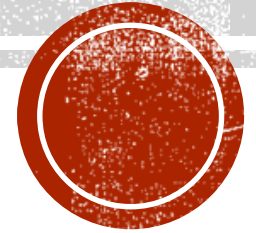


KIZ ÇOCUKLARINDA SIK KARŞILAŞILAN ÜROGENİTAL SORUN VE SORULAR

Doç. Dr. Özlem Dural

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD



ÇOCUK VE ERGEN JİNEKOLOJİSİ

- Kız çocuklarının rutin klinik değerlendirmesinde birçok farklı ürogenital problem ile karşılaşılabilir.
- Jinekolojik problemlerin şekli ve sıklığı yaş gruplarına göre değişiklik göstermektedir.
- Bu nedenle çocuk ve ergenlerde görülebilen jinekolojik problemleri belirli başlıklar altında birbirinden ayrı olarak incelenmek uygun bir yaklaşımdır

ÇOCUKLARIN JİNEKOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ

- Çocukluk döneminde yapılacak jinekolojik değerlendirme erişkin dönemdekine göre farklılıklar göstermektedir.
- 1. Bu yaş grubuna özgü çeşitli jinekolojik patolojilere tanı koyulabilmesi,
- 2. Uzun dönemde bu problemlerden kaynaklanabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi,
- 3. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır



ÇOCUKLARDA SIK KARŞILAŞILAN JİNEKOLOJİK PROBLEMLER

- Vulvovaginal hastalıklar
- Müllerian kanal anomalileri
- Dismenore
- Over torsiyonu
- Menstrüel düzensizlikler (anormal uterin kanamalar)
- Polikistik over sendromu



ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN VULVOVAGİNAL HASTALIKLAR

- Pediatrik jinekoloji polikliniklerine en sık başvuru sebeplerinden biri
- Potansiyel risk faktörleri:
 1. Vulvar kıllanmanın yokluğu – ince subkutan yağ dokusu
 2. Anüs ve vestibül arasındaki kısa mesafe
 3. Nonöstrojenize ince mukoza
 4. Daha alkali vaginal pH
 5. Kötü hijyen – iritanlara daha sık maruziyet





VULVOVAGINITLER

NASPAG Clinical Recommendation

Clinical Recommendation: Vulvovaginitis

Andrea Zuckerman MD¹, Mary Romano MD, MPH^{2,*}

¹Department of Obstetrics and Gyneology, Tufts University School of Medicine, Tufts Medical Cetner, Boston, Massachusetts

²Division of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, Children's Hospital at Vanderbilt, Nashville, Tennessee

Differential diagnosis for vulvovaginitis.

Pediatric Vulvovaginitis	Adolescent Vulvovaginitis
Non-specific vulvovaginitis	Physiological discharge
Acute bacterial vulvovaginitis	Yeast Infection
Pinworms	Bacterial Vaginosis
Lichen Sclerosis	Dermatosis
Labial adhesion	Sexually Transmitted Infection
Foreign Body	
Dermatosis (Eczema, psoriasis, others)	



ÇOCUKLARDA VULVOVAGİNİTLER

- En sık neden nonspesifik vaginit
- Bakteriyel bir patojen olmaksızın vulvovaginal irritasyon (tüm vakaların yaklaşık %80'i)
- Vulvar hijyen önlemleri ve iritanların uzaklaştırılması ilk basamak tedavi
- Dirençli olgularda topikal östrojen veya steroid



ÇOCUKLARDA VULVOVAGİNİTLER

- Mantar enfeksiyonları çocuklarda nadir
- Patolojik vaginal akıntı $\pm$ ciddi inflamasyon bulguları varlığında $\rightarrow$ vaginal kültür alınabilir
- (+) vaginal kültür saptama oranı yaklaşık %25
- Cinsel istismar şüphesi $\rightarrow$ vaginal sürüntü ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar da taranmalı



ÇOCUKLARDA VULVOGANİTLER

- En sık saptanan ajanlar: *A grubu beta-hemolytic Streptococcus*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumonia*, *Neisseria meningitides*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, *Escherichia coli*.
- Streptokokal vulvovaginitlerde %5-92 boğaz sürüntüsü (+)
- Vulvar hijyen önlemleri ve oral antibiyoterapi





