

Rekürren Aftöz Stomatit Hastalarında Temporomandibular Eklem Disfonksiyonunun Araştırılması

Investigation of Temporomandibular Joint Dysfunction in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis

Bilgehan KOLUTEK AY¹ , Mustafa TUNA¹ 

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Şanlıurfa, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Ağız içi ağrılı ve kronik bir durum olan Rekürren Aftöz Stomatit hastalığında hastalar yemek yemede ve ağız açıp kapamada zaman zaman güçlük yaşayabilmektedir. Ağrılı olan Rekürren Aftöz Stomatit temporomandibular eklem çevresindeki kaslarda spazma neden olabilmektedir. Bu sebepten Rekürren Aftöz Stomatit hastalığı olan kişilerde temporomandibular eklem etkilenebilirliğini belirlemek için Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu araştırmasını planladık.

Materyal ve metod: Çalışmaya Deri ve Zührevi Hastalıklar uzmanı tarafından Rekürren Aftöz Stomatit tanısı almış, çalışma kriterlerine uyan 50 hasta grubu ve 50 sağlıklı gönüllüden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin hepsine Fonseca Anamnestik Anketi uygulandı. Fonseca Anamnestik Anketi'nde temporomandibular eklemde bozukluk çıkan hastalara Helkimo Klinik Disfonksiyon İndeksi uygulanarak Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu'nun şiddeti belirlendi. Çıkan sonuçların hasta grubu ve kontrol grubu olarak karşılaştırmaları yapıldı. Rekürren Aftöz Stomatit ile Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu arasındaki ilişki olup olmadığı incelendi. Bruksizmin Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu ve Rekürren Aftöz Stomatit ile ilişkisi incelendi.

Bulgular: Hasta grubunda bulunanların %52'si erkek ve %48'i kadın olup, kontrol grubunda bulunanların %56'sı erkek ve %44'ü kadındı. Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir. Hasta grubunda Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu ve bruksizm görülme oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Kontrol grubunda Helkimo Klinik Disfonksiyon İndeksi'ne göre şiddetli Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu saptanmazken, hasta grubunda 18 hastada Helkimo Klinik Disfonksiyon İndeksi ciddi olarak bulunmuştur. Oral aft sayısı ile Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu ve bruksizm arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Rekürren Aftöz Stomatit hastalarında bruksizm ve Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Bruksizm, Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu olan hastalarda, Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu olmayan hastalara göre daha yüksek oranda bulunmuş olup, çalışmamız literatürü desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Rekürren Aftöz Stomatit, Temporomandibular Eklem, Bruksizm

Abstract

Background: Patients with recurrent aphthous stomatitis disease, which is a painful and chronic oral condition, may experience difficulty in eating and opening and closing the mouth from time to time. Painful Recurrent Aphthous Stomatitis can cause spasm in the muscles around the temporomandibular joint. For this reason, we planned the Temporomandibular Joint Dysfunction study to determine whether the temporomandibular joint is affected in people with Recurrent Aphthous Stomatitis disease.

Materials and Methods: A group of 50 patients who were diagnosed With Recurrent Aphthous Stomatitis by a Dermatology and Venereal Diseases specialist and met the study criteria and a control group consisting of 50 healthy volunteers were included in the study. The Fonseca Anamnestic Questionnaire was administered to all patients and healthy volunteers. The severity of Temporomandibular Joint Dysfunction was determined by applying the Helkimo Clinical Dysfunction Index to patients with temporomandibular joint disorders in Fonseca Anamnestic Questionnaire. The results were compared between the patient group and the control group. The relationship between Recurrent Aphthous Stomatitis and Temporomandibular Joint Dysfunction was examined. The relationship of bruxism with Temporomandibular Joint Dysfunction and Recurrent Aphthous Stomatitis was examined.

Results: Of those in the patient group, 52% were men and 48% were women, while 56% of those in the control group were men and 44% were women. There was no significant difference between the groups in terms of gender. The incidence of Temporomandibular Joint Dysfunction and bruxism in the patient group was found to be significantly higher than in the control group ($p<0.001$). While no severe Temporomandibular Joint Dysfunction according to Helkimo Clinical Dysfunction Index was detected in the control group, Helkimo Clinical Dysfunction Index was found to be severe in 18 patients in the patient group. No significant correlation was found between the number of oral aphthae and Temporomandibular Joint Dysfunction and bruxism.

