

Klinik Bulgulardan Tanıya Oral Mukozal Kırmızı Lezyonlar

Oral Mucosal Red Lesions from Clinical Findings to Diagnosis

Selin YEŞİLTEPE,^a
Kübra TÖRENEK AĞIRMAN,^a
Binali ÇAKUR^a

^aAğız, Diş ve Çene Radyolojisi AD,
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Erzurum,

Received: 21.03.2017
Received in revised form: 16.05.2017
Accepted: 17.05.2017
Available online: 06.07.2018

Correspondence:
Binali ÇAKUR
Atatürk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD,
Erzurum,
TÜRKİYE/TURKEY
bcakur@atauni.edu.tr

ÖZET Oral mukozal lezyonlar ile diş hekimliği, kulak burun boğaz ve dermatoloji kliniklerinde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Oral mukozada, ağızda lokalize bir hastalık ya da sistemik bir hastalığın oral bulgusu olabilecek çok sayıda hastalığın görülebildiği bir bölgedir. Bununla birlikte iki haftadan uzun süren lezyonlara şüphe ile yaklaşılmalıdır. Detaylı anamnez ve hasta muayenesi ile oral mukozal lezyonlarının çoğunda tanı ve tedaviye ulaşmak zor olmamaktadır. Klinik bulgular hastalığın tanısının konmasında önemli ipuçları vermektedir. Oral mukozada oluşan lezyonlar renklerine, lokalizasyonlarına, etiyojilerine ve morfolojik özelliklerine göre pek çok şekilde sınıflandırılmakta, renklerine göre ise beyaz, kırmızı ve pigmente lezyonlar olarak ayrılmaktadırlar. Kırmızı lezyonlar oral kavitede ortaya çıkan geniş, heterojen hastalık grubunu oluşturmaktadır. Lezyonların kırmızı rengi ince epitel yapısına, inflamasyona, kan damarlarının dilatasyonuna veya sayısının artmasına, kanın oral yumuşak dokular içine ekstrasvazasyonuna (sızmasına) bağlı olabilmektedir. Kırmızı lezyonlar; travmatik lezyonları, enfeksiyonları, gelişim bozukluklarını, alerjik reaksiyonları, immünolojik hastalıkları, premalign lezyonları, malign neoplazmları ve sistemik rahatsızlıkları içermektedir. Oral mukozadaki kırmızı lezyonlar; yüzey değişikliği, renk değişikliği, lokalizasyon, ağrı-yanma, kanama, ağız kuruluğu ve diğer klinik bulgular rehberliğinde teşhis edilebilmektedir. Hastadan alınan iyi bir anamnez ve yapılan iyi bir klinik muayene, oral mukozal lezyonların semptomlarının, özelliklerinin ve lokalizasyonlarının iyi değerlendirilmesi tanıya ulaşmada anahtar rol oynamaktadır. Bu çalışmada, oral mukozada görülen kırmızı lezyonların klinik bulgularından yola çıkılarak tanıya ulaşmada yardımcı olabilecek bilgilerin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağız mukozası; tanı, oral

ABSTRACT Oral mucosal lesions are frequently come encountered in dentistry, otorhinolaryngology and dermatology outpatient clinics. Oral mucosa is a region where many diseases can be seen, which may be a localized disease or an oral finding of a systemic disease. However, lesions that last more than two weeks should be met with suspicion. With detailed anamnesis and patient examination, it is not difficult to reach the diagnosis and treatment of most oral mucosa lesions. Clinical findings give important hints to the diagnosis of the disease. Lesions formed in the oral mucosa are classified according to their color, localization, etiology and morphological characteristics, and they are classified as white, red and pigmented lesions according to their color. Red lesions form a large, heterogeneous group of diseases that occur in the oral cavity. The red color of the lesions may be due to thin epithelial structure, inflammation, dilatation of the blood vessels or increased number of blood vessels, extravasation into the oral soft tissues of the blood. Red lesions contain traumatic lesions, infections, developmental disorders, allergic reactions, immunological diseases, premalign lesions, malignant neoplasms and systemic disorders. Oral mucosal red lesions can be diagnosed by surface alteration, color change, localization, pain-burning, bleeding, mouth instability and other clinical manifestations. A good history from the patient and a good clinical examination, a good assessment of the symptoms, features, and localizations of oral mucosal lesions play a key role in the diagnosis. In this review, we aimed to present information that can help to reach the diagnosis by the clinical findings of red lesions seen in oral mucosa.

