

Yanan Ağız Sendromu ve Depresyon: Bir Olgu Sunumu

Dr. Nesim KUĞU¹, Dr. Gamze AKYÜZ¹, Dr. Orhan DOĞAN²

ÖZET

Bu yazıda 63 yaşında, yakınmaları prostat ameliyatını takiben ortaya çıkan, bedensel belirtilerin ön planda olduğu ve ağız bölgesinde yoğunlaştığı psikotik özellikli major depresyon tanısı konan bir erkek olgu sunulmuştur. Olguda görülen ağızda yanma, ağrı, ağız kuruluğu, ağızda garip ve nahoş tat hissi, kaşınma vb. belirtiler yanan ağız sendromunda görülen belirtilerdir. Yanan ağız sendromu, ağız mukozasının klinik olarak normal olmasıyla birlikte başta dil olmak üzere ağız boşluğunda dayanılmaz olarak tanımlanan ağrı ve yanma duyumuyla belirli, yaygın görülen ve en sık ileri yaşlardaki kadınları etkileyen bir durumdur. Başlangıç, hastaların çoğunda kademeli bir şekilde olmaktadır. Hastaların çoğunda başlangıç belirtileri, geçmişteki tıbbi veya dişlerle ilgili işlemlerle bağlantılıdır. Yanan ağız sendromu multifaktöriyel etiyolojiye sahiptir. Bu duruma yol açan ruhsal etkenler arasında başta depresyon olmak üzere anksiyete bozulukları, hipokondriyazis, konversiyon bozukluğu vb. sayılabilir. Bu sendromun psikiyatrik yönü iyi bilinmemektedir. Psikiyatrik bozuklukların yanan ağız sendromuna eşlik eden bir durum mu olduğu yoksa ikisi arasında etiyolojik bir ilişki mi olduğu konusu tartışmalıdır. Bu hastalardaki ruhsal bulgular, kronik ağrı duyumunun nedeni veya sonucu olabilir. Ancak bilinen bir şey, bu hastaların şimdi veya geçmişte psikiyatrik tedavi görme oranlarının göreceli olarak daha yüksek olduğudur. Özellikle ağız yakınmaları olan yaşlılarda organik etiyoloji faktörleri dışlandıktan sonra depresyon akla gelmelidir.

Anahtar Sözcükler: Yanan ağız sendromu, yaşlılık, depresyon

SUMMARY: Burning Mouth Syndrome and Depression: A Case Report

We present a 63-year-old male patient with major depression, characterised by prominent somatic symptoms localised especially around the mouth, whose complaints started just after a prostate operation. The symptoms consisting of burning in the mouth, pain, dry mouth (xerostomia), an unpleasant and strange feeling of taste and itching, are all consistent with burning mouth syndrome. Burning mouth syndrome is a common disorder, usually affecting elderly females, characterised by intractable pain and burning in the oral cavity, evident especially in the tongue, together with a normal mouth mucosa. In the scientific literature a variety of terms are used to describe similar symptoms, such as glossodynia, glossopyrosis, stomatodynia and oral dysesthesia. Most patients suffer from the syndrome for a long time, ranging from months up to years. The onset was reported to be gradual for most of the subjects, although many patients relate the onset of symptoms to previous dental procedures or to a previous medical illness. Burning mouth syndrome has a multifactorial etiology. Anxiety disorder, hypochondriasis, conversion disorder and especially depression may be considered amongst the psychological factors responsible for this situation. The psychological findings in burning mouth syndrome patients may be either the consequence of the chronic pain condition or its cause. It is well known that those patients had a relatively high percentage of psychiatric or psychological treatment in the past and/or present. After excluding organic factors, depression should be considered in old patients with predominant mouth complaints.

Key Words: Burning mouth syndrome, elderly, depression

¹Yrd. Doç., ²Prof., Cumhuriyet Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Sivas.

GİRİŞ

Yanan ağız sendromu (Burning Mouth Syndrome), ağız mukozasının klinik olarak normal olması ile birlikte başta dil olmak üzere ağız boşluğunda dayanılmaz olarak tanımlanan ağrı ve yanma duyumu ile belirlidir (Browning ve ark. 1987; Zilli ve ark. 1989; Bergdahl ve Bergdahl 1996; Pokupec-Gruden ve ark. 2000). Bu sendromda başta dil olmak üzere bazen damakları ve gingivayı da etkileyen atipik yüz ağrısı ve yanma duyumu vardır (Trikkas ve ark. 1996). Bu sendrom glossodinya, glossopirozis, glosalji, oral disestezya ve stomatodinya gibi isimlerle de anılmaktadır (Van der Ploeg ve ark. 1987; Eli ve ark. 1994; Woda ve ark. 1998).

