



KLİNİK ÇALIŞMA

ANI İŞİTME KAYIPLI HASTALARIN ANKSİYETE-DEPRESYON DÜZEYLERİ VE PROGNOZA ETKİSİ

Dr. Suat TERZİ¹, Dr. Abdulkadir ÖZGÜR¹, Dr. Hatice ALİBAŞOĞLU², Dr. Enes YİĞİT¹, Dr. Özlem ÇELEBİ ERDİVANLI¹, Dr. Zerrin ÖZERGİN COŞKUN¹, Dr. Engin DURSUN¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB, Rize, Türkiye ²Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Rize, Türkiye

ÖZET

Amaç: Ani işitme kaybı (AİK) tanısı ile yatırılarak tedavi edilen hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeyler ile prognoz arasındaki ilişkiyi araştırmak.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde AİK tanısı konup yatırılarak tedavi edilen 46 hastanın anksiyete ve depresyon durumları hastaneye yattıkları ilk gün tedaviye başlamadan, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği(HADÖ) ile değerlendirildi. Kontrol grubu hasta grup ile yaş ve cinsiyet bakımından uyumlu 45 gönüllüden oluşturuldu.

Bulgular: Hasta grubun anksiyete ölçeği ortalaması 8.1, depresyon ölçeği 6.4 olarak bulundu. Kontrol grubunda bu değerler sırasıyla 7.6 ve 6.2 idi. Anksiyete ve depresyon düzeylerinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi ($p>0.05$). AİK'lı hastaların anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar Türkiye eşiklerine göre değerlendirildiğinde, 12 hastanın anksiyete alt ölçeğinden, 7 hastanın da depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları görüldü. Ancak kontrol grubuyla aralarında anlamlı bir fark saptanmadı. Hastaların tedaviye alınan cevap düzeylerine göre ise anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

Sonuç: AİK etyo-patogenezi ve tedavisi halen net ortaya koyulamamış bir hastalıktır. Anksiyete ve depresyonun AİK etolojisi üzerine anlamlı bir etkisini bulamasak da hastalığın prognozu üzerine etkisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Ani işitme kaybı, Anksiyete, Depresyon, Prognoz

ANXIETY- DEPRESSION LEVELS IN PATIENTS WITH SUDDEN HEARING LOSS AND THEIR EFFECTS ON PROGNOSIS

SUMMARY

Objective: Determining the levels of anxiety and depression in patients hospitalized with the diagnosis of sudden hearing loss (SHL) and investigating the relationship between prognosis and these levels.

Materials and Methods: The anxiety and depression status of the 46 patients who were hospitalized in our clinic with the diagnosis of SHL were assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale at first day before the treatment. The control group was consisted of 45 volunteers compatible with the patient group in terms of age and sex.

Results: The average of anxiety scale was 8.1 and average of the depression scale was 6.4 in the patient group. These values in the control group were 7.6 and 6.2 respectively. There was no statistically significant difference observed between the levels ($p>0.05$). Evaluation of the scores obtained from the anxiety and depression scales according to the threshold of Turkey showed 12 of the patients were over the threshold of anxiety subscale and 7 of the patients were over the threshold of the depression subscale in the SHL group. There was no significant difference between the control group. Although there was a difference between the anxiety and depression levels and the level of response to therapy, this was not statistically significant ($p>0.05$).

Conclusion: The etiopathogenesis and treatment of SHL has not been explained definitely yet. Although we couldn't find a significant effect of anxiety and depression on the development of SHL, we believe that they may influence the prognosis of the disease.

Keywords: Sudden hearing loss, Anxiety, Depression, Prognosis

GİRİŞ

Ani işitme kaybı (AİK), son üç gün içerisinde, ardaşık üç frekansa en az 30 dB ve üzeri sensorinöral işitme kaybıdır. AİK'nın insidansı 100.000 kişide 5 ile 20 vaka olarak bildirilmiştir¹. AİK'nın etyopatogenizi halen net ortaya koyulaması da yapılan sistematik çalışmalarda %71 idyopatik, %12 enfeksiyöz, %4,7 otolojik, %4 travma, %2,8 vasküler yada hematolojik problemler, %2.2 diğer nedenlerden olabileceği bildirilmiştir².

