



Dr. Aslı F. Kaptanoğlu*, Dr. Canan Aygün**

Saçlar kişinin dış görünüşünü etkileyen, görünen, muayenesi kolay deri ekleridir. Çocuk muayenesinde saçlar, yalnızca gözlemlenebile, bir çocuğun büyüme, gelişme, beslenmesi açısından ipuçları verebilecekleri gibi bazen de doğumsal ya da edinsel pek çok hastalığın ilk bulgusu olabilirler. Ayrıca dış görünüşe olan etkileri nedeniyle de çocuğun psikolojik gelişiminde önemli role sahiptirler.

Fetal yaşamın üçüncü ayında kaş, üst dudak bölgesi ve yanakta ilk kıl tomurcukları oluşmaya başlar ve dördüncü aydan itibaren tüm vücut yüzeyine yayılırlar. Doğumdan sonra yeni folikül oluşumu gözlenmez. Fetal yaşamda kıllar medullasızdır ve "lanugo" adını alırlar. Bunlar doğumdan bir ay kadar önce dökülürler. Doğumdan 3-4 ay sonra ise daha kısa olan lanugolardan oluşan kıl örtüsü, saçlı deri dışında, tamamen dökülür.

Çocuklarda ve bebeklerde saç hastalıkları, saç gelişimi, büyümesi, saç yapısının anomalileri ve altta yatan biokimyasal ya da metabolik bozukluklara bağlı olabilir. Aşırı ya da anormal saç gelişimi hipertrikozis ya da hirsutismus olarak adlandırılır.

Hipertrikozis, uygun olmayan yerlerde fazla kıl gelişimi, hirsutizm ise kızlarda erkek tipi kıllanma olarak tanımlanır. Kıl gelişimindeki bir defekt hipotrikozis olarak adlandırılırken, lokal ya da yaygın saç kaybına alopesi adı verilir.

Alopesiler, skar bırakan ve bırakmayan olarak gruplandırılır. Skar bırakan tip ender görülür; piyoderma ya da tinea kapitise bağlı olarak gelişebilir.

Hipertrikozis

Çocuklarda hipertrikozis enderdir. Lokalize ya da generalize; kalıcı ya da geçici olabilir. Hipertrikozis nedenleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

Hipotrikozis ve Alopesiler

Gerçek alopesi yalnızca ender olarak konjenital olabilir. Bunun dışında genellikle bir enfeksiyona, enflamatuvar bir deri hastalığına, ilaçlara ya da travmaya bağlıdır. Hipotrikoz ve alopesi ile ilişkili durumlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Saç kaybı ile birlikte saç yapısında da değişiklikler over, tiroid, paratiroid, adrenal ya da hipofiz bezlerinin endokrinopatileri ile ilişkili olabilir. Bakteriyel, viral ve paraziter hastalıklar saçlı deride yaygın ya da fokal alopesiye yol açabilirler. Metabolik bozukluklar (protein eksikliği, çölyak hastalığı, A hipervitainozu ve çinko eksikliği) de diğer nedenlerdendir. Seboreik dermatit, atopik dermatit gibi enflamatuvar dermatozlar da yeterince şiddetli olduklarında skar ve alopesiye neden olabilirler. Tüm bu durumlarda, eğer kıl folikülünde kalıcı hasar olmadan önce etkin bir tedavi uygulanırsa, saç büyümesi ve dökülmesi normale dönecektir. En sık görülen durumlardan bazıları şunlardır:

Tablo 1. Hipertrikoz nedenleri

İntrensek nedenler	Ailesel ve irksal nedenler
Ektrensek nedenler	Lokal travma, malnütrisyon, anoreksiya nervoza, uzun süren enflamatuvar dermatozlar İlaçlar: Diazoksid, fenitoin, kortikosteroidler, kortikotropin, siklosporin, androjenler, anabolizanlar, heksaklorobenzen, minoksidil
Hamartomlar ya da nevüsler	Konjenital pigmente nevositik nevus, nevus pilosus, Becker nevus, konjenital düz kas hamartomu
Endokrin nedenler	Virilizan over tümörleri, Cushing sendromu, akromegali, konjenital adrenal hiperplazi, adrenal tümörler, gonadal disgenезis, erkek tip pseudohermafroditizm, hipertiroidizm, hipotiroidizm, polikistik over sendromu
Konjenital ve genetik bozukluklar	Hipertrikozis lanugosa, mukopolisakkaridozlar, konjenital jeneralize lipodistrofi, trizomi 18, Cornelia de Lange Sendromu, Bloom Sendromu, porfirialar, kraniofasyial disostozis, konjenital hemihipertrofi, fetal hidantoin ve fetal alkol sendromu

