



# Prepubertal/Pediatric Akne

Prof. Dr. Serap Utaş

Fulya Acıbadem Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## Öz

Pilosebace foliküllerin kronik enflamatuvar bir hastalığı olan akne özellikle ergenlik yaşlarındaki çocuklarda sıktır ancak yenidoğan, bebeklik, erken çocukluk, puberte öncesi ve sonrası dönem dahil çocukluğun her döneminde görülebilir. Yenidoğan döneminde daha hafif seyirli ve kolay gerileyen lezyonların yanı sıra çocuklarda da skar oluşumuna neden olacak kadar şiddetli seyir gösteren tablolar görülebilir. Bu yazıda doğumdan 12 yaşına kadar görülen akne formlarından bahsedilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Pediatrik akne, çocukluk aknesi, yenidoğan aknesi

## Abstract

Being a chronic disease of the pilosebaceous follicles, acne is common particularly in children in adolescence, but can also be seen in all periods of childhood including neonatal period, infancy, early childhood, pre- and post-puberty. The lesions have a mild course and can easily recover in the neonatal period, but conditions so severely progressing to cause scars can also be seen in children. This paper deals with acne forms seen in children from birth through 12 years of age.

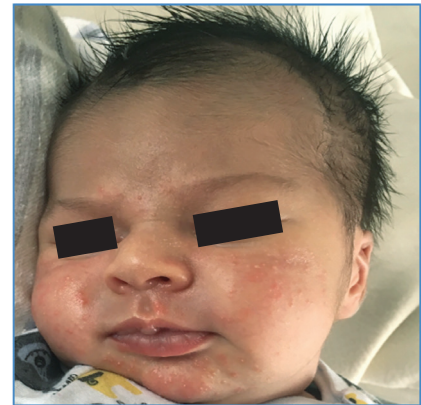
**Keywords:** Pediatric acne, childhood acne, neonatal acne

## Giriş

Akne ergenlik yaşlarındaki çocuklarda sık olsa da yenidoğan, bebeklik, erken çocukluk, puberte öncesi dönem dahil çocukluğun her döneminde görülebilir. Yenidoğan döneminde daha hafif seyirli ve kolay gerileyen lezyonların yanı sıra skar oluşumuna neden olacak kadar şiddetli seyir gösterebilmektedir<sup>1-7</sup>. Pediatrik akne alt tipleri Tablo 1'de görülmektedir<sup>2,3</sup>.

### Neonatal Akne

Yenidoğanların yaklaşık %20'sinde, doğumda veya sıklıkla 4.-6. haftalar arasında, tipik olarak alın, burun ve yanaklarda yerleşmiş hafif eritematöz papülopüstüller şeklinde görülmektedir, boyun ve gövdeye de yayılabilir (Şekil 1). Komedonlar nadirdir (Tablo 2). Erkek çocuklarda daha sıktır<sup>1,2,5</sup>.



**Şekil 1.** Neonatal akne. Alın, yanaklar ve çenede minik papülopüstüler lezyonlar, az sayıda komedonal lezyonlar

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Prof. Dr. Serap Utaş  
Fulya Acıbadem Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
E-posta: seraputas@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5298-7367

Neonatal akne etiyolojisinde, genişlemiş sebace bezlerden sebum salgısının artışı suçlanmaktadır. Fetal adrenal organlar tarafından fazlaca dihidroepiandrosteron (DHEA) yapımı, trans plasental androjen hormonların geçişi ve testislerde hormon yapımı sorumlu tutulmaktadır. Testiküler androjen yapımı adrenal bezler içinde bir uyarı olup hastalığın erkek yeni doğanlarda neden fazla görüldüğünü de açıklayabilir<sup>1</sup>. İlk aylardaki artmış sebum sekresyonu 6. ay civarında bazal seviyelerine döner<sup>6</sup>.

