

Kontakt Stomatitler

CONTACT STOMATITIS

Burhan ENGİN*, Oya OĞUZ**

* Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, İSTANBUL

Özet

Kontakt stomatitlerin ağız mukozasında ortaya çıkardığı değişiklikler, vitamin eksiklikleri, bazı anemiler, üremik stomatit, nikotin stomatiti ve kandidiyazisin neden olduğu lezyonlara çok benzer. Ağız mukozasında mekanik irritasyon gibi dış kökenli faktörler ve kimyasal madde ve karışımların karşılıklı etkileşimi sonucunda irritasyona bağlı veya allerjik kökenli mukoza inflamasyonu görülebilir. Bu bulgulara deri bulguları eşlik edebilir veya etmeyebilir. İritasyon oral mukozada kronik bir inflamasyona neden olabilir. Çünkü bu bölge vaskularizasyon, keratinizasyon ve penetrasyon özellikleri açısından deriden farklı yapıdadır. Bu nedenle kontakt stomatitin oral mukozadaki inflamasyonlarda ve ağızda yanma yakınması bulunan olgulardaki ayırıcı tanısı önem taşır. Bu yazıda kontakt stomatitlerin ayırıcı tanısı, allerjik ve iritan kontakt stomatit nedenleri ve semptomları sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kontakt stomatit

T Klin Dermatoloji 2002, 12:168-173

Summary

The manifestations of contact stomatitis in the oral mucosa resembles the lesions due to vitamin deficiencies, some types of anemias, uremic stomatitis, nicotin stomatitis and candidiasis. Inflammation of the oral mucosa may be induced by exogenous factors such as mechanical irritation or irritations related to interactions of chemicals and compounds and allergic reactions. These manifestations may either be associated with related skin findings or not. Irritation may cause a chronic inflammation in the oral mucosa, because this area differs from the skin in respect with vascularization, keratinization and penetration characters. The differential diagnosis of contact stomatitis in the patients with oral mucosal inflammation and burning mouth symptom is therefore important. In this article the differential diagnosis of contact stomatitis, the causes and symptoms of allergic and contact stomatitis are presented.

Key Words: Contact stomatitis

T Klin J Dermatol 2002, 12:168-173

Stomatit; ilaç reaksiyonları, irritasyon veya allerjik reaksiyonlar gibi birçok sebebe bağlı olabilen oral mukozanın inflamasyonu için genel olarak kullanılan bir terimdir. Kontakt stomatitler, kontakt dermatitlerden farklı olarak, kimi zaman ağız, dilde klinik bulgular eşliğinde, kimi zaman ise ağızda veya dilde yanma gibi yalnızca bir yakınma ile birlikte olabilir. Allerjik kontakt stomatitlerin görülme oranı, allerjik kontakt dermatitlere göre daha düşüktür. Kontakt stomatitlere allerjik kontakt dermatit her zaman eşlik etmeyebilir. Ancak kontakt dermatit önce mukozadan başlamışsa, genellikle yakındaki deride de dermatit meydana gelir (1).

Deri ve mukoza membranları farklı anatomik yapıdadır. Ağızda dişetleri ve sert damak dışında

bariyer fonksiyonunu görecekt boynuzsu bir tabaka yoktur. Lipid sekresyonu olmaz fakat bunun yerine yabancı maddeleri uzaklaştıran ağız salgısı mevcuttur. Suda çözünen maddelerin penetrasyonu fazladır (2). Epitelyal turnover deriye kıyasla daha hızlıdır (3). Kontakt stomatitlerde subjektif semptomlar genellikle fiziksel belirtilerin önüne geçer. Hastalar tat alma duyusunu kaybettiklerini, ağızlarında iğnelenme, karıncalanma, yanma hissettiklerini ifade ederler (1,5,6). Klinik olarak eritem, erozyonlar, veziküller, ülserasyonlar, lökopaki benzeri lezyonlar ve likenoid lezyonlar görülebilir.

Bazı vakalarda kontakt stomatit tanısı, anemi, besinsel eksiklikler ve atrofik kandidiyazis ön tanıları, çeşitli incelemeler sonucunda elendikten sonra konulmalıdır (4).

Stomatitler ikiye ayrılır (7):

1-Stomatitis medicamentosa

2-Stomatitis venenata(kontakt stomatit)

Stomatitis medicamentosa sistemik olarak uygulanan ilaçlara bağlıdır. En sık sebep olan ajanlar direkt olarak oral mukozadaki bölünen hücrelere sitotoksik etkili kemoterapötik ilaçlardır.

