

Vulvovaginiti in età prepubere

D.ssa Dei Metella

Servizio Ginecologia Infanzia e Adolescenza
Università degli Studi di Firenze

D.ssa Biancalani Luciana

Pediatra di famiglia



**Di fronte ad una vulvite in età
pediatrica quali elementi
anamnestici ti sembrano rilevanti ?**

- **Pregressi sintomi gastrointestinali e caratteristiche alvo**
- **Abitudini igieniche**
- **Diatesi allergiche**

**Fra le cause aspecifiche di vulvite
qual' è la più frequente?**

- **Corpo estraneo**
- **Masturbazione**
- **Batteri intestinali**

Quali caratteristiche sono tipiche della vulvovaginite?

- **Prurito vulvare**
- **Edema, iperemia, leucorrea**
- **Ipoestrogenismo delle mucose**



**Quali sono i microrganismi più frequenti
nella eziologia delle vulvovaginiti nell'età
4-9 anni?**

- **Candida**
- **Enterobatteri**
- **Streptococco B-emolitico A e B**

Il riscontro eziologico di gonococco e trichomonas in una bambina di 2 anni deve far sospettare:

- **Trasmissione verticale**
- **Abuso**
- **Contaminazione**

Quale farmaco è indicato nella terapia delle vulvovaginiti da Streptococco?

- **Amoxi-Clavulanico**
- Amoxicillina
- **Macrolidi**



Dott. Metella Dei

Servizio Ginecologia Infanzia e Adolescenza

Università degli Studi di Firenze

Vulvovaginiti in età prepubere



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

Obiettività clinica

- Localizzazione aspetti flogistici
- Presenza o meno di leucorrea
- Presenza di vesciche
- Lesioni da grattamento, lichenificazione
- Sinechie
- Discromie cutanee
- Grado di estrogenizzazione

Irritazione vulvare



rivalutazione abitudini
igieniche
creme emollienti-protettive

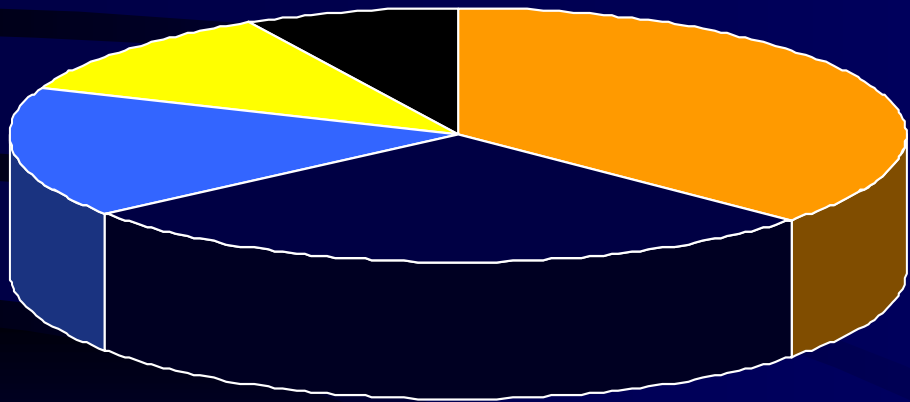
iperemia, edema
tissutale, leucorrea

Vulvovaginite



Irritazione vulvare

(n = 130)



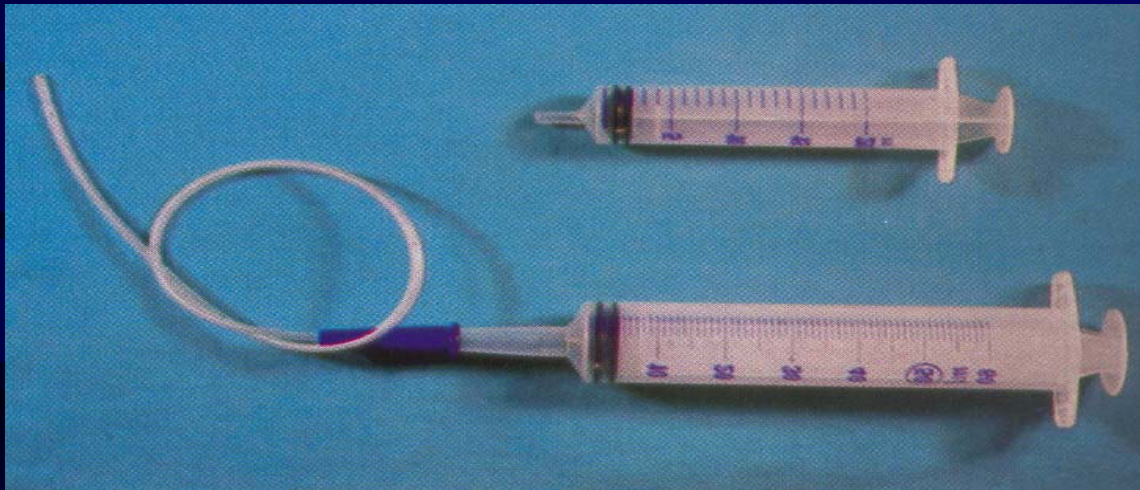
- Atopia-allergie
- Pat. dermatologiche
- Emangiomi-nevi
- Vulvovaginiti
- Localizzazione di malattie generali