Conclusions: Bruxism and Temporomandibular Joint Dysfunction were found to be significantly higher in Recurrent Aphthous Stomatitis patients compared to the control group. Bruxism was found at a higher rate in patients with Temporomandibular Joint Dysfunction than in patients without Temporomandibular Joint Dysfunction, and the literature of our study is supported.

Key Words: Recurrent Aphthous Stomatitis, Temporomandibular Joint, Bruxism

Sorumlu Yazar/Corresponding Author

Dr. Bilgehan KOLUTEK AY
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
Şanlıurfa, TÜRKİYE

E-mail: bilgehankolutek@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 16.11.2022

Kabul tarihi / Accepted: 17.01.2023

DOI: 10.35440/hutfd.1205600

Giriş

Rekurren Aftöz Stomatit (RAS) oral mukozada ağrılı yuvarlak, oval ülserasyonlarla karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %5 ile %25 arasında değişmektedir. Görülme sıklığı cinsiyet farkı gözetmezken, 2. dekada artmakta olup 3. dekada pik yapmaktadır (1). Hastalık minör aft, majör aft ve herpetiform ülser olmak üzere 3 ayrı klinik tabloda kendini gösterebilmektedir. Etyopatogenezi tam aydınlatılamamış olup multifaktöryel olduğu düşünülmektedir. Hastaların immünolojik ve hormonal durumu, hastalarda tespit edilen demir eksikliği, B12 eksikliği, folat eksikliği gibi durumlar RAS için predispozan durum olup, genetik yatkınlık, travma ve stres gibi faktörler RAS oluşumunu kolaylaştırmaktadır (2). Ağrı hastalarda görülen temel klinik semptom olup, yutkunma, çiğneme gibi oral fonksiyonlarda zayıflıkların oluşmasına sebep olabilmektedir. Tanısı anamnez ve lezyonun tipik görünümüne göre konur. Rekurrens göstermesi, kendini sınırlaması, tipik görüntüsü ve ağrılı oluşu temel özellikleridir. Aftlar skar bırakmadan 2 hafta içinde iyileşmektedir. Tedavisinde topikal ilaçlar kullanılabilir. Hastalardaki predispozan faktörlerin tedavisi de gerekebilir (3, 4).

Temporomandibular Eklem Disfonksiyonu (TMED) çene ekleminde ağrı, eklem hareket açıklığı azalması ile kendini gösteren bir fonksiyon bozukluğudur. Toplumda görülme sıklığı %10-15 düzeyindedir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat sık rastlanmakta olup 20'li yaşlar ile 40 yaş arası pik yapmaktadır (5). TMED hastalarında baş önde postür, migren, fibromiyalji, bruksizm, irritable barsak sendromu gibi durumlara da rastlanabilmektedir. TMED'na etyolojik açıdan bakıldığında multifaktöryel olduğu, sosyal, duygusal ve kognitif komponentinin olduğu gösterilmiştir. TMED'nda çiğneme kaslarına ait miyofasyal ağrı, kas spazmı, kasın ko-kontraksiyonu gibi durumlar görülebilmektedir. Temporomandibular eklem kendisine ait disk deplasmanları, dislokasyon, eklem yapısal uyumsuzluğu gibi durumlar görülebilmektedir. Temporomandibular eklemi etkileyen inflamatuvar patolojiler, eklem yüzeyinin yapısal uyumsuzluğu, kronik mandibular hipomobilete ve gelişimsel bozukluklar gibi klinik durumlar TMED yapabilmektedir (6). TMED'nu taklit eden diş çürükleri ve apseleleri, liken planus, herpes zoster, herpes simpleks, sinüzit ve trigeminal nevralji gibi durumlar da temporomandibular eklem (TME) ağrısı yapabilmektedir (7). TMED araştırmalarında Fonseca Anamnestik Anketi (FAA), Helkimo Klinik Disfonksiyon İndeksi (HKDİ) ve Temporomandibular Rahatsızlık Araştırma Teşhis Kriterleri kullanılır (8, 9).

Bruksizm, American Academy of Sleep Medicine 2014 kriterleri tarafından belirlenen kriterler çerçevesinde tanısı konan parafonksiyonel bir alışkanlık olarak değerlendirilen bir tanıdır. Hastalarda uyku esnasında gözlenen istemsiz, ritmik çiğneme kası aktivitesidir. Bruksizm diş ve oral yapıları etkilemekle kalmayıp çiğneme kaslarında ağrı, disfonksiyon, konuşma ve yutma bozuklukları, yorgunluk ve baş ağrısı gibi durumlara da sebebiyet verebilmektedir.

Kırıklara, muskuloskeletal sistemde ağrı ve disfonksiyonlara, çiğneme, konuşma, yutma ve oral fonksiyon problemlerine,

yorgunluk ve temporal baş ağrılarının neden olabilmektedir. Bruksizmin görülme sıklığının yetişkinlerde % 9, çocuklarda % 14-20, 18-29 yaş arası genç yetişkinlerde % 13, 60 yaş üstü grupta ise ortalama % 3 civarında olduğu bildirilmiştir (10). Magnusson ve ark. yaptığı, 20 yıl boyunca takip edilen 420 bireyin incelendiği bir çalışmada bruksizm ile TMED arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (11).

Biz bu çalışmada RAS hastaları ile sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunu TMED varlığı ve bruksizm açısından araştırdık. Oral aft, TMED ve bruksizm ilişkisini inceledik. Literatürde RAS hastalarına spesifik TMED araştırması yapılan ilk çalışmadır.

Materyal ve Metod

Çalışmamıza Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındıktan sonra Deri ve Zührevi Hastalıkları uzman hekimi tarafından RAS tanısı alan, aktif oral aftı olmayan, bilinen ağız içi döküntülü hastalığı olmayan, yüz kemiklerini ilgilendiren konjenital veya sonradan kazanılmış patolojisi olmayan, TMED tanısı almamış, TME'i ilgilendiren inflamatuvar ve travmatik rahatsızlığı olmayan, TME ve çevresini ilgilendiren operasyon öyküsü olmayan, 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük, gebe olmayan 50 gönüllü kişi hasta grubu olarak dahil edildi. Kontrol grubuna ise RAS tanısı almamış, bilinen ağız içi döküntülü hastalığı olmayan, yüz kemiklerini ilgilendiren konjenital veya sonradan kazanılmış patolojisi olmayan, TMED tanısı almamış, TME'i ilgilendiren inflamatuvar ve travmatik rahatsızlığı olmayan, TME ve çevresini ilgilendiren operasyon öyküsü olmayan, 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük, gebe olmayan 50 gönüllü kişi dahil edildi.

Hasta ve kontrol grubuna FAA uygulandı. FAA sonucunda TMED düşünülen hastalara HKDİ uygulanarak TMED şiddeti belirlendi. FAA basit olması, hızlı sonuç vermesi ve maliyet uygunluğu gibi sebeplerle TMED taramalarında sıkça kullanılan, Türkçe güvenilirliği yapılmış bir testtir. FAA 10 sorudan oluşan bir ankettir. FAA'de eklem, baş ve boyun ağrısı, çiğneme aktivitesi sırasında ağrı, parafonksiyonel alışkanlıklar, eklem hareket açıklığının azalması, oklüzyonun bozulması ve emosyonel stres hakkında sorular yer almaktadır. Anketteki sorulara katılımcı "Evet", "Bazen" ve "Hayır" cevabını vermektedir. Her "Evet" cevabı için 10 puan, "Bazen" cevabı için 5 puan ve "Hayır" cevabı için sıfır puan olarak hesaplama yapılır. Kişinin tüm puanı toplanarak toplam anket puanı elde edilir. Bu puanlamaya göre 0-15 arası puan TME'de bozukluk yok, 20-45 arası puan TME'de hafif düzeyde bozukluk, 50-65 TME'inde orta düzeyde bozukluk, 70-100 arası puan TME'de ciddi düzeyde bozukluk şeklinde değerlendirilir (12). HKDİ 1974 yılında Dr. Helkimo tarafından oluşturulan kullanıma açık bir testtir.

TMED değerlendirilmesinde sık kullanılan testlerden biridir. Helkimo ya göre TMED'nu; çene eklem hareket kısıtlılığı, eklemde klik sesi ve subluksasyon gibi durumları içeren TME bozukluğu, mastikator kas grubunda palpasyonla ağrı varlığı, TME palpasyonunda ağrı, mandibular harekette ağrı ve mandibular eklem hareket açıklığını içeren 5 ana klinik bulgudan

oluşmaktadır. Bulguların her biri muayeneyi yapan hekim tarafından "0", "1" ya da "5" puan olarak hesaplanır. Toplam disfonksiyon indeksi 5 bulgudan çıkan sonuçların toplanması ile elde edilir. Toplam skora göre 1-4 arası puanı olanlar hafif TMED, 5-9 orta TMED, 10-25 şiddetli TMED olarak belirlenir (13).

