

Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon Bağlantılı Yanan Ağız Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Etem Erdal Erşan¹

ÖZET:

Anksiyete bozukluğu ve depresyon bağlantılı yanan ağız sendromu: Bir olgu sunumu

Yanan Ağız Sendromu (YAS); oral mukozanın klinik olarak normal olması ile birlikte tat değişiklikleri ve ağızda yanma hissi ile karakterize süregelen bir hastalıdır. Etiyolojisinde depresyon ve anksiyete gibi psikojenik etmenler önemli yer tutmaktadır. Daha çok ileri yaşlarda kadınlarda görülmektedir. Olgu 56 yaşında kadın hasta idi. Yakınmaları 10 sene önce mide ağrısı ve ağızda yanma şikâyetleriyle başlamış, son 4 ayda ise tekrar çok şiddetli bir şekilde ortaya çıkmış. Hastanın yapılan klinik ve laboratuvar bulgularına göre lokal ya da sistemik organik bir neden saptanmadı. Yapılan ruhsal değerlendirmede ise, olgumuzda yeğenin evlenip gitmesi (sevilen birinin kaybı), babasının maaşıyla geçinmesi, herhangi bir işte çalışmaması akraba ve çevresel desteğin olmaması (sosyoekonomik anlamda yetersizlik ve sosyal destek kaybı), hala annesinden izinsiz bir şey yapamaması, ona göre davranması (kabaca günlük etkinliklerinde annesine bağımlılık) gibi durumların özellikle depresyon olmak üzere psikiyatrik belirtiler ile ilişkili olduğu gözlemlendi. DSM IV ölçütlerine göre yapılan klinik görüşme sonucu depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konuldu. Depresyon ve anksiyete şiddetini değerlendirmek için uygulanan Beck Anksiyete Ölçeğinde orta düzeyde anksiyete (BAÖ=17) ve Beck Depresyon Ölçeği'nde orta düzeyde (BDÖ=20) depresyon bulundu. Hastaya depresyon ve anksiyetesi için YAS'nda da etkinliği gösterilmiş olan sertraline 50 mg/gün ve uyku problemi için trazodon 50 mg/gün başlandı. Ek olarak hastaya bireysel destekleyici tedavi uygulandı. Kontrol muayenesinde şikâyetlerinin belirgin olarak azaldığı ve BAÖ puanının 9'a, BDÖ puanının 11'e düştüğü görüldü.

Bu olguda YAS olan bir hastanın anksiyete bozukluğu ve depresyon bağlantısının literatür ışığında tartışılması amaçlanmıştır. Sonuç olarak özellikle ağız yakınmaları olan başta kadınlar olmak üzere yaşlılarda, organik etiyolojik etmenler dışlandıktan sonra psikojenik etmenler akla gelmelidir. Ayrıca multidisipliner yaklaşımın önemi ortaya çıkmaktadır. Bu tür hastalar tespit edildiğinde ruhsal bozukluk açısından değerlendirme yapılmalı ve bu yönde tedavi düzenlenmelidir.

Anahtar sözcükler: yanan ağız sendromu, anksiyete bozukluğu, depresyon

Journal of Mood Disorders 2013;3(2):77-81

ABSTRACT:

Burning mouth syndrome with anxiety disorder and depression: a case report

Burning mouth syndrome is a chronic disease characterized by taste change and burning mouth feeling with oral mucosa, which is clinically normal. In the etiology of this disease, psychogenic factors such as depression and anxiety are significant. It is frequently detected in the older female patients. Our patient was a 56-year-old female. The complaints of this patient initiated with stomachache and burning mouth 10 years ago, and such complaints recurred severely within the last 4 months. According to the clinical and laboratory results of the patient, no local or systemic organic underlying reason could be detected. In the psychological evaluation of our patient, such situations as the marriage and leaving of nephew (loss of a beloved person), life dependent upon father's wage, and unemployment, lack of support by the relatives and society (deficiency in socioeconomic life and lack of social support), mother's permission depending life and relevant behaviors (depending roughly upon the mother in daily routines) were detected to be associated with psychiatric effects particularly depression. Based upon the DSM IV criteria, a clinical negotiation was done and accordingly depression and generalized anxiety disorder were diagnosed. In Beck's Anxiety Scale medium grade anxiety (BAS=17) and in Beck's Depression Scale medium grade depression (BDS=20) were detected. Sertraline 50 mg/day for burning mouth syndrome and trazodone 50 mg/day for sleeping problem were administrated as well as for depression and anxiety. Additionally, individual support treatment was applied to the patient. It was detected in the control examination that BAS score was reduced to 9 and BDS score was reduced to 11.

In this study, we intended to discuss the anxiety disorder and depression connection of the patient presenting with burning mouth syndrome. In conclusion, following the exclusion of organic etiology factors in the old patients particularly presenting with burning mouth disorders, psychological factors should be considered. In addition, the importance of multidisciplinary approach is stressed. When such patients are detected, psychological analysis should be done and relevant treatment should be arranged.

Key words: burning mouth syndrome, anxiety disorder, depression

Journal of Mood Disorders 2013;3(2):77-81

¹Uzman Doktor, Sivas Numune Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Sivas-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Etem Erdal Erşan, Numune Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Sivas-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-324-2445
Faks / Fax: +90-346-225-3939

Elektronik posta adresi / E-mail address: eerdalersan@hotmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 19 Mayıs 2013 / May 19, 2013

Bağıntı beyanı:

E.E.E.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Declaration of interest:

E.E.E.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Yanan Ağız Sendromu (YAS); oral mukozanın klinik olarak normal olması ile birlikte tat değişiklikleri ve ağızda yanma hissi ile karakterize süregelen bir hastalıktır (1,2).

YAS oldukça yaygın bir sorundur ve herhangi bir zamanda yetişkin nüfusun %1-5'ini etkilediği tahmin edilmektedir (3). Postmenopozal kadınlarda sıklığı %18-33 olarak tahmin edilmektedir (4). Tipik olarak 60 yaş üzeri orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda sık görülür (1,3,5). YAS aylar ve yıllar boyunca oral disesteziye neden olan psikosomatik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (5).

YAS'de şikâyetler daha çok kendiliğinden ortaya çıkar. Medikal tedaviler sonrası, diş tedavileri sonrası, stresli veya duygusal olaylardan sonrada şikâyetler ortaya çıkmaktadır (6).

Hastalığın patofizyolojisi hala bilinmemektedir (1). Genelde idiopattiktir, yanan ağız belirtilerine neden olan B vitamini eksikliği, lokal ve sistemik etmenler (enfeksiyonlar, alerjiler, kötü takılmış protezler) (7), aşırı duyarlılık reaksiyonları (2), vitamin eksiklikleri (8) ve psikojenik etmenler ön plandadır (9,10).

YAS'de; psikojenik etmenlerin başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir (11). İleri yaşlarda depresyonu olan kişilerde sık görülür (3). İleri yaşlardaki depresyonda; sevilen birisinin kaybı, işlevsel yetersizlik, süregelen fiziksel hastalık, günlük yaşam etkinliklerinde başkalarına bağımlılık, otonomi kaybı, ekonomik yetersizlik ve sosyal destek kaybıyla ilgilidir (12-15).

Bu çalışmada son dönemde yaşadığı bir ayrılıktan sonra ortaya çıkan anksiyete ve depresyon belirtileri ön planda olan ağızda yanma, garip tat hissi gibi daha çok YAS'de görülen belirtileri olan, bir kadın olgu tartışılmıştır. Bu olguda ayrılık anksiyetesinin bu belirtileri şiddetlendirmesi dikkat çekici bir özelliktir. Ağızdaki yanma belirtileri nedeniyle devamlı gereksiz bir şekilde psikiyatri dışında bölümlere gidildiğini ve bu sendromun etiolojisinde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların olabileceğini göstermeye çalıştık. Hastamızın bu olgu sunumu için bilgilendirilmiş oluru alınmıştır.

