

# Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Oral Mukoza Hastalıklarının Araştırılması: 1670 Hasta Kapsayan Bir Çalışma

## Investigation of Oral Mucosal Lesions in Patients Attending Dermatology Outpatient Clinic: A Study of 1670 Cases

Ahu YORULMAZ,<sup>a</sup>  
Sibel DOĞAN,<sup>a</sup>  
Arzu KILIÇ,<sup>a</sup>  
Duru TABANLIOĞLU ONAN,<sup>a</sup>  
Ferda ARTÜZ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 06.11.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 05.04.2016

*Bu çalışma 24. Avrupa Dermatoloji ve  
Veneroloji Akademisi Kongresi (07-11 Kasım  
2015, Kopenhag, Danimarka)'nde e-poster  
olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Ahu YORULMAZ  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
ahuyor@gmail.com

**ÖZET Amaç:** Birçok dermatolojik hastalığa oral mukozal bulgular eşlik eder. Oral mukozal lezyonlar (OML) bazen tanımlanamamış bir hastalığa doğru tam koymada yol gösteren tek ipucu olabilir. Türkiye'de OML üzerine yürütülmüş oldukça az sayıda çalışma mevcuttur. Biz de bu çalışma ile genel Türk toplumunda OML'nin prevalansını ve bunu etkileyen faktörleri ortaya koymayı hedefledik. **Gereç ve Yöntemler:** Bin altı yüz yetmiş hasta (950 kadın, 720 erkek) bu çalışma kapsamında incelendi. Hastaların yaş, eşlik eden hastalıklar, ilaç hikayesi, sigara ve alkol kullanımı, dolgu, kaplama ve protez gibi dental muayene bulguları, dermatolojik hastalıkları ve mevcutsa OML'i kaydedildi ve ayrıntılı istatistiksel analizler yapıldı. **Bulgular:** OML'nin genel prevalansı %37,8 idi (kadın=%34,8, erkek=%41,6). Paslı dil en sık karşılaşılan OML idi (%6,7), bunu fissüre dil (%4,4) ve Fordyce granülleri (%3,9) izlemekteydi. Paslı dil erkekler, orta yaşlı erişkinler (35-54 yıl) ve 20-39 sigara/gün sıklığında sigara içenlerde istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla tespit edildi. Alkol kullanımı ile OML görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilebilecek herhangi bir ilişki saptanmadı. Venöz göllenme, protez stomatiti ve glossit ileri yaş (65 yıl ve üzeri) ile istatistiksel anlamda ilişkili bulundu. Bu çalışma grubunda kandidiyazis ve Behçet hastalığı erkeklerde, glossit ise kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek tespit edildi. **Sonuç:** Günümüze kadar farklı ülkelerde ve farklı bölgelerde OML üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak bunların az bir kısmı dermatologlar tarafından yürütülmüştür. Bu ve benzer çalışmaların OML'in sınıflandırma ve yönetiminde faydalı bilgiler sağlayacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Oral belirtiler; dermatoloji; prevalans

**ABSTRACT Objective:** Many dermatological diseases have oral mucosal findings. Oral mucosal lesions (OML) sometimes may be the only clue to make a correct diagnosis about an obscure disease. There is only a limited number of studies about OML that had been conducted in Turkey. In this study, we aimed to determine the prevalence and factors affecting the occurrence of OML in the general population of Turkey. **Material and Methods:** A total number of 1.670 patients (950 females, 720 males) were enrolled in this study. Detailed information about patients' characteristics such as age, accompanying diseases, drug history, smoking habits, alcohol consumption, dental status such as dental filling, crown and prosthesis, dermatological diseases and, if present, OML were recorded and detailed statistical analyses were done. **Results:** The overall prevalence of OML was 37.8% (females=34.8%, males=41.6%). Coated tongue was the most common OML (6.7%), followed by fissured tongue (4.4%) and Fordyce granules (3.9%). Coated tongue was significantly higher among males, middle-aged adults (35-54 years) and moderate smokers (20-39 cigarettes/day). No significant differences in the prevalences of OML were observed in regard to alcohol consumption. Venous lake, denture stomatitis and glossitis were significantly associated with old age group (65 years and older). In this population, a statistically significantly greater percentage of male patients had candidiasis and Behçet's disease whereas glossitis was significantly more prevalent among females. **Conclusion:** So far, many studies have been conducted on OML in different countries and regions. However, few of them have been governed by dermatologists. We assume that studies like ours may provide useful information in the classification and management of OML.

**Key Words:** Oral manifestations; dermatology; prevalence

doi: 10.5336/medsci.2015-48550

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2016;36(2):73-85

Oral mukozada herhangi bir şekil, renk değişikliği ya da mukozal bütünlüğün bozulmasına neden olan tüm durumlar oral mukozal lezyonlar (OML) olarak adlandırılır.<sup>1</sup> OML arasında oral mukozanın patolojik olmayan anatomik varyasyonlarının yanı sıra birçok sistemik hastalığın önemli tanı kriterlerinden olan bulgular da yer almaktadır.<sup>2-5</sup> OML ayrıca dermatolojik hastalıkların bir kısmında en belirgin ya da tek mukokutanöz belirti olarak karşımıza çıkabilmektedir.<sup>6</sup> Literatürde ilginç olarak OML hakkındaki çalışmaların önemli bir kısmının diş hekimliği bölümlerine başvuran hastalar arasında yürütüldüğü fark edilmektedir.<sup>1,5,7-19</sup> Ayrıca Türk toplumunda OML üzerine yapılmış epidemiyolojik çalışma sayısının da oldukça yetersiz olduğu görülmektedir.<sup>19-24</sup> Bu çalışmada herhangi bir deri hastalığı şikayeti nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda OML varlığı değerlendirilerek OML tipi, nedeni, sıklık ve dağılım özellikleri araştırılmıştır. Çalışmada ek olarak OML varlığı ve tipinin yaş, cinsiyet, eşlik eden diğer hastalıklar, eşlik eden dermatolojik hastalık, ilaç, sigara veya alkol kullanımı, diş tedavileri ilgili uygulamalar (dolgu, kaplama ya da protez varlığı) gibi faktörler ile muhtemel bir ilişkisi olup olmadığı yapılan ayrıntılı istatistiksel karşılaştırmalar ile gözden geçirilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Aralık 2013 ve Haziran 2014 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü 1.670 hasta bu çalışma kapsamında prospektif olarak değerlendirildi. Çalışma öncesinde çalışmanın uygulanabilirliği açısından etik kurul onayı alındı (Karar no: 66/2013). Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalardan bilgilendirilmiş olur formu alındı. Tüm hastalar eşlik eden hastalıklar, ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, dolgu, kaplama ve protez varlığı açısından sorgulandı. Hastaların yaş, cinsiyet, dermatolojik hastalık tanısı ve varsa oral mukoza bulguları kaydedildi. Hastalar yaş dağılımına göre dört gruba (Grup 1=18-34 yıl; genç erişkin, Grup 2=35-54 yıl; orta yaşlı erişkin, Grup 3=55-64 yıl; ileri yaşlı erişkin, Grup 4=65 yıl ve üzeri; yaşlı) ayrıldı. Sigara kullanım sıklığı 5 nokta

skalası (1= ≥40 adet/gün; 2=20-39 adet/gün; 3=1-19 adet/gün; 4=bırakmış; 5=hiç) kullanılarak değerlendirildi.<sup>25</sup> Alkol kullanım sıklığı da 5 nokta skalası (1=hergün; 2=birkaç kez/hafta; 3=bazen; 4=bırakmış; 5=hiç) kullanılarak değerlendirildi.<sup>25</sup> OML, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği kriterlere göre tanımlandı.<sup>26</sup> Tanıda klinik muayene esas alındı. Ancak gerek görülen hastalar için laboratuvar tetkikleri (tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, viral ve bakteriyel seroloji, serum vitamin B12, folik asit, ferritin düzeyleri), Wood ışığı incelemesi, %10'luk potasyum hidrokosit ile mantar araması yapılırken, biyopsi sonrası histopatolojik/direkt immünfloresan incelemeye başvuruldu. İstatistiksel analiz SPSS 11.5 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Karşılaştırmalarda ki-kare testi uygulandı. p<0,05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 1670 hastanın tümü, oral mukoza muayenesi yapılarak OML varlığı açısından incelendi.

