

Vulvovaginitidy u dětí

MUDr. Gabriel Jelenek, MUDr. Ingrid Rejdová, MUDr. Iva Vlašínová, MUDr. Kateřina Sedláková

Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno

Vulvovaginitidy jsou nejčastějším gynekologickým onemocněním dětského věku. Na jejich vzniku se podílejí početné faktory. Gynekologické vyšetření dětí se výrazně liší od vyšetření dospělých žen a vyžaduje individuální přístup. Nedílnou součástí je provedení vaginoskopie s odběrem kultivace z pochvy a leplex stolice. V dětské gynekologii posuzujeme veškeré potíže s ohledem na estrogenizaci dětského organismu. Terapie vulvovaginitid u dětí se vždy posuzuje podle výsledků kultivace a stanovené citlivosti na antibiotika.

Klíčová slova: vulvovaginitida, vaginoskopie, vaginální sliznice, *Lactobacillus acidophilus*, vaginální fluor, antibiotická terapie, kultivace, hypermangan.

Vulvovaginitis in childhood

Vulvovaginitis is most common gynaecological illness in childhood. There are many factors which can be associated with it. Gynaecological examination of children differs from examination of adult women and requires individual approach. Inseparable part of the examination is vaginoscopy with collection of vaginal swab and leplex of stool. In children gynaecology of the symptoms are correlated regarding to estrogenisation of the child's organism. Therapy of vulvovaginitis is based upon result of vaginal swab and sensitivity to antibiotics.

Key words: vulvovaginitis, vaginoscopy, vaginal mucosa, *Lactobacillus acidophilus*, vaginal fluor, antibiotic therapy, culture, hypermangan.

Pediatr. praxi 2012; 13(6): 392–394

Vulvovaginitidy jsou nejčastějším gynekologickým onemocněním dětského věku. Faktory, které se podílejí na četnosti výskytu zánětu genitálu, jsou: anatomická blízkost pochvy a konečníku, nepřítomnost labiálního tuku a s tím spojeného zvlhnutí labií, které působí jako mechanická bariéra, nepřítomnost ochlupení, malá labia minora, jemná vulvární kůže, tenká, neestrogenizovaná vaginální sliznice, tendence dětí k nedostatečné hygieně a k objevování vlastního těla (sahání si na genitál, vkládání cizích předmětů do oblasti vulvy a poševního vchodu). Drtivá většina vulvovaginitid jsou nespecifické etiologie, ale často se jedná o potíže spojené s přítomností bakteriálního agens. Záněty vulvy (vulvitis) se většinou vyskytují společně se záněty pochvy (vaginitis), proto obecně hovoříme o vulvovaginitidách.

Gynekologické vyšetření dětí se výrazně liší od vyšetření dospělých žen, proto je má provádět gynekolog s erudiicí v dětské gynekologii. Vyšetření je daleko náročnější a vyžaduje individuální přístup vyšetřujícího personálu. Je nutná přítomnost matky, dítě je vyšetřováno na gynekologickém stole. Nedílnou součástí je provedení vaginoskopie s odběrem kultivace z pochvy a leplex stolice. V dětské gynekologii posuzujeme veškeré potíže s ohledem na estrogenizaci dětského organismu. Proto dělíme dětský věk na neonatální období, klidové období a období pohlavního dospívání.

Neonatální období je charakterizované estrogení stimulací organismu dívky, která je dána gonadotropní stimulací ovarii hormony

placenty. Jejich příliv končí v okamžiku podvazu pupečníku. Fluor, který se v tomto období vyskytuje, je buď *fluor neonatalis purus* – fyziologický, způsobený vlivem estrogenů, nebo *fluor neonatalis mixtus*, který je projevem přítomnosti infekčního agens, stejně jako u dospělých žen. Změny, které způsobují estrogeny u novorozeneckých dívek, trvají 4–8 týdnů po narození. Zevní genitál je prosáklý s bělavou hlenovitou sekrecí produkovanou deskvamovanými estrogenem stimulovanými buňkami vaginálního epitelu a žlázkami hrdla děložního, neobsahuje leukocyty ani infekční agens, hymen je prosáklý, poševní sliznice je zduřelá, proliferovaná. V tomto období se může objevit i děložní krvácení z hormonálního spádu. V pochvě je kyselé prostředí, je přítomen Döderleinův *Lactobacillus acidophilus*.

