of RLS in pregnancy was found 19%. There was not any significant difference between the trimesters of pregnancy for the incidence of RLS.

Snoring, apnea, daytime fatigue were significantly higher in RLS pregnant women. Day time sleepiness was higher in RLS pregnant women but this was not statistically significant.

Discussion: RLS is a pathology that is not well known by doctors and patients especially pregnant women. For this reason pregnant women should be evaluated for RLS symptoms. Researches are needed considering the etiopathogenesis of RLS, a situation destroying the life quality.

Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 2007; Vol: 4 Issue: 4 Pages: 246- 9

Key words: pregnancy, restless leg syndrome

Yazışma Adresi: Figen Kır Şahin. Karaman mah. Leylak cd. Manolya apt. no. 13/12 Afyonkarahisar, Türkiye
Tel. (0505) 314 54 70 - (0505) 314 54 60
e-posta. drfigenkir@yahoo.com

Alındığı tarih: 15.08.2007, revizyon sonrası alınma: 15.08.2007, kabul tarihi: 25.09.2007

GİRİŞ

Huzursuz bacak sendromu (HBS), ilk kez 1685 yılında Thomas Willis tarafından uykusuzluk ve bacaklarda huzursuzluk şikayeti “anxietas tibiaram” olan hastalarda tanımlanmıştır. Daha sonra 1945’te Dr. Karl-Axem Ekbon “irritable legs” “ve restless legs” tanımlarını kullanmış, bu durum Ekbon Sendromu olarak da anılmıştır. Huzursuz Bacak Sendromu (HBS); hastalarda, bacaklarını hareket ettirme dürtüsüyle ortaya çıkan, duysal ve motor semptomlarla seyreden, kronik, ilerleyici veya tekrarlayıcı ve yaşla beraber prevalansı artan bir sensorimotor hastalıktır. Semptomlar genellikle bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı, simetrik çoğunlukla geceleri oluşur, uzun süreli hareketsizlik durumlarında kötüleşip, hareketle düzelir. Hastalık aralıklı olarak alevlenir ve uzun süreli asemptomatik dönemler olabilir. Kadınlarda iki kat fazladır ve özellikle yaşlılarda (>65 yaş) daha sık görülmektedir⁽¹⁻⁴⁾. Hastalığın etiopatogenezi henüz kesin olarak ortaya konulamamıştır. Dopaminerjik tedavi ile düzelme olması santral kökenli dopamin sisteminde disfonksiyon olduğunu düşündürmektedir⁽⁴⁻⁷⁾.

Gebelik HBS semptomlarının başlamasında ve kötüleşmesinde risk faktörü olarak bildirilmektedir. Gebelikte hormonal faktörler (prolaktin, progesteron, östrojenler), psikomotor /davranışsal faktörler, motor değişiklikler, uyku alışkanlıklarında değişiklikler, anksiyete ve metabolik faktörlere (azalan folat ve demir düzeyi) bağlı olabileceği düşünülmektedir^(4,8,9). Ülkemizde HBS prevalansı %3,19 olarak bildirilmiştir⁽¹⁰⁾ ve bildiğimiz kadarıyla gebelikte HBS ile ilgili herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda hastanemize başvuran gebelerdeki HBS sıklığını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Mayıs 2006-Haziran 2007 tarihleri arasında Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran gebelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 400 olgu araştırmamıza dahil edildi. Başvuru esnasında gebelerin 76’sı 1. trimester, 167’si 2. trimester 157’si 3. trimesterdeydi. Olgulara demografik verileri, gebeliğe ait bilgileri ve Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (International Restless Legs Syndrome Study Group-IRLSSG) tarafından 1995

yılında hasta öyküsüne dayanan 4 soruluk tanı kriterlerini içeren anket formları yüzü yüze görüşme tekniği ile dolduruldu⁽¹¹⁾. Bu ankete göre aşağıdaki 4 soruya da evet yanıtı verenler HBS (+) olarak kabul edildi.

