

AİLE HEKİMLERİNİN, HUZURSUZ BACAK SENDROMU KONUSUNDAKİ FARKINDALIK, TUTUM VE BİLGİLERİ

Hülya Kahraman¹, Nilgün Özçakar², Mehtap Kartal²

¹Erzurum Oltu 9 Nolu Aile Hekimliği Birimi, Erzurum

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İzmir

ÖZET

Giriş: Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) tanısı temel olarak ayrıntılı anamnez ve detaylı fizik ve nörolojik muayeneye dayanmakta olup bu tanıyı doğrulayacak bir laboratuvar testi yoktur. Hastaların semptomları tanımlamada ve hekimlerin de tanımada yaşadıkları zorluk sıklıkla yanlış tanı ve tedavilerle sonuçlanmaktadır. Bu çalışma Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan hekimlerin HBS konusundaki farkındalık ve tutumları ile bilgi düzeylerini araştırmayı amaçlamıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipteki araştırma İzmir ili merkez ilçe ASM'lerinde çalışan 400 aile hekimi arasından 384 (%96) katılımcıyla tamamlanmıştır. HBS için aile hekimlerinde farkındalık, tutum ve bilgi düzeyini belirlemeye yönelik olan anket hekimin demografik bilgileri, HBS ile karşılaşma sıklığı, HBS hastasını yönetmedeki tutumu, mezuniyet sonrası HBS ile ilgili eğitim etkinliğine katılımı, hastalık için tercih edilen tanı kodları ve bilgi sorularını içermektedir. Veriler hazırlanan anketin hekimlerin çalışma ortamında, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış, SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değeri-

rilmesinde ki kare, t testi ve tek yönlü varyans analizi testleri uygulanmış, $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması $43,21 \pm 7,00$ olan hekimlerin %60,2'si ($n=231$) erkek olup meslekteki ortalama süreleri ise $18,90 \pm 6,24$ yıldır. Hekimlerin %94'ü ($n=361$) mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılmamıştır ve %50,3'ü ($n=193$) hiç HBS tanısı koymamıştır. Hekimlerin ortalama bilgi puanı; $2,70 \pm 2,05$ olarak saptanmıştır. Kadın hekimler, mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılan hekimler ve kendi ve/veya yakınında HBS tanısı olan hekimlerin ortalama bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Hekimlerin ortalama bilgi puanları bazı gruplarda anlamlı yüksek bulunsada da, genel olarak düşüktür. Aile hekimlerinin hem HBS tanısı hem de yönetimi ile ilgili bilgilendirilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Huzursuz bacak sendromu, uykusuzluk, birinci basamak, farkındalık Nobel Med 2015; 11(2): 29-35

AWARENESS, ATTITUDE AND KNOWLEDGE OF FAMILY PHYSICIANS ABOUT RESTLESS LEGS SYNDROME

ABSTRACT

Objective: Restless Leg Syndrome (RLS) is basically based on a detailed history, physical and neurological examination, however has no laboratory test for confirmation. The difficulty in patients' symptom descriptions and recognition of them by physicians often results in incorrect diagnosis and treatment. This study aimed to determine the awareness, attitude and knowledge of family physicians about RLS.

Material and Method: This cross-sectional study completed by 384 (96%) out of 400 physicians who have been working in family health centers in central towns of İzmir. A questionnaire was applied to the physicians to investigate the awareness and the acquisitions of them about RLS. The questionnaire included questions investigating how frequently the physician encounters RLS, how she/he manages the patient, participation of the physician in training activities after graduation about RLS, diagnosis codes she/he prefers, demographic data of the physician and her/his level of knowledge about RLS. The

data were gathered with face to face interview in her/his office atmosphere by applying questionnaire and evaluated by SPSS 15.0 program. When evaluating the data Chi-Square and Independent Samples t Test with One-Way ANOVA were used and founded that $p < 0.05$, accepted as significant.

Results: The mean age of physicians was 43.21 ± 7.00 and 60.2% (231) were men and the career period was 18.90 ± 6.24 years. Of the physicians, 94% (361) did not participate in any educational program about RLS, and 50.3% (193) never diagnosed RLS. The mean knowledge score of the physicians was 2.70 ± 2.05 . Women gender, physicians who participated in any educational program after graduation and the ones who have diagnosis of RLS of herself/himself and/or relatives had significantly higher scores of knowledge.

Discussion: Even though some of the physicians had higher knowledge scores, the scores were low in general. It would be useful for family physicians to be reminded of both about diagnosis and management of RLS.

