

27. ULUSAL ÇOCUK NÖROLOJİSİ KONGRESİ

29 Nisan - 3 Mayıs 2026

Concorde Luxury Resort & Convention & Spa - KKTC



Dr. Ayşe Nur Coşkun

Diğer Uyku Bozuklukları

Uyku Bozuklukları

- **Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması** (*The International Classification of Sleep Disorders - third edition, ICSD-3*)
 - İnsomni
 - Uyku ilişkili solunum bozuklukları
 - Hipersomnolans ile seyreden santral bozukluklar
 - Sirkadyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları
 - Uyku ile ilgili hareket bozuklukları
 - **Parasomniler**
 - **Diğer uyku bozuklukları**

Parasomniler

- Parasomniler: Yunanca '*para*' (yanında), Latince '*somnus*' (uyku), «**uyku çevresi**»
- Uykuya dalarken, uyku sırasında veya uyanırken görülen motor aktivitelere, davranışlara veya hoş olmayan deneyimler
- Çocukluk çağında sık görülür ve genellikle iyi seyirlidir
- Ailelerde endişe uyandırabilir ve çocukların yaşam kalitesini bozabilir
- Ayrıntılı öykü, sistemik ve nörolojik muayene çok önemli

Parasomniler

- Parasomniler, diğer majör uyku bozukluklarının aksine, genellikle **uykunun normal yapısını bozmadan gece boyunca ortaya çıkarlar**. Seyirleri çoğunlukla iyi huyludur; çünkü çoğu olgu **ergenlik döneminde kendiliğinden düzelme eğilimi gösterir** (Erişkin dönemde devam?)
- **Parasomnilerin birçok ortak özelliği vardır:**
 - Belirgin ve dramatik semptomlar
 - Genellikle eşlik eden tıbbi hastalıkların olmaması (ancak diğer uyku bozuklukları tetikleyici olabilir)
 - Kendiliğinden düzelme eğilimi
 - Etiyolojinin tam olarak bilinmemesi

Parasomniler

- Parasomnilerin prevalansı, türüne ve ortaya çıktığı yaşa bağlı olarak değişkenlik gösterir. Bununla birlikte, parasomniler **çoğu zaman gözden kaçan olumsuz sonuçlara** yol açabilir; bunlar arasında:
 - İstem dışı kendine zarar verme
 - Başkalarına zarar verme (potansiyel hukuki sonuçlarla birlikte)
 - Gündüz aşırı uykululuk
 - Psikolojik stres
 - Parasomniler görüldükleri uyku evresine göre sınıflandırılır
- Parasomniler uykunun evresine göre sınıflandırılır:

Kategori	Alt Grup / Tanı
NREM ilişkili parasomniler	NREM uykusundan uyanma bozuklukları
	Konfüzyonel uyanmalar
	Uyurgezerlik (somnambulizm)
	Gece terörü
	Uyku ilişkili yeme bozukluğu
REM ilişkili parasomniler	REM uykusu davranış bozukluğu
	Tekrarlayan izole uyku paralizi
	Kabus bozukluğu
Diğer parasomniler	Patlayan kafa sendromu
	Uyku ilişkili halüsinasyonlar
	Uyku enürezisi
	Tıbbi duruma bağlı parasomni
	İlaç/maddeye bağlı parasomni
	Parasomni, tanımlanmamış
İzole semptomlar ve normal varyantlar	Uykuda konuşma

NREM İlişkili Parasomniler

- NREM ile ilişkili parasomniler, sıklıkla **uyanma bozuklukları (Disorders of Arousal, DOA)** olarak adlandırılır ve temel olarak **NREM uykusundan, özellikle yavaş dalga uykusundan (SWS), tam olmayan uyanma** sonucu ortaya çıktığı düşünülür
- **Patofizyoloji:** NREM parasomniler, **NREM uykusunun uyanıklığa tam ayrışamaması** sonucu ortaya çıkar:
 - Uykuyu derinleştiren ve uyku ataleti oluşturan faktörler → normal uyanma mekanizmalarını bozar
 - Tekrarlayan kortikal uyanmalar → uyku fragmentasyonu oluşturur
 - Sonuçta beyin tam olarak uyanıklığa geçemez
- Epizod sırasında hastalar genellikle **dış uyaranlara yanıtsızdır** ve sonrasında **tam ya da kısmi amnezi** görülür