Klidové období střídá neonatální období. Je charakterizováno podprahovými hladinami vylučovaných estrogenů. Pohlavní orgány jsou ve stadiu funkčního klidu. Pochva je bez sekrece, sliznice je tvořena jen několika vrstvami parabazálních buněk, nejsou zde přítomny ani leukocyty, ani mikroorganismy (ani *Lactobacillus*). Nízký poševní epitel (5–8 vrstev buněk) je málo odolný vůči patogenům. Nepřítomnost laktobacilární flóry a neutrální až alkalické pH pochvy v důsledku absence tvorby mléčné kyseliny je ideální pro množení bakterií. Každý výtok v tomto období, které trvá do 8.–9. roku věku, je patologický. U dítěte tedy chybí přirozená obrana poševního prostředí, ale riziko přenosu infekce na vnitř-

ní pohlavní orgány – dělohu a adnexa – je velmi nízké. V diferenciální diagnostice je třeba odlišit dermatózy, které se projevují ekzematickými záněty, které se projevují ekzematickými záněty zevních rodidel a úporným svěděním. Důležitou roli ve vyšetření dítěte hraje vaginoskopie, jež pomáhá odhalit cizí těleso, které dráždí poševní stěnu, event. nádorové onemocnění pochvy, např. rabdomyosarkom, projevující se vodnatě-krvavým výtokem a odchodem nádorových hmot z rodidel. Kultivaci je nutno odebrat též pomocí vaginoskopu k zábraně kontaminace z kůže.

Období pohlavního dospívání je charakteristické postupnou aktivací osy hypothalamus – hypofýza – ovarium. Zvyšující se sekrece estrogenů stimuluje reprodukční soustavu. Objevuje se fyziologický pubertální výtok *fluor pubertalis purus*, který je dán hormonálními vlivy. Neobsahuje patogenní mikroorganismy, je průhledný, nezapáchá a nevyžaduje terapii. Jiným typem výtoků je *fluor pubertalis mixtus*, způsobený infekčním agens. Poševní sliznice v pubertě se ztlusťuje, řasí, klesá pH a pochva se osídluje Döderleinovým bacilem (*Lactobacillus acidophilus*).

Klinické příznaky a diagnostika

Hlavním příznakem vulvovaginitid je výtok (*fluor*) různé barvy a konzistence, svědění a pálení rodidel, u malých dětí někdy i bolest břicha, zejména v oblasti pupku, zarudnutí rodidel, exkoriace kůže v okolí genitálu se známky škrábání. Riziko přestupu zánětu na vnitřní rodidla (dělohu a adnexa) je v klidovém období

minimální. V období pubertálním, kdy genitál prodělává velké změny, riziko adnexitidy vzrůstá. Při diagnostice je nepostradatelným vyšetřením vaginoskopie s odběrem kultivace pochvy. Diferenciálně diagnosticky je nutno vyloučit onemocnění parazity a dermatózy (atopickou, kontaktní, lichen). Ty bývají spojeny s ekzematizací, svěděním a nutností dermatologického vyšetření.

Patogeny

Patogeny neonatálního období

Přenos infekce může být během porodu z porodních cest matky nebo nesprávnou hygienou v postnatálním období. K diagnostice je vždy nutné kultivační vyšetření. Lze zde diagnostikovat všechny typy infekcí jako u dospělých žen.

Patogeny období pohlavního dospívání

V tomto období zaznamenáváme prudký nárůst kandidových infekcí (*Candida albicans*, *Candida glabrata*). Přispívá k tomu i nošení přiléhavých, neprodyšných kalhot, možná je i alergická reakce na spodní prádlo, používání alkalických parfémovaných mýdel, pracích prášků, terapie antibiotiky při celkových infekcích. Narůstá i počet infekcí způsobených *Trichomonas vaginalis*. Přenos infekce může být cestou nepohlavní při porušování zásad hygieny, ale je nutno myslet i na pohlavní cestu (pohlavní zneužívání, lehčí sexuální praktiky). Infekce *Chlamydia trachomatis* se u dětí nevyskytuje. Považujeme ji za pohlavně přenosnou, proto při jejím průkazu je nutno pátrat po **pohlavním zneužívání**. Pro infekci *Gardnerella vaginalis* je charakteristický naředlý, řídký výtok, zásadité pH, rybí zápach po aplikaci hydroxidu draselného a přítomnost klíčových buněk. Virová onemocnění jsou v tomto období poměrně vzácná. Nejčastěji se setkáváme s infekcí *Herpes genitalis*.

