

Subklinik hipotiroidinin eşlik ettiği bir periyodik katatoni olgusu

Cem ŞENGÜL,¹ Nesrin DİLBAZ,² İhsan ÜSTÜN,³ Ceyhan BALCI ŞENGÜL,¹ Tuncer OKAY⁴

ÖZET

Tiroid hormon bozuklukları psikiyatrik bozukluklara en sık eşlik eden hastalıklardan biridir. Anksiyete bozukluklarında, major depresyonda ve birçok başka psikiyatrik bozuklukta farklı tiroid hormon düzeyleri saptanmıştır. Tiroid bozukluklarına bağlı katatoni nadir bir durumdur. Katatonin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, birçok farklı organik bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Literatürde enfeksiyon hastalıklarına, kafa travmasına, epilepsiye, metabolik hastalıklara ve ilaçlara bağlı ortaya çıkan katatoni olguları bildirilmiştir. Ayrıca katatoni, periyodisite ve tiroid hormon düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren olgu sunumları da vardır. Bu ilişki tam olarak açık olmamakla birlikte, bazı hastalar tedaviye tiroid hormonu eklenmesinden ciddi fayda görmüşlerdir. Biz üçüncü kez katatoni tanısı ile hastaneye yatırıldığında subklinik hipotiroidi saptanan bir olguyu sunduk. Hastanın katatoni tablosu elektrokonvulsif terapi ile düzeldi, ardından endokrinolojinin önerisi ile levotiroksin eklendi. Hastanın sadece katatonik belirtileri düzelmekle kalmadı, daha önceki tedavi dönemleri arasında olan residüel belirtileri de düzeldi. Klinisyenler psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilen tiroid hastalıklarını göz önünde bulundururken aynı anda subklinik durumlar da akılda tutmalıdır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:57-59)

Anahtar sözcükler: Periyodik katatoni, subklinik hipotiroidizm, tedavi, ek tanı

A case of periodic catatonia accompanied with subclinical hypothyroidism

ABSTRACT

Thyroid disorders are one of the most common disorder accompanying psychiatric disorders. Different thyroid hormone levels were detected in anxiety disorders, major depression and many other psychiatric disorders. Catatonia due to thyroid disorders is a rarely reported condition. The exact etiology of catatonia is unknown but it can be seen due to many organic pathologies. Catatonia due to infection, head trauma, metabolic disorders, epilepsy and drugs were reported in the literature. There were also case reports about association of catatonia, periodicity and serum thyroid hormone levels. This association was not clear but some cases had serious improvements after addition of thyroid hormone to treatment. We present a case of periodic catatonia that was diagnosed as sub clinical hypothyroidism in her third hospitalization because of catatonia. She recovered from catatonia with electro convulsive therapy. Levothyroxin was added to patient's therapy after endocrine consultation. Not only have the catatonic features also the residual symptoms of patient improved from thyroid hormone replacement. Clinicians should not only consider about clinical thyroid disorders but also consider about sub clinical states. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:57-59)

Key words: Periodic catatonia, subclinical hypothyroidism, treatment, comorbidity

¹ Arş.Gör.Dr., ² Doç.Dr., ⁴ Uzm.Dr., Ankara Numune Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği, ANKARA

³ Arş.Gör.Dr., Ankara Numune Hastanesi Endokrinoloji Kliniği, ANKARA

Yazışma Adresi: Dr. Cem ŞENGÜL, Ankara Numune Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği, Samanpazarı/ANKARA

E-posta: acemsen@hotmail.com

GİRİŞ

Katatoni ilk kez Karl Ludwig Kahlbaum tarafından 1874 yılında tanımlanan, psikiyatrik, nörolojik ve sistemik hastalıklar ile birlikte ortaya çıkabilen motor belirtilerin ön planda olduğu bir sendromdur. Psikiyatri kiniklerinde katatoni sıklığı %7-20 arasındadır. Günümüzde yapılan çalışmalar katatoninin en sık duygudurum bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıktığını göstermiştir.¹

DSM-IV'te ise katatoni şizofrenin bir alt tipi olarak, duygudurum bozukluklarına ve genel tıbbi duruma bağlı olmak üzere üç yerde sınıflandırılmıştır. Fink ve Taylor ise 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) çeşitli ilaç etkisine bağlı olarak ortaya çıkabilir.³

Psikiyatrik bozukluklar endokrin hastalıklardan özellikle tiroid hastalıklarına bağlı olarak klinikte sıkça karşımıza çıkmaktadır. Bunlar arasında en yaygın olanları depresyon, mani olmak üzere akut psikoz, paranoya ve deliryumdur. Nadir olmakla beraber, tiroid hastalıklarına bağlı katatoni tablosu görülebilmektedir.⁴⁻⁶

