

# Aggiornamento in ginecologia pediatrica Peschiera del Garda 24 Gennaio 2009

## Le flogosi vulvovaginali: diagnosi e trattamento



**Metella Dei**  
S.O.D. Ginecologia Infanzia e Adolescenza  
A.O.U. Careggi Firenze

A poster for a course titled "Aggiornamento in ginecologia pediatrica: la visita ginecologica". The poster features logos of the Province of Verona, the A.O.U. Careggi, and the A.O.P. Peschiera del Garda. It lists the course dates as January 24, 2009, at the Golf Parc Hotel Paradiso in Peschiera del Garda. The poster also lists the scientific committee members and the course coordinator, Prof. Franco Anichini from Verona.

**Aggiornamento in ginecologia pediatrica: la visita ginecologica**

**RESPONSABILE E SEGRETERIA SCIENTIFICA**  
Dott. Matteo Salsano  
Responsabile Clinica Pediatrica  
Clinica Pediatrica - Peschiera del Garda - Verona  
Tel. 045 84.481.11 - Fax 045 854.1215  
E-mail: m.salsano@univr.it - m.salsano@univr.it

**COMITATO SCIENTIFICO**  
Dott. Massimo Salsano  
Responsabile Clinica Pediatrica  
Peschiera del Garda - Verona  
Dott. Anna Maria Tassinari  
Verona

**24 Gennaio 2009**  
Golf Parc Hotel Paradiso  
Peschiera del Garda (VR)

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**  
SPT Organizzazione Team srl  
Tel. 045 21.57.11 - 045 21.57.12  
E-mail: spt@pti.it

# Ambiente vulvo-vaginale nell'infanzia

## IPOESTROGENISMO

- assenza di grasso all'interno delle grandi labbra
- piccole labbra ridotte
- mucosa sottile non pluristratificata
- non produzione di glicogeno
- pH alcalino
- non produzione di muco cervicale



**VULNERABILITA' a microrganismi provenienti da:  
retto, uretra, cute per contiguità  
vie respiratore per autoinoculo o diffusione ematogena?**

# Vulviti



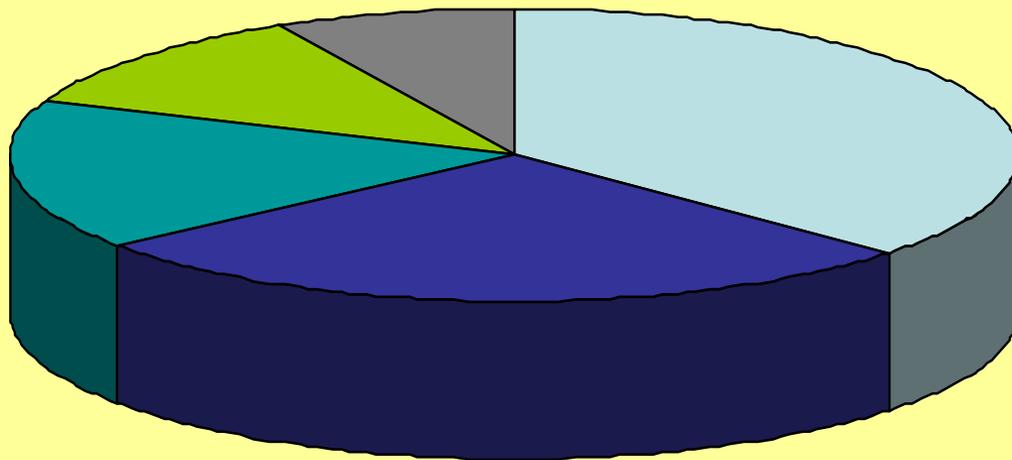
## ELEMENTI ANAMNESTICI

- **Atopia, allergie** (anche familiari)
- **Abitudini igieniche**
- Infezioni urinarie pregresse o in atto
- Gastroenteriti o disturbi dell'alvo
- Enuresi, encopresi
- Malattie infettive pregresse (varicella, mononucleosi)
- **Pregressi trattamenti farmacologici** (antibiotici, corticosteroidi)

## SINTOMI

- prurito
- bruciore
- coinvolgimento perianale...