1. Bacaklarınızda ağrı, sızı, ürperti gibi hoş olmayan, rahatsızlık veren ve bacaklarınızı hareket ettirmeye zorlayan bir his oluyor mu?

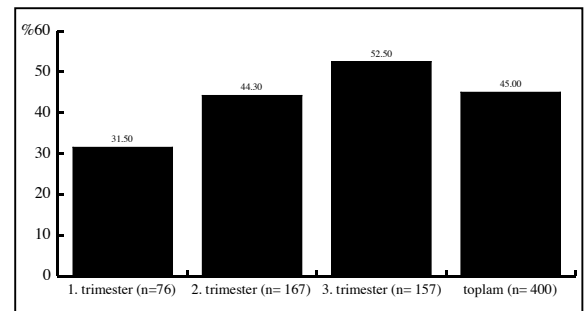
Birinci soruya evet yanıtı verenler aşağıdaki soruları yanıtlıyacaktır.

2. Bu şikayetiniz otururken veya yatarken artıyor mu?
3. Bacağınızı hareket ettirmekle veya yürümekle kısmen veya tamamen geçiyor mu?
4. Gündüz saatlerine göre akşam ve geceleyin daha mı şiddetli oluyor?

İstatistiksel analiz için SPSS 13.0 paket programı kullanıldı. Analizler için uygun yerlerde Ki-kare, Fischer’s Exact test, t-test kullanıldı. Ortalamalar ortalama±standart sapma olarak verildi. Sonuçlardan p<0.05 olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Gebelerin yaş ortalaması 27.4±5.3 (17-55) idi. Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu’nun tanımladığı sorulardan 1. soruya evet yanıtı verenlerin trimesterlere göre ve toplam sıklığı Grafik 1’de görülmektedir. Buna göre 400 hastanın 180 (%45.0)’i bu soruya evet yanıtı verdi. Evet yanıtı verenlerin sıklığı trimester arttıkça anlamlı olarak artmaktaydı. HBS için birinci soruya evet yanıtı veren 180 hastanın trimesterlere göre diğer 3 soruya evet cevabı verme sıklıkları Tablo I’de görülmektedir. Bu üç soruya evet yanıtı verenlerin sıklığı açısından trimesterler arasında anlamlı farklılık saptanmadı.



Grafik 1: Gebelerde trimesterlere göre huzursuz bacak sendromu semptom sıklığı

Tablo I: HBS için birinci soruya evet yanıtı verenlerin trimesterlere göre diğer sorulara cevapları

		1.trimester (n=24)	2. trimester (n=74)	3.trimester (n=82)	Toplam (n=180)	p değeri
Bu şikayetiniz otururken veya yataarken artıyor mu?	Evet	79.2	68.9	74.4	72.8	0.560
Bacağınızı hareket ettirmekle veya yürümele kısmen veya tamamen geçiyor mu?	Evet	70.8	59.5	58.5	60.6	0.538
Gündüz saatlerine göre akşam ve geceleyn daha mı şiddetli oluyor?	Evet	79.2	67.6	64.6	67.8	0.407

Dört soruya da evet yanıtı veren 76 (%19) hasta HBS (+) olarak değerlendirildi. Trimesterlere göre değerlendirildiğinde HBS (+) olan hastalar 1. trimesterde %19.7, 2. trimesterde %17.4, 3.trimesterde %20.4 idi ve trimesterlere göre anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.774). Gebelerde huzursuz bacak sendromu pozitif olanlarla olmayanların demografik özellikleri Tablo II'de görülmektedir. Buna göre yaş, kilo, vücut kitle indeksi, gebelik haftası, gravida, parite, abortus ve yaşayan açısından HBS pozitif olanlarla olmayanlar arası anlamlı farklılık saptanmadı. Gebelerde huzursuz bacak sendromu pozitif olanlarla olmayanların uyku bozukluğu semptomları Tablo III'de görülmektedir. HBS pozitif olanlarda olmayanlara göre horlama, tanıklı apne, uyku sonrası yorgunluk ve gün boyu yorgunluk semptomları anlamlı olarak daha yüksekti. Gündüz aşırı uyku isteği HBS pozitif olanlarda daha fazlaydı, ancak gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo II: Gebelerde huzursuz bacak sendromu pozitif olanlarla olmayanların demografik özellikleri

