

Bölüm 6

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARININ ORAL TUTULUMUNA BAĞLI AĞRI

Ahmed Ramiz BAYKAN¹

GİRİŞ

Ağrı; mevcut ya da potansiyel doku hasarına eşlik eden veya böyle bir hasar ile açıklanan hoş gitmeyen bir duyum ve emosyonel deneyim olarak tanımlanır (1). Orofasial inflamasyonu takiben trigeminal nöronlar, trigeminal gangliondaki hücreler, sekonder nöronlar, mikroglia ve trigeminal spinal subnükleustaki astrositlerdeki plastik değişiklikler orofasial ağrı mekanizmalarından sorumludur. Klinik olarak, dikkatli öykü ve fizik muayeneden oluşan etyolojik ayırıcı tanının, orofasial ağrısı olan hastalarda tedavi kararı için gerekli olduğu iyi bilinmektedir.

Crohn ve ülseratif kolit inflamatuvar barsak hastalıklarının (İBH) 2 alt grubunu oluşturur. Bu hastalıkların etiyojisinde çevresel faktörler intestinal mikroflora ve genetik yatkınlık önemli rol oynamaktadırlar. Fakat halen, hastalık etiyojisi ile ilgili bilinmeyenler bilinenlerden çok fazlasını oluşturmaktadır. İnflamatuvar barsak hastalıkları insidansı kuzey Amerika ve batı Avrupa da yüksek seyretmektedir. Hastalık batı tarzı yaşam ve diyet ile yakından ilişkilidir (2, 3).

İBH, primer olarak bağırsak sistemini tutsa da kendini ekstraintestinal semptomlarla gösterebilir. %6-47 arasında değişen ekstraintestinal tutulum oranları mevcuttur (4-6). hemen hemen her organ sistemi tutabilir. Hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Ekstraintestinal tutulumların alta yatan nedeni hala tam olarak anlaşılamamıştır. İnflame barsak mukozasının immun yanıtı tetiklediği, mukozadaki inflamasyon nedeni ile artan permeabilite çoğunlukla suçlanan nedendir (7). İnflamatuvar barsak hastalıklarından, özellikle crohn hastalarında oral tutulum sık görülmekte ve çeşitli şekillerde olmaktadır. Bazen hastalık aşikâr hale gelmeden, yıllar öncesinde sadece oral tutulum şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (8,9). İBH hastalarında oral tutulumun sadece

¹ Gastroenteroloji Uzmanı, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ahmedbaykan@hotmail.com

görülürken yüksek doz kullanımında daha çok mukozit ile karşımıza çıkar (41). Ek olarak kemik iliği depresyonuna (trombositopeni, lokopeni, pansitopeni) sekonder oral lezyonlarda görülebilmektedir.

Kalsinorin inhibitörlerinden (takrolimus ve siklosporin) en sık yan etki siklosporin kullanımına bağlı görülür. Konuşmada bozukluk yapabilecek kadar ileri sıkıntılara yol açabilen diş eti hiperplazisi siklosporin kullanımına bağlı olan önemli bir yan etkidir. Ayrıca oral hijyen bozukluğu ve beraberinde oluşabilecek periodontal hastalıklar için zemin hazırlanmış olur (42,43).

Son dönemde inflammatuar barsak hastalarında biyolojik ajanların kullanımı oldukça artmıştır. İnfliximab ve adalimumab kullanımına bağlı ağız içinde likenoid lezyonlar ve fırsatçı enfeksiyonlar en sık rastlanılan bulgulardandır (44,45).

