

## MİTRAL VALV PROLAPSUSU ve ANKSİYETE

Dr. Kemal SAYAR\*

### ÖZET

Panik bozukluğu ve mitral valv prolapsusu arasında tartışmalı bir ilişki vardır. Panik bozukluğu hastalarında mitral valv prolapsusu yaygınlığı artmış gibi görünüyorsa da araştırma verileri her iki durum arasında nedensel bir ilişkiyi kanıtlamaktan uzaktır. Öte yanda, mitral valv prolapsusu olan hastalarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı kardiyak kontrollere göre yüksek değildir. Bu yazı, söz konusu alandaki araştırma yazılarını gözden geçirmekte ve bu tartışmalı konuya açıklık getirmek istemektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Mitral valv prolapsusu, panik bozukluğu, anksiyete.

### SUMMARY

#### MITRAL VALVE PROLAPSE AND ANXIETY

The relationship between panic disorder and mitral valve prolapse is a matter of debate. Although there seems to be an increased prevalence of mitral valve prolapse in panic disorder patients, research data is not sufficient to prove any causal relationship between these two conditions. On the other hand, the prevalence of anxiety disorders is not higher than in cardiac control groups when mitral valve prolapse patients are examined. This paper reviews the research articles in this area and aims to highlight this much discussed issue.

**Key words:** Mitral valve prolapse, panic disorder, anxiety.

Mitral valv prolapsusu ile anksiyete bozuklukları arasında tartışmalı bir ilişkiden söz edilmektedir. Panik bozukluğun (PB) anatomik açıdan kusurlu kapaklara ikincil olabileceği yolundaki düşünceler, mitral valv prolapsusu (MVP)'nun kimi öznelerde fizyolojik olarak ortaya çıkabildiğinin gösterilmesiyle birlikte yeniden değerlendirilmiştir. Bu yazıda sözkonusu ilişkiyi açıklamak için yapılan çalışmalar gözden geçirilecektir.

### GÖĞÜS AĞRISI VE MVP: KISA TARİHÇE

1871'de Dacosta çarpıntı, göğüs ağrısı ve bayılma ile seyreden ve egzersizle ortaya çıkan olgular tanımladı ve bunlara *buzursuz kalp* (irritable heart) adını verdi. Bu sendrom İç Savaş sırasında bazı askerlerde de görüldüğü için daha sonra asker kalbi (soldier's heart) olarak da isimlendirilmiştir. Kardiyolog Samuel Levine efor sendromu ismiyle de bilinen rahatsızlıkla ilgili bir İngiliz çalışmasına katılmış ve *neurocirculatory asthenia* ismini önermiştir. Sendroma daha sonra *hiperdinamik beta adrenerjik dolaşım durumu* denilmesiyle birlikte bulguları ve fizyolojik ba-

ğıntılar da bir ölçüde aydınlığa çıkmıştı. Nihayet 1963'te Barlow kalpteki dinleme bulgularıyla mitral kapakçığın sol atriuma çökmesi arasında bir ilişki kurdu ve mitral valv prolapsu dönemi başladı.

### MVP: GENEL BİR BAKIŞ

Mitral kapak sol atriumu sol ventrikülden ayırır. Chorda tendinea ile sol ventrikül duvarının papiller kaslarına tutanan anterior ve posterior kapakçıklardan oluşur. Normalde mitral kapak kan ventriküler sistol sırasında aorta pompalanınca tamamen kapanır. Bu da sol atriuma kanın geri kaçmasını önler. MVP durumunda mitral kapak sistol esnasında sol atriuma doğru bükülmektedir. Bu sıklıkla posterior kapakçığı ya da her iki kapakçığı içerir, anterior kapakçık tek başına daha nadir bu oluşuma katılır. En azından hafif mitral regüritasyonun varlığı, dinleme bulguları ve ekokardiografi ile MVP hastalarının en az üçte birinde saptanabilir.(Freeman A. ve Folks D. 1989)

Wooley anatomik mitral valv prolapsusunu bir kapak anormallikleri spektrumu olarak tanımlar ve bunun çeşitli klinik belirtilere yol açabildiğini belirtir. Bunlar şu ana başlıklar altında toplanabilir: (1) Asemptomatik dinleme, ekokardiografi veya anjiyografi bulguları; (2) Hafif mitral regüritasyon; ve (3)

