

Orális candidiasis, klinikai jellegzetességei, diagnosztikája és kezelése

DR. GERA ISTVÁN, DR. KÖVESI GYÖRGY

Candidiasis oris a leggyakoribb oportunistista infekció, amelyet egy gomba, a *Candida albicans* okoz. Mivel a *Candida albicans* tagja a normális orális flórának, és gyakorisága különböző népcsoportokban 40% körül mozog, a patogenezise még mindig nem teljesen tisztázott.

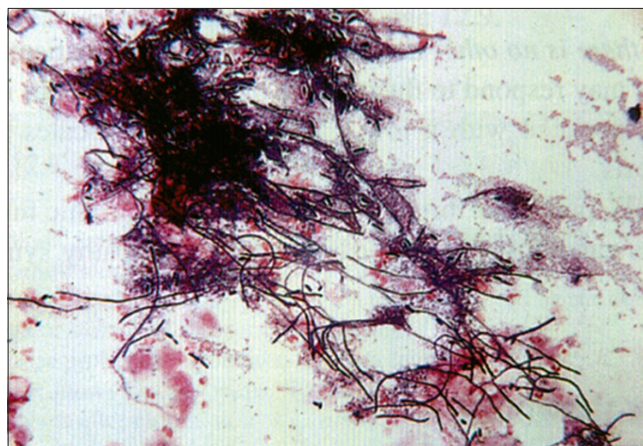
Jelen közlemény célja, hogy összefoglalja e gyakori oportunistista infekció potenciális lokális és szisztémás rizikófaktorait, valamint áttekintse a különböző orális klinikai manifesztációit. Számos lokális és szisztémás hajlamosító tényező ismert. Az orális candidiasis előfordulhat akár mint primer, akár sekunder infekció. A gomba képes megtapadni a hámon és penetrálni a nyálkahártyát. A lokális predisponáló faktorok elősegítik a gomba megtapadását és növekedését, míg a szisztémás tényezők negatívan hatnak a természetes vagy szerzett immunitásra, amely felelős a gomba terjedésének kontrolljában. Több klinikai manifesztációja ismert. Előfordulhat akut és krónikus formában. A legsúlyosabb formája a pseudomembranous candidiasis. Ez valódi primer infekció, amely többnyire csak súlyos immunhiányos egyéneknél alakulhat ki. A krónikus forma is leggyakrabban AIDS-es betegekben fordul elő. Ilyenkor gyakran találkozhatunk terápiarezisztens, nagyon hosszú ideje fennálló állhártyás *Candida* fertőzéssel. A betegség egyéb klinikai formái közé tartozik az erythemás candidiasis, a krónikus nodularis vagy plakkos candidiasis. A leggyakoribb klinikai forma a stomatitis protetica (denture stomatitis). További *Candida* asszociált szájnálkahártya betegség a cheilitis angularis és a glossitis mediana rhombica. A klinikai diagnózis a jellegzetes objektív és szubjektív klinikai tünetek alapján legtöbbször egyszerű. A *Candida*-infekció laboratóriumi identifikálása azonban nem egyszerű, elsősorban azért, mert a *Candida* tagja a normál szájfloórának és így sok egészséges egyénben is kimutatható. A leggyakoribb laboratóriumi diagnosztika technikák közé tartozik a kaparékból nyert citológiai vizsgálat és a gomba tenyésztése. A betegség kezelése komplex és sokszor komoly kihívást jelent az orvos számára. Fontos, hogy feltárjuk és amennyiben lehetséges, elimináljuk a hajlamosító tényezőket. A leggyakrabban használt gombaellenes szerek a *polyen* és *azol* csoportba tartoznak. Mivel a legtöbb orális *Candida*-infekció csak a felszínes nyálkahártya rétegeket érinti, elsőnek lehetőleg helyi gombaellenes kezelést alkalmazunk. Ez annál is inkább indokolt, mert nagyon sok gombaellenes készítménynek komoly mellékhatásai lehetnek.

