

Episode Psychotique Aigue Secondaire A Une Hypothyroïdie : A Propos D'un Cas

Acute Psychotic Episode Secondary To Hypothyroidism: About A Case

Ravonirina Eric ALSON¹ Evah Norotiana RAOABELLE², Ludger Jockman RAZAFILISY³, Adeline RAHARIVELO⁴, Bertille Hortense RAJAONARISON⁵

^{1,3,4} Unité de soins de Formation et de Recherche en Psychiatrie CHU Befelatanana , Antananrivo (101),
Madagascar

^{2,5} Service de santé mentale, CHUSSPA Anakely, Antananarivo (101), Madagascar



Abstract – The occurrence of mental holes during dysthyroidism (hypothyroidism and hyperthyroidism) has been known for a long time, in particular mood disorders while psychotic disorders are rarely described. This we report this case of patient presenting a psychotic disorder (first episode) secondary to hypothyroidism after a thyroidectomy. This observation reminds us of the importance of always eliminating the organic (including hypothyroidism) of a psychiatric disorder , especially the first episode in an elderly person.

Keywords – Psychotic Episode, Hypothyroidism , Without Psychiatric History , Elderly Subject.

Résumé – La survenue des troubles psychiatriques au cours d'une hypothyroïdie est assez fréquente en particulier le syndrome dépressif, les troubles psychotiques sont peu fréquents en revanche. L'étude suivante nous rapporte le cas d'un homme âgé de 63 ans sans antécédent psychiatrique présentant une hypothyroïdie se manifestant par un épisode psychotique. Cette observation nous rappelle l'importance de toujours éliminer l'origine organique d'un trouble psychiatrique surtout en cas premier épisode chez un sujet âgé.

Mots clés – Episode Psychotique, Hypothyroïdie, Sans Antécédents Psychiatriques , Sujet Agée.

I. INTRODUCTION

Les manifestations psychiatriques font partie du tableau clinique de l'hypothyroïdie, elles sont dominées par les syndromes dépressifs dans la majorité des cas [1,2], les troubles psychotiques sont peu fréquents mais leurs liens avec l'hypothyroïdie est pourtant connu depuis bien longtemps [3]. Si ces manifestations psychiatriques sont au premier plan, elle peut conduire à des erreurs diagnostique et thérapeutique. D'où l'intérêt de la présente étude qui rapport le cas d'un patient présentant une hypothyroïdie qui est révélée par un épisode psychotique aigue.

II. PATIENT(S) ET OBSERVATION(S)

Un homme de 63 ans, père de 3 enfants, référé par un médecin de ville dans le service de psychiatrie pour suite de prise en charge d'un trouble de comportement à type d'agitation psychomotrice. L'interrogatoire de son entourage a révélé un changement brusque de son comportement une semaine avant son admission, associant insomnie totale, agressivité verbale et physique ainsi que des propos incohérents, la famille rapporte aussi une prise de poids non chiffrée. A l'entretien, le patient présente une légère agitation psychomotrice , le contact est difficile avec des propos délirants à mécanismes imaginatif et interprétatif, thème de

mégélanie et de persécution , mal systématisé , l'adhésion est totale , avec une forte participation thymique « il disait qu'il aurait bénéficié d'un traitement expérimental qui lui aurait conféré des capacités intellectuelles hors norme et qu'il aurait le pouvoir de soigner les autres et c'est pour ça qu'il aurait beaucoup d'ennemis », il n'y avait pas d'élément confusionnel décelé lors l' entretien.

Notons qu'il n'a pas d'antécédent psychiatrique connu ni familial ni personnel, mais dans son antécédent médical on note une thyroïdectomie totale en 2017 et il est actuellement sous LEVOTHYROXINE comprimé à raison de 125 microgrammes par jour.

L'examen clinique à l'admission a trouvé une tension artérielle à 120 / 80 mmHg, fréquence cardiaque à 70 battements par minute, saturation en oxygène à 97%, il n'y avait pas de signes en faveur d'une déshydratation, l'examen des autres appareils n'a pas objectivé d'anomalie.

Le bilan thyroïdien a révélé une TSH élevée à 26,2 mUI/ml, T4 effondrée à 2 pmol/l. Les autres bilans biologiques (NFS, CRP, ionogramme sanguin, bilan rénal...) sont normaux. Le scanner cérébral n'a pas objectivé d'anomalie.

Au total, il s'agit d'un homme de 63 ans sans antécédent psychiatrique, présentant un premier épisode psychotique, avec un antécédent de thyroïdectomie totale en 2017 sous LEVOTHYROXINE, l'examen biologique a trouvé une TSH élevée à 26,2 mUI/ml.

Le patient est mis sous antipsychotique atypique ZYPREXA à 10 mg par jour en 2 prises et la posologie du LEVOTHYROXINE est augmentée à 175 microgrammes/ jour d'après l'avis des endocrinologues. L'évolution est marquée par l'atténuation des symptômes délirants au bout de 7 jours de traitement, le suivi en ambulatoire est caractérisé par une normalisation des bilans thyroïdiens et disparition des symptômes psychotiques.

