



AZ ORALIS CANDIDIASIS KLINIKAI FORMÁI

DR. DOMBI CSABA

Akár a mikroorganizmusok számát, akár azok diverzitását tekintjük, a szájüreg a szervezet kiemelten fertőzött területe. A szájüregi mikroflóra összetétele és mennyisége külső és belső tényezőktől függ és jelentősen befolyásolja a fog és szájpótlás gyakorisága, alapossága.

Az a tény, hogy nem egyformán vagyunk fogékonnyak különböző fog és szájbetegségekre részben összefügg a szájüregi mikroflóra összetételének különbözőségével. Bár a mikroflórát döntő többségben baktériumok alkotják, a felnőtt lakosság közel felében kimutathatóak szájüregben élő gombák, általában a *Candida albicans*. Ez a gombafaj általában békésen él a szájnyálkahártyán és csak néhány szisztémás, vagy helyi hatás bekövetkeztekor válik patogénné.

A *Candida albicans* hordozást, illetve annak szájüregi szaporodását – kolonizációját – számos tényező befolyásolja. Nyáron és éjszaka növekszik a csíraszám, nőknél gyakrabban lehet kimutatni a hordozást, ugyancsak gyakoribb dohányosok esetén. Gyakoribb a hordozás és magasabb a csíraszám azoknál, akiknél a nyál pH-ja alacsonyabb, vagy valamilyen oknál fogva csökkent a nyáltermelés (xerostomia). Elősegíti a gombák megtelepedését és szaporodását a mikroflóra felborulása, melynek oka lehet antibiotikum fogyasztás, chlorhexidines szájöblögetés (Corsodyl, Chlorhexamed), fogamzásgátló szerek alkalmazása, diabetes mellitus, valamint az oralis sex. A csíraszám növekedés ugrásszerűen nő protézis viselőknél, mert annak alapanyaga megfelelő környezetet jelent a gombáknak, valamint a protézis és a nyálkahártya közötti rések – sötét, meleg, nedves – kiválóan megfelelnek a szaporodásra (nem véletlen, hogy míg a teljes populációban a gombás fertőzés aránya 10% körüli, addig a protézisviselőknél ez az arány 50–70%!). Hasonló lokális hatása van a dohányzásnak, mert a cigaretta füstben lévő aromás policiklikus vegyületek a gomba számára közvetlen tápanyagforrást jelentenek.

Lényeges kiemelni azt, hogy a *Candida albicans* általában ártalmatlan potyautas a szájüregben, fertőzést

elsősorban a kivehető protézisek viselőinél okoz. Náluk a betegség előfordulásának gyakorisága közelít a 70%-hoz. Ha az oralis candidiasis enélkül jelentkezik, érdemes szisztémás háttérbetegség után kutatni, amely lehet súlyos – szerzett, vagy veleszületett immunhiány; immunszuppresszió; daganat, vagy a daganat kezelésének mellékhatása; diabetes mellitus –, de jelentkezhet akár gyógyszerek mellékhatásaként is.

Az oralis candida fertőzés és az azzal járó gyulladás általában nem okoz panaszt, ritkábban enyhe irritáció, fém íz jelentkezik, valamint az akut erythemás formánál fájdalom jelentkezik. A betegség felismerése a szájnyálkahártya vizsgálatával könnyű diagnosztikai feladatot jelent, ha ismerjük a leggyakoribb klinikai típusokat. Ezek a következők:

Erythemás, vagy atrófiás forma

A sokkal ritkább akut formában élénkpiros, fájdalmas területeket látunk főként a szájpadláson, vagy a nyelven.

A krónikus atrófiás candidózist más néven fogsor-stomatitisnek is hívják, aminek a magyarázata, hogy leggyakrabban teljes kivehető fogpótlást (protézist) viselő személyeken alakul ki (Scully és El-Kabir 1994). Anatómiai okokból általában csak a szájpadlást érinti. Gyakran társul hozzá stomatitis (cheilitis) angularis (Budtz-Jorgensen, 1990) és nem ritkán az erythemás candidózis, mely a nyelv hát depapilációját és vöröses elészíneződését, valamint a bucca erythemáját okozza (Holmstrup és Axéll 1990).

Kialakulásának oka, hogy az egyébként is a szájflórához tartozó *Candida albicans* a protézis műanyag alapanyagához szorosan kötődve a nyálkahártya – protézis közötti térben ideális életkörülményekre lelve szaporodni kezd. A protézis alatt felgyülemelő szénhidrátok bőséges táplálékot jelentenek a gombáknak, erjedésük pedig savanyú pH-t és lokális hőmérséklet emelkedést okoz (Bánóczy, 1975.). Hozzájárul ehhez még az időskorban csökkent nyáltermelés és a részben ezzel összefüggő csökkent öntisztulás. Még rosszabb a helyzet a rosszul illeszkedő és nem megfelelően tisztított

fogsorok esetében. Hajlamosító tényezők a dohányzás, a minőségi étkezés, az antibiotikumok szedése, a diabetes mellitus, az immunhiányos állapotok és az időskorral járó megváltozott anatómiai tényezők az arcon és a szájüregben (Samaranyake 1990). A csökkent immunműködéssel kapcsolatban fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a szájüregben előforduló candidiasis esetenként generalizálódhat, fatális következményeket vonva maga után.

