

POSEBNOSTI SESTRINSKE SKRBI TEMELJENE NA PREPOZNAVANJU TOKSOALERGIJSKIH REAKCIJA NA ANTIEPILEPTIKE

NIKOLINA BEDEKOVIĆ, KRISTINA KUŽNIK*

Uvod: Kao i svi drugi učinkoviti lijekovi, i lijekovi koji se koriste za liječenje epilepsije mogu u određenim okolnostima imati nepoželjna djelovanja. Najčešće se radi o nuspojavama koje su bezopasne i koje se ispravnom primjenom i pažljivim doziranjem lijeka mogu otkloniti, no postoje situacije u kojima dolazi do pojave težih nuspojava kada treba pojačati nadzor i kontrolu nad primjenom terapije. Stevens-Johnson sindrom (SJS) je rijetka, imunokompleksima posredovana reakcija preosjetljivosti koja zahvaća kožu i sluznice, uzrokovana najčešće lijekovima i/ili rjeđe infekcijom. Od iznimne su važnosti pravodobno prepoznavanje kliničke slike kao i identifikacija uzročnog lijeka, budući da rano ukidanje uzročnoga lijeka značajno smanjuje razvoj bolesti i mogućnost smrtnog ishoda.

Prikaz slučaja: Dječak S.Š. u dobi 5 godina, primljen je na Odjel dječje neurologije i epileptologije Klinike za pedijatriju, zbog pojave makulopapuloznog osipa obostrano retroaurikularno te po obrazima, uz otok usana. Dječak se od siječnja 2018. g. kontrolira u našoj Klinici radi generalizirane epilepsije tipa apsans. Dva tjedna otkako je u terapiju uveden lamotrigin, pri dozi 2 x 12.5 mg, dječak razvija osip uz otok usana, obostrano na obrazima, obrvama, uškama, stražnjoj strani vrata, rjeđe diseminirano na nadlakticama i uz vidljive eritematozne papule i vezikule na eritematoznoj podlozi. Drugog dana boravka dolazi do pogoršanja kožnih promjena: razvoj bula po obrazima i ekstremitetima, uz erozije bukalne sluznice i konjunktivitisa. Potvrđena je klinička sumnja na Stevens-Johnson sindrom, te je ukinuta primjena lamotrigina. Započeta je parenteralna terapija metilprednizolonom (2 mg/kg) koja je podijeljena u dvije dnevne doze uz lokalnu terapiju kože i sluznica aklometazonom, deksametazon kapi za oči te simptomatsku terapiju (analgetik, antihistaminik, njega kože i sluznica). Uz primjenu terapije, zdravstvena njega kod dječaka bila je kompleksna i specifična, provodila se po strogom planu, provodile su ga iskusne i educirane medicinske sestre sa ciljem sprečavanja širenja infekcije i zaštite integriteta kože i sluznice.

Zaključak: Njega kože uz optimalno zbrinjavanje promjena poboljšalo je kvalitetu života dječaka i njegove obitelji. Tome je uvelike doprinijela dobra i adekvatna komunikacija između roditelja, dječaka i zdravstvenog tima, temeljena na aktivnom sudjelovanju majke u svim intervencijama oko dječaka, strpljivosti i suradnji samog dječaka, te provođenju intervencija medicinskih sestara prema želji dječaka kad god je to bilo moguće. S obzirom da bolest može zahvatiti brojne sustave bitno je bilo tegobe sagledati detaljno i u cijelosti te timski zbrinuti bolesnika.

Deskriptori: STEVENS JOHNSON SINDROM, MEDICINSKA SESTRA, SESTRINSKA SKRB

UVOD

Kao i svi drugi lijekovi, i lijekovi koji se koriste za liječenje epilepsije mogu u određenim okolnostima imati neka nepoželjna djelovanja. Najčešće se radi o nuspojavama koje su bezopasne i koje se ispravnom primjenom i pažljivim doziranjem lijeka mogu otkloniti, no postoje situacije u kojima dolazi do pojave težih nuspojava, kada treba pojačati nadzor i kontrolu.

Stevens-Johnson sindrom (SJS) je rijetka imunokompleksima posredovana reakcija preosjetljivosti koja zahvaća kožu i sluznice uzrokovana najčešće lijekovima, rjeđe infekcijom. Dijagnoza se obično postavlja pojavom karakterističnih kožnih promjena, 1-3 tjedna nakon izlaganja antigena i ukoliko se reakcija ne može objasniti niti jednom drugom dijagnozom. SJS zahtjeva hitnu hospitalizaciju i žurnu terapiju. Od iznimne su važnosti pravodobno prepoznavanje kliničke slike kao i identifikacija uzročnog lijeka, budući da rano ukidanje uzročnoga lijeka značajno smanjuje razvoj bolesti i mogućnost smrtnog ishoda. Liječenje je usmjereno na uklanjanje uzročnika uz potpurnu simptomatsku terapiju te adekvatnu lokalnu, potpurnu i imunomodulatornu terapiju.

