

Çocuklarda jinekolojik sorunlar Gynecological problems in childhood

Altay Gezer, Seyfettin Uludağ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Kadın hastalıkları pratiğinin önemli konularından birisi çocukluk yaş grubunun jinekolojik sorunlarıdır. Bu dönemde olguların yakınlıkları erişkin dönemden farklıdır ve jinekolojik muayenenin kendine özgü özellikleri vardır. Bu yazıda özellikle ergenlik öncesi kız çocuklarında sık rastlanılan jinekolojik sorunlar üzerinde durulması amaçlanmaktadır. (*Türk Ped Arş 2007; 42: 1-5*)

Anahtar kelimeler: Ergen, jinekoloji, premenarş, yenidoğan

Summary

One of the important subjects of the gynecological practice is problems in the pediatric age group in which the problems and the examination have their own characteristics. In this article, the purpose is to review the common gynecological problems of childhood. (*Türk Arch Ped 2007; 42: 1-5*)

Key words: Adolescent, gynecology, newborn, premenarch

Giriş

Kadın hastalıkları pratiğinin önemli konularından birisi çocukluk yaş grubunun (0-14 yaş) jinekolojik sorunlarıdır. Bir kadının yaşamı boyunca, kadın olmaya ilişkin ilk deneyimleri bu dönemde edinilir. Bu deneyimin iyi ya da kötü olması kadının sonraki yaşamını etkileyecek sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, bu dönemde yapılacak muayenenin kendine özgü özellikleri olduğu unutulmamalıdır. Diğer taraftan, çocuk hastanın değerlendirilmesinde fiziksel soruna odaklanmanın yanı sıra döneme özgü fizyolojik değişikliklerin de gözönünde bulundurulması gereklidir.

Çocuklardaki jinekolojinin konusu, geçen yüzyıl içerisinde giderek genişlemiştir. Yenidoğan kız çocuğunun jinekolojik bakımı doğum salonunda başlar. Doğum sonrası yapılan yenidoğan muayenesi sırasında yapılan dış genital organların bakılması (enspeksiyonu), ilk jinekolojik muayene sayılabilir. Dış genitelyanın değerlendirilmesi sağlam çocuk muayenelerinin de bir parçasıdır. Böylelikle enfeksiyonlar, dudaklardaki yapışiklikler, doğuştan anomaliler ve genital tümörler erken dönemde saptanabilir. Pek çok araştırmacı ergenlerin ilk kadın doğum muayenesinin 13 ile 15 yaşları arasında olması gerektiğini önermektedir (1). Sek-

süel aktif ergenlerde pelvik muayene de genel muayeneye eklenmelidir. Bu yaş grubunda bakireler için uygun vaginal spekulum ve vaginoskop gibi aletlerin kullanımı muayenenin daha az rahatsızlık verici olmasını sağlayabilir.

Bu yazıda çocukluk çağı, özellikle ergenlik öncesi kız çocuklarında sık rastlanılan jinekolojik sorunlar üzerinde durulması amaçlanmaktadır. Cinsellik ve ergenlik ile ilgili sorunları nedeniyle klinik yaklaşımı çok farklı olan ergenlik dönemi, yazının kapsamından ayrı tutulmuştur.

Çocuklarda Jinekolojik Muayene

Yenidoğanın muayenesi

Yenidoğan, doğumhaneden çıkmadan önce hemen doğum sonrası muayene edilmelidir. "Ambigius genitalia" ile doğduğu farkedilen bebeklerde olası konjenital adrenal hiperplazinin (ki %90'ından sorumludur) tedavisine hemen başlanmalıdır. Çoğu olguda daha ileri pelvik muayene yapılması gereksizdir, çünkü çoğu jinekolojik sorun bu dönemde dış genitelyada izlenmektedir. Yenidoğanda dudaklar elle birbirinden uzaklaştırıldığında vajinal açıklık kolaylıkla görülmelidir. Vajinal delik saptanamadığında "imperfore himen" ya da vagi-

