

REKÜRAN AFTÖZ STOMATİTDE SERUM DEMİRİ VE TOTAL DEMİR BAĞLAMA KAPASİTE DÜZEYLERİ

Dr. Ayfer ÖZKARDEŞ*, Dr. Şükri BALEVİ**, Dr. Hüseyin ENDOĞRU*

* Ankara Onkoloji Hastanesi, ** S.Ü.TF. Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Reküran aftöz stomatit oral kavitenin en sık rastlanılan ülseratif hastalığıdır. Her hasta muhtemel nedenler yönünden araştırılmalıdır. Demir eksikliği ve total demir bağlama kapasitesindeki artış predispozan faktörler olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aft, demir.

SUMMARY

Recurrent aphthous stomatitis is the most common ulcerative disease of the oral cavity. Each patients should be evaluated for possible causes of recurrent aphthous stomatitis. Deficiency of iron, increased total iron-binding capacity may be predisposing factors.

Key Words: Aphthae, iron.

GİRİŞ

Reküran aftöz stomatit oral kavitenin en sık rastlanılan ülseratif hastalığıdır (1,2,3,4,5). Klinik, immünolojik, hematolojik ve mikrobiyolojik araştırmalara rağmen, kesin etyolojik faktörler saptanamamıştır (6,7,8,9). Aftöz stomatitde görülen lezyonlar bazı durum değişikliklerinin mukozal belirtisi olabilir (10, 11). Olguların % 30'unda öykü, fizik muayene ve laboratuvar ile neden bulunabilir (10). Bazı olgularda predispozan faktörler ayırtedilememiştir (12). Predispozan faktörler hastalığın ortaya çıkmasında, seyrinde ve şiddetinde önemlidir (13). Altta yatan nedenlerin ve eksikliklerin düzeltilmesiyle aftöz ve stomatit aktivitesinde düzelmeye ve remisyon gözlenir (10). Hastaların bir bölümünde etyolojide rol oynayabilecek veya predispozan faktör olabilecek hematolojik anormallikler gözlenmiştir (14).

10 ve 40 yaş arasında daha çok görülür (15, 16). Daha önce yapılan çalışmalarda 30 yaşından önce başlama oranı % 67-87 arasında bulunmuştur (8). Populasyonun % 20'sini etkiler (1,5,12,15) ve sosyoekonomik seviyesi yüksek olanlarda prevalansı yüksektir (16).

Aftöz ülserler major, minor, herpetiform görünümde olabilir, ağrılı ve tekrarlayıcı özelliklidir. Genellikle bukkal mukozada çok görülmeyle birlikte labial mukozada, gingivolabial sulkusta, yumuşak damak, dil ve orofarinkste de görülebilir (17).

Etyoloji belirgin değildir ve muhtemelen multifaktoriyeldir (21). Hastaların 1/3'ünde aile anemizi vardır ve HLA-A2, A11, B12, DR2'deki artış hastalarda genetik bazdaki şüpheleri desteklemektedir (18).

B12 vitamini ve folik asit eksikliğini de reküran aftöz stomatitli hastalarda araştırılmalıdır (19). Bunun yanında travma ve stresde etyolojik faktörlerdendir (12). Bazı hastalarda menstrual siklusla ilişki görülmektedir (2,8). Bazılarında ise yiyecek allerjisi düşünülmüş ancak ispatlanamamıştır (20).

Hücrelerde başlatılan immün reaksiyonun reküran aftöz stomatit patogeneğinde rol oynadığı düşünülmektedir (22).

MATERYAL ve METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Polikliniğine 1990-1993 yılları arasında başvuran reküran aftöz 40 kadın ve 24 erkekten oluşan toplam 64 olgu çalışma kapsamına alındı.

Haberleşme Adresi: Dr. Ayfer ÖZKARDEŞ, Onkoloji Hastanesi, ANKARA.

Hastaların yaşları kadın grubunda 15-65 arasında (ortalama 32.7) erkek grubunda ise, 11-61 (ortalama 32.8) idi. Hastalar 2 ay - 30 yıldan beri zaman zaman tekrarlayan aftöz tipte oral ülserasyonlardan yakınmakta idiler. Başka bir hastalığa bağlı aftöz ülserasyonlar çalışmaya alınmadı.

Kontrol grubu olarak yaş bakımından çalışma grubuna uygunluk gösteren 38 kişi ele alındı. 18-57 yaşları arasında (ortalama 32.2) olup aftöz stomatit öyküleri hiç yoktu.

Venöz kan örnekleri diurnal varyasyonu minimize indirmek üzere 08:30 - 10:30 saatleri arasında alındı. Serumları ayrıldı ve serum demiri ile total demir bağlama kapasitesi rutin yöntemlere göre saptandı (4). Serum demiri 72 mikrogram /dl'nin altında ise demir eksikliği olarak değerlendirildi. Serum demiri ölçümünde çift antikorlu çöktürme prensibine dayanan radyoimmünoassay yöntemi kullanıldı. Total serum demir bağlama kapasitesinin 400 mikrogram /dl'nin üzerine çıkması demir bağlama kapasitesinde artma olarak kabul edildi.