PRIKAZ SLUČAJA

Dječak u dobi od 5 godina, primljen je na Odjel dječje neurologije i epileptologije Klinike za pedijatriju, zbog pojave makulopapuloznog osipa obostrano retroaurikularno, po obrazima, uz otok usana. Dječak se od siječnja 2018. g. kontrolira u našoj Klinici radi generalizirane epilepsije tipa apsans. Po postavljanju dijagnoze

inicijalno je započeta terapija etosuksimidom, ali nije bilo adekvatnog odgovora niti na maksimalnu dozu lijeka. Etosuksimid je postepeno zamijenjen valproatom uz prilagođavanje doze. Kod dječaka i dalje, niti klinički niti elektroencefalografski, nije postignuta adekvatna kontrola bolesti te je učinjena dodatna neuropedijatrijska obrada uključujući i magnetsku rezonancu (MR) kojom je prikazan strukturno uređan središnji živčani sustav te dogovoreno postupno započinjanje terapije lamotriginom u dozi 12.5 mg dnevno kroz 2 tjedna. Dva tjedna otkako je lamotrigin uveden u terapiju, pri dozi 2 x 12.5 mg, dječak razvija osip uz otok usana i osip obostrano na obrazima, obrvama, uškama, stražnjoj strani vrata, rjeđe diseminirano na nadlakticama uz vidljive eritematozne papule i vezikule na eritematoznoj podlozi. Kako je prilikom pregleda u hitnoj ambulanti i kasnije pregledom dermatologa osip imponirao kao Gianotti-Crosti sindrom, nastavljeno je s istom terapijom, ali radi daljnjeg nadzora i opservacije simptoma dječak je hospitaliziran. Drugog dana boravka dolazi do pogoršanja kožnih promjena uz razvoj bula po obrazima i ekstremitetima uz erozije bukalne sluznice i konjunktivitisa. Potvrđena je klinička sumnja na Stevens-Johnson sindrom, te je ukinuta primjena lamotrigina. Započeta je parenteralna terapija metilprednizolonom (2 mg/kg) koja je podijeljena u dvije dnevne doze, lokalna terapija kože i sluznica aklometazonom, deksametazon kapima za oči uz simptomatsku terapiju (analgetik, antihistaminik, njega kože i sluznica).

Uz primjenu terapije zdravstvena njega kod dječaka bila je kompleksna i specifična, provodila se po strogom planu zdravstvene njege, provodile su ga iskusne i educirane medicinske sestre sa ciljem sprečavanja širenja infekcije i zaštite integriteta kože i sluznice. Provođenje pojedinih intervencija zahtijevalo je vremenski i po sat vremena tretmana kako bi imali učinkovitije i kvalitetnije rezultate, a dje-

*Klinika za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice

Adresa za dopisivanje:
Nikolina Bedeković, bacc.med.tech.
Klinika za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice
10000 Zagreb, Vinogradska cesta 29
E-mail: nikolina.bedekovic@kbcsm.hr

čak i roditelji pokazali su iznimnu strpljivost, optimizam i pozitivnost. Dječak je parenteralno rehidriran, uz kontinuiranu analgeziju paracetamolom ili ibuprofenom radi tretiranja boli prilikom saniranja rana na koži i sluznici. Kod previjanja pazilo se da ne dolazi do stiskanja i gnječenja bilo kojeg dijela tijela, trljanja kože, primjene bilo kakvih ljepljivih traka, brzog ili potezajućeg skidanja zavojnog materijala. Osobna higijena vršila se antiseptičkim spužvicama, te laganim ispiranjem sterilnom vodom, a nakon toga sušenjem kože laganim dodiranjem mekih pamučnih ručnika. Usna šupljina ispirala se antiseptičkim tekućinama uz mazanje usana preparatima za bolju epitelizaciju. Sterilnim škarama i pincetom rubovi rana čistili su se od naslaga. Sterilnom iglom potrebno je bilo probušiti svaki mjehur, ali pokrov mjehura se nije skidao, jer je služio kao "prirodna obloga" te je štitio od infekcija i boli. Probušeni mjehuri nisu se istiskivali već se samo lagano upijala tekućina sterilnom gazom. Prije bušenja mjehura koža se isprala 0.9% NaCl-om ili antiseptikom. Za pojedine promjene korišteni su namjenski preparati (antibiotska ili kortikosteroidna krema), uz obaveznu primjenu silikonskih obloga ili vazelinskih mrežica. Kako su dani prolazili promjene su bile u različitim fazama cijeljenja, stoga je bilo potrebno svaku ranu posebno pogledati i tretirati. Za njegu okolnog tkiva koristili su se preparati s ciljem hidracije kože. Cijelo vrijeme bio je očuvan peroralni unos tekućine i hrane, najprije u obliku polimeričkih energetske priprave, a kasnije primjenom kašaste hrane bogate vlaknima. Svakodnevno je vršen monitoring svih vitalnih parametara, uz procjenu boli na skali, te kontrolu laboratorijskih nalaza koji su bili uredni kao i svi uzeti mikrobiološki uzorci. Na primijenenu terapiju dolazi do postupne regresije kožnih promjena te reepitelizacije. Tijekom cijelog boravka nekoliko puta dnevno prisutni su napadi tipa apsans kod dječaka, no nije se trenutno uvodila dodatna antiepi-

lepsijska terapija. Nakon saniranja promjena na koži i sluznice, uz terapiju valproatom dječak se nakon tri tjedna otpušta kući. Daljnje praćenje dogovara se kontrolom u ambulantu za mjesec dana.

