



## کاندیدیاز دهانی

# Oral Candidiasis

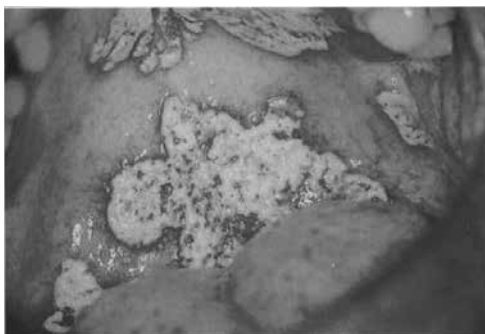
### نمای هیستولوژیک بیماری

یک واکنش التهابی سطحی موضعی همراه با هایپرکراتوز و زخم سطحی که توسط آگزودای فیبرینوئید پوشیده شده که در آنها تعداد زیادی مخمر سودوهایفا یافت می شود. این غشاء کاذب باعث ایجاد ظاهر سفید و منقوط در ضایعات مخاطی می شود.

### اشکال کاندیدیاز دهانی

#### کاندیدیازیس حاد با غشای کاذب (پرفک)

پلاک های سفید به هم پیوسته (patchy) یا خال هایی روی سطح مخاط مربوط به لایه های خارجی اپیتلیوم که برداشت پلاک ها با سایش یا خراشیدن باعث ایجاد ناحیه اریتما یا حتی زخم کم عمق می شود. این ضایعات معمولاً در نوزادان به صورت لکه های سفید نرم چسبنده روی مخاط دهان دیده می شود و وابسته به هیچ عامل زمینه سازی نیست. در بزرگسالان اریتما، التهاب و نواحی دردناک قرمز رنگ با این بیماری همراه هستند و ضایعات مرواریدی سفید شبیه پلاک و گاهی نسبتاً کم رنگ وجود دارند که یک عامل زمینه ساز دائمی باعث ایجاد این حالت می شود.



مخمر های قارچی به ویژه کاندیدا آلبیکنس، ساکن همزیست حفره دهان انسان است. در شرایط عادی این ارگانسیم قارچی با ارگانسیم های دیگر که فلور نرمال دهان هستند تعادل دارد و ایجاد بیماری نمی کند. تغییرات در محیط دهانی و یا تغییرات سیستمیک می تواند در رشد بیش از حد این گونه قارچ تاثیر گذاشته و منجر به عفونت قارچی دهان شود. از جمله عوامل تاثیر گذار می توان به سرکوب سیستم ایمنی، عدم تعادل در فلور نرمال دهان به علت مصرف آنتی بیوتیک ها، کم شدن بزاق دهان و صدمه به بافت مخاطی دهان اشاره کرد. این عوامل سبب می شود که این دسته از افراد نسبت به کل جمعیت بیشتر در معرض خطر ابتلا به عفونت های قارچی دهان قرار گیرند. بیماریزایی این قارچ وابسته به خود ارگانسیم و عوامل زمینه ساز در میزبان می باشد.

وقوع کاندیدیاز دهانی به فاکتور های مساعد کننده مانند سن، اختلال در عملکرد غدد بزاقی، مصرف داروها، استفاده از دندان مصنوعی، مصرف بالای کربوهیدرات ها، دیابت ملیتوس، سیگار کشیدن، سندرم کوشینگ، سرطان ها و مصرف داروهای سرکوب کننده ایمنی، رادیو تراپی و شیمی درمانی بستگی دارد. کاندیدیاز دهانی متداول ترین آلودگی قارچی در انسان به خصوص در ابتدا و انتهای زندگی است. در دهان اکثر مردم دنیا به طور معمول کاندیدا به میزان ۲۵٪ تا ۷۵٪ گزارش شده است که هیچ علامتی در افراد ایجاد نمی کند. در مطالعات انجام شده فراوانی کاندیدا آلبیکنس از دهان نوزادان ۴۵٪ گزارش شده است. همچنین این مخمر در دهان بزرگسالان سالم ۳۰٪-۴۵٪، افرادی با دندان مصنوعی ۵۰٪-۶۰٪، افرادی که مدت طولانی بستری بوده اند ۶۵٪-۸۸٪، افراد مبتلا به لوسمی و تحت شیمی درمانی ۹۰٪ و بالاخره در افراد مبتلا به ایدز ۹۵٪ گزارش شده است. کاندیدیاز دهانی به طور عمده در ۸۰٪ موارد به وسیله گونه های C.glabrata - C.albicans C.stellatoidea - C.krusei - C.parapsilosis - C.guilliermondii ایجاد می شود.

