

Vulvovaginitis bei jungen Mädchen

Saira-Christine Renteria, Lausanne

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Einführung

In der Kinderarztpraxis sind Symptome im Bereich von Vulva und Scheide häufig und lösen oft zu Unrecht vielseitige Sorgen aus¹⁾. Die Symptome sind meist gleichartig und wenig spezifisch, die Klagen lassen sich im Wesentlichen mit «es beisst, es kratzt, es brennt» zusammenfassen.

Der Ansatz ist im Prinzip klinisch. Das Ziel ist, Kind und Eltern eine gezielte Betreuung zu bieten, da das Fortbestehen der Symptome Verängstigung und übertriebene Massnahmen auslöst, beim Kind ebenso wie bei den verantwortlichen Erwachsenen.

Vulvovaginitis in der Praxis

Die Fallvignette 1 illustriert die üblichen, durch chronische oder akut-entzündliche Symptome im Bereiche von Vulva und Scheide hervorgerufenen Befürchtungen. Diese betreffen sowohl Vergangenheit als auch Gegenwart und Zukunft. Wie oft bei gynäkologischen Problemen bei Kleinkindern überträgt die Mutter ihre Vorstellungen als erwachsene Frau auf ihre Tochter. Gesundheitsfachleute neigen dazu, dasselbe zu tun, obwohl Krankheitserscheinungen im Kindesalter sich von jenen des Erwachsenen unterscheiden.

Das Thema sexueller Missbrauch ist in den Medien sehr präsent und Bemühungen zur Prävention sind zu Recht konstant, Symptome

Eine typische Situation in einer Kinderarztpraxis:

Zohra wird von ihrer Mutter begleitet, sie ist 4-jährig und kratzt sich manchmal zwischen den Beinen. Die Mutter stellt fest, dass die Vulva ihrer Tochter oft gerötet ist.

Sie gibt ihrer Sorge Ausdruck: «Man hat mir gesagt, sie sei vielleicht missbraucht worden...; ich habe das Gefühl, dass sie masturbiert...; ich fürchte, sie wird später Probleme haben...»

im Genitalbereich werden deshalb schnell mit sexuellem Missbrauch in Zusammenhang gebracht. Ebenso werden Fortpflanzungsschwierigkeiten heute offener besprochen und die Befürchtung zukünftiger Infertilität taucht selbst während der hormonellen Latenzzeit auf.

Der an Bezugspunkte bei Frauen im gebärfähigen Alter gewohnte Arzt seinerseits wird bei Juckreiz zu Unrecht eine Mykose diagnostizieren. Diese Ursache kann bei fehlender pubertärer Östrogenisierung (d. h. Latenzphase bzw. Tannerstadium 1), ausser bei Immunsuppression, praktisch ausgeschlossen werden. Trotz dieser Tatsache wurden bei $\frac{1}{3}$ in die kindergynäkologische Sprechstunde wegen Juckreiz/Brennen im Vulvabereich zugewiesenen Mädchen vorgängig Antimykotika verschrieben. Ab Tannerstadium ≥ 2 (Tab. 4) kann hingegen eine vulvovaginale Mykose vorliegen, mit käsigem vaginalem Ausfluss, Juckreiz, lokaler Rötung, Kratzspuren und manchmal schmerzhaften Erosionen, die sich von der Vulva ins Perineum und perianal ausbreiten können. Der Ausfluss unterscheidet sich dann vom typischen dysfunktionellen Weissfluss nur durch die fehlende stärkeartige Wirkung auf die Unterwäsche.

