

PANİK BOZUKLUK HASTALIKLARINDA MİTRAL VALU PROLAPSUSU

Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ*, Doç. Dr. Nazmi GÜLTEKİN**, Dr. Şeref ÖZER*, Doç. Dr. Sinan ÜNER**, Dr. Feza TOKER*,
Dr. Şahap ERKOÇ*

ÖZET: Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne başvuran hastalar arasından gelişigüzel seçilmiş, 20-56 yaşları arasındaki 33 agorafobili ve 23 agorafobisiz olmak üzere toplam 56 panik bozukluk olgusu (30 kadın ve 26 erkek), yaş, cinsiyet ve diğer demografik özellikler yönünden türdeş olan 40 sağlıklı kontrol deneği (16 kadın ve 24 erkek) ile eşlendirilmiş, tüm denekler SCID, M-mode ve two-dimensional ekokardiyografi ile değerlendirilmiştir.

33 agorafobili panik bozukluk olgusunun 10 kadın ve 9 erkek olmak üzere 19'unda (%57.5), 23 agorafobisiz panik bozukluk olgusunun 8 kadın ve 3 erkek olmak üzere 11'inde (%47.8), 40 kontrol deneğinin ise, 4 kadın ve 1 erkek olmak üzere 5'inde MVP (%12.5) saptanmıştır.

Panik bozukluğun agorafobili ve agorafobisiz her iki tipinde de MVP, kontrol grubuna göre istatistiki düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. MVP görülme oranı bakımından panik bozukluğun iki tipi arasında, ayrıca kadınlarla erkekler arasında istatistiki düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hiçbir denekte iskelet deformitesine rastlanmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Panik bozukluk, Agorafobi, Mitral valv prolapsusu, Anksiyete.

MITRAL VALVE PROLAPSE IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER

SUMMARY: 30 women and 26 men total of 56 cases of panic disorder (33 with, 23 without agoraphobia) age range: 20-56 years) were selected at random from psychiatric outpatients matched by sex, age with 40 healthy control subjects (16 women 24 men age range: 26-59 years) consisting of doctors, nurses, employees. Groups did not differ in demographic variables. All subjects were evaluated by SCID and M-mode and two-dimensional echocardiography.

19 (10 F+9 M) out of 33 patients with panic disorder with agoraphobia (57,5 %) and 11 (8 F + 3 M) out of 23 patients with panic disorder without agoraphobia (47,8 %) were diagnosed as MVP cases.

Only 5 (4 F +1 M) out of 40 controls were diagnosed as MVP cases (12,5 %). There were no significant difference between panic group with and without agoraphobia and between females and males in panic group as to the prevalence of MVP. On the other hand there was a significant difference between panic and control group as to the prevalence of MVP. No subject had any skeletal deformities.

Key Words: Panic disorder, Agoraphobia, Mitral valve prolapse, Anxiety.

GİRİŞ

Mitral valv prolapsusu, mitral kapak yaprakçıklarının birisi ya da ikisinin, sistol sırasında atrio-ventriküler aralıktan sol atrium içine doğru sarkması olarak tanımlanan bir sendromdur.

Çarpıntı, göğüs ağrısı, dispne, yorgunluk, senkop ve çok ender olarak da ani ölüm ile seyreden bu hastalığın sistolik klik ve geç sistolik murmur gibi dinleme bulgularının yüz yıl öncesinden bilinmesine karşın; hastalığın kendisi hakkında ancak son on yılda kapsamlı ve açıklayıcı bilgiler edinilebilmiştir. Literatürde MVP Klik Sendromu, Barlow Sendromu, Da Costa Sendromu, Geç Sistolik Murmur Sendromu, Mid Sistolik Klik Sendromu, Balote Mitral Valvi, Read Sendromu, Mikzomatö Mitral Valvi gibi isimlerle de anılan bu sendromun aniden başlayan çarpıntı, göğüs ağrısı, dispne, yorgunluk, fenalaşma ya da senkop gibi belirtilerinin panik bozukluk belirtileriyle olan benzerliği, her iki hastalığın genel nüfus içindeki görülme oranlarının aynı olması (yaklaşık %5), yine her iki hastalığın da kadınlarda erkeklere göre iki üç kez fazla görülmesi, bu iki hastalığın "aynı hastalık" olduğunu düşündürmüştür (Roth, 1988) ve bir çok araştırmacı ve klinisyene panik bozukluk-MVP, panik bozukluk-anksiyete ilişkisini araştırmaya yöneltmiştir.

1871'de Da Costa Amerikan iç savaşı sırasında askerlerde gördüğü palpasyon, göğüs ağrısı, fenalaşma ve senkop ile seyreden "İrritabl kalp sendromu"nu tanımlamış, William Osler ise göğüs ağrısı, dispne, palpasyon ve 'sinirlilik' yakınmaları olan bir genç kızda "Kalp nevrozu" tanımını kullanmış (Bradley, 1987), Lewis I Dünya Savaşı sırasında askerlerde gördüğü benzer tabloya "Asker kalbi" adını vermiş, benzeri belirtilerin görüldüğü kadınlarda ise "Efor sendromu"ndan söz etmiş, ayrıca ilk kez bu hastalarda gördüğü torax anomalilerini belirtmiştir. Daha sonraki yıllarda "Nörosirkulator asteni" ismiyle anılan bu tablonun görüldüğü kişilerde Grant başka hastalıklarda duyulmayan apikal sistolik murmur ayırt etmiş; Wood, Da Costa Sendromunun kadınlarda, özellikle emosyonel ya da psikonevrotik davranışı olanlarda daha sık görüldüğünü belirtmiştir.

