



ISSN:1306-3111

e-Journal of New World Sciences Academy  
2011, Volume: 6, Number: 2, Article Number:1B0027

**MEDICAL SCIENCES**

Received: November 2010

Accepted: February 2011

Series : 1B

ISSN : 1308-7312

© 2010 [www.newwsa.com](http://www.newwsa.com)

**Mehmet Fatih Üstündağ**

**Semine Özdoğan Kavzoğlu**

**Çetin Turan**

**Arzu Bayrak**

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

mfustundag@gmail.com

Istanbul-Turkey

**KATATONİ VE SUBKLİNİK HİPOTİROİDİ: BİR OLGU SUNUMU**

**ÖZET**

Katatoni, metabolik ve endokrin bozukluklar, nörolojik hastalıklar, psikiyatrik bozukluklar ya da bazı ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilen ve etyolojisi tam olarak bilinmeyen bir tablodur. Genelde şizofreninin bir alt tipi olarak sınıflandırılmaktadır. Tiroid hormon bozukluklarının psikiyatrik bozukluklara sık neden olduğu bilinmektedir. Tiroid bozukluklarına bağlı katatoni tablosu ise çok nadir görülen bir durumdur. Bu yazıda hastaneye ilk yatışında katatoni tablosu olan ve son iki yatışında subklinik hipotiroidi tespit edilen bir periyodik katatoni olgusunu sunduk. Tiroid hormon replasman tedavisinden 3 hafta sonra, hastanın psikomotor retardasyonunda, mutizm ve negativizm tablosunda belirgin düzeyde gerileme gözlemlendi. Taburculuk sonrası kontrollerinde tiroid replasman tedavisini kullanmaya devam eden hastada iyilik hali devam etti. Bu çalışmada örnek olgu eşliğinde katatoni kavramı tartışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Katatoni, Periyodik Katatoni, Hipotiroidi, Subklinik Hipotiroidi, Elektrokonvülsif Tedavi

**CATATONIA AND SUBCLINIC HYPOTHYROID: A CASE REPORT**

**ABSTRACT**

Catatonia, which can be arisen from metabolic and endocrine disorders, neurologic diseases, psychiatric disorders or some drugs, is a clinical outlook whose etiology is not known. Catatonia is commonly classified as a subtype of schizophrenia. Thyroid disorders are known to provoke psychiatric disorders frequently. On the contrary, catatonia due to thyroid disorders is uncommon. In this text, a periodic catatonia event that had been first hospitalized for catatonia and appeared to have subclenic hypothyroidism in last two hospitalization is discoursed. After the 3 weeks of thyroid hormone replacement, evident regression on the patient's psychomotor retardation, mutism and negativism condition is observed. The convalescence of patient to whom thyroid replacement therapy is applied continued after discharge. In this study, catatony will be discussed via aforesaid case.

**Keywords:** Catatonia, Periodic Catatonia, Hypothyroidism, Subclenic Hypothyroidism, Electroconvulsive Therapy

## 1. GİRİŞ (INTRODUCTION)

Katatoni, genel olarak mutizm, stupor, beslenme reddi, postür alma, aşırı uyarılma ya da hipokinezi ile seyreden nöropsikiyatrik bir sendromdur. 20. yüzyıl boyunca katatoni sadece şizofreni ile ilişkilendirilse de, günümüzde duygudurum bozukluklarının, nörolojik rahatsızlıkların ve genel tıbbi durum bozukluklarının da katatoni nedeni olabildiği gözlenmektedir [1].

DSM-IV 1994 yılında, şizofrenin bir alt tipi olan katatoninin yanı sıra, genel medikal duruma bağlı katatoni ve duygudurum bozukluklarında belirleyici olarak katatoni tanısını içeriğine dâhil etmiştir [3]. DSM-IV katatoni alt tipleri dışında Fink ve Taylor gibi bazı araştırmacılar, katatoni, malign katatoni, periyodik katatoni, nöroleptik malign sendrom, akinetik mutizm gibi durumları katatoninin alt tipleri olarak tanımlamışlardır [2].

Katatoni, psikiyatrik bozuklukların yanı sıra, MSS enfeksiyonları, kafa travması, epilepsi, metabolik ve endokrin bozukluklar, karaciğer yetmezliği, hepatik ensefalopati, sistemik lupus eritematozus (SLE), enfeksiyonlar (Ebstein-Barr, hepatit B-C) ve çeşitli ilaç etkilerine bağlı olarak ortaya çıkabilir [4].

Katatoninin kesin patofizyolojisi bilinmemekle beraber ortaya atılan farklı hipotezler nörotransmitter disfonksiyonu üzerine kurulmuştur. Bazı hastalarda azalmış gamma aminobütirik asid (GABA) aktivitesi saptanmıştır. Bu bulgu GABA A agonisti olan benzodiazepinlerin tedavideki olumlu etkilerini destekler niteliktedir [5,6]. Katatoninin en yaygın tedavisi benzodiazepinler olup ilk kez nöroleptik ile ilişkili katatonilerde kullanılmıştır[7]. Fink ve Taylor, lorazepamı karşı olumlu yanıtın hastaların %80'inde tanıyı desteklemekte olduğunu vurgulamışlardır. Bununla birlikte katatoninin ayrı bir sendrom mu yoksa sadece diğer major psikiyatrik hastalıkların bir alt tipi olup olmadığı hatta altta yatan hastalıklarla ilişkisi, doğru tanı alıp alamadığı ve sıklığına dair tartışmalar halen devam etmektedir [8].

Benzodiazepinler ve elektrokonvulsif terapi (EKT) katatonik belirtilerin tedavisinde kullanılan yöntemlerdir. Benzodiazepinler katatoni hastalarının %80'inden fazlasında etkilidir[9]. Benzodiazepinler ve EKT, katatoninin neredeyse her tipi için ilk düşünülecek tedavi yöntemleridir. 1995'te, Hawkins ve arkadaşları, retrospektif literatür derlemelerinden, 178 tane katatonik bozukluğa sahip ve hastanede yatarak tedavi gören psikiyatri hastasında lorazepamın en yaygın kullanılan tedavi olduğunu ortaya çıkarmışlardır, ki rapor edilen olguların %70'inde semptomların çözümlenmesine olumlu yanıt alınmıştır. Olgulara sadece EKT uygulandığında semptomlar %85 oranında düzelme gösterirken, antipsikotikler tek başlarına etkililiği %7,5 oranındadır. Malign katatonide, EKT ile yanıt alımı oranı %89, benzodiazepinler ile %40 ve antipsikotikler ile %0 olarak bulunmuştur [10].

Halihazırda araştırmalar ve olgu raporları her tip katatoninin müdahalesinde EKT tedavisinin yüksek başarı oranlarına sahip olduğunu desteklemektedir [11]. Diğer taraftan tekrarlayıcı ya da kısmen tekrarlayıcı katatoninin tedavisinde lorazepamın da etkili olabildiği öne sürülmüştür [12]. Olgular raporlarında, medikal ve psikiyatrik sebeplerden ötürü ortaya çıkan katatoni semptomlarının, benzer standart tedaviye yanıt vermiş olduğu görülmektedir, her iki durumda da, altta yatan rahatsızlığın belirlenmesi elzemdir [13].

Klinisyenlerin, katatoni tanı ve tedavisinde artan farkındalıkları, katatoni hastalarının morbidite ve mortalite oranlarında düşmeye neden olabilecektir[1]. Bu yazıda, hastaneye ilk

yatışında katatoni tablosu olan ve son iki yatışında subklinik hipotiroidi tespit edilen bir periyodik katatoni olgusu sunulmuştur.

