

Oral Mukozal Beyaz Lezyonlarda Klinik Bulgulardan Klinik Teşhise

Clinical Diagnosis from Clinical Findings in Oral Mucosa White Lesions

Gözde DERİNDAG,^a
İrfan SARICA,^a
Nebiha Hilal BİLGE,^a
Binali ÇAKUR^a

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

Received: 21.03.2017
Received in revised form: 18.05.2017
Accepted: 26.05.2017
Available online: 18.10.2018

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

ÖZET Oral mukozal lezyonlar diş hekimliği, kulak burun boğaz ve dermatoloji polikliniklerinde sıklıkla karşılaşılan patolojiler arasında yer almaktadır. Bu lezyonlar histolojilerine, renklerine, lokalizasyonlarına ve etiyolojilerine göre sınıflandırılabilir. Birlikte, en sık morfolojik özelliklerine göre gruplandırılmaktadırlar. Oral mukozal lezyonlar renklerine göre; beyaz, kırmızı ve pigmente lezyonlar olarak ayrılmaktadır. Oral mukozanın beyaz lezyonları; keratin tabakasındaki kalınlaşma, epitelyal hiperplazi, intraselüler epitelyal ödem veya bağ dokusunda vaskülarite kaybı gibi mukozal değişimlerin ışık dağılımını etkilemesiyle meydana gelmektedir. Bu lezyonların etiyolojisindeki en önemli etkenler nekroz ve hiperkeratozdur. Detaylı anamnez ve intraoral muayene ile oral mukozal hastalıkların çoğu teşhis edilebilmektedir. Klinik bulgular hastalığın tanısı konusunda önemli ipuçları vermektedir. Oral mukozal beyaz lezyonlar kendi içinde; renk değişikliği, yüzey değişikliği, lokalizasyon, ağrı-yanma, halitoz, disfaji ve diğer bulguların değerlendirilmesi ile teşhis edilebilmektedir. Renk değişikliği; beyaz, benekli (kırmızı-beyaz), beyaz-krem, beyaz-sarı, beyaz-gri, beyaz-pembe ve beyaz-yeşil olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüzey değişikliği; plak, papüller, makülopapüller, nodüler, atrofik, eroziv, ülser, veziküler-bülloz, eritematöz, psödomembranoz, ödematöz, deskuamatif, fissüral olarak karşımıza çıkmaktadır. Oral mukozanın beyaz lezyonları genel olarak bukkal mukozaya, dil, sert-yumuşak damak, diş eti ve dudakta görülmektedir. Ağrı-yanma, halitoz ve disfajiye ek olarak da sıcaklık artışı, ağız kuruluğu, tat kaybı, ağız açma güçlüğü ve kaşıntı görülebilmektedir. Bu çalışmada, oral mukozal beyaz lezyonların semiyolojik incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tanı, oral; ağız mukozası

ABSTRACT Oral mucosal lesions are frequently encountered in dentistry, otorhinolaryngology and dermatology clinics. Although these lesions can be classified according to their histology, color, localization and etiology, the most commonly used classification is based on morphological characteristics of the lesions. Oral mucosal lesions are classified as white, red and pigmented lesions according to their color. White lesions of the oral mucosa are caused by the light scattering of mucosal changes such as thickening of the keratin layer, epithelial hyperplasia, intracellular epithelial edema, or loss of vascularity in connective tissue. White lesions mostly result from necrosis and hyperkeratosis. Diagnosis and treatment of oral mucosal diseases in the light of detailed patient examination and anamnesis is not very difficult. Clinical findings give important clues about the diagnosis of the disease. Oral mucosal white lesions can be diagnosed by clinical manifestations such as color change, surface alteration, localization, pain-burning, halitosis, dysphagia and other findings. The color change comes out as white, mottled (red-white), white-creamy, white-yellow, white-gray, white-pink and white-green. Surface alteration occurs as plaque, papular, maculopapular, nodular, atrophic, erosive, ulcerous, vesicular-bullosa, erythematous, pseudomembranous, edematous, desquamative, fissural. White lesions of the oral mucosa are generally seen in buccal mucosa, tongue, hard-soft palate, gingiva and lips. In addition to pain-burning, halitosis and dysphagia, temperature increase, mouth instability, loss of taste, mouth opening difficulty, itching may be seen. The aim of this review is to present a semiological examination that provides diagnosis from clinical findings in oral mucosal white lesions.