Klinischer Ansatz

Anamnese

Obwohl die Beschreibung der Symptome wenig zur ätiologischen Einteilung einer Vulvovaginitis beiträgt, dient sie dem Verständnis der Umstände und zum Ausschluss anderer Krankheiten. Gewisse Krankheiten haben ein Prädispositionsalter, wie der Lichen sclerosus et atrophicus oder das Vorhandensein eines Fremdkörpers (Tab. 3). Es ist empfehlenswert, auf das Erlangen von Sauberkeit und auch eventuelle Regressionsphasen einzugehen, obwohl weder Vulvovaginitis noch Fremdkörper spezifische Indikatoren von sexuellem Missbrauch oder Aggression sind. Im Kontext einer Trennung sind Konsultationen auf Grund von Rötung im Vulvabereich nach einem Wochenende beim anderen Elternteil häufig. Die Rötung kann Ausdruck einer quantitativen oder qualitativen Änderung hygienischer Massnahmen sein, oder emotionaler Spannungen, die das Kind durch «autoerotisches» Handeln kompensiert, ohne jeglichen Zusammenhang mit erwachsener Sexualität. Diese Möglichkeit muss jedoch bei anhaltenden oder rezidivierenden Symptomen im Auge behalten werden. Beispielsweise die Erfahrung eines 7-jährigen Mädchens, das mehrmals mit der Diagnose Herpes genitalis auf der pädiatrischen Notfallstation gesehen wurde, und bei welchem die wiederholten sexuellen Aggressionen erst nach 6 Monaten erkannt wurden; oder ein vaginaler Gonokokken-positiver Abstrich bei einem 11-jährigen Mädchen, dank welchem bei der Umgebungsabklärung genitale Kontakte ent-

Obligat pathogene Keime	Fakultativ pathogene Keime
Beta-hämolysierende Streptokokken Gr. A	E. coli
Haemophilus influenzae	Enterobacter aerogenes
Corynebacterium diphtheriae	Proteus
Shigella	Pseudomonas aeruginosa
Yersinia	Bacteroides, Peptokokken, Peptostreptokokken
Trichomonas vaginalis ⁷⁾	Staphylokokken (aureus, epidermidis, saprophyticus)
Chlamydia trachomatis	Streptokokken B, C, D, F, G, agalactiae, faecalis, pneumoniae
Neisseria gonorrhoeae, meningitidis	Listeria monocytogenes
Treponema pallidum	Candida albicans
	Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum
	Gardnerella vaginalis
	Actinomyces (eventuellen Fremdkörper suchen)

Tabelle 1: Interpretation bakteriologischer Befunde bei Kleinkindern

Klinische Fallvignette

deckt wurden, deren Bedeutung es nur unvollständig begriffen hatte (Tab. 1).

Allgemeine Untersuchung

Die Bestimmung der Tannerstadien erlaubt es, den Östrogenisierungsgrad der vulvovaginalen Schleimhaut zu beurteilen. Dieser bestimmt die Empfänglichkeit der Scheide für pathogene Keime sowie auch die klinischen Befunde nichtinfektiöser Krankheiten im Vulvabereich. Eine Konsultation bei Verdacht auf Vulvovaginitis erfordert deshalb auch eine allgemeinklinische Untersuchung.

Genitale und anale Untersuchung

Die klinische Untersuchung umfasst die Inspektion von Vulva, Perineum und perianaler Region. Typisches Symptom einer infektiösen Vulvovaginitis ist der Ausfluss mit u. U. Mazeration und unangenehmem Geruch. Ebenso können Kratzspuren beobachtet werden. Diese Symptome können fluktuierend sein. Durch Traktion können im Allgemeinen der Introitus und intravaginale Sekretionen eingesehen werden. Selbst wenn gewisse Fremdkörper (Toilettenpapierkügelchen, kleine Spielsachen) im Introitus leicht sichtbar sind, sollte das Entfernen dem Spezialarzt überlassen werden, da sie leicht in die Tiefe gestossen werden können. Bei blutigem Ausfluss oder Rezidiv nach adäquater Behandlung sollte eine Vaginoskopie durchgeführt werden, um einen okkulten Fremdkörper auszuschließen.

Bakteriologische Abstriche

In den meisten Fällen ist eine bakteriologische Untersuchung weder für Differentialdiagnose noch Behandlungsplan notwendig²⁾.

Wird jedoch die Indikation gestellt, so muss eine Kontamination der Probe durch normalerweise im Vulva- und Perineumbereich vorhandene Flora vermieden werden, was nur durch eine intravaginale Entnahme möglich ist. Dies erfolgt mittels Vaginoskopie oder durch Einführen in die Vagina eines an die Hymenöffnung der Patientin angepassten Wattestäbchens. Der unangenehme Kontakt der Vulva mit einem trockenen Wattestäbchen wird jede weitere Entnahme oder Vaginoskopie problematisch machen. Um dies zu verhindern, wird es mit sterilem NaCl angefeuchtet. Eine elegante Methode besteht im Absaugen von vaginalen Sekretionen mittels einem Neugeborenen-Absaugkatheter oder einer Magensonde mit angesetzter Spritze. Das Einführen in die Vagina wird durch ein Gel erleichtert.