Yanan ağız sendromu oldukça yaygın bir sorundur ve herhangi bir zamanda yetişkin nüfusun % 1-5'ini etkilediği tahmin edilmektedir (Trikkas ve ark. 1996; Carlson ve ark. 2000). Bir çalışmada genel nüfustaki 48500 birey arasından 20-69 yaşları arasında ve ağızla ilgili yakınmaları olan 669 erkek ve 758 kadın rastgele seçilmiş ve bunlardan 11'i erkek, 42'si kadın olmak üzere 53'ünde (% 3.7) yanan ağız sendromu bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerde 40 yaş öncesinde yanan ağız sendromu bulunmazken 40-49 yaş grubunda % 0.7, yaşlı grupta ise % 3.6 oranında saptanmış; kadınlarda genç yaş grubunda yine yanan ağız sendromu saptanmazken 30-39 yaş grubunda % 0.6, yaşlı grupta ise % 12.2 oranında tespit edilmiştir (Bergdahl ve Bergdahl 1996). Yanan ağız sendromunun tipik olarak orta yaşlı ve yaşlı kadınları etkilediği, erkeklerde ve 30 yaş öncesi dönemde nadir görüldüğü bildirilmiştir (Miyamoto ve Ziccardi 1998; Carlson ve ark. 2000). Bir çalışmada kadın/erkek oranı 7/1 olarak verilmiştir (Muzyka ve De Rossi 1999). Olguların hastalık süreleri aylardan 18 yıla kadar değişmektedir (Grushka ve ark. 1987; Zilli ve ark. 1989). Başlangıç, çoğunlukla kademeli, seyrek olarak da ani olmaktadır (Eli ve ark. 1994). Hastaların yaklaşık yarısında başlangıç belirtileri, geçmişteki tıbbi ya da dişlerle ilgili tedavilerle bağlantılıdır (Grushka 1987; Ott ve Ott 1992). Bu nedenle yanan ağız sendromu olan hastalar öncelikle psikiyatri dışı bölümlere (diş hekimliği, iç hastalıkları, kulak burun boğaz) başvurmakta, bu durum da olgulardaki ruhsal belirtilerin tanınmasını zorlaştırmakta ve çok sayıda gereksiz ve etkili olmayan tedavilerin yapılmasına neden olmaktadır (Ott ve Ott 1992).

Yanan ağız sendromunun etiyojisi ve etiopatogenezi tam olarak bilinmemekte ve birçok et-

kenin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu etkenlerden lokal nedenler olarak kandidiyazis, dişlerle ilgili sorunlar (protez, diş çekimi vb.), lokal irritasyon, kronik travmatik irritasyonlar, allerjik nedenler, oral alışkanlıklar (ağız disfonksiyon sendromu); sistemik nedenler olarak hormonal ve immünolojik bozukluklar, ilaçlar, enfeksiyonlar, hematolojik hastalıklar (anemi vb.), beslenme bozuklukları (demir, folat) ve vitamin eksiklikleri (B12, A vitamini), diyabet, kserostomiya, siyalopeni (farmakojen içeren), nörolojik hastalıklar (nevralji içeren) ve son olarak başta depresyon olmak üzere anksiyete bozuklukları, hipokondriyazis, konversiyon bozukluğu vb. ruhsal etkenler sayılabilir (Ott ve Ott 1992; Trikkas ve ark. 1996).

Bu sendromun ruhsal yönü iyi bilinmemektedir. Ruhsal Bozuklukların yanan ağız sendromuna eşlik eden bir durum mu olduğu yoksa ikisi arasında etiyolojik bir ilişki mi olduğu konusu tartışmalıdır. Bu hastalardaki ruhsal bulgular, kronik ağrı duyumunun nedeni ya da sonucu olabilir. Ancak bilinen birşey, bu hastaların şimdi ya da geçmişte ruhsal tedavi görme oranlarının göreceli olarak daha yüksek olmasıdır (Eli ve ark. 1994; Pokupec-Gruden ve ark. 2000).