İletişim kurulacak yazar: Dr. Suat Terzi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB, Rize, Türkiye, E-mail: drsterzi@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 28 Haziran 2015, yayın için kabul edilme tarihi: 27 Eylül 2015

Anksiyete ve depresyon dünya popülasyonun yaklaşık %9-28'ini etkileyen kronik psikiyatrik bozuklulardır. Anksiyete ve depresyonun, kardiyovasküler, solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve endokrin sistem hastalıkları ile birlikteliği bildirilmiştir^{3,4}. Anksiyete ve depresyonun tinnitus ve vertigo ile seyreden vestibüler ve işitsel durumlarla da ilişkili olabileceği gösterilmiştir^{5,6}.

Biz bu çalışmada AİK'lı hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerini belirleyip bu seviyeleri Türkiye ortalaması ve kontrol grubuyla karşılaştırmayı ayrıca anksiyete ve depresyon düzeylerinin prognoz üzerine olası etkisini araştırmayı amaçladık.



HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB kliniğinde Helsinki Bildirgesi'ne uyularak ve etik kurul onayı alınarak (2014-162) prospektif olgu çalışması şeklinde gerçekleştirildi. Eylül 2013-Mayıs 2015 tarihleri arasında kliniğimizde AİK tanısı ile yatırılıp tedavi gören 46 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların anamnezleri ve muayeneleri yapılarak, etyolojide rol alabilecek kulak patolojisi, operasyon öyküsü, akustik travma, ototoksik ilaç kullanımı olanlar ile özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların 1, 3, 5, 10 ve 20 günlerde odyogramları yapıldı. İşitme kayıplarına göre hafif (26-40 dB), orta (41-55 dB), orta-ileri (56-70 dB), ileri (71- 90 dB) ve çok ileri (≥ 91 dB) olarak sınıflandırıldı⁷.

Hastaların iyileşme düzeyleri Siegel sınıflamasına göre gruplandırıldı; son işitme düzeyi < 25 dB HL tam düzelme, > 15 dB daha fazla düzelme olup son işitme düzeyi 25-45 dB HL arası kısmi düzelme, İşitme kazancı > 15 dB HL son ölçümü > 45 dB HL olanlar hafif düzelme, < 15 dB HL ve son ölçümü > 75 dB HL olanlar iyileşme olmadı şeklinde gruplandırıldı⁸.

Hastalara kliniğimizde uygulanan standart tedavi protokolü (prednol 1mg/kg/gün, betahistin 24 mg 3x1, pirsasetam 800 mg 3x1) uygulandı. Beşinci günde düzelme izlenmeyen hastalara intratimpanik steroid tedavisi başlanarak gün aşırı 5 doz uygulandı.

Kontrol grubu KBB polikliniğine otolojik şikayet harici başvuran, özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, yaş ortalaması 49 (aralık:20-71), 24 erkek(%53) ve 21 bayan(%47) 45 gönüllüden oluşturuldu.

Anksiyete ve Depresyonun değerlendirilmesi

Hastaların anksiyete ve depresyon seviyeleri hastaneye yattıkları ilk gün, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) ile değerlendirildi. HADÖ hastayı anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirmeyi sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermektedir tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır⁹. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda ölçeğin anksiyete için eşik puanı 10/11, depresyon için ise 7/8 bulunmuştur.

Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.