Bei sexueller Aktivität in der Adoleszenz oder wenn eine Anamnese von sexuellem Missbrauch und/oder entsprechende Symptome eine Infektion im oberen Genitaltrakt vermuten lassen, sollte mittels PCR nach Chlamydien und Gonokokken gesucht werden. Zu bemerken ist, dass eine Chlamydieninfektion völlig symptomlos verlaufen kann.

Klinische Diagnose bei Vulvovaginitis-artigen Symptomen

In der klinischen Praxis ist es empfehlenswert, die verschiedenen Problemkreise, die sich hinter der Diagnose «Vulvitis oder Vulvovaginitis» verstecken, in infektiöse, unspezifisch entzündliche und spezifisch entzündliche Krankheiten einzuteilen.

Gewisse Krankheiten können manchmal gleichzeitig bestehen, doch ist es für ein wirksames Vorgehen notwendig, die Grundproblematik zu bestimmen. Dies ist in den meisten

Fällen bei der Erstuntersuchung möglich, oder spätestens nach einem therapeutischen Versuch.

Infektiöse Krankheiten

Wird eine infektiöse Vulvovaginitis vermutet, hängt die Differentialdiagnose vom Alter und insbesondere vom Pubertätsstadium, anders gesagt vom Grad der hormonellen Imprägnierung der Genitalschleimhaut ab³⁾. Während der hormonellen Ruhephase (Tannerstadium 1) dominieren unspezifische bakterielle Infektionen, Begleitvaginitiden bei ORL-Infekten sowie anale Parasiten, begünstigt durch die atrophische Vaginalschleimhaut. Mykosen hingegen treten, ausser im Säuglingsalter (Tab. 2) erst in der Präpubertät (Tannerstadium ≥ 2) auf. Infizierte Fremdkörper kommen in jedem Alter, insbesondere aber beim Kleinkind und nach der Pubertät vor. Gewisse Vulvitiden können eine Begleiterscheinung einer allgemeinen Infektion sein (z. B. Varizel-

Neugeborene und Säuglinge

Infektionsbedingte Krankheiten

- Candidamykose (Windeldermatitis)
- Sexuell übertragbare Krankheiten, vertikale materno-fötale Übertragung (z. B. Chlamydia trachomatis, HPV)

Entzündliche Krankheiten

- Chemische Reizung
 - > durch Hautpflegemittel, Feuchttücher
 - > durch Windeln
 - > durch Waschmittel
- Mechanische Reizung
 - > Reiben durch Windeln

Tabelle 2: Hauptsächlichste, altersabhängige Differentialdiagnosen der Vulvovaginitis – Neugeborenen- und Säuglingsalter

Präpubertät

Infektionsbedingte Krankheiten

- Bakterielle Vulvovaginitis (Darmflora)
- Begleitvulvovaginitis bei ORL-Erkrankungen
- Infizierter Fremdkörper
- Sexuell übertragbare Krankheiten (cave: Sexueller Übergriff)
- Oxyuren
- Viral (systemisch, Varizellen etc.)

Entzündliche Krankheiten

- Chemische Reizung
 - > Inadäquate Intimpflege
 - > Reizung durch Hautpflegemittel (Seife, Feuchttücher, Slipeinlagen)
- Mechanische Reizung
 - > Fremdkörper, «Sandkastenvaginitis»
 - > Chronischer vaginaler Ausfluss
 - > Reibung durch zu enge Kleidung, bei Übergewicht/Adipositas
 - > Masturbation, sexueller Übergriff

Spezifische Entzündungen

- Lichen sclerosus et atrophicus
- Psoriasis

Tabelle 3: Hauptsächlichste, altersabhängige Differentialdiagnosen der Vulvovaginitis – präpubertär

len). Diese kann bei fehlender Allgemeinuntersuchung unbeachtet bleiben.

