

BÖLÜM 27

VAJİNİTLER VE EŞ TEDAVİSİ

Aysima BULCA ACAR¹

GİRİŞ

Vajina, yaklaşık 7-10 cm uzunluğunda, elastik yapıda ve kadınlarda dış ve iç üreme organları arasında bağlayıcı konumdadır (1).

Vajina duvarı en içte aglandüler mukoz membran epiteli, ortada vasküler yapıdan zengin düz kas ve oldukça yaygın damar ağı içeren müsküler tabaka ve en dışta vajinaya yapısal destek sağlayan fibröz tabakadan oluşur (2).

Kadınlarda sık karşılaşılan sorunlardan olan vajinitler genellikle normal vajen florasının bozulmasına sekonder ortaya çıkar (3).

Normal vajen florasında yer alan dominant mikroorganizmalar laktobasil-lerdir. Laktobasiller fakültatif anaerob bakterilerdir ve glikozu fermente ederek laktik asit üretirler. Bu durum vajen pH'sının asidik ortamının oluşmasına ve sürdürülmesine katkı sağlayarak patojenlerin çoğalmasını önler (4,5). Üreme çağındaki sağlıklı bir kadının vajen pH değeri 3,8-4,2 aralığındadır (6). Ayrıca vajina, endoserviksten üretilen açık renkli, kokusuz fizyolojik akıntı ile kendini temizleme mekanizmasına sahiptir ve fizyolojik akıntı miktarı günde ortalama 1-4 mL aralığındadır (7).

Hormonal ve psikojenik faktörler, antibiyotik kullanımı, cinsel aktivite, menopoz, sigara kullanımı, gebelik durumu, yaş gibi durumlara bağlı olarak vajinal flora içeriğinin değişmesi vajinadaki laktobasil oranının düşmesine ve buna bağlı vajinal enfeksiyonların oluşmasına neden olur (8). Enfeksiyon durumu ise genel olarak fizyolojik olmayan kokulu olabilen akıntı, kaşıntı, yanma, kızarıklık, ağrılı cinsel ilişki gibi bulgulara neden olabilir.

Bakteriyel vajinozis enfeksiyöz vajinitler içindeki en sık nedendir ve tüm vajinit nedenlerinin yaklaşık yarısını (%40-45) oluşturur. Bunu %20-25 oranı

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
aysimabulca@gmail.com

ile kandida vajiniti, %15-20 oranı ile Trikomonas vajiniti takip eder. Nonenfeksiyöz vajinitler ise atrofik, iritan ve alerjik vajinitler olarak değerlendirilir ve vajinit nedenlerinin %5-10'unu oluşturur (9).

Vajinitler klinikte sık olarak vajinal akıntı şikayeti ile karşımıza çıkar ve doğru tanı ile tedavi uygulayabilmek için;

- Hastanın şikayetlerine ve cinsel birliktelik, kontraseptif kullanımı, menopo-
poz durumu gibi özelliklerine yönelik ayrıntılı öykü alınması
- Fizik muayene ile vajenin değerlendirilmesi
- Vajenden örnek alınması
- Mikroskopik ve laboratuvar tetkikleri ile tanının desteklenmesi gerekmektedir.

Bu bölümde enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan vajinit nedenlerinden bahsedilecektir.

VAJİNİTLER

ENFEKSİYÖZ (%90-95)

1. Bakteriyel Vajinozis (%40-45)
2. Kandida vajiniti (%20-25)
3. Trikomonas vajiniti (%15-20)

ENFEKSİYÖZ OLMAYAN (%5-10)

1. Atrofik Vajinit
2. İritan Vajinit
3. Alerjik Vajinit

Vajinitte Enfeksiyöz Nedenler

Bakteriyel Vajinozis

Anormal vajinal akıntının en sık nedenlerinden olan ve cinsel aktif kadınlarda yaygın olarak görülen bakteriyel vajinozis, vajinanın normal florasında bulunan Lactobacillus bakterilerinde azalma ve her ortamda yaşayabilen fakültatif bakterilerde artma ile ortaya çıkan bir durumdur (10,11). Bakteriyel vajinoziste normal vajen florasının dominant mikroorganizması olan laktobasiller yerini Gardnerella vaginalis, Mycoplasma spp., Mobilincus spp. ve Prevotella spp. gibi anaerob bakterilere bırakmıştır (12). Çoğu olguda etken Gardnerella vaginalis olduğu için Gardnerella vajiniti olarak da bilinmektedir (13).