Keywords: Restless legs syndrome, insomnia, primary health care, awareness *Nobel Med 2015; 11(2): 29-35*

GİRİŞ

Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), bacaklarda güçlü ve karşı konulmaz bir hareket ettirme dürtüsüyle ortaya çıkan, kronik, ilerleyici veya tekrarlayıcı bir hastalıktır. Hastalar hareketle semptomlarında geçici bir rahatlama yaşarken, hareket etme isteği genellikle bacaklarda hemen daima bilateral ve simetrik olarak tanımlanır.¹⁻³ Çoğunlukla hareket etme isteğine bir tetikleyici faktör olmaksızın naohş duyuşal bir semptom eşlik eder. Hasta ifadesine dayanan klinik bir tanı olan HBS için tanı kriterleri ilk kez 1995 yılında yayınlanmış, 2003 yılında güncellenmiştir. Bu kriterler genellikle bacaklarda huzursuzluk hissi veya hoş olmayan duyuma eşlik eden hareket etme ihtiyacı, semptomların uzanma veya oturma gibi hareket-siz durumlarda ortaya çıkması ve/veya artması, hareket ile semptomlarda rahatlama veya ortadan kalkma, semptomların akşam veya gece saatlerinde ortaya çıkması veya daha belirgin olması şeklinde sıralanmaktadır. Tanı için 4 kriterin aynı anda karşılanması yanında, bu durumun mevcut diğere uyku bozukluğu, tıbbi veya nörolojik bozukluk, mental bozukluk, ilaç veya madde kullanım bozukluğu ile daha iyi açıklanamaması gerekir.^{2,4} HBS sıklığı batı ülkelerinde %7,2-11,5, Amerika'da %5-10 arasında değişmektedir.^{1,3} Türkiye'de genel prevalans %3,19-3,40 arasında, gebelerde %19, adölesan yaş grubunda %2,74 olarak belirtilmiştir.⁵⁻⁸ Üniversiteli gençler arasında yapılan bir çalışmada ise prevalans %18,4 bulunmuştur.⁹

HBS tanısı temel olarak ayrıntılı anamnez ve detaylı fizik ve nörolojik muayeneye dayanmakta olup bu tanıyı doğrulayacak bir laboratuvar testi yoktur. Fizik muayene, sekonder HBS ve komorbid durumlar dışında genellikle normaldir.⁴ HBS hastalarında tek maliyet etkin test, semptom şiddetiyle ters orantılı olan, serum ferritin düzeyidir.^{4,10} HBS'li gebe ve yaşlılarda B₁₂ vitamini ve folik asit eksikliği siktir.⁴ HBS için tanımlanmış risk faktörleri arasında; pozitif aile öyküsü, ileri yaş, kadın cinsiyet, demir eksikliği, böbrek yetmezliği, gebelik ve obezite sayılabilir.¹¹

HBS insomnia yaratan sebeplerden biridir ve hastalar sıklıkla bu yakınma ile hekime başvururlar. Depresyon yaygın olarak görülür ve depresyon tedavisi, HBS semptomlarını artıran bazı antidepressanların kullanımı ile zaman zaman zorlaşabilir. Aneminin varlığı ya da yokluğuna bağlı olmaksızın demir eksikliği HBS'nin önemli nedenlerindedir.^{1,4,12,13} HBS'yi tetikleyen veya semptomlarını artırabilen bazı antiemetikler, antipsikotikler, dekonjestanlar, antitussifler, SSRI'lar gibi pek çok ilaç sayılabilir.^{10,14-17}

Geç başlangıçlı form olan sekonder HBS'ye neden olabilen başlıca hastalık veya durumlar arasında demir eksikliği, gebelik, böbrek yetmezliği, bazı romatolojik hastalıklar, diyabet, hipotiroidi, periferel vasküler hastalık, vitamin eksiklikleri ve obeziteden söz edilebilir.

Bu durumlarda neden ortadan kalkar ya da tedavi edilirse semptomlar düzelir.^{4,12,16,18,19}

Ayrıncı tanıda periyodik ekstremitte hareket bozukluğu, miyelopati ve radikülopati, noktürnal bacak krampları, ağırlı periferik nöropati, artrit, pozisyonel rahatsızlık, nöroleptiklere bağlı akatizi, konjestif kalp yetmezliği, vasküler veya nörojenik kladikasyon, anksiyete, depresyon, çocuklarda büyüme ağrıları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu düşünülmelidir.^{4,16}

HBS bazı yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun farmakolojik tedavilerle kontrol altına alınabilir.^{4,14,20} Hastalara alkol, kafein ve sigara kullanımından kaçınma, günlük egzersiz, uyku hijyeni, gevşeme teknikleri gibi önerilerde bulunulmalıdır.^{3,14,21-24} Farmakolojik tedavi herhangi bir sağaltıcı etkiden ziyade sadece semptomatik rahatlama sağlar. HBS tedavisinde ilk seçenek dopaminergik ilaçlardır.²³ Diğer seçenekler arasında opioidler, antikonvülsanlar, benzodiazepinler, adrenerjik ilaçlar vardır.^{10,14,15,25}

