

PAPER DETAILS

TITLE: SARKOIDOZ OROFASIYAL TUTULUM/ SARCOIDOSIS OROFACIAL INVOLVEMENT

AUTHORS: Ülker GÜÇ

PAGES: 13-21

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/93523>

SARKOİDOZ OROFASİYAL TUTULUM

SARCOIDOSIS OROFACIAL INVOLVEMENT

Ülker GÜÇ¹

ÖZET

Sarkoidoz, etyolojisinde çeşitli virüsler, inorganik ajanlar, genetik ve immunolojik faktörleri bulunduran sistemik granümatöz bir hastalıktır. Karakteristik lezyonu epitelioid hücre granülomu olan sarkoidoz, başta akciğerler olmak üzere deri, karaciğer, lenf bezleri, göz, dalak, kemik, eklem ve kalpte tutulum gösterir. Hastalığın tanısında birçok yöntemler kullanılır. Ateş, eritema nodozum, artralji ve bilateral hilar lenfadenopati ile akut başlayan olguların tanısı kolaylıkla yapılabilir. Hasta bireylerin büyük bir bölümünde spontan iyileşme söz konusudur. Ancak birçok organ tutulumu söz konusu olduğunda, tedavi gereksinimi ortaya çıkar. Bu makalede sarkoidoz ile ilgili genel bilgiler verilmiş ve hastalığın orofasiyal tutulumu hakkındaki literatür bilgileri derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, organ tutulumu, tanı yöntemleri

ABSTRACT

Sarcoidosis is a chronic, systemic granulomatous disease which occurs due to some viral infections, anorganic agents, genetic and immunologic factors. The characteristic lesion of sarcoidosis is epithelioid cell granuloma. Granulomas are generally located in lungs, skin, lymph nodes, bone and heart. There are several diagnostic methods of sarcoidosis. A great number of patients can heal spontaneously. If many organs are affected therapy is needed strongly. This paper gives the general information about sarcoidosis and presents the knowledges of orofacial involvement.

Key Words: Sarcoidosis, affected organs, diagnostic methods

EPİDEMİYOLOJİ

Sarkoidoz, etyolojisi bilinmeyen sistemik granümatöz bir hastalık olup sıklıkla bilateral hilar lenfadenopati, pulmoner infiltrasyon ve deri (eritema nodozum) veya göz (üveit) tutulumu ile kendini gösterir (1). Hastalık, 20-40 yaş grubunda, kadınlarda erkeklere göre ve zencilerde daha sık görülmektedir. Özellikle İskandinav ülkeleri ve

Japonya'da 50 yaş ve üzeri kadınlarda ikinci bir sıklık artışı görülür (2). Hastalığın Türkiye'deki sıklığı tam olarak bilinmemektedir ancak son yıllarda artan tanı olanakları ve hekimlerin hastalık hakkındaki bilgileri nedeni ile daha sık tanı konulduğu gözlenmektedir. Epidemiyolojik özellikler Tablo 1'de görülmektedir.

¹ İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

Tablo 1: Sarkoidozun epidemiyolojik özellikleri

Özellik	İlişki	Açıklama
Yaş, cins	+	Genç(E&K), orta yaş(K)
İrk	+	Siyah>beyaz
Ailevi	+	Siyah>beyaz
Coğrafi yayılım	+	Ekvatorordan uzak
Kent/köy	+	Bazı yayınlar var
İklim	+	Soğuk iklim
Mevsim	+	İlkbahar-erken yaz
Sigara	+	1 bildiri
Tüberkülozla ilişkisi	-	Tüberküloz sarkoidozis
	Ters	

ETYOLOJİ

Sarkoidoz etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Tablo 2’de görüldüğü gibi başta mikobakteriler olmak üzere çeşitli virüslerin, alüminyum, zirkonyum ve talk gibi inorganik

ajanların ve çam poleni gibi organik ajanların sorumlu olabileceği iddia edilmiştir (1). Genetik faktörler ve immunolojik değişikliklerin sorumlu olabileceğini gösteren bulgular da mevcuttur.