\*Psikaytri Uzmanı, Vakıf Gureba Hastanesi  
Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Kardiomegali ve konjestif kalp yetmezliği ile sonuçlanan ilerleyici ve ciddi akut veya kronik mitral kapak regürgitasyonu. MVP sendromunun özellikleri göğüste sıkıntı, dispne, çarpıntılar, taşikardi, anksiyete, astenik vücut yapısının yanısıra dinleme bulguları, mitral ve triküspid kapakların prolapsı ve kalp kapaklarında histolojik olarak miksömatöz değişimleri içerir. Tam teşhis, klinik bulgularla tanımlanan anatomik sürecin bağlantısının kurulabilmesiyle olur. Mitral valv prolapsı hastalarının %50 ile %80'i kardiyovasküler sisteme atfedilebilecek bulgular gösterirler. Bunlar çarpıntı, göğüs ağrısı, dispne, efor entoleransı, senkop ve pre-senkop gibi bulgulardır.(Wooley CF)

İlk yayınlarda çeşitli psikiyatrik bozukluklarda (anksiyete nevrozu, agorafobi, panik ataklar gibi) MVP'nin hayli yaygın olduğu bildirilmiştir.(Crowe Rr, Pauls DL, Slymen DJ, 1980, Pariser SF, Pinta ER, Jones BA, 1978, Vinkatesh A, Pauls DL, Crowe R, 1980) Anksiyete nevrozları ve MVP arasında epidemiyoloji yönünden benzerlikler bulunmaktadır. Daha çok kadınlarda görülme, başlangıç yaşının 35'ten küçük olması, %5 ile %15 arasında değişen sıklık ve ailelerde görülme eğilimi, her iki hasta grubunun ortak özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu benzerlikler Wooley' in, panik bozukluğu olarak teşhis edilen hastaların aslında MVP'den muzdarip olduğunu düşüncesine yol açmıştır. Yakın zamanda yapılmış ve bizim de burada ayrıntılı olarak üzerinde duracağımız çalışmalar ise MVP'ye atfedilen psikiyatrik bulguların MVP'si olmayan hastalarda da aynı sıklıkta görülebildiğini bildirmektedirler. Bu çalışmalar göstermektedir ki iki ayrı bozukluk vardır: anksiyete nevrozu ve kalp hastalığı. Hatta Weinstein anksiyete bulgularıyla gelen hastalarda MVP araştırmanın, bu hastaların psikolojik ve fizyolojik yönlerini dikotomize ettiği yönünde bir eleştiride bulunmaktadır.(Weinstein G, Allen G, Ford CV, 1982)

MVP'nin genel yetişkin popülasyonunda %4 ile %7 arasında değişen sıklıklarda görüldüğü bildirilmektedir. Devereux ve arkadaşları bugüne kadar yapılan en büyük aile yaygınlığı araştırmasında otozomal dominant bir örüntüden söz etmektedirler.(Freeman A. ve Folks D., 1989) Üstelik aile üyelerinde genetik dışavurum ile bulguların varlığı ve yokluğu arasında bir ilişki yoktur. Otozomal dominant bir kalıtım örüntüsü, prolapse olan kapaklardaki patolojik bulgu (kollajen defekti) ile birlikte değerlendirildiğinde bağ dokusunun kalıtsal bir hastalığını düşündürmektedir.

Pasternak ve arkadaşları semptomatik MVP hastalarının artmış istirahat sempatik tonusu gösterdiği-

ni bildirmektedirler. Yakın zamanda elde edilmiş psikobiyolojik bulgular MVP sendromu hastalarında ikili bir otonomik işlev bozukluğuna işaret etmekte ve adrenerjik kontrol mekanizmalarında bir anormallik olduğu önermesini desteklemektedirler.(Pasternac A, Tubau JF, Puddu PE, Sokolow M, McIlroy MB, Cheitlin MD, 1990)

## PANİK BOZUKLUĞU VE MVP

MVP-Panik Bozukluğu arasında tartışmalı bir ilişki vardır. MVP'nin Panik Bozukluğu olan kişilerde diğer psikiyatrik normallere göre daha sık görüldüğü yolundaki ilk yayınlardan bugüne çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Son yıllarda konu hem kardiyoloji hem de psikiyatri çevrelerinde ilgi çekmiş ve çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçları açısından görülen farklılıkları üç ana başlık altında özetlemek mümkündür: (1) MVP için kullanılan hayli farklı teşhis ölçütleri (2) Bu teşhisin güvenilirliğinin olmaması (3) Hem hasta hem de kontrol gruplarında örnek seçiminde yanlış davranılması. Panik bozukluğu bir teşhis kategorisi olarak DSM-III'te yer aldığından beri (1980), pek çok kişi bu rahatsızlıktan dolayı psikiyatrik yardım almaktadır. Hem MVP hem de PB hastaları çarpıntı, göğüs ağrısı, dispne, yorgunluk, başta hafiflik hissi, başdönmesi, bayılma ya da bayılır gibi olma bulgularından yakınabilirler. MVP, göğüs ağrısı ve dispne arasındaki açık ilişki hasta seçiminden kaynaklanan bir artefakt olabilirse de, subjektif yakınmaların genel benzerliği, panik bozukluğunun MVP'den kaynaklandığı ya da tam tersi bir biçimde, panik bozukluğun MVP'ye yol açtığı tarzında bir spekülasyona neden olmuştur.

