

Hipertiroidinin Neden Olduğu Psikotik Bozukluk: Bir Olgu Sunumu

Aynur Özel*, Asena Akdemir**, Sibel Örsel*

Tiroid hormonlarının aşırı salındığı durum olan hipertiroidide, sıklıkla mental değişiklikler saptanır. Hipertiroidinin neden olduğu duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve deliryum gibi mental bozukluklar DSM-IV'te genel tıbbi durumun neden olduğu veya ilişkilendirildiği psikiyatrik bozukluklar adı altında yer almaktadır. Hipertiroidiye eşlik eden mental bileşenler, muhtemelen artmış T4 düzeyinin doğrudan etkisiyle olmaktadır. Psikotik bozukluğun etiolojisi çok iyi anlaşılamamıştır. Metabolik düzenlemenin bozulmasıyla, beyindeki düzensizlikle ilişkili olabilir ya da altta yatan gizli durum, tirotoksikoz ile açığa çıkmış olabilir .

Bu yazıda, hipertiroidinin neden olduğu psikotik bozukluk tanısı alan bir olgu sunularak tanı ve tedavi süreci gözden geçirilmiştir. Öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan psikiyatrik belirtiler ve tirotoksikoz tablosuyla başvuran olguda, mental bozukluğun oluşmasında tiroid hormon bozukluğunun tetikleyici bir etken olabileceği düşünülmektedir. Antipsikotik tedaviden yanıt alınamayan hastaya EKT yapılmıştır. Tiroid fonksiyon bozuklukları ilaç tedavilerinde yanıtızlığa da yol açabilmektedir. Bu durumlarda klinisyenler, karmaşık klinik tablolarda ve tedaviye yanıtızlık durumlarında tiroid fonksiyon testlerinin değerlendirilmesini dikkate almalıdır.

Anahtar sözcükler: hipertiroidi, psikotik bozukluk, tedavi

Psychotic Disorder Associated With Hyperthyroidism: A Case Report

Hyperthyroidism presents with symptoms that resemble mental disorders. Mood, psychotic, anxiety disorders and delirium with hyperthyroidism are classified as mental disorders due to a general medical condition in DSM-IV. Psychiatric symptoms with hyperthyroidism probably occur due to elevated T4 levels. Etiology of psychotic disorders in this state could not be explained very well. It could be happened with metabolic disorder or psychosis that already exists, aggravated with thyrotoxicosis.

In this paper, clinical and treatment features of a case with psychotic disorder due to hyperthyroidism was presented. Formerly she had not a psychiatric disorder and it was considered that thyroid hormone disorder triggered the psychotic disorder. She was treated with ECT because of non-responsiveness to antipsychotic drugs. Thyroid function abnormalities may also cause treatment difficulties. In clinical practice, the clinicians should consider to perform thyroid function tests in the cases of nonresponsiveness to drugs and complicated clinical course.

Key words: hypertroidism, psychotic disorder, treatment

* Uzm. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara.

** Doç. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara.

Giriş

Endokrinoloji ile psikiyatri arasındaki ilişki, araştırmacılar için yıllardır ilgi çekici bir araştırma alanı olmuştur. Miksödem ve hipertiroidi gibi endokrin bozuklukların önde gelen belirtilerinin mental belirtiler olabilmesi ve endokrin değişikliklerin kesin olduğu gebelik gibi dönemlerde mental değişiklikler olması bu ilgiyi haklı kılmaktadır.¹ Tiroid işlevlerinde bozukluk gibi endokrinolojik hastalıklarla ilişkili mental bozukluklar, genel tıbbi durumun neden olduğu veya ilişkilendirildiği psikiyatrik bozukluklar adı altında, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabında (DSM-IV) ve ICD-10'da yer almaktadır.

