

# Stany zapalne narządów płciowych u dziewczynek

## Vulvovaginitis in young girls

Olejek Anita<sup>1</sup>, Kellas-Ślęczka Sylwia<sup>1,2</sup>, Kozak-Darmas Iwona<sup>1</sup>,  
Bilska Anna<sup>1</sup>, Zamłyński Jacek<sup>1</sup>, Horak Stanisław<sup>1</sup>, Nowak Leszek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup> Zakład Brachyterapii, Instytut Onkologii w Gliwicach

### Streszczenie

*Stany zapalne sromu i pochwy są u dziewcząt najczęstszą przyczyną dolegliwości ginekologicznych.*

*Rozwój zapaleń narządów płciowych u dziewczynek wiąże się m.in. ze stopniem estrogenizacji w okresie dojrzewania oraz zaburzeniami mechanizmów obronnych chroniących drogi rodne przed zakażeniem. Zmiany zapalne u dziewcząt przed menarche dotyczą głównie zewnętrznych narządów płciowych, natomiast po menarche występują częściej w obrębie wewnętrznych narządów płciowych.*

*Celem pracy było przedstawienie najczęstszych przyczyn występowania stanów zapalnych u dziewcząt.*

Słowa kluczowe: **stan zapalny / narządy płciowe / czynniki etiologiczne / dziewczynki /**

### Abstract

*Vulvovaginitis is the most common cause of gynecological complaints in young girls.*

*Factors which cause vulvovaginitis include, among other things, low level of sexual hormones (hypoestrogenism), the anatomical proximity of the rectum and delicate vulvar skin and vaginal mucosa. Usually vulvovaginitis in young girls is caused by non-specific factors.*

*The aim of the study was to present the most frequent causes of vulvovaginitis in young girls.*

Key words: **infection / genital organs / prepubertal girls /**

### Adres do korespondencji:

Anita Olejek

Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej

41-902 Bytom, ul. Batorego 15

tel. 032-7861540; e-mail: bytomobstgyn@slam.katowice.pl

Otrzymano: 30.07.2008

Zaakceptowano do druku: 05.11.2009

## Wstęp

Czynniki etiologiczne wywołujące zapalenia narządów płciowych u dziewczynek dzieli się endogenne oraz egzogenne. Do czynników endogennych zalicza się m.in. hipostrogenizm, dermatozy, awitaminozy, choroby ogólnoustrojowe oraz zaburzenia psychiczne. Do przyczyn egzogennych należą czynniki abiotyczne (termiczne, mechaniczne, chemiczne oraz higieniczne) oraz biotyczne (bakterie, grzyby, wirusy, pasożyty i in.) [1, 2, 3].

Rozwój zapaleń narządów płciowych u dziewczynek zależy m.in. od stopnia estrogenizacji w okresie dojrzewania oraz od mechanizmów obronnych chroniących drogi rodne przed zakażeniem [4]. Przed *menarche* około 75% stanów zapalnych dotyczy zewnętrznych narządów płciowych. U dziewcząt, które nie podjęły współżycia rzadko dochodzi do zapalenia wewnętrznych narządów płciowych [5].

## Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie najczęstszych przyczyn występowania stanów zapalnych narządów płciowych u dziewcząt.

## Zapalenia zewnętrznych narządów płciowych

Do najczęstszych chorób narządów płciowych dziewczynek należą zapalenia sromu i pochwy (*vulvovaginitis*) [6, 7, 8]. Występują one głównie między 3-7 rokiem życia. Pochwa i srom, ze względu na małe stężenia hormonów płciowych oraz dziecięcy stopień rozwoju narządów płciowych, są w okresie dzieciństwa szczególnie wrażliwe na działanie czynników zewnątrzpochochodnych. W okresie „ciszy hormonalnej” nabłonek pochwy jest kruchy, delikatny i podatny na uszkodzenia. Sąsiedztwo z ujściem cewki moczowej i odbytem dodatkowo sprzyja rozwojowi infekcji [4, 9]. Brak podściółki tłuszczowej warg sromowych, owłosienia łonowego, małe wargi sromowe oraz skłonność dzieci do nieprawidłowego przestrzegania higieny okolicy urogenitalnej ma wpływ na rozwój u nich stanów zapalnych narządów płciowych [10].