Barlow ve arkadaşları 1967'de 90 hastanın anjiokardiyografik tekini yaparak mitral kapakçıklardaki sarkmayı göstermiş ve dinleme bulgularının bu sarkmaya bağlı olduğunu açıklamışlardır. Daha önce araştırmacıların adıyla anılan MVP, (Hackett, 1980), ancak dinleme bulgularıyla mitral kapak arasındaki ilişkinin belirgin olarak kurulabilmesinden sonra 1976'da ilk kez Wooley tarafından Mitral valv prolapsusu adıyla anılmaya başlamıştır (Libertson, 1986).

Ekokardiyografik tetkik yöntemlerinin de kullanılmaya

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, II. Psikiyatri Birimi.

** İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü.

başlanılmasından sonra MVP çok popüler, üzerinde çok durulan bir hastalık olmuş, Birleşik Devletler'de "en sık tanı konulan kapak anomalisi" özelliğini kazanmış ve kendisine yakıştırılan "son on yılın kalp hastalığı" nitelendirmesini adeta hak etmiştir (Mazza, 1986).

MVP ile ilgili araştırmalar devam ederken Pariser ve arkadaşlarının (1978) panik atak ile MVP arasında bir bağ olduğunu düşündüren bir olguyu yayınlamalarından hemen sonra panik bozuklukta %38-50 arasında MVP görülme oranı bildiren araştırmaların (Venkatesh, 1979, Kantor, 1980) yayınlamasıyla ilgi yeniden panik bozukluk-MVP alanına yönelmiştir.

Konunun önemi ve yeniliği nedeniyle MVP hakkındaki (etioloji, görülme sıklığı, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, tanı ölçüt ve yöntemleri hakkındaki) literatür bilgilerinin özetlenmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

MİTRAL VALV PROLAPSUSU

ETİOLOJİ:

MVP'nun "birincil tipi"nin idyopatik olduğu çoğu zaman asemptomatik seyrettiği, "ikincil tipi"nin ise romatizmal kalp hastalığı, kardiyomyopati, ASD, VSD, Patent ductus arteriosus, Fallot tetralojisi, Koroner arter spazmı, Arteriosklerotik kalp hastalığı gibi kardiyak bozukluklar ve Marfan Sendromu, Osteogenesis imperfecta, İdyopatik skoliozis, Romatoid artirit, Ehler-Danlos Sendromu, Raynould Hastalığı, Pseudokantoma elastikum gibi bağ dokusu bozuklukları ile, ayrıca Migren, hipertroidizm, muskuler distrofi, İritabl kolon, Von Willebrand Sendromu, Orak hücreli anemi, Platelet hypercoagulability, Klinefelter Sendromu, Turner Sendromu, Uhl hastalığı, İdyopatik magnezyum eksikliği gibi bir çok metabolik, genetik, kas ve kan bozuklukları ile birlikte görüldüğü (Levy, 1987) bildirilmektedir.

MVP'nun etiolojisinden, Read ve arkadaşları mitral kapakçıklardaki mikzomatöz değişiklikleri (Levy, 1987), Barlow ve arkadaşları kapakçık-korda tendinea gevşekliğini (Bradley, 1987), Criley ve arkadaşları ise sol ventrikül duvar kasının anormal kasılmalarını sorumlu tutmuşlardır. Ancak bu konudaki en son görüş, MVP'nun etioloji bakımından heterojen olduğu ve etyopatogenezi açıklamak için yeni çalışmalar gereksinim duyulduğu yolundadır (Dager, 1986).

GÖRÜLME SIKLIĞI:

MVP'nun görülme sıklığını Barlow ve arkadaşları %6.3-17 (Bradley, 1987), Markiewicz ve arkadaşları ise %4-17 olarak bildirmişlerdir. Tanı ölçütlerine bağlı olarak değişmekle birlikte, bugün Batı ülkelerinde genel nüfus içinde ortalama %5 oranında MVP bulunduğu (Hackett, 1980) bilinmektedir.

MVP'nun görülme sıklığı yaşa ve cinsiyete göre büyük farklılıklar göstermektedir. Çocuklarda on yaşın üzerinde MVP görülme sıklığının artmaya başladığı, 13-19 yaşları arasında progressif bir artmanın görüldüğü, bu yaşlardan sonra kadınlarda 30 yaş civarında %14 oranında görüldüğü ve 30-50 yaş arasında düz bir plato çizdikten sonra, azalmaya başladığı, 90 yaş civarında görülme oranının %1'e kadar düştüğü (Devereux, 1987, Levy, 1987), buna karşı erkeklerde yaşa bağlı olmaksızın tüm yaşlarda %2-4 oranında görüldüğü (Savage, 1983) bildirilmektedir.

MVP'lu hastalarda düşük vücut ağırlığı, ince astenik bir beden yapısı, antero-posterior göğüs çapında azalma bildirilmekte, adeta özel bir beden yapısı tanımlanmaktadır. Framingham ve arkadaşları ekokardiyografi ile MVP saptadıkları erkeklerin %29'unda, kadınların ise %25'inde sözü edilen beden yapısının görüldüğünü bildirmişlerdir (Silber, 1988). Ayrıca Anorexia Nervosa'lı hastalarda %37 (Amona, 1986) ve %50 (Johnson, 1986) oranında MVP görüldüğü de bildirilmektedir.

Yaş, cinsiyet ve vücut ağırlığı dışında MVP görülme sıklı-

ğını etkileyen bir başka etmen ise kalıttır. Framingham 100 MVP'lu hastanın 30'unda en az bir MVP'lu akrabasının bulunduğunu saptamıştır (Savage, 1983).

MVP'NUN FİZİK MUAYENE VE DİĞER TETKİK BULGULARI:

Hastaların bir bölümünde Pektus Ekskavatum, Skoliozis, Düz Sirt Sendromu, Hiperekstansibl eklem, Araknodaktili, Yüksek damak ve hipomastinin görüldüğü, yine MVP'lu hastalarda tansiyonun MVP bulunmayanlara göre daha düşük bulunduğu bilinmektedir (Savage, 1983). Ancak bu iki özelliğin MVP için patognomonik olmadığı, bir çok hastalıkta da görüldüğü için MVP tanısında bir ölçüt olmayacağı belirtilmektedir.

