



RESEARCH ARTICLE

TROUBLES PSYCHIQUES REVELANT UNE HYPOTHYROIDIE PROFONDE: À PROPOS D'UN CAS

EL Haid Yousra¹, Ezzahhar Ghizlane¹, Adali Imane² and Manoudi Fatiha²

1. Equipe de Recherche Pour la Santé Mentale.
2. Service Universitaire Psychiatrique Hôpital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI, Marrakech.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 September 2023

Final Accepted: 14 October 2023

Published: November 2023

Key words:-

Psychose, Hypothyroïdie Profonde,
Cas clinique, Troubles Psychiques,
Traitement

Abstract

L'hypothyroïdie est un déficit en hormones thyroïdiennes. Les symptômes comprennent une intolérance au froid, une fatigue et une prise de poids. Les signes peuvent comprendre un aspect typique du visage, une lenteur de la parole qui est rauque et une peau sèche. Le diagnostic est fait par les tests des fonctions thyroïdiennes. La prise en charge comprend l'administration de thyroxine. Les troubles psychiques au cours de l'hypothyroïdie sont classiquement caractérisés par un syndrome anxio-dépressif. Les états confusionnels et les psychoses sont très rares. Les troubles psychiques dominent parfois le tableau clinique et rendent le diagnostic positif très difficile. Le cas clinique rapporté est celui d'une personne prise en charge aux urgences psychiatriques pour un état délirant aigu révélant une dysthyroïdie profonde.

Copy Right, IJAR, 2023., All rights reserved.

Introduction:-

Les manifestations psychiatriques font partie du tableau clinique de l'hypothyroïdie et sont classiquement caractérisées par un syndrome anxieux et/ou dépressif. Elles sont associées à des troubles somatiques qui dominent la scène clinique et conduisent à suspecter le diagnostic. Les troubles psychotiques au cours de l'hypothyroïdie sont connus depuis de nombreuses années [1,2] mais rarement décrits. Ils apparaissent parfois au premier plan et rendent alors le diagnostic difficile.

Patient et Observation:-

Une femme de 66 ans, sans antécédent psychiatrique connu, mariée et mère de 07 enfants, est adressée aux urgences par un médecin généraliste pour une prise en charge d'un état délirant aigu. Elle est accompagnée par sa fille qui rapporte une rupture de l'état antérieur avec repli sur soi et apparition de plusieurs types de délire qui évoluent depuis environ deux mois. L'interrogatoire de sa fille retrouve une rupture des relations socio-familiales puis l'apparition récente de propos délirants sans notion de consultation ou de diagnostic psychiatrique récent. À l'arrivée aux urgences, la patiente présente une agitation importante nécessitant un traitement sédatif à base d'une injection du valium 10mg en IM, l'examen général de la patiente révèle une pression artérielle à 130/84 mmHg, une fréquence cardiaque à 62 battements/minute et une saturation en air ambiant à 97 %. L'examen clinique est refusé par la patiente. L'entretien psychiatrique retrouve une femme asthénique avec une bizarrerie du contact, sans signe de confusion mentale. Elle verbalise des propos délirants dont l'adhésion est totale, de mécanismes interprétatif et intuitif, dont la thématique est polymorphe, à type de filiation (« ma fille n'est pas ma fille, car sa mère est appelée soumia », et de persécution (« mes voisins me détestent et me calomnient car je reste seul à la maison », un délire d'ensorcellement envers les siens. Il n'est pas retrouvé d'élément en faveur de mécanisme hallucinatoire, et la

patiente ne présente pas de désorganisation de la pensée, ni d'idées suicidaires ni homicidaires. Cependant la thymie est neutre. Par ailleurs la patiente ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux connus. L'analyse d'un ancien bilan médical de la patiente révèle une hypothyroïdie profonde avec TSH très élevé à 102 mUI/ml, une FT4 est abaissée à 6 pmol/l, il y a trois ans suite à un bilan biologique réalisé lors d'une consultation de cardiologie. La patiente n'a pas été supplémentée en hormones thyroïdiennes, car elle avait été perdue de vue. Le bilan biologique fait aux urgences organiques ne montre pas d'anomalie ionique ou d'insuffisance rénale. Compte tenu des antécédents et de l'évaluation psychiatrique, un dosage de la TSH est réalisé avec un résultat élevé à 108 mUI/ml. La FT4 est abaissée à 5 pmol/l. Un scanner cérébral est réalisé et ne montre pas d'anomalie. Les troubles psychotiques aigus de cette patiente de 66 ans sans antécédent psychiatrique connu ont alors été attribués à une hypothyroïdie profonde justifiant une orientation au service d'endocrinologie où :

