

Sacide Nur SARAÇGİL COŞAR¹
Abdullah YOLDAŞ²
Pınar ÖZTOP³
Oya Ümit YEMİŞÇİ¹
Şehri AYAŞ¹

İletişim (Correspondance)

Sacide Nur SARAÇGİL COŞAR
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ANKARA

Tlf: 0312 212 29 12
e-posta: cosar.nur@gmail.com

Geliş Tarihi: 03/03/2010
(Received)

Kabul Tarihi: 22/06/2010
(Accepted)

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ANKARA

² İpekyol Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon VAN

³ Başkent Üniversitesi, Araştırma ve Eğitim Hastanesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İSTANBUL



ARAŞTIRMA

OSTEOARTRİTİ OLAN YAŞLILARDA HUZURSUZ BACAK SENDROMU

Öz

Giriş: Huzursuz bacak sendromu (HBS), bacaklarda anormal duyuyla karakterize sensorimotor, kronik bir bozukluktur. Yaşlı hastalarda %10-35 arasında görülmektedir. Bu çalışmanın amacı; yaşlı hastalarda HBS sıklığını belirlemek ve HBS'nin klinik ve laboratuvar özelliklerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya osteoartrit tanısı alan 65 yaş üzeri 88 hasta alındı. Hastalar, Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre değerlendirilerek HBS tanısı konmuş ve hastalık şiddeti Uluslararası Huzursuz Bacak Çalışma Grubu şiddet sınıflama skalası ile değerlendirilmiştir. Tüm hastaların klinik ve laboratuvar bulguları incelenmiş ve öyküleri ayrıntılı olarak sorgulanmıştır.

Bulgular: HBS sıklığı %18.2 bulundu. HBS ve diğer klinik ve laboratuvar bulguları arasında ilişki bulunamadı. Ayrıca; kadınlarda HBS görülme yüzdesi daha yüksekti (%75).

Sonuç: HBS geriyatrik popülasyonda sıklıkla ortaya çıkan bir durumdur, fakat genellikle de hastalar yanlış tanımlarla izlenebilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Huzursuz Bacak Sendromu; Osteoartrit; Yaşlı.



RESEARCH

RESTLESS LEGS SYNDROME IN THE ELDERLY WITH OSTEOARTHRITIS

ABSTRACT

Introduction: Restless legs syndrome (RLS) is a chronic disorder characterized by abnormal sensations in the legs; seen in 10-35% of the elderly. Our objective was to determine the incidence of RLS in the elderly, and to analyze its relationship with clinical and laboratory findings.

Materials and Method: Eighty-eight patients with osteoarthritis aged 65 and higher were included in this study. Patients were evaluated according to the International Restless Legs Syndrome Study Group criteria and the disease severity was rated by using the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale. The clinical and laboratory findings were evaluated in all patients and a detailed history was obtained.

Results: The incidence of RLS was 18.2%. No significant relationship was found between RLS and the clinical and laboratory parameters evaluated. The incidence of RLS was higher in women (75% of the patients were female).

Conclusion: We conclude that RLS is a prevalent condition in the elderly and is often under diagnosed.

Key Words: Restless Legs Syndrome; Osteoarthritis; Aged.



GİRİŞ

Huzursuz bacak sendromu (HBS); bacakta rahatsız edici duyguyla karakterize, ciddi anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu ve aşırı gündüz uykusuna yol açabilen yeterince tanı konulamayan nörolojik bir durumdur (1). Semptomlar istirahatte artar ve özellikle geceleri belirgindir. Daha ciddi vakalarda, semptomlar gün içerisinde bir süre daha devam edebilir. Bacaklar hareket ettirildiği zaman rahatsızlık duygusu azalır (2). HBS genel popülasyonda yaklaşık %1.06-15 sıklığında görülmektedir (3,4). Prevalansı yaşla artmaktadır ve kadınlar daha sık etkilenmektedir (5,6). Yaşlılarda, HBS prevalansı yaklaşık %10-35 arasında değişmektedir (7). Çoğu olguda nedeni bilinmemektedir; fakat HBS gebelikte, demir eksikliği durumlarında ve üremide sık görülmektedir. Ayrıca HBS'nin folik asit eksikliği, kronik solunum yolları hastalıkları, diyabet, Parkinson hastalığı ve kanserler gibi pek çok hastalıkla birlikteliği bildirilmiştir (8-12). Nöropatolojisi tam olarak anlaşılamamasına rağmen, semptomların dopaminerjik ilaçlarla düzelmesi HBS'nin anormal dopamin kontrolü ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (7).