nal atrezi olabileceği akılda tutulmalıdır. Inguinal herniler kız yenidoğanlarda çok ender izlenir. Saptandığında yenidoğanın genetik olarak erkek olabileceği akıla getirilmeli, bu konuda ileri araştırmalar yapılmalıdır. Büyük klitoris saptanması konjenital adrenal hiperplaziyle birlikte. Rektumda karın muayenesinde genellikle uterus ve adneksler palpe edilemez, bazen orta hat üzerinde uterus boynu ele gelebilir. Adnekslerde bir dolgunluk ele geldiğinde, bir over tümörü ya da over kisti olasılığı akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır. Gebelik esnasında saptanan over kistleri bu dönemde izlenmelidir. Bunun yanı sıra rektal muayene yapılmalı ve anorektal kanalın açık olduğu da belirlenmelidir (2).

Menarş öncesi dönemde muayene

Bu dönemde muayene sık saptanan belirtilere yönelik olmalıdır. Bu belirtiler kaşıntı, dizüri, deride renk değişiklikleri ve akıntılardır. Muayene sırasında anne-babanın bulunması çocuğun güvenlik hissini artırır ve aynı zamanda gerektiğinde çocuğun sabit tutulmasına da yardımcı olabilirler. Beş yaşına kadar olan çocukların anne kucağına oturtularak muayene edilmesi, daha yeterli bir sonuç alınmasını sağlar. Daha büyük çocuklar muayene masasında muayene edilebilir, ancak muayene masası bacakları genellikle gereksizdir, kullanılmamalıdır. Çocuğun dizlerini bükmesi ve bacaklarını açması yeterli enspeksiyon olanağını sağlayacaktır. Çocuğun muayene sırasında yardımcı olması istendiğinde bu dikkatinin dağılmasını sağlayacak ve kontrol hissini arttıracaktır. Bazı hastalarda diz dirsek duruşu vajinanın değerlendirilmesinde daha yararlı olabilir (2).

Çalışmalar, çocukların ve ergenlerin muayene sırasında doktorların beyaz önlük giymesini tercih ettiğini göstermektedir (3). Beyaz önlük, hekimin rolünü yüklenmesini kolaylaştırmakta, "mahrem" bölgelerin enspeksiyonunu ve gerektiğinde "palpasyonunu" daha kabul edilebilir hale getirecektir. Daha büyük kızlarda yapılacak işlemlerin açıklanması ve aletlerin tanıtılması ve buna eşlik eden muayene sırasındaki bilgilendirme, daha iyi bir hasta-doktor ilişkisinin oluşmasını sağlayacaktır.

Muayenede, hastanın genel görünümü, beslenme durumu ve doğuştan büyük anomalilerin varlığı araştırılır. Memeler genellikle 8-9 yaşlarından sonra belirginleşmeye başlar. Daha erken yaşlarda meme tomurcuğunun görülmesi, erken puberte belirtisi olabilir. Tam olarak yeterli bir izlem için kemik yaşının, boy ve meme gelişimi ile üç ayda bir yinelenmesi gereklidir. Genital muayeneden önce karın enspeksiyon ve palpasyonu yapılmalıdır. Eğer çocuk gıdıklanıyorsa, elini muayene edenin elinin üstüne veya altına yerleştirilmesi sorunun çözümünü sağlayabilir. Menarş öncesi kızlarda over pelviste daha yüksek yerleşimlidir. Bu yüzden overin büyük neoplazileri karındaki diğer kitlelerle karışabilir. Genital muayene sırasında perinenin yanlara ve aşağıya doğru çekilmesi, vulva ve vestibülün net olarak gözlenmesini sağlar. Bu yöntem,

