

Adhesjon av de små kjønnsleppene – diagnostikk og behandling

BAKGRUNN Adhesjon av de små kjønnsleppene er relativt vanlig, men tilstanden er lite kjent blant leger og foreldre. I artikkelen evalueres behandling i spesialisthelsetjenesten.

MATERIALE OG METODE Behandling og forløp er evaluert hos 105 jenter i alderen 0–15 år som ble henvist til St. Olavs hospital i perioden 2004–14.

RESULTATER Flesteparten av jentene ($n = 63$) ble behandlet lokalt med østrogenkrem. Hos 26 av 51 jenter (51 %) med kjent sluttresultat åpnet adhesjonen seg etter én behandling. Der det ble gitt 1–4 østrogenbehandlinger, hadde introitus åpnet seg fullstendig hos to av tre (65 %). Under halvparten av dem som fikk supplerende kirurgisk behandling, fikk varig åpning.

FORTOLKNING Behandling av adhesjon av de små kjønnsleppene hadde begrenset effekt i denne studien. Siden litteraturen tilsier at tilstanden gir lite symptomer og går spontant tilbake hos praktisk talt alle jentene i puberteten, er det ingen tungtveiende medisinsk grunn for å åpne adhesjonen hos jenter uten symptomer. Det viktig at leger kjenner til tilstanden for å forhindre feildiagnostikk og for å kunne gi foreldrene adekvat informasjon. For foreldrene er det viktig å vite at spontanløsning kan gi sårhet og dysuri. Kunnskap om tilstanden kan sannsynligvis forhindre unødvendig bekymring.

Adhesjon av de små kjønnsleppene er relativt vanlig (fig 1), i litteraturen er det anslått å forekomme hos 0,6–3,3 % av prepubertale jenter (1, 2). Leger bør derfor kjenne til tilstanden, som også er omtalt i Norsk Elektronisk Legehåndbok (3). I engelsk litteratur brukes begrep som «labial adhesion», «labial agglutination», «labial fusion» eller «synchia vulvae» (4). I Norge omtales tilstanden som labiale adhesjoner eller synekier, sammenliming, sammenvoksning, sammenlodning eller agglutinasjon av de små kjønnsleppene.



Figur 1 En seks måneder gammel jente med nærmest fullstendig adhesjon av de små kjønnsleppene. Til tross for spriking av labia majora er introitus lukket som følge av adhesjonen. Pasientens pårørende har gitt samtykke til at bildet blir publisert i Tidsskriftet

Siden leger sjelden undersøker jenters underliv, vil tilstanden ofte gå upåaktet hen hos både foreldre og leger. Adhesjon kan skape bekymring hos foreldrene. De kan oppdage at åpningen inn til skjeden er liten eller at en eksisterende sammenvoksning de ikke har registrert, plutselig en dag åpner seg. Leger kan forveksle adhesjon med imperforeert hymen eller medfødt misdannelse.

De aller fleste barn med adhesjon av de små kjønnslepper er symptomfrie, det gjelder uavhengig av alder (5). Tilstanden kan imidlertid være assosiert med forskjellige symptomer (6, 7), for eksempel svie ved vannlating når adhesjonen løser, noe som kan feiltolkes som urinveisinfeksjon (7).

Målet med denne studien var å evaluere behandlingen ved å gå igjennom et pasientmateriale ved St. Olavs hospital fra perioden 2004–14.

Materiale og metode

Vi har foretatt et retrospektivt journalsøk ved St. Olavs hospital etter jenter i alderen 0–15 år for perioden 1.1.2004–31.12.2014. Diagnosekoder (Q52.0, Q52.3, Q52.5, N89.5 i ICD-10) og kirurgiske prosedyrekoder (LEW96, LFA00 og LFW96 i NCMP-NCSP) ble brukt som søkekriterier for å finne de jentene som hadde vært behandlet ved Barne- og ungdomsklinikken og barnekirurgisk seksjon.

Av 130 registreringer ble 25 pasienter ekskludert på grunn av dobbeltregistrering ($n = 6$), manglende journalnotat ($n = 3$) eller at pasienten hadde en annen diagnose ($n = 16$). De resterende 105 pasientene ble inkludert i studien (fig 2).