## Quadri di bruciore-irritazione vulvare (n= 130)



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

(Fischer & Rogers 2000)

# Igiene vulvare



- 1. Preferire biancheria di cotone bianca, lavata con detergenti non profumati o colorati**
- 2. Usare carta igienica non profumata o colorata**
- 3. Evitare il contatto vulvare con bagni schiuma e shampoo**
- 4. Usare in modo limitato il sapone e non a livello vulvare**
- 5. Lavarsi dopo la defecazione, dall'avanti all'indietro**
- 6. Asciugarsi bene dopo bagno o piscina**
- 7. Lavarsi frequentemente le mani**
- 8. Urinare con le gambe ben divaricate**

# Linee di trattamento



**Creme emollienti/protettive**

**Antibiotici topici solo in presenza di quadro irritativo esteso**

**Limitare i corticosteroidi alla necessità di spezzare il circuito prurito- grattamento ed usare preparati a bassa potenza**

**Idrocortisone acetato 1-2%**

**Metilprednisolone 0.1%**

**Utilizzare antimicotici topici solo di fronte ad una vulvite da Candida**

# Vulvovaginiti

leucorrea

edema

- Localizzazione aspetti flogistici
- Vescicole
- Lesioni da grattamento, lichenificazione
- Sinechie
- Grado di estrogenizzazione

## Elementi anamnestici

- Gastroenteriti o disturbi dell'alvo
- Tonsilliti, faringiti, flogosi vie aeree superiori
- Infezioni urinarie pregresse o in atto
- Pregressi trattamenti farmacologici
- Infezioni genitali nei familiari

## Diagnosi

- Obiettività clinica
- Microbiologica



# Limiti dell'esame colturale

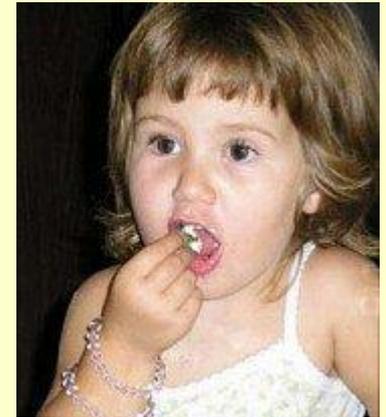
**EVITARE TRAUMATISMI !**



**I MICRORGANISMI ISOLATI IN COLTURA SONO LA CAUSA DELLA FLOGOSI?**

**QUALE E' LA FLORA BATTERICA FISIOLÓGICA NELLA BAMBINA?**

**E' STABILE DALLA PRIMA INFANZIA ALLA PREPUBERTÀ'?**



# Studio su 67 bambine prepuberi

prelievi per coltura tramite **vaginoscopia** (Gerstner et al 1982)

## in 31 bambine asintomatiche:

Aerobi prevalenti:

Staphylococcus epidermidis

Enterococchi

Streptococcus viridans

Anaerobi prevalenti:

Peptococcus

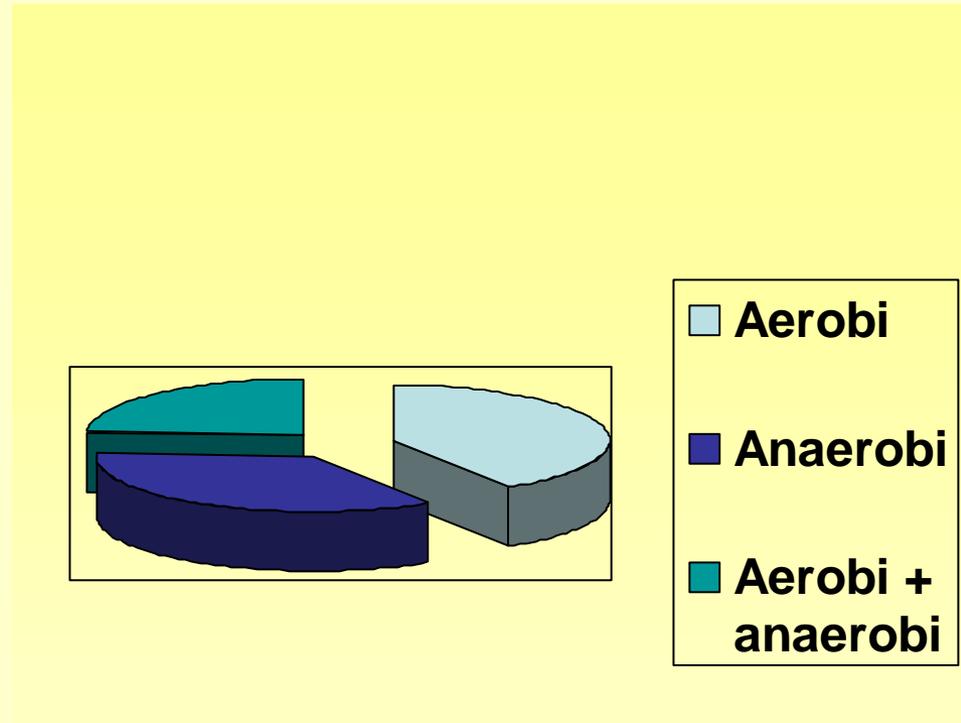
Peptostreptococcus

Veillonella

Eubacteria

Propionebacterium

Bacteroides



**Flora simile isolata in 36 bambine sintomatiche, con più alta prevalenza di anaerobi e lieviti**

# Ecosistema vaginale

## BAMBINA NON ESTROGENIZZATA:

- Anaerobi
- Batteri intestinali



## BAMBINA IN FASE PERIPUBERALE:

- Lattobacilli
- Gardnerella
- maggior suscettibilità della mucosa ai lieviti



# Quali microrganismi consideriamo sicuramente patogeni?

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

# **Enterobius vermicularis**

**Prurito soprattutto notturno**

**Lesioni da grattamento perianali**

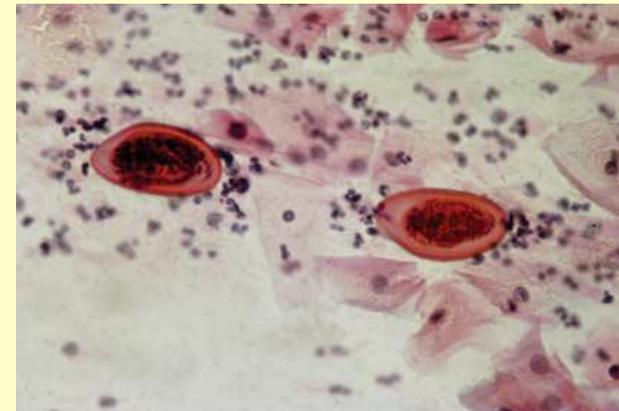
**Talvolta dolore notturno vaginale**

**Leucorrea variabile**

**Riscontro in coltura di flora microbica a partenza intestinale**

**L'identificazione del parassita o delle sue uova dà frequenti falsi negativi**

**→ proposto trattamento su base sintomatica**



# Streptococcus pyogenes

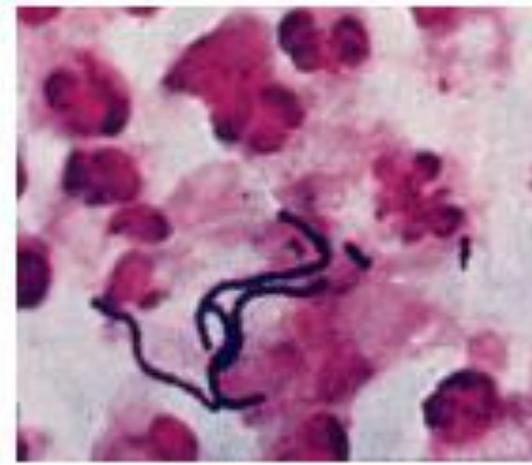
= Streptococco b emolitico gruppo A, Gram +

5-15 % degli individui alberga senza sintomi il microrganismo nelle vie aeree superiori