ZAKLJUČAK

Njega kože uz optimalno zbrinjavanje promjena poboljšalo je kvalitetu života dječaka i njegove obitelji. Tome je uvelike doprinijela dobra i adekvatna komunikacija između roditelja, dječaka i zdravstvenog tima, temeljena na aktivnom sudjelovanju majke u svim intervencijama oko dječaka, vrhunskoj strpljivosti i suradnji samog dječaka, te provođenju intervencija medicinskih sestara prema želji dječaka kad god je to bilo moguće. S obzirom da bolest može zahvatiti brojne sustave bitno je bilo tegobe sagledati detaljno i u cijelosti i timski zbrinuti bolesnika. Uz roditelje, neuropedijatra i medicinske sestre u zbrinjavanje dječaka sudjelovali su klinički psiholog, dječji dermatolog i nutricionist. Pojavi osipa i svrbeža u bolesnika koji uzimaju terapiju lijekovima treba uvijek pristupiti s velikim oprezom. Rana dijagnoza, identifikacija uzročnika i pravovremeno prekidanje sumnjive terapije, te provođenje adekvatnih intervencija i primjena potrebne terapije dovode do sprečavanja trajnih posljedica ili smrtnog ishoda.

LITERATURA

1. Bialer M, Johannessen SI, Levy RH et al. Progress report on new antiepileptic drugs: A summary of the Ninth Eilat Conference. *Epilepsy Res* 2009; 83: 8.
2. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis: Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol*. 1993; 129: 92-6.
3. Levi N, Bastuji-Garin S, Mockenhaupt M, Roujeau JC, Flahault A, Kelly JP, et al. Medications as risk factors of Stevens-Johnson syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in children: A pooled analysis. *Pediatrics*. 2009; 123: e297-304.

4. Koh MJA, Tay YK. Stevens-Johnson syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in Asian children. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62: 54-60.

Summary

SPECIAL FEATURES OF NURSING CARE BASED ON RECOGNITION OF TOXOALLERGIC REACTIONS TO ANTIEPILEPTIC DRUGS

Nikolina Bedeković, Kristina Kužnik

Introduction: Like all other effective drugs, and the drugs used to treat epilepsy can have unwanted effects in certain circumstances. Most often, these are side effects that are harmless and can be eliminated by correct application and careful dosing of the drug, but there are situations in which more severe side effects occur when supervision and control over the use of therapy should be strengthened. Stevens-Johnson syndrome (SJS) is a rare, immune-complex-mediated hypersensitivity reaction that affects the skin and mucous membranes, most often caused by drugs and/or less commonly by infection. Timely recognition of the clinical picture as well as the identification of the causative drug are extremely important, since early discontinuation of the causative drug significantly reduces the development of the disease and the possibility of death.

Case report: Boy S.Š. at the age of 5, was admitted to the Department of Child neurology and epileptology of the Clinic for pediatrics, due to the appearance of a maculopapular rash bilateral retroauricular and on the cheeks, accompanied by swelling of the lips. Since January 2018, the boy has been monitored in our clinic for generalized absence epilepsy. Two weeks after lamotrigine was introduced into the therapy, at a dose of 2 x 12.5 mg, the boy developed a rash along with swelling of the lips, on both sides of the cheeks, eyebrows, ears, back of the neck, more rarely disseminated on the upper arms with visible erythematous papules and vesicles on an erythematous background. On the second day on the clinic, the skin changes worsen: the development of bullae on the cheeks and extremities along with erosions of the buccal mucosa and conjunctivitis. The clinical suspicion of Stevens-Johnson syndrome was confirmed, and the use of lamotrigine was discontinued. Parenteral therapy with methylprednisolone (2 mg/kg) was started, which was divided into two daily doses with local therapy of the skin and mucous membranes with alclometasone, dexamethasone eye drops with symptomatic therapy (analgesic, antihistamine, skin and mucous membrane care). In addition to the use of therapy, the boy's health care was complex and specific, carried out according to a strict health care plan, carried out by experienced and educated nurses with the aim of preventing the spread of infection and protecting the integrity of the skin and mucous membranes.

Conclusion: Skin care with optimal treatment of changes improved the quality of life of the boy and his family. Good and adequate communication between the parents, the boy and the health team contributed greatly to this, based on the active participation of the mother in all interventions around the boy, the patience and cooperation of the boy himself, and the implementation of nurses' interventions according to the boy's wishes whenever possible. Given that the disease can affect numerous systems, it was important to take a detailed and comprehensive look at the problem and take care of the patient as a team.

Descriptors: STEVENS JOHNSON SYNDROME, NURSES, NURSING CARE