

Eklem Hipermobilité Sendromu Olan Klinik Dışı Erkek Örneklerinde Anksiyete Bozuklukları

Murat Gülsün*, Ali Doruk**, Özcan Uzun***, Murat Tonbul****

* Uzm. Dr., Tatvan Asker Hastanesi Baştabipliği Psikiyatri Servisi, 13200 Tatvan - Bitlis / Türkiye

** Yrd. Doç. Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Etlik / Ankara

*** Doç. Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Etlik / Ankara

**** Tatvan Asker Hastanesi Baştabipliği Ortopedi Servisi Tatvan- Bitlis / Türkiye

E-posta: mgulsun@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada Mitral Kapak Prolapsusu (MKP) veya başka bir kardiyolojik sorunu olmayan Eklem Hipermobilité Sendromu (EHS) olan olgularda anksiyete bozukluklarının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya EHS olan, ancak kardiyolojik sorunu olmayan 44 (ortalama yaş: 22.05±1.3 yıl) ve EHS olmayan 30 normal erkek (ortalama yaş: 21.93±1.6 yıl) kontrol grubu olarak alınmıştır. Eklem hareketlilik düzeyleri bir ortopedi uzmanı tarafından Beighton Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. MVP ve başka bir kardiyak bozukluğu olan olgular dışlanmıştır. SCID-I ile eksen I bozuklukları, Hamilton Anksiyete Ölçeği ile anksiyete dereceleri saptanmıştır. İstatistiksel analizler t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: EHS olan olguların %27.3'ünde Panik Bozukluğu, %9.1'inde Somatizasyon Bozukluğu, %4.5'inde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %4.5'inde Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu olmak üzere %45.5'inde bir anksiyete bozukluğu bulunmuş, kontrol grubunun ise %86.7'si psikiyatrik tanı almazken, %6.7'sinde Panik Bozukluğu ve %6.7'sinde de Anksiyöz Duygudurumlu Uyum Bozukluğu saptanmış ve 2 grup arasında farklılık bulunmuştur (z:-2,175, p<.05). EHS olanlarda Hamilton anksiyete derecesi (21.50±13) kontrol grubundan (14.33±1) yüksek bulunmuştur (t:-2.525, p<.01).

Tartışma: EHS olan grubun anksiyete derecesi EHS olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu durum EHS olanların daha anksiyöz olduklarını göstermektedir. Ayrıca EHS olan olguların %45,5'i, EHS olmayan kontrol grubunun 4'ü DSM IV TR'ye göre bir anksiyete bozukluğu tanısı almış olması, anksiyete bozukluğu ile EHS arasında güçlü bağlantı olduğuna işaret eden çalışmalarla uyumludur.

Sonuçlar: EHS olan erkek olgularda anksiyetenin şiddeti ve anksiyete bozuklukları sağlıklı popülasyona göre yükseklik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Eklem hipermobilité sendromu, anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine of anxiety disorders at cases of joint hypermobility syndrome (JHS) without Mitral Valve Prolapse (MVP) or any other cardiologic problems.

Method: Forty-four patients (22.05±1.3 years) with JHS and any cardiologic problems were evaluated and 30 normal individuals (21.93±1.6 years) without JHS were taken as a control group. All subjects were selected from cases having completed their compulsory military service. Their joint mobility levels were evaluated by an orthopaedist, using the Beighton scoring method at which 5 points and more were accepted as positive for joint hypermobility. All cases were subjected to SCID-I and axis I disorders and Hamilton Anxiety Scale by a psychiatrist after which their anxiety disorders and anxiety levels were determined. The results of this study were compared by using the Mann-Whitney-U-test.

