



Konu Yazarı

Prof.Dr. Aytekin ALTINTAŞ

Yazışma adresi

Çukurova Üniversitesi
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı
ADANA

Vulvar Pruritus Olgularına Yaklaşım

Vulva kaşıntısı kadınlarda sıklıkla görülen ve çok rahatsız edici bir yakındır. Vulva vücudun en kapalı tutulan bölgesidir. Genellikle sentetik çamaşırlarla örtülüdür. Bu nedenle devamlı nemli bir ortam olduğu için dermatolojik sorunlarla daha sık karşılaşılır. Vulva hastalıklarının pek çoğunda ortak bir semptom olarak kaşıntı ön plana çıkmaktadır. Vulvada kaşıntıya neden olan durumlar Tablo I' de özetlenmiştir. Vulvanın değişik sabunlarla yıkanması, tüylerin alınması, kullanılan petlere reaksiyon ve epilasyon gibi olaylar da kaşıntılara neden olabilir.

Tablo I: Vulva kaşıntısı nedenleri

Enfeksiyonlar <ul style="list-style-type: none">Fungal enfeksiyonlar, gardnerella vaginalis vajiniti, trichomonas, kıl kurdu, uyuz, bit gibi patojenlerle ortaya çıkan enfestasyonlar,
Dermatit ve dermatozlar <ul style="list-style-type: none">Atopik dermatit, seboreik dermatit, kontakt dermatit (Tampon, pet, sabun, prezervatif, tüy dökücüler, kayganlaştırıcı kremler, spermidler, piercing), sedef hastalığı, lichen planus, Lichen sclerosus, Lichen simplex chronicus.
Squamos hücre hiperplazisi (Hipertrofik distrofi)
İntraepitelyal lezyonlar, Vulvar intraepitelyal neoplazi, Paget hastalığı,
Vulva kanseri
Fox-Fordyce hastalığı, sryngoma gibi nadir görülen hastalıklar

Vulva üç embriyolojik tabakadan (endoderm, mezoderm ve ektoderm) köken alan dokuların birleşim yeridir. Bu üç germ tabakasından köken alan dokular yapı olarak olduğu gibi hormon duyarlılıkları, immün yanıt ve nöral dağılım açısından da farklıdır. Bu nedenle lezyonun yeri tanı açısından olduğu kadar tedavi açısından da önemlidir. Vulva ve vagina bir çok yabancı proteine ve allerjene karşı açık bir bölgedir. Bu nedenle immün yanıtları da değişik olabilir. Vulva kaşıntısı yakınımasıyla gelen bir hastada eğer bir lezyon varsa bu lezyonun yeri, tipi ve diğer sistemik bulgular ve laboratuvar bulgularıyla olan ilişkisi tanı ve tedavi açısından önem taşır. Vulva kaşıntısı olan olguların önemli bir kısmında vulvada görünür bir lezyon olmadığı unutulmamalıdır. Vulva kaşıntısı nedenleri Tablo I' de özetlenmiştir.

Tanı yöntemleri

Vulva hastalıklarında en önemli tanı yöntemi inspeksiyondur. Yardımcı tanı yöntemleri şunlardır.

1- Vajinal akıntının incelenmesi: Vajinal akıntının direk mikroskopik incelenmesi, KOH damlatılarak koku testinin yapılması ve sonrasında mikroskopik incelenmesi, trichomonas vajiniti, gardnerella vaginalis vajiniti ve kandidiazisin ayırıcı tanısında kullanılır. Ayrıca pH ölçümü tanıda yararlı olabilir.

2- Vajinal kültür: Vajinal florada çok sayıda bakteri bulunabildiği için vajinal akıntılarının tanısında rutin bakteri kültürlerinin yararı fazla değildir. Ancak özellikle tedaviye dirençli veya tekrarlayan fungal enfeksiyonlarda kültürler tanı ve dirençli bir fungal enfeksiyonu tanımlamada yardımcı olabilir.

