

Gebelikde Kozmetik Uygulamalar

Cosmetic Procedures in Pregnancy: Review

Dr. Selda Pelin KARTAL DURMAZLAR,^a
Dr. Fatma ESKİÖĞLU^a

^aDermatoloji Kliniği,
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 16.03.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 30.04.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Selda Pelin KARTAL DURMAZLAR
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
pelin@dr.com

ÖZET Gebelik esnasında hiçbir kozmetik uygulama yapmayı bunları doğum sonrasına bırakmak hiç şüphe yok ki, en iyi yoldur. Gerçekten de, her hekim eğer gerekli değil ise bu uygulamaları yapmaktan kaçınmayı tercih eder. Çünkü bu uygulamaların fetüs üzerine etkilerinin bilinmediği ve dahası tahmin de edilemediği iyi bilinmektedir. Birçok ilaç ve medikal aletin gebeler üzerinde testi yapılmamış olması sebebi ile, bunların uygulanması durumunda fetüs üzerine olası etkilerinin sonuçları ile ilgili bilgi edinmek de neredeyse imkansızdır. Kozmetik uygulamalarda yaygın olarak kullanılan birçok ilaç ise Food and Drug Administration (FDA) tarafından, gebeler üzerinde çalışma olmaması sebebi ile kategori C'de sınıflandırılmıştır. Bu nedenle, gebelik esnasında kozmetik uygulamalar nadirdir ve genellikle tavsiye edilmez. Her ne kadar tavsiye edilmese de, gebe olduğunu bilmeyen hastalara yada fayda durumu zarar durumuna göre üste çıktığı koşullarda bu uygulamalar yapılmış olabilir. Böyle durumlarda kullanılan ilaçlar ve uygulamaların muhtemel etkileri konusunda hasta bilgilendirilmek ister. Pek çok hekim bu içerikte yayın olmaması nedeniyle, bizim gözlemimize göre, bu konuda yorum yapmakta yetersiz kalmaktadır. Bu derleme, akne ve hiperpigmentasyon tedavisi, hem terapötik hem de kozmetik amaçlı botulinum toksin kullanımı, yumşak doku ogmentasyonu, lazer ve elektrokoter uygulamaları ve kutanöz anestezinin maternal güvenliği konusuna değinecek ve sonuçta normalde bu uygulamalara gereksinimi olan durumlara pratik bir yaklaşım sağlamaya çalışacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebe kadın, kozmetik, kozmetik teknikler

ABSTRACT There is no doubt that the best way is not to perform any cosmetic procedure during pregnancy and leave it for the postpartum period. Indeed, every physician prefer to avoid performing these procedures if it is not necessary. As it is well known that the effects of these procedures on the fetus are unknown and moreover can not be predicted. Many medications and procedures are not tested on pregnant patients, hence it is almost impossible to achieve data concerning the possible consequences of the procedures on fetus. Many medications that are used generally in cosmetic procedures are rated by Food and Drug Administration (FDA) as pregnancy category C, because of the lack of study on pregnant patients. For this reason cosmetic procedures during pregnancy is uncommon and generally unadvised. Although it is not recommended, sometimes some cosmetic procedures might be performed on the patients who are unaware of their pregnancy or sometimes in case the benefits outweigh the risks. In these conditions practitioners are asked to be informed about the possible consequences of the medication or procedure. It is our impression that, unfortunately most practitioners fail to make a comment because the lack of report on this topic. The present review will focus on relevant issues as; maternal safety during acne and hyperpigmentation treatment, botulinum toxin use whether for therapeutic or cosmetic indications, soft tissue augmentation, laser and electrocautery treatment and cutaneous anesthesia and finally try to give a practical approach to manage some problems normally require these procedures.

Key Words: Pregnant woman, cosmetics, cosmetic techniques

Kozmetik uygulamalarda yaygın olarak kullanılan birçok ilaç FDA tarafından, gebeler üzerinde çalışma olmaması sebebi ile kategori C'de sınıflandırılmıştır. Gebelikte anne ya da fetusta geliştirebileceği zararlardan dolayı birçok kozmetik uygulamalardan ve kutanöz cerrahiden kaçınılmakta ve tavsiye edilmemektedir. Her ne kadar tavsiye edilmese de gebe olduğunu bilmeyen hastalara ya da fayda durumu zarar durumuna göre üste çıktığı koşullarda bu uygulamalar yapılmış olabilir. Böyle durumlarda kullanılan ilaçlar ve uygulamalar hakkında hasta bilgilendirilmek ister. Bu konu üzerine uluslararası ve ulusal bir derleme bulunmaması sebebi ile ne yazık ki birçok hekim bu konuda yorum yapmakta yetersiz kalmaktadır. Burada amaçlanan bu uygulamalar ile ilişkili literatür taranarak gebelerdeki güvenliklerini değerlendirmektir.