Bu çalışmanın amacı hastaneye osteoartrit tanısı ile yatan geriatrik yaş grubunda HBS sıklığını belirlemek ve klinik ve laboratuvar özellikleri ile ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, 1 Aralık 2008-30 Haziran 2009 tarihleri arasında osteoartrit tanısı ile Başkent Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümüne bağlı Ayaş Hastanesinde yatarak tedavi gören 173 hasta katıldı. Yaşı 65'in altında olan, kognitif fonksiyonları bozuk olan, nöroleptik ilaç kullanan ve sorgulama skalasına koopere olamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma kriterlerine uyan 88 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilip, onayları alındı. Çalışmamız etik kurul tarafından onaylanmıştır (KA09/135). Çalışmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumları ve eşlik eden diğer hastalıkları kaydedildi. Tüm hastaların ayrıntılı öyküsü alınıp, detaylı fizik muayeneleri yapıldı. Ayrıntılı öykü alınırken, romatoid artrit, osteoartrit gibi sekonder patolojilere eşlik eden durumlara ait yakınmaların HBS'ye benzer özellik taşımaları nedeniyle, özellikle istirahatte ortaya çıkan ağrı yakınması için ağrının uzun süren aktivitelere daha fazla artıp artmadığı, aktivite ile olan ağrının, istirahatte olan bacaklardaki huzursuzluk şikayeti ile aynı olup olmadığı soruları sorularak ve ayrıca ağrı ve uyuşma yerini hastanın eliyle lokalize etmesi iste-

terek HBS benzeri durumlar dışlanmaya çalışıldı. Yatışta yapılan tam kan sayımı, açlık kan şekeri, üre, kreatinin değerleri kaydedildi. Ayrıca daha önce yapılan laboratuvar değerleri incelendi. Hemoglobün değeri 12 gr/dl'nin altında olan hastalar anemik olarak kabul edildi.

Hastalara, Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (International Restless Legs Syndrome Study Group) tarafından belirlenmiş olan 4 temel HBS tanı kriteri soruldu (13) (Tablo 1). Dört sorunun tamamına evet cevabı verenlere HBS tanısı konuldu. Bu tanı kriterlerine göre HBS tanısı konulan hastalar; semptomların sıklığı, yoğunluğu, günlük yaşamda ve uykudaki etkilerini sorgulayan Uluslararası Huzursuz Bacak Çalışma Grubu şiddet sorgulama skalası ile değerlendirildi (14).

İstatistiksel Yöntem: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 13,0 istatistik paket programı kullanıldı. Veriler ortalama±standart sapma, ortanca (min-max) ve yüzdelikler olarak verildi. Olgulara ait verilerin normallik kontrolleri Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Normal dağılış gösteren verilerin karşılaştırmasında Student t testi, normal dağılış göstermeyen verilerin karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Risk faktörleri için Odds Ratio (OR) oranları hesaplandı. Anlamlılık %95 güven aralığında $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 88 kişinin 16'sı (%18.2) HBS tanı kriterlerini taşıyordu. Aynı yaş grubundaki diğer 72 birey kontrol grubunu oluşturdu. HBS hastalık süresi ortalama 93.2 ± 81.3 ay (3-240 ay) idi. HBS'lu hasta grubunun yaş ortalaması 72.25 ± 6.04 yıl; kontrol grubunun yaş ortalaması 73.84 ± 5.31 yıldır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Hastaların 12'si (%75) kadın, 4'ü (%25) erkekken; kontrol grubunun 53'ü (%73.6) kadın,

Tablo 1— Huzursuz Bacak Sendromu Tanı Kriterleri.

1. Bacak veya kollarda hoş olmayan parestezi ve dizestezi
2. Beraberinde motor huzursuzluk
3. Bacakların hareket ettirilmesi veya yürüme ile semptomların geçici düzelmesi
4. Semptomlar günün ilerleyen saatlerinde ve yatma zamanı daha çok ortaya çıkar



19'u (%26.4) erkekti ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Uluslararası Huzursuz Bacak Çalışma Grubu şiddet sorulama skalasına göre HBS tanısı alan hastaların 7'si (%43.8) hafif, 4'ü (%25) orta, 4'ü (%25) şiddetli ve 1'i (%6.3) çok şiddetli grupta yer aldı.