3- Biopsi: Vulva biopsisi çok önemli bir tanı yöntemi olmasına rağmen çok az başvurulan bir yöntemdir. Bunda hastaların dirençleri kadar hekimlerin önemsememesi rol oynamaktadır. Vulva kanserinin ilk belirtilerinden birinin kaşıntı olduğu daima akılda tutulmalıdır. Nedeni kesin olarak saptanamayan tüm kaşıntılarda biopsi alınması gerekir. Vulvar distrofilerin ve vulvar intraepitelyal neoplazilerin kesin tanısı biopsiyle konur. Biopsi subkutan dokuyuda kapsamalıdır.

4- Vulvoskopi: Servikal lezyonların tanısında olduğu gibi vulva lezyonlarının tanısında da kolposkopi kullanılabilir. %3-5 lik asetik asetik sürdükten 5-6 dakika sonra yapılırsa hiperkeratoz veya hiperplazi alanları daha belirgin olarak saptanır. Kolposkopi temel olarak displazi alanlarını ve biopsi alınacak alanları belirlemede kullanılır.

5- Kan testleri: Açlık kan şekeri ve glukoz tolerans testi diabetik vulvo vajinit tanısında kullanılabilir. Gerektiğinde karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve tam kan sayımı yapılır.

6- Kıl kurdu testi: Seloteyp testi veya gaita analizleri bu amaçla kullanılabilir.

ENFEKSİYONLAR

Kadınlarda en sık görülen vulva kaşıntısı nedeni **kandidiazisdir**. Bu nedenle birçok kadın vulva kaşıntısı

olduğu zaman doktora danışmadan antifungal krem kullanmaktadır. Bu da tanıda gecikmelere ve eksik tedaviye neden olmaktadır. Tanı muayenede tipik diyebileceğimiz peynir kıvrımına benzer akıntının görülmesi ve vajinal akıntıya KOH damlatıldıktan 15-20 dakika sonra mikroskopik incelenme sırasında hif ve sporların görülmesiyle konur. Tekrarlayan veya şüpheli olan olgularda mantar kültürleri yapılmalıdır. Direk mikroskopi ile olguların %60-70 sinde hif veya sporlar görülebilmektedir^(1,2). Tanı konulduktan sonra oral veya lokal antifungal ajanlarla tedavi edilir. Lokal reaksiyonlarla birlikte olan enfeksiyonlarda kaşıntı çok fazla ise lokal antifungal kremlerle birlikte steroidli kremler kullanılabilir. Tekrarlayan enfeksiyonlarda hazırlayıcı faktörler ortadan kaldırılır. 6 ay süreyle ayda bir tablet 150 mg fluconazol yararlı olur.

Gardnerella vajinalis vajiniti tanısı pratikte bol, gri renkli kokusuz bir akıntı görülmesi ve KOH damlatıldıktan sonra ortaya çıkan bozuk balık kokusunun saptanmasıyla konur. Kaşıntı yanında yanma ve batma gibi semptomlar bulunabilir. Tedavide lokal veya oral metronidazol türevleri, lokal clindamisin preparatları kullanılır. Tedaviye 7 gün devam etmek gerekir.

Trichomonas vajinalis vajiniti tanısı vajinal akıntıya bir damla serum fizyolojik damlatıldıktan sonra yapılan mikroskopik incelemede hareketli trichomonasların görülmesiyle konur. Metronidazol türevleri lokal veya oral kullanılır.

Özellikle geceleri artan ve anal bölgeye doğru yoğunlaşan kaşıntılarda kıl kurdu düşünülmalıdır. Öyküde gaitada kıl kurdu görme öyküsü yoksa gaitada parazit yumurtalarının görülmesi veya sabaha karşı anal bölgeye yapıştırılıp çıkartıldıktan sonra bir lam üzerine yapıştırılan seloteypin üzerinde yumurtaların görülmesiyle tanı konur.

Uyuz hastalığında da geceleri artan kaşıntı öyküsü vardır. Çizgi şeklinde eritematöz lezyonlar ve kaşıntı izleri görülür. Permetrin krem veya solüsyon ile tedavi edilir.

Tüylerin alınması alışkanlığı nedeniyle ülkemizde inguinal **bit enfestasyonuna** sık raslanmaz. Daha çok sosyoekonomik düzeyi çok düşük olan bölgelerde görülür. Kıl diplerinde bit yumurtalarının görülmesiyle tanı konur. Tüylerin traş edilmesiyle bile tedavi edilebilir. Permetrin krem veya solüsyon ile tedavi edilir.