Keywords: Diagnosis, oral; mouth mucosa

Oral mukozal lezyonlar diş hekimliği, kulak burun boğaz ve dermatoloji polikliniklerinde sıklıkla karşılaşılan patolojiler arasında yer almaktadır.¹⁻⁴ Bu lezyonlar histolojilerine, renklerine, lokalizasyonlarına ve etiyolojilerine göre sınıflandırılabilmeyle birlikte, en sık morfolojik özelliklerine göre gruplandırılmaktadırlar.⁵ Oral mukozal lezyonlar renklerine göre; beyaz, kırmızı ve pigmentle lezyonlar olarak ayrılmaktadır.

Oral mukozanın beyaz lezyonları; keratin tabakasındaki kalınlaşma, epitelyal hiperplazi, intraselüler epitelyal ödem veya bağ dokusunda vaskülerite kaybı gibi mukozal değişimlerin ışık dağılımını etkilemesiyle meydana gelmektedir. Bu lezyonların etiyolojisindeki en önemli etkenler nekroz ve hiperkeratozdur.⁶⁻⁸

Keratin artışı mukozada oldukça belirgin, opak bir beyazlaşmaya yol açmaktadır. Hücrelerdeki ödem nedeni ile gelişen beyazlaşma ise grimsi beyaz ve şeffaftır. Bu sürecin oluşumunda etkili olan etiyolojik faktörler arasında; kronik fiziksel travma, tütün kullanımı, genetik bozukluklar, mukokutanöz hastalıklar ya da inflamatuvar reaksiyonlar yer almaktadır.^{9,10}

Oral mukozanın beyaz lezyonları şunlardır;^{10,11}

- Lökoplaki,
- Kılıklı lökoplaki,
- Liken planus,
- Likenoid reaksiyonlar,
- Linea alba,
- Nikotin stomatit,
- Üremik stomatit,
- Tarçın kontak stomatit,
- Kimyasal yanık,
- Kandidiyaz,
- Kronik ısıırma,
- Coğrafik dil ve stomatit,
- Kılıklı dil,
- Pash dil,
- Materia alba,
- Fordyce's granülleri,

- Lökoödem,
- Beyaz süngerimsi nevüs,
- Diskeratozis konjenita,
- Pakiyoniki konjenita,
- Papillom,
- Verrüköz karsinom,
- Oral submuköz fibroz,
- Skuamöz hücreli karsinom,
- Deri ve mukoza greftleri,
- Epitelyal soyulma,
- Fokal palmoplantar ve oral mukoza hiperkeratozu sendromu,
- Sifiliz 2. evre opalin plak,
- Sistemik ve diskoid lupus eritematozus,
- Karsinoma in situ.

Detaylı hasta muayenesi ve anamnezi ile oral mukozal beyaz lezyonların çoğunda tanıya kolaylıkla ulaşılabilmekte ve gerekli tedavi uygulanabilmektedir. Klinik bulgular lezyonun kökeni ve tanısı konusunda önemli ipuçları vermektedir.^{12,13}

KLİNİK BULGULAR

Oral mukoza muayenesi inspeksiyonla ve palpasyonla başlamaktadır. İnspeksiyon, görme duyusuyla yapılan muayene yöntemidir. İnspeksiyonla dokuların renk ve yüzey değişiklikleri araştırılmaktadır. Mukozal değişimleri saptayabilmek için normal anatomik mukoza yapısına yönelik detaylı bilgi sahibi olunması gerekmektedir. Palpasyon, dokunma duyusuyla yapılan muayene yöntemidir. Palpasyonla dokuların sertliği, dokunmaya karşı hassasiyeti (ağrı), sıcaklık değişikliği ve kıvamı araştırılmaktadır.⁵

Beyaz lezyonlar; renk değişikliği, yüzey değişikliği, lokalizasyon, ağrı-yanma, halitoz, disfaji gibi bulgular değerlendirilerek teşhis edilebilmektedir.