Zalegająca wydzielina gruczołów łojowych i potowych, tzw. mastka pozostawiona między wargami sromowymi mniejszymi i większymi oraz pod napletkiem łechtaczki stanowi pożywkę dla rozwoju bakterii i grzybów [11]. Do rozwoju stanów zapalnych sromu i pochwy mogą także prowadzić urazy, zranienia sromu, otarcia naskórka, odparzenia skóry oraz masturbacja i sytuacje wykorzystywania seksualnego dzieci [7, 12].

Do głównych objawów zapalenia sromu i pochwy należą: upławy, obrzęk i zaczerwienienie. Dzieci skarżą się na ból, pieczenie oraz swędzenie [4, 11, 12, 13]. W obrębie skóry sromu mogą pojawić się nadżerki, pęcherzyki bądź ubytki naskórka. Upławy mają zwykle kolor mlecznożółty lub zielonkawożółty o zapachu gnijnym, cuchnącym. Zmiany skórne mogą rozprzestrzeniać się na okolice pachwin, krocza, odbytu oraz wewnętrznych powierzchni ud.

Większość przypadków stanów zapalnych sromu i pochwy u dziewcząt ma nieswoistą etiologię i wywoływana jest przez różne bakterie, wirusy (np. HPV, HSV-2) oraz grzyby [3, 9, 10, 12]. Najczęściej źródło zakażenia jest trudne do ustalenia [4, 7, 8].

Często procesem zapalnym, oprócz sromu i pochwy, objęta jest cewka moczowa, gruczoły przycewkowe i wtórnie na drodze zakażenia wstępującego także układ moczowy [3, 11]. Zakażenia dróg moczowych występują 5 razy częściej u dziewczynek niż chłopców. Zmiany zapalne układu moczowego ustępują w ok. 60% przypadków po wyleczeniu stanu zapalnego sromu i pochwy.

Zapalenia sromu i pochwy mogą być także spowodowane szerzeniem się bakterii z odległych ognisk zapalnych, np. w przebiegu ropnego zapalenia migdałków, zapalenia gardła lub zapalenia zatok czołowo – nosowych obserwuje się współwystępowanie objawów *vulvovaginitis* [9]. Droga zstępującą mogą także rozwijać się zapalenia wewnętrznych narządów płciowych [3].

Jedną z chorób szerzących się z odległych ognisk zapalnych jest błonica sromu i pochwy, która obecnie dzięki szczepieniom ochronnym, występuje tylko w wyjątkowych sytuacjach. Skóra sromu jest zaczerwieniona, rozpalczona, a błona śluzowa przedsionka pochwy pokryta grubymi błonami rzekomymi, które łatwo odrywają się i krwawią [14].

Także infekcje górnych dróg oddechowych mogą poprzedzać lub współwystępować ze stanami zapalnymi sromu i pochwy u dziewcząt [7]. Zwraca się uwagę na paciorkowce beta-hemolizujące grupy A, które często są czynnikiem etiologicznym zapaleń dróg oddechowych mogącym prowadzić do rozwoju *vulvovaginitis* [10].

Wystąpieniu zapalenia okolicy urogenitalnej sprzyjają także różne schorzenia ogólnoustrojowe. Istotne znaczenie odgrywa cukrzyca, na tle której mogą rozwijać się zmiany zapalne sromu i pochwy [4, 15]. Pojawiają się one głównie w cukrzycy niewyrównanej. W obrazie klinicznym dominuje uporczywy świąd, obrzęk i zaczerwienienie w okolicy warg sromowych, przedsionka pochwy, krocza i odbytu. Skóra jest napięta, błony śluzowe obrzmiałe, sącące, z licznymi pęknięciami. Na skutek drapania dochodzi do wtórnego zakażenia sromu i rozwoju zmian ropnych. Często współistnieje infekcja grzybicza, dodatkowo nasilająca dolegliwości [16]. U dziewcząt grzybicze zapalenie sromu i pochwy najczęściej jest wywoływane przez *Candida albicans*, a swoim przebiegiem przypomina grzybicę u dorosłych kobiet [17].

