

Burning Mouth Sendromu

Burning Mouth Syndrome: Case Report

Alparslan DİLSİZ,^a
Erdem DEVECİ,^b
Tuğba AYDIN^a

^aPeriodontoloji AD,
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,

^bPsikiyatri AD,
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 07.11.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 17.03.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Alparslan DİLSİZ
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Periodontoloji AD, Erzurum,
TÜRKİYE/TURKEY
aydilsiz@yahoo.com

ÖZET Burning mouth sendromu (BMS) genellikle klinik ve laboratuvar bulgular var olmaksızın, dil ve diğer oral bölgelerde yanma duyusu ile karakterize bir hastalıktır. Bu yazının amacı, BMS gözlemlenen bir kadın hastada oral bulguları ve tedavi yaklaşımını sunmaktır. Kliniğimize, 47 yaşında bir kadın hasta, dişetlerinde kanama, ağız kuruluğu ve yanma hissi, metalik ve acı tat şikayetleri ile başvurdu. Olgunun muayenesini takiben kan testleri yapıldı, diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirmesi uygulanarak, oral hijyen için tavsiyelerde bulunuldu. Ogu diş hekimi muayenesi sonrasında bir psikiyatrist tarafından da ayrıca değerlendirildi, antidepresan ilaç verildi. Olgumuz, altı aylık tedavi sonrasında, mukozal ağrı ve yanma hissinin ortadan kalktığını ifade etti. BMS'nin potansiyel sebepleri arasında lokal, sistemik ve psikolojik faktörler sayılabilir. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörler BMS'nin gelişiminde rol oynayabilir. BMS'nin tedavisinde amaç alta yatan sebebin tanımlanması ve tedavisidir. Antidepresan ilaçlar, BMS'nin tedavisinde etkili olabilmesine rağmen hekimler hastaları takip etmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Burning Mouth Sendromu, stomatit, ağız kuruluğu, antidepresan ilaçlar; periodontal hastalık

ABSTRACT Burning mouth syndrome (BMS) is characterized by a burning sensation in the tongue or other oral sites, usually in the absence of clinical and laboratory findings. The aim of this case report was to present the oral findings and treatment plan of a BMS patient. A 47-year-old female patient, admitted to our clinic with the complaints of bleeding in gingiva, mouth dryness, burning sensation, metallic, and bitter taste in her mouth. After complete examination (blood tests included), scaling, root planning and oral hygiene instructions were given. After the patient was examined by a dentist, she was also referred to a psychiatrist. Antidepressant medication was prescribed to her. After 6 months of treatment, the patient reported resolution of her mucosal pain and burning. Potential causes of BMS include local, systemic, and psychological factors. Psychological factors including anxiety and depression may play a role in the development of BMS. Identifying and treating the underlying etiology is the goal for BMS therapy. Antidepressant medications could be effective in the management of BMS, but clinicians need to monitor patients.

Key Words: Burning Mouth Syndrome, stomatitis, xerostomia, antidepressive agents ; periodontal disease

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2010;16(2):180-4

BMS, lokal ya da genel yanma duyusu ile karakterize, çoğunlukla oral mukozada klinik bulgusu saptanamayan ağız içi ağrı sendromu olarak tanımlanmaktadır.¹⁻⁶

BMS'ye, her yaş ve cinsiyette rastlanabilmesine rağmen kadınlarda menopoz sonrasında sık görüldüğü bildirilmiştir.⁷ BMS'li hastalarda, ağızda

başlangıçta hafif ama zamanla artan bir yanma hissi, kuruluk, acı ya da metalik bir tat, tat alma bozukluğu, baş ağrısı, yorgunluk, huzursuzluk, alın, ense, göz ve kulaklara yayılan ağrı ve terleme gibi bulgular gözlenebilmektedir. Bu yanma hissine, dilin uç kısmı, laterali ve dorsumu, alt ve üst dudak mukozası, bukkal mukoza, yutak ve ağız tabanında rastlanabilmektedir. Psikolojik problemlili kişiler, allerjik bireyler, ağız içinde restorasyon-protez taşıyan bireyler, fissürlü ve coğrafik dil gibi konjenital dil anomalisi gözlenen bireylerde daha sık karşılaşıldığı da bildirilmiştir.⁸⁻¹⁰