## 2. ÇALIŞMANIN ÖNEMİ (RESEARCH SIGNIFICANCE)

Bu çalışmada örnek olgu eşliğinde katatoni kavramı tartışılmıştır. Çalışma bu konuda yapılacak benzer çalışmalara ışık tutması bakımından önem arz etmektedir.

Klinisyenlerin, katatoni tanı ve tedavisinde artan farkındalıkları, katatoni hastalarının morbidite ve mortalite oranlarında düşmeye neden olabilecektir [1]. Bu yazıda, hastaneye ilk yatışında katatoni tablosu olan ve son iki yatışında subklinik hipotiroidi tespit edilen bir periyodik katatoni olgusu sunulmuştur.

## 3. OLGU SUNUMU (CASE REPORT)

B.K. 47 yaşında, evli, 2 çocuk annesi, İstanbul'da yaşamaktadır. Kliniğe yatışından 3 gün önce başlayan mutizm, yeme içme kaybı ve hareketlerde yavaşlama şikayetleri olan hastanın daha önce de benzer belirtiler ile 2 kez yatışı olmuştur. Son 2 yatışında hipotiroidi tespit edilen hastaya tiroid hormon replasman tedavisi ve EKT birlikte uygulanarak kısmi remisyon sağlanmış ancak taburculuktan sonraki dönemlerde replasman tedavisine devam etmeyen hastanın katatoni tablosu nüksetmiştir. Ayrıca hasta 3 yıl önce, psikomotor retardasyon, mimiklerde belirgin azalma ve tremor nedeniyle sekonder parkinsonizm tanısı konularak 1 yıl boyunca nöroloji kliniği tarafından takip edilmiştir. Nitekim Parkinson tanısı dışlanarak psikiyatri kliniğine sevk edilmesi uygun görülmüştür.

Hastanın kliniğimize yatışında yapılan fizik muayene bulguları doğaldı. "Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk" tanısını dışlamak için yapılan tetkiklerinde hemogram, rutin biyokimya, bazal kortizol, FSH, LH, progesteron, prolaktin, EEG, kraniyal MR, SPECT, sirenal BT normal sınırlarda idi. Hastanın tiroid fonksiyon testleri: TSH=10,84  $\mu$ IU/ml (0,35-4,94), T3=2.5 pg/ml, T4=1,07 ng/dl idi, yapılan USG'de tiroid bezinde 2 adet nodül saptandı ve dahiliye konsültasyonu sonucunda subklinik hipotiroidi tanısı konuldu. Hastaya levotroksin 1x1 mg/gün tedavisi başlandı. Ayrıca katatoni tablosu için EKT uygulanmasına karar verildi. Altıncı EKT sonrasında tam düzelme olmaması nedeniyle uygulamaya son verildi. Tiroid hormon replasman tedavisinden 3 hafta sonra, hastanın psikomotor retardasyonunda, mutizm tablosunda gerileme belirgindi ve hasta normal işlevselliğine dönmüştü. Nitekim, kontrol TSH, T3 ve T4 değerleri normal sınırlarda idi. Taburculuk sonrası, 2., 4., 8. ve 16. haftalardaki kontrollerinde tiroid replasman tedavisini kullanmaya devam eden hastada tam düzelme hali devam ediyordu.

## 4. TARTIŞMALAR (DISCUSSIONS)

Endokrinolojik hastalıklara bağlı psikiyatrik rahatsızlıklar klinikte sıkça karşımıza çıkmaktadır. Özellikle tiroid hastalıkları farklı birçok psikiyatrik tabloya neden olabilmektedir. Hendrik ve arkadaşları çok küçük tiroid işlev bozukluklarının bile duygudurum ve bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olabileceğini bildirmiştir [14,15]. Tiroid hastalıklarına bağlı olarak depresyon, mani, akut psikoz, paranoid bozukluklar ve deliryum yaygın olarak görülse de, nadir olmakla beraber, katatoni tablosu da görülebilmektedir [16,17].

