

# Leczenie grzybicy jamy ustnej – jak sobie radzić z grzybicą w praktyce

lek. stom. **Marta Łabuś**<sup>1</sup>, lek. stom. **Barbara Sekuła**<sup>1</sup>,  
dr n. med. **Magdalena Kubicka-Musiał**<sup>2</sup>, **Mikołaj Musiał**<sup>3</sup>,  
dr n. med. **Izabela Obersztyn**<sup>1,4</sup>

Grzybica jamy ustnej należy do najczęściej występujących schorzeń błony śluzowej jamy ustnej. Drożdżaki z rodzaju *Candida* u wielu osób występują jako fizjologiczna flora jamy ustnej. Są one jednak mikroorganizmami oportunistycznymi, które w przypadku zachwiania równowagi miejscowej lub ogólnoustrojowej organizmu mogą spowodować infekcję. Najczęściej izolowanym szczepem jest *Candida albicans*, istniejący w dwóch formach: mycelialnej (pseudozrępkowej) oraz występującej rzadziej blastosporowej (pączkującej). Można spotkać też inne gatunki, m.in.: *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei* (1, 2, 3). Narastanie objawów zakażenia łączy się z intensywnym namnażaniem patogenu oraz jego specyficznymi cechami, wśród których wyróżniamy: zdolność adherencji, dimorfizm, zwiększone wydzielanie enzymów hydrolitycznych oraz działanie modulujące odporność gospodarza (4).

Klinicznie można wyróżnić dwie postaci kandydozy: ostrą (rzekomobłoniastą) i zanikową oraz przewlekłą (również rzekomobłoniastą i zanikową). Do ostatniej zaliczamy: protetyczne zapalenie jamy ustnej, zapalenie kątów warg, romboidalne zapalenie środkowej części języka. Każdy rodzaj kandydozy charakteryzuje się nieco odmiennym wyglądem klinicznym.

**Ostra rzekomobłoniasta** postać kandydozy, u dzieci potocznie zwana pleśniawkami, występuje pod postacią miękkich białych wykwitów (wygląd zsiadłego mleka), które po usunięciu odsłaniają żywczerwone podłoże. U dorosłych ta postać występuje w przypadkach upośledzenia odporności (np. pacjenci z HIV, immunosupresyjni) (fot. 3).

Kandydoza **ostra zanikowa** jest też nazywana poantybiotykowym zapaleniem jamy ustnej. Występuje pod postacią rozlanych obszarów zaniku nabłonka – nieuniesionych czerwonych plam oraz atrofii brodawek nitkowatych języka i wygładzeniu jego powierzchni.

Postać **przewlekła rzekomobłoniasta** w odróżnieniu od ostrej charakteryzuje się dłuższym okresem trwania, podobnymi objawami, ale łagodniejszym przebiegiem. Infekcja dotyczy



Fot. 1. Protetyczne zapalenie jamy ustnej



Fot. 2. Fluconazole – dzięki uprzejmości firmy Polfarmex



Fot. 3. Grybica ostra rzekomobłoniasta

głębszych warstw błony śluzowej, wykwity są silniej związane z podłożem, a po ich starciu podłoże krwawi.

**Protetyczne zapalenie jamy ustnej** dotyczy głównie podniebienia. Występuje pod postacią mniej lub bardziej rozległych zmian rumieniowych (typy I i II wg Newtona). Z czasem może dojść do zmian przerostowych w formie guzków na podniebieniu (typ III) (fot. 1).

**Zapalenie kątów warg** często współwystępuje z protetycznym zapaleniem jamy ustnej, przy obniżeniu wysokości zwarcia. Może być powikłane mieszanym nadkażeniem bakteryjnym. Zmiany przybierają wygląd szczelin z odczynem zapalnym, pokrywających się strupami. W czasie otwierania ust może dochodzić do pęknięć i krwawień.