Gewisse Infektionen sind wegen ihrer analen Lokalisation, gekennzeichnet durch perianale Rötung und/oder Kratzspuren, bekannt. Vulvovaginale Kontamination ist häufig, sie können der Aufmerksamkeit des Pädiaters deshalb entgehen, wenn die vulvovaginalen Symptome im Vordergrund stehen (Oxyuren, Shigellen, Yersinia). Ausgesprochene Rötung, eventuell mit einer Erosion erweckt den Verdacht auf eine Anitis durch hämolysierende Streptokokken der Gruppe A. Die Vulva kann ein gleichartiges Erythem aufweisen.

Eine infektiöse Vulvitis kann als Sekundärinfektion einer entzündlichen Krankheit vorkommen (Lichen sclerosus et atrophicus, Mo. Behçet, Psoriasis); diese Erscheinungsform ist jedoch selten, wenn die Grundkrankheit behandelt wird.

Unspezifische Entzündungen

Im Kindesalter handelt es sich meist um lokale Reizungen (Tab. 3). Entscheidend ist die Suche nach externen mechanischen oder chemischen Reizfaktoren. Therapeutisch ist ein koordiniertes Vorgehen wichtig, mit Ausschluss des schädlichen Agens und nötigenfalls Änderung der Gewohnheiten und lokalen Hygiene, wie weiter unten beschrieben, um die lokalen physiologischen Verhältnisse wiederherzustellen.

Obwohl entzündliche Vulvitiden vom rein körperlichen Gesichtspunkt aus wenig beunruhigend sind und auf einfache pflegerische Massnahmen ansprechen, können sie in der Sprechstunde viel Zeit beanspruchen, und im Geiste der Eltern und schliesslich auch des Mädchens viel Raum einnehmen. Eine ausführliche anamnestiche Erhebung der Gewohnheiten und Erwartungen gegenüber der Körperhygiene, sowie Vorstellungen und Kenntnisse der äusseren, aber auch inneren weiblichen Geschlechtsorgane, ermöglicht selbst bei Rezidiven eine bessere Betreuung und verhindert wiederholte und oft unnötige Konsultationen. Es kann notwendig sein, Erfahrungen der Eltern bezüglich Fertilität, gynäkologischen Problemen, körperlicher Integrität sowie eventuellen sexuellen Übergriffen zu erfragen, um die Ängste zu verstehen, die einer übermässigen elterlichen Fürsorge zugrunde liegen. Es liegt in der Verantwortung des Pädiaters, das Kind vor übertriebener und zudringlicher oder gar missbräuchlicher Körper-

pflege im Genitalbereich zu schützen. Die Sprechstunde kann z. B. einem jungen, sich in der Pubertät befindenden Mädchen, dessen Mutter sie noch täglich zwischen den Beinen wäscht und inspiziert, die Möglichkeit bieten, seinen Wunsch nach Autonomie und Respekt der Privatsphäre auszudrücken.

Spezifische entzündliche Krankheiten

Während nichtinfektiöse Entzündungen zum grössten Teil unspezifische Ausschlussdiagnosen sind, wird der Lichen sclerosus et atrophicus, seitdem die Ärzte mit dieser Diagnose vertrauter sind, bei jungen Mädchen immer häufiger diagnostiziert. Die subjektiven Symptome sind variabel und bestehen aus Juckreiz, Brennen und manchmal Bluten aus Blutblasen. Klinisch stellt man eine entfärbte, perlmuttartig und atrophisch wirkende Haut fest. In den meisten Fällen kommt es mit Eintreten der Pubertät zur Spontanremission. Die Prävalenz dieser Krankheit ist schlecht bekannt, es wird ein Erbfaktor vermutet. Es werden verschiedene ätiologische Hypothesen aufgestellt (z. B. autoimmunes Geschehen). Die Behandlung besteht, ausser der Bekämpfung bakterieller Sekundärinfektionen, in topischem Kortison während akuten Phasen. Als Erhaltungstherapie kommen fette Salben in Frage.

Die Ulzera bei Morbus Behçet, obwohl vor dem Alter von 20 Jahren selten, und eine Sekundärinfektion durch Kratzen bei Psoriasis der Vulva (und des Gesässes im Kindesalter) können auf den ersten Blick wie Begleitscheinungen einer Vulvovaginitis aussehen. Erst das Andauern der Beschwerden trotz Behandlung der Sekundärinfektion weist auf die genannten Diagnosen hin, womit die Patientin fachärztlicher Behandlung zugeführt werden kann.