Subklinik hipotiroidiye bağlı olarak depresyon, subklinik hipertiroidiye bağlı olarak irritabilite ve sinirlilik bildirilmiştir. Hendrik ve arkadaşları çok küçük tiroid işlev bozukluklarının bile duygudurum ve bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olabileceğini bildirmiştir.^{7,8} Panik bozukluğu, alkol bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu da subklinik hipotiroidi ile ilişkili bulunmuştur.⁹

Bu yazıda daha önce iki kez katatoni tablosu ile psikiyatri kliniğinde tedavi görmüş, üçüncü kez yine katatoni belirtileri ile başvuran ve yatışında subklinik hipotiroidi saptanan bir periyodik katatoni olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

M.D., 37 yaşında kadın, evli, üç çocuk annesi, Çorum'un bir köyünden başvuruyor. Hastanın başvuru yakınması son yatışından 15 gün önce başlayan ve zaman ile şiddetlenen konuşma, yeme-içme ve

hareket kaybıydı. Hasta kliniğimize geldiğinde kas-katı bir haldeydi; ne konuşabiliyor, ne de yiyip-içebiliyordu. Benzer belirtilerle daha önce iki kez katatoni tanısı konarak tedavi görmüştü. Hastaya daha önceki yatışlarında elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanmış, her ikisinde de beşinci EKT'den sonra belirgin bir düzelme gözlenmişti. Hasta taburcu olurken amitriptilin ve haloperidol önerilmiş, fakat hasta her iki yatışından sonra da bu ilaçları ya hiç kullanmamış, ya da çok az kullanmıştı. Bu yatışlarından ilki on yıl önce, ikincisi ise dört yıl önceydi. Aradaki dönemlerde iyi olmakla birlikte, psikomotor zayıflık ve yüz mimiklerinde belirgin azalma gibi rezidüel katatoni belirtileri vardı.

Hasta kliniğimize yatırıldığında mutizmi, rijiditesi, balmumu esnekliği ve idrar inkontinansı vardı. Fizik muayenesinde tiroid bezi grade-2 diffüz olarak ele geliyordu ve bunun dışında fizik muayene bulguları normaldi. Hasta yemeyi-içmeyi reddettiği için, damardan sıvı verilip hızla organik tetkikleri istendi. Yapılan tetkiklerden hemogram, rutin biyokimya, ANA ve Anti-DNA gibi serolojik testlerde, EEG, kranial tomografi ve MRI'da herhangi bir patoloji saptanmadı, hastanın yaşamsal belirtileri normaldi. Hastanın tiroid fonksiyon testleri sonuçları şöyleydi: TSH=10 µIU/ml (0.35-4), T3=1.55 pg/ml (1.8-4.6), T4=0.85 ng/dl (0.9-1.7) idi. Ultrasonografide tiroid bezinin boyutları normalden büyük olarak saptandı, endokrinoloji konsültasyonu sonucunda subklinik hipotiroidi tanısı kondu. Hastaya levotiroksin 0.5mg/gün başlandı ve 2 hafta içerisinde doz 1 mg/gün'e çıkarıldı. Katatoni tablosu için EKT uygulanmasına karar verildi. Hasta üçüncü EKT'den sonra konuşmaya ve yemeye-içmeye başladı. Ayrıca rijiditesi belirgin olarak azalmıştı. Yedi kez EKT uygulandı. Son değerlendirmede hafif depresif belirtiler dışında herhangi bir psikotik tablo gözlenmedi. Hastaya bir psikiyatrik ilaç başlanmayıp kısa süreli takip önerisi ile tabucu edildi. Taburcu olduktan bir ay sonra kontrole gelen hasta normal işlevselliğine dönmüştü ve ruhsal muayenesi normaldi. Hastanın tiroid işlev testleri normal sınırlardaydı, psikiyatri ve endokrinoloji kliniklerince izlemeye alındı. Hasta son iki yılda herhangi bir psikiyatrik ve endokrinolojik problem ile karşılaşmadı.