Patogeny klidového období

Z patogenních mikroorganismů dominuje střevní flóra (*E. coli*, *Enterococcus faecalis*, *Proteus*, *Klebsiela*, *Acinetobacter*) jako následek nedostatečné, nebo nesprávné hygieny po močení a stolici, nedbalé hygieny spodního prádla, oblékání kalhotek přes boty, či odkládání kalhotek na zem. Další velkou skupinu patogenů tvoří streptokoky, které se do pohlavního ústrojí dostávají hematogenní cestou při angínách, otitidách a infekcích horních cest dýchacích, spále, po očkování proti nešt-

vicím. Stafylokoky (*Staphylococcus pyogenes aureus*, *Staphylococcus epidermidis albus*) bývají do pochvy často zaneseny při masturbaci, při dětských „doktorských“ hrách nebo pohlavním zneužíváním. Možná je také infekce *Haemophilus influenzae*. Pokud se opakovaně setkáváme s výtokem bez průkazu patogení flóry, měli bychom myslet na anaerobní flóru, kterou běžnou kultivací neprokážeme. Díky nepřítomnosti glykogenu v poševní flóře se v tomto období zcela výjimečně setkáváme s kvasinkovými infekcemi (*Candida albicans*, *Candida glabrata*). Pokud se v kultivaci s kvasinkami setkáme, musíme vyloučit diabetes mellitus, pubertas praecox nebo imunodeficienci. Můžeme se setkat taky s kapavkovou infekcí způsobenou *Neisseria gonorrhoeae*, která se projevuje smetanovým výtokem s náhlou a prudkou exacerbací, vzhledem k velké vnímavosti pochvy danou alkalickým prostředím. Dítě se může nakazit pohlavní (zneužívání) i nepohlavní cestou (od matky, sestry). Toto onemocnění podléhá povinnému hlášení. *Trichomoníáza* je v dětském věku vzácná. Nákaza se děje nepohlavní cestou. Virová infekce *Herpes simplex genitalis* se vyskytuje zřídka a je způsobena zpravidla nepohlavní cestou. Léčba se neliší od léčby dospělých pacientek. Výtoky může způsobovat také enuréza, alergická reakce na prací prášek, aviváž, dlouhodobý kontakt s plenkou, nedokonale očištěný genitál od smegmatu. Další příčinou infekce mohou být i střevní paraziti *Enterobius vermicularis*. Samička klade obvykle v noci vajíčka kolem řitního otvoru a někdy roup docestuje i do pochvy. Kladení vajíček vyvolá svědění a škrábáním si dítě zaneše infekci na rodidla. Dle literatury se parazitární infekce vyskytuje až v 50 % vulvovaginitid. Při výskytu opakujících se a obtížně léčitelných vulvovaginitid je nutno pátrat po cizím tělese.

Terapie

Léčíme vždy lokálně podle výsledků kultivace a stanovení citlivosti bakterií na antibiotika. Při akutním zánětu aplikujeme ATB terapii na základě charakteru výtoku, kterou ev. po výsledku kultivace změníme. Zásadně však neléčíme laboratorní výsledky, ale potíže pacientky. Při kultivačním průkazu infekce a absenci klinických potíží neléčíme a naopak. Největší změny bývají vždy v zadní klenbě poševní. Je nutné si uvědomit, že dětská pochva je více uzavřená než pochva dospělé ženy a má i nižší samočistící schopnost. Zbytky z odloučených buněk a z rozpadlých mikroorganismů,