DERMATİT VE DERMATOZLAR

Dermatitler

Vucudun herhangi bir bölgesinde olabileceği gibi perineal bölgede de olabilir. Vulvada asimetrik ekzematöz lezyonlar şeklinde görülür. Eksojen veya endojen olabilir. Endojen olana atopik dermatit adı da verilir. Astım ve rinit gibi diğer allerjik olaylarla birlikte olması ayırıcı tanıda yararlı olur. Kontakt dermatit de eksojen bir ajana karşı reaksiyon vardır. Sıklıkla karşı-laşılan ajanlar kullanılan petler, deodorantlar, kayganlaştırıcı kremler, sentetik çamaşırlar ve deterjanlardır. Allerjik reaksiyonu başlatan endojen veya eksojen ajan saptanırsa ortamdan uzaklaştırmak tedavide yeterli olur. Ancak bu genellikle olanaksızdır. Bu nedenle koruyucu önlemler alındıktan sonra (sentetik çamaşır giyilmemesi, şüpheli petler, deodorantlar, temizleyicilerin kullanıl-maması, çamaşırların nötral sabunlarla yıkanması, boyalı baharatlı katkılı yiyecek ve içeceklerden kaçınma gibi) sonuç alınmazsa topikal steroid kullanılır.

Lichen Planus etyolojisi bilinmeyen kronik bir hastalıktır. Oral ülserler ve ekstremitelerde poligonol papüllerle seyreder. Vulva ve vajinada da ülserlere neden olabilir. Vajinada sınırları belirgin, yama şeklinde eritematöz lezyonlara neden olur. Tüm vajina epitelinin dökülmesine neden olabilir. Vulvadaki lezyonlarda kırmızı renkli, ülsere ve ağrılıdır. Otoimmün bir hastalık olduğu sanılmaktadır. İntrooitusta yanma ve ağrılı koitus yakınmaları olabilir. Tedavide oral ve topikal steroid kullanılır. Dapson, cyclosporine ve retinoidler gibi ajanlarda denenebilir⁽³⁾. Tedaviye yanıt oranı fazla değildir.

Lichen simplex chronicus daha sık görülür. Vulva derisi kalınlaşmış ve düzleşmiştir. Sınırlar daha belirgin haldedir. Yanma ve batma yakınmaları vardır. Uzun süreli kaşıntılı hastalıklara sekonder olarak gelişen bir durumdur. Tedavide irritasyonun önlenmesi önemlidir. Topikal steroidler kullanılır⁽⁴⁾.

Lichen Sclerosus etyolojisi bilinmeyen ve vulvanın her tarafını ve perineyi tutabilen kronik bir hastalıktır. Vulvada renk değişikliği, mukokutanöz sınırların kaybolması, vulva derisinin incilmesi ve submukozal hemoraji en yaygın görülen bulgulardır. Vulva derisi parşömen kağıdı gibi bir görünüm alabilir. Mukozanın esnekliği azalmıştır. Yer yer fissürler görülür. İleri evrelerde perinede kum saati veya anahtar deliği şeklinde tanımlanan

renk değışiklikleriyle karakterizedir. İntrooitusu iyice daraltıp koitusu olanaksız hale getirebilir. Anuse doğru uzanabilir. Genellikle labia minoralar bütünüyle atrofi olurlar. Yanma ve ağrıya neden olurlar. Her yaşta görülebilirler. Ancak prepubertal dönemde daha az sıklıkla görülürler.

Tedavide testosteronlu ve progesteronlu kremler ve topikal steroidler kullanılmaktadır. Son zamanlarda topikal steroidle daha iyi yanıt alındığını gösteren çalışmalar yapılmıştır⁽⁵⁾. Testesteron, progesteron, klobetazol ve plasebo içeren 4 ayrı topikal ilaçla yapılan klinik bir çalışmada en iyi yanıtın klobetazol grubunda olduğu gösterilmiştir. Medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda cerrahi tedavi yapılabilir. Eksizyonel cerrahi ve deri grafi uygulanabilir⁽⁶⁾. Ancak deri grafi üzerinde rekürens olasılığı yüksektir. İntrooitusda darlığı gidermek amacıyla perinoplasti yapılabilir.