Yakınmalar dikkate alındığında hastaların çoğu tanı alamadığı, tanı alanların ise çok azının doğru tedavi edildiği görülmektedir. Semptomları tanımlamada yaşanan zorluk ve hekimlerin de bu sendromu yeterince tanımamaları, sıklıkla yanlış tanı ve tedavilerle sonuçlanmaktadır. Özellikle birinci basamakta yanlış tanı ve uygun olmayan tedavi sıklığı, hasta memnuniyeti ve sağlık kaynaklarının kullanımı üzerine olumsuz etkilere neden olmaktadır.¹¹ Çalışmamızın amacı birinci basamakta ayrıntılı anamnezle kolayca tanınabilecek HBS'ye dikkat çekmek üzere hekimlerin bilgi düzeyi ve farkındalığını değerlendirmektir.

MATERYAL ve METOT

Tanımlayıcı, kesitsel araştırma, İzmir ili 11 merkez ilçe evreninden basit rastgele yöntem ile belirlenen altı ilçedeki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'inde çalışan aile hekimleri ile yapılmıştır. Araştırma, katılması hedeflenen 400 hekimden 384'ü (%96) ile tamamlanmıştır.

Hekimlere demografik özellikleri yanında HBS ile karşılaşma sıklığını, HBS hastasını yönetmedeki tutumunu, mezuniyet sonrası HBS ile ilgili eğitim etkinliğine katılımını, hastalık için tercih edilen tanı kodlarını ve hekimin farkındalığı ve bilgi düzeyini belirlemeye yönelik sorular içeren bir anket hazırlanmıştır.

Hekimlerin bilgisi çoktan seçmeli olarak sorulan 10 soru ile sınanmış, bilgi puanlaması doğru yanıtlara 1, yanlış ve bilmiyorum şeklinde yanıtlananlara 0 değeri verilerek hesaplanmıştır. Hekimin o anki farkındalığı ve bilgi düzeyini ölçmek amacı ile önceden anket konusu bildirilmemiş ve anket tek uygulayıcı tarafından,

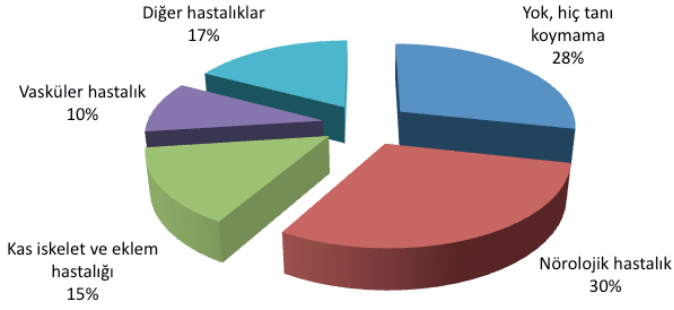
Tablo 1: Hekimlerin sosyodemografik özellikleri			
	Kişi sayısı (n=384)	Ortalama	SS
Cinsiyet			
Erkek	231 (60,2)		
Kadın	153 (39,8)		
Yaş (yıl)		43,21	7,00
Meslek süresi (yıl)		18,90	6,24
15 yıl altı	109 (28,4)		
16-21 yıl	146 (38,0)		
21 yıl üzeri	129 (33,6)		
Uzmanlık			
Var	48 (12,5)		
Yok	336 (87,5)		
Kayıtlı hasta sayısı		3421,25	556,73
<3100	83 (21,6)		
3100-3400	73 (19,0)		
3401-3800	130 (33,9)		
>3800	98 (25,5)		
Günlük ortalama hasta sayısı		56,50	16,69
<41	82 (21,4)		
41-55	106 (27,6)		
56-70	135 (35,2)		
>70	61 (15,9)		
Mezuniyet sonrası eğitim etkinlikleri			
Yok	361 (94)		
Var	23 (6,0)		

her ziyaret edilen hekim için eş zamanlı olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