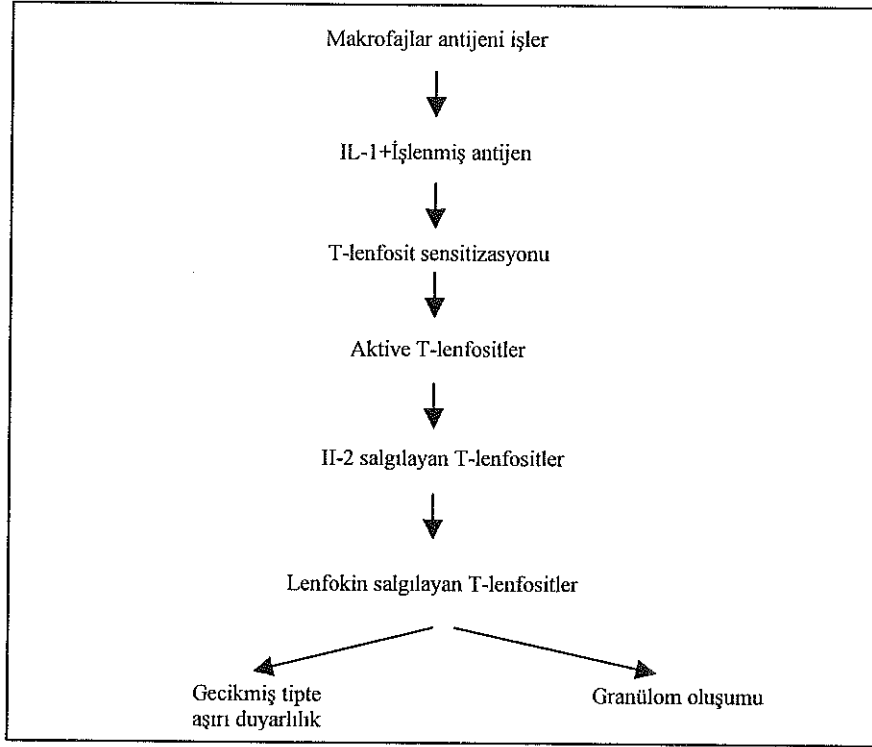
Tablo 2: Sarkoidoz etyolojisinden sorumlu olduğu iddia edilen faktörler.

• Enfeksiyöz – Mikobakterium tüberkülozis – Nontüberküloz mikobakteriler – L-form mikobakteriler – Funguslar – Spirotroketler – Tropheryma whippelii – Corynebacteria – Viral ajanlar • Çevresel (nonenfeksiyöz) – Metaller (Berilyum, zirkonyum, alüminyum) – Organik tozlar (çam, polen) – İnorganik tozlar (kalay, talk, toprak) • Otoantijenler – Heat-shock proteinler

PATOLOJİ

Sarkoidozun tipik karakteristik lezyonu kazeifikasyon içermeyen epitelooid hücre granülomudur. Granülomlar epitelooid hücreleri ve dev hücreler ile birlikte lenfositleri içerir. Dev hücrelerin sitoplazmaları içerisinde asteroid ve Schaumann cisimcikleri bulunabilir. Granülomların merkezindeki lenfositler çoğunlukla CD4+

lenfositler iken, periferinde bulunan lenfositler CD8+’dır. Akciğerlerdeki sarkoidoz granülomları tamamen kaybolabileceği gibi, “bal peteği akciğeri” görünümüne yol açan interstisyel pulmoner fibrozise neden olabilir. Fibrozis gelişimine yol açan faktörler tam olarak anlaşılamamıştır. Şekil 1’de sarkoidoz patogenezi şematik olarak gösterilmiştir (1).