Kulcsszavak: *Candida albicans*, állhártyás candidiasis, erythemás candidiasis, krónikus nodularis candidiasis, plakkos candidiasis, stomatitis protetica, candida infekcióval társuló orális léziók

Bevezetés

A *Candida* subpopuláció a humán szervezetben több helyen megtalálható, többnyire a normál flóra tagja. A bőrön, bélből, hüvelyből, szájból vett kenetben egészséges személyekben is jelen van. Egyes közlemények szerint a *Candida albicans* a normál populáció 35-40%-ában megtalálható [1, 2]. Az orális candidiasis a szájnálkahártya leggyakoribb oportunistista infekciója. Az esetek 90%-áért a *Candida albicans* gomba felel. A patogenezis pontosan még a mai napig sem teljesen tisztázott, hiszen a *Candida albicans* tagja a normál orális flórának, és sokan hordozzák a szájüregben anélkül, hogy valaha is manifeszt klinikai tüneteket okozna. Azonban több olyan lokális és szisztémás rizikófaktor ismert, melyek hatására a *Candida albicans* a saprofita állapotból parazitává válik és patológiás folyamatokat generál. A *Candida albicans* gyenge patogén, és komoly, valódi infekciót csak csecsemőkorban és felnőtt korban, ál-

talában súlyos immunhiányos egyéneknél okoz [1, 2]. Leggyakrabban csak a nyálkahártya felszínes rétegeit betegíti meg, azonban szisztémás szóródása akár halálos is lehet. Az orális candidiasis lehet primer vagy szekunder infekció eredménye.



1. kép: *Candida albicans* mikroszkópos képe PAS festéssel

Érkezett: 2018. október 3.

Elfogadva: 2018. november 5.

Etiopatogenezis

Humán *Candida* fertőzésből leggyakrabban a *C. albicans*, *C. tropicalis* és a *C. glabrata* izolálható, azonban az orális gombás fertőzések 90%-áért a *Candida albicans* felel. A *Candida* élesztőgomba, amely fajspecifikusan (emberről emberre) terjed. Mikroaerophil mikroorganizmus (majdnem anaerob), az ATP-t glukózból, glikolízis útján nyeri [1]. Két formában lehet jelen. A fonalas forma a szaporodásra képes ún. invazív forma. A spórás forma a nyugalmi alak, de a szájból ez is okozhat elváltozást (fogsor okozta stomatitis) [3] (1. kép). Ez lehet a gomba-antigénnel szemben kifejlődő IV. típusú hypersensitivitási reakció (kontakt allergia).

A *Candida albicans* képes megtapadni egészséges hámsejtek felszínén, túléli a desquamatiót és behatol a nyálkahártya felszíni rétegébe is. A gombák epiteliális penetrációját elősegíti lipáze enzim aktivitása. Annak ellenére képes valódi telepet (gomba biofilm) alkotni a szájnyálkahártyán, hogy az folyamatosan leleködik. Ebben jelentősen eltér az orális komenzális baktériumoktól, amelyek csak nem leleködő felszíneken (fogak, korona, híd, implantátum) képeznek biofilmet [3, 4].

Nagyon szoros összefüggés van a potenciális patogén gomba jelenléte és bizonyos, ma már jól körülhatárolt lokális és szisztémás rizikófaktorok jelenléte között. Ezek járulnak hozzá manifeszt gyulladás kifejlődéséhez (1. táblázat). A lokális hajlamosító faktorok elősegítik a gomba megtapadását és növekedését, vagy gyengíthetik a nyálkahártya immun védekezését [3]. A szisztémás faktorok leggyakrabban a páciens általános immunológiai státusával vagy endokrin betegségekkel, illetve metabolikus állapotokkal (vitaminhiány, vashiány) hozhatók kapcsolatba. Erre a legjobb példa az akut pseudomembranosus candidiasis, amely vagy nagyon fiatal csecsemőkben fordul elő, ahol az immunrendszer még fejletlen, vagy AIDS betegekben, ahol a celluláris immunvédelem insufficiens [5, 6]. A lokális predispozíciós faktorok között vezető helyen szerepel a teljes lemezes fogpótlás vagy a szájszárazság [7, 8].

1. táblázat

<i>A candidiasis oris lokális rizikótényezői</i>
Teljes lemezes fogpótlás
Dohányzás
Inhalációs szteroidok
Lokális szteroid kezelés
Hiperkeratozis
Normál orális mikroflóra egyensúly eltolódása
Nyálmenyiség és összetétel változása
<i>A candidiasis oris szisztémás rizikótényezői</i>
Immunhiányos állapotok
Immunszuppresszív terápia
Kemoterápia
Súlyos legyengült fizikai állapot
Endokrin betegségek – diabetes
Vérképzőrendszer hiánybetegségei

Epidemiológia

Bár a *Candida* tagja a normál orális flórának, azonban a legtöbb epidemiológiai adat szerint az egészséges felnőtt lakosságnak csupán 35–40%-ában mutatható ki [2, 3]. Gyakrabban fordul elő nőkben, hospitalizált betegekben és a O vércsoportba tartozók körében, akik nem hordoznak vércsoport antigéneket. Lemezes fogpótlást viselők körében az orális *Candida albicans* prevalencia 50%-nál is magasabb [9].