MVP daha önce de sözünü ettiğimiz gibi dinleme bulguları ve ekokardiografi ile tanınmaktadır. Devereux MVP teşhisinde değişik yöntemlerin etkinliğini gözden geçirmiştir.(Devereux RB, Kranz-Fox R, Kligfield P) Bu arada, panik bozukluğu tanısı için öngörülen ölçütlerin de DSM-IV'te değişiklik gösterdiğini biliyoruz.(E. Köroğlu, 1994) Ekokardiografi dinleme bulgularından daha hassas olmakla birlikte MVP'yi bu yöntemle saptamakta çok değişik ölçütler kullanılmaktadır. Yayınlanmış kılavuzlar olsa bile uygulama hala çok subjektiftir. Aynı çalışma içinde bile, MVP yaygınlığı uygulanan ölçütlerin katılığı ölçüsünde, %13 ile %0.5 veya %59 ile %34 arasında değişebilmektedir.(Margraf J, Ehlers A, Roth W) Aşağıdaki tabloda Panik Bozukluğu ve Mitral Valv Prolapsusu arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar özetlenmektedir.(Pariser, Pinta ER, Jones BA, 1978, Vinkatesh A, Pauls DL, Crowe R, 1980, Margraf JÖ, Ehlers A, Roth

### Panik bozukluğunda MVP yaygınlığı

Araştırmacı	Denek Grubu	Kontrol	Kör mü?	MVP Tanısı	Bulgular
Pariser (1979)	5PB,10MD,2 teşhissiz,9K, 8E,21-53 yaş	yok	?	dinleme ve eko.	PB:1 (20%), MD:3(30%)
Venkatesh (1980)	21 anksiyete nevrozu, 15K,6E, 37 yaş	20 personel	evet	din./eko.	hst:24%, kontrol:5%
Kantor (1980)	25PB/AG, çarpıntı öyküsü, hepsi K, 42 y.	23 personel	evet	din./eko.	hst:12%(eko+din.) kon.:9% yalnız eko
Kathol (1980)	18PB,5AG, 3YAB, 12K, 14E, 36 y.	yok	?	din./eko.	PB:1(PB+AG'nin %4'ü)
Grunhaus (1982)	23PB/AG, 15K, 8E, 35 y.	yok	evet	din./eko.	dinleme+eko.kriterleri 7 (%30)
Hickey (1983)	50AG, 42K / 8E, 36 y.	yok	?	din./eko.	yok
Mavissakalian (1983)	54AG, 46K, 7E	yok	?	din./eko.	3 kesin (%6), 4 muhtemel (%7)
Chan (1984)	10 PB, 4AG, 4YAB, 1 sosyalfobi	yok	?	din./eko.	yok
Shear (1984)	25PB/AG, 14K, 11E, 35.8 yaş	25 MVP yakını	evet	eko.	hst:2 kesin(%8),2muhtemel(%8) kon:2 muhtemel (%8)
Nesse (1985)	20PB/AG, 16K, 4E, 32 yaş	3 gönüllü	evet	din./eko.	hst:7 (%35) kon:0
Liberthson (1986)	131 PB/AG,84K,47E,38 yaş	yok	?	din./eko.	44 kesin (%34), 7 muhtemel (%5)
Dager (1986)	24PB, 11AG, 9YAB, 30K,14E, 35.4 yaş	20YAB	evet	eko.	panik: 15 kesin (%34), YAB:3 kesin (%15)
Arkonacı (1989)	56PB	40 sağlıklı k.	?	din/eko.	panik: 30 (%53.5) kon: %12.5
Matuzas (1989)	82PB, 48K, 34E	yok	?	eko.	PB: %47.5

W, 1988, Arkonacı O, Gültekin N, Özer Ş, 1991)

Ekokardiografi bulgularının tartışılabilirliği yanında, panik hastalarında yüksek MVP sıklığı bildiren araştırmalar metodolojik açıdan da eleştirilmektedirler. Margraf ve ark. bu çalışmalarını dört ana başlık altında eleştirmektedirler: **(1)** yüksek oranda semptom gösteren hastalardan oluşan klinik serilerin incelenmesi **(2)** yeterli kontrol gruplarının olmaması **(3)** kör olmayan değerlendirmeler **(4)** MVP teşhisinin güvenilir olmaması. Bu yazarlara göre MVP ve PB arasında bir ilişkinin varlığını gösterebilmek için toplum araştırmalarında bulunacak seçilmemiş PB hastaları, güvenilir MVP ölçütleri yönünden araştırılmalı ve kontrol grubu da aynı örneklem içinden seçilmelidir. O zamana dek şu söylenebilir: şu ana dek çalışılan panik atak hastalarının %80'inin 'kesin' MVP'si yoktur ve %90'ı da ekokardiografi ve dinleme bulgularını karşılamamaktadır.(Margraf J, Ehlers A, Roth W, 1988)