Findings: Among patients having joint hypermobility syndrome, Panic Disorder was observed in 27.3%, Somatization Disorder in 9.1%, Generalized Anxiety Disorder in 4.5%, and Anxiety Not Otherwise Specified in 4.5%. While 86.7% of the control group did not take any diagnosis, Panic Disorder was observed in 6.7% and findings of Adjustment Disorder with Anxious Mood in 6.7%. At subjects with joint hypermobility, the Hamilton Anxiety Scale and Beighton Scores (21.50±13 and 6.45±1) significantly differed (t:-2,525 and -17,489 p<.01) from the control group (14.33±10 and 1.76±1).

Discussion: Anxiety scores of the group with JHS have been found significantly higher than the

group without JHS. This finding shows that the group with JHS is relatively more anxious than the group without JHS. In addition, 45.5% of cases with JHS and 4% of cases without JHS were diagnosed with anxiety disorder according to the criteria of DSM IV TR. Results are in accordance with studies that pointed out to the close relations between JHS and anxiety disorders.

Conclusion: Anxiety disorders and especially Panic Disorder are observed widespread on patients with joint hypermobility.

Keywords: Joint hypermobility syndrome, anxiety, panic disorder

GİRİŞ

Eklem Hipermobilité Sendromu (EHS) pasif hareketler sırasında eklem esnekliğinde artış ve aktif hareketlerde eklem hipermobilitesi ile karakterize olan genetik geçişli bir bağ dokusu hastalığıdır. En önemli özelliği eklem bağlarının yaygın bir şekilde gevşek olmasıdır.

EHS olan hastalarda anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü bazı çalışmalarda ileri sürülürken (Bulbena ve ark. 1993, Martin-Santoz ve ark. 1998, Bulbena ve ark. 2004), bazıları ise bunu desteklememektedir (Benjamin ve ark. 2001, Gülpek ve ark. 2004). Bulbena ve arkadaşları (1993) romatolojik rahatsızlığı olan hastalarda, EHS ile Panik Bozukluğu (PB) arasında bir ilişki bulunduğunu, ancak bu ilişkinin Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Distimik Bozukluk (DB) ve Majör Depresyon'da (MD) görülmediğini iddia etmişlerdir. Martin-Santoz ve arkadaşları (1988) tersi bir çalışmada PB ve/veya Agorafobi tanısı konulan deneklerde EHS'sini araştırmışlar ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda, olmayanlara göre 16 kez daha fazla EHS saptamışlardır. Bu ilişkinin varlığını Bulbena ve arkadaşları (2004) klinik dışı örneklem grubunda desteklemiştir.

Benjamin ve arkadaşları (2000) ise PB olan 101 hasta ile 29 sağlıklı kişiyi karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada sağlıklı kontrol grubunda karbondioksit solunumu ile panik atakları tetiklemişler ve EHS ile anksiyete bozukluğu arasında ilişkinin sağlıklı bireylerden farklı olmadığını ileri sürmüşlerdir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur: Gülpek ve arkadaşları (2004) üç grup denek üzerinde çalışmışlardır. Birinci grup hem mitral kapak prolapsusu (MKP) hem de PB olan (n:42), ikinci grupta sadece PB olan ancak MKP olmayan (n:35), üçüncü grupta ise MKP olan ancak herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan (n:38) toplam 115 olguyu araştırmaya almışlardır. Araştırmanın sonucunda EHS ve MKP arasında ilişki bulunmuş, ancak PB ve EHS arasında ilişki olmadığı iddia edilmiştir. Gülpek ve arkadaşları şiddetli semptomları bulunan sınırlı sayıda kronik hasta üzerinde yapılmış, sağlıklı kontrol grubu alınmamış ve araştırmacılar olguların genel PB evrenini yansıtmayabileceğini belirtmişlerdir.