Odrębną grupę zakażeń sromu i pochwy stanowią infekcje wywołwane przez: owsiki, glistę ludzką, wesz łonową lub świerz. Zarażenie owsikami występuje w Polsce najczęściej u dzieci w wieku szkolnym. Wędrówki samic owsików w okolicy odbytu są przyczyną zmian wypryskowych i zadrapań, niespokojnego snu, moczenia nocnego oraz podniecenia płciowego. Dzieci często skarżą się na uporczywy świąd. Samice przemieszczając się po kroczu mogą wnikać do przedsionka pochwy, powodować stan zapalny sromu, a u starszych dziewcząt mogą wnikać również do macicy [3]. Błony śluzowe przedsionka pochwy są przekrwione, z pochwy może wydobywać się śluzowo-ropna wydzielina. Często zakażeniu owsikami towarzyszą infekcje bakteryjne, przeniesione prawdopodobnie przez same owsiki. W przypadku długo trwającej owsicy i ciągłego samozarażania się, na sromie i w przedsionku pochwy powstają ziarniniaki i zmiany martwicze [13].

Także glista ludzka może wydostać się z odbytu na powierzchnię krocza i przedsionka pochwy, niosąc na swym ciele bakterie jelitowe. Glisty wywierają toksyczny wpływ na rozwijający się organizm dziecka.

Konsekwencją tego jest opóźnienie rozwoju fizycznego i psychicznego, wzmożona pobudliwość nerwowa, bezsenność. Glista ludzka ma także silne właściwości antygenowe i uczulające. Dlatego w przebiegu glistnicy występują często pokrzywkowate zmiany skórne, szczególnie piekące i swędzące w okolicy sromu i krocza. Zmianom tym mogą towarzyszyć ropno – krwiste upławy oraz nieżyt nosa, obrzęk twarzy, kaszel i krwawienia z górnych dróg oddechowych.

Wesz łonowa drażniąc skórę sromu może także prowadzić do wystąpienia świądu i pieczenia oraz rozwoju miejscowego stanu zapalnego.

Inny pasożyt – świerzbowiec ludzki może występować w okolicy sromu, pachwin, podbrzusza, piersi, na nadgarstku i rękach między palcami. U dzieci często bytuje na całym ciele. Świerzbowiec draży korytarze drażniąc skórę i powodując świąd. Drapanie prowadzi do uszkodzenia skóry i krwawienia co sprzyja zakażeniu bakteriami ropotwórczymi. Na skórze pojawiają się pęcherzyki, grudki oraz obrzęk.

Zakażenie gonokokami małych dziewczynek występuje rzadko i może być wywołane przez kontakt z chorą osobą lub kontakt z zakażonymi przedmiotami higienicznymi, a także w przypadkach wykorzystywania seksualnego [12]. Gonokoki dobrze rozwijają się w obrębie błon śluzowych. Zakażenie szerzy się przez ciągłość, zajmując dalsze odcinki narządów płciowych i układu moczowego. U małych dziewczynek zakażeniu ulega srom, pochwa, cewka moczowa i odbytnica. Występuje znaczny obrzęk i zaczerwienienie sromu. Wydzielina pochwową przybiera postać gęstej, zielonej ropy a jej wydzielanie zwiększa się po ucisku podbrzusza. W czasie oddawania moczu i stolca występuje bolesne parcie. Węzły chłonne pachwinowe bywają powiększone i bolesne. Stan zapalny obejmuje także część pochwową szyjki macicy. Ostra rzeżączka może przejść w postać podostrą zakażenia sromu i pochwy. Srom jest wówczas lekko zaczerwieniony, między wargami sromowymi gromadzi się wysuszona treść pochwową. Dominują śluzowe, żółtawe, dość obfite upławy. Rzeżączką powikłaną lub wstępującą nazywa się zakażenie górnych odcinków dróg rodnych; trzonu macicy i przydatków. Przebieg infekcji może być bardzo gwałtowny, na skutek gromadzenia się zakażonej wydzieliny w trzonie macicy. Trzon jest wówczas powiększony, tkliwy, z szyjki wydobywa się obfita, ropna wydzielina. Zakażenie rzeżączkowe może szerzyć się przez ujścia maciczne jajowodów na otrzewną miednicę mniejszej i powodować zapalenie przydatków.

