

Mitral valv prolapsusu ve panik bozukluğu ilişkisi: Karşılaştırmalı bir çalışma

Lut TAMAM,¹ Nurgül ÖZPOYRAZ,² Mustafa ŞAN,³ Abdi BOZKURT⁴

ÖZET

Amaç: Mitral valv prolapsusu (MVP) göğüs ağrısı, çarpıntı, aritmi, nefes darlığı, sersemlik hissi, yorgunluk, sıkıntı gibi çeşitli belirtilerle panik bozukluğuna (PB) benzeyen bir klinik tablo sergiler. Bu benzerlikler iki bozukluk arasında nedensel bir ilişkinin olabileceği düşüncesine yol açmıştır. Bu çalışmanın amacı, MVP ile PB arasındaki ilişkiyi çok yönlü olarak değerlendirmek ve aradaki ilişkinin doğasını aydınlatmaya çalışmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya 50 MVP, 50 PB ve 50 sağlıklı denek alınmıştır. Tüm olgulara kardiyologlar tarafından ekokardiyografi yapılarak MVP varlığı değerlendirilmiş ve prolapsus düzeyleri saptanmıştır. Tüm olgulara SCID-I (klinisyen versiyonu), Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) uygulanmıştır. **Bulgular:** MVP ile PB benzer yaş gruplarında ve kadın/erkek oranı 2/1 olarak belirlenmiştir. MVP olgularının %16'sında ve kontrol grubunun %2'sinde PB saptanmış, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Psikometrik ölçeklerin hepsinde ortalama puanlar PB grubunda MVP ve kontrol grubundan, MVP grubunda da kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti. PB olgularının %12'sinde MVP saptandı. **Tartışma:** Bu bulgulara dayanarak MVP ve PB'un benzer yaş ve cins gruplarında görüldükleri, MVP olgularında PB yaygınlığının normal popülasyondan yüksek olduğu, en az PB kadar klinik belirti gösterdikleri, sağlıklı kontrol gruplarından daha fazla psikopatolojiye sahip oldukları, prolapsus düzeyinin psikopatoloji ve klinik belirtileri etkilemediği yorumu yapılabilir. Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde, MVP-PB ilişkisinin özgül bir ilişkiden çok dikkate alınması gereken bir ilişki olduğu söylenebilir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:197-205*)

Anahtar sözcükler: Mitral valv prolapsusu, panik bozukluğu, psikopatoloji

The relationship between mitral valve prolapse and panic disorder

ABSTRACT

Objectives: Mitral valve prolapse (MVP) displays a clinical picture closely resembling to panic disorder (PD) because of its symptoms like chest pain, tachycardia, arrhythmia, shortness of breath, dizziness, fatigue and anxiety. These similarities have lead to a consideration that there might be a causal relation between these two disorders. The purpose of this study was to evaluate the association between MVP and PD from multiple aspects and to illuminate the nature of the association. **Method:** 50 MVP patients, 50 PD patients and 50 healthy controls were included in this study. Echocardiographic evaluation were done to all subjects to diagnose MVP, and if present the level of prolapse. SCID-Clinical Version (CV) were administered to all subjects for clinical diagnosis, besides clinical symptoms of panic attack was specifically assessed. For psychometric evaluation, all cases completed Symptom Check List (SCL-90-R), Beck Depression Inventory (BDI), State and Trait Anxiety Inventory (STAI-1 and STAI-2). **Results:** MVP and PD cases were within similar age range like female/male ratio which was 2/1. PD prevalence was 16% in MVP cases, 2% in healthy controls with statistically significant difference in between. In all psychometric scales administered, average scores were highest in PD group whereas average scores in MVP group were higher than healthy control group. All differences were significant. MVP and PD cases display similar features pertaining to panic attack symptoms. MVP prevalence among PD cases was 12%. **Conclusion:** The present study has shown that the clinical symptoms and the age range observed in MVP cases were quite similar to PD cases. The prevalence of PD among MVPs was higher than normal population, and both MVP and PD groups had more psychopathology than healthy control groups. There was no relationship between the degree of prolapse and psychopathology and clinical symptoms. An overall assessment of these results would reveal that MVP and PD association should be treated as an important relationship that should be taken into account instead of

¹ Yrd.Doç.Dr., ² Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA

³ Prof.Dr., ⁴ Yrd.Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi Kardiyoloji, ADANA

Dr. Lut TAMAM, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 01330 Balcalı/ADANA
Tel: 0322 3386060/3247, e-posta: Ltamam@mail.cu.edu.tr

a specific and unique association. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2002; 3:197-205)

Key words: Mitral valve prolapse, panic disorder, psychopathology

GİRİŞ

Mitral valv prolapsusu (MVP), mitral kapak yaprakçıklarından birisi ya da ikisinin, sol ventriküler sistol sırasında atriyoventriküler aralıktan sol atriyum içine doğru sarkması olarak tanımlanan bir sendromdur.¹ Genel nüfus içerisinde en sık görülen kalp kapak hastalığıdır. Göğüs ağrısı, çarpıntı, aritmi, nefes darlığı, sersemlik hissi, yorgunluk, sinirlilik, sıkıntı gibi çeşitli belirtiler gösterir. Bu sendromun belirtileri ile panik bozukluğu (PB) belirtileri arasında büyük benzerlikler vardır. MVP ve PB kardiyoloji ve psikiyatride son 25 yıl içinde tanımlanan iki yeni bozukluktur. Yapılan çok sayıda çalışmaya karşın, MVP'nin oluş nedenleri tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir. PB olguları üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, MVP sıklığı normal popülasyondan daha fazla bulunmuştur.² Bu benzerlik ve birliktelikler iki bozukluk arasında nedensel bir ilişkinin olabileceği düşüncesine yol açmıştır. Bu birlikteliği ortaya koyma amaçlı çok sayıda çalışmada ise birbiriyle çelişen, farklı sonuçlar elde edilmiş, iki bozukluk arasında kesin bir ilişki kurulamamıştır.³⁻⁵ MVP'nin PB'ya yol açtığı ya da tam tersine PB'ta oluşan hemodinamik değişikliklerin MVP'nin oluşumuna neden olduğu şeklindeki yorumlar henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır.⁶

