

Zespół pawiana. Symetryczna, wyprzeniowa i zgięciowa osutka wywołana lekiem

Baboon syndrome. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema

Anastazy Omulecki, Irmína Olejniczak-Staruch, Jolanta Dorota Torzecka

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Anna Sysa-Jędrzejowska

Przegl Dermatol 2013, 100, 265–268

SŁOWA KLUCZOWE:

zespół pawiana, symetryczna, wyprzeniowa i zgięciowa osutka wywołana lekiem, odczyn polekowy.

KEY WORDS:

baboon syndrome, symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema, drug-induced reaction.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

lek. med. Irmína Olejniczak-Staruch
Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Krzemieniecka 5
94-017 Łódź
tel.: +48 42 868 79 81
faks: +48 42 688 45 65
e-mail: olejniczak.staruch@gmail.com

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Zespół pawiana to rzadka jednostka chorobowa, którą po raz pierwszy opisali Andersen i wsp. w 1964 r. Charakteryzuje się pojawieniem zmian rumieniowych na pośladkach oraz w okolicach wyprzeniowych i zgięciowych po parenteralnym wprowadzeniu alergenu.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku zespołu pawiana – symetrycznej, wyprzeniowej i zgięciowej osutki wywołanej lekiem.

Opis przypadku. Mężczyzna, lat 71, ze zmianami rumieniowymi w okolicach wyprzeniowych. Przez 11 tygodni był bez skutku leczony preparatami przeciwgrzybiczymi i glikokortykosteroidowymi. W wywiadzie ustalono, że wystąpienie objawów chorobowych zbiegło się w czasie z podjętym przed tygodniem leczeniem przerostu prostaty preparatem zawierającym terazosynę. Na podstawie wywiadu i obrazu klinicznego rozpoznano zespół pawiana – symetryczną, wyprzeniową i zgięciową osutkę wywołaną lekiem. Potwierdzeniem rozpoznania było ustąpienie zmian w ciągu kilku dni po odstawieniu leku.

Wnioski. Stany zapalne w okolicach wyprzeniowych, oprócz innych ogólnie znanych czynników wywoławczych, mogą być wynikiem odczynu polekowego.

ABSTRACT

Introduction. Baboon syndrome is a rare skin disorder which was first described by Andersen *et al.* in 1964. It is characterized by the development of erythematous lesions localized on buttocks, skin folds and flexural surfaces and it is caused by parenteral allergen intake.

Objective. To present a case of baboon syndrome – symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema.

Case report. We present a case of a 71-year-old patient with erythematous lesions in the intertriginous areas. He was treated for 11 weeks with antifungal and glucocorticosteroid agents with no clinical improvement. The patient's medical history revealed that occurrence of lesions coincided with the onset of terazosin intake due to benign prostatic hyperplasia. On the basis of anamnesis and clinical picture, the diagnosis of symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE) was established. Skin lesions disappeared with a few days after terazosin discontinuation, which confirmed the initial diagnosis.

Conclusions. Inflamed lesions localized on intertriginous areas may, among other well known factors, be caused by drug-induced reaction.

WPROWADZENIE

Termin zespół pawiana (ang. *baboon syndrome*) został wprowadzony przez Andersena i wsp. w 1964 r. [1]. Ten szczególny obraz choroby obejmuje zmiany rumieniowe zajmujące okolice wyprzeniowe i zgięciowe. Choroba wywołana jest przez alergen wprowadzony parenteralnie, na który chory był wcześniej uczulony poprzez miejscową ekspozycję na skórę. Wolf i wsp. [2] byli przekonani, że zespół ten jest szczególną formą układowego kontaktowego zapalenia skóry (ang. *systemic contact-type dermatitis* – SCTD). Jednak nie we wszystkich przypadkach stwierdzano miejscowe działanie alergenu. Miało to miejsce szczególnie u chorych, u których zmiany zespołu pawiana były wywołane lekiem. Dla tych przypadków Hausermann i wsp. [3] wprowadzili nazwę symetryczna, wyprzeniowa i zgięciowa osutka wywołana lekami (ang. *symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema* – SDRIFE).

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie rzadkiego przypadku zespołu pawiana – symetrycznej, wyprzeniowej i zgięciowej osutki wywołanej lekiem.

OPIS PRZYPADKU

Chory, lat 71, emeryt, poza dolegliwościami związanymi z przerostem gruczołu krokowego poważnie nie chorował. Wywiad rodzinny był bez znaczenia.

Przed 3 miesiącami pacjent zaczął przyjmować lek na prostatę zawierający terazosynę, tj. antagonistę receptorów α_1 -adrenergicznych mięśni gładkich. Po upływie tygodnia pojawiły się rumienie w okolicach wyprzeniowych. Przez prawie 3 miesiące pacjent był leczony w różnych ośrodkach preparatami przeciwgrzybiczymi i glikokortykosteroidami, jednak bez efektu.