(Fischer & Rogers 2000)

Vulvovaginite o vulvite ricorrente



valutazione batteriologica



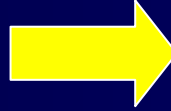
eventuali esami complementari su
base anamnestica

Vulvovaginiti specifiche: eziologia

- *Streptococcus pyogenes* (gruppo A)
- *Streptococcus agalactiae* (gruppo B)
- *Haemophilus influenzae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Enterobius vermicularis*
- *Candida albicans* e *glabrata*
- *Yersinia enterocolitica*
- *Shigella*

Prevalenza per fasce di età

Età < 3 anni



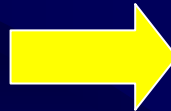
Enterobatteri
Stafilococchi

Età : 4– 9 anni



Streptococco β
emolitico A e B

Età > 9 anni

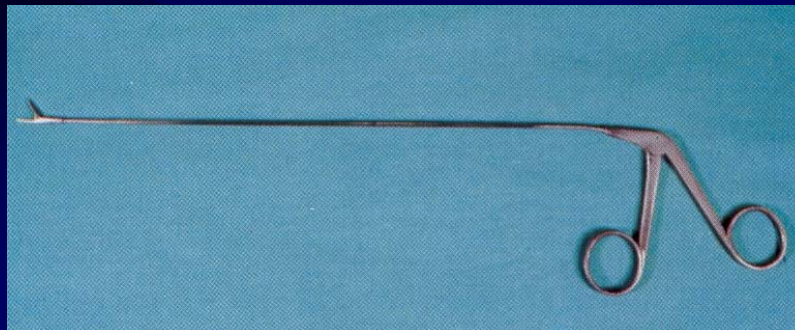


Candida
Gardnerella
Lattobacilli

(Bruni et al 1999)

Vulvovaginiti specifiche: eziologia

- Bambine relativamente piccole
 - Forme recidivanti
 - Associazioni batteriche
- ➔ non dimentichiamo possibilità di **corpo estraneo!**



Vulvovaginiti specifiche: eziologia

- Gardnerella vaginalis
- Ureaplasma urealyticum
- Mycoplasma hominis
- Trichomonas vaginalis
- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae

- Herpes simplex virus
- Human papillomavirus

Riscontro di patogeni a trasmissione sessuale e sospetto di abuso

Rivalutare:

- situazione e organizzazione familiare
- possibilità di errori diagnostici
- ripetizione coltura con metodiche altamente specifiche e sensibili
- opportunità di indagine sierologica (HIV, HCV Ab, Ab per Treponema)
- possibilità di trasmissione verticale
- eventuali consulenze

Possibilità di trasmissione verticale

- **Gonorrea**: persistenza non oltre 1 anno
45% asintomatica (soprattutto faringe e retto)
- **Clamydia** : persistenza anche asintomatica
per 3 anni (soprattutto vagina e retto)
- **Trichomonas** : persistenza non oltre 9 mesi
(più probabile in soggetti estrogenizzati)

Possibilità di trasmissione verticale

- **Herpes Virus:** rare manifestazioni genitali senza richiamo anamnestico dopo i primi mesi di vita; possibile trasmissione per contatto digitale o autoinoculo
- **Virus dei Condilomi:** trasmissione perinatale probabile entro 1 anno; incerta da 1 a 3 anni; ancora pochi dati su tipizzazione DNA