Sedef Hastalığı (Psöriasis)

Kronik bir cilt hastalığıdır. Daha çok saçlı deri, el bileği, dirsek, diz, umblikus çevresini tutar. Vulvada sınırlı lezyonlara nadiren raslanır. Labium majus üzerinde tipik sedef rengi kalın plaklar şeklinde olabileceği gibi pembe kırmızı renkte de olabilir. Lokal ve sistemik kortikosteroidle tedavi edilir.

HİPERTROFİK DİSTROFİ

Hiperplastik vulvar distrofi

Vulvada kalın beyaz renkte kalınlaşmış plaklar halinde görülür. Squamoz hücre hiperplazisiyle birliktedir. Bazen atrofik formlarıyla birlikte görülebilir. Kaşıntı çok fazla olabilir. Etiyoloji bilinmemektedir. Birlikte malignite olasılığı fazla olduğu için tanı mutlaka biopsi ile doğrulanmalıdır. Vulvoskopi biopsi alınacak en riskli bölgeyi saptamakta yardımcı olur. Tedavide steroidli kremler 8-12 hafta süreyle kullanılır. Atrofik lezyonların aksine rekürens sık görülmez. Tedaviye dirençli olgularda veya rekürenslerde skinning vulvektomiye kadar giden cerrahi girişimler gerekebilir.

VULVAR İNTRAEPİTELYAL NEOPLAZİLER

Vulva intraepitelyal neoplaziler

Vulva intraepitelyal neoplaziler (VIN) çoğunlukla asemptomatiktir. Bir kısmında tek semptom olarak kaşıntı görülür. Bu nedenle nedeni açık olmayan vulva

kaşıntısı yakınması olan tüm olgularda biopsi yapılmalıdır. Tanı ve biopsi alınacak yerin saptanmasında vulvoskopi yardımcı olur. Kırmızı, beyaz veya siyaha yakın renk değışikliği veya yüzeyden hafif kabarıklık ve ülser lezyonlar şeklinde de belirti verebilir. HPV enfeksiyonu olan olgularda daha sık görülür. En iyi tedavi seçeneği cerrahi eksizyondur. Haftada 3 kez kullanılan İmiquimod %5 (Aldara) krem ile yüzgüldürücü sonuçlar alındığı öne sürülmektedir⁽⁷⁾. HPV enfeksiyonu olanlarda yineleme riski 3 misli daha fazladır. Cerrahi tedavi yapıldıktan sonra 15 yıl izlenen VIN olgularında %48 oranında yineleme ve %7 oranında invaziv karsinom saptanmıştır⁽⁸⁾.

Vulva kanserinde de ilk belirti kaşıntı olabilir.

Meme dışı Paget

Meme dışı Paget hastalığı nadir görülür. Genellikle normal dokuda sınırları keskin olarak ayrılan, kadife gibi düz yüzeyli parlak kırmızı lezyonlardır. Kaşıntı yanında yanma ve kanama gibi semptomlar da bulunabilir. Birlikte kolon ve üriner sistem başta olmak üzere adenokarsinom olma olasılığı fazladır. Bu nedenle tanı konduğunda sistemik bir tarama yapılmalıdır. Paget hastalığı belirgin gibi görünen sınırların arkasına uzanabilir. Bu nedenle cerrahi eksizyon sınırı geniş tutulmalıdır. İntraepitelyal kalmaya eğilimlidir. %35 dolaylarında rekürens riski vardır⁽⁹⁾.

DİĞER HASTALIKLAR

Fox-Fordyce Hastalığı

Fox-Fordyce Hastalığı; Apokrin bezlerinin kanallarının tıkanması sonucu ortaya çıkan çok sayıda papiller lezyonlarla karakterizedir. Şiddetli kaşıntı yapabilirler. Menopozdan sonra genellikle kaybolurlar. Doğum kontrol hapları ve retinoik asit tedavide kullanılır. Hidradenitis suppurativa adı da verilir

Syngomalar

Syngomalar vulvada nadir görülürler. Daha çok göz kapaklarında görülen erkin bezlerden köken alan papül tarzında lezyonlardır. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen şiddetli kaşıntıya neden olabilirler⁽¹⁰⁾.