Bu çalışmada bedensel yakınmaları ön planda olan ve daha çok ağız bölgesinde odaklanan, ağızda yanma, ağrı, garip tat hissi, ağız kuruluğu, ağızda kaşınma gibi daha çok yanan ağız sendromunda görülen belirtileri olan ve psikotik özellikli major depresyon tanısı konan yaşlı, bir erkek olgu, yanan ağız belirtilerinin eşlik etmesi, ilginç klinik özellikleri ve bu durumun erkeklerde nadir görülmesi nedeniyle sunulmuş ve ilgili literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Ö. Z., 63 yaşında, erkek, evli ve iki çocuk babası, ilköğretim mezunu. Yurtdışından işçi emeklisi olan hasta çalışmamaktadır. Kendisinden alınan bilgiye göre, 8 ay önce geçirdiği prostat ameliyatından hemen sonra yakınmaları başlamış. Ağzında yaralar olduğunu, ağzının kanadığını, ağzında garip ve nahoş bir tat, yanma ve ağrı olduğunu, yaralar nedeniyle yemek yiyemediğini ve zayıfladığını, ameliyat sonrası dönemde idrar yaparken yanma ve ağrılarının olduğunu, ameliyat sonrası başlayan iktidarsızlığı bulunduğunu, uyuyamadığını, hastalığının giderek kötüye gittiğini, bu durumun kendisini karamsarlığa ittiğini ve hayattan zevk alamadığını ifade ediyordu.

Yakınlarından alınan bilgiye göre, ağzında yara olmadığı halde yara olduğunu söylüyormuş, bu nedenle yemiyor, içmiyor ve ilaçlarını almıyormuş. Ancak yakınlarının olmadığı zamanlarda bunların hepsini yerine getiriyormuş. Gece uyuyabildiği halde hiç uyuyamadığını söylüyormuş. Vücudunda küçük bir yara görse bu yaradan hastalığının dışı vurduğunu öne sürüyor, kanser olduğunu fakat bunun kendisinden gizlendiğini söylüyormuş. Hiçbir maddi sorunu olmadığı halde çok fazla para harcadığını, böyle giderse sıkıntı çekeceklerini söylüyor ve kaygılanıyormuş. Giderek çevresinden, arkadaşlarından hatta çocuklarından uzaklaşmaya ve evden dışarı çıkmamaya başlamış. Hastalık öncesinde güncel olayları takip ettiği halde hastalandıktan sonra TV bile izlemeyi istemiyormuş. Çevresindeki insanlara sürekli hastalığından ve yakınmalarından söz ediyormuş. Bedensel yakınmaları nedeniyle bir çok doktora götürülmüş ancak yapılan tüm tetkiklerin normal olduğu ve fiziksel bir rahatsızlığının olmadığı belirtilmiş. Geçirdiği ameliyattan 4-5 ay sonra bedensel yakınmaları nedeniyle bir devlet hastanesi psikiyatri kliniğinde 9 gün yatarak tedavi görmüş ancak kendi isteğiyle taburcu olduğunda durumunda bir değişiklik yokmuş. Hastalığının ruhsal olmadığını öne sürerek kendisini psikiyatri kliniğine yatırdıkları için yakınlarına sitem ediyor, küsüyormuş.

Özgeçmişi: Hastamız 1936 yılında Sivas'ın bir ilçesinde orta halli bir ailenin ilk çocuğu olarak dünyaya gelmiş. Ailenin ilk erkek çocuğu olması nedeniyle özellikle annesi hastamıza aşırı düşkünmüş. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde önemli bir sorunu olmamış. Üç yaşına kadar anne sütü almış ve beş yaşına kadar annesiyle birlikte yatmış. 1989 yılında 53 yaşında iken mide ameliyatı geçirmiş ve midesinin 1/4'ü alınmış. 1998 yılında safra kesesi ve 1999 yılında prostat ameliyatı olmuş.

Soygeçmişi: Babasının 1987 yılında prostat kanseri nedeniyle ölmesi dışında ailede herhangi bir fiziksel ya da ruhsal bozukluk tanımlanmıyor.

