

AĐZIN MANTAR İNFEKSİYONLARI

Candida albicans

- **GENEL ÖZELLİKLERİ**

- *Candida* cinsi mantarlar, *Cryptococcaceae* familyasından olup 30'dan fazla türü tarif edilmiştir. *C. albicans dipinda*, *C. tropicalis*, *C. stel-latoidea*, *C. pseudotropicalis*, *C. viswanathii*, *C. parapsilosls*, *C. gulliermondi* ve *C. krusei* diğer kandidalardan bazılarıdır. Doğal kaynağı insandır.

- **ANTİJENİK YAPILARI**

- *C. albicans* hücre duvarında üç önemli antijenik yapı yer alır: 1) beta-glukan: fibriler ağı oluşturan ana maddedir 2) Kitin: hücre duvarına sertlik veren bir proteindir.

VİRULANS VE PATOGENEZ

- Hiçbir hastalık oluşturmada çok sayıda kandida ağız, bağırsak, vajina, üst solunum yolu ve deri florasında bulunur, bu floraların doğal bir üyesidir. **Oportunistik patojendir** denir. Fakat oportunistik patojen olmayan mikroorganizma yoktur.
- Kandidalar, aynı florada bulunan bakteriler ile belirli bir antagonizma içerisinde yaşarlar. Bakteri sayı ve çeşitliliğindeki bir azalma kandidaların florada baskın duruma geçmesine sebep olabilir. Buna **bakteriyel diskordans** denir.

KANDİDİYAL BİYOFİLM

- *C. albicans* diğer kandidalar içerisinde ağız mukozası ve plastik yüzeylere en iyi tutunan mantardır. Statherin ve PRP'ler (PRP1 hariç), *C. albicans*'in dış sert dokularına ve yanak mukozasına tutunmasına aracılık eder.
- *C. albicans* bileşiminde karbonhidrat (%41), protein (%5), fosfor ve heksozamin ihtiva eden bir ekstraselüler matriks sentezleyerek hücre dışında biriktirir.
- Kök kanalı duvarındaki kandidiyal biyofilm için biyomekanik preparasyon, sodyum hipoklorit etkilidir. Tek başına kalsiyum hidroksit yetersizdir.

EKSTRAORAL KANDİDİYAZLAR

- **VAJİNİT:** Bilhassa şeker hastası kadınlarda daha sık rastlanır. Hem kan şekerinin yüksek olmasına bağlı genel bir immün baskılanma vardır.
- **ONİKOMİKOZ:** Tırnaklar çevresinde ağrılı kırmızı kabarcıklarla karakterize piyojenik lezyonlardır, fakat cerahat yoktur. Tırnak sertleşir, kalınlaşır ve oluklu bir görüntü alır.
- **PERİANAL KANDİDİYAZ:** Anüs ve çevresinde, aniden başlayan, beyaz, masere kaşıntılardır, eksudatif seyredebilir.

- **İNTERTRİGO:** Daha çok koltuk altı, meme altı, göbek çevresi, gluteal kıvrımlar ve kasıklarda görülen, sınırları kesin, eritematöz, bazen papüloskuamöz eksudatif lezyonlardır.
- **GENERALİZE DERİ KANDİDİYAZI:** Meme altı, göbek kasık gibi kıvrımlı deriden başlayarak yayılır.
- **PULMONER KANDİDİYAZ:** Akciğerin seyrek görülen bir mantar hastalığıdır. Hastada daima önceden bir immün yetersizlik durumu bulunur. Ateş, gece teri; dispne, öksürük, bazen kanlı olabilen jelatinöz kıvamda balgam bulunur.
- **BRONKOPULMONER KANDİDİYAZ:** Bu terim, sınırlı olarak bronş tutulduğunda kullanılır. Pulmoner kandidiyazdan tam olarak ayırt etmek zordur.

- **DİĞER KANDİDİYAZLAR:** İmmün defektli bireylerde fungemi ile endokardit, menenjit, beyin apseleri, piyelonefrit ve sistit oluşturabilir. Ayrıca yayılma yoluyla üveit ve özefajit yapabilmektedir.

İNTRAORAL KANDİDİYAZLAR

- **PAMUKÇUK (Ağız monilyazi, thrush, akut pseudomembranlı kandidiyaz):** Hastalık dil köku, yanak üzerinden eritemler veya ülseratif lezyonlar halinde başlar. Çok kısa sürede parlak beyaz renkli, altındaki dokuya sıkıca yapışmış, yerinden kaldırılamayan bir membran ortaya çıkar.
- **KRONİK HİPERPLASTİK KANDİDİYAZ (kandida lökoplazisi):** Pamukçuk uzadığında, hastalık kronikleştiğinde ağız mukozasının kandidiyal elementlere verdiği immün cevap azalarak yerini tip 4 aşırı duyarlılık ve epitel hiperplazisine bırakır.

- **KANDİDA ŞELİTİ (chelitis, perleş, angular şelit, yalama):**
Dudak kommisurlarında masere çatlaklar şeklinde başlar, eritemli bir hal alır. Güneş, rüzgar etkisiyle kuruyan yüz derisine ve dudak mukozasına doğru yayılabilir.
- **PROTEZ STOMATİTİ(kronik atrofik kandidiyaz):** Bütün yabancı cisimler vücutta aynı noktaya yeteri kadar temas ederse konak dokunun immün profilinde bir zayıflamaya sebep olurlar. Total ve parsiyel protezler oldukça geniş bir yüzey ile ağız mukozasına yıllarca temas eden metal-akrilik parçalardır

***ALBICANS* KÖK KANALI PATOJENİ MİDİR?**

- Uzun süre (günlerce) açık bırakılan kök kanalının dentin duvarlarında yukarıda anlatılan şekilde bir kandidiyal biyofilm gelişir. Bu biyofilmin içerisinde bol miktarda kandida blastosporlarının bulunduğu ve dentin kanalcıklarına penetre olduğu yapılan elektron mikroskop ve kültür çalışmaları ile gösterilmiştir.
- Bu ve buna benzer çalışmalardan hiçbirisinde *C. albicans'* in kök kanalı infeksiyonlarından sorumlu olduğuna dair kesin bir delil yoktur.

TEŞHİS

- Ağızdaki kandida lezyonlarının görüntüsü tipiktir. Peynir kokulu beyaz membranlar veya çatlakların gözle tespiti teşhis için yeterlidir fakat skrapel ile hasta ağız mukozası (veya deriden) kazınan materyal lam üzerinde serum fizyolojik veya potasyum hidroksit içerisinde ezilerek 40x büyültme ile adi ışık mikroskobunda incelendiğinde kütleler halinde kandidaların psöдохifa ve blastosporları görülür.

TEDAVİSİ

- Diş hekimliğinde oral kandidiyazların tedavisinde nistatin seçkin ilaçtır (eczanede Mi-kostatin veya Fungostatin ismiyle satılır). Bu ilaçlar süspansiyon şeklindedir ve 1 ml sinde 100000 IU nistatin bulunur. Tedaviye şikayetler kaybolduktan en az 2 gün (daha iyisi 1 hafta) sonrasına kadar devam edilmelidir. Çünkü kandidiyazlarda nöksler sık görülür.

Kaynakça

- AĞIZ MİKROBİYOLOJİSİ, Murat Aydın,
Aykut Mısırlıgil, Akademisyen Tıp Kitabevi