Sistolik klik ve geç sistolik murmur gibi MVP'nun dinleme bulgularının hastaların ancak %30'unda duyulduğu (Markiewicz, 1976), T dalgasında düzleşme, bifazik olma ya da negatiflik ile S-T çökmesi gibi EKG bulgularının da olguların sadece %30'unda bulunduğu ve MVP'na özgü olmadığı için MVP tanısında yanıtıcı olabileceği bildirilmektedir (Devereux, 1987).

Anjiyokardiyografik tetkiklerde bir ya da iki mitral yaprakçığın sol atrium içine doğru çöktüğü ya da arkaya doğru hareket ettiği saptanmış olmakla birlikte bu bulgular mitral yetmezlikte de görülmektedir (Ruwitsh, 1978).

Ekokardiyografik tetkik iki yöntemle yapılır. M-mode ekokardiyografik yöntemde mitral yaprakçıkların birisi ya da ikisinin mid sistolde ya da tüm sistol boyunca arkaya doğru sürekli hareketi ve yer değiştirmesi; Two-dimensional yöntemde ise mitral yaprakçıkların birisi ya da ikisinin sistol sırasında atrio-ventriküler aralık düzleminin bir ucundan diğer ucuna çizilen hayali çizginin (C-D) üzerinde sol atrium içine doğru sarkması, MVP ekokardiyografik bulgularıdır (Shear, 1984, Johnson, 1986, Matuzas, 1987).

MVP tanısı için en önemli tanı aracı ekokardiyografidir. Feigenbaum (1973) ekokardiyografinin tanıda yeterince spesifik olduğunu, ayrıca kateterizasyona gerek bulunmadığını vurgulamış, Malcolm (1976), Nagata (1986) ve Yoshikawa (1986) da ekokardiyografinin MVP tanısı için standart referans olduğunu belirtmişlerdir.

YÖNTEM

Bu araştırmada Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Ayaktan Tedavi Unitelerine Şubat 1988- Mayıs 1989 tarihleri arasında başvuran panik bozukluk hastaları içinden gelişigüzel örnekleme ile seçilmiş 70 panik bozukluk olgusu ileri değerlendirmeye alınarak, DSM-III R yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) temel alınarak psikiyatrik görüşme yapılmış, SCID-OP (out patient) formundan yararlanılmış, tanı için olgularda DSM-III R "Panik bozukluk", "Agorafobi ile birlikte görülen panik bozukluk" ya da "Agorafobisiz panik bozukluk" tanı ölçütlerinin tam olarak bulunması koşulu aranmıştır. Ayrıca diğer psikiyatrik hastalıklarda MVP görülme oranları henüz bilinmediğinden çalışmayı bozmaması için panik bozukluk yanısıra başka bir birincil eksen tanısı daha alan olgular araştırmaya kabul edilmemiş; yine öykülerinde ve tetkiklerde "İkincil MVP"ye eşlik ettiği bildirilen Marfan Sendromu, Kongenital kalp hastalıkları, Romatoid artirit, kardiyomyopati, hipertroidizm, Klinefelter Sendromu, Turner Sendromu, Muskular distrofi gibi kalp, bağ dokusu ve genetik hastalıklar bulunan olgular da araştırmaya alınmamıştır.

Özellikle 13-19 yaşları arasında MVP'nun görülme sıklığının çok yüksek olduğu bilindiği için (Devereux, 1987) araştırmamızda 19 yaş sınırı konulmuş, bu yaştan küçük olan kişiler araştırmaya alınmamıştır.

İleri değerlendirmeye alınan 70 panik bozukluk olgusundan 14'ü yukarıda açıkladığımız dışlama ölçütlerini taşıdığı için araştırmadan çıkarılmış, koşullarımıza uyan 56 hasta

araştırma kapsamında değerlendirilmiştir.

Kontrol grubu Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Haseki Devlet Hastanesi'nde çalışan hekim, hemşire ve personel arasından psikiyatrik ve kardiyak yakınması ya da hastalığı olmaması önkoşuluyla gözetilerek, gelişigizel seçilen 40 sağlıklı kişiden oluşturulmuş, kontrol denekleriyle SCID-NP (Non patient) formundan yararlanılarak psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Ayrıca hem panik bozukluk olguları hem de kontrol deneklerine SCID kişilik testleri uygulanmış, Hamilton Anksiyete, Hamilton Depresyon ve Zung depresyon ölçekleriyle anksiyete ve depresyon düzeyleri derecelendirilmiştir.

Araştırmaya alınan tüm deneklerin fizik muayeneleri yapılarak pektus ekskavatum, skoliozis, düz sırt sendromu, yüksek damak, hiperekstansibl eklem, araknodaktili ve hipomasti gibi MVP ile birlikte görüldüğü bildirilen anomaliler araştırılmış, arterial kan basıncı ve vücut ağırlıkları tesbit edilmiştir.

Kardiyak değerlendirme İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde DIASONIC CV 400 ve DS 20 aygıtları kullanılarak, denekler sırt üstü ve sol yanlarına yatar pozisyonda iken, transdüser parasternal, apikal ve subksifoid konumlara getirilerek, ekranda kısa ve uzun aks, dört ve iki boşluklu görüntüler elde edilmiş ve bu görüntüler polaroid kamera ile resimlendirilmiştir. Kardiyologların "özel" değerlendirmesini ve "önyargılı seçme eğilimi"ni (selection bias) ortadan kaldırmak için (Bradley, 1987), her denek iki kardiyolog tarafından birbirlerinin tanısından habersiz olarak ayrı ayrı değerlendirilmiş, ayrıca kardiyologların ekokardiyografik tetkikini yaptıkları deneklerin psikiyatrik durumlarından (panik grubundan mı yoksa kontrol grubundan mı oldukları konusunda) habersiz olmaları (kör-blind değerlendirme) sağlanmıştır. Her iki kardiyologun da MVP tanısı koydukları olgularda MVP (+) kabul edilmiş, 'probable' ve 'possible' MVP olgularında MVP (-) kabul edilmiştir.

