

Gebelik Dermatozları

Ömer Nicat ÇOBANOĞLU*

ÖZET

Bu makalede gebelikte görülen çeşitli deri bozukluklarının ve bunların tedavisinin bir tartışması yapılmaktadır. Bu deri hastalıkları 3 gruptur.

- I. Gebelikte görülen normal deri değişiklikleri.*
- II. Gebeliğe has deri hastalıkları.*
- III. Gebelikte görülen diğer deri değişiklikleri.*

SUMMARY

Pregnancy Dermatoses

In this review article, various skin disorders that are seen in pregnancy and their management are discussed and categorised in 3 groups.

- I. Normal cutaneous changes that are seen in pregnancy.*
- II. Skin disorders that are specific to pregnancy.*
- III. Other cutaneous changes that can be seen in pregnancy.*

Gebelik, fizyolojik bir olaydır. Fakat endokrin mekanizmada ve immün toleransta bir takım değişiklikler meydana geldiği için, gebelik esnasında deride çeşitli yollarla bir takım normal sayılmayan görünümlemeler olmaktadır. Bu normal sayılmayan kutanöz değişiklikleri 3 ayrı grup içinde değerlendirmek gerekir. Birincisi gebelerin büyük bir çoğunluğunun yaşadığı ve normal kabul edilen cilt değişiklikleri; ikincisi gebeliğe özel olarak ortaya çıkan dermatozlar; üçüncüsü ise daha önceden mevcut olup, gebelik ile menfi olarak etkilenen dermatozlardır¹.

* Ankara Z.T.B. Doğumevi Başasistanı.

I. GEBELİKTEKİ NORMAL KUTANÖZ DEĞİŞİKLİKLER:

Pigmentasyonlar: Tüm gebelerde çeşitli seviyelerde gözlenir; esmer olanlarda sarışınlarla nazaran daha belirgindir. Jeneralize olabileceği gibi, genellikle lokalize melanin hiperpigmentasyonu şeklinde meme uçları ve areolalarda, umbilikusta, linea albanın linea migraya dönüşümünde, aksillalarda, vulvar ve perianal bölgelerde sıklıkla gözlenir. Melanin stimulan hormonun pigment artımına etkisinin yanında hiperpigmentasyondan esas olarak östrojen ve progesteron hormonları sorumlu tutulmaktadır. Doğum olayı ile beraber bu değişiklikler silinirler, ancak koyu renkli bir cilde ve kompleksiyona sahip olanlarda hiperpigmentasyon çeşitli seviyelerde kalıcı bir özellik kazanabilir. Chloasma olarak belirtilen gebelik maskesi, bugün daha doğru bir terminoloji ile melasma şeklinde isimlendirilmiştir. Melasma alın, yanaklar, temporal bölge ve üst dudağı kaplayan irregüler melanin hiperpigmentasyonudur. Tedavisi tatminkar değildir. % 2'lik hydroquinone topikal uygulanmasından fayda sağlanabilir².

Gebelik öncesi mevcut olan nevuslarda gebelik süresinde renklerinde koyulaşma, ebadlarında büyüme gözlenir. Ancak gebelik sonlandığında spontan regresyon vuku bulur.

Saç:

a) Dökülme; çoğu kadında doğumdan sonraki 3-4. aylarda saçlar total dökülürler. Fakat spontan olarak tekrar yerine gelirler. Halbuki gebelik döneminde saçlardaki normal anagen-gelişme fazında uzama meydana gelir. Ancak doğum sonrasında telogen fazındaki kılların sayısı artar ve bunlarda dökülmeler gözlenir. Bu olay, özellikle frontal bölgede postpartum 6 ilâ 24 haftalık süre içinde belirgindir. Doğum sonrası 6. ayda ise normale dönüş saptanır³.

b) Hirsutismus: Plasentada androjen inaktivasyon kapasitesinin azalması, ovarial lutein hücrelerinin hiperplazisi, steroid sentezindeki bir blok neticesi androjen ifrazında artmaya bağlı olarak gelişebilir. Hirsutizm her gebelikte nükseder ve tam olarak silinmez (gerilemez). Bazen özellikle genetik istidadı olanlarda hipertrikozis (hypertrichosis) olabilir. Bazı kadınlarda kaşlar, gebeliğin ikinci ayından itibaren büyür ve doğumdan sonra geriler.

c) Acne olur ve şiddetlenir.

d) Stillbirth hızı artar (b'deki nedenlerle olurlar).

e) Foetal malformasyon olur.

