

Prepubertal Vulvovajinitlerine Yaklaşım

Approach to Prepubertal Vulvovaginitis

¹İkbal Kaygusuz, ¹Ayla Eser, ²Elif Gözdemir, ³Serap Simavlı, ¹Hatice Köşger, ⁴Suzan Gündüz

¹Turgut Özal Üniversitesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum
AD,

²Tokat Gaziosmanpaşa
Üniversitesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum AD,
Tokat,

³Pamukkale Üniversitesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum
AD, Denizli,

⁴Turgut Özal Üniversitesi,
Pediatri AD,

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. İkbal Kaygusuz
Turgut Özal Üniversitesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum
AD, Ciftlik Cad. No:57
06510, Emek, ANKARA

Tel:0312 2035119

GSM: 05053195151,

ikbal_cekmen@yahoo.com

Özet

Vulvovajinit prepubertal kızlarda sık karşılaşılan jinekolojik problemlerden birisidir. Bu dönemde hipoöstrojenik koşullar genital epitelin ince ve asit mantonun zayıf olmasına neden olur. Bu durumun doğal bir sonucu olarak genital bölge lokal irrtitanlara daha hassas ve enfeksiyonlara karşı daha duyarlı hale gelir. En sık vulvovajinit nedeni nonspesifik enfeksiyonlardır. Basit hijyen önerileri ile bu hastaların büyük bir kısmı tedavi edilebilmektedir. Ancak geçmeyen veya tekrarlayan şikayeti olanlarda spesifik enfeksiyonları ve daha ender görülen yabancı cisim, konjenital anomaliler, tümör, cilt hastalığı gibi durumları da araştırmak gerekir. Spesifik enfeksiyonlar arasında en sık karşılaşılan etken Group A streptokok (S. pyogenes)'dir. Ayrıca solunum ve barsak florasının diğer ajanları, kıl kurdu, kandida ve cinsel yolla geçen enfeksiyonlar de vulvovajinit sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kültür sonucuna göre uygun tedavi başlanmalıdır. Cinsel yolla geçen enfeksiyonlar cinsel istismar sonucudur ve ilgili birimlere bildirilmesi gerekir. Dikkatli ve sistematik bir yaklaşım vulvovajinit tanı ve tedavisinde en temel prensip olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vulvovajinit; vajinal akıntı; prepuberte

Abstract

Vulvovaginitis is the one of the most common gynecologic problem in prepubertal girls. During this period, the hypoestrogenic conditions causes to the genital epithelium to be thin and acid mantle weak. As a natural consequence of this condition genital area becomes more sensitive to those local irritants and more susceptible to infection. The most common cause of vulvovaginitis is nonspecific infection. With simple hygiene recommendations large number of these patients can be treated. However, in children with persistent or recurrent infection, specific infections and rare conditions such as foreign bodies, congenital abnormalities, tumors, or dermatologic conditions should be investigated. The most common respiratory pathogen causing vaginitis is group A streptococcus (*S. pyogenes*). Further, other agents of respiratory and intestinal flora, pinworm, candida, or sexually transmitted infections emerge as the cause of vulvovaginitis. Appropriate treatment should be initiated according to the culture results. Sexually transmitted infections are the result of sexual abuse, and must be reported to the relevant departments. A careful and systematic approach should be the basic principle in the diagnosis and treatment of vulvovaginitis.

Keywords: Vulvovaginitis, vaginal discharge; prepubertal

Giriş

Vulvovajinit prepubertal kızlarda sık karşılaşılan jinekolojik problemlerden birisidir (1). Alt genital sisteme ait enfeksiyon şeklinde tanımlanan durum tam anlaşılammış ve maalesef kötü yönetilmektedir. Bu durum hem hastada hem de ailesinde büyük bir stess kaynağıdır. Olguların büyük kısmı pediatristler tarafından tedavi edilir, ancak semptomlar tekrarlayıcı veya tedaviye dirençli olduğu durumlarda jinekologlara yönlendirilirler. Erişkinlerden farklı olarak çocuklarda öncelikle vulvit olarak başlayan duruma, vajinit ikincil olarak gelişir (2). Ender olarak primer vajinit olarak başlayıp vajinal akıntının oluşturduğu iritasyon ve inflamasyona ikincil vulvit de oluşabilir.