	HBS (+) (n=76)	HBS(-) (n=324)	p değeri
Yaş (Ort±SD)	28.0±5.7	27.2±5.2	0.250
Kilo (Ort±SD)	72.9±14.3	70.8±13.8	0.233
VKI (Ort±SD)	28.4±6.1	27.7±5.5	0.362
Gebelik haftası (Ort±SD)	24.4±9.9	24.1±9.8	0.818
Gravida Median (min-max)	2 (1-7)	2 (1-7)	0.298
Parite Median (min-max)	1 (0-4)	1 (0-6)	0.783
Abortus Median (min-max)	0 (0-5)	0 (0-4)	0.219
Yaşayan Median (min-max)	1 (0-3)	1 (0-4)	0.730

VKI:Vücut kitle indeksi

Tablo III: Gebelerde huzursuz bacak sendromu pozitif olanlarla olmayanların uyku bozukluğu semptomları

	HBS (+) (n=76, %)	HBS(-) (n=324, %)	p değeri
Horlama	35.5	23.5	0.030
Tanıklı apne	28.9	11.1	0.000
Gündüz aşırı uyku isteği	76.3	67.6	0.138
Uyku sonrası yorgunluk	71.1	55.2	0.012
Gün boyu yorgunluk	93.4	73.1	0.000

TARTIŞMA

Epidemiyolojik çalışmalara göre HBS, genel populasyonun %1-15 kadarında görülebilmektedir⁽¹²⁾. Gebelikte HBS prevalansını Ekblom ve ark⁽¹³⁾ %11, Goodman ve ark⁽¹⁴⁾ %19, manconi ve ark⁽¹⁵⁾ %19, Jolivet ve ark⁽¹⁶⁾ %27 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde gebelerde HBS sıklığını araştıran çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda gebelikte HBS sıklığı %19 olarak bulundu.

Yapılan araştırmalarda gebeliğin 3. trimesterinin HBS açısından önemli olduğu, 3. trimesterde HBS sıklığının daha fazla olduğu ve mevcut HBS semptomlarının ağırlaştığı bildirilmektedir (kırmızı 13,14,17). Ancak çalışmamızda HBS sıklığı açısından trimesterler arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Huzursuz bacak sendromu, %5-10 oranında insomnia nedeni olmakta ve uyku kalitesi bozulmaktadır. Gece boyu devam eden huzursuzluk ve hareket ettirme zorunluluğu ile uykuya başlama, devam ettirme zor olmakta, şiddetli olgularda gün içi uyuklamalar, kronik uyku deprivasyonu, emosyonel bozukluklar ve patolojik yorgunluk hali görülmektedir^(18,19). Çalışmamızda da

HBS pozitif olanlarda olmayanlara göre horlama, tanıklı apne, uyku sonrası yorgunluk ve gün boyu yorgunluk semptomları anlamlı olarak daha yüksekti. Gündüz aşırı uyku isteği HBS pozitif olanlarda daha fazlaydı, ancak gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı. HBS'nin tedavisinde L-DOPA (L-dihidroksi fenil alanin) ilk seçilecek ilaçtır. Dopamin agonistlerinden pergolid, pramipexole, ropinirole ve karbegolin HBS tedavisinde kullanılmaktadır. Opioidler, benzodiazepinler ve gabapentin gibi antikonvülzan ilaçlar dopamin agonistlerine cevap vermeyen olgularda düşünülebilir⁽²⁰⁾. Ancak gebelikte HBS tedavisi hakkında literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bir çalışmada ciddi HBS semptomları olan iki gebede diazepam ve fenobarbital ile klinik düzelleme olmazken, karbamazepin tedavisinden iki gün sonra semptomlarda gerileme olmuş⁽²¹⁾. HBS tedavisinde karbamazepinin etkinliği bilinmekte ancak gebelikte güvenli kullanılıp kullanılmayacağına dair yeterli veri yoktur. HBS tedavisinde ilk seçenek dopamin agonistleri olmasına rağmen fetüs üzerine zararlı etkisi hakkında veri yoktur⁽²²⁾.