GENEL YAKLAŞIM

Vulva kaşıntısı ciddiye alınması gereken bir semptomdur. Kadının sosyal yaşamı olumsuz yönde etkiler ve yaşam kalitesini etkiler. Ayrıca vulva kanseri gibi ciddi bir hastalığın tek belirtisi olabilir. Bu nedenle önemle üzerinde durulması gerekir. Bir takım pratik önlemler kaşıntının şiddetini azaltabilir. Bunlar Tablo II’de sıralanmıştır.

Tablo II: Kaşıntıyı önleyecek basit önlemler.

Kaşıntı yakınmasıyla gelen hastada iyi bir öykü ve genel fizik muayene tanıda en önemli basamakları oluşturur. Böylece kaşıntıya neden olabilecek sistemik bir hastalık olasılığı ekarte edilebilir ve eksojen veya endojen allerjik bir uyarıcı olup olmadığı saptanabilir. Üriner inkontinansın irritasyon ve kaşıntıya neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Genital muayeneyle kaşıntıya neden olabilecek bir lezyon araştırılır. Bu amaçla yukarıda anlatılan tanı

yöntemleri kullanılır. Biopsi almaktan çekinmemelidir.

Vulva kaşıntı yakınmasıyla kliniği başvuran ve %89’ unda biopsi yapılan 141 hastalık bir grupta %54 dermatit, %13 lichen sclerozis %10 kandidiazis % 5’inde sedef hastalığı saptanmış ve ancak %18’i normal olarak rapor edilmiştir⁽¹²⁾.

Eğer kandida, trichomonas gibi spesifik bir hastalık saptanırsa tedavi verilir.

Allerjik olaylar ve vulvar dermatozların tedavisinde steroidler daha çok lokal formda kullanılır. Ağır olgularda clobetazol (Dermovat pomat) gibi potent steroidler yeğlenirken hafif olgularda hidrokortizon gibi daha az potent steroidler yeğlenir. Potent bir steroid ile 7-10 günde semptomlar kontrol altına alınabilir. Daha sonra daha az potent bir steroid kullanılır. Kurumayı ve irritasyonu önlediği için pomat formları krem formlarına yeğlenmelidir. 14-15 günlük tedaviler genellikle yeterlidir. Ancak hiperplastik ditrofi gibi durumlarda 3 ay gibi uzun süreler kullanılır. Uzun süreli ve yüksek dozda lokal steroid kullanımının lokal atrofi yapabileceği unutulmamalıdır. Gerekirse oral steroidler 2-4 hafta kullanılabilir.

Tedaviye yanıt alınmayan ağır dermatitlerde diğer immun response modifiyerler kullanılabilir.

Ülkemizde testesteronlu krem yoktur. Bu nedenle eczanede 2 adet 100 mg lık sustanon ampul 10 gr vazelinle karıştırılarak %2’lik testesteronlu krem yapılır. Sabah akşam uzun süreli kullanılabilir. Tedavi yöntemleri Tablo

Tablo III: Vulva kaşıntılarında tedavi.

Tanı	1.tedavi seçeneği	2.tedavi seçeneği
Kandida	Oral flucanazol, 150 mg tek doz	Lokal antifungal
Trichomonas	Oral metronidazol 2*500 mgr	Lokal metronidazol
Gardnerella	Lokal metronidazol	Lokal cleocin
Lichen planus	Hidrokortizon krem, geceleri, 2 ay	Dapson 150 mg 2-3 ay
Lichen sclerozis	Lokal potent steroid (klobetazol) 14 gün	İntralezyonal triamcinolon enjeksiyonu, 6ayda bir
Lichen Simpleks	Lokal potent steroid (klobetazol) 14 gün	İntralezyonal triamcinolon enjeksiyonu, 6ayda bir
Sedef	Lokal potent steroid (klobetazol) 14 gün	Oral steroid
Kıl kurdu	Pyrantel pamoate tek doz 750 mg	Levamisole
Bit	Permethrin %1 sürülür, 10 dakika	Lindane, %1 4 dakika
Uyuz	Permethrin %5 sürülür, 8 saat	Lindane, %1 8 saat
Hipertrofik distrofi	Lokal potent steroid (klobetazol) 2-3 ay	%2 testesteron 2-3 ay
Fox-Fordyce	Doğum kontrol hapları, MPA	2*0.5 mg isotretoin 4 hafta
Kontakt dermatit	Lokal potent steroid (klobetazol) 14 gün	
Atopik dermatit	Lokal potent steroid (klobetazol) 14 gün	

III'de özetlenmiştir.