Şekil 1: Sarkoidoz patogenezi

KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

Hastalığın klinik belirti ve bulguları multisistemik olması nedeni ile değişkenlik gösterir. Histopatolojik olarak en sık tutulan organlar arasında akciğerler (% 90), deri ve karaciğer (% 60-80) , periferik lenf bezleri (% 50-75) , göz (% 17), dalak(% 15), kemik (%5-35), tükrük bezleri (% 5), eklem ve kalp (% 5- 30) sayılabilir (1, 3). Tablo 3’de klinik bulgu ve belirtiler özetlenmiştir (3).

Sarkoidoz % 30 olguda hiç bir klinik belirti vermeksizin tesadüfen çekilen akciğer grafisinde bilateral hilar lenfadenopatinin (LAP) saptanması ile teşhis edilir (4). Semptomatik olgularda klinik

tablo ateş, eritema nodozum, artralji ve bilateral hilar lenfadenopati ile akut olarak başlar ve genellikle spontan rezolüsyonla sonlanır. Özellikle ileri yaşlarda klinik seyir tedrici başlangıç gösterir ve yaygın interstisyel fibrozis ile sonuçlanır (Tablo 4).

Sarkoidoz ağızda dudaklar, dil, bukkal mukoza, dişetleri, sert damak, yumuşak damak ve ağız tabanını tutabilir. Lezyonlar genellikle kahverengi-kırmızı ya da morumsu renkte, iyi sınırlanmış nodül ya da papüller, bazen yüzeysel ülserasyonlar şeklindedir. Maksillofasiyal iskeleti tutan vakalar daha seyrek. Lezyonlardan alınan biyopsilerde tipik nonkazeöz epiteloide granülomlar ile Langhans dev hücrelerine rastlanır (5).

Tablo 3: Sarkoidozda organ tutulumu ve klinik belirti/bulgular

Tutulan sistem	Klinik bulgu ve belirtiler
Genel	Ateş, halsizlik, kilo kaybı
Deri	Eritema nodozum, lupus pernio, skar dokusunda hipertrofi, alopesi, papül
Üst Havayolu	Nazal obstruksiyon, kemerli burun, vokal kord paralizi
Göz	Kızarıklık, fotofobi, keratokonjonktivit, üveit, optik nörit, papilla ödemi
Tükürük Bezi	Parotis şişmesi, sicca sendromu
Periferik lenf bezi	Servikal, supraklaviküler, inguinal, ağrısız büyüme
Pulmoner	Öksürük, dispne, hemoptizi, mediastinal ve hilar LAP
Kalp	Aritmi, miyokardiyopati, kor pulmonale, mitral yetmezliği
Karaciğer	Granümatöz hepatit, portal hipertansiyon, siroz, kolestaz
Dalak	Splenomegali, hipersplenizm
Böbrek	Nefrolityazis, nefrotik sendrom, kronik glomerülonefrit
Ürogenital	Epididimit, uterus ve testiste granülom
Kemik	Kafatası ve uzun kemiklerde osteolitik lezyon
Eklemler	Poliartralji, sinoviyal kalınlaşma
Kas	Granümatöz miyopati
Sinir Sistemi	Kranial sinir tutulumu, aseptik menenjit, fasiyal paralizi, diabetes insipidus
Endokrin	Hiperkalsümi, hiperkalsemi, panhipopituitarizm

Tablo 4: Sarkoidozun akut ve kronik başlangıçlı formlarının farklı özellikleri

Özellik	Akut	Kronik
Seyir	Geçici	Persistan
Yaş	20-30	40-60
Başlangıç	Ani	Sinsi
Deri	E. nodozum Makülopapüller	Lupus pernio Plaque / keloid
Göz	Akut iritis Konjonktivitis	Kr. üveitis Katarakt, glokom
X-ray	BHL	Fibrozis
Kalsiyum	Hiperkalsemi / üri	Nefrokalsinozis
BAL	Lenfositik	Normal
Ga tutulumu	Pozitif	Pozitif / negatif
ACE	Artmış	Normal
Spontan iyileşme	Sık	Nadir
Steroide yanıt	Sık	Semptomatik
Rekürrens	Nadir	Sık
Prognoz	İyi	Kötü

