

## **ACCIDENTE CUTANEO-MUCOASE CAUZATE DE MEDICAMENTE ADMINISTRATE PE CALE GENERALA**

dr. E. Ujváry, dr. Irina Timaru-Veress, dr. Elisabeta Török Nagy

Incidența accidentelor medicamentoase crește paralel cu dezvoltarea industriei de medicamente. Printre efectele nedorite datorite medicației un loc important îl ocupă manifestările alergice la medicamente (6). În principiu orice medicament poate sensibiliza organismul. Unele medicamente se remarcă printr-o capacitate de sensibilizare mai pronunțată, care nu depinde numai de structura lor chimică, ci și de ritmul și de modul de administrare, precum și de psihologie (5, 6).

Manifestările cutanate iatrogene, deși multiple, au totuși forme de exteriorizare limitate la anumite tipuri de reacție, iar medicamente diferite pot determina aceeași leziune cutanată. Pe de altă parte, același medicament poate produce simptome cutanate felurite, astfel că nu există o relație de specificitate între medicamentele administrate și simptomatologia cutanată apărută.

Derivații de pyrazolonum (amidazophenum, pyramidonum, phenylbutazonum etc.) produc adesea reacții alergice, ca: urticarie, edem Quincke, erupții de tip eritem exsudativ multiform sau scarlatiniform, erupții de tip fix, mai rar erupții buloase, pemfigoide, purpurice (4, 7).

Cu toate că printre indicațiile principale de administrare a ACTH-ului este chiar și acela datorită acțiunii sale antialergice, totuși acesta poate produce diferite manifestări alergice, ca: urticarie, edem Quincke, erupții purpu-

rice, sau de tip boala serului acută. Mecanismul de producere a reacțiilor de sensibilizare este legat de structura proteică a corticotrofinei hipofizare, în mare parte datorită impurităților proteice ne hormonale, care nu pot fi îndepărtate în cursul procesului de fabricare (5, 6). Preparatele cu un înalt grad de purificare produc mult mai rar accidente, iar cele sintetice niciodată. Frecvența manifestărilor alergice produse de ACTH variază între 3—33 % (1, 2, 3, 8), incidența lor prezentând o creștere în ultima perioadă (5). Testarea se face cu 0.001 u.i. dizolvate în ser fiziologic. Se recomandă efectuarea probei atît la prima administrare, cît și în special la reluarea tratamentului. Administrarea i.m. de ACTH sensibilizează mai frecvent ca cea i. v. (5).

Erupții de tip fix sînt produse de fenolftaleină, antipirină, chinină, sulfonamide, barbiturați, bromazi, antihistaminice, aureomicină, teramicină, piramidon, salicilați etc. (7).

Sînt numeroase medicamente care pot produce erupții veziculoase, buloase sau manifestări pemfigoide, astfel: antipirina, aspirina, barbiturații, chinina, iodul, novocaina, penicilina, aureomicina, fenolftaleina, salicilații, sulfonamidele etc. (7, 6).

Prezentăm cîteva observații asupra unor manifestări cutaneo-mucoase iatrogene mai deosebite:

T. E. (28 de ani) prezintă leziuni buloase, foarte dureroase, erozive în cavitatea bucală și pe conjunctivă, însoțite de o stare generală alterată, simulind un pemfigus al mucoaselor. Afecțiunea evoluează în puseuri succesive intercalate cu perioade de acalmii sau chiar asimptomatice. La Clinica dermatovenerologică se stabilește același dg., instituindu-se corticoterapia. În cursul observației se descoperă factorul producător al leziunilor pemfigoide și anume piramidonul, pe care bolnava obișnuia să-l ia fără prescripție. Testul de expunere este urmat de reapariția simptomelor pemfigoide pe mucoase, însoțite de simptome generale, cefalee, greață, stare generală alterată. În urma excluderii derivaților de pyrazolonum, leziunile pemfigoide au dispărut și nu mai apar de 11 ani.

A. B. (30 de ani) la 10—15 minute după administrare de ACTH, cu ocazia probei Thorn, prezintă erupții de tip boala serului acută cu edem epiglotic. Simptomele severe cedează la administrarea neîntîrziată a tratamentului adecuat.

D. G. (45 de ani) suferind de sindrom Simonds, tratată ani de zile cu hipofiză tritratată de vișel, prin transplantate native, la prima administrare de ACTH prezintă erupții de tip boala serului acută.

R. I. (43 de ani) urmează pentru un sindrom Morgagni un tratament cu ACTH, administrîndu-i-se săptămînal  $2 \times 50$  u.i. După a 6-a injecție prezintă erupții de tip boala serului, însoțite de simptome generale grave, frisoane, cefalee, paloare, sudori reci, vărsături, amețeli, care din fericire cedează la tratamentul adecuat, timpuriu instituit.

N. M. (40 de ani) cu sifilis latent tardiv, după prima injecție de cianură de Hg 1%, 0.25 ml, la 10 minute prezintă o diaree gravă, asociată cu apariția unei erupții scarlatiniforme generalizate care cedează în cîteva zile.

C. E. (11 ani), urmează tratamente repetate cu nematocton (piperazinum adipicum) pentru ascaridoza recidivantă; la administrări repetate ale preparatului prezintă erupții peribuloale de tip fix, formate din cîteva leziuni de tip eritem polimorf. Proba de expunere confirmă corelație cauzală: apariția exantemului fix, în urma administrării siropului de nematocton.

A. Zs. (39 de ani) suferind de nefrolitiază, urmează ani de zile un tratament intermitent cu Rowatinex, după care prezintă leziuni cutanate cu aspect de eritem polimorf localizate pe antebrațul drept și în regiunea mentonieră; la administrarea preparatului leziunile reapar pe aceleași teritorii cutanate, avînd deci un caracter de erupție de tip fix.

B. H. (32 de ani) prezintă a doua zi după ingerarea unei tablete de antinevralgic o leziune eritemato-edemato-veziculoasă, rotundă, de  $1,5 \times 1,5$  cm pe fața dorsală a

glansului, însoțită de simptome subiective, prurit și arsuri. În cursul evoluției zona centrală devine erozivă și aspectul leziunii simulează o postită specifică Follmann. După câteva zile leziunea dispare, ca să reapară din nou, pe același loc, după o tabletă de antinevralgic, avînd deci caracterul unei erupții de tip fix.

Am observat erupții de tip fix și după algocalmin. Aceste observații constituie cazuri ieșite din comun prin gravitatea, aspectul clinic și localizarea lor, precum și prin medicamentele care le-au produs.

*Sosit la redacție: 22 VI 1972.*

#### *Bibliografie*

1. DUCHAINE L., SPAPEN R., JAUQUES M.: Rev. Franc. Allerg. (1961), 2, 152;
  2. FORGÁCH P., HAJDÚ L., BAKOS L.: Orv. Hetil. (1954), 95, 1044;
  3. GARAS ZS., KOMOR K.: Orv. Hetil. (1956), 97, 825;
  4. HALPERN B. N., HOLTZER A., LIACOPOULOS P., MEYER B. N. J.: Allergy (1958), 29, 112;
  5. KOROSSY S., VINCZE ERZSÉBET: Dermato-venerológia haladása (1963), 10, 61;
  6. PANAITESCU G., POPESCU E. A.: Acccidente medicamentoase, Ed. Med., București, 1969;
  7. PASTINSZKY I., RÁCZ I.: Bélbetegségek bőrtünetei, Medicina Kiadó, Budapest, 1959, 504;
  8. RAJKÁ GY.: Allergie u. Asthma (1961), 7, 237.
-