

Obstrüktif uyku apnesi sendromu

Obstructive sleep apnea syndrome

Feyzi Elez¹, Mehmet Ömür²

Özet

Obstrüktif uyku apnesi sendromu, oldukça yaygın görülür ve daima horlama ile birlikte. Bu hastalar ancak eşlerinin uyarıları üzerine hekime giderler ve mevcut bulguları gün içi strese ve yorgunluğa bağlarlar. Yarattığı komplikasyonların ciddiyeti nedeni ile hastalığı tanımak ve erken tanı koyarak tedavi etmek önem kazanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Obstrüktif uyku apnesi sendromu, horlama.

Summary

Obstructive sleep apnea syndrome is very common with which snoring is closely associated. These patient refer to the doctor only after repeated warnings of their spouses and believe the existing symptoms to be results of everyday stress. Because of the serious nature of the complications it is extremely important to recognize the illness and aim for an early diagnosis and treatment.

Key words: Obstructive sleep apnea syndrome, snoring.

Yetişkinlerde uyku bozukluğuna yol açan yüz kadar hastalık vardır. Bunlardan en önemlisi uyku apnesidir. Apne en sık rastlanan uyku hastalığıdır. Bu hastalığın önemi, ölüme yol açabilmesine ve sinsi seyretmesine bağlıdır.

Uyku apnesi, kişinin hayatiyetini, sağlığını bazen de yaşamını yok eder. Uyku apneli hastanın yaşam kalitesi bozulur. Her zaman, her yerde, hatta direksiyon başında bile uyuyabilir. Yüksek şiddette horlaması çevreyi rahatsız eder: Ses o kadar yüksektir ki bazen kendisi bile horlama sesinden uyanır. İşe yorgun gider, dikkatini toplamakta güçlük çeker. Çalışma zevki yok olur. Eve çok yorgun döner, televizyon karşısında uyuklamaya başlar. Ailesi ve çevresiyle iletişimi bozulur.

Uyku apnesinin sağlığı bozması ise daha büyük bir sorundur. Tedavi edilmemiş uyku apnesi, kişiyi; hipertansiyon, enfarktüs ve kalp ritmi bozukluklarında yüksek risk grubuna sokar. Trafik kazası da bir diğer risktir.

Uyku apnesinin tedavisi mümkündür, temel sorun, tanıdır. Dünyadaki uyku apnesi hastalarının %80-90'ına henüz tanı konulmadığı hesaplanmıştır; bu oranın Türkiye'de % 95-98 olduğu sanılmaktadır. Bu konuda Türkiye'de yapılmış epidemiyolojik çalışma sayısı çok azdır.

Amerika'da bile uyku apnesi hastalarına, bu hastalıkla ortalama 10 yıl yaşadıktan sonra tanı konulabilmektedir. Hastalığın çok yaygın, tehlikeli, sinsi ve bilinmeyen bir hastalık olması bize önemli bir görev yüklüyor.

Horlama ve Uyku Apnesi Nedir?

Uykuda nefesin 10 saniye ve daha uzun süreyle kesilmesi apne olarak adlandırılır. Solunumun yavaşlamasına ise hipopne denir. Uykuda nefes kesilmelerinin sayısı saatte 5'in üstünde ise, tıkayıcı tipte uyku apnesi sendromu söz konusudur. Hastalığın mekanizması fiziksel kurallara uygundur: Uykuda nefesin kısmi kesilmesi horlama olarak ortaya çıkar, tamamen kesilmesi apneye neden olur.

¹) MEDİ KBB Merkezi, Kulak Boğaz ve Burun Hastalıkları Uzmanı, Op. Dr., İstanbul

²) MEDİ KBB Merkezi, Kulak Boğaz ve Burun Hastalıkları Uzmanı, Prof. Dr., İstanbul

Burada horlamaya çok fazla değinmeyeceğiz. Çünkü tek başına horlama sosyal bir şikayettir ve tedavisi de sosyaldir. Yorgun olan, alkol ve sigara içen insanlar horlayabilirler. Kulak-burun-boğaz hekimi olarak bizim savaşıımız daha çok horlama ile beraber ortaya çıkan, uykudaki nefes kesilmeleridir. Çünkü bu insanlar bu hastalık tablosu ile birlikte bir çok hayati risk taşırlar.