Bei Verdacht auf Vulvovaginitis häufige nichtentzündliche Erkrankungen

Synechien oder Fusion der inneren Schamlippen sind nur selten mit einer Vulvovaginitis assoziiert, obwohl die Befürchtung von Komplikationen durch eine Vaginitis häufig als Grund zur Lösung von insbesondere ausgehenden Synechien angeführt wird. Der Östrogenmangel während der hormonellen Ruhephase scheint zum spontanen Verkleben der inneren Schamlippen ohne entzündliche Reaktion beizutragen.

Kontaminierter, bei der Miktion retrograd in die Vagina geflossener Urin kann zu übelriechenden Ausdünstungen führen. Der kurz auf die Miktion folgende Ausfluss kann den symptomatischen Weissfluss einer Vaginitis nachahmen. Dies stört namentlich Mädchen nach dem Sauberwerden. Die Behandlung einer Synechie ist nur bei erwiesenen Symptomen indiziert⁵⁾.

Eltern, Umfeld und selbst Lehrkräfte, die sich zwanghafter masturbatorischer Aktivität gegenüber sehen, wünschen oft Abklärungen in Hinsicht auf eine mögliche Infektion, da sie daran zweifeln, insbesondere häufige Masturbation könne in diesem Alter auf spontanem Entdecken beruhen. Ein Auslöser kann eine wenig bekannte Form der Synechie sein, jene der Klitorisvorhaut, die bei jüngeren Mädchen Reizung oder Unbehagen hervorruft, welche diese in der Klitoris lokalisieren. Mit dem Kolposkop kann eine Straffung der Vorhaut über die Klitoris hinweg festgestellt werden, diese beinahe oder ganz zudeckend. Oft kann am Ort einer kleinen residuellen Öffnung oder unvollständigen Verklebung unter der Klitorisvorhaut eine Smegmaretention beobachtet werden. Nachdem die Klitoris durch lokale Behandlung mit Östrogenen (möglichst unter

Pubertät
Infektionsbedingte Krankheiten • Candidamykose (ab Tannerstadium ≥ 2) • Bakterielle Vaginose • Sexuell übertragbare Infektionen (oft asymptomatisch/cave: Sexuelle Übergriffe) • Viral: Herpes Typ I (-II)
Entzündliche Krankheiten • Chemische Reizung > Intimhygiene (Seife, Parfum, Spray, Slipenlagen, Epilation etc.)
Hautkrankheiten • Psoriasis

Tabelle 4: Hauptsächliche, altersabhängige Differentialdiagnosen der Vulvovaginitis – Pubertät

Vermeidung systemischer Wirkung) wieder frei wird, scheint die Zugwirkung der Vorhaut auf die Klitoris nachzulassen, und damit die subjektiven Symptome sowie das zwanghafte Masturbieren.

Ein Urethralprolaps oder -polyp kann zur Fehldiagnose Vulvovaginitis führen. Erst die kolposkopische Untersuchung erlaubt es, die ausgestülpte Urethraschleimhaut oder den Polypen zu identifizieren und vom Introitus abzugrenzen, aus welchem sie hervorzuragen scheinen. Damit ist die Quelle der Blutspuren in der Unterwäsche, anfänglich als hämorrhagische Vaginitis betrachtet, geklärt.

Das Rhabdomyosarkom manifestiert sich klassischerweise durch eine ungeklärte vaginale Blutung; reichlicher, isolierter und unblutiger Ausfluss kann jedoch ebenfalls ein Anzeichen sein. Fehlt eine andere plausible Erklärung, muss ein atypischer vaginaler Ausfluss aktiv abgeklärt werden (Vaginoskopie⁶).

