

PRACA POGLĄDOWA

PLEŚNIAWKI I AFTY JAMY USTNEJ U NIEMOWLĄT – ROZPOZNAWANIE I LECZENIE

MUCOSAL CANDIDIASIS AND APHTHAS IN INFANTS – DIAGNOSTICS AND TREATMENT

✉ BOŻENA KOCISZEWSKA-NAJMAN¹, JUSTYNA SKIBIŃSKA², TOMASZ GINDA¹, KAROL TARADAJ¹

1 Klinika Neonatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2 Katedra i Klinika Dermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Bożena Kociszewska-Najman
Klinika Neonatologii WUM
ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa
Tel.: 22 317 93 43
bnajman@wum.edu.pl

Wpłynęło: 12.10.2018
Zaakceptowano: 09.11.2018
Opublikowano on-line: 15.11.2018

Cytowanie: Kociszewska-Najman B, Skibińska J, Ginda T, Taradaj K. Pleśniawki i afty jamy ustnej u niemowląt – rozpoznawanie i leczenie.

Postępy Neonatologii 2018;24(2):107-109.
doi: 10.31350/postepyneonatalogii/2018/2/PN2018020

Copyright by MAVIPURO Polska Sp. z o.o., Warszawa, 2018.
Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana i rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez zgody wydawcy.

STRESZCZENIE:

Zmiany błony śluzowej jamy ustnej u niemowląt wymagają różnicowania między pleśniawkami a nawracającym aftowym zapaleniem jamy ustnej. Znajomość takich cech klinicznych, jak: wielkość, lokalizacja i morfologia zmian śluzówkowych, a także znajomość czasu trwania objawów oraz współistnienia dolegliwości somatycznych pomaga ustalić właściwe rozpoznanie. Kandydoza jamy ustnej występuje bardzo często u zdrowych niemowląt. Nawracające aftowe zapalenie jamy ustnej najczęściej jest spowodowane przez uraz mechaniczny (miejscowe drażnienie śluzówki), jednak niektóre przypadki mogą być związane z niedoborami żywieniowymi, zaburzeniami autoimmunologicznymi lub zakażeniami.

SŁOWA KLUCZOWE: pleśniawki jamy ustnej, afty, niemowlęta

ABSTRACT:

Lesions located on infant's oral mucosa include candidiasis and recurrent aphthas. Knowledge on clinical characteristics such as size, location, morphology, duration of lesions, and coexistence of somatic complaints should be helpful in establishing a proper diagnosis. Oral candidiasis is common in healthy infants. Recurrent aphthous stomatitis is usually caused by physical trauma, however, some cases are connected with nutritional deficiencies, autoimmune disorders or infections.

KEY WORDS: mucosal candidiasis, aphthas, infants

Zmiany zapalne błony śluzowej jamy ustnej u niemowląt są częstym objawem, z którym rodzice zgłaszają się do lekarza. Mogą one mieć postać pleśniawek lub aft. Postawienie prawidłowej diagnozy często jest utrudnione z powodu podobieństwa objawów klinicznych w obu

wyżej wymienionych jednostkach chorobowych. Czynnikiem etiologicznym pleśniawek najczęściej są drożdżaki, natomiast aft uszkodzenia mechaniczne błony śluzowej jamy ustnej lub wirusy.