**Romboidalne zapalenie środkowej części języka** przybiera wygląd atroficznej zmiany w tylnej grzbietowej części języka. Może utrzymywać się latami, nie dając objawów subiektywnych (1).

Dodatkowo pacjenci mogą podawać objawy niecharakterystyczne jak: pieczenie jamy ustnej, ból w obrębie zmiany, zaburzenia w odczuwaniu smaków.

Kandydoza dotyczy specyficznych grup pacjentów. Najczęściej są nimi: dzieci, osoby starsze użytkujące ruchome uzupełnienia protetyczne, palacze tytoniu, chorzy z niedoborami odporności (pacjenci po przeszczepach, zakażeni wirusem HIV, po chemo- i radioterapii) (5, 6).

Do wystąpienia choroby mogą przyczynić się zarówno czynniki miejscowe, jak i ogólne. Do **miejscowych czynników** ryzyka zaliczamy: zaniedbania higieny jamy ustnej, ruchome uzupełnienia protetyczne, mikrouszkodzenia błony śluzowej, przewlekłe stany zapalne błony śluzowej, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu, zmniejszoną ilość wydzielanej śliny, spożywanie dużej ilości cukrów. Natomiast wśród **czynników ogólnych** wyróżniamy: zaburzenia immunologiczne, niedobory żywieniowe (żelazo, kwas foliowy), zaburzenia hormonalne, cukrzycę, przewlekłą antybiotyko- i sterydoterapię czy leczenie immunosupresyjne w dobie rozwijającej się transplantologii (3, 7, 8, 9).

Rozpoznanie grzybicy jamy ustnej opiera się na obrazie klinicznym w połączeniu z badaniem mykologicznym z określeniem lekowrażliwości. Wymaz z jamy ustnej do badania

## WARTO ZAPAMIĘTAĆ

Do czasu pobrania wymazu nie powinno się stosować leczenia farmakologicznego, jednak jest to bardzo dobry okres na edukację pacjenta. Należy:

- 1) przeprowadzić szczegółowy **instruktaż higieny jamy ustnej** ze zwróceniem uwagi na dokładną higienę języka,
- 2) **zmodyfikować dietę** pacjenta – głównie ograniczyć spożycie węglowodanów,
- 3) zalecić **stosowanie probiotyków**, w tym: kefirów, jogurtów naturalnych, kiszonek,
- 4) **usunąć czynniki predysponujące** – wyrównać niedobory żywieniowe, wyeliminować używki, zalecić konsultacje w celu leczenia chorób współwystępujących, wykonać sanację jamy ustnej (12, 13, 14).

mykologicznego powinien być wykonany na czczo, bez porannej higieny jamy ustnej, a w przypadku wcześniejszego leczenia przeciwgrzybiczego przed badaniem należy zachować dwutygodniową przerwę od zakończenia leczenia. Obecnie dostępne są także alternatywne metody do szybkiej diagnostyki w gabinecie stomatologicznym, np. test Dentocult CA metodą PCR (10, 11).

W oczekiwaniu na wynik zwykle zalecamy **preparaty wspomagające lub odkażające** błonę śluzową:

1. Mieszanki zasadowe:
  - Sol. aquosa 10% Natrii bicarbonici 50,0 – 1/2 łyżeczki na szklankę wody do płukania,
  - Anaesthesini 5,0, Natrii bivorici 5,0, Glycerini ad 50,0 – do pędzlowania,
  - Natrii bicarbonici 3,0, Glycerini 50,0 – do pędzlowania.
2. Chlorheksydyna 0,2% – do płukania jamy ustnej, np. Eludril (15, 16).
3. Naturalne preparaty przeciwgrzybicze: Citrosept, Citrotravel – zawierające wyciąg z grejpfruta, o potwierdzonej skuteczności antymikotycznej (17).