İstatistiksel değerlendirmede student's t testi kullanıldı ve değerlendirilmede hasta, kontrol grupları kadın kadına ve erkek erkeğe şeklinde oranlandı.

BULGULAR

Kontrol grubuna göre rekürren aftöz stomatitli grupta serum demiri daha düşük bulundu. 64 kişilik hasta grubunda toplam 37 olguda (%57.8); 40 kadın hastadan 26 olguda (%65); 24 erkek hastadan 11 olguda

(%45.8) serum demiri düşük bulundu. 38 kişilik kontrol grubunun 12'sinde (31.5); 18 kadından 8 olguda (%40) ve 20 erkekten 4 olguda (%22) serum demiri düşük saptandı (Tablo 1).

Total demir bağlama kapasitesi 64 hastadan 6 olguda (%9.3); 40 kadın hastadan 6 olguda (%15) artmıştı, erkek hastalarda artış saptanmadı. Kontrol grubunda total demir bağlama kapasitesi 38 kişiden 2 olguda (%10) artmıştı, erkek grubunda artış saptanmadı. Erkeklerde total demir bağlama kapasitesinde artış yönünden kontrol ve hasta grubunda anlamlı bir farklılık saptanmadı. Erkeklerde total demir bağlama kapasitesinde artış yönünden kontrol ve hasta grubunda anlamlı bir farklılık saptanmadı. Total demir bağlama kapasitesi ile ilgili bulgular Tablo 2'de gösterilmiştir.

Rekürren aftöz stomatitli kadın hastalar ile kontrol grubu kadınlar serum demir bağlama kapasiteleri yönünden karşılaştırıldı. Hasta grubu ortalama değeri 309.4+13.86 mikrogram/dl iken kontrol grubu ortalaması 294.0+14.57 mikrogram/dl ve $p<0.05$ bulundu.

Hasta ve kontrol grubu erkekler serum demir bağlama kapasitesi yönünden karşılaştırıldı. Hasta erkeklerdeki değer 232.84+12.91 mikro gr/dl iken, kontrol grubunda 272.24+15.26 mikro gr/dl bulundu ve $p=0.05$ şeklinde idi.

Kontrol ve hasta grubu erkekler serum demir düzeyi yönünden karşılaştırıldı. Hasta erkeklerde serum demiri 76.22+6.59 mikro gr/dl iken kontrol grubunda 95.4+8.58 mikro gr/dl bulundu ve $p<0.05$ şeklinde idi.

Tablo 1. Rekürren Aftöz Stomatitli hastalarda ve kontrol grubunda serum demiri düzeyleri ortalaması (mikro gr/dl)

	Hasta Grubu (Ort. +S.E.)	P	Kontrol Grubu (Ort. S.E.)	P
Kadın	68.0+5.79	$p<0.05$	91.33 + 9.59	$p>0.05$
Erkek	76.22 + 6.59	$p<0.05$	95.4 + 8.58	$p>0.05$

Tablo 2. Rekürren Aftöz Stomatitli hastalarda ve kontrol grubunda total serum demiri bağlama kapasitesi ortalaması (mikro gr/dl)

	Hasta Grubu (Ort. +S.E.)	P	Kontrol Grubu (Ort. S.E.)	P
Kadın	309.4+13.86	$p>0.05$	294.0+14.57	$p>0.05$
Erkek	232.84 + 12.91	$p>0.05$	272.24+15.26	$p>0.05$

TARTIŞMA

Reküran aftöz stomatitin etyolojisi halen bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar reküran aftöz stomatitli hastalarda demir eksikliğine daha sık rastlandığına dikkat çekmişlerdir, bazı araştırmacılar da söz konusu eksikliğin etyolojide önemli bir rol oynamadığını ileri sürmüşlerdir (2,6,23).

Bu çalışmada reküran aftöz stomatitli hastaların hem kadın hem de erkek grubunda serum demir değerleri anlamlı derecede düşük bulundu. Total demir bağlama kapasitesindeki artış anlamlı bulunmadı.

Wray ve arkadaşları serum demir eksikliği bulunan 15 reküran aftöz stomatitli hastayı oral demir prepatları ile tedavi etmişler ve 8'inde tam remisyona, 7'sinde iyiyeye gidiş görmüşlerdir (24). Olson ve arkadaşları reküran aftöz stomatitli hastaların % 20'sinde hematitik ekseklik bildirmişlerdir (25). Öztürk ve arkadaşları serum

ferritin seviyesi düşüklüğünü hasta grupta daha fazla bulmuşlardır (26). Rogers ve arkadaşları da serum demirindeki eksikliği ele aldıkları hastaların % 31'inde bulmuşlardır (27).

Reküran aftöz stomatit etyolojisinde virüs ve bakterilere yönelik çalışmalar başarısızdır (22,28,29). Kronik enfeksiyonlar demir eksikliğine yol açabilir. Gelişme çağı çocuklarda, hamile ve lohusa kadınlarda demir ihtiyacı artar fakat bizim hasta ve kontrol grubumuzda böyle bir durum yoktu.