KLASYFIKACJA ICD-10: B37.0 – ZAPALENIE JAMY USTNEJ WYWOŁANE PRZEZ *CANDIDA*

Pleśniawki jamy ustnej to białe naloty tworzące kożuch na błonie śluzowej jamy ustnej, przypominające ścięte mleko lub serek twarogowy. Zmiany te mogą się zlewać i zajmować bardzo dużą powierzchnię błony śluzowej. Śluzówka, na której znajdują się naloty, jest zmieniona zapalnie. Zmiany mogą występować na wewnętrznej stronie policzków i warg oraz na języku, dziąsłach, podniebieniu miękkim i twardym. Towarzyszą im dolegliwości bólowe o różnym nasileniu, osłabione łąknienie oraz mniejsze przyrosty masy ciała u niemowląt. Czynnikiem wywołującym chorobę jest *Candida albicans*, który odpowiada za 40–80% infekcji drożdżakowych u niemowląt. Kolonizacja pochwy przez grzyby z gatunku *Candida*, często występująca u ciężarnych, prowadzi do zakażenia noworodków podczas porodu siłami natury. Istnieją dowody, że kolonizacja jamy ustnej przez grzyby z rodzaju *Candida* może być czynnikiem rozwoju posocznicy, szczególnie u noworodków urodzonych przedwcześnie, z małą urodzeniową masą ciała lub leczonych na oddziale intensywnej terapii, a infekcja ta stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, a nawet życia [1, 2, 3, 4]. Posocznica o etiologii *Candida* wiąże się z bardzo wysokimi kosztami leczenia noworodków oraz śmiertelnością przekraczającą 50% [5, 6]. Wcześniaki mają względny niedobór odporności, wynikający głównie ze zmniejszonej funkcji neutrofilii oraz niedoboru immunoglobuliny G, która pełni funkcję ochronną przeciwko zakażeniom drożdżakowym. Ponadto przyczepność *C. albicans* do komórek nabłonkowych u wcześniaków jest znacznie większa niż u noworodków donoszonych [7, 8]. Do rozwoju pleśniawek u dziecka przyczyniają się również złe nawyki higieniczne rodziców, związane z nieprawidłowym myciem i wyparzaniem smoczków i butelek, a także infekcje leczone antybiotykami oraz takie choroby, jak: niedokrwistość i zaburzenia wchłaniania, wpływ mogą mieć też niedobory odporności u dziecka.

W zapobieganiu pleśniawkom najważniejszą rolę odgrywa dbanie o higienę w czasie przygotowywania posiłków dla dziecka oraz dokładne mycie rąk przed kontaktem z niemowlęciem. Obecnie nie zaleca się stosowania leczenia przeciwgrzybiczego w przypadku bezobjawowej kandydozy pochwy u ciężarnych, jednak niektórzy autorzy sugerują wykonywanie badań przesiewowych w kierunku kolonizacji pochwy przez *Candida* oraz eliminację tego drobnoustroju. Celem takiego postępowania jest zapobieganie późniejszemu zakażeniu noworodków, zwłaszcza urodzonych przedwcześnie [5, 9, 10, 11]. W leczeniu pleśniawek jamy ustnej dobre efekty daje pędzlowanie błony śluzowej jamy ustnej środkami antyseptycznymi, stosuje się też leki przeciwgrzybicze. Leczenie powinno być prowadzone dostatecznie długo ze względu na możliwość nawrotów. Ostatnie

donesienia mówią także o dobrym wpływie probiotyków. Kilka badań klinicznych wykazało korzystne działanie probiotyków w ograniczaniu kolonizacji przez *Candida*, a w niektórych przypadkach nawet zmniejszenie częstości inwazyjnej infekcji grzybiczej. W przyszłości probiotyki mogą służyć jako wartościowe czynniki w walce z przewlekłymi śluzówkowymi infekcjami drożdżakowymi [12].

KLASYFIKACJA ICD-10: K12.0 – NAWRACAJĄCE AFTY JAMY USTNEJ

Afty to owalne ubytki błony śluzowej jamy ustnej. Zmiany są zlokalizowane na języku, dnie jamy ustnej, wewnętrznej stronie policzków, warg, podniebieniu miękkim i twardym, łukach podniebiennych. Przybierają postać płytkich nadżerek lub owrzodzeń błony śluzowej jamy ustnej o nieregularnym kształcie. Centralna część afty jest pokryta szarozółtym lub białawym surowiczowo-włóknikowatym nalotem, wokół którego jest widoczne rumieniowe obrzeże ze zmienioną zapalnie błoną śluzową. Podczas próby usunięcia nalotów błona śluzowa zaczyna krwawić. Zmiany mogą być różnej wielkości: od jednego milimetra nawet do dwóch centymetrów. Mogą występować pojedynczo, lecz w większości przypadków są rozsiane. U niemowląt często spotykamy afty Bednara. Są to szarozółte ubytki błony śluzowej znajdujące się głównie na tylnej ścianie podniebienia twardego; występują symetrycznie, przyśrodkowo. Najczęściej powstają z powodu urazu tej części jamy ustnej, np. przez działanie smoczka. Ustępują samoistnie i nie wymagają leczenia. Afty wywołują u dziecka dolegliwości bólowe, bardziej nasilone niż w przypadku pleśniawek. Nierzadko są one tak silne, iż jest konieczne podanie dziecku leku przeciwbólowego. Afty u niemowląt mogą występować w czasie ząbkowania oraz w przebiegu różnych chorób, m.in. infekcji wirusowych i bakteryjnych, a także w przypadkach refluksu żołądkowo-przełykowego, celiakii, choroby Leśniowskiego-Crohna; ich przyczyną mogą być również niedobory odporności oraz niedostateczny udział witamin i mikroelementów w diecie. Należy zauważyć, że stosunkowo dużą rolę w występowaniu aft odgrywają czynniki genetyczne i predyspozycje rodzinne [13, 14, 15, 16].

