

مورد نگاری

معرفی نوجوان مبتلا به آپنه خواب با تظاهرات روان پزشکی

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۵ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۰

خلاصه

مقدمه

سندرم وقفه تنفسی خواب با دوره های مکرر قطع یا کاهش جریان هوای تنفسی در طول خواب مشخص میشود و می تواند با نشانه های روان پزشکی همراه باشد.

معرفی بیمار

دختر ۱۸ ساله با تشخیص افسردگی و به علت دو بار اقدام به خودکشی در بیمارستان روان پزشکی بستری شد. به علت عدم پاسخ دارویی، تحت درمان با شوک الکتریکی قرار گرفت. معاینه، چاقی شدید و هیپر تروفی آدنوئیدها نشان داد. جهت بیمار پلی سومنوگرافی انجام شد و با اندکس آپنه-هیپوپنه ۵/۵، تشخیص سندرم وقفه تنفسی شدید خواب گذاشته شد. با درمان موثر اختلال تنفسی خواب، کاهش علائم خلقی مشاهده شد.

نتیجه گیری

تشخیص وقفه های تنفسی خواب معمولاً با تاخیر صورت می پذیرد. در بیمار مبتلا به علائم خلقی همراه با اضافه وزن و خروپف، ظن به وجود این اختلال باید ایجاد شود.

کلمات کلیدی: آپنه خواب، افسردگی، درمان با الکتروشوک

پی نوشت: نویسندگان منافع یا تضاد مالی در ارائه این معرفی بیمار نداشته اند.

^۱ فریبرز رضائی طلب*
^۲ فاطمه محوری
^۳ مریم توکلی

۱- استادیار نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار روان پزشکی، مرکز تحقیقات

روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- روان پزشک، دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

* مشهد، کلینیک خواب بیمارستان ابن سینا،

مشهد، ایران

تلفن: ۲۳۴۴-۳۷۰۰-۵۱-۹۸+

email: RezaeitlabF@mums.ac.ir

مقدمه

سندرم وقفه تنفسی خواب (OSAS)^۱ یک اختلال نسبتاً شایع وابسته به خواب با شیوع ۲-۴٪ است که با دوره های مکرر انسداد نسبی یا کامل راه هوایی فوقانی در طی خواب مشخص می شود. به دنبال افت اکسیژن خون شریانی، برانگیختگی مغزی تلاش تنفسی برای ختم وقفه تنفس اتفاق می افتد. یافته های بالینی اصلی شامل خواب آلودگی روزانه و خروپف بلند شبانه است (۱). هر چند ممکن است بیمار با شکایات دیگری مثل سردرد های صبحگاهی، بی خوابی و یا کابوس شبانه مراجعه کند (۲-۷). در کودکان و نوجوانان مبتلا، شکایات اصلی، کاهش تمرکز، تحریک پذیری، اختلال رفتاری و افت عملکرد تحصیلی هستند (۸). تشخیص با آزمون پلی سومنوگرافی شبانه است و درمان انتخابی در بزرگسالان با فشار مثبت مداوم راه های هوایی (CPAP)^۲ است (۱، ۷، ۹). عدم تشخیص به موقع می تواند منجر به طیفی از عوارض جدی شامل افزایش فشار خون ریوی و سیستمیک، بیماری های قلبی-عروقی، نقصان شناختی و نشانه های روان پزشکی مثل افسردگی، تحریک پذیری و اضطراب شود (۱۰-۱۴). به دلیل ماهیت بیماری که وقایع تنفسی در طول خواب اتفاق می افتد، معمولاً تشخیص با تاخیر گذاشته می شود (۱۰، ۱۱).

در این مقاله یک مورد مبتلا به سندرم وقفه تنفسی با علائم افسردگی، اقدام به خودکشی و دریافت چند جلسه شوک درمانی معرفی می شود.

معرفی بیمار

بیمار دختر ۱۸ ساله اهل و ساکن یکی از شهرستانهای خراسان شمالی، به علت افسردگی شدید، توسط روان پزشک به بیمارستان ابن سینای مشهد معرفی شد. وی در یک سال اخیر احساس کاهش پیشرونده انرژی، غمگینی شدید، بی انگیزگی، ناامیدی، عدم لذت و سردردهای صبحگاهی داشته است. همچنین از مشکل در خوابیدن از دو سال پیش شکایت داشته است، به طوری که به گفته خودش در شبانه روز فقط ده دقیقه

خواب داشته است. در ۶ ماه گذشته، تحت درمان با لیتوم؛ ترانکوپین، لاموتریزین و سیتالوپرام با دوز مناسب بوده است. ولی پاسخ به درمان نا مطلوب بوده است به طوری که در دو ماه اخیر دو نوبت اقدام به خودکشی به روش خشن داشته است. بیمار از ۱۰ سالگی بزرگی لوزه ها و خروپف شبانه داشته است. مشکلات فوق همراه با افت تحصیلی بوده است.