Klinikai formák

Az orális Candidiasis klinikai képe változatos. Korábban két fő csoportot *akut* (pseudomembrános és atrophias) és *krónikus* (atrophias és hyperplasticus) formát különítették el. A klinikus számára jelenleg legelfogadhatóbb beosztást a (2. táblázat) mutatja [10, 11, 12].

2. táblázat

<i>Primer Orális Candidiasis</i>	<i>Szekunder Orális Candidiasis</i>
Akut	
Pseudomembranosus candidiasis	
Erythemas candidias	
Krónikus	
Pseudomembranosus candidiasis	AIDS
Erythemas candidias	Familialis mucocutan candidiasis
Plakkos	Súlyos immunhiányos állapotok
Nodularis (hyperplasticus)	
Candida Infekcióval Társuló Orális Léziók	
Stomatitis protetica (denture stomatitis)	
Cheilitis angularis	
Glossitis mediana rhombica	

Álhártyás candidiasis

(*Pseudomembranosus Candidiasis* „szájpenész”)

Megkülönböztetünk akut és krónikus formát (2. táblázat) [10, 11, 12]. Az akut forma a primer candidiasis tipikus példája, mivel ez valóban klasszikus primer gombainfekció [13]. Az infekcióra elsősorban a csecsemők és a súlyos immunhiányos állapotban szenvedő felnőtt betegek fogékonyak [9]. Hasonlóan, iatrogen hajlamosító tényező a tartós széles spektrumú antibiotikus kezelés vagy az immunszuppresszív terápia. Klinikailag az akut és krónikus forma nem különíthető el (2. kép). Ebben elsősorban az anamnézis és a beteg általános fizikális állapotának értékelése segít. Jellemző az álhártyaképződés, amikor a nyálkahártya felszínén valószínű gombatelepek fejlődnek ki. A álhártya a hifák hálózatából, leváló sejtekből, más mikroorganizmusokból, fibrinből és debrisből áll. Az álhártya a szövetek



2. kép: Akut álhártyás candidiasis (soor gyp a palatumon)



3. kép: Akut álhártyás candidiasis, az álhártya eltávolítása után vérző nyálkahártya

felszínén fekszik, de a *Candida* hifák mélyen behatolnak a hámba is. Ezért az álhártya eltávolítása után a nyálkahártya vérzik, mivel a gombafonalakkal együtt a felületes hám is leválik (3. kép). A száj bármely részén kialakulhat álhártyás candidiasis, gyakori a nyelven, a palátumon, de előfordulhat a garat hátsó falán is. Ez utóbbi formát komolyan kell venni, mert ráterjedhet az oesophágusra és a tracheára, szóródása akár fatális kimenetelű is lehet [1, 5]. A krónikus forma elsősorban AIDS betegekben, vagy egyéb súlyos immunhiányos állapotban fordul elő, de előfordulhat tartósan lokális kortikoszteroid kezelés alatt álló egyéneknél is. Erre jó példa tartósan orális szteroid sprayt használó asztmás betegek candidiasisa [1, 2, 3]. A krónikus álhártyás candidiasis tünetszegény, általában panaszt nem okoz a betegnek (4. kép). Azért fontos a felismerése, mert gyakran életveszélyes általános betegségek orális manifesztációja lehet.

Erythaemás candidiasis

Ez a forma lehet akut vagy krónikus a lézió fennállásának időtartamától függően. Lehet lezajlott akut álhártyás candidiasis következménye is. Primeren a beteg-

ség antibiotikum vagy szteroidkezelés következtében alakul ki. Az akut erythaemás candidiasis hasonlít a soor gypre, de a nyálkahártyát nem fedi álhártya. Az érintett nyálkahártya terület vörös és fájdalmas (5. kép) [1, 3, 14]. Az orális candidiasisnak ennél a formájánál valóban jelentős lehet a fájdalom, sőt a betegnek az általános közérzete is rossz. Ilyenkor a hifák csak felületesen fedik az atrófiás hámat. Ez a candidaforma gyakori immunhiányos betegekben (AIDS, leukémia, cytostaticus kezelés), de más betegekben is előfordul (pl. hosszú távú antibiotikus kezelés, tartós lokális vagy szisztémás szteroidhasználat).