SONUÇ

İnflamatuar barsak hastalıkları ile ilişkili ağız ve çevresindeki ağrı hastalığının tutulumuna bağlı olabileceği gibi hastalıkta kullanılan ilaçlar veya hastalığa eşlik eden bazı rahatsızlıkların bulgusu (malnutrisyon gibi) olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. İyi bir gözlem, başarılı bir tedavinin olmazsa olmazı olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. ŞENGÜN, İ.Ş., *Nosiseptif Ağrı Mekanizmaları*. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics, 2010. 3(4): p. 14-9.
2. Sartor, R.B., *Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis*. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2006. 3(7): p. 390-407.
3. Leone, V., E.B. Chang, and S. Devkota, *Diet, microbes, and host genetics: the perfect storm in inflammatory bowel diseases*. J Gastroenterol, 2013. 48(3): p. 315-21.
4. Danese, S., et al., *Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease*. World J Gastroenterol, 2005. 11(46): p. 7227-36.
5. Rothfuss, K.S., E.F. Stange, and K.R. Herrlinger, *Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases*. World J Gastroenterol, 2006. 12(30): p. 4819-31.
6. Ardizzone, S., et al., *Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease*. Dig Liver Dis, 2008. 40 Suppl 2: p. S253-9.
7. Vavricka, S.R., et al., *Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease*. Inflamm Bowel Dis, 2015. 21(8): p. 1982-92.
8. Lankarani, K.B., G.R. Sivandzadeh, and S. Hassanpour, *Oral manifestation in inflammatory bowel disease: a review*. World J Gastroenterol, 2013. 19(46): p. 8571-9.
9. Ghandour, K. and M. Issa, *Oral Crohn's disease with late intestinal manifestations*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1991. 72(5): p. 565-7.
10. Zbar, A.P., et al., *Oral Crohn's disease: is it a separable disease from orofacial granulomatosis? A review*. J Crohns Colitis, 2012. 6(2): p. 135-42.
11. Mays, J.W., M. Sarmadi, and N.M. Moutsopoulos, *Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management*. J Evid Based Dent Pract, 2012. 12(3 Suppl): p. 265-82.

12. Katsanos, K.H., et al., *Review article: non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases*. *Aliment Pharmacol Ther*, 2015. **42**(1): p. 40-60.
13. Lourenco, S.V., et al., *Oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review based on the observation of six cases*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010. **24**(2): p. 204-7.
14. Halme, L., et al., *Oral findings in patients with active or inactive Crohn's disease*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1993. **76**(2): p. 175-81.
15. Mignogna, M.D., et al., *Effectiveness of small-volume, intralesional, delayed-release triamcinolone injections in orofacial granulomatosis: a pilot study*. *J Am Acad Dermatol*, 2004. **51**(2): p. 265-8.
16. Casson, D.H., et al., *Topical tacrolimus may be effective in the treatment of oral and perineal Crohn's disease*. *Gut*, 2000. **47**(3): p. 436-40.
17. Mills, C.C., M. Amin, and M. Manisali, *Salivary duct fistula and recurrent buccal space infection: a complication of Crohn's disease*. *J Oral Maxillofac Surg*, 2003. **61**(12): p. 1485-7.
18. Veloso, F.T., J. Carvalho, and F. Magro, *Immune-related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. A prospective study of 792 patients*. *J Clin Gastroenterol*, 1996. **23**(1): p. 29-34.
19. Plauth, M., H. Jenss, and J. Meyle, *Oral manifestations of Crohn's disease. An analysis of 79 cases*. *J Clin Gastroenterol*, 1991. **13**(1): p. 29-37.
20. Muhvic-Urek, M., M. Tomac-Stojmenovic, and B. Mijandrusic-Sincic, *Oral pathology in inflammatory bowel disease*. *World J Gastroenterol*, 2016. **22**(25): p. 5655-67.
21. Mijandrusic-Sincic, B., et al., *Pyostomatitis vegetans associated with inflammatory bowel disease--report of two cases*. *Coll Antropol*, 2010. **34 Suppl 2**: p. 279-82.
22. Markiewicz, M., et al., *Pyostomatitis vegetans: A clinical marker of silent ulcerative colitis*. *J Oral Maxillofac Surg*, 2007. **65**(2): p. 346-8.
23. Ayangco, L., R.S. Rogers, 3rd, and P.J. Sheridan, *Pyostomatitis vegetans as an early sign of reactivation of Crohn's disease: a case report*. *J Periodontol*, 2002. **73**(12): p. 1512-6.
24. Alawi, F., *Granulomatous diseases of the oral tissues: differential diagnosis and update*. *Dent Clin North Am*, 2005. **49**(1): p. 203-21, x.
25. Markopoulos AK, A.D., Gaga E., *Pyostomatitis vegetans as an oral manifestation of ulcerative colitis*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2005. **100**: p. 195-6.
26. Femiano, F., et al., *Pyostomatitis vegetans: a review of the literature*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2009. **14**(3): p. E114-7.
27. Calobrisi, S.D., D.F. Mutasim, and J.S. McDonald, *Pyostomatitis vegetans associated with ulcerative colitis. Temporary clearance with fluocinonide gel and complete remission after colectomy*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1995. **79**(4): p. 452-4.
28. Triantafillidis, J.K., C. Vagianos, and A.E. Papalois, *The role of enteral nutrition in patients with inflammatory bowel disease: current aspects*. *Biomed Res Int*, 2015. **2015**: p. 197167.
29. Wu, Y.C., et al., *Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia*. *J Formos Med Assoc*, 2014. **113**(2): p. 83-7.
30. Kim, J., M.J. Kim, and H.S. Kho, *Oral manifestations in vitamin B12 deficiency patients with or without history of gastrectomy*. *BMC Oral Health*, 2016. **16**(1): p. 60.
31. Amano, Y., K. Komiyama, and M. Makishima, *Vitamin D and periodontal disease*. *J Oral Sci*, 2009. **51**(1): p. 11-20.
32. Zhan, Y., et al., *Prospective Study of Serum 25-hydroxy Vitamin D and Tooth Loss*. *J Dent Res*, 2014. **93**(7): p. 639-44.
33. Cho, G.S., et al., *Zinc deficiency may be a cause of burning mouth syndrome as zinc replacement therapy has therapeutic effects*. *J Oral Pathol Med*, 2010. **39**(9): p. 722-7.
34. Fontana, M., *Vitamin C (ascorbic acid): clinical implications for oral health--a literature review*. *Compendium*, 1994. **15**(7): p. 916, 918, 920 passim; quiz 930.
35. Kambe, T., et al., *Overview of Inherited Zinc Deficiency in Infants and Children*. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)*, 2015. **61 Suppl**: p. S44-6.