Görüldüğü gibi PB ve MVP ilişkisi hayli tartışmalıdır. Araştırmacıların temel varsayımlarını üç ana başlık altında toplayabiliriz: **1)** Mitral valv prolapsı panik bozukluğunu başlatır, **2)** Mitral valv prolapsı ve panik bozukluğu tesadüfen bir araya gelmişlerdir, **3)** Panik bozukluğu mitral valv prolapsına neden olur. Coplan üçüncü varsayımı test etmektedir. DSM-III'e göre Panik bozukluğu teşhisi alan ve ekokardiografide mitral valv prolapsı gösteren 20 hasta çalışmaya alınmıştır. Ekokardiografik olarak MVP gösteren ama psikiyatrik olarak normal 8 kişilik bir kontrol grubu seçilmiştir. Bütün ekokardiogramlar M-mode ve iki boyutlu olarak yapılmıştır. Hastalar benzodiazepin, trisiklik antidepressan ve MAO inhibitörü ilaçlarla PB yönünden tedaviye alınmışlardır. Bu çalışmada tedavi sonrasında bir grup hastada MVP'nin ortadan

kaldığı görülmüştür. 3 mm'lik yerinden oynama baz olarak alındığında PB grubunda 9 hastanın MVP'si düzelerken kontrol grubunda düzelmeye rastlanmamıştır. Yazarlar panik bozukluğundaki otonomik aşırı çalışmanın mitral kapakta geçici bir deformasyona yol açabildiğini hatırlatarak, prolapsustaki hafifleme-yi, antipanic ilaçlara bağlı olarak otonomik aşırı çalışmanın azalmasıyla izah etmektedirler.(Gorman JM, Goetz RR, Fyer M, 1988)

Bütün bu bilgileri derleyip toparlamak gerekirse şu söylenebilir: Eldeki bilgiler panik bozukluğu hastalarındaki yüksek MVP yaygınlığı hakkında ne destekleyici ne de tümden yanlışlayıcı bir özellik arzmemektedirler. Panik bozukluğu ve MVP hastaları bir arada bulunuyorsa da bunun yüzdesi yüksek değildir, bu durum, MVP hastalarının %8'ini ve PB hastalarının klinik örneklemelerinin %20'sini etkilemektedir. Panik bozukluğunda MVP'nin daha hafif biçimleri görülmektedir, bunlar anatomik olarak değişmez ve kalıcı değil, fonksiyonel ve geriye dönüşlü anormalliklerdir. Gorman'ın gösterdiği gibi panik ataklar için 6 aylık bir remisyon sağlandığında MVP kaybolabilmektedir.(Gorman JM- Shear K, Deverux RB, 1986) MVP ve Panik bozukluğu arasında bir kaç nedensel ilişki kurulabilir: sözelimi belirli MVP türleri PB hastalarının yaşadığı akut ya da kronik emosyonel uyarılmadan kaynaklanabilir. Bu MVP' nin panik hastalarındaki geri dönüşlülüğü ile uyumludur. Daha önce de belirttiğimiz gibi MVP yüksek kalp hızı ve düşük sol ventrikül hacmi bağlamında ortaya çıkarılabilir. Psikolojik zorlanmanın MVP'li bazı hastalarda ritim ve klik sesini etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca hızlı atımlı bir kalbin yanısıra kanda dolaşan katekolaminlerin yükselmesi durumunda MVP'nin ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür. Ancak yapılan çalışma-