"labiyal separasyon" olarak isimlendirilir. Vajinal girimin izlenmesi gerektiğinde, dudaklar, baş parmak ve işaret parmağı arasına sıkıştırılarak yanlara, öne ve aşağı çekilerek vajina giriminin izlenmesi sağlanabilir. Buna "vajinal traksiyon" denmektedir. Perineal hijyenik duruma özellikle dikkat edilmelidir. Kötü hijyenik durum yerel yangının en önemli nedenidir. Vajinası yaşıyla uygun büyüklükte olan kız çocuklarına genital vajinal muayene yapılması son derece zordur. Himen deliği genellikle küçük, doku ince, kırılabilir ve ileri derecede duyarlıdır. Çok nazikçe, parmakla rektal muayene yapılabilir, ancak uterus ve overlerin küçüklüğü ve genellikle çocuğun direnci nedeniyle yeterli değerlendirme yapmak oldukça zordur. Çocuğun bir genital tümörü olmadığı sürece uterus ve overler palpe edilemez. Eğer pelvik tümörden şüphelenilirse diğer tanısal işlemler (ultrasonografi ve laparoskopi) yapılabilir. Anormal kanama durumunda üst 1/3 vajinanın incelenmesi için, vajinal boşluğun kontrolü gerektiğinden yabancı cismi çıkartmak için ya da delici yaralanmaları dışlayabilmek için, vajinoskop olarak adlandırılan aletin kullanılması gerekebilir. Çocukluk döneminde himen açıklığı ancak 0,5 cm'lik vajinoskopa uygunken, menarş öncesi dönemde 0,8 cm'lik vajinoskop kullanılabilir (2).

Ergen muayenesi

Ergen muayenesinin en önemli aşaması, çocuğun güveninin kazanılması üzerine oturtulmalıdır. Gerektiğinde ebeveyn olmadan, sağlık personeli eşliğinde muayene yapılarak cinsellik ve cinsel ilişkiyle bulaşabilen hastalıkların sorulmasına olanak sağlanabilir. Öykü alındıktan sonra muayenenin acısız bir işlem olacağı konusunda güvence verilmelidir. Muayeneye her zaman meme muayenesi ile başlanmalı ve pelvik muayene sırasında muayene ve yapılan işlemlerle ilgili sürekli bilgi verilmelidir. Kısacası onun da bir birey olarak tanıdığı hissettirilmesi ve kişilik haklarının olduğu gösterilmelidir. Mümkün olduğunda bir video sistemiyle çocuğun muayenesini izlemesi sağlanmalıdır (2).

Genitalyanın enspeksiyonunu izleyerek, vajina içerisine spekulum yerleştirilir. Bakire ergenlerin büyük çoğunluğunun "introitusları" 1 cm kadardır ve dar spekulmlarla muayeneyi yapmak imkanı olabilir.

Premenarşal çocuklarda jinekolojik sorunlar

Genital sistemin doğuştan anomalileri

Genitalyanın anomalileri "ambigius genitalia" (interseks sorunlar) ve diğerleri olarak ayrılabilir. "Ambigius genitalia" üzerinde durmaya bu yazının içeriği yeterli olmadığından diğer anomaliler kısaca gözden geçirilecektir.

Vulvanın ender anomalilerinden birisi bifid klitoris'tir ve genellikle ekstrofilerle birlikte olur (4). Vulva duplikasyonu son derece ender görülen bir diğer anomalidir (4). "Labia minoranın" şekilleri ve büyüklükleri

son derece farklı olabilir. Rahatsızlık verici bir asimetri sözkonusu olduğunda cerrahi düzeltme yapılabilir. Klitoris büyük olması hemen her zaman androjenlerin etkisi sonucu oluşur (4). Genellikle "labiaskrotal" kıvrımların birleşmesi ile birlikte olur. Ender olarak lenfanjiyom ya da fibrom gibi selim tümörlere bağlı klitoris büyümesi olduğunda tümörün çıkarılması ile birlikte klitorise küçültme operasyonu uygulanabilir. Klitorisinde büyüme olan bütün olguların interseks sorunları açısından araştırılması gerekmektedir.