Hastalar brüksizm açısından American Academy of Sleep Medicine 2014 kriterlerine göre sorgulanmış ve tanı konmuştur (14). Tanı için aşağıda yazan A ve B maddelerinin karşılanması gerekir.

A-Uykuda diş sıkma seslerinin sıkça ya da düzenli olarak duyulması ,

B-Aşağıdaki klinik bulgulardan bir ya da daha fazlasının olması,

1-Uykuda diş sıkma ile uyumlu anormal diş aşınmalarının görülmesi

2-Sabahları çene kaslarında geçici ağrı veya yorgunluk; ve/veya temporal baş ağrısı; ve/veya diş gıcırdatmaya bağlı sabahları uyanma sırasında çenede kilitlenme.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir.

Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında kare-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov

testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında student t testi kullanılmıştır. İki'den fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında OneWay ANOVA analizi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir

Bulgular

Çalışmaya 50 hasta ve 50 kontrol olmak üzere toplam 100 katılımcı dahil edilmiştir. Hasta grubunda bulunanların yaş ortalaması 30,4±8,6 ve kontrol grubunda bulunanların yaş ortalaması 30,6±7,8 bulunmuş olup gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,904). Hasta grubunda bulunanların %52'si (n=26) erkek ve %48'i (n=24) kadın olup kontrol grubunda bulunanların %56'sı (n=28) erkek ve %44'ü (n=22) kadındır. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,834).

Hasta grubunda TME'de fizik muayenede ses olma oranı (%64) kontrol grubunda ses olma oranından (%10) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunda FAA'ne göre TMED olma oranı (%84) kontrol grubunda TMED olma oranından (%28) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunda brüksizm görülme oranı (%48) kontrol grubunda brüksizm görülme oranından (%10) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Hasta grubunda TMED saptanan hastaların %36'sında HKD'ne göre ciddi TMED bulunurken kontrol grubunda HKD'ne göre ciddi TMED saptanmamıştır. HKD'ne göre hasta grubunda TMED orta ve ciddi şiddet oranı daha yüksektir. (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların tüm özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş, Ort±SS		30,4±8,6		30,6±7,8		0,904**
Cinsiyet	Erkek	26	52,0	28	56,0	0,688*
	Kadın	24	48,0	22	44,0	
Sigara	İçiyor	17	34,0	18	36,0	0,834*
	İçmiyor	33	66,0	32	64,0	
TME'de ses	Tek tarafta ses	22	44,0	3	6,0	<0,001*
	İki tarafta ses	10	20,0	2	4,0	
	Ses yok	18	36,0	45	90,0	
FAA	TME yok	8	16,0	36	72,0	<0,001*
	Hafif	18	36,0	11	22,0	
	Orta	12	24,0	2	4,0	
	Ciddi	12	24,0	1	2,0	
	Hafif	13	26,0	6	12,0	
	Orta	11	22,0	6	12,0	
Bruksizm	Var	24	48,0	5	10,0	<0,001*
	Yok	26	52,0	45	90,0	

*Kikare analizi, **Student t testi uygulanmıştır.

Hasta grubunda brüksizm olanların yaş ortalaması brüksizm olmayanların yaş ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,035). Sigara içenlerde brüksizm görülme oranı (%70,6) sigara içmeyenlerden (%36,4) anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur (p=0,022). TME'de tek tarafta ses olanların %59,1'inde, iki tarafta ses olanların %80'inde ve ses olmayanların %16,7'sinde brüksizm görülmüş olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,002). FAA'ne göre TMED

olanların %57,1'inde bruksizm görülmüş olup aralarında anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,004$) (Tablo 2).

Hasta grubunda cinsiyetler arasında yaş, sigara içme durumu, oral aft sayısı, TME'de ses, FAA ve HKDİ açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 3).

Hasta grubunda sigara içenlerin yaş ortalaması içmeyenlerin

yaş ortalamasından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,048$). Sigara içme durumu ile oral aft sayısı, TME'de ses ve TMED açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 4).