Belirtiler ve bulgular vulvanın iritasyon ve eritemi, vajinal akıntı, ağrı, kaşıntı, dizüri ve kanamadır (3). Geçmişte prepubertal vulvovajinitin en sık sebebinin enfeksiyöz olduğu ve bunun altında ise cinsel istismarın olduğu düşünülürken, günümüzde mevcut veriler dikkate alındığında genellikle kötü hijyen veya nonspesifik iritasyonun vulvovajinit sebebi olduğu kabul edilmektedir (4). Bakteriyel enfeksiyonlar, vulvar deri hastalığı, yabancı cisim, cinsel istismar, kıl

kurdu, ilaçlar, ya da anatomik anomaliler daha ender nedenlerdir. Geçmeyen veya tedavi sonrası tekrarlayan vakalarda bu ender nedenler mutlaka değerlendirilmelidir.

Değerlendirme

Prepubertal kız çocuklarında tatminkar bir öyküsünün alınması hem zor hem de stresli olabilir. Öykünün büyük kısmı çocuğun ebeveyn veya vasisinden alınırken, kızın yaşı ve matürasyonuna uygun olarak çeşitli sorularla onu da genel konuşmaya dâhil etmek akılcı olacaktır. Hasta jinekoloğa gelmeden önce değerlendirilmiş ve genel hijyen kuralları hakkında bilgilendirilmiş bile olsa, hikayede hijyen ve tuvalet alışkanlığı, banyo sıklığı, küvet veya duş kullanımı, sabun, banyo köpüğü ve losyonlara maruziyeti sorulmalıdır. En son geçirilen üst solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili bilgileri sormak da faydalıdır. Mevcut diğer cilt koşulları (egzama veya sedef hastalığı) da ele alınmalıdır. Cinsel istismar için endişeleri olup olmadığını sormak da uygun olacaktır. Hikâye akıntının sıklığı, süresi, etkisi ve kapsamı yanı sıra önceki tedavilerin ayrıntılarını da içermelidir (1,3).

Prepubertal kız çocuklarında jinekolojik muayene ve değerlendirme zor olabilir. Başarılı bir muayene için duyarlılık, anlayış ve şefkat gereklidir.

Muayene sırasında alerjik reaksiyonlar ve dermatit gibi dermatolojik problemlere ait bulguları değerlendirmek gerekir. Bu yaş grubu vulva, vajinal introitus, perine ve anal bölge sırtüstü, kurbağa bacağı pozisyonunda, diz dirsek pozisyonunda veya anne muayene masasına oturup çocuğu litotomi pozisyonunda tutarak da muayene edilebilir (3). Himen ve alt vajinayı muayene edebilmek için labia yavaşça ayrılır ve retrakte edilir. Hiperemik alanların varlığı ve lokalizasyonu, şişme, kazıma, veziküler lezyonlar veya ülserler, siğil benzer lezyonlar, beyazımsı yamalar, kanama, vajinal akıntı, labial yapışıklıklar gibi östrojenizasyon durumu dikkatle değerlendirilmelidir. Anatomik anomaliler (örneğin, üretral veya anal açıklıkların dislokasyonu veya şüpheli vezikovajinal veya enterovajinal fistül) ve himenal herhangi bir anormallik varsa belgelendirilmesi gerekir. Muayenenin temel amacı nonspesifik vulvovajinit ile spesifik patojenlerin yaptığı vulvovajiniti birbirinden ayırtmaktır. Ayrıca yenidoğan döneminde anneden geçen östrojen hormonunun etkisiyle ve premenarş döneminde östrojen düzeylerinin artmasına bağlı olarak menarştan 6 ay-1 yıl öncesinde fizyolojik akıntının olabileceğini de akılda tutmak gerekir.