Hyperplasticus Candidiasis

(*krónikus nodularis vagy plakkos candidiasis*)

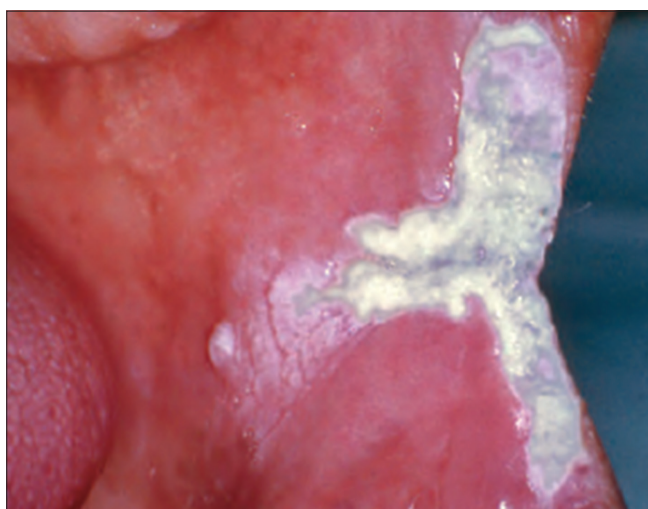
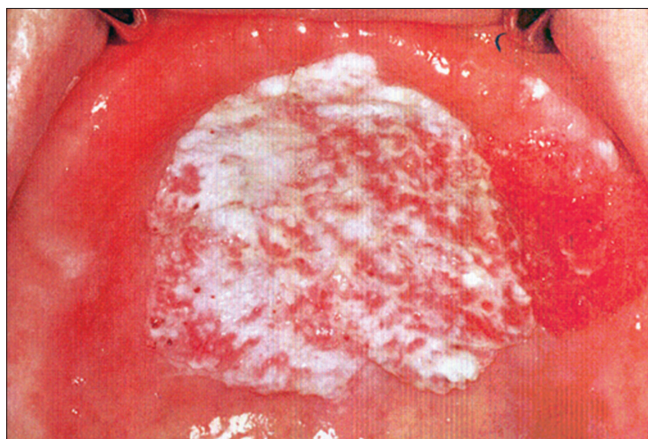
A krónikus hyperplasticus candidiasist, más néven mint candida leukoplakiát is ismerik (6. a, b kép). A Candidafertőzésnek ezt a krónikus formáját az irodalom prekanцерózus állapotnak tekinti, mert elsősorban dohányosokban alakul ki. Jelenleg az irodalmi adatok szerint a Candidafertőzés következtében kialakuló malignus transzformáció incidenciája eléri a 15%-ot [15, 16]. Klinikailag mint környezetéből kiemelkedő, egyenetlen felszínű, szabálytalan vörös-fehéres folt jelenik meg.



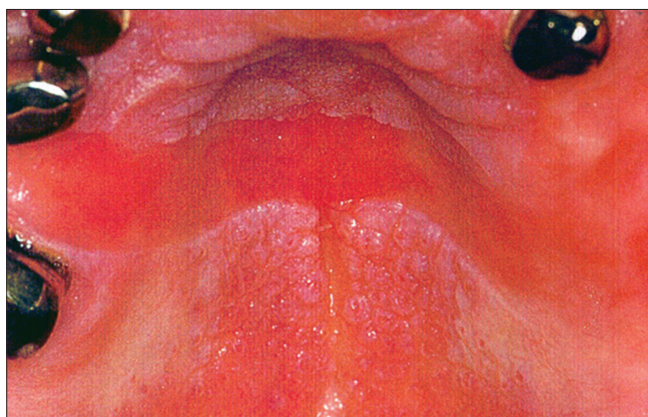
4. kép: Krónikus álhártyás candidiasis immunhiányos páciens lány szájpadi nyálkahártyáján



5. kép: Erythaemas candidiasis a palatumon rögzített fogpótlást viselő páciensen



6. kép: Hyperplasticus candidais (candida leukoplakia)
a) a palatumon, b) a buccan és az ajakzugban



7. kép: A stomatitis protetica (denture stomatitis) tipikus képe, csak a protézis alaplemezával érintkező palatinális nyálkahártya gyulladt pontosan lemintázva az alaplemez formáját

Fogsor okozta gombás szájgyulladás (stomatitis protetica, denture stomatitis)