Konnektif Doku: Göğüsler ve batin alt kadranında ilk bakışta pembe-mor olan renkleri daha sonra sedefi beyaza dönüşen stria gravidarumlar birçok gebe kadında görülür. Striaların oluşumunda genetik yapı ve adrenokortikal hiperaktivite predispozan faktör olarak kabul edilmiştir. Hiçbir zaman tamamen kaybolmazlar¹.

Vasküler Sistem: Cilde ait vasküler sistem permeabilitesinde ve vasküler proliferasyonda gebelik döneminde artış vardır. Vajinal vestibul ve mukozada lokal venöz konjesyon tespit edilir. Palmar, hipotenar ve tenar bölgelerde irregüler

eritemler bulunabilir. Vulvar ve rektal bölgede venöz varikositeler gözlenir. Bu değişiklikler postpartum dönemde azalır veya tamamen ortadan kaybolurlar¹.

Vasküler değişiklikler, östrojen artımına bağlıdır ve bir bakıma sirozdakilere benzerler. Şöyle ki:

a) *Spiders Naevus*: 2-5. aylar arasında oluşur. Beyaz tenli kadınların % 70'inde görülür. Doğumdan sonra 3 ay içinde kaybolur. Eller, kollar, yüz, boyun ve göğüste dikkati çeker.

b) *Palmar Erythema*: Beyaz tenli kadınların % 70'inde vardır. Thenar ve Hypothenar bölgeler kızarır; doğumdan sonra geriler.

c) *Haemangiomas*: 3. aydan sonra ve gebelerin % 5'inde görülür. Hem deride hem de mukozada olur. Doğuma kadar büyür, sonra küçülür (erir).

d) *Ödem*: Gebelerin % 50'sinde mutad olarak göz kapakları, bazen yüz, ayaklar ve eller şişerler. Gode bırakmazlar ve gündüz azalır.

Bütün bu belirtiler sirozdakine oranla daha hafif olabilirler.

Terleme:

a) Apocrine terleme azalır.

b) Palmer terlemede de azalma vardır. Fakat obezite nedeniyle özellikle occrine terleme artar. Böylece Sudamina ve İntertrigo (sıcak havada) fazlaşır.

Gingivitis: Diş etlerinde gebeliğin 2. ayından sonra % 80 kadında değişiklikler olur veya mevcut değişiklikler şiddetlenirler. Hiperemi ve hipertrofi görülür.

II. GEBELİĞE SPESİFİK DERMATOZLAR:

Genel olarak sebep-etki ilişkisi nedeni ile bir kısım dermatozlar gebeliğe bağlanmıştır. Bu antitelerin bir kısmının tabiatı gayet belirgin olup, bir kısmında ise alta yatan gerçek mekanizma tam olarak aydınlatılamamıştır.

Herpes Gestationis: Nadir, fakat şiddetli bir gebelik komplikasyonudur. Genellikle gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde ortaya çıkıp, birçok vakada postpartum birkaç hafta içinde spontan olarak gerileyen değişik morfolojik görünümle karakterize yaygın, pruritik otoimmün bir dermatozdur. Oldukça nadir bir antite olup, yaklaşık 300 ilâ 5000 gebelikte bir görülür. Müteakip gebeliklerde mutad olarak tekrarlar. Seyrek bir şekilde lohusalık döneminde de başlayabilir. Kaşıntı ilk ve genel bir belirtidir. Klinik yapıda lezyonlar, eritematöz-ürtikerize plâklarla periferide yer alan veziküller ve büllöz yapılar ile karakterizedir. Plaklar çevrelerinde yeni veziküller ve büller oluşturarak genişlerler. İlk lezyonlar bir iki hafta içinde spontan olarak gerilerken yerlerine yenileri gelişir. Genellikle postpartum birkaç gün ile 4 hafta arasında spontan olarak kaybolurlar. Nadiren doğum sonrası 4 ay ile 1 yıl arasında devam eden vakalar yazılmıştır^{3,7,8}. Bir sonrakı gebelikte nüks etme riski mevcuttur. Teşhis, ayırıcı tanıda eritema multiforme ve ilâç reaksiyonları ekarte edilerek gebelik esnasında ortaya çıkan karakteristik lezyonlar ile yapılır. Histolojik olarak herpes gestationis lezyonları sube-

pidermal yapıda olup perivasküler bölgede lenfositik hücreleri ve eozinofilleri içerir. Direkt immünofloresan teknik ile lezyonla normal deri sınırında IgG ve linear C₃ bandı tesbit edilir^{4,5,6}.