Bu çalışmanın amacı, MVP ile PB arasındaki ilişkiyi çok yönlü olarak değerlendirmek ve aradaki ilişkinin doğasını aydınlatmaya çalışmaktır. Bu amaca uygun olarak:

1. MVP tanısı koyulan olguların psikopatolojik özelliklerinin belirlenmesi,
2. MVP olgularının PB olguları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması,
3. PB olgularındaki MVP sıklığının belirlenmesi,
4. MVP düzeyinin PB olgularının psikopatolojileri üzerine etki düzeyinin belirlenmesi hedef olarak seçilmiş, elde edilen bulgularla MVP ve PB arasında varsayılan ilişki ortaya konmaya çalışılmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Kardiyoloji Anabilim Dallarınca ortaklaşa yürütülmüştür. Çalışmaya alınan ilk grup, Ç.Ü.T.F. Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran ve standart ekokardiyografik (EKO) yöntemlerle MVP tanısı konulan 18 erkek, 32 kadın toplam 50 olgudan oluşmuştur. İkinci grup ise, Ç.Ü.T.F. Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV'e göre uygulanarak

PB tanısı koyulan 16 erkek, 34 kadın toplam 50 olgudan oluşmuştur. Bu 50 olgu iki ayrı kardiyolog tarafından EKO'ları yapılarak MVP açısından değerlendirilmiştir. Kontrol grubu, hastanemizdeki çalışmakta olan personel ya da hasta yakınlarından herhangi bir kardiyak yakınması ve patolojisi olmayan, EKO'da MVP saptanmayan 50 kişiden oluşturulmuştur. Kontrol grubunun oluşturulması sırasında değerlendirilen üç kişide hafif düzeyde MVP saptanmış, bu nedenle bu kişiler çalışmaya alınmamıştır.

Myokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıkları olanlar, epilepsi, psikoz öyküsü, alkol ve madde bağımlılığı olanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Olguların hiçbirinde MVP'de görüldüğü bildirilen iskelet deformitelerine rastlanmamıştır.

Tüm deneklere ilk görüşme sırasında çalışmanın amacı anlatılmış ve aydınlatılmış onamları alınmıştır. Ardından tüm olgulara (n=150) veri toplama formu doldurularak sosyodemografik özellikleri belirlenmiş, SCID-I (klinik versiyonu-CV)⁷ uygulanarak klinik tanıları kesinleştirilmiş, ayrıca özgül panik atağının klinik belirtileri sorgulanmıştır. Panik atağının klinik belirtileri sorgulanırken, hastaların son atak başta olmak üzere, görüşme zamanına dek geçirdikleri tüm panik ataklarında ortak olan belirtileri değerlendirilmiştir. Tüm olguların psikometrik değerlendirmeleri için Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R),^{8,9} Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ),^{10,11} Durumluk (STAI-1) - Sürekli Anksiyete (STAI-2) Ölçeği^{12,13} uygulanmıştır.

MVP tanısı Kardiyoloji Anabilim Dalında görevli iki kardiyolog tarafından standart ekokardiyografik yöntemlerle koyulmuştur. Ekokardiyografik inceleme, hasta sol omuzu üzerine yatırılarak uzun eksen kesitinin iki boyutlu ve M-Mod ekokardiyografi incelenmesiyle gerçekleştirildi. Önce tüm kalp boşlukları ile kapaklar global olarak incelenmiş, sol atriyum, aorta ve aort kapak açılması ile sol ventrikül sistol ve diyastol boyutları ölçülerek kaydedilmiştir. MVP tanısı M-Mod ekokardiyografik incelemede, iki mitral yaprakçığın mid sistolde ya da sistol boyunca (pan-sistolik) geriye doğru sürekli hareketi ve en az üç milimetre yer değiştirmesi; iki boyutlu ekokardiyografik incelemede, mitral kapakçıkların biri ya da ikisinin sistol sırasında mitral annulus düzleminden posteriyora sol atriyum içine sarkması durumunda koyulmuştur.¹⁴ EKO sırasında, olgularda saptanan mitral yaprakçıkların posteriyora doğru yer değiştirme miktarları kaydedilmiş; 3 mm - 5.9 mm arasındaki sarkmalar hafif MVP; 6 mm - 11.9 mm arasındaki sarkmalar orta MVP; 12 mm ve yukarıdaki sarkmalar ise ağır MVP olarak derecelendirilmiştir.