İmperfore himen, ürogenital zarın orta kısmının kalması sonucu oluşur. Kadın genital sisteminin en sık izlenen tıkaııcı sorunudur (4,5). Vajina içerisinde sıvı birikimi olduğunda (mukokolpos, hematokolpos) işemede bozukluklara neden olabilir. Daha da büyüdüğünde pelvik tümöral kitlelerle karışabilir. Çocukluk çağında atlandığı zaman, ergen döneminde birincil amenoreye eşlik eden döngüsel ağrı yakınması ile kendini gösterebilir. Menstrüasyon kanı vajinayı ve uterusu doldurabilir (hematokolpos ve hematometra). Peritoneal boşluğa doğru akış olduğunda yapışma ve endometriyozis kaçınılmazdır. İmperfore himenin tedavisi cerrahidir. Zarın orta kısmı çıkarılır. Genellikle dikiş uygulanmasına bile gerek olmaz (6).

Vajinal septumlar, enlemesine ya da boylamasına yerleşimli olabilir. Enlemesine vajinal septum, ürogenital sinus ve Mülleriyan kanalların yapışması ve kanalizasyonu gerçekleşmediğinde izlenir (4). Septumların %80'inden fazlası vajinanın üst yarısında yer alır. Tam septumun belirtileri "imperfore himen" ile hemen hemen aynı olup genellikle tanısı menarş sonrası konulabilir. Tam olmayan septum disparoni oluşturmadığı sürece tanınmayabilir. Tedavisi cerrahidir. Ürogenital diğer anomalilerle birlikte olabileceğinden cerrahi direnç ile sınırlı tutulmalıdır. Boylamasına vajinal septum Mülleriyan kanalın uç kısmının yapışmasının gerçekleşmemesi sonucu oluşur (4). Belirti vermeyen olgularda tedavisine gerek yoktur. Disparoni oluşturduğu takdirde ve doğumu engelleyeceği düşünüldüğünde septum cerrahi olarak bölünebilir.

Vajinal agenezi yaklaşık 5000'de bir oranında görülür (4,7). Genellikle Rokitansky-Mayer-Küstner-Hauser sendromu ile birlikte olur. Uterus gelişimi de değişik düzeylerde bozulmuş olabilir. Birlikte %40-50 üriner sistem ve %10 kolumna vertebralis defektleri izlenebilir (7). Bu sendromu olan kadınlar normal dişi genotipine sahiptir ve overleri normal olarak çalışır. İkincil seks özelliklerinin gelişiminde sorun olmaz. Cinsel birlikteliğin olabileceği bir vajina oluşturulması (en sık McIndoe vajinoplasti uygulanır) bu hastaların tedavisini sağlar (8). Tedavinin cinsel etkinliğin başlayacağı döneme kadar ertelenmesi daha uygun yaklaşım olacaktır.

Uterus anomalileri Mülleriyan sistemin tam olmayan yapışma ve kanalizasyonu sonucu oluşur. Bunlar arasında en sık bikornuat uterus ortalama %37 oranında izlenmektedir (4). Çoğu uterus anomalisi belirti ver-

mediğinden çocukluk çağında fark edilmesi çok enderdir. Ergenlik döneminde menstrüasyon kanının akışını bozuyorlarsa tanı konulabilir.

Vulvovajinitler

Genellikle çok miktarda genital akıntıyla birlikte görülür. Çocuklar birkaç açıdan vulvovajinite yatkınlık gösterir. Ergenlik öncesi vulva, ince, yağsız ve kıldan yoksun olduğundan erişkine göre enfeksiyona daha açıktır. Ergenlik öncesi östrojen etkisi altında olmayan vajina atrofikdir, pH'ın yeterince asidik olamaması nedeniyle bakteri üremesine uygundur. Vulvovajinit olgularında kanama genellikle görülmez. Belirtiler hafif bir huzursuzluktan, ciddi kaşıntıya kadar değişebilir. Bununla birlikte yanma hissi, kötü kokulu akıntı en sık görülen yakınmalardır. Tanı belirgin yangı bulgularının görülmesi ile konulur. Sürüntü örneğinde, çok sayıda lökosit, nadir eritrositler görülmektedir. Bakteriyel kültür nadir olgularda kullanılmaktadır. Gram boyama ve mantar etkenleri için yapılacak kültür daha etkili tanı sağlamaktadır (9).