(Guidelines Ass. Genitourinary Medicine 2002)

Significato del riscontro di MTS nella diagnosi di abuso

Infezione da HIV, Gonococco, Clamydia,
Trichomonas, Sifilide

(esclusa trasmissione verticale)



Classe III C: alta specificità per abuso

(Adams 2004)

Linee di trattamento

Streptococco: amoxicillina 50 mg/Kg /die per 8 gg.
ev. clindamicina topica

Haemophilus: amoxicillina 50 mg/Kg /die per 8 gg.
ev. cefalosporina per os

Staphylococcus aureus: mupirocina topica
ev. amoxicillina + acido clavulanico
45 mg + 6.4mg / Kg per 7 gg

... e nelle forme recidivanti?

- Ricercare eventuali eventi correlati
- Rivalutare situazione vescicale e intestinale
- **Promestriene** in soggetti pre-puberi

?

Linee di trattamento

Enterobius: **pirantel** 10 mg/kg in unica dose
mebendazolo 100 mg ripetuti dopo 15 gg. +
terapia topica

Shigella: terapia per os su **antibiogramma**

Yersinia: terapia con **cefalosporina** per os

Linee di trattamento

Candida albicans: **imidazolici** topici per 6 gg. +
detergenti alcalini, attenzioni
igieniche e ambientali
in forme secondarie a terapie per os o
recidivanti **fluconazolo** 20 mg/Kg per
os monodose

Candida glabrata: terapia con **imidazolici** topici
di ultima generazione
(isoconazolo, sertaconazolo) +
detergenti con **acido borico**

Linee di trattamento

Gonococco: **cefixima** 8 mg/kg/die

Clamydia: **eritromicina** 12.5 mg/ Kg per 10 gg o
(**azitromicina** 10 mg/kg per 3 giorni)

Trichomonas: **metronidazolo** 100 mg per 7 gg
(> 3 aa)

Linee di trattamento

Sifilide: **penicillina G** 150.000-250.000 U.I. per 14 gg
eritromicina 12.5 mg/ Kg per 14 gg

Herpes: **acyclovir** 100-200 mg 5 v. al dì per 5 gg
+ terapia locale

Condilomi: se asintomatici **osservazione** per 60 gg
imiquamod
laserterapia o **DTC** in narcosi

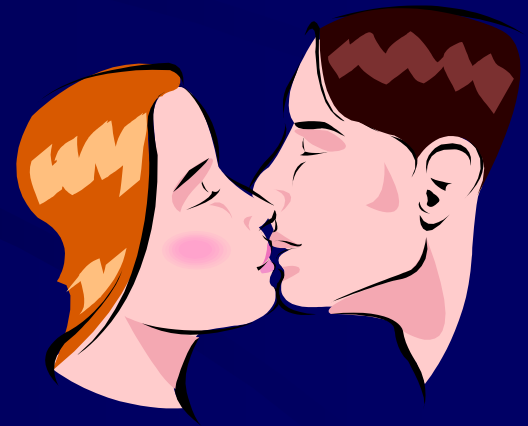
La contraccezione nell'adolescente

D.ssa Dei Metella

Servizio Ginecologia Infanzia e Adolescenza
Università degli Studi di Firenze

D.ssa Biancalani Luciana

Pediatra di famiglia



Parlare di sessualità e contraccezione ad un'adolescente è un evento per voi

- **mai avvenuto**
- raro
- **relativamente frequente**



Quali elementi prenderesti in considerazione per orientare la scelta tra profilattico e pillola?

- **Rischio di malattia a trasmissione sessuale**
- **Frequenza dei rapporti**
- **Presenza di dismenorrea**



Prima della prescrizione di una pillola ritieni indicato

- **Attenta anamnesi**
- **Esami ematochimici**
- **Visita ginecologica**



Quali elementi devono essere considerati per la scelta del contraccettivo?

