

Bölüm 43

GEBELİK VE DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Nalan SARAÇ¹

GEBELİK VE DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Giriş

Gebelikte hem fötolasental hormonların hem de maternal hormonların etkisiyle çeşitli endokrin, immünolojik, metabolik değişiklikler oluşmaktadır. Gebelikte oluşan bu değişimler sonucunda deride, ektrin, apokrin, pilosebase ve vasküler sistemlerde hem fizyolojik hemde patolojik değişiklikler gelişebilmektedir(1-10).

Gebelikte görülebilen deri değişiklikleri üç ana başlıkta toplanabilir;

1. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler
2. Gebelikten etkilenen mevcut dermatolojik hastalıklar
3. Gebelik dermatozları (1-10).

I- GEBELİKTE GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER;

Gebelik esnasında oluşan endokrin, metabolik, hematolojik ve mekanik değişiklikler deri ve ilgili yapılara etki ederek fizyolojik değişikliklere sebep olur. Doğum sonrasında geriye dönmesi beklenen bu fizyolojik değişikliklerin anne ve fetus açısından herhangi bir risk oluşturmadığı ancak anne açısından kozmetik sorunlara sebep olabildiği bilinmektedir(1-11). Bu fizyolojik değişiklikler pigment değişiklikleri, konnektif doku değişiklikleri, saç ve tırnak değişiklikleri, vasküler değişiklikler, glanduler değişiklikler, mukoz membran değişiklikleridir(1-11).

1. Pigment Değişiklikleri (hiperpigmentasyon)

Gebelikte en sık görülen fizyolojik değişikliklerdendir ve gebelerin yaklaşık %90'da lokalize veya jeneralize olarak görülebilmektedir. Pigmentasyon artışının patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte gebelik seyrinde oluşan hormon değişikliklerine sekonder melanosit stimulan hormon seviyesinin artması ile olabileceği düşünülmektedir(1-3,6,10). Özellikle normalde de daha pigmente bölgeler olan areola, meme başı, genital bölge, umbilikal, axilla ve inguinal gibi bölgelerde pigmentasyon daha fazla görülebilmektedir(1,2,9-11). En sık görülen bölgelerin linea alba (linea nigra) ve areola çevresinde olduğu bildirilmiştir(11). Ayrıca alın, şakak ve yüz orta kısmında, melazma (kloazma) veya gebelik maskesi denilen, gebelerin yaklaşık %70-75'inde kendini gösteren pigmentasyon artışı da görülebilmektedir(1-4,6,8-10). Melazmanın klinik olarak santrofasial, malar ve mandubular olarak üç paterni, histolojik olarak epidermal ve dermal olarak iki paterni bulunmaktadır(11). Gebelerin yaklaşık %10'undan azında da mandubula ramusu üzerinde hiperpigmentasyon görülebildiği bildirilmiştir(1-3,9,10). Melazmanın deri tipine, görülebilen ışık ve ultraviyole ile maruziyete göre bireyler arasında değişiklik gösterebildiği, beyaz ırkta daha fazla görüldüğü, görülme sıklığının hasta yaşı ve gebelik haftası ile ilgili olarak özellikle 2.ve 3. trimesterde daha fazla arttığı bildirilmiştir(6,9). Güneşten uzak kalma ve güneş koruyucu krem