BMS' nin nedenleri arasında; dental materyaller, ilaç ve gıda allerjileri, diş sıkma ve gıcırdatma, intra-oral çeşitli mantar ve bakteri enfeksiyonları, vitamin ve mineral eksikliği (B₁, B₂, B₆, B₁₂, folik asit, demir, çinko), hormonal değişiklikler (menopoz dönemi), diabetes mellitus, hipertansiyon, lokal veya sistemik nedene bağlı ağız kuruluğu, stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemler sıralanabilir.^{2,4,7,11-24} BMS etiolojisinde birçok faktörün yer alması nedeni ile tanı koymak oldukça güçtür ve çoğu kez bazı oral hastalıklardan dolayı da görülebilir. Bu nedenle ayırıcı tanı oldukça önem kazanır. Anamnez dikkatli alınmalı, etiolojik faktörler dahil klinik parametreler ve laboratuvar tetkikleri çok iyi incelenmeli, multidisipliner olarak (diş hekimi-psikiyatrist-dahiliye uzmanı) hasta değerlendirilmelidir.

BMS teşhisi konulan hastalarda tedavi yaklaşımı nedene yöneliktir. Etiyolojik ajanların bertaraf edilmesi ile uygulanan palyatif tedavinin başarı oranlarının değişik derecelerde olduğu bildirilmiştir.²⁰

BMS tanısı konulan olgumuzda gözlemlenen oral bulguları ilgili literatürler eşliğinde gözden geçirmeyi ve tedavi yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize, 47 yaşında bir kadın hasta ağızında yanma hissi, dişetlerinde kanama, ağız kuruluğu, diş sıkma, ağızda metalik-acı tat ve yediklerinden tat alamama şikayetleri ile 27 Kasım 2007 tarihinde başvurmuştur.

Hastanın anamnezinde, herhangi bir sistemik hastalığın, gıda ve ilaç allerjisinin var olmadığı öğrenilmiştir. Hasta menopoz dönemine üç yıl önce girdiğini ve ilaç kullanmadığını ifade etmiştir. Annesinde var olan diyabet hastalığı hariç, ailesinin diğer fertlerinde herhangi bir sistemik hastalığın bulunmadığı öğrenilmiştir. Eşinin akciğer kanseri teşhisi ile son üç aydır tedavi gördüğünü, bu durumun kendisinde yorgunluk, stres ve huzursuzluğa neden olduğunu, geceleri uyku uyuyamadığını ve aşırı terlediğini ve sık sık baş ağrısı şikayetlerinin var olduğunu ifade etmiştir.

Olgu, dental anamnezinde, 6 ay önce alt çene sağ kesici dişi için apikal rezeksiyon ameliyatı geçirdiğini, dolgularını 1 yıldan fazla bir süredir kullandığını ve çürük nedeni ile bazı dişlerini çektiğini bildirmiştir. Hasta, dişlerini günde bir defa özellikle yatmadan önce fırçaladığını ve düzenli olarak altı aylık süre ile diş fırçası ve macun değiştirdiğini ifade etmiştir. Son iki hafta içinde, dilinin üstünde ve altında, yanak içlerinde yanma ve ağrı olduğunu, dişeti kanamalarının var olduğunu ve özellikle geceleri dişlerini gıcırdatıldığını ve sıkıldığını bildirmiştir (Resim 1, 2). Yanma hissini başlangıçta hafif iken artık dayanılmaz olduğunu ve baharatlı-asitli yiyecekler ile arttığını ifade etmiştir.