Birçok durumda, muayene sırasında hiperemi, eksskoryasyon ve / veya iritasyon bulguları ile birlikte akıntı tespit edilebilir. Bu durumda laboratuvar değerlendirmesi ve kültür alınmasına gerek yoktur, genel hijyen kuralları ve günlük oturma banyosu önerisi yeterlidir. Eğer çocuğun yoğun akıntısı ve inflamasyonu varsa veya daha önce yapılan konservatif tedaviden fayda görmemiş ise kültür alınması gerekir (1). Akıntı posterior forşette birikir. Steril serum fizyolojik ile nemlendirilmiş kültür çubuğu ile nazikçe labiaların içi ve posterir fossaya dokundurularak kültür alınabilir. Daha küçük çocuklarda, vajina girişine yerleştirilen steril bir yenidoğan aspirasyon kateteri kullanılması tavsiye edilir. Vajinal sekresyon basit aspirasyon ile veya aspirasyon kataterine eklenmiş enjektör yardımı ile az miktarda salin vestibüle verilip, tekrar aspire edilerek toplanabilir. Elde edilen materyalde gram boyama en basit diagnostik yöntemdir. Lökositlerin varlığı bakteriyel enfeksiyon lehinedir. Primer tanısal yöntem ise kültürdür (5).

Kanama ve tekrarlayan kötü kokulu akıntı varlığında yabancı cisim şüphesi ile vajinoskopi planlanmalıdır (5). Öyküde gece kaşıntısı var ise, kıl kurdundan şüphe edilmelidir ve yumurtaların mikroskobik incelenebilmesi için selloteyp testi yapılması planlanabilir. Öyküye göre gayta

ve idrar kültürü de yapılabilir (3). Vajinal kültürde Neisserai gonore (N. Gonore) ya da Klamidya trahomatis (K. Trohomatis) gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar izole edildiği takdirde çocuk istismarı ve sosyal hizmetler soruşturması için sevki gerekir (3).

Non-spesifik Vulvovajinit

Olguların %25-75'inde spesifik bir patojen izole edilemez (6). Çocuklarda vulvovajinit riskini arttıran potansiyel birçok faktör vardır. Bunlardan ilki vulvar derinin inceliği, labial yağ yastıklarının küçüklüğü, pubik tüylerin eksikliği, labia minoraların küçük olması, vajina anüs yakınlığı nedeniyle artmış fekal bakteriyel kontaminasyon riski gibi anatomik faktörlerdir. Östrojenik uyarının olmamasına bağlı olarak vajinal mukoza ince, hiperemik ve atrofiktir (sitolojide intermediate ve parabasıl hücreler tespit edilir), glikojen ve laktobasiller olmadığından dolayı prepubertal vajina nötral pH'dadır (6.5-7.5), servikal mukus yoktur ve bölgesel doğal bağışıklık zayıftır. Çocuklardaki kötü hijyen (el yıkamada özensizlik, tuvalet sonrası arkadan öne temizlik, kum veya toprakla temas, solunum yolu bakterilerinin el ile perineye yayılması) bu savunmasız genital bölgeyi daha çok tehdit altında bırakır. Obezite, sentetik iç çamaşırı ve tayt giyimi, uygunsuz deterjan ile yıkama, parfümlü

sabun kullanımı, banyo köpüğü, yabancı cisim ve masturbasyon enfeksiyon için ek risk faktörleridir (2,3).

Nonspesifik vulvovajinit tanısı konulursa hastaya aşağıdaki tavsiyelerde bulunulmalıdır.