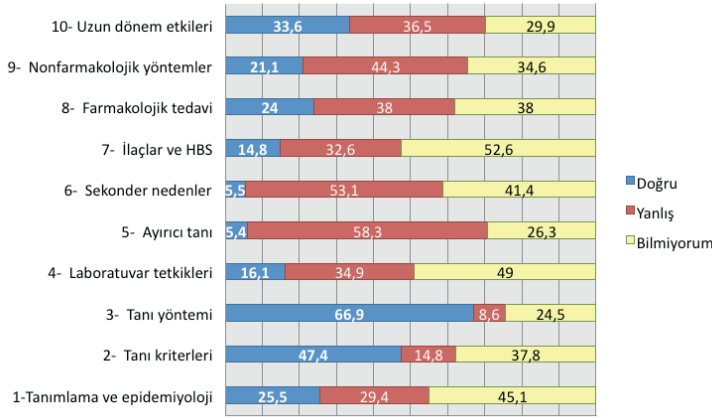
Çalışmada elde edilen veriler, istatistiksel analizler için SPSS 15.0 programı kullanılarak Ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi ile tek yönlü varyans analizi testleri ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 384 hekimin yaş ortalaması $43,21 \pm 7,00$ (min. 29-maks. 63) yıldır. Katılımcıların %60,2'si (231) erkek olup meslekteki ortalama süreleri $18,90 \pm 6,24$ (min.5-maks.35) yıldır. Hekimlerin 48'i uzman olup, bu hekimlerin 41'i Aile Hekimliği, üçü Halk Sağlığı, bir hekim Pediatri ve bir hekim de Fizyoloji uzmanıydı. Hekimlerin ifadelerine göre ortalama kayıtlı nüfusu 3421 birey, bir günde baktıkları hasta sayısı ise ortalama 57'dir (Tablo 1). Hekimlerin %94'ü (n=361) mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılmamış ve %50,3'ü (n=193) hiç HBS tanısı koymamıştır.



Şekil 1. Hekimlerin HBS tanısı için kullandıkları tanı grupları (%)



Şekil 2. Hekimlerin HBS ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtlar (%)

Hekimlere HBS hastaları ile ilgili pratik uygulamaları sorulduğunda %4,4'ü sadece tanı koyma, %10,2'si sadece ilaç yazma, %2,6'sı tanı koymaksızın hasta izlemi, %16,7'si HBS ön tanısıyla uzmana sevk etme şeklinde ifade etmişlerdir.

Birinci basamakta kullanılan tanı kodlama sisteminde, hekimler HBS düşündükleri hastada sıklıkla nörolojik hastalıklar %29,9 (n=115), kas iskelet ve eklem hastalıkları %14,6 (n=56), vasküler hastalıklar %9,9 (n=38) ile ilgili tanı kodlarını tercih etmiştir (Şekil 1). Tercih edilen tanı kodlarının %17,2'sini içeren diğer hastalıklar grubunda, tanımlanmamış ağrı %9,9 (n=38), psikiyatrik bozukluk %3,6 (n=14), magnezyum eksikliği %0,8 (n=3), uyku bozukluğu %0,5 (n=2), tremor %0,3 (n=1), avitaminoz %0,3 (n=1) tanıları kullanılırken, %1,8 (n=7) oranındaki az bir hekim grubu pratik uygulamada reçeteye "HBS" tanısı eklemiştir. Hekimlerin %28,4'ü (n=109) ise herhangi bir tanı kodunu tercih etmemiştir.

HBS tanısı hekimlerin %75'inin (n=288) kendilerinde ya da yakınlarında bulunmazken, %4,7 (n=18) hekimin sadece kendisinde, %13,5 (n=52) hekimin sadece yakınlarında, %6,8 (n=26) hekimin ise hem kendisi hem de yakınlarında HBS tanısı bulunmaktaydı. Çalışmamıza katılan hekimler arasında HBS sıklığı %11,5 (n=44) olup kadın erkek oranı 1,75 bulunmuştur.

Sorulan sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde hekimlerin en çok bildikleri soru %66,9 ile HBS "tanı yöntemi", en az bildikleri soru ise %5,5 ile "sekonder nedenler" kapsamıdır. Hekimlerin en sık "bilmiyorum" seçeneğini işaretledikleri soru %52,6 ile "ilaçlar ve HBS"dir. Hekimlerin en fazla yanlış yanıtladıkları soru ise %38 ile "ayırıcı tanı"ya ilişkindir. Bu soruda hekimler yanlış seçenek olarak en fazla "dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu" seçeneğini işaretlemiştir (Şekil 2).

Hekimlerin ortalama bilgi puanı; 2,70±2,05 (min=0, maks=10) olarak saptanmıştır. Kadınların (p=0,012) ve meslekte 16-21 yılını tamamlamış hekimlerin (p=0,017) ortalama bilgi puanları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tanımlama ve epidemiyoloji", "tanı yöntemi" ve "farmakolojik tedavi" içerikli soruları doğru yanıtlama oranları mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılmış olan hekim grubunda, eğitim almayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek (sırasıyla p=0,023, p=0,010, p=0,010) bulunmuştur.

