

Les manifestations psychiatriques révélant une hyperthyroïdie au Centre Hospitalier Régional de Kaya: A propos de 2 cas

[Psychiatric manifestations revealing hyperthyroidism at the Regional Hospital of Kaya: About 2 cases]

N. Sawadogo¹, D. Nanema², D. Traore³, S.A. Ouermi⁴, A. Drave⁵, O. Guira⁷, and R.P. Kabore⁶

¹Service de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

²Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

³Service de Médecine interne, Hôpital du point G, Mali

⁴Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

⁵Service de Médecine, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

⁶Service de Médecine, Centre Hospitalier Régional de Kaya, Burkina Faso

⁷Service de Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Psychiatric manifestations may be a circumstance of discovery of hyperthyroidism, but may also contribute to delayed diagnosis. We report in this work, two clinical cases that confirm the richness of clinical manifestations and sometimes the delay to diagnosis in our socio-cultural context. These were two 52-year-old and 48-year-old patients with psychomotor agitation syndrome, severe anxiety, and delusional persecution syndrome, all of which occurred on goiter. In both cases, the thyroid assessment showed a collapsed TSH and elevated thyroid hormones, confirming the diagnosis of hyperthyroidism. The evolution was favorable under synthetic antithyroid and neuroleptics. Both patients subsequently benefited from subtotal thyroidectomy with simple operative follow-up. Multidisciplinary care, psychiatry and internal medicine were provided in both cases.

KEYWORDS: Hyperthyroidism, Transient Acute Psychotic Disorders, Regional Hospital Center of Kaya, Psychiatric manifestations, Kaya.

RÉSUMÉ: Les manifestations psychiatriques peuvent constituer une circonstance de découverte de l'hyperthyroïdie, mais peuvent également contribuer à retarder le diagnostic. Nous rapportons dans ce travail, deux cas cliniques qui confirment la richesse des manifestations cliniques et parfois le retard possible au diagnostic dans notre contexte socioculturel. Il s'agissait de deux patientes âgées de 52 ans et 48 ans ayant présenté un syndrome d'agitation psychomotrice, une angoisse très marquée et un syndrome délirant à thématique de persécution, le tout survenant sur un goitre. Le bilan thyroïdien réalisé a objectivé dans les deux cas, une TSH effondrée et des hormones thyroïdiennes élevées, confirmant le diagnostic d'hyperthyroïdie. L'évolution a été favorable sous antithyroïdiens de synthèse et neuroleptiques. Une prise en charge multidisciplinaire, psychiatrie et médecine interne a été assurée dans les deux cas.

MOTS-CLEFS: Hyperthyroïdie, Troubles psychotiques aigus transitoires, Centre Hospitalier Régional de Kaya, Manifestations psychiatriques, Kaya.

1 INTRODUCTION

L'hyperthyroïdie est une pathologie endocrinienne liée à l'excès d'hormones thyroïdiennes dans le sang et au niveau des tissus. Les hormones thyroïdiennes peuvent agir sur tous les tissus et organes en particulier sur le système nerveux. L'hyperthyroïdie est une pathologie relativement fréquente estimée entre 0,2 et 1,9 % [4].

La survenue de troubles mentaux au cours des pathologies endocriniennes est un fait établi depuis plus d'un siècle. Les traumatismes psychologiques peuvent avoir un rôle dans le déclenchement de certaines endocrinopathies, comme dans la maladie de Basedow [6]. L'association fréquente entre dysthyroïdies (hyper- et hypothyroïdies) et pathologies psychiatriques notamment thymiques (uni ou bipolaires) a conduit logiquement à l'hypothèse que les hormones thyroïdiennes pouvaient jouer un rôle dans la régulation de l'humeur, et donc être impliquées dans la physiopathologie des troubles affectifs [7]. Malgré la fréquence élevée des manifestations psychiatriques associées aux troubles endocriniens, beaucoup de cas sont sous-diagnostiqués voire diagnostiqués plusieurs années après, surtout dans notre contexte socio-culturel où les troubles mentaux ne se soignent pas à l'hôpital, par la médecine dite du « blanc ».