Hildebrand ve ark., intraoral tutulumu olan iki vaka yayınlamışlardır. Burun deliklerinde, yüz ve boyunda lezyonlar bulunan ve burun tıkanıklığına bağlı nefes alma güçlüğü olan, radyografide bilateral hilar lenfadenopati, intraoral muayenede sert damak ve dişetinde lezyon saptanan hastanın ağız içindeki lezyonlarından alınan biopsi örneklerini incelemiş ve lenfosit infiltrasyonu çok sayıda nonkazeöz granülom saptamışlardır. Sert damaktaki lezyon için başvuran ikinci vakalarından aldıkları insizyonel biyopsi sonucunda da sarkoidoz ile uyumlu histolojik değişiklikler tespit etmişlerdir (5).

Hoggins ve Alan, sol yanak ve maksillayı etkileyen, infraorbital bölgeye kadar yayılan sert şişlik nedeniyle başvuran hastadan genel anestezi altında eksizyonel biyopsi yapmışlar ve histopatolojik incelemede sarkoidoz ile uyumlu değişiklikler saptamışlardır (6).

Greer ve Songer, sağ posterior mukobukkal kıvrımında 2 cm uzunluğunda, lastik kıvamında, ağrılı, serbestçe hareket eden, kemiğe yapışık olmayan bir lezyondan biyopsi almışlar ve histopatolojik incelemede histiosit, epitelooid hücreler ve multinükleer dev hücrelerden oluşan kesin sınırlı, nonnekrotizan granümatöz tüberküller ve granülomların çevresinde fokal lenfosit birikimi tespit etmişlerdir. Dev hücreler içerisinde bazen asteroid cisimciklere rastlamışlar ve sonraki tetkiklerde Kweim testinin pozitif olduğunu ve skalen lenf bezlerinde de granümatöz infiltrasyon bulunduğunu saptayarak sarkoidoz tanısını koymuşlardır (7).

MacDonald ve ark., alt çenede sürekli ağrıya sebep olan, radyografide alt premolar ve kanin bölgelerinde iyi sınırlı radyolusent lezyonları bulunan hastayı ameliyat etmiş ve mandibulanın bukkal plağını infiltre eden, süngerimsi kıvamda, sarımsı-beyaz yumuşak dokuyu eksize ederek histopatolojik olarak incelemişlerdir. Lenfosit, makrofaj, epitelooid hücreler ve Langhans tipi dev hücrelerle yaygın nekroz saptamışlardır ve tüberküloz, sifiliz yada fungal osteit olabileceğini düşünmüşlerdir. Myobacterium tuberculosis kültüründe negatif sonuç, göğüs radyografisinde hilar lenf bezlerinde büyüme, eritema nodosum anamnezi ve pozitif Kweim reaksiyonu sonucunda,

tanının tüberkülozdan ziyade sarkoidozla uyumlu olduğu sonucuna varmışlardır (8).

Calderon ve ark., artralji, öksürük ve kilo kaybı şikayetleriyle başvuran, radyolojik muayenede bilateral hilar LAP tespit edilen ancak fizik muayenede tümüyle normal bulgular saptadıkları bir vakayı bildirmişlerdir. Hastanın sert damağında gelişen bir lezyon nedeniyle oral ve maksillofasiyal cerrahi kliniğinde yapılan klinik muayenede alt dudak ve bukkal mukozada çok sayıda kabarık papüler lezyon saptamış ve bunların minör tükürük bezi mezenkimal tümörü, minör tükürük bezi fokal hiperplazisi, Fordyce granülleri, tüberküloz, sifiliz, fungal infeksiyonlar ve sarkoidozun granümatöz lezyonları olabileceğini düşünmüşler ve alt dudaktan insizyonel biyopsi yapmışlardır. Subepitelyal bölge ve tükürük bezi dokularının çok sayıda, hücreden zengin ve nonkazeöz epitelooid granülomlarla infiltre olduğunu, çok sayıda sitoplazmik veziküller yapılar bulunduğunu, asteroid ya da Schaumann cisimciklerinin gözlenmediğini ve bazı granülomların tipik olarak Langhans dev hücreleri içerdiğini saptamış ve histolojik tanının sarkoidoz ile uyumlu olduğuna karar vermişlerdir (9).