AKNE TEDAVİSİ

Bilindiği gibi akne, gebelikte akıbeti belli olmayan bir seyir gösterir. Bazı gebelerde şiddeti artarken bazılarında azaldığı görülmektedir.¹⁻³ Ayrıca daha önce benzer problemi olmayan gebelerde bile bazen ilk trimesterde akne gözlemlenebilir. Aknenin, psikolojik sıkıntı doğurabilecek ciddi boyutlara ulaşması ya da ciddi skar riski taşıması durumunda, tedavisi gerekir.⁴ Tedavi seçenekleri ülkelere göre farklılık gösterirken, pek çok ülkede bu nedenle topikal benzoil peroksit ve eritromisin reçete edildiği görülmektedir. Bazı ülkelerde azeleik asit yasaklanmıştır. Her ne kadar topikal akne preparatlarının perkütan absorpsiyonunun minimal olduğu farmakolojik çalışmalarla gösterilmiş olsa da, topikal retinoidlerin FDA gebelik kategorisi C'dir ve önerilmemektedir. FDA gebelik kategorileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Oral retinoidler ve

tetrasiklinler gebelikte kullanılamaz. Gerekli olması durumunda ise oral eritromisin (0.5 g günde 2 defa) kullanılabilir. Ayrıca çok ciddi inflamatuvar akne veya skar riski olması durumunda kısa süreli oral kortikosteroidler birinci trimesterden sonra kullanılabilir.^{4,5}

HİPERPİGMENTASYON TEDAVİSİ

Bilindiği gibi gebelikte tedavi gerektirebilen pigmenter değişiklik melazma (kloazma)'dır aynı zamanda "gebelik maskesi" olarak da bilinir. Gebe kadınların %50'sinden çoğunda bildirilmiştir. Düzensiz bir hiperpigmentasyonun görüldüğü melazma klinik olarak sentrofasyal (%63), malar (%21) ve mandibular (%16) olarak 3 tipe ayrılır.^{6,7} Melazmadaki hiperpigmentasyon epidermiste (%70), dermiste (%10-15) ve her ikisinde birden (%20) aşırı melanin depolanmasına bağlı gelişir. Pigmentasyon, dermiste dermal makrofajlarda depolanır. Wood ışığı muayenesinde epidermal hiperpigmentasyonda renk kontrastında artma görülürken, sadece dermal olanda belirginleşme tespit edilmez ve klinik olarak bu şekilde ayırımı yapılabilir.⁷ Pigmentasyonun şiddeti koyu tenlilerde daha fazla olur. Genetik yatkınlık da söz konusudur. Güneş ışığı melazmayı şiddetlendirebilir ya da kalıcı olmasına sebep olabilir.⁸ Gebelik melazması genellikle postpartum gerileme gösterirken takip eden gebelikte ya da doğum kontrol hapı kullananlarda tekrarlayabilir. Epidermal melazma tedaviye iyi cevap verirken dermal melazmayı tedavi etmek güçtür. Güneş koruyucular önleyici olarak kullanılabilir.

Glikolik asit ile yapılabilen kimyasal peeling ya da daha düşük konsantrasyonlardaki glikolik asit içeren topikal preparatlarının kullanılması durumunda gebeler üzerinde teratojen etki bildirilme-

TABLO 1: FDA'nın kullandığı gebelik kategorileri.