Keywords: Mouth mucosa; diagnosis, oral

Oral mukoza, ağız boşluğunu altındaki zengin organ yapısından ayıran örtücü mukozadır. Çok katlı yassı epitel (ektodermal) ve lamina propria olarak bilinen bağ dokusu (mezodermal) olmak üzere iki anatomik tabakadan oluşmaktadır. Bazal membran; epitel ve bağ dokusu arasında bulunan ve oral epiteli bağ dokusuna bağlayan tabakadır. Lamina proprianın altı ise submukoza olarak adlandırılmaktadır. Oral epitel bulunduğu bölgeye göre farklı keratinizasyonlar göstermektedir. Sert damak orta keratinize epitel; diş eti, dil sırtı, alveolar mukoza orto-parakeratinize kalın epitel; yanak mukozası, labial mukoza kalın keratinize olmayan epitel, ağız tabanı, dilin alt ve yan yüzü, yumuşak damak ve diş eti aralığı ise non-keratinize epitel ile döşelidir. Epitel tabakasının bütünlüğü, hücrelerin yaklaşık 10-12 günde bazal tabakadan yüzeye doğru devamlı gerçekleştirdiği yenilenme hareketi ile sağlanmaktadır. Bu nedenle mukozada oluşan ve iki haftadan uzun süren lezyonlar şüphe ile karşılanması gerekmektedir.¹⁻⁵

Oral mukoza, ağızda lokalize bir hastalık ya da sistemik bir hastalığın oral bulgusu olabilecek çok sayıda hastalığın görülebildiği bir bölgedir.⁵ Oral kaviteyi etkileyen çok sayıda farklı hastalık arasında oral mukozanın yüzeysel lezyonları büyük bir yüzdeyi oluşturmaktadır.⁶ Oral mukozada oluşan lezyonlar renklerine, lokalizasyonlarına, etiyojilerine ve morfolojik özelliklerine göre pek çok şekilde sınıflandırılmakta, renklerine göre ise beyaz, kırmızı ve pigmente lezyonlar olarak ayrılmaktadırlar.⁷⁻¹⁰

Bu çalışmada, oral mukozada görülen kırmızı lezyonların klinik bulgularından yola çıkılarak, tanıya ulaşmada yardımcı olabilecek bilgilerin sunulması amaçlanmıştır. Literatürde, yapılmış böyle bir araştırma bulunmamakla birlikte, çalışmamız bu konuda bir ilki teşkil etmektedir.

Kırmızı lezyonlar oral kavitede ortaya çıkan geniş, heterojen hastalık grubunu oluşturmaktadır. Lezyonların kırmızı rengi ince epitel yapısına, inflamasyona, kan damarlarının dilatasyonuna veya sayısının artmasına, kanın oral yumuşak dokular içine ekstravazasyonuna (sızmasına) bağlı olabilmektedir. Kırmızı lezyonlar; travmatik lezyonlar, enfeksiyonlar, gelişim bozuklukları, aller-

jik reaksiyonlar, immünolojik hastalıklar, premalign lezyonlar, malign neoplazmlar ve sistemik rahatsızlıkları içermektedir.¹¹⁻¹³

Oral mukozanın kırmızı lezyonları;¹¹

- Travmatik eritem-lineer jinjival eritem,

- Termal yanık-kontakt allerjik stomatit,

- Radyasyon mukoziti-gonokokal stomatit,

- Fellatio-hemanjiyom,

- Coğrafik dil-lupus eritematozus,

- Mediyan riomboid glossit-kalsinozis kutis, Raynaud fenomeni, özofageal motilite bozukluğu, sklerodaktili ve telenjiektazi [calcinosis, Raynaud phenomenon, esophageal dysmotility, sclerodactyly and telangiectasia (CREST)] sendromu,

- Protez stomatiti-herediter hemorajik telenjiektazi,

- Eritematöz kandidiyazis-anemi

- Skuamoz hücreli karsinom-trombositopenik purpura,

- Eritroplaki-enfeksiyöz mononükleoz,

- Plazma hücreli jinjivit-Reiter sendromu,

- Granüloamatöz jinjivit-periferik ameloblastom,

- Deskuamatif jinjivit-Sturge-Weber anjiyomatozu.