Dinleme bulgularının her olguda duyulmaması, EKG bulgularının MVP için patognomonik olmaması, buna karşı ekokardiyografinin MVP tanısı için özgül bir tanı aracı olması nedeniyle araştırmamızda MVP tanısı sadece ekokardiyografik tetkik ile konulmuş; M-mode ekokardiyografik tetkik yönteminin her olguda kolay uygulanamaması, özellikle kalp atımının fazla olduğu olgularda ve ekokardiyogram kalitesinin kötü olduğu durumlarda yalancı pozitiflik verebileceği (Özeren, 1986), gözönüne alınarak tanıda M-mode ve Two-dimensional ekokardiyografik tetkik yöntemlerinin ikisinin de uygulanması zorunlu görülmüştür. MVP tanı ölçütleri "dar" tutulmuş, M-mode ekokardiyografik tetkikte: Bir ya da iki mitral yaprakçığın mid sistolde (Mid sistolik MVP) ya da tüm sistol boyunca (Pan sistolik MVP) geriye doğru devamlı hareketi ve yer değiştirmesi, bu yer değiştirmenin en az iki milimetre olması (Shear, 1984), Two-dimensional ekokardiyografik tetkikte ise: Mitral yaprakçıkların birisi ya da ikisinin sistol sırasında atrio ventriküler aralık düzleminde çizilen hayali C-D çizgisinin üzerinde sol atrium içine doğru sarkması koşulu (Johnson, 1986, Matuzas, 1987) aranmıştır.

Araştırmamızda parametrik verilerin değerlendirilmesinde "t-testi", parametrik olmayan verilerin değerlendirilmesinde ise "Chi kare" istatistik testleri kullanılmış, frekansların 25' in altında olduğu durumlarda "Yates değiştirilmiş formül", 5'ten küçük olduğu durumlarda ise "Fisher kesin Chi kare analizi" uygulanmıştır. (Velicangil, 1972)

MATERYAL

Araştırmamızda Agorafobili panik bozukluk, Agorafobisiz panik bozukluk ve kontrol grubu olmak üzere üç grup değerlendirilmeye alınmıştır.

Agorafobili panik bozukluk grubu 20-56 yaşları arasında, ortalama yaşı 32, 64, \pm 9, 62 olan 16 erkek ve 17 kadın olmak üzere toplam 33 kişiden oluşmuştur. Bu gruptaki hastaların yaş dağılımı Tablo I'de, hastalık sürelerine göre dağılımı ise Tablo II'de, hastalıkları için daha önce ve/veya halen tedavi görüp görmedikleri ise Tablo III'de gösterilmiştir. Bu grupta II. eksen tanısı olarak bir kişide Şizoid kişilik bozukluğu, bir kişide antisosyal kişilik bozukluğu, altı kişide (3 kadın ve 3 erkek) Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır (Tablo IV).

Agorafobisiz panik bozukluk grubu 22-53 yaşları arasında, ortalama yaşı 32, 7, \pm 8, 36 olan 10 erkek ve 13 kadın olmak üzere toplam 23 kişiden oluşmuştur. (Tablo I, II, III, IV). Bu grupta 4 hastada (iki erkek ve iki kadın) II. eksen tanısı olarak Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır.

Kontrol grubu 24-59 yaşları arasında, ortalama 32, 87, \pm 8,7 olan 24 erkek ve 16 kadın olmak üzere toplam 40 sağlıklı kişiden oluşmuştur. Kontrol grubunda tümü de kadın dört kişide Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır (Tablo I, IV).

BULGULAR

Agorafobili ve Agorafobisiz panik bozukluk olgularından oluşan hasta grubumuz, yaş ve cinsiyet dağılımı bakımından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bu iki grup arasında istatistikî düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır (yaş dağılımı için: t-testi, $t=0.0109$, $df=1$, $p=0.456$; cinsiyet dağılımı için: Yates değiştirilmiş formül, $\chi^2=1.22116$, $df=1$, $p=0.2691$). Bir başka anlatımla hasta grubu ile kontrol grubu yaş ve cinsiyet yönünden "türdeş"dirler.

MVP saptanan hiçbir olguda, literatürde MVP ile birlikte görüldüğü bildirilen (Liberthson, 1986), Pektus ekskavatum, skoliozis, düz sırt sendromu, yüksek damak, araknodaktili, hiperekstansibl eklem ve hipomastiye rastlanmamış, yine literatürde MVP'lu hastalarda daha düşük arterial kan basıncından ve düşük vücut ağırlığından söz edilmesine karşın (Savage 1983, Amona, 1986, Johnson, 1986, Silber, 1988); bizim çalışmamızda MVP saptanan hiçbir olguda erkeklerde 60 kg.'ın, kadınlarda 45 kg.'ın altında bir vücut ağırlığı ve 100/60 mmHg.'nin altında bir arterial kan basıncı saptanmamıştır.

Ekokardiyografik tetkik sonucunda 33 Agorafobili panik bozukluk olgusunun 9 erkek ve 10 kadın olmak üzere toplam 19'unda (19/33, 57.5%), 23 Agorafobisiz panik bozukluk olgusunun 3 erkek ve 8 kadın olmak üzere toplam 11'inde (11/23, 47.8%), 40 kişilik kontrol grubunda ise bir erkek ve dört kadın olmak üzere toplam 5 kişide (5/40, 12.5%) MVP saptanmıştır (Tablo V).

