È un'agitazione psicomotoria da abuso di sostanze voluttuarie quella che vedo?!

SIMEU ID

0 5 1

Dr.ssa Ilenia Rizzo specializzanda in Medicina d'Emergenza e Urgenza di Udine, Dr.ssa Emanuela Barbano Dirigente Medico SOC Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale presidio ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia, Dr. Fabio Malalan Direttore SOC Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale presidio ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia

Durante il turno notturno viene condotto in PS un ragazzo di 18 anni. Allertamento box libero per stato di agitazione psicomotoria in assunzione di Zolpidem, Rivotril, Xanax, Quetiapina, MDMA e alcol (quantità non note). All'arrivo in PS GCS 3, trisma, rigor, clonie diffuse, sudorazione profusa. Anamnesi personale del paziente non disponibile.

Alla prima valutazione il paziente si presenta marezzato, cianotico, tachispnoico (FR 40, SpO2 incalcolabile), PA nei limiti, TC 41°C, tachicardico (FC 180bpm). Obiettivamente presenza di ronchi diffusi bilateralmente al torace. Neurologico non valutabile, pupille midriatiche. Assenza di rigor, Kernig e Brudzinski negativi non petecchie.

ECG: tachicardia sinusale FC 180. EFAST negativa

EGA: acidosi respiratoria severa, lattati 6.1, severa ipossia pO2 58, P/F 116

Cosa abbiamo fatto?

Si avvia il raffreddamento passivo e, una volta ottenuto l'accesso venoso, si somministra diazepam 13mg, paracetamolo 1gr e idratazione con soluzione fisiologica NaCl 0,9%.

Si tenta di correggere l'ipossia prima con l'ossigenoterapia tradizionale poi con la ventilazione pallone-maschera senza successo, pertanto si decide per l'intubazione orotracheale previa somministrazione di propofol 250mg e rocuronio 100mg. Contestualmente, nel sospetto di ipertermia maligna, viene somministrato anche dantrolene 1mg/kg con risoluzione delle clonie e dell'ipertermia in 10 minuti circa.

Sindrome serotoninergica o sindrome maligna da neurolettici? Cosa sappiamo dalla letteratura

Il caso clinico mette in diagnosi differenziale due patologie non particolarmente frequenti: la sindrome serotoninergica e la sindrome maligna da neurolettici. Entrambe le patologie sono caratterizzate da alterazione dello stato di coscienza, ipertermia fino a 41°C, rigidità muscolare ed aumento della CPK agli esami ematici. Per fare diagnosi differenziale è importante sapere l'insorgenza dei sintomi in quanto lo stato confusionale insorge con tempistiche diverse: circa 72 ore dopo l'assunzione di antagonisti della dopamina nella sindrome maligna da neurolettici ed entro 24 ore dall'assunzione di agenti serotoninergici nella sindrome serotoninergica. Inoltre, sarebbe utile avere un'anamnesi precisa del paziente, in quanto la sindrome maligna da neurolettici insorge in pazienti già in terapia con neurolettici e che i giorni precedenti l'evento ne hanno modificato il dosaggio. Quello che differenzia la sindrome serotoninergica dalla sindrome maligna da neurolettici, dal punto di vista dell'obiettività, sono le clonie, i disturbi gastrointestinali e la midriasi, presenti solo nella sindrome serotoninergica. Inoltre, permette di fare diagnosi differenziale, anche la risposta alla terapia. L'ipertermia della sindrome maligna da neurolettici risponde molto bene al dantrolene, con defervescenza nel giro di pochi minuti e risoluzione completa della sindrome in circa una settimana. La sindrome serotoninergica, invece, risponde bene alle benzodiazepine, al suo antidoto (la ciproptadina) e all'intubazione orotracheale che bloccano le clonie permettendo una risoluzione dell'ipertermia entro 24 ore.

