

**8 maggio
2021 on line**

Animatore di formazione:
dott. Roberto Sacchetti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
Dipartimento Pianificazione, Controllo e Accesso
U.O. Semplice Dipartimentale Formazione

Aggiornamento obbligatorio per PLS

Ginecologia pediatrica: un aggiornamento per il pediatra di famiglia

**Vulvo vaginiti in età pediatrica
M.C.Molinaroli**

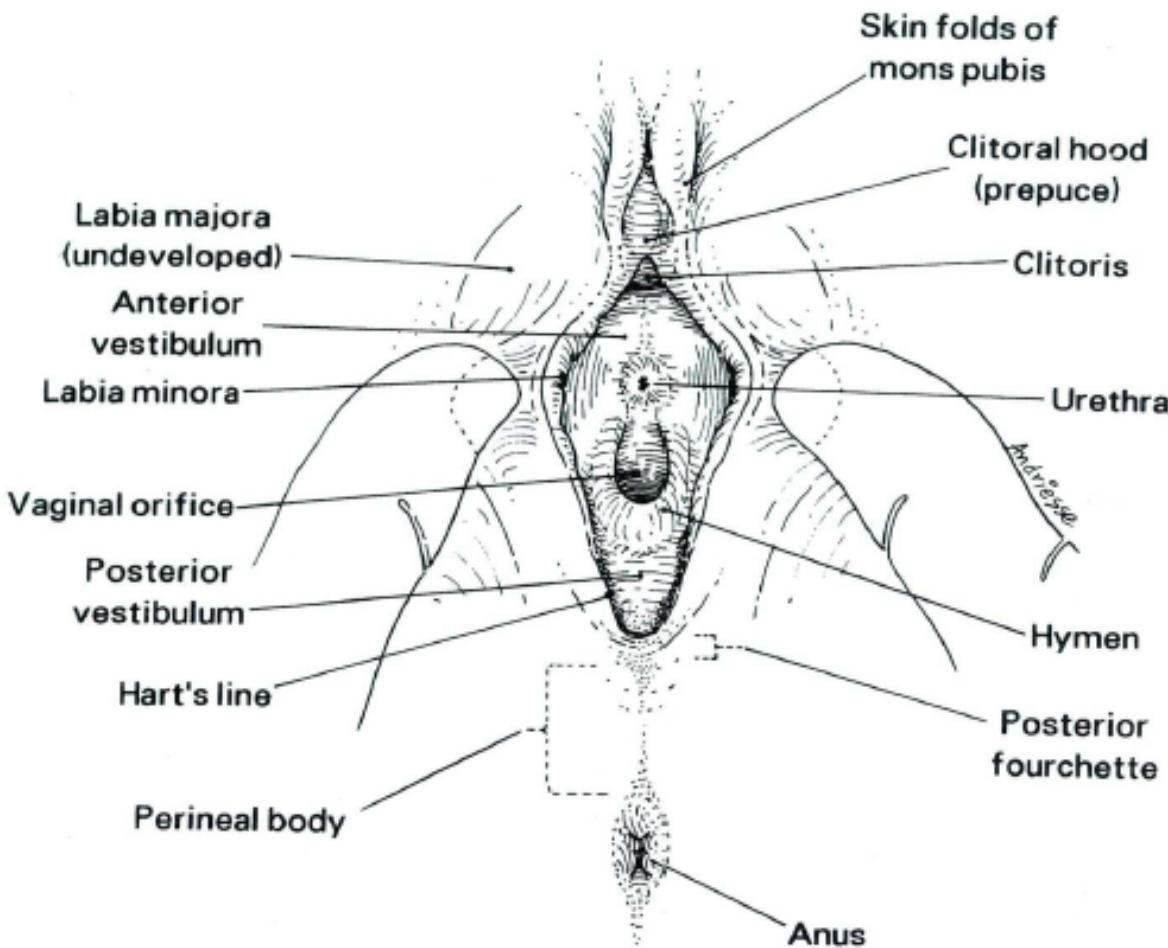


FIG. 1-1. External genitalia of the prepubertal child.