- **Età ginecologica**
- **Fumo**
- **Cefalea**



Ordina i seguenti preparati contraccettivi in base al dosaggio estrogenico

- **Arianna**
- **Diane**
- **Loette**



La contraccezione nell'adolescente



Dott. Metella Dei

Servizio Ginecologia Infanzia e Adolescenza

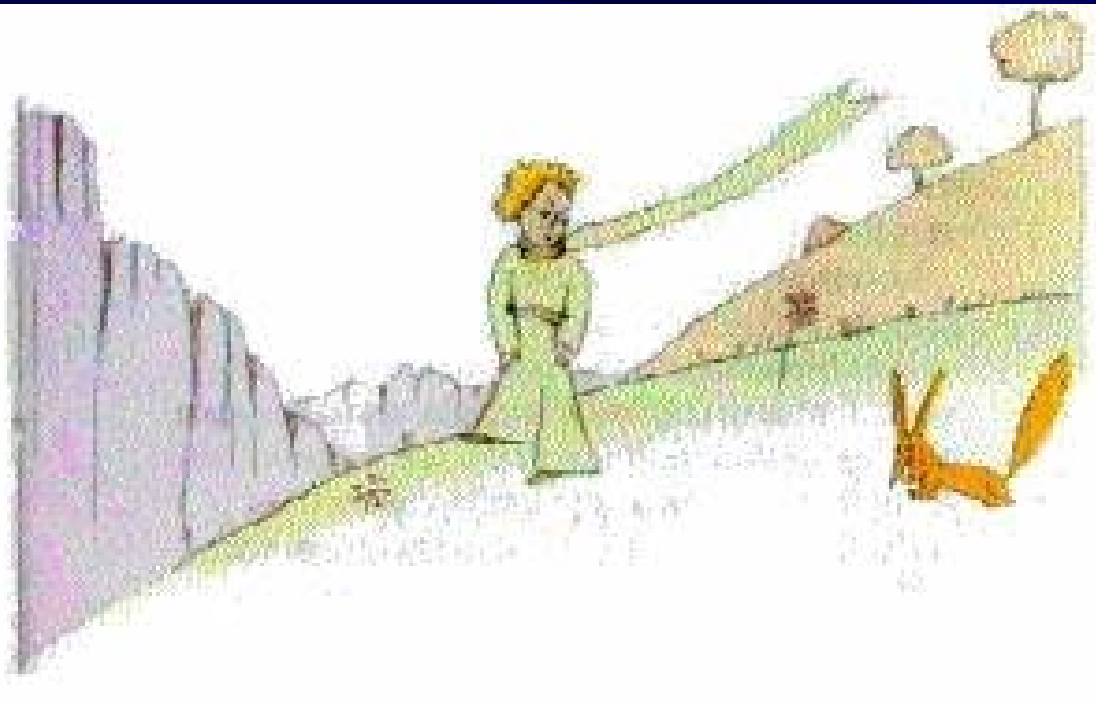
Università degli Studi di Firenze

**Età media al primo rapporto:
17,1 anni per i maschi e 17,9 per le femmine
(CENSIS 2004)**

- 1/4 delle adolescenti non usa nessuna precauzione contraccettiva al momento del primo rapporto
- l'intervallo tra l'inizio dell'attività sessuale e la prima consulenza per la scelta di un contraccettivo varia tra gli 8 e i 12 mesi

(Bettini et al 2000, Dei et al 2004)

Counselling: uso della relazione per sviluppare consapevolezza e crescita



- **Ascolto**
- **Vicinanza emotiva**
- **Analisi dei bisogni**
- **Riorganizzazione informazioni**
- **Facilitazione scelte personali**

L'essenziale è invisibile agli occhi

Quali metodi?

- **Profilattico**
- **Pillola estroprogestinica**
- (Pillola con solo progestinico)
- (Nuovi modelli di IUD ?)

Perché il profilattico?

Protezione MTS: condilomatosi

- materiale genetico di HPV in tutti i precursori di k cervicale, in tutti i k cervicali invasivi e in molte neoplasie vulvari
- più alto rischio di acquisizione del virus in soggetti giovani
- **20%** di adolescenti e giovani donne sono positive a HPV ad alto rischio

Perché il profilattico?

Protezione MTS: clamydia

- positività per Chlamydia (tramite PCR sul primo getto di urine) è 2.1% in soggetti con inizio attività sessuale < 17 anni
- picco di acquisizione infezione tra i **15** e i **19** anni
- infezione **asintomatica** nel 25% dei maschi e nel 75% delle femmine

Infezione da Chlamydia: esiti

- 30-67% di **malattia infiammatoria pelvica**
- 64% di tutti i casi di **infertilità**
- 42% di tutti i casi di **gravidanza extrauterina**
- responsabile di **abortività ricorrente**
- frequentemente alla base di **dolore pelvico cronico**
- responsabile di **polmonite interstiziale** nel neonato

La prescrizione di una pillola: quali controindicazioni in adolescenza?