Inną przyczyną stanów zapalnych sromu i pochwy u dziewcząt może być kiła. U dzieci dominują zakażenia drogą pozapłciową: zakażenie płodu w łonie matki lub w czasie porodu. Niemniej należy zawsze brać pod uwagę także zakażenie przez kontakt bezpośredni (wykorzystywanie seksualne) [12, 18].

Należy także pamiętać, iż przyczyną przewlekłych, nawracających stanów zapalnych pochwy i sromu u dziewczynek i młodych dziewcząt może być także wykorzystywanie seksualne. Dlatego lekarz powinien dokładnie zebrać wywiad i przeprowadzić odpowiednie badanie fizykalne [18]. *Vulvovaginitis* może także wiązać się z obecnością ciała obcego w pochwie. Często ciału obcemu towarzyszą plamienia lub krwawienia, dolegliwości bólowe, nieprawidłowa wydzielina pochwową oraz ogólny stan zapalny manifestujący się m.in. podwyższoną temperaturą ciała [19, 20]. Usunięcie ciała obcego wiąże się z przeprowadzeniem zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

## Zapalenia zewnętrznych narządów płciowych

U dziewcząt, które nie rozpoczęły życia seksualnego rzadko stwierdza się zapalenia wewnętrznych narządów płciowych [3]. Możliwa jest droga zstępująca (z odległych miejsc objętych procesem zapalnym) lub szerzenie się zapalenia przez ciągłość [4]. Wówczas ból podbrzusza jest jedną z częściej zgłaszanych dolegliwości [21].

Przed okresem pokwitania barierę dla drobnoustrojów stanowi zamknięty kanał szyjki macicy, a po okresie dojrzewania czop śluzowy w ujściu zewnętrznym szyjki. Ryzyko zakażeń w obrębie wewnętrznych narządów płciowych rośnie po rozpoczęciu miesiączkowania oraz po rozpoczęciu współżycia seksualnego i wówczas najczęściej ma miejsce na drodze wstępującej [3].

Zapalenie wyrostka robaczkowego może przez ciągłość wywołać stan zapalny wewnętrznych narządów płciowych [3]. Odwrostkowe zapalenie przydatków może powstawać przez: kontakt z wyrostkiem robaczkowym, wysięk, który spływa do miednicy mniejszej i zatoki Douglasa oraz drogą naczyń limfatycznych. Ostremu zapaleniu wyrostka robaczkowego może towarzyszyć naciek okołowrostkowy, który obejmuje jajnik i jajowód tworząc konglomerat guza zapalnego.

Zapalenia jajowodów są najczęściej następstwem zakażeń bakteryjnych, w tym gronkowcami, paciorkowcami, dwóinkami rzeżączki, prątkami gruźlicy lub florą mieszaną. W początkowym okresie stan zapalny ograniczony jest tylko do błony śluzowej jajowodu. Kolejno zajmowane są głębsze warstwy błony śluzowej, powstają owrzodzenia i uszkodzenia nabłonka światła jajowodów. Jajowód staje się pogrubiałą, twardą, zaś w zachyłkach błony śluzowej powstają otorbione ogniska zapalne, które okresowo zaostrzają stan zapalny. W ostrym okresie zapalenia jajowodów występują silne bóle podbrzusza i okolicy krzyżowej kręgosłupa, które mogą promieniować do pleców. Towarzyszą im dreszcze i gorączka.