(da Emans e Coll.)⁸

Anatomia della vulva infantile

L'estrogenizzazione transitoria
data dagli estrogeni materni si
esaurisce entro i primi 6 mesi

Ridotto strato lipico sottocutaneo
in grandi labbra e monte di Venere

Relativa vicinanza ano-vestibolare

Caratteristiche anatomiche +
Deficit di estrogenizzazione =

Maggior suscettibilità ai traumi
ed alle sostanze irritanti

Assenza di peli pubici

Sottigliezza della cute vulvare

Vasi sanguigni vestibolari visibili

Piccole labbra depigmentate e di
aspetto atrofico

Imene piccolo e sottile

Particolare vulnerabilità di vulva e vagina nella bambina

per

caratteristiche anatomiche proprie di questa età

difetto di estrogenizzazione

frequente contatto con irritanti

Fattori predisponenti alle flogosi:

- Abitudini infantili (giocare in terra, esplorare i genitali...)
- Uso di pannolini
- Biancheria e detergenti irritanti o allergizzanti
- Scarsa igiene

VULVOVAGINITI

VULVITI, rappresentano nella maggior parte dei casi quadri irritativi

VULVOVAGINITI, flogosi estesa al canale vaginale, sostenuta da microrganismi patogeni o patogeni opportunisti, possibile sovrainffezione

VULVOVAGINITI: aspetti clinici

VULVITI:

- Prurito
- Particolare sensibilità locale
- Disuria
- Eritema vulvare

VAGINITI:

- Presenza di perdite vaginali

VULVOVAGINITI:

- Perdite vaginali
- Prurito
- Disuria
- Dolorabilità
- Eritema vulvare
- Bleeding

Most cases (70%–80%) have nonspecific causes

About 25% of vulvovaginitis cases in children are caused by infections

[Emily P.A. Brander, MD and Sarah K. McQuillan, MD](#)
[CMAJ](#). 2018 Jul 3; 190(26): E800.

The diagnosis of vulvovaginitis in prepubertal girls is usually on the basis of clinical history and inspection of the external genitalia. The microscopic evaluation and culture of vulvovaginal secretions are considered additional tools in routine clinical practice

Clinical and Microbiological Findings of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls

Kristina Jarienė MD, PhD, Eglė Drejerienė MD, PhD, Algirdas Jaras MD, PhD, Austė Kabašinskienė MD, Ieva Čelkienė MD e Neringa Urbonavičienė MD

Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2019-12-01, Fascicolo 32, Numero 6, Pagine 574-578, Copyright © 2019 North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

Anaerobes

- Gram positive:
 - *Actinomyces*
 - *Bifidobacteria*
 - *Peptococcus*
 - *Peptostreptococcus*
 - *Propionibacterium*
- Gram negative:
 - *Veillonella*
 - *Bacteroides*
 - *Fusobacteria*
 - *Gram negative cocci*

Aerobes

- Gram positive:
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus viridans*
 - *Enterococcus faecalis*
 - *Corynebacteria or Diphtheroids*

Agents of infective vulvovaginitis in childhood.

Pathogens

- Streptococcus pyogenes*
- Haemophilus influenza*
- Enterobius vermicularis*
- Candida albicans* *Candida glabrata*
- Yersinia enterocolitica*
- Shigella flexneri*

Opportunistic pathogens

- Staphylococcus aureus*
- Streptococcus agalactiae*
- Streptococcus viridians*
- Escherichia coli*
- Enterococcus faecalis*
- Proteus mirabilis*
- Pseudomonas aeruginosa*
- Corynebacteria*

