

# Äge genitaalhaavand Epstein-Barri viiruse infektsiooni foonil: haigusjuhu kirjeldus ja kirjanduse ülevaade

Doris Poolamets<sup>1</sup>, Kai Part<sup>2,3</sup>

Äge genitaalhaavand (ingl *acute genital ulcer*, AGU), varasema nimetusega Lipschützi haavand, on harva esinev genitaalidel paiknev äge haavand, mis tekib peamiselt puberteedialistel tütarlastel või noortel naistel sageli esmase viirusinfektsiooni, eriti Epstein-Barri viiruse (EBV) haigestumise foonil. Haavandid on väga valulikud ning võivad kaasneda süsteemsed nähud nagu palavik, väsimus ja lümfadenopaatia (1, 2).

## 1. Haigusjuhu kirjeldus

13aastane tüdruk toodi kiirabiga TÜ Kliinikumi lastehaigla erakorralise meditsiini osakonda viis päeva kestnud ebaselge põhjusega kõrge (kuni 40 °C) palaviku tõttu. Palavik ei allunud paratsetamoolile ega ibuprofeenile. Esines peavalu, iiveldus ja oksendamine. Nohu ja köha puudusid. Laps oli loid ja jõuetu. Neljandal palavikupäeval tekkis valu välisgenitaalide piirkonda. Järgneva sümptomina tekkis veresegune eritis tupest. Laps ei saanud valu tõttu istuda ning urineerimine põhjustas tugevat kipitust.

Hospitaliseerimisel kaebas patsient kerget kipitust silmades, konjunktiivid olid hüperemilised. Hingamissagedus oli 22 korda minutis, kopsudes oli kuuldav vesikulaarne hingamiskahin, südame löögisagedus oli 90–105 korda minutis, vererõhk 113/72 mm Hg, vere hapnikuküllastus (SpO<sub>2</sub>) 98%. Esines peenpapuloosne lööve labakätel ja -jalgadel. Suurenenud lümfisõlmi palpatsioonil tunda ei olnud. Köht oli palpatsioonil pehme, põrn ja maks roidekaare all, neel hüperemiata. Esialgsel vaatlusel oli näha haavand genitaalidel.

Laboratoorsetest analüüsides esines veres leukotsütoos (16,6 × 10<sup>9</sup>/L), trombotsütopeenia (131 × 10<sup>9</sup>/L), lümfotsütoos (4,26 × 10<sup>9</sup>/L), neutrofiilia (11,22 × 10<sup>9</sup>/L), monotsütoos (2,05 × 10<sup>9</sup>/L); C-reaktiivse valgu (CRV) sisalduse suurenemine (113 mg/L), prokaltsitoniini tõus (1,69 mcg/L), transaminaaside tõus (ASAT 108 u/L ja ALAT 98 u/L) ja laktaat-dehüdrogenaasi tõus (336 u/L), teised biokeemilised markerid verest olid väheoluliste nihetega või normis.

Bakteriaalse infektsiooni kahtluse tõttu alustati infusioonravi ja antibakteriaalset ravi amoksitsilliin-klavulaanhappega ja lokaalset haavandi valuravi lidokaiiniga. Esmase diagnoosihüpoteesina kaaluti herpesinfektsioonist põhjustatud genitaalhaavandit, kuna herpesnakkus on üks sagedasem genitaallööbe tekitaja ning patsiendil esinesid viirusinfektsiooni sümptomid. Kuna haavandil puudus aga tüüpilisele herpesviirusele iseloomulik villiline lööve, kaaluti diagnoosihüpoteesina ka süsteemset haigust (Crohni või Behçeti tõbi). Kaaluti ka välise trauma ning seksuaalsel teel levivate infektsioonide esinemise võimalust. Patsienti ja tema vanemat küsitleti välise trauma ning patsienti eraldi privaatselt ka seksuaalkontaktide esinemise kohta. Kumbki võimalus kinnitust ei leidnud.

Mikrobioloogiliseks uuringuks võeti esimesel ravipäeval tupeesikust materjal bakteriaalseks külviks, teisel ravipäeval võeti tupeesikust analüüsides sagedasemate seksuaalsel teel levivate haiguste (klamüdioos, gonorröa, trihhomoniasis) suhtes. Tupe haavandi pinnalt võeti külvid herpesviirus 1 ja 2 ning kurgukaapest A-grupi streptokoki suhtes. Ninaneelukaapest võeti paneelanalüüs hingamisteede infektsioonide tekitajate (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*) suhtes. Ninaneelust võeti analüüs viiruste suhtes: SARS-koroonaviirus-2, A- ja B-gripiviirus, respiratoor-süntsütiaalne viirus (RSV),