Gerek Agorafobili panik bozukluk grubunda (19/33 Pa, 5/40 k., Yates, $\chi^2=14.6685$, $df=1$, $p=1.28 \times 10^{-4}$); gerekse Agorafobisiz panik bozukluk grubunda (11/23 P, 5/40 k., Yates, $\chi^2=7.8442$, $df=1$, $p=5.09 \times 10^{-3}$) MVP kontrol grubuna göre istatistikî düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

MVP görülme oranı bakımından Agorafobili Panik bozukluk grubu ile Agorafobisiz panik bozukluk grubu arasında istatistikî düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır (19/33 Pa, 11/23 P, Yates, $\chi^2=0.20015$, $df=1$, $p=0.6545$).

Araştırmaya alınan tüm kişiler (toplam 96) gözönüne alındığında, toplam 50 erkeğin 13'ünde, 46 kadının ise 22'sinde MVP saptanmış olup; MVP görülme oranı kadınlarda erkeklere göre istatistikî düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (13/50 E, 22/46 K, Yates, $\chi^2=4.0295$, $df=1$, $p=0.0447$).

Araştırmamızda II. eksen tanısı olarak Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptanan toplam 14 kişinin 10'unda MVP (+) bulunmuştur (Agorafobili panik bozukluk grubunda 3 kişide, Agorafobisiz panik bozukluk grubunda 3 kişide kont-

rol grubunda 4 kişide). Araştırmaya alınan tüm kişiler göz-önüne alındığında, MVP obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olanlarda, olntayanlara göre istatistiki düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (10/14 Obs., 25/82 Non-obs., Fisher, kesin Chi kare analizi, $p=0.00469$).

Araştırmaya alınan tüm deneklere uygulanan H. Anksiyete, H. Depresyon ve Zung depresyon ölçeklerinin verileri Tablo VI'da gösterilmiştir. Bu veriler bakımından Kontrol grubunda MVP saptananlar ile MVP saptanmayanlar arasında istatistiki düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır (t -testi, $df=38$, H. Anksiyete sayıları için: $t=0.813$, $p=0.21$, H. Depresyon sayıları için: $t=1.099$, $p=0.1393$, Zung sayıları için: $t=0.561$, $p=0.288$).

Aynı karşılaştırma hastalık grubunda da yapıldığında, MVP saptanan panik bozukluk olguları ile MVP saptanmayan panik bozukluk olguları arasında bu üç ölçeğin sayıları bakımından istatistiki düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır. (t -testi, $df=54$, H. Anksiyete için: $t=0.155$, $p=0.438$, H. Depresyon için: $t=0.448$, $p=0.327$, Zung depresyon için: $t=1.341$, $p=0.0927$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Panik bozuklukta MVP görülme oranlarını araştıran çalışmalarda birbiriyle oldukça çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Bu çalışmaların iki grupta toplamak mümkündür.

Önce, Pariser'in (1978) MVP ile panik atak arasında bir bağ olabileceğini düşündüren ilk olgusu yayınlanmış, hemen sonra panik bozuklukta %38-50 gibi yüksek MVP görülme oranları bildiren çalışmalarla (Venkatesh, 1979, Kantor, 1980) MVP'na olan ilgi ivme kazanarak sürmüştür. Libersson (1986) panik bozuklukta MVP görülme oranını %34, Dager ve arkadaşları (1986) %59, Matuzas ve arkadaşları ise (1987) %57 olarak bildirmişler ve bu sonuçlardan yola çıkarak panik bozukluk ile MVP arasında etiyolojik bir bağ olduğunu, nitekim her iki bozuklukta da artmış noradrenerjik aktivitenin bulunmasının bu görüşü desteklediğini, yüklenmez zorlanmaya karşı anormal katekolamin yanıtı, anormal yüksek reseptör duyarlılığı ve yaygın bir bağ dokusu anomali gibi nedenlerle mitral kapakçıklarda kıvılcıma sonucu önce MVP'nun oluştuğu, bunun da çarpıntı, göğüs ağrısı, dispne gibi belirtiler yaparak kişide panik oluşturduğu, hatta bazı yatkın kişilerde agorafobiye yol açtığı öne sürülmüştür (Dager, 1986). Matuzas (1987) panik bozukluk ve MVP'lu hastalarda yüksek orandaki troid patolojilerine dikkati çekerek panik-MVP-otoimmün troid hastalığı üçlemesinin aynı etiyolojiyi paylaşmış olabileceğini öne sürmüştür. Bu görüşleri öne sürerler MVP'nun panik bozukluk için neredeyse bir "trait marker" olduğunu söylemektedirler.

Panik bozuklukta yüksek MVP görülme oranı bildiren bu çalışmaların yanı sıra, düşük MVP oranı bildiren çalışmalar da yapılmıştır. Kathol ve arkadaşları (1980) panik bozuklukta MVP görülme oranını %6, Hartman ve arkadaşları (1982) ise %5 olarak bildirmişler, hatta bir başka araştırma grubu (Min ve Lee, 1986) Kore'li panik bozukluk hastalarında MVP'na rastlanmadığını açıklamışlardır. Shear ve arkadaşları 25 panik bozukluk olgusunda M-mode ekokardiyografik tetkik ile MVP araştırmışlar ve sadece iki olguda kesin MVP, üç olguda ise 'probable' MVP saptadıklarını belirterek buldukları MVP oranının (%8) kontrol grubundaki orandan yüksek olmadığını bildirmişlerdir (1984). Shear, panik bozuklukta yüksek MVP görülme oranı bildiren çalışmalarda bir dizi yanlışlığın yapıldığını öne sürerek eleştirilerini şu noktalarda toplamıştır: Bu araştırmalarda olguların, MVP taşıyıcılarını denediyle oluşan panik benzeri tablolar ile acil servislere başvuran kişiler arasından seçilmiş olabileceği, MVP tanı ölçütlerinin geniş tutulması nedeniyle MVP görülme oranının yüksek bulunmuş olabileceği, yine bu çalışmalarda, MVP görülme oranını yük-

selten düşük vücut ağırlığı ve hipotansiyonun dikkate alınmadığını, dolayısıyla MVP'nun yüksek oranda bulunmasının hasta gruplarındaki hipotansif ve zayıf kişilerden kaynaklanmış olabileceğini belirterek, MVP ile panik bozukluk arasında etiyolojik bir bağ olmadığını öne sürmüştür.