Uykuda Solunum Bozukluklarının Tarihçesi Antik Çağlara Kadar Uzanıyor

Obstrüktif uyku apnesi 1976'da Guillemainault ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır.¹ Hastalığın fizyopatolojisi, tanı ve tedavi yöntemleri son 20-30 yıl içinde anlaşılmış, uyku laboratuvarlarının kurulması, CPAP (continuous positive air pressure; sürekli pozitif hava basıncı) ve başarılı cerrahi tedavilerin ortaya çıkması, sadece son 20 yıl içinde gerçekleşmiştir. Bu tablo ile ilgili bilgiler arttıkça, ciddi, sık görülen, toplumu doğrudan ilgilendiren, ihmal edilmiş bir hastalık olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalığın boyutlarının anlaşılmasıyla bu konudaki araştırmalar süratle artmıştır. Obstrüktif uyku apnesi sendromu, yeni tanımlanmış olmakla beraber uykudaki solunum bozukluklarının tanınması antik çağlara kadar uzanır. Bundan 165 yıl önce Charles Dickens "The posthumous papers of the Pickwick Club" adlı eserinde hastalığı çok güzel tanımlamıştır. Ancak hastalığa Pickwick sendromu adının verilip tıp literatüründe yer alması tam 120 yıl sonra olmuştur. 1956 yılında Burwell ve arkadaşları obezite, gündüz uyuklama hali, uykuda solunum zorluğu, sağ kalp yetersizliği ve solunum yetersizliği ile karakterize bir hastalığı "Pickwick sendromu" diye adlandırmışlardır.³ Hastalığın tarihçesini birkaç ana bölümde incelemek daha doğru olacaktır.

Charles Dickens öncesi dönemde, hastalık antik çağda tanınmaktadır.² Hem de ülkemizde; Ege bölgesinde şarap tanrısı olarak da bilinen Herakliumun imparatoru Dionysius M.Ö. 350 yıllarında, Büyük İskender döneminde, yemeyi ve içmeyi o kadar seviyordu ki kısa süre içinde aşırı derecede şişmanladı, solunumu uykusunda boğulacak kadar bozuldu. Bu duruma engel olmak için, hekimleri ilginç bir yöntem geliştirdiler: İnce uzun iğneleri, yağ dokusunu geçip kas dokusuna değecek kadar batırarak, ağrı verip Dionysius'u uykusundan uyandırıyorlardı. Dionysiusun uyku apneleri olduğu anlaşılıyor. Yine benzeri bir kişilik, Shakespeare'in IV. Henri adlı ese-

rindeki Sir John Falstaff da apne hastasıydı. Eserde aşırı kilolu, uyuklayan ve horlayan bir tip çizilmektedir. Aynı şekilde kısa boylu, kalın boyunlu Napolyon'un da apne hastası olduğu öne sürülmüş ve Waterloo savaşını bu yüzden kaybettiği spekülasyonu yapılmıştır.

Charles Dickens hekimlere çok güzel bir örnek vermiştir. Dikkatli gözlemi, şişmanlıkla uyku arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş ve uyku apnesinin klinik tablosunu tamma yakın çizmiştir. Bu nedenle Charles Dickens'in gözlemi uyku apnesi hastalığında bir kilometre taşı olarak kabul edilmektedir. Diğer önemli kilometre taşı ise Burwell ve arkadaşlarının, 1956'da American Journal of Medicine'da yayınladıkları makaledir: İleri derecede kilolu bir hastada kronik akciğer hastalığı ve sağ kalp yetersizliğini bir arada bulmuşlar ve hastalığa "Pickwick sendromu" adını takmışlardır. Bu ad, kısa sürede tıp dünyasında kabul görmüş ve yaygınlık kazanmıştır. Aslında Burwell makalesinde İngiliz bir hekimden bahsetmektedir. Burwell'e göre, Doktor Wadd 1816'da aşırı kilonun solunum güçlüğüne neden olan uykuya ilişkisi olan bir hastalık olduğunu yazmıştır. Diğer taraftan, Burwell'in Pickwick sendromunu tanımlamasından bir yıl önce, Amerikalı bir araştırmacı grubu, isim vermeden bu hastalıkla ilgili olgular yayınlamışlardır. Bu hastaların hepsinde kronik alveoler hipovantilasyon, obezite ve sağ kalp yetersizliği tablosu vardı; gündüz uyuklama, gece uykusunda periyodik solunum görülüyordu. Solunum fonksiyon testleri, solunum yetersizliğini göstermekteydi. Kilo verildiğinde, semptomlar bazen şaşılacak derecede düzeliyordu. Daha da derin araştırılınca, Spitz'in, 1937'de benzeri üç olguyu yayınladığı anlaşıldı. Bu olgularda da ortak özellik siyanoz, gündüz uyuklama hali ve sağ kalp yetersizliği idi. Spitz gündüz uyuklama halini narkolepsi diye tanımlamıştı. Bu hastalar kilo verdiklerinde uyuklama hali düzelmekteydi.