Intra-oral muayenede, orta derecede oral hijyen (OHI-S= 1.8)²⁵ ve dişeti iltihabı (GBI= %42),²⁶ ve kronik periodontitis teşhis edilmiştir (Resim 3). Radyografik değerlendirme sonucu, horizontal ke-



RESİM 1: Dilin görünümü.



RESİM 2: Dilaltı bölgesinin görünümü.



RESİM 3: Hastanın intra-oral görünümü.

mik kaybı, üst sol 2. premolar dişte kanal tedavisi ve alt sağ kesici dişte apikal rezeksiyon yapıldığı tespit edilmiştir (Resim 4). Hastanın yanma hissettiği ağız içi bölgelerde dokular normal görünümde idi. Olgu da ağız kokusuna rastlanmamış fakat ağız kuruluğu tespit edilmiştir. Hastanın 10 dk'lık uyarılmış tükürük miktarı ölçülmüş ve 0.6 ml/dk olduğu gözlenmiştir.

Olguya uygulanacak tedavi protokolü ile ilgili bilgi verilip, bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hastanın kan örneğinin alınmasını takiben, başlangıç periodontal tedavisi (diş yüzeyi temizliği ve kök yüzeyi düzleştirilmesi) yapılmıştır. Olguya sabah ve akşam olmak üzere günde iki defa dişlerini 3'er dakika yumuşak kıllı diş fırçası ile fırçalaması, ağız gargarası (klorheksidin+benzidamin

HCl) ile iki hafta boyunca günde iki defa ağızını çalkaması tavsiye edilmiştir. Hastadan alınan kan örneğinin sonuçları normal sınırlar aralığındaydı (Tablo 1). Olgumuz altı hafta sonra değerlendirildiğinde, dişeti kanamasına rastlanmamış, ağız hijyeninin iyi olduğu gözlenmiştir. Fakat hasta ağızındaki yanma duygusunda bir azalma olmadığını ifade etmiştir. Bunun üzerine ağızdaki mevcut dolgu maddelerinin bu problemlere neden olacağı düşünülerek değiştirilmesine karar verilmiş ve değiştirilmiştir. Altı hafta sonra hasta tekrar muayene edildiğinde ağız hijyeninin (OHI-S= 0.5)²⁵ çok iyi olduğu gözlenmiş fakat hasta yine yanma duygusunda bir azalma olmadığını ifade etmiştir (Resim 5). Bunun üzerine olgu psikiyatriste konsültasyon için gönderilmiştir. Psikiyatrist tarafından değerlendirilen olguda depresyon ve anksiyetenin var olduğu teşhis edilmiştir. Psikiyatrist tarafından hastaya antidepressan ilaç (Sertraline, 50 mg, günde 1 defa) altı ay süre ile kullanması tavsiye edilmiştir. Bu süre sonunda değerlendirilen hastanın ağız hijyeninin çok iyi olduğu ve hastada mukozal yanma ve ağrı hissini ortadan kaldığı tespit edilmiştir (Resim 6).

TARTIŞMA

BMS, teşhis edilmesi kolay olmayan ve karmaşık bir hastalıktır. BMS'den özellikle menopoz sonrası kadınlar daha sık etkilenmesine rağmen, her yaş ve cinsiyette rastlanabildiği ve insidansının %0.71-4.6 olduğu bildirilmiştir.^{7,10}



RESİM 4: Radyografik görüntü.

TABLO 1: Hastanın kan testi sonuçları.