Yabancı cisimler

Çocuklarda kanlı, kötü kokulu, akıntı görüldüğünde ayırıcı tanıda vajina içinde olabilecek bir yabancı cisim akla gelmelidir. Vajinanın alt kısmında yerleşmiş bir yabancı cismi çıkarmak için serum fizyolojik ile yıkamak yeterli iken, vajinanın üst kısmına yerleşen bir yabancı cisim için vajinoskop kullanılması gerekir (10).

Uretral "prolapsus"

Uretranın "prolapsusu" ilk bulgu olarak kanamayla ortaya çıkabilir. Ağız çevresinde ödem sık görülür. Dikkatli bir fizik muayene ile tanı konabilir. İdrar birikimine yol açmıyorsa tedavide konservatif seçenekler (ılık banyo, östrojenli kremler vb) kullanılmalı, idrar birikimine yol açıyorsa veya tıbbi tedavi iyileşmeyi sağlamıyorsa cerrahi tedavi denenmelidir (11).

Liken skleroz

Liken skleroz vulvanın "hipotrofik distrofisi"dir. Menopoz sonrasındaki kadınlarda görüldüğü gibi, bu yaş grubundaki çocuklarda da görülebilmektedir (12). Klitoris, arka genital ve anorektal bölge sık etkilenmektedir. Lezyonlar genellikle beyaz, kolaylıkla morarıp kanayan, papül veya plaklardır. Vulvada iritasyon, idrar yaparken ağrı, kaşıntı gibi belirtiler görülmektedir. Tedavide bölgesel temizliğe dikkat edilmesi, travmanın önlenmesi, kortizonlu kremlerin kullanılması yeterlidir (12).

Dudaklarda yapışıklık

Dudaklarda yapışıklık ergenlik öncesi çocuklarda sık görülür. Neden muhtemelen östrojenin az olmasıdır. Dudakları kaplayan deri son derece ince olduğundan, kaşıma sonucu derinin yüzeysel katları sıyrılarak, orta hat üzerinde karşılıklı olarak yeniden epitelize olmaktadır. Vajina girimi kapanmasına bağlı olarak, idrarın çıkışı sağlanamazsa veya vajina içinde biriken durağan sıvıda enfeksiyon gelişirse durum belirtili hale gelir. Belirti vermeyen olgular takip edilmelidir. Belirtili olgularda, idrar birikimi varsa cerrahi, idrar birikimi yoksa topikal östrojen uygulanmalıdır (13).

Genital yaralanmalar

Genital yaralanmalar anatomik yerleşimlerine göre ele alınabilir. Vulvada görülen yaralanmalarda görülen hematomlar, yuvarlak, sert, ekimotik, hassas bir kitle olarak ortaya çıkar. Vajinal yaralanmalar genellikle delici bir yaralanma sonucu görülür. Yaralanma mukozada yüzeysel bir zedelenmeden, pelvis derinliklerine ulaşan bir yırtılmaya kadar değişebilir. Mesane ve rektum gibi çevre dokuların bütünlüğü kontrol edildikten sonra, gerekli cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Vajina içine yerleşmiş bir hematoma tespit edildiğinde, lezyonun büyüklüğüne göre karar verilir. Küçük hematomlarda kendiliğinden kaybolması için beklenebilirken, büyümekte olan bir hematoma cerrahi yolla boşaltılmalı, kanamaya neden olan damarlar bağlanmalı ve hemostaz sağlandıktan sonra anatomiye uygun olarak onarılmalıdır (14).

Cinsel taciz olguları genellikle yaşadıkları travmanın yarattığı etki nedeniyle durumu gizlemeyi tercih ederler (15). Hekim cinsel istismara uğramış bir çocukla karşılaştığında dikkatli olmalıdır. Enspeksiyon dikkatle yapılmalı, eritem, ödem, morluklar, soyulmaların varlığı, himenin temas edilmiş olup olmadığı tespit edilmelidir. Sıvı veya kıl varlığı gibi nesnel delil niteliği taşıyan bulgular değerlendirilmelidir. Anal sfinkter de yaralanmalar açısından incelenmelidir. Gerekli bildirim hazırlandıktan sonra yaralanmaların tedavisi uygun şekilde yapılmalıdır.