či případné zbytky z léků se částečně zadržují, rozkládají, dráždí a zvyšují pravděpodobnost dalšího onemocnění. K terapii používáme hromadně vyráběné přípravky s antibiotiky ve formě masti, nebo magistraliter vaginální čípky, které aplikujeme do pochvy 1x denně (magistraliter čípky s nitrofurantoinem, chloramfenikolem, sulphathiazolem, fungicidinem, entizolem, betadine). Terapii čípky možno doplnit i aplikací masti na zevní rodidla (Pityol, Bactroban, Framykoin). V praxi se osvědčily i vaginální masti (Clotrimazol, Macmiror Complex). Systémovou terapii nasazujeme jen při opakovaných, akutně probíhajících infekcích, nebo při současné infekci močových cest, respiračního traktu, kapavce, trichomíadové infekci, nebo když pro neklid dítěte není možná lokální terapie. Doplnující léčbou jsou výplachy pochvy ředěnými dezinfekčními prostředky. Nikdy neprovádíme sedací koupele, při kterých se oplachuje i konečník a je riziko přenosu patogenů do pochvy. Provádíme jen oplachy rodidel ve světle růžovém roztoku hypermanganu, nebo jiným dezinfekčním roztokem, vždy od močové trubice směrem ke konečníku, neprovádíme ale sedací koupele pro možnost zanesení bakterií z konečníku do pochvy. Při recidivujících zánětech je indikována balneoterapie. Délka léčby je obvykle 6–10 dní, po ukončení terapie je vhodné provedení kontrolní kultivace z pochvy. Důležitou roli hraje důkladné poučení rodičů o hygienických návycích, aby se zamezilo opakovanému přenosu bakterií do pochvy: po stolici čištění genitální oblasti zepředu dozadu (nejlépe umytí vodou), po močení důkladně vysušit genitál (prevence vlhkosti – živné půdy pro bakterie), každodenní umývání genitálu, denně čisté spodní prádlo. Nepoužívat mýdlo, to vysušuje kůži, mění pH, může způsobit dermatitidu. Zabránit masturbaci – zde je většinou vhodná spolupráce s psychologem. Při opakovaných zánětech by měla být bakteriologicky vyšetřena i moč, zavedena terapie enurézy, případně oxyuriázy. Posledně jmenovaná onemocnění léčíme ve spolupráci s pediatrem. Při průkazu střevních parazitů podáváme *Pyrrvinium* (antihelmintikum s 95% účinností – jedná se o sirup s jednorázovou perorální aplikací), nebo *Vermox* (antihelmintikum – perorální tableta k jednorázovému užití s opakovaným užitím za 2–4 týdny). *Vermox* (mebendazol) je účinný na roupy (*Enterobius vermicularis*), bičíkovce tenkohlavého (*Trichuris trichiura*), škravku dětskou (*Ascaris lumbricoides*), měchovce (*Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*),

hádě střevní (*Strongyloides stercoralis*) i tasemnici (*Taenia sp.*).

Často se u mladých maminek setkáváme s mýtem, že se na genitál dívek nemá sahat, jen ho lehce omývat. Není to pravda. Dětský genitál je třeba ošetřovat stejně jako v pozdějších obdobích. Je třeba důkladně ho opláchnout, nejlépe vlažnou vodou zepředu dozadu, důkladně odstraňovat zbytky stolice, hlavně u nejmenších dětí, které ještě nosí plenky, ty pak měnit včas a zvláště po stolici. Hygienické, vlhčené ubrousky používat pouze v případě, kdy není možné omytí vodou, a opět otírat genitál jen zepředu dozadu. Labia od sebe oddalujeme jako prevenci vzniku synechií (slepení) vulvy, odstraňujeme smegma z interlabiálních rýh. Je nutno si uvědomit, že svědění je obecným projevem zánětu, nikoliv specifickou vlastností mykotických infekcí – hlavně u dětí v klidovém období.

Závěr

Vulvovaginitidy jsou nejčastějším onemocněním dětského věku. Hlavní těžiště prevence je dodržování správných hygienických návyků a jejich získání u dítěte v raném věku s pochopením jejich významu. Nutný je taky přístup s rozvahou jednak od rodičů a lékaře na straně jedné a pochopení problému samotným dítětem v rámci možností jeho věku na straně druhé, a to formou hravou, bez vytváření negativního pocitu u dítěte při vyšetření a samotném ošetřování zánětu.

Literatura

1. Vandeven AM. Vulvovaginitis in the child and adolescent. <http://pedsinreview.aappublications.org/content/14/4/141>. abstract.
2. Stricker T, Navrátil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in pre-pubertal girls. Arch. Dis. Child. 2003; 88: 324–326. bmj.com/content/88/4/324.full.pdf+html.

3. Fischer G. Pre-pubertal girls with chronic vulvitis are likely to have either psoriasis or atopic dermatitis, Chronic vulvitis in pre-pubertal girls. Australas J Dermatol. 2010; 51(2): 118–123.
4. Hořejší J. Dětská gynekologie. Praha Avicenum 1990.
5. Kolařík D, Halaška M, Feyreisel J. Repetitorium gynekologie. Praha: Maxdorf 2011.
6. Rob L, Martan A, Citterbart K. Gynekologie. Praha: Galén 2008.
7. Jandová Y. Problematika dětské gynekologie v ordinaci praktického lékařství. Pediatr. Praxi 2002; 4: 158–161.
8. Hořejší J. Vulvovaginitis u dětí. www.levret.cz.

Článek doručen redakci: 28. 9. 2012

Článek přijat k publikaci: 10. 11. 2012

MUDr. Gabriel Jelenek

Gynekologicko-porodnická klinika
FN Brno

Obilný trh 11, 602 00 Brno
gabrieljelenek@gmail.com