Les troubles mentaux peuvent être une circonstance de découverte d'une pathologie endocrinienne comme l'hyperthyroïdie. Le dépistage des troubles psychiatriques d'origine secondaire est une préoccupation cruciale pour le psychiatre [1], d'où la nécessité d'un examen somatique complet des patients et la réalisation d'un bilan minimal intégrant les hormones thyroïdiennes. Nous rapportons dans ce travail, deux cas d'hyperthyroïdie observés au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Kaya au Burkina Faso.

2 OBSERVATIONS

2.1 CAS 1

Il s'agissait d'une patiente âgée de 51 ans, femme au foyer, mère de quatre enfants, sans antécédents psychiatriques connus, ni médico-chirurgicaux connus, admise aux urgences médicales du CHR de Kaya pour agitation psychomotrice, anxiété et insomnie. Cette symptomatologie aurait débuté il y a trois jours marquée par l'apparition d'une anxiété associée à une insomnie suivie deux jours plus tard, d'une agitation psychomotrice avec accentuation de l'insomnie, une déambulation, une agressivité physique et verbale et passage à l'acte avec agression physique. Ce qui a motivé une consultation aux urgences médicales du CHR de Kaya.

A l'admission, la patiente présentait un état confuso-onirique avec une désorientation temporo-spatiale. Elle était très irritable avec un regard vide, lointain. Les propos étaient incohérents, avec un délire à thématique surtout de persécution, elle disait « ma fille veut me tuer ». Elle était couverte de sueur avec un désordre vestimentaire. L'activité motrice était excessive et désordonnée avec une stéréotypie gestuelle: elle se lève, fait quelques pas, s'assoit, se couche, se relève avec des gestes parfois imprécis. Les accompagnants ont signalé une hyperactivité similaire depuis 72 heures qui devenait de plus en plus prononcée.

L'examen physique a objectivé une tachycardie à 116 battements par minute, des tremblements fins des extrémités ; un goitre stade I, homogène, élastique, indolore et non vasculaire. Le reste de l'examen physique était sans particularité.

Le bilan thyroïdien a montré une thyroid stimulating hormone (TSH) ultra-sensible basse $< 0,005\mu\text{UI/ml}$ et les hormones thyroïdiennes élevées : Tétraiodotyrosine (FT4) = 38,66pmol/l et Tri-iodotyronine (FT3) = 12,92pmol/l.

Le diagnostic de troubles psychotiques aigus transitoires secondaires à une thyrotoxicose a été posé. La patiente a été donc hospitalisée dans le service de médecine interne et l'évolution a été favorable sous antithyroïdien de synthèse (carbimazole comprimés), bêta-bloquant (propranolol comprimés), neuroleptiques (chlorpromazine injectables puis comprimés, halopéridol comprimés) et le trihexyphénidyle. Au bout de deux semaines, la symptomatologie s'est amendée et la patiente a quitté l'hôpital après une évolution favorable. Elle a été suivie en ambulatoire et l'euthyroïdie a été obtenue au bout de trois mois de traitement. Douze mois plus tard, la patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie subtotale. Les suites opératoires étaient sans particularités.

2.2 CAS 2

Il s'agissait d'une patiente âgée de 48 ans, mariée et mère de six enfants, résidant dans la ville de Kaya. Elle a consulté au service de psychiatrie du CHR de Kaya pour insomnie, agitation psychomotrice et irritabilité. La patiente est sans antécédents psychiatriques personnels, ni médico-chirurgicaux, ni toxiques connus. Sa tante est suivie dans le même service pour psychose hallucinatoire chronique.