- Uyku tulumu giydirmeyin. Gece kıyafetlerinde hava dolaşımı sağlanmalı. Beyaz pamuklu iç çamaşırı giydirilmeli. Tayt ve dar hava almayan kıyafetler giydirilmemeli. Etek ve hava alan pantolonlar tercih edilmeli. Yıkama sonrası çift durulama yapılmalı ve yumuşatıcı kullanılmamalı. Kokusuz ve beyaz deterjan ile yıkanması önerilmeli.
- Günlük sıcak banyo yararlı olur.
 - 10-15 dakika temiz suda (sabun ilave etmeden) oturmasına izin verin (sirke yada kabartma tozu ilave edilebilir, ama faydasına yönelik net kanıt yok).
 - Banyoda genital bölgede sabun kullanımını sınırlayın, genital bölge dışındaki bölgelere sabun kullanın.
 - Genital bölgeyi iyice durulayın ve nazikçe kurulayın (saç kurutma makinesinin serin modu kullanılabilir).
 - Banyo köpüğü ya da parfümlü sabunlar kullanmayın.
- Çocuk ile hijyen kurallarını tekrar inceleyin. El yıkaya ve tuvalet sonrası

önden arkaya temizlik eğitimi verin. Düz beyaz tuvalet kağıdı kullanın. Beş yaşından küçük çocuklara tuvalet sonrası temizlikte yardımcı olunmalıdır.

- Pişik kremleri gibi bariyer kremler vulvar cildi korumak için yararlı olabilir, kaşıntı ön planda ise kısa süreli düşük doz hidrokortizonlu krem semptomatik rahatlama sağlar.
- Vulvar alanda şişlik varsa soğuk kompres uygulaması faydalı olabilir. Tuvalet kağıdı yerine ıslak mendil kullanılabilir.
- Yüzme sonra uzun süre ıslak mayo ile oturulmasına izin vermeyin.

Vulvovajinit vakalarının çoğu artmış hijyen, uygun giyim ve / veya günlük oturma banyosuna dikkat edilirse genellikle çözelebilir. Paradise ve ark yaptığı çalışmada vulvovajinit için tek nedenin kötü hijyen olduğu hastaların %100'ünde hijyen tavsiyeleri sonrasında iyileşme olduğunu bildirilirken,⁷ başka bir çalışmada incelenen tüm olguların %29'unun sadece basit hijyen önerileri ile tedavi edildiği belirtilmektedir (1). Özellikle okula başlama döneminde ebeveyn izlemi ve tuvalete denetimi azaldığı için vulvovajinitler bu dönemde pik yapar. Evde ebeveynlerin temizlik kontrolü yapması tavsiye edilmelidir.

Tavsiye edilen öneriler uygulandığında nonspesifik vulvovajinitlerin büyük bir kısmı 2-3 hafta

içinde iyileşir. Eğer semptomlar devam ediyor veya takrarlıyorsa hastayı tekrar değerlendirmek gerekir.

Spesifik Enfeksiyonlar

Solunum ve barsak florası:

Çocuklar üst solunum yolu flora bakterilerini burun ve ağızdan vulvar bölgeye taşıyabilirler. Aile öyküsünde faranjit de olabilir. Solunum yolu patojenleri şunlardır: Streptokokus pyogenes (grup A streptokok), Hemofilus influenza (H. İnfluenza), Stafilokokus aureus (S. Aureus), Streptokokus pnömoni, Neisseria meningitidis ve Moraksella kataralis. Benzer şekilde Shigella ve Yersinia gibi enterik patojenler de vajinit nedeni olabilir.

Streptokokus pyogenes prepubertal kız çocuklarında en sık saptanan vulvovajinit etkeni patojendir. Vulvovajinit tanısı alanların yaklaşık %20'sinde tespit edilir (8). Semptomların başlangıcı genellikle anidir, seropürülan ve bazende kanlı akıntı vardır. Genellikle perianal bölgenin de etkilendiği eritemli vülvit genellikle mevcuttur ve işeme sırasında cildin yamasına bağlı olarak disüri eşlik eder. Farenjit, konjunktivit ve üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan vulvovajinit semptomları gösteren bir olgu A grubu β -hemolitik streptokok için taranmalıdır. Eski yayınlarda H. influenza tip b en sık izole edilen patojen olarak bildirilmesine

rağmen, yaygın aşılama programları sonrasında insidansı azalmıştır ama yine de ikinci sıklıkta karşılaşılan etkindir (9).