Gruplar arası karşılaştırmada kafein kullanımını hariç ($\chi^2=5.268$, $p=0.022$), diğer risk faktörleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p>0.05$). HBS risk faktörleri açısından hasta ve kontrol grubu karşılaştırma sonuçları Tablo 2'de görülmektedir. Hasta grubunda demir eksikliği anemisi, vitamin B₁₂ veya folik asit eksikliği, kronik böbrek yetmezliği, Parkinson hastalığı ve malignite gibi HBS ile ilişkili durumlar mevcut değildi.

TARTIŞMA

Bacakları hareket ettirme dürtüsü veya ihtiyacı ile ortaya çıkan, anormal duyuyla karakterize, kronik, ilerleyici bir bozukluk olan HBS; her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen, epidemiyolojik çalışmalar prevalansının yaşamın ilerleyen yıllarında en yüksek olduğunu göstermektedir. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında prevalans %1.06-%44 arasında değişmektedir (3,15,16). Bizim çalışmamızda HBS oranı %18.2'di. Çalışmamızda bulduğumuz sonuç; Rothdach ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadaki sonuca (%19) (16) daha yakındı. Cinsiyet, etnik köken, genetik yatkınlık gibi yaş faktörü de davranışsal değişikliklerden etkilenmediğinden; belirlenmiş bir popülasyonda artan yaş, etkilenen hasta sayısında önemli bir belirleyicidir (17). HBS'nin ortaya çıkışında yaşın etkisini değerlendiren ve yaşlı HBS tanısında popülasyon düzeyinde minimal kriter olarak uygulayan çalışma sayısı halen azdır (16,18-20). Bu çalışmaların büyük çoğunluğunda yaşın güçlü pozitif etkisi HBS prevalansında etkili bulunmuş-

tur. Fakat bu çalışmalarda sık karşılaşılan bir kısıtlılık; çok yaşlı gruptan çalışmaya katılan hasta sayısının çok az olmasıdır. Sonuç olarak; az sayıda hasta ile yapılan çalışmalar yüksek oranları yansıtmaya rağmen 65 yaş ve üstü, özellikle de 80 yaş ve üstü gruplar için bildirilen prevalans, mutlak az sayıda hastaya dayanmaktadır (17).

HBS prevalansı-yaş ile ilişkili diğer bir soru ise; ileri yaşlarda sekonder HBS ve ilişkili durumların prevalansa katkısının olabileceği sorusudur. Yaşla ilişkili pek çok sekonder durum olduğundan, genç yaş grubunda sekonder HBS prevalansının, yaşlı gruba göre daha düşük olması beklenebilir (17). Bütün bu durumlar göz önüne alındığında, yaşlı hasta grubunda yaş ve HBS ilişkisini inceleyecek daha büyük ve daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamızda kadınlarda HBS yüzdesi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Birçok çalışmada da benzer olarak HBS prevalansı kadınlarda daha yüksek gözlenmiştir (2,16). Bu farklılık; nedeni tam olarak bilinmese de, postmenopozal dönemde ve gebelik esnasında meydana gelen hormonal değişikliklere (16,20), çalışmalarda semptomları tespit etmede kullanılan metodolojik farklılıklara, kadın hastaların erkeklere göre semptomlarını daha abartılı algılayarak bildirmelerine bağlanmıştır (17).

HBS prevalansı; kronik böbrek yetmezliği olan ve dialize giren hastalarda (21,22), serum ve beyin-omurilik sıvısında demir, ferritin ve transferin eksikliği olanlarda (21), Parkinson (23), nöropati (24) ve radikülopati (25) gibi nörolojik durumlarda daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda HBS tanısı alan grupta HBS ile birliktelik gösteren bu hastalıklar mevcut değildi.

Sonuç olarak; HBS geriatrik popülasyonda sıklıkla ortaya çıkan bir durumdur, fakat genellikle de hastalar yanlış tanılarla izlenebilmektedir. Ayrıca HBS düşünülen hastalarda eşlik edebilecek durumlar araştırılmalıdır.