KLİNİK BULGULAR

Detaylı anamnez ve hasta muayenesi ile oral mukozal lezyonlarının çoğunda tanı ve tedaviye ulaşmak zor olmamaktadır.⁵ Oral mukoza muayenesi anamnezle başlamaktadır. Lezyonun ortaya çıkış zamanı ve şekli, ağrı, yanma ve kanama gibi semptomların varlığı doku değişikliğinin tipini anlamada ve lezyonun tanısında yardımcı olmaktadır. İnceleme ve palpasyonun klinik muayenede önemli iki adım olduğu bilinmektedir. İnceleme; mukozadaki şekil, renk, yüzey, simetri ile ilgili değişiklikler ve lezyonun lokalizasyonu hakkında bilgi vermektedir. Palpasyon ile lezyonun yüzey ıssı, mobilitesi, ekspansiyonu, kıvamı, fluktuasyon ve ağrı varlığı saptanmaktadır.^{7,13}

Oral mukozal kırmızı lezyonlar; yüzey değişikliği, renk değişikliği, lokalizasyon, ağrı-yanma, kanama, ağız kuruluğu ve diğer klinik bulgular rehberliğinde teşhis edilebilmektedir.

YÜZEY DEĞİŞİKLİKLERİ

Oral mukoza normalde düz, esnek, yumuşak ve parlaktır. Patolojik yapılar normal görünümdeki mukoza ile kaplı olabileceği gibi yoğun keratinize, papillomatöz, nekrotik, eroziv-ülseratif yüzeyler şeklinde veya damarsal değişiklik ve pigmentasyon gösteren yüzeyler şeklinde ya da hiperplazik/hipertrofik yapıda olabilmektedir.^{2,14-16}

Kırmızı lezyonlarda görülen yüzey değişikliklerinin sınıflandırılması Tablo 1’de görülmektedir.

Erozyon: Epidermiste görülen yüzeyel doku kaybı “erozyon” olarak adlandırılmaktadır. Kanama görülmez, seröz bir sızıntı dikkati çekmektedir.¹⁶⁻¹⁸ Termal yanıkta kırmızı, ağrılı eritem şeklinde görülen lezyonlar erozyonlar bırakarak soyulabilir. Radyasyon mukozitinde geç dönemde beyazımsı sarı eksüda ile kaplı olarak, deskuamatif jinjivitte

epitelde yüzeyel erozyonlar hâlinde, kontakt allerjik stomatitin akut formunda, lupus eritematozusta ve nadiren anemide görülmektedir.^{11-13,19-23}

Ülser: Epidermisi, dermisin büyük bir kısmını veya daha aşağı tabakaları içine alan doku kaybı, patolojik bir olay sonucu oluşmuş ise “ülser” olarak adlandırılmaktadır.¹⁶⁻¹⁸ Radyasyon mukozitinde geç dönemde beyazımsı sarı eksüda ile kaplı olarak, gonokokal stomatitte yüzeyel olarak en çok parafaringeal alan, tonsilla, uvula ve yumuşak damakta; nadir olarak da dil, bukkal mukoza, diş etinde, lupus eritematozusta ve nadiren enfeksiyöz mononükleozda görülmektedir.^{11-13,19-21,24}

Vezikül: Deri seviyesinden kabarık, içi berrak sıvı dolu, çapları 0,5 cm’ye kadar olan lezyonlar “vezikül” olarak adlandırılmaktadır.¹⁷⁻¹⁹ Kontakt allerjik stomatitin akut formunda görülmektedir.^{11,20,22,25}

Bül: Çapları 0,5 cm’den büyük, içlerinde sıvı ihtiva eden lezyonlara “bül” adı verilmektedir. Vezikülden farkı sadece büyük olmalarıdır. İçlerinde cerahat (püy) de olabilmektedir.^{16,18} Deskuamatif jinjivitte hemorajik bül formasyonu şeklinde yapışık diş etinde, lokalize ya da generalize olarak görülmektedir.^{11,25}

Papül: Çapları 1 cm’den küçük, deriden kabarık, solid oluşumlara “papül” adı verilmektedir.¹⁷⁻¹⁹ Herediter hemorajik telenjektazide, oral mukozada sıklıkla dudaklar, dil, bukkal mukoza ve damakta, ölçüleri 1-2 mm arasında değişen, basınçla kaybolan çok sayıda papül görülmektedir.^{11-13,20,26}