Inną jednostką chorobową dotyczącą wewnętrznych narządów płciowych jest gruźlica narządów płciowych, która stanowi około 1-3% schorzeń ginekologicznych u dziewcząt. Rozwija się wskutek przeniesienia prątków przez krew z ognisk pierwotnych, najczęściej z płuc i opłucnej. Na sromie i w pochwie zwykle nie występują zmiany gruźlicze. Podejrzenie gruźlicy może nasuwać przewlekły proces zapalny toczący się w obrębie miednicy mniejszej, jeśli dodatkowo dziecko miało kontakt z osobą chorą na gruźlicę. Powstawaniu gruźlicy sprzyja niedorozwój narządów płciowych. W początkowym stadium choroba może przebiegać bezobjawowo lub jako nieżytowe zapalenie błony śluzowej macicy. Miesiączki mogą być obfite i nieregularne, a nawet może wystąpić ich brak. Macica staje się napięta i powiększa się. W ciężkich przypadkach może dojść do powstania ropniaka wskutek zamknięcia ujścia wewnętrznego szyjki macicy.

Powikłaniem są także tzw. zrosty Nettera, czyli częściowe lub całkowite zamknięcie jamy macicy przez zmiany wytwórcze i bliznowate, a co za tym idzie, pierwotny lub wtórny brak miesiączki. U 35% chorych na gruźlicę dziewczynek pierwsze objawy zapalenia macicy, przydatków i otrzewnej stwierdza się w okresie pojawienia się *menarche*. W okresie pokwitania, w związku z estrogenizacją organizmu i zwiększonym ukrwieniem jamy brzusznej, dochodzi do ujawnienia się gruźliczego stanu zapalnego i pojawia się więcej objawów klinicznych.

Objawy gruźliczego zapalenia narządów płciowych dzieli się na utajone i jawne. W utajonej, przewlekłej gruźlicy narządów płciowych dochodzi do zwłóknienia jajowodów oraz zarosnięcia strzępków, które wyczuwa się podczas badania jako niebolesne, niewielkie zgrubienia, wyraźnie odgraniczone od otoczenia. W przypadku jawnej gruźlicy pojawiają się dobrze wyczuwalne guzy przydatków, pozostające w zrostach z otoczeniem, którym często towarzyszy wysięk w obrębie miednicy mniejszej. Cechą charakterystyczną jawnej gruźlicy jajowodowej jest niewspółmierność dolegliwości do rozległości zmian [14].

Stany zapalne narządów płciowych u dziewcząt stanowią ważny problem kliniczny. Znajomość czynników wywołujących je oraz rola mechanizmów obronnych chroniących przed ich wystąpieniem ma ogromne znaczenie w profilaktyce i terapii.

Ze względu na dużą różnorodność dolegliwości zgłaszanych przez młode pacjentki diagnostyka kliniczna jest trudna i wymaga dużego doświadczenia.