Zmiany nadżerkowe najczęściej ulegają samoistnemu wygojeniu w ciągu kilku do kilkunastu dni. Jednak podobnie jak w przypadku pleśniawek są możliwe nawroty. W leczeniu stosuje się żele lub kremy działające przeciwzapalnie i przyspieszające gojenie się błony śluzowej jamy ustnej. Właściwa edukacja rodziców pomaga w leczeniu aft, szczególnie aft Bednara, oraz zapobiega ich nawrotom.

KONFLIKT INTERESÓW: nie zgłoszono.

PIŚMIENICTWO

- Al-Rusan RM, Darwazeh AM, Lataifeh IM. The relationship of *Candida* colonization of the oral and vaginal mucosae of mothers and oral mucosae of their newborns at birth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2017;123(4):459–463 [doi: 10.1016/j.oooo.2017.01.003].
- Sharp AM, Odds FC, Evans EG. *Candida* strains from neonates in a special care baby unit. *Arch Dis Child* 1992;67(Spec 1):48–52.
- Bliss JM, Basavegowda KP, Watson WJ, Sheikh AU, Ryan RM. Vertical and horizontal transmission of *Candida albicans* in very low birth weight infants using DNA fingerprinting techniques. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(3):231–235 [doi: 10.1097/INF.0b013e31815bb69d].
- Ali GY, Algohary EH, Rashed KA, Almoghanum M, Khalifa AA. Prevalence of *Candida* colonization in preterm newborns and VLBW in neonatal intensive care unit: role of maternal colonization as a risk factor in transmission of disease. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25(6):789–795 [doi: 10.3109/14767058.2011.622005].
- Batista GC, Krebs VL, Ruiz LS, Auler ME, Hahn RC, Paula CR. Oral colonization: a possible source for candidemia in low-weight neonates. *J Mycol Med* 2014;24(2):81–86 [doi: 10.1016/j.mycmed.2013.11.004].
- Issa SY, Badran EF, Aqel KF, Shehabi AA. Epidemiological characteristics of *Candida* species colonizing oral and rectal sites of Jordanian infants. *BMC Pediatr* 2011;11:79 [doi: 10.1186/1471-2431-11-79].
- Cox F. *Candida albicans* adherence in newborn infants. *J Med Vet Mycol* 1986;24(2):121–125.
- Baley JE. Neonatal candidiasis: the current challenge. *Clin Perinatol* 1991;18(2):263–280.
- Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet* 2007;369(9577):1961–1971 [doi: 10.1016/S0140-6736(07)60917-9].
- Mendiratta DK, Rawat V, Thamke D, Chaturvedi P, Chhabra S, Narang P. *Candida* colonization in preterm babies admitted to neonatal intensive care unit in the rural setting. *Indian J Med Microbiol* 2006;24(4):263–267.
- Borderon JC, Therizol-Ferly M, Saliba E, Laugier J, Quentin R. Prevention of *Candida* colonization prevents infection in a neonatal unit. *Biol Neonate* 2003;84(1):37–40.
- Matsubara VH, Bandara HM, Mayer MP, Samaranayake LP. Probiotics as antifungals in mucosal candidiasis. *Clin Infect Dis* 2016;62(9):1143–1153 [doi: 10.1093/cid/ciw038].
- Nam SW, Ahn SH, Shin SM, Jeong G. Clinical features of Bednar's aphthae in infants. *Korean J Pediatr* 2016;59(1):30–34 [doi: 10.3345/kjp.2016.59.1.30].
- Benoit S, Hamm H. Differential diagnosis of oral mucosal erosions and ulcers in children. *Hautarzt* 2015;66(4):258–266.
- Wong BJW, Cheung WS, Campbell KM. Aphthous stomatitis major in a 4-month-old infant. *J Emerg Med* 2018 (ahead of print) [doi: 10.1016/j.jemermed.2018.09.018].
- Gurkan OE, Fidan K, Dalgic B. Esophagitis and widespread aphthous ulcerations in gastric mucosa in an infant with familial Mediterranean fever. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;59(1):11–13 [doi: 10.1097/MPG.0b013e3182906d8f].