



Genital Semptomlarla Seyreden Willis-Ekbom Hastalığı

Willis-Ekbom Disease Presenting with Genital Symptoms

Selda Korkmaz, Murat Aksu

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Huzursuz bacaklar sendromu ya da yeni adı ile Willis-Ekbom Hastalığı (WEH), tipik olarak bacaklarda tarif edilmesi güç bir his ile karakterize uyku ile ilişkili hareket bozukluğudur. Nadiren izole ya da bacaklardaki semptomlara eşlik eden genital huzursuzluk semptomları gözlemlenebilir. Paylaştığımız olgu, bacaklarda hafif ancak sosyal yaşamını etkileyecek şiddette genital semptomları olan bir WEH olgusudur. Genital semptomlar, orgazm ve L-Dopa ile düzelmeye göstermektedir. Bu nedenle, bacaklar için tanımlanmış olan WEH tanı kriterlerini karşılayan genital semptomlu hastalarda WEH tanısı ayırıcı tanıda yer almalıdır. (JTSM 2014;3:82-3)

Anahtar Kelimeler: Huzursuz bacaklar sendromu, Willis-Ekbom hastalığı, genital semptomlar

Summary

Restless legs syndrome, which recently was coined as Willis-Ekbom disease (WED) is a sleep related movement disorder characterized by an indefinable sense in legs. Rarely, genital restless symptoms may be seen as isolated or accompanied by leg symptoms. Herein, we share a WED case mild leg symptoms and with severe genital symptoms affecting her social life. Genital symptoms have showed improvement by orgasm and L-dopa treatment. Therefore, WED should be considered in differential diagnosis of patients with genital symptoms fulfilling diagnostic criteria of WED defined for restless legs. (JTSM 2014;3:82-3)

Key Words: Restless legs syndrome, Willis-Ekbom disease, genital symptoms

Giriş

Huzursuz bacaklar sendromu ya da yeni adlandırma ile Willis-Ekbom hastalığı (WEH), sıklıkla bacaklarda nadiren diğer vücut bölgelerinde yanma, karıncalanma, batma ve bazen de tarif edilmesi güç bir his varlığı ile karakterize uyku ile ilişkili hareket bozukluğudur. Hastalık tanısı Uluslararası Uyku Bozuklukları (ICSD-2) tanı kriterlerine göre klinik olarak konur (1). Bu 4 temel klinik özelliğinin hepsinin varlığında hasta WEH tanısı alır; i. Rahatsız edici, hoş olmayan bir his varlığı, ii. Temel semptomun istirahatle artma göstermesi, iii. Hareket etme ya da germe ile kısmen ya da tamamen düzelmesi, iv. En şiddetli olarak akşam saatlerinde görülmesi. Bu temel klinik özelliklere ek olarak, mevcut durum başka bir medikal durum, uyku ya da nörolojik bozukluk ile açıklanamamalıdır. Tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan hastalarda; dopaminerjik tedavi yanıtı, aile öyküsü ve uykuda periyodik bacak hareketlerinin varlığı destekleyici tanı kriterleri olarak kullanılır.

Ancak, WEH semptomları, bacaklar dışında kol, yüz, genital bölge gibi atipik lokalizasyonlarda da görülebilmektedir (2-4). Biz burada, WEH semptomları bacaklarda hafif olmakla birlikte, uyku poliklinik başvurusuna neden olacak şiddette genital yakınmaları olan bir WEH olgusunu paylaşmak istiyoruz.

Olgu

Yirmi yedi yaşında kadın hasta, belirgin olarak cinsel bölgesinde, daha az şiddette bacaklarda yanma, kıpırtı hissi yakınması ile başvurdu. Şikayeti akşamları özellikle yatma sırasında ortaya çıkıyor ve bacaklarını yıkamakla rahatlama oluyormuş. Eşi, gece yatakta çok hareket ettiğinden şikayetçi imiş. Hastanın cinsel bölgesindeki kıpırtı hissi ancak ilişkiye girmekle düzeliyor, fakat kısa bir süre sonra tekrarlıyormuş. Hasta bir sene önce doğum yapmış, yakınması gebelik öncesinde hafif şiddette iken gebelikte belirgin artma göstermiş. Doğum sonrası yakınma şiddetinde azalma olmuş, ancak özellikle genital yakınması hastanın sosyal yaşamını etkileyecek şiddette devam ediyormuş. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Genel fizik muayenesi normal saptandı. Temel biyokimyasal ve kan sayımı tetkikleri normaldi, ayrıca serum demir, demir bağlama, ferritin, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastaya WEH tanısı ile L-Dopa başlandı ve tedavi ile belirgin düzelmeye gözlemlendi. Bu düzelmeye, hastalık şiddet derecelendirme skalası ile de ortaya kondu.