Stomatitis venenata iritan ve alerjik olarak iki gruba ayrılır.

İrritan kontakt stomatit

Genel olarak oral mukoza birçok iritan maddeye karşı dirençlidir (7,8). Sıcak veya baharatlı yiyecekler genellikle iyi tolere edilir. Aspirin tabletlerinin ağrıyan dişin yanına uygulanması lokal irritasyona sebep olabilir. Boyutu uygun olmayan protezler, diş ile ilgili uygulamalar mekanik irritasyon yapabilir. Kimyasal hasar evdeki kostik ajanların alınması ile oluşabilir. Protez temizleyicileri asit veya alkali madde içerdiklerinden iyice yıkanmadan ağız içine konulması kimyasal irritasyon yapabilir. Diş macunlarındaki tartarı kontrol eden pirofosfatlar iritan kontakt stomatit yapabilir (7).

Friksiyonel keratoz olarak bilinen beyaz plaklar muköz membranların uzun süreli keskin dişler, yanak ısırması veya protezlerle irritasyonuna bağlı oluşabilir. Başlangıçta yamalar soluk ve yarı-opak olup sonra yoğunlaşır ve beyaza döner. Friksiyonel keratoz tamamen selim olup karsinogenik potansiyeli yoktur (9).

Nikotin stomatiti uzun süreli pipo içicilerinde ve bazı sigara içicilerinde görülür. Görüntü ayırt edicidir çünkü damak etkilenir, protezin kapladığı alan etkilenmez. Lezyonda hiperkeratoz ve iltihaplı küçük mukoza bezlerinin ödemi mevcuttur. Tipik olarak damak mukozasının beyaz kalınlaşması ve küçük çapta ortaları çökük, ödemli, kırmızı noktalar mevcuttur. Kırmızı noktalar beyaz keratotik halkalarla çevrili olarak görülür (9,10).

Ayrıcı tanıya pipo içicilerde görülen oral kanserler görülebilir. Oral kanser pipo içiciliğiyle bağlantılı olduğu zaman tipik olarak damaktaki keratotik alanda görülmez fakat ağız içinin alt kısımlarında sıklıkla lingual arka molar bölgede gö-

rülür. Bunun sebebi karsinogenlerin ağız içindeki drenaj alanlarında birikmesidir (10).

Ağızda acıma ve yanma semptomları olan 70 hastanın %37'sinde çok sayıda etiyolojik faktör bulunmuştur. Hastaların %30'unda psikiyatrik bozukluk, %24'ünde ağız kuruluğu, %24'ünde coğrafik dil, %21'inde besinsel eksiklikler ve %13'ünde alerjik kontakt stomatit birlikteliği tespit edilmiştir (11). Bu hastalarda ağrı ve yanma hissi yoğun olsa da klinik olarak tespit edilen lezyon yoktur.

Bu problem özellikle orta yaşlı kadınları etkiler. Bir neden bulunamayan durumlarda kontakt stomatit tanısından uzaklaşılmalı ve bu durum ağızda yanma (burning mouth) olarak değerlendirilmelidir.

Allerjik kontakt stomatit

Genel olarak alerjik hastalıklara yatkın bireylerde kontakt stomatit oluşma eğilimi daha fazladır. Bu nedenle saman nezlesi, penisilin alerjisi veya sık kontakt dermatit atakları oral bulguların ortaya çıkmasını kolaylaştırır (4). Alerjik durumlara bağlı stomatitler (Tablo 1): Besin alerjisi, bakteriyel protein alerjisi, kimyasal veya kontakt alerji ve inhalasyon yolu ile oluşan alerjik durumlardır.

Besin alerjisi: En önemlileri kabuklu deniz ürünleri (istiridye, midye gibi) hayvan, balık, domuz eti, peynir ve taze süt gibi protein karakterindeki besinlerdir. Meyve ve sebzeler bazen suçlanabilir. Ürtikeryal reaksiyonlar deride ve çok seyrek olarak oral mukozada görülebilir.

Bakteriyel protein alerjisi: Bakteriyel proteinlere karşı deri ve oral mukozadaki aşırı duyarlılıktır (12).