A	• İlgili çalışmalarla gebelerde ilk trimesterde risk gösterilememiş ve diğer trimesterlerde risk olduğuna dair kanıt yok
B	• Hayvan modellerinde risk gösterilememiştir ancak gebe kadınlarda çalışma yoktur/Hayvanlarda risk var ancak insanlarda ilk trimesterde risk gösterilememiş ve diğer trimesterlerde risk olduğuna dair kanıt yoktur
C	• Hayvan deneylerinde risk vardır ancak insanlarda çalışma yoktur ve fayda zarardan daha fazladır/insan ve hayvan çalışması yoktur
D	• İnsan fetal riski için pozitif kanıt mevcuttur fakat faydaları zararlarından fazla olabilir
X	• Hayvan ve insanlarda fetal anomaliler saptanmıştır ve zararları faydalarından fazladır

miştir. Buna rağmen bu tedavilere doğum sonrası başvurmak daha doğru olur. Ayrıca hidrokinon ve retinoik asit gibi sıkça hiperpigmentasyon tedavisi için uygulanan ilaçların gebelik kategorisi C'dir ve gebelikte kullanılmaması tercih edilir.⁹⁻¹¹ Askorbik asitin gebelerde oral replasmanının faydalı etkileri tanımlanmıştır.¹² Aynı zamanda hiperpigmentasyon tedavisinde de topikal olarak kullanılır.¹¹ Askorbik asitin hayvanlarda ve insanlarda fotokoruyucu özelliği gösterilmiştir. Ayrıca gebe farelerde 1000 mg/kg oral replasmanında teratojen etki saptanmamıştır. %10 konsantrasyonda topikal askorbik asitin iritan olmadığı tespit edilmiş ve güvenli bir uygulama olduğuna karar verilmiştir.¹³ Bu nedenle gebelerde gerek fotokoruyucu etkisinden dolayı gerekse tirozinaz enzimini inhibe ederek melanogenezi engellediği gösterilmiş olduğundan, tedavi edici ve önleyici ajan olarak güneş koruyucularla birlikte kullanılabilir.^{13,14}

BOTULİNÜM TOKSİN UYGULAMASI

Botulinum toksininin gebelere ve süt veren annelere uygulanması üretici firmaları tarafından da önerilmemektedir çünkü fetus üzerine olası etkileri bilinmemektedir. Bu nedenle bu konuda fikir sahibi olmak güçtür. Ancak botulinum toksin A kozmetik endikasyonda kullanılmaya başlamadan önce strabismus ve servikal distoni gibi tıbbi endikasyonlarda kullanılmış olduğundan, bu nedenlerle gebelerde de kullanılmıştı ve literatürde bu konuda birkaç rapor bulunmaktadır.¹⁵⁻²⁰ Bir hastaya servikal distoni nedeniyle 4 gebeliği boyunca yüksek dozlarda (her bir gebelikte 900-1200 ünite) botulinum toksin tip A uygulanmış ve 5 yıl takip sonucu hastanın çocuklarında gelişimsel anomali tespit edilmediği bildirilmiştir.¹⁵ Servikal distoni nedeni ile tedavi edilen iki gebeden biri bebeğini kaybetmiş, diğeri ise sağlıklı bir bebek sahibi olmuştur.¹⁶ Maternal botulizm'de yenidoğanın normal bulgular göstermesi ve yeni doğan serumunda toksinin tespit edilemeyen düzeylerde bulunması nedeniyle toksinin plasentadan geçişinin olmadığı kanaati gelişmiştir.¹⁷⁻¹⁹ Ayrıca, gebelik kategorisi C olan toksini uygulayan 900 Amerikalı hekimin gebelerdeki tecrübeleri sorgulanmış ve 396 yanıtta 17'sinin tesadüf eseri gebelere uygulama yapmış olduğu

öğrenilmiştir.¹⁶ Bu gebelerin bebeklerinde ise herhangi bir problem olmadığı bildirilmiştir. Öte yandan kronik pelvik ağrı ve spazm nedeniyle botulinum toksin uygulanan 30 kadından ikisi uygulama sonrası gebe kalmış ve biri sağlıklı çocuk dünyaya getirirken, diğerinin bebeğinde operasyon gerektiren ventriküler septal defekt görülmüştür.²¹

Gerek gebelik esnasında gerekse gebelikten kısa süre önce toksin uygulanan gebelerin bebeklerinin nasıl etkileneceği hakkında bu kadar sınırlı sayıda bildiri ile fikir elde edilmesi de mümkün değildir. Bu nedenle gebelikte, süt verme döneminde (her ne kadar süte geçtiği gösterilmemiş olsa da) ve hatta gebelikten bir süre öncesine kadar toksin uygulaması uygun değildir. Gebe kalmadan ne kadar önce uygulamanın güvenli olduğu konusunda literatürde bilgi bulunamamıştır ancak işlemden sonra toksinin etkisinin yok olmasına tekabül eden 6 ay gibi bir süre sonra gebe kalınmasının güvenli olabileceğini düşünmekteyiz.²²