در معاینه، نکته برجسته چاقی مفرط با شاخص توده بدنی (BMI) ۴۱ بود. خلق بیمار افسرده بود و افکار خودکشی داشت. در مصاحبه روان شناختی، آشفتگی هیجانی گسترده ای گزارش شد. بر مبنای پرسشنامه خود پاسخ دهنده چند گزینه ای Beck، نمره افسردگی ۲۱ به دست آمد که در محدوده متوسط بود. آزمایشات مربوط به عملکرد کلیه، کبد، تیروئید و خون طبیعی بود. با توجه به مشکلات فوق و عدم بهبودی با درمانهای دارویی کاندید شوک درمانی شد. پس از سه جلسه درمان که همراه با شکایت از تنگی نفس و تهوع شدید پس از شوک بود بهبودی ملموسی در علائم گزارش نشد. بیمار به دلیل سردردهای صبحگاهی مورد مشاوره نورولوژی و به دلیل احساس تنگی نفس که در خواب تشدید می شد، مورد مشاوره داخلی قرار گرفت. بر این اساس و با توجه به سابقه خروپف شدید شبانه، چاقی شدید و بزرگی آدنوئید (که در مشاوره گوش و حلق و بینی گزارش شد)، بیمار کاندید پلی سومنوگرافی شد. در این آزمون یافته های زیر به دست آمد (شکل ۱ و ۲)، کاهش خواب عمیق و خواب حرکات سریع چشم (REM)، افت مکرر اکسیژن شریانی با اندکس ۶۷/۳ (تعداد افت در دقیقه) و اندکس آپنه-هیپوپنه ۵/۵، لذا بر اساس معیارهای تقسیم بندی بین المللی بیماری های خواب (ICSD-II)^۳ منتشر شده توسط انجمن بین المللی خواب آمریکا (AASM)^۴ تشخیص سندرم آپنه انسدادی خواب در حد شدید برای وی گذاشته شد (۱۵).

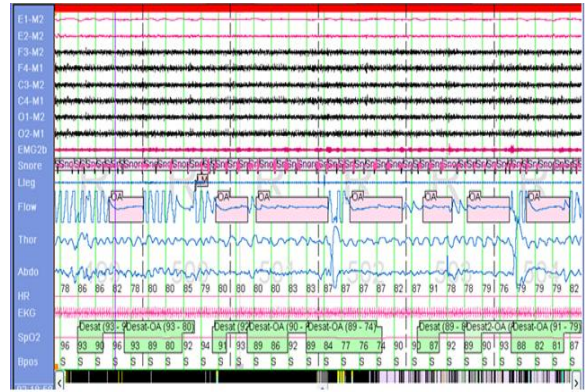
^۳ International Classification of Sleep Disorders-third revision