Antimikrobial tedavi izole edilen patojene göre değişir. Grup A streptokok penisilin ile tedavi edilir (Amoksisilin 50mg/kg/gün po, 3 doza bölünerek, 10 gün). S. aureus, H. influenzae, ve diğer solunum florası tek başına hijyen önlemleri ile genelde iyileşir ama kalıcı olması durumunda tedavi edilmelidir (H. İnfluenzae; Amoksisilin veya Amoksisilin-klavulanat, S. Aureus; Amoksisilin-klavulanat 45 mg/kg, 7 gün veya Sefalekssin, topikal %2 Mupirosin etkilenen cilde günde 3 kez eklenebilir, yaygın kullanılan antibiyotiklere karşı dirençli olduğundan tedavi öncesi antibiyotik duyarlılık testleri gerekebilir). Yersinia ve Shigella için 6mg/kg Trimetoprim ve sulfametoksazol 3 gün kullanılabilir, ancak shigella için antibiyotik duyarlılık testleri gerekebilir (5).

Uygun tedaviye rağmen S. pyogenes veya H. influenzae'ye ilişkin nüks tespit edilir ise, asemptomatik faringeal kolonizasyon veya aile taşıyıcılığı ihtimali, hem de ko-patojenlerin varlığı değerlendirilmelidir

Kıl Kurdu: Geceleri vulvar ve / veya perianal kaşıntı atakları olan kalabalık ve kötü hijyen koşulları olan çocuklar kıl kurdu açısından değerlendirilmelidir ancak negatif test sonucu hastalığı ekarte

ettirmediği için genel olarak hikayeye dayanarak ampirik tedavi başlanmalıdır (Oral Mebendazol, 100 mg, 2 hafta sonra tekrar veya 10 mg/kg tek doz Pirental Pomad).

Kandida: Prepubertal dönemde kandida ile kolonizasyon % 3-4 oranındadır. Vulvovajinit olan hastaların çoğu ya annesi tarafından direkt ya da pratisyen hekim tarafından yanlış tanı konularak antifungaller ile ampirik olarak tedavi edilmişler fakat ya çok az fayda görmüşler veya hiç yarar görmemişlerdir. Çocuk bezi kullanan, diabeti olan, son zamanlarda antibiyotik tedavisi olan veya immun suprese çocuklarda daha sık görülür, cinsel istismar ile de ilişkili bulunmuştur (1).

K. albicans enfeksiyonları için ilk basamak tedavi hafif alkali çözeltiler içinde banyo ile birlikte 6 gün boyunca topikal antifungal kremler (örneğin, klotrimazol ve mikonazol) dir; imidazol türevlerine kontakt reaksiyonu olan çocuklarda, borik asit hazırlanması önerilebilir. İmmun suprese çocuklarda relaps varlığında oral flukanazol 20 mg/kg tek doz tedavi verilir. K. glabrata, geleneksel antifungal kremler karşı daha az hassastır ve % 1'lik borik asitli krem ile tedavinin uzun süreler kullanımı tavsiye edilir.

Gardnerella vaginalis:
Gardnerella vaginalis genellikle

prepubertal kız çocuklarında vajinal akıntı ile ilişkili değildir. Tam kesin olmamakla birlikte cinsel istismar ile ilişkili olabileceğini söyleyen yayınlar vardır (10). Tanı konulursa metranidazol 15-25 mg/kg/gün, 5 gün verilmelidir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar:
Çocuklarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar genelde cinsel istismar nedenlidir. Patojenler N. gonore, K. trahomatis, human papilloma virüs (HPV), Treponema pallidum, ve herpes simpleks virüsdür (HSV).

