

# Behçet Hastalığında Tanı ve Ayırıcı Tanı

## Diagnosis and Differential Diagnosis in Behcet's Disease

Osman Köse

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### Özet

Behçet hastalığının tanı kriterleri 1990 yılında Behçet hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu tarafından saptanmıştır. Bu kriterlere göre, oral afta ek olarak genital ülser, üveit, deri lezyonları veya paterji testinden en az ikisi olmalıdır. Behçet Hastalığının ayırıcı tanısında akut/kronik oral ülserler ve genital ülserler göz önüne alınmalıdır. Bu makalede, özellikle oral ve genital ülserlerle birlikte olan farklı dermatolojik hastalıklar ayrıntılı tartışılmıştır. (*Türkderm 2009; 43 Özel Sayı 2: 87-91*)

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, oral aftöz ülser, genital ülser

### Summary

The diagnosis of Behcet's disease is made on the basis of the criteria proposed by the International Study group for Behcet's disease in 1990. According to the criteria, recurrent oral ulceration must be present as well as at least two of the following: Recurrent genital ulceration, eye lesions, skin lesions and a positive pathergy test. Acute/chronic oral ulcers and genital ulcers should be regarded in the differential diagnosis of Behcet's disease. We discussed the details of different dermatologic diseases especially of prominent with oral and genital ulcers in this article. (*Türkderm 2009; 43 Suppl 2: 87-91*)

**Key Words:** Behcet's disease, oral aphthous ulcer, genital ulcer

### Behçet Hastalığında Tanı

Behçet hastalığı ilk kez bir askeri hekim olan Dr. Hulusi BEHÇET tarafından 1937 yılında 3 hastada saptanmış ve ağızda aft, genital ülserasyon ve göz bulgularına dayanılarak "Tri semptom Behçet" adıyla tanımlanmıştır. Bugün çok yaygın olarak kullanılan ve kabul gören tanı kriterleri ise 1990 yılında yapılan bir çalışma ile "Behçet Hastalığı için Uluslararası Çalışma Grubu" tarafından tanımlanan esaslara göre belirlenmiştir<sup>1</sup>. Bu çalışmada 7 ülkedeki 12 merkezde Behçet hastalığı bulunan 914 hasta ile kontrol grubu olarak Behçet Hastalığı ile karışabilecek semptomları bulunan 348 hasta alınarak yapılmış ve sonuçta Tablo 1'de gösterilen ve duyarlılığı (sensitivity) %91, özgüllüğü (specificity) %96 olan kriterler elde edilmiştir.

Son zamanlarda yapılan ve bu kriterlerin geçerliliğini saptamaya çalışan bir başka araştırmada ise uluslararası

sı çalışma grubunun kriterlerinin duyarlılık ve özgüllüğü yeniden test edilmiş ve 302 Behçet Hastasında yalnızca %2 hastada kriterleri karşılamadığı ve kontrol grubunda ise %1 hastada kriterlerle örtüştüğü belirlenmiştir<sup>2</sup>.

Ancak yine de tanı kriterlerinin belirlendiği 1990 yılından sonra tıbbi görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler ile Behçet hastalığının sistemik tutulumları konusunda daha geniş bilgiler elde edilmiş ve tanı kriterlerinden Paterji testinin çıkarılması ve yerine organ tutulumunun konulmasının uygun olacağı ileri sürülmüştür<sup>3</sup>. Behçet hastalığının %60 kadarı yalnızca mukokutanöz bulgularla seyretmektedir. Oral aft, genital ülser, psödofollikülit, akneiform nodül, papulopüstüler lezyonlar tanı kriterlerinin esas özellikleri olarak değerlendirilmektedir<sup>4-6</sup>. Hastalığın ayırıcı tanısında deri bulgularının karışabileceği hastalıkların incelenmesi ve bu hastalıkların daha iyi bilinmesi gerekmektedir.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Osman Köse, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
Tel.: +90 312 304 44 53 E-posta: okose@gata.edu.tr

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.  
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing. All rights reserved.*



## Behçet Hastalığında Ayırıcı Tanı

Bu makalede, Behçet hastalığının ayırıcı tanısı, hastalığın daha çok oro-genital lezyonlarla seyretmesi nedeniyle öncelikle bu lezyonların karışabileceği hastalıklar göz önüne alınarak yapılmıştır. Ancak Behçet hastalarının dikkatli bir dermatolojik muayeneden geçirilerek dermatolojik bulguların ayrı ayrı incelenmesi, oral ve genital lezyonlar yanında klinikte psödofollikülit, akneiform nodül, papülopüstüler lezyonları bulunan hastaların dikkatli ve titiz bir şekilde muayene edilerek hastalığın tanı kriterleri de göz önüne alınarak diğer deri hastalıkları ile ayrımları yapılmalıdır<sup>5,6</sup>.