Nodül: Deri seviyesinden kabarık, 1-3 cm çapında papülden büyük solid oluşumlara “nodül” adı verilmektedir.¹⁶⁻¹⁸ Herediter hemorajik telenjektazide, oral mukozada sıklıkla dudaklar, dil, bukkal mukoza ve damakta nodüller ve örümcek benzeri lezyonlar görülebilmektedir.^{11-13,20,26}

Ödem: Hücreler arası sıvıda normalden fazla miktarda kan plazması toplanmasına “ödem” adı verilmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Radyasyon mukozitinde erken dönemde, protez stomatitinde çoğunlukla maksillada protezin ağırlığını taşıyan bölgelerde genellikle asemptomatik olarak görülmektedir. Plazma hücreli jinjivitte açık kırmızı ödemli serbest ve yapışık diş eti bulunmakta, lokalize ya da geniş çaplı olabil-

TABLO 1: Kırmızı lezyonlarda görülen yüzey değişikliklerinin sınıflandırılması.

Erozyon	Ülser
Termal yanık	Radyasyon mukozit
Radyasyon mukoziti	Enfeksiyöz mononükleoz
Deskuamatif jinjivit	Gonokokal stomatit
Kontakt allerjik stomatit	Lupus eritematozus
Lupus eritematozus	
Anemi	
Vezikül	Bül
Kontakt allerjik stomatit	Deskuamatif jinjivit
Papül	Nodül
Herediter hemorajik telenjektazi	Herediter hemorajik telenjektazi
Ödem	Epitelin spontan deskuamasyonu
Radyasyon mukozit	Deskuamatif jinjivit
Protez stomatit	
Plazma hücreli jinjivit	
Granülamatöz jinjivit	
Deskuamatif jinjivit	
Kontakt allerjik stomatit	
Gonococcal stomatit	
Enfeksiyöz mononükleoz	
Lupus eritematozus	

mekte, aynı lezyonlar dil ve dudakta da görülebilmektedir. Granülamatöz jinjivitte serbest, yapışık diş eti ve interdental papilde ödematöz sahalar tek bir alanda ya da birçok alanda görülebilmektedir. Deskuamatif jinjivitte yapışık diş etinde, kontakt alerjik stomatitin akut formunda mukozada yaygın olarak, gonokokal stomatitte gri-sarı eksüda ile örtülü olarak, enfeksiyöz mononükleozda uvulada ve lupus eritematozusta görülmektedir.^{11-13,20-22,24}

Epitelin Spontan Deskuamasyonu: Mukozanın yüzeysel bölümlerinin kitleler hâlinde dökülmesine spontan “deskuamasyon” adı verilmektedir.^{13,18,20,24,26,27} Deskuamatif jinjivitte yapışık diş etinde görülmektedir.¹¹

RENK DEĞİŞİKLİKLERİ

Oral mukoza normalde gül kurusu-pembe renktedir. Yoğun keratinize damak yumuşak damağa göre, yapışık diş eti ise serbest diş etine göre daha açık renktedir.^{5,14,15}

Kırmızı lezyonlarda görülen renk değişikliklerinin sınıflandırılması Tablo 2’de görülmektedir.

Peteşi: Eritrositlerin damar dışına çıkması ile deride oluşturduğu lokal renk değişikliklerine “purpura” adı verilmektedir. Purpura küçük nokta veya toplu iğne başı büyüklüğünde ise “peteşi” olarak adlandırılmaktadır.^{1-4,14,15} Fellatioda yumuşak ve sert damak birleşiminde, protez stomatitinde çoğunlukla maksillada protez ağırlığını taşıyan bölgelerde genellikle asemptomatik olarak, lupus eritematozusta, trombositopenik purpurada genellikle bukkal mukoza ve damakta, enfeksiyöz mononükleozda ise genellikle damakta görülmektedir.^{11-13,26-28}

Ekimoz: Purpura 1 cm’den büyük ise “ekimoz” olarak adlandırılmaktadır. Travmatik eritemde düzensiz, genelde düz, parlak veya koyu kırmızı renkte, sıklıkla dudaklar, dil ve bukkal mukozada görülmektedir.^{1-4,14,15} Fellatioda yumuşak ve sert damak birleşiminde, trombositopenik purpurada bukkal mukozada ve damakta rastlanmaktadır.^{11,13,20,26,27}

Hematom: Kanama odağı kapsülle çevrilmişse, palpasyon ve fluktuasyon gösteriyorsa “hematom” adı verilmektedir.^{1-4,14,15} Travmatik eritemde düzensiz, genelde düz, parlak veya koyu kırmızı renkte; sıklıkla dudaklar, dil ve bukkal mukozada,

TABLO 2: Kırmızı lezyonlarda görülen renk değişikliklerinin sınıflandırılması.