Az orális candidiasis leggyakoribb formája az esetek többségében fájdalommentes. A mikroflóra komplex, a fogsor lemezzel borított szájnálkahártyáról a *Candida* mel-

lett több orális patogén mikroorganizmus tenyészthető ki (*Streptococcus*, *Veillonella*, *Lactobacillus*, *Prevotella*, *Actinomyces*). Azonban kérdéses, hogy a patogenezisben a baktériumok milyen mértékben játszanak szerepet [1, 2, 3, 7, 8]. Bár a fogsor rossz fekvése nem feltétele a betegség kialakulásának, a legtöbb esetben régi fogsor alatt alakul ki. A klinikai képet a felső fogsor által fedett területen a fogsor szélének megfelelően éles határral elkülönülő hyperaemia jellemzi. Az alsó fogsor alatti nyálkahártya felszínek nem érintettek (7. kép). A protézis alaplemeze a hordozó anyag, amelyben a mikroorganizmusok perzisztálnak. A kontakt allergiához hasonlóan egyértelműen éles határral csak a fogsorral fedett területre lokalizálódik, Patomechnizmusában a spórás forma sejtmembrán antigénjeivel szemben kialakult IV-es típusú immunreakció felelhet. Abban is megegyezik a klasszikus kontakt allergiás reakcióval, hogy csak akkor szűnik meg, ha a gombát hordozó fogsort eltávolítjuk. Gyakran akrilát okozta kontakt allergiás reakcióval tévesztik össze.

A fogsor alatti gyulladt terület környezetéből kiemelkedhet, ami szivacszerű, granuláris szövetnek tűnik, de a hámszövet nem ulcerálódott. Az elváltozást a Newton osztályozás súlyossága szerint három típusba sorolja [17]:

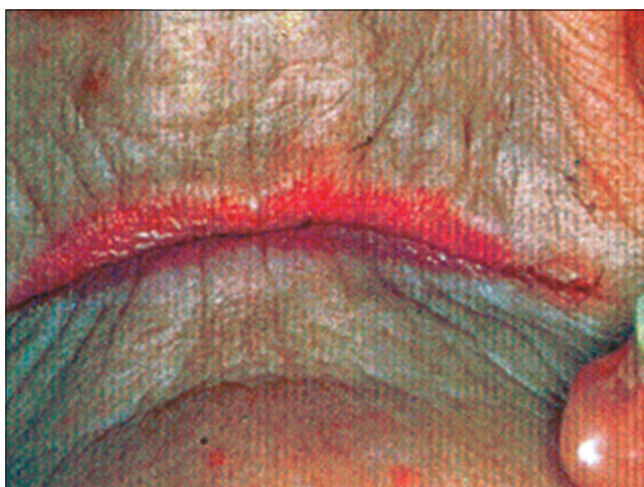
- I. típus: lokalizált, elszórt vörös foltok, amit a protézisirritáció okoz.
- II. típus: a fogsorral fedett nyálkahártya diffúz gyulladása (8. a kép).
- III. típus: diffúz gyulladás, a palatum közepvonalaiban hyperplastikus hám-papillomatosis palati (8. b, c kép).

Cheilitis anguláris

A cheilitis anguláris mint erythemas, rhagadiform lézió jelenik meg a szájzugban [18, 19]. Előfordul akut és krónikus változata (9. a, b kép). A *Candida* mellett gyakran szerepel a *Staphylococcus aureus* mint kóroki tényező. Rizikófaktor fogsorviselőknél a süllyedt harapási magasság, valamint vitaminhiányos (B1, B5, B12) és vas-hiányos állapotok. A stomatitis protetikákban szenvedők közel 40%-ának van cheilitis anguláris betegsége is. Nem kezelt esetben a krónikus cheilitis angularis sokszor társul mély fissurákkal az ajakzugban (10. a, b kép).

Glossitis mediana rhombica

A glossitis mediána rhombica kialakulhat a nyelv fejlődési zavara következtében, amikor a három telepből fejlődő nyelv hátsó lebenye (tuberculum impar) nem süllyed le és nem fedi el a két laterális lebenyből fejlődő nyelv (11. kép). Ilyenkor a nyelv közepén, a foramen coecum előtt vöröses foltot vagy kiemelkedő dudort látunk. Ez nem betegség, csak fejlődési variáns. Ugyanakkor az ehhez hasonló elváltozást *Candida albicans* krónikus fertőzéssel kapcsolatos betegségként is osztályozzák, mivel a krónikus candidainfekció a nyelvháton a közepvonalon vöröses depapillált terület okozhat, közvetlenül a papilla circumvalláték előtt [15, 20]. Ilyenkor az esetek



8. kép: A stomatitis protetica Newton-féle osztályozása a súlyossága szerint.