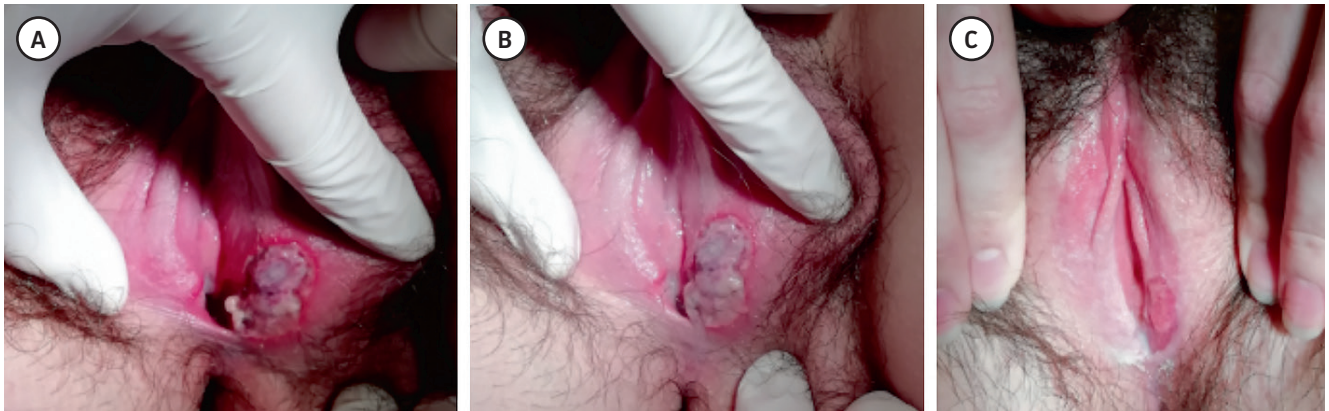
Eesti Arst 2026; 105(2):91–97

Saabunud toimetusse: 20.11.2025  
Avaldamiseks vastu võetud: 29.12.2025  
Avaldatud internetis: 23.02.2025

<sup>1</sup> Tartu Ülikooli arstiteaduse eriala üliõpilane,  
<sup>2</sup> Tartu Ülikooli naistekliinik ja seksuaaltervise uuringute keskus,  
<sup>3</sup> Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik

Kirjavahetajaautor:  
Doris Poolamets  
doris.poolamets@gmail.com

Võtmesõnad:  
äge genitaalhaavand, Lipschützi haavand, Epstein-Barri viirus



**Joonis 1. A.** 6. haigestumise päev – vasaku suure häbememoka tugev turse ja punetus. Tupeesikus vasaku väikese häbememoka sisepinnal alaosas mõõtmatega 4 × 3 cm niiske nekrootilise pinnaga ja kollakashallika katuga kaetud sügav haavand, mis ümbritsetud punase valliga. Sarnane väiksem haavand mõõtmatega 1 × 1 cm parema väikese häbememoka alaosa sisepinnal. **B.** 8. haigestumise päev – haavandite servad on kootunud, pind puhtam, nekrootiline osa on eraldumas, turse ja ümbritsev punetus alanemas. **C.** Haigestumise 20. päev – vasaku väikese häbememoka siseküljel kaudaalsel puhta põhjaga paranev haavand mõõtmatega 2,5 × 1 cm, ümbritsev limaskest punetuseta, turseta. Fotod: Kai Part (avaldatud patsiendi nõusolekul).

adeno-, metapneumo-, paragripi-, enteroviirus. Kõigi loetletud analüüside tulemused olid negatiivsed.

Genitaalide objektiivset leidu hindasid ühiskonsultatsioonil teisel haiglas viibimise päeval lastegünekoloog ja dermatoloog: esines vasaku suure häbememoka tugev turse ja punetus, tupeesikus vasakul väikese häbememoka sisepinnal oli sügav, mõõtmatega 4 × 3 cm, nekrootilise põhjaga ja hallikaskollase katuga kaetud valulik haavand, mille ümbruses oli limaskest punetav (vt joonis 1A). Paremal väikese häbememoka sisepinnal oli sarnane, kuid väiksem, 1 × 1 cm haavand. Haavandid olid palpatsioonil väga valulikud. Suu limaskestal patoloogiat ei esinenud. Kubeme lümfisõlmed ei olnud palpeeritavalt suurenenud. Hüümen oli lokkiva servaga ja östrogeeniseeritud. Häbemekarvade kasv vastas Tanneri järgi 4. staadiumile, rindade kasv oli alanud poolteist aastat tagasi ja vastas Tanneri järgi 4. staadiumile, menarhe ei olnud veel alanud. Diagnoosi hüpoteesiks pandi Lipschützi haavand ja soovitati määrata tsütomegaloviiruse ja Epstein-Barri viiruse antikehad verest. Raviskeemi lisati lokaalselt klobetasoolsalvi.

Kolmandal ravipäeval tuvastati viroloogilise testimise käigus Epstein-Barri viiruse (EBV) äge infektsioon. Selle alusel pandi diagnoos koodiga N76.6 ehk häbemehaavand; Lipschützi haavand ägeda EBV-infektsiooni foonil.