Çok sayıda cinsel partner, vajinal duş ve kondom kullanılmaması bakteriyel vajinozis için risk faktörlerindedir (14).

Daha önce belirtildiği gibi vajina endoserviksten üretilen açık renkli, kokusuz fizyolojik akıntı ile kendini temizleme mekanizmasına sahiptir ve fiz-

yolojik akıntı miktarı günde ortalama 1-4 mL aralığındadır (7). Bakteriyel vajinoziste ise balık kokusuna benzer akıntı karakteristiktir. Muayenede gri renkli, homojen bir akıntı görülür ve sekresyonun pH'sı 5-5,5 aralığında olup asiditeden uzaklaşmıştır (3).

Asemptomatik seyredilse de vajinal akıntı ve kötü koku en sık görülen semptomlardandır (15).

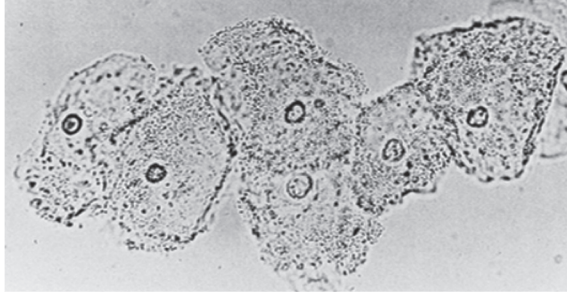
Tanıda Amsel kriterlerinden yararlanır.

Buna göre:

1. Homojen, ince, süt gibi akıntı varlığı
2. Vajinal pH > 4,5 olması
3. Pozitif amin koku testi (Whiff testi): Vajinal akıntıya %10' luk potasyum hidroksit damlatıldığında balık kokusuna benzer koku alınması
4. Gram boyalı preparatın mikroskopik incelemesinde epitel hücrelerine bakterilerin yapışması sonucu oluşan kanıt hücrelerinin (Clue cell) varlığı
5. Laktobasillerin azalması ya da yokluğu ile Gram değişken basillerin baskın hale gelmesi.

Tanıda bu beş kriterden en az üçünün varlığı gerekmektedir (10).

Gardnerella vaginalis sağlıklı bir vajen florasında da bulunabileceğinden tanı için tek başına kültür pozitifliği yeterli değildir (16).



Resim 1. Clue cell hücreleri (17).

Bakteriyel Vajinozis Tedavisi:

- Oral metronidazol 500 mg 2x1 7 gün veya intravajinal olarak aplikatör yardımı ile metronidazol jel %0,75 5 g 1x1 5 gün veya klindamisin krem %2 5 g 1x1 7 gündür.

- Alternatif tedavi rejimleri ise oral yoldan tinidazol 1x2 g 2 gün veya tinidazol 1x1 g 5 gün veya klindamisin 2x300 mg 7 gün veya klindamisin vajinal ovül 1x100 mg 3 gün şeklindedir (18).

KANDİDA VAJİNİTİ

Kandida türleri sağlıklı bir vajinal florada bulunsa da buradaki kandidaların aşırı çoğalması ile vajinit durumu gelişebilir ve bu nedenlerle kandida türleri, fırsatçı mikroorganizmalar arasında yer alır (19).

Türkiye'deki prevalansı %11-28,9 aralığında olan kandida vajinitinin tamamına yakınından kandida albicans sorumlu olup tanıda altın standart kültürdür (20). Doğru tanı ve tedavi için vajinal yakınmaları olan her hastanın mikroskop ve kültür desteği ile değerlendirilmesi gerektiği belirtilse de kültür sonuçlarının alınması 48 saate kadar uzayabildiği için klinik pratikte tanısı genellikle muayene bulguları ile konur, ayrıca muayene ile aynı gün tedavinin düzenlenmesi hasta uyumu üzerine olumlu bir etki sağlar (21,22). Ek olarak rutinde yaygın uygulanmasa da %10'luk KOH içeren ıslak preparat veya vajinal akıntı örneğinin Gram boyamasında maya, hif ve psödohiflerin gösterilmesi tanıda önemlidir (18).

Kandida vajinitinin gelişmesine neden olan risk faktörleri (19,23-26).

- İleri yaş,
- Diyabet,
- Hormonal tedavi ve progesteron seviyesini arttıran gebelik gibi durumlar
- Rahim içi araç kullanımı
- Yetersiz vajinal hijyen ve dar ve sentetik kıyafetlerin tercihi
- Antibiyotik kullanımı
- Vajinal duş alışkanlığı
- Kürtaj öyküsü

Kandida enfeksiyonunda en yaygın klinik bulgu beyaz renkli, kokusuz vajinal akıntı ve kaşıntıdır. Bu şikayetlere disparoni, disüri, ağrı, kızarıklık gibi yakınmalar eşlik edebilir (27).

