



Recidiverande candida

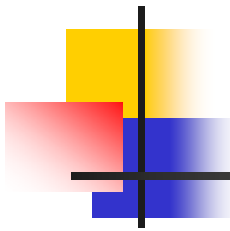
ST-workshop
SFOG:s årsmöte 2007



Utvärdering av Klådmottagningen I Umeå 2005

- 71% hade candida
- 29% "annat"

- Av patienterna med candida hade 30% recidiverande infektion (21% av totalmaterialet)
- 29+21% krävde således kontakt med läkare



Hur ska man tänka när det gäller "klåda"?

- Kliar det hela tiden (dermatos) eller kommer det i perioder (candida)?
- Kliar det mest på dagarna (candida) eller på nätterna (dermatos)?
- Kliar det mest på huden (dermatos) eller på slemhinnorna – "där det är blött" (candida)?
- Klåda någonannanstans? Om ja, talar det för dermatos.



Några fakta:

- Vulvovaginal candidainfektion är sexuellt associerad men ingen STD - smittar aldrig partnern
- Drabbar först efter den sexuella debuten
- Ökar i en S-kurva från tonåren, planar ut vid 35-40 år, då har 80% av alla kvinnor haft infektionen minst en gång



Varför?

- Ett ökat antibiotika/miss/bruk
 - antibiotika dödar laktobaciller
 - laktobaciller konkurrerar om bindningsställen
 - leder till symtomgivande infektion

- Gestageneffekt?



Diagnostik av candida

- Inflammation måste föreligga (men kan vara diskret)
- Svampen måste påvisas
 - Wet smear – helst
 - Odling - se upp med koloniserade!
 - Px – fråga efter svamp på remissen

Candida albicans vanligast –
90 – 95 %





...övriga:

- *C glabrata*
- *C tropicalis*
- *Saccharomyces cerevisiae*
 - alla dessa kräver särskild behandling



Differentialdiagnoser

- Trichomonas – kan se exakt likadant ut kliniskt
- Eksem – klåda på huden
- Vulva-vestibulit – ca 5% av de med "v-v" har en kronisk candidainfektion

- Streptokock-vulvovaginit – ilsket rött och ont
- Erosiv lichen planus – fläckvisa rodnader

Faktorer associerade med ökad asymptomatisk kolonisation med candida + candidavulvovaginit (Sobel -93)

- Graviditet +
- Okontrollerad diabetes +
- Steroidbehandling +
- Tättsittande underkläder -
- Antibiotika +
- Östrogenbehandling +
- Antikonception +
 - IUD
 - P-piller
- Godisätare -
- Täta samlag +
- Besökande till STD-kliniker +
- HIV-infektion +
- Idionatiskt +

Rutin för candidabehandling

(1)

- 1. Förstahandsbehandling är Pevaryl depot. Om pat redan behandlat sig med det utan effekt eller om hon har återkommande skov ges i stället caps Fluconazol 150 mg. Pat ska bli bra på två dygn!
- 2. Om pat inte blir besvärsfri på fyra dagar tas en kontrollodling (kan tas av pat själv!) – skall tas inom en vecka.

Rutin för candidabehandling

(2)

- 3. Om pat först blir bra men besvären återkommer efter 2-3 veckor, ges långtidsbehandling: 150 mg Fluconazol varannan vecka i tre månader. Iterera fyra gånger.

Pat gör ett uppehåll efter tre månader – återkommer besvären, fortsatt under lång tid.

Rutin för candidabehandling

(3)

- 4. Om kontrollodlingen är positiv, ge Fungoral 10 st 1 x 1. Kontrollodling under pågående behandling + prov på ALAT.
- 5. Om resistens föreligger mot Fungoral också insättes Borsyrelösning 3%, "20 ml spolras varje kväll" i tre månader, fyra uttag. Pat förses med tappningskateter + 20 ml-spruta. Behandling under lång tid.

Rutin för candidabehandling

(4)

- 6. Forts 2. Om pat inte är besvärsfri men kontrollodlingen är negativ (vanligast) – ge ytterligare en fluconazol 150 + Cetirizin 14 st, 1 x 1. Om besvären sedan ändå fortsätter: långtidsbehandling + Cetirizin 1 x 1.

Rutin för candidabehandling

(5)



- 7. Var mentalt inställd på att långtidsbehandling med både Fluconazol, Fungoral och Borsyrelösning kan behöva fortgå under lång tid (år) – men att det alltid ger sig – till slut!