Table 1
 Pathogens Causing Vulvovaginitis in Prepubertal Female Adolescents

Pathogen	Bacteria	Antibiotic Preferred Choice	Alternate Choice
Skin flora	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Penicillin family	Azithromycin or cephalosporin
	<i>Streptococcus Viridans</i>	Penicillin family	Azithromycin or cephalosporin
	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Penicillin family	Azithromycin or cephalosporin
Skin flora (respiratory)	<i>Staphylococcus aureus</i>	Penicillin	Trimethoprim/ sulfamethoxazole
Common gastrointestinal flora	<i>Escherichia coli</i>	Azithromycin	
	<i>Proteus vulgaris</i>	Trimethoprim/ sulfamethoxazole	
Uncommon gastrointestinal flora	<i>Shigella</i>		
Common respiratory pathogens	<i>Yersinia</i>		
	<i>Haemophilus influenzae</i>	Penicillin family	Cephalosporin
	<i>Streptococcus group A</i>	Penicillin family	Cephalosporin
Pinworm	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Penicillin family	Cephalosporin
	<i>Enterobiasis vermicularis</i>	Mebendazole	

Table 2
 Antibiotic Dosing

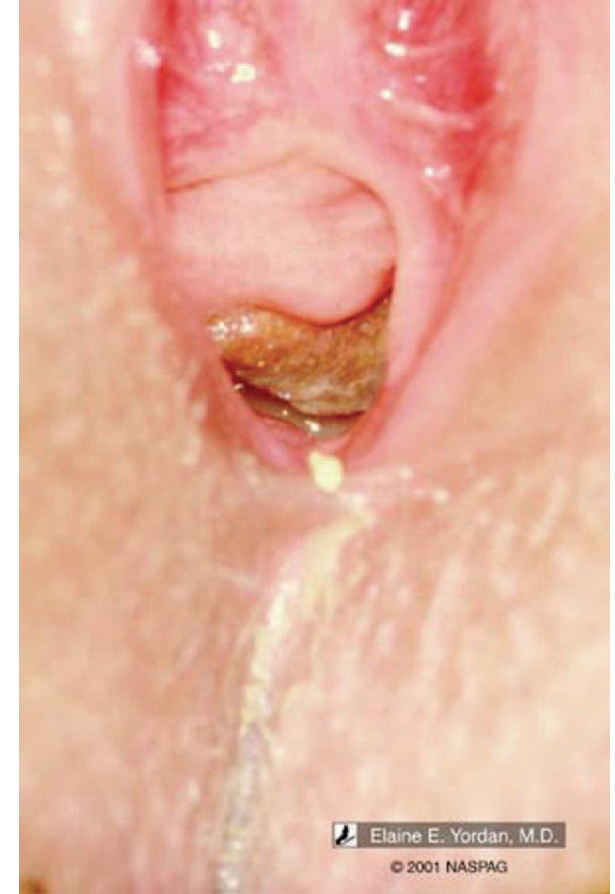
Antibiotic	Less than 20 kg	Greater than 20 kg
Ampicillin	25 mg/kg q 6 h for 5-10 d	500 mg q 6 h for 5-10 d
Amoxicillin	20 mg/kg q 12 h for 5-10 d	20 mg/kg q 12 h for 5-10 d
TMP/SMX	5 mg/kg dose q 12 h for 5-10 d	5 mg/kg q 12 h for 5-10 d
Azithromycin	10 mg/kg on day 1 then 5 mg/kg po for 4 d	10 mg/kg on day 1 then 5 mg/kg po for 4 d
Mebendazole	100 mg once, repeat in 3 weeks	100 mg once, repeat in 3 weeks

SMX, sulfamethoxazole; TMP, trimethoprim; po, orally; q, every



VAGİNAL YABANCI CİSİM

- Tedaviye dirençli, tekrarlayan kötü kokulu vaginal akıntı, vaginal kanama
- En sık tuvalet kağıdı
- Pediyatrik feeding tüp veya ince bir foley ile vagina yıkanabilir
- Vaginoskopi



Elaine E. Yordan, M.D.