Sexually transmitted pathogens

- Neisseria gonorrhoeae*
- Chlamydia trachomatis*
- Trichomonas vaginalis*
- Papilloma virus, Herpes virus* (sexual transmission not exclusive)

Vulvovaginiti specifiche in età pediatrica (Wilson 1992)

NON SEX TRASMESSE

- Streptococcus piogenes*
- Streptococcus agalactiae*
- Haemophilus influenzae*
- Gardnerella vaginalis*
- Staphilococcus aureus*
- Candida*
- Enterobius vermicularis*
- Shighella*
- Yersinia enterocolitica*

SEX TRASMESSE

- Neisseria gonorrhoea*
- Chlamydia trachomatis*
- Trichomonas vaginalis*
- Gardnerella vaginalis*
- Herpes simplex virus*
- Human papilloma virus*

DIAGNOSI

- 1)Vaginal bacterial culture results were positive in prepubertal girls with vulvovaginitis and in healthy controls.
- 2) Nonspecific vulvovaginitis without a dominant/isolated pathogen was seen to be more common than vulvovaginitis with a potential causative agent.
- 3) Clinical symptoms were more frequent among girls when the potential infectious agent was identified..

Clinical and Microbiological Findings of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls [RSS](#) [Download PDF](#)Kristina Jarienė MD, PhD; Eglė Drejerienė MD, PhD, Algirdas Jaras MD, PhD, Austė Kabašinskienė MD,
, Ieva Čelkienė MD e Neringa Urbonavičienė MD

Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2019-12-01, Fascicolo 32, Numero 6, Pagine 574-578, Copyright © 2019 North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

DIAGNOSI

The diagnosis of vulvovaginitis in prepubertal girls is usually on the basis of clinical history and inspection of the external genitalia. The microscopic evaluation and culture of vulvovaginal secretions are considered additional tools in routine clinical practice

Clinical and Microbiological Findings of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls

Kristina Jarienė MD, PhD, Eglė Drejerienė MD, PhD, Algirdas Jaras MD, PhD, Austė Kabašinskienė MD, Ieva Čelkienė MD e Neringa Urbonavičienė MD

Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2019-12-01, Fascicolo 32, Numero 6, Pagine 574-578, Copyright © 2019 North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology

Anamnesi

- Allergie, atopia
- Malattie infettive recenti
- Trattamenti farmacologici
- Sintomi urinari
- Sintomi gastrointestinali, caratteristiche alvo
- Abitudini igieniche (biancheria, detergenti)
- Tipo di sintomatologia e storia del sintomo

