

PEDİATRİK ve ADOLESAN JİNEKOLOJİ

Ümit GÖRKEM¹

GİRİŞ

Günümüzde pediatrik ve adolesan jinekoloji birçok uzmanlık dallarını (genel pediatri, jinekoloji, pediatrik üroloji, pediatrik endokrinoloji vb) içeren özel bir alandır. Dolayısı ile takip ve tedavisi de bu alanların yakın işbirliğini gerektirmektedir. Bu yaş dönemindeki kız çocuklarında gelişen jinekolojik problemler yetişkin yaştakilere göre önemli düzeyde ayrışmaktadır. Jinekolojik muayene, her zaman kural olmasa da, çoğu zaman rutin fizik muayenenin bir parçasıdır. Ancak basit bir jinekolojik muayene bile bu yaş gruplarında çok önemli farklılıklar göstermektedir.

JİNEKOLOJİK MUAYENE

Pediatrik jinekolojik muayene daha yenidoğan döneminde konjenital veya kazanılmış anatomik bozuklukların tespiti için gerekmektedir. Bu anlamda yenidoğanın normal genitalyası şu özelliklere sahip olmalıdır (1):

- ◆ Vajinal açıklık tam olarak görülmelidir. 3-4 mm çizgi veya yıldız şeklinde mukoza ile kaplı bir orifis gözlenmelidir.
- ◆ Posterior labial füzyon olmamalıdır.
- ◆ Klitoris 2-6 mm genişlikte olmalıdır.

- ◆ Gonadlar labia majora ve inguinal bölgede palpe edilmemelidir.

Bu kriterler tam olarak gözlenmiyorsa, genital anatomik bozukluklar düşünölmelidir. Ancak unutmamak gerek ki, normal dış genital yapıların varlığı her zaman genital farklılaşma sorunlarının olmadığı anlamına gelmemektedir.

Pediatrik yaş grubunda başarılı bir jinekolojik muayene doğası gereği hasta, hastanın ailesi ve hekim açısından bazı zorluklar getirmektedir. Muayene öncesi çocuğa onunla iletişim kurulabilecek düzeyde detaylı ve dikkatli bir açıklama büyük bir önem taşımaktadır. Hastaya jinekolojik muayenenin rahatsız edici olabileceğini, ancak ağrılı ve zarar verici olmayacağı konusunda güven vermek gerekmektedir. Hem çocuğun hem de ailesinin soru sormalarına imkan verilmelidir. Çocuk dostu nesne veya resimler, dikkatini dağıtacak konuşmalar muayeneyi kolaylaştıracaktır. Muayene de acele etmeksizin sabırlı olmak gerekir. Ancak çocuk muayene için direnç gösterirse, acil bir durum olmadığı durumlarda, muayeneyi ertelemek uygun bir yol olacaktır. Acil durumların varlığında ise anestezi altında muayene düşünölmelidir.

Muayeneye her zaman daha az tehdit algısı oluşturacak ve daha fazla güven verecek şekilde

¹ Doç. Dr. Ümit GÖRKEM, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. drumitgorkem@hotmail.com



mcg etinil östradiol) içeren hapları en kısa sürede aşağıdaki rejim olarak başlamak gereklidir:

- ◆ Kanama durana kadar (genellikle 24 saat) her 4-6 saatte bir hap, ardından,
- ◆ 3 gün boyunca her 8 saatte bir hap, ardından,
- ◆ 2 hafta boyunca 12 saatte bir hap, sonrası günde 1 hap. Hasta günde 1 hap aldığı dönemde anemi düzeltildiğinde 3 gün haplara ara verilerek çekilme kanamasına izin verilir. Antiemetik tedavi günde birden fazla KOK hapı alma durumunda gerekebilir.