Vijay ve ark., dilin altında 3 cm çapında yumuşak, kistik şişlik nedeniyle başvuran ve sublingual tükürük bezi ranulası tanısı koydukları bir hastayı bildirmişlerdir. Akciğer grafisinde evre 3 sarkoidozla uygun belirtiler saptadıktan sonra ranula ve sublingual bezi eksize etmiş, histopatolojik incelemede ranulanın kist duvarının sarkoidozla uyumlu çok sayıda nonkazeöz granülom içerdiğini göstermişlerdir. Lokalize asemptomatik sarkoid ranulanın gelecekte generalize sarkoidozla dönüşebileceğini, nadir görülmekle birlikte, yaygın sarkoidozun muhtemel bir belirtisi olarak kabul edilebileceğini vurgulamışlardır (10).

TANI

Sarkoidoz tanısı uygun klinik ve radyolojik bulguları olan bir hastada histolojik olarak nonkazeifiye granülomların birden fazla organda gösterilmesi ile konulur. Nonkazeifiye granülom deri lezyonlarında, konjonktiva lezyonlarında, palpe edilebilen periferik lenf bezlerinde biyopsi ile gösterilebilir (2). Bunlar olmadığı zaman

transbronşiyal biyopsi, mediastinoskopi veya karaciğer biyopsisi gibi girişimler ile elde edilebilir. Minör tükürük bezleri ve parotisler sık tutulan organlar arasındadır. Hiç bir belirti olmasa dahi sarkoidoz hastalarından rastgele yapılan parotis biyopsilerinde % 90 oranında granülom tesbit edilebilir (11-13). Parotis bezi biyopsilerinin az da olsa komplikasyonu bulunduğundan minor tükürük bezi biyopsileri tanı için tercih sebebidir (14). Yaklaşık %50 olguda minor tükürük bezi biyopsilerinde granüloomlara rastlanır (15).

Ancak granüloomatöz inflamasyonun tüberküloz, fungal infeksiyon, ilaç reaksiyonları, berilyozis gibi bilinen nedenleri ekarte edilmelidir. Asemptomatik yada üveitis veya eritema nodozumu olan bir kişide bilateral hilar lenfadenomegali, infeksiyöz bir olaydan çok sarkoidozu düşündürmelidir (16-18).

Mandel ve Kaynar, 25 yıl önce sarkoidoz, üveit ve körlük anamnezi bulunan ve sağ parotiste şişlik ile başvuran bir hastayı incelemişlerdir. Hastada bilateral servikal LAP ve ağız kuruluğu yanısıra sialogramda çok sayıda duktal yapının normal kanal yapısıyla yer değiştirdiğini saptamışlardır. Cerrahi olarak eksize ettikleri minör tükürük bezi biyopsilerinde asinüslerin deplasyonunu, asiner alanların kronik iltihap hücreleri ile infiltrate olduğunu görmüşler, epitelioid hücreler ve Langhans dev hücre odaklarından oluşan granüloomatöz tutulum tespit etmişler ve hastanın klasik sarkoidoz vakası olduğunu bildirmişlerdir (19).

