



VULVOVAGINITI RICORRENTI

Spesso il pediatra si trova a dover valutare problemi ginecologici minori, tra cui sicuramente il più frequente è quello delle vulvovaginiti.

VULVOVAGINITI

La vulvovaginite è il problema ginecologico più frequente in età pediatrica e adolescenziale. Le tipiche manifestazioni cliniche includono comparsa di secrezioni vaginali, arrossamento cutaneo vulvare, prurito e fastidio/dolore¹. L'insieme dei sintomi può variare da quasi asintomatico a talmente doloroso da portare a risvegli notturni. Nonostante la benignità del quadro, spesso crea ansia e agitazione nei familiari.

La presenza di secrezioni vaginali è fisiologica in età neonatale, essendo dovuta al calo degli estrogeni materni in circolo: circa 2 settimane dopo il parto, quindi, le bambine presentano una secrezione chiara, biancastra, e priva di odore. A volte la caduta degli estrogeni può produrre delle vere e proprie "pseudomestruazioni", con emissione di un po' di sangue dalla vagina, fatto che allarma molto i genitori, ma assolutamente fisiologico e autolimitantesi². Per converso, le secrezioni tipiche della vulvovaginite sono maleodoranti, di colore giallastro, verde o marrone, in quanto causate da un agente batterico.

Nella maggior parte dei casi la vulvovaginite è un fenomeno isolato, a volte può esordire a breve distanza da una faringite o dopo una terapia antibiotica; sono riportate poi in letteratura vulvovaginiti severe in associazione a infezioni sistemiche come varicella, morbillo e rosolia³. Una vulvovaginite può essere spesso causata da ossiuriasi intestinale ed è pertanto associata a prurito anale.

VULVOVAGINITI BATTERICHE RICORRENTI

Le vulvovaginiti ricorrenti sono tipiche dell'età prepuberale, tra i 2 e i 7 anni di età. Questo è dovuto principalmente a ragioni anatomiche e fisiologiche. In età neonatale le grandi labbra sono ben sviluppate e ripiene di grasso, e le piccole labbra sono spesse e di aspetto edematoso; con la caduta degli estrogeni materni le grandi labbra tendono ad appiattirsi, le piccole labbra a diventare più piccole e rivolte verso l'esterno: questo fa sì che l'aditus vaginale sia aperto verso l'esterno, offrendo poca barriera fisica alle infezioni. Mancano inoltre i peli pubici, ulteriore barriera fisica. Dopo il periodo neonatale e prima della pubertà i bassi livelli di estrogeni circolanti fanno sì che l'epitelio vaginale sia sottile, senza glicogeno e con pH alcalino.

La flora vaginale fisiologica delle bambine in età prepu-

bere non è stata ben definita: studi recenti hanno identificato la presenza di *Staphylococcus epidermidis*, enterococchi, *Streptococcus viridans* e lattobacilli; gli stessi organismi si ritrovano, in concentrazioni maggiori, nelle pazienti affette da vulvovaginiti, nelle quali è possibile isolare anche muffe (*Candida*) o germi anaerobi⁴. All'esame obiettivo la vulva può presentare modiche alterazioni o quadri di infiammazione franca fino alla lichenificazione o all'escoriazione che portano a disuria. Le perdite, come detto, sono verdi-marroni e maleodoranti. Dopo aver valutato il perineo, è utile esaminare la biancheria della bimba per ricercare secrezioni e valutare il livello di igiene.

COSA FARE?

In prima battuta i consigli da dare (riportati su molti lavori scientifici, ma senza una comprovata efficacia) sono quelli di utilizzare biancheria di cotone, camicie da notte al posto del pigiama, evitare l'utilizzo di vestiti aderenti come leggings e jeans. Utile inoltre evitare l'utilizzo di saponi aggressivi ed effettuare lavaggi con prodotti delicati (tipo benzidamina cloridrato).

È necessario, poi, spiegare ai genitori le cause sottostanti il problema, la sua possibile ricorrenza e, nello stesso tempo, la benignità. Nei casi a elevata ricorrenza, il problema si risolve unicamente dopo la pubertà, con la modificazione del pH vaginale e le modifiche della mucosa legate alla presenza degli estrogeni (Figura 1).

Creme

L'uso di creme contenenti ossido di zinco crea un effetto barriera che può ridurre il discomfort.