Haiguse kulg oli soodne. Neljandal ravipäeval hakkas genitaalhaavandi valulikkus taanduma, kuigi urineerimine oli endiselt valulik, palavikku enam ei esinenud. Viiendal ravipäeval lubati patsient koju. Haiglast lahkudes olid kõik vere biokeemilised näitajad alanenud. Püsis veel lümfotsütoos ( $5,20 \times 10^9/L$ ).

Haiglast lahkumisele järgnenud 4. päeval tehtud kaugvastuvõtul oli lapse üldseisund oluliselt paranenud, valuvaigisteid ta enam ei vajanud. Soovitati veel 7 päeva kasutada klobetasoolsalvi. 10. haiglaravijärgsel päeval toimunud visiidil oli laps valuvaba (ka urineerides) ja haavand oli taandumas (vt joonis 1C). 24. haiglaravijärgseks päevaks oli genitaalhaavand täielikult paranenud ja patsient oli naasnud tavapärase elu juurde.

## 2. Kirjanduse ülevaade

Mitteveneriliste genitaalhaavandite puhul eristatakse kolme rühma: idiopaatilised, sekundaarsed ja gangrenoossed haavandid. Sekundaarne haavand on tavaliselt seotud kas Behçeti või Crohni tõvega. Gangrenoosne haavand esineb peamiselt seksuaalselt mitteaktiivsetel tütarlastel ja noortel naistel ning on seotud infektsioonile viitavate üldnähtudega. Seejuures on seda tüüpi genitaalhaavandid akuutse algusega, paranevad iseenesest ega kordu (2). Kirjeldatud juhul oli tegu kolmanda rühma ehk gangrenoosse või teisisõnu Lipschützi haavandiga.

Termin „Lipschützi haavand” pärineb 1913. aastast, kui saksa dermatoloog Benjamin Lipschütz kirjeldas esimest korda ägedaid genitaalhaavandeid noortel naistel, kellel ei olnud seksuaalkontakte ega suguhaiguste tunnuseid. Tänapäeval kasutatakse sagedamini terminit „äge genitaalhaavand” (ingl *acute genital ulcer*, AGU), mis on kirjeldavam ja pole eponüüm (2).

Kirjanduse põhjal on haigestunute keskmine vanus 15,1 aastat ning 96% haigestunutest on naised. Ägeda genitaalhaavandiga patsientidest 71%-l ei ole varem partneriga seksuaalsuhteid esinenud. Lipschützi haavandi tekkele eelnevad tüüpilised sümptomid on kurguvalu (59%), lümfadenopaatia (73%) ning süsteemsed sümptomid nagu palavik (91%) ja väsimus (64%). Haavandi kesketeks sümptomiteks on valulikkus ja düsuuria (2).

Tüüpiliselt esineb üks kuni kolm haavandit väikestel või suurtel häbememokkadel. Lisaks on haavandeid kirjeldatud tupeesikus (tüüpiliselt selle alumises osas) või perineumil. Haavand asetseb bilateraalset 7%-l juhtudest ja 90%-l esineb „suudluse fenomen” ehk mõlemal pool asub haavand samas lokaliseerimises, haavandi suurus varieerub 0,3–5 cm (kõige sagedamini  $\geq 10$  mm). Äge genitaalhaavand on selgepiiriliste servadega ja kaetud nekrootilise katuga, servad sageli erütematoossed ja turses. Haavandi pind võib olla nekrootiline, kuid see võib olla ka puhta põhjaga. Haavandi põhjal olev katt on tavaliselt niiske, hallikaspruun ja ei ole kergesti eemaldatav. Kui patsiendil on suurenenud tupevoolus, siis tuleks kahtlustada ka tupehaavandite esinemist. Välisgenitaalide turse ja punetus kaasnevad haavanditega sagedasti ja võivad olla seotud paikse tselluliidiga (1, 2).

### 2.1. Etioloogia ja patogenees

Ägeda genitaalhaavandi etioloogia ja tekke mehhanism ei ole täpselt teada, samuti ei ole teada täpne esinemissagedus, kuna patsiendid võivad peljata genitaalhaavandi kaebusega arsti juurde pöörduda (3). On leitud, et haavand tekib samal ajal mingi infektsiooniga – näiteks on kirjeldatud Epstein-Barri viiruse / infektsioosse mononukleoosi, tsütomegaloviiruse, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma fermentans*’i, mumps, parvoviiruse, salmonelloosi / paratüüfuse, samuti A- ja B-gripi viiruse ning adenoviiruse samaaegset esinemist

(1, 3). Lisaks on hiljuti oletatud, et vallandavaks teguriks võib olla ka COVID-19 ja selle vastu vaksineerimine (4, 5). Ägeda genitaalhaavandi teket soodustav tegur on hüpoteetiliselt ka IgA-puudulikkus (6).