Mandel ve Kaynar, bilateral submandibuler tükürük bezinde ağrısız şişme ile başvuran bir hastada servikal LAP bulunduğunu, ağız tabanında inflamasyon olmadığını, her iki Wharton kanal ağzlarının normal ve tükürük akışının net olduğunu, hastada herhangi bir akciğer semptomu bulunmadığını bildirmiş ve labiyal tükürük bezi biyopsisi yaptıklarında sarkoidozla uyumlu granüloomatöz değişiklikler tespit etmişlerdir. Diğer granüloomatöz nedenleri elimine ettikten sonra sarkoidoz histolojik tanısı konmuş, akciğer filmi çekildiğinde hilar LAP ve akciğer infiltrasyonu görülmüştür. Hastada sarkoidozla ilgili genel klinik belirtileri olmadığını ve bu nedenle tükürük bezlerindeki şişmelerin gizli bir sarkoidozun ilk

klinik semptomları olabileceği konusunda dikkatli olunması gerektiğini vurgulamışlardır (20).

Fowler ve ark., 28 sarkoidozlu hastadan labiyal tükürük bezi biyopsisi, parotis biyopsisi ve transbronşiyal biyopsi (TBB) almışlar ve minör tükürük bezlerinin 10 (%37), parotis biyopsisinin 20 (%70) ve TBB almışlar ve ise 18 hastada (%64) pozitif olduğunu saptamışlardır (21).

Marx ve ark., hilar adenopati ve interstisyel pulmoner kalınlaşma bulgularıyla erken sarkoidoz şüphesi bulunan 31 hastayı incelemişlerdir. Hastaların hiçbirinde parotis büyümesi, üveit, anormal akciğer fonksiyon testleri, deri lezyonları, hiperkalsemi, hipergammaglobulinemi ya da sarkoidozla ilgili herhangi bir başka belirti tespit etmemişlerdir. Hastaların hem parotislerinden hem de labiyal tükürük bezlerinden biyopsi yapmış ve 11 hastanın (%36) labiyal tükürük bezlerinde sarkoidozla uyumlu nonkazeöz granüloomlarla Langhans tipi dev hücreler saptamışlardır. Aynı hasta grubunda 29 hastada ise (%93) parotis bezlerinde aynı histopatolojik görünümü tespit etmişlerdir. Yazarlar labiyal biyopsinin yaklaşık 5 dakika içinde tamamlandığını, insizyonel parotis biyopsisinin 15 dakika sürdüğünü bildirmişlerdir (22).

Michon-Pasturel ve ark., 22 Löfgren sendromlu ve 40 sistemik sarkoidoz hastasını incelemişlerdir. Kırk sarkoidoz hastasının 17'sinde (%42.5) labiyal biyopsinin, 10 vakanın 5'inde (%50) ise bronş biyopsisinin pozitif olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar, labiyal tükürük bezi biyopsisinin sistematik bronş biyopsisinden daha güvenilir olduğunu ve vakaların %35-50' sinde karaciğer, böbrek ya da derin lenf bazı biyopsileri gibi daha agresif ve tehlikeli biyopsiler yapılmadan tanı konulabildiğini vurgulamışlardır (23).

Hastalığın tanısında kullanılan bir diğer yöntem ise bronkoalveoler lavajdır (BAL). Sarkoidoz tanısı için spesifik olmamakla birlikte BAL'da lenfosit yüzdesinin artması, T helper/T supresör lenfosit oranının 3.5'in üzerinde olması hastalık lehinedir. Ayrıca BAL, hastalığın takibinde ve tedaviye yanıtın izlenmesinde de çok yararlıdır.