Symptomer som spesifikt ble notert i

Stephanie Knudtson

stephanie.knudtson@gmail.com

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Stein Erik Haugen

Barnekirurgisk seksjon

Kirurgisk klinikk

St. Olavs hospital

Arne Kristian Myhre

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

og

Barne- og ungdomsklinikken

St. Olavs hospital

> Se lederartikkel side 8



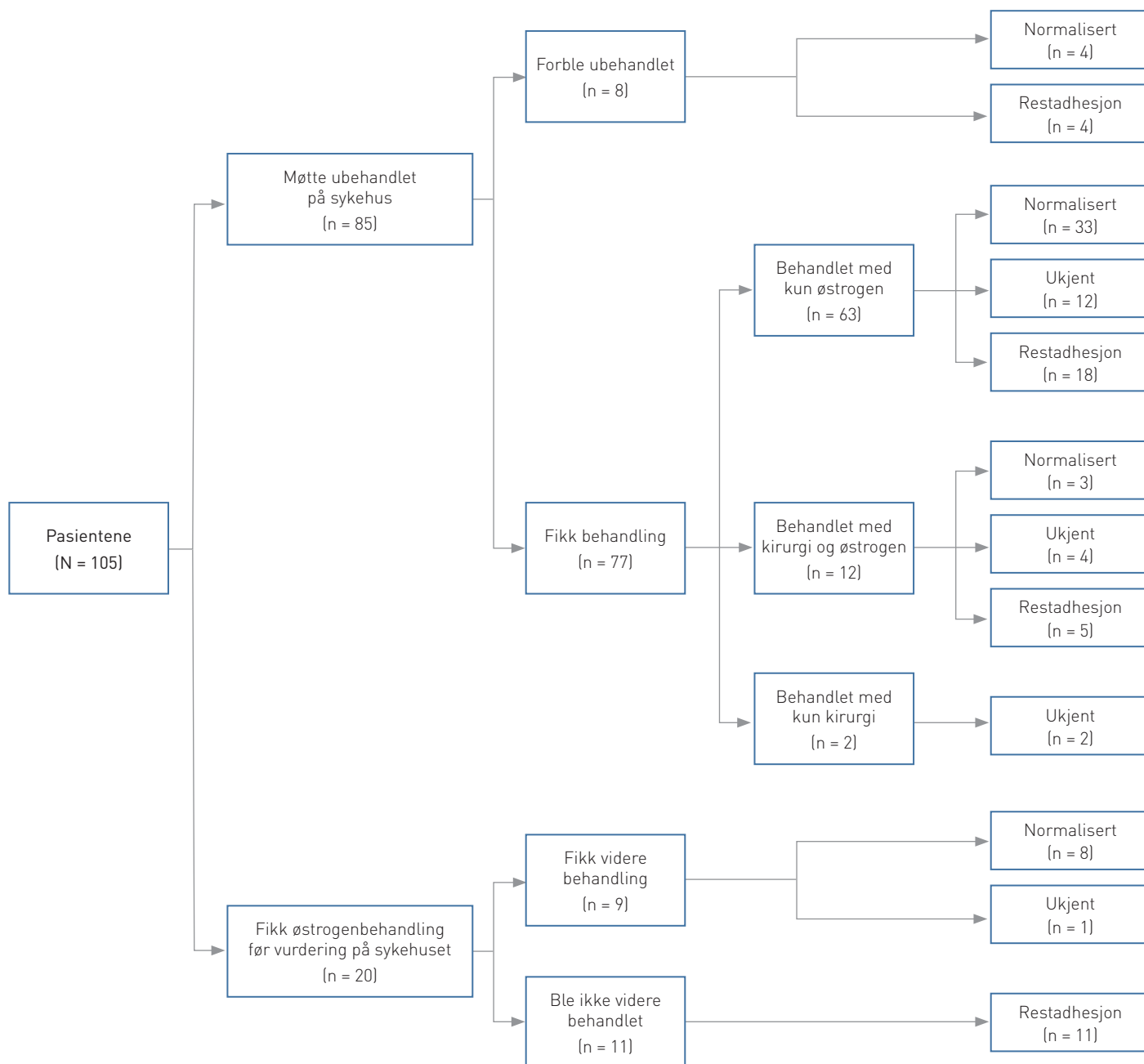
Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

En gjennomgang av sykehusets journaler viste at 105 jenter ble henvist til St. Olavs hospital med diagnosen adhesjon av de små kjønnslepper i perioden 2004–14

