

PERFECTIONAREA CADRELOR

Clinica dermato-venerologică din Tirgu Mureş (cond.: prof. dr. E. Ujváry, doctor-docent)

MANIFESTARILE DE SENSIBILIZARE ÎN URMA PENICILINOTERAPIEI ANTISIFILITICE

dr. E. Ujváry, dr. E. Vasass

Incidenţa manifestărilor de sensibilizare la penicilină este în creştere (7, 8, 16, 18, 20, 21). În formarea procesului alergic un rol important îl are administrarea repetată a antibioticului, sensibilizarea fiind mai frecvent întâlnită la persoanele cărora li s-a administrat în prealabil penicilină (6, 9). Injecţiile zilnice repetate contribuie de asemenea la apariţia unor stări de alergie, incidenţa lor fiind de 1% dacă se face o singură injecţie pe zi şi de 6,6—10% dacă se administrează prin injecţii repetate (21). Trebuie să recunoaştem însă că nici numărul cazurilor în care manifestările de sensibilizare apar după prima injecţie nu este redus, procesul de sensibilizare fiind atribuit unei infecţii micotice (1, 7, 17), sau ingerării de lapte sau produse lactate provenite de la animale tratate cu penicilină (17), respectiv fenomenului de idiosincrazie atribuit unui deficit enzimatic genetic, cu implicaţii în metabolismul antibioticelor (4). Penicilinoterapia sifilisului fiind cronică, intermitentă, realizată prin injecţii zilnice repetate, creează condiţii favorabile pentru sensibilizare. Sensibilizarea la penicilină în cifre absolute este frecventă, totuşi procentual este destul de redusă faţă de numărul mare al injecţiilor administrate (21). Toate preparatele de penicilină — inclusiv cele moderne semisintetice — au capacitate de sensibilizare (17).

Manifestările alergice sînt numeroase şi variate în funcţie de „organul de şoc”, de intensitate, gravitate şi topografie; simptomele pot fi generale, cutanate, mucoase, respiratorii, digestive, sanguine etc. (4, 13, 14). După Tuft (19) manifestările alergice mai frecvente sînt: reacţiile imediate, acute, anafilactice; reacţiile întîrziate: boala serului, urticaria, atralgia, febra; dermatita exfoliativă; dermatita de contact, stomatita alergică. Simptomele mai rar întîlnite sînt: purpura, hematuria, albuminuria, hidartroza, fotosensibilitatea, periarterita nodoasă, nevrita periferică etc. Deseori observăm sensibilizări la penicilină la bolnavii astmatici şi la cei micotici. Există sensibilizare şi faţă de penicilază (19). Şocul anafilactic fatal este foarte rar în raport cu cantitatea de penicilină administrată (21). Sindromul de tip boala serului, urticaria şi edemul angioneurotic sînt manifestările alergice cele mai frecvent întîlnite (10, 17), care împreună constituie accidente alergice mai periculoase ale tratamentului bolilor venerice cu penicilină (21). Sindromul de tip boala serului poate apărea fie după o latenţă de 7—14 zile, fie la cîteva secunde sau minute după administrarea penicilinei, simulînd boala serului acut. În prima variantă testele cutanate sînt în general negative, iar în a doua pozitive (11). Printre manifestările cutanate ale acestui sindrom predomină urticaria, însoţită de frisoane, febră, sudori reci, astenie, stare generală alterată, simptome de şoc, dureri articulare, edem Quincke localizat adesea la faţă, limbă, epiglottă etc. În formele

mai grave apar dermoragiile, vasculitele, simptomele respiratorii, mucoase, viscerale, accidentele sanguine etc. (1, 17). Printre manifestările cutanate ale alergiei la penicilină sînt semnalate: urticaria comună, erupțiile scarlatiniforme, morbiliforme, rubeoliforme, eritemul de ziua a IX-a, dermatitele generalizate, eritrodermiile, erupțiile veziculoase, bulose cu aspect pemfigoid, sindromul Lyell (14, 4). Majoritatea acestora — exceptînd eritrodermia și sindromul Lyell în special — apar adesea într-o formă discretă, rămîind uneori neobservate

În materialul nostru am decelat 8% din manifestările procesului de sensibilizare fie prin teste cutanate pozitive, fie prin apariția simptomelor alergice. Printre acestea predomină cele minore, produse adesea în jurul zilei a 9-a a tratamentului penicilinic, simulînd eritemul de ziua a IX-a, și manifestîndu-se prin erupții urticariene, scarlatiniforme, morbiliforme, rubeoliforme. Aceste erupții pot fi considerate primele manifestări ale sensibilizării, constituînd un semnal de alarmă pentru alergii la penicilină. Trebuie să acordăm o atenție deosebită acestor manifestări minore, fugace, deoarece pot fi urmate de simptome mai grave. Șoc anafilactic, sindrom de boala serului am observat mai rar.