İstatistiksel işlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 6.0 paket programı yardımıyla yapıldı. Karşılaştırmaların özelliğine göre ki-kare, t-testi, tek yönlü varyans analizi testi (ANOVA), ve post hoc testlerin-

den Tukey's Honestly Significant Difference (Tukey HSD) testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. MVP, PB ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri

Özellikler	MVP		PB		Kontrol		
Yaş dağılımı	n	%	n	%	n	%	
15-19	5	10	2	4	4	8	
20-29	15	30	13	26	22	44	$\chi^2=6.18$, $df=4$, $p=0.185$
30-39	25	50	23	46	15	30	
40 ve üstü	10	20	7	14	9	18	
Yaş ortalamaları	30.52±8.71 (15-51)		33.04±7.7 (16-55)		30.78±9.45 (17-63)		$F_{[2,147]}=1.28$, $p=0.280$
Cinsiyet							
Kadın	32	64	34	68	28	56	
Erkek	18	36	16	32	22	44	$\chi^2=1.59$, $df=2$, $p=0.450$
Kadın/erkek oranı	1.77		2.12		1.27		
Hastalık süresi (ort. ay)	34.3±32.3		37.8±40.4				$t=-0.41$, $df=98$, $p=0.684$
Hastalığın başlama yaşı (ort)	27.6±8.6		29.8±8.5				$t=-1.29$, $df=98$, $p=0.2$
Stres etkeni							
Var	34	68	41	82			$\chi^2=2.61$, $df=1$, $p=0.105$
Yok	16	32	9	18			

MVP ve PB olgularının genç erişkin yaşlarda oldukları, hastalık sürelerinin ve başlama yaşlarının benzer olduğu, denekler arasında kadın/erkek oranının 2/1 olduğu belirlenmiştir. Tüm sosyodemografik özellikler açısından her üç grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

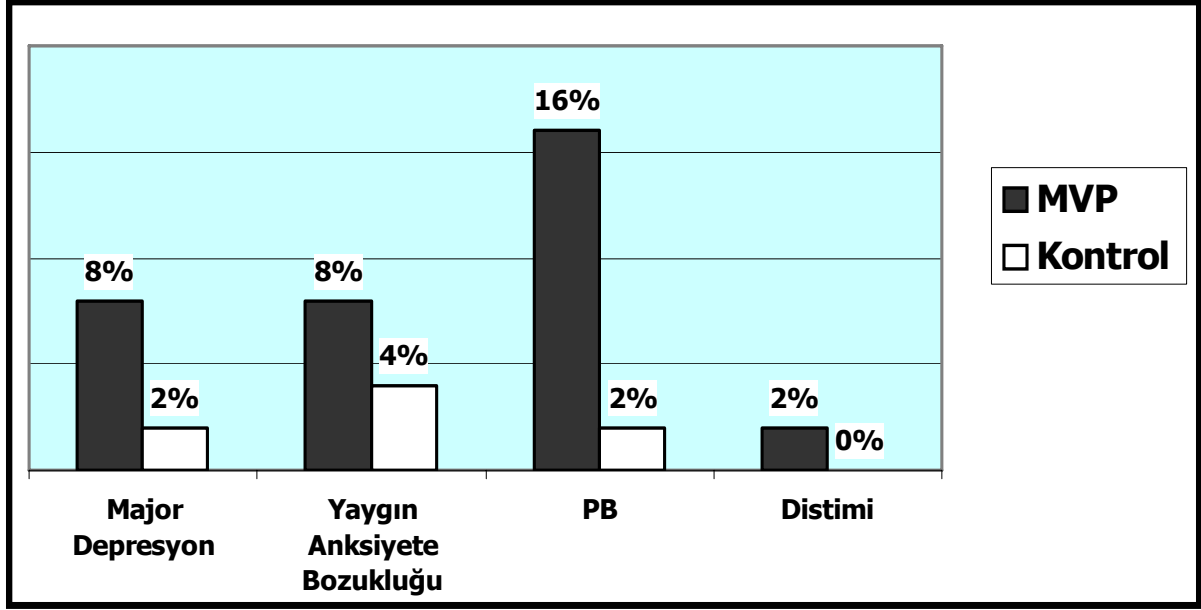
MVP tanısı konup kliniğimize başvuran olgularda ve kontrol grubunda SCID-I'e göre belirlenen I. eksen tanıları Grafik 1'de gösterilmiştir. PB olgularından oluşan grupta, agorafobi sıklığı %24 (n=12) olarak belirlendi. PB grubunda yer alan diğer komorbid I. eksen bozuklukları ve sıklıkları sırasıyla şunlardı: Majör depresyon %48 (n=24), yaygın anksiyete bozukluğu %22 (n=11), özgül fobi %18 (n=9), sosyal fobi %8 (n=4), obsesif kompulsif bozukluk %4 (n=2).

MVP grubu ile kontrol grubu arasında PB görülme oranı açısından anlamlı bir farklılık vardı (Fisher'in

kesin ki-kare testi, $p=0.030$). Ancak bu iki grup arasında diğer tanıların görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Fisher'in kesin ki-kare testi, $p>0.05$).

Grupların SCL-90-R genel semptom indeksi (GSİ) ve alt ölçek ortalama puanlarına göre karşılaştırması Tablo 2'de gösterilmiştir. SCL-90-R alt ölçeklerine göre üç grup tek yönlü ANOVA testi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında tüm alt ölçeklerde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.00001$). Bu farklılığın kaynağını belirlemek için yaptığımız Tukey's HSD çoklu karşılaştırma testinde, paranoid düşünce alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerde PB grubu diğer iki gruptan, MVP grubu da kontrol grubundan anlamlı olarak farklıydı. Paranoid düşünce alt ölçeğinde ise, sadece PB diğer iki gruptan anlamlı olarak farklıydı; MVP grubu ile kontrol grubu arasında farklılık saptanmadı.