Akneli bebekleri muayene ederken lezyonların tipi ve dağılımı dışında boy, kilo, büyüme eğrileri, kan basınçları, seksüel matürasyon veya virilizasyon belirtilerine de dikkat edilmelidir<sup>3</sup>. Neonatal jinekomastinin normal bir varyant olduğu akılda tutulmalıdır. Şiddetli akne ile birlikte erken seksüel gelişme belirtileri, virilizasyonu ve büyüme anormalliği olan infantlar, altta yatan endokrin hastalık, tümör veya gonadal/overyal patolojiyi ortaya çıkarmak açısından pediatrik endokrinoloğa yönlendirilmelidir<sup>3</sup>.

Neonatal akne genellikle 3-6 ay içerisinde kendiliğinden geriler. Nadiren daha uzun devam edebilir. Hafif olgularda yumuşak bir sabunla günlük yıkama yeterlidir. Dışarıdan uygulanan bebek yağı, krem, pomad ve losyonlardan tabloyu alevlendirebileceği için kaçınılmalıdır. Enflamatuvar lezyonları olan bebeklerde düşük konsantrasyonda benzoil peroksit (BPO) jel veya topikal antibiyotik önerilmektedir<sup>1</sup>. Komedonal lezyonlar için BPO ile kombine veya tek başına topikal retinoid yeterlidir<sup>2</sup>.

Yenidoğanlarda daha çok püstüller lezyonların görüldüğü tablo neonatal sefalik püstülozis olarak adlandırılır. Genellikle yaşamın ilk haftalarında görülen bu tablo yenidoğanların yaklaşık %20'sinde görülmektedir, yüzde çok sayıda eritematöz papül ve püstül bulunur, nadiren saçlı deri, boyun ve göğüs üst kısımlarına yayılabilir (Şekil 2). Komedonların olmaması tanı açısından önemlidir<sup>1,2</sup>.

### İnfantil Akne

İnfantil akne 1-12 ay arasındaki bebeklerde görülür (Tablo 3). Erkek çocuklarda daha siktir. Lezyonlar daha çok açık ve kapalı komedonlardır (Şekil 3), fakat enflamatuvar papül ve püstül, nodül ve kistler görülebilir (Şekil 4). Lezyonlar sıklıkla yüzde yerleşmiştir, ama boyun, sırt ve göğüste de bulunabilir. Hastaların %80 kadarında infantil akne hafif ve orta şiddette seyir izler ve 1-2 yaşına kadar kendiliğinden geçer. Ancak

yıllarca devam eden ve önceden tahmin edilemeyen, aktif lezyonların yıllarca sürdüğü bir seyir de izleyebilir<sup>2</sup>. Skar bırakabilir<sup>1,2</sup>. İnfantil akne de artmış androjen seviyeleri ile ilişkilidir. Hiperandrojenizm açısından taranmalıdır. Hormonal bozukluk düşünülüyorsa pediatrik endokrinoloğa yönlendirilmelidir. Hızlı başlayan infantil akne virilizan tümörleri dışlamak gereklidir<sup>2,5</sup>.



Şekil 2. Neonatal sefalik püstülozis. Yanaklarda papülopüstüller lezyonlar

### Tablo 3. İnfantil akne

Başlangıç yaşı	6 hafta-1 yıl
Morfoloji	Komedonlar, enflamatuvar papül ve püstüller, nodül/kistler, skar
Yayılım	Yüz özellikle yanaklar, göğüs ve sırt
Klinik ipuçları	Testiküler büyüme veya pubik kıllanma erken puberte belirtisi
	Skar oluşumu izotretinoin tedavisi gerektirebilir
	Daha şiddetli adölesan akne göstergesi olabilir

### Tablo 1. Pediatrik aknenin yaşlara göre sınıflandırılması<sup>(2,3)</sup>

Pediatrik akne				Adölesan akne
0-6 hafta	1-12 ay	1-7 yaş	7-12 yaş	12-18 yaş
Neonatal akne	İnfantil akne	Orta çocukluk aknesi	Preadölesan akne	Adölesan akne