63 av pasientene ble behandlet med østrogenkrem, mens 14 gjennomgikk kirurgiske inngrep

I oppfølgingsperioden fikk litt over halvparten av jentene full åpning av vagina



Figur 2 Flytskjema viser pasientene som ble inkludert i studien (n = 105). Det omfattet 20 jenter som hadde fått lokal østrogenbehandling før vurdering ved avdelingen og 85 som møtte ubehandlet. Flesteparten (n = 63) ble behandlet en eller flere ganger med østrogenkrem. Sluttresultat var registrert hos 51 pasienter

journalen og kunne tenkes å ha relasjon til adhesjonen, ble registrert. Det var få journalnotater der grad av adhesjon i prosent ble angitt. I denne studien skiller det derfor kun mellom «komplett» og «partiell» adhesjon. I praksis betyr førstnevnte at det foreligger en liten åpning på noen få millimeter som muliggjør passasje av urin.

Vi fant ingen opplysninger om systematiske etterkontroller for å evaluere behandlingen med tanke på residiv. Journalnotatene var heller ikke egnet til å skille mellom restadhesjon og residiv, og vi omtaler derfor ikke-normali-

serte tilstander som restadhesjon. Barna ble primært vurdert ved barnepoliklinikken, med unntak av to barn som ble behandlet ved barnekirurgisk poliklinikk i forbindelse med en annen operasjon.

Sykehusets primærbehandling gikk ut på at foreldrene skulle smøre østriolkrem (Ovesterin) på sammenvoksningen to ganger om dagen. Behandlingen skulle pågå inntil sammenvoksningene åpnet seg, men ikke lenger enn åtte uker. Det ble anbefalt forsiktig traksjon av kjønnsleppene etter en ukes behandling. I de fleste tilfeller ble det også anbefalt

etterbehandling med vaselinsalve i en uke for å forebygge ny sammenliming. Den kirurgiske behandlingen besto av stump spalting med peang eller knoppsonde, enten i narkose eller med overflateanestesi med Emla-krem. Indikasjonen for slik behandling var vanligvis manglende effekt av østrogenkrem og mistanke om samtidige symptomer i form av urinveisinfeksjon og andre symptomer fra urinveiene og genitaliene.

Registreringen av pasientene ved St. Olavs hospital ble av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ansett som et

kvalitetssikringsprosjekt (REK midt 2014/1669). Prosjektet har også vært forelagt og godkjent av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Resultater

I vårt materiale var alder ved diagnosetidspunktet, basert på observasjoner av foreldre eller helsepersonell, registrert i journalen hos 61 pasienter (58 %). Gjennomsnittsalderen ved diagnosetidspunktet var 1,1 år, med spredning fra nyfødtalder til 4,0 år, mens alder for første vurdering ved sykehus var 1,9 år. For alle de 105 pasientene var gjennomsnittsalderen for første vurdering ved sykehuset 2,3 år (0,3–13,9 år). Figur 3 og figur 4 viser aldersfordelingen for henholdsvis diagnosetidspunkt og første vurdering ved sykehuset.

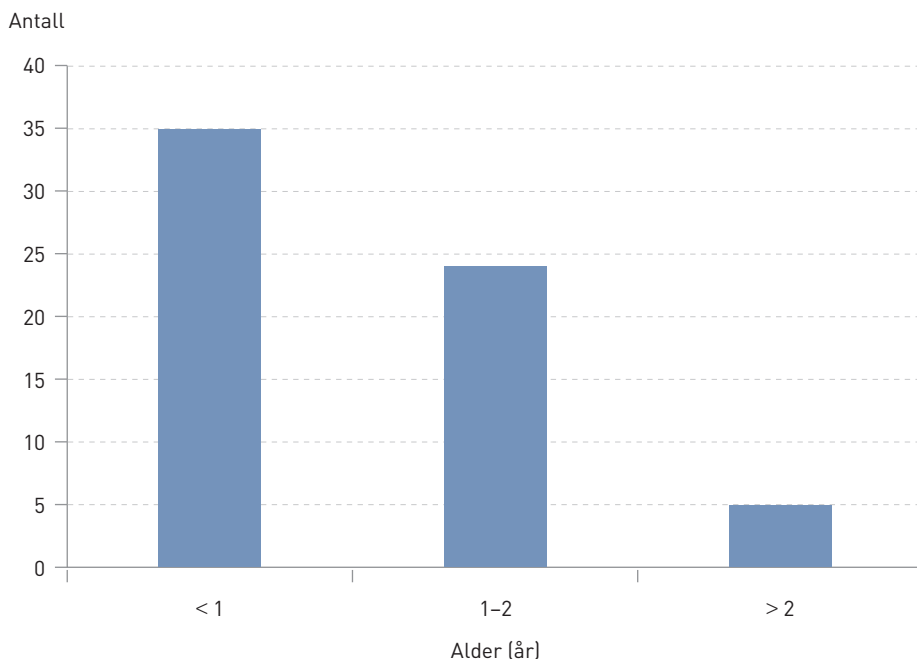
Hos 81 pasienter (77 %) forelå det opplysninger om hvem som først hadde oppdaget tilstanden. I de fleste tilfellene ($n = 43$) ble den oppdaget av foreldrene, 25 ble oppdaget ved undersøkelse på helsestasjon og 13 tilfeller ble oppdaget av lege. Av disse 13 fikk tre diagnosen ved røntgenavdelingen i forbindelse med miksjonscystografi.

Ved første konsultasjon ved sykehuset var adhesjonen klassifisert som komplett hos 65 og partiell hos 32 pasienter, mens data manglet for resten. Hos 86 pasienter var henvisningsdiagnosen adhesjon av de små kjønnsleppene. 12 ble opprinnelig henvist med spørsmål om noe patologisk i genitaliene. Hos resten ble tilstanden oppdaget etter henvisning for urinveisinfeksjon, respektive oppdaget på sykehuset ved rutinekontroll etter henholdsvis diaré, magesmerte og borreliose. Henvisningsdiagnosen manglet hos to pasienter.

Ut fra journalopplysningene hadde 47 pasienter ledsagende symptomer som urinveisinfeksjon, sårhet og ubehag i underlivet, smerter ved vannlating, etterdrypp eller dagenurese. Det var ellers anmerket tendenser til eksem hos 26 % av barna. Flere hadde registrert mer enn ett ledsagende symptom.

Av de 63 jentene som ble behandlet én eller flere ganger med østrogenkrem ved avdelingen (fig 2), var sluttresultatet kjent hos 51 (tab 1). Av disse hadde adhesjonen åpnet seg fullstendig hos 33, mens resten fortsatt hadde tilstanden. Tabell 1 viser sluttresultatet i form av normalisering eller restadhesjon i forhold til antall (én til fire) behandlinger med østrogen. Etter én østrogenbehandling hadde halvparten ($n = 26$) av jentene med kjent resultat fått fullstendig åpning av introitus.

Det var totalt 14 barn som fikk kirurgisk behandling, og tre av dem ble varig bra. I alt 12 barn fikk kombinasjoner av opptil flere østrogenbehandlinger og kirurgiske behand-



Figur 3 Alder ved diagnosetidspunktet hos 64 av pasientene med adhesjon av de små kjønnsleppene hvor tidspunktet var registrert i journalen

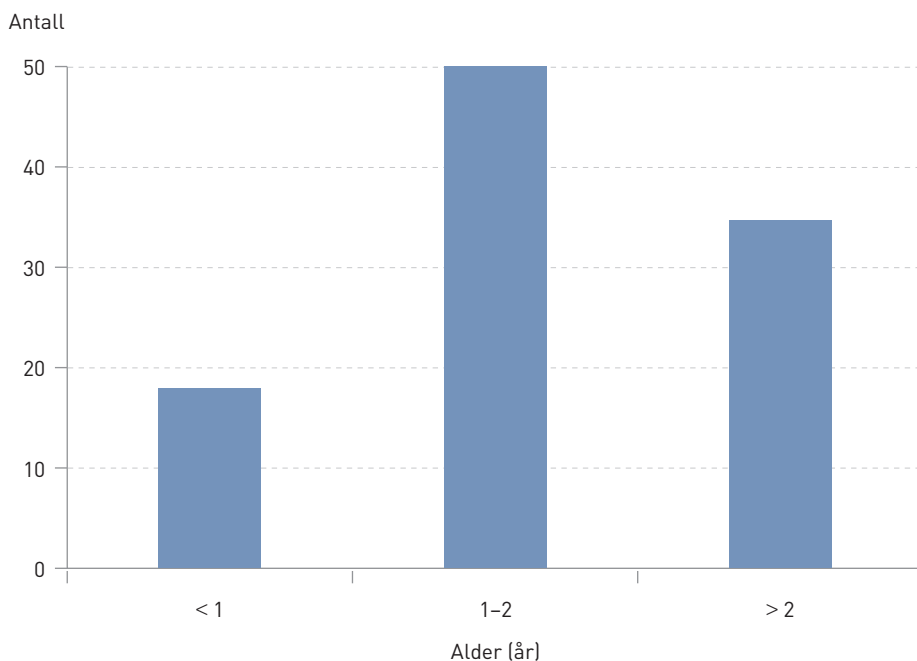
linger. Fire av disse hadde kirurgi som siste behandling. Effekten av primærkirurgisk behandling som ble gitt to barn, lot seg ikke evaluere, da resultatet manglet i journalene. Det ble forsøkt lokal steroidbehandling uten effekt hos to barn som verken hadde hatt effekt av østrogenbehandling eller kirurgi. Samlet viste en gjennomgang av alle behandlingsmetodene at 50 av de 88 pasien-

