

## TİROTOKSİKOZA BAĞLI PSİKOZ: OLGU SUNUMU

Tolgahan TUNCAL\*, Melike EZERBOLAT\*, Ali Kemal GÖĞÜŞ\*\*

### ÖZET

Hipertiroidi; huzursuzluk, motor ve algısal hiperaktivite, emosyonel labilite, engellenme eşliğinde düşme, uyku bozukluğu, özellikle distraktibilite şeklinde olan dikkat ve konsantrasyonda bozulma, bellekte dikkat bozukluğuna ikincil bozulmalar, hostile davranışlar, anksiyete, fobi, disfori, paranoid ve referans fikirlerin baskın olduğu psikotik belirtiler ile gidebilen klinik bir tablodur. Bu yazımızda 61 yaşında enkoherans, belirgin dezorganizasyon, gerçeği değerlendirmede bozulma tablosuyla kliniğimize başvuran hastanın hipertiroidi tanısı almasının ardından hipertiroidinin tedavisiyle birlikte psikiyatrik durumunda belirgin düzelme olması üzerinden, hipertiroidiye bağlı psikoz ve seyri literatür bilgileri eşliğinde ele alınmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Hipertiroidizm, psikoz, organik psikoz

### THYROTOXICOSIS RELATED PSYCHOSIS: A CASE REPORT

### ABSTRACT

*Hyperthyroidism is a clinical syndrome which may cause psychiatric symptoms like discomfort,*

*motor or perceptive hyperactivity, emotional lability, sleep disorders, attention-concentration-memory problems, especially distractibility, hostile behaviours, anxiety, phobias, dysphoria, paranoid and referential thinking. In this report we present a 61-year-old male patient with encoherans, desorganisation, distorted reality testing who is diagnosed with hyperthyroidism. After receiving medication for hyperthyroidism, decrement in psychological findings were noted. Psychosis due to hyperthyroidism and its course were discussed in the light of previous reports in the literature.*

**Keywords:** Hyperthyroidism, psychosis, organic psychosis

### GİRİŞ

Hipertiroidi birçok organik fonksiyon bozukluğunun yanında çeşitli psikiyatrik bulgulara da eşlik edebilen klinik bir tablodur. Huzursuzluk, hiperaktivite, depresyon, anksiyete, psikoz gibi bulgular tabloya eşlik edebilmektedir (David AS ve ark. 2013, Gelder M, Gath D 1996, Hendrix VC, Garrick TR 2000). Bu semptomlar epizodik olabilmekle birlikte mani, depresyon ya da deliryuma da yol açabilmektedir. Bazı vakalarda motor inhibisyon ve apatinin de hipertiroidiye eşlik edebildiği

\* Araş. Gör. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

\*\* Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

bilinmektedir (Marian G ve ark. 2009). Psikoz hipertiroidizmin nadir bir komplikasyonudur, vakaların %1'inde bildirilmiş olup psikotik semptomlar geliştiren çoğu hastanın önceden mani ve/veya deliryum tanısı aldığı belirtilmiştir (Gagliardi JP ve ark. 2002). Ayrıca hipertiroidinin tedavisinin hastanın psikiyatrik semptomlarında belirgin düzelmeye yol açabildiği de bildirilmiştir (David AS ve ark. 2013).