### Tablo 2. Neonatal akne

Başlangıç yaşı	In utero-6 hafta
Morfoloji	Komedonlar, enflamatuvar papül ve püstüller, nodül/kistler, skar
Yayılım	Alın, yanaklar, burun, daha nadir olarak boyun ve gövde
Klinik ipuçları	Kendiliğinden gerileme eğiliminde
	Topikal retinoidler yararlı olabilir
	Lezyonlar kalıcı ise veya skar bırakıyorsa araştırılmalı



Şekil 3. İnfantil akne, yanaklarda çok sayıda açık ve kapalı komedonlar



Şekil 4. İnfantil akne. Yanaklarda papülonodüler lezyonlar

**Tablo 4. Orta çocukluk aknesi**

Başlangıç yaşı	1-7 yaş
Morfoloji	Komedonlar, enflamatuvar papül ve püstüller
Yayılm	Yüz, göğüs, sırt
Klinik ipuçları	Bu yaş grubunda akne nadirdir Büyüme tablosu hastanın değerlendirilmesinde önemli Hiperandrojenik durumun habercisi olabilir!
Hızlı değerlendirme ve pediatrik endokrin uzmanına yönlendirme	

**Tablo 5. Hiperandrojenizm açısından klinik ve laboratuvar değerlendirme**

• Aile öyküsü
• İlaç maruziyeti
• Aksiler, genital kıllanma ve koku
• Meme ve testiküler gelişimin değerlendirilmesi
• Laboratuvar incelemeler: Serbest ve total testosteron, DHEA-S, LH, FSH, Prolaktin, 17-hidroksiprogesteron, kemik yaşı için radyolojik inceleme
DHEA: Dihidroepiandrosteron, LH: Luteinizan hormon, FSH: Folikül uyarıcı hormon

**Tablo 6. Preadölesan akne**

Başlangıç yaşı	7-12 yaş
Morfoloji	Komedonlar, enflamatuvar papül ve püstüller, nodül/kistler
Yayılm	Yüz, özellikle alın, kulak konkaları etkilenebilir, göğüs ve sırt
Klinik ipuçları	Puberte yaşı düştükçe insidansı artıyor
Altta yatan polikistikover veya geç konjenital adrenal hiperplazi gibi olasılıklar düşünülmesi	
Tedavi adölesan ve erişkin akne tedavisine benzer şekilde	

İnfantil akne, skar oluşumunun önlenmesi için tedavi edilmelidir. Hafif ve orta şiddetteki hastalarda topikal BPO-antibiyotik kombinasyonları ve/veya retinoidler kullanılabilir. Bu tedavilere cevap alınmazsa oral azitromisin veya trimetoprim-sülfametoksazol kullanılabilir<sup>1,6</sup>. Tetrasiklinlerden bu yaş grubunda dişlerde kalıcı boyanmaya neden

olacağı için kaçınılmalıdır<sup>2,6</sup>. Nodül ve skarlarla seyreden dirençli hastalar oral izotretinoin tedavisi açısından değerlendirilmelidir<sup>1,2</sup>. İzotretinoin kapsül, ışıkta stabil olmadığı için loş ışıkta açılıp uygun doz bir çorba kaşığı ılık süt içerisine konarak veya şekerli bir bar ile karıştırılıp dondurularak günlük iki bölünmüş dozda verilebilir<sup>2,5</sup>. Önerilen doz 0,2-1 mg/kg/gün olup 4-14 ay süresince kullanılmalıdır<sup>4</sup>. Hastaların yakın klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri ergen ve erişkin hastalardakine benzer şekilde yapılmalıdır<sup>2</sup>. Büyük nodüllere intralezyonel steroid enjeksiyonu (2,5 mg/mL) yapılabilir<sup>1,2</sup>.