* Uzm.; Özel Bayındır Hast., Deri Hast. Kli., Ankara

**Uzm.; Özel Bayındır Hast., Çocuk Sağ. ve Hast. Kli., Ankara

Telogen Efluvium: Büyüyen saçların aynı anda prematür şekilde dinlenme evresine geçmeleri nedeni ile oluşan bu tip saç dökülmesi, yaşamın ilk aylarındaki saç dökülmesinin nedenidir. Ayrıca akut ateşli bir hastalıktan 2-4 ay sonra da görülebilir. Kıl folikülü sağlamdır, alopesik alanlar gözlenmez, seyrelme vardır ve geri dönüşü olan bir tablodur. Yıkama, tarama sırasında dökülen saçlar her ne kadar ailede paniğe yol açsa da, aileye "sağlıklı saç uzamasının geri döneceği ve kalıcı bir kelliğe yol açmayacağı" kesin bir dille anlatılmalıdır.

Travmatik Alopesi: Saçların aşırı çekilmesine bağlı olarak oluşan folikül hasarı ile sonuçlanır. Saç bantları, tokalar, fırçalar ve fön gibi nedenlerle olur. Travmaya bağlı folikülit gelişmesi nedeni ile çok ciddi olanlarında skar ve bölgesel lenfadenopati görülebilir. Bu tip alopesi genellikle geri dönüşlü olup, aileler saç uygulamaları konusunda uyarılır, gerekirse saç şekli değiştirilebilir.

Toksik Alopesi: Bu çeşitli ilaç ve radyasyonun etkisi ile oluşan alopesi tipidir. Kemoterapötikler (antimetabolitler, alkileyici ajanlar, mitoz inhibitörleri) büyüme fazındaki kıl folikülünü inhibe ederler, saçlar distrofik hale gelip inceldikleri yerden koparlar. Kayıp yaygın olup, toksik ilaç ile tedavi başladıktan 1-3 hafta sonra ortaya çıkar. Geçici olup ilaç kesildikten sonra hızla geri döner. Talyum, heparin ve kumarinler de büyüme fazındaki saçların dinlenme fazına geçişini uyararak bu tip bir alopesiye neden olabilirler.

Trikotilomani: Kompulsif saç çekme, koparma, yolma davranışları sonucunda parçalı saç kaybı görülen düzensiz alopesik alanlar oluşur. Genellikle oksipital pariyetal ve şakak bölgesinde görülse de bazı durumlarda, kaş, kirpik ve vücut kıllarında da olabilir.

Tablo 2. Alopesi ve hipotrikozis ilişkili durumlar

- 1- Doğumsal universal alopesi, atrichia,
- 2- Lokalize doğumsal alopesi: Aplazia kutis, alopesia triangularis,
- 3- Ektodermal displaziler,
- 4- Genetik sendromlar: Marie-Unna hipotrikozu, Cockayne sendromu, Progerya, Rothmund-Thompson sendromu, diskeratozis konjenita, Seckel sendromu, kıkırdak-saç hipoplazisi, Conradi sendromu, pakionişia konjenita, incontinentia pigmenti, fokal dermal hipoplazi,
- 5- Metabolik defektler: Homosistinuri, akrodermatitis enteropatika, biyotidinaz eksikliği,
- 6- Saçlı deri ve kıl follikülü hamartomaları.

