

The importance of knowledge of physiological skin manifestations in pregnancy for the correct management of skin disorders in pregnancy

Importanța cunoașterii manifestărilor cutanate fiziologice în sarcină pentru managementul corect al afecțiunilor cutanate în sarcină

Constantin ȘTEFANI¹, oana Veronica GRĂJDEANU¹,
Bogdan ȘERBAN^{1,2}, Ana Maria Alexandra STĂNESCU¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

²Spitalul Universitar de Urgență, București, România

ABSTRACT

During pregnancy, many changes occur in the body to facilitate the normal support and development of the fetus. Among the organs that suffer significant changes include the skin. Changes that occur at the skin level are of several types: physiological changes, exacerbation of pre-existing conditions or dermatoses specific to the pregnancy. Knowing the physiological manifestations and their implications makes the difference from the point of view of the management, avoiding unnecessary treatments and investigations.

Keywords: pregnancy, physiological skin changes, management

REZUMAT

În timpul sarcinii intervin numeroase schimbări în organism pentru a facilita susținerea și dezvoltarea normală a fătului. Printre toate organele care suferă modificări semnificative se numără și pielea. Modificările care survin la nivel cutanat sunt de mai multe tipuri: modificări fiziologice, exacerbarea unor afecțiuni preexistente sau dermatoze specifice sarcinii. Cunoașterea manifestărilor fiziologice și implicațiilor acestora face diferența de punct de vedere a managementului, putând evita tratamente și investigații inutile.

Cuvinte cheie: sarcină, modificări cutanate fiziologice, management

INTRODUCERE

În timpul sarcinii, mama suferă modificări pentru a susține și a permite creșterea și dezvoltarea normală a fătului, pielea fiind și ea supusă unor modificări semnificative în timpul sarcinii.

Majoritatea afecțiunilor fiziologice ale pielii legate de gestație se rezolvă după naștere. De-

oarece modificările cutanate survenite în timpul sarcinii pot cauza îngrijorări semnificative pentru gravidă, pot provoca stres din punct de vedere cosmetic, este foarte importantă cunoașterea modificărilor fiziologice.

Familiarizarea cu manifestările cutanate fiziologice ale sarcinii poate duce la tratarea eficientă

entă și la consilierea corectă a pacientelor, făcând posibilă evitarea testelor și terapiilor inutile.

Modificările cutanate fiziologice țin în general de pigmentație, țesutul conjunctiv, vascularizație și de anexele pielii.

Modificări cutanate fiziologice

Cele mai multe modificări fiziologice ale pielii sunt datorate hormonilor (creșterea estrogenului, progesteronului și hormonului stimulator melanocitar) și factorilor fizici, dar etiologia exactă nu este cunoscută.

TABELUL 1. Posibile manifestări cutanate fiziologice în sarcină

| |
|-------------------------------------------------------------------|
| Modificări de pigmentație |
| – Apare linia neagră |
| – Hiperpigmentarea mameloanelor |
| – Hiperpigmentarea areolelor mamare |
| – Hiperpigmentarea regiunii ombilicale |
| – Hiperpigmentarea organelor genitale externe |
| – Intensificarea nevilor preexistenți |
| – Apariția de nevi noi |
| – Melasma |
| Modificări ale țesutului conjunctiv |
| – Vergeturile |
| – Molluscum fibrosum gravidarum |
| Modificări vasculare |
| – Angioamele stelate |
| – Telangiectaziile venoase |
| – Eritemul palmar |
| – Edeme |
| – Gingivoragiile |
| – Tromboflebita profundă |
| Modificări ale anexelor pielii |
| – Secreția sudorală |
| – Pilogeneza |
| – Afectare unghială (fisuri transversale, fragilitate, onicoliză) |

Modificări de pigmentație

Majoritatea femeilor însărcinate au o intensificare a pigmentației cutanate, în special femeile cu pielea închisă la culoare. Pigmentația se poate remite după naștere, însă cel mai adesea nu se remite complet, persistând luni sau chiar ani. Melasma apare predominant în al II-lea sau în al III-lea trimestru de sarcină, fiind raportată la 75% dintre femeile însărcinate (1). Tratamentul este o provocare pentru dermatolog, rezultatele fiind uneori limitate. În cadrul tratamentului se pot utiliza: creme de albire locală, hidrochinone, retinoizi, steroizi, peeling chimic, tratamente cu laser și dermabraziune (toate acestea sunt contraindicate în timpul sarcinii și alăptării) (2,3). Melasma poate fi prevenită sau se poate evita exacerbarea prin utilizarea

protecției solare, dar și prin evitarea expunerii la soare excesiv.