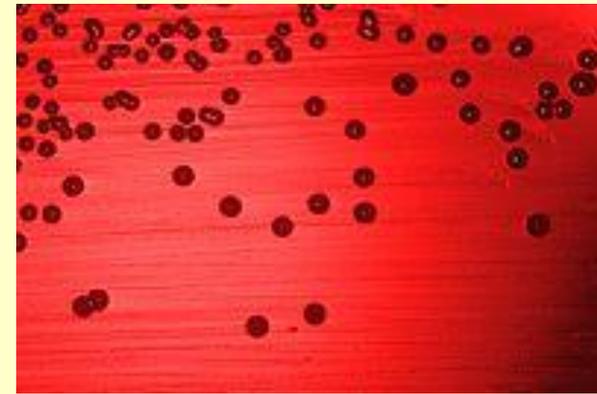
Possibile trasmissione dalla mucosa della bocca tramite contatto dopo faringite o in soggetti asintomatici

Sintomi ad Inizio improvviso:

- perdite sieropurulente, talora siero-ematiche; spesso presente vulvite eritematosa
- interessamento della zona perianale
- disuria per il passaggio delle urine sulla vulva sede di flogosi



# Haemophilus influenzae



**Coccobacillo Gram negativo , biotipo 2 non capsulato**  
**Seconda causa di vulvovaginite batterica dopo streptococco piogeno (ma non sempre isolato)**  
**Può essere anche patogeno opportunista**  
**Diverso da tipo B responsabile di meningiti ed epiglottiti**  
**Il suo isolamento risente però probabilmente di vaccinazione**

## **Streptococcus agalactiae**

**=  $\beta$  emolitico gruppo B, Gram +  
“patogeno opportunista”; alberga nell'intestino e nelle  
vie urinarie  
si riscontra in vulvovaginiti aspecifiche ricorrenti  
risposta al trattamento mal prevedibile: scomparsa in  
assenza di terapia, non risposta alla terapia**

## **Staphylococcus aureus**

**= cocco Gram +  
presente come saprofita in cute, naso, faringe, perineo  
riscontrato in soggetti asintomatici e sintomatici  
si tratta se è presente in coltura come unico agente  
batterico**

## Altri microorganismi a partenza intestinale

- ★ **Candida albicans e glabrata**
- ★ **Escherichia coli**
- ★ **Enterococcus faecalis**
- ★ **Streptococcus viridans**

Valutare:

- possibile infestazione da parassiti
- funzionalità intestinale
- trattamenti farmacologici

- ★ **Shigella flexneri:** batterio Gram –  
trasmesso per via oro - fecale,  
causa diarrea siero-ematica
- ★ **Yersinia enterocolitica** batterio Gram -  
infezione tramite consumo di carne di  
maiale non ben cotta, latte o acqua  
contaminati



# Riscontro di patogeni a trasmissione sessuale

esclusa trasmissione perinatale

## REPERTI DIAGNOSTICI PER ABUSO SESSUALE

- Coltura positiva per **Gonococco** oltre il periodo neonatale
- Coltura positiva per **Chlamydia**
- Diagnosi di **Sifilide** ( esclusa trasmissione perinatale)
- Infezione da **Trichomonas vaginalis** in bambino di età superiore ad 1 anno
- Sierologia positiva per **HIV** (esclusa trasmissione perinatale o tramite emoderivati)

## SPECIFICITA' INDETERMINATA PER ABUSO SESSUALE IN ASSENZA DI ALTRI INDICATORI

- Infezione da Herpes simplex e da virus dei Condilomi

(Adams 2007, Royal College Ped. 2008)

# MTS in bambine esaminate per sospetto abuso sessuale

su 121 bambine esaminate  
per sospetto abuso

Microrganismo	N° casi
Neisseria gonorrhoe	1
Chlamydia trachomatis *	1
Trichomonas vaginalis *	1
HIV	0
Sifilide	0

\* presenza di incisura imenale

(Kohlberger et al 2007)



## Multicentrica minori (2003-2005)

**289 bambini di età < 14 anni  
con racconto chiaro di  
abuso**

**→ esame batteriologico nel  
45% dei casi (130 casi)**

**→ 13 infezioni da  
microrganismi causa di MTS**

## Linee di trattamento



ENTEROBIUS: **pirantel** 10 mg/kg in monodose + terapia topica  
o **mebendazolo** 100 mg ripetuti dopo 15 gg. + “

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

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

STAFILOCOCCO AUREO: **mupirocina** topica  
ev. **amoxicillina + acido clavulanico** 45 mg + 6.4mg / Kg  
per 7 gg

# Linee di trattamento



CANDIDA ALBICANS: **imidazolici** topici per 6 gg +  
detergenti alcalini,

in forme secondarie a terapie per os o recidivanti:  
**fluconazolo** 20 mg/Kg per os d.u.