© 2001 NASPAG



LABIAL ADEZYON



Education Committee

NASPAG Clinical Recommendation • www.naspag.org

Clinical Recommendation: Labial Adhesions



Janice L. Bacon MD¹, Mary E. Romano MD, MPH^{2,*}, Elisabeth H. Quint MD³

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, University of South Carolina School of Medicine, Columbia, South Carolina

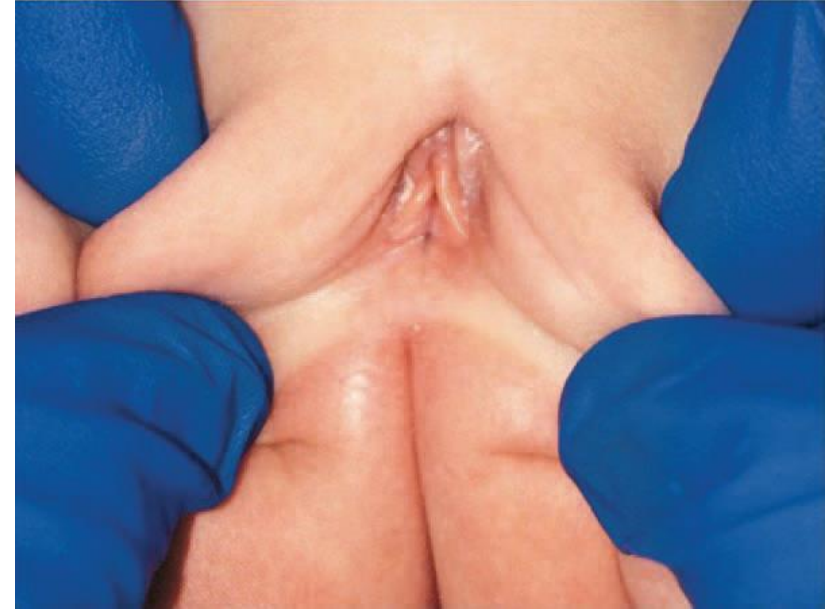
² Department of Pediatrics, Division of Adolescent Medicine, Children's Hospital at Vanderbilt, Nashville, Tennessee

³ Department of Obstetrics and Gynecology, C.S. Mott Children's Hospital, University of Michigan Health System, Ann Arbor, Michigan



LABİAL ADEZYON

- Prepubertal dönemde insidansı %0,6 – 5, en sık 3 ay 3 yaş arası
- İrritanlara sekonder ince, non-östrojenize labial epitelin erozyonu
- Predispozan faktörler: kötü veya aşırı perineal hijyen, vulvovaginal inflamasyon, Steven Jhonson sendromu, liken sklerozus, graft vs host disease, Behçet hastalığı, Crohn hastalığı, travma, cinsel istismar...)
- Vaginal agenezi, kuşkulu genitalya, imperfore himen ön tanılarıyla refere edilebilir



LABİAL ADEZYON

- Çoğunlukla asemptomatik
- Vulvovaginal irritasyon, miksiyon sonrası damlama şeklinde idrar gelişi, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, üriner retansiyon
- 1 yıl içerisinde spontan regresyon oranı yaklaşık %80
- Vulvar hijyen önlemleri $\pm$ vazelin
- Tüm iritanların uzaklaştırılması (sabun, köpük banyosu, sıkı giysiler), bez kullanımının azaltılması, oturma banyosu



LABİAL ADEZYON

- Topikal östrojen:
 1. Semptomatik veya ciddi adezyon olan olgularda
 2. %50-90 etkinlik, günde 1 veya 2 kez, 2 – 6 hafta
 3. Sadece orta hatta, hafif bir masaj ile
 4. Takip eden 6 ay koruyucu bir krem
 5. Lokal irritasyon, pigmentasyon veya pubertal değişiklikler (%0-8)