#### Piśmiennictwo

1. Rzepka-Górska I, Sowińska E, Wilczyńska E. Zakażenie układu moczowego w powiązaniu ze stanami zapalnymi pochwy u dziewcząt. *Ginekol Pol.* 1989, 60, 27-32.
2. Friedek D, Ekiel A, Romaniuk M, [i wsp.]. Zakażenia Chlamydia trachomatis wirusem brodawczaka ludzkiego u nastoletnich dziewcząt. *Ginekol Pol.* 2005, 76, 880-883.
3. Jarzabek G. Zapalenia i zakażenia jako problem w ginekologii. *Z nami zdrowiej – magazyn dla farmaceutów.* 2008, 8, 10-14.
4. Joishy M, Ashtekar C, Jain A, [et al.]. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BJM.* 2005, 330, 186-188.
5. Pawalczyk M, Jarzabek G, Pawalczyk M, [i wsp.]. Choroby zapalne sromu i pochwy u dziewcząt (vulvovaginitis) w różnych okresach rozwojowych. *Gin Prakt.* 2006, 88, 16-18.
6. Tsai H, Wan C, Tseng C. Childhood vulvovaginitis: report of two cases. *Acta Paediatr Taiwan.* 2006, 47, 43-46.
7. Cuadros J, Mazón A, Martínez R, [et al.]. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr.* 2004, 163, 105-107.
8. Clark L, Atendido M, Group B streptococcal vaginitis in postpubertal adolescent girls. *J Adolesc Health.* 2005, 36, 437-440.
9. Cox R, Slack M. Clinical and microbiological features of Haemophilus influenzae vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol.* 2002, 55, 961-964.
10. Filipp E, Tarnowska-Mądra U, Pawłowska A, [i wsp.]. Stany zapalne sromu i pochwy u dziewcząt przed menarche. *Gin Prakt.* 2005, 84, 69-72.
11. Pierce A, Hart C. Vulvovaginitis: causes and management. *Arch Dis Child.* 1992, 67, 509-512.
12. Argent A, Lachman P, Hanslo D, [et al.]. Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1995, 19, 1303-1310.
13. Peak S, Merritt D, Mallory S. Pruritus vulvae in prepubertal children. *J Am Acad Dermatol.* 2001, 44, 795-802.
14. Ginekologia wieku rozwojowego. Wybrane zagadnienia. Red. Komorowski A, Walczak L. Warszawa: PZWL, 2000.
15. Petrova Ch, Shentov B, Tanchev S, [et al.]. Genital infections in girls with type 1 diabetes. *Akush Ginekol Sofia.* 2004, 43, 21-25. Abstract.
16. Kendrici M, Koc A, Kurtoglu S, [et al.]. Vulvovaginal candidiasis in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2004, 17, 1545-1549.
17. Gwóźdźski Z. Grzybice narządów płciowych. *Przew Lek.* 2000, 4, 84-88.
18. Botasch A. Examination for sexual abuse in prepubertal children: an update. *Pediatr Ann.* 1997, 26, 312-320.
19. Kihara M, Sato N, Kimura H, [et al.]. Magnetic resonance imaging in the evaluation of vaginal foreign bodies in a young girl. *Arch Gynecol Obstet.* 2001, 265, 221-222.
20. Smith Y, Berman D, Quint E. Premenarchal vaginal discharge: findings of procedures to rule out foreign bodies. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002, 15, 227-230.
21. Felea D, Mihailescu L, Matasaru S, [et al.]. Recurrent abdominal pain and genital diseases in young girls. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2002, 106, 777-781. Abstract.

## K O M U N I K A T

### Sekcja Gestozy i Nadciśnienia w Ciąży PTG

#### Przewodnicząca:

Prof. zw. dr hab. n. med.

**Bożena Leszczyńska-Gorzelałak**

Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii UM w Lublinie

zaprasza na

### XIV Sympozjum Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Ciąży Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

#### ZESPÓŁ METABOLICZNY U KOBIET - PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

**4-6 czerwca 2010 roku**  
Kazimierz Dolny

#### Tematyka Sympozjum:

- Nadciśnienie tętnicze
- Cukrzyca
- Otyłość
- Zaburzenia krzepnięcia krwi

Na program Sympozjum składać się będą sesje wykładowe. Wystąpią wybitni specjaliści z grona ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, neonatologii, endokrynologii. Przedstawione wykłady wydane będą w formie monografii.

Szczegółowe informacje dotyczące Sympozjum dostępne są na stronie internetowej:

**[www.gestoza.am.lublin.pl](http://www.gestoza.am.lublin.pl)**

Zgłoszenia udziału należy dokonywać drogą elektroniczną:

**[gestoza@am.lublin.pl](mailto:gestoza@am.lublin.pl)**

#### Sekretariat Sympozjum:

Zajazd Piastowski

24-120 Kazimierz Dolny

ul. Słoneczna 3

czynny: 4 czerwca (piątek) w godzinach 16.00 – 20.00

5 czerwca (sobota) w godzinach 8.00 – 11.00

#### Adres do korespondencji:

Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii UM w Lublinie

20-954 Lublin

ul. Jaczewskiego 8;

tel. fax: 81-724-48-41