### Oral Ülserler

Oral ülserler 2 ana grupta incelenirler. Akut lezyonlar, kısa sürede ortaya çıkan ve ani gelişen lezyonlar iken kronik lezyonlar yavaş oluşan uzun süreli lezyonlardır. Lezyonlar 2 haftadan daha uzun sürerse bunlar kronik ülser olarak isimlendirilir.

#### A) Akut Ülserler

Akut ülserler Tablo 2'de özetlendiği şekilde birçok nedene bağlı ortaya çıkabilir.

##### 1. Travmatik Ülserler

Daha çok travma, kimyasal maddeler ve ısı ile ortaya çıkar. Travma özellikle keskin dişlerle veya diş kenarları ile oluşur. Bazen yanlış diş fırçalamaya bağlı olarak travmatik ülserler oluşabilir. Bu lezyonlar akut ağrı ile başlarlar ve klinikte eritematöz halo ile çevrili ortası beyaz veya sarı renkli temiz bir alan ile karakterizedir<sup>7</sup>.

##### 2. Rekürren Aftöz Stomatit (RAS)

Toplumda görülme sıklığı %20 civarında bulunan oral ülserlerin en sık nedenidir. Klinikte major, minör ve herpetiform görünümleri ile dikkat çekerler. En sık görülen formu minör aftlardır (%80)<sup>8,9</sup>. Genelde 1-5 adet iyi sınırlı çapları 10 mm'den ufak eritematöz bir halo ile çevrili olan üzerleri beyaz veya grimsi psödomembranla kaplı lezyonlardır. Lezyonlar genellikle skar bırakmadan 10-14 günlük süreler içerisinde kaybolurlar ve non keratinize bölgede yerleşirler<sup>7</sup>. Major aftlar ise (%10) 10 mm'den daha büyük olup özellikle dudak, yumuşak damak ve farinkste yerleşirler. Altı haftadan uzun sürerler ve genellikle skar bırakırlar. Herpetiform aftlar çok sayıda (50-100) ve küçük (2-3 mm) olup 7-10 gün içinde iyileşir ve skar bırakmazlar<sup>9</sup> (Resim 1).

rünümleri ile dikkat çekerler. En sık görülen formu minör aftlardır (%80)<sup>8,9</sup>. Genelde 1-5 adet iyi sınırlı çapları 10 mm'den ufak eritematöz bir halo ile çevrili olan üzerleri beyaz veya grimsi psödomembranla kaplı lezyonlardır. Lezyonlar genellikle skar bırakmadan 10-14 günlük süreler içerisinde kaybolurlar ve non keratinize bölgede yerleşirler<sup>7</sup>. Major aftlar ise (%10) 10 mm'den daha büyük olup özellikle dudak, yumuşak damak ve farinkste yerleşirler. Altı haftadan uzun sürerler ve genellikle skar bırakırlar. Herpetiform aftlar çok sayıda (50-100) ve küçük (2-3 mm) olup 7-10 gün içinde iyileşir ve skar bırakmazlar<sup>9</sup> (Resim 1).

### 3. Viruslarla Oluşan Ülserler

#### a) Herpes Simpleks

Bu grupta ilk aklı gelecek olan ülser Herpes simpleks viruslarla oluşan Primer herpetik jinvostomatit tablosudur. Genç hastalarda asemptomatik veya çok hafif geçerken ileri yaşlarda ise daha şiddetli olarak seyretmektedir. Veziküllerin rüptüre olmasını takip eden 2-3 gün içerisinde sarımsı membranı olan ağrılı ülserler oluşur. Bunlar genellikle dudaklar, dil oral mukozaya, damak ve farinkste oluşurlar<sup>10,11</sup>. Ülserler genellikle 10 gün içerisinde iz bırakmadan iyileşirler ancak beraberinde submandibular lenfadenopati, halitozis, ve yutma ve çiğneme güçlüğü ortaya çıkabilir (Resim 2). Daha nadir olarak ortaya çıkan Herpes Tip 1 nedenli Herpes labialisde ise vezikül ve ülser daha çok dudak ve dudak sınırındaki alanlarda görülür ve 7-10 gün içinde iyileşir. Varisella zoster virus enfeksiyonu ile oluşan varisellada ise deri bulguları ile beraber mukozalarda da etrafları eritemli ortada ufak veziküllü ve ülsere lezyonlar rüptüre olunca ağrılı hale gelirler. Birden fazla olma ve diğer klinik bulguları ile kolayca ayrılırlar<sup>10-12</sup>.