Hekimin HBS ile ilgili pratik bir uygulamasının olması (tanı koyma, ilaç yazma, izlem, ön tanıyla uzmana sevk) durumunda ortalama bilgi puanları yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 2).

HBS tanısını düşünerek bir tanı kodu tercih etmeyen hekimlerin ortalama bilgi puanları herhangi bir tanı kodunu tercih edenlere göre düşük bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 3).

Kendisinde ve/veya yakınında HBS tanısı olan hekimlerin ortalama bilgi puanları olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (p<0,001). En yüksek ortalama bilgi puanı 3,94±2,23 ile yalnızca kendisinde HBS tanısı olan hekim grubuna aittir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Türkiye'de yapılmış toplum tabanlı prevalans çalışmalarında HBS sıklığı %3,19-3,40 arasında bulunmuştur.^{5,6} Bu değerler Avrupa ve Amerika verilerine göre düşüktür.²⁶⁻²⁸ Ancak ülkemiz için de, özellikle yaşla birlikte artan prevalansıya, diğer hastalıklarla kıyaslandığında, birçok kronik hastalıktan daha sık görülmektedir.^{6,29,30}

Hekimlerin büyük bir kısmının HBS'yi yeterince tanımadığı veya önemsemediği, doğru tanı koyabilenlerince sıklıkla yanlış tedavi tercihlerinde buldukları çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur.^{6-8,26-28,31,33-37} Bu çalışmada hekimlerin HBS konusundaki tutumlarını ve bilgi gereksinimlerini belirleyerek farkındalıklarını artırmak hedeflenmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin

HBS ile ilgili tanı koyma, ilaç yazma, izleme ve sevk etme pratikleri değerlendirildiğinde farkındalıklarının çok düşük olduğu görülmektedir ki bu durum bilgi puanlarına da yansımış ve 10 üzerinden ortalama bilgi puanları $2,70 \pm 2,05$ olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimler arasındaki HBS sıklığı ve kadın/erkek oranı batı ülkelerindeki verilere benzer olmakla birlikte Türkiye’de yapılmış toplum tabanlı çalışmalara göre yüksek bulunmuştur.²⁶⁻²⁸ Bu durum hekimlerdeki yüksek hastalık algısı ve bilgi düzeyine bağlanabilir. Ayrıca hastalığın yaşla birlikte artması ve klinik pratikte görülen hastaların veya tanı konma yaşının genellikle 40-50’li yaşlar olması ki bu çalışma örnekleminin ortalama yaşı $43,21 \pm 7,00$ olması bu durumu açıklayan bir diğer etken olabilir.^{3,4,6,29}

Bilgi düzeyi genel olarak çok düşük olmakla birlikte kadınların ve uzman hekimlerin ortalama bilgi puanları daha yüksektir. Uzman hekimlerin çoğu “Aile Hekimliği” uzmanı olmakla birlikte uzman olan ve olmayanlar arasındaki ortalama bilgi puanı arasındaki farkın anlamlı bulunmaması tıp fakültesi müfredatında olduğu gibi “Aile Hekimliği” uzmanlık programında da HBS’nin yeterince ele alınmadığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin çok az bir kısmı mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılmış olup bu hekimlerin ortalama bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin HBS ile ilgili sisteme girebilecekleri spesifik bir tanı kodunun olmaması, sıklıkla yanlış veya farklı tanı gruplarını tercih etmeye yönlendirmiştir. Yaklaşık her beş hekimden birinin herhangi bir tanı kodu kullanmaması zorlama tanı koymaya alternatif bir tercih şeklinde yorumlanabilir. Tanı noktasında hekimler sıklıkla verdikleri farmakolojik tedavi seçeneklerine uygun tanıları kullanmışlar ve hastalarını en sık nörolojik hastalık tanılarıyla değerlendirmişlerdir. REST çalışmasında HBS semptomları olan hastaların son bir yıl içinde aldıkları tanıları bakıldığında, %12 oranında hasta nöropati veya radikülopati tanısı almıştır.²⁷ Çalışmamızda nörolojik hastalık grubuna dahil hekimler çoğunlukla “nöropati” ile ilgili tanı kodlarını tercih ederken, sadece 3 hekim “ekstrapiramidal hareket bozukluğu” tanısını kullanmıştır. Bir hekimse dopaminerjik tedavinin HBS’de ödenmemesi nedeniyle “Parkinson hastalığı” ile ilgili tanı kodunu tercih etmiştir.