- a) II típus: a fogsorral fedett nyálkahártya diffúz gyulladása
 b) III típus: diffúz gyulladás, a palatum középvezonájában hyperplastikus hám
 c) III típus: tipikus palatinalis papillaris hyperplasia (papillomatosis palati)

9. kép: Cheilitis angularis a) akut forma b) krónikus forma

85%-ában mutattak ki Candidafonalakat. A lézió vagy kiemelkedik, vagy belesimul a környezetébe (12. kép). Színe lehet vörös, vagy szürkésfehér. Általában tünetmentes és nem minősül premalignus állapotnak.

Másodlagos orális Candidiasis, Chronikus mucocutan candidiasis

Más szisztémás betegséggel együtt, vagy anélkül előforduló orális candidiasis, amit bőrön és más szövetekben (pl. ujjak, körmök) is megjelenő súlyos candidafertőzés kísér. A betegség hátterében a celluláris immunválasz károsodása, vagy azt gyengítő gyógyszer szedése áll. A krónikus mucocutan candidiasis szájtünete a korai szakaszban soor gyepszerű, később hyperplastikus candidiasisra hasonlít. A bőrlézió kiterjedt, az arcot és a hajas fejbőrt is érintheti [1, 2, 3].

A HIV-infekcióval társuló orális candidiasis

A HIV pozitív (AIDS) betegek 90%-ában krónikus orális és nem orális candidiasis zajlik. A leggyakoribb klinikai



10. kép a: Nem kezelt, mély fissurákkal társuló krónikus cheilitis angularis



11. kép: A glossitis mediana rhombica a nyelv közepén, a foramen coecum körül vörös depapillált folt

formák: pseudomembranous candidiasis, erythematous candidiasis, cheilitis angularis, chronicus hyperplasticus candidiasis. Sokszor társulhat chronicus mucocutan candidiasissal is. Az antiretrovirális terápia (HAART) elterjedése óta a gyakorisága csökkent [1, 2, 3, 14].

Az orális candidiasis diagnózisa

Mivel a *Candida albicans* tagja a normál orális flórának, ez megnehezíti a laboratóriumi diagnosztikát. Csak bizonyos szubjektív és objektív panaszokkal együtt értékelhetők a laboratóriumi eredmények. Az érintett területről vett hámsejtkaparék citológiai vizsgálata egyszerű és sokszor célravezető módszer. Az üveglapra szélesztett kaparékot izopropil alkoholos fixálás után periodic acid–Schiff (PAS) festéssel jól láthatók mind a spórák, mind a gombafonalak (1. kép) [1, 2]. Ez elsősorban álhártyás candidiasis kimutatásában nagy segítség. A szájnálkahártyáról vett anyagot melaszos agáron (Sabouraud agar) tenyésztik 37 °C-os hőmérsékleten egy hétig. A kinőtt telepek száma diagnosztikus értékű. Emellett alkalmazható nyáltenyész-

tés is. Pozitív esetben gombaszám 800 sejt/ml nyál-mennyiség felett mérhető. A *Candida albicans* kimutatására alkalmas gyorseszteszt a Mikrostix. A csíkon a vizsgáló terület bizmutot tartalmaz, melyre glukóz tartalmú folyadékot cseppentünk. A szájból vett kenetet erre a területre szélesztjük és 24 órán át 37 °C-on inkubáljuk. A glukózból képződő tejsav a bizmutot oxidálja. A bizmut oxid sötétbarna, ami látható és semiquantitatív módon értékelhető. A tenyésztési technikák mellett hyperplasticus candidiasisban (Candida leukoplakia) differenciál diagnosztikai szempontból szövettani vizsgálat is indikált. A hosszú ideje fennálló, vagy kezelés-rezisztens eseteknél a vérképet és a vércukorszintet (HbA1c) ellenőrizni kell. Indokolt esetben teljes körű immunológiai vagy endocrinológiai vizsgálatot kell végezni [1, 2].

Terápia

Az orális candidiasis gyógyszeres kezelése előtt fel kell tárnai a hajlamosító rizikótényezőket. A lokális faktorokat lehetőség szerint eliminálni kell [1, 2]. A leggyakrabban



12. kép a, b: A krónikus candidainfekcióval társuló glossitis mediana rhombica (median rhomboid glossitis) a) vagy kiemelkedik a nyelv felszínéből, b) vagy belesimul a környezetébe

alkalmazott antifungális gyógyszerek a polyenek vagy azolok csoportjába tartoznak [21]. A polyenek (nystatin, amphotericin B) nem szívódnak fel a gastrointestinalis traktusból, ezért ideális alkalmazhatók lokális kezelésben [22]. A stomatitis protetica esetében el kell távolítani a régi fogsort, mert a porózus akrilát alaplmezéből a gomba tökéletesen nem irtható ki, és a gomba antigén továbbra is fenntartja a gyulladást. Az új fogsor elkészültével nagyon fontos a tökéletes szájhigiéniája és a fogsor rendszeres tisztítása, a ma kereskedelmi forgalomban lévő speciális fogsortisztító készítményekkel. Alkalmazható chlorhexidines szájoöblítő is, de ez nagyon elszínezi a protézist és megzavarja a Nystatin hatását. A III. típusú stomatitis protetica kezelése sebészi, kiegészítve megfelelő gombaellenes kezeléssel.