CANDIDA GLABRATA: terapia con **imidazolici** topici  
di ultima generazione (isoconazolo, sertaconazolo) +  
detergenti con acido bórico

SHIGELLA: preferibile terapia per os su **antibiogramma**

YERSINIA: **trimetoprim-sulfametossazolo** per os

## Linee di trattamento



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

CHLAMYDIA: **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)

HERPES: **acyclovir** 100-200 mg 5 v. al dì per 5 gg  
**valaciclovir** 500 mg x 2 al die per 3 gg  
**famciclovir** 250 mg x2 al die per 5 gg  
**gentamicina** crema + Xylocaina

CONDILOMI: se asintomatici osservazione per 60 gg  
**imiquamod** crema 5% a giorni alterni per 15-20 gg  
**laserterapia, crioterapia** o **DTC** in narcosi

MOLLUSCO CONTAGIOSO: attesa  
**laserterapia, crioterapia**

## **... e nelle forme recidivanti ?**

- ★ rivalutare situazione urinaria ed intestinale**
- ★ promestriene in soggetti non estrogenizzati**
- ★ utilizzare terapie endovaginali (se possibile)**

### **Nelle forme da Streptococo piogeno:**

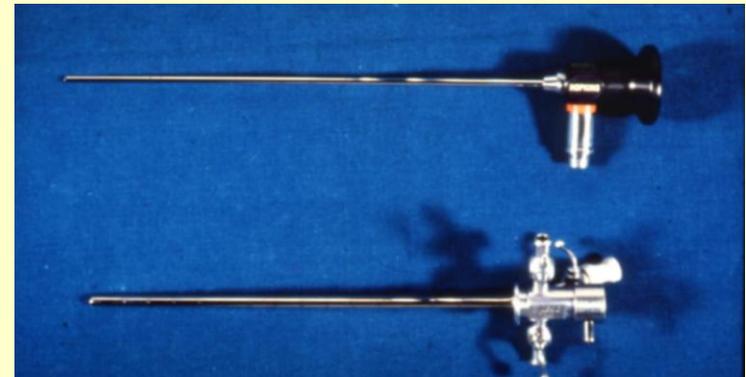
**dimostrata possibilità di persistenza asintomatica anche dopo trattamento con derivati penicillinici per presenza di co-patogeni produttori di beta lattamasi  
più spesso in bimbe di età < 5 anni; persistenza anche su base genetica di risposta immune  
proposto utilizzo di antibiotici alternativi (cefalosporine, rifampicina)**

## ... e nelle forme recidivanti ?

- ★ in bambine relativamente piccole
- ★ in presenza di leucorrea purulenta e talvolta sierohematica
- ★ con microrganismi in coltura diversi nel tempo

**non dimenticare possibilità di corpo estraneo !**

(alcuni corpi estranei sono correlati ad abuso)



Aggiornamento in ginecologia pediatrica  
Peschiera del Garda 24 Gennaio 2009

## La valutazione dell' abuso sessuale



**Metella Dei**  
S.O.D. Ginecologia Infanzia e Adolescenza  
A.O.U. Careggi Firenze

# **Il sospetto di abuso sessuale**

- Trauma genito- anale in urgenza
- Evidenza di una lesione di non chiara origine a livello della regione ano-genitale
- Riscontro di un patogeno a trasmissione sessuale
- Sospetto riferito da adulto o racconto fatto dal minore
- Modificazioni sul piano comportamentale:  
indicatori aspecifici o specifici