DOLGU MADDESİ UYGULAMASI

Normalde güvenli olarak uygulanabilen hyalüronik asit içeren dolgu maddelerinin gebelerde kullanımına ait literatürde bilgi mevcut değildir. Bu tarz uygulamalarda üretici firmalar da gebelerde kullanımından kaçınmak gerektiği bilgisini vermektedir. Otolog yağ transplantasyonu da invaziv bir işlem olması sebebiyle uygulanmamaktadır. Bu uygulamalar postpartum dönemde önerilmektedir.

LAZER UYGULAMALARI

Literatürde birden çok yayında genital kondilomu olan birçok gebe kadının, doğum esnasında fetal özofagus yayılımı riski nedeniyle doğumdan önce CO₂ lazer ile tedavi olmuş olduğu görülmektedir. Bu nedenle CO₂ lazerin mikroskopik düzeydeki penetrasyonu nedeniyle fetus üzerine direkt maruziyet olmaması şartıyla zararlı etkilerinin olmadığı kanaatine varılmıştır.^{23,24} Ayrıca yapılan bir çalışmada CO₂ lazer dumanının mutajen özellikler taşıdığı tespit edilmiş ancak 1 gram doku uygulaması sonrası oluşan dumanın 3-6 adet sigara dumanına eşdeğer özellikler taşıdığı belirtilmiştir.²⁵

Pulsed dye lazer (585 nm) ile gebelerde pyojenik granülom ve verrü tedavisi güvenli ve etkili bulunmuştur.²⁶ Ayrıca lazer epilasyonun fetus üzerine zararlı etkilerini bildiren yayın yoktur.

ELEKTROKOTER UYGULAMASI

Gebelere elektrokoter uygulanmasının fetus üzerine zararlı etkilerini bildiren yayın yoktur. Bir yayında elektrokoter dumanının mutajenik özellikte olduğu bildirilmiştir.²⁷ Ancak elektrokoter uygulayan sağlık personelinin dumanın zararlı etkilerinden korunmasının; maske kullanımı, ortamın iyi havalandırılmasının temini gibi birtakım önlemlerin alınması ile mümkün olacağı düşünülmüştür.²⁶ Bu yayınlara dayanarak elektrokoter dumanının fetus üzerine etkisinin olup olmadığı tahmin edilememektedir. Ancak bir başka yayında elektrokoter dumanının birkaç sigaraya eşdeğer mutajenitesi olduğu belirtildiğinden; uzun süre maruziyet durumunda gebe sağlık personelinin risk altında olduğu ancak kısa dönem maruziyet ve koruyucu önlemler alınması durumunda koter uygulamasının

gebelere güvenli kabul edilebileceği sonucu çıkarılabilir.²⁵

KUTANÖZ ANESTEZİ

Lokal anestetiklerin pasif difüzyon yolu ile plasentadan geçmesi nedeniyle uygulanmaları endişe yaratmaktadır. Dahası uygulama sonrası fetustaki madde konsantrasyonunun anneden daha yüksek olduğu görülmüştür.^{28,29} Teratojeniteleri konusunda ise değişik yayınlar mevcuttur. Doku kültürlerinde hücre bölünmesini geri dönüşümlü olarak azalttığı gösterilmişse de hayvan çalışmalarında konjenital anomali saptanmamıştır.^{30,31} Lokal anestetik maddelerden etidokain, lidokain ve prilokain'in gebelik kategorisi B iken, bupivakain and mepivakain'in C'dir. Kategori C'dekilerin fetal bradikardi yaptığı gösterilmiştir.³²

Topikal anestetikler gebe ve fetusa minimal zarar verdiğinden gebelik kategorisi B'dir.³³ Lokal anestetiklerin, tek başına lidokain ya da prilokain ile kombine halde ticari preparatları mevcuttur.