- Anamnesi familiare e personale
- Eventuali accertamenti ematochimici

Linee guida OMS su prescrivibilità
dei vari metodi contraccettivi
www.who.int/reproductive.health

Rischio tromboembolico e adolescenza

- Cardiopatie valvolari
- Diatesi trombofiliche congenite
- Stati di ipercoagulabilità acquisiti:
 - immobilizzazione
 - uso di droghe per via ev.
 - presenza di anticorpi antifosfolipidi
 - in soggetti celiaci o con altre patologie autoimmuni

Prevalenza di diatesi trombofiliche

(Kujovich 2002)

Difetto	Prevalenza nella popolazione generale (%)	Prevalenza in donne Con VTE sotto pillola (%)
Fattore V Leiden	5-8	20-35
Gene protrombina	3	14
Fattore V / gene protrombina	0-1	6
Deficit di ATIII	0-0.4	1-2
Deficit di proteina C	0-3	4
Alti livelli fattore VIII	10	n.n
Alti livelli di protrombina	17-20	n.n.

Rischio tromboembolico e adolescenza

Su 186 soggetti con VTE sotto OC

→ 25.4 % con storia familiare positiva

→ 43.8% con stato trombofilico (Cosmi et al 2003)

- Anamnesi familiare non sempre discriminante
- Non conoscenza delle patologie familiari
- Genitori troppo giovani per avere sviluppato MCV
- Ragazze adottate

Rischio di tromboembolismo venoso (OR)

1.9



BMI > 25 kg /m²

5.2



BMI > 30 kg /m²

2.6



Colesterolo > 220 mg/dl

0.9.