Vulva haavandite tekkes võivad rolli mängida ka hormonaalsed muutused. Noorte naiste prospektiivsel uuringul ei leitud seost ägeda genitaalhaavandi tekke ja menstruaaltsükli vahel. Siiski märgiti, et 25%-l juhtudest esines selline haavand enne puberteeti ning 25%-l esimese aasta jooksul pärast menarhet (7).

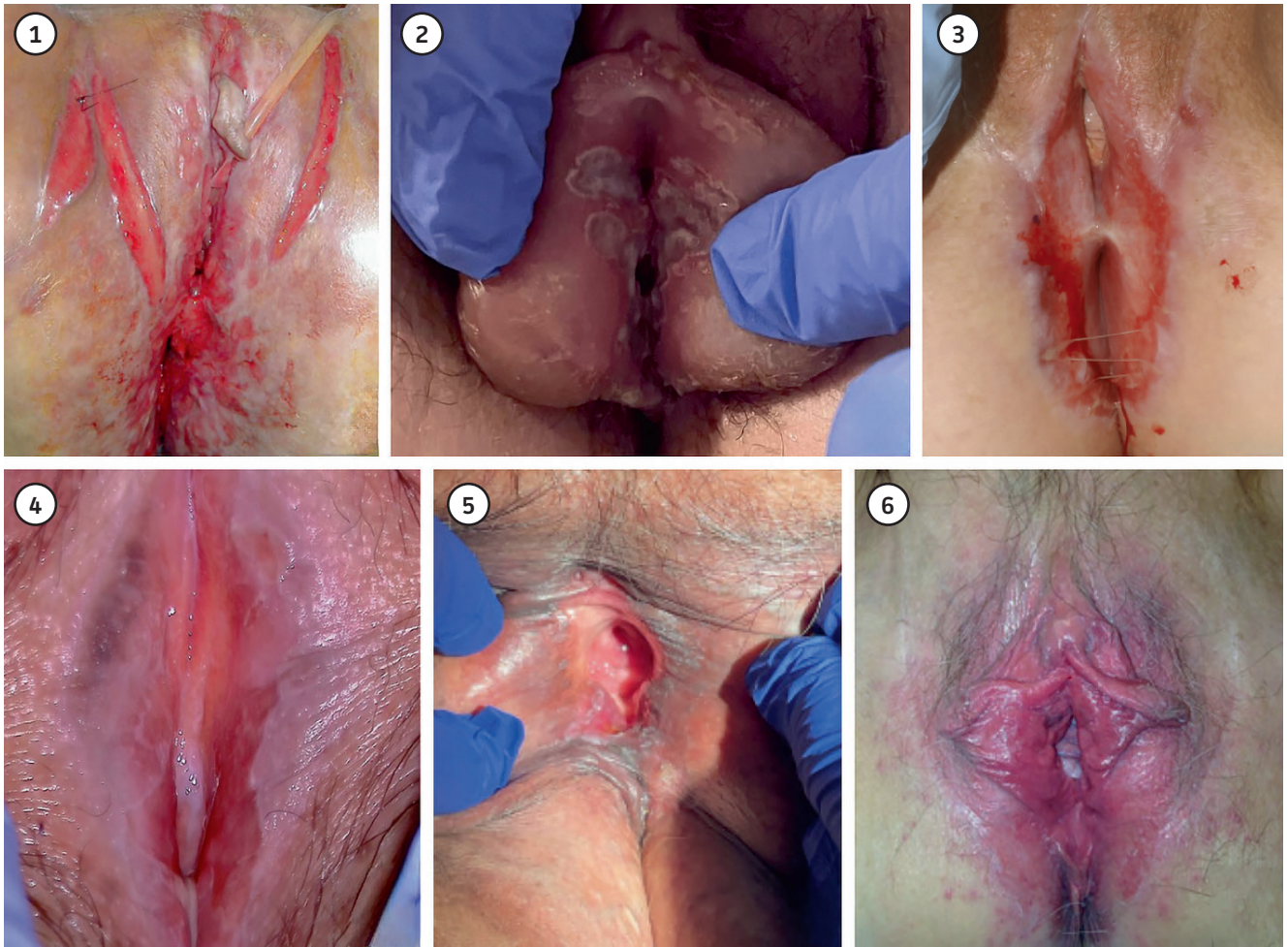
Ägeda genitaalhaavandi patogenees ei ole täielikult selge. Kokku on teooriaid neli, kuid juhtivad hüpoteesid viitavad kas hematogeensele või urogeensele levikule. Hematogeense leviku puhul liiguvad haavandi piirkonda infitseeritud EBV-lümfotsüüdid või Langerhansi prekursorrakud. Urogeenne teooria põhineb leiul, et EBV eritub kehast uriini kaudu. Teised kaks hüpoteesi seostavad ägeda genitaalhaavandi teket tekitaja levikuga seksuaalsel teel, kuid need hüpoteesid on pigem ebatõenäolised, sest enamik selle haavandiga patsientidest ei ole kunagi seksuaalvahekorras olnud.

