

# Çocuk Olgularla Baboon Sendromu

## Baboon Syndrome with Child Cases

Şennur KELEŞ,<sup>a</sup>  
Serap ÖZMEN,<sup>a</sup>  
İlknur BOSTANCI<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Çocuk İmmünoloji ve Allerji Kliniği,  
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 01.10.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 30.03.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Şennur KELEŞ  
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Çocuk İmmünoloji ve Allerji Kliniği,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
sennurkeles@hotmail.com

**ÖZET** Baboon sendromu (BS), sistemik kontakt dermatitin nadir görülen bir formudur. Gluteal bölge, genital bölge ve diğer fleksural bölgelerde eritematöz bir erüpsiyon ile karakterizedir. BS, ilk defa ampisilin, nikel ve civa gibi çeşitli allerjenler ile oluşan karakteristik yayılımı olan bir erüpsiyon olarak tanımlanmıştır. İlaçlar, metaller ve doğal ürünler daha önce sensitizasyon olsun ya da olmasın BS'ye neden olabilirler. Simetrik ilaç ilişkili intertriginöz ve fleksural ekzantem terimi sistemik ilaç alımı sonrası gelişen olguları BS'den ayırmak amacıyla kullanılmıştır. BS çocukluk çağında nadir görülmektedir. Bu çalışmada, BS tanısı alan iki çocuk olgu ve bu sendrom hakkındaki güncel bilgiler sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk; dermatit, allerjik kontakt

**ABSTRACT** Baboon syndrome (BS) is a rare form of systemic contact dermatitis. BS is characterized by erythematous eruption of gluteal region, genital area and the other flexural areas. BS was firstly identified as an eruption which has a characteristic distribution caused by a variety of allergens such as ampicillin, nickel and mercury. Drugs, metals and natural products may cause BS whether or not previous sensitization occurs. The term SDRIFE (Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema) was used to separate the cases occurring after systemic drug intake from BS. BS is rare in childhood. We present two children with the diagnosis of BS and review of the literature.

**Key Words:** Child; dermatitis, allergic contact

**Türkiye Klinikleri J Pediatr 2014;23(3):153-6**

**B**aboon sendromu (BS), ilk defa 1984 yılında Anderson ve ark. tarafından ampisilin, nikel ve civa gibi çeşitli allerjenler ile oluşan karakteristik yayılımı olan bir erüpsiyon olarak tanımlanmıştır. Gluteal ve genital bölgeye yerleşen canlı kırmızı renkte, iyi sınırlı erüpsiyon Baboon maymununun kırmızı renkli gluteal bölgesini hatırlatması nedeniyle BS olarak tanımlanmıştır.<sup>1</sup> İlaçlar, metaller ve doğal ürünler daha önce sensitizasyon olsun ya da olmasın BS'ye neden olabilirler.<sup>2</sup>

2004 yılında Hausermann ve ark. simetrik ilaç ilişkili intertriginöz ve fleksural ekzantem [Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE)] terimini sistemik ilaç alımı sonrası gelişen olguları BS'den ayırmak amacıyla kullanmışlardır. BS'de kontakt allerjenin sistemik

absorbsiyonu söz konusudur. SDRIFE'de ise kontakt allerjen maruziyeti yoktur. SDRIFE'de önceden sensitizasyon olmasına gerek yoktur. SDRIFE tanı kriterleri; 1) Sistemik ilaç maruziyeti, ilk veya tekrarlayan dozlarda (kontakt allerjen olmaması), 2) En az bir intertriginöz/fleksural bölge tutulumu, 3) Gluteal/perianal bölgede keskin sınırlı eritem ve/veya inguinal/perianal bölgede V-şeklinde eritem, 4) Tutulan alanların simetrik olması ve 5) sistemik semptom ve işaretlerin olmamasıdır.<sup>3</sup>

## OLGU SUNUMLARI

### OLGU 1

Bir yaş 11 ay erkek; boğaz ağrısı, tonsillerinde hiperemi ve hipertrofi olması nedeniyle asetaminofen kullanan hastada, bir gün sonra gluteal bölge, koltuk altı ve boyun bölgesinde makülopapüler döküntü gelişmiş. Kızıl olabileceği düşünülerek dış merkezde amoksisilin klavulonat tedavisi başlanmış. Bir gün sonra hastanın göz çevresi, ağız çevresi, boynunda kızarıklıkları oluşmuş ve kızarıklık tüm katlantı bölgeleri ve gövdeye yayılmış. Hastanın ateş ve civa ile temas öyküsü yoktu. Bireysel ve ailesel ilaç allerjisi öyküsü yoktu.