Le début remonterait à deux semaines par l'installation progressive d'une insomnie et d'un retrait des activités habituelles, ce tableau n'a pas fait l'objet d'une consultation dans un centre de santé. Une semaine après le début de cette symptomatologie, notre patiente a développé un tableau clinique fait d'une agitation de plus en plus intense, des propos incohérents et une aggravation de la symptomatologie initiale. La famille décida alors de la conduire en consultation au service de psychiatrie du CHR de Kaya.

L'examen psychiatrique a objectivé une angoisse très marquée et un syndrome délirant à thématique de persécution centré sur sa coépouse et son voisinage («ma coépouse veut me tuer et tuer mes enfants», «le voisinage est contre moi et me surveille...»). L'examen physique a objectivé un goitre stade II, multi-nodulaire, indolore et sans souffle. Un avis en médecine interne a été demandé, qui a noté en plus du goitre d'autres signes orientant vers une thyrotoxicose à savoir une perte pondérale évaluée à cinq kilogrammes en deux mois, une tachycardie, des palpitations, des tremblements fins et rapides des extrémités.

Le bilan thyroïdien a retrouvé un taux de TSH (thyroid stimulating hormone) effondré inférieur à 0,005 μ UI/ml avec des hormones thyroïdiennes (FT3 et FT4) élevées respectivement à FT4 = 48,33 pmol/l et FT3 = 16,24 pmol/l.

La prise en charge psychiatrique, à consister à la mise de la patiente sous chlorpromazine et diazépam injectables puis relai par voie orale.

Le diagnostic d'hyperthyroïdie sur goitre multi-nodulaire retenu, la patiente a été mise sous carbimazole 60 mg/jour et un bêta-bloquant. L'aide de la famille a permis une bonne observance thérapeutique. L'évolution a été favorable sous traitement antipsychotique et l'antithyroïdien de synthèse, avec amendement complet des signes au bout de trois mois de traitement. La patiente a ensuite bénéficié d'une thyroïdectomie subtotale.

3 DISCUSSION

La symptomatologie psychiatrique au cours de l'hyperthyroïdie est caractérisée dans la plupart du temps par un syndrome d'agitation psychomotrice, associé aux symptômes thymiques, une anxiété le plus souvent massive et une confusion plus ou moins prononcée [4], [6]. Dans nos deux cas ; la confusion, l'agitation psychomotrice et le délire ont orienté le premier diagnostic vers un trouble psychotique aigu et transitoire. Mais la présence d'un goitre associé aux autres éléments de l'examen somatique a nécessité un avis de médecine interne avec des examens complémentaires qui ont confirmé le diagnostic d'hyperthyroïdie.

Dans la littérature, la moyenne d'âge est de 52 ± 4 ans avec une prédominance féminine [1], [4]. Ce qui était le cas de nos deux patientes. Les troubles psychotiques se rencontrent plutôt en cas de poussées aiguës ou de phases terminales d'hyperthyroïdies [6]. Des facteurs déclenchant socioenvironnementaux et biologiques peuvent précipiter les manifestations psychiatriques. En effet nos deux patientes étaient en poussée aiguë d'une hyperthyroïdie probablement déclenchée par le décès de son conjoint dans le premier cas. La péri-ménopause étant également une période propice à la survenue de troubles psychiatriques notamment la dépression et les troubles psychotiques [8], pourrait expliquer la poussée aiguë dans notre deuxième cas. La relation entre troubles de l'humeur et dysthyroïdie est assez bien étudiée, ainsi que les manifestations psychotiques associées à une hyperthyroïdie [2]. Cette comorbidité explique les retards de consultation en psychiatrie dans le contexte socio-culturel Burkinabé, où la plupart du temps, la prise en charge des troubles psychiatriques commencent et se terminent chez le tradithérapeute. Le risque d'être hospitalisé pour diagnostics psychiatriques et d'être traités par des médicaments à visée psychiatrique est élevé avant le diagnostic formel de l'hyperthyroïdie selon la littérature [1], [7]. Ceci pouvant contribuer à retarder le diagnostic avec aussi le risque de traitement inapproprié. Un seul travail a étudié une série de 18 cas d'hyperthyroïdie associée à des troubles mentaux recrutés sur une période de 20 ans, afin d'en préciser l'association statistique [1]. Ce qui révèle la rareté de ce tableau clinique et l'originalité de notre étude. Quelques études menées sont arrivées à la conclusion de l'absence d'un tableau typique de troubles psychiatriques au cours de l'hyperthyroïdie, mais avec une nette prédominance de la symptomatologie maniaque et dépressive [5], [9].