Non vi sono evidenze cliniche sull'utilizzo di estrogeni topici. È pratica comune consigliare l'applicazione topica di una pomata antibiotica, come la gentamicina, che a volte, anche se non necessariamente in maniera definitiva, risolve il fastidio e l'entità del problema. In realtà non vi è alcuna evidenza in letteratura

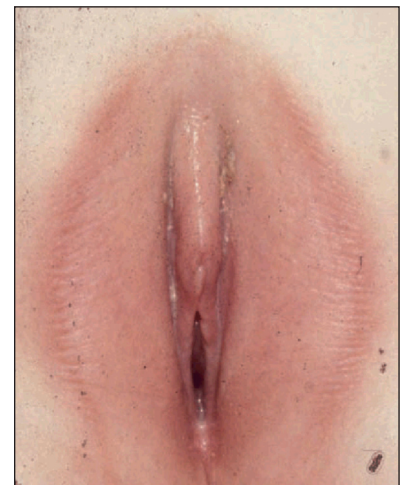


Figura 1. Vulva di una bambina prepuberale con vulvovaginiti ricorrenti: marcata infiammazione vulvare e perineale con lichenificazione.

sull'efficacia delle pomate antibiotiche, e anche il recente articolo degli *Archives of Disease in Childhood*¹ ne sconsiglia l'uso.

Il tampone vaginale

L'esecuzione di un tampone vaginale è indicato, in casi molto selezionati, caratterizzati da elevata ricorrenza e in cui le misure igieniche suggerite sopra non avessero sortito effetto. L'utilità dell'esame risiede nel fatto di identificare la crescita di un singolo germe patogeno ad alta carica (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*...), sensibile alla terapia antibiotica per via sistemica. Il tampone vaginale può essere eseguito anche nell'ambulatorio del pediatra di famiglia.

In alternativa al tampone vaginale, può essere sufficiente e meno invasiva la coltura delle secrezioni vaginali.

Antibiotici per os

Sebbene la vulvovaginite aspecifica abbia anche una componente di natura batterica, l'utilizzo dell'antibiotico per os non è dimostratamente efficace. Nella pratica clinica (e anche il *Nelson* fino alla 18° edizione lo propone) l'utilizzo di amoxicillina o cefalosporina come tentativo terapeutico nel caso di forme recidivanti o particolarmente disturbanti è possibile.

Utile potrà invece essere l'utilizzo dell'antibiotico per os nei casi identificati tramite tampone vaginale² in caso, quindi, di vaginite specifica:

- *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*: amoxicillina 40 mg/kg/die in 3 dosi per 7 giorni;
- *Staphylococcus aureus*: amoxicillina-acido clavulanico allo stesso dosaggio per 7-10 giorni;
- *Shigella* e *Chlamydia trachomatis*: trimetoprim-sulfametossazolo 8-10 mg/kg/die in 2 volte/die per 5 giorni;
- *Neisseria gonorrhoeae*: cefixime o ceftriaxone in singola dose (Figura 2);
- *Trichomonas vaginalis*: metronidazolo 15 mg/kg in 2 volte/die per 7 giorni;
- *Enterobius vermicularis*: mebendazolo o albendazolo 2 dosi a distanza di due settimane.

Quando inviare al ginecologo

Un invio al servizio di ginecologia per l'esecuzione di un esame obiettivo in sedazione andrà preso in considerazione in caso di presenza di sangue nelle secrezioni, se vi fosse un forte sospetto clinico di corpo estraneo o nei



Figura 2. Secrezione vaginale muco-purulenta da infezione gonococcica in bambina di 18 mesi (Google immagini).

casi in cui fosse necessario identificare/confermare l'agente infettivo in causa, nei casi di sospetto abuso sessuale. Il ritrovamento di agenti patogeni "anomali" come gonococco, *Chlamydia* o *Trichomonas vaginalis* nel tampone è infatti altamente suggestivo di abuso sessuale. Va ricordato però che un esame obiettivo francamente patologico è presente solo nel 4% delle bimbe che hanno subito un abuso⁵.

CONCLUSIONE

La vulvovaginite nella bambina prepubere è un evento frequente, "parafisiologico", in genere a risoluzione spontanea. Spesso si rivela utile l'adozione di alcune norme igieniche elencate sopra. L'utilizzo di pomate antibiotiche non trova evidenza in letteratura, anche se è un intervento di pratica comune che a volte porta a benefici clinici. L'utilizzo dell'antibiotico per os è raramente indicato ed è dimostratamente efficace solo in caso di vaginite specifica.

Bibliografia

1. Garden AS. Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological conditions. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2011;96:73-8.
2. Nelson Textbook of Pediatrics, 19th Edition, pp 1865-9.
3. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. *Fam Pract* 1996;13:369-72.
4. Pierce AM, Hart CA. Vulvovaginitis: causes and management. *Arch Dis Child* 1992;67:509-12.
5. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364:462-70.

Federico Minen
Scuola di Specializzazione in Pediatria
IRCCS Pediatrico "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Irene Bruno
e-mail: brunoi@burlo.trieste.it