İstatistiksel analiz

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences ver. 13.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA) bilgisayar programı kullanılarak yapıldı. Verilerin karşılaştırılması Mann-Whitney U ve Ki-kare testi ile yapıldı. $P < 0.05$ ise anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

46 hastanın 26'sı erkek (%57), 20'si (%43) bayan olup, hastaların yaş ortalaması 52(aralık: 21-85) idi. Hastaların 24'ünde sağ (%52), 21'inde sol (%45), bir olguda (%2) bilateral kulak etkilenmişti. Saf ses odyogramlarına göre hastaların 19'unda hafif (%41), 18'inde orta (%39), 3'ünde ileri (%6) ve 6'sında çok ileri (%13) işitme kaybı mevcuttu. Hastalar kliniğimize ortalama hastalığın 4. gününde başvurdular.¹⁻²⁰

AİK'lı hastalar, eşlik eden Hipertansiyon (HT), Diabetes mellitus (DM) ve Koroner arter hastalığı (KAH) açısından kontrol grubundan daha yüksek insidansa sahipti ($p < 0.05$). Tablo 1

35 hastaya (%76) yalnız sistemik steroid, tedavinin 5. Gününde düzelme izlenmeyen 11 hastaya(%23) sistemik ve intratimpanik steroid birlikte verildi. Hastaların birinci ay kontrollerinde 20'sinde tam iyileşme(% 43), 9'unda belirgin iyileşme(%19), 7'sinde hafif iyileşme(%19) görüldü, 8 hastada düzelme görülmedi(%17).

Hastaların ortalama anksiyete ve depresyon skorları sırasıyla 8.1 ± 0.5 ve 6.4 ± 0.37 saptandı. Kontrol grubuyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p > 0.05$). Tablo 2

Hastaların, anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanlar Türkiye eşiklerine göre değerlendirildiğinde, 12 hastanın (%26) anksiyete alt ölçeğinden, 7 hastanın da (%16) depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları görüldü. Kontrol grubuyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p > 0.05$). Tablo 3

Hastalar birinci ay sonunda iyileşme düzeylerine göre analiz edildiğinde, düzelme izlenmeyen yada kısmi düzelme görülen grubun anksiyete ve depresyon düzeyleri, tam yada belirgin düzelme izlenen hastalara göre daha yüksek bulunsada fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Tablo 4



Tablo1. Grupların eşlik eden hastalıklar açısından karşılaştırılması

Gruplar	Hasta Grubu(n=46)	Kontrol Grubu(n=45)	p
Hipertansiyon	13 (%28)	5(%11)	
Diabetes Mellitus	7 (%15)	3(%6)	
Koroner Arter Hastalığı	6(%13)	2(%4)	
			<0.05

Tablo2. Grupların anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırılması

Gruplar	Hasta Grubu(n=46)	Kontrol Grubu(n=45)	p
HAD-A	8.1 ±0.5	7.6±0.6	
HAD-D	6.4±0.34	6.2±0.6	
Mann-Whitney U			>0.05

HAD-A:Hastane anksiyete değerlendirme ölçeği

HAD-D: Hastane depresyon değerlendirme ölçeği

Tablo 3. Hastaların anksiyete ve depresyon ölçeği puanları

	Hasta Grubu (n=46)	Kontrol Grubu (n=45)	p
HAD-A			
Eşik altı(0-10)	34	32	
Eşik üstü(11-21)	12	13	
HAD-D			
Eşik altı(0-7)	38	39	
Eşik üstü(8-21)	7	6	
Mann-Whitney U			>0.05

HAD-A:Hastane anksiyete değerlendirme ölçeği

HAD-D: Hastane depresyon değerlendirme ölçeği



Tablo 4. İyileşme ile anksiyete ve depresyon ölçeği skorları arasındaki ilişki

Düzelme	Anksiyete	Depresyon	p
Tam iyileşme	7.3±0,5	6.1±0.5	
Kısmi iyileşme	7.4±0.2	6.0±0.2	
Hafif iyileşme	8.9±0.2	6.9±0.3	
İyileşme yok	8.8±0.2	6.7±0.4	
Mann-Whitney U			> 0.05