Çalışmamızda hekimler muhtemelen girdikleri tanı koduna göre tedavi düzenledikleri için, HBS düşündükleri hastalarını “tanımlanmamış ağrı” ile değerlendirerek, en az her dört hastadan birine analjezik reçete etmişlerdir. Bu bulgu INSTANT çalışmasındaki tedavi alanların %25,7’sine analjezik reçete edilmesiyle ben-

Tablo 2: Hekimlerin HBS ile ilgili pratik uygulamalarına göre ortalama bilgi puanları

	Bilgi Puanı Ortalama	SS	p değeri
Sadece tanı koyma			
Var	3,46	1,94	<0,001
Yok	1,95	1,88	
Sadece ilaç yazma			
Var	3,13	1,90	<0,001
Yok	1,97	2,10	
Sadece izlenen			
Var	3,16	1,94	<0,001
Yok	2,25	2,06	
Uzmana sevk edilen			
Var	3,10	1,79	<0,001
Yok	2,12	2,27	

Tablo 3: Hekimlerin HBS ile ilgili tercih ettikleri tanı kodlarına göre ortalama bilgi puanları

	Bilgi Puanı Ortalama	SS	p değeri
Tanı grupları			
Tanı koymamış olmak	1,51	1,85	<0,001
Nörolojik hastalık	3,16	1,89	
Vasküler hastalık	3,13	1,97	
Kas- eklem hastalığı	3,04	1,98	
Diğer hastalıklar	3,35	1,99	

Tablo 4: Kendi ve/veya yakınlarında HBS tanısı olan hekimlerin ortalama bilgi puanları

	Bilgi Puanı Ortalama	SS	p değeri
HBS tanı durumu			
HBS tanısı yok	2,36	1,90	<0,001
HBS tanısı var	3,73	2,15	
Yalnız hekimin HBS tanısı var	3,94	2,23	
Yalnız hekimin yanında HBS tanısı var	3,71	2,13	
Hekimde ve yanında HBS tanısı var	3,62	2,23	
HBS: Huzursuz bacak sendromu			

zerlik göstermektedir.²⁶ Çalışmamızda %9,9 hekim HBS için vasküler hastalık ile ilgili tanı kodlarını tercih etmiştir. INSTANT çalışmasında anti-iskemik veya venotonik ilaçların tercih edilme oranı %38,1 iken, DESYR çalışmasında ise HBS popülasyonunda hastaların %63,7’sine venotonik bir ilaç reçetelenmiştir.^{26,28}

Çalışmamızda uyku bozukluğu tanısı %0,5 oranında tercih edilirken, DESYR çalışmasında %10,4 HBS hastasına insomnia tanısı konmuştur. Bu yüksek farklılık DESYR çalışmasının uyku ve bacak şikayeti olan hastaları kapsamından kaynaklanabilir.²⁸ REST çalışmasında ise HBS semptomlarına sahip hastalar son bir yıl

içinde %26,9 oranında insomnia veya uyku bozukluğu tanısı almışlardır.²⁷

Çalışmamızda sadece yedi hekimin reçeteye ayrıca HBS yazmayı uygun bulmuş olması, katılan hekimlerin çok azında gerçek anlamda HBS farkındalığı olduğunu gösteren önemli bir bulgudur. INSTANT çalışmasında hekimlerin HBS tanısı koyma oranı %5,3 iken bu oran DESYR çalışmasında %0,03'tür.^{26,28}

Ortalama bilgi puanları, herhangi bir tanı kodunu tercih etmeyen hekim grubunda tanı kodu tercih eden gruplara göre anlamlı düşük bulunmuştur. Tercih edilen tanı kodlarına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Bu hekimlerin tanı kodlarını çok da bilinçli seçmediklerini, genellikle ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalık (nöropati, venöz yetmezlik gibi) kodlarını tercih etmelerini desteklemektedir.

Birinci basamakta her hastalıkta olduğu gibi, ama özellikle de HBS için ayrıntılı anamnez çok önemlidir. Ama bu farkındalık hastalık bilgisiyle desteklenmediği zaman anlamını yitirmektedir. Nitekim doğru tanı için hekimin dikkati ve deneyimi kadar hastalık ile ilgili bilgileri de önemlidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde her ne kadar en çok bilinen soru "tanı yöntemi" içerikli soru ise de her üç hekimden birinin bu bilgiye sahip olmaması bilgi açığının boyutunu ortaya koymaktadır.

