

## Tekrarlayıcı aftöz stomatit ile başvuran sjögren sendromu olgusu\*

Sevcan Uğur, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

## Özet

Tekrarlayıcı aftöz stomatit en sık görülen ağız lezyonudur. Travma, sigara, hormonlar, besinsel yetersizlikler etken faktörler olmasına rağmen etyolojisi kesin bilinmemektedir. Bu çalışmada tekrarlayıcı aftöz stomatit ile başvuran ve yapılan incelemeler sonrasında Sjögren Sendromu tanısı alan 51 yaşındaki kadın bir olgu sunduk. Bu çalışmada tekrarlayıcı aftöz stomatit ile başvuran hastalarda Sjögren Sendromunun da düşünülmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan, Aftöz stomatit, Sjögren sendromu

## Abstract

Recurrent aphthous stomatitis is most common oral lesion. Trauma, smoke, hormones and nutritional insufficiency have been proposed causative factors but it's etiology is uncertain. In this article, we reported a case of Sjögren Syndrome which presented with recurrent aphthous stomatitis. A case was 51 years-old woman who admitted with complaints of recurrent aphthous stomatitis. At our article we emphasize that with the patients who suffer from recurrent aphthous stomatitis one should keep in mind Sjögren Syndrome.

**Key words:** Recurrent, Aphthous stomatitis, Sjögren syndrome

## Genel Tıp Derg 2017;27(4):152-153

Alınan: 05.07.2017 / 17.07.2017 / 13.11.2017

Yazışma adresi: Sevcan Uğur, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

E-posta: drsevcanugur@yahoo.com

## Giriş

Tekrarlayıcı aftözstomatit en sık oral mukozal lezyon olarak değerlendirilir (1). Kadınlarda daha sık görülebilir (2). Tekrarlayıcı aftözstomatit; minör, majör ve herpetiform pre-rezentasyon gösterebilir. Minör form en yaygın görülen tiptir, labiyal ve bukkal mukozada, ağız tabanında, dilin ventral ve lateral yüzeyinde görülür (3). Nedeni bilinmemekle birlikte hormonal değişiklikler, travma, ilaçlar, besin hipersensitivitesi, stres ve sigara kullanımı tekrarlayıcı aftözstomatit ile ilişkili faktörlerdir (4). Anemiye neden olan nutrisyonel yetersizlikler, Behçet sendromu, siklik nötropeni, HIV enfeksiyonu, reaktif artrit, Sweet's sendromu tekrarlayıcı aftözstomatit ile ilişkili sistemik durumlardır. Bizim hastamızda da tekrarlayıcı aftözstomatit minör formda tutulum gösteriyordu. Bu çalışmamızda tekrarlayan aftözstomatit etyolojisinde Sjögren sendromu bulunan bir olguyu inceledik.

## Olgu

51 yaşındaki kadın hasta ağızda tekrarlayan yara ve eklemlerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Oral aftların 8 yıl önce başladığı, ayda 3-4 defa tekrarladığı ve 3-7 gün içinde kaybolduğu öğrenildi. Bir defa genital bölgede ülser ge-

liştiği ancak iz bırakmadığı öğrenildi. Her iki diz, ayak bilekleri, proksimal interfalangeal (PIF) eklemlerde, metakarpofalangeal (MKF) eklemlerde ağrı, her iki el MKF ve PIF eklemlerinde şişlik bulunan hastanın, el eklemlerinde sabah tutukluğu mevcut idi. Romatolojik sorgulamasında ağız kuruluğu, göz kuruluğu, tekrarlayan oral ülser, 1 defa olan genital ülser, artralji mevcut idi. Fotosensitivite, malarraş, alopesi, preterm doğum, abortus, Raynaud fenomeni, derin ventrombozu, arteriyel tromboz, üveit, kas güçsüzlüğü, nörolojik semptom, ateş yüksekliği öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde; her iki el MKF ve PIF eklemlerinde hassasiyet vardı, şişlik yoktu. Schirmer testi 0/0 mm idi. Laboratuvar değerlendirilmesinde Hb 13.8 g/dL, lökosit 3720 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, trombosit 89000 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, sedimentasyon hızı: 7 mm/saat, CRP: 0,12 mg/dL, ANA 1/100 pozitif, ANA tanımlama negatif, Romatoid faktör 9,75 U/mL, Anti CCP negatif, C3 98 mg/dL, C4 23,2 mg/dL, Parvo virüs Ig M negatif, kreatinin 0,6 mg/dL, HLA B51 pozitif idi. Tam idrar tetkikinde eritrositüri, lökositüri, proteinüri yoktu. Hastanın ağız kuruluğu, göz kuruluğu şikayetlerinin olması ve bilateralschirmer testinin 0 mm olması nedeniyle tükrük bezi biyopsisi yapıldı. Biyopsi Chisholm'a göre grade 3 olarak sonuçlandı. Paterji testi negatifti. Oftalmolojik