OLGU

Öyküsü: Hastamız; 56 yaşında, bekar, ilkokul mezunu, 5 kardeşin 4.'sü, annesiyle kendilerine ait olan evde babasından kalma maaşla geçimini sağlayarak yaşıyor. Bu yaşına kadar hiçbir işte çalışmamış. İlk şikâyetleri 10 yıl önce başla-

mış, her tarafı ağrıyormuş, kalbinde sancı oluyor kalp hastalığı var diye yorumlarmış, ağızda ve midesinde zaman zaman ekşimeler oluyormuş. Sürekli kendisini düşünür ve dinlermiş, çok yoğun olarak yalnız kalma korkusu varmış. Ölüm korkusu ile bir kez psikiyatrye gelmiş ismini hatırlamadığı bir ilacı 1-2 ay kullanıp bırakmış, şikâyetleri kendiliğinden düzelmiş. Ara ara şikâyetleri oluyor fakat önemsemiyormuş. Ağızdaki şikâyeti genelde mide ağrısından sonra oluyor ağızının tadı olmuyormuş. Son dönemde olduğu gibi şiddetli değilmiş, 1-2 gün ağrır sonra kendiliğinden geçermiş. 4 ay önce yanlarında kalan, kendisinin büyüttüğü yeğeni evlenip ayrılmış. Ondan sonra şikâyetleri artmış. Yeğeni onun bir parçası gibiymiş, yalnız kalmış. Özellikle ölüm korkusu, yalnızlık korkusu ve kendini dinleme artmış, ağızda yanma ve tat alamama şikâyetleri başlamış. Hayattan zevk alamıyor, devamlı kafasına hastalığını takıyor, uykusuzluk, halsizlik şikâyeti oluyor, her an kötü bir şey olacaktıymış hissi varmış. Ağrı ve yanma şikâyetleri günün hemen hemen her anında oluyormuş. Ağızdaki yanma ve acıdan dolayı tat alamıyor, bir şey yiyemiyor. Bu şikâyetler son bir haftadır sürekli oluyor sadece uykuya daldığı zamanlar hafiflediği ya da olmadığı oluyormuş. Daha önce ağızda yanma şikâyetleri olan bir hastayla karşılaşmamış ve böyle bir durumu ilk defa duyuyormuş.

Özgeçmiş ve Soygeçmiş: Hastamızın özgeçmişinde mide rahatsızlığı dışında geçirilmiş hastalık öyküsü, kullanılan ilaç öyküsü (anti hipertansif, anti diabetik ajanlar, ağız içi müdahale (amalgam vs) ve sigara madde kullanımı yoktu. Menapoz 48 yaşında girmiş, ateş basması ve terleme şikâyeti olmuş fakat bu belirtilerle doktora başvurmamış.

Baba 1995 yılında hiperüremi nedeniyle vefat etmiş. Babaya çok düşkün ve babanın kalp rahatsızlığından dolayı bırakıp gitmek istememiş ve bu nedenle hiç evlenmemiş ve buna hiç üzülmediğini söylüyor. Anne 86 yaşında, sağ, diyabet ve hipertansiyon hastasıymış. Anne çok baskıcı, bu yaşta bile bir yere gitmesini istemiyor, bunaltıyormuş. Hastamız hala annesine bağımlı yaşadığını ifade ediyordu.