Ruhsal Durum Muayenesi: Kişisel bakımı orta derecedeydi. Sorulan sorulara yanıt veriyor ancak sürekli somatik yakınmalarından söz etmesi nedeniyle genellikle konuşma hedefine tam varmıyordu. Duygudurumu çökkündü. Düşünce içeriğinde somatik nitelikte sanrıları ve depresif düşünceleri vardı. Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştu. Hastalığına karşı içgörüsü yoktu. Psikomotor huzursuzluk içindeydi.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları:

Hastanın fizik ve nörolojik muayene bulguları normal sınırlardaydı. Bunun dışında yapılan diğer tetkikler (tam kan sayımı, idrar tahlili, akciğer grafisi, elektrokardiyografi, hormon ve vitamin düzeyleri, demir ve folat değerleri, elektrolitler, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektroensefalografi ve bilgisayarlı tomografi) normal olarak değerlendirildi. Bedensel yakınmalarıyla ilgili olarak istenen iç hastalıkları, diş hekimliği, kulak burun boğaz, nöroloji ve üroloji konsültasyonları sonucunda belirgin bir patolojik bulgu saptanmadı. Hasta, ruhsal bir bozukluğu olmadığını öne sürerek psikolojik test uygulamasını kabul etmedi.

Klinik gidiş ve izlem: Hastaya psikotik özellikli major depresyon tanısı kondu ve fluvoksamin 100 mg/gün ve risperidon 2 mg/gün başlandı. Hasta kliniğe yattığı ilk günlerde diğer hastalarla iletişime girmiyor, yatağından pek çıkmıyordu. Devamlı bedensel yakınmalarından söz ediyordu. Ağzında yaralar olduğunu, ağzının kurduğunu ve yandığını, ağzında acı bir tat olduğunu, boğazının yandığını ve kaşındığını, dilinin şiştiğini, ağzının kanadığını ve kan tükürdüğünü, ağız problemleri nedeniyle oturamadığını, yürüyemediğini, hiç bir şey yiyemediğini, su bile içemediğini, su içtiğinde dışetlerinin kanadığını, yemek yerken yutamadığını, verilen ilaçların balgam yaptığını söylüyordu. Sürekli durumunun daha kötüye gittiğini söylüyor, ilaçların bir işe yaramayacağını, hiçbir şeyin kendisini iyileştiremeyeceğini öne sürüyor ve ilaçları alırken direnç gösteriyordu. Bazen odasında inler tarzda sesler çıkarıyordu. Yatışının 12. gününde ilacından çok şikayetçi olması ve almayacağını söylemesi, huzursuz görünümü nedeniyle fluvoksamin kesilerek mirtazapin 30 mg/gün ve risperidon 2mg/gün başlandı. Yatışının 20. gününde durumunda değişiklik olmaması üzerine risperidon dozu 4 mg/gün'e çıkarıldı. Bir aylık yatış süresi içinde hastalığına karşı içgörü geliştiremedi ve klinik durumunda belirgin bir düzelme olmadı. Hastanın ve yakınlarının ısrarlı taburculuk talepleri doğrultusunda hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası hasta kontrole gelmedi. Yakınları ile bir ay sonra yapılan telefon görüşmesinde hastanın ilaç kullanmadığı, hastalığının ruhsal olmadığını düşündüğü, ruhsal tedavi görmek istemediği ve yakınmalarının devam ettiği öğrenildi.

TANI VE AYIRICI TANI

Hastanın kliniğine bedensel yakınmaların ön planda olduğu depresif semptomatoloji hakimdi.

Öykü, laboratuvar bulguları ve fizik muayenenin normal olması nedeniyle genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu düşünülmedi. Madde ya da ilaç kullanımı öyküsü olmadığından madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu tanısından; hasta ileri yaşta olmakla birlikte bilişsel fonksiyonlarının sağlam olması nedeniyle demanstan; hastalık süresinin 8 ay olması nedeniyle distimik bozukluktan ve bu süre içinde manik belirtilerin olmaması nedeniyle bipolar depresyondan uzaklaşıldı. Belirgin duygudurum belirtilerinin olmadığı en az iki haftalık sürede sanrı ya da varsanılarının bulunmaması nedeniyle şizoaffektif bozukluktan, duygudurum belirtilerinin olmadığı ancak psikotik belirtilerin olduğu dönemlerin saptanmaması nedeniyle şizofreni, sanrısız bozukluk (özellikle somatik tip) ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluktan ayırıldı. DSM-IV tanı ölçütleri karşılandığından psikotik özellikli major depresyon tanısı kondu.

