

## DISTONIILE ACUTE DE CAUZĂ TOXICĂ

**Dr. Cristina Bologna**

*Clinica Medicală, Spitalul Clinic de Urgențe Iași*

Deși rar întâlnite în practica medicală curentă, distoniile acute sunt manifestări clinice alarmante atât pentru pacient cât și pentru familie și din aceste motive trebuie recunoscute de către medicul practician, diferențiate de alte afecțiuni cu simptomatologie asemănătoare și tratate corespunzător.

Distoniile acute sunt consecința disfuncționalității ganglionilor bazali și sunt definite ca și contracturi musculare involuntare repetate și susținute, de cele mai multe ori dureroase, ce determină apariția unor mișcări sau posturi anormale care impresionează anturajul care asistă la aceste crize (1, 2, 3, 4).

În funcție de grupele musculare interesate sunt descrise următoarele tipuri de distonii acute (2, 3, 4, 5):

- distoniile focale sunt acele distonii care afectează un număr mic de mușchi, așa cum se întâmplă în cazul blefarospasmului, a macroglosiei, a distoniilor oromandibulare sau a torticolisului;
- distoniile segmentare afectează două sau mai multe grupe musculare învecinate (distonii craniale, brahiale, crurale sau axiale);
- distoniile generalizate sunt rare, spre deosebire de celelalte două tipuri și afectează regiuni musculare multiple, așa cum se întâmplă în cazul opistotonusului.

În ceea ce privește etiologia, în literatura de specialitate sunt descrise două mari clase de distonii acute: primare și secundare. Cele primare sunt de cauză genetică, în timp ce distoniile secundare sunt cauzate de o multitudine de afecțiuni cum sunt traumatismele craniocerebrale, infecțiile SNC, accidentele vasculare cerebrale, unele medicamente, precum și unele substanțe toxice (3, 4, 5). În practică sunt suficient de multe cazuri la care etiologia distoniilor acute nu poate fi precizată.

În cadrul distoniilor secundare, cele de cauză toxică sunt cel mai frecvent întâlnite în practică. Ele apar secundar intoxicațiilor acute cu neuroleptice, fenotiazine antiemetice de tipul metoclopramidului sau clorpromazinei, cu carbamazepină, antidepressiv tricyclice, litiu, fenitoină sau unele droguri (cocaină, LSD) (1, 3, 4, 5).

Distoniile acute de cauză toxică sunt de obicei tranzitorii și apar în primele 12-36 de ore de la ingestia

unui dintre toxicele mai sus menționate. Ca și modalitate de manifestare clinică, distoniile acute de cauză toxică pot determina cel mai frecvent (3, 4, 5):

- blefarospasm
- macroglosie
- torticolis
- crize oculogire
- crize bucolinguale
- laringospasmul

Distoniile acute pot fi confundate cu alte afecțiuni care prezintă contracturi musculare, din aceste motive se impune întotdeauna diferențierea lor de (3, 4, 5):

- contracturile musculare din *tetanos*, situație clinică în care se asociază stare generală influențată, trismus, rictus sardonius, rigiditatea gâtului, a spatelui, toracelui, la un pacient care prezintă o leziune cutanată;
- contracturile musculare din *rabie* se asociază cu stare generală influențată, febră, aerofobie, hidrofobie, tulburări de personalitate sau de conștiință la o persoană care a fost mușcată recent de un animal;
- contracturile musculare secundare *hipocalcemiei* sunt frecvent întâlnite în cazul tiroidectomiilor, hipoparatiroidismului, pancreatitelor acute, rabdomiolizelor severe și sunt însoțite de parestezii ale extremităților, stridor laringian, bronhospasm, prezența semnului Chvostek și Trossaeu;
- contracturile musculare determinate de *boala Wilson* se asociază cu tulburări intelectuale și de personalitate, inelul Kayser-Fleischer, hepatomegalie;
- rigiditatea musculară din *sindromul neuroleptic malign* este însoțită de hiperreflexie, trismus, chiar opistotonus, febră înaltă și alterarea stării de conștiință la un pacient consumator cronic de neuroleptice sau care a luat o supradoză de neuroleptice;
- contracturile musculare din *intoxicația acută cu stricnină* care au o serie de particularități cum ar fi declanșarea lor la stimuli minori tactili, vizuali sau auditivi, asocierea discromatopsiei în verde și a tulburărilor respiratorii.