tene med kjent resultat hadde fått full åpning, mens 38 hadde restadhesjon.

Diskusjon

I denne journalgjennomgangen fikk litt over halvparten av pasientene med kjent resultat fullstendig åpning av vagina etter behandling med lokalt østrogen eller kirurgi.

Totalt sett anslås det i litteraturen at adhe-



Figur 4 Alder ved første polikliniske konsultasjon ved St. Olavs hospital i perioden 2004–14 for alle jentene som var henvist for adhesjon av de små kjønnsleppene ($n = 105$)

Tabell 1 Sluttresultatet i form av normalisering og restadhesjon for 63 jenter som møtte ubehandlet på sykehus og som fikk 1–4 kurer med lokal østrogenbehandling

Antall kurer med lokal østrogenbehandling	Antall med normalisering	Restadhesjon	Ukjent
Én (n = 34)	26	7	1
To (n = 19)	4	8	7
Tre (n = 6)	1	2	3
Fire (n = 4)	2	1	1

sjon av de små kjønnslepper forekommer hos 0,6–3,3 % av alle jenter i prepubertal alder. Det er økt hyppighet frem til to års alder samt en topp når barna er rundt 5–6 år gamle (1, 2). I en norsk undersøkelse av førskolebarn i 5–6-årsalderen ble tilstanden funnet hos 8 % (8). En fortløpende, ikke-selektert undersøkelse ved en norsk helsestasjon viste nylig en kumulativ forekomst av adhesjon hos 15 av 229 jenter (7 %) i alderen 0–2 år (Jørgen Knudtzon, upubliserte data). Adhesjon av de små kjønnsleppene er altså en relativt vanlig tilstand.

Selv om aller fleste barn med adhesjon av de små kjønnsleppene er symptomfrie (9), har tilstanden vært assosiert med en rekke plager, som uretritt, kløe, vaginitt, endret urinstrøm, asymptomatisk bakteriuri, urinveisinfeksjon, urinretensjon, spaltet urinstråle, etterdrypp som følge av at urinen samler seg innenfor adhesjonen og enurese (10, 11). Vi registrerte mange av de samme symptomene hos pasientene ved St. Olavs hospital, og det kan være forklaringen på at jentene ble henvist.

Behandlingen er enten medikamentell eller kirurgisk. Den medikamentelle er østrogen- eller glukokortikoidkrem. Ved kirurgisk behandling benyttes metoder som manuell separasjon, bruk av knoppsonde eller peang etter bedøvelse med Emla-krem.

I vår journalgjennomgang fant vi at 26 pasienter fikk fullstendig åpning etter én kur med østrogen. Med opptil fire østrogenkurer fikk likevel ikke mer enn to av tre full normalisering av tilstanden. Litteraturen viser meget sprikende resultater av østrogenbehandling – med effekt i 15–88 % av tilfellene (10, 12, 13). Dette kan muligens forklares av varierende grad av manuell separasjon, rengjøring og bruk av vaselin under og etter behandlingen (2, 14). Det er også rapportert en tilbakefallsfrekvens på 12–14 % (1, 2, 4, 6, 10, 15, 16).