III. DISCUSSION

La survenue d'un premier épisode psychotique chez une personne âgée (>50 ans) sans antécédents psychiatriques est rare [4]. A partir de cet âge l'origine psychiatrique d'un tel trouble est peu fréquente de l'ordre de 40 % [5]. Ainsi, il est primordial d'éliminer en premier lieu les éventuels causes organiques qui sont nombreuses et peuvent mettre en jeu le pronostic vital: endocriniennes (Hypothyroïdie, hypo- et hyperparathyroïdie, maladie d'Addison Maladie de Cushing, panhypopituitarisme, dyscalcémie, hypomagnésémie) métaboliques (avitaminose , maladie de Wilson ...), infectieuses (syphilis tertiaire ,neuropaludisme , tuberculose, maladie de Lyme, neurocysticercose...), inflammatoire et systémique (lupus érythémateux aigue disséminé , sclérose en plaque, maladie de Horton, neurosarcoïdose) , neurologiques (épilepsie , accident vasculaire cérébrale , maladie de parkinson, Maladie d' Alzheimer, ...) toxiques [6].

Certains éléments cliniques peuvent orienter vers une possible origine organique d'un épisode psychotique tel que le début tardif, l'absence d'antécédent psychiatrique que ce soit personnel ou familial, l'absence de personnalité pré morbide, l'existence d'une pathologie organique bien identifiée et documentée comme étant à l'origine du trouble [6]. Ce n'est qu'après avoir écarté toutes ces pathologies que l'origine psychiatrique est évoquée. Dans ce cas trois pathologies psychiatriques peuvent être évoquer, la schizophrénie d'apparition tardive, psychose hallucinatoire chronique et délire paranoïaque. [4]

Pour la présente étude, il s'agit d'un homme de 63 ans, sans antécédent psychiatrique connu, présentant une psychose aigue d'apparition brutale. Sur le plan somatique, il est sous LEVOTHYROX à la suite d'une thyroïdectomie, l'examen biologique révèle une hypothyroïdie. Ainsi, cet épisode psychotique est mis en lien avec l'hypothyroïdie.

Le lien entre hypothyroïdie est psychose est connu depuis longtemps, la « committee of myxedema of the clinical society of London » a fait le lien entre psychose et hypothyroïdie en 1888, sur 109 patients atteints d'hypothyroïdie près de la moitié de ses patients ont présentés des troubles psychotiques. En 1949, Asher R, un endocrinologue britannique a inventé le terme « folie myxœdème » pour désigner les troubles psychotiques secondaire à une hypothyroïdie.[2]

De manière générale l'hypothyroïdie se manifeste par un syndrome dépressif [2]. Les troubles psychotiques sont assez rares, sur 45 patients présentant de l'hypothyroïdie seulement 2,8 % ont présentés un trouble psychotique [7].

Le diagnostic de l'hypothyroïdie repose essentiellement sur le dosage des hormones thyroïdiennes le TSH et le T4 libre. Mais certains moyens de diagnostic sont mentionnés dans les littératures comme le TEP (tomographie par émissions de position) qui peut montrer une diminution généralisée du flux sanguin cérébral et du métabolisme du glucose cérébrale [2], le TEMPS

(Tomographie par émission monophotonique) objective aussi une hypoperfusion cérébrale diffuse qui se normalise après disparition des symptômes [8, 9].

La prise en charge repose sur l'association d'un traitement hormonal substitutif et neuroleptique. Cette association permet d'avoir une régression plus rapide des symptômes psychotiques [10].

Il est préférable d'utiliser des neuroleptiques de seconde génération en raison de leurs bonnes tolérances [11]. L'arrêt des traitements psychotropes peut-être envisagé une fois les bilans thyroïdiens stabilisés et les symptômes psychotiques stabilisés aussi. A savoir que les symptômes psychiatriques persistent plus longtemps que les symptômes somatiques, il est estimé qu'environ 10 % des patients peuvent présenter des symptômes psychiatriques résiduels, qui justifie la prescription d'antipsychotique au long cours [4].

IV. CONCLUSION

Ce cas clinique nous rappelle la complexité des pathologies psychiatriques car elles peuvent révéler des pathologies organiques dont les dysthyroïdies, notamment chez une personne âgée sans antécédent psychiatrique connu. D'où l'importance d'effectuer un bon examen clinique aidé par des examens complémentaires.

REFERENCES

- [1] Logothetis J. Psychotic behavior as the initial indicator of adult myxedema. *J.Nerv.Ment.Dis.* 1963;136(6):561-568.
- [2] Heinrich TW, Grahm G. Hypothyroidism presenting as psychosis: myxedema madness revisited. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2003; 5 (6) :260-6
- [3] Asher R. Myxedematous madness. *BMJ.* 1949;2(4627) :555-62
- [4] Kohl S, Lutchaya M, Ray P. Psychotic Disorders Caused by Deep Hypothyroidism. *Ann.Fr.Urgence.* 2019; 9(4):242-244
- [5] Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2015 ; 17(2) : 1-13
- [6] Danion C, Domenech P, Demily C, Franck N. Symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte. *EMC- Psychiatrie.* 2007 ;4(4) :1-9
- [7] Belhadjsalah W, Chatti S, Mhalla A, et al. Comorbidité psychiatrique de l'hypothyroïdie. *Ann Endocrinol.* 2014 ; 75(5-6):510
- [8] Constant EL, DeVolder AG, and Ivanoiu A. et al. Cerebral blood flow and glucose metabolism in hypothyroidism: a positron emission tomography study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(6):3864–3870
- [9] Kinuya S, Michigishi T, and Tonami N. et al. Reversible cerebral hypoperfusion observed with Tc-99m HMPAO SPECT in reversible dementia caused by hypothyroidism. *Clin Nucl Med.* 1999; 24(9):666–668.
- [10] Hynicka LM (2015) Myxedema madness: a case for short-term antipsychotics? *Ann Pharmacother* 49(5):607–8
- [11] Beach SR, Celano CM, Noseworthy PA, et al. QTc prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications. *Psychosomatics.* 2013 ;54(1) 54:1–13.