Tiroid hormonlarının az salındığı durum olan hipotiroidi; kişilikte genel değişiklikler, tüm kognitif işlevlerde yavaşlama, duyu durumunda depresyondan çok apati yönünde değişiklikler, irritabilite, ilgi istek kaybı, dikkat dağınıklığı, hatta psikoz ve demansa neden olurken; tiroid hormonlarının aşırı salındığı durum olan hipertiroidide, huzursuzluk, motor ve algısal hiperaktivite, emosyonel labilite, engellenme eşliğinde düşme, uyku bozukluğu, özellikle distraktibilite şeklinde olan dikkat, konsantrasyon ve bellekte bozulma, hostile davranışlar, anksiyete, fobiler, disfori, paranoid ve referans fikirleri gibi psikotik belirtiler görülebilir.^{1,2,3,4,5} Bazen hipertiroidizme eşlik eden organik duyu durum bozukluğu ve psikoz tablosu nedeniyle hasta doğrudan psikiyatri bölümüne başvurabilir.³

Tiroid hormonlarının ani yükselmesi olan "tiroid krizi" veya "tirotoksikoz"da, tipik bir deliryum tablosu ile ateş ve taşikardi görülür.^{1,6}

Bunlardan daha nadir olan apatik hipertiroidide ise, letarji, stupor veya komaya uzanan klinik tablo gelişebilir.^{1,6}

Mental bozukluklar ile hipertiroidinin belirtileri arasındaki benzerlik nedeniyle yapılan psikiyatrik hasta popülasyonundaki tiroid fonksiyon testleri taramalarında, normal popülasyondan daha fazla bozukluk olduğu; tiroid fonksiyon bozukluğuna neden olan tiroid hastalığı olanlarda yapılan araştırmada ise, psikiyatrik hastalık prevalansının daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{7,8} Ayrıca tiroid hormon düzeyleri ile mental belirtilerin şiddeti arasında da ilişki bulunduğu bildirilmektedir.^{3,9}

Bu nedenlerden dolayı, mental belirtilerle başvuran, özellikle ciddi şekilde ajite ve tehditkar hastalarda, endokrin hastalıklarla ilişkili öykü ve laboratuvar incelemenin yapılması tanı ve tedavi açısından yol gösterici olacaktır.

Hipertiroidide bağlı mental bozukluğu olan bu olguyu sunmamızın amacı, psikiyatrik belirtilerle başvuran

hastaların ayırıcı tanısında hipertiroidinin önemini vurgulamak ve tedavi sürecini gözden geçirmektir.

Yöntem

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Acil Servisi'ne 2001 yılında başvuran, daha sonra dahiliye ve psikiyatri kliniklerinde yatırılarak tedavi edilen ve hipertiroidide bağlı mental bozukluk tanısı alan bir olgu sunulmuştur. Tanı DSM-IV tanı kriterlerine göre konmuştur.