TARTIŞMA

Yanan ağız sendromu ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma vardır. Bir çalışmada %73'ünü kadınların oluşturduğu 131 yanan ağız sendromlu olguda çoğunlukla depresyon tespit edilirken %40 olguda ise psikopatolojik bulgu saptanmamış ve araştırmacılar olgulardaki çökkün duygudurum ve anksiyete nedeniyle bu sendromun psikosomatik bir bozukluğun ifadesi olabileceğini bildirmişlerdir (Ott ve Ott 1992). Yanan ağız sendromu olan 184 olgunun incelendiği başka bir çalışmada durumluk ve sürekli anksiyete, depresyon, nevrotik eğilimler ve strese karşı somatik tepkilerin bu sendromun en önemli ruhsal özellikleri olduğu vurgulanmıştır (Van der Ploeg ve ark. 1987). Yanan ağız sendromlu 20 olgunun incelendiği bir çalışmada ise olguların çoğunluğunda aleksitimi saptanmış ve bu sendromun klinik değerlendirmesinde somatizasyonun dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir (Bogetto ve ark. 1998). Grinspan ve arkadaşları 500 olguyu inceledikleri bir çalışmada bu sendromun aylar veya yıllar süren oral dizestezi-lerin neden olduğu psikosomatik bir süreç olarak tanımlanabileceği kanaatine varmışlardır (1995).

Trikkas ve arkadaşlarının (1996) 25 yanan ağız sendromlu olgu ile yaptıkları kontrollü bir çalışmada olgu grubunun kontrollere göre daha çok hostile, daha çok içe ve dışa dönük kişilik özellikleri gösterdiği ve nörotisizm değerlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yanan ağız sendromu olan olguların kişilik özelliklerinin in-

celendiği başka bir çalışmada olgularda sağlıklı kontrollere göre Eysenck Kişilik Envanterinin dışadönüklük alt ölçek puanları anlamlı derecede daha düşük, Toronto Aleksitimi Ölçeği puanları ise yine anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar sonuç olarak yanan ağız sendromundaki psikopatolojinin depresif ve nevrotik belirtilerdense kişilik özellikleriyle bağlantılı olabileceğini öne sürmüşlerdir (Miyaoka ve ark. 1998).

Yanan ağız sendromunun depresyonun bir göstergesi olabileceği, eğer organik etkenler dışlanırsa başta depresyon ve anksiyete olmak üzere ruhsal etkenlerle bu sendrom arasında etiyolojik bir birlikteliğin olduğu ileri sürülmüştür (Lamey ve Lamb 1989; Castera 1990; Pokupiec-Gruden ve ark. 2000). Bir çalışmada yanan ağız sendromu olan olguların %39'unda klinik olarak anlamlı anksiyete ve %13'ünde depresyon bulunmuştur (Lamey ve Lamb 1989). 1998 yılında yayımlanan bir çalışmada ise bu sendromu olan olgulara en sık eşlik eden ruhsal tanılarının depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Bogetto ve ark. 1998).

Genç hastalara oranla yaşlı depresyon hastalarında somatik yakınmalar sıktır. Yoğun hipokondriyak belirtilere ve ajitasyona sık rastlanmaktadır (Quesemant-Zucca 1992). Yaşlı kişilerin fiziksel sağlıklarında bir bozulma, görme ve işitme kaybı vb., sevilen bir nesne ya da saygınlık kaybından daha önemli olabilir. Bu yüzden fiziksel hastalık, yaşlılıkta depresyonu başlatan önemli bir neden olarak ortaya konulabilir (Eker 1998). 63 yaşında olan bu olgunun depresyon tablosu 8 ay önce geçirdiği prostat ameliyatından sonra gelişmişti ve bu tablo içinde bedensel belirtiler ön plandaydı. Ancak bu olguda görülen depresyondaki ilginç nokta, bedensel belirtilerin belirgin bir biçimde ağız bölgesinde yoğunlaşmasıdır. Olguda görülen ağızda yanma, ağrı, nahoş ve garip tat hissi, ağız kuruluğu, ağızda kaşınma vb. belirtiler yanan ağız sendromunda görülen belirtilerdir. Bu sendromun ileri yaşlarda başlama, hastalık süresinin aylar/yıllar ile ifade edilmesi, olguların en az yarısında başlangıç belirtilerinin geçmişteki tıbbi tedavilerle ilgili olması gibi özellikleri olgumuzda da görülmektedir. Bu olguda yanan ağız sendromu ile uyumsuz olan nokta cinsiyettir zira bu sendromun genellikle kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir (Muzyka ve De Rossi 1999). Bu olguda yanan ağız belirtileri ve depresyon belirtileri aynı zaman diliminde ortaya çıkmış olmasına rağmen klinik tabloya depresyon