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşından büyük gösteriyor, giyimi sosyo-ekonomik düzeyine uygundu. Konuşması kendiliğinden ve sorulan sorulara mantıklı cevap veriyordu, konuşma hızı yavaşlamıştı. Bilişsel yetileri doğal, yer, kişi ve zaman yönelimi yerindeydi. Algı bozukluğu saptanmadı. Dikkati hastalığına yönelmişti. Duygulanımı çökkündü. Düşünce süreci yavaşlamış, içeriğinde depresif düşünceler, hastalığına yönelik takıntılar ve özellikle yeğenin ayrılma-

sından kaynaklanan yoğun anksiyetesi mevcuttu. Gerçeği değerlendirme yetisi tamdı. Dışa vuran davranışlarında psikomotor huzursuzluk mevcuttu.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları: Hastanın fizik ve nörolojik muayene bulguları normaldi.

Tam biyokimya, Hemogram, sedimantasyon, vitamin B12, folik asit, tiroid fonksiyon testleri, LH, FSH, progesteron, östrojen, RF, ASO ve CRP'ye bakıldı. Hepsi normal sınırlar içerisindeydi. Nöroloji, kulak burun boğaz (KBB), ağız ve diş hastalıkları, dahiliye ve fizik tedavi bölümlerinden konsültasyonlar istendi. Bütün bölümler normal muayene olarak değerlendirdi.

Uygulanan Psikiyatrik Ölçekler: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Somatizasyon Ölçeği (Minnesota Multi Personality Inventory Somatization Scala/MMPI-SS) ve Maudsley Obsesyon Kompulsiyon Envanteri (MOCE) uygulandı. Beck Anksiyete Ölçeğinde orta düzeyde anksiyete (BAÖ=17) ve Beck Depresyon Ölçeği'nde orta düzeyde depresyon (BDÖ=20) saptandı. Somatik ve obsesif şikayetleri olmasına rağmen ölçeklerden (MMPI-SS=5, MOCE=11) aldığı puanlar kesme noktasının altında idi.

Tanı ve Tedavi: Hastanın ağzında olan yanmayı açıklayacak fizyolojik bir neden bulunamaması nedeniyle psikiyatrik bozukluklar düşünüldü. DSM IV ölçütlerine göre yapılan klinik görüşme sonucu depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konuldu. Anksiyete ve depresyon şiddetini değerlendirmek için uygulanan Beck Anksiyete Ölçeğinde orta düzeyde anksiyete (BAÖ=17) ve Beck Depresyon Ölçeği'nde orta düzeyde (BDÖ=20) depresyon tespit edildi.

Depresyon ve anksiyetesini tedavi etmek için ve daha önce YAS'de etkinliği gösterilmiş olan sertralin 50 mg/gün başlandı. Uyku problemine yönelik ise trazadon 50 mg/gün tedaviye eklendi. Yaşadığı sosyal problemler, özellikle ayrılık sonucu oluşan yoğun anksiyetesine yönelik haftalık bireysel destekleyici görüşmeler yapıldı. Bir ay sonraki kontrolde şikâyetlerinde belirgin olarak azalma ve BAÖ puanının 9'a, BDÖ puanının 11'e düştüğü görüldü. Aylık görüşmelere çağrıldı ve bütün kontrollerde iyi olduğunu ifade etti.

Ayırıcı Tanı: Organik neden olarak; KBB, ağız ve diş sağlığı muayenelerinin normal olmasından dolayı; ağız içi enfeksiyonlar ve dişlerle ilgili sorunlardan (dolgu ve protezler), tütün (sigara, puro içmek veya tütün çiğnemek), bazı ilaçların

