

## SENSIBILITĂŢI GRAVE FAŢĂ DE PENICILINĂ ÎN PRACTICA NOASTRĂ MEDICALĂ

dr. Gy. Huszár, dr. B. Balázs, dr. J. Forvith

Fenomenele de sensibilitate se pot ivi faţă de majoritatea medicamentelor folosite. Privind penicilina, literatura de specialitate semnalează intoleranţă în numeroase cazuri (1, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 14, 15), fapt relevant şi de autorii din ţara noastră (3, 5, 8, 13, 14, 15). Simptomele de sensibilizare nu se declanşează datorită faptului că penicilina însăşi produce anticorpi, ci aceasta revine substanţelor de degradare rezultate în organism, în primul rând derivatelor de acid penicilic şi peniciloic.

O nouă întâlnire cu antigenul provoacă eliberarea materialului intermediar într-un organism sensibil, ceea ce duce cu repeziciune la producerea simptomelor clinice grave (6).

Prezentarea cazurilor noastre:

1. Bolnavul M. D., de 51 ani este internat în spital cu diagnosticul de hematurie (F.o. nr. 436, 1969). La examenul obiectiv nu constatăm semne patologice în afară de frecvente micţiuni singeroase. Acuzele impun antibioterapia. La 5—10 minute după injectarea intramusculară a 400.000 I.U. penicilină şi 1,2 g streptomycină, bolnavul devine brusc neliniştit, apar greţuri, vomismente, presiune intratoracică, dispnee, roşeată pe toată suprafaţa pielii, care trece rapid spre cianoză. Pulsul devine imperceptibil, din cavitatea bucală se scurge un lichid livid, spumos, apoi la câteva minute bolnavul intră în comă şi sucombă cu semnele acute de insuficienţă respiratorie şi circulatorie centrală. Tratamentul aplicat în primele clipe este ineficace (calciu gluc., strofantină, cofeină şi 25 mg hidrocortizon hemisuccinat). Ulterior a reieşit că bolnavul a mai avut simptome de sensibilitate după administrare de penicilină, însă nici bolnavul, nici biletul de trimitere n-au menţionat la timp acest fapt. Cu ocazia autopsiei am găsit: o hiperemie meningo-cerebrală, peteşii subarahnoidale, edem şi stază

la plămîni, peteșii în pleură și endocard, hiperemie în rinichi iar în vezica urinară un carcinom vezical.

2. Bolnava H. J., de 47 ani (F.o. nr. 2300/1971) este spitalizată pentru fractura coastelor IX—XII cu hemotorace consecutiv drept. Instituim un tratament preventiv cu antibiotice. După injectarea intramusculară a unei doze de 400.000 I.U. penicilină și 1/2 g streptomycină, la 10—15 minute se manifestă senzația de presiune toracică cu dispnee expiratorie, dureri precordiale, neliniște, greață, suprafața pielii devine foarte roșiatică, pulsul radial nu se palpează, pulsul carotidian de 120/minut este neregulat, filiform, bolnava se teme de moarte. Injectăm imediat în vena cubitală timp de 2 minute, 200 mg hidrocortizon hemisuccinat, noradrenalină. La un minut după începerea injectării intravenoase durerile precordiale scad, diminuează, dispneea încetează, presiunea toracică dispăre. Pulsul radial devine perceptibil. Trecem la perfuzie i.v. de Soldextrin soluție cu 50 mg hidrocortizon hemisuccinat. După o jumătate de oră, starea generală a bolnavei este corespunzătoare. Cazul este ținut sub observație, dar nu mai administrăm medicamente. Interogînd mai temeinic bolnava, aflăm că după folosirea unor tablete de penicilină s-a simțit rău, în mod trecător, și altădată, dar această stare a atribuit-o bolii (amigdalită).

3. Bolnavul B. L., de 32 ani (F.o. nr. 1093/1972) este internat pentru o orchită. Din anamneză reiese că după consumarea diferitelor medicamente a avut greață, amețeli, erupții cutanate. (Tablete de pyran, aspirină, tetraciclină). Efectuăm o probă intracutanată cu 1000 I.U. penicilină și după o oră apare o roșeață și un edem la locul injectării, apoi o urticarie generalizată, fulgeratoare. Administrăm intravenos acid e-aminocaproic (8 g/20 ml). Simptomele de mai sus dispar după două ore.

### Discuții

În primele două cazuri șocul grav de sensibilitate ar fi putut fi evitat după o anamneză corespunzătoare (2, 14, 15). Deși nu fără risc, efectuarea probelor epicutanate și intracutanate de sensibilitate ne-ar fi ghidat spre evitarea accidentelor. Analiza procesului de degradare a celulelor bazofile în cazul alergiilor medicamentoase este încă dificilă. Prin terapia aplicată de noi am urmărit: susținerea funcțiilor vitale, combaterea șocului, tratamentul medicamentos, oprirea fibrinolizei, adică oprirea eliberării plasmochininelor, avînd în vedere că acestea sînt responsabile de colapsul circulator.

Menținăm că, în cazul unor astfel de simptome, trebuie să avem în vedere sensibilizarea față de medicamente, administrînd pe cale intravenoasă medicamente cu efect rapid în cantitate corespunzătoare. În cazul tratamentului cu hormoni trebuia să introducem în circulație medicamentele necesare cît mai repede. După cum relevă datele mai recente din literatura medicală, precum reiese și din observațiile noastre, administrarea de EAC (acid e-aminocaproic) are un efect corespunzător (1, 9). Mai nou se fac încercări în vederea opririi activizării materialelor vasoactive, prin tratamentul de trasylol (6).

## Concluzii

Prezentăm un caz mortal, un șoc grav și o sensibilizare față de penicilină, care a apărut după testarea intracutanată a medicamentului. La ambele cazuri simptomele s-au produs în mod fulgerător după administrarea penicilinei. Anamneza temeinică a bolnavilor ne-ar fi putut oferi datele necesare pentru evitarea accidentului.

Considerăm deosebit de necesar lămurirea bolnavilor în astfel de cazuri, pentru ca ei să știe că medicamentele care au provocat fenomene hiperalergice reprezintă un pericol și pe mai departe pentru ei.

*Sosit la redacție: 20 martie 1973.*

## Bibliografie

1. \* \* \* Prod. Farm. (1971), 18; 2. Cîlțea E., Precup N.: Munca San. (1972), 1, 15; 3. Drăghici O.: Viața med. (1962), 2, 81; 4. Fazakas J., Veress L.: Orvosképzés (1965), 40, 63; 5. Ienistea C., Oțel I.: Viața med. (1962), 2, 91; 6. Kelle L., Fekess B.: Orvosképzés (1972), 47, 21; 7. Micu D., Maximilian S., Popescu Gr.: Viața med. (1970), 3, 117; 8. Leonescu M.: Viața med. (1960), 9; 9. \* \* \* Sem. Hôp. Inform. (1969), 27, 16; 10. Wicherk N., Reiman R. E., Arbesman C. E.: J. Am. Med. Ass. (1969), 208, 1, 143; 11. Wolfrom P., Nataf P.: Press. Med. (1966), 74, 5, 239; 12. Vautrin D. A., Pupil P., Grilliat J. P.: Ann. Méd. de Nancy. (1972), Tom. XI, 1, 119; 13. Homescu M. V.: Viața med. (1961), 23, 1271; 14. Seropian E.: Med. internă (1972), 24, 5, 547; 15. Ujváry I., Vasass J.: Rev. Med. (1972), 18, 4, 471.
-