Benzer görüşleri savunan diğer araştırmacılar da Panik bozukluk ile MVP'nun tamamen "rastlantısal" olarak birlikte görüldüğünü öne sürmüşlerdir. Klein ve Gorman bir çok MVP'lu hastada hiçbir psikiyatrik semptomu rastlanmadığını, MVP'da bulunan bitkinlik semptomunun panik bozuklukta görülmediğini, buna karşı panik bozuklukta sık görülen derealizasyona MVP'lu kişilerde hiç rastlanmadığını bildirmişlerdir (Bradley, 1987). Bu görüşü savunanlar, MVP bulunan ve bulunmayan panik bozuklukta imipramine alınan yanıt ve laktat infüzyonu ile oluşturulan panik tablosunun tedavisine alınan yanıtın da değişmemesinin, görüşlerini desteklediğini öne sürmüşlerdir. Eldeki verileri gözden geçiren Crowe, MVP'lu panik bozukluk hastalarının, genetik, fizyolojik ve farmakolojik yönlerden diğer panik bozukluk olgularından farklı olmadığını, MVP'lu hastalarda görülen psikiyatrik semptomların diğer kardiyak hasta gruplarında da aynı oranda bulunduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda panik bozukluk gruplarında bulduğumuz yüksek MVP görülme oranları (Agorafobili panik bozuklukta %57.5, Agorafobisiz panik bozukluk grubunda %47.8, toplam panik bozukluk grubunda ise %53.57); kontrol grubuna göre istatistiki düzeyde anlamlı olarak yüksek olup, literatürdeki panik bozuklukta yüksek MVP görülme oranı bildirilen çalışmalara uyumludur.

Özellikle Shear ve arkadaşlarının, panik bozuklukta yüksek MVP görülme oranı bildirilen çalışmalar için yönelttiği (olgü seçimi, MVP tanı ölçütlerinin genişliği, kardiyak değerlendirmenin özelliği konularındaki) eleştirilen noktaları dikkate alarak yaptığımız çalışmamızda (bkz. yöntem), yüksek MVP görülme oranı saptamamızın, panik bozukluk-MVP arasındaki ilişki bakımından anlamlı olduğu düşüncesindeyiz. Ancak, biz ilişkiye biraz daha farklı bir açıdan bakılmasının doğru olacağı kanısındayız. Bugüne değin yapılan çalışmalarda, araştırmacılar çoğunlukla (diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi) panik bozukluğa biyolojik bir temel arama kaygısı ile yaklaştıkları için, panik semptomlarının MVP semptomlarına olan benzerliğinden yola çıkışla, panik bozukluk-taki yüksek MVP görülme oranını da kendilerine destek olarak, panik bozukluğun MVP gibi bir biyolojik nedenden kaynaklandığı kolaycılığına kapılmışlar, tüm enerjilerini panik bozukluk üstüne yoğunlaştırmışlar, panik bozukluğun temelinde bir anksiyete bozukluğu olduğunu neredeyse gözardı etmişlerdir. Gerçekten de ilgili literatür gözden geçirildiği zaman, bir iki çalışmanın dışında diğer anksiyete bozukluklarında MVP üzerine pek çalışılmadığı görülmüştür.

Biz, panik bozukluk ile MVP arasındaki ilişkinin panik bozukluk tablosunun kendisinden çok, altında yatan anksiyete olgusunda aranması gerektiği düşüncesindeyiz. Nitekim bir anksiyete bozukluğu olan sosyal fobide yüksek MVP görülme oranı (%23) bildirilmesi (Chaleby ve Ziad, 1988), Arkonaç ve arkadaşlarının (1989) MVP tanısı almış 54 kardiyak hasta-da psikiyatrik bozukluk araştırdıkları çalışmalarda, psikopatoloji saptadıkları 35 olgunun %79'unda anksiyete bozukluğunun bulunması (%37.94 panik bozukluk, %22.4 genelleşmiş anksiyete, %8.6 Panik öyküsil agorafobi, %1.7 sosyal fobi, %8.6 basit fobi, ayrıca II. eksen tanısı olarak %10.34 oranında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu), yine bu çalışmamızda (güncel literatürde temelinde anksiyete bulunduğundan söz edilen) Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptanan 14 olgunun 10'unda MVP saptanması ve bu kişilik bozukluğunun bulunmadığı diğer kişilere göre MVP oranının istatistiki düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunması (10/14 obs, 25/82 Non-obs., Fisher kesin Chi kare analizi, $p=0.00469$), bu

görüşümüzü desteklemektedir.

Ancak bu konuda kesin bir şey söyleyebilmek için henüz çok erkendir. Panik bozukluk dışındaki diğer anksiyete bozukluklarında MVP görülme oranlarıyla ilgili çalışmalar çok yetersizdir. Örneğin Sosyal fobi ile ilgili tek çalışma genelleşmiş anksiyete ile ilgili bir-iki çalışma bildirilmiştir. Obsesif-kompulsif bozukluk, Posttravmatik stres bozukluğu, Basit fobi ile ilgili MVP çalışmalarına ise literatürde hiç rastlanılmamıştır.