Peteşi	Eritem
Fallatio	Termal Yanık
Protez Stomatiti	Radyasyon Mukozitisi
Lupus Eritematozus	Fellatio
Trombositopenik Purpura	Coğrafik Dil
İnfeksiyöz Mononükleosis	Median Rhomboid Glossit
	Protez Stomatiti
	Eritematöz Kandidiazis
	Granülamatöz Gingivitis
	Deskuamatif Gingivitis
	Linear Gingival Eritem
	Kontakt Alerjik Stomatitis
	Gonococcal Stomatitis
	Reiter Sendromu
Hematom	Ekimoz
Travmatik Eritem	Travmatik Eritem
Trombositopenik Purpura	Fellatio
	Trombositopenik Purpura
Kırmızı Plaklar	Atrofik Kırmızı Alanlar
Eritroplaki	
Akut psödömembranöz kandidiyazis	Lupus Eritematozus
Telenjektazi	Hemanjiyom
Hereditör Hemorajik Telenjektazi	Sturge-Weber Angiomatozu
Lupus Eritematozus	
CREST Sendromu	

CREST: Kalsinozis kutis, Raynaud fenomeni, özofageal motilite bozukluğu, sklerodaktili ve telenjektazi.

trombositopenik purpurada bukkal mukozada ve damakta görülmektedir.^{11,13,20,26,27}

Eritem: Geçici damar genişlemeleri sonucu deride oluşan pembe-kırmızı renk değişikliklerine “eritem (hiperemi)” adı verilmektedir.^{1-4,14,15} Termal yanıkta kırmızı, ağırlı eritemler bulunmaktadır. Radyoterapi gören hastalarda radyasyonun seyrine göre, primer olarak nonkeratinize dokularda (yumuşak damak, farinks, ağız tabanı, bukkal mukoza, dil kökü) eritem ve hiperemi görülmektedir. Coğrafi dilde ince, kabarık, beyazımsı sınırla çevrili, belirgin sınırları olan eritem lekeleri bulunmaktadır. Çoğunlukla dilin dorsal yüzeyinde bazen de diğer mukozal bölgelerde görülen bu lezyonlar birkaç gün içinde kaybolup sonra başka bir bölgede ortaya çıkmaktadır. Mediyan romboid glossitte dil sırtının orta çizgisi boyunca, circum-

vallate papillaların önüne doğru iyi sınırlı eritematöz alanlar görülmektedir. Lezyon yüzeyi lobüllü veya düzgün olabilmektedir. Protez stomatitinde, çoğunlukla maksillada protezin ağırlığını taşıyan bölgelerde asemptomatik eritemler bulunmaktadır. Eritematöz kandidiyazda eritematöz lekeler veya kırmızı yamalar şeklinde, çoğu zaman asemptomatik olarak dil sırtında, yanak mukozası ve damakta görülmektedir. Granüloamatöz jinjivitte serbest, yapışık diş eti ve interdental papilde tek ya da birçok alanda eritematöz sahalar saptanmaktadır. Deskua-matif jinjivitte yapışık diş etinde sıklıkla fasiyal yüzey ve lingual diş etinde, difüz eritem bulunmaktadır. Lineer diş etinde, eritemde diş eti kenarında 2-4 mm genişliğinde eritematöz bant şeklindeki lezyonlar lokalize ya da generalize olabilmektedir. Fellatioda yumuşak ve sert damak birleşiminde; kontakt allerjik stomatitin akut formunda mukozada yaygın olarak görülen lezyonlar, gonokokal stomatitte atipik olarak, en çok parafaringeal alan, tonsilla, uvula ve yumuşak damakta; nadir olarak da dil, bukkal mukoza ve diş etinde görülmektedir. Reiter sendromunda sıklıkla bukkal mukoza, diş eti, damak, dudak ve dilde eritematöz alanlar bulunmaktadır.^{11-13,17,21,22,24-33}