İntravenöz konjuge östrojen tedavileri ise yoğun AUK'sı olan, hemodinamik olarak stabil olmayan veya oral medikasyon alamayan hastalara ve kombine hormon tedavisinin 24. saatinden sonra kanamanın kontrol edilemediği durumlarda kullanılmalıdır. İntravenöz konjuge östrojen dozu kanama durana kadar her 4-6 saatte 25 mg'dır. Ancak 6 dozdan fazla uygulanmamalıdır. Özellikle tromboembolik olayların potansiyel komplikasyon olabileceği unutulmamalıdır (39). Antiemetik ilaçlar bulantı ve kusma gibi yan etkilerin rahatlatılması amacıyla kullanılabilir. 24- 48 saat iv östrojen uygulamasından sonra kanama devam ederse, endometriyumu stabilize etmek için oral progesteron eklenmelidir. Oral progesteron tedavisi KOK haplar başlanıncaya kadar devam edilmelidir.

Kanama kontrol altına alındığında monofazik KOK uygulamasına geçilir. KOK hapları en az 50 mcg etinil östradiol veya eşdeğeri olacak şekilde aşağıda tarif gibi kullanılmalıdır:

- ◆ Kanama durana kadar her 4-6 saatte bir hap, ardından,
- ◆ 3 gün boyunca her 8 saatte bir hap, ardından,
- ◆ 2 hafta boyunca her 12 saatte bir hap.

Hemostatik tedavi, AUK'nın hormonal tedavi ile 24 saatte kontrol alınamaması durumunda ve trombosit disfonksiyonu olan hastalarda hormonal tedaviye eklenmelidir (40). Bu tedavi rejimleri şu şekildedir:

Traneksamik asit (1300 mg günde 3 kez, en fazla 5 güne kadar)

Aminokaproik asit (ilk saatte 5 mg oral, ardından 1.0-1.25 mg/saat 8 saat boyunca veya kanama kontrol edilinceye kadar devam edilir)

VEYA ilk saatte 4-5 gr iv, ardından 1gr/saat iv infüzyon halinde 8 saat boyunca veya kanama kontrol edilinceye kadar devam edilir)

Desmopressin (von Willebrand hastalığında kullanılır, 0.3 mcg/kg 15-30 dakikadan uzun sürede iv, yanıt alınamazsa doz 48 saat içinde tekrarlanabilir)

Traneksamik asit tromboembolizm riski olan hastalarda tercih edilmemelidir (42). Aminokaproik asit ise böbrek yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalıdır (41).

Dirençli uterin kanama durumlarında ise genel anestezi altında muayene ve endometriyal örneklem gerekebilir. Tüm tedavilere rağmen yanıt alınamayan ve yaşamı tehdit eden durumlar oluştuğunda tedavi amaçlı dilatasyon ve küretaj son çare olarak düşünülmelidir. Bu durumda da terapötik küretaj, endometriyal hasar ve skarlaşma riski düşünülerek, özenle yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pekin T, Yörük P, Durmuşoğlu F: Yenidoğan perineal muayenesi ve genital değerlendirme. In: Acar B(ed). Pediatrik ve Adolesan Jinekoloji. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2010: 25-48.
2. Hoffman BL, Schorge JO, Brandshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JJ, Corton MM (eds). Pediatric gynecology. In: Williams Gynecology, Third ed., New York: McGraw-Hill Education ; 2016: 318-32.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. The initial reproductive health visit. ACOG Committee Opinion No. 335. Obstet Gynecol. 2006;107: 745-7.
4. Wilson MD. Vaginal discharge and bleeding. In: Carpenter SEK, Rock JA, (eds). Pediatric and Adolescent Gynecology. Second ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000:151.
5. Emans SJ. Vulvovaginal problems in the prepubertal child. In: Emans SJ, Laufer MK, Goldstein DP (eds). Pediatric and adolescent gynecology. Fourth ed., Baltimore: Lippincott-Raven; 1998: 75-107.
6. Mroueh J, Muram D. Common problems in pediatric gynecology: new developments. Curr Opin Obstet Gynecol 1999;11: 463-6.
7. Farrington PF. Pediatric vulvo-vaginitis. Clin Obstet Gynecol 1997;40: 135-40.



8. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003; 88: 324–6.
9. Jaquiere A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, etiology, and microbiology of the genital tract. *Arch Dis Child* 1999; 81: 64–7.
10. Steele AM, de San Lazaro C. Transhymental cultures for sexually transmissible organisms. *Arch Dis Child* 1994; 71: 423–7.
11. Benn Ami T, Boichis H, Hertz M. Fused labia. Clinical and radiological findings. *Pediatr Radiol* 1978; 7: 33.
12. Leung AK, Robson WL, Tay-Uyboco J. The incidence of labial fusion in children. *J Paediatr Child Health* 1993; 29: 235.
13. Berko 87 Berkowitz CD, Elvik SL, Logan MK: Labial fusion in prepubescent girls: a marker or sexual abuse? *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:16.
14. Capraro VJ, Greenburg H. Adhesions of the labia minora: a study of 50 patients. *Obstet Gynecol* 1972; 39: 65–9.
15. Powell J, Wojnaroska F, Winsey S, Marren P, Welsh K. Lichen sclerosus premenarche: autoimmunity and immunogenetics. *Br J Dermatol* 2000; 142: 481–4.
16. Powell J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosus: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 803–6.
17. Powel 02 Powell J, Wojnarowska F: Childhood vulvar lichen sclerosus. The course after puberty. *J Reprod Med* 2002; 47: 706.
18. Smith 09 Smith SD, Fischer G: Childhood onset vulvar lichen sclerosus does not resolve at puberty: a prospective case series. *Pediatr Dermatol* 2009; 26: 725.
19. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 174–8.
20. Farber EM. Juvenile psoriasis: early interventions can reduce risks for problems later. *Postgrad Med* 1998; 103: 89–100.
21. Salim A, Wojnarowska F. Skin diseases affecting the vulva. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 12: 81–9.
22. Eyk NV, Allen L, Giesbrecht E, et al. Pediatric vulvovaginal disorders: a diagnostic approach and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31: 850–62.
23. Moore EF, Jurjovich GJ, Knudson MM, et al. Organ injury scaling. *J Trauma* 1995; 39: 1069.
24. Imai A, Furui T, Tamaya T. Gynecologic tumors and symptoms in childhood and adolescence: 10-years' experience. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 45: 227–34.
25. Tsai JY, Saigo PE, Brown C, LaQuaglia MP. Diagnosis, pathology, staging, treatment and outcome of epithelial ovarian neoplasia in patient age <21 age. *Cancer* 2001; 11: 2065–70.
26. Hernandez A, Dietrich JE. Abnormal uterine bleeding in the adolescent. *Obstet Gynecol* 2020; 135: 615.
27. Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and Management of Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents. *JAMA Pediatr* 2019.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 891. Reaffirmed 2019.
29. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG committee opinion, Number 785. *Obstet Gynecol* 2019; 134: e71.
30. Sokkary NA, Venkateswaran L, Dietrich JE, Teruya J. Platelet function disorders and menorrhagia in adolescents: a review of laboratory diagnosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25: 233.
31. Committee on Adolescent Health Care, Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 580: von Willebrand disease in women. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 1368. Reaffirmed 2020.
32. APGO educational series on women's health issues. Clinical management of abnormal uterine bleeding. Association of Professors of Gynecology and Obstetrics, 2006.
33. Rimsza ME. Dysfunctional uterine bleeding. *Pediatr Rev* 2002; 23: 227.
34. Gray SH, Emans SJ: Abnormal vaginal bleeding in the adolescent. In: *Pediatric & Adolescent Gynecology*, Emans L, Goldst E (eds). Sixth ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012:159.
35. Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30: 335.
36. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG Committee opinion, Number 785. *Obstet Gynecol* 2019; 134: e71.
37. James AH. Bleeding disorders in adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36: 153.
38. Chi C, Pollard D, Tuddenham EG, Kadir RA. Menorrhagia in adolescents with inherited bleeding disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23: 215.
39. Zreik TG, Odunsi K, Cass I, et al. A case of fatal pulmonary thromboembolism associated with the use of intravenous estrogen therapy. *Fertil Steril* 1999; 71: 373.
40. Mannucci PM. Hemostatic drugs. *N Engl J Med* 1998; 339: 245.
41. Ray S, Ray A. Non-surgical interventions for treating heavy menstrual bleeding (menorrhagia) in women with bleeding disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD010338.