RENK DEĞİŞİKLİĞİ

Oral mukozanın normal rengi gül kurusu pembe- dir. Yapışık diş eti serbest diş etine göre daha açık renktedir. Yoğun keratinize sert damak ise yumu-

şak damağa göre daha açık renktedir. Beyaz ve gri renk değişiklikleri hem kalınlaşmış epitele hem de epitel hücreleri tarafından sıvı absorpsiyonunun artmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.¹³ Yağ bezlerinin epitel altındaki birikimlerine veya lezyon üzerinde plak birikimine bağlı olarak bazen sarımsı renk değişikliği olmaktadır.¹¹ Benekli (kırmızı-beyaz) görünüm ise lezyon içerisinde keratin üretecek kadar olgunlaşmamış epitel hücresi varlığında ortaya çıkmaktadır.^{11,12,14}

Oral mukozanın beyaz lezyonları renk değişikliği olarak beyaz, benekli (kırmızı-beyaz), beyaz-krem, beyaz-sarı, beyaz-gri, beyaz-pembe ve beyaz-yeşil olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 1).^{4-6,10-13,15-20}

Genel olarak beyaz görünen lezyonlar arasında; homojen tip lökoplaki, proliferatif verrüköz tip lökoplaki, kandidal tip lökoplaki, nodüler tip lökoplaki, kıllı lökoplaki, likenoid reaksiyonlar, papüller tip liken planus, retiküler tip liken planus, linea alba, nikotin stomatitinin ileri evresi, ülseratif olmayan psödomembranöz tip, üremik stomatit, hiperkeratotik tip üremik stomatit, tarçın kontakt stomatiti, kimyasal yanık, kronik hiperplastik kandidiyaz, kronik mukokutanöz kandidiyaz, kronik ısıрма, materia alba, diskeratoz konjenita, fokal palmoplantar ve oral hiperkeratoz sendromu, verrüköz karsinom, oral submuköz fibroz, skuamöz hücreli karsinomun erken evresi, deri ve mukoza greftleri, epitelyal soyulma, sifiliz 2. evre opalin plak, sistemik ve diskoid lupus eritematozus yer almaktadır.^{5,10-12,15-18}

Bunlar dışında, lezyon benekli (kırmızı-beyaz) olarak görünüyorsa benekli tip lökoplaki; beyaz-krem olarak görünüyorsa akut psödomembranöz tip kandidiyaz; beyaz-sarı olarak görünüyorsa coğrafik dil, kıllı dil (kahverengi ve siyah görünüm de alabilir), paslı dil, Fordyce's granülleri; beyaz-gri olarak görünüyorsa coğrafik dil, lökoödem, beyaz süngerimsi nevüs, hipertrofik tip liken planus, karsinoma in situ; hem beyaz-sarı hem de beyaz-gri olarak görünüyorsa coğrafik dil; beyaz-pembe olarak görünüyorsa papillom; beyaz-yeşil olarak görünüyorsa pakiyoniki konjenita olabilmektedir.^{5,11,12,15-18,21}

TABLO 1: Klinik olarak renklerine göre beyaz lezyonlar.

Beyaz	Lökoplaki (homojen tip) Lökoplaki (proliferatif verrüköz tip) Lökoplaki (kandidal tip) Lökoplaki (nodüler tip) Kıllı lökoplaki Likenooid reaksiyonlar Liken planus (papüller tip) Liken planus (retiküler tip) Linea alba Nikotin stomatiti (ileri evre) Üremik stomatit (ülseratif olmayan psödomembranöz tip) Üremik stomatit (hiperkeratotik tip) Tarçın kontakt stomatitisi Kimyasal yanık Kandidiyaz (kronik hiperplastik) Kandidiyaz (kronik mukokutanöz) Kronik ısıрма Materia alba Diskeratoz konjenita Fokal palmoplantar ve oral hiperkeratoz sendromu Verrüköz karsinom Oral submuköz fibroz Skuamöz hücreli karsinom (erken evre) Deri ve mukoza greftleri Epitelyal soyulma Sifiliz 2. Evre opalin plak Sistemik ve diskoid lupus eritematozus
Benekli (kırmızı-beyaz)	Lökoplaki (benekli tip)
Beyaz-krem	Kandidiyaz (akut psödomembranöz tip)
Beyaz-sarı	Coğrafik dil Kıllı dil Paslı dil Fordyce's granülleri
Beyaz-gri	Coğrafik dil Lökoödem Beyaz süngerimsi nevüs Liken planus (hipertrofik tip) Karsinoma in situ
Beyaz-pembe	Papillom
Beyaz-yeşil	Pakiyoniki konjenita

YÜZEY DEĞİŞİKLİĞİ

Oral mukozanın normal anatomik yapısı düz, esnek, yumuşak ve parlaktır. Yapışık diş eti ve sert

damak özellikle de anteriorda bu özelliklere sahip değildir.