Sonuç olarak panik-MVP arasında aranılan ilişkinin, anksiyete-MVP platformuna yöneltilmesi gerektiğini ve panik bozukluk dışındaki diğer anksiyete bozukluklarında da MVP görülme oranlarının araştırılmasının konuya yeni bir boyut kazandıracığını belirtmek istiyoruz.

YAŞ	Agorafobili Panik bozukluk			Agorafobisiz Panik bozukluk			Kontrol Gurubu		
	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam
20-29	6	9	15	1	11	12	11	12	23
31-40	6	5	11	6	1	7	7	2	9
41-50	3	1	4	3	-	3	5	1	6
51-60	1	2	3	-	1	1	1	1	2
toplam	16	17	33	10	13	23	24	16	40

Tablo I
(Gruplarda yaş ve cinsiyet dağılımı)

	Agorafobili Panik bozukluk			Agorafobisiz Panik bozukluk			Toplam Panik bozukluk		
	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam
1-6 ay	3	8	11	4	4	8	7	12	19
7-12 ay	2	-	2	2	-	2	4	-	4
13 ay-5 yıl	7	3	10	5	3	8	12	6	18
5 yıl üzeri	4	6	10	2	3	5	6	9	15

Tablo II
(Hastalık sürelerine göre dağılım)

	Agorafobili Panik bozukluk			Agorafobisiz Panik bozukluk			Toplam Panik bozukluk		
	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam
tedavi görmemiş	11	10	21	3	8	11	14	18	32
tedavi görmüş	6	7	13	7	5	12	13	12	25

Tablo III
(Tedavi şekillerine göre dağılım)

	Fizoid kişilik		Anti-sovy. kişilik		Obsesif-Kompulsif		Toplam	
	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın
Panik boz. (agorafobili)	1	-	1	-	3	3	5	3
Panik boz. (agorafobisiz)	-	-	-	-	2	2	2	2
Kontrol gurubu	-	-	-	-	-	4	-	4

Tablo IV
(Kişilik bozuklukları dağılımı)

	MVP(+)			MVP(-)		
	erkek	kadın	toplam	erkek	kadın	toplam
Panik boz. Agorafobili	9	10	19	7	7	14
Panik boz. Agorafobisiz	3	8	11	7	5	12
Kontrol gurubu	1	4	5	23	12	35

Tablo V
(Gruplarda MVP dağılımı)

GURUP	ÖLÇEK	ERİM		
Panik boz. (agorafobili)	H. Anksiyete	7-35	19,2	9,57
	H. Depresyon	2-29	11,9	7,45
	Zung	33-94	57,96	14,3
Panik boz. (agorafobisiz)	H. Anksiyete	5-38	10,9	6,9
	H. Depresyon	2-20	7,69	6,6
	Zung	29-81	49,9	14,5
Panik boz. (toplam)	H. Anksiyete	5-38	15,8	9,4
	H. Depresyon	2-29	10,19	7,36
	Zung	29-94	54,6	14,8
Kontrol gurubu	H. Anksiyete	0-12	3,25	2,95
	H. Depresyon	0-13	2,7	2,8
	Zung	28-65	37	7,41

Tablo VI
(Değerlendirme ölçeklerinin verileri)

KAYNAKLAR

- 1- Amano, K., et. all.: Association of anorexia nervosa and mitral valve prolapse. Journal of Cardiography 16 (Suppl. XI) 141, 1986.
- 2- Arkonaç, O., Gültekin, N., Özer, Ş., Toker, F.: MVP Tanısı Alan 54 Kardiyak Olguda Psikiyatrik Bozukluklar. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Mersin, 1989.
- 3- Arkonaç, O., Üner, S., Toker, F., Gültekin, N., Özer, Ş.: MVP in Bipolar Mood Disorder. VIII World Congress of psychiatry, Athens, 1989.
- 4- Bradley, H.S.: Mitral Valve Prolapse, Panic States, and Anxiety A Dilemma in Perspective. Psychiatric Clinisc of North America. 10:141-150, 1987.
- 5- Chaleby, K., Ziadi, G.: Mitral valve prolapse and Social Phobia. British Journal Psychiatry. 152:280-281, 1988.
- 6- Channick, B.J., Adlin, E.V., Marks, A. D., et. all.: Hypertroidizm and Mitral Valve Prolapse. N. Engl J Med. 305: 497, 1981.
- 7- Cohen, L., Bitterman, H., et. all.: Idiopathic Magnesium deficiency in Mitral valve prolapse. Am J Cardiol 57:486 1986.
- 8- Dager, S. R., Cowley, D. S., Dunner, D. L.: Biological Markers in Panic states: Lactate-induced Panic and Mitral valve prolapse. Biol Psychiatry. 22:339-359, 1987.
- 9- Dager, S. R., Comess, K. A., Dunner, D. L.: Differentiation of Atxious Patients by Two-dimensional Echocardiographic Evaluation of the Mitral valve. Am J Psychiatry 143:533-535, 1986.
- 10- Devereux, R.B., Kramer-Fox, R., Shear, M.K., et. all.: Diagnosis and classification of severity of mitral valve prolapse: Methodologic, biologic, and prognostic consideration. Am J Heart. 11:1265-1278 1987.
- 11- Devereux, R.B., Perloff, J. K., Reichel, et. all.: Mitral valve prolapse. Circulation. 54:3, 1976.
- 12- Diagnostec and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Edition-Revised, Washington, D. C, American Psychiatric Association, 1987.
- 13- Feigenbaum, H.: Ultrasound as a clinical tool in valvular heart disease. Cardiovascular Clinic. 5:219, 1973.
- 14- Giannini, A. J., Price, W. A., Loiselle, R. H.: Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Bipolar Affective Disorder. Am