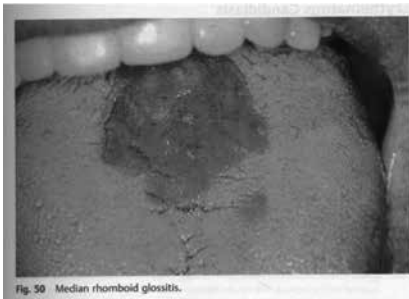


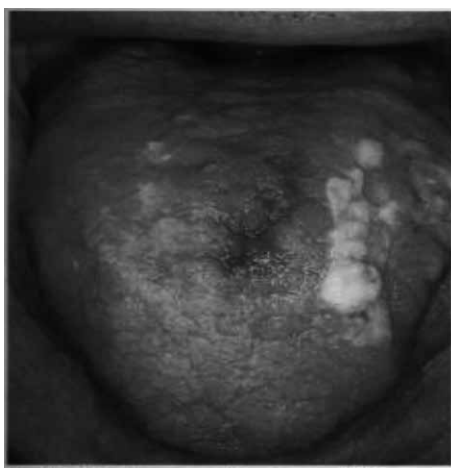
Fig. 30 Median rhomboid glossitis.



Fig. 20 Nodular candidiasis.

### کاندیدیاز هایپر پلاستیک مزمن

شامل طیف وسیعی از شرایط کلینیکی است که در آنها تهاجم میسلیموم ها به لایه های عمیق تر مخاط و پوست رخ می دهد و باعث یک پاسخ شدید از طرف بافت میزبان می شود. در این نوع از کاندیدیاز دهانی پلاک های چرمی سخت سفید رنگ به نام لکوپلاکیا داخل گونه ها، لب ها، کام و زبان ایجاد می شود. در بیماران با زمینه ی ناهنجاری های ایمنولوژیک ممکن است ضایعات مشابهی در اطراف ناخن ها و یا سایر محل های پوست ایجاد شود.



### کاندیدیاز همراه با ایمنی سرکوب شده

در افرادی که از نظر ایمنی بدن سالم می باشند، اولین خط دفاعی علیه کاندیدیاز حاد IgA است که در ابتلا به کاندیدیاز دهانی افزایش می یابد در حالی که در بیماران با ایمنی سرکوب شده میزان IgA سرم و بزاق، علی رغم افزایش میزان کل آنتی ژن، کاهش میابد که این امر موجب گسترش بیماری می شود.

### ناقلین بیماری

انواع مخمر کاندیدا می تواند جزء فلور نرمال دهان باشد. در دهان ناقلین میزان ۲۰۰ تا ۵۰۰ سلول مخمری

### کاندیدیاز آتروفیک حاد

به صورت مخاط دردناک همراه با لکه های قرمز آتروفیک یا خطوط اریتما توز که با حضور حداقل ضایعات سفید با غشاء مخاطی که در برفک دیده می شود، همراه می شود. بیماران با آنمی نقص مزمن آهن هم می توانند به کاندیدیاز آتروفیک مبتلا شوند.



A few patients with aphthae, however, have hematological deficiencies, particularly of folate or vitamin B<sub>12</sub>, and are cured when these are remedied. Occasionally, women relate their aphthae to the luteal phase of menstruation, and hormonal associations have been demonstrated. Severe aphthae also appear to be a feature of AIDS or its prodromes, but their relationship to the causative virus or the immunodeficiency state is unknown.

Fig. 11.26 Denture-induced stomatitis: this patient developed a combined iron and folate deficiency, which led to aggravation of the candidal infection and the appearance of patches of thrush in the erythematous mucosa.

### کاندیدیاز گوشه لب ها (Perleche)

این ضایعات در دو طرف لب ها مشاهده می شود که بعضی اوقات به پوست مجاور گسترش پیدا می کند. این نوع کاندیدیاز در بیماران با دندان های مصنوعی، بیماران با آنمی کمبود آهن و افرادی با کمبود ویتامین های B<sub>12</sub> و D و اسید فولیک دیده می شود. مکیدن عادت لب ها، دیابت، نوتروپنی و ایدز نیز می تواند باعث بروز این نوع از کاندیدیاز شود.