Az azol (imidazol- és triazol-származékok) csoportba tartozó gyógyszerek (ketoconazole, flucanazol, itraconazole) esetében sokszor komoly mellékhatásokkal kell számolni [23, 24]. A *ketakonazole* (Nizoral) komoly májkárosító hatása miatt ma már csak lokálisan adható. Lokálisan cheilitis angularisban jó hatással alkalmazható a micozonol (Mycosol), előnye, hogy gátolja a *S. aureus* szaporodását is. A szisztémásan adható triazol-származékok közül *fluconazole* (Diflucan, Flucanazol), *itraconazole* (Orungal) nagyon jó hatású a súlyos gombás fertőzésekben, súlyos immunhiányos páciensek krónikus candidiasis kezelésében, valamint mélyen ülő primer candidiasisban, krónikus hyperplasticus candidiasisban és median rhomboid glossitisben. Mivel kölcsönhatásba lépnek a K-vitamin antagonistákkal, Warfarinnal, ezzel számolnunk kell anticoaguláns terápia alatt álló betegeink kezelése során [1, 2].

Összefoglalás

Az orális candidiasis a leggyakoribb oportunista infekció. A *Candida albicans* a legtöbb ember normál szájfőrájának része, patogénné azonban csak bizonyos lokális és szisztémás hajlamosító tényezők jelenlétében válik. Több klinikai manifesztációja ismert. Sokszor tünetmentes, azonban gyakran jár szájégéssel, szájszárazsággal. Az egyik vezető oka az ún. szájégés szindrómának. Kezelése legtöbbször egyszerű, azonban néha számolni kell terápiarefrakter esetekkel, ahol a tartós lokális és szisztémás antifungális kezelés ellenére sem szűnik meg a beteg objektív vagy szubjektív panasza.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- KÖVESI GY (szerk.): Orális Medicina, 6. fejezet Kövesi Gy. Gombás fertőzések a szájból 43–51. Semmelweis Kiadó, 2016.
- GLICK, M (szerk.): Burket's Oral Medicine 12th edition 2. fejezet Jontell M, Holmstrup P. Red and White Lesions of the Oral Mucosa, (77–84.) People's Medical Publishing House–USA Shelton, Connecticut, 2015.
- SAMARANAYAKE LP, KEUNG LEUNG W, JIN L: Oral mucosal fungal infections. *Periodontol* 2000. 2009; 49: 39–59.
- OLSEN I: Oral Adhesion of yeasts. *Acta Odontol Scand*. 1990; 48: 45–49.
- SAMARANAYAKE LP: Oral mycoses in HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 73: 171–180.
- SAMARANAYAKE LP, HOLMSTRUP P: Oral candidiasis and human immunodeficiency virus infection. *J Oral Pathol Med*. 1989; 18: 554–564.
- HANNAH VE, O'DONNELL L, ROBERTSON D, RAMAGE G: Denture Stomatitis: Causes, Cures and Prevention. *Prim Dent J*. 2017 Dec 1; 6. (4): 46–51.
- PERIĆ M, ŽIVKOVIĆ R, MILIĆLEMIĆ A, et al.: The severity of denture stomatitis as related to risk factors and different *Candida* spp. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 018 Mar 22. (Epub ahead of print)
- GENDREAU L, LOEWY ZG: Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont*. 2011 Jun; 20 (4): 251–260. doi: 10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x. Epub 2011 Apr 4. Review.
- HOLMSTRUP P, AXELL T: Classification and clinical manifestation of oral yeast infections. *Acta Odontol Scand*. 1990; 48: 57–59.
- AXELL T, SAMARANAYAKE LP, REICHART PA, OLSEN I: A proposal for reclassification of oral candidosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84: 111–112.
- MAHAJAN B, BAGUL N, DESAI R, REDDY M, et al.: Pseudomembranous Type of Oral Candidiasis is Associated with Decreased Salivary Flow Rate and Secretory Immunoglobulin A Levels. *Mycopathologia*. 2015 Aug; 180 (1–2): 75–80.
- WHEAT J: Endemic mycoses in AIDS: a clinical review. *Clin Microbiol Rev*. 1995; 8: 146–159.
- SAMARANAYAKE LP, HOLMSTRUP P: Oral candidiasis and human immunodeficiency virus infection. *J Oral Pathol Med*. 1989; 18: 554–564.
- WALKER DM, ARENDORF T: Oral candidosis. In: SAMARANAYAKE LP, MACFARLANE TW, editors. Candidial leukoplakia, chronic multifocal candidosis and median rhomboid glossitis. London: Wright, 1990: 184–199.
- BÁNÓCZY J, SUGÁR L: Longitudinal studies in oral leukoplakias. *J Oral Pathol*. 1972; 1 (6): 265–272.
- NEWTON AV: Denture sore mouth. *Br Dent J*. 1962; 112: 357–361.
- BUDTZ-JORJENSEN E: Oral candidosis. In: Samaranayake LP, MacFarlane TW, editors. Candida-associated denture stomatitis and angular cheilitis. London: Wright, 1990: 156–183.
- DIAS AP, SAMARANAYAKE LP: Clinical, microbiological and ultrastructural features of angular cheilitis lesions in Southern Chinese. *Oral Dis*. 1995; 1: 43–48.
- BÁNÓCZY J, RIGÓ O, ALBRECHT M: Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993 Aug. 21 (4): 224–226.
- MCGINNIS MR, RINALDI MG: Antibiotics in laboratory medicine. In: Lorian V, editor. Antifungal drugs: mechanisms of action, drug resistance, susceptibility testing and assays of activity in biological fluids. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 176–211.
- MARTIN MV, FARRELLY PJ, HARDY P: An investigation of the efficacy of nystatin for the treatment of chronic atrophic candidosis (denture sore mouth). *Br Dent J*. 1986; 160: 201–204.
- SAMARANAYAKE LP, FURGUSON MM: Delivery of antifungal agents to the oral cavity. *Adv Drug Deliv Rev*. 1994; 13: 161–179.
- ELLEPOLA AN, SAMARANAYAKE LP: Antimycotic agents in oral candidosis: an overview: 1. Clinical variants. *Dent Update*. 2000; 27: 111–112.