Beyaz lezyonlar; yüzey değişikliği olarak plak, papüler, makülopapüler, nodüler, atrofik, eroziv, ülser, veziküler-bülöz, eritematöz, psödomembranöz, ödematöz, deskuamatif, fissüral olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 2).^{4-6,10-13,15-20} Ayrıca, birden fazla yüzey değişikliği bir lezyonda görülebilmekle birlikte bazı lezyonlar da spesifik yüzey özelliklerine sahiptir.

Plak; mukozadan kabarık, geniş bir alanı tutan, yassı, katı, pembe veya beyaz renkteki yüzey değişikliğidir.^{15,22-25} Plak tipi yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; homojen tip lökoplaki, benekli tip lökoplaki, retiküler tip liken planus, hipertrofik tip liken planus, nikotin stomatiti, hiperkeratotik tip üremik stomatit (multipl), tarçın kontakt stomatiti, kronik hiperplastik tip kandidiyaz, akut psödomembranöz tip kandidiyaz, kronik mukokutanöz tip kandidiyaz, kronik ısırma, materia alba, linea alba, diskeratoz konjenita, pakiyoniki konjenita (ince), fokal palmoplantar ve oral mukoza, hiperkeratoz sendromu, skuamöz hücreli karsinomun erken evresi, deri ve mukoza greftleri, epitelyal soyulma, sifiliz 2. evre opalin plak, sistemik ve diskoid lupus eritematozus, karsinoma in situ yer almaktadır. Kalın plak olarak görünen lezyonlar ise kandidal tip lökoplaki, beyaz süngerimsi nevüstür. Ayrıca, lezyonun dalgalı ve kıvrımlı olması yine beyaz süngerimsi nevüsü düşündürmektedir.^{5,11,12,15-18,21,26} Ağ şeklinde çizgiler (Wickham çizgileri) genel olarak liken planusu çağrıştırır iken, lezyonun düzensiz bir yapı göstermesi hipertrofik tip liken planus lehinedir.²⁷⁻²⁹ Damakta görülen lezyonların düzgün sınırlı ve mozaik parçalı görünmesi, ağız tabanında görülen lezyonların ise ince enine çizgili formda olması homojen tip lökoplakiyi düşündürmektedir. Lezyonun ince beyaz çizgi olarak görülmesi linea albayı akla getirmektedir.^{5,11,12,15} Plak tipindeki lezyonun kaldırılamaması kronik hiperplastik tip kandidiyazı, kaldırıldığında nekrotik ve kanamalı alan sergileyen ülserasyon akut psödomembranöz tip kandidiyazı, palpasyonda sert olması ise kronik mukokutanöz tip kandidiyazı düşündürmektedir.³⁰ Lezyonun yüzeysel ve kolay kaldırılabilir olması epitelyal soyulmayı çağrıştırmaktadır.^{5,11,12,15-18}

TABLO 2: Klinik olarak yüzey değişikliklerine göre beyaz lezyonlar.