Vajinal Kanama

Çocuklarda vajinal kanama olduğunda erken puberteye bağlı endometriyumdan kanama ve yerel vulvovajinal lezyona bağlı kanama akla gelmelidir (16). Çocukluk çağında kanama durumunda bir genital tümör olasılığı mutlaka dışlanmalıdır. Vajinoskopi ve genel anestezi altında pelvik muayene ile tümörler, yabancı cisimler ve yerel lezyonların ayırt edilmesini sağlar.

Genital neoplaziler

Bir kızda kronik genital ülserler, travma olmaksızın dış genital organlarda oluşan şişlikler, vajinadan dışarı sarkan dokular, vajinal kanama, karında ağrı ve şişlik görüldüğünde genital tümörler düşünülmelidir.

Erişkinlerde bildirilmiş bütün tümörler, 14 yaşından genç kızlarda da ender de olsa görülebilir. Çocuklarda görülen genital tümörlerin yaklaşık %50'si habis ya da öncülüdür (17).

1. Vulva vajinanın selim tümörleri (18)

Teratomlar, hemanjiyomlar, himenin basit kistleri, paraüretral kanalların "retansiyon" kistleri, perinenin selim granülomları ve kondiloma aküminata çocuklarda görülen selim neoplazilerin bazılarıdır (18).

Paraütral kanal kistlerinde insizyon ve direnaja tedavi yöntemidir. "Marsupiyalizasyon" ya da tam çıkarma da denenebilir.

Teratomlar, perincede orta hat lezyonları ile kendini gösterir. Selim olmalarına karşılık sık yinelerler. Bunun önlenmesi için kitle çevresindeki sağlam doku ile birlikte çıkartılır.

Kapiler hemanjiyomlar genellikle çocuk büyüdükçe ortadan kaybolurlar. Kavernöz hemanjiyomlar ise, içlerinde daha belirgin damar yapıları içerdiğinden travma ile ciddi kanama riski taşırlar. Cerrahi olarak çıkarılmaları en uygun tedavi yöntemidir.

Vajinanın selim kitleleri arasında bu yaş dönemine özgü en sık izlenen Gartner (mezonefrik) kanal kistleridir (18). Küçük kistler belirti vermezler ve tedavi gerektirmezler. Büyük kistler vajinayı kapattıklarından çıkarılmalıdır.

2. Vajina ve uterus boynunun habis tümörleri

Embriyoner vajinal karsinoma (Botyroid sarkom)

Embriyoner vajinal karsinomlar genellikle üç yaşından küçük kızlarda görülür. Tümör vajinadadır, ancak daha büyük kızlarda uterus boynu da tutulmuş olabilir. Submukozal başlayan tümör hızla vajina epiteli altında yayılır. Vajinal mukoza polipoid yapılar şeklinde kendi üzerine kıvrılır. Bu dönemde 'botyroid (üzüm salkımı) sarkom' adını alır. Biyopsi ile histolojik olarak tanı konulabilir. Tedavide çoklu kemoterapi (vinkristin, aktinomisin-D, siklofosfamid) kullanılır (2,16). Kemoterapiyi izleyerek tümör ortadan kalkabilir. Kemoterapi sonrası tümör kaldığında ve cerrahi uygulanabileceksen, radikal histerektomi ve vajinektomi yapılmalıdır. Overler korunabilir. "Egzenterasyon" genellikle önerilmemektedir (2). Cerrahi yapılamayan olgularda radyoterapi uygulanması bir diğer seçenektir (2).

Vajinanın diğer habis tümörleri

Endodermal karsinom, mezonefrik karsinom ve berrak hücreli adenokarsinom çocukluk çağında görülen diğer habis vajina tümörleridir.

3. Over tümörleri

Görüntüleme yöntemlerinin giderek gelişmesi ile doğum öncesi dönemde daha fazla over kisti tanısı konulabilmektedir. Bu kistlerin çoğu küçük olmasına karşın, kendi etrafında dönme ve yırtılma riski vardır. Çoğu kendiliğinden gerilediğinden izlem yeterli olmaktadır. Ancak kistin büyüklüğü ve içeriğine göre girişim düşünülebilir. Girişim olarak olgunun özelliklerine göre basit aspirasyon, laparoskopi ve laparotomi yapılabilir (19).

