

Anafylaktisk reaktion på intravenøst givet glukokortikoid hos en patient med kronisk obstruktiv lungesygdom

Pernille Bækgaard Udesen & Mats Jacob Hermansson Lindberg

KASUISTIK

Fælles Akut
Modtagelsen,
Sygehus Sønderjylland

Ugeskr Læger
2015;177:V12140654

Systemiske glukokortikoider anvendes i behandlingen af allergiske tilstande, herunder astmaanfald og anafylaktisk shock, men kan også i sig selv forårsage allergi. Allergiske type 4-reaktioner forekommer ikke sjældent ved lokalbehandling med glukokortikoid på hud, mens anafylaktiske reaktioner på systemisk glukokortikoid kun forekommer undtagelsesvist [1]. Der er tidligere beskrevet tilfælde især hos patienter med astma eller aspirinallergi [1, 2]. Vi beskriver her et tilfælde af glukokortikoidudløst anafylaksi hos en patient med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

SYGHEHISTORIE

En 61-årig mand med KOL blev indbragt til skadestuen pga. tiltagende dyspnø og hoste. Han havde ingen feber eller opspytning. Ved den seneste lungefunktionsundersøgelse var der målt volumen udåndet i første sekund af en forceret udånding på 58% og forceret vitalkapacitet på 88% af det forventede, hvil-

ket svarer til værdierne ved moderat KOL. Hans vanlige medicin bestod af inhalationer med budesonid, formoterol, glycopyrroniumbromid og terbutalin, men han havde pga. svamp i munden ikke taget forebyggende medicin i de foregående to uger. Han havde et år tidligere været indlagt med forværring af KOL og var dengang uden problemer blevet behandlet med methylprednisolonsuccinat givet intravenøst.

Ved ankomsten til sygehuset var patienten upåvirket og havde pæne vitalværdier. Iltsaturationen var 95% med et ilttilskud på 3 l pr. minut. Ved lunge-stetoskopi hørtes sonore ronchi. En arteriepunktur viste en pH-værdi på 7,31 og en kuldioxidtension på 6,7 kPa. Den initiale behandling bestod af inhalationer af korttidsvirkende bronkodilatorer, der havde god effekt, samt methylprednisolonsuccinat 80 mg givet intravenøst. Straks efter indgift af methylprednisolonsuccinat blev han bleg, takykard, klamsvedende, bronkospastisk og havde ufrivillig vandafgang, mens iltsaturationen faldt til 80-82%. Han havde ikke tegn til urticaria. Tilstanden blev hurtigt behandlet med inhalation af 1 mg adrenalin efterfulgt af kontinuerlig inhalationsbehandling med en korttidsvirkende beta2-agonist og antikolinergikum. Han ønskede ikke en antihistamininjektion. Han fik det hurtigt bedre, og iltsaturationen steg til 92% på 4 l ilt pr. minut. Efterfølgende blodprøver viste ikke tegn til infektion. Efter 24 timers observation blev patienten udskrevet med vanlig medicin og tid til opfølgning i lungemedicinsk ambulatorium.

DISKUSSION

Litteraturen om anafylaktiske reaktioner på systemisk glukokortikoid består mestendels af kasuistikker. Incidensen angives i nogle artikler til 0,3%, men dokumentationen synes at være mangelfuld [1]. I en opgørelse over spontant rapporterede bivirkninger i Schweiz blev der fundet 14 tilfælde på 18 år [1].

Det er tilsyneladende oftest succinatestre af methylprednisolon og hydrocortison (Tabel 1), der fremkalder allergiske reaktioner [3]. Resultatet af de få provokationsstudier, der er tilgængelige, viser, at der kan ses reaktioner over for både steroidsaltet og



Glukokortikoider kan paradoksalt nok forårsage anafylaktiske reaktioner.