Modificările la nivelul nevilor femeilor însărcinate sunt adesea atribuite sarcinii și sunt clasificate ca benigne. Căile moleculare nu sunt bine înțelese, dar starea hormonală modificată în sarcină poate avea efecte distincte asupra nevilor melanocitari (4). Mai mult de 10% dintre gravide au raportat un tip de schimbare la nivelul nevilor, incluzând o creștere a dimensiunii și a pigmentării, apariția pruritului și durerii la nivelul nevilor, dezvoltarea de noi leziuni, creșterea părului în leziunile existente sau formarea crustelor (5). Schimbările în dimensiune ale nevilor se întâlnesc cel mai adesea pe partea din față a corpului, probabil din cauza întinderii pielii în timpul sarcinii (6). Nu există suficiente dovezi care să susțină ideea că nevi se închid la culoare în timpul sarcinii.

Modificările dermoscopice tranzitorii pot fi identificate la nevi melanocitari, în special la cei aflați pe piept și abdomen. Modificările dermoscopice reflectă adesea întinderea pielii și nu sugerează neapărat melanomul. Unii autori au descris diferențe histologice în probele de biopsie obținute de la nevi la femeile gravide (7). Orice caracteristici histopatologice compatibile cu melanomul trebuie privite ca melanom și nu sunt atribuite sarcinii. Nu trebuie să se întârzie obținerea unui specimen de biopsie dintr-o leziune melanocitară suspectă în timpul sarcinii. Lidocaina este clasificată de Administrația Alimentară și Medicament din SUA ca fiind categoria de sarcină B și poate fi utilizată în condiții de siguranță pentru anestezie locală în timpul sarcinii (8,9).

Modificări ale țesutului conjunctiv

Vergeturile se dezvoltă ca zone liniare roșii-purpurii care rezultă din întinderea pielii în al doilea trimestru de sarcină implicând adesea zona abdominală, sâni, coapsele, partea inferioară a spatelui, fesele și brațele superioare (10,11). Vergeturile sunt cauzate de ruptura fibrelor elastice dermice, ceea ce explică natura lor ireversibilă. Cu toate acestea, în perioada postnatală se estompează, devenind cicatrici mici, atroifice, hipopigmentate (12). Printre factorii de risc ai vergeturilor se numără istoricul personal sau familial, femeile cu piele închisă la culoare și distensia abdominală excesivă în timpul sarcinii. Emolientele precum crema cu vitamina E și ulei de arbore de ceai pot fi utile.

Molluscum fibrosum gravidarum se dezvoltă târziu în timpul sarcinii pe zonele feței, gâtului,

pieptului, axilei și ale zonei inflamatorii. Aceste leziuni se pot micșora după naștere, totuși ele sunt ușor de înlăturat la excizia chirurgicală (13).

Modificări vasculare

Modificările vasculare sunt considerate a fi parțial datorate creșterii estrogenului, determinând dilatarea, instabilitatea, congestia și proliferarea vaselor de sânge care pot fi observate pe sau prin piele. Nevii păianjen sunt mai frecvenți la persoanele cu piele deschisă la culoare, iar localizarea uzuală include zonele din jurul ochilor, gâtului, feței, piept, mâini și brațe. Apar în cel de-al doilea trimestru și majoritatea vor dispărea în a treia lună postnatală (14,15).

Poate să apară trombocitopenie tranzitorie, dar de obicei se rezolvă până la sfârșitul celui de-al treilea trimestru. Acest lucru este îngrijorător pentru chirurgul dermatologic din cauza unui risc potențial de pierdere a sângelui acut chiar și în timpul unor proceduri minore (16).

Edemul este des întâlnit, posibil implicând fața și mâinile, dar în cea mai mare parte asupra extremităților inferioare. Statul la pat cu picioarele în poziție ridicată este adesea insuficient. Imersia în apă sau exercițiile în apă s-au dovedit a fi de ajutor. Apa oferă suport pentru uterul gravid și se sugerează că forțele hidrostactice pot împinge lichidul extracelular în sistemul venos, ducând la creșterea diurezei și scăderea ulterioară a edemului (17,18).

Evenimentele tromboembolice sunt rare, dar sunt mai probabile în timpul primului trimestru. Varicele se dezvoltă adesea din cauza compresiei venoase din uterul lărgit, provocând durere și uneori contribuind la tromboză. Măsurile de ameliorare a presiunii, cum ar fi ridicarea picioarelor, ciorapi elastici și trombopofilaxia heparinei, sunt utile (19,20).