Burwell'den sonra Pickwick sendromlu hastalarla ilgili yayınların sayısı arttı.³ Aşırı kilo ile solunum zorluğu arasındaki ilişki, çok daha iyi ortaya kondu. Diğer taraftan, aynı yıllarda araştırmalar ikinci bir yönde ilerledi: Uykudaki tıkayıcı apne nesnel olarak ortaya konmaya ve Pickwick sendromu ile ilişkisi anlaşılmaya başlandı. Apnenin neden olduğu hipoksi, uykunun organizasyonunu bozmakta, dolayısıyla gündüz uyuklama halini ortaya çıkarmaktaydı. Polisomnografi denilen uyku testlerinin kullanılmaya başlanmasıyla beraber, uykuda apne hastalığında yeni bir sayfa açıldı.

Uyku Apnesi'nin Nedenleri

Tıkanma, üst solunum yolu boyunca burundan epiglot'a kadar herhangi bir yerde olabilir. Cerrahi ile düzeltilebilecek üst solunum yolu lezyonları aşağıda sınıflandırılmıştır.^{4,5}

1. Septum deviasyonu, hipertrofik konka, polip, tümör
2. Nazofarenkste adenoid vegetasyon, kist, stenoz, koana atrezisi, koana polipi, tümör, velofarengeal cerrahi, yarık damak onarımı
3. Orofarenkste tonsil hipertrofisi, makroglossi (Down Sendromu, akromegali), retrognati (Pierre Robin Sendromu, akondroplazi), dil tonsili hipertrofisi, dil kisti, neoplazm, uvula ve yumuşak damak gevşekliliği
4. Hipofarenkste laringotrakeomalasi, vallekula kisti, neoplazm, kord paralizi, glottik web, papillomatozis, stenoz, hemangiyom.
5. Kraniofasial anomaliler; Crouzon, Apert, Treacher Collins ve Down Sendromu
6. Nöromusküler nedenler; neonatal anoksi, serebral palsy, Down Sendromu, myotrofik distrofi, Arnold Chiari malformasyonu, siringomiyelobulbi ve vokal kord paralizi
7. Diğer nedenler; konjenital miksödem, Hogdkin, Prader Willi Sendromu, endojen veya ekzogen obezite, orak hücreli anemi ve laringofarengeal reflü olarak sayılabilir.

Uyku Apnesi'nin Belirtileri

- Horlama
- Uykuda nefes kesilmesi
- Sabah yorgunluğu
- Sabah baş ağrısı
- Gün içinde uyuklama isteği
- Dikkati toplama bozukluğu
- Sosyal hayatın etkilenmesi
- İşte başarısızlık
- Trafik kazalarında artış
- Kalp sorunları ve hipertansiyon
- Gastroözofageal ve laringofarengeal reflü
- Cinsel isteksizlik

gibi belirtiler obstrüktif uyku apne sendromunu akla getirmelidir.