1. La supplémentation en hormones thyroïdiennes par lévothyroxine a été initiée à la posologie de 50 µg/j pendant trois jours puis augmentée à 75 µg/j.
2. Un traitement antipsychotique atypique par rispéridone instauré à 2 mg/j et augmenté progressivement jusqu'à 6 mg/j a été associé du fait de la sévérité du tableau psychiatrique.

L'examen clinique réalisé secondairement au cours de l'hospitalisation en endocrinologie a mis en évidence un goitre irrégulier et ferme ainsi qu'une peau pâle et infiltrée. La patiente a décrit une prise de poids rapide non chiffrée. Il n'y avait pas de notion de constipation, d'hypothermie/frilosité ou de somnolence excessive. L'échographie thyroïdienne a confirmé la présence du goitre (de structure hétérogène), et le dosage des anticorps anti-TPO était élevé à 243 UI/ml, permettant alors le diagnostic de thyroïdite de Hashimoto. L'évolution a été favorable avec une régression des signes physiques et une normalisation progressive du bilan thyroïdien (TSH à 2,25 mUI/l et FT4 à 15 pmol/l deux mois plus tard). Alors que les signes psychiatriques ont durés plus longtemps ce qui a justifié que la patiente a restée sous rispéridone à faible dose 2mg/j pendant environs un an.

Discussion:-

La survenue d'un délire chez une personne âgée de plus de 50 ans sans antécédent psychiatrique connu est rare. Les principaux tableaux psychiatriques à évoquer sur ce terrain après avoir recherché et éliminé un syndrome confusionnel et/ou des hallucinations visuelles (particulièrement évocateur d'une cause organique) sont une psychose hallucinatoire chronique, un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et un délire paranoïaque. Ces diagnostics sont peu probables dans notre cas devant l'absence d'hallucination et de désorganisation de la pensée, l'euthymie et le délire polymorphe. Les symptômes psychiatriques de la patiente peuvent être considérés comme l'expression d'une hypothyroïdie sévère. Une étude transversale portant sur 45 patients suivis pour une hypothyroïdie périphérique a retrouvé un trouble psychotique pour seulement 2,8 % des cas [6]. Lorsque les troubles psychotiques sont au premier plan, nous n'avons pas retrouvé d'étude comparant leur fréquence selon qu'ils sont en lien avec une hypo- ou une hyperthyroïdie. Le nombre de cas rapportés décrivant une dysthyroïdie révélée par une psychose est très faible et ne permet pas de déterminer une association privilégiée. Bien qu'établi [7], le lien entre ces troubles et la dysthyroïdie est encore mal compris. Plusieurs études évoquent l'action synergique des amines biogènes et des hormones thyroïdiennes impliquées dans de nombreux processus métaboliques qui auraient un rôle important dans la détermination de l'état psychiatrique [8]. En cas de forme neuropsychiatrique prédominante, l'hypothyroïdie peut être évoquée devant des signes cliniques qu'il convient de rechercher. Ils sont représentés essentiellement par un syndrome d'hypométabolisme (asthénie, somnolence, hypothermie, frilosité, constipation acquise, prise de poids pouvant contraster avec une anorexie), une atteinte cutanée et des phanères (peau pâle et sèche, dépilation, cheveux cassants) et un myxœdème cutanéomuqueux. L'agitation et le refus initial de l'examen clinique par la patiente n'avaient pas permis de les mettre en évidence lors de l'admission, mais certains de ces signes (prise de poids, peau pâle et infiltrée) ont été retrouvés secondairement au cours de l'hospitalisation au service d'endocrinologie. Aux urgences psychiatriques, c'est l'analyse du dossier médical, le terrain et l'entretien psychiatrique qui ont orienté vers une cause organique. Une fois le diagnostic confirmé par la biologie (TSH augmentée, FT4 abaissée), le traitement hormonal substitutif permet habituellement la régression des signes physiques et l'amélioration des signes psychiatriques, en particulier s'il est initié précocement. En présence de symptômes délirants, un traitement psychotrope est associé à la supplémentation en hormones thyroïdiennes. Il est démontré que cette association permet une régression plus rapide des troubles psychotiques [9]. Aussi celui-ci est parfois imposé en cas de mise en danger par le patient du fait de comportements inadaptés provoqués par le délire. On choisira préférentiellement les antipsychotiques atypiques, en raison de leur meilleure tolérance et de leur plus faible risque de dyskinésies tardives qu'ils entraînent au long cours (par exemple rispéridone : 2 mg/j, olanzapine : 7,5–10 mg/j ou aripiprazole : 5–10 mg/j).