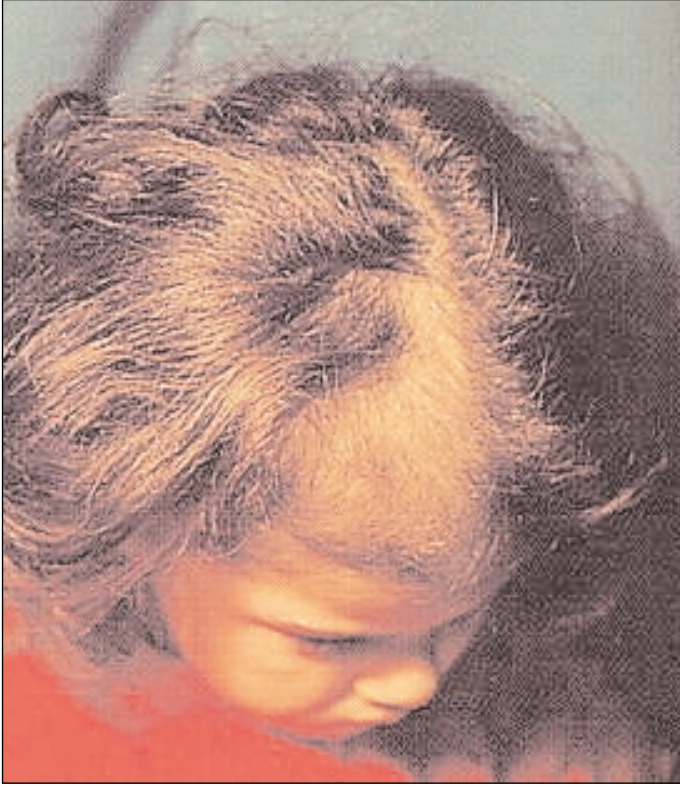
Saç kaybı olan bölgelerde farklı uzunlukta saçlar vardır ve kırılma nedeni ile künt uçludurlar. Saçlı deri normal görünür. Saç yemeye bağlı gelişen trikobezoarlar görülebilir. Kız çocuklarda %3, erkek çocuklarda %1 oranında görülür. Trikotilomani tanısı genellikle zordur ve biyopsi gerektirebilir. Ayırıcı tanıda tinea kapitis de göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı çocuklarda trikotilomani obsesif-kompulsif bozukluğun belirtisi olabilir. Ailenin ve çocuğun uyumlu olmaması, nedenin psikolojik olduğunun reddedilmesi tedaviyi zorlaştırır. Bu tip durumlarda, uzun süren olgularda kalıcı hasar olabileceğinin aileye anlatılması ve psikiyatrik danışmanlık gerekli olabilir (Resim 1).

Alopesi Areata (Pelad): Saçlı deride yuvarlak-oval şekilli, hızlı ve total saç kaybını tanımlayan bir tablodur. Alopesi total; tüm saçlı deride saç kaybı, alopesi universalis ise vücut kıllarının kaybını da içeren durumlar için kullanılır. Zemindeki saçlı deri normal görünümde olup, plağın etrafındaki kıllar kolayca çekilebilir özelliktedir. Bu kılların köklerinde saç bulbusu belirgin olarak (ünlem işareti şeklinde) gözlenir. Ciddi alopesisi olan olgularda tırnak distrofileri de eşlik edebilir. Alopesi areata'nın nedeni bilinmemektedir. Ailesel yatkınlık (oguların %20'sinde aile öyküsü vardır), Hashimoto tiroiditi, Addison hastalığı, pernisiyöz anemi, kollajen vasküler hastalıklar, vitiligo gibi otoimmün hastalıklar etiolojide önemli yer tutar.

Down sendromlu çocuklarda artmış insidans belirtilmiştir. Stres ve psikolojik etmenler, tetikleyici etmenler olarak bildirilmektedir. Tedavide topikal steroidler, stimulan olarak kontakt alerjenler (squaric asit dibutil ester, salisilik asit), antralin, minoksidil kullanılabilir. İntradermal steroid enjeksiyonları daha dirençli olgularda yeğlenebilir. Sistemik kortikosteroid tedavisi saç büyümesini sağlamada oldukça etkindir, ancak kesilmesi ile yeniden alopesik hale gelmesi ve ciddi yan etki potansiyeli nedeni ile kullanımı tartışmalıdır.

Yapısal Bozukluklar

Saç shaftının yapısal bozuklukları doğumsal ya da edinilmiş olabilir. Bir kısmı bilinen biyokimyasal değişikliklerin sonucunda olurken, bir bölümünde neden bilinmez. Tüm bozukluklar etkilenen saçın mikroskopik incelemesi ile gösterilebilir. Elektron

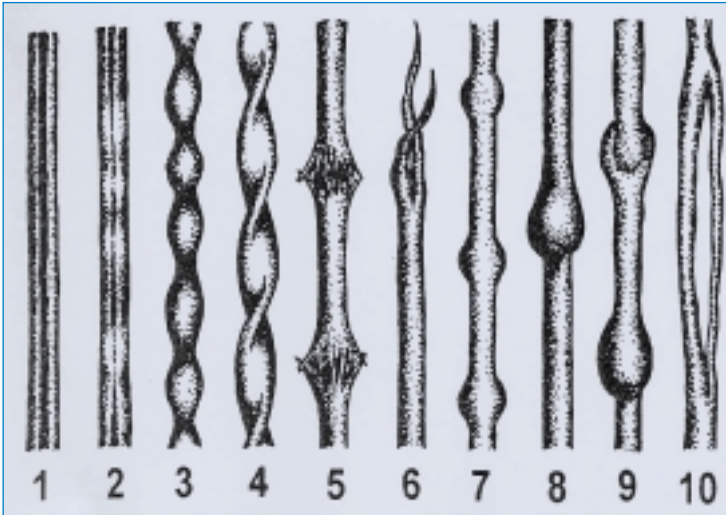


Resim 1. Bir trikotilomani olgusunun görünümü.