Fizik muayenede; perioral, periorbital bölge, tüm katlantı bölgelerinde, gövde ön ve arka yüzü ile gluteal bölge ve uyluk arkasında eritemli plak ve makülopapüler lezyonlar, perioral hafif enfekte sarı skuamli deskuamasyon, intergluteal bölgede periferik deskuamasyon gösteren küçük plağı mevcuttu. Oral mukozası ve diğer sistem muayenesi doğaldı.

Laboratuvar testlerinde; Epstein Barr virüs (EBV), sitomegalovirüs, parvovirüs ve rubella serolojisi negatif saptandı. Boğaz, kan ve idrar kültürleri negatifti. Tam kan sayımı, anti-streptolizin O (ASO), C-reaktif protein (CRP) normaldi. Periferik kanda absolü eozinofil sayısı 430/ $\mu$ L idi. Başvurudan altı hafta sonra genel aeroallerjenler ve besin allerjenleri ile deri prik testinde duyarlılık saptanmadı, amoksisilin klavulonat ile yapılan yama testi negatifti. Hastamızın ailesi oral provokasyon yapılmasını kabul etmedi.

Olgumuzda amoksisilin ve parasetamol oral alım öyküsü mevcuttu. Laboratuvar testleri nor-

maldi, ateş gibi sistemik bulgusu yoktu. Simetrik yayılım gösteren eritem ve fleksural tutulumu mevcuttu. Hastamızda mevcut bulgularla amoksisilin veya asetaminofen ile ilişkili SDRIFE olabileceği düşünüldü. Literatürde SDRIFE en sık antibiyotiklerle, antibiyotiklerden de amoksisilin ile bildirilmiştir. Ancak asetaminofen ile gelişen çocuk olguya rastlanmadı. BS'de yama testi pozitiflik oranı SDRIFE için %52 bildirilmiştir. Yama testinin negatif bulunması ile amoksisilin ilişkili SDRIFE dışlanamamıştır. Hastamızda SDRIFE'nin öncelikli olarak amoksisiline bağlı gelişmiş olabileceği düşünüldü. Hastamıza topikal steroid ve sistemik antihistaminik tedavisi önerildi.

### OLGU 2

Dört yaş altı ay erkek; atopik dermatit nedeniyle daha önce takip edilen boyun bölgesinde hafif kuruluk dışında şikâyeti olmayan hastanın üç gündür devam eden gluteal bölgede ve fleksural bölgelerinde kızarıklık olması nedeniyle kliniğimize getirildi (Resim 1). Bir hafta öncesinde hafif burun akıntısı olmuş, lokal veya sistemik ilaç kullanım öyküsü ve ateşi olmamıştı. Civa ile temas öyküsü yoktu.

Fizik muayenede gluteal bölgede eritem ve deskuamasyon, inguinal ve aksiller bölgesinde eritem, boyun bölgesinde kserozis kollarda ve ellerde eritemli makülopapüler döküntüleri mevcuttu.

Laboratuvar testlerinde; EBV, CMV, rubella, parvovirüs serolojisi negatifti. ASO ve CRP normal



**RESİM 1:** Olgu-2'ye ait görüntü.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/pediatric-dergisi/1300-0381/>)

bulundu. Periferik kanda absölu eozinofil sayısı 170/ $\mu$ L idi Boğaz ve idrar kültürlerinde üreme olmadı.

Başvurudan altı hafta sonra genel aeroallerjenler ve besin allerjenleri ile deri prik testinde duyarlılık saptanmadı.

Olgumuzda burun akıntısı öyküsü olması, ateş ve sistemik semptomlarının bulunmaması ve laboratuvar testlerinin normal olması, topikal veya sistemik ilaç kullanım öyküsü olmaması, boyun bölgesindeki ekzema bölgesinde artış olmaması, tipik yayılım paterni göstermesi nedeniyle hastada enfeksiyon ilişkili BS (üst solunum yolu enfeksiyonu) olabileceği düşünüldü. Hastamıza topikal steroid ve sistemik antihistaminik tedavisi önerildi.