NREM İlişkili Parasomniler

- **NREM parasomnilerin klinik özellikleri**

- Çocukluk çağında yaygındır (erken çocuklukta daha sık)
- Epizodlar genellikle **gecenin ilk üçte birlik** kısmında görülür
- Atak sırasında uyku ile uyanıklık arasında bir durum, dezoryantasyon ve konfüzyon vardır
- Tetikleyici faktörlerin varlığı söz konusudur
- Epizod süresi uzundur (dakikalar)
- Olayın hatırlanması minimaldir
- Güçlü ailesel yatkınlık vardır

Gündüz etkileri ve komorbidite

Hastaların yaklaşık **%40'ında gündüz aşırı uykululuk (EDS)** vardır

Psikiyatrik bozukluklarla ilişki bildirilmiştir, ancak neden-sonuç ilişkisi net değil

NREM İlişkili Parasomniler

- **Klinik değerlendirme**
 - Ayrıntılı **genel ve uyku öyküsü (anamnez)** şarttır
 - Standart parasomni anketleri yoktur, ancak **uyku tarama anketleri** yardımcı olabilir
 - **Uyku günlüğü** → uyku yoksunluğu ve düzensizlikleri saptamak için
 - Evde çekilen **video kayıtları (akıllı telefonlar)** tanıda oldukça yararlıdır
- **Video-Polisomnografi (vPSG) endikasyonları:** Rutin tanı için gerekli değildir, ancak şu durumlarda önerilir:
 - Klinik öykü tipik değilse
 - Yaralanmaya yol açan veya çok şiddetli davranışlar varsa
 - Eşlik eden başka uyku bozukluğu şüphesi varsa (OSA, PLM, nokturnal nöbet vb.)
 - Tıbbi, psikiyatrik veya nörolojik hastalık eşlik ediyorsa

NREM İlişkili Parasomniler

Kategori	Alt Grup / Tanı
NREM ilişkili parasomniler	NREM uykusundan uyanma bozuklukları
	Konfüzyonel uyanmalar
	Uyurgezerlik (somnambulizm)
	Gece terörü
	Uyku ilişkili yeme bozukluğu

Tablo 39. Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu kriterleri ⁽¹⁾.

A. Uyku sırasında uyanayazma sonrası tekrarlayan yeme atakları

B. Tekrarlayıcı yeme atakları sırasında şu alt kriterlerden en az bir veya birden fazlasının bulunması

1. Normalde yenmeyen veya toksik maddelerin yenilmesi
2. Yemek arama ya da hazırlama sırasında yaralanma
3. Tekrarlayan gece yemek yemeye bağlı sağlık sorunları olması

C. Yeme atağı sırasında kısmi veya tam bilinç kaybı olması ve hastanın bunu hatırlamaması

D. Bu klinik tablonun başka bir uyku hastalığı, tıbbi ya da mental bozukluk, ilaç veya madde kullanımı ile açıklanamaması

Özellik	Konfüzyonel uyanma	Uyurgezerlik	Gece terörü
Başlangıç yaşı	2–10 yıl	4–12 yıl	18 ay–10 yıl
Görülme zamanı	Gece	Geceleri veya gündüzleri	Gece
İktal davranış	İnlemler, konvülsiyonlar, oturma	Yürme, koşma, elme veya tutma	Çığlık, kükreme, tetikleyici ilaçlar
Motor aktivite	Düşük	Orta	Orta
Otonom aktivite	Düşük	Orta	Yüksek
Komplikasyonlar	Nadir	Orta	Az
Amnezi	Evet	Evet	Evet
Uyanma eşiği	Yüksek	Orta	Yüksek
Ailesellik	Yüksek	Yüksek	Yüksek

Tetikleyiciler:

- Ateş
- Uyku yoksunluğu
- Obstrüktif uyku apnesi
- Mesane doluluğu
- Gürültü
- İlaçlar (nöroleptikler, kloral hidrat, bazı trisiklik antidepresanlar)