larda MVP'li panik bozukluğu hastalarının daha düşük norepinefrin ve epinefrin seviyeleri gösterdiği bulunmuştur ve normal kontrollere göre bir fark elde edilememiştir. Üstelik panik hastalarının normal kontrollerle kıyaslandığında sürekli yüksek bir kalp atım hızları yoktur. Başka bir nedensel bağlantı hastaların MVP semptomlarını algılaması ve onlara panikle cevap vermesidir. Ancak MVP hastalarının çoğunda yüksek sıklıkta panik atak mevcut değildir. Üstelik MVP'nin eşlik ettiği ve etmediği Panik bozukluğu semptomları arasında bir fark yoktur. Bugüne kadar bildirilen tek fark, MVP'li PB olgularının plaseboya daha iyi cevap veriyor olmasıdır. Buraya kadar bahsettiğimiz açıklamaların yeterince ikna edici olmadığı ortadadır. Bir ihtimal, her iki durumun henüz tam aydınlatılmamış üçüncü bir etken (otonomik bir anormallik gibi) tarafından meydana getirilebileceğidir. Ancak bu durumda bipolar bozukluk ve anoreksia nervosa gibi yüksek MVP sıklığının olabileceği durumları nasıl açıklayacağız? Bu gözlem, bir diğer açıklama biçimi olan komorbidite cevabıyla kolayca açıklanamamaktadır. İki rahatsızlığı olan insanlar daha çok yardım ararlar ya da toplum araştırmalarında daha çabuk dikkat çekerler. Komorbidite açıklaması elimizdeki bilgilerle yanlışlanamaz. (Coplan JD, Papp LA, King DL, 1992)

Panik Bozukluğu hastalarında ilaveten bir de MVP teşhis edilmesi genellikle klinik tedavi bakımından bir önem arz etmemektedir. Önemli kardiyovasküler komplikasyonlar olmadığı sürece, MVP için anksiyolitik tedaviye ek bir tedavi gerekmemektedir. Çeşitli araştırmalar göstermiştir ki MVP'nin panik atakların tedavi sonucu üzerine etkisi yoktur.

Görüldüğü gibi her iki bozukluk arasında kesin bir neden-sonuç ilişkisinden bahsedilememektedir. Her iki durumu birleştiren tek bir patofizyolojik süreç ya da biyokimyasal mekanizma kesinkes ortaya konabilmiş değildir. Bu bozukluklar için özgül biyolojik markerler bulunana dek bu pek gerçekleştirilemeyeceği benzenemektedir. Ancak bu her iki durumun sıklıkla bir arada bulunduğu gerçeğini de değiştirmektedir. Mitral valv prolapsı olan hastalar; ayırdedilebilen, objektif bir nedene dayanmayan ve beta blokaja cevap vermeyen belirsiz bulgularla hekimlerine başvururlarsa, hekim böylesi hastalarda panik bozukluğun bu bulguları açıklayabileceğini bir ihtimal olarak zihninde bulundurmalıdır. Aynı şekilde panik bozukluğu hastalarında da kimi bulgular psikotrop ilaçlara yeterince cevap vermezlerse, bu bulguların mitral kapak kökenli olabileceği hatırd tutulmalıdır. Bu söylediklerimiz genel hatırlatmalardır ve daha önce de bir kaç kez üzerinde durduğumuz gibi,

MVP'nin varlığı ya da yokluğu, antipatik tedavi açısından önemli bir değişiklik getirmemektedir.

### **MİTRAL VALV PROLAPSUSU'NDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ YAYGINLIĞI**

Panik bozukluğunda MVP yaygınlığını araştıran çalışmalardan ilk bölümde söz etmiştik. Bu literatürü kısaca özetlemek gerekirse yedi çalışmadan elde edilen ortalama sonuç %23'tür ve MVP yaygınlığının panik bozukluğu hastalarında yüksek olduğu görülmektedir. Bazı araştırmacılar da MVP-Panik bozukluğu ilişkisini tersinden sorgulamışlar ve MVP hastalarında anksiyete bozukluklarını aramışlardır. Bu çalışmalardan bir özet sonuç vermek gerekirse şu söylenebilir: Birkaç çalışma MVP hastalarında normal kontrollere oranla daha fazla panik atak yaygınlığı bulmuştur ancak kardiyoloji hastalarından kontrol gruplarını seçen araştırmalar MVP ve PB arasında özgül bir ilişkiyi doğrulamamışlardır. Bu konuda bile bildiğimiz kadarıyla-son araştırma tarafımızdan yapılmıştır ve MVP hastalarıyla sağlıklı kontroller arasında Panik bozukluğu ve Depresyon yaygınlığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Dager SR, Saal AK, Comess KA, 1988, Sivaramakrishnan K, Alexander PJ, Saharsarnamam, 1994)