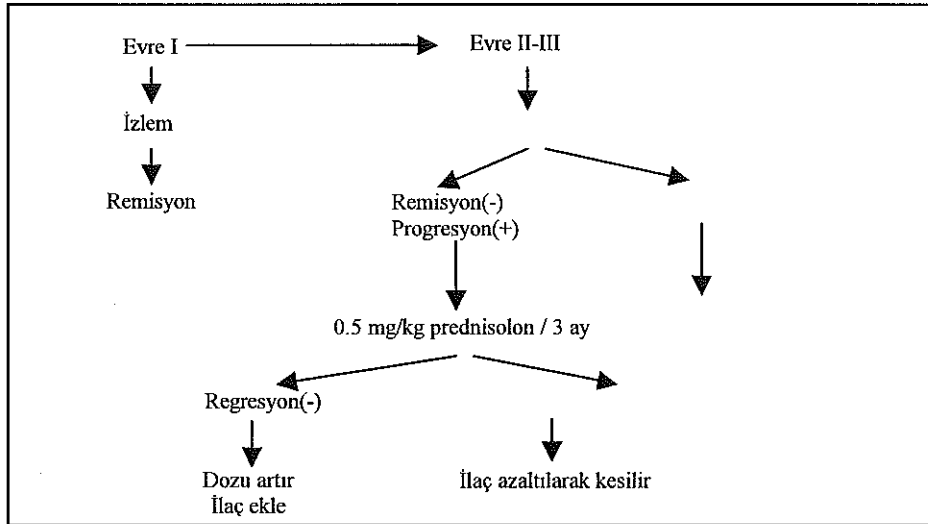
Talyum sintigrafisi akciğer ve diğer organların tutulumunun gösterilmesinde yardımcı olabilir de, benzer bulgular infeksiyöz ve neoplastik

hastalıklarda da görülebileceğinden, spesifik değildir.

Hastaların ortalama %50'sinde serum angiotensin converting enzyme (ACE) düzeyi yüksektir (1). ACE yüksekliği diğer granümatöz hastalıklarda da görülür, bu nedenle sarkoidozis için spesifik değildir ve tanısal değeri düşüktür, ancak hastalığın takibinde kullanılabilir (24). Aktif sarkoidozisli hastaların dalaklarından hazırlanan süspansiyonun intradermal enjeksiyonu ile 4-6 hafta sonra ortaya çıkan papülde granülom gösterilmesi esasına dayanan Kveim testi ise standart preparatların olmaması, uzun zaman alması ve potansiyel sağlık riskleri nedeni ile günümüzde kullanılmamaktadır.

TEDAVİ

Hastaların %60-80'i spontan olarak iyileştiklerinden ve tedavinin uzun dönemde hastalığın seyrine katkısı gösterilemediği için, çok az sayıda hastada tedaviye gerek duyulur (24). Sarkoidozda başlıca tedavi endikasyonları: nörosarkoidoz, göz tutulumu, hiperkalsemi, kardiyak tutulum ve ciddi deri tutulumudur. Akciğer sarkoidozunda hastalarda ciddi nefes darlığı ve öksürük olmadıkça ve solunum fonksiyon testlerinde hızlı azalma saptanmadıkça tedaviye gerek yoktur (25). Tedavide ilk seçenek olan ilaç kortikosteroidlerdir ancak tedaviye cevap alınmadığında veya yan etkileri azaltmak için metotreksat, azathioprin, klorambusil, siklofosfamid, klorokin, siklosporin ve pentoksifilin de tedavide kullanılabilir (26, 27). Şekil 2'de örnek bir tedavi şeması görülmektedir.