Tratamentul distoniilor acute toxice este unul medicamentos și are drept scop dispariția contracturilor

musculare dureroase. Sunt cunoscute și utilizate în practică câteva mari clase de agenți terapeutici cu rol în corectarea dezechilibrului neurotransmițătorilor cerebrali (1, 3, 4, 5, 6).

O primă clasă este reprezentată de agenții *anticolinergici centrali* care reduc nivelul de acetilcolină la nivelul sistemului nervos central. Dintre aceștia fac parte:

- Trihexifenidilul (Romparkinul), principalul anti-colinergic central utilizat în tratamentul reacțiilor distonice, dozele ajungând până la 14 mg/zi; are inconvenientul că trebuie administrat per os (3, 4, 5, 6);
- Procyclidina – se administrează inițial 5-10 mg intravenos, doză ce se poate repeta peste 20 minute; dacă răspunsul este favorabil se va continua administrarea per os a 2, 5 mg la fiecare 8 ore, timp de 2 zile pentru prevenirea recăderilor (3, 4, 5, 6);
- Benzotropina – care are și efecte antihistaminice și sedative; doza de Benzotropină la care marea majoritate a pacienților răspund favorabil este de 1-2 mg administrată intravenos lent, care poate fi repetată după 10 minute. La pacienții la care răspunsul a fost pozitiv se va continua administrarea

per os a 1 mg de Benzotropină la 12 ore timp de 2 zile (3, 4, 5, 6).

A doua clasă de agenți terapeutici, care de fapt sunt cei mai utilizați în tratamentul distoniilor acute, este reprezentată de *miorelaxantele centrale* de tipul benzodizepinelor (diazepam, clonazepam, lorazepam) și baclofenului (lioresal), care acționează printr-un mecanism GABA-mimetic indirect. Cel mai utilizat este diazepamul, 0, 1 mg/kg administrat intravenos, doză ce se poate repeta după 30 minute (3, 5, 6).

Cea de-a treia clasă de agenți terapeutici este reprezentată de *antiparkinsonienele dopaminergice* care cresc efectul dopaminei, așa cum sunt Levodopa, Bromocriptina, Amantadina (5, 6).

Tratamentul distoniilor acute se începe prin administrarea unuia dintre agenții terapeutici menționați, în funcție de disponibilitatea lor. În marea majoritate a cazurilor răspunsul terapeutic este prompt și se instalează în aproximativ 10 minute de la injectarea lor. Dacă nu s-a obținut răspuns favorabil după prima administrare, se poate repeta aceeași doză după 15-30 de minute, în funcție de produs și dacă răspunsul este tot negativ atunci trebuie reconsiderat diagnosticul și efectuate explorări care să precizeze cauza distoniei.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Diane Campbell** – The management of acute dystonic reactions. *Aust Prescr*, 2001, 24, 19-20.
2. **Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al** – Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed. New York: McGraw-Hill, 1998, 2361.
3. \*\*\*\*\* NeuroGuidemaps/dystonia.html – Drug-induced dystonia
4. **Nochimson G, MKeim S** – Toxicity, Medication induced dystonic reactions, march, 2006, www.emedicine
5. **N van Harten P, Hoek HW, Kohn Rene S** – Acute dystonia induced by drug treatment. *BMJ*, 1999, 319, 623-626.
6. **Stroescu V** – Bazele farmacologice ale practicii medicale, vol. II, Ed. Medicală București 1988, 858-873.