^۴ American Academy of Sleep Medicine

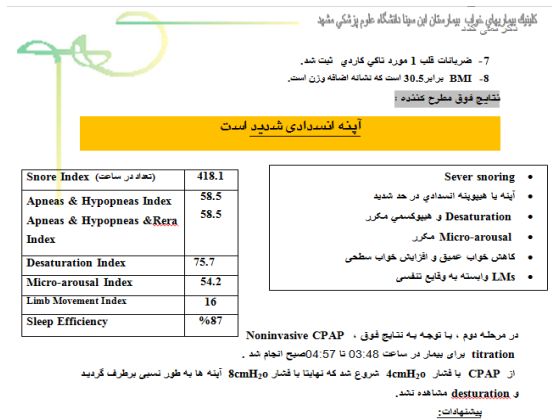
^۱ Obstructive Sleep Apnea Syndrome

^۲ Continuous Positive Airway Pressure

آپنه خواب را تشکیل دهد، همچنین سردردهای صبحگاهی می تواند علت اصلی مراجعه بیماران باشد (۲، ۳، ۱۸، ۱۹). در مورد بیماری که معرفی شد نیز شکایت از سردرد به همراه چاقی مفرط ظن بالینی وجود این اختلال را ایجاد کرد. بر مبنای تقسیم بندی انجمن بین المللی سردرد، معیارهایی جهت تشخیص سردرد ناشی از OSA، به عنوان یکی از موارد زیر مجموعه سردردهای ناشی از اختلالات طبی بیان شده است (۲۰). مطابق این معیارها، چنین سردردی، علاوه بر همراهی با $AHI > 5$ ، عدم وجود فوتوفوبی و بروز سردرد صبحگاهی بیش از ۱۵ روز در ماه، باید پس از گذشت ۷۲ ساعت از درمان موثر، بهبود یابد، که این یافته ها در مورد بیمار ما نیز دیده شد (۱۸). در مورد این بیمار سابقه خروپف شدید شبانه ناشی از ۱۰ سال قبل از مراجعه وجود داشت، یافته ای که یکی از شکایات اصلی مبتلایان به OSAS است (۱). در طول این مدت کاهش عملکرد تحصیلی وجود داشته است. این یافته در کودکان و نوجوانان مبتلا به OSAS که معمولاً نمی توانند پر خوابی روزانه را بیان کنند، یکی از شکایات اصلی است، به گونه ای که به همراه اختلالات رفتاری، ممکن است تابلوی بالینی اختلال پیش فعالی و عدم توجه (ADHD) را تقلید کند (۸). در ضمن، چاقی مفرط این بیمار، که یکی از ریسک فاکتورها و نشانه های بالینی OSAS است، توسط خانواده به تنبلی و بی انگیزگی نسبت داده شده بود (۱). این بیمار از خواب آلودگی طی روز شکایتی نداشت، بلکه از خستگی و کاهش تمرکز و تحریک پذیری طی روز شاکتی بود، یافته هایی که به افسردگی وی نسبت داده شده بود. نکته مهم در مورد این بیمار، اقدام به خودکشی علی رغم احساس کمبود انرژی و درمانهای ضد افسردگی بود. یافته فوق توسط خود بیمار به احساس درماندگی و ناامیدی از بهبودی نسبت داده شد. گزارش هایی از مواردی از افسردگی شدید سایکوتیک در زمینه OSAS وجود دارد که با درمان موثر بهبودی داشته اند (۱۸، ۱۹). در نهایت مجموعه علائم بیمار شامل اختلالات رفتاری، سردرد صبحگاهی، اختلالات خواب، احساس تنگی نفس در خواب و



شکل ۱- سه دقیقه از نمای پلی سونوگرافی بیمار که نشان دهنده آپنه های انسدادی مکرر همراه با اروزال و افت اشباع اکسیژن شریانی است



شکل ۲- آنالیز وقایع تنفسی در مطالعه پلی سونوگرافی

با توجه به یافته های فوق، درمان با دستگاه کمک تنفسی (CPAP) با فشار 10cmH₂O برای بیمار شروع شد. پس از دو هفته بهبودی واضح در سردردهای صبحگاهی و علائم خلقی وی دیده شد و نمره آزمون Beck افسردگی به ۹ (محدوده خفیف) رسید.

بحث

ارتباط نزدیک بین OSAS و افسردگی در مطالعات متعددی گزارش شده است (۱، ۱۶). به عبارتی، هم پوشانی علائمی همچون کاهش تمرکز، احساس خستگی و کمبود انرژی در طی روز می تواند در این سندرم و نیز افسردگی وجود داشته باشد (۱۷). شکایات فوق ممکن است تابلوی اصلی بیمار مبتلا به

^۲ Attention-deficit/hyperactivity disorder

^۱ Continuous Positive Airway Pressure

خروپف شبانه بود. علائم افسردگی وی با تشخیص سندرم وقفه تنفسی شدید خواب قابل توجهی و با درمان موثر آن تا حد قابل توجهی برطرف شد.

خروپف شبانه و بویژه هنگامی که پاسخ درمانی مناسبی به درمانهای ضد افسردگی وجود ندارد باید تقویت شود.

نتیجه گیری

سندرم وقفه تنفسی خواب ممکن است با نشانه های افسردگی و در کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری بروز کند. ظن بالینی فوق در بروز همزمان اضافه وزن و اخذ شرح حال

تشکر و قدردانی

نویسندگان از پرسنل محترم کلینیک خواب بیمارستان ابن سینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بویژه آقای دکتر هادی اسدپور، رییس محترم این کلینیک کمال سپاسگزاری را دارند.