## Indicatori comportamentali

### INDICATORI ASPECIFICI

Disturbi del sonno (incubi)  
Disturbi del comportamento alimentare  
(alimentazione compulsiva)  
Perdita di controllo degli sfinteri (enuresi;  
encopresi)  
Tendenze regressive; isolamento  
Eccesso di paura o di vigilanza  
Iperattività, giochi e comportamenti  
aggressivi  
Difficoltà nelle relazioni con i coetanei  
Riduzione nel rendimento scolastico  
Stati depressivi  
Fughe, autolesionismo, tentativi di suicidio

### INDICATORI PIU' SPECIFICI

Masturbazione compulsiva  
Promiscuità  
Abuso sessuale agito su altri

### INDICATORI DI SESSUALIZZAZIONE PRECOCE

Confusione dei confini personali  
Atti "seduttivi"  
Interesse o comportamenti sessuali atipici  
per l'età  
Reazioni eccessive correlate all'igiene e alla  
cura di sé  
Rifiuto a partecipare ad attività sociali che  
implicano lo spogliarsi e il fare la  
doccia  
Paura e resistenza nel contatto con l'altro  
sesso

# Obiettivi della valutazione clinica

- **Accurata descrizione** di esame obiettivo generale e osservazione sistematica di vulva, imene, aditus vaginale (pene, glande, scroto), perineo e regione anale preferibilmente con mezzo di ingrandimento
- **Adeguatezza documentazione** della situazione morfologica al momento dell'esame se possibile fotografica (evitare visite ripetute!)
- Eventuali **esami laboratoristici** e raccolta eventuali **prove forensi**
- **Trattare** eventuali patologie presenti
- Organizzare **altre consulenze** necessarie per iter diagnostico-terapeutico
- **Rassicurare il minore** e garantire la sua sicurezza

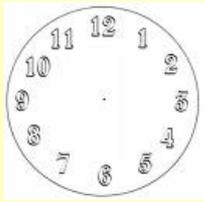


## Attenzione a:

- Disporre di un'anamnesi fisiologica e clinica dettagliata
- Raccogliere il racconto non in presenza del minore o, se il racconto è spontaneo, senza domande dirette, registrandolo per scritto
- Curare il clima della visita
- Spiegare bene alla bimba/al bimbo le procedure
- Avere a disposizione tutto quello che può essere utile
- Non trascurare esame obiettivo generale

Cartella clinica orientata disponibile  
sul sito della Società italiana di Ginecologia  
dell'Infanzia e dell'Adolescenza: [www.sigia.it](http://www.sigia.it)  
o sul sito AOGOI: [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)

# Posizioni



→ Genu-pettorale

oppure:

Carponi

oppure:

Latero-laterale

Visualizzazione regione anale

Visualizzazione margine imenale posteriore

Visualizzazione regione anale

Visualizzazione regione vulvare

→ Frog-leg supina

oppure:

Ginecologica



(Rohde 2003)



(Mc Cann 2007)



1

## Valutazione regione anale

- cauta separazione dei glutei
- valutare tempo di comparsa dei reperti

Aspetti flogistici

Appendici

Fissurazioni (sede e numero)

Congestioni venose

Possibile riflesso di dilatazione spontanea entro 30 “

Lacerazioni

Cicatrici



- separazione delle grandi labbra
- cauta trazione laterale

Aspetti flogistici

Ecchimosi

Abrasioni

Lacerazioni

Esiti cicatriziali



- previa trazione laterale grandi labbra
  - in adolescenti possibile uso di Foley o di cotton fiock
- ematomi o lesioni acute
- regolarità e spessore del bordo imenale
- incisure o perdite di sostanza



(Myhre 2003)

## Diagnostica di laboratorio

Se visita in urgenza valutare opportunità di:

**ricerca di spermatozoi** nelle sedi di probabile ejaculazione (preparati fissati)

**ricerca DNA abusante** nelle sedi in cui può essere rimasta traccia di qualsiasi materiale biologico (saliva, sangue, urina, liquido seminale):  
regione vulvare, morsi, scraping subungueale, indumenti...