Hekimin hastaya soracağı 3 soru uyku apne hastalığını tanımasına yardımcı olur:

1. Horlama var mı?
2. Uykuda nefes kesilmesi var mı?
3. Gün içi uyuklama isteği var mı?

Uyku apneli hasta yorgun kalkar, sabah başı ağrır, gün içinde uykuya meyli vardır. Akşamları televizyon karşısında uyuma, uzun araç kullanımında uyuma gibi özellikler ortaya çıkar. Araştırmalar, trafik kazalarının 1/3'ünün bu hastalar tarafından yapıldığını göstermiştir. Bu hastalarda enfarktüs ve felç riski artmıştır. Uykudaki bazı ani ölümlerin uyku apnesine bağlı olduğu öne sürülmektedir.^{4,5,8}

Uykuda Neler oluyor?

Uykuda nefesin kesilmesi, kesilme sayısına ve süresine bağlı olarak, kandaki oksijen düzeyini düşürür, karbon dioksit düzeyini yükseltir. Bu durum, beyni uyararak kişinin uyanmasına neden olur. Sabah kalkıldığında kişinin kendini dinlenmiş hissetmesi, uykunun derin evrelerine girilmesine bağlıdır. Ancak nefes kesilmesi nedeni ile sık sık uyanıldığında, dinlenme evrelerine girilemez. Bundan dolayı sabah yorgunluğu, baş ağrısı, gün boyu uyuklamalar görülür.

Hasta, bulgularını, gün içindeki çalışma ve strese bağlar. Hastalar genellikle eşlerinin şikayeti üzerine doktora başvururlar.

Tanıda şu yöntemlerden yararlanılır:

1. Anamnez
2. KBB muayenesi
3. Epworth Uyuklama Skalası
4. Müller Manevrası
5. SDB (uykuda solunum rahatsızlıkları) skorunun belirlenmesi (Friedman sınıflaması+ tonsil hacmi + beden kitle endeksi)
6. Polisomnografik inceleme
7. Sefalometrik analiz ve gerekirse manyetik rezonans ile dil hacmi, arka farenks duvar yüzeyi, ağız tabanı yüzeyinin hesaplanması.^{5,8}

Bu adımlar, tedavi şemasını belirlememize de yardımcı olur.

Ancak kesin tanı, “polisomnografi”; uyku testi ile konur. Hasta bir gece uyku laboratuvarında uyur ve gece boyunca izlenir.

Polisomnografide şu parametreler kaydedilir:

1. Elektroensefalografi - EEG
1. Elektrokülografi - EOG
3. Elektrokardiyografi - EKG
4. Elektromiyografi - EMG
5. Solunum eforu (göğüs ve karın hareketleri kaydı)
6. Hava akımı (burun ve ağız hava akımı kaydı)
7. Oksijen satürasyonu
8. Uyku pozisyonu⁵

Tıkayıcı uyku apnesi, bu değerlere göre hafif, orta ve şiddetli olarak 3 sınıfa ayrılır.

Tıkayıcı uyku apnesinin sınıflaması:

1. 5-15 apne-hipopne/saat: Hafif Tıkayıcı Uyku Apnesi
2. 16-30 apne-hipopne/saat: Orta Tıkayıcı Uyku Apnesi
3. >31 apne-hipopne/saat: Ağır Tıkayıcı Uyku Apnesi

Asıl sorun, üst solunum yolunda tıkanma yerinin saptanmasıdır. Bunun için fibroskopik muayene çok önemlidir. İskelet yapısı ile ilgili problemler düşünülüyor ise sefalometrik analiz ve MRI ile dil hacmi, posterior farengeal yüzey alanı saptanır. Karar verilmesi gerekli olan nokta, tıkanmanın yumuşak doku kaynaklı mı, yoksa iskelet yapısı ile mi ilgili olduğudur. Bu ayırımı cerrahi girişimi belirler.

Tedavi Yöntemleri Nelerdir?