#### Orta Çocukluk Aknesi

Aknenin en nadir görülen, ama görüldüğünde alarm nedeni olan orta çocukluk aknesi, 1-7 yaşları arasındaki çocuklarda görülür (Tablo 4). Özellikle yüze yerleşmiş komedonlar ve enflamatuvar lezyonlarla seyredir<sup>2,3,5</sup>. Adrenal hormon sekresyonları yaşamın ilk yılının sonunda kesilir ve 6-8 yaşlarına kadar durgun kalır<sup>2,6</sup>. Bu nedenle bu yaşlarda akne görüldüğünde endokrin bir anormallikten şüphelenilmelidir. Pediatrik endokrinolog tarafından adrenal, gonadal veya overyal patolojiler (adrenal tümörler, konjenital adrenal hiperplazi, Cushing sendromu, overyal ve gonadal tümörler, polikistik over sendromu, erken adrenarş, gerçek erken puberte) dışlanmalıdır<sup>3,7</sup>. Hiperandrojenizm açısından taranmalıdır (Tablo 5). Adrenal tümör veya Cushing sendromundan şüpheleniliyorsa adrenokortikotropik hormon (ACTH) uyarı testi, serum ACTH seviyeleri ve 24 saatlik idrarda kortizol düzeylerine bakılmalıdır<sup>2</sup>. Tedavi, bu yaş grubunda öncelikle altta yatan nedene yönelik olmalıdır. Ayrıca tedavi gerekirse infantil akne tedavisine benzer şekilde yapılmalıdır<sup>2,3</sup>.

#### Preadölesan Akne

Preadölesan akne 7-12 yaşları arasında görülen akne lezyonlarıdır (Tablo 6). Lezyonlar alın orta kısımlarında, T bölgesinde ve kulaklarda görülebilir<sup>2</sup>. Lezyonlar kademeli olarak enflamatuvar papül ve püstüllere ilerleyerek yayılır. Bu yaş grubunda akne görülmesi genellikle normal ise de bazen geç başlangıçlı konjenital adrenal hiperplazi veya Polikistik Over sendromu gibi altta yatan nedenlerin bir göstergesi de olabilir<sup>2</sup>. Preadölesan akne, kızlarda genellikle 6-7 yaşlarında, erkeklerde 7-8 yaşlarında başlayan adrenal bezlerin fizyolojik uyanışının yansımasıdır. DHEA ve DHEA-S seviyeleri artmaya başlar ve sebese bez salgıları aktive olur. Komedonal aknesi şiddetli olan kızlarda DHEA-S düzeyleri, hafif komedonal aknesi olan veya komedonal aknesi olmayan kızlara göre daha yüksektir. Ayrıca 8 yaşından itibaren akneli çocuklarda sebum yapımındaki artışla *P. acnes* kolonizasyonu paralel olarak görülür<sup>2</sup>. Puberte yaşının düşmesiyle birlikte preadölesan akne sıklığı artmaktadır. Bu yaş grubunda tedavi adölesan ve erişkin akne tedavisine benzer şekilde yapılır, tetrasiklin ve kinolonlar kullanılmamalıdır<sup>7</sup>. Hastaların resimleri için ailelerinden onam alınmıştır.

#### Kaynaklar

1. Paller AS, Mancini AJ: Disorders of the sebaceous and sweat glands. In: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence. 5th ed. China. Elsevier Saunders, 2016;175-192.
2. Maroñas-Jiménez L, Krakowski AC: Pediatric acne: Clinical patterns and pearls. Dermatol Clin 2016;34:195-202.

3. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, et al: American Acne and Rosacea Society. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics* 2013;131:S163-86.
4. Friedlander SF, Baldwin HE, Mancini AJ, Yan AC, Eichenfield LF: The acne continuum: an age-based approach to therapy. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30:S6-11.
5. Admani S, Barrio VR: Evaluation and treatment of acne from infancy to preadolescence. *Dermatol Ther* 2013;26:462-6.
6. Yeo L, Ormerod AD: Treatment of acne in children. *Am J Clin Dermatol* 2014;15:77-86.
7. Que SK, Whitaker-Worth DL, Chang MW: Acne: Kids are not just little people. *Clin Dermatol* 2016;34:710-6.