### **MVP VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI: GENEL DEĞERLENDİRME**

MVP ve panik bozukluk arasında muhtemel bir ilişki arayan araştırmaların sonuçları çelişkilidir. Psikiyatrik popülasyonlar arasında MVP yaygınlık oranları yüzde 0 ile yüzde 59 arasında değişmektedir. Anksiyete bozukluklarında MVP yaygınlığını araştıran 16 çalışmadan sekizi MVP varlığıyla panik atakların ortaya çıkışı arasında belirgin bir ilişki bulmuşlardır. Bu sekiz çalışma toplam 301 hastayı içermektedir. Ancak toplam 256 hastadan oluşan diğer 8 çalışma MVP ve panik ataklar arasında anlamlı bir ilişki göstermemektedir. Bu araştırmaların en önemli eksikliği karşılaştırma gruplarının yokluğudur. MVP ve panik bozukluk arasında ilişki bulan araştırmaların yalnızca üçü kontrol grubu kullanmışlardır, tersi yönde sonuçları olan araştırmalarda ise kontrol grubu hiç kullanılmamıştır. MVP için kullanılan ölçütlerin esnekliği de araştırma sonuçlarını etkilemektedir. Kontrollü çalışmalardan elde edilen sonuçlar MVP'nin panik atak geçiren bireylerde daha sık olduğunu göstermektedir. Öte yanda MVP hastalarının ekseriyeti anksiyete ya da başka psikiyatrik bozuklukların

bulgularını göstermemektedirler. MVP sıklıkla sessiz seyreden ve genellikle rutin fizik muayene esnasında farkedilen bir durumdur. Çalışmaların çoğu MVP hastaları arasında artmış psikiyatrik bulgu sıklığı göstermemişlerdir.

Peki MVP anksiyöz hastaların bir alt grubunu ayırd etmede bir biyolojik marker olarak kullanılabilir mi? MVP varlığının, anksiyete hastalarını semptomların görünümü, biyolojik anormallikler ya da tedavi cevabı gibi alanlarda etkilemediği gösterilmiştir. Bir çalışmada MVP'li anksiyete hastalarıyla MVP'si olmayanlar arasında semptom dağılımı ve ciddiyeti açısından fark bulunmazken, tedaviye cevabın da her iki grupta aynı olduğu belirtilmiştir. Bu yüzden MVP teşhisi anksiyöz hastalar arasında hastalığın ciddiyet ve prognozu için yararlı bir prediktör olarak görünmemektedir.

Hem panik bozukluk hem de MVP ailelerde görülme eğilimindedirler. MVP'nin otozomal dominant geçiş gösterdiğini ileri süren yayınlar vardır. Ancak bu iki durum ailelerde birbirlerinden bağımsız dağılım göstermektedirler. Bu yüzden bir MVP aile öyküsü kişinin MVP hastası olma ihtimalini artırmakta ancak PB ihtimalini etkilememektedir.

Panik Bozukluk ve MVP arasındaki ilişkinin temeli spekülatif görünmektedir. Ancak panik ataklı hastaların genel anksiyete bozukluğu hastalarına göre daha fazla MVP yaygınlığına sahip olmaları nedsel bir ilişkiyi düşündürmektedir. Şimdi bu neden-sonuç ilişkisine dair bazı varsayımları gözden geçirelim.

MVP panik ataklara ikincil olarak gelişebilir. Bir panik atak sırasında hastalar hemodinamik değişimlere maruz kalabilir ve bu değişimler azalmış sol ventrikül dolumuna, o da mitral kapakçıkların sarkmasına neden olabilir.

MVP alta yatan hiperadrenerjik durumun bir görünümü olabilir. Aynı durum kendisini panik ataklarla da ifade edebilir. MVP'nin semptomatik MVP hastalarında artmış sempatetik etkinlik ve katekolamin seviyeleriyle ilişkisi gösterilmiştir. Ancak asemptomatik MVP hastalarını da içeren bir çalışma otonomik uyarılma ve plazma katekolamin seviyeleri bakımından kontrollerle MVP hastaları arasında bir fark bulmamıştır. Bu bulgular göstermektedir ki hiperadrenerjik durumlar MVP'nin kendisinden çok semptomların varlığıyla ilgilidir. Panik bozukluğunda artmış MVP yaygınlığının katekolaminlerle de ilgisi olmadığı düşünülmektedir. Dager ve ark. MVP'si olan ve olmayan anksiyete hastalarını karşılaştırdıkları bir çalışmalarında katekolamin seviyesi açısından fark bulamamışlardır.

Laktat infüzyon çalışmalarından elde edilen bilgiler MVP'nin ayrı bir biyofizyolojik bozukluğa sahip bir panik bozukluk alt grubunu oluşturmadığını göstermektedir. MVP'si olan ve olmayan panik hastaları laktat infüzyonuna aynı tepkileri vermektedirler.(Sayar K, 1995) Bu noktada MVP tedavisiyle ilgili bazı hususlara dikkat etmek gerekir.