Belirtiler etrafta, daha az olarak gövdede yerleşirler. Hastalık, kısa aralarla alevlenme ve iyileşmeler gösterir. Kaşıntı bazen o kadar şiddetli olabilir ki, mental bozukluklara yol açabilir. Alevlenme sırasında 41°C'ye varan ateş olur.

Hastaların % 20'sinde ağız da tutulur. Bazen bu hastaların çocukları herpetiform erupsiyonlu olarak doğabilirler. Fakat belirtiler tedavi edilmeksizin birkaç hafta içinde iyileşirler. Nadir olarak iyileşmeyi takip eden ilk menstrüasyonda tekrar nüks edebilir veya kontraseptif alımından sonra da meydana gelebilirler.

Kolody, maternal-fetal morbidite ve mortalitede belirgin bir artış olmadığını bildirmiştir⁷. Lawley ise bu hastalıktan ölü doğum oranının % 7,7 ile normale göre 6 misli, prematür doğum oranının ise % 23 ile normal kabul edilen seviyeye göre 3 misli fazla olduğunu rapor etmiştir^{4,8}.

Tedavide kortikosteroidler kullanılır. Hastalık, 40-60 mg/gün yüksek başlangıç dozunu takiben 10-20 mg/gün prednison ile kontrol altına alınabilir. 1. trimesterde ilaç kullanımına gerek olmadığından fetal malformasyon tehlikesi yoktur. Ancak hastalar aşırı kilo alımı, sıvı retansiyonu ve hipertansiyon yönünden yakın takibe alınır. Bazı vakalarda topikal antibiyotik ve destekleyici tedavi faydalı olur. Hastalığın prognozu iyi olup birçok vakada postpartum birkaç haftalık tedavi yeterlidir^{1,5}. En etkili ilaçlardan birisinin günde 400 mg pyridoxine olduğu da bildirilmiştir.

İmpetigo Herpetiformis: Gebelik dermatozları içinde yer alan oldukça ciddi, ancak nadir gözlenen inflamatuvar bir dermatitis olup penfigus vulgaris'i anımsatır. Hastalık, şiddetli, yüksek ateşli bir infeksiyona benzer. Gebeliğin her döneminde veya puerperiumda meydana çıkabilir. Karakteristik olan cihet, hipokalsemi bazen de tetani eşliğinde ve eritematöz bir zemin üzerinde gelişen yüzeysel steril püstüle lezyonların izlenmeleridir. Fatal yapıya bürünebilecek olan bu ciddi hastalığa ait 100 kadar vaka bildirilmiştir¹.

Eritem ve püstüller çok yaygındır. Püstüller ter bezlerinin ağızlarındadır. Sebebi belli değildir. Genellikle gebeliğin son üç ayında başladığı için hormonlarla ilişkisi üzerinde durulur.

Klinikte lezyonlara değişik seviyelerdeki pruritis iştiraki söz konusudur. Deri belirtileri kıvrım yerlerinde başlar. Lezyonlar eritematöz maküller halinde başlayıp 24 saat içinde 1-2 mm saplı yüzeysel steril papüller haline dönüşürler. Lezyonlarda çözülme deskuamasyon ile meydana gelir. Püstüller ortalarından kuruyup gerilerken çevreye doğru yayılırlar. Püstül yerlerinde erode alanlar üzerinde kabuk veya vejetasyonlar gelişebilirler. Lezyonlar bir taraftan iyileşirken, diğer taraftan yenileri çıkar. İyileşenlerin yerlerinde kırmızı kahverengi pigmentasyon kalır. Lezyonlar bazen dil, ağız ve yutak mukozasında da olabilirler. Genel olarak batın alt kısmı, ingüinal bölgeler, genital ve periumbilikal alanlar, göğüsler arası en sık etkilenen alanlardır. Klinikte taşikardi, lökositoz, kusma ve elektrolit inbalansı -hipokalsemi- öne geçebilir. Yüksek ateşle seyreden vakalar-

da delirium, diyare ve kusmaya sık rastlanır. Letarji, tetani ve konvülsiyonlar ile ölüm meydana gelebileceği gibi genellikle hastaların büyük bir kısmında doğum sonrası spontan iyileşme gözlenir. Pistüllerin histolojik muayenesinde stratum corneum altında ve dermiste perivasküler yapıda nötrofil kümeleri saptanır. Teşhis, jeneralize eritematöz lezyonları hızla kaplayan yüzeyel steril pistüllerin gözlenmesi ile yapılır. Biyopside epiderm içinde spongiöz fistüller ile teşhis teyit edilir^{1,9}.

Bütün bu durumlar olurken çocuk düşebilir veya ölebilir. Impetigo herpetiformis, cilt hastalıklarının en ağırlarından birisidir.

Tedavide oral kortikosteroidlerle fayda sağlanır. Hipokalsemi düzeltilir. Gebe olmayanlarda uzun süreli methotrexate ve tetrasiklin tedavisi etkilidir. İnfeksiyonu önleme açısından antibiyotik kullanılabilir. İdrar pregnanediol, pregnanetriol, dehydroepiandrosteron seviyeleri ölçülerek ve pulmoner matürite sağlandığından fetal kaybı önlemek amacı ile C/3 önerilir^{1,9}.

Gebelik Papüler Dermatitisi: İlk kez Sparglo tarafından tarif edilen bu hastalık, jeneralize pürörotik papüler lezyonlar ile karakterize olup, 2-3:10000 doğumda gözlenir. Literatürde yazılmış toplam 15 vaka vardır. Erozyon, 3-5 mm çapındaki eritematöz papül ile bunların apeksinde yer alan daha küçük bir papül ile karakterizedir. Lezyonlar 7 ilâ 10 gün içinde geride hiperpigmente odaklar bırakacak şekilde spontan olarak iyileşirler¹⁰. Gebeliğin ilk ile son ayı arasında herhangi bir dönemde rastlanabilir. Postpartum erken dönemde iyileşme gösterebilir. Bir sonraki gebelikte nüks riski yoktur. Klinikte son trimesterde idrardaki hCG seviyesinde artış, plazma kortizol seviyesinde azalma ve plazma kortizol yarı ömründe kısalma ve estriol-idrar seviyelerinde düşme gözlenir. Ölü doğan oranı yüksektir. Postpartum spontan iyileşmenin görülemediği vakalarda D C yapılarak reaksiyone plasental dokuların uzaklaştırılması tedavide etkilidir. Topikal calamine losyon ve oral trimeprazine faydalı bulunmuştur. Bazı vakalarda oral kortikosteroidlere gerek duyulabilir. Tedavinin 1. ilâ 7. gününde pruritis şikayeti ortadan kalkar. İdrar hCG seviyesi normale döner. Doz olarak 40-200 mg/gün prednisone kullanılır¹.

PUPPP - Sendromu (Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy): 1979'da Lawley tarafından gebeliğe özgü olarak bildirilen bu hastalık, batında kırmızı urtikarial papüller ve plaklarla başlayıp kasık ve uyluğa yayılan lezyonlarla karakterizedir. Göğüs ve yüzde lezyonlar gözlenir⁸. Lezyonlar etrafında ince soluk renkli bir hale mevcuttur. Bu sendrom gebeliğin 27. ilâ 40. haftalarında ortaya çıkar ve doğum sonrası 2 hafta içinde spontan olarak kaybolur. Klinikte hematolojik ve üriner tetkik sonuçları normaldir. Tedavide topikal steroidlere verilen cevap minimaldir^{1,8}.

Pruritis Gravidarum (Gebelik İntrahepatik Kolestasis): Jeneralize pruritis söz konusu olup genellikle gebeliğin son trimesterinde ortaya çıkar, sarılıkla birlikte olabilir. Doğumu takiben pruritis ve var ise sarılık ortadan kalkar. Tüm gebelerin % 0.06'sı ilâ % 0.43'ünde görülür. Teşhiste spesifik lezyonların mevcut olmayışı ve jeneralize pruritis önemlidir. Karaciğer fonksiyon testlerinden alkalen fosfataz ve bilirubinde seyrek olarak artma vardır. Flokülasyon testleri ve

transaminaz seviyeleri normaldir. Ayırıcı tanı diğer karaciğer hastalıkları ile yapılır. Tedavide gebelik döneminde cholestyramine ile fayda sağlanır. Yağdan fakir, antihistamin ve kalsiyum eklenen vitaminli diyetler faydalıdır. Antipruritik losyonlar kullanılabilirler. Postpartum dönemde tedaviye gerek yoktur^{1,11}.