## DEMOGRAFİK BİLGİLER

Hastaların yaşları 18 ile 93 yıl arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 40,830±17,1 yıl olarak bulundu. Hastaların demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %36,9'unda (n=616) eşlik eden başka bir hastalık mevcuttu. En sık eşlik eden hastalık, hastaların %13,2'sinde (n=220) saptanan hipertansiyondur (Tablo 2). Hastaların %31,7'sinde

**TABLO 1:** Hastaların demografik özellikleri ve OML ile ilişkisi.

	Hasta grubu n (%)	OML + olanlar n (%)	OML + olan grupta %
Kadın	950 (56,9)	331 (34,8)*	52,5
Erkek	720 (43,1)	299 (41,6)*	47,5
Toplam	1670	630	100
Yaş grup 1	712 (42,6)	220 (30,9) *	34,8
Yaş grup 2	554 (33,2)	207 (37,4) *	32,8
Yaş grup 3	215 (12,9)	106 (49,3) *	16,8
Yaş grup 4	189 (11,3)	99 (52,4) *	15,6
Toplam	1670	632	100

\* p<0,001.

**TABLO 2:** Ek hastalıkların dağılımı ve OML ile ilişkisi.

Ek hastalıklar	Hasta grubu	OML + olanlar
	n (%)	n (%)
Osteoporoz, D vitamini eksikliği	14 (0,8)	10 (71,4)
Hashimoto tiroiditi	6 (0,4)	2 (33,3)
Hiperlipidemi, hipertrigliseridemi	47 (2,8)	24 (51,1)
Demir eksikliği anemisi, talasemi taşıyıcılığı	26 (1,6)	12 (46,2)
Guatr	49 (2,9)	16 (32,7)
Astım	33 (2)	19 (57,6) *
Psikopati (depresyon, panik atak, bipolar bozukluk)	40 (2,4)	21 (52,5)
Gastrit, gastroözofageal reflü	28 (1,7)	11 (39,3)
Koroner arter hastalığı, kalp ritm bozukluğu	53 (3,2)	30 (56,6)
Diabetes mellitus	139 (8,3)	67 (48,2)
Hipertansiyon	220(13,2)	101 (45,9)
Kalp yetmezliği, venöz yetmezlik	19 (1,1)	9 (47,4)
Polikistik over sendromu	17 (1)	4 (23,5)
Vitamin B12 eksikliği	2 (0,1)	2 (100)
Böbrek yetmezliği	9 (0,5)	4 (44,4)
Tüberküloz	2 (0,1)	2 (100)
Viral hepatitler (hepatit B ve C enfeksiyonu)	13 (0,8)	5 (38,5)
Derin ven trombozu, pulmoner emboli, serebrovasküler olay	10 (0,6)	6 (60)
Crohn hastalığı	5 (0,3)	3 (60)
Ülseratif kolit	1 (0,1)	1 (100)
Pnömoni, bronşit	6 (0,4)	4 (66,7)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	2 (0,2)	1 (50)
Solid maligniteler	19 (1,1)	12 (63,2)
Diğer	138 (8,3)	51 (37)
Edinsel immün yetmezlik sendromu, bruselloz, akut romatizmal ateş, ailevi akdeniz ateşi, psöriatik artrit, ankilozan spondilit, romatoid artrit, gut, polisitemia vera, immün trombositopenik purpura, varikozel, splenektomi, vertigo, hiatal herni, renal transplantasyon, nefrektomi, nefrolitiazis, kolelitiazis, çölyak hastalığı, anal fissür, irritabl barsak sendromu, hemoroid, diabetes insipidus, cushing hastalığı, epilepsi, multipl skleroz, migren, parkinson hastalığı, nöropatik ağrı, trigeminal nevralsi, fibromiyalji, diskopatiler, tendinit, menisküs, akustik nörinom, total abdominal histerektomi, fibrokistik hastalık, benign prostat hiperplazisi, katarakt, glokom, üveit, dekubitus ülseri, vogt-koyanagi-harada sendromu, allerjik rinit, pilonidal sinus, miyelodisplastik sendrom, kronik lenfositik lösemi, multipl miyelom		

\* p &lt;0,05.

(n= 592) ilaç kullanım hikayesi alındı (Tablo 3). Hastaların sırası ile %35,3'ünde (n= 589) sigara, %15,5'inde (n= 259) alkol kullanımı mevcuttu. Sigara kullanımı kadın hastaların %22,4'sinde (n=213), erkek hastaların ise %48,6'sında (n=350) tespit edildi. Yaş gruplarına göre sigara kullanımı incelendiğinde; grup 1'in %31,7'sinin (n=226), grup 2'nin %41,7'sinin (n=231), grup 3'ün %37,2'sinin (n=80), grup 4'ün %28'inin (n=53) sigara kullan-

makta olduğu görüldü. Hastaların kalıcı diş tedavilerine ait verileri Tablo 4'te gösterilmiştir.

#### DERMATOLOJİK MUAYENE BULGULARI

Dermatolojik muayenede tespit edilen en sık hastalık grubu akne vulgaris, akne fulminans, folliküller oklüzyon triadı idi (%13,6, n=227) (Tablo 5). Hastaların %6,3'ünde (n= 105) başvuru şikayeti oral mukoza ile ilgiliydi, %93,7'sinde (n=1565) ilgili de-

**TABLO 3:** Hastaların kullandıkları ilaçların dağılımı ve OML ile ilişkisi.

İlaçlar	Hasta grubu	OML + olanlar
	n (%)	n (%)
Antihipertansif	245 (14,7)	111 (45,3)
İnsülin/oral antidiyabetik	139 (8,3)	68 (48,9)
Oral demir	32 (1,9)	17 (53,1)
Tiroid hormonu	49 (2,9)	15 (30,6)
Antihiperlipidemik/ antihipertrigliseridemik	56 (3,4)	29 (51,8)
Antiülser	36 (2,2)	16 (44,4)
Antitrombotik/antikoagülan	59 (3,5)	32 (54,2)
Analjezik	50 (3)	19 (38)
Oral kontraseptif	13 (0,8)	3 (23,1)
Antiepileptik	9 (0,5)	5 (55,6)
Düretik	11 (0,7)	7 (63,6)
Antipsikotik	3 (0,2)	2 (66,7)
Sistemik kortikosteroid	25 (1,5)	14 (56)
Antidepresif	37 (2,2)	19 (51,4)
Antiarritmik	50 (3)	25 (50)
Antiviral (lamivudin, vb.)	2 (0,1)	-
Antiastrmatik (inhalan)	37 (2,2)	22 (59,5)
Antiastrmatik (sistemik)	13 (0,8)	10 (76,9)*
Antiparkinson	5 (0,3)	2 (40)
Testosteron-5-alfa redüktaz inhibitörleri	10 (0,6)	4 (40)
Kemoterapötik (taksanlar ve antrasiklinler)	5 (0,3)	4 (80)
Azatiyopürin	3 (0,2)	2 (66,7)
Siklofosamid	2 (0,1)	-
Kalsiyum replasmanı	19 (1,1)	12 (63,2)
Antihistaminik	2 (0,1)	-
Metotreksat	1 (0,1)	-
Beta interferon	2 (0,1)	1 (50)
Bifosfonatlar	2 (0,1)	1 (50)
Dapson	3 (0,2)	1 (33,3)
Kolşisin	5 (0,3)	2 (40)
Salisilazosülfapiridin	8 (0,5)	5 (62,5)
Vazopressin ve analogları	1 (0,1)	-
Hiperkalemi ve hiperfosfatemi ilaçları	4 (0,2)	2 (50)
B 12 vitamini replasmanı	1 (0,1)	-
D vitamini replasmanı	2 (0,1)	1 (50)
Sistemik antibiyotik (penisilin klaritromisin, ampisilin-sulbaktam)	8 (0,5)	4 (50)
Siklosporin	2 (0,1)	2 (100)
Adalimumab	1 (0,1)	1 (100)
Antiretroviraller	2 (0,1)	1 (50)

\* p &lt;0,05.