Kui viirus on levinud sihtmärkkoele, arvatakse EBV puhul, et kaasneb tsütotoksiline immuunsüsteemi hüperreaktiivne reaktsioon viiruse antigeenide suhtes. Selle käigus ladestuvad immuunkompleksid naha väikestesse veresoontesse, põhjustades mikrotromboose, mis viivad haavandumise ja koe nekroosini (2).

### 2.2. Diferentsiaaldiagnostika ja diagnoosimine

Seksuaalsel teel levivad infektsioonid, nagu liht-herpesviirus, süüfilis, veneeriline klamüüdiaalümfogranuloom (LGV) ja pehme šanker, on genitaalhaavandite põhjuseks seksuaalselt aktiivsetel inimestel. Kõige sagedamini diagnoositakse äge genitaalhaavand ekslikult genitaalherpeseks ning alustatakse sümptomaatilist ravi atsükloviiriga enne diagnoosi täpsustamist molekulaardiagnostilise meetodiga. Herpesviirusele on tüüpilised villilised või haavanduvad lööbeelemendid. Tuleb silmas pidada, et genitaalidel võib herpesviirusest tingitud lööve tekkida ka mitteseksuaalsel teel (3).

Primaarne süüfilis ja LGV võivad mõlemad avalduda valutute haavanditena, diagnoosi kinnitavad molekulaardiagnostilised uuringud. Lipschützi haavand on ägeda



**Joonis 2.** 1. Crohni tõve tekitatud nahamuutused (pildi kasutamiseks on saadud artikli autorilt Vincent de Paradesilt kirjalik luba, 11). 2. Beçheti tõve tekitatud genitaalhaavandid (14). 3. Villiline pemfigoid (16). 4. Lame lihhen (17). 5. Plasmarakuline vulviit (18). 6. Atoopiline dermatiit (17). Fotod 2–6 on avatud juurdepääsuga väljaannetest.

algusega, väga valulik ja esineb peamiselt seksuaalselt mitteaktiivsetel noortel naistel. Haavand taandub iseenesest ilma edasiste tüsistusteta (8).

Pehme šanker on harv seksuaalsel teel leviv infektsioon, mis avaldub tavaliselt erütematoosse paapulina, mis muutub kiiresti pustuliks ja seejärel väga valulikuks pehmete ebaregulaarsete servadega haavandiks, samas kui äge genitaalne haavand kujuneb kindlate piirjoontega haavandiks (9). Kui patsiendil on esinenud seksuaalkontakte, siis tuleb välistada nimetatud ja ka teised seksuaalsel teel levivad haigused (9, 10).

Lisaks seksuaalsel teel levivatele infektsioonidele tuleb ägeda genitaalhaavandi diagnoosi kinnitamiseks välistada süsteemsed haigused nagu Crohni ja Beçheti tõbi. Crohni tõbi avaldub vulval harva (vt

joonis 2 pilt 1). Seda iseloomustab granulomatoosne põletik, mis võib kliiniliselt avalduda erüteemi, turse, „noalõike“ haavandite ja lõhedena häbememokkadel, kliitoril või kogu anogenitaalpiirkonnas (11). Crohni tõve sümptomid on kõhulahtisus, kõhuvalu, iiveldus või oksendamine, kaasnedes võib veel kaalulangus, palavik ja väsimus (12). Beçheti tõve korral esineb genitaalkahjustusi rohkem kui 80%-l patsientidest (vt joonis 2 pilt 2). Need haavandid on korduvad ning paranevad enam kui 70%-l juhtudest armiga (13). Lisaks on Beçheti tõvele tüüpilised suus paiknevad haavandid, krooniline korduv uveit ning süsteemne vaskuliit (14).

Ägedat genitaalhaavandit tuleb eristada ka teisest nahahaigusest, nagu toodud joonisel 2 piltidel 3–6. Villiline pemfigoid, pemfigus *vulgaris* ja pemfigus *foliaceus* võivad haarata vulvat, kuid tüüpiliselt

esinevad need vanemas eas patsientidel (13, 15). Joonise 2 pildil 3 on villilise pemfigoidi armistav vorm: selle vormi puhul esinevad kahjustused on tavaliselt erosiivsed, sest õhukesel ja hapral nahal moodustunud villide katted purunevad kergesti (16).

Lame lihhen ehk *lichen planus* (vt joonis 2 pilt 4) avaldub vulval erosioonidena, mis on erepunased, valgete pitslaikudega, valulikud ning põhjustavad seksuaalvahekorrajärgset verejooksu, düsuuriat ja düspareuuniat; aja jooksul võib tekkida armistumine, atroofia, kliitori fimoos ja tupeava kitsenemine (15, 17).