değerlendirilmede üveit ve sekel değişiklikler saptanmadı. Tekrarlayan oral ülser, bir defa olan genital ülseri ve HLA B51 pozitifliği olan hasta göz tutulumunun olmaması, papülopüstülcilt lezyonlarının olmaması, paterji testinin negatif olması nedeniyle Uluslararası Behçet tanı kriterlerini karşılamıyordu. Hasta mevcut bulgularla Sjögren Sendromu olarak kabul edildi. Hidroksiklorokin 200 mg 2x1 tedavisi verekürrenaftözstomatit için kolşisin tedavisi başlandı.

## Tartışma

Olgumuzdatekrarlayıcı aftözstomatit minör formda tutulum gösteriyordu. Hastadagenital ülserinin tekrarlama-ması, göz tutulumunun, papülopüstüler cilt lezyonlarının, eritemanodozumunun olmaması, paterji testinin negatif olması nedeniyle Behçet sendromu tanı kriterlerini karşılamıyordu.Behçet sendromunun başlangıcı sıklıkla üçüncü dekattadır, daha ileri yaşta başlaması oldukça nadirdir. Hastada semptomların başlangıç yaşı Behçet sendromuna göre daha ileri idi. Behçet sendromunda eklem tutulumu deforme edici ve eroziv olmayan periferikmonoartrit ve oligoartrit şeklindedir. Diz, ayak bileği, el bileği ve dirsek eklemi sırasıyla en sık tutulan eklemlerdir(5).Bizim olgumuzda her iki diz ve ayak bileğinde ağrı olmasının yanında el küçük eklemlerinde tutulumun olması nedeniyle Sjögren sendromu, Romatoidartritvb hastalıklar ayırıcı tanıda düşünöldü. Hastanın muayenesinde artritinin olmaması, RF ve Anti CCP nin negatif olması nedeniyle Romatoidartrit tanısı dışlandı. Behçet sendromu ve Sjögren sendromu birlikteliğini değerlendiren çalışmalarda Behçet sendromu ve Sjögren sendromu birlikteliği gözlenmemiştir(6).Tekrarlayıcı aftözstomatit tedavisinde topikal ve sistemik glukokortikoidler,dapson, kolşisin, talidomid kullanılabilir(7).Tekrarlayıcı aftözstomatit ile başvuran bir hastada ayırıcı tanılar arasında Sjögren Sendromu da düşünölmelidir. Hastalar eklem tutulumu açısından kapsamlı romatolojik muayene ile değerlendirilmelidir.

## Kaynaklar

1. Chavan M , Jain H , Diwan N , et al. Recurrent aphthous stomatitis: a review. J Oral Pathol Med 2012; 41:577-83.
2. Porter SR, Hegarty A, Kaliakatsou F, Hodgson TA, Scully C. Recurrent aphthous stomatitis. Clin Dermatol 2000;18:569-78.
3. Barrons RW. Treatment strategies for recurrent oral aphthous ulcers. Am J Health Syst Pharm 2001;58:41-50.

4. Rogers RS. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristic sand associated systemic disorders.Semin Cutan Med Surg 1997;16:278-83.
5. Hochberg Silman Smolen Weinblatt Weisman Rheumatology 6th edPhiladelphia, PA 19103-2899.
6. Günaydin I, Ustündağ C, Kaner G, et al. Theprevalence of Sjögren'ssyndrome in Behçet'ssyndrome. J Rheumatol 1994; 21:1662-4.
7. ModschiedlerK, WellerM, WörlP, vondenDrieschP. Dapsone and colchicine inhibit adhesion of neutrophilic granulocytes to epidermal sections. Arch Dermatol Res 2000; 292: 3-6.