EHS ile MKP ve MKP ile PB arasındaki ilişkinin varlığı kabul edilmektedir. Sorun EHS ile PB veya daha geniş bir yelpazede anksiyete bozuklukları arasında ilişkinin olup olmadığıdır. MKP veya PB hastaları çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes alamama, yorgunluk, huzursuzluk ve bunaltı gibi benzer yakınmalara sahiptirler. Bu nedenle her 2 hastalığı içeren çalışmalarda tanı koymada zorluklar yaşanmaktadır. Biz bu çalışmada MKP'yi dışlayarak, sağlıklı kontrol grubu ile belirti göstermeyen EHS olan olgularda eklem hipermobilitesi ile anksiyete bozukluğu arasında ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Denekler askerlik görevini yapan erbaş ve erlerden birliklerine katılıştaki yapılan sağlık taramaları sırasında seçilmiştir. Araştırmanın amacı anlatılarak, gönüllü bireylerden, EHS saptanan 60 ve EHS bulunmayan, ancak benzer sosyodemografik özelliklere sahip 35 kişi çalışmaya alınmıştır. Tüm denekler bilgilendirilerek onay formu doldurmuşlardır.

Eklem hareketliliğinin derecesi bir ortopedi uzmanı tarafından Beighton Ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Beighton Ölçeğine göre, 9 üzerinden 5 veya üstünde puan alan deneklerde EHS pozitif olarak kabul edilmiştir (Beighton ve ark. 1973). Daha sonraki aşamada denekler bir dâhiliye uzmanı tarafından fizik muayene ve Elektrokardiyografi (EKG) bulgularına göre değerlendirilmiştir. MKP veya başka bir kalb bozukluğu açısından bulgu veren EHS olan 9 ve olmayan 5 denek çalışma dışı bırakılmıştır.

Son aşamada denekler bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM IV TR eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanarak değerlendirilmiştir (Çorapçıoğlu ve ark. 1999). Son bir ay içinde psikotrop ilaç kullanan ikisi PB, biri Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve biri Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) tanısı olan 5 ve depresif bozukluk tanısı konulan 2 denek olmak üzere, toplam 7 denek çalışmadan çıkartılmıştır. Geriye kalan 30 denekten oluşan kontrol grubu ile 44 denekten oluşan EHS olan grup anksiyete bozuklukları açısından SCID-I ile değerlendirilmiş, Hamilton Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete düzeyleri belirlenmiştir (Yazıcı ve ark. 1998).

Tablo 1. EHS Olanlarla Olmayanların Yaş ve Eğitim Süreleri

	EHS Olanlar (n:44)	EHS Olmayanlar (n:30)	t	p
Yaş	22.05±1.3	21.93±1.6	.499	.619
Eğitim Süresi	10.89±2.5	10.27±2,0	1.532	.115
EHS: Eklem Hiper mobilitate Sendromu *p>.05				

Ortopedi, dâhiliye ve psikiyatri muayeneleri birbirinden bağımsız ve kör bir şekilde yapılmıştır.

Tüm istatistiksel analizler SPSS 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır. EHS olanlarla olmayanlar arasındaki yaş ve eğitim süreleri ile Beighton hareketlilik ve Hamilton anksiyete dereceleri arasındaki farklar parametrik test özelliklerini karşıladığından t testi, her 2 grubun anksiyete bozuklukları oranları Mann-Whitney U Test ile karşılaştırılmıştır. Parametrik değerlerin ortalamaları aritmetik ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Anlamlı istatistiksel değer olarak p<.05 alınmıştır.

BULGULAR

EHS olanların ortalama yaşı 22.05±1.3 ve eğitim süresi 10.89±2.5 yıldır. EHS olmayanların ise ortalama yaşı 21.93±1.6 ve eğitim süresi 10.27±2.0 yıldır. Her iki grup yaş ve eğitim süreleri açısından benzer özelliklere sahiptir (p>.05) (Tablo 1). Her iki grubun Beighton eklem hareketliliği ve Hamilton anksiyete dereceleri ise birbirinden farklıdır (p<.01). EHS olanların Beighton derecesi 6.45±1, Hamilton anksiyete derecesi

21.50±13'dir. EHS olmayanların ise bu değerleri 1.76±1 ile 14.33±10'dir (Tablo 2).