Lamerakuline kartsinoom (SCC ehk ingl *squamous cell carcinoma*) on kõige sagedasem vulva kasvaja, millel on kaks alavormi. Vanemaealistel areneb SCC atroofilis-sklerootilise lihheni foonil ja sel juhul on vähi eelvormiks diferentseeritud vulva intraepiteliaalne neoplaasia (dVIN). dVIN võib olla väga varieeruv, näiteks hallivalge värvuse ja kareda pinnaga lesioon või erütematoosne kahjustus, millel võib, kuid ei pruugi olla halvasti piiratud äärega haavand. Teine SCC alavorm tekib noorematel naistel, kes on nakatunud kõrge riskiga HPVga, eriti tüüpidega 16 ja 18. Nendel juhtudel esineb SCC on sageli mittekeraatiniseeruv ning sellele eelneb tavaline vulvaarne intraepiteliaalne neoplaasia (uVIN), mis on enamasti tüükaline või basaloidne (15).

Plasmarakuline vulviit (vt joonis 2 pilt 5) on harva esinev healoomuline krooniline põletikuline seisund, mis esineb peamiselt postmenopausis naistel ja mida iseloomustavad erütematoossed laigud. Kliiniliselt esineb üks või mitu läikivat erütematoosset laiku koos purpursete „Cayenne'i pipra“ laigukestega. Kahjustused on selgelt piiritletud ning sageli kahepoolsed ja sümmeetrilised (15, 18).

Vulva atoopilisele ja kontaktdermatiidile on iseloomulikud punetavad, turses ja ekskoriatsioonidega laigud (vt joonis 2 pilt 6) (15, 17).

Ägeda genitaalhaavandi diagnoosi püstitamisel ei ole kindlat standardiseeritud lähenemist (3). Diferentsiaaldiagnostiliselt on lisaks haavandi iseloomu kindlakstegemisele oluline ka teiste elundkondade seisund. Anamneesi kogumisel tuleb keskenduda ka suuõõne, naha, silmade, närvisüsteemi, gastrointestinaalsete ja kuseteede sümptomite uurimisele, et välistada eespool kirjeldatud

süsteemsed haigused (1). Soovitatav on hinnata ägeda genitaalhaavandi kliinilisi sümptomeid ja süsteemsele infektsioonile viitavaid sümptomeid. Süsteemse infektsiooni sümptomite hulka kuuluvad palavik, väsimus, nõrkus, peavalu, ülemiste hingamisteede viirusinfektsioonidele või gastrointestinaalsetele infektsioonidele viitav sümptomaatika.

Seksuaalvahekorra anamneesi on soovitatav teismeliste puhul uurida täiskasvanud saatjatest eraldi (3). Anamneesist peab selguma ka trauma/seksuaalvähivalla võimalus (1). Objektiivse leiu juures tuleb tähele panna nahal või limaskestadel esinevaid haavandeid, sh vaadelda välisgenitaale. Soovitatav on võtta haavandist analüüs herpesviiruse suhtes, kuid valu tõttu ei pruugi see olla võimalik ja sellisel juhul on soovitatav määrata herpesviiruse antikehad verest. Kui patsiendil on olnud seksuaalvahekordi, siis peab teda testima enam levinud seksuaalsel teel levivate infektsioonide suhtes. Kirjeldatud juhul ei kasutatud günekoloogilise läbivaatuse käigus tupepeegleid, sest see oleks olnud patsiendile ebamugav ning see ei ole vajalik, kui haavandid on nähtavad välisel vaatlusel (3). Haavandi(te) pildistamine peab toimuma vaid patsiendi nõusolekul.

Lisaks tuleb määrata hemogramm, verest elektrolüüdid, maksa- ja neerufunktsiooni näitajad, et välistada süsteemseid haigusi. Soovitatav on seroloogiline uuring Epstein-Barri viiruse ja tsütomegaloviiruse ning teiste viirusinfektsioonide suhtes. Siinkohal tuleb mainida, et haavandi ravikäsitus jääb samaks, sõltumata seda vallandanud infektsiooni etioloogiast (1, 2). Biopsia tuleks teha vaid juhtudel, kui haavandi paranemine on aeglane või haavandid tekivad korduvalt (1, 10).

### 2.3. Ravi

Ägeda genitaalhaavandi ravi on peamiselt sümptomaatiline. Selle eesmärk on vähendada haavandiga kaasnevat valu ja ebamugavustunnet. Seetõttu kasutatakse lokaalseid ja süsteemseid valuvaigisteid ning lokaalse ravina ka kortikosteroide. Paiksetest tuimestavatest vahenditest on kirjanduse põhjal enim kasutusel lidokaiinist, ksülökaiinist ja tetrakaiinist kombineeritud geel, kuid neid preparaate kasutatakse ka eraldi. Lokaalseid valuvaigisteid tuleks vastavalt vajadusele kombineerida suukaudsete valuvaigisti-

tega, nagu paratsetamool, ibuprofeen või naprokseen.