### التهاب زبان (Glossitis)

به صورت لکه های اریتماتوز پاپیلری آتروفیک که در ناحیه مرکزی پشت زبان نمایان می شود. در صورتی که این ضایعات ندولاریته بیشتری پیدا کند، Median Rhomboid Glossitis هایپر پلاستیک نامیده می شوند.

[5] Lucas VS. Association of psychotropic drugs, prevalence of denture-related stomatitis and oral candidosis. Community dentistry and oral epidemiology. ۱۹۹۳;۲۱(۵):۳۱۳-۶.

[6] Arendorf T, Walker D. The prevalence and intra-oral distribution of *Candida albicans* in man. Archives of Oral Biology. ۱۹۸۰;۲۵(۱):۱-۱۰

[7] Rodu B, Carpenter JT, Jones MR. The pathogenesis and clinical significance of cytologically detectable oral *Candida* in acute leukemia. Cancer. ۱۹۸۸;۶۲(۹):۲۰۴۲-۶

[8] Mobeen N. ORAL CANDIDIASIS—A SHORT REVIEW. Int J Cur Res Rev. ۲۰۱۴;۶(۰۹):۸۹

[9] Bakki SR, Kantheti L, Kuruba K, Poosarla C, Baddam V, Mulakaluri R. Candidal carriage, isolation and species variation in patients undergoing radiotherapy and chemotherapy for head and neck tumours. Journal of Dr NTR University of Health Sciences. ۲۰۱۴;۳(۱):۲۸

[10] Dupont B, Graybill J, Armstrong D, Laroche R, Touze J, Wheat L. Fungal infections in AIDS patients. Journal of Medical and Veterinary Mycology. ۱۹۹۲;۳۰(sup ۱):۱۹-۲۸.

[11] Mobeen N. ORAL CANDIDIASIS—A SHORT REVIEW. International Journal of Current Research and Review. ۲۰۱۴;۶(۹):۸۹

[12] Meis JF, Verweij PE. Current management of fungal infections. Drugs. ۲۰۰۱;۶۱(۱):۱۳-۲۵.

[13] Livermore D. The need for new antibiotics. Clinical Microbiology and Infection. ۲۰۰۴;۱۰(S۴):۱-۹

در هر میلی لیتر بزاق وجود دارد. پاپیلای سطح پستی زبان محل ابتدائی کلونیزاسیون در دهان ناقلین می باشد و بقیه نواحی دهان از طریق این محل آلوده شده و یا به طور ثانویه کلونیزه می شوند.

حالت ناقل بدون نشانه به وضعیت ایمنی میزبان، نوع کاندیدا، شرایط دهان، سیگار کشیدن، استفاده متناوب از آنتی بیوتیک ها و بهداشت عمومی دهان بستگی دارد. همچنین حالت ناقل در افراد دیابتی بیشتر شایع است.

### درمان بیماری

بهداشت دهان و تشخیص زود هنگام در پیشگیری و درمان این بیماری ضروری است. درمان این بیماری به دو صورت موضعی و سیستمیک صورت می گیرد. داروهای مورد استفاده در درمان موضعی عبارتند از: نیستاتین، آمفوتریسین B و کلوتریمازول متداول ترین این داروها نیستاتین می باشد که به دو صورت دهان شویه و پماد می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

داروهای مورد استفاده در درمان سیستمیک: فلوکونازول، ایتراکونازول و کتوکونازول است. لازم به ذکر است که فلوکونازول همراه با آمفوتریسین B می توانند به صورت داخل وریدی برای درمان ضایعات مقاوم و کاندیدیاز سیستمیک استفاده شود.

### منابع

[1] Alam MZ, Alam Q, Jiman-Fatani A, Kamal MA, Abuzenadah AM, Chaudhary AG, et al. *Candida* identification: a journey from conventional to molecular methods in medical mycology. World Journal of Microbiology and Biotechnology. ۲۰۱۴;۳۰(۵):۱۴۳۷-۵۱.

[2] Odds FC. *Candida* and candidosis: a review and bibliography: Bailliere Tindall; ۱۹۸۸

[3] Abu-Elteen K, Abu-Alteen R. The prevalence of *Candida albicans* populations in the mouths of complete denture wearers. The new microbiologica. ۱۹۹۸;۲۱(۱):۴۱-۸

[4] Manning D, Coughlin R, Poskitt E. *Candida* in mouth or on dummy? Archives of disease in childhood. ۱۹۸۵;۶۰(۴):۳۸۱-۲.