Şekil 1. MVP ve kontrol gruplarında birincil psikiyatrik tanı dağılımları



Tablo 2. Grupların SCL-90-R- GSI ve alt ölçek ortalama puanlarının karşılaştırılması

	MVP	PB	Kontrol	Test	p
GSI	0.95±0.54	1.43±0.59	0.50±0.46	F (147,2)=37.8	<0.0001
Somatizasyon	1.33±0.74	1.79±0.67	0.46±0.45	F (147,2)=56.3	<0.0001
Anksiyete	1.06±0.64	1.73±0.84	0.45±0.55	F (147,2)=43.5	<0.0001
Obsesif kompulsif	1.02±0.66	1.50±0.77	0.64±0.51	F (147,2)=23.1	<0.0001
Depresyon	0.97±0.63	1.53±0.69	0.58±0.62	F (147,2)=26.4	<0.0001
Kişiler arası duyarlılık	1.05±0.83	1.40±0.76	0.64±0.56	F (147,2)=13.6	<0.0001
Psikotizm	0.53±0.46	0.93±0.58	0.33±0.43	F (147,2)=18.5	<0.0001
Paranoid düşünce	0.78±0.71	1.09±0.79	0.55±0.56	F (147,2)=7.6	<0.001
Hostilite	0.93±0.74	1.31±0.79	0.56±0.65	F (147,2)=13.4	<0.0001
Fobik anksiyete	0.70±0.81	1.30±0.81	0.21±0.38	F (147,2)=30.0	<0.0001
Ek skala	0.90±0.61	1.40±0.59	0.52±0.52	F (147,2)=29.9	<0.0001

Tablo 3. Grupların BDÖ, STAI-1, STAI-2 ortalama puanlarına göre karşılaştırılması

	MVP	PB	Kontrol	Test	p
BDÖ	13.6±7.4	20.6±8.9	7.2±5.9	F _[2,147] =38.89	<0.001
STAI-1	39.2±9.9	46.1±9.2	35.8±9.4	F _[2,147] =14.95,	<0.001
STAI-2	46.2±9.3	52.9±8.9	40.9±8.2	F _[2,147] =23.12,	<0.001

Grupların BDÖ, STAI-1 ve STAI-2 ortalama puanları Tablo 3'te gösterilmiştir. Bunları ANOVA testi ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardı ($p<0.0001$). Post-hoc testlerine göre bu farklılık STAI-1 (durumluk anksiyete) ölçeğinde PB ile diğer gruplar arasındaki anlamlı farklılıktan kaynaklanıyordu. STAI-1 ölçeğinde MVP grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. STAI-2 (sürekli anksiyete) ve BDÖ'de,

PB grubu MVP ve kontrol grubundan, MVP grubu ise kontrol grubundan anlamlı farklılık gösteriyordu ($p<0.001$).

BDÖ puanlarını depresyon için kesme noktası olarak önerilen 17 puana göre değerlendirildiğinde, MVP grubunun %26'sı ($n=13$), PB grubunun %60'ı ($n=30$), kontrol grubunun %8'i ($n=4$) kesme noktasının üstünde puan almışlardı.

Tablo 3. Panik atağı belirtilerinin gruplarda görülme sıklıkları

	MVP		PB		χ^2 (df=1)	p*
	n	%	n	%		
Çarpıntı	36	72	38	76	0.21	0.648
Terleme	12	24	16	32	0.79	0.373
Titreme	11	22	20	40	3.78	0.051
Nefes darlığı	21	42	38	76	11.94	0.0005
Soluğun kesilmesi	23	46	32	64	3.27	0.070
Göğüs ağrısı	34	68	34	68	0	1.00
Bulantı/karın ağrısı	27	54	33	66	1.50	0.220
Baş dönmesi/bayılma	17	34	23	46	1.50	0.227
Derealizasyon						
Depersonalizasyon	8	16	12	24	1.00	0.317
Ölüm korkusu	7	14	20	40	8.57	0.003
Kontrolünü kaybetme						
korkusu	6	12	13	26	3.18	0.073
Paresteziler	15	30	37	74	17.66	0.00003
Üşüme/ürperme	25	50	32	64	1.99	0.157

MVP ve PB gruplarında panik atağın DSM-IV'de belirtilen 13 belirtisinin varlığına göre yapılan karşılaştırmada, MVP grubunda en sık görülen belirtiler sırasıyla çarpıntı (%72), göğüs ağrısı (%68), bulantı-karın ağrısı (%54) ve üşüme/ürperme (%50) idi. PB grubunda ise, bu sıralama çarpıntı (%76), nefes darlığı (%76), paresteziler (%74), göğüs ağrısı (%68) biçimindeydi. Nefes darlığı, ölüm korkusu, parestezi belirtilerinin sıklığı, PB grubunda MVP grubuna oranla anlamlı derecede yüksekti ($p<0.005$). Ancak diğer 10 belirtinin hiçbirinde anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$). Bu sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Çalışmanın bir parçası olarak PB olgularında oluşturduğu gruptaki olgularda EKO ile MVP yaygınlığı belirlenmiştir. Elli olgunun 6'sında MVP (%12) saptanmıştır. Diğer bir bulgu ise, kontrol grubunda

saptanan MVP yaygınlığıydı. Kontrol grubu oluşturulurken değerlendirilen olgu sayısı 53 idi. Bu olguların 3'ünde (%5.7) MVP saptandı. Ancak kontrol grubunun, tamamıyla MVP'si olmayan olgulardan oluşturulmak istendiği için bunlar çalışma dışı bırakılmıştır. Bununla birlikte elde edilen bu iki bulgu karşılaştırıldığında, PB grubu ile kontrol grubu arasında MVP yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık belirlenemmiştir (Fisher'ın kesin ki-kare testi, $p=0.215$).

Çalışmaya alınan MVP olguları EKO'da belirlenen prolapsus düzeyine göre 3 gruba ayrıldı. MVP olgularının 31'i (%62) hafif, 18'i (%36) orta, 1'i (%2'i) ağır prolapsus olarak değerlendirildi. Bu üç grubun ölçek puanlarını karşılaştırırken, ağır prolapsusu olan bir olgu bulunması nedeniyle, bu olguyu orta prolapsus grubuna katarak istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Prolapsus düzeyine göre gruplandırılmış MVP

Tablo 4. Prolapsus düzeyine göre gruplandırılmış MVP olgularının anksiyete, depresyon ve SCL- GSİ puanları

MVP	Hafif MVP (n=31) Ort.±SS	Orta-ağır MVP (n=19) Ort.±SS	t (df=48)	p
BDÖ	13.8±8.3	13.4±5.9	0.20	0.843
STAI-1	39.7±11.1	38.3±7.8	0.50	0.620
STAI-2	47.1±10.6	44.6±6.5	1.04	0.304
SCL-GSİ	1.04±0.58	0.81±0.44	1.44	0.156

olgularının anksiyete, depresyon ve SCL- GSİ puanları Tablo 4'te verilmiştir. Prolapsus düzeyi ile anksiyete, depresyon ve SCL-GSİ puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Hafif düzeyde prolapsusu olan MVP olguların %16.1'inde (n=5), orta-ağır düzeyde prolapsusu olan MVP olguların %15.8'inde (n=3) ise PB saptandı. İki grup arasında PB yaygınlığı açısından anlamlı bir farklılık yoktu (Fisher'in kesin ki-kare testi, p=1.00). Prolapsus düzeylerine göre panik atağının klinik belirtilerinin görülme sıklıklarını karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. Her iki grupta da en sık görülen belirtiler göğüs ağrısı ve çarpıntı idi. Hafif MVP grubunda göğüs ağrısı ve çarpıntı belirtilerinin görülme sıklığı %77.4 iken, orta ve ağır MVP grubunda bu oranlar sırasıyla %63.2 ve %52.6 idi.

MVP'nin varlığının, PB olgularında bir alt tipin belirtici olup olmadığını belirlemek amacıyla PB olgularını MVP'si olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayırmıştır. Yüz elli deneğin içinde PB tanısı koyulan olgu sayısı 59 idi. Bunlardan 14'ünde (%23.7) MVP belirlenmişti.

MVP'si olan ve olmayan PB olgularının SCL-90-R GSİ ve alt ölçeklerinden psikotizm ve ek skala alt ölçekleri dışında diğerlerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p>0.05). BDÖ, STAI-1 ve STAI-2 ortalama puanlarına göre karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05). MVP'si olan PB olgularında en sık görülen panik atağı belirtileri çarpıntı (%78.6), göğüs ağrısı (%71.4), paresteziler (%57.1), üşüme/ürperme (%57.1) ve nefes darlığı (%57.1) idi. MVP'si olmayan PB olgularında en sık görülen panik atak belirtileri ise sırasıyla nefes darlığı (%80), paresteziler (%73.3), çarpıntı (%71.1), göğüs ağrısı (%66.7) ve bulantı/karın ağrısı (%66.7) idi. Bu iki grup arasında klinik belirtilerin görülme sıklığı yönünden anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p>0.05).

TARTIŞMA

MVP toplumda en sık görülen kalp kapak hastalığıdır. Göğüs ağrısı, çarpıntı, aritmi, soluk darlığı, sıkıntı, gerginlik gibi belirtiler gösterir. Bu belirtiler ile PB belirtileri arasındaki büyük benzerlikler görülmektedir. Uzun yıllardır bu iki bozukluğun benzer yaş grupları ve cinsiyette görülmesi, yaygınlık oranları, birlikte bulunma sıklıkları ve oluş nedenleri arasındaki ilişkiler üzerinde yoğunlaşmıştır.¹⁵⁻¹⁷ Ancak henüz açık ve net bir sonuca ulaşamamıştır. Bu çalışmada MVP ile PB arasındaki ilişkinin çok yönlü olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yaş gruplarına göre olguların dağılımı incelendiğinde, MVP ve PB gruplarında olguların %76'sının 20-39 yaş grubunda oldukları görülmektedir (Tablo 1). Hastalığın başlama yaşı dikkate alındığında MVP ve PB'nun genç erişkin yaşlarda görüldüğü, hastalık başlama yaşlarının benzerlik gösterdiği bildirilmektedir.¹⁸⁻²¹ Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde ise, MVP grubunda kadın/erkek oranı 1.77, PB grubunda ise 2.12 idi (Tablo 1). Bu dağılım, gözden geçirilen kaynaklarda MVP ve PB'nin her ikisi için bildirilen 2/1 biçimindeki kadın/erkek oranına uygunluk gösteriyordu.²²⁻²⁴

MVP ve PB ilişkisini araştıran çalışmalarda öncelikli olarak ortaya konan ve araştırılan her iki bozukluğun bir diğerinde görülme oranı olmuştur. Bu nedenle öncelikle MVP olgularında PB ve diğer psikopatolojilerin sıklığını, daha sonra da PB olgularındaki MVP yaygınlığını araştırdık. Çalışmamızda 50 MVP olgusunun 8'inde (%16) PB belirlenmiştir (Şekil 1). MVP grubu ile kontrol grubu arasında PB görülme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (p=0.03). Bu konuda gözden geçirilen yurtdışı kaynaklarda MVP olgularındaki PB yaygınlığının %0 ile %24 arasında değiştiği görülmektedir.^{2,17,25} Çalışmalardaki tartışmalardan biri, MVP'unda PB yaygınlığının kardiyak sorunu olmayan sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklı olduğu, ancak kardiyak sorunu olan kontrol gruplarından yaygınlık açısından belirgin bir farklılığın olmaması-