TARTIŞMA

Katatoni; katalepsi, balmumu esnekliği, stupor, postur alma, stereotipi, mannerizm, grimas, eko-

praksi gibi amaçsız motor bozukluklar; negativizm, mutizm, ekolali gibi belirtilerle giden; nöropatoloji ve nörokimyası tam olarak bilinmeyen; psikiyatrik bozukluklar, MSS enfeksiyonları, metabolik, endokrin bozukluklar, kafa travmaları, kafa içi patolojiler, SLE ve benzeri sistemik hastalıklarla ortaya çıkabilen bir sendromdur.^{1,2} Katotoninin letal, periyodik, malign katotoni gibi tipleri tanımlanmıştır.¹⁰ Periyodik katotonide periyodik olarak stupor ve eksitasyon tabloları ortaya çıkar, ara dönemlerin normaldir. Periyodik ataklar genelde minimal hasar bırakarak düzelmektedir.¹⁰

Üç kez katotoni belirtisi ve tanısıyla yatırılarak tedavi edilen, ara dönemlerde hafif düzeyde psikomotor yavaşlama dışında belirtisi olmayan ve tamamen eski işlevsellik düzeyine ulaşan hastaya periyodik katotoni tanısı konmuştur. Buna eşlik eden subklinik hipotiroidi üçüncü yatışında saptanmıştır.

Genel tıbbi duruma bağlı katotoni çok sayıda hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Literatürde enfeksiyondan, ADEM gibi birçok nörolojik hastalığa, endokrin hastalıklardan metabolik hastalıklara kadar birçok etkene bağlı olarak ortaya çıkabildiği belirtilmektedir.¹¹⁻¹³ Bildiğimiz kadarı ile

subklinik hipotiroidinin eşlik ettiği katotoni yoktur.

Periyodik katotoni tedavisinde EKT genel olarak etkilidir, fakat bir sonraki atağın ortaya çıkmasını engelleyememektedir. Nitekim bizim hastamız da ara dönemlerde tama yakın iyileşmeyle birlikte, tekrar katotoni tablosu gelişmişti. Periyodisiteyi engellemek için ise, tiroid hormonundan rezepine, biperidenden lityuma kadar birçok ilaç denenmiştir.^{6,14} Hastamızda tiroid hormon replasmanı sonucunda daha önceki taburculuklarından sonra süren psikomotor yavaşlık, yüz mimiklerinde azalma gibi rezidüel katatonik belirtiler iki yıllık izlemde görülmemiştir. Bu da, daha önceki katotoni dönemleri arasındaki rezidüel belirtilerin hipotiroidi ile ilişkili olabileceğini düşündürdü.

Tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, katotonide de tiroid muayenesi mutlaka yapılmalı ve muayeneye göre gerekirse tiroid işlev testleri ve diğer görüntüleme testleri istenmelidir. Genelde açık tirotoksikoz ve hipotiroidi gibi tablolarla başvuran hastalara daha kolay tanı koyulmakla birlikte, hastamızda olduğu gibi subklinik hipotiroidi olguları atlanabilmektedir. Bu nedenle subklinik tablolar da akılda bulundurulmalı ve gerekirse hemen hormon replasmanına başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1233-1241.
2. Fink M, Taylor MA. The many varieties of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(Suppl.1):I8-13.
3. Madan R, Lantz MS. Catatonia in late-life: the importance of recognizing an uncommon syndrome. *Clin Geriatr* 2003; 11:26-28.
4. Kathol RG, Turner R, Delahunt J. Depression and anxiety associated with hyperthyroidism: response to antithyroid therapy. *Psychosomatics* 1986; 27:501-505.
5. Brownline BE, Rae AM, Walshe WB, Wells JE. Psychoses associated with thyrotoxicosis 'thyrotoxico-psychosis.' A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol* 2000; 142:438-444.
6. Komori T, Nomaguchi M, Kodama S, Takigawa M, Nomura J. Thyroid hormone and reserpine abolished periods of periodic catatonia: a case report. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:155-156.
7. Gönen MS, Kısakol G, Çilli AS. Assessment of anxiety in subclinical thyroid disorders. *Endocrine J* 2004; 51:311-315.
8. Hendrik V, Altshuler L, Whybrow P. Psychoneuroendocrinology of mood disorders: the hypothalamic pituitary thyroid axis. *Psychiatry Clin North Am* 1998; 21:277-292.
9. Pies R. The diagnostic and treatment of subclinical hypothyroid states in depressed patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:344-355.
10. Pfulhulman B, Schroeder G. The different concepts of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251:14-17.
11. Balcı Şengül C, Şengül C, Okay T, Dilbaz N. Katatonik belirtilerle başvuran bir ADEM olgusu sunumu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2003 40:81-84.
12. Pfister HW, Preac-Mursic V, Wilske B, Rieder G, Forderreuther S, Schmidt S ve ark. Catatonic syndrome in acute severe encephalitis due to *Borrelia burgdorferi* infection. *Neurology* 1993; 43:433-435.
13. Wilcox JA, Nasrallah HA. Organic factors in catatonia. *Br J Psychiatry* 1986; 149:782-784.
14. Ungvari GS, Kau LS, Keomg TW, Shung NF. The pharmacological treatment of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251:31-34.