De-a lungul sarcinii, există o proliferare a vaselor de sânge, reflectată de o varietate de manifestări clinice, dintre care majoritatea se diminuează spontan după naștere. Hiperemia gingivală apare la 80% dintre femei și este considerată a fi datorată factorilor iritanți locali și bolii parodontale preexistente mai degrabă decât a fi o stare indusă de sarcină (21). *Granulom gravidarum* se poate dezvolta și pe gingie, în special dacă este hipertrofiă, de asemenea poate fi afectată mucoasa. O treime dintre femeile gravide se plâng de simptome nazale, inclusiv rinită (22). Alte modificări observate ale mucoaselor includ semnul Jacquemier-Chadwick (eritemul vaginului și vestibulului) și semnul Goodell.

Instabilitatea vasomotorie conduce la erupții cutanate episodice, paloare, senzații de temperatură variabilă, cutis marmorata, purpură și urticarie, de obicei destul de deranjante pentru pacient (23).

Modificări ale anexelor pielii

Modificările sunt observate nu numai la nivel cutanat, ci și în celelalte structuri ectodermice, precum părul și unghiile.

Femeile observă adesea îngroșarea părului scalpului în timpul sarcinii, aceasta se pare ca se datorează prelungirii fazei anagene (24,25). La 1 până la 5 luni după naștere, o mare parte a părului intră în faza telogenă, rezultând căderea părului cu alopecie difuza non-cicatricială. Recuperarea este spontană și apare în interval de 9-12 luni și, rareori, densitatea părului nu reușește să se refacă complet. Creșterea părului corporal și facial este comună în timpul sarcinii și cel mai adesea regresează în termen de 6 luni de la naștere (13).

Unghiile tind să crească mai repede în timpul sarcinii și pot deveni distrofice, fragile, moi și / sau pigmentate. Ocazional, unghiile dezvoltă caneluri transversale, leuconichia, hipercheratoză subungheală și onicoliză distală și devin moi și fragile. Tratamentul nu este necesar, însă trebuie luată în considerare diferențierea de condițiile papuloscuamoase, cum ar fi psoriazis, lichen planus și onicomicoză (26,27,28). Cu toate acestea, există îngrijorări atunci când apare pigmentarea plăcii.

Modificările mucoaselor includ pigmentarea, hiperemia și hipertrofia, care pot duce la sângerare. Pruritul în absența unei tulburări hematologice sau biochimice este foarte frecvent afectând până la 18% dintre sarcini (29). Zonele comune afectate de prurit includ pielea scalpului și abdomenului, putând debuta din a treia lună, suferind o exacerbare cu o lună înainte de naștere. Rata de recurență în sarcinile ulterioare se consideră a fi de până la 80% (30). Dermografismul și urticaria sunt, de asemenea, frecvente în ultima jumătate a sarcinii. Trebuie făcut diagnosticul diferențial în cazul pruritului cu scabia, dermatita de contact alergică, pruritul indus de medicament și o exacerbare a dermatitei atopice (31).

CONCLUZII

Este esențial pentru clinician să stabilească dacă orice afecțiune a pielii se datorează unei afecțiuni dermatologice preexistente, exacerbate

tă de sarcină sau dacă este o afecțiune nouă ce a debutat pe timpul sarcinii. Este imperativ să recunoaștem schimbări fiziologice benigne pentru a elibera pacienta și fătului de intervențiile terapeutice inutile care ar putea fi dăunătoare, în special având în vedere starea de risc înalt reprezentată de corpul gestațional. Istoricul detaliat și examinarea sunt esențiale pentru a determina dacă sunt indicate alte investigații sau trimiterea către specialist. Trebuie să fim conștienți de faptul că zgârierea și ulcerarea survenite

din cauza pruritului pot modifica caracteristicile leziunii primare. Înregistrările pictoriale pot fi utile pentru monitorizarea progresiei și a răspunsului la tratament. Cele mai multe afecțiuni au tendința de a se rezolva spontan în câteva luni postpartum.

Mențiuni

Toți autorii au contribuit în mod egal la elaborarea acestei lucrări.