A krónikus atrófiás candidózis tünetei: a fogsor eltávolítása után az általa fedett területen éleshatárú, vörös, ödémás helyenként erodált nyálkahártya, mely általában fájdalmat nem, néha égő, csípő érzést okoz (Ellepola és Samaranyake 2000). Az egészséges színű és a vörös, protézis által fedett nyálkahártya közötti éles színbeli különbség leginkább a fogsor hátsó határának megfelelően látható. Enyhébb esetben a fogsor alatt kisebb foltokban látható csupán a kialakult erythema (Newton 1962). Gyakran megfigyelhető az ajakzugok fájdalmas berepedezésével járó cheilitis angularis megjelenése is, mely lehet tisztán gombás fertőzés eredménye, de néha Staphylococcus aureus is szerepet játszhat kialakulásában (Budtz-Jorgensen, 1990). Fontos tudnunk, hogy a szájpadláson hasonló tüneteket okozó akrilát allergia igen ritkán fordul elő (Bánóczy 1975).

Hypertrófiás candidiasis

E klinikai típus elválaszthatatlan a leggyakoribb szájüregi praecancerosistól a leukoplakiától. A leukoplakia felülfertőződése Candida albicanssal megváltoztathatja az elváltozás klinikai képét és növeli a rosszindulatú daganat kialakulásának veszélyét. Feltételezik a hosszú ideig fennálló candida fertőzés hámsajt proliferatív hatását, vagyis leukoplakia kialakulásának ilyen mechanizmusát is.

Pseudomembranosus candidiasis (soor)

Bár viszonylag ritkán látjuk, mégis ez a letörölhető fehér lepedék a leginkább ismert típusa az oralis candidiasisnak. A fehér felrakódást óvatosan letörölve túszúrásnyi piros, vérző pontokat láthatunk a felszínen.

Cheilitis angularis

A szájzug gyulladásakor általában a Candida albicans mellett Staphylococcus, vagy Streptococcus fertőzés is kimutatható. Hajlamosító tényező lehet az éjszakai nyálfolyás és az alacsony harapási magasság miatt kialakuló összefekvő nyálkahártyafelszínnek a szájzugban. Érintett területek fertőtlenítése mellett javasolt ilyenkor a fogsorok korrekciója és az irritáló tényezők kiiktatása.

Median rhomboid glossitis

A nyelv hát hátsó harmadában, a középvonalban kialakuló depapillált, erythemás terület figyelhető meg, melynek kialakulásában korábban fejlődéstani tényezőket is feltételeztek. Mára a fertőzéses – elsősorban Candida albicans – eredet látszik inkább bizonyítotttnak.

Chronicus multifokális oralis candidiasis

A candida leukoplakia, a cheilitis angularis, a median rhomboid glossitis és a szájpad gombás fertőzése közül három egyidejű fennállása esetén mondhatjuk ki a diagnózist, mely kiterjedése és hosszas fennállása miatt jelent súlyosabb kórformát és igényli az átgondolt, határozott kezelést.

Szisztémás betegségekhez társuló oralis candidiasis

Leginkább ebbe a csoportba tartoznak azok a személyek, akiknél protézis nélkül is kiterjedt gombás fertőzés jelenik meg a szájüregben. Közülük a súlyosan immunkompromittált betegek számára jelenti az oralis candidiasis a disseminálódás és így a szisztémás candidiasis kialakulásának veszélyét, amely ezekben az állapotokban közvetlen életveszélyt jelent.

Kezelés: Leggyakrabban tehát fogsor stomatitissal találkozunk. Mivel a hajlamosító tényezők idős korban halmozottan jelennek meg, a krónikus atrófiás candidózis nehezen elkerülhető megbetegedés. Kialakulását leginkább jól illeszkedő protézissel és annak precíz tisztításával, ápolásával lehet elodázni. Az ápolást fogsortisztító kefékkel és tisztító-fertőtlenítő tablettákkal kell végezni. A kialakult gombás fertőzést a nyálkahártya felszínén és a szisztémásan alkalmazott gombaellenes szerekkel kezelhetjük. A nem oly sokszámú hatóanyag közül kiemelkedik a flukonazol hatása (Ellepola és Samaranyake 2000), melyet Diflucan kapszula adagolásával, vagy/és Diflucan szuszpenzió segítségével használhatunk. A szuszpenzió adagolásának előnye, hogy a szájüregben átfogatva helyi, majd az anyagot lenyelve szisztémás hatás érhető el. A szuszpenzió alkalmazásakor a szájüregben nagyobb a flukonazol koncentrációja a kapszulával összehasonlítva. Bármelyik készítményt használva napi 50 mg-os dózis mellett 1–2 hét alatt elérhetjük a kívánt hatást. A fogsorápolást gombás fertőzés esetén ki kell egészíteni határozott fertőtlenítéssel (Neomagnol oldat), szükség esetén pontosítani kell (fogtechnikus „alábéleli”), vagy új fogsor készítését kell elkezdni.