#### b) Koksaki Virus

Koksaki virus 2 farklı klinik tabloya neden olur. İlki olan Herpangina, çocukluk döneminde orofarinkste daha çok yumuşak



Resim 1. Dil ucunda minör aftlarla karakterize RAS



Resim 2. Primer herpetik jinvostomatitte çok sayıda herpetiform ülser

Tablo 1. Behçet Hastalığının tanı kriterleri (1990)

Rekürren Oral Ülserasyon	Yılda 3 kez oluşan hekim ya da hasta tarafından gözlenen major, minör veya herpetiform ülser buna ek olarak en az iki semptom
Rekürren genital ülserasyon	Hasta veya hekim tarafından gözlenen ülser veya skar oluşumu
Göz lezyonları	Anterior/Posterior Üveit veya Retinal Vaskulit
Deri lezyonları	Eritema nodosum, psödofollikülit, papulopüstüler lezyon, akneiform nodül
Paterji testi	24-48 saat içinde okunan püstül

Bu tablo Behçet hastalığı için Uluslararası Çalışma Grubu tarafından belirlenen "Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri" Lancet 1990;335:1078-1080'den alınmıştır.

damak, uvula ve damakta ortaya çıkan vezikülleri takiben boğaz ağrısı ve ateş ile oluşan ve 4-5 günde kendiliğinden iyileşen bir tablodur<sup>7</sup>. Diğer hastalık ise El-ayak ağız hastalığı olup daha çok okul çağı çocuklarda ortaya çıkar. Oral kavitede el ayaklarda ufak veziküllerle karakterizedir<sup>10</sup> (Resim 3).

#### c) Ebstein-Barr Virusu

Ebstein-Barr virusu ile ortaya çıkan İnfeksiyöz mononükleozis tablosunda ise ateş dışında oral ülserler, palatal peteşiler ve sistemik hastalıklar bulguları bulunur<sup>7,10</sup>.

#### d) Sitomegalovirus Virus

Sitomegalovirus, özellikle immünsüpre hastalarda büyük ve kronik oral ülserlere neden olabilir. AIDS, oral lezyonların ilk ve şiddetli bir şekilde ortaya çıktığı bir hastalıktır. Büyük, derin ülserler özellikle vestibular ve faringeal mukozada ortaya çıkar. Bu ülserler immünsüpresyon nedeniyle ortaya çıkan ve oral flora da artan patojenlerce oluşturulur<sup>7,10,12</sup>.

### 4. Bakterilerle Oluşan Ülserler

#### a) Treponema Pallidum

Sifilizin primer lezyonu olan şankr genellikle genital bölgede ortaya çıkarsa da ekstragenital olarak ise oral bölgede oluşabilir. Bu lezyon enfekte olmadığı sürece ağrısızdır ve kendiliğinden kaybolur. Sekonder dönemde ise muköz patch ülsere bir lezyon olarak akla gelmelidir<sup>6,13</sup>.

#### b) Neisseria Gonorrhoea

Gonore bir diğer hastalık olup orta derecede eritemden psödomembranla kaplı derin ülsere kadar birçok oral lezyonla beraberdir<sup>7,12</sup>.

### 5. Eritema Multiforme

Hastalığın 3 formunda da vezikülobüllöz oral lezyonlar değişik derecelerde ortaya çıkar. Burada eritem, vezikül ve ülserler dudak ve yanak mukozasında hastanın oral beslenmesini ileri derecede etkileyecek şekilde ortaya çıkabilirler. İleri derecedeki formları yaşamı tehdit edici boyutlardadır<sup>7,10,13</sup>.



Resim 3. El-ayak-ağız hastalığında dilde ülser

### 6. Hematolojik Hastalıklar

Oral ülserler birçok hematolojik hastalıkla beraber olabilir. Bunlar içinde anemi, lösemiler, lenfomalar, multiple myeloma ve nötropeni sayılabilir. Özellikle siklik nötropeni reküren aftöz stomatite benzer lezyonlarla seyredir<sup>17,10,12</sup>.

### 7. GES Hastalıkları

Bu grupta değerlendirilmesi gereken 2 önemli hastalık Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı olup bu hastalıklar oral mukozadaki ülserler dışında gastrointestinal sistemde ortaya çıkan ülserler ve kramp, melena, bulantı, kusma, diare gibi şikayetlerle beraber olmaktadır<sup>7,10,12</sup>.

### 8. Reiter Sendromu

Hastalığın oral ülserler yanında en sık görülen bulguları özellikle nongonokokik üretrit, artrit, konjonktivit triadı ile karakterize olan bulgularıdır. Bunun yanında sirsine balanit ve keratoderma blenorajika diğer deri bulgularıdır<sup>14</sup>.

### 9. Nadir Görülen Hastalıklar

Bunlardan ilki MAGIC (Mouth and genital ulcers with inflamed cartilage) adıyla anılan ve aft, genital ülser ve artrit şikayetleri ile seyreden nadir görülen bir sendromdur<sup>15</sup>. Diğerleri FABA (fever, adenitis, pharyngitis and aphtous ulcers) olarak ifade edilen ve ateş, adenit, farenjit ve aftöz ülserlerle beraber seyreden hastalıktır<sup>7</sup>.



Resim 4. Sublingual yerleşimli pseudomembranöz Kandida plağı

Tablo 2. Akut oral ülserler

Tanı	Klinik özellikler
Travmatik Ülser	Kısa süre, ağrılı epizod. Eritematöz halo ile çevrili merkezde temiz alan
Reküren Aftöz Stomatit	Bir ya da daha çok reküren ağrılı ülser, iyi sınırlı, eritematöz halo ile çevrili yuvarlak veya oval şekilli beyaz veya gri psödomembranla kaplı ülserler
Viral İnfeksiyonlar	Rüptüre olabilen vezikül, sarımsı membranla kaplı ağrılı ülsere görünüm
Bakteriyel İnfeksiyonlar	Şankrda kenarları kalkık derin ağrısız ülser. Sekonder dönemde mukozal ülser ve müköz yama lezyonları
Eritem Multiforme	Oral mukozada eritem, vezikül, ülser. Dudaklarda tipik krutlu lezyonlar
Kan hastalıkları	Rekürren Aftöz Stomatit'e benzeyen yuvarlak veya oval şekilli beyaz veya gri psödomembranla kaplı ülserler
Gastrointestinal Hastalıklar	Oral ülserler, GES şikayetleri (kramp, diare, melena)
Reiter sendromu	Oral ülser, üretrit, artrit, konjonktivit, sirsine balanit, keratoderma

## B) Kronik Ülserler

Kronik ülserler Tablo 3'de klinik özellikleri ile özetlenmiştir.

### 1. İlaçlarla Oluşan Ülserler

İlaçlar deri dışında oral mukozada da bulgu verir. Genellikle tek izole ve dilde etrafı eritematöz halo ile çevrili bir yapıda ortaya çıkarlar. Kullanım sürelerine bağlı olmakla beraber ilaçlara bağlı bu ülserler klasik tedavilere dirençli olurlar ve kronikleşirler. En sık neden olan ilaçlar betablokerler, immünsüpresan ilaçlar, antikolinergik bronkodilatörler, vazodilatörler, proteaz inhibitörleri, bifosfonatlar, antibiotikler, nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar, antihipertansiflerdir. İlaçlar kesildiğinde lezyonlar kaybolur<sup>11,13</sup>.

### 2. Eroziv Liken Planus

Bu grup içinde Eroziv Liken Planus oral ülserlerle en sık karışan lezyonlardır. Bu lezyonlarda ağrılı, derin ülserlerin etrafında bulunan beyaz sitriyal patognomoniktir ve ayırıcı tanıda önemlidir. Bu lezyonlar pemfigus vulgaris ve müköz membran pemfigoidi ile karışabilir, ayırım biopsi ile yapılabilir<sup>11</sup>.

### 3. Pemfigus Vulgaris

Pemfigus hastalarının yarısı oral lezyonlarla doktora başvurmaktadır. Bu nedenle kolayca rüptüre olarak ağrılı ülserlere dönüşen bu lezyonları göz önüne almak gerekir. Bül öncelikle oral kavitede, daha çok arka kısımda yer alır. Kolayca rüptüre olur ve eritematöz halo ile çevrili nekrotik odakla karakterize hale gelir<sup>10-12</sup>.