Det er beskrevet flere bivirkninger av østrogenbehandling, som lokal irritasjon (rødhet, brenning) og pigmentering av vulva, i totalt opptil 25 % av tilfellene (10, 13, 14, 16, 17). I sjeldnere tilfeller ses systemiske bivirkninger av østrogener i form av

humørsvingninger, vekst av brystev (nær 6 %) og vaginal blødning (1 % av rapporterte tilfeller) (10, 13, 14, 16, 17). Bivirkningene har vært forbigående, med en varighet på inntil 4–6 uker (14). For pasientene som var registrert ved St. Olavs hospital ble det rapportert få og beskjedne bivirkninger.

Heller ikke lokalbehandling med steroider, der dette ble forsøkt, ga varig effekt. Det har vært hevdet at betametason kan separere adhesjonen raskere, med færre tilbakefall og bivirkninger, enn østrogen (16, 18), men effekten har variert fra 16 % til 89 % i litteraturen (12, 16, 18). En studie med et begrenset antall pasienter viste at behandling med steroidkrem var vellykket hos 13 av 19 barn (68 %) der østrogenbehandling hadde sviktet (10). Bivirkninger som lokal irritasjon etter steroidbehandling har vært beskrevet (16).

Av de 14 barna som fikk kirurgisk behandling i vår studie, ble under halvparten varig bra. Lokalbedøvende Emla-krem gir adekvat analgesi og er enkelt, trygt og effektivt forut for kirurgisk behandling av labial adhesjon (19, 20). Andre har etter lokalbedøvende krem brukt manuelt drag (21), Q-tips, sonde eller tang (4, 7, 22). Etterbehandling med østrogen har vært anbefalt i 1–2 uker, etterbehandling med vaselin i 6–12 måneder (23).

Argumenter for kirurgisk behandling er at det er angitt at dette har bedre effekt enn østrogen og at man dermed unngår hormonelle bivirkninger (7, 10, 15). Argumenter mot mekanisk løsning av adhesjonen er at pasienten kan påføres en sårflate som kan disponere for readhesjon, og at kirurgi bare bør forbeholdes de tilfellene hvor det foreligger broer av arvev (9). Manuell separasjon har også vært frarådet fordi det har vært ansett som unødvendig og traumatisk for barnet (7, 14, 24).

I dag er det enighet om at symptomfrie barn med adhesjon av de små kjønnsleppene ikke trenger behandling (7, 23). Hos jenter uten plager kan argumenter for å åpne adhesjonen være foreldrenes ønske om at forholdene i underlivet skal se «normale» ut eller at barnet senere skal unngå å få dysuri i forbindelse med sårhet når adhesjonen åpnes.

Hvis legen mener at et barn med adhesjon av de små kjønnsleppene har symptomer som følge av tilstanden, kan det vurderes om adhesjonen skal løses. Det bør imidlertid velges en metode med akseptable bivirkninger. Videre bør det unngås at åpning av adhesjonen fører til skader på epitelet, med fare for readhesjon.

Vår evaluering av materialet fra St. Olavs hospital konkluderer med at fullstendig åpning ikke ble oppnådd i mer enn vel halvparten av tilfellene etter medikamentell behandling, kirurgisk åpning eller kombinasjoner av begge metodene. Studien er basert på et relativt lite materiale, men underbygges av at det i litteraturen er varierende resultater – det finnes altså ingen entydig god behandling som sikrer varig åpning. Ved behandling av jenter man mener har symptomer på adhesjon, må det tas høyde for at det kan bli nødvendig med flere behandlinger, med de mulige plager det kan medføre.

Svakheter ved denne studien er at den er selektiv, kun innbefatter pasienter som ble henvist til utredning og er basert på en retrospektiv journalgjennomgang. Det beste alternativet er en standardisert prospektiv registrering med utgangspunkt i forhåndsdefinerte kriterier. Slik våre data viser, kan beskrivelser og vurderinger i journalen variere fra lege til lege.

Resultatene av studien har ført til praksisendring – det er nå en vesentlig mer restriktiv holdning til behandling av adhesjon av de små kjønnsleppene ved St. Olavs hospital. Behandling blir forbeholdt jenter hvor man mener de ledsagende symptomene overskygger de ulempene behandlingen kan medføre. Med bakgrunn i denne studien arbeides det med å lage retningslinjer for informasjon om og behandling av adhesjon av de små kjønnsleppene hos jenter.