dir.² Goldberg ve ark.²⁶ kardiyak sorunu olan olgularda PB yaygınlığını %9.2, Barsky ve ark.²⁷ %18.6, Morris ve ark.²⁸ %12.5 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde bu konuda yapılan iki çalışmada Arkonaç ve ark.²⁹ MVP olgularındaki PB oranını %37.9 oranında bildirirken, Sayar ve ark.²⁰ ise %6.7 olarak saptamışlardır. Genel olarak değerlendirildiğinde, MVP'de PB yaygınlığının sağlıklı kontrol gruplarına göre yüksek oranda, kardiyak kontrol gruplarında ise aynı oranda olduğu yorumu yapılabilir. Bizim sonuçlarımız da sağlıklı kontrol grubu seçilerek yapılan araştırmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Klinik belirtileri birbirine benzeyen MVP ile PB arasında bu anlamda bir ilişkinin var olduğunu düşünersek, her iki gruptan elde edeceğimiz psikopatolojik bulgular arasında da bir benzerliğin olması gerekir. SCL-90-R'nin sonuçlarını değerlendirdiğimizde, PB ve MVP grubu arasında benzerlik yerine farklılık belirlenmiştir. PB olguları MVP olgularına göre daha fazla ruhsal belirti göstermektedir. Ancak MVP olgularında sağlıklı kontrollere göre daha fazla psikopatoloji görülmektedir. Ruhsal belirtileri ve psikopatolojiyi taramaya yönelik değişik ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda da, bizim çalışmamızdakine benzer olarak MVP olgularında sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda psikopatoloji saptanmıştır.^{2,19,20} Ancak göğüs ağrısı olan kardiyak kontrol grubuyla yapılan bir çalışmada, MVP grubuyla bir farklılık bulunmamış, yalnızca somatizasyon alt ölçek puanının yüksek olduğu saptanmıştır.³⁰ Bu değerlendirmelerden MVP olgularının klinik değerlendirmede olduğu gibi ölçeklerin değerlendirmesinde de sağlıklı kontrollerden farklı oldukları, kardiyak sorunu olan kontrol gruplarından farklı olmadıkları yorumu yapılabilir. Çalışmamızda MVP olgularında SCL-90-R'deki somatizasyon alt ölçeğinde diğer alt ölçeklere göre belirgin ölçüde saptanan yükseklik, bu alt ölçeği oluşturan maddelerin içeriğinin MVP olgularında sıkça gözlenen çarpıntı, göğüs ağrısı ya da nefes darlığı gibi belirtilerin sorgulamasından kaynaklanmış olabilir.

Herhangi bir kalp hastalığı anksiyete oluşumu için güçlü bir stres etkeni ya da tetiği çeken etken olarak düşünülmektedir. MVP'daki gibi ara ara aniden ortaya çıkan soğuk terleme, bulantı, nefes darlığı gibi otonomik ve fizyolojik belirtiler kişide kalp krizi geçireceği ya da öleceği şeklindeki endişe ve korkularla anksiyeteyi artırır.³¹ Bir süre sonra çevresel etmenlerin araya girmesi anksiyetenin süregelenmesine yol açabilir. Ne kadar selim bir doğaya sahip olursa olsun, tek başına kalp hastalığı terimi bile, belirttiğimiz bu sürecin MVP için de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır.

STAI-1'in testin verildiği andaki, STAI-2'nin sürekli ve genel kaygıyı yansıtmaması nedeniyle, MVP gibi süreklilik gösteren hastalıkları olanlarda beklenen bulgu sürekli kaygı düzeyindeki artıştır.¹³ Çalışmamızda da benzer bir şekilde MVP grubu ile kontrol grubu arasında sürekli anksiyete puanında (STAI-2) anlamlı olarak farklılık belirlenmiştir. Mazza ve

ark.nın¹⁷ MVP olgularını sağlıklı kontrollerle karşılaştırdığı çalışmasında, MVP olgularının ortalama anksiyete puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu; Weissman ve ark.³² ise kontrol grubundan farklı olmadığını vurgulamışlardır. Sayar ve ark.nın²⁰ çalışmasında durumluk anksiyete ölçeğinde MVP ile kontrol grupları arasında bir fark gözlenmezken, sürekli anksiyete ölçeği puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

MVP ve PB ilişkisini araştıran çalışmaların bir diğer ilgi alanı da her iki bozukluğun benzer klinik belirtiler göstermeleridir. Krakowski,³³ panik atağının klinik belirtileri açısından bir tek ölüm korkusunun PB'da MVP'na göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğunu, MVP olgularında titreme, parestezi ve derealizasyonun daha sık görüldüğünü vurgulamıştır. Weissman ve ark.,³² PB ve MVP grupları arasında klinik belirtiler açısından yapılan değerlendirmede istatistiksel bir fark bulmamıştır. Alpert ve ark.,³⁴ MVP'nda saptanan belirti sıklığının, kardiyak belirti gösteren olgularda görülen belirti sıklığı ile benzerliğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise, klinik tüm belirtilerin sıklığı PB grubunda daha fazlaydı. Ancak nefes darlığı, ölüm korkusu ve parestezi dışındaki belirtilerin sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Bu sonuçlarımıza göre MVP'nin klinik belirtiler yönünden PB'a çok büyük benzerlik gösterdiği söylenebilir. MVP ve PB arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik çalışmaların yoğun olmasının bir nedeni de bu klinik benzerliklerdir.