Telenjiektazi: Kalıcı damar genişlemeleri, kılcal damar genişlemeleri şeklinde olacak olursa “telenjiektazi” adını almaktadır.^{1-4,14,15} Herediter hemorajik telenjiektazide, lupus eritematozusta görülmektedir. Sklerodermanın bir çeşidi olan CREST sendromunda, telenjiektazi dudakta ve oral mukozada kırmızı plaklar şeklinde saptanmaktadır.^{11,12,20,27}

Hemanjiyom: Kalıcı damar genişlemeleri daha büyük damarlarda oluşursa “hemanjiyom” olarak adlandırılmaktadır. Kapiller ve kavernöz formu bulunmaktadır. Kapiller formu, çok sayıda kan damarlarından oluşan kırmızı alan olarak görülmektedir. Kavernöz formu koyu kırmızı renkli kabarık lezyon olarak saptanmakta ve genişlemiş sinüslerin kan ile dolması sonucu oluşmaktadır. Kırmızı renginin basınçla yok olması, basınç kaldırıldığında ise tekrar ortaya çıkması karakteristik özelliğidir.^{1-4,14,15} Sturge-Weber anjiyomatozunda, oral mukoza ve leptomeninklerin tek tarafında görülmektedir.^{11,12,18,20,34}

Atipik Kırmızı Lekeler: Skuamöz hücreli kar-sinomda erken evrede asemptomatik olarak görülmektedir.^{11,12,26,27}

Kırmızı Plaklar: Eritroplakide ateş kırmızısı renkte, genellikle asemptomatik, sınırları belirgin, pürüzsüz, küçük plaklar veya beyaz noktalar ile birleşmiş olarak en çok ağız tabanı, retromolar bölge, yumuşak damak ve dilde görülmektedir. Yüksek oranda malignite gelişme riski olduğundan biyopsi alınması gerekmektedir.^{29,35,36} Lupus eritematozusta etrafı ışınal beyazımsı plaklar ile çevrili atrofik kırmızı plaklar görülmektedir.^{11,12,26,27}

Kırmızı kitle: Periferik ameloblastomda ülser oluşturmayan geniş tabanlı kırmızı kitle, sıklıkla posterior alveolar mukoza ve alt çene diş etlerinde görülmektedir.^{11,12,18}

Kırmızı dil: Demir eksikliği anemisinde, per-nisioz anemide ve Plummer-Vinson sendromunda atrofik, düz ve kırmızı dil görüntüsü bulunmaktadır.^{11,12}

Hiperkeratotik beyaz plaklar: Kontakt allerjik stomatitin kronik formunda, lupus eritematozusta görülmektedir. Protez stomatitinde ise beyaz kan-

TABLO 3: Kırmızı lezyonlarda görülen klinik semptomların sınıflandırılması.

Hassasiyet ve hafif ağrı
Granüloamatöz jinjivit
Reiter sendromu
Travmatik eritem
Termal yanık
Kimyasal yanık
Kanama
Herediter hemorajik telenjiektazi
Trombositopenik purpura
Orta derecede ağrı ve boğazda ağrı
Gonokokal stomatit
Radyasyon mukozit
Yanma
Eritematöz kandidiyaz
Kontakt allerjik stomatit
Plazma hücreli jinjivit
Gonococcal stomatit
Tonsillerde eksüda
Enfeksiyöz mononükleoz

didal hiflerin birikimi ile oluşmuş beyaz noktacıklar bulunmaktadır.^{11,20,22,24,28}

KLİNİK SEMPTOMLAR

Kırmızı lezyonlarda görülen klinik semptomların sınıflandırılması Tablo 3'te görülmektedir.

Hassasiyet ve Hafif Ağrı: Granüloamatöz jinjivitte en sık görülen semptomlardır. Reiter sendromunda oral lezyonlar ağrılıdır. Travmatik eritem, termal ve kimyasal yanıkta da ağrı görülmektedir. Radyasyon mukozitinde çiğneme, yutkunma ve konuşma sırasında ağrı sık görülen semptom olarak saptanmaktadır.^{11,20,21,26,27}

Orta Derecede Ağrı ve Boğazda Ağrı: Gonokokal stomatitte en çok görülen semptomlardır.^{11,27}

Ağız kuruluğu: Radyasyon mukozitinde, lupus eritematozusta görülmektedir.^{11,21,24}