mikroskobik inceleme yapısal değişiklikleri tanımda büyük yarar sağlar.

Trikoreksis nodoza: Yapısal bozuklukların en sık görülenidir. Doğumsal ya da edinsel olabilir. Doğumsal olduğunda aminoasit metabolizma bozukluğu araştırılmalıdır. Saçlar mat, kabadır. Edinsel olanlarda genelde travma (fırçalama, tuzlu su) sorumlu olabilir.

Moniletriks: Bir milimetreden (mm) az aralıklarla açık renk dar bölgeler ile koyu renk



Resim 2. Saç tellerinde görülen yapısal bozukluklar.

nodüler bölgeler görülür. Saçlı deriye yakın yerlerde saçlar kırılır, bazı olgularda keratozis pilaris eşlik eder.

Trikodistrofi: Saçın kükürt içeriğinde azalma vardır. Otozomal dominant geçişli olup, beraberinde zeka geriliği, büyüme geriliği ve erkekte fertilité sorunları görülür. Saçta kontur düzensizliği vardır.

Trikoreksis invaginata: Saç kolay kırılır, kuru ve seyrek. Çoğu kez bir kaç mm'den çok büyümmez. Aminoasit metabolizması bozukluğu ile beraberdir ve Netherton sendromunun bir komponentidir.

Trikonodozis: Kıvrıkcık saçlarda daha çok görülen, travmaya bağlı bir değişikliktir. Saçlarda yer yer kalınlaşma bölgeleri görülür ve saçta düğüm atılmış gibidir.

Pili annulati: Enlemesine 1-3 mm'lik açık ve koyu alanlar görülür.

Pili torti: Uzun eksenini çevresinde kıvrılarak uzayan, spiral şeklinde saçlar vardır. Kıvrımların yaptığı gölge nedeni ile açık ve koyu renkli alanlar birbirini izler gibi görülürler. Çocukluk çağında görülüp pubertede kendiliğinden düzelebilir. (Resim 2).

Menkes sendromu: X'e bağlı resesif geçişli bu bozuklukta erkek bebekler normal bir anneden, sorunsuz geçen bir gebelik sonrasında doğarlar. Yenidoğan döneminde hipotermi, hipotoni, beslenme güçlüğü, konvülsiyon ve büyüme geriliği izlenebilir. Doğumda normal ya da seyrek olan saçların yerini üç hafta ile beş ay arasında kısa, ince, kırılmalı, açık renkte saçlar alır. Trikoreksis nodoza, pili torti ya da moniletriks izlenebilir. Deri hipopigmentedir. Burun kökü basıktır. Erken çocukluktan itibaren ilerleyici psikomotor gerilik izlenir. Geni, Xq13.3'tedir. Hastalık bakırın vücutta uygunsuz dağılımına bağlıdır. İnce bağırsaktan bakır emilimi artmış olmasına karşın, bu hücrelerden plazmaya bakır geçişi bozuktur. Sonuçta vücuttaki toplam bakır miktarı azalmıştır. Tedavide bakır tuzlarının kas içi ya da deri altı enjeksiyonu denenmektedir.

Taranamayan saç sendromu: Enine kesitte üçgen, oval, ya da böbrek şeklinde olan saçlardır. Doğumdan itibaren taranamayan asi saçlar genelde sarı, kuru ve kabadır. Saçlı deride, kaş ve kirpiklerde, pubis ve aksillada seyreklik görülebilir. Zamanla düzelmeye olabilir.



Resim 3. Yün yumağı saç.

Yün yumağı saç: Zenci olmayanlarda doğumdan itibaren bölgesel ya da genel yün yumağı şeklinde saçlar olmasıdır (Resim 3).

Renklenme Bozuklukları

Saçın rengi normalde melanin pigmentinin kimyasal yapısına ve melanin granüllerinin fiziksel yapısına bağlıdır ve genetik olarak düzenlenir.