### Olgu

61 yaşında lise mezunu geçimini balıkçılıkla sağlayan erkek hasta, alınganlık, çocuklarının kendi çocuğu olmama düşüncesi, özbakımda azalma, anlamsız konuşma belirtileri nedeniyle kliniğimize yakınları ve sağlık görevlileri tarafından kaymakamlık aracılığıyla rızası olmaksızın getirildi. Hastadan yeterli öykü alınamadığı için eski eşi, ablası ve kızıyla görüşüldü. Hastanın kliniğimize ilk yatışı olmakla beraber daha önce bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesine mükerrer yatışı olduğu öğrenildi ancak yatış sayısına ulaşamadı. Hâlihazırda antipsikotik kullanmayan hastanın son 6 ayında da oral ya da depo form antipsikotik kullanım öyküsünün olmadığı öğrenildi. Eski eşiyle görüşüldüğünde sözel ve fiziksel şiddet nedeniyle 16 yıl kadar önce boşandıkları, boşandıktan sonra da ailesiyle görüşmediği öğrenildi. Öncesine oğluyla görüşüp para isteyen hasta 10 yıldır oğluyla da görüşmemiş. Bu süre içinde 5 yıl kadar ablasıyla beraber yaşadığı öğrenilen hastanın ablasına telefonla ulaşıldığında da "sinirliliği dışında bir anormallik fark etmediği" öğrenildi. Sonraki 8 yıl içinde yakınlarından hiçbirinin ulaşamadığı hasta bir ihbar üzerine bir teknede bulunarak yakınlarına teslim edilmiş. Bu 8 yıl içinde park ve bahçelerde kalan hastanın banka hesabında hareket olmadığı ve kendisinden haber alınamadığı için hasta nüfus kayıtlarında ölü olarak görülmekteymiş.

Hasta bulunduktan sonra İstanbul'daki bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmüş, Bu yatışı sırasında oğlu ve kızını hatırlamamış, eski eşini tanımış ve ismiyle hitap etmiş.

Taburcu edildikten sonra bir dönem tiroit patolojisine yönelik ilaç kullanmış ama daha sonra bırakmış. Hasta taburculuğundan 2 yıl sonra aynı hastaneye yeniden yatırılmış, olanzapin 20 mg/gün, biperiden 4 mg/gün, klorpromazin 30 mg/gün kullanmış, züklopentiksol depo ve 3 günlük depo formları da uygulanmış. Taburculuğundan sonra kısa bir süre iyilik hali olan hasta kötüleşmesi üzerine kliniğimize getirildi.

Hastanın ruhsal durum muayenesinde bilinç açık olmakla beraber yer-zaman-kişi oryantasyonu, dikkat, bellek, algı bozuklukları, zekâ düzeyi yoğun dezorganize konuşma ve enkoherans nedeniyle optimal değerlendirilemedi. Klinik gözlemede hastanın dikkatini odaklamak ve sürdürmekteki zorluğu olduğu gözlenmiştir. Duygulanımı yeterli olmakla birlikte labil ve uygunsuz olan hastanın duygudurumu anksiyöz olarak değerlendirildi.

Hastaya yatışı takiben amisülpirid 800 mg, biperiden 4 mg başlandı. Tetkiklerinde dehidratasyon lehine olan böbrek fonksiyon testlerindeki bozulmayı düzeltmek amacıyla 3000 cc/gün serum fizyolojik verildi, sıvı tedavisi sonrası böbrek fonksiyon değerlerinde düzelme gözlemlendi. 5 günlük tansiyon takibi sonucunda yüksek ölçümler tespit edilmesi üzerine kardiyolojiye danışılarak antihipertansif tedavi başlandı. Santral sinir sistemi tutulumu olan bir enfeksiyonu ekarte etmek amacıyla VDRL-RPR, anti-HIV testleri istendi, negatif bulundu. Tetkiklerinde TSH:0,02 (0,34-5,6), Serbest T3: 8,27 (3,8-6), Serbest T4: 27,8 (7-16) saptanan hastadan hipertiroidi ön tanısıyla endokrinoloji konsültasyonu istendi. Tiroit ultrasonografisi tiroitit lehine sonuçlanan, tiroit oto antikorları yüksek bulunan (AntiTPO:155,2 (0-9) ,TRAB: 20 (0-9)) hastanın tiroit sintigrafisinde hiperplazi bulundu. İyot uptake'ine bakıldığında azalmış olarak saptandı. Hastaya bu tablo nedeniyle metimazol, propranolol başlandı. Hasta aynı zamanda frontotemporal demans açısından kliniğimiz geropsikiyatri ünitesinde değerlendirilerek frontotemporal demans açısından kranial görüntülemesi istendi. Nörobilişsel testler planlandı ancak hasta nörobilişsel testlere

koopere olamadı.. Çekilen kranial MRG'de "Serebellar folia belirgin, kortikal sulkus ve fissürler derinleşmiş," Saptandı. Diffüzyon MR'da akut süreçte iskemi tablosu saptanmadı. Antipsikotiklerden ve oral hipertiroidi tedavisinden hiç fayda görmeyen hastanın tüm ilaçları kesildi. Daha sonra iyot tedavisi planlandı. Tedavi sonrası radyasyon koruması için 1 haftalığına eve gönderildi. 1 hafta sonra oral anti-tiroidal ilaç başlanan hastaya fayda görmediği için oral antipsikotik tedavisi yeniden başlanmadı.