Çalışmamızın bir diğer yönü PB olgularındaki MVP yaygınlığını incelemektir. Elli PB olgusunun 6'sında (%12), EKO sonuçlarına göre çeşitli düzeylerde MVP saptanmıştır. Yapılan çalışmalar genelde iki kutup üzerinde odaklanmıştır. PB ile MVP arasında anlamlı bir ilişki olduğunu öne süren çalışmalarda PB'de MVP görülme sıklığı %24 ile %50 arasında değişirken, anlamlı bir ilişki olmadığını savunan çalışmalarda ise bu oran %0 ile %32.2 arasında değişmektedir.^{2,3,24,30,35}

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, PB olgularında MVP oranını Arık ve ark.³⁶ %17.6, Bayraktar ve ark.¹⁸ %21, Arkonaç ve ark.³⁷ %53 olarak bulmuşlardır. Yapılan farklı çalışmalarda çok farklı sonuçların ortaya çıkması, MVP tanı ölçütlerinin kesin olarak ortaya konamamasına, değerlendiriciler arasındaki farklılığa ve olgu seçimindeki önyargıya bağlanmaktadır.²

MVP olgularında saptanan prolapsus düzeyi ile psikopatoloji arasında bir ilişkinin olup olmadığı yönündeki değerlendirmemizde; hafif ve orta-ağır prolapsusu olan iki grup arasında ruhsal belirti, depresyon ve anksiyete açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç MVP düzeyinin psikopatoloji ve klinik belirtileri etkilemediği şeklinde yorumlanabilir. Dager ve ark.,³⁸ prolapsus düzeyi ile otonomik uyarılma dolayısıyla oluşan klinik belirtilerin düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermişlerdir.

MVP varlığının PB alt grupları için biyolojik bir belirteç olup olmadığı ayrı bir tartışma konusudur.⁶ Çalışmamızda da bu tartışmayı değerlendirmek amacıyla MVP'si olan ve olmayan PB olgularının psikopatolojik özellikler, sosyodemografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerle olan ilişkileri karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda MVP'si olan ve olmayan PB olguları arasında depresyon, anksiyete ve SCL-90-R genel belirti indeksi puanlarına göre anlamlı bir farklılık yoktu. Bunun yanı sıra, bu iki grup arasında hastalık süresi, yaş, cinsiyet, hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı ve panik atağının belirtileri yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu alanda yapılan çalışmalarda, MVP'si olan ve olmayan PB olguları arasında panik atağının belirtileri; imipramin,³⁹ sodyum laktat ve benzodiazepinlere verilen yanıt,⁴⁰ otonomik uyarılma/katekolamin işlevi³⁷ gibi çeşitli yönlerden farklılık olmadığı ve MVP varlığının PB olgularında anlamlı değişikliklere yol açmadığı ileri sürülmüştür.⁴¹ MVP ile ilişkili panik ataklarının genetik, fizyolojik ve farmakolojik olarak diğer panik ataklarından ayırt edilemeyeceği, MVP'si olan PB olguları ile MVP'si olmayan PB olguları arasında anksiyete, depresyon, fobik anksiyete açısından bir farklılık olmadığı bildirilmiştir.^{6,41} Bizim sonuçlarımız da bu bulgulara benzerlik göstermektedir.

SONUÇ

PB - MVP arasındaki ilişkiyi çok yönlü olarak değerlendirmeyi amaçladığımız bu çalışma sonucunda; MVP ile PB'un yaşanan klinik belirtiler açısından büyük benzerlikler sergilemelerine karşın, görülen psikopatoloji düzeyinin farklı olduğu belirlenmiştir. Bir diğer sonuç da, MVP olgularının psikopatoloji düzey-

lerinin normal sağlıklı bireylerden çok fazla olduğudur. Ancak kardiyak kontrol grupları kullanılarak yapılan çalışmalarda MVP ile bu gruplar arasında PB görülme oranı açısından farklılık bulunmamıştır. OBU olgulara yaklaşımda, nedensellik ilişkilerinin araştırılmasında tek bir bakış açısından yaklaşımın doğru olmadığı bildirilmektedir. Özellikle yaşam için önemli anlamı olan kalp gibi bir organda bozukluğa sahip olmak kişinin ruhsal ve toplumsal yaşamını etkileyecektir. Ortaya çıkan bu sürecin psikofizyolojik düzeyler aracılığıyla MVP ya da benzeri biyolojik durumları etkilemesinin kaçınılmaz olduğu, bu nedenle MVP olgularına yaklaşımda biyolojik, ruhsal ve toplumsal nedenlerin hepsini içeren bir biyopsikososyal bütüncül bir yaklaşımı uygulamak doğru olacağı vurgulanmaktadır.

Bu çalışma PB ve MVP'nin bir bozukluğun iki farklı türü, birbirlerinin alt belirteci oldukları biçimindeki varsayımları desteklememiştir. Ayrıca MVP'si olan PB olgularının klinik belirtiler, hastalık süreci, psikopatoloji düzeyi açısından MVP'si olmayan PB olgularından farklılık göstermemeleri bu konudaki yorumumuzu destekleyen diğer önemli bulgulardır.