Tetikleyici ilaçlar:

- Zolpidem
- Triazolam
- Amitriptilin
- Olanzapin
- Risperidon

Özellik	NREM parasomni	SHE (Uyku ilişkili hipermotor epilepsi)
Başlangıç yaşı	3–8 yıl	Herhangi bir yaşta (genellikle 10 yaş)
Görülme zamanı	Gece	Herhangi bir zaman
Uyku evresi	NREM	REM
Gece içi sıklık	Gece	Herhangi bir zaman
Genel sıklık	Sık	Sık
Süre	1–2 dakika	1–2 dakika
Seyir	Zaman zaman	Zaman zaman
Yatkınlık faktörleri	Sık	Sık
Stereotipik motor patern	N	N
Bilinç	Gece	Gece
Amnezi	Sık	Değişken

Bazı durumlarda NREM parasomniler, REM davranış bozukluğu ve SHE arasında ayırım yapmak zor olabilir çünkü:

- NREM parasomniler ve SHE **birlikte bulunabilir (komorbidite)**
- Her iki durumda da:
- **Slow-wave sleep instabilitesi artmıştır**
- Frontal bölgelerde **ritmik non-epileptiform theta/delta aktivitesi** görülebilir

Ayrıca:

- **İnteriktal EEG**, birçok SHE hastasında epileptiform aktivite göstermeyebilir
- Video-EEG’de başlangıç davranışları benzer olabilir

NREM İlişkili Parasomniler

- NREM ilişkili parasomnilerin yönetimi
 - Güvence + güvenli ortam
 - Tetikleyicileri azalt
 - Uyku hijyeni
 - Komorbiditeleri tedavi et
 - Gerekirse planlı uyandırma
 - Dirençli vakalarda farmakoterapi

Kullanılabilen ilaçlar

Benzodiazepinler: Diazepam (5–10 mg)
Klonazepam (0.5–2 mg)

Trisiklik antidepresanlar: İmipramin, Klomipramin

Benzodiazepinlerin etkisi: Sedatif etki
Slow-wave uykuda azalma

SSRI (özellikle paroksetin): Gece terörlerinde etkili olabilir
Ancak uyurgezerliği artırabilir

L-5-hidroksitriptofan (2 mg/kg): Gece terörlerinde etkili
Serotonin prekürsörü

Melatonin: Yatmadan 30 dk önce **5 mg**
Uyurgezerlik ve gece terörlerinde faydalı olabilir

REM İlişkili Parasomniler

REM Uyku Davranış Bozukluğu (RBD)

- RBD'de REM uykusuna özgü **kas atonisi kaybolur** ve hastalarda rüyaların davranışa döküldüğü epizodlar görülür. Bu davranışlar küçük el hareketlerinden tekme atma, yataktan fırlama gibi **şiddetli hareketlere** kadar değişebilir
- **Rüya ve kabusların hatırlanması siktir** ve hasta çoğu zaman kendini bir saldırgandan korumaya çalışır
- RBD, **artmış kas tonusu ve/veya fazik kas aktivitesi** ile ilişkilidir. Tanıda ICSD-3'e göre:
 - **Video-polisomnografi (vPSG)** gereklidir
 - REM uykusunda atoni kaybının (RSWA) gösterilmesi
 - Motor rüya davranışının video ile belgelenmesi gerekir
- Çocuklarda genellikle **idiopatik değildir ve sıklıkla narkolepsi veya nörolojik hastalıklarla** ilişkilidir
- Tedavi: Güvenlik önlemleri, tetikleyici ilaçların gözden geçirilmesi

Gerekirse: Klonazepam (0.5–2 mg), Melatonin (3–12 mg)

REM İlişkili Parasomniler

Tekrarlayan İzole Uyku Paralizi (RISP)