Tablo 2— Hasta ve Kontrol Grubuna Ait Risk Faktörleri.

| | Hasta (n=16) | Kontrol (n=72) | OR | %GA |
|--------|--------------|----------------|------|-------------|
| Sigara | 2 (%12.5) | 6 (%8.3) | 0.70 | 0.192-2.546 |
| Kafein | 10 (%62.5)* | 24 (%33.3) | 0.33 | 0.122-0.873 |
| Alkol | 2 (%12.5) | 6 (%8.3) | 0.70 | 0.192-2.546 |
| DM | 1 (%6.3) | 16 (%22.2) | 3.59 | 0.509-25.34 |
| KOAH | 3 (%18.8) | 5 (%6.9) | 0.43 | 0.156-1.206 |
| Anemi | 1 (%6.3) | 15 (%20.8) | 3.95 | 0.482-32.32 |

* $P<0,05$

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı, DM: Diabetes Mellitus, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.

**KAYNAKLAR**

1. Clark MM. Restless legs syndrome. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:368-374. (PMID:11572542).
2. Early CJ. Clinical practice. Restless legs syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:2103-9. (PMID:12761367).
3. Mizuno S, Miyaoka T, Inagaki T, Horiuchi J. Prevalence of restless legs syndrome in non-institutionalized Japanese elderly. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:461-5. (PMID:16048452).
4. Zucconi M, Ferini-Strambi L. Epidemiology and clinical findings of restless legs syndrome. *Sleep Med* 2004;5:293-9. (PMID:15165538).
5. Berger K, von Eckardstein A, Trenkwalder C, Rothdach A, Junker R, Weiland SKJ. Iron metabolism and the risk of restless legs syndrome in an elderly general population - the MEMO Study. *Neurol* 2002;249:1195-9. (PMID:12242538).
6. Hening W, Allen RP, Tenzer P, Winkelmann JW. Restless legs syndrome: demographics, presentation, and differential diagnosis. *Geriatrics* 2007;62:26-9. (PMID:17824723).
7. Milligan SA, Chesson AL. Restless legs syndrome in the older adult: diagnosis and management. *Drugs Aging* 2002;19:741-51. (PMID:12390051).
8. Ekblom KA. Restless legs. *Acta Med Scand* 1945; 158 (Suppl 1):1-123.
9. Callaghan N. Restless legs syndrome in uraemic neuropathy. *Neurology* 1966 16:359-61. (PMID:4286316).
10. Botez MI, Lambert B. Folate deficiency and restless-legs syndrome in pregnancy. *N Engl J Med* 1977;297:670. (PMID:895774).
11. Spillane JD. Restless legs syndrome in chronic pulmonary disease. *Br Med J* 1970;4:796-8. (PMID:5497412).
12. Banerji NK, Hurwitz LJ. Restless legs syndrome, with particular reference to its occurrence after gastric surgery. *Br Med J* 1970; 4:774-5. (PMID:5497406).
13. Allen RP, Picchetti 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 Med* 2003;4:101-9. (PMID:14592341).
14. Hening WA, Walters A, LeBroca C, Hirsch L, Dhar A, IRLSSG Mot. The International RLS Study Group Rating Scale: a reliable and valid instrument for assessing severity of the restless legs syndrome. *Neurology* 2001;56(suppl.3):A4.
15. Campos HH, Bithecourt LRA, Haidar MA, Tufik S, Baract EC. Pre- ν alência de distúrbios do sono na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27:731-6.
16. Rothdach A, Trenkwalder C, Haberstock J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population. *Neurology* 2000;54(5):1064-8. (PMID:10720275).
17. Garcia-Borreguero D, Egatz R, Winkelmann J, Berger K. Epidemiology of restless legs syndrome: The current status. *Sleep Medicine Reviews* 2006;10:153-67. (PMID:16762806).
18. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2137-41. (PMID:10904456).
19. Ohayon MM, Roth T. Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res* 2002;53(1):547-54. (PMID:12127170).
20. Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004;164(2):196-202. (PMID:14744844).
21. O'Keeffe ST. Secondary causes of restless legs syndrome in older people. *Age Ageing* 2005;34:349-52. (PMID:15886221).
22. Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, et al. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:571-7. (PMID:15671074).
23. Ondo WG, Vuong KD, Jankovic J. Exploring the relationship between Parkinson's disease and restless legs syndrome. *Arch Neurol* 2002;59(3):421-4. (PMID:11890847).
24. Gemignani F, Marbini A. Restless legs syndrome and peripheral neuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(4):555. (PMID:11909928).
25. Walters AS, Wagner M, Hening WA. Periodic limb movements as the initial manifestation of restless legs syndrome triggered by lumbosacral radiculopathy. *Sleep* 1996;19(10):825-6. (PMID:9085492).