Tat duyusunda azalma: Radyasyon mukozitinde, anemide görülmektedir.^{11,21,23,27}

Yanma: Eritematöz kandidiyaz ve kontakt alerjik stomatitte en sık görülen semptom olarak sağtanmaktadır. Plazma hücreli jinjivitte, gonokokal stomatitte, radyasyon mukozitinde, demir eksikliği anemisi ve pernisiyöz anemide görülmektedir.^{11-13,18,37}

Kanama: Herediter hemorajik telenjektazide minimum mekanik hasardan sonra yaygın olarak görülmektedir. Trombositopenik purpurada spontan diş eti kanamaları erken belirtidir.¹¹⁻¹³

Tonsillerde eksüda: Enfeksiyöz mononükleozda görülmektedir.¹¹

Anguler şelit: Dudak bileşiklerinin enine fissürler ve maserasyonuyla karakterize, bazen tek bazen de her iki ağız köşesini etkileyen bir lezyondur. Ağız köşesinde başlangıçta inflamasyon, zamanla erozyon, ülserasyon ve fissürler meydana gelmektedir. Lezyonların tabanındaki doku incelmış gibi görünmektedir ve nemlidir. Özellikle demir eksikliği anemisinde saptanmaktadır.^{11,12}

LOKALİZASYON

Lezyonun lokalizasyonu tanıya yol gösterici olabilmektedir. Çünkü bazı oral mukozal lezyonlar özellikle bazı bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Oral

TABLO 4: Kırmızı lezyonların lokalizasyonlarının sınıflandırılması.

Dudak
Travmatik eritem
Liken planus (vermillion hattı)
Eritema multiforme
Plazma hücreli jinjivit
Oral mukoza
Termal yanık
Kimyasal yanık
Radyasyon mukozit
Bukkal mukoza
Travmatik eritem
Akut psödömembranöz kandidiyaz
Eritema multiforme
Lupus eritematozus
Eritroplaki (kadında)
Ağız tabanı
Eritroplaki (erkeklerde)
Eritema multiforme
Dil
Travmatik eritem
Akut psödömembranöz kandidiyaz
Eritematöz tip kandidiyaz (dorsumda)
Liken planus (dorsum ve lateralinde)
Lupus eritematozus
Eritroplaki (kadında, dil ventrolateralinde)
Eritema multiforme
Mediyan romboid glossit (dorsumda)
Coğrafi dil
Plazma hücreli jinjivit
Damak
Fellatio (yumuşak-sert damak bileşkesi)
Liken planus
Eritematöz tip kandidiyaz
Lupus eritematozus
Akut psödömembranöz kandidiyaz (yumuşak damak)
Eritroplaki (yumuşak damak)
Eritema multiforme (yumuşak damak)
Diş eti
Akut psödömembranöz kandidiyaz
Liken planus
Lupus eritematozus
Plazma hücreli jinjivit

mukozanın kırmızı lezyonları genellikle dudak, bukkal mukoza, ağız tabanı, dil, damak ve diş etinde görülmektedir.^{11,12,18,20,24,26,27}

Kırmızı lezyonların lokalizasyonlarının sınıflandırılması Tablo 4'te görülmektedir.

SONUÇ

Hastadan alınan iyi bir anamnez ve yapılan iyi bir klinik muayene; oral mukozal lezyonların semptomlarının, özelliklerinin ve lokalizasyonlarının iyi değerlendirilmesi tanıya ulaşmada anahtar rol oynamaktadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet,

gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book Inc; 2004. p.464.
- Woo SB. Introduction. In: Woo SB, eds. Oral pathology: a comprehensive atlas and text. 2nd ed. Elsevier; 2017. p.1-6.
- Oygür T. Ağız Patolojisi Ders Kitabı. 1. Baskı. Ankara: Efil Yayınevi; 2010. p.160.
- Gallagher GT. Biology and pathology of the oral mucosa. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p.1301-48.
- Günhan Ö. Oral ve Maksillofasial Patoloji. 1. Baskı. Ankara: Quintessence Yayıncılık; 2001. p.470.
- Akal ÜK, Pektaş ZÖ, Nalçacı R, Yağbasan A. [An investigation on oral mucosal lesions: clinical, histopatological and therapeutical approaches]. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2002;8(2):80-5.
- Bilge OM, Akgül HM, Dağistan S. Dişhekimliğinde Muayene ve Oral Diagnoz. 1.Baskı. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları; 2012. p.421.
- Tekin M, Çam OH. [Oral mukoza hastalıkları ve semptomatolojisi]. Klinik Gelişim Dergisi 2012;25:93-8.
- Erpek MG. Oral mukozal lezyonlar. Koç C, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-boyun Cerrahisi. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. p.845-55.
- Günbay S, Yüçetürk AV, Kandiloğlu AR. Oral kavitenin mukozal lezyonları. Çelik O, editör. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-boyun Cerrahisi. 2. Baskı. İzmir: Asya Tıp Kitabevi; 2007. p.560-82.
- Laskaris G. Mouth Diseases Atlases. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006.
- Özbayrak S. Oral Mukoza Hastalıkları. No: 527. Diş Hekimliği Fakültesi Yayın No: 2. İstanbul: M.Ü. Yayınları; 1993. p.148.
- Scully C. Red, white and pigmented lesions. Oral and Maxillofacial Medicine. 1st ed. Edinburg: Elsevier; 2004. p.3-29, 1-147.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 1999. p.664.
- Çöloğlu AS. Oral Patoloji "Ağız Patolojisi". İstanbul, Yeditepe Üniversitesi Yayını; 2007.
- Odom RB, James WD, Berger TG. Cutaneous symptoms, signs and diagnosis. Andrews' Diseases of the Skin. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.13-21.
- Özbayrak S. Ağız Hastalıkları Atlası. Tanı Kriterleri, Ayırıcı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. 1. Baskı. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2003. p.288.
- Ünür M, Doğan OÖ. Ağız Hastalıklarının Tanı ve Tedavisi. 2. Baskı. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2008. p.368.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Saunders: Elsevier; 2008. p.984.
- Sciubba JJ, Regezi JA, Rogers III RS. Oral Disease Diagnosis and Treatment. 1st ed. Hamilton, London: BC Decker Inc; 2002. p.470.
- Evlioğlu G, Azak A. [Oral care and radiotherapy]. J of Istanbul University Faculty of Dentistry 2005;39:3-4.
- Feller L, Wood NH, Khammissa RA, Lemmer J. Review: allergic contact stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2017;123(5):559-65.
- Altın N, Koray M, Meşeli SE, Tanyeri H. [Oral manifestations of anemia: review]. Clin Exp Health Sci 2016;6(2):86-92.
- Karakurumer K, Özen T, Üçok CÖ, Yılmaz HH. Ağız Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: GATA Basımevi; 2002. p.74.
- Laskaris G. Kürklü E, çeviri editörü. Ağız Hastalıklarının Tedavileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. p.71.
- Newland JR, Meiller TF, Wynn RL, Crossley HL. Oral Soft Tissue Disease. 6th ed. Hudson, Ohio: Lex-Comp; 2013. p.323.
- Yüçetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2005. p.504.
- Canger EM, Celenk P, Kayıpmaz S. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. Braz Dent J 2009;20(3):243-8.
- Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. Int J Clin Oncol 2011;16(1):5-14.
- Ertekin B, Aytımur D. [Fungal diseases of oral mucosa and treatment alternatives]. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005;15(4):189-99.
- Panta P, Erugula SR. Median rhomboid glossitis-developmental or candidal? Pan Afr Med J 2015;21:221.

32. Ekinci AP, Baykal C. [Oral mucosa in systemic diseases and syndromes]. *Türkdem* 2012;46 Özel Sayı 2:96-104.
33. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. *Clin Dermatol* 2016;34(4):487-94.
34. Rivera C, Droguett D, Arenas-Márquez MJ. Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J Clin Exp Dent* 2017;9(2):e276-e83.
35. Carnelio S, Rodrigues GS, Shenoy R, Fernandes D. A brief review of common oral premalignant lesions with emphasis on their management and cancer prevention. *Indian J Surg* 2011;73(4):256-61.
36. Yang SW, Lee YS, Chang LC, Hwang CC, Luo CM, Chen TA. Clinical characteristics of narrow-band imaging of oral erythroplakia and its correlation with pathology. *BMC Cancer* 2015;15:406.
37. Prasanna JS, Mutyap DA, Pantula VR, Akula S, Chinthapalli B. Plasma Cell Gingivitis-A Conflict of Diagnosis. *J Clin Diagn Res* 2016;10(11):ZD01-ZD03.