Panik atak geçiren kişiler ilk ataklarında bir kalp krizi geçiriyor olduklarından korkar ve sıklıkla acil servislere başvururlar. Ayrıntılı tıbbi inceleme sırasında ekokardiografi MVP gösteriyorsa hastaya hemen MVP sendromu teşhisi konmamalıdır. Zira bu panik bozukluk teşhisini geciktirebilir veya gizleyebilir. MVP sendromunun semptomları çoğu kez özgül olmayan semptomlar olduklarından panik bozukluğu teşhisinin ilk elde düşünülmesi gerekir.

Beta blokörler MVP'yle ilgili bulguların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak bu ilaçların PB'ta bir etkinlikleri yoktur, hatta bulgularını alevlendirebilmektedirler. Beta blokörler gibi antiaritmik ajanlar klinik açıdan anlamlı aritmiler için saklanmalı ve arada bir ventriküler ektopik atımları olan hastalara verilmemelidirler.(Margraf J, Ehlers A, Roth W, 1988, Shear MK, Devereux RB, Kramer-Fox R, 1984, Coplan JD, Papp LA, King DL, 1992, Dager SR, Cowley DS, Dunner DL, 1987)

## MVP VE ANKSİYETE: SONUÇ

1) Anksiyete bozukluklarında özellikle de panik atak durumlarında MVP yaygınlığı yüksektir.

2) Daha önceleri MVP'nin anksiyete ve panik nedeni olduğu düşünülürken günümüzdeki kuramlar duyarlı kişilerde (bağ dokusuyla ilgili sorunlarda) MVP'nin panik ataklarla ortaya çıkabileceğini bildirmektedirler. MVP değişik durumlarda bulunabilir; işlevsel bir durum ya da açık bir anatomik kusur; her ikisi de MVP olarak kabul edilebilir. Bazıları panik hastalarının sıklıkla işlevsel MVP'ye sahip olduklarını söylediler de bu henüz kanıtlanmış değildir.

3) MVP teşhisi için ekokardiografik tekniklerin kullanımı anksiyöz hastaların klinik durumu açısından özellikle yararlı bir yol değildir. Sistolik üfürümlerin deneyimli bir klinisyen tarafından teşhis edilmesi daha işe yarar bilgiler sağlayabilir. Anksiyöz hastalara tartışmalı bir MVP teşhisi koymak bu hastalardaki hipokondriak korkuları alevlendirebilir.

4) Mevcut bilgilere göre MVP; panik hastalarının semptomlar, tedavi cevabı ve biyofizyoloji açısından farklı bir alt grubunu oluşturmamaktadır. Ancak bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu da muhakkaktır.