HBS doktorlar ve hastalar tarafından özellikle gebeler tarafından iyi bilinmeyen eğitim gerektiren bir durumdur. Bu nedenle gebelerin HBS semptomları yönünden sorgulanması yararlı olacaktır. HBS gebelikte niçin sıkı ilişkili olduğunu araştıran hormonal, psikomotor, metabolik faktörlerin, tedavi etkinliği ve yan etkilerin değerlendirildiği daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. Kolster KS, Trenkwalder C, Fogel W, Greulich W, Hahne M, Lachenmayer L, Oechsner M, Oertel WH. Restless legs syndrome- new insights into clinical characteristics, pathophysiology and treatment options. *J Neurol* 2004; 251(suppl 6): 39- 43.
3. Krishnan PR, Bhatia M, Behari M. Restless legs syndrome in Parkinson's disease: a case-controlled study. *Mov Disord* 2003; 18: 181- 5.
4. O'Keeffe ST. Restless legs syndrome. *Arch Intern Med* 1996; 156: 243- 48.
5. O'Keeffe ST. Iron deficiency with normal ferritin levels in restless legs syndrome. *Sleep Med* 2005; 6: 281- 2.
6. Rye DB. Parkinson's disease and RLS: the dopaminergic bridge. *Sleep Med* 2004; 5: 317- 28.
7. Trenkwalder C, Paulus W. Why do restless legs occur at rest?- pathophysiology of neuronal structures in RLS. *Neurophysiology of RLS (part 2). Clin Neurophysiol* 2004; 115: 1975- 88.
8. Ondo W, Jankovic J. Restless legs syndrome: Clinicoetiologic correlates. *Neurology* 1996; 47: 1435- 41.
9. Williams O, Jankovic J. Restless legs syndrome: clinicoetiologic correlates. *Neurology* 1996; 47(6): 1435- 41.
10. Sevim S, Dogu O, Çamdeviren H, Bugdayci R, Sasmaz T, Kaleagasi H, et al. Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey. *Neurology* 2003; 61(11): 1562- 9.
11. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome: Diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology: A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Medicine* 2003; 4: 101- 19.
12. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Tireli H. Huzursuz Bacak Sendromu: Klinik ve Demografik Değerlendirme Parkinson Hast. *Hareket Boz. Der.* 2006; 9: 94- 103
13. Ekblom KA. Restless legs syndrome. *Acta Med Scand* 1945; 158: 4- 122.
14. Goodman JDS, Brodie C, Ayida GA. Restless leg syndrome in pregnancy. *Br Med J* 1988; 297: 1101- 2.
15. Walters AS, The International Restless Legs Study Group. Towards a better definition of the restless legs syndrome. *Mov Disord* 1995; 10: 634- 42.
16. Jolivet B. Paresthésies agitées nocturnes des membres inférieurs, impatiences. *The'se de Paris*; 1953.
17. Manconi M, De Vito A, Economou NT, et al. Restless leg syndrome in pregnancy: preliminary epidemiological results in 130 women. *J Sleep Res* 2002; 11: 145.
18. Rijsman RM, Weerd AW. Secondary periodic limb movement disorder and restless legs syndrome. *Sleep Med* 1999; 3(2): 147- 58.
19. Skomro RP, Ludwig S, Salamon E, Kryger MH. Sleep complaints and restless legs syndrome in adult type 2 diabetics. *Sleep Med* 2001; 2: 417- 22.
20. Acar S, Gencer AM. Huzursuz Bacak Sendromunda Güncel Tedavi Romatizma, 2005; 20: 2.
21. McParland P, Pearce JM. Restless legs syndrome in pregnancy. Case reports. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1990; 17(1): 5- 6.
22. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ, et al. *Drugs in pregnancy and lactation*, 5th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.