Olgu

45 yaşında, evli, iki çocuklu, kadın hasta olan V.S., 1956 yılında Bulgaristan'da, çiftçilikle geçinen, maddi durumu orta düzeyde, 3 çocuklu bir ailenin ortanca çocuğu olarak doğmuş, liseyi bitirdikten sonra eğitimine devam etmemiş ve tekstil fabrikasında çalışmaya başlamıştı. 20 yaşındayken tanışarak evlenmiş, 21 yaşında ilk oğlu, bundan 5 yıl sonra da ikinci oğlu doğmuş, ilk oğluna 19, ikinci oğluna 13 yaşındayken Diabetes Mellitus Tip-I tanısı konmuştu. 1989 yılında eşi ve iki çocuğuyla Türkiye'ye göç ederek, Ankara'ya yerleşmiş ve eşi ile aynı işyerinde çalışmaya başlamışlardı. Bulgaristan'da yakın arkadaşları varken Türkiye'de yakın ilişkiler kuramamıştı ve başkalarının onu göçmen olduğu için aralarına almadıklarını düşünüyordu. Sekiz yıl önce subtotal tiroidektomi operasyonu geçirmiş ve propiltiourasil 150 mg/gün kullanmaktaydı. Öz ve soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan olgu, başvuru tarihinden 1 ay kadar önce antitiroid ilaç kullanımını bırakmıştı. Üç-dört gün süren huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk, çarpıntı, paranoid düşünceler ve ateşin ardından tamamen yatağa bağlı hale gelmesi ve konuşmaması üzerine ailesi tarafından acil servise getirilmişti. Yapılan ilk mental durum muayenesinde letarji, oryantasyon bozukluğu, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, ajitasyon, taşikardi ve ateş yüksekliği belirlendi. Tetkiklerinde T3=4,89; T4=20,2; FT3>>> (normal değer üstü); FrT4=4,36; TSH<<<<(normal değer altı) saptandı. Nörolojik ve enfeksiyon hastalıkları araştırılarak dışlandı. Tirotoksikoz ile ilişkili deliryum tanısı konarak dahiliye bölümü tarafından potasyum iyodid, propiltiourasil ve propranolol ile tedaviye başlandı, propiltiourasil 300 mg/gün ve propranolol 40 mg/gün ile devam edildi. Multinodüler guatr saptanan hastanın tedavinin 5. gününde deliryum tablosu düzeldi ve 8. gününde tiroid hormon seviyeleri normal düzeye geldi. Tekrar yapılan mental durum muayenesinde bilinç açık, koopere ve oryantasyonu tamdı, ancak hasta çoğu zaman iletişim kurmayı reddediyordu. Duygudurumu öti-

mik, duygulanımı gergin, öfkeli ve korkulu, düşünce içeriğinde paranoid sanrıları, canlı ve korkutucu işitsel ve görsel halusinasyonları vardı. Dikkati dağınık, yargılaması bozulmuştu. Olanzapin 20 mg/gün başlandı. Onbeş gün sonunda belirtilerde değişiklik sağlanamaması, sanrılı içeriği ve işitsel ve görsel halusinasyonları nedeniyle antipsikotik ilacı ve oral beslenmeyi reddetmesi üzerine haloperidol 5 mg/gün IM eklendi. 1 hafta sonra yine klinik tabloda değişiklik olmaması üzerine EKT uygulandı. Üç seans sonrasında tam düzelme sağlandı ve antipsikotik tedavi sonlandırılarak, antitiroid tedaviye devam edildi. Bir, 2, 4 ve 6 ay sonraki kontrol muayenelerinde herhangi bir ruhsal belirti saptanmadı, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda bulundu. Halen psikiyatri ve dahiliye polikliniklerinde takip edilmektedir.

Tartışma

Hipertiroidizm kadınları erkeklerden 6 kat daha fazla etkileyen, yaşamın 30'lu yaşlarında daha sık görülen bir hastalıktır.³ Hipertiroidinin tetiklenmesinde stres ve emosyonel değişikliklerin doğrudan rolü olduğu ve hipertiroidinin bulunmasının mental değişikliklere neden olduğu bilinmektedir.^{1,2}

Hipertiroidiye eşlik eden mental bileşenler, muhtemelen artmış T4 düzeyinin doğrudan etkisiyle olmaktadır. Akut organik reaksiyon, tiroitoksikozun neden olduğu, beyin metabolik bozukluğundan köken alır. Psikotik bozukluğun etiyojisi çok iyi anlaşılammıştır. Metabolik düzenlemenin bozulmasıyla, beyindeki düzensizlikle ilişkili olabilir, ya da alta yatan gizli durum, tiroitoksikoz ile açığa çıkmış olabilir.¹ Bu durumda hangi durumun diğerini tetiklediği belirsiz kalmaktadır. Ancak psikiyatrik bozukluklarla, tiroid bozukluklarının eş zamanlı görülmesi ortak bir biyokimyasal anormalliği düşündürmektedir.⁷