KAYNAKLAR

- Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. *Int J Dermatol* 1998;37:429-31.
- Martin AG, Leal-Khoury S. Physiologic skin changes associated with pregnancy. *Int J Dermatol* 1992;31:375-8.
- Barankin B, Silver SG, Carruthers A. The skin in pregnancy. *J Cutan Med Surg* 2002;6:236-40.
- Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden JJ, et al. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(1 Suppl):S1-37.
- Eskioğlu F, Kartal Durmazlar SP. Akne vulgaris: Algoritmik yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Dermatol* 2004;14:96-9.
- Wong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:929-40.
- Winton GB, Lewis CW. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1982;6:977-98.
- Kroumpouzou G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:1-19.
- Katsambas A, Antoniou CH. Melasma. Classification and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1995;4:217-23.
- Grimes PE. Melasma. Etiologic and therapeutic considerations. *Arch Dermatol* 1995;131:1453-7.
- Gupta AK, Gover MD, Nouri K, Taylor S. The treatment of melasma: a review of clinical trials. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:1048-65.
- Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD004072.
- Elmore AR. Final report of the safety assessment of L-Ascorbic Acid, Calcium Ascorbate, Magnesium Ascorbate, Magnesium Ascorbyl Phosphate, Sodium Ascorbate, and Sodium Ascorbyl Phosphate as used in cosmetics. *Int J Toxicol* 2005;24 Suppl 2:51-111.
- Kameyama K, Sakai C, Kondoh S, Yonemoto K, Nishiyama S, Tagawa M, et al. Inhibitory effect of magnesium L-ascorbyl-2-phosphate (VC-PMG) on melanogenesis in vitro and in vivo. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:29-33.
- Newman WJ, Davis TL, Padaliya BB, Covington CD, Gill CE, Abramovitch AI, et al. Botulinum toxin type A therapy during pregnancy. *Mov Disord* 2004;19:1384-5.
- Moser E, Ligon KM, Singer C. Botulinum toxin A (Botox) therapy during pregnancy. *Neurology* 1997;48:399.
- Long SS. Epidemiologic study of infant botulism in Pennsylvania: Report of the Infant Botulism Study group. *Pediatrics* 1985;75:928-34.
- Polo JM, Martin J, Berciano J. Botulism and pregnancy. *Lancet* 1996;348:195.
- St Clair EH, DiLiberti JH, O'Brien ML. Letter: Observations of an infant born to a mother with botulism. *J Pediatr* 1975;87:658.
- Bodkin CL, Maurer KB, Wszolek ZK. Botulinum toxin type A therapy during pregnancy. *Mov Disord* 2005;20:1081-2.
- Abbott JA, Jarvis SK, Lyons SD, Thomson A, Vancaille TG. Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:915-23.
- Hambleton P. Clostridium botulinum toxins: a general review of involvement in disease, structure, mode of action and preparation for clinical use. *J Neurol* 1992;239:16-20.
- Ferency A. Treating genital condyloma during pregnancy with the carbon dioxide laser. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:9-12.
- Frega A, Baiocco E, Pace S, Palazzo A, Iacovelli R, Biamontini A, et al. Regression rate of clinical HPV infection of the lower genital tract during pregnancy after laser CO2 surgery. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2006;33:93-5.

25. Tomita Y, Mihashi S, Nagata K, Ueda S, Fujiki M, Hirano M, et al. Mutagenicity of smoke condensates induced by CO₂-laser irradiation and electrocauterization. *Mutat Res* 1981;89:145-9.
26. Richards KA, Garden JM. The pulsed dye laser for cutaneous vascular and nonvascular lesions. *Semin Cutan Med Surg* 2000;19:276-86.
27. Gatti JE, Bryant CJ, Noone RB, Murphy JB. The mutagenicity of electrocautery smoke. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:781-4.
28. Steinberg ES, Santos AC. Surgical anesthesia during pregnancy. *Int Anesthesiol Clin* 1990;28:58-66.
29. Philipson EH, Kuhnert BR, Syracuse CD. Maternal, fetal, and neonatal lidocaine levels following local perineal infiltration. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:403-7.
30. Sturrock JE, Nunn JF. Cytotoxic effects of procaine, lignocaine and bupivacaine. *Br J Anaesth* 1979;51:273-81.
31. Fujinaga M, Mazze RI. Reproductive and teratogenic effects of lidocaine in Sprague-Dawley rats. *Anesthesiology* 1986;65:626-32.
32. Moore PA. Selecting drugs for the pregnant dental patient. *J Am Dent Assoc* 1998;129:1281-6.
33. Richards KA, Stasko T. Dermatologic surgery and the pregnant patient. *Dermatol Surg* 2002;28:248-56.