TABEL 1

Administrering	Aktiv substans	Hjælpestof	Præparatnavn, eks.
Intravenøst, intramuskulært	Methylprednisolon	Natriumsuccinat	Solu-Medrol
	Hydrocortison	Natriumsuccinat	Solu-Cortef
Intramuskulært, intraartikulært, lokalt	Betamethason	Dipropionat og dinatriumphosphat	
	Diprospan		
	Methylprednisolon	Acetat	Depo-Medrol
	Triamcinolon	Acetonid	Kenalog
	Triamcinolon	Hexacetonid	Lederspan

Glukokortikoider til injektionsbrug på det danske marked.

hjelpestoffer [4]. Der er bred enighed om, at reaktionen er immunglobulin (Ig) E-medieret [5].

Til udredning af glukokortikoidallergi anvendes priktest, specifik IgE-måling og provokation. Specifik IgE-test er oftest negativ, og værdien af priktest kan diskuteres, idet glukokortikoidet ofte først skal binde til serumproteiner for at fungere som antigen [2]. Det er derfor nødvendigt at bruge provokationstest for endegyldigt at afgøre, om patienten kan tåle et glukokortikoidpræparat [1, 4].

Intravenøst givet glukokortikoid anvendes ofte til svært medtagne patienter. Hvis en anafylaktisk reaktion skulle forekomme hos en patient, der i forvejen er cirkulatorisk eller respiratorisk påvirket, vil tilstanden hurtigt kunne blive kritisk. Der er endvidere risiko for, at den anafylaktiske reaktion med bronkokonstriktion og/eller blodtryksfald fejlfortolkes som mangel på effekt, hvilket i værste tilfælde kan føre til, at der gives mere af det anafylaksifremkaldende glukokortikoid.

Klinikere bør derfor have i baghovedet, at også glukokortikoider kan forårsage anafylaktiske reaktioner. Hvis patientens tilstand forværres efter indgift af glukokortikoid, bør muligheden af anafylaksi overvejes og behandlingen omgående afbrydes. Hos patienter, der på et senere tidspunkt kunne have brug for intravenøst givet glukokortikoidbehandling, kan man forsøge at lave priktest for at finde alternative præparater, men provokationstest bør altid udføres, før patienten på ny ordineres systemisk glukokortikoidbehandling [4].

SUMMARY

Pernille Bækgaard Udesen & Mats Jacob Hermansson Lindberg:
Anaphylactic reaction to intravenous glucocorticoid in a patient with chronic obstructive pulmonary disease
Ugeskr Læger 2015;177:V12140654

Serious anaphylactic reactions to systemic glucocorticoids are rare and have previously mainly been reported in patients with

asthma or aspirin allergy. We report a case of severe anaphylactic reaction to an intravenous (IV) glucocorticoid in a patient with chronic obstructive pulmonary disease. A 61-year-old male developed severe bronchospasm within seconds after IV injection of methylprednisolone sodium succinate. The condition was immediately treated with adrenaline and the patient recovered quickly. Clinicians should be aware of the possibility of anaphylactic reactions to glucocorticoids.

KORRESPONDANCE: Pernille Bækgaard Udesen, Fælles Akut Modtagelsen, Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa.
E-mail: pernilleudesen@hotmail.com

ANTAGET: 22. januar 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 6. april 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Caduff C, Reinhart WH, Hartmann K et al. Immediate hypersensitivity reactions to parenteral glucocorticoids? *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130:977-83.
2. Sheth A, Reddymasu S, Jackson R. Worsening of asthma with systemic corticosteroids. *J Gen Intern Med* 2006;21:C11-C13.
3. Kamm GL, Hagemeyer KO. Allergic-type reactions to corticosteroids. *Ann Pharmacother* 1999;33:451-60.
4. Mendelson LM, Meltzer EO, Hamburger RN. Anaphylaxis-like reactions to corticosteroid therapy. *J Allergy Clin Immunol* 1974;54:125-31.
5. Burgdorff T, Venemalm L, Vogt T et al. IgE-mediated anaphylactic reaction induced by succinate ester of methylprednisolone. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89:425-8.