Allerjik kontakt stomatit, iritan kontakt stomatite göre daha az görülür. Bu muhtemelen diş

Tablo 1. Alerjik Durumlara Bağlı Stomatitler

| |
|---|
| Besin alerjisi |
| Bakteriyel protein alerjisi |
| Kimyasal veya kontakt alerji |
| Inhalasyon yolu ile oluşan alerjik durumlar |

Tablo 2. Kontakt Stomatit Nedenleri**Diş ile ilgili veya kozmetik maddeler:**

Gargaralar
 Diş macunu
 Protez tozları
 Dudak boyası, şeker, öksürük damlaları, çiklet

Diş ile ilgili materyaller:

Akrilik
 Metal alaşım bazları

Topikal tedavi edici ajanlar:

Alkol
 Antibiyotikler
 Kloroform
 İyotlar
 Fenol
 Anestezikler
 Uçucu yağlar

ile ilgili uygulamaların dışında potansiyel allergenlerin ağız salgısı ile seyreltilmesi ve uzaklaştırılması ile ilgilidir.

Hasta tipik olarak, ağızda veya dilde sızlama ve yanmadan veya dudaklardaki şişmeden yakınıdır. Hastanın duyarlı olduğu bir madde ile temastan sonra mukoza inflame ve ödemli bir hale gelir, mukoza yüzeyi düz ve parlak olur. Bu semptomlar genellikle ciddi bir yanma hissiyle beraberdir fakat bazen kaşınma da eşlik edebilir (13). Mukozal eritem ve hafif yanma kontakt hipersensitivitenin başlıca özelliğidir. Karakteristik olabilecek bir özellik eritemli alanların kadifemsi veya hafif granüler yüzeyle olmasıdır (4). Geçici veziküller oluşabilir fakat bunlar kısa sürede erozyon ve ülserasyona dönüşür. İkincil infeksiyon özellikle sıktır.

Oral gargaralar, diş macunları, mentol, kokulu çikletler (nane, tarçın) ve protez temizleyicileri veya katkı maddeleri stomatit gelişiminden sorumlu olabilir. Kontakt stomatit sebepleri genel olarak Tablo 2’de özetlenmiştir.

Gargaralar yeterince seyreltilmezse iritan stomatit yapabilir. Bundan sorumlu maddeler anti-septikler, tatlandırıcılar ve kurutucular (Sodyum perborat, çinko klorid, boraks mentol, timol, fenol, iyodin, metil salisilat, alkol, borik asit, kresollar, surfaktanlar)’dır. Gargaralar sıklıkla alkol ve uçucu

diğer maddeler içerir ve bunlar kapalı yama testinde irritasyon yapabilir. Testin başlangıcında maddeyi uygulandıktan sonra yirmi dakika kadar beklenir ve bu çözücüler buharlaşınca test bölgesi kapatılır (14).

Hemen her marka diş macununun belli bireylerde kontakt stomatit yaptığı rapor edilmiştir. Diş macunları duyarlandırıcı birçok madde içerir: Florür, sinamik aldehit, formalin, koruyucu maddeler, tatlandırıcılar ve renk verici maddeler. Literatüre göre diş macunlarındaki en yaygın alergenler, tatlandırıcılar (sinamik aldehit, kimyon yağı ve nane) ve koruyuculardır (7,15). Diş macunlarındaki abrazyon (kalsiyum karbonat, kalsiyum fosfat, çinko oksit, sodyum klorür, sodyum bikarbonat, magnezyum tuzları v.s.) duyarlandırıcı değildir. Renklendirici ajan olarak kullanılan anilin veya azo boyalarına karşı allerjik duyarlılık seyrek (14).

Belirli antiseptikler bakteriyel çoğalmayı önlenmesi amacıyla diş macunlarına, gargaralara, topikal oral ilaçlara ve anestezik maddelere ilave edilir. Bu kimyasallar parahidroksibenzoik asit (parabenler), diklorofen, heksaklorofen, fenilmerkürük nitrat, amonyum bileşikler, benzil benzoat gibi duyarlılık yapıcı maddeler içerir. Diş macunlarındaki parabenler oral mukoza için çok az duyarlılığa sahiptir ancak keilit ve perioral dermatit tablolarına sebep olabilir. Koruyucu madde olarak diş macunlarında bulunan diklorofen allerjik keilit ve stomatit yapabilir. Dilde duyu kaybı, tat kaybı olur ve kiraz kırmızısı şeklinde görülür. Kuaterner amonyum bileşiklerinden benzalkonyum klorür (Zefiran) çok az duyarlılık yapar (14).