EHS olan 44 olgunun 20'si (%45.5), olmayan 30 kişilik kontrol grubunun 4'ü (%13.3) DSM IV TR'ye göre bir anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. EHS olanlarda anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda bulunmuştur (z:-2.175, p<.05) (Tablo 3). EHS olan 44 olgunun %27.3'ünde (n:12) PB, %9.1'inde (n: 4) Somatizasyon Bozukluğu, %4.5'inde (n:2) YAB, %4.5'inde (n:2) Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Anksiyete Bozukluğu bulunurken, EHS olmayan 30 kişilik kontrol grubunun ise %6.7'sinde (n:2) PB, %6.7'sinde (n:2) Anksiyöz Duygudurumlu Uyum Bozukluğu saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Eklem hiper mobilitesi olanlarla olmayanlar yaş, eğitim süreleri açısından benzer özelliklere sahiptir ve tüm olgular aynı cinsiyettedir (p>.05). (Tablo 1).

Her iki grubun Beighton eklem hareketliliği ve Hamilton anksiyete dereceleri ise birbirinden farklı bulunmuştur (t:-2.535, p<.01). EHS olan grubun anksiyete derecesi 21.50±13.0 olmayanların ise 14.33±10'dur (Tablo 2). Bu durum EHS olanların daha anksiyöz olduklarını göstermektedir. Bulbena ve arkadaşları (1998) ile Martin-Santoz ve arkadaşlarının (1998) çalışmalarında da benzer sonuçlar saptanmıştır.

EHS olan 44 olgunun 20'si (%45.5), olmayan 30 kişilik kontrol grubunun 4'ü (%13.3) DSM IV TR'ye göre bir anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. İkisi arasındaki fark anlamlıdır (z:-2.175, p<.05) (Tablo 3). Bu sonuçlar anksiyete bozukluğu ile EHS arasında güçlü bağlantı olduğuna işaret eden çalışmalarla uyumludur

Tablo 2. EHS Olan ve Olmayanların Beighton ve Hamilton Anksiyete Dereceleri

	EHS Olanlar (n:44)	EHS Olmayanlar (n:30)	t	p
Beighton Derecesi	6.45±1*	1.76±1	-17.489	.001
Hamilton Anksiyete Derecesi	21.50±13*	14.33±10	-2.525	.002
EHS: Eklem Hiper mobilitate Sendromu *p<.01				

Tablo 3. Eklem Hiper mobilitesi Olanlarla Olmayanların Anksiyete Bozukluğu Oranları

	EHS Olanlar n	%	EHS Olmayanlar n	%	Z	p
Anksiyete Bozuklukları	20	45.5	4	13.4	-2.75	.030
Normal	24	54.5	26	86.7		
Toplam	44	99.9	30	100.1		

Tablo 4. Eklem Hipermobilitesi Olanlarla Olmayan Kontrol Grubunda Anksiyete Bozuklukları

	EHS Olanlar		EHS Olmayanlar	
	n	%	n	%
Panik Bozukluğu	12	27.3	2	6.7
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	4.5	0	0
BTA Anksiyete Bozukluğu	2	4.5	0	0
Somatizasyon Bozukluğu	4	9.1	0	0
Anksiyöz Duygudurumlu Uyum Bozukluğu	0	0	2	6.7
Normâl	24	54.5	26	86.7
Toplam	44	99.9	30	100.1

BTA: Başka Türlü Adlandırılmayan

(Bulbena ve ark. 1993, Martin-Santoz ve ark. 1998, Bulbena ve ark. 2004).