ğildi. Oral mukoza muayenesinde OML saptanmış olan %37,8 (n=632) hastanın %16,6'sının (n=105) başvuru tanısı oral mukoza ile ilgili, %83,4'ünde (n=527) ilgili değildi. Bununla birlikte, başvuru şikayeti oral mukoza ile ilgili olmayanların ise

%33,7'sinde OML vardı. En sık tespit edilen OML paslı dil idi (%6,7, n=112). Bunu fissüre dil (%4,4, n=73) ve Fordyce granülleri (%3,9, n=65) takip etmekteydi (Tablo 6). Tablo 6'da OML'in cinsiyet, yaş grupları, sigara, alkol kullanımı ve başvuru şik-

**TABLO 4:** Hastaların sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları ve dental muayene verilerinin OML ile ilişkisi.

	Hasta grubu	OML + olanlar	OML + olan grupta
	n (%)	n (%)	%
Sigara içmeyen	1081 (64,7)	370 (34,2)*	58,5
1 <sup>¶</sup>	41 (2,5)	15 (36,6)*	2,4
2 <sup>¶</sup>	147 (8,8)	79 (53,7)*	12,5
3 <sup>¶</sup>	267 (16)	110 (41,2)*	17,4
4 <sup>¶</sup>	134 (8)	58 (43,3)*	9,2
Toplam	1670	632	100
Alkol içmeyen	1411 (84,5)	530 (37,6)	83,9
1 <sup>‡</sup>	-	-	-
2 <sup>‡</sup>	26 (1,6)	7 (26,9)	1,1
3 <sup>‡</sup>	183 (11)	69 (37,7)	10,9
4 <sup>‡</sup>	50 (3)	26 (52)	4,1
Toplam	1670	632	100
Dolgu	459 (27,5)	177 (38,6)	28
Kaplama	97 (5,8)	34 (35,1)	5,4
Protez	230 (13,8)	119 (51,7)*	18,8
Toplam	786	330	100

<sup>¶</sup> Sigara nokta skalası; <sup>‡</sup> Alkol nokta skalası; \*p<0,01.

kayetinin OML olup olmamasına göre dağılımı gösterilmiştir.

### İSTATİSTİKSEL KARŞILAŞTIRMALAR

Yaş gruplarına göre hastalar OML tipleri bakımından karşılaştırıldıklarında fissüre dil, venöz göllenme, paslı dil, proteze bağlı stomatit, aktinik keilit, glossit, herpes labialis ve oral kandidiyazis sıklığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,001, p<0,001, p=0,029, p<0,001). Buna göre fissüre dil anlamlı olarak 35-54 yaş aralığındaki hastalarda daha sık gözlemlendi. 65 yaş ve üzerindeki hastalarda anlamlı olarak daha sık oranda venöz göllenme, proteze bağlı stomatit ve glossit tespit edildi. İstatistiksel bakımdan anlamlı olarak aktinik keilit en sık 55-64 yaş arasındaki, oral herpes enfeksiyonu en sık 18-34 yaş arasındaki, paslı dil en sık 35-54 yaş arasındaki, kandidiyazis ise %31,7 ile grup 2 ve 4'te yer alan olgularda eşit sıklıkta saptandı (Tablo 6).

Cinsiyetler arasında OML tiplerinin dağılımına bakıldığında erkek hastalarda paslı dil, kandidiyazis ve Behçet hastalığına (BH) bağlı oral aftların, kadın hastalarda ise glossitin anlamlı ola-

rak daha sık görüldüğü tespit edildi (p<0,001, p=0,019, p=0,028, p=0,052; sırasıyla) (Tablo 6). Eşlik eden hastalıklar ve tespit edilen OML arasında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilebilecek herhangi bir ilişki saptanmadı. İlaç kullanımı ile OML varlığı bakımından inceleme yapıldığında ise sadece sistemik astım ilaçları (beta2 agonistler, antikolinerjikler, kortikosteroidler, lökotrien reseptör antagonistleri) alan hastalarda anjioödem daha az sıklıkta bulunduğu saptandı (p<0,001) (Tablo 3).

Sigara kullanımı ile OML varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,001) (Tablo 4). Sigara içmeyen, sigarayı 5 nokta skalasına göre farklı sıklıkta içen grupların OML gelişim sıklığı açısından karşılaştırmaları Tablo 4'te gösterilmiştir. Sigara kullanımı ile OML tipi arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık sadece paslı dili olan hastalarda tespit edildi (p<0,001). Paslı dil %21,1 ile en sık sigarayı 2 sıklığında içenlerde izlendi. Alkol kullanımı ile OML görülme sıklığı arasında ise anlamlı kabul edilebilecek herhangi bir ilişki saptanmadı (p=0,131). Kalıcı diş tedavileri arasında saptanan protez varlığı ile OML arasındaki ilişki incelendiğinde protezi olan hastalarda anlamlı

TABLO 5: Dermatolojik hastalıkların dağılımı.

Dermatolojik hastalıklar	Hasta grubu n (%)	OML + olanlar n (%)
Akne vulgaris, akne fulminans, folliküler oklüzyon triadı	227 (13,6)	67 (29,5)**
Rozasea	38 (2,3)	12 (31,6)
Folikülitis dekalvans	1 (0,1)	-
Telogen effluvium, androjenetik alopesi	51 (3,1)	11 (21,6)
Tinea (pedis, unguium, manum, kruris, fasyale, korporis)	156 (9,3)	58 (37,2)
Kontakt dermatit (alerjik, fotokontakt, irritan), dermatit (nummuler, dishidrotik, kserotik)	130 (7,8)	39 (30)
Liken simpleks kronikus, pruritus, prurigo nodularis	113 (6,8)	37 (32,7)
Alopesi (areata, totalis, universalis)	29 (1,7)	12 (41,4)
Ürtiker, anjiödem	73 (4,4)	28 (38,4)
Vaskülit (ürtikeryal, nodüler, lökositoklastik), eritema nodozum, soğuk pannikülit	18 (1,1)	7 (38,9)
Skabiyez, pedikülozis	1 (0,7)	2 (18,2)
Psöriazis (vulgaris, palmoplantar, invers, guttat, püstüler), palmoplantar püstüloz, psöriatik tırnak	102 (6,1)	37 (36,3)
Sifiliz	5 (0,3)	2 (40)
Eritrazma, follikülit, fronkulozis, kanbonkül, impetigo, pitted keratolizis, orf, bülül distal daktilit, sellülit, erizipel, lenfanjit	56 (3,4)	17 (30,4)
Sweet sendromu, akut jeneralize ekzantematöz püstüloz, subkorneal püstüler dermatoz	6 (0,4)	4 (66,7)
Eritroderma	4 (0,2)	1 (25)
Kseroderma pigmentozum, epidermodisplazia verrüsiformis, iktiyozis vulgaris, nörofibromatozis, Darier hastalığı, albinizm	11 (0,7)	3 (27,3)
Liken planus (inversus, hipertrofikus)	42 (2,5)	18 (42,9)
Atopik dermatit	7 (0,4)	0
Lenfödem, staz dermatiti, staz ülseri, yüzeysel tromboflebit	18 (1,1)	8 (44,4)
Lupus eritematozus (subakut, diskoid), Sjögren sendromu, sistemik skleroz, dermatomyozit, Still hastalığı	18 (1,1)	7 (38,9)
Bazal hücreli karsinom, yüzeysel hücreli karsinom	10 (0,6)	2 (20)
Nevüs, displastik nevüs sendromu, melonişi striata	15 (0,9)	1 (6,7)
Pitriazis versikolor	9 (0,5)	2 (22,2)
Subungal hematom, unguium inkarnatus, onikoliz, onikomadezis, paronişi, onikogriroz, median tırnak distrofisi	24 (1,4)	10 (41,7)
Pitriazis rubra pilaris	2 (0,1)	1 (50)
Diyabetik (bül, ayak, dermopati), sklerödem diyabetikorum	8 (0,5)	4 (50)
Mikozis fungoides, parapsöriazis (büyük plak, küçük plak), aktinik retiküloid, psödolenfoma	18 (1,1)	5 (27,8)
Büllöz pemfigoid, pemfigus herpetiformis	4 (0,2)	3 (75)
Verruka (vulgaris, plana, genital), herpes (kutanöz, genital, zoster), molluskum kontagiozum	113(6,8)	39 (34,5)
Pigmente purpurik dermatoz	8 (0,5)	3 (37,5)
Mukozal kandidiyazis (genital), kutanöz kandidiyazis (tırnak ve deni)	21 (1,3)	6 (28,6)
Seboreik dermatit	44 (2,6)	16 (36,4)
Vitiligo, melazma, efelid, solar lentigo, postinflamatuar hiperpigmentasyon, eritema ab igne, Civatte'nin poikiloderması, pitriazis alba	59 (3,5)	19 (32,2)
Pitriazis rosea	19 (1,1)	10 (52,6)
Seboreik keratoz, aktinik keratoz	35 (2,1)	16 (45,7)
Eritema multiforme, ilaç reaksiyonu	18 (1,1)	8 (44,4)
Malign melanom	2 (0,1)	1 (50)
Eritema anulare sentrifigum	1 (0,1)	-
Morfea	4 (0,2)	2 (50)
Sarkoidoz	2 (0,1)	-
Layşmanyaz	1(0,1)	1 (100)
Langerhans hücreli histiositoz	1 (0,1)	-
Eritema diskromikum perstans	2 (0,1)	1 (50)
Miliium, trikilemmal kist, epidermoid kist	15 (0,9)	4 (26,7)
Kutanöz amiloidoz (maküler, liken)	7 (0,4)	1 (14,3)
Diğer	198 (11,9)	60 (30,3)*
Kseroderma, nasır, fibroepitelial polip, piyogenik granülom, lipom, keloid, atrofik stria, keratozis pilaris, hiperhidroz, dermatofibroma, anjiokeratom, yanık (termal, elektrik), ksantelema, sebace hiperplazi, hirsutizm, faktitsiyal dermatit, sporotrikoz, lökemia kutis, kutane metastaz, buerger hastalığı, pernio, raynaud fenomeni, kondrodermatitis nodularis helisis, klimakterik keratoderma, incimsi penil papülleri, böcek ısırığı, papüler müsünöz, notaljiya parestetika, vulvodini		
Oral mukoza hastalıkları	132 (7,9)	118** (89,4)
Herpes simpleks, lökoplaki, lökoödem, liken, verrü, angüler keilit, aktinik keilit, sigaraya bağlı pigmentasyon, glossit, herpanjina, irritasyon fibromu, labial melanotik makül, piyostomatitis vejetans, Behçet hastalığı, proteze bağlı stomatit, keilit, pemfigus vulgaris, paraneoplastik pemfigus, median dudak fissürü, coğrafik dil, kandidiyazis, mukosel, aftöz ülser, rekürren aftöz stomatit, fissüre dil, granülomatöz keilit, dudak yalama dermatiti		