La sévérité et l'ancienneté de l'hyperthyroïdie, le lien chronologique entre les troubles ainsi que l'évolution rapidement favorable des symptômes psychotiques sous traitement antithyroïdien sont les arguments en faveur de l'origine thyroïdienne de ces manifestations psychiatriques [5], [3]. Dans nos deux cas, l'évolution a été rapidement favorable sous antithyroïdien de synthèse, corroborant ainsi les données de la littérature. Les symptômes neuropsychiatriques régressent habituellement sous traitement antithyroïdien. Cependant, des manifestations psychiatriques nécessitant la prescription de neuroleptiques ont parfois été rapportées au cours de traitement de l'hyperthyroïdie [7], [10]. Ceci corrobore notre travail car la symptomatologie de nos deux patientes a nécessité la prescription de neuroleptiques avec une évolution favorable au bout de trois mois.

4 CONCLUSION

Les manifestations psychiatriques au cours de l'hyperthyroïdie sont fréquentes et peuvent contribuer à retarder le diagnostic et le traitement. Les liens possibles entre les psychoses aiguës et les affections thyroïdiennes doivent être bien connus.

Une prise en charge multidisciplinaire est préconisée devant cette symptomatologie complexe. L'état émotionnel et psychiatrique des patients surtout ceux porteurs de pathologie thyroïdienne devrait être pris en compte au cours de notre pratique clinique quotidienne.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la correction de fond et de forme de cet article.

Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

- [1] C. Aarab, Z. Hammani, R. Aalouane, M. Yassari and I. Rammouz, "Psychose aiguë secondaire à une dysthyroïdie: à propos de 2 cas", *Pan African Medical Journal*, Vol. 25, N°12, pp. 216-221, 2016.
- [2] R. Bunevicius and A.J. Prange, "Psychiatric Manifestations of Graves' Hyperthyroidism", *CNS Drugs*, Vol. 20, N°11, pp. 897-909, 2006.
- [3] S. Chatti, I. Marrag, W. Chebbi, M. Jmal, and al. , "Une psychose délirante relevant une maladie de Basedow", *Annales d'Endocrinologie*, Vol.74, N°4, pp.376-377, 2013.
- [4] C. Danion, P. Domenech, and C. Demily, "Symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie* ; 37-297-A-10 : 9p, 2007.
- [5] A. Dickerman, and J. Barnhill, "Abnormal thyroid function test in psychiatric patients : a red herring ?", *Am J Psychiatry*, Vol.169, pp. 127-133, 2012.
- [6] F. Duval, "Endocrinologie et psychiatrie", *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*; 37-640-A-10 : 28 p, 2003.
- [7] E. Jottrand and C. Lemy, "Pathologies endocriniennes et troubles psychiatriques", *RMC*, Vol.2, pp. 1-7, 2014.
- [8] D. Guillouzic, "Thyroïde et troubles de l'humeur", *Conférence Argos 2001*, pp. 1-8, 2010.
- [9] JF. Ludvigsson, K. Michaelsson, A. Ekblom, and SM. Montgomery, "Coeliac disease and risk of schizophrenia and other psychosis: a general population cohort study", *Scand J Gastroenterol*, Vol. 42, N°2, pp. 179-185, 2007.
- [10] K. Medhaffar, F. Mnif, A. Chaâbane, N. Charfi, and M. Abid, "Épisode confusionnel révélant une hyperthyroïdie: à propos d'un cas", *Annales d'Endocrinologie*, Vol.75, N°5, pp.500-506, 2014.