Trigliceridi > 150 mg/dl

1.7



11-20 sigarette /die

2.0



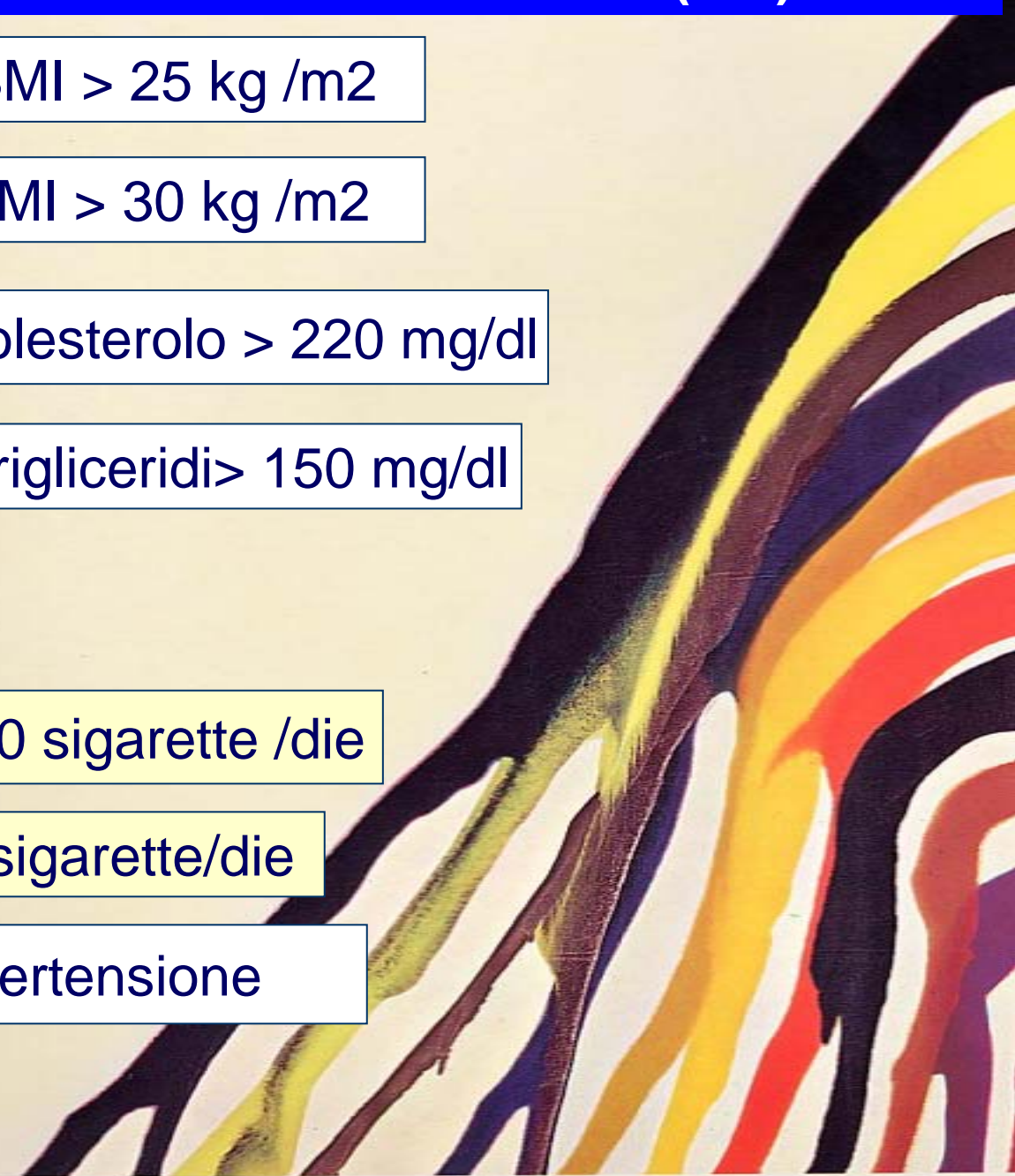
>20 sigarette/die

1.9



Ipertensione

(Lidegaard et al 2002)



Pillola ed emicrania

Le crisi di cefalea vasomotoria possono aumentare sotto pillola o comparire per la prima volta

→ preparati con minimo dosaggio estrogenico

Se le crisi durano più di 72 ore, sono precedute da aura o sono trattate in modo profilattico con ergotamina

→ pillola controindicata per rischio vascolare cerebrale

Pillola ed epatopatie

- epatopatie acute
- tumori epatici benigni (adenomi, epatomi)
- sindromi itteriche congenite di Rotor e Dubin Johnson
- anamnesi di colestasi
- calcolosi colecisti ?



Preparati
non per os ?

La prescrizione di una pillola: quali vantaggi in adolescenza?

- ★ riduzione **anemia** sideropenica da ipermenorrea
- ★ scomparsa o miglioramento **dismenorrea**
- ★ diminuzione dell'**acne** e di altri segni di iperandrogenismo
- ★ miglioramento **sindrome premenstruale**

Effetti protettivi

- ★ gravidanza ectopica
- ★ malattia infiammatoria pelvica
- ★ cisti ovariche funzionali
- ★ patologia mammaria benigna

Opzioni di scelta

- **dosaggio etinilestradiolo:**
30-20-15 μg
- **tipo di progestinico:** DSG,
LNG, GSD, DRSP,
CPA, DNG, NGM
- **giorni di somministrazione:**
21,24, regime esteso



Opzioni di scelta

Dosaggio EE	Progestinico	Preparati
35 mcg	CPA	<i>Diane</i>
30 mcg	GSD DSG DSP	<i>Ginoden, Minulet Planum, Practil 21 Yasmin</i>
20 mcg	GSD DSG LNG	<i>Fedra; Harmonet Mercilon, Securgin Loette, Miranova</i>
15 mcg	GSD	<i>Arianna, Minesse</i>

Opzioni di scelta

- **via di somministrazione:** os, intravaginale, transdermico

ANELLO VAGINALE MENSILE
15 mcg di EE +
120 mg Etonogestrel



CEROTTO SETTIMANALE
20 mcg di EE +
150 di Norelgestromin

Un'attenzione particolare: le adolescenti con malattie croniche

Soggetti con epilessia, diabete, fibrosi cistica, asma bronchiale grave, emoglobinopatie, emofilia, celiachia ...

- possono affrontare con difficoltà l'impatto della malattia sul loro percorso di crescita e di distacco dalla famiglia
- sono più esposti a comportamenti sessuali a rischio (ma anche a DCA e ad abuso di sostanze)

***Buon lavoro
e buona Estate !***