Intimpflege und Hygienemassnahmen

Folgende Faktoren begünstigen im Kleinkindesalter eine bakterielle Kontamination:

- Verschmutzung durch Stuhl beim Reinigen oder bei Durchfall
- Unpassende Stellung beim Harnlösen, Adipositas oder anatomische Besonderheit der Vulva, Rückfluss von Urin in die Scheide begünstigend
- Schwierige Hygiene und Bildung einer feuchten Kammer beim adipösen Mädchen
- Kontakt der Genitalorgane mit dem Boden oder verschmutzten Finger des Mädchens

Hygieneberatung wie korrektes Reinigen nach dem Stuhlgang, Kindersitz auf den Toiletten, Tragen angepasster Unterwäsche genügen oft, um eine unspezifische Vulvovaginitis zu meistern. Was oft als ungenügende Hygiene betrachtet wird, erweist sich in den meisten Fällen als unangepasste Hygiene. So kann übertriebener Gebrauch von Seife und Desinfektionsmitteln abträglich sein. Bei starker Smegmaproduktion ersetzt die regelmässige Reinigung mit einer Fettcrème zwischen den inneren Labien und um die Klitorisvorhaut vorteilhaft das unwirksame Reiben mit Seife. Fett erleichtert die Beseitigung der weisslichen Beläge, die zu Rötung und Juckreiz oder Brennen führen. Eine antiseptische Emulsion, leicht bakteriostatisch aber nicht reizend, z. B. MEA-Sulfosuccinat 30 mg/g (Lubex®),

kann den Hygienebedürfnissen genügen, wenn die Reinigung der Vulva schwierig ist. Milchsäure enthaltende Produkte begünstigen das Säure-Basen-Gleichgewicht, was sich bei Reizungen ebenfalls günstig auswirkt. Die Milde eines Schaumes mit einem bioaktiven, natürlichen Inhaltsstoff 2QR (Multi-Gyn Femi-Wash®), welcher üblen Geruch neutralisiert, trägt dazu bei, Mädchen die häufig unter Reizungen leiden, mit der Intimpflege zu versöhnen.

Das Korrigieren von Fehlern führt im Allgemeinen rasch zu einer Verbesserung. An Haut und Schleimhäute angepasste Antiseptika, z. B. Povidon Iod 10 mg/ml (Betadine®), 1:25 verdünnt für Sitzbäder oder Chlorhexidylglukonat 0.5 mg/ml (Hibidil®) können während einigen Tagen angewendet werden. Kamilloliquidum wird bei Kindern entsprechend dem Werbeslogan «eignet sich immer» häufig für Sitzbäder verwendet, längerdauernde Anwendung kann jedoch reizend sein. Das Auftreten oder Andauern einer Reizung der Vulva kann Ausdruck einer Kontaktallergie sein. Obwohl ätherische Öle und Flavone eine entzündungshemmende und leicht desinfizierende und deodorisierende Wirkung haben, sind andere Lösungen vorzuziehen.

Antibiotische Behandlung

Antibiotische Behandlung ist selten notwendig (Tab. 1). Dabei wird die Wahl von Kultur und Antibiotogramm abhängen. Am geeignetsten ist die orale Einnahme. Metronidazol (Flagyl®, Elyzol®) (10-20 mg/kg/d während 7 Tagen) wird bei anaeroben Keimen, Trichomonas und Gardnerella verschrieben.

Vulvovaginale Mykosen des Säuglings werden mit Nystatin 25000 E/g (Mycostatin®) oder Clotrimoxazol 10 mg/g (Canesten®) als Creme während 6-10 Tagen behandelt. Vaginale Ovula, wovon es verschiedene Präparate gibt, sind bei Jugendlichen, sofern individuell akzeptiert, möglich und wünschenswert. Fluconazol (Diflucan®) p. o. oder Ketoconazol (Nizoral®) sind eine Alternative bei Rezidiven oder falls das Einführen der Ovula zu Schwierigkeiten führt. Bei topischer, externer Behandlung werden nicht alle befallenen Körperteile erreicht (Vagina, Rektum). Intravaginale Anwendung von lyophilisierte Doederleinbakterien vom Typ Lactobacillus acidophilus enthaltenden Vaginaltabletten, assoziiert mit 0.03 mg Estradiol (Gynoflor®) und/oder Spülungen mit Milchsäure (Vagoclyss®) für Jugendliche, die aus kulturellen Gründen Scheidenduschen bevorzugen, fördern nach einer