BIBLIOGRAFIE

- Meys R. Skin pigmentation. *Medicine* 2017; 45(7), 2017:438-443.
- Ogbechie-Godec OA, Elbuluk N. Melasma: An Up-to-Date Comprehensive Review. *Dermatology and Therapy* 2017; 7(3):305-318.
- Stănescu AMA, Grăjdeanu IV, Codreanu IF et al. Dermatological emergencies in neonatology and pediatric practice. *Romanian Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2018;11(2):80-83.
- Tyler KH. Physiological skin changes during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2015; 58:119-124.
- Sanchez JL, Figueroa LD, Rodriguez E. Behavior of melanocytic nevi during pregnancy. *Am J Dermatopathol* 1983; 6:89-91.
- Codreanu IF, Comănici VD, Stan IV et al. Hemangiomatoza cutanată infantilă asociată cu hemangiomatoză hepatică multifocală – prezentare de caz. *Practica Medicală* 2018; 13,2(57):114-116.
- Chan MP, Chan MM, Tahan SR. Melanocytic nevi in pregnancy: histologic features and Ki-67 proliferation index. *J Cutan Pathol.* 2010;37:843-851.
- Bieber AK, Martires KJ, Driscoll MS et al. Nevi and pregnancy. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2016; 75(4):661-666.
- Ilie M, Rusu M, Rosianu CG et al. Ultrasound-guided biopsy in focal liver lesions. *Arch Balk Med Union* 2018; 53(3):364-368.
- Brennan M, Clarke M, Devane D. The use of anti stretch marks' products by women in pregnancy: a descriptive, cross-sectional survey. *BMC pregnancy and childbirth* 2016; 16(1):276.
- Stănescu AMA, Grăjdeanu IV, Codreanu IF et al. Pregnancy associated with psoriasis – adverse outcomes and treatment. *Romanian Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2018;11(2):64-67
- Farahnik B, Park K, Kroumpouzos G et al. Striae gravidarum: Risk factors, prevention, and management. *International Journal of Women's Dermatology* 2017;3(2):77-85.
- Barankin B, Silver SG, Carruthers A. The skin in pregnancy. *J Cutan Med Surg* 2002; 6:236-240.
- Ross V, Domankevitz Y. Laser leg vein treatment: A brief overview. *J Cosmet Laser Ther* 2003;5:192.
- Stănescu AMA, Grăjdeanu IV, Bratu OG et al. Actualități genetice și terapeutice în dermatita atopică. *Practica Medicală* 2018; 13,2(57):108-113.
- Richards KA, Stasco T. Dermatologic surgery and the pregnant patient. *Dermatol Surg* 2002; 28:248-256.
- Kent T, Gregor J, Deardorff L et al. Edema of pregnancy: a comparison of water aerobics and static immersion. *Obstet Gynecol* 1999; 94:726-729.
- Iancu MA, Baltă MD, Bejan CG et al. Manifestări hematologice în bolile inflamatorii intestinale. *Revista Medicală Română* 2018; LXV(2):108-111.
- Muzaffar F, Hussein I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: A study of 140 cases. *Int J Dermatol* 1998; 37:429-431.
- Diaconescu D, Stoian AP, Socea LI et al. Hepatorenal Syndrome: A review. *Arch Balk Med Union* 2018; 53(2):239-245.
- Gungormus M, Akgul HM, Dagistanli S et al. Generalized gingival hyperplasia occurring during pregnancy. *J Int Med Res* 2002; 30:353-355.
- Gani F, Braida A, Lombardi C et al. Rhinitis in pregnancy. *Allerg Immunol* 2003; 35:306-313.
- Stănescu AMA, Matei A, Grăjdeanu IV et al. Acneea fulminans – urgență medicală în practica medicului de familie. *Practica Medicală* 2017; 12,4(53): 224-227.
- Nissimov J, Elchalal U. Scalp hair diameter increases during pregnancy. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28:525-530.
- Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6:977.
- Stănescu AMA, Matei A, Grăjdeanu IV et al. Multipli factori de interes în managementul psoriazisului și comorbidităților asociate. *Practica Medicală* 2016; 11,1(43): 49-52.
- Stănescu AMA, Matei A, Grăjdeanu IV et al. Abordare diferențială a psoriazisului în funcție de vârsta pacientului. *Practica Medicală* 2017;12,4(53): 204-207.
- Stănescu AMA, Diaconu CC, Iancu MA et al. Psoriazisul și bolile cardiovasculare: Actualități în cercetarea medicală. *Revista Medicală Română* 2018; LXV(1): 41-44.
- Black MM, Ambros Rudolph C, Edwards L, Lynch P, editors. *Obstetric and Gynaecologic Dermatology*. 3rd ed. London: Mosby Elsevier; 2008.
- Kenyon AP, Tribe RM, Nelson Piercy C et al. Pruritus in pregnancy: A study of anatomical distribution and prevalence in relation to the development of obstetric cholestasis. *Obstet Med* 2010;3:25-9.
- Reich A, Misery L, Takamori K. Pruritus: From the Bench to the Bedside. *BioMed research international* 2018; 2018:5742753-2.