Katatoni psikiyatrik hastalıklar dışında metabolik hastalıklarda da ortaya çıkabildiği gibi, HIV dahil viral enfeksiyonlar, sıcak çarpması, otoimmün hastalıklar, ilaç intoksikasyonları ya da çekilmesi, multipl skleroz, ensefalit, Parkinson hastalığı ve inme

dahil nörolojik hastalıklar ve çocukluk çağı epilepsisinde de görülebilir [18,19,20].

Psikiyatrik hastalıkların ya da genel tıbbi durumların neden oldukları katatoni tablolarının semptom görünüşleri etyolojiye bağlı olarak değişim göstermemektedir [1]. Bu nedenle, katatoninin medikal ve toksik sebepleri, psikiyatrik bir sebepten şüphe duyulsa dahi her zaman dikkate alınmalıdır, çünkü katatoninin sıklıkla çoklu sebepleri olabilir [21]. Bir vaka raporunda B<sub>12</sub> vitamini yetersizliğinden ötürü olası mental durum değişimleri ve katatoni bildirilmiştir; B<sub>12</sub> vitamin takviyesi böyle bir durumda tek başına etkili bir tedavi olabilmektedir [22].

Periyodik katatoni, tipik şizofrenik katatoniden eksite ya da stuporlu fazlarının periyodisitesiyle ayrılır. Bazen akinetik ya da hiperkinetik motilite psikozuna benzer. Fakat genellikle stereotipi, tuhaflık, yüz buruşturma ve akinetik, hiperkinetik özelliklerin garip karışımlarını aynı anda taşıyan özel semptomlarıyla ayrılır. Şizofreninin özel bir şekli, Gressing tarafından tanımlanmış ve periyodik katatoni olarak adlandırılmıştır. Bozukluktan etkilenen hastalarda, o zaman, Gjessing'in nitrojen dengesindeki metabolik kaymalarla ilişkili olduğuna inandığı periyodik uyusukluk ve eksite katatoni nöbetleri görülmüştür [23]. Gjessing, bu bozukluğu tariflemiş ve hastalardaki metabolik rahatsızlıkları üzerine çalışmıştır. Periyodik katatonideki davranışsal dalgalanmaların sıklık nitrojen dengesizliği ile ilişkili olduğunu ve tiroid hormonu ekstraktı ile tedavi edilebileceğini öne sürmüştür ki, bu sadece semptomları kontrol altına alabilmekte fakat bozukluğu tedavi edememektedir [24].

Periyodik katatonide, periyodik olarak stupor ve eksitasyon tabloları ortaya çıkar, ara dönemler normaldir. Periyodik ataklar genelde minimal hasar bırakarak düzelmektedir [25].

Hastamıza periyodik katatoni tanısı konulmuştur. Periyodik katatoni tablosunun ara dönemlerde işlevsellikte tam düzelme ile seyrettiği ve herhangi bir hasar bırakmadığı ancak daha sonra tekrarladığı gözlenmiştir.

DSM-IV'te periyodik katatoni henüz nozolojik tanıma kavuşmamıştır [26]. Katatoni her zaman altta yatan medikal, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalıktan ötürü ortaya çıkar. Katatoni semptomlarının belirlenmesi, sebebinin ne olduğundan emin olunduğu zaman yapılmalıdır. Sendrom ve semptomlara, koma, [27] akinetik mutizm, abulia, hipoaktif delirium ve 'locked-in' sendromu da dahil edilip, katatoni ile ayrıştırılmalıdır [28]. Doğru tanı, tedavi ve prognozu dramatik bir şekilde değiştirebilir.

Hastamızda da katatoninin, tiroid hormon replasmanı sonrası dramatik bir düzelme gösterdiği ve uzun dönem kontrollerinde katatoni tablosunun yinelemediği görüldü.