Gülpek ve arkadaşlarının (2004) ayaktan takip ettikleri hastalarda MKP, EHS ve PB arasındaki ilişki araştırılmıştır. Gülpek'in bu araştırmasında MKP ve EHS arasındaki ilişki doğrulanmış, ancak PB ve EHS arasında bir ilişki olmadığı ileri sürülmüştür. MKP ve diğer kardiyak bozuklukların dışlanarak sâdece EHS ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği bizim araştırmamızda ise, EHS olan olgularda anksiyete bozuklukları, özellikle de PB'nin sağlıklı popülasyona göre yüksek oranda bulunduğu görülmektedir. Gülpek ve arkadaşlarının çalışması hastâneye başvuran ve hastalığı olan denekler arasından seçilmiştir. Ayrıca, MKP olan ve olmayan PB hastaları ile psikiyatrik tanı almamış sadece MKP olan hastalardan oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Bizim araştırmamızda ise EHS olan ve olmayan olgular psikiyatrik yönden değerlendirilerek karşılaştırılmış, kardiyolojik sorunu olduğu düşünülen olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Yöntem bölümünde değinildiği gibi, araştırmamızın evrenini herhangi tıbbî veya psikiyatrik bir nedenle hastâneye başvurmamış genç erkek örneklemi oluşturmaktadır. Sonuçlarımızın Gülpek'in çalışmasından farklı bulunmasının nedeninin bunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

EHS ve MKP olan hastalarda, MKP'nun eşlik etmediği olgulardan 3 kat daha fazla anksiyete bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir (Pitcher ve Grahame 1982). Bu araştırmada MKP olgularının üçüncü bir grup ola-

rak araştırmaya dâhil edilmesi uygun bir yol olabilir. Ancak, MKP ile PB arasında göğüs ağrısı, çarpıntı, bitkinlik, baş dönmesi gibi tanı karmaşasına neden olabilecek ortak belirtilerin varlığı araştırmanın sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği düşüncesi ile kardiyolojik bulgu veren tüm olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

Deneklerin ekokardiyografik incelemelerinin yapılmamış olması araştırmanın sınırlılıklarından biri gibi görünmekle birlikte, ekokardiyografinin bir tarama yöntemi olarak kullanılması önerilmemekte ve MKP taramasında oskültasyonun değeri vurgulanmaktadır (Bouknight ve O'Rourke 2000). Araştırmanın yalnız genç erkek popülasyonunda yapılmış olması çalışmanın evreni açısından bir kısıtlılık oluşturmadığı, tersine araştırma için daha homojen bir grup oluşturduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Benjamin J, Ben-Zion IZ, Dannon P, Schreiber S, Meiri G, Ofek A, Palatnik A (2001) Lack of association between joint hyperlaxity and, I: Panic disorder, and II: reactivity to carbon dioxide in healthy volunteers. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*; 16:189-192.
- Beighton PH, Solomon L, Soskolne CL (1973) Articular mobility in an African Population. *Ann Rheum Dis*; 32: 413-418.
- Bouknight DP, O'Rourke RA (2000) Current management of mitral valve prolapse. *Am Fam Physician*; 61: 3343-3350.
- Bulbena A, Duro JC, Porta M, Martin-Santos R, Mateo A, Molina L, Vallescar R, Vallejo J (1993) Anxiety disorder in the joint hypermobility syndrome. *Psychiatry Res*; 43: 59-68.
- Bulbena A, Agullo A, Pailhez G, Martin-Santos R, Porta M, Guitart J, Gago J (2004) Is joint hypermobility related to anxiety in a nonclinical population also? *Psychosomatics*; 45: 432-437.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Matbaası.
- Gulpek D, Bayraktar E, Akbay SP, Capaci K, Kayıkcıoğlu M, Aliyev E, Soydas C (2004) Joint hypermobility syndrome and mitral valve prolapse in panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 28: 969-973.
- Martin-Santos R, Bulbena A, Porta M, Gago J, Molina L, Duro JC (1998) Association between joint hypermobility syndrome and panic disorder. *Am J Psychiatry*; 155: 1578-1583.
- Pitcher D, Grahame R (1982) Mitral valve prolapse and joint hypermobility: Evidence for a systemic connective tissue abnormality? *Ann Rheum Dis*; 41: 352-354.
- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 9: 114-117.