L'olanzapine semble un traitement de choix du fait de son moindre risque sur le plan cardiologique [9–11], mais expose à une prise de poids importante. L'aripiprazole pourrait aussi être privilégié pour la même raison [11,12], mais nous n'avons pas retrouvé d'étude où il était associé à la lévothyroxine pour le traitement de troubles psychotiques en lien avec une hypothyroïdie. L'arrêt des traitements psychotropes pourra être envisagé une fois le bilan thyroïdien stabilisé et les symptômes psychiatriques contrôlés. Ces symptômes persistent bien souvent plus longtemps que les troubles somatiques [9]. Aussi, il est estimé dans la littérature que 10 % des patients présentent des symptômes neuropsychiatriques résiduels [5,13,14], justifiant alors une prescription d'antipsychotique au long cours.

Conclusion:-

En conclusion, cette observation rappelle qu'une symptomatologie délirante chez une personne de plus de 50 ans sans antécédent psychiatrique connu peut être le témoin d'une pathologie organique notamment thyroïdienne imposant la recherche de signes cliniques évocateurs et la réalisation d'un dosage de la TSH.

Références:-

1. Danion C, Domenech P, Demily C. EMC (elsevier masson SAS, Paris), Psychiatrie. 2007. symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte. 37-297-A-10
2. Heinrich TW, Grahm G (2003) Hypothyroidism presenting as psychosis: myxedema madness revisited. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 5:260–6
3. Logothetis J (1963) Psychotic behavior as the initial indicator of adult myxedema. *J Nerv Ment Dis* 6:561–8
4. Benros ME, Nielsen PR, Nordentoft M, Eaton WW, Dalton SO, Mortensen PB, et al. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for schizophrenia: a 30-year population-based register study. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1303–10.
5. Aarab C, Hammani Z, Aalouane R, et al (2016) Psychose aiguë secondaire à une dysthyroïdie : à propos de 2 cas. *PAMJ* 25:216
6. Belhadjsalah W, Chatti S, Mhalla A, et al (2014) Comorbidité psychiatrique de l'hypothyroïdie. *Ann Endocrinol (Paris)* 75:510
7. Samuels MH (2014) Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 21:377–83
8. Constant EL, de Volder AG, Ivanoiu A, et al (2001) Cerebral blood flow and glucose metabolism in hypothyroidism: a positron emission tomography study. *J Clin Endocrinol Metab* 86:3864–70
9. Hynicka LM (2015) Myxedema madness: a case for short-term antipsychotics? *Ann Pharmacother* 49:607–8
10. Shlykov MA, Rath S, Badger A, Winder GS (2016) 'Myxoedema madness' with Capgras syndrome and catatonic features responsive to combination olanzapine and levothyroxine. *BMJ Case Rep pii: bcr2016215957*
11. Beach SR, Celano CM, Noseworthy PA, et al (2013) QTc prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications. *Psychosomatics* 54:1–13.
12. Aronow WS, Shamliyan TA (2018) Effect of atypical antipsychotic drugs on QT interval in patients with mental disorders. *Ann Transl Med* 6:147
13. Duval F (2003) Endocrinologie et psychiatrie. *Encycl Med Chir, Psychiatrie*. Elsevier SAS Ed., Paris, 10:28
14. Shinichi U, Satoko T, Motoki F, et al (2015) Acute psychosis as an initial manifestation of hypothyroidism: a case report. *J Med Case Rep* 9:264.