TME'de ses, TMED olanlar arasında oral aft sayısı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 2. Bruksizm varlığına göre hasta grubunun tüm parametrelerin karşılaştırılması

		Bruksizm var		Bruksizm yok		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş, Ort±SS		33,1±8,1		28,0±8,5		0,035**
Cinsiyet	Erkek	13	50,0	13	50,0	0,768*
	Kadın	11	45,8	13	54,2	
Sigara	İçiyor	12	70,6	5	29,4	0,022*
	İçmiyor	12	36,4	21	63,6	
Oral aft sayısı, Ort±SS		8,2±6,4		9,8±7,2		0,399**
TME'de ses	Tek tarafta ses	13	59,1	9	40,9	0,002*
	İki tarafta ses	8	80,0	2	20,0	
	Ses yok	3	16,7	15	83,3	
TMED	TMED var	24	57,1	18	42,9	0,004*
	TMED yok	0	,0	8	100,0	

*Kikare analizi, **Student t testi uygulanmıştır.

Tablo 3. Cinsiyete göre hasta grubunun tüm parametrelerin karşılaştırılması

		Erkek		Kadın		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş, Ort±SS		31,8±7,5		28,9±9,7		0,241**
Sigara	İçiyor	11	42,3	6	25,0	0,197*
	İçmiyor	15	57,7	18	75,0	
Oral aft sayısı, Ort±SS		9,1±7,2		9,0±6,5		0,953**
TME'de ses	Tek tarafta ses	15	57,7	7	29,2	0,127*
	İki tarafta ses	4	15,4	6	25,0	
	Ses yok	7	26,9	11	45,8	
TMED	Var	23	88,5	19	79,2	0,456*
	Yok	3	11,5	5	20,8	

*Kikare analizi, **Student t testi uygulanmıştır.

Tablo 4. Sigara içme durumuna göre hasta grubunun tüm parametrelerin karşılaştırılması

		Sigara içiyor		Sigara içmiyor		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş, Ort±SS		33,8±8,6		28,7±8,3		0,048**
Oral aft sayısı, Ort±SS		10,3±6,8		8,4±6,8		0,361**
TME'de ses	Tek tarafta ses	10	58,8	12	36,4	0,291*
	İki tarafta ses	3	17,6	7	21,2	
	Ses yok	4	23,5	14	42,4	
TMED	Var	16	94,1	26	78,8	0,237*
	Yok	1	5,9	7	21,2	

*Kikare analizi, **Student t testi uygulanmıştır.

Tablo 5. TME'de ses ve TMED'una göre oral aft sayısının karşılaştırılması

		Oral aft sayısı		p
		Ort±SS		
TME'de ses	Tek tarafta ses	10,7±8,4		0,307*
	İki tarafta ses	8,0±5,8		
	Ses yok	7,6±4,6		
TMED	TMED var	9,1±7,0		0,220**
	TMED yok	8,9±5,8		

*OneWay ANOVA analizi, **Student t testi uygulanmıştır.

Tartışma

RAS oral mukozada oval veya yuvarlak ülserasyonlarla karekterize, kendiliğinde 2 hafta içerisinde skar bırakmadan iyileşen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Etyopatogenezi henüz tam aydınlatılmamış olup multifaktöryel olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda RAS'ın cinsiyet farkı gözetmediği görülmüş olup çalışmamızda da RAS'ın cinsiyet farkı gözetmediği tespit edildi. Bu durum literatür ile uyumlu idi. Stres ve genetik yatkınlık aft oluşumunu kolaylaştıran bir faktör olup demir eksikliği, B12 eksikliği, hormonal bozukluklar, immünolojik bozukluk gibi durumlar predispozan faktörlerdendir. Ağrı hastalarda görülen temel semptom olup yutma ve çiğneme bozukluğu yapabilmektedir. Tedavisinde predispozan faktörlerin ortadan kaldırılmasıyla birlikte temel olarak topikal ilaçlar kullanılmaktadır (1-4).

TMED çene eklemine ağrı ve eklem hareket açıklığında azalma ile giden, kadınlarda erkeklere nispeten 2 kat fazla görülebilen bir fonksiyon bozukluğudur. Çalışmamızda TMED görüme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Etyolojisi multifaktöryel olup sosyal, duygusal ve kognitif komponentleri de bulunmaktadır. TMED baş önde postür, migren, bruksizm, fibromiyalji, irritable barsak sendromu gibi durumlarla birliktelik gösterebilmektedir (5-9).