Sinamik aldehit gibi tatlandırıcılar immunolojik olmayan kontakt ürtiker yapabilir ve bu serinlik hissi uyandırabilir (2). Sinamik aldehit eve ait ürünlerde koku giderici madde olarak ve gargaralarda, diş macunlarında, parfümlerde, şekerlerde, yumuşak içeceklerde, dondurmada ve etlerde güzel koku veren madde olarak kullanılmaktadır. Sinamik asit, sinamik alkol, sinamik aldehit ve diğer sinamik ve sinamil deriveleri aroma kimyasalları olarak tercih edilmektedir. Metilsinamat tatlandırmak için ve parfümlerde

aroma olarak ve diğer sinnamatlar topikal gün perdeleri olarak kullanılır (16).

Diş macunu ile ilgili soyulma göreceli olarak sık görülen bir durum olup değişik marka diş macunlarının kullanımı ile ilgilidir. Muhtemelen içindeki deterjan veya tatlandırıcı ajanlara bağlı yüzeysel bir kimyasal yanık veya reaksiyondur. Klinik olarak bukkal mukozanın yüzeysel beyaz kabuğu olarak görülür ve hasta tarafından ağız içinde soyulma olarak tarif edilir. Olay ağrısız olup diş macununun değiştirilmesi ile düzelir (10).

Bazı şekerler, çikletler ve öksürük damlaları ağız yanmasına sebep olabilecek tatlandırıcı ajanlar içerir.

Diş ile ilgili belli materyaller kontakt stomatit yapabilir. Vulkanit sıklıkla mukozada yanma yapar bunun için kullanımı azalmıştır. Allerjik kontakt stomatit yapabilecek metaller altın, alüminyum, bakır, krom, kobalt, nikel, gümüş ve cıvadır. Bunlar dolgu maddelerinde veya protezlerde kullanılır. Cıva amalgam diş dolguları muhtemelen en yaygın metal duyarlandırıcıdır. Diş ile ilgili tüm amalgamlar cıva içerir (14). Oral likenoid lezyonlar amalgam dolgu maddelerindeki cıvaya bağlı olarak oluşabilir (7,15,17). Değişik oral semptomları olan 91 hastanın 21'inde cıvaya karşı pozitif yama testi görülmüş olup bunların 18'inde oral mukozada amalgam dolgu maddeleriyle temasa bağlı likenoid lezyonlar gelişmiştir (18,19). Çeşitli çalışmalarda oral liken planusun protez metallere karşı gelişen gecikmiş duyarlılık ile bağlantısı olduğu tespit edilmiş ancak bu bir sebep sonuç ilişkisi olarak kanıtlanamamıştır (20-23). Altına karşı duyarlılık allerjik kontakt dermatit ve allerjik kontakt stomatitin muhtemel bir sebebi olarak ve oral liken planusta tetikleyen bir faktör olarak düşünülmelidir (24). Krom ve nikel içeren metal protezler günümüzde çok az kullanılmaktadır. Porselen dişi akrilik proteze bağlamak için kullanılan krom-kobalt iğneleri stomatit yapabilir. İğneler akrilik reçinelerle kapatılırsa stomatit geriler. Diş ile ilgili uygulamalarda kullanılan bakır liken planus benzeri bir stomatit yapabilir (14).

Diş kalıbı için kullanılan maddelerden reçine en çok duyarlılık yapan maddedir. Diş hekimliğin-

de kullanılan reçineler şunlardır: Peru balsamı, kopal, mastik, kolofoni. Bu maddeler genellikle derin kavitelere diş pulpasını korumak için cila olarak kullanılır (14).

Protez stomatiti protez takılan hastaların %67'sinde görülmüştür. Newton tip 1 protez stomatitinde inflamasyon fokal kalır ve bundan travma sorumludur. Newton tip 2 ve tip 3 protez stomatitinde protez alanı yaygın olarak tutulmuş olup etyoloji multifaktöriyeldir (25). Protezin mukozaya hasarı travmatik ülser, generalize inflamasyon, inflamatuvar fibröz hiperplazi, damakta papiller hiperplazi ve alerji olarak görülür (14).