(alkol içeren ağız gargaraları, metronidazol, antidepresanlar, ACE (açılım?) inhibitörleri, kemoterapi ilaçları vb) kullanımı öyküsü olmadığından, madde kullanımına bağlı bozukluklardan, göz ve ağız bulguları, otoantikorlar (RF, ANA) normal olduğundan dolayı; Sjögren sendromundan, FTR muayenesi ve laboratuvar bulguları normal olduğundan dolayı; skleroderma ve romatoid artrit gibi romatizmal hastalıklardan, gastroenteroloji muayenesi normal olduğundan dolayı; gastroözofajial reflü hastalığından, iç hastalıkları, endokrin muayenesi ve laboratuvar sonuçları normal olduğundan dolayı; iyi kontrol edilmeyen diyabet, demir, folik asit, B12 vitamini ve diğer B vitamin eksiklikleri, çinko eksikliği ve Hipotiroididen, nörolojik muayenesi (kranial sinir muayeneleri) normal olduğundan dolayı; nörodejeneratif hastalıklardan (multipl skleroz vb.), LH, FSH, progesteron, östrojen sonuçları yaşı ile uyumlu olduğundan dolayı; postmenapozal hormon değişikliklerinden ayırt edilmiştir.

Psikiyatrik olarak; öykü, laboratuvar bulguları ve fizik muayene normal olduğundan dolayı; genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğundan, madde kullanım öyküsü olmadığından dolayı; madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğundan, kliniğinde manik belirtiler olmadığından dolayı; iki uçlu bozukluktan, duygudurum belirtilerinin olmadığı en az iki haftalık sürede sanrı ya da varsanılar olmadığından dolayı; şizoaftektif bozukluktan, psikotik belirtiler olmadığından dolayı; şizofreni, sanrısız bozukluk (özellikle somatik tip) ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluktan, DSM IV ölçütlerini karşılamadığı ve uygulanan ölçekler sonucu; somatizasyon bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluktan ayırt edilmiştir.

TARTIŞMA

YAS'de depresyon ve anksiyete gibi psikojenik faktörler; hem etiyolojik açıdan hem de tedavi düzenlenirken önem taşımaktadırlar (11). David ve arkadaşlarına göre psikosomatik bir hastalıktır (5). Yine DSM ve ICD'nin yeni versiyonlarında YAS'nin özellikle somatoform bozukluklar içinde olması gerektiği yönünde değerlendirmeler mevcuttur (16,17).

YAS'li 20 olgunun incelendiği bir çalışmada olguların çoğunluğunda aleksitimi saptanmış ve bu sendromun klinik değerlendirmesinde somatizasyonun dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir (9). Bizim olgumuzda somatik belirtiler ön planda idi. Somatizasyon bozukluğu açısından DSM IV ölçütlerini tam olarak karşılamadı ve uyguladığımız soma-

tizasyon ölçeği puanı kesme noktasının altında idi. Major depresif bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda aleksitimi görülme oranı yüksek olarak bildirilmiştir (18). Ancak olgumuzda aleksitimiye değerlendirmedik. Bu çalışmamızda sınırlılık oluşturan bir durumdur.

Başka bir çalışmada 125 hastanın 24'ünün (%21.4) normal, 52'sinin (%46.4) nevrotik eğilime ve 36'sının (%32.1) depresif bir eğilime sahip oldukları bildirilmiştir. YAS belirtileri 13'ünde (%10.3) stresli veya duygusal olaylardan sonra ortaya çıkmıştır. %50.8 hastada özgül bir psikiyatrik tanı (somatoform bozukluk, ağrı bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, anksiyete bozukluğu, ya da panik bozukluk) mevcuttu. Çalışma sonucunda YAS olanlarda en başta depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Anksiyete grubu hastalıkları da YAS'li hastalarda kontrol grubuna göre fazla bulunmuştur (6).

Literatürde birçok çalışmada bu hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (10,11,19)

Postmenapozal 56 yaşında olan kadın hastamızda anksiyete ve depresyon belirtileri ile ağzındaki yanma, tat alamama şikâyeti 4 ay önce yeğenin evlenip evden ayrılması ile birlikte şiddetleniyor. Ağzıda yanma, ağrı, nahoş ve garip tat hissi belirtileri YAS'de görülen belirtilerdir. Bu sendromun genelde postmenapozal kadınlarda ileri yaşlarda, hastalık süresinin aylar/yıllar ile ifade edilmesi gibi özellikleri olgumuzda da görülmektedir. Bu olguda yanan ağız belirtileri anksiyete ve depresyon kliniğinin bir parçasını oluşturuyor gibi görünmektedir.