\*p &lt;0,05; \*\*p &lt;0,01.

**TABLO 6:** Hastaların oral mukozal lezyonlarının dağılımı.

Oral mukozal lezyonlar	Hasta grubu n (%)	Cinsiyet		Yaş grubu				Sigara kullanımı		Alkol kullanımı		Başvuru	
		n		n				n		n		OML ile ilgili n	
		K	E	1	2	3	4	+	-	+	-	+	-
Fordyce granülleri	65 (3,9)	34	31	36	19	4	6	23	42	13	52	1	64
Mukosel	3 (0,2)	3	-	-	2	1	-	-	3	-	3	2	1
Dudak yalama dermatiti	7 (0,4)	3	4	4	3	-	-	3	4	-	7	3	4
Friksiyonel hiperkeratoz	36 (2,2)	19	17	16	8	8	4	18	18	10	26	-	36
Fissüre dil	73 (4,4)	38	35	15	23	17	18	29	44	9	64	5	68
Coğrafik dil	28 (1,7)	16	12	12	8	3	5	10	18	4	24	3	25
Venöz göllenme	8 (0,5)	6	2	-	1	2	5	1	7	-	8	-	8
Paslı dil	112 (6,7)	45	67	30	43	27	12	78	34	26	86	1	111
Proteze bağlı stomatit	39 (2,3)	21	18	-	1	8	30	12	27	3	36	1	38
• Tip 1	30 (1,8)												
• Tip 2	6 (0,4)												
• Tip 3	3 (0,2)												
Aktinik keilit	5 (0,3)	1	4	-	-	3	2	3	2	1	4	1	4
Keilit	16 (1)	8	8	16	-	-	-	1	15	1	15	3	13
Glossit	25 (1,5)	19	6	2	6	7	10	7	18	3	22	3	22
Labial melanotik makül	3 (0,2)	3	-	2	1	-	-	1	2	1	2	1	2
Amalgama bağlı pigmentasyon	8 (0,5)	5	3	3	4	1	-	2	6	-	8	-	8
Lenfanjiom	2 (0,1)	2	-	2	-	-	-	-	2	-	2	-	2
Sublingual varisler	5 (0,3)	2	3	1	-	1	3	1	4	2	3	-	5
İrritasyon fibromu	5 (0,3)	5	-	1	2	2	-	2	3	-	5	-	5
Nikotin stomatiti	1 (0,1)	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1
Granülatöz keilit	2 (0,1)	-	2	2	-	-	-	-	2	-	2	2	-
Herpanjina	1 (0,1)	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-
Sigaraya bağlı pigmentasyon	11 (0,7)	3	8	2	5	3	1	11	-	4	7	1	10
Kıllı dil	2 (0,1)	-	2	2	-	-	-	2	-	2	-	0	2
Linea alba	32 (1,9)	20	12	12	14	4	2	13	19	3	29	1	31
Lökoplaki	4 (0,2)	1	3	-	4	-	-	4	-	2	2	2	2
Herpes labialis	27 (1,6)	20	7	14	13	-	-	13	14	5	22	10	17
Yassı hücreli karsinom	1 (0,1)	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-
Oral papillom	1 (0,1)	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1
Verrü	9 (0,5)	6	3	6	3	-	-	2	7	1	8	6	3
Papillit	3 (0,2)	2	1	3	-	-	-	-	3	-	3	-	3
Likenoid reaksiyonlar	4 (0,2)	3	1	1	2	1	-	-	4	1	3	-	4
Pigmentasyon	3 (0,2)	3	-	3	-	-	-	1	2	1	2	-	3
Yanık	2 (0,1)	-	2	-	1	1	-	1	1	-	2	-	2
Jinjival hiperplazi	2 (0,1)	-	2	-	1	1	-	-	2	-	2	-	2
Travmatik peteşi	5 (0,3)	4	1	2	3	-	-	2	3	-	5	-	5
Vitiligo	3 (0,2)	1	2	3	-	-	-	1	2	1	2	-	3
Kandidiyazis	41 (2,5)	16	25	4	13	11	13	19	22	6	35	9	32
• Akut psödembranöz	22 (1,3)												
• Kandidal lökoplaki	3 (0,2)												
• Akut atrofik	6 (0,4)												
• Kronik atrofik	3 (0,2)												
• Angüler keilit	5 (0,3)												
• Median rhomboid glossit	2 (0,1)												

devamı →



TABLO 6: devamı.

Oral mukozal lezyonlar	Hasta grubu n (%)	Cinsiyet		Yaş grubu				Sigara kullanımı		Alkol kullanımı		Başvuru	
		n		n				n		n		OML ile ilgili n	
		K	E	1	2	3	4	+	-	+	-	+	-
Anjiödem	11 (0,7)	7	4	6	3	2	-	2	9	1	10	1	10
Oral liken	19 (1,1)	13	6	4	8	5	2	6	13	5	14	6	13
• Retiküler	17 (1)												
• Papüler	1 (0,1)												
• Plak	1 (0,1)												
Behçet hastalığı	21(1,3)	7	14	12	8	1	-	7	14	4	17	21	-
• Minör aft	19(1,1)												
• Major aft	2(0,1)												
Rekürren aftöz stomatit	13 (0,8)	8	5	10	3	-	-	2	11	-	13	12	1
• Minör aft	13 (0,8)												
• Major aft	0												
Aftöz ülser	11 (0,7)	6	5	7	2	2	-	5	6	2	9	6	5
Pemfigus vulgaris	7 (0,4)	7	-	1	6	-	-	1	6	-	7	7	-
Eritema multiforme	2 (0,1)	1	1	1	1	-	-	1	1	-	2	2	-
Piyostomatitis vejetans	1(0,1)	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-
Paraneoplastik pemfigus	1(0,1)	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	1	-
Median dudak fissürü	1 (0,1)	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Lökoödem	2(0,1)	1	1	1	1	-	-	-	2	-	2	-	2
Skleroderma, dudaklarda telenjektaziler	1(0,1)	1	0	0	1	-	-	-	1	-	1	-	1

olarak venöz göllenme, proteze bağlı stomatit, sublingual varisler ve glossitin daha sık gözleendiği tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,003$ ,  $p<0,001$ ; sırasıyla). Protezi olan hastaların %16,5'inde proteze bağlı stomatit izlendi.