Test	Sonuç	Referans	Birim
WBC	6.4	4.3-10.3	$\times 10^9/\text{mikroL}$
NE%	65.8	41.0-73.0	%
LY%	27.6	19.4-44.9	%
MO%	5.1	5.1-10.9	%
EO%	0.3	0.9-6.0	%
BA%	1.2	0.3-1.5	%
RBC	4.81	4.38-5.77	$\times 10^6/\text{mikroL}$
HGB	13.3	13.6-17.2	g/dl
HCT	39.5	39.5-50.3	%
PLT	385	156-373	$\times 10^3/\text{mikroL}$
GLUKOZ	93	75-110	mg/dL
Ca	9.9	8.8-10.8	mg/dL
Mg	1.9	1.8-2.6	mg/dL
P	2.9	2.5-4.5	mg/dL
K	4	3.5-5.5	mmol/L
Na	139	135-145	mmol/L
Fe	97	53-167	mikrog/dL
Vit B-12	299.7	193-982	pg/mL
FOL	8.86	3.1-17.5	ng/mL
Çinko	13.5	10.7-17.5	mikromol/L
SEDİM	12	0-20	mm/sa

BMS' li hastalarda, sıklıkla dilin uç, kenar ve sırt bölgeleri, alt ve üst dudak mukozası, yanak mukozası, yutak ve ağız tabanında yanma hissi, ağız kuruluğu, ağızda acı veya metalik tat ve tat alma bozukluğu gibi bulgulara sıkça rastlanmaktadır.^{8-10,23,24} Keza bizim hastamızda da ağız içinde yumuşak dokular normal görünümde iken, dil, yanak mukozası ve ağız tabanında yanma hissi, ağızda acı tat ve yiyeceklerden tat alamama, ağız kuruluğu ve çenelerini özellikle gece olmak üzere sıkıdığı gibi bulguların var olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca stres, yorgunluk, huzursuzluk, alın, ense, göz ve kulaklara yayılan bir baş ağrısı ve terleme gibi bulgular da dikkati çekmiştir.

Wardrop ve ark.,²⁷ BMS teşhis edilen menopoz dönemindeki kadınlarda hematolojik testlerde önemli bir farkın olmadığını gözlemlerken, bazı araştırmacılar BMS hastalarının %33'ünde B₁₂ vitamini ve folik asit, %40'ında da B₁₂ vitamini, folik asit ve demir eksikliği olduğunu tespit etmişlerdir.^{6,14,18} Ancak bizim hastamızın hematolojik

testlerinde; B₁₂ vitamini, folik asit, çinko ve demir değerlerinde herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Bu olguda, BMS etkeni olabilecek lokal ve sistemik faktörlere rastlanılmamış, semptomların psikolojik olduğu düşünülmüştür. Nitekim depresyon ve anksiyetenin var olduğu teşhis edilmiştir. Hastanın psikolojisine bağlı olarak dişlerini sıkıdığı ve gıcırdatığı ve temporomandibular eklem (TME) bölgesindeki rahatsızlığın bundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. BMS'nin etiyojisinde yer alan faktörlerden biri psikolojik nedenlerdir ki oranının %40-51 arasında olduğu, depresyonun ve anksiyetenin, sırası ile %31 ve %11 oranlarında, en sık tespit edilen psikolojik problemler olduğu rapor edilmiştir.^{8-10,17,21,22}

**RESİM 5:** 12 hafta sonrası intra-oral görünüm.**RESİM 6:** Tedavi sonrası intra-oral görünüm.

BMS'nin sağaltımında farklı tedavi yöntemleri denenmiş ve bazılarında hiç de gözardı edilemeyecek başarıların olduğu bildirilmiştir.^{3-5,8,11,12,20} Tedavi prensiplerinde temel olan altta yatan sebebin düzeltilmesidir. BMS'nin değişik zaman diliminde kendiliğinden düzeldiğini bildiren raporlar da vardır.^{5,9} BMS hastalarının farmakolojik tedavisinde; östrojen ve vitamin replasmanı, yapay tükürük ve tükürüğü arttıran preparatlar, antifungaller, kortikosteroidler, analjezikler ve antidepressanlar kullanılmış fakat herhangi biri üzerinde başarı yönünden fikir birliği sağlanamasa da, antidepressan ilaçların kullanımı gittikçe

kabul görmüştür.^{10,21,22} Nitekim bizim olgumuzda da antidepressan ilaç kullanılarak şikayetleri giderilmiştir.