hakimdir ve yanan ağız belirtileri, depresyon kliniğinin bir parçasını oluşturuyor gibi görünmektedir. Bu olgunun ışığında, yanan ağız yakınmalarının özellikle somatik belirtilerle giden yaşlılık çağı depresyonlarının kliniğinde yer alan bir somatik belirti olabileceği düşüncesindeyiz. Bu görüşü destekleyen ve endojen depresyon temelinde ortaya çıkan 8 yanan ağız sendromu olgusunun incelendiği bir çalışmada olgulardaki klinik tablonun ileri yaş döneminde ortaya çıkan depresif psikozların bir formu olabileceği öne sürülmüştür (Maier 1986).

Psikanalitik yönden incelendiğinde babasının prostat kanseri nedeniyle ölmesi ve olgunun da prostat ameliyatı geçirmiş olmasının, olguda cinsellik ve kastrasyonla ilgili çatışmaları alevlendirebileceği, ameliyat sonrası gelişen impotansın cinsel yetersizlik duygularına yol açabileceği ve depresyonla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Yanan ağız sendromu hem hastalar hem klinisyenler için zor bir hastalıktır. Bu sendromun değerlendirilmesinde diş hekimliği, nöroloji, iç hastalıkları ve psikiyatri gibi birçok disiplinin ortak yaklaşımının uygun olacağı bildirilmektedir (Demange ve ark. 1996). Belirgin patolojik lezyonların delili olmadığından bu sendromun klinisyenler için tedavisi hala bir bilmecedir ve etkili tedavi olanakları sınırlıdır (Woda ve ark. 1998; Miyamoto ve Ziccardi 1998; Muzyka ve De Rossi 1999). Organik bir nedenin saptanamadığı ve

daha çok ruhsal olduğu düşünülen yanan ağız sendromu olgularında uzun dönemli antidepresanlar (Castera 1990; Van Houdenhove ve Joestens 1995; Huang ve ark. 1996), benzodiyazepinler ve clonazepam (Woda ve ark. 1998; Grushka ve ark. 1998) ile birlikte bilişsel-davranışçı (Humphris ve ark. 1996) ve psikodinamik yönelimli psikoterapi (Van Houdenhove ve Joestens 1995) yöntemlerinin kullanılmasının uygun olacağı bildirilmiştir. Ayrıca antidepresan ve antipsikotik kombinasyonunun depresif hastalardaki yanan ağız semptomları üzerinde etkili olduğu da öne sürülmüştür (Maier 1986; France ve Krishan 1988). Bu olgunun tedavisinde antidepresan ve antipsikotik ilaç kombinasyonu denenmiştir. Ancak hastanın içgörü zayıflığı nedeniyle ruhsal tedavi görme konusundaki isteksizliği, psikotrop ilaçlara karşı olumsuz tutumu ve taburcu olduktan sonra tedaviyi sürdürmeyip ilaçlarını kesmesi gibi etkenler nedeniyle etkili bir tedavi sağlanamamıştır.