Literatür bilgileri gözden geçirildiğinde, genel olarak hastanın ötiroid hale gelmesiyle psikiyatrik belirtilerin gerilediği, tiroid hormon düzeylerinin hızlı düşürülmesi ile klinik tabloda dalgalanmalar olabileceği bildirilmiştir.^{2,3,6,10} Ancak küçük bir grup hastada tiroid hormonları normal düzeylere geldikten sonra da mental belirtiler sürmekte ve psikiyatrik tedaviye devam edilmesi gerekmektedir.^{1,2,6} Bu hastalarda hastalık öncesi eğilim ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.²

Sunulan olguda mental bozukluğun oluşmasında tiroid hormon bozukluğunun tetikleyici bir etken olabileceği düşünülmektedir. Tiroid hormonlarının düşmesiyle klinik belirtilerde dalgalanma gözlenmemiş, deliryum tablosu kontrol altına alınabilmiş, fakat psikotik

belirtiler sürmüştür. Antipsikotik tedaviye de yanıt alınmayarak EKT ile tedavi edilebilmiştir. Literatürde bu şekilde bildirilen ve EKT ile tedavi edilen bir olgu bulunabilmiştir.^{5,6}

Daha fazla sayıda hasta ile yapılan çalışmalarda ise, tiroitoksik psikozun özgün bir psikiyatrik tablo olmadığı, daha çok duygu durum bozukluklarının görüldüğü bildirilmektedir. Tiroitoksikoz ile ilişkili psikoz olarak değerlendirilen 18 olguyu içeren bir çalışmada; 7 olgu depresyon, 7 olgu mani, 2 olgu şizofreniform bozukluk, 1 olgu paranoid bozukluk ve 1 olgu da deliryum tanısı almıştır. Hepsisi antitiroid ve antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmiş, paranoid bozukluk olan 1 olguda belirtiler 11 yıl sürmüştür, EKT faydalı bir tedavi yöntemi olarak önerilmiştir.⁶

Mental bozukluklar değerlendirilirken, özellikle öyküde tiroid fonksiyon bozukluğu, presenil demans, duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, ani başlayan, hostile tutumun olduğu psikotik tablolar saptanması halinde tiroid fonksiyon testlerinin rutin olarak yapılması, erken tanı ve tedavi açısından klinisyene önemli bir yol gösterici olabilir. Bu nedenle kliniğimizde, yatan tüm hastalara bu testler uygulanmaktadır.

Kaynaklar

1. Lishman WA. Endocrine Diseases and Metabolic Disorders. Organic Psychiatry. 3. baskı. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1998.
2. Gelder M, Gath D. Psychiatry and Medicine. Oxford Textbook of Psychiatry. 3. baskı. Oxford: Oxford University Press; 1996; s.403.
3. Hendrix VC, Garrick TR. Endocrine and Metabolic Disorders. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, editörler. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000; s.1808-1812.
4. Jadresic DP. Psychiatric aspects of hyperthyroidism. *J Psychosom Res* 1990; 34(6): 603-15.
5. Steinberg PI. A case of paranoid disorder associated with hyperthyroidism. *Can J Psychiatry* 1994; 39(3): 153-6.
6. Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW ve ark. Psychoses associated with thyrotoxicosis- "thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases with statistical analysis of incidence. *European Journal of Endocrinology* 2000; 142:438-444.
7. Placidi GP, Boldrini M, Patronelli A ve ark. Prevalance of psychiatric disorders in thyroid diseased patients. *Neuropsychobiology* 1998; 38(4): 222-5.
8. Ryan WG, Raddom RF, Grizzle WE. Thyroid function screening in newly admitted psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6(1): 7-12.
9. Roca RP, Blackman MR, Ackerley MB ve ark. Thyroid hormone elevations during acute psychiatric illness; relationship to severity and distinction from hyperthyroidism. *Endocr Res* 1990; 16(4): 415-47.
10. Irwin R, Ellis PM, Delahunt J. Psychosis following acute alteration of thyroid status. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31(5): 762-4.