### 4. Müköz Membran Pemfigoidi

Bu hastalık oral mukoza dışında göz, özefagus, nazofarinks ve larinkste de lezyonlara neden olabilir. Spontan ortaya çıkabilen kolayca rüptüre olan ve ağrılı ülsere bir tablodur. Damak, jinja en sık tuttuğu alanlar olup hasta bu aşamaları geçip doktora kronik deskuamatif jinjivit tablosu ile de gelebilir<sup>10-12</sup>.

### 5. Funguslarla Oluşan Ülserler

Oral kavitede en sık kandida enfeksiyonları görülür. (Resim- 4) Genel olarak ülsere olmayan beyaz plaklarla karakterize daha çok dilde ortaya çıkarlar. Kandida ajanları dışında ise Cryptococcus neoformans, Histoplasma capsulatum, Aspergillus fumigatus diğer oral ülser nedenleridir<sup>10,11</sup>.

### 6. Oral Skuamöz Hücreli Kanser

Tüm oral kanserler ülsere neden olabilirler. Ancak oral mukozada ülsere neden olan en önemli hastalık oral lokalizasyonlu skuamöz hücreli kanserdir. Endofitik, ekzofitik ve mikst görümlü olabilen bu ülser erken dönemde fark edilip cerrahi tedavi yöntemi ile tedavi edildiğinde çok başarılı sonuçlar verir. Uzun süreli oral ülserlerde akla gelmesi gereken bu durum biopsi ile doğrulanılır ve tedavi edilir<sup>10-12</sup>.

## C) Genital Ülserler

Behçet hastalığının ayırıcı tanısında göz önüne alınması gereken diğer bir bulgu ise genital ülserlerdir. Dermatologa geni-

tal ülser şikayeti ile gelen hastalarda ağrı, yürüme zorluğu hastayı rahatsız eder. Genital bölgede ülser öncesinde oluşan erozyon epiderminin fokal kaybını ifade ederken, genital ülser daha uzun süreli iyileşir. Bunun yanında özellikle genital herpes, liken sklerozus ve kandidanın sekonder etkenlerle kontaminasyonu tabloyu değiştirmektedir<sup>16-20</sup>.

Bu tür hastalardan ayrıntılı bir anamnez almak çok önemlidir. Lezyonun nasıl başladığı (vezikül, püstül), tekrarlayıcı özelliğinin olup olmadığı, veneryal hastalıklar için cinsel temas ve vajinal akıntı öyküsünün bulunup bulunmadığı sorgulanmalıdır.

### 1. İnfeksiyöz Nedenler

Burada genital herpes lezyonları ilk akla gelmesi gereken lezyonlardır. Klasik primer herpes enfeksiyonları adenopati ve çok sayıda vezikülle başlayıp püstüle dönen ve 10-14 günlük bir süreyi kapsayan özelliktedir. Reküren genital herpes ise 5-7 günlük bir seyirle veziküllerle seyredir. Veziküller sürtünme ile kısa sürede rüptüre olurlar ve erozyon sonrası krutlanarak geçerler. Hastalar ilk dönemde hekime başvuramazlar ise tanı koymak zordur. Tanı için lezyon tabanından Tzanck testi ile antitolitik hücrelerin görülmesi ya da herpes virüs kültürü yapılabilir. Serolojik testlerden yapılacak Ig G ve Ig M titreleri akut ve geçirilmiş enfeksiyonların varlığını gösterir<sup>16,17</sup>.

Sifiliz primer lezyonu olan şankr sert, indure, ağrısız ülsere lezyonla karakterize olup genellikle bir cinsel temas öyküsü sonrası ortaya çıkar. Karanlık saha mikroskopisi ile kısa sürede tanı konulabilir, serolojik testlerle tanıyı doğrulamakta mümkündür. Normalde ağrısız olan şankrlarda enfeksiyon olduğunda ağrı ortaya çıkar<sup>18,19</sup>.

Şankroid, Haemophilus ducreyi ile ortaya çıkan oldukça ağrılı ve süpüratif inguinal lenfadenopatisi ile beraber olan bir tablodur<sup>18</sup>.