Sonuç olarak, özellikle ağız yakınmaları olan yaşlılarda organik etiyoloji faktörleri dışlandıktan sonra depresyon akla gelmelidir. Bu sendroma katkıda bulunan ruhsal etkenlerin erken belirlenmesi, yanan ağız sendromu hakkında hastaların ve hekimlerin eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozukluklarla arasındaki ilişkinin iyi bilinmesi, bu hastaların anlaşılması ve tedavisine anlamlı katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Bergdahl M, Bergdahl J (1996) Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med*, 28: 350-354.
- Bogetto F, Maina G, Ferro G ve ark. (1998) Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosom Med*, 60: 378-385.
- Browning S, Hislop S, Scully C ve ark. (1987) The association between burning mouth syndrome and psychological disorders. *Oral Surg*, 64: 171-174.
- Carlson CR, Miller CS, Reid KI (2000) Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Orofac Pain*, 14: 59-64.
- Castera MJ (1990) Stomatodynia and depressive syndrome. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 91 (Suppl. 1): 124-126.
- Demange C, Husson C, Poi-Vet D ve ark. (1996) Burning mouth syndromes and depression: a psychoanalytic approach. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 97: 244-252.
- Eker E (1998) Yaşlılık dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dün-yası*, 2: 45-51.
- Eli I, Baht R, Littner MM ve ark. (1994) Detection of psychopathologic trends in glossodynia patients. *Psychosom Med*, 56: 389-394.

- France RD, Krishan KRR (1988) Chronic pain. Washington DC. American Psychiatric Press Inc, s.37.
- Grinspan D, Fernandez Blanco G, Allevato MA ve ark. (1995) Burning mouth syndrome. *Int J Dermatol*, 34: 483-487.
- Grushka M (1987) Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 63: 30-36.
- Grushka M, Epstein J, Mott A (1998) An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 86: 557-561.
- Grushka M, Sersle BJ, Howley TP (1987) Psychophysical assessment of tactile, pain and thermal sensory functions in burning mouth syndrome. *Pain*, 28: 169-184.
- Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM (1996) The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 34: 91-98.
- Humphris GM, Longman LP, Field EA (1996) Cognitive-behavioral therapy for idiopathic burning mouth syndrome: A report of two cases. *Br Dent J*, 181: 204-208.
- Lamey PJ, Lamb AB (1989) The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 67: 390-392.

Maier C (1986) Vital disorders of mouth (glossogynia) in depressive involuntional psychoses. Nervenarzt, 57: 113-115.

Miyamoto SA, Ziccardi VB (1998) Burning mouth syndrome. Mt Sinai J Med, 65 (5-6): 343-347.

Miyaoka H, Kamijima K, Katayama Y ve ark. (1998) A psychiatric appraisal of glossodynia. Psychosomatics, 39: 85-87.

Muzyka BC, De Rossi SS (1999) A review of burning mouth syndrome. Cutis, 64: 29-35.

Ott G, Ott C (1992) Glossodynia: psychodynamic basis and results of psychopathometric investigations. J Psychosom Res, 36 : 677-686.

Pokupec-Gruden JS, Cekic-Arambasin A, Gruden V (2000) Psychogenic factors in the aetiology of stomatopyrosis. Coll Antropol, 24 (Suppl. 1): 119-126.

Quesemand-Zucca S (1992) Glossodynia. Ann Psychiatr, 7; 230-232.

Trikkas G, Nikolatou O, Samara C ve ark. (1996) Glossodynia: personality characteristics and psychopathology. Psychother Psychosom, 65: 163-168.

Van der Ploeg HM, Van der Wall N, Eijkman MAJ ve ark. (1987) Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 63: 664-668.

Van Houdenhove B, Joestens P (1995) Burning mouth syndrome: successful treatment with combined psychotherapy and psychopharmacotherapy. Gen Hosp Psychiatry, 17: 385-388.

Woda A, Navez ML, Picard P ve ark. (1998) A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). J Orofac Pain, 12: 272-278.

Zilli C, Brooke RI, Lau CL ve ark. (1989) Screening for psychiatric illness in patients with oral dysesthesia by means of the General Health Questionnaire twenty-eight item version (GHQ-28) and the Irritability Depression and Anxiety Scale (IDA). Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 67: 384-389.

Şizofreni Dernekleri ruh hekimlerinin ilgi ve desteğini bekliyor

Şizofreni Dostları Derneği

Kutlu Sok 57/5, Ayazpaşa, İSTANBUL
Tel. 0212 252 23 80, Faks 0212 252 06 81

Şizofreni Dayanışma Derneği

370. Sok 44A, Bahçelievler, Hatay, İZMİR
Tel. 0232 261 80 83

Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Kuveyt Cad. (Güven Sokak) 7/18, Aşağıyayracı, ANKARA
Tel. 0312 466 43 66

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA
Tel: 0 236 239 64 71