Gebelik Otoimmün Progesterone Dermatitis'i: İlk kez Bierman tarafından 1973 yılında bildirilmiştir. Komedur, papül, pistül ve rezidüel pigmentasyonlu erozyonlar içeren akneiform yapılarla karakterizedir. Biyopsilerde histolojik olarak eozinofilik dermatitis ve panniculitis tesbit edilir. Klinikte eozinofili (% 50), hiperglobulinemi ve gezici artritis göze çarpar. Daha ziyade gebeliğin ilk trimestrinde rastlandığından spontan abortuslar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Hastalığın gebelikteki endojen progesteron yapımına karşı hormon bağımlı hücrel immün cevap nedeni ile oluştuğu ileri sürülmektedir¹¹.

Molluscum Fibrosum Gravidarum (Fibroma molle): Epitelial hiperplazi sonucu göğüs üst kısmı ve boyunda ortaya çıkan deri kalınlaşmalarıdır. Pediküllü olabilirler, inflamatuvar süreç ile ilgili olduğu yazılır. Tedavi olarak koter veya eksizyon uygulaması yapılmaktadır^{1,11}.

Telenjektazi: Ayak bileği ve uylukta gebelik esnasında kapiller dilatasyon sıklıkla görülebilir. Belirli bir şekle sahip olmayan, genellikle ağrısız bulgulardır. Bandaj uygulaması dışında bir tedavisi yoktur. Gebelik sonrası dönemde azalır, ancak tamamen kaybolmazlar. Vasküler spiderler de genellikle yüz, boyun, kollar ve göğüs üst kısmında bulunur ve postpartum dönemde kaybolurlar. Merkezdeki açık kırmızı noktamsı ve bu merkezden çıkan 1-2 mm'lik radial uzantılarla karakterizedirler¹.

III. DİĞER DERMATOZLAR VE GEBELİK:

Gebeliğin nörofibromatosis üzerinde menfi etkisi vardır. Psöriasis vakalarında ise % 50 oranında genellikle remizyon gelişir ve çok az bir kısmında ise hastalığın alevlendiği tesbit edilir. Condyloma accuminata'da gebelik süresinde yayılım ve genişleme bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. BRAUVERMAN, I.M.: The skin in pregnancy. Medical Complications During Pregnancy, 2ⁿ ed. Burrow, G. N., Ferris, T. F. (editors). Saunders, New York, 1982, p. 498.
2. SNELL, R. S.: The pigmentary changes occurring in the breast skin during pregnancy and following estrogen treatment. J. Invest. Dermatol., 43: 181, 1964.
3. TRISNEN, A., PESONEN, S., ZILJACUS, H.: Hormone assays during recurrent excessive hair growth in pregnancy. Acta. Endocrinol. 45: 447, 1964.
4. LAWLEY, T.I., STINGL, G., KATZ, S.I.: Fetal and maternal risk factors in herpes gestationis. Arch. Dermatol., 114: 552, 1978.

5. LOVKINGBILL, D.P., CHEZ, R.A.: Herpes gestationis. Clin. Obstet. Gynecol. 26: 605, 1983.
6. SHURNICK, J. K., BANGERT, J. L., FREEMAN, R.G. et al.: Herpes gestationis: Clinical and histologic features of twenty-eight cases. J. Am. Acad. Dermatol, 8: 214, 1983.
7. KOLODNY, R.C.: Herpes gestationis. Am.J. Obstet. Gynecol., 104: 39-1969.
8. LAWLEY, T. J., HERTZ, K. C., WADE, T. R.: Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. JAMA, 241: 1695, 1979.
9. BEVERIDGE, G. W., HARKNESS, R. A., LIVINGSTONE, J.R.B.: Impetigo herpetiformis in two successive pregnancies. Br. J. Dermatol., 78: 106, 1966.
10. SPANGLER, A.S., REDDY, W., BARDAWIL, W.A. et al.: Papular dermatitis of pregnancy: a new clinical entity. JAMA, 181: 577, 1962.
11. BIERMAN, S.M.: Autoimmune progesterone dermatitis of pregnancy. Arch. Dermatol., 107: 896, 1973.

Op. Gyng. Dr. Ömer Nicat ÇOBANOĞLU
Ankara Z.T.B. Doğumevi Başasistanı
Hamamönü/ANKARA