Katatoni tedavisi, altta yatan etyoloji araştırılırken, immobilite ve zayıf beslenme sebebiyle oluşabilecek morbidite ve mortalite riskini düşürmek için destekleyici olarak başlar [1]. Sayısız olgu raporları, dekübitüs ülseri, eklem kontraktürleri, rabdomiyoliz, derin venöz trombüsü, pulmoner emboli, üriner retansiyon, enfeksiyon, pnömoni ve ölüm vb. gibi katatonik immobilite risklerini içermektedir [29 ve 30].

EKT uygulamasının periyodik katatoni tedavisinde genel olarak etkili olduğu düşünülmektedir [31]. Ancak bizim hastamızda 6 seans EKT uygulamasından sonra dahi, klinik olarak tam düzelme sağlanamadığından uygulamaya son verilerek tiroid hormon replasman tedavisine devam edildi. Ara dönemlerde hastamızın katatoni tablosunun nüks etmesi replasman tedavisine devam etmemesi ile ilişkilendirildi. Dolayısıyla

bu da, bize katatoni periyodlarının hipotroidi ile bağlantılı olabileceğini düşündürdü.

Klinik hipotiroidi ve tirotoksikoz tabloları ile olan hastalara kolay tanı konulabilirken [32,33], subklinik hipotroidi tanısı ise atlanabilmektedir. Nitekim bizim olgumuz da 1 yıl boyunca sekonder parkinsonizm tanısıyla nöroloji polikliniği tarafından izlenmiştir.

Birçok farklı etyolojiye bağlı olarak ortaya çıkabilen katatoni tablosunun erken tanı ile önlenebilen nedenlerinden biri olan subklinik hipotroidi ve hipotroidi gibi hastalıkların tesbiti için, katatonik her hastaya mutlaka tiroid muayenesi ve rutin tiroid fonksiyon testlerinin yapılması, uygun görülen hastalarda ileri görüntüleme tetkiklerinin istenilmesi faydalı olacaktır. Tiroid fonksiyonlarının katatoni etyolojisindeki yeri ve önemi konusunda daha fazla ve geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

#### **KAYNAKLAR (REFERENCES)**

1. Daniels, J., (2009). Catatonia: Clinical Aspects and Neurobiological Correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 21:4.
2. Fink, M. and Taylor, M.A., (2001). The many varieties of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 251:18-13.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, pp 169-170, 382-383.
4. Madan, R. and Lantz, M.S., (2003). Catatonia in late-life: the importance of recognizing an uncommon syndrome. *Clin Geriatr.* 11: 26-28.
5. Rosebush, P.I. and Mazurek, M.F., (1995) A consideration of the mechanisms by which lorazepam might treat catatonia. *J Clin Psychiatry.* 52: 187-188.
6. Cook, E.H., Olson, K., and Pliskin, N., (1996). Response of organic catatonia to risperidone. *Arch Gen Psychiatry.* 53:82-83.
7. Fricchione, G.L., Cassem, N.H., and Hooberman, D., (1983). Intravenous lorazepam in neuroleptic-induced catatonia *J Clin Psychopharmacol.* 3: 338-342.
8. Fink, M. and Taylor, M.A., (2006). Catatonia: subtype or syndrome in DSM? *Am J Psychiatry.* 163: 1875-1876.
9. Kontaxakis, V.P., Havaki, K.B.J., Christodoulou, N.G., Paplos, K.G., and Christodoulou, G.N., (2003). Olanzapine-associated neuroleptic malignant syndrome: Is there an overlap with the serotonin syndrome? *Ann Gen Hosp Psychiatry.* 2:10.
10. Hawkins, J.M., Archer, K.J., Strakowski, S.M., et al. (1995). Somatic treatment of catatonia. *Int J Psychiatry Med.* 25:345-369.
11. Caroff, S.N., Ungvari, G.S., Bhati, M.T., et al. (2007). Catatonia and prediction of response to electroconvulsive therapy. *Psychiatr Ann.* 37:57-64.
12. Manjunatha, N., Saddichha, S., and Khess, C.R., (2007) Idiopathic recurrent catatonia needs maintenance lorazepam: case report and review. *Aust N Z J Psychiatry.* 41:625-627.
13. Carroll, B.T. and Goforth, H.W., (2004). Medical catatonia, in *Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology.* Edited by Caroff SN, Mann SC, Francis A, et al. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 123.
14. Gönen, M.S., Kısakol, G., and Çilli, A.S., (2004). Assessment of anxiety in subclinical thyroid disorders. *Endocrine J.* 51: 311-315.