### 2. İlaçlar

Genital alan sabit ilaç erüpsiyonlarının en sık görüldüğü bölgedir. Ülserler ikinci kez görüldüğü andan sonra sabit ilaç erüpsiyonu adını alır ve hep aynı alanda ortaya çıkar. Klinik görünüm öncelikle bir ya da daha fazla mavi, mor makül ile başlar ve ülsere olur<sup>16</sup>. Ağrılıdır ve ilaç alımını takip eden bir süreden sonra başlar. İyi bir ilaç anamnezi almak çok önemlidir. En sık neden olan ilaçlar nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, metronidazol, asetaminofen, sulfonamid, fenitoin ve tetrasiklinlerdir<sup>17</sup>.

### 3. Eroziv Liken Sklerozus

Bu klinik görünüm ülserden daha çok eroziv bir klinik görünüm ile karakterizedir, kaşıntı ile beraber görülür. Parlak parşömen kağıdı üzerinde gergin bir deri görünümü vardır. Deride ortaya çıkan skleroz görünümü ile vaginal introitusda daralma ortaya çıkabilir<sup>16,17</sup>.

### 4. Büllöz Hastalıklar

Skatrisiyel/büllöz pemfigoid liken sklerozusu taklit edebilir. Etrafında eritemli halo ile beraber ağrılı olan erozyon ve ülserle karakterizedir<sup>16,17</sup>.

**Tablo 3. Kronik Oral Ülserler**

Tanı	Klinik özellikler
İlaç nedenli ülserler	Tek, izole, dil kenarında lokalize, eritematöz halo ile çevrili lezyon
Erozif liken planus	Atrofi, erozyon ve ağrılı ülser
Pemfigus vulgaris	Oral posterior alanda bül, ortada nekrotik artıklar ve eritematöz halo ile ağrılı ülser
Müköz membran pemfigoidi	Spontan oluşan kolayca rüptüre olan bül, ağrılı ülsere dönüşüm
Oral skuamöz hücreli kanser	Primer lezyon ağrılı ülserler



## Kaynaklar

1. International Study Group for Behçet's disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990;335:1078-80.
2. Tunç R, Uluhan A, Melikoğlu M, Ozyazgan Y, Özdoğan H, Yazıcı H. A reassessment of the International study group criteria for the diagnosis (classification) of Behçet's syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2001;19:45-7.
3. Yurdakul S, Yazıcı H. Behçet's Syndrome. *Best Prac Res Cli Rheumatol* 2008;22:793-809.
4. Yazıcı H, Fresko I, Yurdakul S. Behçet's syndrome: diseases manifestations, management, and advances in treatment. *Nature Rheumatol* 2007;3:148-54.
5. Kontogiannis V, Powell RJ. Behçet's disease. *Postgrad Med J* 2000;76:629-37.
6. Escudier M, Bagan J, Scully C. Behçet's disease. *Oral Disease* 2006;12:78-84.
7. Munoz-Corcuera M, Esparza-Gomez G, Gonzalez-Moles A, Bascones-Martinez A. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologist. Part I. Acute ulcers. *Cli Exp Dermatol* 2009;34:289-94.
8. Zunt SL. Recurrent Aphthous stomatitis. *Dermatol Clin* 2003;21:33-9.
9. Vucicevic BV, Savage NW. Recurrent aphtous ulcerative disease: presentation and management. *Aust Dent J* 2007;52:10-15.
10. Field EA, Allan RB. Review article: oral ulceration-aetiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:949-62.
11. Munoz-Corcuera M, Esparza-Gomez G, Gonzalez-Moles A, Bascones-Martinez A. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologist. Part II. Chronic ulcers. *Cli Exp Dermatol* 2009;34:456-61.
12. Porter SR, Leao JC. Review article: oral ulcers and its relevance to systemic disorders *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:295-306.
13. Abdollahi M, Radfar M. A review of drug-induced oral reactions. *J Contemp Dent Pract* 2003;4:10-31.
14. Liao Ch, Huang JL, Yeh KW. Juvenile Reiter's Syndrome: a case report. *J Microbiol Immunol Infect* 2004;37:379-81.
15. Kötter I, Deuter C, Günaydin I, Zierhut M. MAGIC or not MAGIC- does the MAGIC (mouth and genital ulcers with inflamed cartilage) syndrome really exist? A case report and review the literature. *Cli Exp Rheumatol* 2007;25:507-8.
16. Rosen T, Brown TJ. Genital ulcers. evaluation and treatment *Dermatol Clin* 1998;16:673-85.
17. Bartholomew D. Genital erosions and ulcers in childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:151-3.
18. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:511-29.
19. Little JW. Syphilis: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:3-9.
20. Little JW. Gonorrhea: update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;101:137-43.