Tedavide öncelikle hastanın kilo vermesi, yaşam koşullarını düzenlemesi, sigara ve alkolü bırakması, spor yapması önerilir. Hastalık son 20 yılda daha iyi tanınmış, hastalıkla ilgili birçok bilinmeyen olduğu için, bu süre zarfında tedavi bir çok değişiklikler göstermiştir. Bu konuyla ilgili ilk cerrahi tedavi 1979'da uygulanmıştır.⁴

Hastalığın hafif ve orta derecedeki tipleri cerrahi ile tedavi edilebilirken, hastalığı ileri derecede olanlara genellikle basınçlı hava maskesi önerilir. Başarı şansı %100 olan tek uygulama sürekli pozitif hava basıncı CPAP denilen maske yöntemidir. Bu yöntemi hastaların ancak

%50'si uzun süre kullanabilmektedir: 20 yıl önce bulunan yöntem bu süre zarfında çok geliştirilmiş, çeşitli tipleri değişik pozitif basınç vererek hastaların apne ve horlamalarından kurtulmalarını sağlamıştır. Ancak bu rahatlama maske kullanıldığı sürece devam etmekte, maske kullanılmadığında hasta kendisini eski durumunda, yani horlayan, uykuda nefesi duran ve ertesi gün yorgun gezer bir halde bulmaktadır. Düşünün ki; 30 yaşında olan bir hasta yaşamı boyunca bu maskeyi kullanmak zorunda kalacaktır.

Maske kullanımına bağlı komplikasyonlar az ve basittir: Deride tahriş, maske kenarından kaçan havanın gözde tahriş yapması gibi. Bundan dolayı arayışlar devam etmiştir. Nefes kesilmesi sayısı saatte 30'un altında olan hastalara cerrahi önerilir.

Cerrahi Yöntemler Nelerdir?

Cerrahi olarak burun sorunlarının ortadan kaldırılması, yumuşak damağa, bademciği de kapsayan uvulopalatofarengoplasti (UPPP) uygulanır. Dil kökünde problem varsa dil kökünü öne çeken veya küçülten teknikler uygulanır. UPPP ameliyatının başarısı horlama için %90 dolaylarında iken, apne için %50 dolaylarındadır. Dil kökü cerrahisi eklendiğinde başarı şansı belirgin ölçüde artar.⁷

UPPP'de küçük dilin ve yumuşak damağın birer kısmı ile bademcikler alınır. Boğaz bölgesine aynı yüz gerdirme ameliyatında olduğu gibi bir gerdirme işlemi yapılarak dokuların titreşimi önlenir ve havanın geçişi kolaylaştırılır. Bir saat kadar süren ameliyatta en büyük sorun bir kaç hafta süren boğaz ağrısı ile birkaç ay süren boğazda yabancı cisim hissidir. Yeni boğaza alışıldıktan sonra bu his kaybolur. Ameliyattan sonra nadiren kanama olabilir.

Dil köküne Sleep In tekniği uygulanır: Prolen bir ip dil kökünden geçirilerek alt çeneye bağlanır; dil kökü öne çekilerek solunum yolunu tıkaması önlenir. Bu, basit bir uygulama olup, ameliyat sonrasında konuşma, yutkunma ve dil hareketleriyle ilgili sorun yaşanmaz. Dil kökünü öne çekme diğer ameliyatlara beraber yapıldığında başarı oranı artar. Tıpta genel olarak hastalık değil, hasta vardır yaklaşımı geçerlidir. Bunun için hastanın durumuna göre iki veya üç seviyeli ameliyatları aynı seansta uygulamak mümkündür. Yani burun, yumuşak damak ve dil kökü aynı seansta ameliyat edilebilir. Eğer

kemik yapısı ile ilgili sorunlar saptanmışsa, yüz kemiklerine ileri cerrahi teknikler uygulanır. Ayrıca ileri evrede olup, maske kullanamayan olgularda da ileri cerrahi teknikler uygulanır. Burada üst ve alt çeneyi öne çeken ameliyatlar söz konusudur. Ayrıca dil kökü dokusunun fazlalığı söz konusu ise, boyundan yaklaşımla dil kökünün yumuşak dokularının bir kısmının çıkarılabilir. Alt ve üst çeneyi birlikte öne çeken ameliyatlar, ağır ameliyatlar olmakla birlikte başarı şansları oldukça yüksektir. Horlamada ve hafif apneli hastalarda ağız içi protez de uygulanabilir.⁸

Ağız içi uygulamaları ve protezler dili veya alt çeneyi öne çekip o pozisyonda tutarak hava yolunu açarlar. Bu protezlerin de her gece kullanımı gerekir.