pH(T)	↓ 7.12		[-- 7.35 7.45 --]
pCO ₂ (T)	↑ 69	mmHg	[-- 35 48 --]
pO ₂ (T)	↓ 67	mmHg	[-- 83 108 --]
Misurati (37.0°C)			
pH	↓ 7.15		[-- 7.35 7.45 --]
pCO ₂	↑ 63	mmHg	[-- 35 48 --]
pO ₂	↓ 58	mmHg	[-- 83 108 --]
Na ⁺	138	mmol/L	[-- 136 145 --]
K ⁺	↑ 5.5	mmol/L	[-- 3.5 5.1 --]
Cl ⁻	102	mmol/L	[-- 96 109 --]
Ca ⁺⁺	1.24	mmol/L	[-- 1.15 1.27 --]
Hct	50	%	[-- 35 51 --]
Glu	↑ 110	mg/dL	[-- 70 100 --]
Lac	↑ 6.1	mmol/L	[-- 0.0 1.7 --]
CO-Ossimetro			
thb	15.8	g/dL	[-- 12.0 18.0 --]
O ₂ Hb	↓ 77.7	%	[-- 95.0 98.0 --]
COHb	↑ 4.6	%	[-- 0.5 1.5 --]
Methb	0.3	%	[-- 0.0 1.5 --]
HHb	↑ 17.3	%	[-- 0.0 0.5 --]
sO ₂	↓ 81.8	%	[-- 94.0 98.0 --]
Derivati			
BE _{ecf}	↓ -7.0	mmol/L	[-- -0.2 3.0 --]
BE(B)	-8.2	mmol/L	[-- -- -- --]
Ca ⁺⁺ (7.4)	1.12	mmol/L	[-- -- -- --]
AG	20	mmol/L	[-- 10 20 --]
P/F Ratio	116	mmHg	[-- -- -- --]
HCO ₃ (c)	21.9	mmol/L	[-- 21.0 28.0 --]
HCO ₃ std	17.9	mmol/L	[-- -- -- --]
Hct(c)	47	%	[-- -- -- --]
mOsm	282.1	mmol/L	[-- -- -- --]
OI		incalc	[-- -- -- --]

Parametri	Sindrome serotoninergica	Sindrome maligna da neurolettici	Caratteristiche del nostro paziente
Alterato stato di coscienza	Si	Si	Si
Temperatura	Ipertermia	Ipertermia	Ipertermia
Rigidità	Si	Si	Si
Rialzo CPK	Si	Si	Si
Assunzione	Agenti serotoninergici	Antagonisti dopamina	Agenti serotoninergici + Antagonisti dopamina
Insorgenza e progressione	Rapida	Lenta	Rapida?
Clonie	Presenti	Assenti	Presenti
Pupille	Midriasi	Normali	Midriasi
Sintomi gastrointestinali	Si	No	/
Risposta al trattamento	Rapida entro 24 ore	Lenta, da pochi giorni a due settimane	Rapida?

...e quindi?

Il paziente aveva assunto sia un antagonista della dopamina, come la quetiapina, che ad alte dosi può causare la sindrome maligna da neurolettici, sia l'MDMA che può causare la sindrome serotoninergica. Purtroppo, non conoscendo l'anamnesi del paziente, e non sapendo se avesse modificato il dosaggio della quetiapina nei giorni precedenti e da quanto tempo avesse l'alterazione dello stato neurologico era difficile in emergenza distinguere le due sindromi, si sottolinea altresì che il paziente era ad una festa.

Inoltre, l'altro dubbio che ci siamo posti è stato: il paziente ha risposto alla terapia con il dantrolene o alle benzodiazepine e all'intubazione orotracheale?

Considerata la clinica del paziente, le clonie, la midriasi e l'assunzione di MDMA la diagnosi propende di più verso una sindrome serotoninergica, ma verosimilmente abbiamo avuto una risposta rapida al dantrolene visto la rapida risoluzione dell'ipertermia. In letteratura, esistono dei casi, seppur rari, di pazienti in terapia con neurolettici che, dopo assunzione di sostanze serotoninergiche sviluppano contemporaneamente le due sindromi, cosa che potrebbe essere coesistita per nostro paziente.

Una considerazione a latere è che l'abuso di sostanze stupefacenti possa aver giocato un ruolo non indifferente sulla presentazione non scolastica del nostro paziente, anche perchè molte nuove droghe non sono ricercabili con l'esame tossicologico e talvolta non sono neanche note nè noti gli effetti.

Conclusioni

In conclusione, le nuove sostanze d'abuso associate all'uso sempre più frequente nei giovani di neurolettici può condurre a quadri acuti difficilmente leggibili ed interpretabili e che si figurano spesso in emergenze; nei pazienti in trattamento con neurolettici e che assumono agenti serotoninergici e che arrivano in PS con un quadro simile a quello del nostro paziente dobbiamo pensare alla possibile coesistenza delle due sindromi, iniziare il trattamento per la sindrome serotoninergica e, in assenza di risposta, somministrare anche il dantrolene.

Bibliografia

Dosi R, et al. Serotonin syndrome versus neuroleptic malignant syndrome: a challenging clinical quandary, BMJ Case Rep 2014

Prakash S, et al. Coexistence of serotonin syndrome and neuroleptic malignant syndrome: does it exist?, BMJ Case Rep 2021; 14

Affiliazioni

Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale presidio ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia

Contatti

ileniarizzo95@gmail.com, emabarbano@gmail.com

Caso clinico tossicologia