Figure 1. Normal anatomy



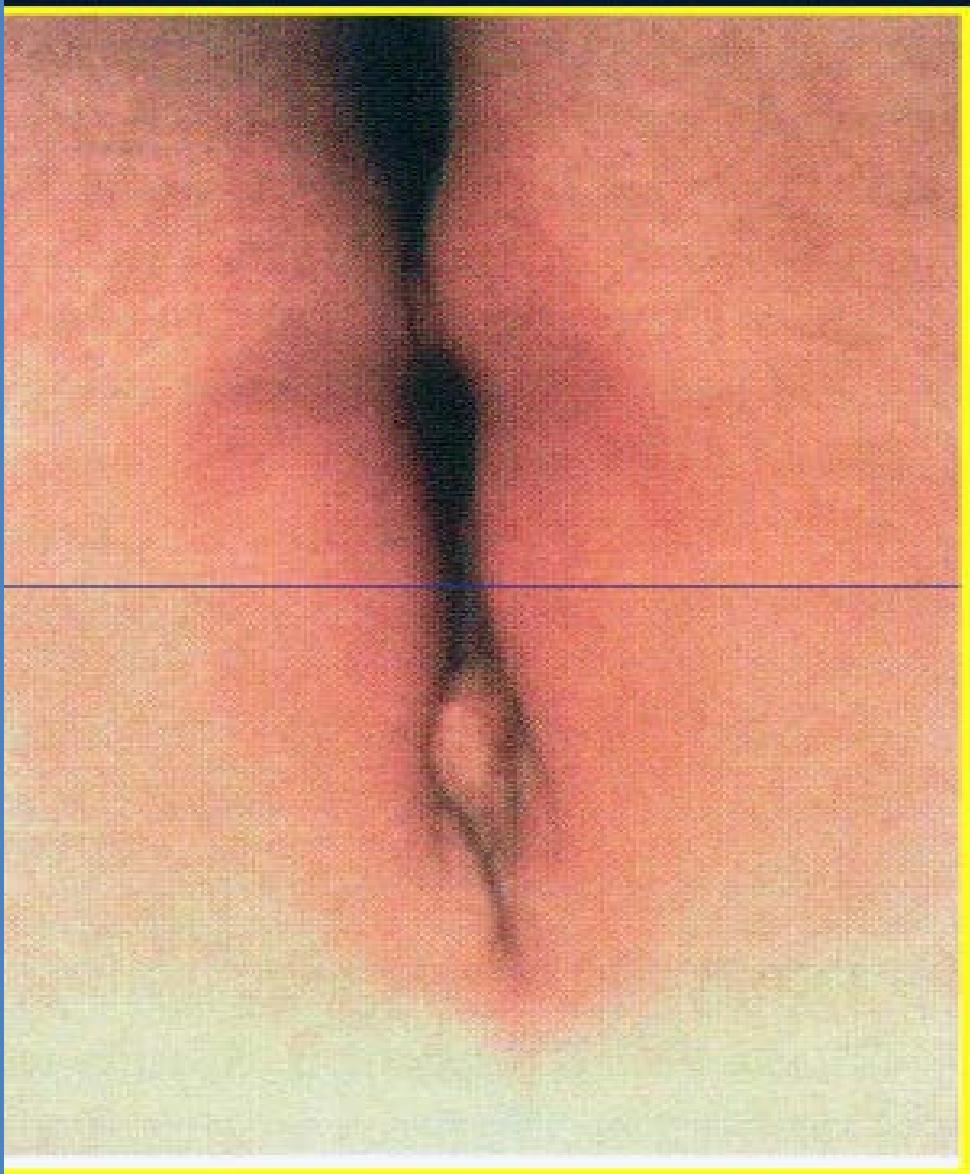
Figure 3. Vulvovaginitis





Herpes





VULVOVAGINITE DA OSSIURI

(Da Bruni e Coll.) 34

TERAPIA

Most cases (70%–80%) have nonspecific causes and require only reassurance and improved vulvar hygiene .

It is important to ask about prior episodes, treatments and hygiene habits (toileting, hand washing, tight-fitting clothing and bathing

Le regole della buona igiene vulvare

Preferire biancheria di cotone bianca, non attillata, lavata con detergenti non profumati o colorati

Usare carta igienica non profumata né colorata

Evitare contatto vulvare con bagni schiuma e shampoo

Usare in modo limitato il sapone e non a livello vulvare

Lavarsi dall'avanti all'indietro dopo la defecazione

Asciugarsi bene dopo il bagno o la piscina

Lavarsi frequentemente le mani

Urinare con le gambe ben divaricate

Terapia

Specific treatment for vulvovaginitis is indicated when an isolated high-growing bacterium is detected in pure culture.

With respect to mixed culture samples, some authors have reported that dominant and high-growing microorganisms should also be considered as potential causative agents of inflammation and as such justify treatment.