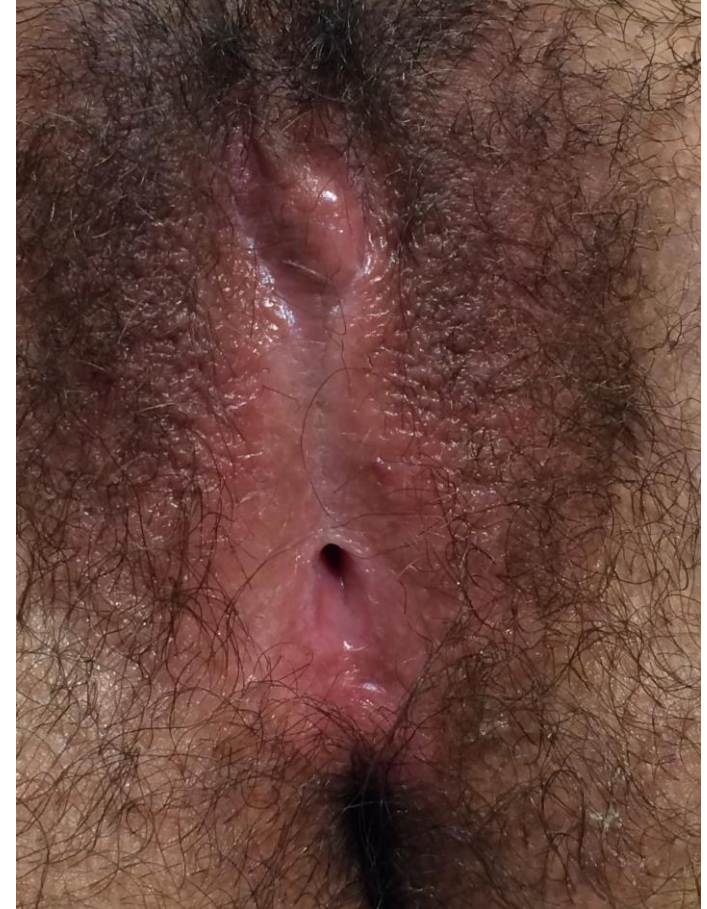
LABİAL ADEZYON

- Alternatif olarak topikal steroidler kullanılabilir
- Akut üriner retansiyon veya medikal tedaviye direnç → manuel seperasyon
- Topikal anestezi, sedasyon veya genel anestezi altında yapılabilir
- Tekrarlayan uygulamalar → kanama, inflamasyon, fibrozis ve artmış rekürrens oranları ile ilişkili
- Postop 2-4 hafta topikal österojen



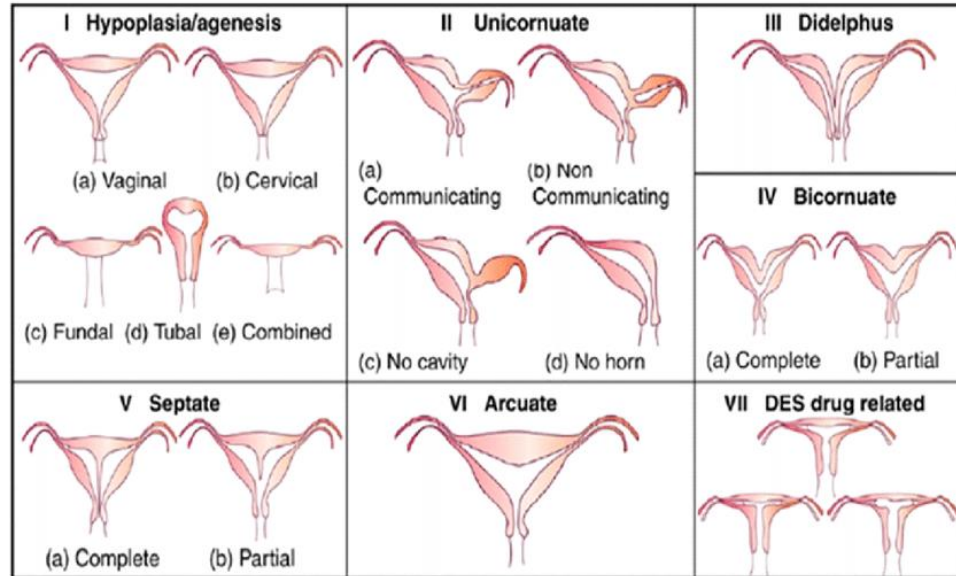
LABİAL ADEZYON

- Ek cild lezyonları veya atipik bulgular varlığında ileri değerlendirme
 1. Postpubertal adezyon oluşumu
 2. Anterior yerleşim
 3. Sistemik veya dermatolojik bir hastalığa ait diğer bulguların varlığı



MÜLLERIAN KANAL ANOMALİLERİ

- İnsidansı yaklaşık %5
- Etiyolojisi multifaktöriyel
- Birçok sınıflama mevcut, temel olarak obstrüktif ve nonobstrüktif olarak iki gruba ayrılabilirler



ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies			
Uterine anomaly		Cervical/vaginal anomaly	
Main class	Sub-class	Co-existent class	
U0	Normal uterus	C0	Normal cervix
U1	Dysmorphic uterus a. T-shaped b. Infantilis c. Others	C1	Septate cervix
U2	Septate uterus a. Partial b. Complete	C2	Double 'normal' cervix
U3	Bicorporeal uterus a. Partial b. Complete c. Bicorporeal septate	C3	Unilateral cervical aplasia
U4	Hemi-uterus a. With rudimentary cavity (communicating or not horn) b. Without rudimentary cavity (horn without cavity/no horn)	C4	Cervical aplasia
U5	Aplastic a. With rudimentary cavity (bi- or unilateral horn) b. Without rudimentary cavity (bi- or unilateral uterine remnants/aplasia)	V0	Normal vagina
U6	Unclassified malformations	V1	Longitudinal non-obstructing vaginal septum
U		V2	Longitudinal obstructing vaginal septum
		V3	Transverse vaginal septum and/or imperforate hymen
		V4	Vaginal aplasia
		C	V



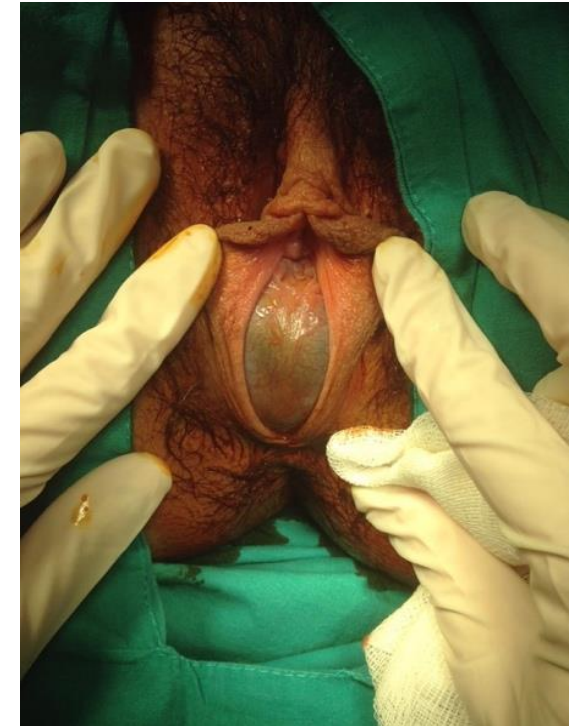
MÜLLERIAN KANAL ANOMALİLERİ

- Obstrüktif anomaliler çocukluk ve ergenlikte genellikle semptomatik: hematokolpos, hematometra, hematosalpenks
- Nonobstrüktif anomalilerden biri olan mülleryan agenezi primer amenorenin 2. en sık nedeni
- Üriner sistem, iskelet sistemi problemleri, işitme kaybı ve kardiyak anomaliler ile ilişkili
- Üriner sistem anomalileri: unilateral renal agenezi (URA) - multikistik displastik böbrek (MDB), pelvik böbrek veya ektopik üreter
- URA – MDB saptanan kızların >%30 eşlik eden müllerian anomali mevcut → menarş öncesi tarama önemli



OBSTRÜKTİF ANOMALİLER

- İmperfore himen
- Transvers vaginal septum, komplet veya parsiyel distal vaginal ageneziler
- Oblik vaginal septum/obstrüktif hemivagina (OHVİRA)
- Servikovaginal ageneziler
- Obstrüktif uterin hornlar



OBSTRÜKTİF ANOMALİLER

- Pubertal gelişimi (~ 2 yıl önce) takiben menarşın beklendiği dönemde görülen primer amenore ve siklik veya düzensiz karın ağrısı atakları veya menarş ile başlayan progresif sekonder dismenore
- Erkan tanı ve müdahale uzun dönem etkilerin önlenmesi açısından önemli!
- Olguların yaklaşık %40'ında endometriozis eşlik eder → semptomlar genellikle cerrahi sonrasında düzelme eğiliminde



DİSMENORE

- Prevelansı %65-90
- Ergenlerin yaklaşık %15'inde şiddetli dismenore → günlük yaşam, okul hayatı ve aktivitelerinin etkilenmesi
- Primer ve sekonder dismenore

DİSMENORE

- Primer dismenore:
 1. Genellikle menarştan 6-12 ay sonra ovulatuar sikluslar ile başlar
 2. Bulantı, kusma ve diyare eşlik edebilir
 3. Mestrüel kanamadan hemen önce başlayıp ilk 1-3 gün devam eden lokalize edilemeyen kramp tarzında ağrı ($\uparrow$ PG $\rightarrow$ myometriyal kontraksiyon ve iskemi)
 4. Sıcak uygulama ve NSAİ ilaçlara genellikle cevap verir $\rightarrow$ ibuprofen, naproksen, mefenamik asit
- İlk adet ile başlayan, giderek şiddetlenen ve lokalize ağrı $\rightarrow$ mülleryan anomaliler akla gelmeli!!