TARTIŞMA

Anı işitme kaybı, etyolojisi ve tedavisinin halen tartışmalı olan otolojik bir acildir. Vakaların ancak %10'unda herhangi bir etyoloji saptanabilmekte ve olguların çoğu idyopatik olarak kabul edilmektedir. AİK etyopatogenezine yönelik bir çok çalışma yapılmıştır. Etiyolojide viral enfeksiyonlar, otoimmün mekanizmaları, vasküler akım bozuklukları, membran rüptürü ve metabolik nedenler ileri sürülmüş olmasına rağmen halen net sonuçlara ulaşılamamıştır¹⁰⁻¹². Vasküler patoloji için risk faktörleri kabul edilen HT, DM, hiperlipidemi ve KAH'nın AİK ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir^{13,14}. Bizde AİK olan hastalarda HT, DM ve KAH insidansının kontrol grubuna göre daha yüksek saptadık.

Anksiyete ve depresyon gibi bozuklukların HT, DM, hiperlipidemi ve KAH gibi durumlarla ilişkili olduğu daha önce gösterilmiştir^{15,16}. Ancak anksiyete ve benzeri bozuklukları ile AİK arasındaki ilişkiyi araştıran çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Chung ve Ark.'nın sağlık uygulama ve yönetim programları üzerinden yaptıkları retrospektif olarak 3522 AİK'lı hastanın geçmişlerini tarayıp, bu hastaları anksiyete ve depresif hastalıklar yönünden kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmada bu hastalarda anksiyete ve ilişkili hastalık prevalansını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır¹⁷. Biz çalışmamızda AİK'lı hastaların yatış anındaki anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamadık. Bu farklılığın hasta sayısındaki ya da bölgeler arasındaki farklılığa bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Lazarini ve ark. emosyonel durum değişikliklerinin, sempatik aktiviteyi artırarak plazma katekolamin seviyesini artırdığı ve bunun sonucu olarak da, endotel hasarı, vasküler kontraksiyon, kan viskozitesi ve kapiller permeabilitesi gibi nörovasküler mekanizmaları değiştirerek koklea

perfüzyonu engelleyebileceğinin ancak bu durumun AİK gelişmesinde tek başına rol oynamaktan ziyade kokleanın terminal dallarında anatomik bir varyasyon durumunda emosyonel ve organik faktörlerin kombinasyonu ile AİK gelişmesine sebep olabileceğini bildirmişlerdir¹⁸. Anksiyetenin sağlıklı bireylerdeki etkilerini araştıran Pitsavos ve ark. anksiyetenin TNF alfa, IL-6, C-reaktif protein gibi inflamatuvar markırların serum seviyelerinin artırdığını bildirmişlerdir¹⁹. Bu çalışmalar anksiyetenin hem indirek yollarla periferik damar tonusunu ve kapiller damar direncini değiştirerek, hemde direk artan inflamatuvar markırlar etkisi ile koklear perfüzyonu bozarak AİK'na yol açabileceğini düşündürmektedir.

AİK'nın prognozunu tahmin etmek için, işitme kaybının şiddeti, eşlik eden tinnitus, vertigo gibi semptomlar, odyogram tipi, tedaviye başlangıç zamanı, eşlik eden sistemik hastalıklar gibi birçok parametre araştırılmıştır²⁰⁻²². Bizde çalışmamızda anksiyete ve depresyon seviyelerinin hastaların prognozu üzerine etkisini incelediğimizde, tam ve kısmi iyileşme görülen hastaların anksiyete ve depresyon ölçekleri ortalaması, hafif ve iyileşme görülmeyen hastalara göre daha düşük olsada sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p < 0.05$). Bununda hasta sayısının nisbeten düşük olmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini tek bir ölçekle değerlendirilmesi ve hastaların anksiyete ve depresyon durumlarının geçmişe yönelik geniş çaplı değerlendirilememesi gibi kısıtlamalar mevcuttu.