Podczas badania chorego stwierdzono jaskrawoczerwony rumień, dobrze odgraniczony, zajmujący pośladki, okolice łonową, pachwin, krocza, moszny i dołów pachowych (ryc. 1. A, B, 2.). Pacjent uskarżał się na nieznaczny świąd. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych były prawidłowe. Chory nie wyraził zgody na pobranie wycinka do badania histopatologicznego ani na wykonanie próby ekspozycji. Zlecono odstawienie leku. Po tygodniu zmiany ustąpiły bez dodatkowego leczenia.

OMÓWIENIE

Andersen i wsp. [1] obserwowali 3 chorych uczulonych kontaktowo na rtęć, nikiel i ampicylinę. Po parenteralnym (tj. inhalacyjnym, doustnym lub w postaci iniekcji) narażeniu na ten sam alergen wystąpiły u nich zmiany rumieniowe w pachwinach, na pośladkach i wewnętrznych powierzchniach ud. Obraz ten przypominał czerwone pośladki pawiana, dlatego tę szczególną reakcję uczuleniową autorzy nazwali zespołem pawiana. Po opublikowaniu artykułu dotyczącego powyższych przypadków zaczęły się ukazywać w czasopiśmie, a także w podręczni-



Rycina 1 A, B. Dobrze odgraniczone zmiany rumieniowe w okolicy pachwin
Figure 1 A, B. Sharply demarcated erythematous lesions in inguinal folds

kach coraz liczniejsze opisy tego zespołu [4–7]. Wzbogaciła się jego symptomatologia – opisano chorých, u których zmianami zajęte były większe obszary skóry, tj. zgięcia łokciowe, podkolanowe, doły pachowe i szyja [8]. W obrębie rumienia stwierdzono wykwyty pęcherzykowe i krosty [3]. Pojawiły się doniesienia o przyczynowym działaniu rozmaitych leków, np. aminofiliny [9] czy kwasu 5-aminosalicylowego [10]. Liczne prace dotyczyły sprawczego działania antybiotyków, najczęściej penicylin [11], w tym amoksycyliny [12], ale też innych [13, 14].

Najliczniejszą grupę chorych z zespołem pawiana opisali Wolf i wsp. [2]. Były to przypadki, w których zmiany skórne wywołano działaniem rozmaitych leków. Autorzy zwrócili uwagę na fakt, że u wielu chorych nie można było stwierdzić poprzedniego miejscowego uczulenia na dany lek. Próbowali to wyjaśnić zjawiskiem przypomnienia (ang. *recall phenomenon*), tj. wystąpieniem zmian chorobowych w miejscach zaburzeń immunologicznych wywołanych przebyciem, obojętnie jakiego rodzaju, nawet w odległej przeszłości, zapaleniem, np. zapaleniem pieluszkowym.

W związku z coraz większą liczbą rozpoznawanych przypadków zespołu stało się oczywiste, że ta choroba nie jest jednorodna pod względem patomechanizmu. Zwracają na ten problem uwagę w swojej publikacji Hausermann i wsp. [3]. Według autorów tylko część przypadków jest wynikiem układowego alergicznego kontaktowego zapalenia skóry (ang. *allergic contact dermatitis* – ACD), w których zmiany występują po parenteralnym wprowadzeniu alergenu u osób wcześniej na niego uczulonych miejscowo. W większości przypadków nie stwierdzono wcześniejszego uczulenia miejscowego, a mimo to podanie ogólne leku wywoływało zmiany charakterystyczne dla zespołu pawiana. Tego typu reakcji autorzy nadali nazwę symetryczna, wyprzeniowa i zgięciowa osutka wywołana lekiem (SDRIFE).

Dotychczas opisano już ok. 100 przypadków zespołu pawiana [3]. Z tej liczby 50 było wywołanych lekami, ale tylko u 8 chorych stwierdzono miejscowe uczulenie, a u 42 nie odnotowano kontaktu miejscowego – zmiany ujawniały się po podaniu doustnym lub dożylnym leku. Tego rodzaju przypadki autorzy kwalifikowali jako SDRIFE.

Do najczęstszych przyczyn zespołu pawiana typu ACD należą: metale (rtęć, nikiel, złoto), leki (antybiotyki aminoglikozydowe, glikokortykosteroidy, aminofilina), preparaty pochodzenia roślinnego i balsam peruwiański. Symetryczna, wyprzeniowa i zgięciowa osutka wywołana lekiem jest najczęściej wywoływana aminopenicyliną, antybiotykami β -laktamowymi, niektórymi chemoterapeutykami. Lista tych czynników ciągle się wydłuża. Miahara i wsp. [8] znaleźli w piśmiennictwie 55 różnych sub-



Rycina 2. Rumieniowe zmiany w okolicy moszny
Figure 2. Erythematous eruption in the groin area

stancji odpowiedzialnych za wywołanie klasycznego zespołu pawiana i SDRIFE. Wciąż ukazują się publikacje donoszące o nowo wykrytych czynnikach etiologicznych SDRIFE [15–18].