Lisaks on vaja hoida haavandi piirkonna head hügieeni ja teha haavahooldust. Piirkonna puhastamisel on soovitatav hoiduda ärritajatest, näiteks seebid, käsimüügravimid ja niisked salvrätid. Düsuurilisi vaevusi võivad leevendada vannis urineerimine, istevannid ja perineumi hooldamine füsioloogilise lahusega. Pärast loputamist tuleb naha kaitsebarjäär taastada, kandes peale vaseliini või tsinkoksiidi salvi.

Patsiendile ja tema lähedastele tuleb selgitada haavandi võimalikku etioloogiat, sest sageli kaasneb haavandiga häbi ning teadmatus (1, 10, 19).

Vismara kaastöötajatega leidsid süsteematilise analüüsi tulemusena, et süsteemsete glükokortikosteroidide kasutamisel kestis haavandi paranemine kauem (22 päeva) kui ilma kortikosteroidravita (15 päeva) (16). See-eest lokaalsed glükokortikosteroidid, näiteks 0,05% klobetasoolsalv 7–10 päeva jooksul, on empiiriliste uuringute põhjal soovitatav raviviis (19, 20).

Juhul kui kahtlustatakse, et lisaks ägedale genitaalhaavandile on tekkinud tselluliit, tuleb seda vastavalt põhjusele ravida kas antibiootikumidega või seenevastaste preparaatidega (3).

## 2.4. Prognoos

Kui sümptomid on tõsised, tuleb patsient hospitaliseerida. Kui eelistatakse kodust ravi, siis on soovituslik kutsuda patsient korduvvastuvõtule nädala pärast ning vajaduse korral sagedamini, kuni haavand on paranenud (1–3, 10). Kirjanduse põhjal kestab ägeda genitaalhaavandi paranemine 14–21 päeva, mis on võrreldav herpesviiruse tekitatud haavandiga. Haavand paraneb ilma armita ning korduvat esinemist pole kirjanduse andmeil täheldatud (2, 3).

## KOKKUVÖTE

Kirjeldatud juhul tekkis 13aastaselt tüdrukul Epstein-Barri viiruse foonil harva esinev äge genitaalhaavand (Lipschützi haavand). Haigusjuhu ja kirjanduse ülevaate põhjal võib kokkuvõtlikult öelda järgmist:

- Ägeda genitaalhaavandi esinemine on võimalik teismelistel, sageli enne seksuaalelu alustamist, ja sellega kaasneb mõni (viirus)infektsioon.
- Lipschützi haavandit ei põhjusta seksuaalsel teel levivad infektsioonid.

- Esmasel kliinilisel hindamisel tuleb kaaluda herpesinfektsiooni võimalust, sest see on sage valuliku genitaallööbe põhjustaja.
- Ravi on sümptomaatiline ja seisneb valu vähendamises, empiirilisel kasutatakse ka lokaalseid glükokortikoide.
- Äge genitaalhaavand paraneb spontaanselt ilma armita ja tavaliselt ei kordu.

## TÄNUAVALDUS

Täname dr Kadri Sikku ja dr Eda Tamme terminoloogiliste nõuanete ja ravitiimis osalemise eest!

## SUMMARY

### Acute genital ulcer in the context of Epstein–Barr virus infection: a case report and literature review

Doris Poolamets<sup>1</sup>, Kai Part<sup>2, 3</sup>

The presented case report describes a rare instance of an acute genital ulcer (Lipschütz ulcer) in a 13-year-old girl.

Based on this case and the existing literature, the following conclusions can be drawn:

- Acute genital ulcer is an uncommon condition that may appear in adolescents, often before the onset of sexual activity, and is typically associated with a viral infection.
- Lipschütz ulcer is not caused by sexually transmitted infections.
- During the initial clinical assessment, the possibility of herpes infection should be considered, as it is a common cause of painful genital rash.
- Management is primarily symptomatic, focusing on pain relief. Topical glucocorticoids are sometimes used empirically to reduce inflammation.
- Ulcers usually heal spontaneously without scarring, and rarely recur.

## KIRJANDUS / REFERENCES

1. Govindan B. Lipschütz ulcers: a literature review based on 79 cases. *EMJ Reproductive Health* 2016;73–8.
2. Farhi D, Wendling J, Molinari E, et al. Non-sexually related acute genital ulcers in 13 pubertal girls. *Arch Dermatol* 2009;145:38–45.
3. Chelmon D, Karjane N, Ricciotti H, Young A. *Office gynaecology: a case-based approach*. Cambridge, United Kingdom; New York, NY: Cambridge University Press; 2019.
4. Kanetani H, Obuchi T, Ishikawa H, Shozu M. Acute vulvar ulcer as a possible adverse event of gene-based COVID-19 vaccines: a review of 14 cases. *J Obstet Gynaecol Res* 2023;49:1846–53.
5. Vismara SA, Ridolfi A, Faré PB, et al. COVID-19, coronavirus vaccines, and possible association with Lipschütz vulvar ulcer: a systematic review. *Clin Rev Allergy Immunol* 2023;65:166–71.