Şekil 2: Sarkoidoz tedavi şeması örneği

KAYNAKLAR

1. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M: ATS / ERS / WASOG Statement on Sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 1999; 16: 149-173.
2. Sheffield EA, Williams WJ. Pathology. In: James DG Ed. *Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders*. New York. Marcel Dekker Inc., 1994: p. 45-47.
3. Tabak L: Sarkoidoz olgularında uzun dönem izlem sonuçları. *Solunum* 2001; 2: 86-90.
4. Winterbauer RH, Belic N, Moores KD: A clinical interpretation of bilateral hilar adenopathy. *Ann Intern Med*, 1973; 78: 65-71.
5. Hildebrand J, Plezia RA, Rao SB: Sarcoidosis: Report of two cases with oral involvement. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1990; 69: 217-222.
6. Hoggins GS, Alan D. Sarcoidosis of the maxillary region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1969; 28: 623-627.
7. Greer RO Jr, Sanger RG: Primary intraoral sarcoidosis. *J Oral Surg*, 1977; 35: 507-509.
8. Macdonald DG, Rowan RM, Blair GS: Sarcoidosis involving the mandible. *Br Dent J*, 1969; 18: 161-171.
9. Calderon S, Anavi Y, Mazar A, Ben-Bassat M: Sarcoidosis with oral involvement. *Ann Dent*, 1990; 49: 21-24.
10. Vijay V, Newman R, Bebawi MA, Godfrey HG: Sarcoid ranula: It's association with widespread sarcoidosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1995; 79: 449-451.
11. Tarpley TM Jr, Anderson L, Lightbody P. Minor salivary gland involvement in sarcoidosis. *Oral Surg*, 1972; 33: 755-762.
12. Nesson VJ, Jacoway JR: Biopsy of minor salivary glands in the diagnosis of sarcoidosis. *N Engl J Med*, 1979; 301: 922-924.
13. Harvey J, Catoggio L, Gallagher PJ, Maddison PJ: Salivary gland biopsy in sarcoidosis. *Sarcoidosis*, 1989; 6: 47-50.
14. Milleron B, Herman D, François T, Favre M, Gauthier JM, Akoun G: Biopsie des glandes salivaires accessoires labials et tuberculose. *La Nouvelle Presse Médicale*, 1982; 11: 1337.
15. Tabak L, Ağırbaş E, Yılmazbayhan D, Tanyeri H, Güç Ü. The value of labial biopsy in the differentiation of sarcoidosis from tuberculosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Diseases*, 2001; 18: 191-195.
16. Tabak L. Diffüz interstisyel akciğer hastalıkları: O. Arseven editors. *Akciğer Hastalıkları*. Nobel Tıp Kitapevi, 2001: p. 327-352.
17. Tabak L, Kılıçaslan Z, Kıyan E, Arseven O, Çuhadaroglu Ç, Yılmazbayhan D. Yanlışlıkla tüberküloz tanısı konulan 23 sarkoidoz olgusunun analizi. *Türk Tüberküloz ve Toraks Der*, 2001; 3: 373-379.
18. Tabak L, Kılıçaslan Z, Kıyan E, Çuhadaroglu Ç, Erelel M, Erkan F, Arseven O, Ece T. 147 sarkoidoz olgusunun klinik özellikleri. *Solunum*, 2001; 2: 80-85.
19. Mandel L, Kaynar A. Uveoparotid fever. *New York State. Dental Journal*, 1990: 32-34.
20. Mandel L, Kaynar A. Sialoadenopathy: A clinical herald of sarcoidosis: Report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 1994; 52: 1208-1210.
21. Fowler C, Patefield A, Brannon R, Mansfield M, Bobcock J, Houston G. Comparison of labial gland, parotid gland and transbronchial lung biopsies in the diagnosis of sarcoidosis. 45th. Annual Meeting of American Academy of Oral Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1991; 72: 576.
22. Marx RE, Hartman KS, Rethman KV. A prospective study comparing incisional labial to incisional paratoid biopsies in the detection and confirmation of sarcoidosis, Sjögren disease, sialosis and lymphoma. *J Rheumatol*, 1988; 15: 621-629.
23. Michon Pasturel U, Hachullab E, Bloget F, Labelette P, Hatron PY, Devulder B, Janin A. Place de la biopsie de glandes salivaires accessoires dans le syndrom de Lofgren et le autres formes de sarcoidose. *Rev Med Interne*, 1996; 17: 452-455.
24. Baughman RP, Lower EE: Treatment of sarcoidosis with corticosteroids: Who is going to relapse and why? *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*, 1998; 15: 19-20.

25. Sharma OP. Pulmonary sarcoidosis and corticosteroids. Am Rev Respir Dis, 1993; 147: 1598-1600.
26. Baughman RP, Lower EE. Alternatives to corticosteroids in the treatment of sarcoidosis.

Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis, 1997; 14: 121-130.

27. Keenan GF. Management of complications of glucocorticoid therapy. Clin Chest Med, 1997; 18: 507-520.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Ülker Güç

İstanbul Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi

Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim

Dalı

Çapa - İSTANBUL