Hasta 1 haftalık izinden geldiğinde kliniğinde belirgin bir düzelme olduğu görüldü. Dezorganize davranışlarının tamamen geçtiği ve konuşmanın olağan hale geldiği görüldü. Ev içinde herhangi bir tartışma olmadığı öğrenildi. Ayrıca torunundan uzak durması gerektiğini çünkü radyasyon yaydığını söylemiş, oğlunun kendisinden olduğunu kabul etmiş. İzinden sonraki ilk haftasında psikiyatrik değerlendirmesinde belirgin bir düzelme gözlemlenmekteydi. Hastanın konuşmaları anlaşılır hale gelmişti. "Eski problemlerim kalmadı, bütün problem tiroidimden kaynaklanıyordu" demeye başlayan hasta, oğlunun ve kızının, gelinin, torunun, eski eşinin isimlerini biliyor ve ailesi olduğunu kabul ediyordu. Akciğerinde sıkıntı olduğu için biraz daha yatması gerektiğini söylüyordu. Kat uyumu yerindeydi.

Kontrol TFT'sinde (TSH: 0,06 (0,34-5,6), Serbest T4: 10,24 (7-16) Serbest T3: 4,01 (3,8-6)) düzelmesi olan hastanın kliniğinde de yatışına nazaran belirgin düzelme olması üzerine taburcu edildi. Hastanın premorbid kişiliğinde de olan ve hastalık süresince artarak devam eden kıskançlık ve hostile davranışlarının varlığı nedeniyle risperidon 2 mg/gün ile takibine devam edilmesi planlandı. Hasta ayaktan tedavisini alması için endokrinoloji polikliniğine yönlendirildi. Takipleri endokrinoloji ile ortaklaşa sürdürülmekte olup hasta düşük doz atipik antipsikotik kullanımıyla kısmi salah halini korumaktadır.

## Tartışma

Hipertiroidi kendisini; 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 ile gösterebilir (David AS ve ark. 2013, Gelder M, Gath D 1996, Hendrix VC, Garrick TR 2000, Jadresic DP 1990, Steinberg PI 1994). Bir derecede psikiyatrik bozulma hipertiroidizmde her zaman vardır. Yaygın anksiyete %80'inde bildirilmiştir ve erken dönemde atipik organik beyin sendromu ve organik anksiyete sendromu tarif edilmiştir (David AS ve ark. 2013). Depresyon belirgin olabilir ve retardasyondan ziyade ajitasyon belirtileriyle birlikte bulunur (David AS ve ark. 2013).

Eşlik eden mental bileşenler, muhtemelen artmış T4 düzeyinin doğrudan etkisiyle olmaktadır (David AS ve ark. 2013). Genel olarak hastanın tiroid hale gelmesiyle psikiyatrik belirtilerin gerilediği, tiroid hormon düzeylerinin hızlı düşürülmesi ile klinik tabloda dalgalanmalar olabileceği bildirilmiştir (Gelder M, Gath D 1996, Hendrix VC, Garrick TR 2000, Brownlie BE ve ark. 2000, Irwin R ve ark. 1997). Bir grup hastada tiroid hormonları normal düzeylere geldikten sonra da mental belirtiler sürmekte ve psikiyatrik tedaviye devam edilmesi gerekmektedir. Bu hastalarda bu durumun hastalık öncesi eğilim ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (David AS ve ark. 2013, Gelder M, Gath D 1996, Brownlie BE ve ark. 2000).