N. Gonore genellikle yeşil ya da mukoid vajinal akıntı ile kendini gösterir, nadiren asemptomatiktir (11). Tanıda vajinal kültürün yanısıra, rektum ve orofarenksden de kültür alınmalıdır. Kültür sonucunda N gonore izole edilirse üçüncü kuşak sefalosporin (oral sefixim 10 mg/kg, tek doz, seftriakson 125 mg im) veya sefalosporinlere direnç varsa azitromisin (20 mg/kg, maximum 1 gr) ile tedavi edilmelidir.³

K. trahomatis vajinal doğum sırasında veya membran rüptürü gerçekleşmiş sezeryanle doğumlarda asessendan yolla yenidoğana transloke olur ve genellikle başka bir sebeple antibiyotiklerle tedavi edilmezse birkaç yıl boyunca devam edebilir. Hastalar asemptomatik olsalar bile vajinit ve cinsel istismar ile ilişkili de olabilir. C trachomatis tanısı konulursa bir makrolid

başlatılmalıdır. 8 yaşından büyük kızlar da 7 gün süreyle doksisisiklin ile tedavi edilmelidir (12).

Trichomonas vaginalis:

Yenidoğanlarda görülebilir ama prepubertal çocukta nadirdir. Direk mikroskopi veya kültür ile tanısı konulabilen kamçılı bir protozodur. Bir yaşından daha büyük çocuklarda, bu izolasyon, cinsel istismar konusunda ciddi şüpheler uyandırmalıdır. Tedavide metranidazol 15-25 mg/kg/gün, 5 gün verilmelidir (5).

Kondilomata akuminata:

HPV'nin neden olduğu lezyonlardır. İki üç yaşından daha küçük çocuklarda, bu lezyonların büyük olasılıkla vajinal doğum sırasında enfekte anneden geçtiği düşünülür, ancak cinsel veya cinsel olmayan temaslar (anne veya bakıcıların deri sıgillerinin otoinokülasyonu) yoluyla da kazanılabilir. Bu bulaşım olamsı için annenin semptomatik olması ya da HPV öyküsü olması gerekli değildir. Annelerin HPV testi pozitifliği çocuk için cinsel istismarı dışlamaz ve bu nedenle genellikle anneye HPV testi yapılmaz; eğer cinsel istismar şüphesi var ise, detaylı değerlendirme gereklidir.

Genital sıgiller asemptomatik ise, lezyonların spontan regresyonu için 60 günlük takip planlanabilir. Regrese olmayan lezyonlarda, tavsiye edilen tedaviler, Triklorik asit (TCA), sıvı azot ile

kriyoterapi, veya karbon dioksit lazer terapisi veya topikal immunomodülatör %5 imikuimod kremidir. Çok sayıda genital sıgili olanlarda genel anestezi altında elektrokoter uygulaması da yapılabilir (5).

Herpes simpleks virüs (HSV):

Genital herpes lezyonları HSV'nin her iki tipiyle de oluşabilir. Cinsel ve cinsel olmayan temas ile ve oto-inokülasyon yoluyla geçebilir. Antiviral tedavi (Asiklovir, famsiklovir, valasiklovir, 7-10 gün) lokal anestetik (Anestol) ve süperenfeksiyonu engellemek için topikal gentamisin kullanılabilir.⁵

Vajinal kültür sonucunda bir patojenin saf veya baskın çoğalması tanımlanırsa, o ajana karşı antibiyotik kullanılması önerilir. Prepubertal kız çocuklarında vulvovajinit yönetiminde en önemli sorun bakteriyel patojenler ile normal flora bakterilerini ayırt etmektir. Çeşitli çalışmalarda bulunan bu bölgede kolonize olan nonpatojenler şunlardır: koagülaz negatif stafilokoklar, Enterococcus türleri, Escherichia coli, Viridans streptokoklar, Corynebacterium, Proteus mirabilis ve Pseudomonas aeruginosadır. Bu organizmalar sağlıklı prepubertal kız çocuklarında da bulunduğu için vajiniti olanlarda tespit edilmesinin tanısal değeri yoktur.