DİSMENORE

- Sekonder dismenore:

1. Genellikle menarştan çok sonra başlar,
2. Altta yatan pelvik bir patolojiye sekonder,
3. Menstrüel kanamadan çok önce başlayıp adet sonrasında da devam edebilir
4. En sık nedeni endometriozis
5. NSAİ ilaçlara genellikle iyi cevap vermez
6. Jinekolojik muayene ve pelvik görüntüleme yapılmalı
7. Patoloji saptanmayan olgularda ve endometriozis olgularında ilk basamak tedavi oral kontraseptifler + NSAİD



PEDİATRİK OVER TORSİYONLARI

- Tüm torsiyon olgularının yaklaşık %15'i < 20 yaş altında gelişir
- Vakaların %50'si 9-14 yaş arasında, ortalama 11 yaş
- Vakaların yaklaşık %16'sı <1 yaş
- Karın ağrısı ile başvuran her kız çocuğunda akla gelmeli!

Pediatric Ovarian Torsion



Krista J. Childress, MD^a, Jennifer E. Dietrich, MD, MSc^{b,*}

KEYWORDS

• Adnexal torsion • Ovarian torsion • Pediatric • Adolescent • Surgical management



PEDİATRİK OVER TORSİYONLARI

- Ani başlayan karın ağrısı (genellikle egzersiz veya cinsel ilişki sonrası)
- Tanı genellikle klinik, Ultrasonografi, Doppler?
- > 5 cm adneksiyal kitle varlığında risk ↑ → en sık dermoid kist veya fonksiyonel kistler
- Pediatrik grupta yaklaşık %25 oranında adneksiyal kitle olmaksızın görülür

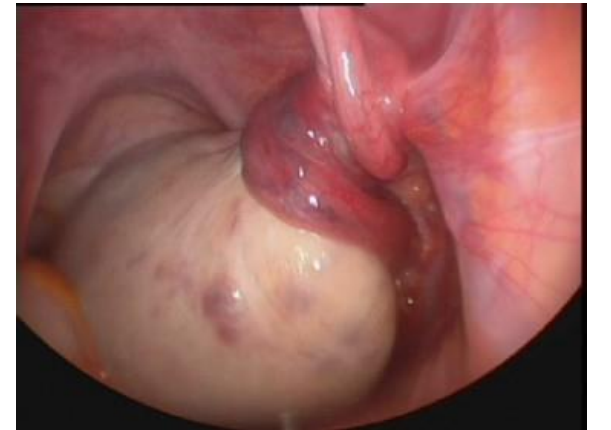


PEDİATRİK OVER TORSİYONLARI

- Venöz ve lenfatik akımın obstrüksiyonu → arteriyel akımın obstrüksiyonu → iskemi ve nekroz
- Hızlı tanı ve müdahale önemli
- 10 saatin üzerinde öyküsü olan hastalarda nekroz oranı yüksek
- Nekrotik over dokusu varlığında bile ooferektomi düşünülmemeli!! → postop. 6. haftada normal Doppler akımı – foliküler gelişim

Santos XM, Cass DL, Dietrich JE. Outcome following detorsion of torsed adnexain children.

J Pediatr Adolesc Gynecol 2015;28:136–8.



MENSTRÜEL DÜZENSİZLİKLER ANORMAL UTERİN KANAMALAR

- Menarş sonrası ilk 1-3 yıl menstrüel siklus 21-45 gün, menstrüel kanamanın süresi ≤ 8 gün
- Menarş sonrası 2. yılda ergenlerin sadece %18-45'inde sikluslar ovulatuvar
- Hipotalamo-hipofizer-ovaryan (HHO) aksın olgunlaşması 5-8 yılı bulabilmelidir.
- Oligoanovulasyon $\rightarrow$ endometriumda karşılıksız E2 etkilerini $\uparrow \rightarrow$ düzensiz ve/veya yoğun vaginal kanama



ANORMAL UTERİN KANAMALAR

- **Yoğun ve/veya uzun süren menstrüel kanamalar (menoraji) →**
 1. 3 saatten sık aralıklarla ped değiştirmek, gece ped değiştirme ihtiyacı, kıyafetine veya yatağına taşma
 2. Vital bulgular, beta hCG, hemogram, ferritin, TSH, şüphe varlığında kanama diyatezi araştırması
 3. Kanama diyatezi açısından PT/aPTT/INR, vWF antijen ve kofaktör aktivitesi, VIII aktivitesi