Lichen sclerozis ve hipertrofik distrofilerde eğer medikal tedavi yetersiz kalırsa cerrahi tedavi uygulanır. Bu amaçla lokal eksizyondan total skinning vulvektomiye kadar değişen genişlikte cerrahi girişimler uygulanır. İnatçı kaşıntıları tedavi etmek amacıyla steroid veya alkol kullanılarak lokal enjeksiyonlar yapılabilir⁽¹²⁾.

SONUÇ

Vulvanın malign ve premalign değişikliklerinin ilk ve bazen tek belirtisinin vulva kaşıntısı olduğu daima hatırlanarak vulva kaşıntılarında ayırıcı tanıya gitmek gerekir. Vulva biopsisi şüpheli her lezyonda mutlaka yapılmalıdır. Her vulva kaşıntısı kandidaya bağlı değildir. Bu nedenle kaşıntısı olduğunu söyleyen hastaya hemen antimikotik tedavi başlanmamalıdır. İnatçı vulva kaşıntısı nedenleri arasında ilk sırayı lokal steroid tedavisine iyi yanıt veren dermatolojik allerjik sorunlar almaktadır. Çok uzun süre lokal steroid kullanımının atrofik lezyonlara ve fibrozise neden olabileceği unutulmamalıdır. Distrofik lezyonların tedavisinde cerrahi girişimler uygulanabilir. Ancak rekürens şansı çok fazladır.

KAYNAKLAR

1. Schaaf VM, Perez-Stable EJ and Borchardt K, The limited value of symptoms and signs in the diagnosis of vaginal infections. Arch Intern Med 1990;150:1929–1933.

2. Handa VL and Stice CW, Fungal culture findings in cyclic vulvitis. Obstet Gynecol 2000;96:301–303.
3. Falk DK, Latour DL and King LEJ, Dapsone in the treatment of erosive lichen planus. J Am Acad Dermatol 1985;12:567–570.
4. Virgili A, Bacilieri S and Corazza M, Managing vulvar lichen simplex chronicus. J Reprod Med 2001;46:343–346.
5. Bornstein J, Heifetz S, Kellner Y, Stolar Z and Abramovici H, Clobetasol dipropionate 0.05% versus testosterone propionate 2% topical application for severe vulvar lichen sclerosis. Am J Obstet Gynecol 1998;178:80–84.
6. Rouzier R, Haddad B, Deyrolle C, Pelisse M, Moyal-Barracco M and Paniel B, Perineoplasty for the treatment of introital stenosis related to lichen sclerosis. Am J Obstet Gynecol 2002;186:49–52.
7. Davis G, J. Wentworth J and Richard J, Self-administered topical imiquimod treatment of vulvar intraepithelial neoplasia. A report of four cases. J Reprod Med 2000;45:619–623.
8. Herod JJ, Shafi MI, Rollason TP, Jordan JA and Luesley DM, Vulvar intraepithelial neoplasia: Long term follow up of treated and untreated women Br J Obstet Gynaecol 1996;103:446–452.
9. Fanning J, Lambert JHC, Hale TM, Morris PC and Schuerch C, Paget's disease of the vulva: Prevalence of associated vulva adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. Am J Obstet Gynecol 1999;180:24–27.
10. Tay YK, Tham SN, Teo R. Localized vulvar syringomas—an unusual cause of pruritus vulva. Dermatology 1996;192:62–63.
11. Fischer GO. The commonest causes of symptomatic vulvar disease: a dermatologist's perspective. Australas J Dermatol 1996;7:12–18.
12. Kelly RA, Foster DC, Woodruff JD. Subcutaneous injection of triamcinolone acetonide in the treatment of chronic vulvar pruritus. Am J Obstet Gynecol 1993;169:568–570.