GERA I., KÖVESI GY.

Oral candidiasis, its clinical manifestations, diagnostics and therapy

Oral candidiasis is the most common oral opportunistic infection caused by a yeast, *Candida albicans*. As *Candida albicans* is a member of the normal oral flora and its prevalence is around 40% among humans, the pathogenesis is still not clear.

The aims of the publication were, to make an attempt to overview the potential systemic and local risk factors of this opportunistic infection and also to summarise its clinical manifestations in the oral cavity.

Several local and systemic factors are known that can convert the saprophytic yeast to active pathogenic state. Oral candidiasis is divided into primary and secondary infections. *Candida* can adhere and penetrate the epithelial lining of the oral mucosa. The local predisposing factors facilitate the adherence and growth of the yeast, while systemic predisposing factors negatively affects the innate and adaptive immune system that control the growth of the yeasts. Several clinical manifestations can be distinguished. There are acute and chronic forms. The most severe form is the acute pseudomembranous candidiasis (thrush). It is a true primary infection that mostly affects severely compromised subjects. Its chronic forms mostly present in patients infected with human immunodeficiency virus (HIV). AIDS patients can be affected by a therapy resistant long term pseudomembranous *Candida* infection. The other clinical forms of disease are erythematous candidiasis, chronic plaque-type and nodular candidiasis. The most common clinical form is the so called denture stomatitis. Also some other *Candida* associated oral diseases – like median rhomboid glossitis and cheilitis angularis are recognized. The clinical diagnosis is relatively simple based on its characteristic clinical signs and subjective symptoms. The laboratory confirmation of the *Candida* infections is more difficult, as the *Candida* genus is part of the normal flora. Cytological smear techniques and culturing are the most common laboratory techniques. The disease management is complex and sometimes is really challenging. It is important to identify and if it is possible eliminate the predisposing factors. The most commonly used antifungal drugs belong to the groups of polyenes or azoles. It is because the majority of oral fungal infections affect only the superficial layers of oral mucosa the first choice of therapy should be the topical application of the antifungal drugs, because the majority of antifungal drugs have several systemic side effects.

Keywords: *Candida albicans* pseudomembranous candidiasis erythematous eandidiiasis, ehronic plaque-type and nodular candidiasis, *denture stomatitis*, *Candida* associated oral diseases