References:

1. Azagra-Calero E, Espinar-Escalona E, Barrera-Mora JM, Llamas-Carreras JM, Solano-Reina E. Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS), review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* ۲۰۱۲ Nov ۱; ۱۷(۶):e۹۲۵-۹۲۹.
2. Kristiansen HA, Kværner KJ, Akre H, Øvrlind B, Sandvik L, Russell MB. Sleep apnea headache in general population. *Cephalalgia* ۲۰۱۲; ۳۲(۶):۴۵۱-۴۵۸.
3. Ho ML, Brass SD. Obstructive sleep apnea. *Neurol Int* ۲۰۱۱; ۳(۳):e۱۵.
4. Rezaeitalab F, Foroughipour M, Sasannejad P, Moharrari F, Farzadfar MT, Mousavi Mirzaei S M. The association of headaches with obstructive sleep apnea syndrome diagnose at the Sleep laboratory of Ebn-e-Sina hospital in Mashhad. *MJMS* ۲۰۱۴; ۵۶(۶):۳۲۳-۳۲۹.
5. Nguên XL, Rakotonanahary D, Chaskalovic J, Fleury B. Insomnia related to sleep apnea: effect of long-term auto-adjusting positive airway pressure treatment. *Eur Respir J* ۲۰۱۳ Mar; ۴۱(۳):۵۹۳-۶۰۰.
6. Arroll B, Fernando A, Goodyear-Smith F, Samaranayake C, Warman G. Prevalence of causes of insomnia in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* ۲۰۱۲; ۶۲(۵۹۵):e۹۹-۱۰۳.
7. Baharmam AS, Al-Shimemeri SA, Salama RI, Sharif MM. Clinical and polysomnographic characteristics and response to continous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea patients. *Sleep Med* ۲۰۱۳ Feb; ۱۴(۲):۱۴۹-۱۵۴.
8. Blesch L, Breese McCoy SJ. Obstructive Sleep Apnea Mimics Attention Deficit Disorder. *J Atten Disord*. ۲۰۱۳ Mar ۲۵.
9. Meir H. Principle and Practice of SLEEP MEDICINE. In: Cao MT, Guilemenault C, Kushida CA. Clinical Features and Evaluation of Obstructive Sleep Apnea. ۵th ed. Elsevier: Canada; ۲۰۱۱:۱۲۰۷-۱۲۱۲.
10. McNicholas WT, Bonsignore MR, and the Management Committee of EU COST ACTION B۲۶. Sleep apnea as independent risk factor for cardiovascular disease: current evidence, basic mechanisms and research priorities. *Eur Respir J* ۲۰۰۷; ۲۹(۱):۱۵۶-۱۷۸.
11. Lurie A. Cardiovascular disorders associated with obstructive sleep apnea. *Adv Cardiol* ۲۰۱۱; ۴۶:۱۹۷-۲۶۶.
12. Kielb SA, Ankoli-Israel S, Rebok GW, Spira AP. Cognition in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAS): Current clinical knowledge and the impact of treatment. *Neuromolecular Med* ۲۰۱۲ Sep; ۱۴(۳):۱۸۰-۱۹۳.
13. Galecki P, Florkowski A, Zboralski K, Pietras T, Szemraj J, Talarowska M. Psychiatric and psychological complications in obstructive sleep apnea syndrome. *Pneumonol Alergol Pol* ۲۰۱۱; ۷۹(۱): ۲۶-۳۱.
14. Rezaeitalab F, Moharrari F, Saberi S, Asadpour H, Rezaeitalab F. The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *J Res Med Sci* ۲۰۱۴; ۱۹(۳):۲۰۵-۲۱۰.
15. International Classification of Sleep Disorders. ۳rd ed. American Academy of Sleep Medicine: Darien IL; ۲۰۱۴.
16. Akashiba T, Kavahara S, Akahoshi T, Omori C, Saito O, Majima T, et al. Relationship between quality of life and mood or depression in patients with severe obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* ۲۰۰۲; ۱۲۲(۳):۸۶۱-۸۶۵.
17. Asghari A, Mohammadi F, Kamrava SK, Tavakoli S, Farhadi M. Severity of depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome. *Eur arch Otorhinolaryngol* ۲۰۱۲ Dec; ۲۶۹(۱۲):۲۵۴۹-۲۵۵۳.
18. Velasco-Rey MC, Sánchez-Muñoz M, Gutiérrez-López MI, Trujillo-Borrego A, Sánchez-Bonome L. Psychotic depression induced by Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (OSAS): a case reported. *Actas Esp Psiquiatr* ۲۰۱۲; ۴۰(۱):۴۳-۴۵.
19. Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of Psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep* ۲۰۰۵; ۲۸(۱۱):۱۴۰۵-۱۴۱۱.
20. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. ۲th ed. The international classification of headache disorders: *Cephalalgia* ۲۰۰۴; ۲۴(suppl ۱):۱-۱۵۱.