SONUÇ

AİK etyo-patogenezi ve tedavisi halen net ortaya koyulamamıştır ve bu konudaki araştırmalar halen devam etmektedir. Biz çalışmamızda anksiyete ve depresyonun, AİK gelişmesi üzerine anlamlı bir etkisini gösteremedik, ancak hastalığın prognozu üzerine etkisi olabileceğini düşünmekteyiz. Bu konuda daha geniş serilerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünmekteyiz.



Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. O'Malley MR, Haynes DS. Sudden Hearing Loss. Otolaryngol Clin North Am 2008 ;41:633-49.
2. Chau JK, Lin JR, Atashband S, Irvine RA, Westerberg BD. Systematic review of the evidence for the etiology of adult sudden sensorineural hearing loss. Laryngoscope 2010;120:1011-1021.
3. Sareen J, Cox BJ, Clara I, Asmundson GJ. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2005;21:193-202.
4. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:208-225.
5. Fagelson MA. The association between tinnitus and post-traumatic stress disorder. *Am J Audiol* 2007;16:107-117.
6. Pratt RT, Mc KW. Anxiety states following vestibular disorders. *Lancet* 2:347-349.
7. Melnick W. American National Standard specifications for audiometers. *ASHA* 1971;13:203-6.
8. Siegel LG. The treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am* 1975;8:467-73.
9. Aydemir Ö, Güvenir T, Kuey L. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8: 280- 287.
10. Berrocal JRG, Camacho RR, Portero F, Vargas JA. Role of viral and Mycoplasma pneumoniae infection in idiopathic sudden sensorio- neural hearing loss. *Acta Otolaryngol* 2000; 120:835-9.
11. Yoshida Y, Yamauchi S, Shinkawa A, Horiuchi M, Sakai M. Immuno- logical and virological study of sudden deafness. *Auris Nasus Larynx* 1996;23:63-8.
12. Pitkaranta A & Julkunen I. Sudden deafness: lack of evidence for systemic viral infection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;118:397-9.
13. Aimoni C, Bianchini C, Borin M, Ciorba A, Fellin R, Martini A, Scanelli G, Volpato S . Diabetes, cardiovascular risk factors and idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a case-control study. *Audiol Neurootol* 2010;15:111-115.
14. Mosnier I, Stepanian A, Baron G, Bodenez C, Robier A, Meyer B, Fraysse B, Bertholon P, Defay F, Ameziane N, Ferrary E, Sterkers O, de Prost D. Cardiovascular and thromboembolic risk factors in idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a case-control study. *Audiol Neurootol* 2011; 16:55-66.
15. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB. et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:208-225.
16. Smith KJ, Be'land M, Clyde M, Garipey G, Page V, Badawi G, Rabasa-Lhoret R, Schmitz N. Association of diabetes with

anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2013;74:89-99.

17. Chung SD, Hung SH, Lin HC, Sheu JJ. Association between sudden sensorineural hearing loss and anxiety disorder: a population-based study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014 Aug 13 [Epub ahead of print]
18. Lazarini PR, Camargo AC. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: etiopathogenic aspects. *Braz J Otorhinolaryngol* 2014;72:554-561.
19. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Papageorgiou C, Tsetsekou E, Soldatos C, Stefanadis C. Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: the ATTICA study. *Atherosclerosis* 2006;185:320-6.
20. Byl FM Jr. Sudden hearing loss: eight years' experience and suggested prognostic table. *Laryngoscope* 1984;94:647-61.
21. İnanlı S, Polat Ş, Tutkun A, Batman Ç, Üneri C, Şehitoğlu MA. Anı işitme kayıplı olgularımızda tedavi ve prognozun retrospektif analizi. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 2002;40:196-200.
22. Linszen O, Schultz-Coulon HJ. Prognostic criteria in sudden deafness. *HNO* 1997;45:22-9.