## TARTIŞMA

BS, çocuklarda nadir görülmektedir. Patogenezi net bilinmemektedir, T hücre aracılı gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmektedir. Yama testi pozitifliği, immünohistokimyasal çalışmalarda CD4+ T hücre infiltrasyonu olması, lenfosit transformasyon testi pozitifliği bu görüşü desteklemektedir.<sup>4,5</sup>

2010 yılında Miyahara ve ark.nın tanımladığı BS klasifikasyonu:

**1) Klasik BS;** ilaç dışı; civa, nikel, zehirli sarmaşık, peru balsamı gibi kontakt allerjenle önceden sensitizasyon sonrası gelişir.

**2) Topikal ilaç ilişkili BS;** ampisilin, 5-Aminosalisilik asit, bufexamac, cinchocaine

**3) Sistemik ilaç ilişkili BS;** etilendiamin, neomisin, nistatin, eritromisin, prednizolon, metilprednizolon, betametazon, deksametazon, hidrokortizon, cloprednol kullanımı sonrasında bildirilmiştir.

Topikal ve sistemik ilaç ilişkili BS kontakt allerjenik ilaç ilişkilidir. Önceden ilaçla sensitizasyon mevcuttur. Kontakt ilaç ilişkili BS olan hastaların hepsinde yama testi pozitif saptanır.

**4) SDRIFE;** antibiyotikler en sıklıkla beta-laktam antibiyotikler, özellikle de amoksisilin etken

olarak bulunmuştur. Kortikosteroidler, radyo-kontrast maddeler, monoklonal antikorlar, psiko-farmatikler ve diğer ilaçlar (simetidin, allopurinol, heparin, intravenöz immünglobulin, naproksen, psödoefedrin, salisilat, valasiklovir, terbinafin) ile de bildirilmiştir. Kontakt allerjen maruziyeti yoktur ve önceden sensitizasyon olmadan da gelişebilir.

**5) Enfeksiyon ilişkili BS;** *Streptococcus pyogenes*, parvovirüs B19 ve "common cold" ile gelişen üç olgu bildirilmiştir. Bu üç olgu da Japonya'dan bildirilmiştir.

**6) Baboon sendromu benzeri patern;** gluteal bölgeyi etkileyen diğer enfeksiyonlar veya dermatozlar için tanımlanmıştır, henüz bu isimlendirmede kesinlik yoktur. Bazı araştırmacılara göre bu dermatozların isimleri mevcuttur ve BS benzeri patern olarak sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmamaktadır. Örneğin; erizipel, intertrigo, diaper dermatit, ve stafilokokal haşlanmış deri sendromu BS benzeri patern olarak sınıflanmıştır.<sup>6</sup>

BS; gluteal, anogenital bölgede difüz eritem ile karakterizedir, eritem keskin sınırlıdır.<sup>7</sup> BS'de nadiren boyun, yüz ve dudaklar da etkilenebilir. Bir hastanın ayak parmakları arasında bül bildirilmiştir.<sup>2</sup> Genellikle sistemik semptomlar gözlenmez, nadir olarak civa maruziyeti sonrası BS gelişen olgularda karın ağrısı, ateş, ishal, susuzluk, halsizlik görülebilir.<sup>8</sup> İlaç alımından erüpsiyonların çıkmasına kadar geçen süre saatler ile günler arasında değişebilir.<sup>9,10</sup> Tanı özellikle fleksural bölgelerde difüz simetrik eritem, üst anteromedial uylukta V- şeklinde eritem görülmesi ile konulur. Önceden ilaç kullanımı, metal maruziyeti, kırık civalı termometre ile temas öyküsü tanıyı desteklemesi açısından yararlıdır.

Çoğu olguda kan biyokimyası ve kan sayımı normaldir, bazı olgularda özellikle civa maruziyetine bağlı gelişen BS'de eozinofili, lökositoz ile birlikte CRP yüksekliği ve hafif proteinüri gözlenebilir.<sup>11</sup>

Çoğu olguda histopatolojisinde spesifik olmayan değişiklikler mevcuttur, genellikle süperfisiyal perivasküler monositik infiltrasyon gözlenir, bazı

olgularda eritrosit, nötrofil ve eozinofilik infiltrasyon ile birlikte dermal ödem ve spongiozis bildirilmiştir. Periodik acide-schiff (PAS) boyama fungal etkenler açısından negatiftir.<sup>2</sup>

Yama testi, BS tanısı için gerekli olsa da pozitif test oranı yüksek değildir. Yama testi pozitiflik oranı civa ilişkili BS'de %82, kontakt allerjenik ilaç ilişkili BS'de %100, SDRIFE'de ise %52 olarak belirlenmiştir.<sup>2,3,12</sup>

SDRIFE'de geç intradermal testlerin sensitivitesi ve spesifitesi bilinmemektedir.<sup>3</sup>

Sistemik semptomlar, laboratuvar ve biyopsi bulguları nonspesifiktir.<sup>2</sup>

Oral provokasyon testi tanı için altın standart olsa da şüpheli ilacın sistemik olarak alınması daha şiddetli reaksiyonlara neden olabilir. Psödoefedrin ile yama testi sonrasında bile alevlenme

gösteren olgu sunulmuştur.<sup>13</sup> Bu nedenle uzmanlar tarafından gerekli olgularda yapılmalıdır.