Psikoz hipertiroidizm ile nadiren ilişkilidir. Yeni Zelanda'da yapılan tirotoksik psikoz hakkındaki bir çalışmada güncel uygulamada tirotoksikoz hastalarının yaklaşık %1'inin ilk olarak major bir psikiyatrik hastalık tanısı aldığı bildirilmiştir (David AS ve ark. 2013, Brownlie BE ve ark. 2000). Hipertiroidizm özgün bir psikoz tipiyle ilişkili değildir ama genellikle hipertiroidizmin genellikle kendine özgü bir renk kattığı düşünülür. Semptomatolojiye manik bir bileşen eşlik edebilir ve depresyon varlığında da ajitasyon tabloya hakimdir (David AS ve ark. 2013).

Psikolojik değişikliklerin kesin etiyojisi tam anlaşılamamıştır. Yapısal yatkınlığın şiddetli duygudurum bozuklukları ya da şizofreniyi açıkladığı öne sürülmüştür (David AS ve ark. 2013). Psikoz metabolik bozulmadan kaynaklanabilir. Bu iki durum sadece basit bir birliktelik gösteriyor olabilir ama bunların paralel bir seyir göstermesi çok sıklıkla nedensel bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (David AS ve ark. 2013).

Tirotoksikoz ile ilişkili psikoz olarak değerlendirilen 18 olguyu içeren bir çalışmada; 7 olgu depresyon, 7 olgu mani, 2 olgu şizofreniform bozukluk, 1 olgu paranoid bozukluk, 1 olgu deliryum tanısı almıştır. Hepsi antitiroid ve antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmiş, paranoid bozukluk olan 1 olguda belirtiler 11 yıl sürmüş, EKT faydalı bir tedavi yöntemi olarak önerilmiştir ( Brownlie BE ve ark. 2000).

Bu olguda da hastanın şizofreniyle uyumlu olmayan oryantasyon bozukluğu, antipsikotik tedavilere direnç, TFT bozukluğu (daha önceki yatıştan beri süregelen) organik zemini akla getirmektedir. Hastanın radyoaktif iyot tedavisine verdiği dramatik yanıt tirotoksikoza bağlı psikoza kanıtlar niteliktedir.

Sonuç olarak psikoz ve hipertiroidizmin ilişkili olabileceği bilindiğinden tüm psikoz vakalarında ilk değerlendirmede rutin TFT incelemesi yapılmalı ve gereken tedavi düzenlenmelidir. Özellikle antipsikotiklere dirençli, dalgalı seyir gösteren ve atipik seyirli vakalarda TFT normal gelse dahi tiroid otoantikörlerinin da düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hipertiroidi ile ilişkin klinik tablonun hızlı düzeltilmeye çalışılması

dalgalanmayı arttırabileceğinden takibinin dikkatli yapılması ve endokrinoloji ile beraber izlemin yürütülmesi önem arz etmektedir.

#### Kaynaklar

Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW ve ark (2000) Psychoses associated with thyrotoxicosis-"thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases with statistical analysis of incidence. European Journal of Endocrinology, 142:438-444.

David A.S., Fleming S., Kopelman MD, Lovestone S., Mellers JDC (2013) Lishman Organik Psikiyatri Nöropsikiyatri Ders Kitabı. İng. Çev. Yağcıoğlu AEA ve ark. Ankara: Pelikan Yayıncılık, 4:632-635

Gagliardi JP, Clary GL. Treatment of Thyrotoxicosis – Induced Psychosis. Psychopharmacology. Bulletin. 2002;36:7–13

Gelder M, Gath D (1996) Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 3: 403.

Hendrix VC, Garrick TR (2000) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (eds) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 7:1808-1812.

Irwin R, Ellis PM, Delahunt J (1997) Psychosis following acute alteration of thyroid status. Aust N Z J Psychiatry, 31(5): 762-4.

Jadresic DP (1990) Psychiatric aspects of hyperthyroidism. J Psychosom Res; 34(6): 603-15.

Marian G, Nica AE, Lonescu BE, Ghinea D. (2009) J Med Life. 2009 Nov 15; 2(4): 440–442

Steinberg PI (1994)A case of paranoid disorder associated with hyperthyroidism.Can J Psychiatry, 39(3): 153-6