Adoleszenz

Infektionsbedingte Krankheiten

- Candidamykose
- Bakterielle Vaginose
- Sexuell übertragbare Infektionen (sexuell aktiv und/oder sexuelle Übergriffe)
- Viral: Human papilloma virus HPV, Herpes Typ I und II

Unspezifische Entzündungen

- Chemische Reizung
 - > Intimhygiene (Seife, Parfum, Spray, Monatsbinden, Slipeinlagen, Vaginalduschen etc.)
 - > Epilation
 - > Latexallergie
- Mechanische Reizung

Hautkrankheiten

- Psoriasis

Tabelle 5: Hauptsächlichste, altersabhängige Differentialdiagnosen der Vulvovaginitis - Adoleszenz

Oxyuren	Mebendazol, Pyrantel
Mykose	Säugling: Clotrimazol topisch Adoleszenz: Vaginalovula (Clotrimazol) oder Behandlung p. o. bei Rezidiv oder wenn Einführen der Ovula unmöglich (Fluconazol)
Streptokokken Gruppe A	Penicillin/Amoxicillin
Trichomonas, Gardnerella, Anaerobier	Metronidazol
Lichen sclerosus et atrophicus	Topische Kortikoide (z. B. Betamethason Fettsalbe)

Tabelle 6: Hauptsächlichste therapeutische Ansätze bei spezifischen Krankheiten

Infektion die Normalisierung der Vaginalflora und helfen, Reziden vorzubeugen.

Prä- und Probiotika

Es konnte gezeigt werden, dass Prä- und Probiotika bei der Wiederherstellung des Gleichgewichtes der intestinalen Mikroflora ihren Platz haben. Nicht indiziert sind sie hingegen beim Säugling und Immunsupprimierten. Es gibt derzeit für Jugendliche zahlreiche Vaginalflora-Angebote, um nicht von Modeerscheinungen zu sprechen, deren Nutzen in der präpubertären Phase jedoch noch bewiesen werden muss.

Praktische Schlussfolgerungen

Symptome im Bereiche von Vulva und Vagina wie Rötung, Juckreiz oder Ausfluss sind und werden im Verlaufe des Lebens einer Frau häufig sein. Sie beginnen schon im Kindesalter, obwohl das Thema oft Tabu und die Problematik unter Fachleuten des Kleinkindesalters oft schlecht bekannt ist. Die Intimsphäre betreffend, erregen sie viel mehr Besorgnis als eine allergische Rhinitis, eine seröse Mittelohrentzündung oder virale Konjunktivitis, obwohl meist ebenso benigne und flüchtig. Oft genügen Hygieneratschläge und adäquate lokale Pflege. Bei verdächtigen Hinweisen und üblicherweise mit sexueller Aktivität verbundenen Infekten muss an die Möglichkeit sexueller Übergriffe gedacht werden.

Referenzen

- 1) Gehri M, Laubscher B, Di Paolo E, Roth-Kleinert M. Collectif Vade-Mecum de Pédiatrie. Edition Baby-Guide. 2014.
- 2) Duflos-Cohade C. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale, Trente et unièmes journée nationales, volume 2007, CNGOF, 12.12.2007.
- 3) Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvo-vaginitis in prepubertal girls? BMJ 2005; 330: 186.
- 4) Randelovic G, Mladenovic V, Ristic L et al. Microbiological aspects of vulvo-vaginitis in prepubertal girls. Eur J Pediatr 2012; 171: 1203.
- 5) Clinical recommendation: Labial Adhesions. J Pediatr Adolesc Gynecol 2015; 28: 405.
- 6) Emans SJ, Laufer MR. Emans, Laufer, Goldsteins's Pediatric and Adolescent Gynecology, 6th, Wolters Kluwer. Lippincott, Williams and Wilkins. 2015.
- 7) Trichomoniasis. 2015 STD Treatment Guidelines. Center of Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/trichomoniasis.htm> (eingesehen am 28.6.2017).

Korrespondenzadresse

Dr Saira-Christine Renteria, MER
FMH gynécologie-obstétrique
Médecin adjoint
Département femme-mère-enfant Services
de Gynécologie-Obstétrique CHUV
Av. Pierre Decker 2
1011 Lausanne
Saira-Christine.Renteria@chuv.ch

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.