A szájüregi gombás fertőzés fel nem ismerése, vagy a kezelés elmulasztása ritkábban a kórokozó rendkívül veszélyes szervezetten belüli szóródását, gyakrabban krónikus, szövetszaporulattal járó kórforma kialakulásával jár. Az így létrejött papillomatózus szájpad elváltozást már csak szájsebészeti beavatkozással lehet megszüntetni.

Az idős, fogsort viselő páciensek kezelőorvosai tehát időről időre a szájnyálkahártya vizsgálatát is el kell hogy végezzék – a szájpadlás, a nyelv és az ajkak gyakran mutatják a fertőzés jeleit –, főként, mert a fogakkal már nem rendelkező betegek gyakran hiszik, hogy fogorvoshoz már nem kell járniuk. Arra is fel kell hívni a figyelmet, hogy a szájüregi daganatok és azok előfutárai – az oralis praecancerosisok – is leggyakrabban

náluk fedezhető fel panaszt általában nem okozó, de jól látható formában.

IRODALOM

1. Bánóczy, J.: Protézisek által okozott szájnyalkahártyaártalmak. Fogtechnikai Szemle, 42. 102-109; 1975.
2. Scully C., El-Kabir, M.: Candida and Oral Candidosis: A Review. Critical Reviews in Oral Biology and Medicine. 5(2): 125-157, 1994.
3. Budtz-Jorgensen, E.: Candida-Associated Denture Stomatitis and Angular Cheilitis. In.: Oral Candidosis, Chap.9.

(Samaranayake L.P. and MacFarlane T.W., Eds.) Wright, London (1990).

4. Holmstrup, P., Axéll T.: Classification and Clinical Manifestations of Oral Yeast Infections. Acta Odontol. Scand. 48: 57-59. 1990.

5. Ellepola, A.N.B., Samarayanke, L.P.: Oral Candidal Infections and Antimycotics. Review. Critical Reviews in Oral Biology and Medicine. 11(2): 172-198, 2000.

6. Samarayanke L.P.: Host factors and oral candidosis. In.: Oral Candidosis, (Samaranayake L.P. and MacFarlane T.W., Eds.)

7. pp. 66-103. Wright, London (1990).

FELHÍVÁS FELHÍVÁS FELHÍVÁS

TÉMA:

KÉRELEM AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓKHOZ A LAKOSSÁGI MÉHNYAKSZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA

Az egészségügyi kormányzat az „Egészség Évtizede” Népegészségügyi Program keretében 2003. 09. 29-én elindította a szervezett lakossági méhnyakvizsgát. A program keretében a 25–65 év közötti nőket megfelelő információkat tartalmazó meghívólevéllel hívják vizsgálatra, amelyet a nőgyógyászati szakellátás végez.

Magyarországon az onkológiai méhnyakvizsga sok évtizedes múltra tekint vissza, eredmények azonban nem mutatkoznak, a méhnyakrák okozta halálozás ma is több mint 500 életet követel. Azokban az országokban, ahol az egészségügyi ellátórendszer a szűrővizsgálatot szervezeten ajánlja fel az életkor szerint veszélyeztetett korcsoportoknak, a méhnyakrákos halálozás a nullát közelíti.

A hazai szomorú statisztikai adatok fő oka, hogy a nőlakosság nagyobb hányada szinte soha nem jelentkezik szűrővizsgálatra. Ezért a most megindult, szervezett, azaz a személyes nyilvántartáson, meghíváson és követésen alapuló szűrőprogram célja elsősorban az, hogy azokat a nőket szólítsa meg, akik eddig nem jelentkeztek szűrővizsgálatokra. Az első hónapok sajnálatos tapasztalata szerint azonban ezek az asszonyok továbbra is közömbösnek mutatkoznak saját sorsuk iránt, nem élnek a szűrővizsgálat térítésmentesen felkínált lehetőségével.

A szűrőprogramot koordináló bizottság ezen a fórumon is kéri az alapellátásban dolgozó háziorvosok, ápolónők és védőnők segítségét. Az alapellátásban dolgozóknak a szűrővizsgálaton történő részvételre mozgósító és motiváló közreműködése egyrészt pácienseik érdekeit szolgálja, másrészt népegészségügyi jelentőséggel bír.

A támogatást köszöni:

**MÉHNYAKSZŰRÉS ORSZÁGOS
KOORDINÁLÓ BIZOTTSÁG**