In contrast our data suggest that because isolated or dominant bacteria are also abundantly present in the control group, the severity of the symptoms should guide the management strategy

Terapia

TABLE 1. *Prepubertal Vulvovaginal Pathogens*

Antibiotic Preferred Choice	Bacteria	Body Site	Alternate Choice
Penicillin family	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Skin flora	Azithromycin or cephalosporin
	<i>Streptococcus viridans</i>	Skin flora	Azithromycin or cephalosporin
	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Skin flora	Azithromycin or cephalosporin
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Skin flora	Trimethoprim/sulfamethoxazole
	<i>Haemophilus influenzae</i>	Respiratory tract	
	<i>Streptococcus group A</i>	Respiratory tract	
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Respiratory tract	
	<i>Escherichia coli</i>	Gastrointestinal tract	
	<i>Proteus vulgaris</i>	Gastrointestinal tract	Cephalosporin
	<i>Enterobiasis vermicularis</i>	Pinworm	Cephalosporin
Mebendazole			Cephalosporin

terapia

● TABLE 2. *Antibiotic Dosing*

	Ampicillin	Amoxicillin	Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Azithromycin	Mebendazole
<20 kg	25 mg/kg q 6 h for 5-10 d	20 mg/kg q 12 h for 5-10 d	5 mg/kg/dose q 12 h for 5-10 d	10 mg/kg per day 1 then 5 mg/kg po ×4 d	100 mg ×1, repeat in 3 wk ×1
>20 kg	500 mg q 6 h for 5-10 d	20 mg/kg q 12 h for 5-10 d	5 mg/kg/dose q 12 h for 5-10 d	10 mg/kg per day 1 then 5 mg/kg po ×4 d	100 mg ×1, repeat in 3 wk ×1

Conclusion:

- The microbial ecosystem in girls with clinical signs of vulvovaginitis is complex and variable, and the presence of a microorganism does not necessarily imply that it is the cause of infection. The diagnosis of vulvovaginitis in prepubertal girls requires a complex and comprehensive approach, and microbiological findings should be interpreted in the context of clinical findings.