- J Psychiatry 141:991-992, 1984.
- 15- Hackett, T.: Cardiovasculer disorders. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, editors ed. 4. p. 1149. Williams Wilkins. Baltimore, 1980.
 - 16- Hartman, N., Kramer, R., Brown, W. T., et. all.: Panic Disorder patients with mitral valve prolapse. Am J Psychiatry 139:665-670, 1982.
 - 17- Johnson, L.G., Humphries, L.L., Shirley, P. B., et. all.: Mitral Valve Prolapse in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia. Arch Intern Med. 146:1525-1528, 1986.
 - 18- Kantor, J. S., Zitrin, C. M., Zeldis, S. M.: Mitral valve prolapse syndrome in agoraphobic patients. Am J Psychiatry 137:467-469, 1980.
 - 19- Kathol, R. G., Noyes, R., Slyman, D. et all.: Propanolol in chronic anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 37: 1361-1365, 1980.
 - 20- Levy, D., and Savage, D., Framingham, M., et. all.: Prevalence and clinical Features of Mitral Valve Prolapse. Am Heart J 113:1381-1290, 1987.
 - 21- Libberthson, R., Sheehan, D. V., King, M. E., et. all.: The Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Patients with Panic Disorders. Am J Psychiatry. 143:511-515, 1986.
 - 22- Malcolm, A.D., Boughner, D.R., Kostuk, W.J. et. all.: Clinical features and investigative findings in presence of mitral leaflet prolapse: study of 85 consecutive patients. Br Heart J 38: 244, 1976.
 - 23- Markiewicz, W., Stoner, J., London, E.: Mitral Valve Prolapse in one-hundred presumably healthy females. Circulation. 53: 464-473, 1976.
 - 24- Matuzas, W., Al-Sadir, J. et. all.: Mitral Valve Prolapse and thyroid abnormalities in Patients with Panic attacks. Am J Psychiatry 144: 493-495, 1987.
 - 25- Mavissakalian, M., Salerni, R., Thompson, M.E., et. all.: Mitral Valve Prolapse and Agoraphobia. Am J Psychiatry 140: 1612-1614, 1983.
 - 26- Mazza, D.L., Martin, D., Spacevento, L., et. all.: Prevalence of Anxiety Disorders in Patients with Mitral Valve Prolapse. Am J Psychiatry 143: 349-352, 1986.
 - 27- Min, S. K., Lee, H. Y.: No mitral valve prolapse in Korean Patients with panic attacks. Letters to the Editor. Am J Psychiatry 143: 943, 1986.
 - 28- Nagata, S.: Two-dimensional echocardiographic diagnosis of Mitral Valve Prolapse. Journal of Cardiography 16 (Suppl. XI): 81-86, 1986.
 - 29- Örnek, T., Bayraktar, E., Sorias, O., ve ark.: Panik bozukluk ve Mitral Valv Prolapsusu. XXIV. Ulusal Psikiyat-
ri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara, 1988.
 - 30- Özeren, A., Türkoğlu, C., Saygılı, R.: Low Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Bipolar Affective Disorder. Short Communication. Acta Psychiatr Scand 74: 605-606, 1986.
 - 31- Pariser, S. F., Pinta, E. R., Jones, B.: Mitral Valve Prolapse syndrome and anxiety neurosis/panic disorder. Am J Psychiatry 135: 246-247, 1978.
 - 32- Pfaffenrath, V., Pöllmann, W., Antenrieth, G., et. all.: Mitral Valve Prolapse and platelet aggregation in patients with hemiplegic and non-hemiplegic migraine. Acta Neurol Scand 75: 253-357, 1987.
 - 33- Roth, M., Noyes, J. R., Burrows, G. D.: Hand book of anxiety volum: I Biological, Clinical and Cultural Perspectives. p. 109. Elsevier Science Publishing, Amsterdam 1988.
 - 34- Ritchie, J. L., Hammermeister, K. E., and Kennedy, J. W.: Refractory ventricular tachycardia and fibrillation in a patient with prolapsing mitral leaflet syndrome. Successful control with overdrive pacing. Am J Cardiol 37: 315, 1976.
 - 35- Ruwitch, J. F.: Criteria for Mitral Valve Prolapse. Letter to the Editor. Am J Cardiol 42: 698, 1978.
 - 36- Savgé, D. D., et. all.: Mitral Valve Prolapse in the general population, I. Epidemiologic features: The Framingham Study. Am Heart J 106: 571-576, 1983.
 - 37- Shear, M. K., Devereux, R. B., et. all.: Low Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Patients with Panic Disorder. Am J Psychiatry 141: 302-303, 1984.
 - 38- Silber, E. N.: Mitral Valve Prolapse Syndrome, Heart Disease. Mc Millian Publishing Company. New York, p. 987-997, 1988.
 - 39- Smith, E. R., Fraser, D. B., Purdy, J. W., et. all.: Angiographic diagnosis of Mitral Valve Prolapse: Correlation with echocardiography. Am J Cardiol 40: 165, 1977.
 - 40- Velicangil, Sıtkı: Tıbbi Biyometri (Hekimlikte İstatistik Metodları ve Tatbikatı). 3. baskı. İ.Ü. Yayınları, 1972.
 - 41- Venkatesh, A., Paul, D. L., Crowe, R. et. all.: Mitral Valve Prolapse in anxiety neurosis (panic disorder). Am Heart J 135: 105-106, 1979.
 - 42- Yoshikawa, J.: Comments on the diagnostic criteria of Mitral Valve Prolapse. Journal of Cardiography 16 (Suppl XI). 93-103, 1986.
 - 43- Zullo, M. A., Devereux, R. B., Kramer-Fox, R., et. all.: Mitral Valve Prolapse and Hyperthyroidism: Effect of patient selection. Am Heart J 110: 977-980, 1985.