¹ Uzman Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bölümü, dr.nalan.10@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroglu S ve ark 2008 Gebelik ve deri Nilsel İltir(Ed) Dermatoloji 1165-1176 3. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
2. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson J 2009 Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler (Tanır HM, Şener T Çev Ed) İstanbul: Nobel&Güneş tıp kitabevi Gebeliğin dermatolojik bozuklukları Papoutsis J, Kroumpouzou G (Pata Ö Böl. Çev. Ed), 1178-1192.
3. Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatoloji 2012 second edition İstanbul: Nobel tıp kitabevi Gebelik Dermatolojileri Shornick JK (İnalöz S Çev Ed) 395-402.
4. Pençe B, Kundakçı N, Avşar F. Gebelerde deri değişiklikleri ve dermatozların incelenmesi. T Klin Dermatoloji 1994;4:81-86.
5. Aksakal AB, Gürer MA. Gebeliğin deri hastalıkları üzerine olan etkileri. T Klin Dermatoloji 1998;8:183-188.
6. Bakar Dertlioğlu S, Çiçek D, Uçak H. Gebelikte gözlenen deri değişiklikleri ve gebelik dermatozlarının incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(4):170-174.
7. Ambros-Rudolph CM. Dermatoses of pregnancy – clues to diagnosis, fetal risk and therapy. Ann Dermatol 2011; 23 (3): 265-275.
8. Tunzi M, Gray G. Common skin conditions during pregnancy. Am Fam Physician 2007; 75: 211-8.
9. Panicker VV, Riyaz N, Balachandran PK. A clinical study of cutaneous changes in pregnancy. JEGH 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jegh.2016.10.002>
10. Tyler KH. Physiological skin changes during pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology 2015; (58): 1,119-124.
11. Pomeranz MK. Maternal adaptations to pregnancy: Skin, hair, nails, and mucous membranes. Official reprint from UpToDate www.uptodate.com©2019UpToDate,inc.and/or its affiliates.
12. Özdemir M, Özdemir S. Gebelikte görülen fizyolojik deri değişiklikleri. Dermatose 2006; 5: 22-25.
13. Muzaffer F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy:A Study of 140 cases. Int J Dermatol 1998; 37:429-431.
14. Kumari R, Jaisankar TJ, Mohan D. Clinical study of changes in pregnancy. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2007; 73: 141.
15. McLean MA, Wilson R, Thompson JA. Immunological changes in early pregnancy. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 1992;43:67-72.
16. Vaughan-Jones SA, Hern S, Nelson-Piercy C ve ark. A prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical finding with hormonal and immunopathological profiles. Br J Dermatol 1999; 141: 71-81.
17. MacKie RM, Bufalino R, Morabito A. Lack of effect of pregnancy on outcome of melanoma. Lancet 1991; 337: 653-5.
18. Yell JA, Burge SM. The effect of hormonal changes on cutaneous disease in lupus erythematosus . Br J Dermatol 1993; 129: 18-22.
19. Pomeranz MK. Dermatoses of pregnancy. Official reprint from UpToDate www.uptodate.com © 2019UpToDate,inc.and/or its affiliates. 20.Ambros-Rudolph CM, Sticherling M. Specific dermatoses of pregnancy 2017;68(2):87-94. doi: 10.1007/s00105-016-3922-z.
21. Sadik CD, Lima AL, Zillikens D. Pemphigoid gestationis: Toward a better understanding of the etiopathogenesis. Clin Dermatol 2016; 34:378.
22. Aoyama Y, Asai K, Hioki K, et al. Herpes gestationis in a mother and newborn: immunoclinical perspectives based on a weekly follow-up of the enzyme-linked immunosorbent assay index of a bullous pemphigoid antigen noncollagenous domain. Arch Dermatol 2007; 143:1168.
23. Katz SI. Pemphigoid gestationis (Herpes gestationis). Fitzpatrick's Dermatology of General Medicine'de. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff KK ve ark, NewYork , Mc Graw-Hill,2003; 89: 334-337.
24. Castro LA, Lundell RB, Krause PK ve ark. Clinical experience in pemphigoid gestationis: Report of 10 cases. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 823-828.
25. Al-Mutari N, Sharma AK, Zaki A ve ark Maternal and neonatal pemphigoid gestationis.Clin Exp Dermatol 2004; 29: 202-204.
26. Shornick JK. Dermatoses of pregnancy. Semin Cutan Med Surg 1998; 17:172.
27. Kirtschig G, Middleton P, Bennett C, et al. Interventions for bullous pemphigoid. Cochrane Database Syst Rev 2010; :CD002292.
28. Doğan B, Karabudak Ö. Gebelik ve Laktasyonda Dermatolojik İlaç Kullanımı TURKDERM 2007; 41(1):8-12.
29. Bay Björn AM, Ehrenstein V, Hundborg HH, et al. Use of corticosteroids in early pregnancy is not associated with risk of oral clefts and other congenital malformations in offspring. Am J Ther 2014; 21:73.
30. Aronson IK, Bond S, Fiedler VC, et al. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: clinical and immunopathologic observations in 57 patients. J Am Acad Dermatol 1998; 39:933.
31. Elling SV, McKenna P, Powell FC. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy in twin and triplet pregnancies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14:378.
32. Aractingi S, Berkane N, Bertheau P, et al. Fetal DNA in skin of polymorphic eruptions of pregnancy. Lancet 1998; 352:1898.
33. Beltrani VP, Beltrani VS. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: a severe case requiring early delivery for relief of symptoms. J Am Acad Dermatol 1992; 26:266.
34. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. J Am Acad Dermatol 2006; 54:395.
35. Vaughan Jones SA, Hern S, Nelson-Piercy C, et al. A prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. Br J Dermatol 1999; 141:71.
36. Hillman SC, Stokes-Lampard H, Kilby MD. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. BMJ 2016; 353:i1236.
37. Bellman B, Berman B. Skin diseases seriously affecting fetal outcome and maternal health. In: Skin Changes and Diseases in Pregnancy, Harahap M, Wallach RC (Eds), Marcel Dekker, Inc., New York 1996. p.129.
38. Charles-Holmes R. Skin diseases specifically associated with pregnancy. In: Skin Changes and Diseases in Preg-

- nancy, Harahap M, Wallach RC (Eds), Marcel Dekker, Inc., New York 1996. p.55.
39. Breier-Maly J, Ortel B, Breier F, et al. Generalized pustular psoriasis of pregnancy (impetigo herpetiformis). *Dermatology* 1999; 198:61.
 40. Sheth N, Greenblatt DT, Acland K, et al. Generalized pustular psoriasis of pregnancy treated with infliximab. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34:521.
 41. Puig L, Barco D, Alomar A. Treatment of psoriasis with anti-TNF drugs during pregnancy: case report and review of the literature. *Dermatology* 2010; 220:71.
 42. Robinson A, Van Voorhees AS, Hsu S, et al. Treatment of pustular psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67:279.
 43. Arslanpence I, Dede FS, Gokcu M, Gelisen O. Impetigo herpetiformis unresponsive to therapy in a pregnant adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16:129.
 44. Katsambas A, Stavropoulos PG, Katsiboulas V, et al. Impetigo herpetiformis during the puerperium. *Dermatology* 1999; 198:400.
 45. Bukhari IA. Impetigo herpetiformis in a primigravida: successful treatment with etretinate. *J Drugs Dermatol* 2004; 3:449.