- RISP, **narkolepsi olmaksızın**, uykuya dalarken (hipnagojik) veya uyanırken (hipnopompik) **hareket edememe** durumudur
- **Özellikler:** Bilinç korunur, olay **tam hatırlanır** ve halüsinasyonlar sık
- Epizodlar: Saniyeler–dakikalar sürer ve kendiliğinden veya dış uyaranla sonlanır
- Solunum diyaframı etkilenmez ancak hasta nefes alamıyormuş hissedebilir. Bu durum **REM uykusunun uyanıklığa taşması (state dissociation)** olarak kabul edilir
- Prevalans: Öğrenciler: %28.3
- Başlangıç yaşı: **14–17**
- Tetikleyiciler: Stres, anksiyete, uyku yoksunluğu veya düzensiz uyku
- Tedavi: Güvence verme, uyku düzenini sağlama
Gerekirse: Düşük doz trisiklikler, Klonidin, Klonazepam

REM İlişkili Parasomniler

Kabus Bozukluğu (Nightmare Disorder)

- Kabus bozukluğu, **REM uykusunda ortaya çıkan, tekrarlayıcı ve yoğun olumsuz rüyalar** ile karakterizedir ve genellikle uyanmaya yol açar
- **Özellikler:** Uyanınca **tam bilinç açıklığı**, rüya **detaylı hatırlanır**, gecenin **ikinci yarısında** daha sık
- **Çocuklar:** Hızla tamamen uyanır, teselliye iyi yanıt verir ve ertesi gün rüyayı anlatabilir
- **Gece terörlerinden farkı:** Daha az otonom aktivasyon, daha az vokalizasyon

Ancak daha fazla **anksiyete ve tekrar uykuya dalma korkusu**

- **Rüya içeriği:** Küçük çocuklarda: canavarlar, fantastik imgeler / Ergen ve erişkinlerde: daha gerçekçi içerik
- **Prevalans:** Çocuklarda ara sıra kabus: %60–75

Klinik anlamlı ($\geq$ haftada 1): ~%5

- **Başlangıç:** 3–6 yaş
- **İlişkili durumlar:** Travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, istismar öyküsü
- SSRI'lar, asetilkolinesteraz inhibitörleri ve bazı antihipertansifler kabuslara neden olabilir

Özellik	Gece terörü	Kabuslar	Travma sonrası yeniden yaşantılama
Görülme zamanı	Gecenin ilk üçte biri (yavaş dalga uykusu)	Gecenin son üçte biri (REM uykusu)	Herhangi bir zamanda (REM veya N2)
İktal davranış	Ağlama, çığlık atma	Korkutucu uyanma, ağlama	Travmatik içeriğin yeniden yaşantılanması
Bilinç durumu	Dezoryante, konfüze	Uyanınca tamamen açık	Uyanınca tamamen açık, anksiyete devam eder
Otonom aktivite / anksiyete	Yoğun	Düşük/orta	Orta-yoğun
Amnezi	Sık	Yok	Yok
Sabah rüya hatırlama	Yok	İyi hatırlama	İyi hatırlama
Aile öyküsü	Var	Yok	Yok
Komplikasyonlar	Potansiyel olarak yaralanma ve şiddet	Nadiren yaralanma/şiddet	TSSB ile ilişkili
Yatkınlık faktörleri	Uyku yoksunluğu, febril hastalık	Stres, travmatik olaylar, psikiyatrik hastalıklar	Travma sonrası stres bozukluğu
Tedavi	Güvenlik, tetikleyicilerden kaçınma, klonazepam, melatonin, L-5-hidroksitriptofan	Psikoeğitim, davranışçı terapi, psikiyatrik tedavi	Psikoeğitim, davranışçı terapi, psikiyatrik tedavi

REM İlişkili Parasomniler

REM ilişkili parasomniler	REM uykusu davranış bozukluğu
	Tekrarlayan izole uyku paralizisi
	Kabus bozukluğu

Tablo 42. Kabus bozukluğu kriterleri ⁽¹⁾.