Poliyozis: Saçın bölgesel renksizliğidir (renksiz perçem). Doğumsal olarak piebaldizm'de olabilir. Von Recklinghausen sendromunda nörofibromların üzerindeki saç renksiz olabilir. Vitiligo, Vogt-Koyanagi sendromu, tüberosklerozda ve enflamatuvar olayları izleyerek; alopesi areata ise X ışınlanması sonrası görülebilir.

Albinizm: Tirozinaz enzimi eksikliği ya da yokluğuna bağlı olarak melanin pigmenti yapılamaması nedeniyle deri, iris ve kılların renksiz ya da açık renkli olmasıdır.

Saçın grileşmesi: Yaşla birlikte tirozinaz aktivitesinin azalmasına bağlı olarak fizyolojik olduğu kabul edilir. Beyaz ırkta 20 yaşın altında olması prematür olarak değerlendirilir. Erken beyazlamada ailesel bir yatkınlık söz konusu olabilir.

Ayrıca bazı sendromlara eşlik eden bir belirti olabilir (**Böök** sendromu; hiperhidrozis ve diş anomalileri; progerialar; Rothmund-Thompson sendromu, Werner sendromu). Hızlı beyazlaşma akut ateşli hastalıklar, hipertiroidi, yoğun ruhsal strese, pernisiyöz anemi, malnütrisyon ve malign tümörlerde de olabilir.

Metabolik, Endokrin ve Besinsel Nedenlere Bağlı Bozukluklar

Açlık durumunda saçlarda incelmeye, yavaş büyüyen ve erken dökülen saçlar gibi değişiklikler olur. Uygun beslenme ve beslenmeme dönemlerine eşlik eden, normal ve renk değişimi gösteren bantlardan oluşan tablo tipik olup "bayrak belirtisi" denir. Pernisiyöz anemide vitamin B12 eksikliğine ait bulgular (erken grileşme) görülür. Demir eksikliği, anemi ile birlikte olsun ya da olmasın, saçta kalite bozukluğuna yol açar; saç dökülmesi, ince ve gevrek saçlar gözlemlenebilir.

Vitamin A fazlalığı tüm vücut kıllarında incelmeye ve seyrelmeye yapar. Bakır eksikliğinde saç değişiklikleri belirgindir. Fenilketonüri'de saçta pigment azalması, argininosüsinik asidüri'de trikoreksis nodoza, amiloidozis ve bazı porfiriya tiplerinde ise alopesi görülmektedir. Chediak-Higashi sendromunda ince, seyrek, gevrek saçlar görülür.

Enfeksiyonlar

Sağlı deri incelemesinde mantar enfeksiyonları ve paraziter enfestasyonlar da aranmalıdır. Tinea kapitis yuvarlak alanlar biçiminde, üzeri hafif kepekli görünümde, saçların inceliyor kopmasına bağlı olarak saç kaybı ile birlikte görülebilen bir tablodur. Saçlar deriye yakın bölümlerinden kırılmıştır. Bu bölgelerde eritem, skuam, ödem izlenir ve kaşıntılıdır. Tedavisinde öncelikli olarak topikal antifungal losyon ve spreyler, yeterli olmadığı durumlarda sistemik antifungal tedavi uygulanır.

Kişisel hijyeni iyi olmayan çocukların saç muayenesinde bit ve sirkeler kesinlikle aranmalıdır. Pedikülozis'te açık renkli parazit canlı halde kendisi görülebileceği gibi sirkeler de izlenebilir. Sirkeler nokta tarzında saçta yapışık oluşumlardır. Kepekten ayırt edilmesi için, bir sirke tutularak yerinden oynatılmaya çalışılır. Kepek kolayca saçtan ayrılırken, sirke yerinden oynamaz, saçta yapışık olarak kalır.

Kaynaklar

1- Baransü O. Saç Hastalıkları. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir E, Baransü O (ed). Dermatoloji içinde. İstanbul 1994. 519-527.

2- Disorders of Hair. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC (ed). Textbook of Pediatrics içinde. Philadelphia, 1992. 166 5-1668.

3- Genetik hastalıklar ve saç. Silan F. Galenos. 1999;29:3, 12-14.

4- Coşkun T. Baş ve boyun muayenesi. Tunçbilek E, Coşkun T, Yurdakök M (ed). Çocuk Sağlığı: Propedötik içinde. Ankara 1990. 83-114.