Bruksizm American Academy of SleepMedicine 2014 kriterleri tarafından belirlenen kriterler çerçevesinde tanısı konan parafonksiyonel bir alışkanlık olarak değerlendirilen bir tanıdır. Özellikle çiğneme kaslarında miyofasyal tetik noktalar, çiğneme alışkanlığından değişiklikler ve çiğneme güclüğü, sabah çene ağrısı ile uyanma gibi durumlar sebebi ile TMED yapabileceği gösterilmiştir (11).

Çalışmamızda RAS tanısı alan hastaların TMED bozukluğu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca TMED olan hastaların HKD'ne göre TMED şiddeti kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Daha önce RAS ile TMED arasındaki ilişkiyi araştıran klinik bir çalışmaya rastladık ancak ağız içi eroziv karakterle giden ağız içi döküntülü hastalıkları olanlarda TMED oluşabileceğini ileri süren vaka yayınları mevcuttur. Bu vaka yayınlarında, oluşan skardan dolayı TME ankilozu olabileceği ve ankiloza bağlanan bir TMED oluşabileceği ileri sürülmüştür.(15). Yapılan bir çalışmada psöriazisi olup artiriti olmayan hastalarda çiğneme kaslarındaki ağrıya bağlı olarak TMED sıklığı sağlıklı kişilerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (16). Yine benzer bir çalışmada psöriazisi olup artriti olmayan hastalarda TMED sağlıklı kişilere oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (17). Muhtemelen ağız içinde ağrılı bir lezyonu olması oral ve çiğneme kaslarında spazm ve gerginlik yapabilmektedir. Bu da TME üzerine binen yükün artmasına ve TMED'nun oluşmasına neden olabilmektedir.

RAS lezyonu ağrılı olup oral mukozada ve çiğneme kaslarında gerginliğe neden olabilir. Çalışmamızda RAS'ı olanlarda bruksizm oranı yüksek bulunmuştur. Toplumda TMED ve bruksizm görülme oranı %10-20 arasında iken çalışmamızda RAS olanlarda TMED ve bruksizmin yüksek bulunması RAS'ın

Bruksizm ve TMED için predispozan bir faktör olduğunu gösterebilir. Yine bruksizm ve TMED ilişkisini araştıran birçok çalışmada bruksizm olanlarda TMED'na daha sık rastlandığı gösterilmiştir (18). Bizim çalışmamızda bunu destekler nitelikte olup literatür ile uyumlu idi. İnflamatuvar Barsak Hastalığında ağız içi bozukluklar ve bruksizm ilişkisini araştıran bir çalışmada; RAS ile TMED arasında bir ilişki kurulamamış fakat bruksizm ile TMED arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (19). Çalışmamız hem RAS ile bruksizm hem de RAS ile TMED arasında anlamlı derecede bir ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda sigara içenlerde bruksizm oranı içmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sigara, emosyonel stres, anksiyete bozukluğu, uyku bozuklukları gibi durumların bruksizm için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (20). Çalışmamızın sonuçları bruksizm ile sigara ilişkisinin literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda hasta grubunda bruksizm ve TMED sıklığının artma sebebinin; RAS'ın ağrılı dönemlerinde çiğneme kaslarında gerginlik ve spazm yaparak çiğneme fonksiyonlarını etkilemesi ve ağız açıp kapamada zorluk oluşturması olabileceğini düşündük. Oral aft sayısının bruksizm ve TMED ile ilişkisinin olmayışı RAS hastalığında olduğu gibi TMED ve bruksizmin etyolojisinde psikososyal faktörlerin etken olması olabilir. Anksiyete düzeyi, emosyonel stres, uyku bozuklukları gibi durumlar RAS, bruksizm ve TMED için ortak etyolojik faktörler olarak sayılabilmektedir. Oral aftın iyileşirken skar bırakmaması da TMED durumunun belki de aftın kendisinden ziyade hastanın psikososyal faktörlerinin zemin hazırlaması olabilir.

Ağız içi eroziv veya non-eroziv döküntülü hastalıklar ile giden hastalarda yapılacak, katılımcı sayısının yüksek olduğu çalışmalar bu konuyu aydınlatmaya yardımcı olacaktır.

Çalışmamızın kısıtlılığı mevcut olup bu konuda literatürde çalışma yapılmamış olmasıdır.

Çalışmamızdan çıkarılan sonuç, Rekurren Aftöz Stomatit hastalarında TMED'unun genel topluma göre sık görülebileceği, ağız açıp kapamadaki zorluğun sadece afta bağlı olmayabileceği, hastaların bruksizm ve TMED açısından sorgulanması gerektiğidir.