Dermatolojik hastalıklar ile OML arasındaki ilişki araştırıldığında ise akne grubu hastalıklar nedeni ile başvuran hastalarda keilitin anlamlı olarak daha sık olduğu görüldü ( $p<0,001$ ). Akne grubu hastalık tanısına sahip olanların %23,3'ünde ( $n=53$ ) sistemik izotretinoin kullanımı mevcuttu. Bu tanı grubuna sahip olan hastaların %4,4'ünde, sistemik izotretinoin kullananların da %19'unda ( $n=10$ ) keilit tespit edildi. Diğer dermatolojik hastalıklar ile OML görülme sıklığı arasında anlamlı kabul edilebilecek herhangi bir ilişki saptanmadı. Oral mukozal lezyonlar ile OML'nin dermatoloji polikliniğine başvurma nedeni olup olmaması yönünde istatistiksel değerlendirme yapıldığında, anlamlı ilişki yalnızca oral verrü tanısı ile tespit edildi ( $p<0,001$ ). Hastalarda dermatoloji polikliniğine en sık başvuru sebebi olan OML, oral verrü idi.

## TARTIŞMA

Oral mukozal lezyonlar üzerine Türk toplumunda yürütülmüş az sayıdaki kesitsel çalışmaya örnek gösterebileceğimiz çalışmamızda yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık, ilaç, sigara, alkol kullanımı, dolgu, kaplama ya da protez gibi kalıcı diş tedavilerinin ve dermatolojik hastalıkların OML gelişimi üzerindeki etkileri araştırıldı. Ayrıca OML'nin ne sıklıkta ve hangi durumlarda hastalar tarafından fark edildiği ve başvuru şikayeti olarak dermatoloji polikliniklerinde değerlendirildiği incelendi. Çalışma grubumuzda OML sıklığı %37,8 idi. Literatüre bakıldığında bazı ülkelerde OML prevalanslarının %9,7-58,1 değerleri arasında bildirildiği görülmektedir.<sup>1,2,5,8,12,14,27-29</sup> Bu verilerin bir kısmı ülke bazlı geniş tabanlı kesitsel çalışmalardan, bir kısmı ise spesifik popülasyonları ilgilendiren daha küçük çaplı çalışmalardan elde edilmektedir.<sup>1,2,5,8,12,14,26,28,29</sup> Türk toplumunda yürütülmüş araştırmalarda ise OML prevalansı %15,5, %22,6, %41,7 gibi farklı değerlerde bildirilmiştir.<sup>3,20,21</sup>



OML prevalansının en sık olduğu yaş aralıkları farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda 60 yaş ve üzeri, 70-81 yaş arası, 21-40 yaş arası ve 40 yaş altı olarak bildirilmiştir.<sup>1,5,27,28</sup> Çalışmamızda yaş gruplarına göre OML sıklığına baktığımızda %52,4 ile ilk sırayı 65 yaş ve üzeri olgular almaktadır. OML gelişimini etkileyen önemli faktörlerden olan toplumların genetik altyapısı ve coğrafik dağılımdaki varyasyonlar, ilerleyen bölümlerde de irdelenecek olan birbirinden çok farklı bu ve benzer sonuçların nedeni olabilir. Bu konuda verilebilecek en güzel örneklerden biri BH'dir. BH'nin, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu tarihi İpek Yolu'nun geçtiği ülkelerde daha sık görülmesi, genetik ve çevresel faktörlerin birçok hastalığın gelişiminde ne denli etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir. Bununla birlikte, OML üzerine yapılmış bu çalışmalarda incelenen gruplardaki ırk ve coğrafik dağılımdaki farklılıkların yanı sıra, çalışma dizaynı ve tanı kriterlerinde de belirgin farklılıklar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye'den bildirilmiş çalışmalar dikkate alındığında, yaş grupları ve cinsiyetler arasında OML sıklığını araştıran Gönül ve ark.nın yürüttüğü araştırmada OML'nin 1041 hasta içinde kadınların 127'sinde, erkeklerin ise 222'sinde, ayrıca en sık 31-45 yaş arasındaki olgularda tespit edildiği görülmektedir.<sup>3</sup> Mumcu ve ark. ise cinsiyetler arasında OML prevalansını benzer bulmuş ancak 65-95 yaş grubunda OML'nin daha sık olduğunu ortaya koymuşlardır.<sup>20</sup>

Biz çalışmamızda OML sıklığında cinsiyetler arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ortaya koyduk (Tablo 1). Ayrıca, OML'nin dağılımı da yaş grupları ve cinsiyetler arasında farklılık göstermekteydi (Tablo 6). Bulgular arasında en dikkat çekici olanlar, paslı dil ve kandidiyazisin erkeklerde, kandidiyazisin 35-54 yaş arası ve 65 yaş üzerindeki bireylerde eşit sıklıkta, fissüre dil ve paslı dilin ise en sık 35-54 yaş arasındaki olgularda tespiti idi (Tablo 6). Literatür verileri incelendiğinde, cinsiyetler ve yaş grupları arasındaki farklılıkları araştıran çalışmalarda fissüre dil, rekürren aftöz ülser ve travmatik ülserin kadınlarda,<sup>1</sup> fissüre dil ve kıllı dilin erkeklerde, Fordyce granüllerininin 50-59 yaş arasında, erkeklerde kadınlara göre daha sık olduğu, fissüre dilin en sık 60 yaş üzerinde

ancak kadın ve erkeklerde benzer prevalansta saptandığı görülmektedir.<sup>24,30</sup> Ayrıca lökoödem en sık 60 yaş üstü erkeklerde, herpes enfeksiyonu ve Fordyce granüllerininin 0-15 yaş arasında, makroglossinin 60 yaş üzerinde sıklıkla tespiti gibi birbirinden çok farklı olan bulgular da dikkati çekmektedir.<sup>3,30</sup> Birçok çalışmada bu sonuçların irdelenmediğini, belirgin farklılıkların nedenini ortaya koyabilecek görüşlerin öne sürülmediğini görmekteyiz. Daha önce de değindiğimiz gibi, çalışmaların metodolojilerindeki farklılıklar birbiri ile çelişir nitelikteki bu bulguların kısmen de olsa açıklayıcısı olabilir.