Kaynaklar:

1. Speciali JG, Stuginski-Barbosa J. Burning mouth syndrome. *Current Pain and Headache Reports*. 2008;12:279-84.
2. Bergdahl J, Anneroth G, Anneroth I. Clinical study of patients with burning mouth. *Scand J Dent Res*. 1994;102:299-305.
3. Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Orofac Pain*. 2000;14:59-64.
4. Buchanan J, Zakrzewski J. Burning mouth syndrome. *Clin Evid (Online)*. 2008;14:1301.
5. David G, Graciela FB, Miguel AA, Fernando MS. Burning Mouth Syndrome. *International Journal of Dermatology*. 1995;34:483-7.
6. Takenoshita M, Sato T, Kato Y, Katagiri A, Yoshikawa T, Sato Y, Matsushima E, Sasaki Y, Toyofuku A. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6:699-705.
7. Grushka M, Sessle BJ. Burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am* 1991;35:171-84.
8. Lamey PJ, Allam BF. Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. *Br Dent J*. 1986;168:81-4.
9. Bogetto F, Maina G, Ferro G, Carbone M, Gandolfo S. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosom Med*. 1998;60:378-85.
10. Lamey PJ, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1989;67:390-2.
11. Buljan D, Savić I, Karlović D. Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome. *Acta Clin Croat*. 2008;47:211-6.

12. Grant I, Patterson TL, Yager J. Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1254-7.
13. Kurlowicz LH. Social factors and depression in late life. *Arch Psychiatric Nurs*. 1993;7:30-6.
14. Bassuk SS, Berkman LF, Wypij D. Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 ;55:1073-81.
15. Aksüllü N, Doğan S. Relationship of social support and depression in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2004;5:76-84.
16. Creed F. Medically unexplained symptoms – blurring the line between “mental” and “physical” in somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2009;67:185-7.
17. Lowe B, Mundt C, Herzog W, Brunner R, Backenstrass M, Kronmüller K, Henningsen P. Validity of current somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD- 11. *Psychopathology*. 2008;41:4-9.
18. Demet MM, Deveci A, Özmen E, Şen FS, İçelli İ. Major depresif bozukluk tanısı alan hastalarda aleksitiminin belirti örüntüsü üzerine etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 2002;39:67-74.
19. Soto AM, Rojas AG, Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. *Med Oral*. 2004;9:1-7.
20. Vaidya R. Burning mouth syndrome at menopause: Elusive etiology. *J Midlife Health*. 2012;3:3-4.
21. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *J Oral Pathol Med*.1995;24:213-5.
22. Gremeau-Richard C, Woda A, Navez ML, Attal N, Bouhassira D, Gagnieu MC, Lалуque JF, Picard P, Pionchon P, Tubert S. Topical clonazepam in stomatodynia: A randomised placebo-controlled study. *Pain*. 2004;108:51-7.
23. Tammiala-Salonen T, Forssell H. Trazodone in burning mouth pain: a placebocontrolled, double-blind study. *J Orofac Pain*. 1999;13:83-8.
24. Yamazaki Y, Hata H, Kitamori S, Onodera M, Kitagawa Y. An open-label, noncomparative, dose escalation pilot study of the effect of paroxetine in treatment of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107.
25. Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, De Laat A. Management of burning mouth syndrome: Systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;103:1-13.
26. Toyofuku A. Efficacy of milnacipran for glossodynia patients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2003;7:23-4.
27. Femiano F, Scully C. Burning mouth syndrome (BMS): double blind controlled study of alpha-lipoic acid (thioctic acid) therapy. *J Oral Pathol Med*. 2002;31:267-9.