Teşekkür

Hasta toplama sürecinde destek veren Doç. Dr. İsa An'a teşekkürlerimizi borç biliriz.

Etik onam: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. (Karar No: HRÜ 22.18.29; Tarih: 19.09.2022).

Yazar Katkıları:

Konsept: B.K.A., M.T.

Literatür Tarama: B.K.A., M.T.

Tasarım: B.K.A., M.T.

Veri toplama: B.K.A., M.T.

Analiz ve yorum: B.K.A., M.T.

Makale yazımı: B.K.A.

Eleştirel incelenmesi: B.K.A., M.T.

Çıkar Çatışması: Yok
Finansal Destek: Yok

Res Pract. 2018 Mar 12;2018:7274318.
 20. Kuhn M, Türp JC. Risk factors for bruxism. Swiss Dent J. 2018 Feb 12;128(2):118-124

Kaynaklar

1. Sánchez-Bernal J, Conejero C, Conejero R. Recurrent Aphthous Stomatitis. Actas Dermosifiliogr (EnglEd). 2020 Jul-Aug;111(6):471-480.
2. Koybasi S, Parlak AH, Serin E, Yilmaz F, Serin D. Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible etiologic factors. Am J Otolaryngol 2006; 27:229-32.
3. Preeti L, Magesh K, Rajkumar K, Karthik R. Recurrent aphthous stomatitis. J Oral Maxillofac Pathol 2011;15:252-6.
4. Karapınar G, Ünür M. Current Approaches in Recurrent Aphthous Stomatitis. Clin Exp HealthSci 2018; 8: 62-6.
5. Scriveri SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. N Engl J Med. 2008;359(25):2693-2705.
6. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. Am Fam Physician. 2015 Mar 15;91(6):378-86.
7. Manfredini D, Bucci MB, Nardini LG. The diagnostic process for temporomandibular disorders. Stomatologija. 2007;9(2):35-9.
8. Alonso-Royo R, Sánchez-Torrelo CM, Ibáñez-Vera AJ, Zagalaz-Anula N, Castellote-Caballero Y, Obrero-Gaitán E et al. Validity and Reliability of the Helkimo Clinical Dysfunction Index for the Diagnosis of Temporomandibular Disorders. Diagnostics (Basel). 2021 Mar 8;11(3):472.
9. Stasiak G, Maracci LM, de Oliveira Chami V, Pereira DD, Tomazoni F, Bernardon Silva T et. al. TMD diagnosis: Sensitivity and specificity of the Fonseca Anamnestic Index. Cranio. 2020 Oct 27:1-5.
10. Kato T, Dal-Fabbro C, Lavigne GJ. Current knowledge on awake and sleep bruxism: overview. Alpha Omegan. 2003; 96: 24-32.
11. Magnusson, T., Egermark, I., Carlsson, G. E. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. Acta Odontologica Scandinavica, 2005; 63(2), 99-109
12. Kaynak BA, Taş S, Salkın Y. The accuracy and reliability of the Turkish version of the Fonseca anamnestic index in temporomandibular disorders. Cranio. 2020 Aug 25:1-6.
13. Kurt H. Temporomandibular Rahatsızlıkların Klinik Değerlendirmesinde Kullanılan Standart Formlar. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2010;56 Suppl 1:46-8.
14. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed, 2014.
15. Tekin U, Güven O. Epidermolizis Büllozada Temporomandibular Eklem Bulguları . Türkiye Klinikleri Journal Dental Sci 2006, 12:73-76
16. Dervis E, Dervis E. The prevalence of temporomandibular disorders in patients with psoriasis with or without psoriatic arthritis. J Oral Rehabil. 2005 Nov;32(11):786-93.
17. Crincoli V, Di Comite M, Di Bisceglie MB, Fatone L, Favia G. Temporomandibular Disorders in Psoriasis Patients with and without Psoriatic Arthritis: An Observational Study. Int J MedSci. 2015 Apr 26;12(4):341-8.
18. Manfredini D, Lobbezoo F. Sleep bruxism and temporomandibular disorders: A scoping review of the literature. J Dent. 2021 Aug;111:103711.
19. Bucci C, Amato M, Zingone F, Caggiano M, Iovino P, Ciacci C. Prevalence of Sleep Bruxism in IBD Patients and Its Correlation to Other Dental Disorders and Quality of Life. Gastroenterol