ANORMAL UTERİN KANAMALAR

▪ Yoğun ve/veya uzun süren menstrüel kanamalarda tedavi →

1. Hb 10-12 g/dL: Fe $\pm$ hormonal süpresyon
2. Hb < 10 g/dL: oral kontraseptifler (OKS) veya IV östrojen, aktif kanayan hastalarda veya Hb < 7g/dL ise hospitalizasyon
3. OKS kullanımına 4-12 saat aralıklarla başlanır, 2-3 gün aralıklar ile doz düşülür ve 1x1 olarak 21 gün daha devam edilir
4. Traneksamik asit: 1300-1500mg 3x1
5. Ped takibi ile vaginal kanama takibi



ANORMAL UTERİN KANAMALAR

■ İntermenstrüel kanamalar:

1. Endometrial polip, endometrit gibi jinekolojik patolojiler
2. Kullanılan hormonal kontraseptiflere bağlı kırılma kanamaları → sadece progesteron içeren ajanlar veya oral kontraseptifler
3. Bu hastalar adet 2-5. günü yapılan hormon profili ile değerlendirilmeli (FSH, LH, E2, TSH ve prolaktin)



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN—GYNECOLOGISTS

NUMBER 136, JULY 2013

(Replaces Practice Bulletin Number 14, March 2000)

Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated With Ovulatory Dysfunction



ANORMAL UTERİN KANAMALAR

- **Düzensiz menstrüel kanamalar (ovulatuvar disfonksiyonlar)**

1. > 6 aydan uzun süre menstrüel kanamanın yokluğu: sekonder amenore
2. 3 ay veya daha uzun aralıklar ile menstrüel kanama: endometriumu korumak amacıyla 12-14 gün aralıklarla siklik progesteron ile çekilme kanaması
3. Bu hastalar adet 2-5. günü yapılan hormon profili ile değerlendirilmeli (FSH, LH, E2, TSH ve prolaktin), progesteron çekilme kanaması gerçekleşmeyen amenorelerde spot olarak hormon profili
4. Altta yatan nedenler: HHO aks immatüritesi, PCOS, fonksiyonel hipotalamik amenore, prematür ovaryan yetmezlik



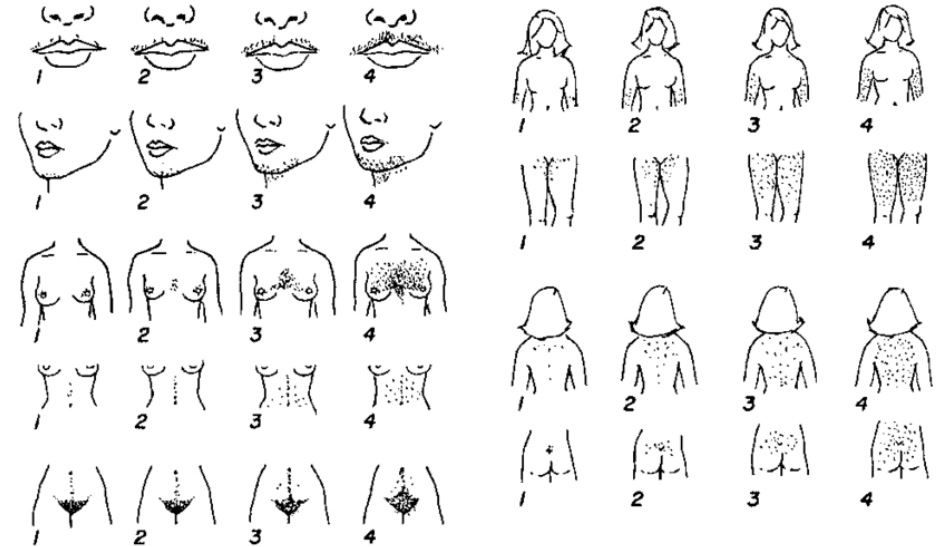
POLİKİSTİK OVER SENDROMU

- Ergenlerde tanı koymak oldukça güç, semptomların persistansı önemli
- ‘PKOS gelişimi açısından riskli’
- Avrupa üreme ve endokrinoloji derneğinin (ESHRE) yeni klavuzu overlerin ultrasonografik değerlendirmesini tanı kriterlerinden çıkardı