Demir eksikliği reküran aftöz stomatitde predispoze faktör veya hastalığı aktive edici faktör olabilir. Bunun için etyoloji araştırırken demir eksikliği de incelenmelidir. Hastalık muhtemelen multifaktöriyeldir. Bunun için eksik olanlar tamamlanmalı, enfeksiyon varsa tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Arnold HL, Odom RB, James WD. *Andrews Disease of the skin* 8 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990; 938-940.
2. Chawda JG, Shah RW, Doshi JJ. *Recurrent Aphthous Ulcer*. Surendranagar: Academic Press, 1983: 14-15.
3. D'ambrosio JA, Fotos PG. *Topics in Oral diagnosis*. The Dental Clinics of North America. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992: 906-908.
4. Hutton KP, Rogers RS. *Recurrent Aphthous Stomatitis*. *Dermatol Clin*. 1987; 5: 761-768.
5. Moschella SL, Hurley HJ. *Dermatology*, 3 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992:2097-2099.
6. Gürler A, Gül Ü, Kundakçı N, Çolakoğlu Ü, Yalçın E, Anadolu R., *Reküran Aftöz Ülserli Olgularda Behçet Hastalığı İnsidansı*. XII. Dermatoloji Kongresi, 1988: 51-59.
7. Porter SR, Scully C. *recurrent Aphthous Stomatitis on Overview of Etiopathogenesis and management*. *Clin and Derm* 1990; 16: 235-243.
8. Rennie JS, Reade PC, Scully C. *Recurrent Aphthous Stomatitis*. *Br Dent J* 1985; 159: 361-367.
9. Santis HR. *Aphthous Stomatitis and its Management*. *Curr opin Dent* 1991; 1:% 763-768.
10. Josell SD, Abrams RG. *The Pediatric Clinics of North America*. 1 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1991: 1256-1257.
11. Maddin S. *Current Dermatologic Therapy*. 2 nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1991: 23-25.
12. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJ. *Textbook of Dermatology*. London: Blackwell Sci Pub 1992: 2709-2712.
13. Bell GF, Rogers RS. *Observations on the Diagnosis of Recurrent Aphthous Stomatitis*. *Mayo Clin Proc* 1982; 57: 297-302.
14. Field A, Rotter E, Speechley JA, Tyldesley WR. *Clinical and Hematological Assessment of Children with Recurrent Aphthous Ulceration*. *Br Dent J* 1987; 163: 19-22.
15. Ertuğrul N. *Pediatric*. 1. Baskı. İstanbul: Noel Tıp Kitabevi 1990; 816.
16. Balciunas BA, Kelly M, Siegel MA. *Clinical Management of Common oral lesions*. *Cutis* 1991; 47: 31-36.
17. Dündar S. *Recurrent Aphthous Stomatitis*. *J Dermatol* 1987; 28:143.
18. Pedersen A. *Are Recurrent Oral Aphthous Ulcers of Viral Etiology*. *Med Hypotheses* 1991; 36: 206-210.
19. Palopoli J, Waxman J. *Recurrent Aphthous Stomatitis and Vitamin B12 Deficiency*. *Southern Med J* 1990; 83: 475-477.
20. Paperella S, Gluckman M. *Otolaryngology*. 3 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1991: 2004-2006.
21. Maurice M, Mikhail W, Aziz M, Barsoum M. *Etiology of Recurrent Aphthous Ulcers*. *The J of Laryngo and Oto* 1987; 101: 91-920.

22. Aksoy D. Aftöz Stomatit Etiyopatogenez ve Tedavsiine Genel Bir Bakış. Türk J Dermatol 1992; 2: 103-106.
23. Öztürk G, Erboz S, Günay S, Özkılıç H. Rekürren Aftöz Stomatit de Serum B12, Folik Asit, Demir ve Ferritin Düzeyleri. Deri Hast ve Frengi Arşivi 1992; 266: 13-16.
24. Wray D, Ferguson MM, Hutcheon AW, Dagg JH. Nutritional Deficiencies in Recurrent Aphthae J Pathol 1978; 418-423.
25. Olson JA, Feinberg I, Silverman S, Abrams D, Greenspan JS. Serum Vitamin B12, Folate Iron Levels in Recurrent oral Ulceration. Oral Surg 1982; 512-520.
26. Nolan A, Mc Intosh, Lamey PJ. oral Pathol Mod 1991; 20: 389-391.
27. Rogers RS- Hutton KP. Screening for Haematinic Deficiencies in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. Aust J Derm 1986; 27: 98-103.
28. Hoover CL, Olson JA, Greenspan JS. Humoral Responses and Crossreactivity to Viridans Streptococci in Recurrent Aphthous Ulceration. J Dent Res 1986; 65: 1101-1004.
29. Lindeman RA, Riviere GR. Secretory and Serum Antibody Responses to Oral Bacterial Antigens Associated with Recurrent Aphthous Ulceration. J Oral Med 1986; 41: 75-78.