În raport cu numărul mare de injecții și de cantitatea de penicilină administrată accidentele alergice sînt relativ rare, totuși uneori îmbracă forme foarte grave, chiar fatale, fapt care ne obligă să acordăm o atenție deosebită depistării stării de sensibilizare. Din păcate încă nu dispunem de o metodă simplă, rapidă, ușor aplicabilă în practică și totodată suficient de sensibilă pentru depistarea stării de sensibilizare. Pe lângă testele cutanate, testul de degranulare bazofilă, modificat de *Shelley* și *Juhlin*, pare a fi aplicabil ca metodă de rutină în practică (17). Celelalte teste: proba trombocitopenică (*Stork-Hoigné*), histaminopexică (5), de transformare blastică a limfocitelor (TTL), reacțiile serologice pentru punerea în evidență a hemaglutininei — metodă valoroasă în depistarea unui medicament alergizant (3, 13) — a precipitinei și a hemolizinei, imunelectroforeza, fiind laborioase, nu sînt aplicabile în practică. Din această cauză sîntem puși în situația de a ne mulțumi cu testele cutanate — în special cu testul de scarificare — efectuat cu penicilină cristalizată (8, 12, 17). Sensibilitatea acestuia fluctuează în jur de 50% la *Rajka* și colab. (17), 47% la *Huriez* (5), 70% la *Pedersen-Bjergaard* (15), 25% la *Burchardt* (2), 20—30% la *Conu* (4) etc. Citirea rezultatului se face în timp de 15—30 de minute, luînd în considerare reacția precoce. Dacă proba de sacrificare este pozitivă, testul i.c. nu se efectuează, deoarece prezintă pericol de șoc.

Testul Penicilloyl-polylysin, dă rezultate pozitive într-o proporție de 80—90% a cazurilor de alergii la penicilină (4, 17).

Relevăm că în unele cazuri la indivizi purtători de micoză cutanată în urma testării cu penicilină am observat apariția reacțiilor de focar, manifestate prin exacerbarea procesului micotic. Această observație pledează pentru rolul proceselor micotice cutanate în producerea alergiei la penicilină.

Avînd în vedere rolul factorilor de teren în procesul de sensibilizare, trebuie să acordăm o atenție sporită administrării penicilinei la persoanele cu predispoziție la alergii, cît și subiecților atopici și purtători de micoze cutanate mai grave (8, 17).

Apariția alergiei la penicilină la un sifilitic ridică probleme de terapeutică și anume înlocuirea acestui medicament antiluetic deosebit de eficient, cu un preparat la fel de bun și lipsit de proprietăți sensibilizante, cum ar fi preparatul sintetic phenethicilina (21).

Sosit la redacție: 22 iunie 1972.

Bibliografie

1. BALȘ M. G.: Antibioticele, Ed. Med., București, 1964, 177; 2. BURCHARDT W.: Dermatologica (1962), 125, 305; 3. CĂPUȘAN I., LAZĂR VOICHIȚA, POP CORNELIA: Derm. Ven. (1971), 15, 3, 195; 4. CONU A.: Derm. Ven. (1970), 15, 1, 65; 5. HURIEZ CL. și colab.: Rev. franc. d'allergie (1961), 1, 259; 6. IDSÖE O., GUTHE T., WILLCOX R.: Acta dermat. ven. Proc. 11-th. Internat. Congr. Derm. (1957), vol. III, 1962; 7. IONESCU E., BOGDAN C. A.: Derm. Ven. (1966), 2, 144; 8. KOROSSY S., VINCZE ERZSÉBET: Dermato-venerologia haladása (1963), 10, 61; 10. LONGHIN S.: Derm. Ven. (1963), 4, 289; 11. MESROBEANU I., BERCEANU S.: Imunologie și imunopatologie, Ed. Med., București, 1968, 393; 12. MUREȘAN D., TĂNĂSESCU A.: Derm. Ven. (1964), 6, 481; 13. PANAITESCU E. A.: Accidente medicamentoase, Ed. Med., București, 1969, 18; 14. PASTINSZKY I., RÁCZ I.: Bélbetegségek bőrtünetei, Medicina Kiadó, Budapest, 1959, 504; 15. PEDERSEN-BJERGAARD I.: Acta allerg. (1961), 16, 209; 16. POPESCU A.: Derm. Ven. (1968), 2, 145; 17. RAJKA Ö., FEHÉR E., TÖRÖK HEDVIG: Dermato-venerologia haladása (1963), 10, 45; 18. TÎRLEA P., ANGHELESCU M.: Derm. Ven. (1961), 3, 237; 19. CONN H., CONN R.: Current Diagnosis, II. Saunders Company; Philadelphia, 1969. Drugreactions; 20. WILLCOX R. R.: Brit. J. of Venereal Dis. (1962), 3, 109; 21. WILLCOX R. R.: Brit. J. of Venereal Dis. (1964), 3, 200.