Çoğu nonspesifik vajinal akıntıda endike olmamasına rağmen, hijyenik

kurallara rağmen düzelmeyen ve diğer nedenlerin dışlandığı pürülan vajinal akıntısı olan vakalarda antibiyoterapi tedavi edici olabilir (kültür sonucu grup A streptokok gibi spesifik enfeksiyonlar için negatif gelse bile). Alternatif rejimleri şunlardır: 10 günlük amoksisilin veya amoksisilin-klavulanat uygulaması; topikal metronidazol krem veya topikal klindamisin krem. Bazen, dirençli vakalarda diğer nedenlerin ekartasyonundan sonra, östrojen içeren kremin (örneğin, Premarin) kısa bir süre (< 4 hafta) kullanımı ile vajinal mukoza kalınlaşır ve tekrarlayan nonspesifik enfeksiyonlara karşı genital bölge daha dirençli olur.

Non-Enfeksiyöz Nedenler

Tedavilere yanıtı olmayan vulvovajinitlerde araştırılması gereken diğer nedenler şunlardır (12).

- **Kronik Cilt Lezyonları:** Liken sklerozis (LS), Psöriazis, Seboreaik dermatit, atopik vulvit. Nedeni tam olarak bilinmemeyen LS'nin, karakteristik cilt lezyonu anahtar deliği ve sigara kağıdı görünümüdür. Tedavisi erişkinlerdeki gibidir. Ultrapotent steroidlerin topikal kullanımı oldukça etkilidir. Adrenarş ve menarş ile birlikte lezyonların regrese olabileceği de bildirilmiştir.

- **Yabancı cisim:** Persiste vulvovajinitin önemli bir nedenidir. Ancak daha önce uygun tedaviye rağmen tekrarlayan veya kronik akıntısı olan kız çocuklarında özellikle kanlı ve kötü kokulu vajinal akıntı varlığında araştırılmalıdır. Vajinada en çok bulunan yabancı cisimler tuvalet kağıdı, küçük oyuncak, boncuk, saç tokası, ataç, sabun parçası ve bozuk paradır.
- **Polip veya Tümörler (Sarkoma botroides)**
- **Sistemik Hastalıklar (Kızamık, Su Çiçeği, Kızıl, Enfeksiyöz Mononükleoz, Stevens-Johnson sendromu, Crohn hastalığı ve Kawasaki hastalığı)**
- **Vulvar Ülserler:** Nonseksüel bulaşan vulvar ülserler, bazen Lipschutz ülser, "bakire ülser", ya da "aftöz ülseri" denir.
- **Üriner Sistem Patolojileri:** Ektopik üreter, üretral prolapses

Kaynaklar

1. McGreal S, Wood P. Recurrent vaginal discharge in children. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013;26(4):205-8.

2. Sharma B, Preston J, Greenwood P. Management of vulvovaginitis and vaginal discharge in prepubertal girls. *Reviews in Gynaecological Practice*. 2004;4:111-20.
3. Jasper JM. Vulvovaginitis in the prepubertal child. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2009;101:10-3.
4. Sugar NF, Graham EA. Common gynecologic problems in prepubertal girls. *Pediatr Rev*. 2006;27(6):213-23.
5. Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G, Bruni V. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(2):129-37.
6. Garden AS. Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological conditions. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011;96(2):73-8.
7. Paradise JE, Campos JM, Friedman HM, Frishmuth G. Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation. *Pediatrics*. 1982;70(2):193-8.
8. Sikanić-Dugić N, Pustisek N, Hirsle-Hećej V, Lukić-Grlić A. Microbiological findings in prepubertal girls with vulvovaginitis. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2009;17(4):267-72.
9. Yilmaz AE, Celik N, Soylu G, Donmez A, Yuksel C. Comparison of clinical and microbiological features of vulvovaginitis in prepubertal and pubertal girls. *J Formos Med Assoc*. 2012;111(7):392-6.
10. Bartley DL, Morgan L, Rimsza ME. Gardnerella vaginalis in prepubertal girls. *Am J Dis Child*. 1987;141(9):1014-7.
11. Emans SJ, Laufer MR. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 6th, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2012.
12. Vandeven AM, Emans SJ. Vulvovaginitis in the child and adolescent. *Pediatr Rev*. 1993;14:141-7.
13. Fivozinsky KB, Laufer MR. Vulvar disorders in prepubertal girls. A literature review. *J Reprod Med*. 1998;43(9):763-73.