Çalışmamızda en sık tespit ettiğimiz OML paslı dil idi, bunu fissüre dil ve Fordyce granülleri takip etmekteydi (Tablo 6). Literatür sık tespit edilen OML konusunda da farklı veriler içermektedir.<sup>1,8,20,29</sup> Fissüre dil, rekürren aftöz ülser ve travmatik ülseri en sık ilk üç OML olarak bildiren bir çalışma olduğu gibi, oral pigmentasyonu en sık, fissüre dili ikinci sık, proteze bağlı stomatiti üçüncü sık OML olarak bildiren çalışma da mevcuttur.<sup>1,20</sup> Ayrıca Fordyce granülleri en sık OML olarak bildirildiği gibi, protez ilişkili lezyonlar olan stomatit, hiperplazi ve travmatik ülser gibi bulguları en sık OML olarak açıklayan yayına da rastlanmaktadır.<sup>8,30</sup>

Çalışmamızda kandidiyazis ve paslı dilin erkeklerde ve 35-54 yaş arasında daha sık olarak görülmesinin sigara içme alışkanlıklarındaki farklılıklara bağlı olduğu düşünülmüştür. Sigara kullanımının oral kandidiyazis kolonizasyonu ve paslı dil gelişimi üzerinde etkili olduğu önceki yıllarda gösterilmiştir.<sup>31-33</sup> Gönül ve ark. sigara ve alkol kullananlardaki en sık OML olarak tanımladıkları paslı dilin %4,8 prevalansla fissüre dilden sonra rastladıkları en sık OML olduğunu ve sigara içiminin paslı dil gelişimi için bağımsız risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.<sup>3</sup> Avcu ve ark. altı yıl boyunca 5150 hastanın sadece dil lezyonları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında genel dil lezyonu prevalansını %52,2, kıllı dil prevalansını %11,3, paslı dil prevalansını ise %23,2 olarak tespit etmişlerdir.<sup>18</sup> Bu çalışmada ayrıca paslı dilin erkeklerde ve sigara içenlerde daha sık olduğu vurgulanmıştır. Filiform papillalardaki

hipertrofiye bağlı olarak dil dorsumunun kıllı görünüm almasıyla oluşan durum kıllı dil olarak adlandırılırken, dil dorsumunun debris ile kaplı olmasıyla oluşan durum paslı dil olarak tanımlanır. Kıllı dilde filiform papillaların uzunluğu 3 mm'den fazlayken, paslı dilde 3 mm'den azdır. Paslı dil etyolojisinde sigara, fazla siyah çay tüketimi ve oral hijyenin bozuk olması suçlanırken, kıllı dilin etyolojisinde bunlara ek olarak trigeminal nevralji, kserostomi, antiseptik gargaralar ve antibiyotikler suçlanmaktadır.<sup>18,34,35</sup> Biz de çalışmamızda sigara kullanımı ile paslı dil gelişimi arasında, ayrıca sigara kullanımı ile OML gelişim sıklığı arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki tespit ettik. Sigara kullanım sıklığı arttıkça OML sıklığı da artıyordu ve özellikle sigarayı 20-39 adet/gün sıklığında içenlerde OML %53,7 oranı ile en sık düzeyde idi. Benzer şekilde paslı dil görülme oranları da sigara içme sıklığı ile sırasıyla %9,8, %21,1, %12,7 olarak değişmekteydi. Bununla birlikte paslı dili olanların %30,4'ünün sigara içmemesi ve paslı dilin en sık sigarayı 20-39 adet/gün sıklığında içenlerde tespit edilmesi paslı dil gelişiminde bizim sorgulamadığımız başka faktörlerin olduğunu göstermektedir. Avcu ve ark.nın çalışmasında Türk toplumunda yaygın bir alışkanlık olan siyah çay içiminin dil lezyonlarına olan etkisi araştırılmıştır.<sup>18</sup> Siyah çayı sık tüketenlerde kıllı dil, paslı dil, fissüre dil ve papiller atrofinin anlamlı düzeyde daha sık olduğu gösterilmiştir. Bu noktada çalışmamızın bir eksikliğini ortaya koymuş olduk. Biz çalışmamızda Türk toplumunda oldukça yaygın bir alışkanlık olan siyah çay tüketimini sorgulamadık, bu da çalışmamızın limitasyonlarından biri idi. Bununla birlikte Avcu ve ark. fissüre dilin sigara ve siyah çay içenlerde belirgin bir şekilde daha sık görüldüğünü, buna tezat olarak coğrafik dilin sigara içenlerde daha nadir olduğunu belirtmişlerdir.<sup>18</sup> Her ne kadar tüm yönleriyle aydınlatılamamış olsa da, fissüre dil etiyolojisinde sigara ve siyah çay içiminden farklı olarak genetik yatkınlık en sık suçlanan faktörlerin başında gelmektedir.<sup>36-38</sup> Bir çalışmada HLADRB1\*08, HLA-DRB1\*11, HLA-DRB1\*14 ve HLA-DRB1\*16 antijen sıklığının fissüre dil tanısı olan olgularda artmış olduğu gösterilmiştir.<sup>38</sup> Bununla birlikte sonraki yıllarda psöriatik hastalarda sık tanımlanmış olan

HLA-C\*06 antijen sıklığı, psöriazisin fissüre dil ile sık birlikteliği nedeniyle, fissüre dil tanılı olgularda araştırılmış ancak bir ilişki bulunamamıştır.<sup>39</sup> Biz çalışmamızda fissüre dilin de coğrafik dilin de sigara kullanımını ile ilişkisini tespit etmedik.

Çalışmamızda glossitin 65 yaş ve üzeri kadın hastalarda daha sık olması literatür verileri ile uyumlu olarak bulunmuştur.<sup>3,9,18,20</sup> Atrofik glossitin kadın hastalarda daha sık görülmesi bu cinsiyette daha fazla rastlanan demir eksikliği anemisi ve pernisiyöz anemi, ayrıca hormonal faktörlere bağlanmaktadır.<sup>18,40</sup> Benzer şekilde herpes labialisin de en sık 18-34 yaş arasında görülmesi literatür verileri ile uyumlu idi.<sup>41</sup> Sıklıkla 20 yaş öncesinde görülen primer herpes enfeksiyonuna bağlı relapsların 35 yaş sonrasında büyük oranda azaldığı bilinmektedir.<sup>41</sup>

Çalışmamızda üçüncü sıklıkta tespit ettiğimiz Fordyce granüllerinin genel prevalansı ile yaş grupları ve cinsiyetler arasında görülme sıklığı konusunda literatürde farklı veriler dikkati çekmektedir.<sup>1,3,20,29</sup> Oral mukozanın sık karşılaşılan fizyolojik değişikliği, diğer bir ifade ile psödopatolojileri arasında yer alan Fordyce granülleri, genellikle vermilyon sınırı, komissuralar ve bukkal mukozalarda beyazımsı-sarı milimetrik papüller olarak izlenen ektopik sebace bezlerdir.<sup>42-45</sup> Her ne kadar Fordyce granüllerinin hiperlipidemi gibi sistemik hastalıklarla ilişkisini destekler nitelikte bir çalışma mevcut olsa da, günümüzde kabul gören asıl görüş, Fordyce granüllerinin embriyonik dönemde ektodermin oral kaviteye heterotopik inklüzyonu neticesinde ortaya çıkan gelişimsel bir anomali olduğu doğrultusundadır.<sup>43-46</sup> Kanımızca normal bir varyasyon olan Fordyce granüllerinin gerek genel prevalansı, gerekse yaş grupları ve cinsiyetler arasındaki dağılımda tespit edilen farklı sonuçlar, milimetrik ölçülerde olan bu lezyonların tespitinde oral mukozanın muayenesinin titizlikle yapılmamış olması ya da özellikle genç popülasyonun kozmetik nedenlerden ötürü bu lezyonları başvuru şikayeti olarak daha sık belirtmesinden kaynaklanmaktadır.<sup>42,43</sup>

Çalışmamızda OML üzerine etkisini araştırdığımız diğer faktörler alkol, dolgu, kaplama ve protez idi. Alkol, dolgu ve kaplamanın OML sıklığı üzerinde istatistiksel olarak herhangi bir etkisi

yoaktı. Protez kullanımı ile venöz göllenme, proteze bağlı stomatit, sublingual varisler ve glossit gelişimi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ancak proteze bağlı stomatit dışındakilerin gelişiminin yaşla ilişkili olduğu kanaatindeyiz. Protezi olan hasta grubunun %16,5'sinde proteze bağlı stomatit vardı. Bunların arasında da protezin temas ettiği bölgede lokalize inflamasyon ve hiperemi olarak bulgu veren tip 1'i en sık, inflamatuvar papiller hiperplazi olarak da adlandırılan temas eden bölgelerde papillamatöz değişikliklerin izlendiği tip 3'ü de en az olarak tespit ettik.<sup>47</sup> Ancak literatürde gerek proteze bağlı stomatitin genel prevalansı, gerekse tip 1, 2 ve 3'ün prevalanslarının birbirinden farklılık gösterdiği dikkati çekmektedir.<sup>20,48-51</sup>