"Ayırıcı tanı" içerikli soru en fazla yanlış işaretlenen sorudur. Bu soruda yanlış olarak en fazla "dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu" seçeneğini işaretleyen hekimler, muhtemelen hastalığın pediatrik yaş grubunu etkilemediği kanısına sahiptirler. Bu bulgu, pediatrik yaş grubunda tanının daha çok atlandığını gösteren Peds REST çalışmasıyla paralellik göstermektedir.³¹

Aile Hekimliğinde, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile ele alınarak, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi esastır.³⁸ Hastanın eşlik eden komorbid durumları ve kullandığı tüm ilaçlara hakim olan aile hekimi, psikolojik ve sosyal yaşantıyı önemli ölçüde etkileyen ve pek çok sekonder nedeni olan HBS'yi tanıma ve yönetmede kilit role sahiptir. Konu bu açıdan da değerlendirildiğine hekimlerin çok az kısmının "sekonder nedenler" konusunda bilgi sahibi olması, bilgi içeriğinin önemini de tekrar gündeme getirmektedir.

SONUÇ

HBS, toplumda sık görülmesi yanında, önemli sosyal ve tıbbi sonuçları nedeniyle yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip bir hastalıktır. Yanlış tanı ve tedavi oranlarının yüksekliği sadece sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılmasına değil sağlık bakım kalitesinin de düşük olmasına neden olur. Birinci basamak hekimlerinin hem HBS tanısı hem de yönetimi ile ilgili kapsamlı bir eğitime ihtiyaçları vardır.

Birinci basamak hekimi hastalıklarının hem tanısı hem de yönetiminde kilit role sahiptir. Bu sebeple, tanı kriterleri zaman içinde oluşan, toplumdaki prevalansı giderek artan HBS gibi güncel tıp sorunlarına hem tıp eğitimi içinde hem de "Aile Hekimliği" uzmanlık eğitimi sürecinde yer verilmesi ve mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi programlarıyla hekimlerin desteklenmeleri gerekmektedir. Ayrıca birinci basamakta kullanılan tanı kodlarına, ICPC-2'de olduğu gibi, HBS'ye spesifik bir tanı kodunun eklenmesi, hekimlerdeki farkındalığı arttırmaya ve bu konudaki istatistiklerin gerçeği yansıtmasına katkıda bulunacaktır.³⁹

*** Yazarlar herhangi bir çıkar ilişkisi içinde bulunmadıklarını bildirmiştir.**

C	İLETİŞİM İÇİN: Mehtap Kartal Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 35340, İnciraltı, İzmir mehtapkartal@gmail.com
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 17 / 04 / 2014 • KABUL TARİHİ: 13 / 10 / 2014

KAYNAKLAR

1. Barriere G, Cazalets JR, Bioulac B, et al. The restless legs syndrome. Prog Neurobiol 2005; 77: 139-165.
2. Benes H, Walters AS, Allen RP, et al. Definition of restless legs syndrome, how to diagnose it, and how to differentiate it from RLS mimics. Mov Disord 2007; 22: 401-408.
3. Thorpy MJ. Restless legs syndrome and periodic limb movements. In: Current Clinical Practice: Primary Care Sleep Medicine, A Practical Guide. Eds. Pagel JF, Pandi-Perumal SR. Totowa NJ, Humana Press Inc 2007; 283-294.
4. Ekblom K, Ulfberg J. Restless legs syndrome. J Intern Med 2009; 266: 419-431.
5. Sevim S, Dogu O, Camdeviren H, et al. Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey. Neurology 2003; 61: 1562-1569.
6. Taşdemir M, Erdoğan H, Türk Börü Ü, et al. Epidemiology of restless legs syndrome in Turkish adults on the western Black Sea coast of Turkey: A door-to-door study in a rural area. Sleep Med 2010; 11: 82-86.
7. Kır Şahin F, Köken G, Coşar E, ve ark. Gebelerde huzursuz bacak sendromu sıklığı. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2007; 4: 246-249.
8. Turkdogan D, Bekiroglu N, Zaimoglu S. A prevalence study of restless legs syndrome in Turkish children and adolescents. Sleep Med 2011; 12: 315-321.
9. Aydemir Özcan T, Meral H, Özcan H. Ordu Üniversitesi Öğrencileri Arasında Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı, Özellikleri ve Farkındalığı. Nöropsikiyatri Arşivi 2012; 49: 175-179.
10. Hensley JG. Leg Cramps and restless legs syndrome during pregnancy. J Midwifery Womens Health 2009; 54: 211-218.