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz bu bulgular ve gözden geçirilen çalışmalarda da elde edilen benzer ya da farklı sonuçlar, MVP ve PB arasındaki ilişkinin araştırılmasına yönelik çalışmaların daha uzun yıllar süreceği izlenimini vermektedir. Ancak MVP ile PB arasındaki sınırları daha netleştirmek için, daha büyük örneklem gruplarında, kardiyak kontrol gruplarını da içeren, otonomik değişkenlerle psikopatolojik değişkenleri bir arada inceleyecek çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Leong KH, Tan ATH, Quek SSS: Mitral valve prolapse: A review. *Ann Acad Med* 1988; 17:275-279.
2. Margraf J, Ehlers A, Roth WT: Mitral valve prolapse and panic disorder. *Psychosom Med* 1988; 50:93-113.
3. Liberthson R, Sheehan DV, King ME, Weyman AE: The prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 143:511-515.
4. Min SK, Lee HY: No mitral valve prolapse in Korean patients with panic attacks. *Am J Psychiatry* 1986; 143:943-944.
5. Pariser SF, Pinta E, Jones B: Mitral valve prolapse and anxiety neurosis/and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1978; 135:240-241.
6. Sevin BH: Mitral valve prolapse, panic states and anxiety. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10:141-150.
7. First MB, Spitzer RL, Gibbon M: *DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I, CV) Uygulama Kitapçığı* (1997). A Çorapçıoğlu (Çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1999.
8. Derogatis LR: *SCL-90 Administration, Scoring and Procedure Manual for the Revised Version*. Baltimore, 1977.
9. Dağ İ: Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:5-12.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
11. Hisli N: Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
12. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE: *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (CA), California Consulting Psychologists Press, 1970.
13. Öner N, LeCompte A: *Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1982.
14. Devereux RB, Kramer-Fox R, Shear MK: *Diagnosis and classification of severity of mitral valve prolapse: methodologic, biologic and prognostic consideration*. *Am Heart J* 1987; 11:1265-1268.

15. Atalay ND, Bayraktar E: Panik Bozukluk. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1992, s.123-128.
16. Matuzas W, Al-Sadir J, Uhlenhuth E: Correlates of mitral valve prolapse among patients with panic disorder. *Psychiatr Res* 1989; 28:161-170.
17. Mazza DL, Martin D, Spacavento L, Jacobsen J, Gibbs H: Prevalence of anxiety disorders in patients with mitral valve prolapse. *Am J Psychiatry* 1986; 143:349-352.
18. Bayraktar E, Soydan I, Karaçam ÖI ve ark.: Panik, yaygın anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda mitral valv prolapsusu (MVP) prevalansı. *Ege Tıp Dergisi* 1993; 32:129-132.
19. Bowen RC, Orchard RC, Keegan DL: Mitral valve prolapse and psychiatric disorders. *Psychosomatics* 1985; 26:926-932.
20. Sayar K, Göktepe E, Özkan M, Baripoğlu S, Topçuoğlu V, Kuşçu K: Mitral valv prolapsuslu (MVP) olgularda anksiyete ve depresyon prevalansı: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:284-290.
21. Savage DD, Garrison RJ, Devereux RB: MVP in general population: epidemiologic features: The Framingham Study. *Am Heart J* 1983; 106:571-576.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı. (DSM-IV), E Köroğlu (Çev. ed.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
23. Gorman JM, Goetz RR, Fyer M, King DL, Fyer AJ, Liebowitz MR ve ark.: The mitral valve prolapse-panic disorder connection. *Psychosom Med* 1988; 50:114-122.
24. Raj A, Sheehan DV: Mitral valve prolapse and panic disorder. *Bull Meninger Clin* 1990; 54:199-208.
25. Sivaramakrishnan K, Alexander PJ, Saharsarnamam N: Prevalence of panic disorder in mitral valve prolapse: a comparative study with a cardiac control group. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:59-61.
26. Goldberg R, Morris P, Christian F, Badger J, Chabot S, Edlund M: Panic disorder in cardiac outpatients. *Psychosomatics* 1990; 31:168-173.
27. Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK, Ruskin JN: Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:63-71.
28. Morris A, Baker B, Devins GM, Shapiro CM: Prevalence of panic disorder in cardiac outpatients. *Can J Psychiatry* 1997; 42:185-190.
29. Arkonaç O, Gültekin N, Özer Ş ve ark.: Mitral valv prolapsuslu olgularda psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen Adam* 1991; 4:36-40.
30. Bowen RC, D'arcy C, Orchard RC: The prevalence of anxiety disorders among patients with mitral valve prolapse syndrome and chest pain. *Psychosomatics* 1991; 32:400-406.
31. Çevik A: Psikosomatik Bozukluklar. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996, s.46-54.
32. Weissman NJ, Shear MK, Kramer-Fox R, Devereux RB: Contrasting patterns of autonomic dysfunction in patients with mitral valve prolapse and panic attacks. *Am J Med* 1987; 82:880-888.
33. Krakowski A: Panic disorder associated with mitral valve prolapse: psychosomatic implications. *Psychother Psychosom* 1987; 47:211-218.
34. Alpert MA, Sabeti M, Kushner MG: Frequency of isolated panic attacks and panic disorder in patients with the mitral valve prolapse syndrome. *Am J Cardiol* 1992; 69:1489-1490.
35. Dager SR, Saal AK, Comess KA, Dunner DL: Mitral valve prolapse and the anxiety disorders. *Hosp Com Psychiatry* 1988; 39:517-531.
36. Arık AC, Yılmaz Ö, Altıntop L ve ark.: Panik bozukluk ve mitral valv prolapsusu. *Düşünen Adam* 1998; 11:16-18.
37. Arkonaç O, Gültekin N, Özer Ş ve ark.: Panik bozukluk hastalarında mitral valv prolapsusu. *Düşünen Adam* 1989; 3:7-12.
38. Dager SR, Khan A, Corness KA, Raisys V, Dunner DL: Mitral valve abnormalities and catecholamine activity in anxious patients. *Psychiatr Res* 1987; 20:13-18.
39. Gorman JM, Fyer AF, Gliklich J: Effect of imipramine on prolapsed mitral-valve of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1981; 138:977-978.
40. Dager SR, Cowley DS, Dunner DL: Biological markers in panic states: lactate-induced panic and mitral valve prolapse. *Biol Psychiatry* 1987; 22:339-359.
41. Crowe RR: Mitral valve prolapse and panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8:63-71.