

# Gebeliğin Fizyolojik Deri Değişimleri

## Physiologic Skin Changes in Pregnancy

Ertan Yılmaz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

### Özet

Gebelikte görülen dermatozlar; gebeliğin fizyolojik değişimleri, gebeliğin etkilediği dermatoz ve deri tümörleri ve gebeliğe özgü dermatozlar olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmaktadır. Gebeliğe bağlı deri değişimleri ağırlıklı olarak gebelik sırasında gelişen hormonal değişimlere bağlıdır. Fizyolojik değişiklik olarak tanımlanmalarına karşın bunlar şiddetli oldukları zaman patolojik olabilmektedirler. (*Turkderm 2007; 41 Özel Sayı 1: 13-5*)

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, fizyolojik değişim, deri

### Summary

The dermatoses of pregnancy can be classified into the following 3 groups: physiologic skin changes in pregnancy, dermatoses and cutaneous tumors affected by pregnancy, and specific dermatoses of pregnancy. Pregnancy-related skin changes are most likely caused by the hormonal changes associated with pregnancy. However, other authors consider that the so-called physiologic changes may be pathologic when severe. (*Turkderm 2007; 41 Suppl 1: 13-5*)

**Key Words:** Pregnancy, physiologic changes, skin

Gebelik süresince önemli ve karmaşık bir takım immunolojik, metabolik, endokrin ve vasküler değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler gebenin derisinde fizyolojik ve patolojik bir takım süreçler başlatır. Gebelik süresince oldukça yaygın olarak ortaya çıkan derideki değişimler, bazen anne adaylarında ciddi anksiyeteye yol açabilir. Gebelikte gelişen dermatozların sınıflamasında tam bir fikir birliği yoktur. En yaygın sınıflama; gebeliğin fizyolojik değişimleri, gebeliğin etkilediği dermatoz ve deri tümörleri ve sadece gebelikte meydana dermatozlar şeklindedir<sup>1,2</sup>.

### Hormonal Değişimler

Gebelik yeni bir endokrin organ olan plasentanın ortaya çıkması ve gelişmesiyle karakterizedir. Gebelikteki endokrin değişiklikler fertilize ovumun endometriyuma implante olmasından hemen sonra başlar<sup>3</sup>. Gebelik karmaşık fizyolojik değişimlerim olduğu

önemli bir dönemdir. Bu değişimlerin çoğunluğu gebenin pituitar, tiroid ve adrenal bezlerin aktivite artışının yanında, fetoplesental ünitten salınan hormonlara bağlıdır. Plasentadan, human chorionic gonadotropin (HCG), human somatomammoprotein, human chorionic thyrotropin, human chorionic corticotropin gibi protein hormonları ile progesteron ve östrojen, gebelik süresince, farklı düzeylerde salgılanırlar. Bu hormonların düzeyleri gebeliğin durumu ve komplikasyonlar açısından tanısız öneme sahiptir. Ancak, bu hormonların derinin fizyolojisi, immunolojisi ve enfeksiyon üzerine etkileri tam olarak bilinmemektedir<sup>1,3</sup>.

### Deri Değişiklikleri

Bu hormonların deri üzerine olan etkileri tam olarak anlaşılacakla birlikte; primer veya sekonder olarak, gebelikte gelişen birçok fizyolojik deri deği-

**Yazışma Adresi:** Prof.Dr. Ertan Yılmaz, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye  
Tel.: 0242 249 67 09 E-mail: eyilmaz@akdeniz.edu.tr

*Dermatoloji 2007 Bahar Simpozyumu'nda sunulmuştur*



şimlerinden sorumlu oldukları düşünülmektedir. Bu nedenle değişimler; fizyolojik deri değişiklikleri veya endokrin kökenli deri değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır. Gebelikte gelişen fizyolojik deri değişiklikleri Tablo 1'de özetlenmiştir<sup>2,4</sup>.

#### a-Pigmentasyon Değişiklikleri

Gebelikte görülen pigmentasyon değişiklikleri; hiperpigmentasyon ve melazmadır. Pigmentasyon artışı; artmış melanosit stimulan hormon (MSH), östrojen ve progesteronun serum düzeyleriyle ilişkilidir<sup>1,3</sup>.

Birçok kadın gebelik süresince deri renginde yaygın koyulaşma olduğunu ifade eder. Bu değişim, koyu saçlılarda açık renk saçlı olanlara göre daha belirgindir. Pigmente olan areola, meme uçları, genital ve aksiller bölge daha koyu görünüm alır. Karın duvarı orta hattındaki "linea alba" da koyulaşarak "linea nigra" ya dönüşür. Areola çevresindeki deri koyulaşır ve bu görünüm "sekonder areola" olarak tanımlanır. Gelişen pigmentasyon, doğum sonrası geriler ama tamamen gebelik öncesi duruma dönmesi beklenmez. Birçok kadın melanositik nevusların sayısında, çaplarında ve aktivitelerinde artışa dikkat çekerler. Nadir olarak, efelid ve skarlar da da hiperpigmentasyon gelişebilmektedir<sup>2,3,5</sup>.

**Tablo 1.** Gebelikte görülen fizyolojik deri değişiklikleri

Pigmentasyon
Hiperpigmentasyon
Melazma
Kıl
Hirsutizm
Postpartum telojen efluvium
Postpartum erkek tipi alopesi
Tırnak
Subungual hiperkeratoz
Distal onikoliz
Transvers oluklanma
Kırılganlık
Glandüler
Artmış ekrin fonksiyon
Artmış sebace fonksiyon
Azalmış apokrin fonksiyon
Konnektif doku
Stria
Vasküler
Hiperemi
Spider anjiyom
Palmar eritem
Hemanjiyom
Varisler
Hemoroid
Ödem
Vazomotor düzensizlik
Purpura
Mukoz membran
Jacquemier- Chadwick bulgusu
Goodell bulgusu
Jinjival hiperemi
Jinjivit

Yüzde maske benzeri pigmentasyon ile karakterize melazma, gebelerin %50'sinden fazlasında gelişmektedir. Genellikle koyu tenlilerde ve gebeliğin ikinci yarısında ortaya çıkmaktadır. Melazmanın yoğunluğu ve şiddeti kişide gelişen yaygın hiperpigmentasyon ile orantılı değildir. Yüzde; simetrik yerleşimli, düzensiz ve keskin pigmentasyon şeklindedir. Melazma; sentrofasfiyal, malar ve mandibular olmak üzere 3 farklı şekilde olabilir. Aşırı melanin depolanması; %70 oranında epidermiste, %10 civarında dermal makrofajlarda ve %20 civarında da her ikisinde birden olmaktadır. Bu birikim klinik olarak Wood ışığı muayenesi ile gösterilebilir. Epidermal melanin artışında, Wood ışığında, renkte belirginleşme olurken sadece dermal melanin birikimde renkte belirginleşme olmaz<sup>2,3,6,7</sup>. Melazma, doğum sonrasında tamamen geriler, bazen de kalıcı olabilir. Sonraki gebeliklerde veya doğum kontrol hapı kullananlarda tekrarlayabilir. Ultraviyole veya görünür ışık melazmayı şiddetlendirebilir veya kalıcı olmasına neden olabilir<sup>2</sup>.

#### b-Kıl Değişiklikleri

Gebe kadınların hemen hepsinde değişik derecelerde hirsutizm gelişir. Çoğunlukla yüz, pubik bölge ve daha az olarak ekstremite ve sırtta görülür. Bu aşırı kıl gelişimi gebeliğe bağlı endokrin değişiklikler sonucu meydana gelmektedir. Hirsutizm; doğumdan sonraki 6 ay içinde veya bazı gebelerde son 3 ayda geriler<sup>1,2</sup>.

Birçok kadın gebelik süresince saçlarının gürleştğini ifade eder. Bu durumun, saçlı deride uzamış anajen faza bağlı olduğu ileri sürülmektedir<sup>3</sup>. Doğumdan sonrasında ise çok sayıda kıl telojen faza geçer ve yaygın saç kaybıyla sonuçlanır. Bu dökülme genellikle 1-5 ay sürer<sup>1</sup>.

Gebelikte gelişen kıl değişikliklerinden biri de erkek tip androjenik alopesiyi andırır tarzda hafif frontoparyetal çekilmedir. Bu durum, doğum sonrasında eski hale dönmeye bilir. Ayrıca, bazı kadınlarda, gebeliğin ileri aylarında saç telerinde diffüz incelme görülebilir<sup>6,9</sup>.

#### c-Tırnak Değişiklikleri

Gebe kadınlarda tırnak cisminde kırılma, transvers oluklanma, distal onikoliz ve subungual hiperkeratoz gelişebilmektedir. Ayrıca, tırnak uzama hızı bu dönemde artmıştır. Bu tırnak değişikliklerinin patogenezi bilinmemektedir<sup>2,6</sup>.

#### d-Glandüler Değişiklikler

Gebelik sürecinde; ekrin ve sebace bezlerde fonksiyon artışı görülürken, apokrin bezlerde fonksiyon azalması gözlenmektedir<sup>6,9</sup>. El içi ayak tabanında terleme azalmasına karşın, gebelikte ekrin ter bezi aktivitesinde belirgin bir artış söz konusudur. Bu artış; sıklıkla gebelerde miliyarya, hiperhidroz ve dizitrotik ekzema gelişmesine neden olur<sup>6</sup>. Ekrin bez fonksiyon artışından tiroit aktivitesindeki artışın sorumlu olduğu öne sürülmektedir<sup>2</sup>.

Gebelik süresince apokrin aktivitede azalma olduğu ifade edilmektedir. Ancak, eldeki veriler çelişkilidir. Gebelik öncesi varsa Fox-Fordyce hastalığı ve hidradenit süpürativanın gerilemesi; apokrin bez aktivitesindeki azalma görüşünü desteklemektedir. Bu hastalıklar doğum sonrasında artış gösterebilir<sup>2,3</sup>.

Bireysel farklılıklar göstermesine karşın, gebelik süresinde sebum salgı hızı artmaya yatkındır<sup>10</sup>. Gebeliğin son üç ayın-

daki sebum salgısındaki artış, güçlü sebotropik uyarıların salınımla açıklanmaktadır. İkiz veya üçüz gebelerdeki sebum salgısının, tekil gebelerden farklı olmaması; sebotropik faktörlerin plasentadan çok, pituiter kaynaklı olduğuna işaret etmektedir. Emziren kadınlarda gland aktivitesinin azalması da pituiter faktörlerin etkisini desteklemektedir<sup>3</sup>. Gebelik süresince Montgomery glandları olarak bilinen areoladaki sebace glandlar genişler ve küçük kahverengi papüller şeklinde belirginleşirler<sup>2</sup>.

#### **e-Konnektif Doku Değişiklikleri**

En yaygın görülen konnektif doku değişikliği; karın, kalça, gluteal bölgeler ve memelerde gelişen stria distansiyadır. Gebe kadınların yaklaşık %90'unda, özellikle gebeliğin 6.-7. aylarında ortaya çıkar. Stria distansiya başlangıçta pembe-mor renkte atrofik bantlar şeklinde ortaya çıkar. Bazen hafif bir kaşıntı eşlik edebilir. Doğum sonrası strialar soluk atrofik bir görünüm alırlar. Bu durum striayı daha az görünür kılar ama asla tamamen kaybolmaz<sup>1,11</sup>.

Hormonal faktörlerle birlikte alt dokulardaki genişlemenin konnektif doku üzerinde yarattığı gerginlik sorumlu tutulmaktaysa da strianın gerçek nedeni tam bilinmemektedir. Stria gelişimiyle gebelikte alınan kilo ve çocuk doğum kilosu arasında ilişki bildirilmiştir. Strianın Asya ve Afrika kökenlilerde sık olmaması ailesel yatkınlığa da işaret etmektedir<sup>1,12</sup>. Molluskum fibrozum gravidarum olarak da tanımlanan "skin tag"lar boyun yanlarında ve aksiller bölgede ortaya çıkar ve doğum sonrasında da kaybolmazlar<sup>1</sup>.

#### **f-Vasküler Değişiklikler**

Gebelikteki vasküler değişiklikler nitelik olarak hipertiroidizm veya sirozdan farklı değildir. Bunların hemen hepsinden dolaşan yüksek düzeylerdeki östrojen ve artmış vaskülarite sorumlu tutulmaktadır. Hiperemi gebelik süresince fizyolojik olup vasküler proliferasyona eğilim söz konusudur. Sonuçta, doğum sonrası gerilemeye eğilim gösteren, birçok deri bulgusu gelişir<sup>1,3,6</sup>.

Palmar eritem ve spider anjiomlar sıklıkla birlikte dirler ve beyaz gebe kadınların 2/3'ünde ortaya çıkarlar. Koyu tenli ve zencilerde bu oran düşüktür. Palmar eritem; karaciğer hastalıklarındaki gibi tenar ve hipotenar kızarıklık şeklinde gelişebilir. Bazen, yaygın kızarıklık veya benekli eritem görülebilir. Spider anjiyomlar, çoğunlukla süperior vena kavanın direne olduğu alanlarda görülürler. Gebeliğin 2-5. ayları arasında ortaya çıkarlar ve doğumdan sonraki 3 ay içinde gerilerler<sup>1,3,13</sup>. Glomus tümörü ve hemanjiyomlar ortaya çıkabilir veya olanlar büyüyebilir. Gebelerin %5'inde gelişen küçük hemanjiyomlar sıklıkla baş ve boyun bölgesinde görülürler. Varisler gebelerin 1/3'ünde ortaya çıkmaktadır. Büyümüş uterusun femoral ve pelvik damarlara basısı ve vazodilatatif hormonal değişimler sonucu, venöz basınçtaki artışa bağlı olarak, bacaklarda varisler gelişir. Aynı nedenle, vulvar varikozite ve sıklıkla hemoroid de görülmektedir<sup>1,2</sup>.

Yüz, göz kapakları, el ve ayaklarda gode bırakmayan ödem gebelerin yarısında gözlenir. Ödem genellikle sabah erken saatlerde belirgindir ve gün içinde kaybolur. Bu ödemin kar-

diyak, renal veya pre-eklamptik ödemden ayırt edilmesi önemlidir<sup>2,3</sup>. Vazomotor düzensizlik, yüzde "flushing", solukluk, sıcak veya soğuk basması ve bacaklarda kutis marmorata yakınımalarına neden olur ve gebelik süresince sık görülür<sup>6</sup>. Bacaklarda purpurik lezyonlar, sıklıkla gebeliğin ikinci yarısında gelişir<sup>14</sup>.

#### **g-Mukoza Değişiklikleri**

Gebeliğin ilk üç ayında, vestibüler damarlanma artışı ve vajina şişkinliği gelişir. Eritem ve hiperemi şeklinde ortaya çıkan bu tablo Jacquemier-Chadwick bulgusu olarak tanımlanır. Servikte damarlanma artışıyla gelişen mavimsi renk ise Godell bulgusu olarak bilinmektedir<sup>15</sup>.

Diş etlerinde farklı şiddetlerde ödem ve hiperemi gebelerin hemen hepsinde gözlenir ve sıklıkla jinjivit eşlik eder. Bu tablo, özellikle ağız hijyeni kötü olanlarda, ağırlı ve ülseratif seyir gösterebilir. Küçük travmalara bağlı yoğun kanamalar gözlenebilir. Gebeliğin son 3 ayında gelişen ve doğum sonrası gerileyen bu tablo; palmar eritem ve spider anjioma benzerlik gösterir<sup>3,14,16</sup>.

#### **Kaynaklar**

1. Lawley TJ, Yancey KB. Skin Changes and Diseases in Pregnancy. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. Et al eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York, McGraw-Hill, 2003 p.1361-6.
2. Kroumpouzou G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 2001;45:1-22.
3. Graham-Brown RAC. The Ages of Man and their Dermatoses. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffith C. eds. Rook's Textbook of Dermatology. 7th ed. Oxford: Blackwell Science; 2004. p. 70.11.
4. Ambros-Rudolph CA. Dermatoses of pregnancy. J Dtsch Dermatol Ges 2006;4:748-59.
5. Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. Int J Dermatol 1998;37:429-31.
6. Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 1982;6:977-98.
7. Bleehen SS, Anstey AV. Disorders of Skin Colour. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffith C. eds. Rook's Textbook of Dermatology. 7th ed. Oxford: Blackwell Science; 2004. p. 39.40.
8. Headington JT. Telogen effluvium. New concepts and review. Arch Dermatol 1993;129:356-63.
9. Wong RC, Ellis CN. Physiologic changes in pregnancy. J Am Acad Dermatol 1984;10:929-40.
10. Burton JL, Cunliffe WJ, Millar DG, et al. Effect of pregnancy on sebum excretion. BMJ 1970;ii:769-71.
11. Thomas RG, Liston WA. Clinical association of stria gravidarum. J Obstet Gynaecol 2004; 24: 270-271.
12. Shuster S. The cause of striae distensae. Acta Derm Venereol 1979;59:161-9.
13. Reygagne P, Lajour JP, Ortonne JP. Palmar and plantar erythema due to infusion of sympathomimetics in pregnant women. Br J Dermatol 1991;124: 210.
14. Hellreich PD. The skin changes in pregnancy. Cutis 1974;13:82-6.
15. Benson RC. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Los Altos (CA): Lange Medical Publ; 1982. p. 74-5.
16. Yalçın F, Eskinazi E, Soyduñç M, Başeğmez C, İşsever H, Işık G, et al. The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy. J Periodontol 2002;73:178-82.