11. Sahin G, Akbostancı MC. Huzursuz Bacak Sendromu: Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar. Ankara, Veri Medikal Yayıncılık 2008.
12. Bayard M, Avonda T, Wadzinski J. Restless legs syndrome. Am Fam Physician 2008; 78: 235-240.
13. Jellen LC, Beard JL, Jones BC. Systems genetics analysis of iron regulation in the brain. Biochimie 2009; 91: 1255-1259.
14. Chaudhri KR, Ferini-Strambi L, Rye D. Restless Legs Syndrome. Oxford, Oxford University Press 2009.
15. Ondo WG. Restless legs syndrome. Neurol Clin 2009; 27: 779-799.
16. Ubogu EE. Sleep disorders Part III: Clinical Vignettes: General Neurology Chapter 16 In: A Concise and Systematic Approach to Clinical Practice. Neurology Oral Boards Review 2005; 189-199.
17. Hardesty DE, Victor D, Frucht SJ. Excessive daytime sleepiness. In: Current Clinical Neurology, Parkinson's Disease and Nonmotor Dysfunction. Ed. Pfeiffer RF, Bodis-Wollner I. Totowa NJ, Humana Press Inc. 2005; III: 199-207.
18. Hening WA, Caivano CK. Restless legs syndrome: a common disorder in patients with rheumatologic conditions. Semin Arthritis Rheum 2007; 38: 55-62.
19. Restless Legs Syndrome. http://www.uptodate.com/contents/restless-legs-syndrome?source=see_link adresinden 02.02.2014 tarihinde erişilmiştir.
20. Hening WA, Allen RP, Chaudhuri KR, et al. Clinical significance of RLS. Mov Disord 2007; 22: 395-400.
21. Clark M. Restless legs syndrome. Current Clinical Practice, In: Essential Practice Guidelines in Primary Care. Ed Skolnik NS. Totowa NJ, Humana Press Inc 2007; VI: 317-321.
22. Yee B. Restless legs syndrome. Austr Fam Physician 2009; 38: 296-300.
23. Ferini-Strambi L, Manconi M. Treatment of restless legs syndrome. Parkinsonism Relat Disord 2009; 15 (supp4):S65-70.
24. Restless Legs Syndrome. http://www.helpguide.org/life/restless_leg_syndrome_rls.htm adresinden 02.02.2014 tarihinde erişilmiştir.
25. Ferini-Strambi L. Treatment options for restless legs syndrome. Expert Opin Pharmacother 2009; 10: 545-554.
26. Tison F, Crochard A, Leger D, et al. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT study. Neurology 2005; 65: 239-246.
27. Hening W, Walters AS, Allen RP, et al. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: The REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. Sleep Med 2004; 5: 237-246.
28. Crochard A, El Hasnaoui A, Pouchain D, et al. Diagnostic Indicators of restless legs syndrome in primary care consultations: the DESYR Study. Mov Disord 2007; 22: 791-797.
29. Erer Özbek S, Zarifoğlu M, Karlı N, ve ark. Hareket bozukluklarının Bursa ili Orhangazi ilçesinde görülme prevalansı: Türkiye toplum tabanlı prevalans çalışması. Türk Nörol Derg 2009; 15: 109-118.
30. Curgunlu A, Doventas A, Karadeniz D, et al. Prevalence and characteristics of restless legs syndrome [RLS] in the elderly and the relation of serum ferritin levels with disease severity: hospital-based study from Istanbul, Turkey. Arch Gerontol Geriatr 2012; 55: 73-76.
31. Picchetti D, Allen RP, Walters AS, et al. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents - the Peds REST Study. Pediatrics 2007; 120: 253-266.
32. Yılmaz Küsbeci Ö, Ayhan Ş, Bayram FB, ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde huzursuz bacak sendromu prevalansı. Parkinson Hast Hareket Boz Der 2009; 12: 13-17.
33. Tuncel D, Orhan FÖ, Karaaslan MF. The levels of depression and somatization in restless legs syndrome. Klinik Psikofarmakol Bülteni 2009; 19: 143-147.
34. Vijvera D, Walleyb T, Petric H. Epidemiology of restless legs syndrome as diagnosed in UK primary care. Sleep Med 2004; 5: 435-440.
35. Nichols DA, Allen RP, Grauke JH, et al. Restless legs syndrome symptoms in primary care. Arch Intern Med. 2003;163: 2323-2329.
36. Hadjigeorgiou GM, Stefanidis I, Dardiotisa E, et al. Low RLS prevalence and awareness in central Greece: an epidemiological Survey Eur J Neurol 2007; 14: 1275-1280.
37. Allen RP, Stillman P, Myers AJ. Physician-diagnosed restless legs syndrome in a large sample of primary medical care patients in Western Europe: prevalence and characteristics. Sleep Med 2010; 11: 31-37.
38. Ünal P. Aile Hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları- 1. aşama - T.C. Sağlık Bakanlığı 1. Basım Ankara 2004; 11-15.
39. WONCA International Classification Committee. International Classification of Primary Care (ICPC-2-R), Revised second edition. Oxford, Oxford University Press 2006; 91.

• *Araştırma, "The Art & Science of General Practice, 18th WONCA EUROPE CONFERENCE" (Austria Center Vienna, July 4-7, 2012)'de poster bildirisi olarak sunulmuştur.*