Tartışma

WEH'de genital semptomlar izole olabileceği gibi bizim vakamızda olduğu gibi bacaklardaki yakınmalara eşlik edebilir.

Literatürde, genital semptomların daha çok hastalığın ilerleyen dönemlerinde ya da menapoz sonrası görüldüğü tarif edilmiştir (5). Burada östrojenin WEH üzerine koruyucu etkisi öne sürülmektedir. Ancak östrojen ve WEH semptomları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışma sonuçları çelişkili bulunmuştur (6-8). Bizim olgumuzda günlük yaşamı etkileyecek şiddette WEH semptomları gebelik sırasında ortaya çıkmıştır. Ancak hastamız bize gebelik sürecinde değil, doğum sonrasında başvurmuştur. Çünkü hasta, özellikle genital semptomlarda belirgin artma olduğunu söylemiştir.

Olgudaki erken başlangıçlı genital semptomların nedeni bilinmemektedir. Daha az şiddette de olsa bacaklardaki semptomlar, WEH tanısı konmasında yardımcı olmuştur. Çünkü izole genital semptomları olan hastalar çoğunlukla başka birimlere başvurmaktadır. Diğer yandan, izole genital semptomların varlığı ayrıntılı ürolojik değerlendirme gerektirmektedir. Başka bir ürolojik hastalığı saptanmayan ve WEH'in bir parçası olarak tanımlanan bu olgular genital huzursuzluk sendromu olarak tanımlanmakta ve bacaklarda tanımlanan klinik tanı kriterleri genital şikayetler için de kullanılmaktadır. Bu olgularda, bizim olgumuzda olduğu gibi, orgazm ile kısmi ya da tamamen düzelme gözlenmiştir (9).

Sonuç olarak; WEH bacaklardaki tipik semptomlarla karakterize olmakla birlikte atipik anatomik lokalizasyon gösterebilmektedir. Bu anatomik lokalizasyonlardan birisi de genital bölgedir. Bu hasta grubunda da L-Dopa tedavisine olumlu yanıt alınan vaka örnekleri literatürde mevcuttur. Burada, tanı sürecinde en önemli nokta WEH tanısının akla gelmesidir.

Kaynaklar

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
2. Koo YS1, Lee GT, Lee SY, Cho YW, Jung KY. Topography of sensory symptoms in patients with drug-naïve restless legs syndrome. *Sleep Med* 2013;14:1369-74.
3. Horvath J, Landis T, Burkhard PR. Restless arms. *Lancet* 2008;371:530.
4. Akcali A, Ferini-Strambi L, Kaynak H, Karadeniz D, Akcali C. Genital restlessness (vulvodinia) events accompanying restless legs syndrome. *Sleep Med* 2009;10:395-6.
5. Waldinger MD, Venema PL, van Gils APG, Schweitzer DH. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis. *J Sex Med* 2009;6:2778-87.
6. Hachul H, Baracat EC, Soares JM Jr, Haidar MA, de Mello MT, Tufik S, Bittencourt LR. Estrogen therapy reduces nocturnal periodic limb movements. *Maturitas* 2007;58:319-22.
7. Pereira JC Jr, Rocha e Silva IR, Pradella-Hallinan M. Transient Willis-Ekbom's disease (restless legs syndrome) during pregnancy may be caused by estradiol-mediated dopamine overmodulation. *Med Hypotheses* 2013;80:205-8.
8. Hübner A, Krafft A, Gadiant S, Werth E, Zimmermann R, Bassetti CL. Characteristics and determinants of restless legs syndrome in pregnancy: a prospective study. *Neurology* 2013;80:738-42.
9. Waldinger MD, van Gils AP, Ottervanger HP, Vandenbroucke WV, Tavy DL. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part 1. MRI, EEG and Transvaginal ultrasonography Investigations. *J Sex Med* 2009;6:474-81.