<sup>1</sup> 6th year medical student,  
<sup>2</sup> University of Tartu Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Women's Clinic and Sexual Health Research Centre,  
<sup>3</sup> Tartu University Hospital, Women's Clinic

Correspondence to:  
Doris Poolamets  
doris.poolamets@gmail.com

Keywords:  
acute genital ulcer,  
Lipschütz ulcer, Epstein-Barr virus

6. Kinyó Á, Nagy N, Oláh J, Kemény L, Bata-Csörgő Z. Ulcus vulvae acutum Lipschütz in two young female patients. *Eur J Dermatol* 2014;24:361–4.
7. Huppert JS, Gerber MA, Deitch HR, Mortensen JE, Staat MA, Adams PJ. Vulvar ulcers in young females: a manifestation of aphthosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:195–204.
8. CDC. Morbidity and mortality weekly report sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021 Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board. 2021. Kättesaadav: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>.
9. Irizarry L, Wray AA. Chancroid. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Kättesaadav: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513331/>.
10. Stewart KMA. A clinical approach to vulvar ulcers. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2017;44:445–51.
11. Barret M, de Parades V, Battistella M, Sokol H, Lemarchand N, Marteau P. Crohn's disease of the vulva. *J Crohn's Colitis* 2014;8:563–70.
12. Ranasinghe I, Hsu R, Tian C. Crohn Disease. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Kättesaadav: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436021/>.
13. Mendes D, Correia M, Barbedo M, et al. Behçet's disease – a contemporary review. *J Autoimmun* 2009;32:178–88.
14. Eisenberg PA, Pearce B, Anders C, Collier V. Fever, leukocytosis, and ulcerated vulvar lesions: an atypical presentation concerning Behçet's disease. *Cureus* 2024;16:e64159.
15. Selim MA, Hoang MP. A histologic review of vulvar inflammatory dermatoses and intraepithelial neoplasm. *Dermatol Clin* 2010;649–67.
16. Rashid HJ, Oldhoff M, Esajas M, et al. Juvenile and adult vulvar pemphigoid, an underrecognized entity: case series of fourteen patients. *JAAD Case Reports* 2021;13:75–80.
17. Brägelmann C, Wölber L, Susok L, et al. Update vulvar dermatology – diagnostics and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges* 2025;23:65–86.
18. Fisher L, Alnaggar E. Plasma cell vulvitis: A case report. *Case Rep Women's Health* 2024;42:e00601.
19. Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L, et al. Lipschütz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr* 2020;179:1559–67.
20. Huppert JS. Lipschütz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women. *Dermatol Ther* 2010;23:533–40.

## LÜHIDALT

### Arteriaalne hüpertensioon võib ilmnedagi juba lapseas

Vähe on uuringuid arteriaalse vererõhu dünaamika kohta lapseas, alates sünnist kuni täiskasvanuks saamiseni. Rahvusvaheline teadlaste rühm hindas Belgias käimasoleva lapsea tervisemõjude uuringu ENVIRONAGE raames laste vererõhu muutumist alates sünnist kooliikka jõudmiseni.

Uuringusse kaasati 500 ajaliselt sündinud tervet last, 53,2% olid tütarlapsed. Neil registreeriti vererõhu väärtused kohe pärast sündi, väikelapseas (4–6 a) ja koolieas (9–11 a). Hindamiseks standardiseeriti vereõhu väärtused vastavalt

eale, soole ja pikkusele, lähtudes 2017. aasta USA pediaatriaakadeemia juhendist.

Nii süstoolse, diastoolse kui ka keskmise vererõhu väärtused suurenesid lapse kasvades. Näiteks tõusis keskmine vererõhk sünnist väikelapseikka jõudmiseni 8,2 mm Hg võrra väärtuseni 74,6 mm Hg ja edasi kooliikka jõudmiseni veel 6,7 mm Hg võrra väärtuseni 82,1 mm Hg. Väikelasest oli 34%-l vererõhk kõrgenenud ja 2,1%-l hüpertensiivsetes väärtustes, kooliealistest lastest oli 32,3%-l kõrgenenud vererõhk ja 19,9%-l arteriaalne hüpertensioon. Lastel, kel kohe sünni järel oli vererõhk kõrgenenud, oli optimaalse

vererõhuga lastega võrreldes kooliikka jõudes 28% võrra suurem kõrgenenud vererõhu risk ja 32,7% võrra suurem arteriaalse hüpertensiooni risk.

Kõrgenenud vererõhk vastasündinul on juba eelkooli- ja koolieas ilmneva arteriaalse hüpertensiooni riskitegur. Selle varajane avastamine ja ravi vähendab kardiovaskulaarset riski hilisemas elueas.

### REFEREERITUD

Yu YL, Renaers E, Martens DS, et al. Blood pressure trajectory from birth to preschool and school age in the ENVIRONAGE birth cohort. *JAMA Netw Open* 2026;9:e2551361.