Bu çalışmada, eşlik eden hastalıklar ile OML gelişimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilebilecek herhangi bir ilişki saptanmadı. Bu sonucun, OML gelişimi ile ilişkili olmasını beklediğimiz demir eksikliği anemisi, vitamin B12 eksikliği, inflamatuvar barsak hastalıkları gibi hastalıkların, hasta grubunda az sıklıkta saptanmış olması nedeniyle ortaya çıktığı kanaatindeyiz. Bununla birlikte, çalışmamızda tespit ettiğimiz eşlik eden en sık ikinci hastalık olan diabetes mellitusun, OML gelişimini etkileyen hastalıklardan biri olduğu yakın tarihli bir çalışmada gösterilmiştir.<sup>52</sup> Benzer sonucun elde edilememiş olması hasta sayısının kesitsel bir çalışma için nispeten az olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda ilaç kullanımı ile OML dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlılık sadece sistemik astım ilacı kullananlarda tespit edildi. Sistemik astım ilacı alanlarda anjioödem şikayeti daha azdı. Çalışmamızda, ilaç kullanımı ile ilişkili herpes labialis, pemfigus vulgaris; ilaçla ve amalgam dolgu ile ilişkili liken planus olgusu saptamadık. Bu sonucu da hasta sayısının göreceli olarak az olmasına bağlıyoruz. Örneğin OML olarak jinjival hiperplazi tespit ettiğimiz iki hastadan birisi hipertansiyon nedeniyle kalsiyum kanal blokleri (KKB) kullanırken, diğeri renal transplantasyon nedeniyle siklosporin A (CsA) tedavisi altında idi. KKB ve CsA'nın jinjival hiperplaziye neden olduğu bilinmektedir.<sup>53,54</sup> Her ne kadar jinjival hiperplazi tanısı olan iki olguda da ilaç etyolojik faktör olarak görülse de, hasta sayısının az olması nedeniyle bu

ilişki istatistiksel düzeyde anlamlı olarak sonuçlanmadı. Çalışmamızda ayrıca, araştırdığımız dermatolojik hastalıklar ve OML ilişkisinde istatistiksel düzeyde yalnızca akne grubu hastalıklar ile keilit gelişimi arasında anlamlılık tespit edildi, bu bulgunun da izotretinoin tedavisi alanlarda görülen ilaca bağlı keilit nedeniyle ortaya çıktığı düşüncesindeyiz. Oral izotretinoin kullanımının %78'e varan oranlarda keilite neden olduğu önceki yıllarda yapılmış bir çalışmayla gösterilmiştir.<sup>55</sup>

Çalışmamızda ayrıca, OML varlığının başvuru şikayetlerini ne derece etkilediğini araştırdık. Buna göre yalnızca oral verrü tanısı olan olgularda OML varlığı, başvuru şikayetinin OML olmasına yol açmıştı. Ayrıca çalışmamızın diğer verileri arasında yer alan oral mukozal bulgusu olan hastaların %83,4'ünün başvuru şikayetinin OML ile ilgili olmaması ve başvuru şikayeti oral mukoza ile ilgili olmayanların da %33,7'sinde OML tespiti, toplumda OML farkındalığını ortaya koymasına nedeniyle oldukça anlamlıdır.

Bu çalışmada her hasta yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık, ilaç, sigara ve alkol kullanımı; dolgu, kaplama veya protez varlığı açısından sorgulandı, dermatolojik hastalık ve OML bakımından da detaylı değerlendirildi. Çalışmamız her ne kadar oldukça ayrıntılı olsa da, göreceli olarak az sayıda hasta içeren kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamızın literatürde yer alan diğer bazı epidemiyolojik çalışmalarla karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir. Yaş dağılımı, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, ilaç kullanımı gibi her bir faktörün OML gelişimi üzerindeki etkisinin daha ayrıntılı değerlendirilmesi için, hastaların demografik özelliklerinin benzer olduğu geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

## SONUÇ

Bireyin sağlık durumunu en iyi yansıtan gösterge olarak kabul edilen oral mukozaya ait lezyonların doğru tanımlanması, dermatolojik ya da sistemik çok sayıda hastalığın erken teşhis ve tedavisi bakımından son derece önemlidir.<sup>56</sup> Günümüze kadar OML ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen, bu çalışmaların az bir kısmının ülke bazlı geniş tabanlı kesitsel çalışmaların, bazılarının da spe-

**TABLO 7:** OML üzerine yürütülmüş bazı epidemiyolojik araştırmaların karşılaştırılması.

Çalışma (yılı)	Hasta sayısı, ülke	OML prevalans (%)	En sık (%)	OML	
				2. sık (%)	3. sık (%)
Gönül ve ark. <sup>3</sup>	1.041, Türkiye	22,6	Fissüre dil (6,4)	Paslı dil (4,8)	Aft (4,6)
Feng ve ark. <sup>1</sup>	11.054, Çin	10,8	Fissüre dil (3,15)	Aft (1,48)	Travmatik ülser (1,13)
Shulman ve ark. <sup>8</sup>	17.235, ABD	27,9	Proteze bağlı stomatit, tip 1,2 (3,6)	Amalgama bağlı pigmentasyon (3,3)	Travmatik ülser (3,05)
Mumcu ve ark. <sup>20</sup>	765, Türkiye	41,7	Pigmentasyon (6,9)	Fissüre dil (5,2)	Proteze bağlı stomatit (4,3)
Kovaç-Kavciç ve ark. <sup>49</sup>	1.609, Slovenya	61,6	Fordyce granülleri (49,7)	Fissüre dil (21,1)	Sublingual varisler (16,2)
Cebeci ve ark. <sup>21</sup>	5.000, Türkiye	15,5	Anatomik değişiklikler (7)	Ülsere lezyonlar (6,6)	Dil lezyonları (4,6)
Mansour Ghanaei ve ark. <sup>27</sup>	1.582, İran	19,4	Fissüre dil (15,3)	Fordyce granülleri (10,6)	Coğrafik dil (9,9)
Cury ve ark. <sup>29</sup>	2.182, Brezilya	22,4	Fistül (6,27)	Travmatik ülser (4,4)	Melanositik nevüs (2,6)
Jahanbani ve ark. <sup>30</sup>	598, İran	49,3	Fordyce granülleri (27,9)	Fissüre dil (12,9)	Lökoödem (12,5)
Mathew ve ark. <sup>48</sup>	1.190, Hindistan	41,2	Fordyce granülleri (6,55)	Friksiyonel hiperkeratoz (5,79)	Fissüre dil (5,71)
Yorulmaz ve ark. (mevcut çalışma)	1.670, Türkiye	37,8	Paslı dil (6,7)	Fissüre dil (4,4)	Fordyce granülleri (3,9)

sifik popülasyonları ilgilendiren daha küçük çaplı çalışmaların oluşturduğu görülmektedir. Literatür bilgileri, gerek OML'nin genel prevalansında, gerekse yaş grupları ve cinsiyetlere özgü prevalanslarında belirgin farklılıkları barındırmaktadır. Ayrıca, yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun diş hekimleri tarafından yürütüldüğü gözden kaçmamaktadır. Dermatolojik muayenenin ayrılmaz bir parçası olan oral mukoza muayenesi ile saptanan

hastalıkların tanı ve tedavisinde elbette ki multidisipliner yaklaşım şarttır. Ancak OML ile bulgu veren dermatolojik hastalıkların tanısında dermatolog olmayan hekimlerin bir takım zorluklarla karşılaşması kaçınılmazdır. Bu nedenle çalışmamızın dermatolog gözüyle Türk toplumunda tespit edilen OML'nin dağılımını ortaya koyduğu ve ileriki yıllarda yapılacak olan benzer çalışmalara ışık tutacağı düşüncesindeyiz.