Vajinal kandida tedavisi:

Tedavide öncelikle hasta diyabet, HIV pozitifliği gibi immun sistemi basılayarak kişiyi fırsatçı enfeksiyonlara açık hale getirebilecek durumlar ve ilaç kullanımı gibi risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir.

Vajinal kandida tedavisinde intravajinal veya oral tedavi seçenekleri tercih edilebilir. İntravajinal uygulamalarda preparatın yoğunluğuna göre tedavi süresi değişkenlik gösterir.

Buna göre intravajinal tedavide:

- Klotrimazol %1 krem 5 g, 7-14 gün veya klotrimazol %2 krem 5 g, 3 gün
- Mikonazol %2 krem 5 g, 7 gün veya mikonazol %4 krem 5 g, 3 gün veya mikonazol supozituar 100 mg, 7 gün veya mikonazol supozituar 200 mg, 3 gün veya mikonazol supozituar 1200 mg, 1 gün tercih edilebilir.
- Tiokonazol %6,5 krem 5 g, 1 gün tercih edilebilir.

Oral tedavide ise flukonazol 150 mg tablet tek doz olarak tercih edilebilir (18).

TRİKOMONAS VAJİNİTİ

Etken *Trichomonas vaginalis*, anaerobik bir protozoon olup sahip olduğu kamçı ve dalgalanan zar ile kendi etrafında dönerek hareket eder. Vajen mukozaya epiteline tutunmasında “adezinler” olarak adlandırılan yüzey proteinlerinin etkili olduğu bildirilmektedir (28).

Hastaların %10-50'sinde asemptomatik *Trichomonas* taşıyıcılığı görülebilir ve kişiler arasında cinsel yolla bulaş olabilir. Semptomatik olgularda ise vulvo-vajinal ağrı, yanma, dizüri ve beyazdan hafif sarımsı-yeşil renge kadar değişebilen kötü kokulu ve köpüklü vajinal akıntıya neden olabilir (28,29).

Kadınlarda HIV gibi immun supresyona neden olan durumların varlığı, çok eşlilik, serviks kanseri, kontraseptif kullanımı hastalık için risk faktörlerindedir (29).

Enfeksiyon üreme fonksiyon bozuklukları, infertilite, pelvik inflamatuvar hastalık, servikal kanser risk artışı, erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlığı ve neonatal enfeksiyonlara neden olabilir (30).

Parazitin etiyolojik tanısında vajinal akıntı ya da arka fornixten steril eküvyonla veya pipetle örnek alınarak direkt inceleme, boyama yöntemleri ve besiyerleri ile değerlendirme yapılır (31).

Trikomonas vajiniti tedavisi:

- Oral metronidazol 2 g tek doz veya tinidazol 2 g tek doz veya oral metronidazol 500 mg 2x1 7 gün süreyle önerilmektedir (18).

Buraya kadar anlatmış olduğumuz üç önemli vajinit etkenini ayırıcı tanı açısından özetleyecek olursak;

Tablo 1. Enfeksiyöz üç ana vajinit etkeni ve ayırıcı tanısı			
Etken	Semptom	Bulgu	Vajinal smear örneği
Gardnerella vaginalis	Vajinal koku	Gri-beyaz kötü kokulu akıntı	Clue hücreleri
Kandida albicans	Kaşıntı	Peynirimsi beyaz akıntı	KOH ile maya, hif ve psödohif
Trichomonas vaginalis	Akıntı	Köpüklü sarı-yeşil akıntı	Hareketli Trichomonas

ENFEKSİYÖZ OLMAYAN NEDENLER

Atrofik Vajinit

Menapoz, perimenapoz, laktasyon, antiöstrojen ilaç kullanımı gibi östrojen eksikliğine neden olan durumlara bağlı görülen incelmış vajen mukozası zemininde oluşur. Vajinal kuruluk ve vulvo-vajendeki atrofik değişiklikler dispareniye sebep olabilir (32).

Topikal vajinal östrojenlerle tedavi edilir, vajinal östrojen uygulamaları ilk iki hafta günlük, ardından haftada 2 kez idame tedavisi şeklinde planlanabilir (33).

İrritan Vajinit

Spemisit kullanımı, parfüm ve sabunların kullanımı gibi irritan ajanlarla teması bağlı olarak ya da aşırı cinsel aktivite ile gelişebilir. Vajende yanma ve vajinal akıntı görülebilir. Tedavide irritan ajan ile temas kesilmelidir (3).