15. Hendrik, V., Altshuller, L., and Whybrow, P., (1998). Psychoneuroendocrinology of mood disorders: the hypothalamic pituitary thyroid axis. *Psychiatry Clin North Am.*21:277-292.
16. Kathol, R.G., Turner, R., and Delahunt, J., (1986). Depression and anxiety associated with hyperthyroidism: response to antithyroid therapy. *Psychosomatics.* 27: 501-505.
17. Komori, T., Nomaguchi, M., Kodama, S., Takigawa, M., Nomura, J., (1997). Thyroid hormone and reserpine abolished periods of periodic catatonia: a case report. *Acta Psychiatr Scand.*96:155-156.
18. Taylor, M. and Abrams, R., (1977). Catatonia: prevalence and importance in the manic phase of manic depressive illness. *Arch Gen Psychiatry.* 34: 1223-1225.
19. Abrams, R. and Taylor, M.A., (1976). Catatonia. A prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry.* 33:579-581.
20. Primavera, A., Fonti, A., Novello, P., Roccatagliata, G., and Cocito, L., (1994). Epileptic seizures in patients with acute catatonic syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 54: 1419-1422.
21. Carroll, B.T., Kennedy, J.C., and Goforth, H.W., (2000). Catatonic signs in medical and psychiatric catatonias. *CNS Spect.* 5: 66-69.
22. Catalano, G., Catalano, M., Rosenberg, E.I., et al. (1998). Another neuropsychiatric presentation of vitamin B12 deficiency? *Psychosomatics.* 39: 456-460.
23. Oral, T.E., (2005). Şizofreni diğer psikotik hastalıklardan nasıl ayrılmalıdır? Ankara, Peday Yayınları.
24. Fink, M. and Taylor, M.A., (2003). The many faces of catatonia, in *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment.* New York, Cambridge University Press. 59-60.
25. Pfuhulman, B. and Schroeder, G., (2001). The different concepts of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*251:14-17.
26. Lee, J.W., (2004). Cycloid psychosis, catatonia, and periodic catatonia. *Aust N Z J Psychiatry* 38: 975-976.
27. Freudenrich, O., McEvoy, J.P., Goff, D.C., et al. (2007). Catatonic coma with profound bradycardia. *Psychosomatics.* 48:74-78.
28. Carroll, B.T., Kennedy, J.C., and Goforth, H.W., (1996). Approach to the differential diagnosis of catatonia. *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal.* 1.
29. Lachner, C. and Sandson, N.B., (2003). Medical complications of catatonia: a case of catatonia-induced deep venous thrombosis. *Psychosomatics.* 44: 512-514.
30. McCall, W.V., Mann, S.C., Shelp, F.E., et al. (1995). Fatal pulmonary embolism in the catatonic syndrome: two case reports and a literature review. *J Clin Psychiatry.* 56:21-25.
31. Pommepuy, N. and Januel, D., (2002). Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature. *Encephale.* 28:481-492.
32. Kathol, R.G., Turner, R., and Delahunt, J., (1986). Depression and anxiety associated with hyperthyroidism: response to antithyroid therapy. *Psychosomatics.* 27: 501-505.
33. Brownline, B.E., Rae, A.M., Walshe, W.B., Wells, J.E., (2000). Psychoses associated with thyrotoxicosis 'thyrotoxicopsychosis.' A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol.*142:438-444.