Jako **leczenie właściwe** stosujemy celowaną terapię zgodnie z wynikiem antymykogramu. Leczenie stosujemy przynajmniej przez 3 tygodnie (3, 9). Rozpoczynamy od leków działających miejscowo (18):

- Nystatyna: Nystatyni pro susp. 2 400 000 j.m. – zawiesina do pędzlowania – co 6 godzin,
- Mikonazol: Dactarin 2% oral gel – 4 razy na dobę.

W przypadku gdy po analizie antymykogramu stwierdzamy brak wrażliwości na leki, które możemy zastosować miejscowo, oraz gdy leczenie miejscowe nie przynosi efektów, wdramy leczenie ogólnoustrojowe:

- Flukonazol: Fluconazole – 50 mg 2 razy dziennie 1. dnia, potem codziennie po 1 tabl. (50 mg) przez 21 dni (fot. 2);
- Itrakonazol: Orungal, Trioxal – 100 mg raz dziennie przez 21 dni.

Gwarancją powodzenia terapii przeciwgrzybiczej jest przeprowadzenie leczenia do końca. Należy poinformować pacjenta, że mimo odczuwanej poprawy nie należy przerywać leczenia. Częstym działaniem niepożądanym leków przeciwgrzybiczych stosowanych ogólnie jest zakłócenie pracy wątroby, co także należy mieć na uwadze.

Najczęstszą grupą pacjentów z grzybicą jamy ustnej są osoby starsze użytkujące ruchome uzupełnienia protetyczne; u nich możemy zastosować następującą profilaktykę:

1. Zalecamy odpowiednią higienę protez (mycie protez po każdym posiłku miękką szczoteczką najlepiej wodą z mydłem, użytkowanie protez z przerwą nocną, cotygodniowe odkażanie protez w 0,2-proc. roztworze chlorheksydyny lub 3-6-proc. wody utlenionej) (2, 19).
2. Informowanie pacjentów o konieczności okresowej wymiany protez, przynajmniej co 3-5 lat. Natomiast w przypadku istniejących już objawów:
  - Wymaz do badania mykologicznego zlecamy także z powierzchni protezy.
  - Leki o działaniu miejscowym stosujemy również na powierzchnię protezy.
  - Klotrimazol: Clotrimazolium 1% krem – do stosowania na noc na płytę protezy.
  - Odkażanie uzupełnień protetycznych za pomocą ozonu (20). Ozonowanie zaleca się trzykrotnie co tydzień.
  - Protezy kwalifikujące się do wymiany zastępujemy nowymi. Proces wykonawstwa nowych protez kojarzymy z równoczesnym leczeniem farmakologicznym: leki aplikujemy na błonę śluzową i starą protezę przez 2 tygodnie, następnie przez kolejny tydzień leki stosujemy na błonę śluzową, a pacjent nie użytkuje protezy. Ostatni etap obejmuje kolejne 2 tygodnie, w trakcie których zalecamy leki na błonę śluzową oraz nową protezę (8).

Podsumowując, należy stwierdzić, że leczenie grzybicy jest złożonym problemem. Najważniejsze są prawidłowa diagnoza na podstawie badania mykologicznego oraz wdrożenie celowanej terapii. Dzięki temu możemy uniknąć niepowodzeń oraz zapobiec wzrostowi lekooporności wśród grzybów. Warto też pamiętać o działaniach wspomagających leczenie, które zwiększają szansę powodzenia. Jeśli mimo podjętego działania zgodnie z obowiązującymi zasadami nie obserwujemy poprawy, należy wziąć pod uwagę niezdiagnozowane choroby ogólne pacjenta oraz poszerzyć diagnostykę.

<sup>1</sup> Akademiczne Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej  
41-902 Bytom, plac Akademicki 17

<sup>2</sup> Zakład Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej  
Katedry Stomatologii Zachowawczej z Endodontcją  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>3</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej  
Jamy Ustnej Katedry Stomatologii Zachowawczej z Endodontcją  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>4</sup> Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodontcją  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach