

**T. C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE ORAL
MUKOZAL BULGULARIN GÖRÜLME SIKLIĞI ve
DERMATOZLARLA İLİŞKİSİ**

Dr. Handan BİLEN

**Tez Yöneticisi
Prof. Dr. M. Teoman ERDEM**

**Uzmanlık Tezi
ERZURUM 2008**

ONAY

Dermatoloji Ana Bilim Dalı'nın 11.10.2006 tarih 137 sayılı kürsü kurulu kararı ile “**Dermatolojik Hastalığı Olan Kişilerde Oral Mukozal Bulguların Görülme Sıklığı ve Dermatozlarla İlişkisi**” adlı çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığınca görüşülmüş ve 10.11.2006 tarih, 7 sayılı oturumunun 34 nolu kararı ile etik kurallara uygun görülmüştür. Çalışma Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığınca 27.12.2006 tarih, 4 sayılı oturumunun 20 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

KONU	Sayfa
İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ağız Boşluğunun Yapısı	5
2.2. Oral Mukoza Muayenesi	5
2.3. Oral Mukozal Hastalıkların Sınıflandırılması	6
2.3.1. Dudak Hastalıkları	8
2.3.1.1. Aktinik Keilit (Solar keilit)	8
2.3.1.2. Kontakt Keilit (Dermatitis venenata)	9
2.3.1.3. Angüler Keilitis (Perleş)	9
2.3.1.4. Granümatöz Keilitis (Melkersson-Rosenthal, Meischer Sendromu) (MRS) ..	10
2.3.1.5. Fordyce Hastalığı	10
2.3.2. Dil Hastalıkları	11
2.3.2.1. Anatomi	10
2.3.2.2. Glossodini (Ağrılı dil)	12
2.3.2.3. Coğrafi Dil (Annulus migrans, Benign migratuar glossit, Exfoliato Areata Migrans) ..	12
2.3.2.4. Fissured Tongue (Skrotal dil, Lingua plicata, Lingua fissurata)	13
2.3.2.5. Smooth Tongue	14
2.3.2.6. Furred Tongue (Coated tongue, Saburral tongue)	14
2.3.2.7. Siyah Kıllı Dil (Lingua nigra, Lingua villosa nigra)	15
2.3.2.8. Makroglossi	15
2.3.2.9. Median Romboid Glossit (Santral papiller atrofi)	16
2.3.2.10. Sublingual Varisler (Caviar Tongue)	16
2.3.3. Stomatitler	17
2.3.3.1. Rekürren Aftöz Stomatit (RAS)	17
2.3.3.2. Behçet Hastalığı	18
2.3.4. Oral Mukozal Büllöz Hastalıklar	19
2.3.4.1. Pemfigus	19
2.3.4.2. Pemfigoid	20
2.3.4.3. Eritema Multiforme (EM)	21
2.3.4.4. Dermatitis Herpetiformis (DH)	21
2.3.5. Papülo-Skuamöz Hastalıklar	22
2.3.5.1. Liken Planus	22
2.3.5.2. Psöriyazis	23
2.3.5.3. Pitriyazis Rubra Pilaris (PRP)	23
2.3.5.4. Pitriyazis Rozea	23
3. MATERYAL ve METOD	24
4. BULGULAR	27
4.1. Kontrol Grubunda Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı	28
4.2. Hasta Grubunda Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı	31
4.3. Hasta Grubunda Hastalıklarla Oral Mukoza Bulguları	36
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇLAR	61
KAYNAKLAR	65

TEŞEKKÜR

Dermatoloji uzmanlık eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana her konuda destek vererek değerli bilgi ve tecrübeleriyle yetişmemde katkıları bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Şevki ÖZDEMİR'e, Sayın Prof. Dr. Akın AKTAŞ'a, Sayın Prof. Dr. M. Teoman ERDEM'e, Sayın Doç Dr. Ali KARAKUZU'ya ve Sayın Doç Dr. Mustafa ATASOY'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışmamın istatistiksel değerlendirilmesinde kıymetli destek ve yardımlarını esirgemeyen Fizyoloji Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Şenol DANE'ye teşekkürü de bir borç bilirim.

Dermatoloji Ana Bilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm çalışma arkadaşlarım, hemşirelerimiz, sekreterlerimiz ve klinik personeline ayrıca teşekkürler ediyorum.

Çalışmalarımın her aşamasında bana sonsuz sabır ve destek gösteren eşim Serdar BİLEN ve aileme de manevi desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Handan BİLEN

ÖZET

DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE ORAL MUKOZAL BULGULARIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE DERMATOZLARLA İLİŞKİSİ

Oral mukoza ektoderm kaynaklı olup, deri ile birçok benzerliği yanı sıra belirgin farklılıkları da vardır. Çoğu dermatolojik hastalık aynı zamanda oral mukozayı da tutmaktadır (pemfigus vulgaris, liken planus gibi). Oral mukozal lezyonlar, mukokutanöz hastalıkların başlangıç bulgusu, en dikkat çekici klinik özelliği veya tek belirtisi olabilir. Bu yüzden oral mukoza muayenesi dermatolojik muayenenin önemli bir parçasıdır.

Bu çalışma, 3-89 yaş aralığındaki dermatolojik hasta popülasyonunda oral mukozal bulguları tespit etmek, bu bulguların sıklığını normal sağlıklı popülasyondaki bireylerin oral mukozal bulguları ile karşılaştırmak ve dermatozlarla ilişkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışma grubumuzu 3000 dermatolojik hasta ile 3000 sağlıklı birey oluşturmuştur. Çalışmaya alınan tüm bireylerden detaylı medikal hikaye alınmış ve tam bir dermatolojik muayene yapılmıştır. İntraoral muayenesi yapıldıktan sonra mukoza tutulumunun varlığına, lezyonun tipine ve yerleşim yerine bakılarak dermatolojik muayene sonuçları kaydedilmiştir.

Çalışmamızda hasta grupta normal oral mukoza haricinde en sık gördüğümüz oral mukoza bulguları sırası ile; skrotal dil (% 22.20), coğrafik+skrotal dil (% 4.30), coğrafik dil (% 3.47) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise bu sıralama skrotal dil (% 11.87), coğrafik+skrotal dil (% 5.87), kıllı dil (% 3.60) şeklinde olmuştur.

Çalışmamızda skrotal dil, hem hasta hem de kontrol grubunda en sık rastlanan oral mukoza bulgusu olarak tespit edilmiştir. Hasta grup içerisinde skrotal dil ile psöriazis, kserozis kutis, seboreik dermatit, egzemalar ve deri enfeksiyon hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur. Aynı zamanda coğrafik dil ile atopi, psöriazis ve kserozis kutis arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur.

Bu alışma ile dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların mutlaka oral mukoza muayenelerinin eksiksiz yapılması gerektiği, bazı oral mukoza bulguları ile spesifik dermatolojik hastalıkların bağlantılı olabileceği, mukokutanöz hastalıkların bazılarının yalnızca oral mukozayı tutabileceği veya ilk tutulum yeri olabileceği, dolayısıyla bu bulguların tanı koymada bir ipucu oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dermatozlar, oral mukozal bulgular, görölme sıklığı

SUMMARY

THE PREVALENCE OF ORAL MUCOSAL FINDINGS IN PATIENTS WITH DERMATOLOGIC DISEASES AND ITS RELATIONSHIP WITH DERMATOSES

Oral mucosa is derived from ectoderm and has many similarities with skin. Nonetheless there are significant differences. Most of the dermatological conditions also involve oral mucosa. Oral mucosal lesions may be the initial feature, the most alarming clinical feature or the only symptom of mucocutaneous diseases. Therefore, oral mucosa examination is an important part of dermatologic examination.

This investigation has been carried out in order to determine the oral mucosal findings in the population of dermatologic patients aged between 3-89, and to compare the prevalence of these findings with those of the individuals of normally healthy population as well as to investigate its relation with dermatoses.

Our study group constituted 3000 dermatologic patients and 3000 healthy individuals. All of the individuals included in the study went through an entire dermatologic examination and a detailed clinical history has been recorded. The results of the dermatological examination have been recorded, taking into account the presence of mucosal involvement lesion type and its localization.

In our study the most frequently observed oral mucosal findings apart from the normal oral mucosa in the patient group were found respectively as thus: scrotal tongue (22.20%) geographic+scrotal tongue (4.30%), geographic tongue (3.47%). In the control group, these proportions were as thus; scrotal tongue (11.87%), geographic+scrotal tongue (5.87%) hairy tongue (3.60%).

In our study, scrotal tongue was the most frequently observed oral mucosal finding both in the patient and control group. In the patient group, there was a statistically significant correlation between scrotal tongue and psoriasis, xerosis cutis, seborrheic dermatitis, eczemas and dermatologic infections ($p < 0.01$). Similarly, there

was a statistically significant correlation between geographic tongue and atopy, psoriasis, xerosis cutis ($p<0.01$).

It has been concluded with this study that patients referring to dermatology clinic should certainly undergo a complete oral mucosal examination, some oral mucosal findings are associated with specific dermatologic diseases, some mucocutaneous diseases can only have an oral mucosa involvement or can be the first location of involvement and therefore these findings can be beneficial clues for a much more adequate diagnosis.

Key words: Dermatoses, oral mucosal findings, prevalence

1. GİRİŞ

Oral lezyonların prevalansı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda farklı populasyonlarda değişik oranlar bulunmuştur. Oral mukoza hastalıklarının, % 25-50 oranında görüldüğü rapor edilmiştir¹.

Sonuçlar arasında belirgin fark olduğu için spesifik popülasyonlarda, doğru bir ağız sağlığı politikası oluşturmak için oral mukozal lezyonların görülme sıklığı ile ilgili verilere ihtiyaç vardır. Literatürde daha çok belli bir popülasyon veya yaş gruplarında oral mukozal bulgular veya dil bulgularının sıklığına bakılmıştır.

Oral kavitede mukozanın kendine özgü hastalıklarının yanı sıra bazı sistemik hastalıkların da belirtilerine rastlanabilmektedir. Çoğu kez birbirine benzeyen değişikliklerde tanıya varabilmek için klinik olarak hangi kriterlerin ölçü alınacağı önemlidir².

İyi bilinen birçok dermatolojik hastalık aynı zamanda oral mukozayı da tutmaktadır. Klasik örnekleri oluşturan Pemfigus vulgaris ve Liken planus'un her ikisi de ağızdan başlayabilir ve orada sınırlı kalabilir. Ağızın görüntüsü tanı için sıklıkla bir ipucudur. Ağızdaki klinik görünüm genellikle deriden farklıdır. Örneğin liken planus'ta poligonal viyolase renkli papüller ağızda görülmez; bunun yerine eritem, erozyon, dantel benzeri hiperkeratotik çizgilenmeler daha tipiktir. Genelde ağızdaki büller kısa ömürlüdür, bu yüzden genellikle erozyon şeklinde karşımıza çıkarlar³.

Bessa ve ark. (2004), 0-12 yaş grubundaki Brezilyalı çocuklarda oral mukozal bulguların prevalansını % 27 olarak yüksek oranda tespit etmişler ve bu oranın yaş ilerledikçe (5-12 yaş grubunda) arttığını bildirmişlerdir. En sık coğrafik dil, yanak ısırması ve melanotik makül gözlenmiştir. Kandidiazisin antibiyotik tedavisi ve emzik kullanımı ile, fissure dilin konjenital anomaliler, allerji ve yaş (5-12 yaş) ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir⁴.

Mumcu ve ark. (2005), Türk populasyonunda oral lezyonların prevalansına bakmışlar ve pigmentasyon, fissure dil ve proteze bağlı stomatit bulgularına daha sık rastlandığını ifade etmişlerdir. Aynı şekilde yaşlı populasyonda bazı oral lezyonların

(pigmentasyon, fissure dil, varisler, kıllı dil, proteze bağlı stomatit ve peteşi) daha sık görüldüğü belirlenmiştir⁵.

Parlak ve ark. (2006), 13-16 yaş grubu Türk populasyonunda oral lezyonların prevalansına bakmışlar ve 13 farklı oral lezyon tespit etmişlerdir. Bu lezyonların cinsiyet ile bir ilişkisinin olmadığını, angüler keilit ile anemi arasında istatistiksel bir anlamlılık olduğunu ifade etmişlerdir⁶.

Ağız boşluğunda en fazla etkilenen organ dildir. Klinik tanıda dil muayenesi sistemik olarak önemli, ciddi durumlar hakkında ipucu vermektedir. Dil genellikle oral mukozayı etkileyen çeşitli hastalıkların bir göstergesidir⁷.

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar dil lezyonlarının oral mukoza lezyonları arasında önemli bir oranını teşkil ettiğini ve prevalans oranlarının dünyanın farklı bölgelerinde değiştiğini göstermiştir^{8,9,10}.

Avcu ve Kanli (2003), Türk diş hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada dil lezyonları ile yaş, cinsiyet, oral hijyen ve alışkanlıklar arasında önemli bir ilişki tespit etmişlerdir¹¹.

Oral mukoza bulguları aynı zamanda mukokutanöz hastalıkların başlangıç bulgusu, en dikkat çekici klinik özelliği ve hatta tek belirtisi olabilir. Ramirez-Amador V ve ark. (2000), mukokutanöz hastalıklarda oral tutulumun % 35 oranında görüldüğünü ve tanının bu hastaların % 48'inde oral belirtilere göre konulduğunu belirtmişlerdir¹².

Coğrafik dil için; hormonal dengesizlik ve oral kontraseptif kullanımı, psikolojik bozukluklar, diabetes mellitus, atopi, saman nezlesi ve rinit gibi alerjik durumlar, püstüler psöriyazis, seboreik dermatit, pitriyazis pilaris gibi dermatolojik hastalıklar ve Reiter sendromu gibi birçok risk faktörü düşünülmüştür. Ayrıca Down sendromu ve skrotal dil ile birliktelik rapor edilmiştir¹³.

Literatürde coğrafik dil ve atopi ilişkisini inceleyen çeşitli araştırmalar mevcuttur. Güneş ve ark.'nın (1994) çalışmalarında belirlenen % 35.4 oranındaki atopi öyküsü (kişisel ve/veya ailesel) olguların yaklaşık 1/3'ünü kapsamıştır. Coğrafik dil atopiye

özgün bir bulgu olmamakla beraber, kişinin atopi açısından araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır¹⁴. Ullmann (1981), 132 atopik hastada coğrafik dil oranını % 35.7 olarak kaydedince bu lezyonun atopinin bir bulgusu olduğunu ileri sürmüştür¹⁵. Aydıngöz ve ark (2002), çalışmalarında coğrafik dili olan 14 hastanın % 28.5'inde, diğer hastaların ise % 8.58'inde atopi saptamışlar ve kontrol grubu ile aralarında önemli ilişki bulmuşlardır. Buna göre atopili hastalarda coğrafik dile rastlanma sıklığı kontrol grubuna göre 2.4 kat daha fazla tespit edilmiştir¹⁶.

Uzun yıllar psöriyazisin oral kaviteyi etkilemeyen bir hastalık olduğu düşünülse de yapılan çalışmalarla literatürde psöriyazisli hastalarda coğrafik dil sıklığı %1-10.3 arasında değişen oranlarda bulunmuştur¹⁷.

Daneshpashooh ve ark. (2004) tarafından İran'da yapılan kontrollü bir çalışmada, psöriyatik hastaların % 33'ünde fissüre dil, % 14'ünde ise coğrafik dil tespit edilmiş, kontrol grubunda ise skrotal dil oranı % 9.5, coğrafik dil oranı % 6.0 olarak belirlenmiştir¹⁷. Hietanan ve arkadaşlarının yaptıkları kontrollü bir diğer çalışmada ise psöriyatik hastaların % 10.3'ünde, kontrol grubunun % 2.5'unda coğrafik dil tespit edilmiştir¹⁸.

Zargari O. (2005), 306 psöriyazis hastasından 47 (% 15.4)'sinde dil lezyonu tespit etmiş; bunlardan 25 (% 8.2)'inde skrotal dil, 17 (% 5.6)'sinde coğrafik dil ve 5 (%1.6)'inde fissüre ile birlikte coğrafik dil tespit etmiştir¹⁹.

Mazmanoğlu N. (2005), 200 psöriyazis ve 200 sağlıklı birey üzerinde yaptığı çalışmada oral mukozal bulguların sıklığına bakmış ve psöriyazis grubunda % 53 oranı ile en sık skrotal dil ve % 21.5 oranı ile coğrafik dil tespit etmiştir. Ayrıca skrotal dil ile coğrafik dil birlikteliğini % 16.5 oranında bulmuştur²⁰.

Kurku ve ark.(2007), yaptıkları çalışmada psöriyazis hastalarında kontrol grubuna kıyasla, genel dil bulguları, skrotal dil ve coğrafik dilin daha yüksek oranda görüldüğünü tespit etmişlerdir²¹.

Çalışmamız Türkiye'de dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların dermatolojik tanıları, oral mukoza bulguları ve bunların dermatozlarla ilişkisini inceleyen ikinci çalışma niteliğindedir. Benzer bir çalışma Yeniev F. (1986) tarafından 1000

dermatolojik hastada dil bulguları ve dermatolojik hastalıkların oranları şeklinde değerlendirilmiştir²².

Çalışmamızda dermatoloji polikliniğine başvuran 3000 hastanın dermatolojik hastalıkları, bu hastalıkların spesifik oral lezyonlarla ilişkisi, oral mukozal bulguların görülme sıklığı, bunların yaş ve cinsiyet ile ilişkisi araştırılmıştır. Aynı zamanda sağlıklı bireylerde de oral mukozal bulguların görülme sıklığı, yaş ve cinsiyet ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmamızın, farklı populasyonlar üzerinde yapılan oral mukozal bulguların görülme sıklığı ve hastalıklarla ilişkilerini araştıran diğer çalışmalara önemli bir kaynak oluşturabileceğini düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağız Boşluğunun Yapısı

Oral kavitenin yapısı ve yüzeyi oral hastalıklar ve sistemik hastalıkların tanısında önemli rol oynar. Ağız boşluğu önde dudakları; arkada ise hem vestibülü, hem de ağız boşluğunu kapsar. Vestibül, yanaklar ile diş etleri ve dudaklar ile diş etleri arasındaki alanı (her ikisi birden gingivobukkal sulkus adını alır) ve ikinci maksiller molar diş hizasındaki parotis bezinin ağzını (Stensen kanalı) içerir. Ağız boşluğu, dişlerin hizasından başlar ve ağız tabanı, dil, sert ve yumuşak damaktan oluşur. Submandibüler bezlerin ağızları (Wharton kanalları) ve sublingual küçük tükürük bezlerinin çok sayıda ağzı bulunmaktadır²³.

Oral mukoza ektodermden köken alır ve deri ile birçok benzer özelliği olmasına rağmen belirgin farklılıkları da vardır. Yapısal olarak oral mukoza farklı bir keratinizasyon gösterir; bazı sahalarda parakeratoz normalken diğer birçok bölgede granüler tabaka yoktur. Epitelyal yüzey, yeme içme gibi travma ile kaybedilen hücreleri yerine getirmek için çok hızlı rejenere olma yeteneğine sahiptir³. Sürekli yenilenme içerisinde olan epitelin mitoz sayısı 1000 hücrede 0.43-1.56 arasındadır, yenilenme süresi ise 4-14 gün arasında değişir. Bu süre deriye göre oldukça hızlıdır²⁴.

2.2. Oral Mukoza Muayenesi

Oral mukoza muayenesi tam bir dermatolojik muayenenin önemli bir parçasıdır. Tüm diffüz veya komplike vakalarda, oral mukozadaki önemli ipuçları atlanmamalıdır. Bu yüzden normal anatomik ve fizyolojik varyantları ve ağızla ilgili hastalıkları iyi bilinmelidir³.

Oral kavitenin muayenesi inspeksiyon ve palpasyonla kolay yapılabilir. Muayenede öncelikle hastanın varsa diş protezlerini çıkarması gerekir. Uygun ışık altında dental veya kulak burun boğaz aynası ile oral kavite sistematik bir şekilde incelenmelidir. Bu incelemede dudaklara gingivobukkal sulkusa, bukkal mukozaya, diş etlerine, dişlere, sert ve yumuşak damaklara, dile ve orofarenkse bakılmalıdır. Eğer lezyon mevcut ise nazal, oküler ve genital mukoza dahil anogenital dokular ve deri ayrıca incelenmelidir²³.

2.3. Oral Mukozal Hastalıkların Sınıflandırılması

DUDAK HASTALIKLARI

- Aktinik keilit (Solar Keilit)
- Kontakt keilit (Dermatitis venenata)
- Angüler keilit (Perleş)
- Plazma hücreli keilit
- Faktisyal keilit
- Granülamatöz keilit (Melkersson-Rosenthal Sendrom, Meischer's Sendrom)
- Fordyce hastalığı (Ektopik sebace bezler)

DİL HASTALIKLARI

- Glossodini
- Coğrafik dil
- Skrotal dil
- Smooth tongue
- Coated tongue (Furred tongue, Saburral tongue)
- Siyah kıllı dil
- Makroglossi
- Papillit
- Median romboid glossit (Santral Papillar Atrofi)
- Sublingual varis (sublingual varis)

STOMATİTLER

- Stomatitis medikamentoza
- İrritan kontakt stomatit
- Allerjik kontakt stomatit
- Atipik gingivo stomatit
- Rekürren aftöz stomatit
- Behçet hastalığı

DİĞER BENİGN ÜLSERASYONLAR

- Nekrotizan siyalometaplazi
- Dilin eozinofilik ülseri

ORAL MUKOZAL BÜLLÖZ HASTALIKLAR

- Deskuamatif gingivit
- Pemfigus
- Pemfigoid
- Eritema multiforme
- Akkiz epidermolizis bülloza
- Dermatitis herpetiformis

PAPÜLO SKUAMÖZ HASTALIKLARI

- Liken Planus
- Psöriyazis
- Pitriyazis rubra pilaris
- Pitriyazis rozea

SİSTEMİK HASTALIKLAR

- Gastrointestinal hastalıklar
 - o İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
 - o Piyostomatitis vejetans
 - o Primer biliyer siroz
- Romatolojik hastalıklar
 - o Lupus eritematozus
 - o Sistemik skleroderma
 - o Sjögren's sendromu
 - o Dermatomyozit
- Metabolik
 - o Amiloidoz
 - o Diabetes mellitus
 - o Lipoid proteinozis
- Hematolojik hastalıklar
 - o Pernisiyöz anemi
 - o Demir eksikliği anemisi
 - o Siklik nötropeni
 - o Lösemiler
- Granulomatöz hastalıklar
 - o Wegener granulomatozis
 - o Sarkoidozis
 - o Histiositozis X
- Enfeksiyon hastalıkları
 - o Bakteriyel hastalıklar
 - Akut nekrotizan ülseratif gingivit
 - Sifiliz
 - Tüberküloz
 - o Mantar hastalıkları
 - Kandidiazis
 - Histoplazmozis
 - Aktinomizozis
 - Dental apse ve sinüsler
 - o Viral hastalıklar
 - Herpes simpleks infeksiyonları
 - Herpes zoster
 - Varisella
 - Herpanjina
 - El-ayak-ağız hastalığı
 - Siğiller
 - Molluskum contagiozum
 - Enfeksiyöz mononükleoz
 - Oral kıllı lökoplaki
 - HIV

PİGMENTE LEZYONLAR

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| - Peutz-Jeghers sendromu | - Nevuslar |
| - Addison hastalığı | - Mukozal melanotik makül |
| - Akantozis nigrikans | - Malign melanom |

TÜMÖRLER

- Premalign Durumlar

- o Lökoplaki
- o Eritroplaki
- o Nikotin stomatiti
- Skuamöz hücreli karsinom
- Verrüköz karsinom
- Non-skuamöz hücreli kanserler
- Oral florid papillomatozis
- Oral kavitenin hereditör beyaz yama hastalıkları
 - o Beyaz süngersi nevus
 - o Pakionişi konjenita
 - o Diskeratozis konjenita
 - o Hereditör benign intraepitelyal diskaratozis
 - o Darier hastalığı
 - o Hailey-Hailey hastalığı
- Mezenkimal Tümörler
 - o Fibroma
 - o Mukosel
 - o Nörofibrom
 - o Lipom
 - o Hemanjiom
 - o Piyojenik granülom
 - o Dev hücreli epulis
 - o Sarkom
 - o Kaposi sarkom
- Kserostomi

2.3.1. Dudak Hastalıkları

2.3.1.1. Aktinik Keilit (Solar keilit)

Premalign bir durum olan aktinik keilit sıklıkla alt dudaklarda oluşur. En belirgin sebep uzun süre UV radyasyona maruz kalmaktır. Çiftçiler, denizciler, golfçularda olduğu gibi meslekleri icabı güneş ışığına uzun süre maruz kalma risk faktörüdür. Kronik irritasyon ve sigara içme gibi diğer faktörler de önemli rol oynar.

Klinik olarak, aktinik keilit sıklıkla gri-beyaz renk değişikliği ve atrofik bir görüntü ile birlikte kuru, fissüre, krutlu dudaklar şeklinde görülür. Alt dudağın vermilyon kısmı normal mukokutanöz birleşim yerinin belirsizleşmesi ile ortaya çıkabilir.

Histopatolojik incelemede çeşitli derecelerde hiperkeratoz, parakeratoz, akantoz ve insitu olarak nükleer atipi ve mitozlarla birlikte hafif diskaratozdan skuamöz hücreli kansere kadar epitelyal displazi spektrumu görülür²³.

2.3.1.2. Kontakt Keilit (Dermatitis venenata)

Deride olduğu gibi dudakların vermilyon kısmında da hem primer iritan hem de allerjik kontakt dermatit olmak üzere iki tip kontakt dermatit görülebilir.

Klinik olarak hem iritan hem de alerjik kontakt keilit şiddetli formlarında egzematöz değişiklikler gösterir. Hafif vakalarda maküler eritem ve pullanma görülür²³.

2.3.1.3. Angüler Keilitis (Perleş)

Ağız köşelerine lokalize, akut veya kronik, eroziv, krutlu değişik nedenlerle ortaya çıkan ragat tarzında enflamasyonlardır.

Klinik tablo, etyolojik nedene bağlı olarak değişir; çocuklarda çoğu kez streptokoksik impetigo veya atopik dermatitin bir belirtisi olarak gözlenirken, yaşlılarda öncelikle çene değişiklikleri akla gelmektedir. Bu kimselerde uygun olmayan diş protezleri ve/veya kandida albicans intertrigosu, hatta aşılı, demir eksikliği anemisi veya Plummer-Vinson sendromu bulunabilir.

Ağız kenarlarında bilateral olarak gelişen küçük eritemli alan, deri ve mukoza arasında yerleşmiştir. Daha sonra burada krutlu fissürler oluşur. Lezyon yavaş olarak ilerlerken, ragadlar derinleşir, krut oluşumunda bir artma dikkati çeker. Hastalar bu lezyonların büyüüp küçüldüğünden söz edebilirler. Sonunda, tek veya çift taraflı olarak dudak bileşkelerinde oval, 2-3 mm çapında aşırı derecede inatçı eroziv krutlu lezyonlar gelişir. Lezyonların üzerindeki beyaz maserasyon görünümü kandida albicans enfeksiyonunu; sarımsak gruplar ise bakteriyel bir enfeksiyonu düşündürmelidir²⁵.

2.3.1.4. Granümatöz Keilitis (Melkersson-Rosenthal Sendromu, Meischer Sendromu) (MRS)

Klasik tablo bir triaddan ibarettir; rekürren orofasiyal şişlik, skrotal dil ve fasiyal paralizi. Hastalığın etyolojisi belli değildir. Enfeksiyonlar, otoimmünite ve herediter sebepler gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür.

MRS'nin en önemli semptomu rekürren ağrısız, eritemli olmayan orofasiyal şişliktir. Genelde öncelikle bir veya her iki dudağı tutar, ancak göz kapakları, burun ve yanaklar da tutulabilir. Alevlenmeler saatlerden aylara kadar sürebilir ve rekürrensler yıllar sonra görülebilir. Bazen şişlik sık rekürren ataklar sonrasında kalıcı olabilir. Sıklıkla hastalar şişen dudağın çatlamasından dolayı oluşan rahatsızlıktan ve ödeme sekonder konuşma ve yemede zorluktan şikâyetçi olabilirler.

Fasiyal paralizi orofasiyal şişlikten önce, onunla birlikte veya sonrasında oluşabilir. En sık bulgu, Bell paralizisinden ayrılamayan ani başlangıçlı fasiyal paralizidir. Hastalar ayrıca tinnitus, baş dönmesi ve bulantıdan şikâyetçi olabilirler. Ayrıca dilin 2/3 ön tarafında tat kaybı olabilir.

Skrotal dil hastaların yaklaşık yarısında görülür. Fasiyal paralizi ve skrotal dil MRS'nin en değişken bulgularıdır.

Orofasiyal şişliğin ayırıcı tanısına sarkoidoz, anjioödem ve aktinomikoz veya rinoskleroma gibi derin mantar enfeksiyonları girer²³.

2.3.1.5. Fordyce Hastalığı

Yanak veya dudak mukozasında ve dudakların vermilyon sınırı boyunca sıklıkla grup yapmış, küçük sarımsı papül veya maküller ile karakterizedir. Bu lekeler oral epitelde kolaylıkla görülebilen sebace bezlerdir. Bu bulgu yaşla birlikte artar ve erişkin popülasyonda % 80-90 oranına ulaşır. Tedavi gerektirmez²³.

2.3.2. Dil Hastalıkları

2.3.2.1. Anatomi

Bir kök ve bir gövdeden oluşmuştur. Gövdesi ağız boşluğunda yer alan apeks, ventral yüz ve dorsum kısmından oluşur. Kök kısmı farenkste yer alır ve terminal sulkus adı verilen V-şekilli bir yarık ile gövdeden ayrılır. Bu yarığın ucu foramen cecum'dur ve tiroid bezinin embriyonel orjini'dir.

Dilin dorsal yüzeyi morfolojik olarak farklı birkaç papilla ile kaplıdır. Terminal sulkus boyunca uzanan 8-12 büyük koni-biçimli papilla sirkumvallat papilladır. Bunların ön tarafında birçok sayıda filiform papilla ve daha az sayıda büyük mantar görüntüsünde fungiform papilla yer alır. Fungiform papillalar dilin dorsumuna yayılmıştır ve dilin ucu ile yan kenarlarında yoğunlaşmışlardır.

Dilin ventral yüzeyi düzgün, hassas ve papilladan yoksundur. Ortadaki müköz membran kıvrımı frenulum olarak bilinir ve dilin ön ventral kısmından ağız tabanına doğru uzanır.

Dilin innervasyonu birçok intrinsek ve ekstrinsek kası innerve eden hipoglossal sinir tarafından olur. Dilin 2/3 ön kısım genel duyu ve tad duyusunu sırasıyla trigeminal (V) ve fasial (VII) sinirlerin mandibuler dalları sağlar. Dilin 1/3 arka kısım genel duyu ve tad hissini glossofarengeal sinir sağlar. Dil karsinomlarının erken yayılmasını tespit etmek için dilin lenfatik drenajını bilmek önemlidir. Terminal sulkus tarafından bölündüğünde önde kalan dilin drenajı submental, submandibuler ve derin servikal nodlara olur. Dilin arka kısmı derin servikal nodlara drene olur. Ortada yerleşmiş lenfatik kanallar dilin aynı veya karşı tarafını drene edebilirler.

Dil hastalıkları; glossodini, coğrafik dil, skrotal dil, düz dil, coated dil, siyah, kıllı dil, makroglossi, papillit, median romboid glossit, sublingual varisler şeklinde sınıflandırılabilir²³.

2.3.2.2. Glossodini (Ağrılı dil)

Glossodini (ağrılı dil) veya glossopirozis (dilde yanma) spesifik bir hastalıktan ziyade semptomdurlar. Hastalar sıklıkla karıncalanma, yanma, acıma, kaşıntı veya uyuşmadan şikâyet ederler. Bu sendrom sıklıkla orta yaşlı veya yaşlı bayanlarda görülür.

Glossodininin etyolojisi multifaktöryeldir. Klinisyen birden fazla sebebi araştırmalıdır. Fizik muayenede dil sıklıkla normal değerlendirilir. Fakat oral kavite hijyenini inspeksiyonla değerlendirmek önemlidir. Diş hastalıkları veya protezin irrite ettiği mukoza dilde ağrı sebebi olabilir. Lityum, griseofulvin ve ACE inhibitörleri gibi ilaçlar glossodini ile ilgili olabilir. Kontakt alerji glossodininin göze çarpmayan bir

sebebi olabilir. Ayrıca tatlandırıcılar, diabetes mellitus, folik asit, B12 vitamini veya demir eksikliği diğer etyolojik nedenlerdir. Organik sebepler dışlanıncaya kadar psikojenik ağrı tanısını düşünmemek gerekir.

Tedavide, varsa altta yatan medikal problem ortadan kaldırılmalıdır. İyi bir oral hijyen sağlanmalı ve tamamen uyumlu protezler kullanılmalıdır. Altta patoloji tespit edilmeyen hastalar psikiyatrik açıdan değerlendirilmeli ve ona göre tedavi edilmelidirler²³.

2.3.2.3. Coğrafik Dil (Annulus migrans, Benign migratuar glossit, Exfoliato Areata Migrans)

Benign, idiyopatik, inflamatuvar bir hastalıktır. Gri-beyaz renkte keratotik sınırlı tek veya multipl, düzensiz şekilli, kırmızı sirsine lezyonlarla karakterizedir. Bu keskin sınırlı lezyonlar dil dorsumunda meydana gelmesine rağmen oral kavitenin herhangi bir yerinde de oluşabilir (stomatitis areata migrans). Bazen hastalar sıcak ve baharatlı yiyeceklere karşı hassasiyetten bahsedebilirler.

Coğrafik dil için herhangi bir ırk veya cinsiyet farkı yoktur. Populasyonun yaklaşık % 2'sinde görülür. Çocuklar arasında daha sık görülür. Genetik bir predispozisyonla bahsedilse de etiyolojisi bilinmez. Coğrafik dili olan hastaların yaklaşık % 50'sinde ayrıca skrotal dil de vardır. Fiziksel görünümün hiperemik alan üzerinde yüzey epiteli ve filiform papillaların geçici atrofisine sekonder olarak geliştiği düşünülür. Lezyonlar kalıcı veya geçici olabilir. Papillaların rejenere olması ve atrofiye uğraması saatler içinde şekil değiştirebilirler.

Coğrafik dil Reiter hastalığı, seboreik dermatit, atopi ve püsüler psöriyazis ile ilişkili olabilir. Bazı yazarlar histolojisi benzer olduğu için coğrafik dilin, püstüler psöriyazisin oral bir bulgusu olduğunu savunur.

Coğrafik dilin histolojik değerlendirilmesinde non spesifik kronik bir enflamasyon ile birlikte hiperkeratoz, parakeratoz ve düzenli akantoz görülür. Kogoj'un spongioform püstüllerine benzer mikroapseler epitelde sıklıkla gözlenir.

Tedavisi semptomatiktir. Hasta bu durumun iyi huylu olduğuna ikna edilmelidir, hasta hassasiyetten şikayetçi ise sıcak veya baharatlı yiyecekler gibi irrite edici yiyeceklerden uzak durmalıdır. Şikayetlerinin azalması için ayrıca ağzını çalkalaması, topikal kortikosteroidler, antikandidal tedavi veya % 0.5 Gentian violet kullanması yeterli olabilir²³.

2.3.2.4. Fissured Tongue (Skrotal dil, Lingua plicata, Lingua fissurata)

Dilin dorsal yüzünde derin yarıklıkların olduğu sık görülen klinik bir bulgudur. Sıklıkla merkezde bir yarık etrafa doğru dallanır. Yarıkların sayısı, derinlik boy ve yönleri farklıdır. Dil sırtına çakıllı veya kırışık bir görünüm verebilir.

Sık görülen anatomik bir varyanttır. Irk ve cinsiyet farkı göstermez. Yaş ile birlikte insidansı artar. İnfanların %1'inde, çocukların % 2,5'inde ve genç erişkinlerin % 4'ünde görülür.

Etyolojisi multifaktöriyeldir. Bazı vakalarda fetal gelişim esnasında dilin her 2 yarısının inkomplet füzyonuna sekonder merkezde bir yarık oluşturacak şekilde konjenital bir yapı olduğu düşünülür. Yarıklar ayrıca malnütrisyon, enfeksiyon ve travmaya sekonder de gelişebilir. Bazı hastalarda düşük vitamin A düzeyleri tespit edilmiştir. Melkerson-Rosenthal sendromunda da lingua plicata tarif edilmiştir (Orofasiyal şişlik, fasiyal paralizi ve lingua plicata).

Skrotal dil genellikle asemptomatiktir. Bazen yiyecek artıkları yarıkların arasına girer ve orada bakteriyel ve fungal organizmaların gelişmesi sonucu irritasyon, inflamasyon ve halitozise sebep olur.

Tedavisi semptomatiktir. Yumuşak kıllı diş fırçası ve ağız temizleyici sularla dikkatli bir mekanik temizlik yapılmalıdır²³.

2.3.2.5. Smooth Tongue

Filiform papillaların atrofisi sonucu dilin sırt kısmında düz bir görünüm oluşur. Filiform papillaların atrofik değişimi birçok faktöre bağlıdır. Sıklıkla beslenme bozuklukları, bu durum ile ilişkili olabilir. Çünkü filiform papillaların nisbeten daha

yüksek metabolik aktivitesi vardır ve bu aktivite için demir, riboflavin, folik asit, vitamin B12 ve enzimler için diğer kofaktörler gereklidir.

Tedavisi altta yatan herhangi bir beslenme yetersizliğini tespit edip onu düzeltmektir. Filiform papillalar yaklaşık 1 haftada rejenere olabilirler²³.

2.3.2.6. Furred Tongue (Coated tongue, Saburral tongue)

Dilin dorsumunda gri-beyaz kaplı bir görüntünün olması sık görülen klinik bir bulgudur. Genellikle dilin arka kısmı uç kısmından daha fazla tutulur.

Etyolojisinde altta yatan gastrointestinal bir hastalığı yansıttığı düşünülmüşse de bunu destekleyecek çok az delil bulunmuştur. Dilin kaplı görüntüsü filiform papillaların hipertrofisi ve normal deskuamasyonun yetersiz olmasına bağlı gelişir. Tükürük salgısı azaldığında veya yüzey epitelinin değişmesine yardımcı olan uygunsuz ağız hareketleri kaplı görüntünün oluşmasına sebep olabilir. Bu yüzden kaplı dil yumuşak yiyecekler yiyen, lifli gıdalardan kaçınan, sigara içen, ağızdan nefes alıp veren, özellikle ağız ve üst solunum yolları infeksiyonları sebebi ile ateşli ve bitkin olan kişilerde görülebilir.

Histolojik olarak coated dil papillomatozis, boynuzsu tabakanın kalınlaşması ile akantozis, suprapapiller ortokeratoz ve interpapiller parakeratoz görülür. Süperfisiyal keratin tabakada bol bakteri bulunabilir.

Tedavide yumuşak kıllı bir diş fırçası ile dili fırçalamak ve oral solusyonlar ile ağız temizliği yüzey epitelinin deskuamasyonuna yardımcı olur²³.

2.3.2.7. Siyah Kıllı Dil (Lingua nigra, Lingua villosa nigra)

Dil sırtının siyah kıllı gibi bir görünüm almasıdır. Filiform papillaların hipertrofisi sonucunda dilin rengi bozulur ve kıllı görünüm alır. Bu sıklıkla dil sırtının arka kısmından başlar ve öne doğru yayılır. Hastalar genellikle asemptomatiktir, ancak tad almada bir değişiklik veya kötü nefes kokusu tarif edebilirler.

Siyah kıllı dilin etiyolojisi muhtemelen kötü hijyen ve bakteriyel gelişme ile ilişkilidir. Sıklıkla sistemik antibiyotik verilmesinden sonra veya çok fazla sigara içen

kişilerde görülür. Buna rağmen oral hijyeni iyi olan, sigara içmeyen ve ilaç almayan kişilerde de görülebilir.

Kıllı görüntü filiform papillaların bazen 2 cm'ye kadar iyi huylu uzamaları sonucu gelişir. Renk bozukluğunun da kromojenik bakterilerin veya artmış fungal üretiminin pigment oluşturması sonucu geliştiği düşünülür. Hiperplazi ve renk değişikliğinin derecesi birbirinden bağımsız olarak değişebilir.

Siyah kıllı dilin tedavisinde oral hijyenin düzeltilmesi ve yumuşak bir dil fırçası ile yüzey epitelinin uzaklaştırılması gerekir. Sigara gibi lokal irritan faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Triklorasetik asit, % 40'lık üre ve podofilin gibi keratolitik ajanlar topikal olarak kullanılabilir. Bununla birlikte bu ajanlar dikkatli kullanılmalıdır, Ciddi lokal ve sistemik komplikasyonlara sebep olabileceklerinden iyi takip edilmelidirler. Pigmentasyon % 1'lik hidrojen peroksit ile açılabilir²³.

2.3.2.8. Makroglossi

Dilin genişlemesi demektir. Küçük bir ağızda normal boyuttaki bir dil yalancı makroglossidir ve diğerinden ayırt edilmelidir. Boyutun tanımlanması için aynı yer cinsiyet ve vücut yapısındaki diğer kişilerle karşılaştırılması gerekir. Bazı hastalar yemek yeme, nefes alma veya konuşmada minimal bir zorluk tarif ederler, ancak bir kısmı cerrahi müdahaleyi gerektirecek akut disfonksiyona sahip olabilirler.

Makroglossi, etiyolojisine bağlı olarak akut veya kronik bir problem olabilir. Anjionörotik ödem birkaç saat içinde çözülebilen dilin rekürren ani şişme ataklarına sebep olabilir. Amiloidoz kronik değişmeyen bir makroglossiye sebep olabilir. Genişleme orta hattan unilateral veya bilateral olabilir. Makroglossi farklı birçok hastalıkta görülebilir. Çoğu vakada etiyolojiyi açığa çıkarmak için klinik ve histolojik değerlendirme gerekli olabilir.

Makroglossi tedavisi büyüklüğün şiddetine bağlıdır. Trakeotomi ve beslenme tüpü yerleştirilmesi gibi cerrahi müdahaleler şiddetli vakalarda gerekebilir²³.

2.3.2.9. Median Romboid Glossit (Santral papiller atrofi)

Dilin arka dorsal kısmında santral rombooid veya oval şekilli sahada enflamasyon olmasıdır. Bu alan papillalardan yoksundur. Muayenede bu saha keskin sınırlı, deprese veya hafif kalkık kırmızı alan veya dilden kabarık pembe veya pembe beyaz tümör benzeri kitle şeklinde görülebilir. Yüzey sert, düz, nodüler veya fissüre görünümde olabilir. Hastalar bu sahada ağrıdan şikâyet edebilirler.

Etiyolojisi açık değildir. Ayırıcı tanısında tiroglossal duktal kist, dil karsinomu ve smooth tongue yer alır. kandidiazis oluşmadıkça tedavi gerekmez. Karsinomu ekarte etmek için biyopsi gerekebilir²³.

2.3.2.10. Sublingual Varisler (Caviar Tongue)

Superfisiyal tortüöz venler sıklıkla dilin ventral kısmında görülür ve çoğunlukla yaşlılarda görülen iyi huylu kazanılmış bir durumdur. Genellikle asemptomatiktir.

Sublingual varisler portal hipertansiyon veya superior vena kava sendromu gibi venöz basıncın arttığı durumlarla ilişkili olabilir. Sublingual varis gibi görülen hastalıklar; hereditör hemorajik telenjektazi (Osler hastalığı), blue rubber bleb nevus sendromu, hemanjiom, Kaposi sarkomu ve malign melanom gibi pigment lezyonlardır²³.

2.3.3. Stomatitler

Stomatitler oral mukozal inflamasyon için kullanılan genel bir terimdir. İlaç reaksiyonları, irritasyon veya alerjik reaksiyonlar gibi birçok nedene bağlı gelişebilir. Stomatitlerde eritem, erozyon, bül veya ülserasyon gibi birçok farklı klinik bulgu gözlenebilir²³.

2.3.3.1. Rekürren Aftöz Stomatit (RAS)

Oral kavitenin en sık görülen ülseratif hastalığıdır. Bir öğrenci populasyonunda yapılan çalışmada RAS insidansının % 60'dan fazla olduğu bulunmuştur. Bu arada genel populasyonda gerçek insidans muhtemelen % 20'ye ulaşır. RAS lokalize ağrılı,

tekrar eden ülserasyonlarla karakterizedir. Sıklıkla yanak mukozasında oluşmakla birlikte dudak mukozası, gingivobukkal sulkus, dil, yumuşak damak ve orofarenkste de yerleşebilir.

Lezyonların boyutu ve dağılımına göre 3 tipe ayrılmıştır. Minör aftöz ülserler; 2-10 mm çapındadır ve % 80 oranı ile en sık görülen tiptir. Lezyonlar tek veya birkaç adet olabilir. Majör aftöz ülserler % 10 hastada görülür, klinik olarak minör aftöz ülserlere benzeyen 10 mm'nin üzerindeki lezyonlardır. Minör aftlar 7-10 günde iyileşirken, majör aftlar 10-30 günde iyileşir ve belirgin bir rahatsızlık ve ağrıya sebep olurlar.

RAS hastalarının % 10'unu herpetiform ülserler teşkil ederler. Lezyonlar klinik olarak herpes simpleks stomatiti gibi görülür, fakat Tzanck yaymasında ve kültürde herpes simpleks negatiftir. Lezyonlar grube, 2-100 adet arasında, tek tek plaklar oluşturmaya meyilli küçük (1-2 mm) lezyonlardır. Plağın boyutuna göre 7-30 gün içerisinde iyileşirler.

RAS etyolojisi bilinmemekte fakat multifaktöryel olduğu düşünülmektedir. Enfeksiyon ajanları, travma, stres, beslenme bozuklukları (vitamin B12, demir, folat eksikliği), hormonal değişiklikler ve sistemik hastalıklar (enflamatuvar bağırsak hastalıkları ve glutene duyarlı enteropati) gibi farklı birçok predispozan faktör bildirilmiştir. Bu yüzden RAS lezyonları farklı birçok durumun oral bulgusu olarak kabul edilir. Her hasta RAS'ın muhtemel düzeltilebilir sebepleri açısından değerlendirilebilir.

Ülser kenarının histolojik incelemesinde lamina propria'yı infiltre eden non spesifik mononükleer hücre ve polimorf nüveli lökosit infiltrasyonu görülür. Ayrıca, plazma hücreleri eozinofiller ve mast hücreleri de görülebilir.

RAS'ın ayırıcı tanısında; herpes simpleks labialis, rekürren intraoral herpes simpleks stomatit, herpanjina, el-ayak-ağız hastalığı ve Wegener granülomatozisi vardır. Klinik olarak RAS'a benzeyen diğer oral hastalıklar pemfigus vulgaris, sikatrisyel pemfigoid, liken planus gibi büllöz hastalıklardır.

RAS'ın doğal seyri önemlidir. Minör aftöz ve herpetiform tipleri görülen hastalarda hastalık aktivitesi 10-15 yıl sonra spontan remisyona girebilir. Majör aftöz ülseri olan hastalar kronik bir seyir gösterme eğilimindedirler.

RAS tedavisi yüz güldürücü değildir²³.

2.3.3.2. Behçet Hastalığı

1937'de Hulusi Behçet tarafından orijinal olarak oral aft, genital ülserler ve üveit triadı şeklinde tarif edilmiştir. Hastalık daha çok Doğu Akdeniz ülkelerinde ve Japonya'da sıktır. Ortalama başlangıç yaşı üçüncü dekattır ve erkekler 2:1 oranında daha sık etkilenirler. Etiyolojisi bilinmemektedir; ancak hastalıkla ilişkili olabileceği düşünülen artmış HLA B5 ve B51 prevalansı immünojenik bir temeli düşündürür.

Klinik olarak oral lezyonlar RAS'dakilerden farksızdır. Travma alanlarında oluşurlar, inatçı ve yavaş iyileşirler. Sıklıkla aynı yerde tekrar edip aylarca kalabilirler.

Behçet hastalığındaki lezyonların histopatolojisinde karakteristik olarak vaskülit ve tromboz gözlenir.

Laboratuvar bulguları nonspesifiktir. Sıklıkla rastlanan bulgular; immünoglobulin seviyeleri, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein değerinde artıştır. Bunlara rağmen herhangi bir patognomonik laboratuvar veya patolojik bir sonuç yoktur. Bu yüzden tanı klinik bulgulara dayanılarak konur.

Behçet hastalığı tedavisinde kortikosteroidler, dapson, kolşisin, talidomid, klorambusil, azatiyopürin ve siklosporin kullanılabilir²³.

2.3.4. Oral Mukozal Büllöz Hastalıklar

Oral mukozanın büllü hastalıklarının değerlendirilmesi önemli problemlerden birisidir. Oral kavitenin büllöz erüpsiyonları veya erozyonlar çeşitli dermatolojik hastalıklarda görülebilir. Dikkatli bir anamnez ve fizik muayene, direkt ve indirekt immünofloresan testleri içeren rutin histopatolojik inceleme gerekir²³.

2.3.4.1. Pemfigus

Pemfigus grubunda pemfigus vulgaris, pemfigus vejetans, pemfigus foliyaseus ve pemfigus eritematozus vardır. Oral tutulum pemfigus vulgariste daha sık, pemfigus vejetansta daha az sıklıkta gözlenir. Pemfigus vulgariste hastalığın herhangi bir sürecinde hastaların yaklaşık % 90'ında oral müköz membran tutulumu görülür ve % 60-70'inin de başlangıç tutulum bölgesidir.

Klinik olarak pemfigus vulgaris'in primer kutanöz lezyonu eritemli veya normal görünümlü deri üzerinde gelişen gevşek, kolayca patlayabilen büldür. Derideki büllerde Nikolski belirtisi pozitif olabilir. Ancak oral mukozadaki lezyonlar nadiren klasik bulguları gösterirler. Daha karakteristik olanı düzensiz, farklı boyutlarda, kötü sınırlı, sıklıkla nekrotik yüzeyle erozyonlardır. Eritem çok az veya hiç olmayabilir. Kutanöz lezyonlarda olduğu gibi nadiren skarlaşma olur.

Pemfigus vejetans'ta oral lezyonlar benzerdir. Pemfigus foliyaseus ve pemfigus eritematozus'ta oral kavite lezyonları nispeten nadirdir.

Perilezyonel mukozadan alınan biopside eozinofilik spongiozun da görüldüğü minimal enflamatuar bir reaksiyon ile karakteristik suprabazal akantolizis gözlenir. Akantoliz sonucu suprabazal unilokiler bül gelişir. Perilezyonel dokunun direkt immünofloresan değerlendirilmesinde mukozanın interselüler maddesinde diffüz immünoglobulin G ve diğer immünoglobulinler ile kompleman 3 depozitleri görülür. Oral pemfigus vulgaris olan hastaların hemen hemen % 90'ında direkt immünofloresan çalışmaları pozitifdir.

Serumda indirekt immünofloresan testler ile interselüler ara maddeye karşı oluşan Ig G tipi antikorlar pemfigus vulgaris hastalıklarının % 90'ında gösterilebilir. Antikor seviyesi hastalığın aktivitesi ile doğru orantılı bulunmuştur.

Pemfigus oral lezyonlarının tedavisinde sistemik yaklaşmak gerekir²³.

2.3.4.2. Pemfigoid

Pemfigoid grubu büllöz hastalıkları; büllöz pemfigoid, sikatrisyel pemfigoid ve lokalize pemfigoid oluşturur. Bunların her birinde oral lezyon görülebilir. Büllöz pemfigoidde yaklaşık % 40 hastada oral lezyon görülebilir. Mayo kliniği serisinde sikatrisyel pemfigoid olan 142 hastanın % 88'inde oral kavite lezyonları tespit edilmiştir.

Büllöz pemfigoidde oral büller çabuk rüptüre olup ve skar bırakmadan iyileştikleri için klinik olarak nadiren görülürler. Yüzeyel erozyonlar gözlenir ve tutulum özafagusu da içine alabilir. Sikatrisyel pemfigoidde de yine sağlam bülden ziyade eritem ile çevrili ülserasyon ve erozyonlar daha sıktır. Bu lezyonlar oral kaviteyi aşarak farenks, larenks ve özofageal müköz membranları içine alabilir. Skar oluşumu sikatrisyel pemfigoidin tek özelliğidir ve genellikle oral kavitenin arka kısmını tutar fakat ön kısma da yayılır.

Oral mukozadan alınan biopside tipik enflamatuar subepidermal bül görülebilir fakat non spesifik enflamasyon ve ülserasyon da sıklıkla görülebilir. Perilezyonel dokunun direkt immüno Floresan incelemesinde Ig'ler (genellikle Ig G veya Ig A) veya kompleman komponentlerinin veya her ikisinin bazal membran boyunca lineer dizilimi gözlenir. Bu karakteristik bulgu oral pemfigoidli hastaların % 80'inde görülür.

Büllöz pemfigoid hastalarında dolaşan antikorları gösteren indirekt immüno Floresan testler sıklıkla pozitifdir (% 70) ancak sikatrisyel pemfigoidde sık rastlanmaz (< %10).

Büllöz pemfigoidin oral lezyonlarında tedavi pemfigus vulgarisinkine benzer, deri ve mukoza tutulumu olan büllöz pemfigoidde sistemik kortikosteroidler standart tedavidir²³.

2.3.4.3. Eritema Multiforme (EM)

EM, sıklıkla alerjik bir reaksiyona karşı gelişen kronik mukokutanöz enflamatuar bir hastalıktır. Fakat sıklıkla başlatıcı ajan veya faktör tespit edilemez, genelde çocuklar ve genç erişkinlerde gözlenir. Hastalarda tipik vezikülobüllöz target lezyonlar hem deri hem de oral kavitede gözlenir. Oral kavitedeki lezyonlar sıklıkla diffüz oral eritem ve

düzensiz ülserasyonlar bırakarak rüptüre olurlar. Erozyonlar lokalize olabilir veya oral mukoza ve dudakların büyük bölümünü kapsayabilir. Aşırı derecede ağrılı olabilirler.

EM'nin etyolojisinde deri ve oral mukoza küçük damarlarında immün kompleks vaskülitinin olduğu düşünülür. Antijen–antikor ilişkisine bağlı yiyecek veya ilaç alerjisi (barbituratlar, fenilbutazon, penisilin ve salisilat), mikroorganizmalara karşı reaksiyon (Herpes simpleks, mikoplazma), sistemik hastalıklar (Crohn hastalığı, ülseratif kolit) ve neoplazmlar (lenfoma) düşünülmektedir. Yine de çoğu vakada başlatıcı faktör tespit edilemez. Erken lezyonlarda lamina propriada perivasküler mononükleer bir infiltrat görülebilir. Ödem ve vasküler dilatasyon ayrıca gözlenebilir. Daha sonra ödem ve inflamatuvar hücrelerin invazyonu sonucu epitelyal hasar oluşabilir. oral mukozadan alınan direk immüno Floresan incelemede nonspesifik vasküler ve epitelyal hasar gözlenir. Tedavide diğer büllü hastalıklardaki gibi lokal tedavi ve tetikleyici faktörlerin ortadan kaldırılması yer alır²³.

2.3.4.4. Dermatitis Herpetiformis (DH)

DH sıklıkla vücudun ekstensör yüzeylerini tutan çok kaşıntılı, kronik, papüloveziküler erüpsiyondur. Başlangıcı herhangi bir yaşta olabilir fakat sıklıkla yaşamın 3. ve 4. dekadlarında gözlenir. Çoğu hastalarda asemptomatik olabilen glutene duyarlı enteropati ile ilişki vardır. DH'de oral lezyonlar sık değildir ancak bulunduğu zaman çoğunlukla bukkal mukozada yerleşir. oral lezyonlar eritematöz, psödoveziküler, purpurik veya eroziv tip olarak sınıflandırılabilir. Hastalar sıklıkla bu lezyonlarda ağrılı yanma hissinden şikâyetçidirler. Bu alanlardan yapılan histolojik değerlendirme deri lezyonlarındakine benzer ve direkt immüno Floresan incelemesinde lamina proprianın papillalarında Ig A depolaması gözlenir. Bir çalışmada oral lezyonlar aktif DH'li hastaların % 70'inden fazlasında tespit edilmiştir. Bu sonucu destekleyen çok az literatür vardır. Tedavide glutenden fakir diyet ve sülfonlar yer alır²³.

2.3.5. Papülo-Skuamöz Hastalıklar

2.3.5.1. Liken Planus

Liken planus, karakteristik poligonal viyole rengine kaşıntılı papüllerle karakterize inflamatuvar bir dermatozdur. Müköz membran lezyonları vakaların yaklaşık

yarısında gözlenir ve klinik görüntülerine göre şu şekilde sınıflandırılır; retiküler tip, papüler tip, plak tipi, atrofik tip, ülseratif veya erozif tip, büllöz tip.

En sık tutulan bölge yanak mukozasıdır ancak lezyonlar dilde, diş etlerinde damakta, dudaklarda hatta diğer mukozal yüzeylerde de gözlenebilir. Liken planusun oral lezyonları sıklıkla asemptomatiktir ancak bazen hastalar hafif bir pürüzlülük hissederler. Atrofik ve ülseratif tiplerde ağrı veya yanma hissi ile birlikte olabilir.

Histolojik değerlendirme sonuçları kutanöz liken planustaki bulgulara benzerler. Tipik olarak akantoz ile birlikte hafif hiperkeratoz, bazal hücrelerin likefaksiyon dejenerasyonu ve band tipi lenfositik infiltrasyon gözlenir. Civatte body görülebilir.

Çoğu lezyon asemptomatik olmasına rağmen atrofik veya ülseratif lezyonlar şiddetli ağrı ve rahatsızlığa sebep olduğu için tedavi gerektirir. Topikal kortikosteroid veya retinoik asit preparatları, topikal siklosporinler kadar faydalı olabilir. Bazen intralezyonel veya sistemik kortikosteroidler gerekebilir²³.

2.3.5.2. Psöriyazis

Sık bir dermatoz olmasına rağmen psöriyaziste oral lezyonlar nisbeten nadirdir. Klinik seyir kutanöz lezyonlar ile paralel olabilir. Alevlenme ve remisyonlarla seyreder. Genellikle lezyonlar sınırları belirgin, deriden kabarık, anüler sarı beyaz plaklar şeklinde gözlenir. Tutulum sıklıkla dildedir; ancak lezyonlar dudaklar, yanak mukozası ve diş etlerinde de gözlenmektedir. oral lezyonlar sıklıkla asemptomatiktir ancak hastalar yanma hissinden şikayetçi olabilirler. Coğrafik dil, dile sınırlı püstüler psöriyazisin bir formu olabilir.

Histolojik değerlendirmede kutanöz lezyonlardakine benzer mikroskopik özellikler gözlenebilir. Mukozal biyopsi örneklerinde parakeratoz, düzenli akantoz, mikroapseler ve bağ dokusu papillalarında dilate kapiller damarlar görülebilir²³.

2.3.5.3. Pitriyazis Rubra Pilaris (PRP)

PRP, foliküler papüller, korunmuş adacıklarla birlikte sarı pembe kepekli plaklar ve palmoplantar keratoderma ile karakterize, sık görülmeyen kronik bir deri hastalığıdır.

Etyolojisi belli değildir. Oral lezyonlar nadirdir ancak, diffüz retiküler bir pattern ile beyazımsı plaklar veya oral liken planusa benzeyen çok daha farklı beyazımsı papüller şeklinde görülebilir²³

2.3.5.4. Pitriyazis Rozea

Pitriyazis rozea sıklıkla gövde, boyun ve ekstremitelerin oval, papüloskuamöz lezyonları ile karakterize, kendi kendini sınırlayan akut enflamatuvar bir hastalıktır. Oral lezyonlar daha önce rapor edilenden daha sık olasılıkla görülmektedir. Bununla birlikte pitriyazis rozea hastaları incelenirken oral kavite muayenesi sıklıkla gözden kaçırılır. Bir çalışmada oral lezyonu olan tüm hastaların yanak mukozalarında yamalar tespit edilmiştir²⁶. Tipik olarak lezyonlar birden çok, eritematöz, maküler lezyonlar şeklinde ve bazen de punktate hemoraji ile birlikte görülür. Bu lezyonlar genellikle asemptomatiktir ve kutanöz lezyonlarla birlikte iyileşir²³.

3. MATERYAL ve METOD

Bu çalışma Ocak 2007 ile Nisan 2007 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran 3-89 arasındaki yaş grubu ve her iki cinsiyetteki 3000 hasta ve kontrol grubu olarak Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ve polikliniğimize başvuran hastaların refakatçilerinden dermatolojik hiçbir yakınması olmayan, yaş ve cinsiyet özelliği çalışma grubuna benzeyen 3000 sağlıklı birey üzerinde gerçekleştirildi.

Polikliniğe başvuran hastaların adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, başvuru esnasındaki dermatolojik yakınması, tam bir dermatolojik muayenesi ve oral mukoza muayenesi yapılarak sonuçları kaydedildi. Kontrol grubu için tam bir dermatolojik ve oral mukoza muayenesi yapılarak hiçbir dermatolojik bulgusu olmayan bireylerin adı soyadı, yaşı ve cinsiyeti ile birlikte oral mukoza bulguları kaydedildi. Çalışmamızda dental bulguların analizi amaçlanmadığından, gingival mukoza çalışma kapsamına alınmadı. Lezyonların karakteri ve tipik klinik görünümleri nedeniyle herhangi bir şüphe duyulmadığından oral mukoza lezyonlarının tanısı tek hekim tarafından biyopsiye gerek kalmadan konuldu.

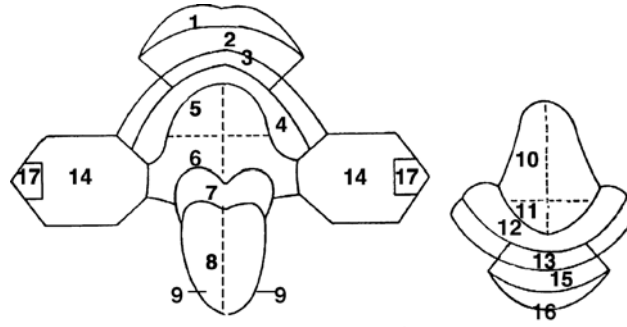
Çalışmaya alınan tüm bireylerdeki oral mukoza lezyonları; sublingual varis, coated tongue, coğrafik dil, coğrafik+skrotal dil, skrotal dil, Fordyce lekeleri, kıllı dil, erozyon ve bül, kandidiyazis, oral aft, oral liken planus, bu başlıklar dışında kalan lezyonları diğer oral mukoza bulguları ve ayrıca normal oral mukoza başlıkları altında sınıflandırıldı.

Dermatoloji kliniğine başvuran hastaların hastalıkları 16 başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar ve alt grupları Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Dermatoloji kliniğine başvuran hastaların hastalık grup ve alt grupları.

Hastalık Grupları	Hastalık Alt Grupları
Akneiform Erüpsiyon	Akne vulgaris
	Akne rozasea
Atopi	Atopik dermatit
	Astım
	Alerjik rinit
Behçet Sendromu	
Büllü Hastalıklar	Pemfigus vulgaris
	Büllöz pemfigoid
	Dermatitis herpetiformis
	Eritema multiforme
Deri Enfeksiyon Hastalıkları	Mantar hastalıkları
	Bakteriyel, viral ve paraziter deri hastalıkları
Dudak ve Ağız Boşluğu Hastalıkları	Oral mukozada aft
	Lenfanjiom
	Kandida
	Keilit
	Coğrafik dil
	Fokal epitelyal hiperplazi
	Glossit
	Mukosel
Egzemalar	İrritan kontakt dermatit
	Alerjik kontakt dermatit
	Dizhidrotik egzema
	Numuler egzema
Kserozis kutis	
Liken Planus ve Likenoid Hastalıklar	Liken planus
	Liken spinulozus
	Liken tırnağı
	Liken pilanopilaris
	Likenoid erüpsiyon
Pitriyazis kapitis	Pitriyazis kapitis simplex
	Pitriyazis amiantase
Pruritus, Prurigo ve Psikiyatrik Hastalıklar	Pruritus
	Prurigo
	Nörodermatit
Psöriyazis ve Benzeri Dermatozlar	Psöriyazis vulgaris
	Eritrodermik psöriyazis
	Püstüler psöriyazis
	Psöriyazis tırnağı
	Guttat psöriyazis
	Eritrodermi
	İmpetigo herpetiformis
	Pitriyazis rubra pilaris
Seboreik Dermatit	
Ürtiker + Anjioödem	Akut ürtiker
	Anjioödem
	Soğuk ürtikeri
	Basınç ürtikeri
	Kontakt ürtiker
	Kronik ürtiker
	Papüler ürtiker
	Akuajenik ürtiker
Diğer Deri Hastalıkları	

Çalışmamızda oral mukoza lezyonlarının yerleşim yerlerini saptamada Bessa ve arkadaşlarının çalışmasından alınan diyagram kullanıldı (Şekil 3.1)⁴.



Şekil 3.1. Oral Mukozanın Klinik Muayene Düzeni. 1: üst dudak (vermilyon); 2: üst labial mukoza; 3: üst alveolar mukoza; 4: üst gingival/alveolar kabartı; 5: sert damak; 6: yumuşak damak; 7: orofarenks; 8: dil sırtı; 9: dilin lateral kısımları; 10: dilin ventral yüzü; 11: ağız tabanı; 12: alt gingival alveolar kabartı; 13: alt alveolar mukoza; 14: sağ ve sol bukkal mukoza; 15: alt labial mukoza; 16: alt dudak (vermilyon); 17: dudak komissürleri

Araştırma sonuçlarından elde edilen datalar bilgisayara aktarılmış ve istatistiksel değerlendirme için SPSS 11.0 for Windows istatistik paket programı kullanılarak Crosstabs: Pearson Chi-Square (oranlar arasındaki fark testi) analizine tabi tutulmuştur.

4. BULGULAR

Bu çalışma 3000 sağlıklı birey (kontrol) ve 3000 dermatolojik hasta olmak üzere toplam 6000 kişi üzerinde yapılmıştır.

Çalışmada yer alan 3000 sağlıklı grup içerisinde en düşük yaş 4 ve en yüksek yaş 89 olarak belirlenmiştir. Yaşları 4-89 arasındaki kişiler 10'arlı gruplar halinde (0-10 yaş arası; 1. Grup, 10-20 arası; 2. Grup, 20-30 arası; 3. Grup, 30-40 arası; 4. Grup, 40-50 arası; 5. Grup, 50-60 arası; 6. Grup, 60-70 arası; 7. Grup, 70 ve sonrası; 8. Grup) toplam 8 gruba ayrılmış ve her yaş grubuna ait erkek ve kadın sayıları ile bunların % oranları Tablo 1'de verilmiştir. Tablo 1'e göre sağlıklı grupta toplam 1731 erkek (% 57.70) ve 1269 kadın (% 42.30) birey bulunmaktadır. Bu grupta bulunan erkeklerin yaş ortalaması 30.85 ± 18.07 , kadınların yaş ortalaması 30.18 ± 15.90 ve toplam grubun yaş ortalaması 30.46 ± 16.85 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Kontrol ve Hasta Grubunun Yaş ve Cinsiyet Dağılımı.

Yaş Grup	KONTROL				HASTA			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	153	144	297	9.9	108	109	217	7.2
2	273	372	645	21.5	295	394	689	23.0
3	299	505	804	26.8	342	587	929	31.0
4	170	269	439	14.6	180	291	471	15.7
5	155	230	385	12.8	115	204	319	10.6
6	117	122	239	8.0	96	111	207	6.9
7	82	65	147	4.9	58	56	114	3.8
8	20	24	44	1.5	31	23	54	1.8
Toplam	1269	1731	3000		1225	1775	3000	
% Dağılım	42.3	57.7			40.8	59.2		
Min. Yaş	4	4	4		3	3	3	
Mak. Yaş	86	89	89		86	89	89	
Yaş Ortalama	30.85 ± 18.07	30.18 ± 15.90	30.46 ± 16.85		29.58 ± 16.90	29.45 ± 14.84	29.51 ± 15.70	

Çalışmada yer alan 3000 hasta grubu içerisinde en düşük yaş 3 ve en yüksek yaş 89 olarak belirlenmiştir. Bu grup içerisinde yaşları 3-89 arasında değişen kişiler sağlıklı birey grubunda olduğu gibi 10'arlı gruplar halinde toplam 8 gruba ayrılmış ve her yaş grubuna ait erkek ve kadın sayıları ile bunların % miktarları Tablo 4.1'de verilmiştir. Tablo 4.1'e göre hasta grupta toplam 1225 erkek (% 40.80) ve 1775 kadın (% 59.20)

hasta bulunmaktadır. Bu grupta bulunan erkeklerin yaş ortalaması 29.58 ± 16.90 , kadınların yaş ortalaması 29.45 ± 14.84 ve toplam grubun yaş ortalaması 29.51 ± 15.70 olarak belirlenmiştir.

4.1. Kontrol Grubunda Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı

Sağlıklı bireyler (kontrol) üzerinde yapılan oral mukozal bulgu dağılımının, yaş gruplarına ve cinsiyete göre sayıları ve bunların % değerleri, yine bu gruba ait oral mukozal bulgu dağılımının, yaş grupları ve cinsiyete göre Chi-Kare test değerleri Tablo 4.1.1’de verilmiştir.

Sublingual varis (SUB), Tablo 4.1.1’e göre kontrol grup içerisinde erkeklerde 32 (% 2.52), kadınlarda 36 (% 2.07) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 68 (% 2.27) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde sublingual varis ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Pearson Chi-Square, X^2 : 16.015, $p < 0.05$). Kontrol grubunda 40 yaş sonrası bireylerde sublingual varisin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 60’lı yaşlarda (20 birey, % 0.67) tespit edilmiştir. Sublingual varis ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır.

Coated tongue (COA), kontrol grup içerisinde erkeklerde 26 (% 2.04), kadınlarda 35 (% 2.02) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 61 (% 2.03) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde coated tongue ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda 20-50 yaş aralığındaki bireylerde coated tongue yaygın olarak gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20’li yaşlarda (17 birey, % 0.57) tespit edilmiştir. Coated tongue ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

Coğrafik dil (COG), kontrol grup içerisinde erkeklerde 44 (% 3.46), kadınlarda 55 (% 3.17) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 99 (% 3.30) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde coğrafik dil ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda 0-30 yaş aralığındaki bireylerde coğrafik dil yaygın olarak gözlenmiş ve en yüksek dağılım 10’lu yaşlarda (30 birey, % 1.00) tespit edilmiştir. Coğrafik dil ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Kontrol Grubunda Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Bağlı Olarak Belirlenen Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı

Yaş Grup	Sublingual Varis (SUB)				Coated Tongue (COA)				Coğrafik Dil (COG)				Coğrafik+Skrotal Dil (COGSK)			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	0	0	0	0.00	0	1	1	0.03	6	16	22	0.73	13	16	29	0.97
2	0	1	1	0.03	3	3	6	0.20	11	19	30	1.00	15	23	38	1.27
3	1	2	3	0.10	6	11	17	0.57	10	8	18	0.60	15	31	46	1.53
4	3	3	6	0.20	5	4	9	0.30	8	7	15	0.50	9	20	29	0.97
5	9	8	17	0.57	4	9	13	0.43	5	1	6	0.20	7	11	18	0.60
6	11	7	18	0.60	1	2	3	0.10	3	3	6	0.20	4	5	9	0.30
7	6	14	20	0.67	4	1	5	0.17	1	0	1	0.03	4	3	7	0.23
8	2	1	3	0.10	3	4	7	0.23	0	1	1	0.03	0	0	0	0.00
Toplam	32	36	68		26	35	61		44	55	99		67	109	176	
% Dağ.	2.52	2.07	2.27		2.04	2.02	2.03		3.46	3.17	3.30		5.27	6.29	5.87	
Yaş Grubuna Göre																
*X ²	12.41	5.845	16.015		6.649	11.99	9.703		3.413	13.73	11.828		6.947	4.456	9.969	
p	0.088	0.558	0.035		0.466	0.101	0.21		0.844	0.056	0.11		0.434	0.726	0.19	
Cinsiyete Göre Chi-Kare				*X ²				0.003				0.193				1.372
				p				0.422				0.661				0.241

Yaş Grup	Skrotal Dil (SK)				Fordyce Lekeleri (FOR)				Kıllı Dil (KIL)				Normal Oral Mukoza (N)			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	10	8	18	0.60	2	2	4	0.13	0	0	0	0.00	108	96	204	6.80
2	25	20	45	1.50	5	9	14	0.47	1	1	2	0.07	187	257	444	14.80
3	25	40	65	2.17	9	8	17	0.57	9	13	22	0.73	209	366	575	19.17
4	22	34	56	1.87	8	7	15	0.50	14	19	33	1.10	112	189	301	10.03
5	20	34	54	1.80	4	6	10	0.33	8	9	17	0.57	102	139	241	8.03
6	21	26	47	1.57	8	3	11	0.37	5	11	16	0.53	86	88	174	5.80
7	11	29	40	1.33	2	2	4	0.13	5	2	7	0.23	51	41	92	3.07
8	13	18	31	1.03	1	0	1	0.03	5	6	11	0.37	12	13	25	0.83
Toplam	147	209	356		39	37	76		47	61	108		867	1189	2056	
% Dağ.	11.58	12.07	11.87		3.07	2.13	2.53		3.70	3.52	3.60		68.32	68.68	68.53	
Yaş Grubuna Göre																
*X ²	6.077	7.296	7.357		10.59	2.647	8.18		4.305	35.11	23.8		5.146	15.24	16.874	
p	0.531	0.399	0.391		0.157	0.916	0.321		0.744	0.001	0.002		0.642	0.033	0.021	
Cinsiyete Göre Chi-Kare				*X ²				2.597				0.068				0.046
				p				0.107				0.794				0.083

Coğrafik+skrotal dil (COGSK), kontrol grubu içerisinde erkeklerde 67 (% 5.27), kadınlarda 109 (% 6.29) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 176 (% 5.87) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde coğrafik+skrotal dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda 10-30 yaş aralığındaki bireylerde coğrafik+skrotal dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (46 birey, % 1.53) tespit edilmiştir. Coğrafik+skrotal dil ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

Skrotal dil (SK), kontrol grup içerisinde erkeklerde 147 (% 11.58), kadınlarda 209 (% 12.07) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 356 (% 11.87) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde skrotal dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda 20-50 yaş aralığındaki bireylerde skrotal dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (65 birey, % 2.17) tespit edilmiştir. Skrotal dil ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

Fordyce lekeleri (FOR), kontrol grup içerisinde erkeklerde 39 (% 3.07), kadınlarda 37 (% 2.13) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 76 (% 2,53) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde Fordyce lekeleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunda 20-60 yaş aralığındaki bireylerde Fordyce lekeleri yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (17 birey, % 0.57) tespit edilmiştir. Fordyce lekeleri ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

Kıllı dil (KIL), kontrol grup içerisinde erkeklerde 47 (% 3.70), kadınlarda 61 (% 3.52) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 108 (% 3.60) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde kıllı dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 23.80, $p<0.01$). Kontrol grubunda 20-40 yaş aralığındaki bireylerde kıllı dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 30'lu yaşlarda (33 birey, % 1.10) tespit edilmiştir. Kıllı dil ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

Normal oral mukoza (N), kontrol grup içerisinde erkeklerde 867 (% 68.32), kadınlarda 1189 (% 68.68) bireyde görülürken, tüm kontrol grubu içerisinde 2056 (% 68.53) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde normal oral mukoza ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 16.874, $p<0.05$). Kontrol grubunda 10-40 yaş aralığındaki bireylerde normal oral mukoza yaygın olarak gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (575 birey, % 19.17) tespit edilmiştir. Normal oral mukoza ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1.1).

4.2. Hasta Grupta Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı

Hasta bireyler üzerinde yapılan oral mukozal bulgu dağılımının, yaş gruplarına ve cinsiyete göre sayıları ve bunların % değerleri, yine bu gruba ait oral mukozal bulgu dağılımının, yaş grupları ve cinsiyete göre Chi-Kare test değerleri Tablo 4.2.1'de verilmiştir.

Sublingual varis (SUB), Tablo 4.2.1'e göre hasta grup içerisinde erkeklerde 22 (% 1.79), kadınlarda 14 (% 0.78) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 36 (% 1.20) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde sublingual varis ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 157.15, $p<0.01$). Hasta grupta 50 yaş sonrası bireylerde sublingual varisin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 60'lı yaşlarda (12 birey, % 0.40) tespit edilmiştir. Sublingual varis ile cinsiyet arasında da istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 6.201, $p<0.05$).

Coated tongue (COA), hasta grup içerisinde erkeklerde 17 (% 1.38), kadınlarda 15 (% 0.84) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 32 (% 1.07) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde COA ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 16.60, $p<0.05$). Hasta grubunda 10-20 ve 40-50 yaş aralığındaki bireylerde coated tongue yaygın olarak gözlenmiş ve bu yaşlardaki dağılım % 0.27 (8 birey) tespit edilmiştir. Coated tongue ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Hasta Grubunda Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Bağlı Olarak Belirlenen Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı

Yaş Grup	Sublingual Varis (SUB)				Coated Tongue (COA)				Coğrafik Dil (COG)				Coğrafik+Skrotal Dil (COGSK)			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	1	0	1	0.03	0	0	0	0.00	13	13	26	0.87	3	2	5	0.17
2	0	1	1	0.03	3	5	8	0.27	5	14	19	0.63	7	18	25	0.83
3	0	0	0	0.00	3	1	4	0.13	15	20	35	1.17	16	33	49	1.63
4	0	0	0	0.00	1	4	5	0.17	4	4	8	0.27	7	17	24	0.80
5	4	5	9	0.30	4	4	8	0.27	1	4	5	0.17	4	11	15	0.50
6	6	2	8	0.27	2	1	3	0.10	3	3	6	0.20	1	4	5	0.17
7	8	4	12	0.40	2	0	2	0.07	1	1	2	0.07	2	3	5	0.17
8	3	2	5	0.17	2	0	2	0.07	1	2	3	0.10	1	0	1	0.03
Toplam	22	14	36		17	15	32		43	61	104		41	88	129	
% Dağ.	1.79	0.78	1.20		1.38	0.84	1.07		3.51	3.43	3.47		3.34	4.95	4.30	
Yaş Grubuna Göre																
*X²	86.30	65.21	157.15		15.00	9.65	16.60		30.67	31.32	58.40		4.60	5.15	8.42	
p	0.001	0.001	0.001		0.036	0.21	0.021		0.001	0.001	0.001		0.709	0.642	0.301	
Cinsiyete Göre Chi-Kare			*X²	6.201				2.02				0.01				4.57
			p	0.013				0.155				0.914				0.033

Yaş Grup	Skrotal Dil (SK)				Fordyce Lekeleri (FOR)				Kılıklı Dil (KIL)				Normal Oral Mukoza (N)			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	8	6	14	0.47	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	76	81	157	5.23
2	54	53	107	3.57	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	217	292	509	16.97
3	64	93	157	5.23	1	1	2	0.07	1	1	2	0.07	228	421	649	21.63
4	52	73	125	4.17	2	0	2	0.07	1	0	1	0.03	103	179	282	9.40
5	40	63	103	3.43	0	1	1	0.03	3	0	3	0.10	54	110	164	5.47
6	32	53	85	2.83	0	0	0	0.00	1	0	1	0.03	49	45	94	3.13
7	33	21	54	1.80	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	17	26	43	1.43
8	13	8	21	0.70	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	11	11	22	0.73
Toplam	296	370	666		3	2	5		6	1	7		755	1165	1920	
% Dağ.	24.16	20.84	22.20		0.24	0.11	0.17		0.48	0.05	0.23		61.63	65.63	64.00	
Yaş Grubuna Göre																
*X²	80.55	113.93	181.11		7.29	3.87	4.57		13.90	2.03	9.94		76.00	83.81	152.90	
p	0.001	0.001	0.001		0.401	0.795	0.711		0.053	0.958	0.191		0.001	0.001	0.001	
Cinsiyete Göre Chi-Kare			*X²	4.62				0.76				5.85				5.04
			p	0.032				0.383				0.016				0.025

Coğrafik dil (COG), hasta grup içerisinde erkeklerde 43 (% 3.51), kadınlarda 61 (% 3.43) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 104 (% 3.47) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde coğrafik dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 58.40, $p<0.01$). Hasta grubunda 10-30 yaş aralığındaki bireylerde coğrafik dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (35 birey, % 1.17) tespit edilmiştir. Coğrafik dil ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.1).

Coğrafik+skrotal dil (COGSK), hasta grubu içerisinde erkeklerde 41 (% 3.34), kadınlarda 88 (% 4.95) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 129 (% 4.30) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde coğrafik+skrotal dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hasta grubunda 10-30 yaş aralığındaki bireylerde coğrafik+skrotal dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (49 birey, % 1.63) tespit edilmiştir. Coğrafik+skrotal dil ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 4.57, $p<0.05$) (Tablo 4.2.1).

Skrotal dil (SK), hasta grup içerisinde erkeklerde 296 (% 24.16), kadınlarda 370 (% 20.84) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 666 (% 22.20) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde skrotal dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 181.11, $p<0.01$). Hasta grubunda 20-40 yaş aralığındaki bireylerde skrotal dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (157 birey, % 5.23) tespit edilmiştir. Skrotal dil ile cinsiyet arasında da istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 4.62, $p<0.05$) (Tablo 4.2.1).

Fordyce lekeleri (FOR), hasta grup içerisinde erkeklerde 3 (% 0.24), kadınlarda 2 (% 0.11) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 5 (% 0.17) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde FOR ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hasta grubunda 20-40 yaş aralığındaki bireylerde Fordyce lekeleri yaygın olarak gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (2 birey, % 0.07) tespit edilmiştir. Fordyce lekeleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.1).

Kıllı dil (KIL), hasta grup içerisinde erkeklerde 6 (% 0.48), kadınlarda 1 (% 0.05) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 7 (% 0.23) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde kıllı dil ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır. Hasta grubunda 40-50 yaş aralığındaki bireylerde kıllı dilin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 40'lı yaşlarda (3 birey, % 0.10) tespit edilmiştir. Kıllı dil ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 5.85, $p<0.05$) (Tablo 4.2.1).

Normal oral mukoza (N), hasta grup içerisinde erkeklerde 755 (% 61.63), kadınlarda 1165 (% 65.63) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 1920 (% 64.00) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde normal oral mukoza ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (X^2 : 152.90, $p<0.01$). Hasta grubunda 10-30 yaş aralığındaki bireylerde normal oral mukoza yaygın olarak gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (649 birey, % 21.63) tespit edilmiştir. Normal oral mukoza ile cinsiyet arasında da istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (X^2 : 5,036, $p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Erozyon ve bül (ERB), Tablo 4.2.2'e göre hasta grup içerisinde erkeklerde 8 (% 0.65), kadınlarda 12 (% 0.67) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 20 (% 0.67) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde erozyon ve bül ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 76.153, $p<0.01$). Hasta grupta 50 yaş sonrası bireylerde erozyon ve bülün yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 70'li yaşlarda (5 birey, % 0.17) tespit edilmiştir. Erozyon ve bül ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır.

Kandidiazis (KAN), hasta grup içerisinde erkeklerde 5 (% 0.40), kadınlarda 4 (% 0.22) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 9 (% 0.30) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde kandidiazis ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 67.56, $p<0.01$). Hasta grubunda 50 yaş sonrası bireylerde kandidiazis yaygın olarak gözlenmiş ve en yüksek dağılım 60'lı yaşlarda (4 birey, % 0.13) tespit edilmiştir. Kandidiazis ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. Hasta Grubunda Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Bağlı Olarak Belirlenen Farklı Oral Mukozal Bulgular ve Görülme Sıklığı

Yaş Grup	Erozyon ve Bül (ERB)				Kandidiazis (KAN)				Oral Aft (OA)			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	1	0	1	0.03	0	0	0	0.00	0	2	2	0.07
2	0	1	1	0.03	0	0	0	0.00	9	9	18	0.60
3	1	0	1	0.03	0	0	0	0.00	14	20	34	1.13
4	0	3	3	0.10	1	0	1	0.03	14	10	24	0.80
5	1	3	4	0.13	2	0	2	0.07	8	10	18	0.60
6	0	2	2	0.07	0	0	0	0.00	3	3	6	0.20
7	2	1	3	0.10	1	3	4	0.13	1	1	2	0.07
8	3	2	5	0.17	1	1	2	0.07	1	0	1	0.03
Top. %	8	12	20		5	4	9		50	55	105	
Dağılım	0.65	0.67	0.67		0.40	0.22	0.30		4.08	3.09	3.50	
Yaş Grubuna Göre												
* X ²	50.54	33.40	76.15		17.08	86.80	67.56		15.21	5.07	15.52	
p	0.001	0.001	0.001		0.017	0.001	0.001		0.033	0.651	0.031	
Cinsiyete Göre			* X ²	0.01				0.81				2.07
			p	0.939				0.368				0.151

Yaş Grup	Oral Liken Planus (OLP)				Diğer Oral Mukozal Bulgular (DOM)			
	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	0	0	0	0.00	7	5	12	0.40
2	1	0	1	0.03	3	2	5	0.17
3	1	1	2	0.07	2	3	5	0.17
4	2	2	4	0.13	0	1	1	0.03
5	1	1	2	0.07	1	2	3	0.10
6	2	2	4	0.13	1	4	5	0.17
7	1	0	1	0.03	4	4	8	0.27
8	0	0	0	0.00	3	2	5	0.17
Toplam	8	6	14		21	23	44	
% Dağ.	0.65	0.33	0.47		1.71	1.29	1.47	
Yaş Grubuna Göre								
* X ²	6.77	10.72	15.71		42.80	45.68	86.98	
p	0.454	0.151	0.031		0.001	0.001	0.001	
Cinsiyete Göre			* X ²	1.55				0.88
			p	0.213				0.35

Oral aft (OA), hasta grup içerisinde erkeklerde 50 (% 4.08), kadınlarda 55 (% 3.09) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 105 (% 3.50) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde oral aft ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 15.519, $p<0.05$). Hasta grubunda 20-40 yaş aralığındaki bireylerde oral aftın yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 20'li yaşlarda (34 birey, % 1.13) tespit edilmiştir. Oral aft ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.2).

Oral liken planus (OLP), hasta grubu içerisinde erkeklerde 8 (% 0.65), kadınlarda 6 (% 0.33) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 14 (% 0.47) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde oral liken planus ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 15.71, $p<0.05$). Hasta grubunda 30-60 yaş aralığındaki bireylerde oral liken planus'un yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 50'li yaşlarda (4 birey, % 0.13) tespit edilmiştir. Oral liken planus ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.2).

Diğer oral mukozal bulgular, hasta grup içerisinde erkeklerde 21 (% 1.71), kadınlarda 23 (% 1.29) bireyde görülürken, tüm hasta grubu içerisinde 44 (% 1.47) bireyde gözlenmiştir. Bu grup içerisinde diğer oral mukozal bulgular ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2 : 86.976, $p<0.01$). Hasta grubunun tüm yaş gruplarında diğer oral mukozal bulguların yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 10'lu yaşlarda (12 birey, % 0.40) tespit edilmiştir. Diğer oral mukozal bulgular ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.2.2).

4.3. Hasta Grubunda Hastalıklarla Oral Mukoza Bulguları

Hasta bireyler içerisinde hastalık grupları ile oral mukozal bulguların, yaş gruplarına ve cinsiyete göre sayıları ve bunların % değerleri, yine bu gruba ait oral mukozal bulguların, yaş grupları ve cinsiyete göre Chi-Kare test değerleri Tablo 4.3.1'de verilmiştir. Her hastalık grubunda en sık görülen oral mukozal bulguların cinsiyete göre sayıları ve bunların % oranları ile Chi-Kare Test değerleri de aynı tabloda yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Hasta bireyler içerisinde hastalık gruplarının yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı, % değerleri ile yaygın olarak görülen oral mukozal bulgularının sayısı, % değeri ve Chi-Kare Test değerleri.

	Akneiform Erüpsiyon				Atopi				Behçet Sendromu				Büllü Hastalıklar						
Yaş Grup	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım			
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan					
1	0	2	2	0.07	10	7	17	0.57	0	0	0	0.00	1	2	3	0.10			
2	90	130	220	7.33	16	10	26	0.87	2	3	5	0.17	2	1	3	0.10			
3	90	180	270	9.00	11	15	26	0.87	6	10	16	0.53	1	1	2	0.07			
4	13	27	40	1.33	4	10	14	0.47	8	10	18	0.60	2	5	7	0.23			
5	1	3	4	0.13	0	7	7	0.23	3	5	8	0.27	1	5	6	0.20			
6	1	2	3	0.10	0	0	0	0.00	1	2	3	0.10	2	6	8	0.27			
7	2	1	3	0.10	0	0	0	0.00	0	1	1	0.03	2	2	4	0.13			
8	1	0	1	0.03	3	2	5	0.17	0	0	0	0.00	3	2	5	0.17			
Toplam	198	345	543		44	51	95		20	31	51		14	24	38				
% Dağ.	16.16	19.43	18.10		3.59	2.87	3.17		1.63	1.74	1.70		1.14	1.35	1.27				
Yaş Grubuna Göre																			
*X ²	149.05	215.04	364.55		27.328	13.58	34.73		14.72	15.52	23.07		26.34	37.07	56.52				
P	0.001	0.001	0.001		0.001	0.059	0.001		0.04	0.188	0.002		0.001	0.001	0.001				
Cinsiyete Göre			*X ² 5.23 P 0.022		Cinsiyete Göre			*X ² 1.221 P 0.269	Cinsiyete Göre			*X ² 0.056 P 0.813		Cinsiyete Göre			*X ² 0.254 P 0.614		
	Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu						
	N	SK	COG	COGSK	N	SK	COG	COGSK	OA	N	SK		ERB	SK	N	KAN			
Erkek	137	50	7	2	21	10	6	7	14	4	7		8	5	2	1			
Bayan	255	55	12	18	22	14	3	12	17	9	5		11	6	5	2			
Toplam	392	105	19	20	43	24	9	19	31	13	12		19	11	7	3			
% Dağ.	13.07	3.50	0.63	0.67	1.43	0.80	0.30	0.63	1.03	0.43	0.40		0.63	0.37	0.23	0.10			
*X ²	19.301				14.94		10.57	58.76	504.07	33.39			1414.4		34.7	74.22			
P	0.001				0.001		0.001	0.001	0.001	0.001			0.001		0.001	0.001			

Tablo 4.3.1'in Devamı

	Deri Enfeksiyon Hast.				Dudak ve Ağız Boşluğu Hast.				Egzemalar				Kserozis						
Yaş Grup	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%	Cinsiyet		Toplam	%			
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan					
1	34	24	58	1.93	4	1	5	0.17	15	13	28	0.93	12	10	22	0.73			
2	75	72	147	4.90	10	8	18	0.60	20	37	57	1.90	10	30	40	1.33			
3	96	96	192	6.40	12	23	35	1.17	23	62	85	2.83	5	39	44	1.47			
4	56	66	122	4.07	10	7	17	0.57	22	42	64	2.13	7	21	28	0.93			
5	47	53	100	3.33	8	10	18	0.60	12	24	36	1.20	4	30	34	1.13			
6	29	30	59	1.97	2	0	2	0.07	14	17	31	1.03	5	16	21	0.70			
7	23	15	38	1.27	1	1	2	0.07	5	9	14	0.47	5	4	9	0.30			
8	3	7	10	0.33	2	0	2	0.07	2	3	5	0.17	3	5	8	0.27			
Toplam	363	363	726		49	50	99		113	207	320		51	155	206				
% Dağ.	29.63	20.45	24.20		4.00	2.81	3.30		9.22	11.66	10.67		4.16	8.73	6.87				
Yaş Grubuna Göre																			
* X ²	18.96	17.83	28.01		6.46	12.44	12.37		13.198	7.37	16.33		25.44	23.38	28.23				
P	0.008	0.013	0.001		0.487	0.087	0.089		0.067	0.391	0.022		0.001	0.001	0.001				
Cinsiyete Göre			* X ²	33.31	Cinsiyete Göre			* X ²	3.170	Cinsiyete Göre			* X ²	4.51	Cinsiyete Göre			* X ²	23.66
			P	0.071				P	0.075				P	0.034				P	0.001
	Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu						
	N	SK	COG	COGSK	OA	SK	N	COGSK	N	SK	COG	COGSK	N	SK	COG	COGSK			
Erkek	109	39	8	6	31	6	4	2	61	42	2	6	30	12	3	4			
Bayan	225	62	22	7	28	6	7	6	112	65	9	15	74	50	13	15			
Toplam	334	101	30	13	59	12	11	8	173	107	11	21	104	62	16	19			
% Dağ.	11.13	3.37	1.00	0.43	1.97	0.40	0.37	0.27	5.77	3.57	0.37	0.70	3.47	2.07	0.53	0.63			
* X ²	20.01	6.66			953.84	6.021	124.29		15.35	26.19		4.45	17.53	7.98	12.22	13.02			
P	0.001	0.011			0.001	0.014	0.001		0.001	0.001		0.04	0.001	0.005	0.001	0.001			

Tablo 4.3.1'in Devamı

	Liken Planus ve Likenoid Hast.				Pitriyazis Kapitis				Pitriyazis Rozea				Pruritus, Prurigo ve Psikiyatrik Hast.			
Yaş Grup	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım	Cinsiyet		Toplam	% Dağılım
	Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan			Erkek	Bayan		
1	0	0	0	0.00	1	2	3	0.10	2	0	2	0.07	0	4	4	0.13
2	1	2	3	0.10	0	3	3	0.10	5	5	10	0.33	5	5	10	0.33
3	2	7	9	0.30	0	1	1	0.03	6	5	11	0.37	11	16	27	0.90
4	4	2	6	0.20	0	0	0	0.00	3	4	7	0.23	13	13	26	0.87
5	3	7	10	0.33	0	0	0	0.00	4	3	7	0.23	10	17	27	0.90
6	5	6	11	0.37	0	0	0	0.00	2	1	3	0.10	6	10	16	0.53
7	1	1	2	0.07	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	4	7	11	0.37
8	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	6	1	7	0.23
Toplam	16	25	41		1	6	7		22	18	40		55	73	128	
% Dağ.	1.30	1.40	1.37		0.08	0.33	0.23		1.79	1.01	1.33		4.48	4.11	4.27	
Yaş Grubuna Göre																
* X ²	19.46	24.315	40.76		10.35	12.15	16.87		3.55	3.15	4.683		37.07	37.04	60.42	
P	0.007	0.001	0.001		0.17	0.095	0.018		0.829	0.871	0.699		0.001	0.001	0.001	
Cinsiyete Göre			* X ² 0.056		Cinsiyete Göre			* X ² 2.047	Cinsiyete Göre			* X ² 3.368	Cinsiyete Göre			* X ² 0.252
			P 0.812					P 0.153				P 0.066				P 0.615
	Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu			
	N	SK	OLP						N	SK	COG		N	SK	SUB	FOR
Erkek	6	4	6						12	9	2		27	19	5	2
Bayan	9	9	5						16	2	0		52	17	1	1
Toplam	15	13	11						28	11	2		79	36	6	3
% Dağ.	0.50	0.43	0.37						0.93	0.37	0.07		2.63	1.20	0.20	0.10
* X ²	13.55		621.95												13.71	38.08
P	0.001		0.001												0.001	0.001

Tablo 4.3.1.'in Devamı

	Psöriyazis ve Benzeri Hast.				Seboreik Dermatit				Ürtiker + Anjioödem				Diğer Hastalıklar						
Yaş Grup	Cinsiyet		Toplam	%	Dağılım	Cinsiyet		Toplam	%	Dağılım	Cinsiyet		Toplam	%	Dağılım				
	Erkek	Bayan				Erkek	Bayan				Erkek	Bayan				Erkek	Bayan		
1	4	8	12	0.40		2	4	6	0.20		10	7	17	0.57		16	29	45	1.50
2	8	18	26	0.87		23	29	52	1.73		11	17	28	0.93		41	72	113	3.77
3	17	22	39	1.30		30	38	68	2.27		17	30	47	1.57		42	103	145	4.83
4	16	16	32	1.07		12	13	25	0.83		7	26	33	1.10		23	62	85	2.83
5	10	15	25	0.83		1	8	9	0.30		7	19	26	0.87		16	26	42	1.40
6	4	3	7	0.23		3	1	4	0.13		7	12	19	0.63		25	20	45	1.50
7	5	5	10	0.33		3	0	3	0.10		4	3	7	0.23		6	13	19	0.63
8	3	2	5	0.17		1	0	1	0.03		2	1	3	0.10		5	4	9	0.30
Toplam	67	89	156			75	93	168			65	115	180			174	329	503	
% Dağ.	5.46	5.01	5.20			6.12	5.23	5.60			5.30	6.47	6.00			14.20	18.53	16.77	
Yaş Grubuna Göre																			
* X ²	14.03	9.56	17.85			16.7	15.55	26.77			6.88	14.18	14.52			13.24	11.95	10.596	
P	0.051	0.215	0.013			0.019	0.031	0.001			0.441	0.048	0.043			0.066	0.102	0.157	
Cinsiyete Göre			* X ²	0.305	Cinsiyete Göre			* X ²	1.069	Cinsiyete Göre			* X ²	1.767	Cinsiyete Göre			* X ²	9.743
			P	0.581				P	0.301				P	0.184				P	0.002
	Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu				Yaygın Oral Mukozal Bulgu						
	N	SK	COG	COGSK	N	SK	COG	COGSK	N	SK			N	SK	COG	COGSK			
Erkek	26	28	6	5	39	22	6	7	45	15			261	66	7	15			
Bayan	50	21	9	10	51	27	0	13	74	33			254	70	16	9			
Toplam	76	49	15	15	90	49	6	20	119	48			515	136	23	24			
% Dağ.	2.53	1.63	0.50	0.50	3.00	1.63	0.20	0.67	3.97	1.60			17.17	4.53	0.77	0.80			
* X ²	16.68	8.08	18.59	11.29	8.4	5.001		25.01										4.06	
P	0.001	0.004	0.001	0.001	0.004	0.025		0.001										0.041	

Akneiform erüpsiyon (AE) grubunda 543 (% 18.10) bireyden 198 (% 16.16) bireyi erkek, 345 (% 19.43) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki (X^2 : 5.23, $p<0.05$) belirlenmiş olup bayanlarda daha sık gözlenmiştir. Yaş grupları ile AE arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 364.55, $p<0,01$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda AE 30-40 yaş aralığında (270 birey, % 9.0) tespit edilmiştir. AE tanısı alan bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile skrotal dil (105 birey, % 3.5), coğrafik dil (19 birey, % 0.63) ve coğrafik+skrotal dil (20 birey, 0.67) olarak tespit edilmiştir. AE ile oral mukozal bulgular arasında önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3.1).

Atopi (A) grubunda 95 (% 3.17) bireyden 44 (% 3.59) bireyi erkek, 51 (% 2.87) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile atopi arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 34.73, $p<0,01$) bulunmuştur. Bireyler arasında atopi görülme sıklığı en yüksek 20-30 yaş aralığında (26 birey, % 0.87) tespit edilmiştir. Atopi grubundaki bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırasıyla; skrotal dil (24 birey, % 0.80), coğrafik dil (9 birey, % 0.30) ve coğrafik+skrotal dil (19 birey, 0.63) olarak belirlenmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan coğrafik ve coğrafik+skrotal dil arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur (Tablo 4.3.1)

Behçet Sendromu (BS)'na sahip 51 (% 1.70) bireyden 20 (% 1.63) bireyi erkek, 31 (% 1.74) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile BS arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 34.73, $p<0.01$) bulunmuş ve en yüksek oran 30-40 yaş aralığında (18 birey, % 0.60) tespit edilmiştir. Behçet Sendromuna sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular; oral aft (31 birey, % 1.03) ve skrotal dil (12 birey, % 0.40) olarak belirlenmiş, BS ile oral aft arasında önemli ilişki (X^2 : 504.07, $p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Büllü hastalıklara (BH) sahip 38 (% 1.27) bireyden 14 (% 1.14) bireyi erkek, 24 (% 1.35) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile büllü hastalıklar arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 56.52, $p<0.01$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek oran 60-70 yaş aralığında (8 birey, % 0.27) tespit edilmiştir. Büllü hastalıklara sahip bireylerde en

sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile; erozyon ve bül (19 birey, % 0.63) ve skrotal dil (11 birey, % 0.37) ve kandidiazis (3 birey, % 0.10) olarak tespit edilmiştir. Büllü hastalıklar ile oral mukozal bulgulardan erozyon ve bül (X^2 : 1414.4) ve kandidiazis (X^2 : 34.7) arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur (Tablo 4.3.1).

Deri enfeksiyon hastalığına (DEH) sahip 726 (% 24.20) bireyden 363 (% 29.63) bireyi erkek, 363 (% 20.45) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile DEH arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 28.01, $p<0.01$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda DEH 30-40 yaş aralığında (192 birey, % 6.40) tespit edilmiştir. Deri enfeksiyon hastalığına sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil (101 birey, % 3.37), coğrafik dil (38 birey, % 1.00) ve coğrafik+skrotal dil (13 birey, % 0.43) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan skrotal dil arasında önemli ilişki (X^2 : 34.7, $p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Dudak ve ağız boşluğu hastalıklarına (DABH) sahip 99 (% 3.30) bireyden 49 (% 4.00) bireyi erkek, 50 (% 2.81) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde DABH ile cinsiyet arasında ve DABH ile yaş grupları ile arasında ilişki bulunmamıştır. Bireyler arasında en yüksek sayıda DABH 20-30 yaş aralığında (35 birey, % 1.17) tespit edilmiştir. DABH'na sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile; oral aft (59 birey, % 1.97) ve skrotal dil (12 birey, % 0.40) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgular arasında önemli ($p<0.01$) ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Egzemalar (E) grubundaki 320 (% 10.67) bireyden 113 (% 9.22) bireyi erkek, 207 (% 11.66) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki (X^2 : 4.51, $p<0.05$) bulunmuştur. Yaş grupları ile egzemalar arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 16.33, $p<0.05$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda egzema görülen grup 30-40 yaş aralığında (85 birey, % 2,83) tespit edilmiştir. Egzema hastalığına sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil (107 birey, % 3.57), coğrafik dil (11 birey, % 0.37) ve coğrafik+skrotal dil (21 birey, % 0.70) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan skrotal

dil (X^2 : 26.19) ve coğrafik+skrotal dil (X^2 : 4.45) arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Kserozis kutis (KK) hastalığına sahip 206 (% 6.87) bireyden 51 (% 4.16) bireyi erkek, 155 (% 8.73) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki (X^2 : 23.66, $p<0.01$) bulunmuştur. Yaş grupları ile kserozis kutis arasında da istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 28.23, $p<0.01$) bulunmuştur. En sık 30-40 yaş aralığında (44 birey, % 1.47) tespit edilmiştir. Kserozis kutis'e sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile skrotal dil (62 birey, % 2.07), coğrafik dil (16 birey, % 0,53) ve coğrafik+skrotal dil (16 birey, % 0.63) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan skrotal dil (X^2 : 7.98), coğrafik dil (X^2 : 12.22) ve coğrafik+skrotal dil (X^2 : 13.02) arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Liken planus ve likenoid hastalıklar (LH)'a sahip 41 (% 1.37) bireyden 16 (% 1.30) bireyi erkek, 25 (% 1.40) bireyi ise bayandır. Bu grupta LH ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile LH arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 40.76, $p<0.01$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda LH 50-60 yaş aralığında (11 birey, % 0.37) tespit edilmiştir. LH'a sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile skrotal dil (13 birey, % 0.43) ve oral liken planus (11 birey, 0.37) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan oral liken planus arasında önemli ilişki (X^2 : 13.02, $p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Pitriyazis kapitis (PK)'e sahip 7 (% 0.23) bireyden 1 (% 0.08) bireyi erkek, 6 (% 0.33) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde PK ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile PK arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 16.87, $p<0.05$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda PK 10-20 yaş aralığında (3 birey, % 0.10) tespit edilmiştir. PK'e sahip bireylerde oral mukozal bulgu gözlenmiş fakat istatistiksel olarak önem arz etmemiştir (Tablo 4.3.1).

Pitriyazis rozea (PR) hastalığına sahip 40 (% 1.33) bireyden 22 (% 1.79) bireyi erkek, 18 (% 1.01) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde PR ile cinsiyet ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır. Bireyler arasında en yüksek

sayıda PR 30-40 yaş aralığında (11 birey, % 0.37) tespit edilmiştir. PR'a sahip bireylerde oral mukozal bulgu olarak skrotal dil (11 birey, % 0.37) ve coğrafik dil (2 birey, % 0.06) gözlenmiş fakat istatistiksel olarak aralarında önemli bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3.1).

Pruritus, prurigo ve psikiyatrik hastalıklara (PPP) sahip 128 (% 4.27) bireyden 55 (% 4.48) bireyi erkek, 73 (% 4.11) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde PPP ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile PPP arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 60.42, $p<0.01$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda PPP 20-30 yaş aralığında (27 birey, % 0.90) tespit edilmiştir. PPP'na sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil (36 birey, % 0.20), sublingual varis (6 birey, % 0.20) ve Fordyce lekeleri (3 birey, 0.10) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan sublingual varis (X^2 : 13.71) ve Fordyce lekeleri (X^2 : 38.08) arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Psöriyazis ve benzeri hastalıklara (P) sahip 456 (% 5.20) bireyden 67 (% 5.46) bireyi erkek, 89 (% 5.01) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde P ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile P arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 17.85, $p<0.05$) bulunmuştur. En sık 30-40 yaş aralığında (39 birey, % 1.30) tespit edilmiştir. P'e sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil (49 birey, % 1.63), coğrafik dil (15 birey, % 0.50) ve coğrafik+skrotal dil (15 birey, 0.50) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal bulgulardan skrotal dil (X^2 : 8.08), coğrafik dil (X^2 : 18.59) ve coğrafik+skrotal dil (X^2 : 11.29) arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Seboreik dermatit (SD) hastalığına sahip 168 (% 5.60) bireyden 75 (% 6.12) bireyi erkek, 93 (% 5.23) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde SD ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile SD arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 26.77, $p<0.01$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek sayıda SD 30-40 yaş aralığında (68 birey, % 2.27) tespit edilmiştir. Seboreik Dermatit'e sahip bireylerde en sık gözlenen oral mukozal bulguları sırası ile; skrotal dil (49 birey, % 1.63) ve coğrafik+skrotal dil (20 birey, % 0.67) olarak tespit edilmiştir. Hastalık ile oral mukozal

bulgularından skrotal dil (X^2 : 5,00) ve coğrafik+skrotal dil (X^2 : 25.01) arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Ürtiker+Anjioödem (UA) hastalığına sahip 180 (% 6.00) bireyden 65 (% 5.30) bireyi erkek, 115 (% 6.47) bireyi ise bayandır. Bu grup içerisinde UA ile cinsiyet arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile UA arasında istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 14.52, $p<0.05$) bulunmuştur. Bireyler arasında en yüksek oranda UA 30-40 yaş aralığında (47 birey, % 1.57) tespit edilmiştir. UA'ye sahip bireylerde oral mukozal bulgu olarak skrotal dil (48 birey, % 1.60) gözlenmiş fakat istatistiksel olarak önem arz etmemiştir (Tablo 4.3.1).

Tüm bu hastalıklar dışında kalan hastalıklar diğer hastalıklar (DH) grubu altında toplanmıştır. Bu grupta toplam 503 (% 16.77) bireyden 174 (% 14.20) bireyi erkek, 329 (% 18.53) bireyi ise bayandır. Grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki (X^2 : 9.74, $p<0.01$) bulunmuştur. Yaş grupları ile diğer hastalıklar arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Bireyler arasında en yüksek sayıda hastalık 30-40 yaş aralığında (145 birey, % 4.83) tespit edilmiştir. Diğer hastalıklar grubuna ait bireylerde oral mukozal bulgu olarak en sık skrotal dil (48 birey, % 1.60), coğrafik dil (48 birey, % 1.60) ve coğrafik+skrotal dil (48 birey, % 1.60) gözlenmiş, yalnızca coğrafik+skrotal dil ile istatistiksel olarak önemli ilişki (X^2 : 4.06, $p<0.05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

5. TARTIŞMA

Oral hastalıkların şiddeti, yaygınlığı ve prevalansını belirlemede epidemiyolojik çalışmaların önemi büyüktür^{27,28}. Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar dil lezyonlarının oral mukozal lezyonlar arasında dikkate değer bir oranını teşkil ettiğini ve prevalans oranlarının dünyanın farklı bölgelerinde değiştiğini göstermiştir^{8,9,10}. Araştırmacıların örnekleme yöntemleri, metod ve tanısal kriterleri farklı olduğu için, oral mukozal lezyonlardaki prevalans çeşitliliği, araştırılan örneğin yaş, cinsiyet ve ırkına bağlı olarak değişiklik gösterebilir^{29,30}. Türk populasyonunda oral lezyonların prevalansı üzerine yapılan çalışmalar fazla değildir⁵. Dil lezyonları üzerine yapılan daha önceki prevalans çalışmalarında yaş, cinsiyet, oral hijyen ve alışkanlıklar gibi detaylar incelenmemesine rağmen Avcu ve Kanli (2003), Türk diş hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada dil lezyonları ile yaş, cinsiyet, oral hijyen ve alışkanlıklar arasında önemli bir ilişki tespit etmişlerdir¹¹.

Ağız boşluğunda en fazla etkilenen organ dildir. Klinik tanıda dil muayenesi sistemik olarak önemli ciddi durumlar hakkında ipucu vermektedir. Dil genellikle oral mukozayı etkileyen çeşitli hastalıkların bir göstergesidir⁷. Dil hastalıkları içerisinde skrotal dil, coğrafik dil, siyah kıllı dil, furred dil, sublingual varis gibi çeşitli tipler mevcuttur.

Coğrafik dilin tüm yaş gruplarında görüldüğü, hatta 30-40 yaş üstünde sık olduğu ifade edilmektedir^{31,32}. Bazı yazarlar² kadınlarda daha sık görüldüğünü ifade etse de diğerleri coğrafik dil için herhangi bir ırk veya cinsiyet farkı belirlememişlerdir²³. Dermatolojinin önemli textbookları olan Moschella ve Bologna'da belirtildiğine göre genel populasyonun % 1-3'ünde görülür. Çocuklar arasında daha yaygındır. Coğrafik dili olan hastaların yaklaşık % 50'sinde ayrıca skrotal dil de vardır^{23,33}. Genel toplumda coğrafik dil prevalansı ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. ABD'de toplumun % 2.0'sinde³⁴, Ürdün'de % 6.8³⁵, İskandinav ülkelerinde % 9.0, İsrail'de çocukların % 15'inde coğrafik dil bulgusuna rastlanmıştır³⁶.

Yeniev (1986) tarafından 1000 dermatolojik hasta üzerinde yapılan çalışmada coğrafik dil oranı % 1.1 olarak belirlenmiştir²².

Banoczy ve ark (1993), 7820 Macar popülasyonu üzerinde yaptıkları bir çalışmada coğrafik dil prevalansını % 3.0 olarak bulmuşlardır³⁷.

Güneş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 6017 poliklinik hastasında coğrafik dil yaklaşık % 0.79 olarak saptanmış, kadın ve erkek hastalar arasında görülme sıklığı açısından bir farklılık gözlenmemiştir¹⁴.

Aydınöz ve ark. (2002), 400 poliklinik hastası üzerine yaptıkları çalışmada coğrafik dil sıklığının % 3.5, kadın erkek oranını ise 1.33/1 olarak kadınlarda daha sık bulmuşlardır. Aynı zamanda bu çalışmada hastalıklarla ilişkisi bakımından atopi ile coğrafik dil arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur¹⁶.

Bessa ve arkadaşları(2004), 0-12 yaş grubu arasındaki çocuklarda oral mukozal değişikliklerin sıklığına bakmış ve en sık (%30.05) coğrafik dil bulgusuna rastlamışlardır. Coğrafik dil prevalansını 0-4 yaş grubu arasındaki çocuklarda daha büyük çocuklara göre sıklıkla gözlemlemişlerdir⁴.

Jainkittivong ve Langlais (2005), 188 coğrafik dil bulgusu olan birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise 114 kişinin bayan olduğunu ve bunun istatistiksel olarak önemli ($p<0.001$) olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada coğrafik dil ile yaş grupları arasında istatistiksel anlamda önemli bir ilişki olmadığı, ancak en yüksek insidansın 20-29 yaş grubu arasında olduğu tespit edildiği belirtilmiştir³⁸.

Shulman ve Carpenter (2006) tarafından 16 833 Amerikalı erişkin üzerinde yapılan çalışmada da coğrafik dil ile yaş grupları ve cinsiyet arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir¹³.

Çalışmamızda coğrafik dil kontrol grubu içerisinde % 3.3 oranında görülmüş, cinsiyet ve yaş grubu ile arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar Banoczy ve ark.'nın çalışması³⁷ ve Moschella²³, Bolognia³³ tarafından belirtilen oranlarla uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hasta grup içerisinde ise coğrafik dil % 3.47 oranında görülmüş ve yaş Grubu ile aralarında önemli ilişki ($p<0,01$) tespit edilmiş, 10-30 yaş aralığındaki hastalarda daha yaygın gözlenmiştir. Görülme sıklığı açısından kontrol grubuna yakın bir sonuç elde edilmesine rağmen görüldüğü yaş aralığı açısından farklılık tespit edilmiştir. Aynı zamanda çalışmamızdaki coğrafik dil görülme sıklığı Aydıngöz ve ark.'nın yaptığı çalışma ile uyumlu olarak bulunmuştur¹⁶.

Coğrafik dil için birçok risk faktörü düşünülmüştür; hormonal dengesizlik ve oral kontraseptif kullanımı; psikolojik bozukluklar; diabetes mellitus; atopi, saman nezlesi ve rinit gibi alerjik durumlar; püstüler psöriyazis; seboreik dermatit; pitriyazis pilaris gibi dermatolojik hastalıklar ve Reiter sendromu. Ayrıca Down sendromu ve skrotal dil ile birliktelik rapor edilmiştir¹³.

Jainkittivong ve Langlais (2005) çalışmalarında, aynı şekilde coğrafik dil ile skrotal dil arasında önemli ilişkinin olduğunu, hasta ve kontrol gruplarında medikal problemlerle coğrafik dil arasında önemli bir ilişkinin olmadığını belirtmişlerdir. Aynı zamanda alerji ile ilgili durumlar daha yüksek oranda görülmesine rağmen, hasta grupta bu insidans kontrol gruba göre önemli derecede yüksek bulunmamıştır³⁸.

Shulman ve Carpenter(2006) oral kontraseptif kullanımı, diabetes mellitus, alerji veya atopi, psikolojik veya dermatolojik durumlar ile coğrafik dil arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır¹³.

Literatürde coğrafik dil ve atopi ilişkisini inceleyen çeşitli araştırmalar mevcuttur. Güneş ve ark. (1994), çalışmalarında belirlenen % 35.4 oranındaki atopi öyküsü (kişisel ve/veya ailesel) olguların yaklaşık 1/3'ünü kapsamıştır. Atopi tanısı tek bir kriterle konulamamakta, birkaç bulgunun beraberliği (atopi öyküsü, atopik dermatit, alerjik konjonktivit, astım, saman nezlesi) ardından çeşitli araştırmaları (eozinofili, deri testleri, provakasyon testi, nazal test, serum Ig E) gerektirmektedir. Coğrafik dil atopiye özgün bir bulgu olmamakla beraber, kişinin atopi açısından araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır¹⁴. Ullmann (1981), 132 atopik hastada coğrafik dil oranını % 35.7 olarak kaydedince bu lezyonun atopinin bir bulgusu olduğunu ileri sürmüştür¹⁵. Aydıngöz ve ark (2002), çalışmasında coğrafik dili olan 14 hastanın % 28.5'inde, diğer hastaların ise

% 8.58’inde atopi saptamışlar ve kontrol grup ile aralarında önemli ilişki bulmuşlardır. Buna göre atopili hastalarda coğrafik dile rastlanma sıklığı kontrol grubuna göre 2.4 kat daha fazla tespit edilmiştir¹⁶.

Yapmış olduğumuz çalışmada, atopi ile birlikte coğrafik dili olan 9 (% 0.30) birey tespit edilmiş olup bu ilişki istatistiksel olarak önemli ($p<0.01$) kabul edilmiştir. Atopi ile coğrafik dil arasındaki bu anlamlı ilişki Güneş ve ark.¹⁴, Ullmann W¹⁵, Aydınöz ve ark.’nın¹⁶ çalışmaları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Uzun yıllar psöriyazisin oral kaviteyi etkilemeyen bir hastalık olduğu düşünülse de yapılan çalışmalarla literatürde psöriyazisli hastalarda coğrafik dil sıklığı %1-10.3 arasında değişen oranlarda bulunmuştur¹⁷.

Zargari O. (2005), 306 psöriyazis hastasında yaptığı çalışmada 47 (% 15.4) hastada dil lezyonu tespit etmiş; bunlardan 25 (% 8.2)’inde skrotal dil, 17 (% 5.6)’sinde coğrafik dil ve 5 (%1.6)’inde fissüre ile birlikte coğrafik dil tespit etmiştir. Erken başlangıçlı psöriyazis hastalarının % 7.2’sinde, geç başlangıçlı psöriyazis hastalarının ise sadece % 1.3’ünde coğrafik dil tespit etmişlerdir. Böylelikle erken başlangıçlı psöriyazisde skrotal dilin değil de, coğrafik dilin daha sık görüldüğünü ve hastalık şiddetinin bir belirteci olabileceğini iddia etmiştir¹⁹.

Daneshpashooh ve ark., (2004) tarafından İran’da yapılan kontrollü bir çalışmada psöriyatik hastaların % 33’ünde füssüre dil, % 14’ünde ise coğrafik dil tespit edilmiş, kontrol grubunda ise skrotal dil oranı % 9.5, coğrafik dil oranı % 6.0 olarak belirlenmiştir¹⁷.

Hietanan ve arkadaşlarının yaptıkları kontrollü bir diğer çalışmada ise psöriyatik hastaların % 10.3’ünde, kontrol grubunun % 2.5’unda coğrafik dil tespit edilmiştir¹⁸.

Mazmanoğlu N, (2005), 200 psöriyazis ve 200 kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmada oral mukozal bulguların sıklığına bakmış ve psöriyazis grubunda % 53 oranı ile en sık skrotal dil ve % 21.5 oranı ile coğrafik dil tespit etmiştir. Bu oranlar yapılan diğer çalışmalardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise skrotal dil

oranını % 23.0, coğrafik dil oranını % 7.0 olarak kaydetmiştir. Ayrıca skrotal dil ile coğrafik dil birlikteliğini % 16.5 psöriyazis hastasında belirlemiştir²⁰.

Kurku ve ark.(2007), yaptıkları çalışmada psöriyazis hastalarında kontrol grubuna kıyasla, genel dil bulguları, skrotal dil ve coğrafik dilin daha yüksek oranda görüldüğünü tespit etmişlerdir²¹.

Yaptığımız çalışmada psöriyazisli hastaların yaş grupları ile aralarında önemli ($p<0.05$) ilişkinin olduğu, 30-40 yaş aralığında hastalığın daha yaygın olduğu, en sık görülen dil bulgularının sırası ile skrotal dil (49 birey, % 1.63), coğrafik dil (15 birey, % 0.50) ve coğrafik+skrotal dil (15 birey, % 0.50) olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar Daneshpashoo ve ark. (2004)¹⁷ ve Zargari (2005)¹⁹ tarafından psöriyazisli hastalar üzerine yapmış oldukları çalışmalar ile paralellik gösterse de hasta sayısı diğer çalışmalardan daha az olduğu için değerler daha düşük olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kserozis kutis hastalığı ile birlikte coğrafik dil görülen bireylerin oranı % 0.53 (16 birey) olarak tespit edilmiş ve istatistiksel olarak aralarında önemli ($p<0.01$) ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde çalışmamız ile uyumlu olarak Yeniev (1986) yaptığı çalışmada kserozis kutis ile coğrafik dil arasında bir ilişkinin olduğunu tespit etmiştir²².

Yeniev, 1000 dermatolojik hastadaki dil bulgularına bakmış ve % 4.1 oranında skrotal dil gözlemlemiştir²².

Bessa ve ark.(2004), 0-12 yaş grubu arasındaki çocuklarda baktıkları oral mukozal bulguları içerisinde skrotal dil oranını % 4.9 bulmuşlar, 5-12 yaş grubundaki çocuklarda daha küçük yaştakilere göre üç kat daha yüksek oranda skrotal dile rastlamışlardır. Bu sonuç ta literatür ile uyumlu olarak skrotal dil görülme sıklığının yaş ilerledikçe arttığını göstermiştir. Ayrıca çalışmalarında coğrafik dil ve skrotal dil prevalans oranlarının cinsiyet ile belirgin bir farklılık göstermediğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada aynı zamanda skrotal dil ile alerji arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Alerji hikayesi olan çocuklarda üç kat daha sık görüldüğünü ifade etmişlerdir⁴.

Zargari O.(2005), 306 psöriyazis hastasında yaptığı çalışmada skrotal dil ve coğrafik dil pravalansına bakmış ve 47 (% 15.4) hastada dil lezyonu tespit etmiştir. Bu lezyonlardan en yüksek oran % 8.2 ile skrotal dilde görülmüş, %1.6 oranında da skrotal dil ile birlikte coğrafik dil tespit edilmiştir¹⁹.

Literatürde skrotal dilin genellikle erkekler arasında daha sık görüldüğüne dair yayınlar mevcuttur^{35,4}. Yine bu çalışmalarla uyumlu olarak Zargari O. (2006), skrotal dil oranını erkeklerde daha sık tespit etmiştir¹⁹.

Çalışmamızda kontrol grubu içerisinde ise skrotal dil % 4.90 oranında bulunmuş olup, cinsiyet ve yaş grubu ile aralarında önemli ilişki bulunmamıştır. Yeniev (1986)²² ve Bessa ve ark.(2004)⁴ tarafından yapılan çalışmalarda skrotal dil oranları bizim çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak bulunmuştur. Ancak, Darwazeh ve ark.(1993)³⁵, Bessa CF (2004)⁴ tarafından yapılan çalışmaların aksine skrotal dil bizim sonuçlarımızda bayanlarda daha sık tespit edilmiş, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Çalışma sonuçlarımıza göre, hasta grup içerisinde skrotal dil oranı % 22.20'dir. Kadınlarda % 12.33 ve erkeklerde % 9.87 oranında bulunmuş olup, cinsiyet ile arasında önemli ($p<0.05$) ilişki tespit edilmiştir. Aynı şekilde yaş grubu ile de aralarında önemli ilişki ($p<0.01$) belirlenmiş ve en sık 20-60 yaş aralığında bulunmuştur. Darwazeh ve ark.(1993)³⁵, Bessa CF (2004)⁴ tarafından yapılan çalışmaların aksine çalışmamızda bayanlarda daha sık skrotal dil tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarımıza göre, psöriyazisli hastalarda en sık görülen dil bulguları içerisinde skrotal dil oranının % 1.63 (49 birey) ve coğrafik+skrotal dil oranının % 0.50 (15 birey) olduğu ve istatistiksel olarak aralarında önemli ($p<0.01$) ilişkinin olduğu bulunmuştur. Psöriyazisli hastalar ile skrotal dil arasındaki bağlantının önemli olduğunu bulduğumuz çalışma, Zargari O.(2005)¹⁹ tarafından yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda egzemalar grubundaki hastalarda en sık görülen oral mukozal bulgu, skrotal dil % 3.57 (107 birey) ve coğrafik+skrotal dil % 0.70 (21 birey) olarak

tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak skrotal dil ve coğrafik+skrotal dil $p<0.01$ seviyesinde önemli tespit edilmiştir.

Elde ettiğimiz sonuçlara göre, kserozis kutis tanısı alan hastalarda en sık görülen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil % 2.07 (62 birey), coğrafik+skrotal dil % 0.63 (19 birey), coğrafik dil % 0.53 (16 birey) oranında tespit edilmiş olup istatistiksel olarak aralarında önemli ($p<0.01$) ilişki bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarımıza göre, seboreik dermatit grubundaki hastalarda en sık görülen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil % 1.63 (49 birey) ve coğrafik+skrotal dil % 0.67 (20 birey) olup istatistiksel olarak aralarında önemli ($p<0.01$) ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda dudak ve ağız boşluğu hastalıkları grubunda oral mukozal bulgular arasında skrotal dil % 0.40 (12 birey) oranında tespit edilmiş olup istatistiksel olarak aralarında önemli ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. Bu grupta sadece oral mukoza şikâyeti ile dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların yüzdesi alınmıştır.

Tez çalışma sonuçlarımıza göre, deri enfeksiyon hastalıkları grubunda olan hastalarda en sık görülen oral mukozal bulgular arasında skrotal dil % 3.37 (101 birey) oranında tespit edilmiş ve istatistiksel olarak aralarında önemli ($p<0.01$) ilişki belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarımıza göre, skrotal dil ile kserozis kutis, seboreik dermatit, egzemalar ve deri enfeksiyon hastalıkları arasında bulduğumuz ilişkiyi belirten herhangi bir literatür çalışmasına rastlanmamıştır.

Yeniev, 1000 dermatolojik hastada baktığı dil bulguları arasında % 5.40 oranı ile en sık sublingual varis bulgusunu gözlemlemiştir²².

Corbet (1994), Honkong'da Çinli yaşlı popülasyonda yaptığı araştırmada sublingual varis, friksiyonel keratoz ve takma dişe bağlı stomatitleri daha sık gözlemlemiştir³⁹.

Rogers (2004), 40 yaş üzerindeki populasyonun % 10'unda sublingual varis görüldüğünü ifade etmiştir².

Mumcu ve ark. (2005), Türk populasyonudaki oral lezyonların prevalans ve dağılımını incelemişler, sublingual varis, fazla melanin pigmentasyonu ve skrotal dil bulgularının yaşlı popülasyonda daha sık olduğunu gözlemişlerdir⁵.

Jainkittivong ve ark. (2002), Tay'da yaşlı diş hastalarında sublingual varis, skrotal dil ve travmatik ülserleri daha sıklıkla gözlemişlerdir⁴⁰.

Bizim çalışmamızın kontrol grubunda, sublingual varis erkeklerde % 1.07, kadınlarda % 1.20 oranında gözlenmiştir. Sublingual varis ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. 40 yaş sonrası bireylerde sublingual varisin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 70'li yaşlarda tespit edilmiştir. Bu sonuçlar Corbet (1994)³⁹, Jainkittivong ve ark. (2002)⁴⁰ Mumcu ve ark. (2005)⁵ ve tarafından bulunan sonuçlarla benzerlik göstermiştir. Aynı zamanda çalışmamızda sublingual varis ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızdaki hasta grubunda ise sublingual varis erkeklerde % 0,73, kadınlarda % 0,47 oranında gözlenmiştir. Bu grup içerisinde de sublingual varis ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur. 50 yaş sonrası bireylerde sublingual varisin yaygın olduğu gözlenmiş ve en yüksek dağılım 70'li yaşlarda tespit edilmiştir. Sublingual varis ile cinsiyet arasında erkekler lehine istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda pruritus, prurigo ve psikiyatrik hastalıklarla oral mukozal bulgular içerisinde sublingual varis görülme oranı % 0.20 (6 birey) olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak önemli ($p<0.01$) bulunmuştur. Yaş grupları ile bu hastalıklar arasında istatistiksel olarak önemli ($p<0.01$) ilişki tespit edilmiş ve bu hastalıklar 50-60 yaş aralığında en yüksek oranda görülmüştür. Bu grupta yaşlı birey sayısının fazla olmasının, sublingual varis oranının yüksek çıkmasında etkili olabileceğini düşündürmektir.

Avcu ve Kanli (2003), 5150 Türk dental hastasında dil lezyonlarının prevalansına bakmışlar ve coated dil oranını % 23.20 olarak tespit etmişlerdir ve aynı zamanda erkeklerde sıklığının daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir¹¹. Avcu, Sungur ve Andaç (1999), popülasyonda kıllı dil ve coated dil prevalansını en sık görülen dil bulgusu olarak tespit etmişlerdir⁴¹.

Kontrol grubumuzda, coated dil erkeklerde % 0.87, kadınlarda %1.17 oranında gözlenmiştir. Coated dil ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır. 40 yaş sonrası bireylerde yaygın olduğu gözlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız, Avcu, Sungur ve Andaç (1999)⁴¹ ve Avcu ve Kanli (2003)¹¹ tarafından yapılan çalışma ile uyumlu ve erkeklerde daha fazla olduğunu göstermiştir.

Hasta grubumuzda ise coated dil erkeklerde % 0.57, kadınlarda % 0.50 oranında gözlenmiştir. Bu grup içerisinde de coated dil ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır.

Redman (1970)²⁹, siyah kıllı dilin popülasyondaki prevalansını % 3-4 olarak rapor etmiştir. Avcu ve Kanli (2003), 5150 Türk dental hastasında dil lezyonlarının prevalansına bakmışlar ve kıllı dil oranını % 11.30 olarak tespit etmişlerdir ve aynı zamanda erkeklerde sıklığının istatistiksel olarak önemli olduğunu ifade etmişlerdir¹¹. Avcu, Sungur ve Andaç (1999), popülasyonda kıllı dil ve coated dil prevalansını en sık görülen dil bulgusu olarak tespit etmişlerdir⁴¹.

Nevalainen ve ark. (1997), Finlandyalı yaşlı popülasyonda kıllı dil, angüler keilit ve sublingual varis'i en sık mukozal değişiklikler olarak tespit etmişlerdir⁴². Kulla-Mikkonen ve ark. (1982), genç Finlandyalı bireyler arasında dil bulguları içerisinde en çok kıllı dil (% 8.40) tespit etmişlerdir. Bunun muhtemel sebebinin, oral hijyen veya oral mikroflora dengesizliğine bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir⁴³.

Mumcu ve ark. (2005), yaptıkları çalışmada popülasyonumuzda kıllı dili % 3.80 olarak tespit etmişlerdir⁵. Bu oranın İsveç popülasyonunda tarif edilen (% 0.60)⁴⁴ ve Ürdün popülasyonunda tarif edilenden (% 3.40)³⁵ daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Redman (1970), 3611 Minnesota'lı okul çocukları arasında kıllı dil oranını çok düşük

değerlerde bulmuşlardır²⁹. Avcu ve Kanli (2003), 60 yaş üzeri olmanın hastalarda kıllı dil için belirgin risk faktörü olduğunu ifade etmişlerdir¹¹.

Bizim kontrol grubumuzda, kıllı dil % 3.60 (108 birey) oranında gözlenmiş, cinsiyet ile aralarında ilişki bulunmamıştır. Kıllı dil ile yaş grupları arasında önemli ($p<0.01$) ilişki bulunmuştur. 30-40 yaş aralığında yaygın olduğu gözlenmiştir. Redman (1970)²⁹, Mumcu ve ark. (2005)⁵'nin, siyah kıllı dilin popülasyondaki prevalansını % 3-4 olarak belirleyen çalışma sonuçları bizim sonuçlarımız ile uyumluluk göstermiştir. Avcu ve Kanli (2003), yaptığı çalışmada 60 yaş üzeri hastalarda ve ağır sigara içicilerinde bizim çalışmamızda olduğu gibi kıllı dili daha sıklıkla gözlemişlerdir¹¹.

Hasta grubumuzda ise kıllı dil % 0.23 (7 birey) oranında tespit edilmiş olup kıllı dil ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır. Kıllı dilin erkeklerde görülme sıklığı % 0.20 (6 birey) olarak bayanlardan yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak önemli ($p<0.01$) değerlendirilmiştir. Avcu ve Kanli (2003), kıllı dil oranını % 11.3 olarak tespit etmiş ve erkeklerde sıklığının istatistiksel olarak anlamlı değerlendirmiştir. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımız ile uyumluluk göstermiştir¹¹.

Mumcu ve ark. (2005), Türk popülasyonu üzerinde yaptıkları çalışmada % 1.30 oranında Fordyce lekelerine rastladıklarını rapor etmişlerdir. Aynı zamanda yaştan ilerlemesine bağlı olarak görülme sıklığının artış gösterdiğini ifade etmişlerdir¹¹.

Bizim kontrol grubumuzda Fordyce lekeleri % 2.53 (76 birey) oranında gözlenmiş, cinsiyet ve yaş grupları ile arasında ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar Mumcu ve ark. (2005)¹¹ tarafından yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir.

Hasta grubumuzda ise Fordyce lekeleri % 0.17 (5 birey) oranında görülmüş, cinsiyet ve yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır.

Hasta grubumuzda, kontrol grubunda görülmeyen erozyon ve bül % 0.67 (20 birey), oral aft % 3.50 (105 birey), oral liken planus % 0.47 (14 birey), kandidiazis % 0.30 (9 birey) ve diğer oral mukozal bulgular % 1.47 (44 birey) oranında gözlenmiştir.

Oral mukozal bulgular, mukokutanöz hastalıkların başlangıç lezyonu, en belirgin klinik özelliği veya tek bulgusu olabilir^{44,45}. Diğer vakalarda, lezyonlar oral dokuları da içeren şiddetli klinik bulgularla hem deri hem de mukozada oluşur. Ayrıca spesifik oral lezyonlarla dermatoloji polikliniğine başvurabilen bir grup hasta daha vardır.

Ramirez-Amador ve ark.(2000), bir dermatoloji kliniğine oral mukozal şikayet ile başvuran 60 hastada oral bulguların sıklığına bakmışlar ve sıklık sırasına göre pemfigus vulgaris (%18.3), liken planus (%8.3), rekürren aftöz stomatit (%6.7), herpetik lezyonlar (%6.7), kserostomi (%6.7) ve travmatik lezyonları (%6.7) kaydetmişlerdir. Mukokutanöz hastalıklarda oral tutulum oranını % 35 (n=21) olarak tespit etmişler ve bu hastaların %48'inde (n=10) tanıyı oral bulgularla koymuşlardır¹².

Çalışmamızdaki hasta grubu içerisinde akneiform erüpsiyon (AE) tanısı alan 543 (% 18.10) bireyden % 6.60'ı erkek, % 11.5'i bayandır. Bu grup içerisinde hastalık ile cinsiyet arasında önemli ilişki ($p<0.05$) belirlenmiş olup bayanlarda daha sık gözlenmiştir. Yaş grupları ile AE arasında istatistiksel olarak önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş ve 30-40 yaş aralığında daha sık gözlenmiştir. AE ile oral mukozal bulgular arasında önemli ilişki bulunmamıştır (Tablo 5).

Atopik dermatit ve allerjik rinit, atopinin muhtemelen iki en sık görülen formudur. Son yıllarda atopik dermatit insidansı dramatik olarak artmıştır. Son çalışmalardan birinde prevalans oranları % 1-30 arasında bulunmuştur⁴⁷. Bizim çalışmamızda hasta grubu içerisinde atopik hastalıklar % 3.17 oranında gözlenmiş, bayanlar arasında daha yaygın gözlenmiştir. Atopi ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş olup, 10-30 yaş aralığında daha sık gözlenmiştir. Atopi hastalığı ile coğrafik ve coğrafik+skrotal dil bulguları ile aralarında önemli ($p<0.01$) ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Aydıngöz ve ark (2002) çalışmasında 400 hasta içerisinde coğrafik dili olmayan hastaların % 8.58'inde atopi saptamışlar ve atopili hastalarda coğrafik dile rastlanma sıklığının kontrole göre 2.4 kat fazla olduğu ifade edilmiştir¹⁶. Yeniev (1986) tarafından yapılan çalışmada atopik dermatit oranı % 3.4 olarak tespit edilmiş ve bu sonuçlar bizim çalışmamız ile uyumluluk arz etmiştir²².

Behçet hastalığının ortalama başlangıç yaşı üçüncü dekaddır ve erkekler 2:1 oranında daha sık etkilenirler²³. Yeniev (1986) tarafından yapılan çalışmada Behçet hastalığı oranı % 0.80 olarak tespit etmiştir²². Sonuçlarımıza göre hasta grubu içerisinde Behçet Sendromu (BS) % 1.70 oranında gözlenmiş, bayanlardaki oranı daha yüksek belirlenmiştir. Hastalık ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır. BS ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş olup, 30-40 yaş aralığında daha sık belirlenmiştir. Klinik olarak oral lezyonlar RAS'dakilerden farksızdır²³. Çalışmamızda Behçet Sendromu ile oral aft arasında önemli ($p<0.01$) ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Ramirez Amador (2000), dermatoloji kliniğine oral mukoza şikayeti ile başvuran 60 hastanın % 18.3'ünde pemfigus vulgaris tespit etmiştir. İlk muayenede, pemfigus vulgaris lezyonları hastaların dördünde sadece oral mukozayı, ikisinde oral mukoza ve deriyi, beşinde deri, oral mukoza ve diğer mukozal yüzeyleri tutmuştur. Bu bulgular dermatolojide oral kavitenin pemfigus vulgaris lezyonlarında primer bir hedef olduğunun önemini vurgulamıştır¹². Çalışmamızdaki hasta grubu içerisinde büllü hastalıklar (BH) % 1.27 oranında gözlenmiş ve bayanlarda daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. BH ile cinsiyet arasında ilişkinin olmadığı, yaş grupları ile arasında istatistiksel olarak önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur. BH, en yoğun olarak 50-60 yaş aralığında tespit edilmiştir. Bu hastalık ile kandidiazis ve erozyon ve bül arasında önemli ($p<0.01$) ilişki belirlenmiştir (Tablo 5). Büllü hastalıklar içerisinde yer alan hastalıkların tedavisinde kullanılan kortikosteroidlerin bir yan etkisi olarak kandidiazisin sık görülmesi olağandır.

Yapılan çalışma sonucunda deri enfeksiyon hastalıkları (DEH), % 24.20 oranında gözlenmiş ve cinsiyet ile arasında önemli ilişki bulunmamıştır. Yaş grupları ile aralarında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş ve 20-30 yaş aralığında daha sık gözlenmiştir. Deri enfeksiyon hastalığı ile oral mukozal bulgularından skrotal dil arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Araştırma sonuçlarımıza göre sadece oral mukozal şikayet ile başvuran hastalar dudak ve ağız boşluğu hastalığı (DABH) adı altında toplanmış ve % 1.70 oranında gözlenmiştir. Cinsiyet ve yaş grupları ile arasında önemli ilişki bulunmamıştır. 20-30

yaş aralığında daha sık gözlenmiştir. Oral mukozal bulgular arasında en sık oral aft ve skrotal dil belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).

Çalışmamızda egzemalar grubundaki hastalar % 10.67 oranında gözlenmiş ve bayanlarda daha yaygın olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları ile egzema hastalığı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki ($p<0.05$) bulunmuş, 30-40 yaş aralığında daha sık gözlenmiştir. Egzema hastalığı ile oral mukozal bulgular arasında skrotal dil ve coğrafik+skrotal dil daha yaygın olarak görülmüştür (Tablo 4.3.1).

Bulduğumuz sonuçlara göre kserozis kutis (KK) % 6.87 oranında gözlenmiş ve bayanlarda daha yaygın olarak belirlenmiştir. Yaş grupları ile KK hastalığı arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş, 20-30 yaş aralığında daha sık gözlenmiştir. Kserozis kutis ile skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiş olup literatürde bununla uyumlu herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Mumcu ve ark. (2005), Türk popülasyonu üzerine yaptıkları çalışmada % 0.5 oranında oral liken planus belirlediklerini ifade etmişlerdir⁵. Araştırma sonuçlarımıza göre liken planus ve likenoid hastalıklar % 1.37 oranında bulunmuş ve bayanlarda daha sık gözlenmiştir. LH ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki ($p<0.01$) belirlenmiş ve 40-50 yaş aralığında daha yaygın bulunmuştur. LH ile skrotal dil ve oral liken planus arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir. Yeniev (1986) tarafından yapılan çalışmada liken planus oranı % 1.3 olarak tespit edilmiş ve bu sonuçlar bizim çalışmamız ile uyumluluk arz etmiştir²². Ramirez Amador (2000), dermatoloji kliniğine başvuran 60 hasta üzerinde oral bulgu sıklığına bakmış ve liken planus oranını % 8.3 olarak bulmuştur. Liken planus ile başvuran hastaların % 80'inde başlangıç belirtisi oral mukozada tespit edilmiş, % 40'ında ise sadece oral mukoza tutulmuştur²². Bulunan liken planus oranı, bizim bulduğumuz orandan daha yüksek değer göstermiştir.

Yaptığımız çalışmada pitriyazis kapitis (PK), % 0.23 oranında gözlenmiş ve bayanlarda daha yaygın olarak belirlenmiştir. PK ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.05$) bulunmuş ve 10-20 yaş aralığında daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. PK ile oral mukozal bulgu arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3.1).

Pitriyazis rozea'da oral tutulum sık değildir. İnsidansı farklı çalışmalarda çok düşük değerlerden yaklaşık % 16'ya kadar değişmektedir. Punktat hemoraji, ülserasyonlar, eritematöz maküller, veziküller, büller ve oral mukozada eritematöz plaklar tespit edilebilir^{48,49,50}. Çalışmamızda Pitriyazis rozea (PR) % 1.33 olarak tespit edilmiştir. PR ile cinsiyet ve yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır. PR ile oral mukozal bulgular arasında da bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.3.1). Yeniev (1986)²² çalışmasında pitriyazis rozea oranını % 2.3 olarak tespit etmiş ve bu oran bizim çalışma sonucumuzdan daha yüksek bir değer göstermiştir.

Çalışma sonuçlarımıza göre pruritus, prurigo ve psikiyatrik hastalıklar grubu (PPP) % 4.27 oranında bulunmuş ve bayanlarda daha sık görülmüştür. PPP ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş ve 20-50 yaş aralığında daha sık olarak tespit edilmiştir. PPP ile sublingual varis ve Fordyce lekeleri arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1). Yeniev (1986)²² çalışmasında pruritus tanımlı hastaların oranını % 3.1 olarak tespit etmiş ve bu oran bizim çalışma sonucumuzdan daha düşük değer göstermiştir.