Radyofrekans Somnoplasti Nedir?

Son zamanlarda somnoplasti denilen radyofrekans dalgalarıyla çalışan bir yöntem geliştirilmiştir. Doku içine, özellikle yumuşak damağa radyofrekans dalgaları verilir, iyileşme sırasında oluşan nedbe dokusundan yararlanır. Hastanın damağına 3 değişik noktadan 700 joules enerji verilir. Her bir uygulama 2 dakika sürer. Böylece yumuşak damak yukarı çekilerek solunum yolu rahatlatılır: Bu gün için, sadece basit horlamada ve hafif apne hastalarında kullanılmaktadır. Muayenehane şartlarında birkaç dakikada uygulanan, ağrısı oldukça az olan bu yöntemle ilgili araştırmalar devam ediyor. Henüz orta ve ileri derecedeki apne hastaları açısından etkinliği yoktur.⁶

Yumuşak damağa uygulanan cerrahilerde lazer, bıçak gibi birçok alet denenmiştir. Lazer kelimesi adeta sihirli bir değnek olarak düşünülmüştür. Ancak lazerle müdahale edilen hastalar ciddi derecede ağrı sorunu ile karşılaşmış; bu nedenle kullanımı belirgin ölçüde azalmış-

tır. Somnoplasti ve lazer horlama ve apnenin kesilmesi açısından aynı derecede etkili bulunmuş, lazerin, somnoplastiden 4 kat daha fazla ağrıya yol açtığı saptanmıştır.

Somnoplasti hastalara 2 veya 3 kez uygulanmakta, horlama şiddeti eşlerin değerlendirmesine göre 10 birimden 4 birime düşmektedir. Bu uygulamadan sonra kanama ve enfeksiyon olmamakta 1-2 gün boğazda dolgunluk hissi yaşanmaktadır. Ağrısız olması en cazip tarafıdır. Aynı seansta burun etleri alınarak burun tıkanıklığı da bir ölçüde giderilir.

Sonuç olarak tıkaçıcı tipte uyku apnesi ciddi riskleri olan, ani ölüme yol açabilen karmaşık bir hastalıktır. Tedavide de bir standart yoktur. Hastalık tanıdıkkça tedavide önemli gelişmeler olacağına inanıyoruz.

Kaynaklar

- Guilleminault C, Tilkian A, et al. The Sleep Apnea Syndromes. *Annu Rev Med* 1976; 27: 465-84.
- Dickens C. The Posthumous papers of the Pick Wick Club. London, Chapman and Hall. Publish in serial form, 1836-7.
- Burwell CS, et al. Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation: A Pick Wickian Sayndrome. *Am J Med* 1956; 21: 811-8.
- Fujita S. Pharyngeal surgery for Obstructive Sleep Apnea, Snoring and Obstructive Sleep Apnea Second Edition, Edited by D.N.F. Fairbanks and S. Fujita. New York, Raven Press Ltd., 1994; 77-95.
- Erişen L, Tezel İ. et al. *Uyku Apne Sendromu KBB İhtisas Dergisi* 1993; 3: 63-82.
- Elez F. Yumuşak Damak ve Uvulaya Yönelik Cerrahi Teknikler. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Horlama. Ömür M, Elez F. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti., 2004; 143-51.
- Friedman M, Ibrahim H. Clinical Staging for Sleep Disorder Breathing: A Guide Diagnosis, Treatment, and Prognosis. Surgical Management of Sleep Apnea and Snoring. Edited by David J Terriss and Richard L. New York, Goode, 2005; 179-87.
- Ömür M, Ozturan D, Elez F, et al. Tongue Base Suspension Combined With UPPP in Severe OSA Patients. *Otolaryngol-Head Neck Surg* 2005; 133: 218-23.

Geliş tarihi: 15.03.2007

Kabul tarihi: 02.04.2007

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Feyzi Elez

MEDİ KBB Merkezi

Hakkı Yeten Cad. Doğu İ Merkezi No: 17 Kat: 2

Fulya Beşiktaş İstanbul

Tel: 0212 296 82 68

e-posta: feyzielez@ttnet.net.tr