36. Frankel, D.H., R.S. Mostofi, and A.L. Lorincz, *Oral Crohn's disease: report of two cases in brothers with metallic dysgeusia and a review of the literature*. J Am Acad Dermatol, 1985. **12**(2 Pt 1): p. 260-8.
37. Alstead, E.M., A.G. Wilson, and M.J. Farthing, *Lichen planus and mesalazine*. J Clin Gastroenterol, 1991. **13**(3): p. 335-7.
38. Farrell, R.J., et al., *Mesalamine-associated thrombocytopenia*. Am J Gastroenterol, 1999. **94**(8): p. 2304-6.
39. Sharon, V. and N. Fazel, *Oral candidiasis and angular cheilitis*. Dermatol Ther, 2010. **23**(3): p. 230-42.
40. Toruner, M., et al., *Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease*. Gastroenterology, 2008. **134**(4): p. 929-36.
41. Stein, R.B. and S.B. Hanauer, *Comparative tolerability of treatments for inflammatory bowel disease*. Drug Saf, 2000. **23**(5): p. 429-48.
42. Ciavarella, D., et al., *Update on gingival overgrowth by cyclosporine A in renal transplants*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2007. **12**(1): p. E19-25.
43. O'Valle, F., et al., *Gingival overgrowth induced by nifedipine and cyclosporin A. Clinical and morphometric study with image analysis*. J Clin Periodontol, 1995. **22**(8): p. 591-7.
44. Kaur, N. and T.C. Mahl, *Pneumocystis carinii pneumonia with oral candidiasis after infliximab therapy for Crohn's disease*. Dig Dis Sci, 2004. **49**(9): p. 1458-60.
45. Mocciaro, F., et al., *Oral lichen planus after certolizumab pegol treatment in a patient with Crohn's disease*. J Crohns Colitis, 2011. **5**(2): p. 173-4.