Çocukluk döneminde over tümörleri en sık izlenen genital neoplazi olmasına karşılık menarşe öncesi dönemde izlenen neoplazilerin yalnız %1'ini oluştururlar (20). Brenner tümörü dışında bütün over neoplazilerinin çocukluk çağında görülebileceği bildirilmiştir (20). Olguların %30'unu selim kistik teratomlar oluşturur (20). Çocukluk çağındaki habis over tümörlerinin %70'ini germ hücreli tümörler oluşturur (20). Over tümörlerinin en önemli belirtileri karında kitle ve ağrıdır. Görüntüleme çocukluk çağı over tümörlerinde oldukça önemlidir. Tümör belirteçlerinden inhibin-A ve AFP yararlı olabilir (20).

Çocukluk çağında over tümörlerinin tedavisi erişkinlerden farklılık gösterir. Bu yaş döneminde overlerin korunması çocuğun büyüme ve olgunlaşmasının

sürdürülebilmesi için gereklidir. Kistin selim olduğu düşünüldüğünde laparoskopi uygun olabileceken, habis kuşkusu varsa laparotomi gereklidir. Evre I olan olgularda, konservatif yaklaşım tek taraflı salpingooforektomi yeterli olurken, over dışına yayılan hastalığa yaştan bağımsız olarak radikal yaklaşım, histerektomi, iki taraflı salpingooforektomi ve evreleme işlemleri (omentektomi ve pelvik lenfadenektomi) uygulanmalıdır (20). Germ hücreli tümörler kemoterapiye son derece duyarlıdır. Disgerminomlar ise radyoterapiye iyi yanıt verirler (20).

Kaynaklar

1. Russo JF. Pediatric and adolescent gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13: 449.
2. Muram D. Pediatric and adolescent gynecology. In: De Cherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N (eds). *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*. 10th edition. New York: McGraw-Hill, 2007: 540.
3. Aquavella AP, Braverman P. Adolescent gynecology in the office setting. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 489.
4. Edmonds DK. Congenital malformations in the genital tract. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 49.
5. Pokorny S. Anatomic detail of the prepubertal hymen. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 950.
6. Rock JA, Azziz R. Genital anomalies in childhood. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30: 682.
7. Griffin JE, Edwards C, Madden JD, Harrod MJ, Wilson JD. Congenital absence of the vagina: The Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Ann Intern Med* 1976; 85: 224-36.
8. Morgan E, Quint E. Psychosocial and psychosexual concerns at the diagnosis and treatment for women with vaginal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 232.
9. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ* 2005; 330: 186.
10. Smith YR, Berman DR, Quint EH. Premenarchal vaginal discharge. Findings of procedures to rule out foreign bodies. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 227.
11. Shurtleff BT, Barone JG. Urethral prolapse. Four quadrant excisional technique. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 209.
12. Smith YR, Heafner HK. Vulvar lichen sclerosus. Pathophysiology and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2004; 5: 105.
13. Muram D, Elias S. The treatment of labial adhesions in prepubertal girls. *Surg Forum* 1988; 34: 464.
14. Muram D, Levitt CJ, Frasier LD, Simmons KJ, Merritt DF. Genital injuries. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 149-55.
15. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse. A longitudinal study. *Pediatrics* 1992; 89: 307.
16. Lang ME, Darwish A, Long AM. Vaginal bleeding in the prepubertal child. *CMAJ* 2005; 172: 1289-90.
17. Craighill MC. Pediatric and adolescent gynecology for the primary care physician. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45: 1659.
18. Schroder B. Vulvar disorders in adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 35.
19. Pfeifer SM, Gosman GG. Evaluation of adnexal masses in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 573.
20. Muram D, Gale CL, Thompson E, Marina N. Ovarian cancer in children and adolescents. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1992; 5: 21.