Lichen sclerosus - 1

Patologia della pelle di origine sconosciuta,

Riportati casi familiari ed associazione con patologie autoimmuni

Eziologia ormonale: compare prima del menarca o dopo menopausa

Per lo più in età adulta, 10-15% dei casi sono nell'infanzia, tra 5 e 7 aa

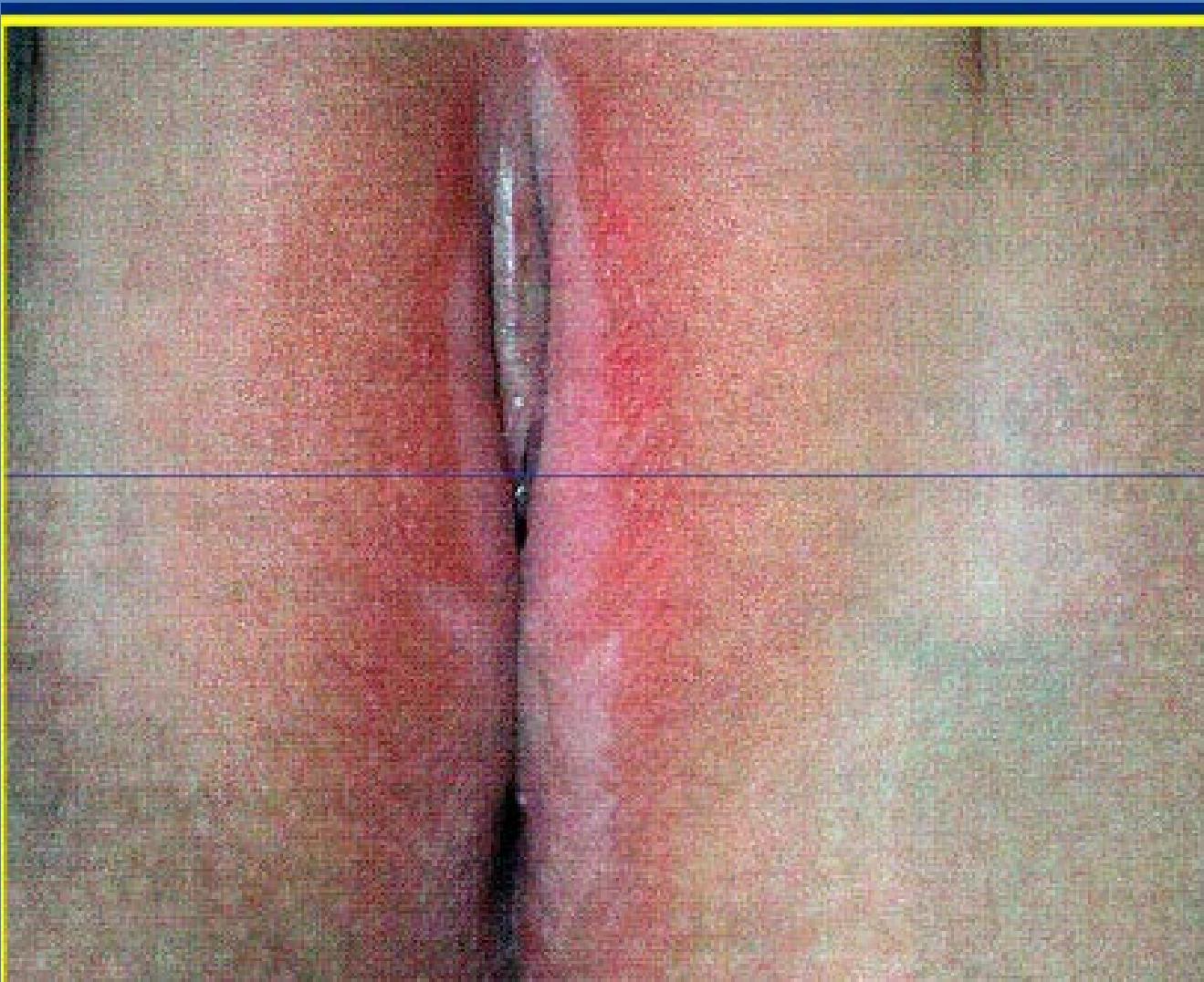
CLINICA: prurito, dolorabilità, erosioni, fissurazioni, papule, noduli, sanguinamento, disuria, stipsi, dolore alla defecazione

ANAMNESI: età, igiene vulvare, traumi o abuso sessuale, atopia o patologie autoimmuni, malattie della pelle

OBIETTIVITA': demarcata figura "a 8" intorno avulva e ano, eritema, porpora, erosioni, fissurazioni, cicatrici, fusione e riassorbimento delle ninfe con il tempo; interessa labbra e ano, risparmia l'imene

La diagnosi è clinica, la biopsia è raramente necessaria

Lichen sclerosus





Conglutinatio delle ninfe (da Wolf e Coll.)

TRAUMA ACCIDENTALE



Vulvovaginite da corpo estraneo



VAGINOSCOPIO

(Da Goldfarb e Coll.)

32

Conglutinatio delle piccole labbra

Condizione acquisita, in cui le ninfe sono adese lungo l'interlinea

In 0,6 – 3% delle bambine **tra 6 mesi e 6 anni**, assente nella neonata

Agenti irritanti disepitelizzano l'epitelio non estrogenizzato delle ninfe; tra cui si formano aderenze.

Con la riepitelizzazione si formano ponti avascolari tra le labbra

Spesso asintomatica, può accompagnarsi a **flogosi vulvovaginale, sgocciolio alla minzione, infezioni urinarie**

Si consigliano:

- misure igieniche**, con rimozione di possibili agenti irritanti
- creme agli estrogeni**, solo sulla linea di fusione, 1 – 2 volte al dì, da 2 a 6 settimane, con gentile trazione sulle ninfe al mattino
- separazione manuale**, se fallisce il trattamento medico o se vi è ritenzione urinaria, con anestesia locale (EMLA) o sedazione
→ *Rischio di ricorrenza fino al 40%*.