U przedstawionego mężczyzny chorobę wywołał lek zawierający terazosynę – α_1 -adrenolityk podany doustnie. Nie ma podstaw, aby przypuszczać, że chory mógł być nim wcześniej uczulony poprzez kontakt ze skórą. Dlatego ten przypadek można zaklasyfikować jako SDRIFE. Objawy chorobowe wystąpiły typowo po kilku dniach od zastosowania leku, nie towarzyszyły im dolegliwości ogólne. Zmiany nie ustępowały w ciągu ok. 3 miesięcy, mimo leczenia miejscowego preparatami przeciwgrzybiczymi i glikokortykosteroidowymi. Całkowita remisja nastąpiła po odstawieniu leku. Warto zaznaczyć, że α_1 -adrenolityk nie był dotychczas odnotowany jako przyczyna zespołu.

Podsumowując – w każdym przypadku zmian zapalnych w okolicy wyprzeniowej i w zgięciach, nieustępujących po leczeniu miejscowym należy rozważyć ten szczególny rodzaj reakcji polekowej.

Praca finansowana z funduszy pracy statutowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 503/1-152-01/503-01.

Piśmiennictwo

1. Andersen K.E., Hjorth N., Menne T.: The baboon syndrome systemically-induced contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1984, 16, 97-100.
2. Wolf R., Orion E., Matz H.: The baboon syndrome or intertriginous drug eruption. A report of eleven cases and a second look on its pathomechanism. *Dermatol Online J* 2003, 9, 2-10.
3. Hausermann P., Harr T., Bircher A.J.: Baboon syndrome resulting from systemic drugs: is there strife between SDRIFE and allergic contact dermatitis syndrome? *Contact Dermatitis* 2004, 51, 297-310.
4. Beck M.H., Wilkinson S.M.: Contact dermatitis. [w:] Rook's textbook of dermatology. T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffiths (red.), Blackwell Inc., Oxford, 2004, 1, 20.28.

5. **Bork K.:** Skórne reakcje niepożądane związane ze stosowaniem leków. [w:] Braun-Falco dermatologia. W.H. C. Burgdorf, G. Plewig, H.H. Wolff, M. Landthaler (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, 475.
6. **LeCoz C.J., Boos V., Cribier B.J., Grosshans E.M., Heid E.:** An unusual case of mercurial baboon syndrome. *Contact Dermatitis* 1996, 35, 112.
7. **Audicana M., Bernedo N., Gonzalez I., Munoz D., Fernandez E., Gastaminza G.:** An unusual case of baboon syndrome due to mercury present in a homeopathic medicine. *Contact Dermatitis* 2001, 45, 185.
8. **Miahara A., Kawashima H., Okubo Y., Hoshika A.:** A new proposal for clinical-oriented subclassification of baboon syndrome and review of baboon syndrome. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2011, 29, 150-160.
9. **Guin J.D., Fields P., Thomas K.L.:** Baboon syndrome from i.v. aminophylline in a patient allergic to ethylendiamine. *Contact Dermatitis* 1999, 40, 170-171.
10. **Gallo R., Parodi A.:** Baboon syndrome from 5-aminosalicylic acid. *Contact Dermatitis* 2002, 46, 110.
11. **Panhans-Gross A., Gall H., Peter R.U.:** Baboon syndrome after oral penicillin. *Contact Dermatitis* 1999, 41, 352-353.
12. **Dogru M., Ozmen S., Ginis T., Duman H., Bostanci I.:** Symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema (baboon syndrome) induced by amoxicillin-cloxacillin. *Pediatr Dermatol* 2012, 29, 770-771.
13. **Amichai B., Grunwald M.H.:** Baboon syndrome following oral roxithromycin. *Clin Exp Dermatol* 2002, 27, 523.
14. **Can C., Yazicioglu M., Ozdemir P.G., Kilavuz S., Tastekin E.:** Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema induced by two different antibiotics. *Allergol Immunopathol (Madr.)* 2012 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2012.10.005>.
15. **Elmariah S.B., Cheung W., Wang N., Kamino H., Pomeranz M.K.:** Systemic drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE). *Dermatol Online J* 2009, 15, 3.
16. **Powers R., Gordon R., Roberts K., Kovach R.:** Symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema secondary to topical 5-fluorouracil. *Cutis* 2012, 89, 225-228.
17. **Rao A., Francis N., Morar N.:** Clozapine-induced symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema: first reported cases. *Br J Dermatol* 2012, 166, 1142-1143.
18. **Treudler R., Simon J.C.:** Symmetric, drug-related, intertriginous and flexural exanthema in a patient with polyvalent intolerance to corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2006, 118, 965-967.

Otrzymano: 10 VI 2013 r.
Zaakceptowano: 29 VII 2013 r.