Konklusjon

Det finnes ingen entydig og effektiv behandling ved adhesjon av de små kjønnsleppene, og det er ingen grunn til å behandle jenter der det ikke foreligger symptomer. Tilstanden går spontant tilbake hos alle, senest i puberteten. Ved symptomer som kan skyldes adhesjonen, bør barnet henvises til barnelege.

Helsestasjonsleger anbefales å se etter adhesjon ved kontroller til og med to års alder. Adekvat informasjon er viktig – slik at foreldrene slipper å engste seg hvis adhesjonen blir oppdaget senere. Det er viktig å motvirke unødvendig utredning og behandling.

Vi takker dr.med. Jørgen Knudtzon for medvirkning og støtte til studien.

>>>

Stephanie Knudtzon (f. 1992)

er medisinstudent.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stein Erik Haugen (f. 1946)

er spesialist i barnekirurgi og i generell kirurgi og overlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arne Kristian Myhre (f. 1959)

er spesialist i barnesykdommer, overlege og førsteamanuensis.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Kumetz LM, Quint EH, Fisseha S et al. Estrogen treatment success in recurrent and persistent labial agglutination. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 381–4.
- Van Eyk N, 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.
- Østhuus K. Sammenvoksning av labia. I: Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2013. <https://legehandboka.no/> (25.10.2016).
- Starr NB. Labial adhesions in childhood. *J Pediatr Health Care* 1996; 10: 26–7.
- Nurzia MJ, Eickhorst KM, Ankem MK et al. The surgical treatment of labial adhesions in prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 21–3.
- Bacon JL. Prepubertal labial adhesions: evaluation of a referral population. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 327–31, discussion 332.
- Omar HA. Management of labial adhesions in prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13: 183–5.
- Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr* 2003; 92: 1453–62.
- Pokorny SF. Prepubertal vulvovaginitis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1992; 19: 39–58.
- Schober J, Dulabon L, Martin-Alguacil N et al. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 337–9.
- Leung AK, Robson WL. Labial fusion and asymptomatic bacteriuria. *Eur J Pediatr* 1993; 152: 250–1.
- Eroğlu E, Yip M, Oktar T et al. How should we treat prepubertal labial adhesions? Retrospective comparison of topical treatments: estrogen only, beta-methasone only, and combination estrogen and betamethasone. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24: 389–91.
- Myers JB, Sorensen CM, Wisner BP et al. Beta-methasone cream for the treatment of prepubertal labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 407–11.
- Leung AKC, Robson WLM, Kao CP et al. Treatment of labial fusion with topical estrogen therapy. *Clin Pediatr (Phila)* 2005; 44: 245–7.
- Muram D. Treatment of prepubertal girls with labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999; 12: 67–70.
- Mayoglou L, Dulabon L, Martin-Alguacil N et al. Success of treatment modalities for labial fusion: a retrospective evaluation of topical and surgical treatments. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009; 22: 247–50.
- Cleemann L, Holm K. Perifer pubertas praecox som bivirkning i forbindelse med østrogenbehandling af labial adhærens hos en syvårig pige. *Ugeskr Læger* 2011; 173: 1435–6.
- Ertürk N. Comparison of estrogen and betamethasone in the topical treatment of labial adhesions in prepubertal girls. *Turk J Med Sci* 2014; 44: 1103–7.
- Smith C, Smith DP. Office pediatric urologic procedures from a parental perspective. *Urology* 2000; 55: 272–6.
- Thepcharoenirund S. Separation of labial fusion under topical anesthesia. *J Med Assoc Thai* 1999; 82: 1085–8.
- Soyer T. Topical estrogen therapy in labial adhesions in children: therapeutic or prophylactic? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 241–4.
- Gaudens DA, Moh-Ello N, Fiogbe M et al. La coalescence des nymphes au service de chirurgie pédiatrique du CHU de Yopougon : à propos de 108 cas. *Sante* 2008; 18: 35–8.
- Bacon JL, Romano ME, Quint EH. Clinical Recommendation: Labial Adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28: 405–9.
- Thibaud E, Duflos C. Plaidoyer pour l'enfant: le traitement de la coalescence des petites lèvres est inutile. *Arch Pediatr* 2003; 10: 465–6.

Mottatt 3.2. 2016, første revisjon innsendt 23.5. 2016, godkjent 25.10. 2016. Redaktør: Geir W. Jacobsen.