## KAYNAKLAR

- Freeman A. ve Folks D.: Psychiatric aspects of cardiovascular disease, Psychiatry (ed. Robert Michels), vol. 2, chapter 118, s. 5-7, JB Lipincott, 1989.
- Wooley CF: The mitral valve prolapse syndrome.
- Crowe RR, Pauls DL, Slymen DJ: A family study of anxiety neurosis: Morbidity risk in families of patients with or without mitral valve prolapse. Arch Gen Psychiatry 37:77, 1980.
- Pariser SF, pinta ER, Jones BA: Mitral valve prolapse syndrome and anxiety neurosis/panic disorder. Am J Psychiatry 135:246, 1978.
- Vinkatesh A, Pauls DL, Crowe R: Mitral valve in anxiety neurosis (panic disorder) AM Heart J 100:302, 1980.
- Weinstein G, Allen G, Ford CV: Anxiety and mitral valve prolapse syndrome. J Clin Psychiatry 43:33, 1982.
- Pasternac A, Tubau JF, Puddu PE: Increased plasma catecholamine levels in patients with mitral valve prolapse. Am J Med 73:783, 1982.
- Sokolow M, McIlroy MB, cheitlin MD: Clinical cardiology, s. 392-396, Lange medical books, 1990.
- Devereux RB, Kranz-Fox R, Kligfield P: Mitral valve prolapse: cause, clinical manifestations and management. Ann Intern Med 111:305, 1989.
- DSM-IV Tanı Ölçütleri, Başvuru Elkitabı, çev. E. Köroğlu, Ankara, 1994.
- Margraf J, Ehlers A, Roth W: Mitral valve prolapse and panic disorder: a review of their relationship, Psychosom Med, 50:93-113, 1988.
- Gorman JM- Shear K, Devereux RB, et al: Prevalence of mitral valve prolapse in panic disorder: effect of ecocardiographic criteria. Psychosom Med 48: 167-171, 1986.
- Savage DD, Garrison RJ, Devereux RB: Mitral valve prolapse in general population. 1. Epidemiological features: The Framingham Study. Am Heart J 106:572-576, 1983.
- Kantor JS, Zitrin CM, Zeldis SM: Mitral valve prolapse syndrome in agoraphobic patients. Am J Psychiatry 137:467-469, 1980.
- Kathol RG, Noyes R, Slymen DJ: Propanolol in chronic anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 37:1361-1365, 1980.
- Kathol RG, Noyes R, Slymen DJ: Propanolol in chronic anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 37:1361-1365, 1980.
- Grunhaus L, Gloger S, Rein A: Mitral valve prolapse and panic attacks. Israel J Med Sci 18:221, 1982.
- Chan MP, Hibbert GA, Watkins J: Mitral valve Prolapse and anxiety disorders. Br J Psychiatry, 145:216, 1984.
18. Shear MK, Devereux RB, Kramer-Fox R: A low prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorder. Am J Psychiatry 141:302, 1984.
- Alpert MA, Mukerji V, Sabeti M: Mitral valve, Panic Disorder, and Chest Pain, med Clin North Am, 75(5):1119-1133, 1991.
- Dager SR, Comess KA, Dunner DL: Differentiation of anxious patients by two dimensional ecocardiographic evaluation of mitral valve. Am J Psychiatry 143:533, 1986.
- Liberthson R, Sheehan DV, King ME: The prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorder. Am J Psychiatry 143:511, 1986.
- Mavissakalian M, Salemi R, Thompson ME: Mitral valve prolapse and agoraphobia. Am J Psychiatry, 140(12): 1612-1614, 1983.
- Hickey AJ, Andrews G, Wilcken D: Independence of mitral valve and neurosis. Br heart J 50:333-336, 1983.
- Bass C (letter): Mitral valve prolapse and anxiety disorders: No longer an enigma. Br J Psychiatry, 145:447-448, 1984.
- Matuzas W, Al-Sadir J, Ublenhuth EH: Correlates of mitral valve prolapse among patients with panic disorder. Psychiatry Res 28:161-170, 1989.
- Dager SR, Comess K, Saal AK: Diagnostic reliability of M-mode ecocardiography for detecting mitral valve prolapse in 50 consecutive panic patients, Compr Psychiatry, 30(5):369-375, 1989.
- Arkonaç O, Gültekin N, Özer Ş: Panik Bozukluk hastalarında Mitral Valv Prolapsusu, Düşünen Adam, cilt:4 (4), 7-12, 1991.
- Gorman JM, Goetz RR, Fyer M et al: The mitral valve prolapse-panic disorder connection. Psychosom Med 50:114-122, 1988.
- Coplan JD, Papp LA, King DL: Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder. Am J Psychiatry, 149(11):1587-1588, 1992.
- Dager SR, Saal AK, Comess KA: Mitral valve prolapse and the anxiety disorders. Hosp KCom Psychiatry, 39(5):517-527, 1988.
- Kane JM, Woerner M, Zeldis SM: Panic and phobic disorders in patients with mitral valve prolapse. Klein DF ve Ralbin J (editörler) içinde: Anxiety: New Research and Changing Concepts. New York, Raven Press, s. 327, 1981.
- Hartman N, Kramer R, Brown WT: Panic disorder in patients with mitral valve prolapse. Am J Psychiatry 139(5): 669-670, 1980.
- Devereux RB, Brown WG, Kramer-Fox R: Inheritance of mitral valve prolapse effect of age and sex on gene expression. Ann Intern Med 97:826, 1982.
- Mazza DL, Martin D, Spacavento L: Prevalence of anxiety disorders in patients with mitral valve prolapse. Am J Psychiatry 143(3): 349-352, 1986.
- Bowen RC, D'Arcy C, Orchard RC: The prevalence of anxiety disorders among patients with mitral valve prolapse syndrome and chest pain. Psychosomatics, 32(4):400-406, 1991.
- Bowen RC, Orchard RC, Keegan D, D'Arcy C: Mitral valve prolapse and anxiety disorders. Psychosomatics 26(12):926-932, 1985.
- Arkonaç O, Gültekin N, Özer Ş: Mitral valv prolapsuslu olgularda psikiyatrik bozukluklar. Düşünen Adam 4(1): 36-40, 1991.
- Sivaramakrishnan K, Alexander PJ, Saharsamamam: Prevalence of panic disorder in mitral valve prolapse: a comparative study with a cardiac control group. Acta Psychiatr Scand 89:59-61, 1994.
- Sayar K. Mitral valv prolapsuslu olgularda anksiyete ve depresyon prevalansı: kontrollü bir çalışma. (Basılmamış uzmanlık tezi) İstanbul, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1995.
- Dager SR, Cowley DS, Dunner DL: Biological markers in panic states: Lactateinduced panic and mitral valve prolapse. Biol Psychiatry 22:339-359, 1987.
- Sevin BH: Mitral valve prolapse, panic states, and anxiety: a dilemma in prespective. Psychiatr Clin North Am 10(1): 141-151, 1987