Akrilik, protez bazı veya dolgu materyali olarak kullanıldığında bazen kontakt allerjiye sebep olabilir. Monomeri likit şeklinde, polimeri ise toz halinde olan akrilik reçineler hamurun sertleşmesi için kullanılır (26). Duyarlılık, protezi veya dolguyu yerleştirdikten kısa süre sonra veya aylar sonra gelişebilir. Materyal ile temas eden dokular yoğun bir inflamasyon gösterir ve oldukça ağrılıdır. Birçok vakada hastanın yama testi uygulanması ile monomere duyarlı olduğu görülmüştür (13). Şunu da belirtmek gerekir ki akrilik protez ile temasa bağlı olduğu düşünülen birçok mukoza inflamasyonu protezin yerine oturmamasıyla fiziksel iritasyona bağlıdır (2). İyi yerleştirilmiş üst damak protezi, altındaki mukoza ile koruyucu salyanın temasını engeller. Bu olay duyarlı insanlarda semptomsuz eritem alanı olarak görülen kandidiyazisi ortaya çıkarır. Eritem üst damak protezinin veya ortodontik plağın sınırladığı mukoza alanında bulunur. Altındaki protez daha mobil olduğu ve salyanın geçişine izin verdiği için aynı şekilde inflamasyon görülmez (9).

Gerçekte akrilik duyarlılık yaygın değildir. Akrilik allerji olarak tanımlanan akrilik protezlerin altındaki inflamasyon genellikle kandidal bir enfeksiyondür. Akrilikler polimerize edilerek antijenik özellikleri değiştirilmiştir (7).

Oral kavite için topikal kullanılan tedavi edici ajanlar ciddi allerjik reaksiyonlar yapabilir. Penisilin ve diğer antibiyotiklerin topikal kullanımı stomatite sebep olabilir. Antibiyotik pastil veya haplarında reaksiyona sebep olan madde antibiyotik-

tiğin kendisinden çok tatlandırıcı ajandır. Lokal anesteziplerden para-amino benzoik asit deriveleri(prokain) en çok antijenik olandır. Parafenildiamin, sulfonamidler ve lokal anestezipler arasında çapraz reaksiyon olduğu söylenmiştir. Ametokain benzokain içeren yüzeysel anestezipler elde duyarlılık yapabilir ancak oral mukozayı çok az etkiler (12). Benzokain duyarlılığı olan hastalarda para-amino benzoik asit derivelerine(prokain, tetrakain v.s.) karşı çapraz reaksiyon geliştiği gösterilmiştir. Benzokaine duyarlı hastalarda lidokain (xylocain), mepivakain, prilokain (citanest) kullanılabilir (14).Anesteziplerin lokal enjeksiyonlarına bağlı allerjik reaksiyonlar, enjeksiyon bölgesinde veziküller veya ülserler meydana getirir (27).

Kortikosteroidlere bağlı oral mukozanın kontakt duyarlılığı yaygın değildir. Mukozal kontakt allerji başka hastalıklarla karışabilecek atipik semptomlar gösterir. Bir hastada oral pastillerdeki tixocortol pivalate ile temasa bağlı aşırı ağız salgısı, mukozal eritem, ödem ve fasyal anjiyoödem gelişmiştir. İlaça tekrar temas ile semptomlar tekrarlamıştır. Primer olarak deride bir kortikosteroid karşı duyarlılık kazanılmışsa mukozaya ile temas halinde reaksiyon gelişebilir. Bir kortikosteroid preparatına karşı mukozal kontakt allerji düşünüldüğünde, yama testi preparat içeri-sindeki ek maddeleri de içermelidir (5,28). Taşıyıcı olarak etanol saf vazelininden daha iyi tolere edilir. Değişik konsantrasyonlarda ve ayrı taşıyıcılardaki 25 topikal kortikosteroid ile yapılan yama testinde pozitif reaksiyon verenler şunlardır: Tikso-cortol pivalate, hidrokortizon, budesanid, prednizolon, hidrokortizon butirat propionat, triamsinolon asetonid ve fluosinolon asetonid (29).

Kontakt stomatit için yapılan yama testi kontakt dermatitler için yapılan test kadar anlamlı değildir. Ağızdaki yanma sendromunda yama testi yararlı değildir (6,7).Sabun veya deterjan içermeyen diş macunları veya tozlar doğrudan uygulanabilir. Alkol içeren gargaralar kısmen buharlaştırılıp konsantrasyon edilerek uygulanabilir.

Oral mukozanın histolojik muayenesi genellikle nonspesifiktir fakat yoğun bir plazmositik infiltrasyon görülebilir.

Kontakt stomatit ve keilit olgularında ilkin se-bebin aranması ve bulunursa ortadan kaldırılması gerekir. Dudakların ve etrafının ödemi olması halinde, buzlu su kompresleri ve vazelin faydalı olabilir. Dudaklarda çatlak ve kabuklar varsa du-yarlılık yapmayan %2'lik eritromisin preparatı uygulanabilir. Ağrılı erozyon ve ülserler için triamsinolon asetonid ve lidokain uygulanabilir (1,14).

KAYNAKLAR

1. Atmanoğlu N. Kontakt Dermatitler. İstanbul: Hürriyet Ofset, 1988: 199-208.
2. Scully C. The oral cavity. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. Textbook of dermatology, 6th ed. London: Blackwell Science, 1998: 3107.
3. Tüzün Y, Tüzün B, Enver Ö. Dudak ve Ağız Boşluğu Hastalıkları. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O, eds. Dermatoloji, 2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1994: 537-54.
4. Coleman GC, Nelson JF. Principles of Oral Diagnosis. St. Louis: Mosby Year Book, 1993: 309,317-8.
5. Callens A, Vaillant L, Machet L, Pelucio-Lopez C, de Calan S, Lorette G. Contact stomatitis from tixocortol pivalate. Contact Dermatitis 1993; 29:161.
6. Tosti A, Piraccini BM, Peluso AM. Contact and irritant stomatitis. Semin Cutan Med Surg 1997; 16:314-9.
7. Rogers RS, Mehregan DA. Disorders of the oral cavity. In: Moschiella SL, Hurley HJ, eds. Dermatology, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992: 2094-97.
8. Davis CC, Squier CA, Lilly GE. Irritant contact stomatitis: a review of the condition. J Periodontol 1998; 69:620-31.
9. Cawson RA, Odell EW. Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine, 6th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone,1998:179,208-209.
10. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology, 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1999: 139-42.
11. Drage LA, Rogers RS. Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms. Mayo Clin Proc 1999; 74: 223-8.
12. Former ED, Lawton FE. Oral and Dental Diseases, 5th ed. Edinburgh: Livingstone Ltd; 1966:654-63.
13. Shafer WG,Hine MK,Levy BM. A Textbook of Oral Pathology. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1958:449-52.
14. Fisher AA. Contact Stomatitis. In: Rogers RS. Dermatologic Clinics. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1987: 681-6,709-17.
15. Sainio EL, Kanerva L. Contact allergens in toothpastes and a review of their hypersensitivity. Contact Dermatitis 1995; 33:100-5.
16. Drake TE, Maibach HI. Allergic Contact Dermatitis and Stomatitis Caused by a Cinnamic Aldehyde-Flavored Toothpaste. Arch Dermatol 1976; 112:202-203.

17. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrew's Diseases of the Skin, 9th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000:111.
18. Laine J, Kalimo K, Forssell H, Happonen RP. Resolution of oral lichenoid lesions after replacement of amalgam restoration in patients allergic to mercury compounds. *Br J Dermatol* 1992; 126:10-5.
19. Jameson MW, Kardos TB, Kirk EE, Ferguson MM. Mucosal reactions to amalgam restorations. *J Oral Rehabil* 1990; 17:293-301.
20. Eversole LR, Ringer M. The role of dental restorative metals in the pathogenesis of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 57:383-7.
21. Mobacken H, Hersle K, Sloberg K, Thilander H. Oral lichen planus: hypersensitivity to dental restoration material. *Contact Dermatitis* 1984; 10:11-5.
22. Hietanen J, Pihlman K, Forstrom L, Linder E, Reunala T. No evidence of hypersensitivity to dental restorative metals in oral lichen planus. *Scand J Dent Res* 1987; 95:320-7.
23. Koch P, Bahmer FA. Oral lesions and symptoms related to metals used in dental restorations: a clinical, allergological, and histologic study. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41:422-30.
24. Laeijendecker R, van Joost T. Oral manifestations of gold allergy. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:205-9.
25. Arendorf TM, Walker DM. Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil* 1987; 14:217-27.
26. Şirin Ş, Özcan İ. *Oral Diagnoz*. İstanbul: İ. Ü. Diş Hekimliği Yayınları, 1997: 149-150.
27. Bhaskor SN. *Synopsis of Oral Pathology*. St. Louis: Mosby Company, 1986: 464-465.
28. Bircher AJ, Pelloni F, Langauer Messmer S and Muller D. Delayed hypersensitivity reactions to corticosteroids applied to mucous membranes. *Br J Dermatol* 1996; 135:310-13.
29. Gonzalo Garijo MA, Bobadilla Gonzalez P. Cutaneous-mucosal allergic contact reaction due to topical corticosteroids. *Allergy* 1995; 50:833-6.

Geliş Tarihi: 17.04.2001

Yazışma Adresi: Dr. Burhan ENGİN
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD,
34303 Cerrahpaşa, İSTANBUL