Alerjik Vajinit

Lateks alerjisi gibi altta yatan bir nedene bağlı olarak prezervatif ile temas sonrasında, krem, parfüm, sabun gibi alerjenlerle temas sonrasında görülebilir. Esas tedavisi alerjen maruziyetinden korunmaktır. Tedavide antihistaminiklerden yararlanılabilir.

EŞ TEDAVİSİ

Eş tedavisi yönetiminde cinsel partnerde şikayet varlığı ve vajinit etkeni kritik öneme sahiptir. Enfeksiyöz ajan zemininde gelişen bazı vajinitlerde eş tedavisi gereklidir.

Bakteriyel vajinoziste sıklıkla karşılaşılan etken olan Gardnerella vaginalis'in sağlıklı kadınların vajinal florasında da görülebildiği ilk bölümde bahsedilmiştir. Gardnerella vaginalis etkenli bakteriyel vajinitlerde eş tedavisinin relaps ile tedavi yanıtını etkilemediği düşünülmektedir. Bu nedenle partner tedavisi önerilmez (18,34).

Kandida vajinitinde asemptomatik erkek partnerlerin tedavisini destekleyen veri mevcut olmamakla birlikte senede dört ve daha fazla sayıda tekrar eden kronik olgularda eş tedavisi de önerilmelidir (35).

Trikomonas vajiniti ile seyreden olgularda erkek partner genellikle asemptomatik olabilese de eş tedavisi de eş zamanlı önerilmeli ve tedavi bitene kadar ilişki yasaklanmalı ya da kondom kullanımı önerilmelidir. Tedavide tek doz oral 2g metronidazol ya da 500 mg oral metronidazol günde 2 kez 7 gün süreyle önerilir (3).

SONUÇ OLARAK

Vajinitler kadınlarda sık görülen enfeksiyonlardır. Günlük pratikte en sık bakteriyel ve kandidal vajinitlerle karşılaşılsa da postmenopozal hasta grubunda bu enfeksiyöz etkenlere ek olarak atrofik vajinit de akılda tutulmalıdır. Trichomonas vajiniti ile karşılaşılması durumunda ise eş tedavisi gerekliliği ihmal edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Kumar N, Behera B, Sagiri SS, et al. Bacterial vaginosis: Etiology and modalities of treatment-A brief note. *J Pharm Bioallied Sci.* 2011;3(4):496-503.
2. Güvel S. Kadın ve erkek genital anatomisindeki benzerlikler. *Androloji Bülteni.* 2013; 15(52): 57-61
3. Balcı O, Çapar M. Vajinal Enfeksiyonlar. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005;2(5), 14-20.
4. Uslu Yuvacı H, Cevrioğlu S. Kadın Üreme Sistemi Mikrobiyotası. *J Biotechnol and Strategic Health Res.* 2017;1 (Special issue):95-103.
5. Koçak Y, Fındık A, Çiftçi A. Probiyotikler: Genel Özellikleri ve Güvenilirlikleri. *Etlik Vet Mikrobiyol Derg.*, 2016; 27 (2): 118-122.
6. Yazıcı S, Çuvadar A. Genital Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Ebelik Yaklaşımları. *J Health Pro Res.* 2019;1(1): 33-37.
7. Özcan H, Arık S, Esen ÜG, et al. Genç Kadınların Vajinal Akıntıyı Algılamaları ve Vajinal Akıntıya Yönelik Geleneksel Uygulamaları. *GÜSBD.* 2020; 9(3): 272-279.
8. Kılıç E, Aslım B. Laktik Asit Bakterilerinin Vajen Florasındaki Önemi ve Probiyotik Olarak Kullanımı. *Orlab On-Line Mikrobiyoloji Dergisi.* 2003; 1(2): 70-82.
9. Altınbaş R. Vajinal Enfeksiyonlara Yaklaşım (Bakteriyel, Fungal, Paraziter), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.* Ankara: Akademisyen Kitap Evi. 2019: Bölüm 65: 641-648.

Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları IV

10. Karabay O, Topçuoğlu A, Atar Gürel S, et al. Vajinal Mikoplazma Kolonizasyonunun Bakteriye Vajinozis ile İlişkinin Araştırılması. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 2: 9-12.
11. Dündar T, Özsoy T. Bakteriye Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi. *HUHEMFAD-JO-HUFON*. 2018; 5(2),152-159.
12. Sobel JD. Vaginitis, vulvitis, cervicitis and cutaneous vulvar lesions. In: Cohen J, Powderly WG, Opal SW editors. *Infectious Diseases*. 3rd edition. Edinburgh: Elsevier Limited; 2010. pp. 542-50.
13. Çelikcan G, Uncu Y. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Hastalıklarında Tarama Yöntemleri ve Korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. 2017; 9(2):28-31.
14. Fethers KA, Fairley CK, Morton A, et al. Early sexual experiences and risk factors for bacterial vaginosis. *J Infect Dis*. 2009;200(11):1662-70.
15. Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004: associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. *Sex Transm Dis*. 2007;34(11):864-9.
16. Günay T, Aksakoğlu G. Bakteriye Vajinozis. *STED*. 2002;11(9): 369-70.
17. Sweet RL, Gibbs RS. Atlas of Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/image/print?imageKey=OBGY-N%2F52425~PC%2F73248> Erişim tarihi: 05.05.2022
18. Ayvaz G, Kaygusuz S. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Kırkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;23(1): 143-156.
19. Gonçalves B, Ferraira C, Alevi TC, et al. Vulvovajinal Candidiasis: Epidemiology, Microbiology and Risk Factors. *Critical Reviews in Microbiology*. 2016;42(6): 905-927.
20. Mert Bengi A, Mevsim V, Yıldırım E. Vulvovajinal kandidiyazis tanısına sendromik yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg*. 2014;18 (4): 175-188.
21. Karakoyun AS, İlkit M. Candida Vajinitis Tedavisinde Umud: İbreksafungerp. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyet Derg*. 2021;51(4): 326-33.
22. Öztürk CE, Somunkıran A, Kaya AD, et al. Vajinitis tanısında geleneksel yöntemlerle nükleik asit hibridizasyon yöntemlerinin karşılaştırılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;(1-2-3): 4-7.
23. Dou N, Li W, Zhao E, et al. Risk factors for candida infection of the genital tract in the tropics. *African Health Sciences*. 2014;14(4): 835-839.
24. Okumuş F. Vajinal Duş ve Profesyonel Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal Nurse Science*. 2015;7(2):112-20.
25. Alves CT, Silva S, Pereira L, et al. Effect of progesterone on Candida albicans vaginal pathogenicity. *Inter Journal Medicine Microbiolgy*. 2014;304(8): 1011-1017.
26. Donders GG, Bellen G, Ruban K, et al. Short- and long-term influence of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®) on vaginal microbiota and Candida. *Journal of Medical Microbiology*. 2018;67: 308-313.
27. Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*. 2011;83(7): 807-815.
28. Akyıldız F, Özcelik S, Özpınar N, et al. Vajinitis ön tanılı kadınlarda Trichomonas vaginalis sıklığının araştırılması ve tanısında üç farklı kültür yönteminin karşılaştırılması. *Türk Hijyen Biyoloji Derg*. 2018; 75(1): 43-52.
29. Ertabaklar H, Ertuğ S, Kafkas S, et al. Vajinal Akıntılı Olgularda Trichomonas vaginalis Araştırılması. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*. 2004;28(4): 181-184.

Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları IV

30. Yentür Doni N, Aksoy M, Şimşek Z, et al. Vajinit Yakınmaları Olan 15-49 Yaş Arasındaki Suriyeli Mülteci Kadınlarda *Trichomonas vaginalis* Sıklığının Araştırılması. *Mikrobiyol Bul.* 2016;50(4): 590-597.
31. Yücel A, Polat E, Çepni İ, et al. Vagina Akıntısında *Trichomonas vaginalis*'in Araştırılmasında Mikroskopik ve Kültürün Önemi. *T Parazitol Derg.* 1997;21: 369-71.
32. Çıtak G, Bekar M. Menopozal Dönemde Kadının Cinsel Yaşamını Etkileyen Faktörler: Güncel Durum. *Haliç Üniv Sađ Bil Der.* 2021; 55-60.
33. Solmaz Hasdemir P. Vulvanın Benign Hastalıklarının Tanı ve Tedavisi. *Dicle Med J.* 2019;46(4): 889-895.
34. Öztürk S, Erbaş G. Aydın İli Ketem'den Toplanan Vajinal Örneklerde *Gardnerella Vaginalis*'in İzolasyon, İdentifikasyon ve Antibiyotiklere Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2017;18: 61-66.
35. Şatıroğlu H, Aydınuraz B. Vajinal Kandidiyazis. *İç Hastalıkları Dergisi.* 2007;14(3): 168-170.