## KAYNAKLAR

- Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med* 2015;44(7):490-4.
- Suliman NM, Astrøm AN, Ali RW, Salman H, Johannessen AC. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. *BMC Oral Health* 2011;11:24.
- Gönül M, Gül U, Kaya I, Koçak O, Cakmak SK, Kılıç A, et al. Smoking, alcohol consumption and denture use in patients with oral mucosal lesions. *J Dermatol Case Rep* 2011;5(4):64-8.
- Köse O, Güven G, Özmen I, Akgün ÖM, Altun C. The oral mucosal lesions in pre-school and school age Turkish children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27(1):e136-7.
- Ali M, Joseph B, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. *Saudi Dent J* 2013;25(3):111-8.
- Babu RA, Chandrashekar P, Kumar KK, Reddy GS, Chandra KL, Rao V, et al. A study on oral mucosal lesions in 3500 patients with dermatological diseases in South India. *Ann Med Health Sci Res* 2014;4(Suppl 2):S84-93.
- Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105(1):79-85.
- Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc* 2004;135(9):1279-86.
- Axéll T, Zain RB, Siwamogstham P, Tantiran D, Thampitt J. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18(2):95-9.
- Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28(5):390-8.
- Darwazeh AM, Almelaiah AA. Tongue lesions in a Jordanian population. Prevalence, symptoms, subject's knowledge and treatment provided. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16(6):e745-9.
- Robledo-Sierra J, Mattsson U, Svedensten T, Jontell M. The morbidity of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(5):e766-72.
- Patil S, Kaswan S, Rahman F, Doni B. Prevalence of tongue lesions in the Indian population. *J Clin Exp Dent* 2013;5(3):e128-32.
- Zain RB, Ikeda N, Razak IA, Axéll T, Majid ZA, Gupta PC, et al. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(5):377-83.
- Bhatnagar P, Rai S, Bhatnagar G, Kaur M, Goel S, Prabhat M. Prevalence study of oral mucosal lesions, mucosal variants, and treatment required for patients reporting to a dental school in North India: In accordance with WHO guidelines. *J Family Community Med* 2013;20(1):41-8.



16. Mravak-Stipetić M, Sabol I, Kranjčić J, Knežević M, Grce M. Human papillomavirus in the lesions of the oral mucosa according to topography. *PLoS One* 2013;8(7):e69736.
17. Tovu S, Parlatescu I, Gheorghe C, Tovu M, Costache M, Sardella A. Oral lichen planus: a retrospective study of 633 patients from Bucharest, Romania. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(2):e201-6.
18. Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Dis* 2003;9(4):188-95.
19. Avcu N, Ozbek M, Kurtoglu D, Kurtoglu E, Kansu O, Kansu H. Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above. *Arch Gerontol Geriatr* 2005;41(1):69-79.
20. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Dis* 2005;11(2):81-7.
21. Cebeci AR, Gülşahi A, Kamburoglu K, Orhan BK, Ozaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(6):E272-7.
22. Dunder N, İlhan Kal B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. *Gerontology* 2007;53(3):165-72.
23. Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T, Yesildal N, Anul H, Aydoğan I, et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Dis* 2006;12(6):553-8.
24. Çelik İ, Güngör K. [Oral mucosal lesions]. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2004;10(1):11-5.
25. Nagata C, Ido M, Shimizu H, Misao A, Matsuura H. Choice of response scale for health measurement: comparison of 4, 5, and 7-point scales and visual analog scale. *J Epidemiol* 1996;6(4):192-7.
26. World Health Organization. Assessment of oral health status. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 5<sup>th</sup> ed. 2013. p.53-6.
27. Mansour Ghanaei F, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Kord Valeshabad A. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult Iranian population. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15(7):600-4.
28. Splieth CH, Sümnig W, Bessel F, John U, Kocher T. Prevalence of oral mucosal lesions in a representative population. *Quintessence Int* 2007;38(1):23-9.
29. Cury PR, Porto LP, dos Santos JN, Figueiredo e Ribeiro LS, de Aquino Xavier FC, Figueiredo AL, et al. Oral mucosal lesions in indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. *Medicine (Baltimore)* 2014;93(27):e140.
30. Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients. *Open Dent J* 2009;3:42-7.
31. Muzurović S, Hukić M, Babajić E, Smajić R. The relationship between cigarette smoking and oral colonization with *Candida* species in healthy adult subjects. *Med Glas (Zenica)* 2013;10(2):397-9.
32. Abu-Elteen KH, Abu-Elteen RM. The prevalence of *Candida albicans* populations in the mouths of complete denture wearers. *New Microbiol* 1998;21(1):41-8.
33. Ahmadi-Motamayel F, Falsafi P, Hayati Z, Rezaei F, Poorolajal J. Prevalence of oral mucosal lesions in male smokers and nonsmokers. *Chonnam Med J* 2013;49(2):65-8.
34. Gurvits GE, Tan A. Black hairy tongue syndrome. *World J Gastroenterol* 2014;20(31):10845-50.
35. Gökdemir G. [Benign pigmented lesions of oral mucosa]. *Türkderm* 2012;46(Özel Sayı 2):66-71.
36. Eidelman E, Chosack A, Cohen T. Scrotal tongue and geographic tongue: polygenic and associated traits. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;42(5):591-6.
37. Kullaa-Mikkonen A. Familial study of fissured tongue. *Scand J Dent Res* 1988;96(4):366-75.
38. Kalifatidis A, Albanidou-Farmaki E, Daniilidis M, Markopoulos AK, Karyotis N, Antoniadis DZ. HLA alleles and fissured tongue. *Int J Immunogenet* 2010;37(6):509-11.
39. Gonzaga HF, Marcos EV, Santana FC, Jorge MA, Tomimori J. HLA alleles in Brazilian patients with fissured tongue. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27(2):e166-70.
40. Mäkilä E. Changes in tongue topography in relation to iron and vitamin B status. *Suom Hammaslaak Toim* 1971;67(5):286-94.
41. Opstelten W, Neven AK, Eekhof J. Treatment and prevention of herpes labialis. *Can Fam Physician* 2008;54(12):1683-7.
42. Ceylan C. [Pseudopathologies and examination of the oral mucosa]. *Türkderm* 2012;46(Özel Sayı 2):60-5.
43. Dreher A, Grevers G. [Fordyce spots. A little regarded finding in the area of lip pigmentation and mouth mucosa]. *Laryngorhinootologie* 1995;74(6):390-2.
44. Lee JH, Lee JH, Kwon NH, Yu DS, Kim GM, Park CJ, et al. Clinicopathologic manifestations of patients with Fordyce's spots. *Ann Dermatol* 2012;24(1):103-6.
45. Olivier JH. Fordyce granules on the probial and oral mucous membranes of a selected population. *SADJ* 2006;61(2):072-4.
46. Gaballah KY, Rahimi I. Can presence of oral Fordyce's granules serve as a marker for hyperlipidemia? *Dent Res J (Isfahan)* 2014;11(5):553-8.
47. Pattanaik S, BVJ V, Pattanaik B, Sahu S, Lodam S. Denture sore stomatitis: a literature review. *JIAOMR* 2010;22:136-40.
48. Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res* 2008;19(2):99-103.
49. Kovač-Kavčič M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000;29(7):331-5.
50. Ercalik-Yalcinkaya S, Özcan M. Association between oral mucosal lesions and hygiene habits in a population of removable prosthesis wearers. *J Prosthodont* 2015;24(4):271-8.
51. Naik AV, Pai RC. A study of factors contributing to denture stomatitis in a north Indian community. *Int J Dent* 2011;2011:589064.
52. Silva MF, Barbosa KG, Pereira JV, Bento PM, Godoy GP, Gomes DQ. Prevalence of oral mucosal lesions among patients with diabetes mellitus types 1 and 2. *An Bras Dermatol* 2015;90(1):49-53.
53. Kaur G, Verhamme KM, Dieleman JP, Vanrolleghem A, van Soest EM, Stricker BH, et al. Association between calcium channel blockers and gingival hyperplasia. *J Clin Periodontol* 2010;37(7):625-30.
54. King GN, Fullinfaw R, Higgins TJ, Walker RG, Francis DM, Wiesenfeld D. Gingival hyperplasia in renal allograft recipients receiving cyclosporin-A and calcium antagonists. *J Clin Periodontol* 1993;20(4):286-93.
55. Rademaker M. Adverse effects of isotretinoin: a retrospective review of 1743 patients started on isotretinoin. *Australas J Dermatol* 2010;51(4):248-53.
56. Axéll T. The oral mucosa as a mirror of general health or disease. *Scand J Dent Res* 1992;100(1):9-16.