International evidence-based
guideline **for the assessment
and management of** polycystic
ovary syndrome **2018**

POLİKİSTİK OVER SENDROMU

- Ergenlerde tanı için klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm + menstrüel düzensizlik
- Klinik hiperandrojenizm: Hirsütizm, akne veya androjenik alopesi
- Bu olgularda diğer nedenleri dışlamak yeterli



POLİKİSTİK OVER SENDROMU

- Klinik hiperandrojenizmi olmayan olgularda tanıya gitmek için:
 1. Serbest androjen indeksi, hesaplanmış biyoaktif/serbest testosteron
 2. DHEAS
 3. Androstenodion



POLİKİSTİK OVER SENDROMU

- Eşlik edebilecek metabolik problemlerin taranması:
 1. Açlık kan şekeri, HbA1c, VKİ > 25 ise 75 gr OGTT
 2. VKİ > 25 olan olgularda lipid profili
 3. Her yıl TA ölçümü
 4. Obstrüktif uyku apne sendromu açısından sorgulama



POLİKİSTİK OVER SENDROMU

- Birinci basamak tedavi diyet ve yaşam tarzı değişikliği
- Anksiyete ve depresyon sorgulanmalı
- > 3 ay oligomenore varlığında 12-14 gün siklik progesteron ile endometrium korunmalı
- Klinik hiperandrojenizmin ilk basamak tedavisi → OKS + epilasyon ile uzun dönem tedavi → dirençli veya östrojenin kontrendike olduğu olgularda antiandrojenik tedavi (spironolakton, finasterid, flutamid gibi)



ERGENLERDE ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI

- Kontrasepsiyon
- Dismenore, endometriozis
- Anormal uterin kanamaların yönetimi
- Klinik hiperandrojenizmin yönetimi



ERGENLERDE ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI

- Endikasyon varlığında menarş sonrası herhangi bir dönemde kullanılabilir
- Kontinü veya siklik kullanılabilir: yan etki profili benzer
- Aktif bir vaginal kanamanın yönetiminde 30 μ g etinil östradiol içeren monofazik preparatlar tercih edilmeli
- Diğer endikasyonlarda daha düşük doz östradiol içeren preparatlar ilk seçenek: 10-20 μ g etinil östradiol veya 2 mg östradiol valerat
- Hirsutizmin tedavisinde tüm preparatların etkinliği benzer $\rightarrow$ LH $\downarrow$, SHBG $\uparrow$



ERGENLERDE ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI

- **Erken dönemde izlenen yan etkiler:**

1. Düzensiz lekenme şeklinde kanamalar (progesteron kırılma kanaması)
2. Bulantı, kusma
3. Meme hassasiyeti
4. Baş ağrısı
5. Kilo alımı, seksüel disfonksiyon ve mood değişiklikleri için kanıt yok



ERGENLERDE ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI

- **Artmış tromboemboli riski (< 50 micgr EE):**

1. Normal popülasyonda risk 1-5/10bin
2. OKS kullanımı ile 2 kat risk artışı 7-13/10bin → 3. jenerasyon ve antiandrojenik progesteron içeren preparatlarda risk az miktarda artıyor
3. Gebelik ve laktasyonda risk 20-65/10bin
4. Tedaviye ilk başlandığında risk artışı var
5. Tedaviye başlamadan önce hastanın kendisi ve 1. derece yakınlarında VTE öyküsünün sorgulanması yeterli



KESİN KONTRENDİKASYONLAR

1. ≥ 35 yaş + sigara içmek
2. Kardiovasküler hastalık açısından birden fazla risk faktörü taşımak
3. Hipertansiyon $\geq 160/100$ mmHg
4. Venöz tromboemboli
5. Bilinen trombofili
6. İnme
7. Komplike kalp kapak hastalığı
8. Meme kanseri
9. Siroz
10. Auralı migren
11. Hepatosellüler adenom veya malign hepatoma



KONTRASEPSİYON DIŐI FAYDALARI

1. Menstüel kanamaların düzenlenmesi ve kanama miktarının azalması
2. Dismenorenin tedavisi
3. Klinik hiperandrojenizm bulgularının tedavisi
4. Gerekli olgularda komplet menstrüel süpresyonun sağlanabilmesi
5. Tekrarlayan fonksiyonel over kistlerinin oluşumunun önlenmesi
6. Uzun dönemde over ve endometrium kanser riskinde belirgin azalma



TEŞEKKÜRLER