Sonuç olarak; BMS'nin potansiyel sebepleri arasında lokal, sistemik ve psikolojik faktörler sayılabilir. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörler BMS'nin gelişiminde rol oynayabilir. BMS'nin tedavisinde amaç altta yatan sebebin tanımlanması ve tedavisidir. Tedavide multidisipliner bir yaklaşım başarı oranını yükseltecektir. Antidepressan ilaçlar, BMS'nin tedavisinde etkili olabilmesine rağmen hekimler hastaları takip etmelidirler.

KAYNAKLAR

- McDonald JS. The burning mouth. J Calif Dent Assoc 2007;35(6):397-404.
- Terai H, Shimahara M. Tongue pain: burning mouth syndrome vs Candida-associated lesion. Oral Dis 2007;13(4):440-2.
- Maltsman-Tseikhin A, Moricca P, Niv D. Burning mouth syndrome: will better understanding yield better management? Pain Pract 2007;7(2):151-62.
- Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, De Laat A. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103(Suppl):S39.e1-13.
- Demarosi F, Tarozzi M, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Sardella A. The effect of levosulpiride in burning mouth syndrome. Minerva Stomatol 2007;56(1-2):21-6.
- Lehman JS, Bruce AJ, Rogers RS. Atrophic glossitis from vitamin B12 deficiency: a case misdiagnosed as burning mouth disorder. J Periodontol 2006;77(12):2090-2.
- Frutos R, Rodríguez S, Miralles-Jorda L, Mac-huca G. Oral manifestations and dental treatment in menopause. Med Oral 2002;7(1):26-30, 31-5.
- Suarez P, Clark GT. Burning mouth syndrome: an update on diagnosis and treatment methods. J Calif Dent Assoc 2006;34(8):611-22.
- Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. Am Fam Physician 2002;65(4):615-20.
- Muzyka BC, De Rossi SS. A review of burning mouth syndrome. Cutis 1999;64(1):29-35.
- Stuginski-Barbosa J, Rodrigues GG, Bigal ME, Speciali JG. Burning mouth syndrome responsive to pramipexol. J Headache Pain 2008;9(1):43-5.
- Mínguez Serra MP, Salort Llorca C, Silvestre Donat FJ. Pharmacological treatment of burning mouth syndrome: A review and update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12(4):E299-304.
- Torgerson RR, Davis MD, Bruce AJ, Farmer SA, Rogers RS 3rd. Contact allergy in oral disease. J Am Acad Dermatol 2007;57(2):315-21.
- Barker KE, Savage NW. Burning mouth syndrome: an update on recent findings. Aust Dent J 2005;50(4):220-3.
- Vitkov L, Weitgasser R, Hannig M, Fuchs K, Krautgartner WD. Candida-induced stomatopyrosis and its relation to diabetes mellitus. J Oral Pathol Med 2003;32(1):46-50.
- Pajukoski H, Meurman JH, Halonen P, Sulka-va R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;92(6):641-9.
- Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psycho social profiles of patients with burning mouth syndrome. J Orofac Pain 2000;14(1):59-64.
- Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. J Oral Pathol Med 1999;28(8):350-4.
- Kaaber S. Allergy to dental materials with special reference to the use of amalgam and polymethylmethacrylate. Int Dent J 1990;40(6):359-65.
- Savage NW, Boras VV, Barker K. Burning mouth syndrome: clinical presentation, diagnosis and treatment. Australas J Dermatol 2006;47(2):77-81.
- Doğan O. [Clinical use of antidepressant drugs]. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2(1):32-40.
- Akdeniz F. [The treatment of major depressive disorder]. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3(29):24-9.
- Oran Y, Karaman E. [Xerostomia]. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2007;3(36):45-8.
- Engin B, Oğuz O. [Contact stomatitis]. Türkiye Klinikleri Dermatol 2002;12(3):168-73.
- Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc 1964;68:7-13.
- Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. Int Dent J 1975;25(4):229-35.
- Wardrop RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;67(5):535-40.