Uzun yıllar psöriyazisin oral kaviteyi etkilemeyen bir hastalık olduğu düşünülmüştür. İlk defa 1903 yılında Oppenheim ve Thimm, psöriyazisin oral lezyonlarını tanımlamışlardır²¹. 1986 yılında Trigonides ve ark., 1903-1983 yılları arasında yayınlanan 32 oral psöriyazis olgusunu özetlemişlerdir⁵¹. Avrupa literatüründe yer alan 57 oral psöriyazis olgusunun 8'inde tek başına oral tutulum varken, püstüler psöriyazisli olgularda deri lezyonlarının yanı sıra genellikle oral mukozit varlığından söz edilmiştir⁵². Psöriyazisin uzun yıllar oral mukozayı etkilemeyen bir hastalık olduğu düşünülse de son yıllarda yapılan çalışmalarda dil lezyonlarının önemli ölçüde sık görüldüğü belirtilmektedir. Biz de araştırma sonuçlarımızda psöriyazis ve benzeri hastalıklar ile skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit ettik (Tablo 5). Ayrıca psöriyazis ve benzeri hastalık oranını % 5.20 ve bayanlarda daha sık olarak gözlemledik. Yaş grupları ile arasında önemli ilişki ($p<0.05$) bulunmuş ve 30-40 yaş aralığında daha sık olduğu belirlenmiştir.

Seboreik dermatit, populasyonun muhtemelen % 5'inde doktora başvuracak şekilde şiddetli seyredir. Erkekler kadınlara göre daha fazla etkilenirler⁴⁷.

Çalışmamızda seboreik dermatit (SD) % 5.60 oranında bulunmuş ve bayanlarda daha sık tespit edilmiştir. SD ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş ve 20-30 yaş aralığında daha sık olduğu gözlenmiştir. Seboreik dermatit ile skrotal dil ve coğrafik+skrotal dil arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Sonuçlarımıza göre Ürtiker+Anjioödem (UA) grubu % 6.00 oranında ve bayanlarda daha sık gözlenmiştir. UA ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.05$) bulunmuş ve 20-30 yaş aralığında daha sık rastlanmıştır. UA ile oral mukozal bulgular arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3.1).

Çalışma sonuçlarımıza göre diğer hastalıklar (DH) grubu altında belirlenenlerin oranı % 16.77 olarak belirlenmiş ve bayanlardaki dağılımı daha yüksek bulunmuştur. Diğer hastalıklar ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamış ve 20-30 yaş aralığında daha yüksek tespit edilmiştir. Diğer hastalıklar ile coğrafik+skrotal dil arasında önemli ilişki ($p<0.05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1)

6. SONUÇLAR

3000 sağlıklı birey (kontrol) ve 3000 dermatolojik hastadan ibaret toplam 6000 kişi üzerinde oral mukozal bulgu dağılımının, yaş gruplarına ve cinsiyete göre prevalansı ve hastalıklarla ilişkilerinin araştırıldığı çalışmada kısaca şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Kontrol grubu içerisinde toplam 1731 erkek (% 57.70) ve 1269 kadın (% 42.30) birey bulunmuş, erkeklerin yaş ortalaması 30.85 ± 18.07 , kadınların yaş ortalaması 30.18 ± 15.90 ve toplam grubun yaş ortalaması 30.46 ± 16.85 olarak belirlenmiştir.

- Hasta grubu içerisinde toplam 1225 erkek (% 40.80) ve 1775 kadın (% 59.20) hasta bulunmuş, erkeklerin yaş ortalaması 29.58 ± 16.90 , kadınların yaş ortalaması 29.45 ± 14.84 ve toplam grubun yaş ortalaması 29.51 ± 15.70 olarak belirlenmiştir.

- Kontrol grubu içerisindeki oral mukozal bulgular sıklık sırasına göre; skrotal dil % 11.87 (356 birey), coğrafik+skrotal dil % 5.87 (176 birey), kıllı dil % 3.60 (108 birey), coğrafik dil % 3.30 (99 birey), Fordyce lekeleri % 2,53 (76 birey), sublingual varis % 2.27 (68 birey) ve coated tongue % 2.03 (61 birey) oranında gözlenmiştir.

- Hasta grup içerisindeki oral mukozal bulgular sıklık sırasına göre; skrotal dil % 22.20 (666 birey), coğrafik+skrotal dil % 4.30 (129 birey), oral aft % 3.50 (105 birey), coğrafik dil % 3.47 (104 birey), diğer oral mukozal bulgular % 1.47 (44 birey), sublingual varis % 1.20 (36 birey), coated tongue % 1.07 (32 birey), erozyon ve bül % 0.67 (20 birey), oral liken planus % 0.47 (14 birey), kandidiazis % 0.30 (9 birey), kıllı dil % 0.23 (7 birey), Fordyce lekeleri % 0.17 (5 birey) oranında gözlenmiştir.

- Kontrol grubu içerisinde sublingual varis ile yaş grupları arasında $p<0.05$ seviyesinde belirlenmiş ve en yüksek dağılım 60'lı yaşlarda gözlenmiştir. Yine kontrol grubu içerisinde kıllı dil ile yaş grupları arasında $p<0.01$ seviyesinde anlamlılık tespit edilmiş olup en yüksek dağılım 30'lu yaşlarda gözlenmiştir. Diğer oral mukozal bulgular ile yaş grupları arasında ilişki bulunmamıştır.

- Hasta grubu içerisinde sublingual varis (en yüksek 60'lı yaşlarda), coated tongue (10-20 ve 40-50 yaş aralığında), coğrafik dil (en yüksek 20'li yaşlarda), erozyon ve bül (en yüksek dağılım 70'li yaşlarda), kandidiazis (en yüksek dağılım 60'lı yaşlarda), oral liken planus (en yüksek dağılım 50'li yaşlarda) ve diğer oral mukozal bulgular (en yüksek dağılım 10'lu yaşlarda) ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$) ilişki bulunmuştur. Diğer oral mukozal bulgular ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır.

- Populasyonda hastalıkların görülme sıklığı sırası ile; deri enfeksiyon hastalıkları % 24.20 (726 birey), akneiform erüpsiyon % 18.10 (543 birey), diğer hastalıklar % 16.77 (503 birey), egzemalar % 10.67 (320 birey), kserozis kutis % 6.87 (206 birey), ürtiker+anjioödem % 6.00 (180 birey), seboreik dermatit % 5.60 (168 birey), psöriyazis ve benzeri hastalıklar % 5.20 (456 birey), pruritus, prurigo ve psikiyatrik hastalıklar % 4.27 (128 birey), dudak ve ağız boşluğu hastalıkları % 3.30 (99 birey), Behçet sendromu % 1.70 (51 birey), atopi % 1.47 (44 birey), liken planus ve likenoid hastalıklar % 1.37 (41 birey), pitriyazis rozea % 1.33 (40 birey), büllü hastalıklar % 1.27 (38 birey) ve pitriyazis kapitis % 0.23 (7 birey) olarak bulunmuştur.

- Hastalıklar ile oral mukozal bulgular arasında şu sonuçlar elde edilmiştir:

Akneiform erüpsiyon grubunda cinsiyet ve yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) belirlenmiş olup en yüksek oranda 30-40 yaş aralığında gözlenmiştir. Bu grupta en yaygın görülen oral mukozal bulgular sırasıyla; skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil olarak belirlenmiştir.

Atopi ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş olup en sık 20-30 yaşlar arasında gözlenmiştir. Oral mukozal bulgular arasında en sık skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil tespit edilmiştir.

Behçet sendromu ile yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş olup en sık 30-40 yaş arasında görülmüştür. En sık görülen oral mukozal bulgular; oral aft ve skrotal dil olarak belirlenmiş, Behçet sendromu ile oral aft arasında önemli ilişki ($p<0.01$) tespit edilmiştir.

Büllü hastalıklar grubunda sık görülen oral mukozal bulgular sırası ile; erozyon ve bül, skrotal dil ve kandidiazis olarak tespit edilmiştir.

Deri enfeksiyon hastalıkları grubunda sık görülen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil olarak tespit edilmiştir.

Dudak ve ağız boşluğu hastalıkları grubunda, oral aft ve skrotal dil en sık görülen oral mukozal bulgular olarak tespit edilmiştir.

Egzemalar ile cinsiyet ve yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur. En sık bayanlarda ve 30-40 yaş grubunda gözlenmiştir. Bu hastalık grubunda en sık görülen oral mukozal bulgular sırasıyla; skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil'dir.

Kserozis kutis ile cinsiyet ve yaş grupları arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuştur. Bayanlarda daha sık gözlenen kserozis kutis, en sık 30 40 yaş aralığında görülmüştür. Bu grupta sık görülen oral mukozal bulgular sırası ile; skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil olarak tespit edilmiştir.

Liken planus ve likenoid hastalıklar grubunda oral mukozal bulgular arasında skrotal dil ve oral liken planus en sık görülen bulgular olmuştur.

Pitriyazis kapitis grubunda oral mukozal bulgu gözlenmiş fakat istatistiksel olarak önem arz etmemiştir

Pitriyazis rozea grubunda oral mukozal bulgu olarak skrotal dil ve coğrafik dil sık gözlenmiş ancak istatistiksel olarak önem arz etmemiştir

Pruritus, prurigo ve psikiyatrik hastalık grubunda en sık görülen oral mukozal bulgular skrotal dil, sublingual varis ve Fordyce lekeleri olarak tespit edilmiştir.

Psöriyazis ve benzeri hastalıklar grubunda oral mukozal bulgular arasında; skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil en sık gözlenen bulgular olmuştur.

Seboreik dermatit grubunda, skrotal dil ve coğrafik+skrotal dil oral mukozal bulgular arasında en sık gözlenenler olmuştur.

Ürtiker+Anjioödem grubunda oral mukozal bulgu olarak en yaygın skrotal dil gözlenmiş fakat istatistiksel olarak önem arz etmemiştir

Tüm bu hastalıklar dışında kalan hastalıkların oluşturduğu diğer hastalıklar grubu ile cinsiyet arasında önemli ilişki ($p<0.01$) bulunmuş, yaş grupları ile arasında ilişki bulunmamıştır. Diğer hastalıklar bayanlarda daha sık gözlenmiştir. Oral mukozal bulgular arasında en sık skrotal dil, coğrafik dil ve coğrafik+skrotal dil belirlenmiştir.

Sonuç itibariyle, çalışmamızda dermatoloji polikliniğimize başvuran 3000 hastanın dermatolojik hastalıkları, bu hastalıkların spesifik oral lezyonlarla ilişkisi, oral mukozal bulguların görülme sıklığı, bunların yaş ve cinsiyet ile ilişkileri araştırılmış ve aralarındaki ilişkiler açısından önemli sonuçlar elde edilmiştir. Aynı zamanda sağlıklı bireylerde de oral mukozal bulguların görülme sıklığı, yaş ve cinsiyet ile ilişkisi ve bunların görülme sıklıkları araştırılmış, sağlıklı populasyonun oral mukozal bulguları açısından önemli bilgiler elde edilmiştir. Çalışmamızın, farklı populasyonlar üzerinde yapılan oral mukozal bulguların görülme sıklığı ve hastalıklarla ilişkilerini araştırarak diğer çalışmalara önemli bir kaynak oluşturacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Andreasen JO, Pindborg JJ, Hjorting-Hansen E, Axell T. Oral health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiological studies on oral disease. *Int Dent J.* 1986; 36: 207-214.
- 2- Rogers RS III, Bruce AJ. The tongue in clinical diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2004; 18: 254-259.
- 3- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Diseases of the Lips and Oral Mucosa In *Dermatology*, II. Ed. New York Springer-Werlag. 2000; 1162-1194.
- 4- Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalance of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med.* 2004; Jan; 33(1): 17-22.
- 5- Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Diseases.* 2005; 11: 81-87.
- 6- Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T, Yesildal N, Anul H, Aydoğan I, Cetinkata R, Kavak A. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Diseases.* 2006; 12(6): 553-558.
- 7- Joseph KB, Savage NW. Tongue Pathology. *Clin in Dermatol.* 2000;18: 613-618.
- 8- Salonen I, Axell T, Hellden L. Occurence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med.* 1990; 19: 170-176
- 9- Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-1987. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22: 243-253.
- 10- Gupta PC, Murti PR, Bhonsle RB, Mehta FS, Pindborg JJ. Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10-yr follow-up study of 12,212 user. *Oral Dis.* 1995; 1: 54-58
- 11- Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Diseases.* 2003; 9: 188-195.
- 12- Ramirez-Amador VA, Esquivel-Pedraza L, Orozco-Topete R. Frequency of oral conditions in a dermatology clinic. *Int J Dermatol.* 2000 Jul; 39(7): 501-505.

- 13- Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Diseases*. 2006 July; 12(4): 381-386.
- 14- Güneş AT, Özkan Ş, Kınacıgil RT, Bozkurt E. *Lingua Geographica*. *Türkderm (Deri Hast Frengi Arş)*. 1994; 28(2): 67-71.
- 15- Ullmann W. Correlation between exfoliatio linguae areata and atopy. *Hautartz*. 1981; 32(12): 629-631.
- 16- Aydingöz İE, Kocayan N. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda benign migratuvar glossit araştırması. *T Klin. Dermatoloji*. 2002; 12: 85-90.
- 17- Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhlyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis:a controlled study. *BMC Dermatol*. 2004; 4: 16.
- 18- Hietanen J, Salo OP, Kanerva L, Juvakoski T. Study of the oral mucosa in 200 consecutive patients with psoriasis. *Scand J Dent Res*. 1984; 92: 50-54.
- 19- Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol*. 2006 Mar; 31(2): 192-195.
- 20- Mazmanoğlu N. Psöriyazisli hastalarda oral mukoza lezyonlarının sınıflandırılması ve görülme sıklığı. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2005.
- 21- Kurku TZ, Tamer E, Yalçın B, Polat M, Gür G, Allı N. Psöriyazisde Dil bulgularının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol*. 2007; 17: 82-86.
- 22- Yeniev F. 1000 dermatolojik hastada dil bulguları.SSK Şişli Etfal Hastanesi Deri ve Zührevi hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 1986.
- 23- Roy S, Rogers III and David A. Mehregan. Disorders of the oral cavity. In Samuel L Moschella, Harry J Hurley (eds). *Dermatology*. USA: W.B. Saunders Company, 1992: 2087-2121
- 24- Özbayrak S. oral mukozanın yapısı, özellikleri ve lezyon tanısı. *Ağız hastalıkları Atlası*. İstanbul, Quintessence Yayıncılık Ltd. Şti. 2003: 1.
- 25- Tüzün Y, Tüzün B, Enver Ö. Dudak ve Ağız Boşluğu hastalıkları. *Dermatoloji Kitabı*. Editörler: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 1994: 537-554.
- 26- Guequierre JP, Wright CS: Pitriyazis rosea with lesion on mucous membranes. *Arch Dermatol*. 1941; 43: 1000-1003.

- 27- Pack ARC. Dental services and needs in developing countries. *Int Dent J.* 1998; 48 (suppl.): 239-247.
- 28- Kulak-Özkan Y, Özkan Y, Kazazoğlu E, Arıkan A. Dental caries prevalence, tooth brushing and periodontal status in 150 young people in İstanbul: a pilot study. *Int Dent J.* 2001; 51: 451-456
- 29- Redman RS. Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3,611 Minnesota schoolchildren. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol.* 1970; 30: 390-395.
- 30- Aboyan V, Ghaemmaghami A. The incidence of fissured tongue among 4,009 Iranian dental outpatients. *Oral Surg.* 1973; 36: 34-38.
- 31- Corell RW, Wescott WB, Jensen JL: Nonpainful, erythematous, circinate lesions of a protean nature on a fissured tongue. *J Am Dent Assoc.* 1984; 109: 90-91.
- 32- Fucci D, Petrosino L, Musto R, Townsend: Geographic tongue; Report of a case showing significant reduction in lingual tactile sensitivity. *J Laryngol Otol.* 1984; 98: 321-324.
- 33- Kenneth Mark Anderson, Parish Sedghizadeh, Carl M Allen, Charles Camisa. Hair, Nails and Mucous Membranes: oral Disease. In Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology.* Spain: Mosby. 2003; 1079-1098.
- 34- McNally M, Langlais RP. Conditions peculiar to the tongue. Disorders affecting the oral cavity. *Derm Clinics.* 1996; 14(2): 257-272.
- 35- Darwazeh AM, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in a Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993 Oct; 21(5): 323-324.
- 36- Scully C. The oral cavity. In Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL; Burns DA, Breathnach SM, Eds. *Textbook of Dermatology*, 6th Ed. Oxford: Blackwell Science. 1998: 3102-3104.
- 37- Banoczy J, Rigo O, Albrecht M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21: 224-226.
- 38- Jainkittivong A, Langlais RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. *J Contemp Dent Pract.* 2005 February; (6)1: 123-135.
- 39- Corbet EF, Holmgren CJ, Phillipsen HP. Oral mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22: 392-395

- 40- Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*. 2002; 8: 218-223.
- 41- Avcu N, Sungur A, Andaç O. The comparison of therapeutic modalities the factors related with etiology of hairy tongue. *J Hacettepe Faculty Dent (Turkish)*. 1999; 23: 38-46.
- 42- Nevalainen MJ, Narhi TO, Ainoma A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil*. 1997; 24: 332-337.
- 43- Kulla-Mikkonen A, Mikkonen M, Kotilainen R. Prevalence of different morphologic forms of the human tongue in young Finns. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol*. 1982; 53: 152-156.
- 44- Salonen I, Axell T, Hellden L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med*. 1990; 19: 170-176
- 45- Pindborg JJ. State of the art. Section II. Diseases of the oral mucous membranes. In: Millard HD, Mason DK, eds. *Perspectives on 1988 World Workshop on oral Medicine*. Chicago, Illionis: Year Book Medical Publishers. 1989: 51-53.
- 46- Eversole LR. Review of the literature. Section II. Diseases of the oral mucous membranes. In: Millard HD, Mason DK, eds. *Perspectives on 1988 World Workshop on oral Medicine*. Chicago, Illionis: Year Book Medical Publishers. 1989: 54-60
- 47- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatitis In Dermatology*, II. Ed. New York Springer-Werlag, 2000, 457-520.
- 48- Kay MH, Rapini RP, Fritz KA. oral lessions in pitriasis rosea. *Arch Dermatol*. 1985; 121: 1449-1451.
- 49- Vidimos AT, Camisa C. Tongue and cheek: oral lesions in pitriasis rosea. *Cutis*. 1992; 50: 276-280.
- 50- Butterworth T. Pitriasis rosea, clinical varieties and etiology. *Penn Med J*. 1935; 38: 400-403.
- 51- Trigonides G, Marcopoulos AK, Constantinidis AB. Dermal psoriasis involving the oral cavity. *J Oral Med*. 1986; 41: 98-101.
- 52- Younai FS, Phelan JA. oral mucositis with features of psoriazis report of a case and review of the literature. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod*. 1997; 84: 61-67.

ÖZGEÇMİŞ

Erzurum doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Erzurum’da tamamladıktan sonra 1992 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne girmeye hak kazandım. 1998 yılında aynı fakülteden mezun oldum. 2 yıl Erzurum Verem Savaş Dispanseri’nde pratisyen hekimlik yaptım. 2000 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Bölümünü kazandım. Bu bölümde iki yıllık uzmanlık eğitimimi tamamladıktan sonra 2002 Eylül TUS sınavı ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Bölümünü kazandım ve ihtisasa başladım. Halen bu bölümde göreve devam etmekteyim.

Dr. Handan BİLEN

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
ERZURUM

**DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE ORAL
MUKOZAL BULGULARIN GÖRÜLME SIKLIĞI ve
DERMATOZLARLA İLİŞKİSİ**

Dr. Handan BİLEN

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 20.12.2002
Uzmanlık Eğitimine Bitirme Tarihi : 28.02.2008
Uzmanlık Sınavı Tarihi : 28.02.2008
Tez Danışmanı : Prof. Dr. M. Teoman ERDEM
Jüri Başkanı : Prof. Dr. Şevki ÖZDEMİR
Jüri üyesi : Prof. Dr. Akın AKTAŞ
Jüri üyesi : Prof. Dr. Refik Ali SARI
Jüri üyesi : Doç. Dr. Serpil EROL

Prof. Dr. Şevki ÖZDEMİR

Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Subat 2008
ERZURUM