Ta	A. Tekrarlayan, iyi hatırlanan, yaşamı, güvenliği veya fiziksel bütünlüğü tehdit eden disforik rüyalar görülmesi	ket
	B. Bu rüyalardan uyandığında hızla alert ve oryante hale gelmesi	
	C. Bu rüyalar veya rüyalara bağlı uyku bozukluğu nedeni ile şu alt kriterlerdeki sosyal, mesleki veya fonksiyonel bozukluklardan en az birisinin bulunması	
	D.	
B.		
C.		
D.		ide
	1. Duygulanım bozukluğu (anksiyete, disfori) 2. Uyku direnci (uyku zamanı anksiyetesi, uyku korkusu ve kabuslar) 3. Bilişsel bozukluk 4. Aile ve bakım verenlerde oluşan negatif etkiler 5. Davranış sorunları (uyumaktan kaçınma, karanlık korkusu) 6. Gündüz uykululuk 7. Halsizlik, yorgunluk 8. Mesleki ve eğitimsel sorunlar 9. Kişisel ilişkiler ve sosyal fonksiyonlarda bozulma	

Diğer Parasomniler

Diğer parasomniler	Patlayan kafa sendromu
	Uyku ilişkili halüsinasyonlar
	Uyku enürezisi
	Tıbbi duruma bağlı parasomni
	İlaç/maddeye bağlı parasomni
	Parasomni, tanımlanmamış

Tablo 46. Sekonder uyku enürezisi kriterleri ⁽¹⁾.

A. Hastanın 5 yaşından büyük olması

B. Haftada en az 2 gece, uyku sırasında istemsiz olarak altını ıslatması

C. Bu durumun en az 3 aydır devam ediyor olması

D. Hastanın geçmişte en az 6 ay altını ıslatmadığı bir dönemin olması

Diğer Parasomniler

Uyku Enürezisi (Sleep Enuresis, SE)

- Uyku enürezisi, **uyku sırasında tekrarlayan istemsiz idrar yapma** ile karakterizedir
- **Primer SE:** ≥ 5 yaş, haftada en az 2 kez, en az 6 ay hiç kuru kalmamış
- **Sekonder SE:** En az 6 ay kuru kaldıktan sonra yeniden başlaması
- Her iki durumda da belirtiler **en az 3 ay sürmelidir**
- Çoğunlukla primer (%75-90), ailesel risk var
- **Monosemptomatik SE:** Gündüz mesane disfonksiyonu yoktur
- **Şiddet sınıflaması:** Hafif: haftada 1–2 / Orta: 3–5 / Şiddetli: 6–7 epizod
- **Etiyoloji ve Patofizyoloji**
 - Uyku fragmantasyonu (OSA, PLM)
 - Nokturnal poliüri (gecikmiş vazopressin artışı)
 - Yüksek uyanma eşiği (“derin uyuyan çocuk”)

Tedavi:

- Planlı uyandırma
- Kuru gecelerin ödüllendirilmesi
- Mesane eğitimi
- Sıvı kısıtlaması
- Alarm Tedavisi
- Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik Tedavi :

1. Mesane kapasitesi arttıranlar:
Oksibutinin, telterodin
2. İdrar üretimini azaltan:
Desmopressin (etki %70)
3. Trisiklinler (imipramin) : Mesane ve sfinkter tonusu üzerinden etki

Parasomniler Özet

Kategori	Alt Tipler	Temel Özellikler	Tedavi
NREM	Konfüzyonel uyanma Uyurgezerlik Gece terörü	İlk 1/3 gece Amnezi Konfüzyon Çocuklarda sık	Güvence Uyku hijyeni Planlı uyandırma
REM	RBD Uyku paralizisi Kabus	2. yarısı gece Rüya enactment Hatırlama var	Klonazepam Melatonin CBT
Diğer	EHS Halüsinasyonlar	Uyku geçişinde Kısa süreli Benign	Güvence Nadiren ilaç
Enürezis	Primer/Sekonder	Gece idrar kaçırma Yüksek arousal eşiği	Alarm Desmopressin
Ayırıcı Tanı	SHE Epilepsi	Kısa, stereotipik Gece boyunca tekrar	EEG Antiepileptik

Diğer Uyku Bozuklukları

Uyku ile ilgili tıbbi ve nörolojik bozukluklar

- Fatal familial insomnia
- Uyku ilişkili epilepsi
- Uyku ilişkili baş ağrıları
- Uyku ilişkili laringospazm
- Uyku ilişkili gastroözofageal reflü
- Uyku ilişkili miyokard iskemisi

Kaynaklar