BS genellikle iyi seyirlidir. Kendiliğinden deskuamasyon ile bir-iki haftada düzelir, hiperpigmentasyon bırakmaz. Topikal steroidler ve sistemik antihistaminikler semptomatik rahatlama sağlar. Bazı olgularda kısa süreli steroid tedavisi gerekli olabilir.<sup>6</sup>

Sonuç olarak, pediatri pratiğinde döküntülü hastalıklar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Döküntü ile başvuran hastada, ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile yanlış tanı veya esas hastalığın gözden kaçırılması önlenmelidir. Özellikle tipik lezyon dağılımı gösteren çocuk olgularda (nadir de olsa) BS olabileceği düşünülmelidir. BS'nin etiyolojik etkenler ve bunların uygulama şekline (topikal/sistemik) göre sınıflandırılmasının pratik uygulamada yararlı olabileceğini düşünüyoruz.<sup>3</sup>

## KAYNAKLAR

- Andersen KE, Hjorth N, Menné T. The baboon syndrome: systemically-induced allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1984;10(2): 97-100.
- Wolf R, Orion E, Matz H. The baboon syndrome or intertriginous drug eruption: a report of eleven cases and a second look at its pathomechanism. *Dermatol Online J* 2003;9(3):2.
- Häusermann P, Harr T, Bircher AJ. Baboon syndrome resulting from systemic drugs: is there strife between SDRIFE and allergic contact dermatitis syndrome? *Contact Dermatitis* 2004;51(5-6):297-310.
- Arnold AW, Häusermann P, Bach S, Bircher AJ. Recurrent flexural exanthema (SDRIFE or baboon syndrome) after administration of two different iodinated radio contrast media. *Dermatology* 2007;214(1):89-93.
- Barbaud A, Tréchet P, Granel F, Lonchamp P, Faure G, Schmutz JL, et al. A baboon syndrome induced by intravenous human immunoglobulins: report of a case and immunological analysis. *Dermatology* 1999;199(3): 258-60.
- Miyahara A, Kawashima H, Okubo Y, Hoshika A. A new proposal for a clinical-oriented subclassification of baboon syndrome and a review of baboon syndrome. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2011;29(2):150-60.
- Lachapelle JM. The spectrum of diseases for which patch testing is recommended. In: Lachapelle JM, Maibach HI, eds. *Patch Testing and Prick Testing: A Practical Guide Official Publication of the ICDRG*. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer-Verlag; 2009. p.7-31.
- Oh CK, Jo JH, Jang HS, Kim MB, Kwon YW, Kwon KS. An unusual case of mercurial baboon syndrome from metallic mercury in a broken industrial barometer. *Contact Dermatitis* 2003;49(6):309-10.
- Daito J, Hanada K, Katoh N, Katoh S, Sakamoto K, Asai J, et al. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema caused by valacyclovir. *Dermatology* 2009; 218(1):60-2.
- Dogru M, Ozmen S, Ginis T, Duman H, Bostanci I. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (baboon syndrome) induced by amoxicillin-clavulanate. *Pediatr Dermatol* 2012;29(6):770-1.
- Wen L, Yin J, Ma DL, Lanier B. Baboon syndrome induced by mercury - first case report in China. *Contact Dermatitis* 2007;56(6):356-7.
- Moreno-Ramírez D, García-Bravo B, Pichardo AR, Rubio FP, Martínez FC. Baboon syndrome in childhood: easy to avoid, easy to diagnose, but the problem continues. *Pediatr Dermatol* 2004;21(3):250-3.
- Sánchez-Morillas L, Reaño Martos M, Rodríguez Mosquera M, Iglesias Cadarso A, Pérez Pimiento A, Domínguez Lázaro AR. Baboon syndrome due to pseudoephedrine. *Contact Dermatitis* 2003;48(4):234.