Se presenza di segni di flogosi e possibilità di prelievo non traumatico:

**esame colturale vaginale** ed eventuale **ricerca Clamydia**

# Riferimenti per la valutazione dei segni fisici di abuso

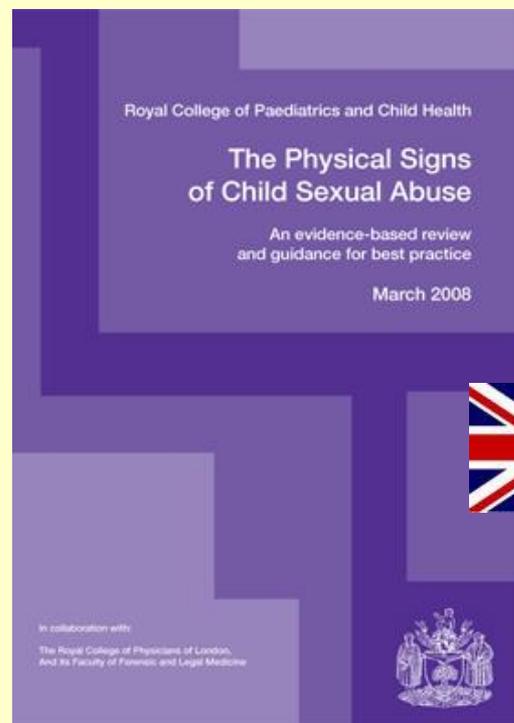
J Pediatr Adolesc Gynecol (2007) 20:163–172

## Original Studies

### Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused

Joyce A. Adams, MD<sup>1</sup>, Rich A. Kaplan, MD<sup>2</sup>, Suzanne P. Starling, MD<sup>3</sup>, Neha H. Mehta, MD<sup>4</sup>, Martin A. Finkel, DO<sup>5</sup>, Ann S. Botash, MD<sup>6</sup>, Nancy D. Kellogg, MD<sup>7</sup>, and Robert A. Shapiro, MD<sup>8</sup>

<sup>1</sup>University of California, San Diego School of Medicine, San Diego, California; <sup>2</sup>Midwest Children's Resource Center, Children's Hospitals and Clinics of Minnesota, St. Paul, Minnesota; <sup>3</sup>Child Abuse Program, Children's Hospital of the Kings Daughters, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia; <sup>4</sup>Sunrise Children's Hospital, Las Vegas, Nevada; <sup>5</sup>Child Abuse Research, Education and Service Institute, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Stratford, New Jersey; <sup>6</sup>SUNY Upstate Medical University, Syracuse, New York; <sup>7</sup>University of Texas Health Science Center, San Antonio, San Antonio, Texas; <sup>8</sup>Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA



Aggiornamento in corso delle linee guida del gruppo di lavoro italiano su “Semeiotica medica dell’abuso sessuale nel bambino prepubere: requisiti e raccomandazioni”



## Segni fisici diagnostici di trauma o contatto sessuale

- Lacerazioni acute o ematoma vulvari o perianali
- Cicatrici perianali, della forchetta o della fossa posteriore
- Lacerazioni acute (parziali o complete) ed ecchimosi imenali
- Lacerazioni perianali profonde
- Transezione imenale tra le ore 4 e le ore 8
- Assenza di tessuto imenale
- Infezione da Gonorrea, Clamydia, Trichomonas, Sifilide, HIV, esclusa trasmissione verticale
- Gravidanza, identificazione di spermatozoi



i precedenti +

- Incisura a U “Notch” e a V “cleft” del margine imenale posteriore in imene non fimbriato
- Riflesso di dilatazione anale immediato (diametro AP > 2cm)

Congruenza col racconto

## da non dimenticare



★ Una valutazione **in urgenza** ha la maggior possibilità di essere diagnostica, ma anche la **competenza specifica** dell'operatore è un elemento essenziale

★ Solo **dal 5 al 15%** di bambini che hanno fatto un racconto attendibile di abuso sessuale sono presenti segni fisici attualmente riconosciuti come indicativi di abuso

★ Non trascurare mai la possibilità offerta da una **consulenza psicologica o neuropsichiatrica** per validare il racconto del minore e documentare il suo stato di disagio



**Grazie**