Plak	Lökoplaki (homojen, benekli, kandidal tip) Liklen planus (retiküler, hipertrofik tip) Nikotin stomatiti Üremik stomatit (hiperkeratotik tip) Tarçın kontakt stomatiti Kandidiyaz (kronik hiperplastik, akut psödomembranöz, kronik mukokutanöz tip) Kronik ısırma Materia alba Beyaz süngerimsi nevüs Linea alba Diskeratoz konjenita Pakiyoniki konjenita Fokal palmoplantar ve oral mukoza Hiperkeratoz sendromu Skuamöz hücreli karsinom (erken evre) Deri ve mukoza greftleri Epitelyal soyulma Sifiliz 2. evre opalin plak Sistemik ve diskoid lupus eritematozus Karsinoma in situ
Papüler	Lökoplaki (proliferatif verrüköz tip) Liklen planus (papüler, retiküler ve benekli tip) Kıllı lökoplaki (ileri evre) Kıllı dil Nikotin stomatiti Paslı dil Papillom Verrüköz karsinom Sifiliz 2. evre opalin plak
Makülopapüler	Fordyce's granülleri
Nodüler	Lökoplaki (kandidal tip) Lökoplaki (nodüler tip) Kıllı lökoplaki (erken evre)
Atrofik	Oral submuköz fibroz
Eroziv	Likenoid reaksiyonlar Tarçın kontakt stomatiti Kronik ısırma Skuamöz hücreli karsinom (ileri evre)
Ülsere	Liken planus (büllöz tip) (ileri evre) Kimyasal yanık Kronik ısırma Diskeratoz konjenita Skuamöz hücreli karsinom (ileri evre) Sistemik ve diskoid lupus eritematozus
Veziküler-büllöz	Liken planus (büllöz tip) (erken evre)
Eritematöz	Likenoid reaksiyonlar Üremik stomatit (ülseratif olmayan psödomembranöz tip) Tarçın kontakt stomatiti Kronik ısırma Coğrafik dil
Psödomembranöz	Liken planus (büllöz tip-ileri evre) Likenoid reaksiyonlar Üremik stomatit (ülseratif olmayan psödomembranöz tip)
Ödematöz	Lökoödem
Deskuamatif	Tarçın kontakt stomatiti Kimyasal yanık Coğrafik dil
Fissüral	Nikotin stomatiti Skuamöz hücreli karsinom

Papül; mukozadan kabarık, sert, 1 cm'den küçük çapta, palpasyonla hissedilen yüzey değişikliğidir.^{15,22-25} Papüller tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; proliferatif verrüköz tip lökoplaki (düzensiz), papüler tip liken planus, retiküler tip liken planus, benekli tip liken planus, kıllı lökoplakinin ileri evresi, kıllı dil, nikotin stomatiti, paslı dil (kalın), papillom, verrüköz karsinom, sifiliz 2. evre opalin plak yer almaktadır.^{5,10-12,15-18} Lezyon karnabahar şeklinde görünüyorsa ve iyi sınırlıysa papillom; çakıltası görünümünde pürüzlü ve iyi sınırlıysa verrüköz karsinom düşünülmelidir.²² Lezyonun vertikal oryantasyonlarda kıvrımlı, hafif kabarık ve hareketsiz olması kıllı lökoplakinin ileri evresini düşündürmektedir.¹⁰

Makül, hacim ve mukoza kıvamında değişiklik yapmayan renk farklılığıdır.^{15,22-25} Lezyon makülopapüler formda, multipl, palpasyonda sert ve pürüzlüyse tanı olarak Fordyce's granülleri düşünülebilmektedir.^{5,11,12,15-18,21}

Nodül, patolojik değişikliğin aynı anda bağ dokusu içine doğru gelişmesi ile mukozanın düğüm şeklinde büyümesidir.^{15,22-25} Nodüler tip yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; kandidal tip lökoplaki, nodüler tip lökoplaki, kıllı lökoplakinin erken evresi yer almaktadır.^{5,10-12,15-18,21}

Atrofi, dokunun kıvam ve kalınlığının hücrelerin hacim ve sayıca azalmasına bağlı olarak azalmasıdır.¹⁵ Lezyon atrofik, difüz, örümcek ağı ve fibrotik bantlar şeklinde görünüyorsa ve palpasyonda sert ise oral submuköz fibroz düşünülmelidir.^{8,10,31,32}

Erozyon, iyileştiğinde skatris bırakmayan epitel yüzeyindeki doku kaybıdır.^{15,22-25} Eroziv tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; likenoid reaksiyonlar, tarçın kontakt stomatiti, kronik ısıрма, skuamöz hücreli karsinomun ileri evresi sayılabilmektedir. Düzensiz ve yüzeyel bir erozyon varlığında, hasta kronik yanak/dudak ısıрма alışkanlığı açısından sorgulanmalıdır.^{5,11,12,15-18,33,34}

Ülser, bazal membranı geçip submukoza, kas ve periosta kadar inebilen doku kaybı olarak tanımlanmaktadır.^{15,22-25} Ülsere tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; büllöz tip liken planusun ileri evresi, kimyasal yanık, kronik ısıрма, diskeratoz konjenita, skuamöz hücreli karsinomun

ileri evresi, sistemik ve diskoid lupus eritematozus sayılabilmektedir. Lezyonun palpasyonda tabanının sert olması ve daha düzensiz ülserasyon göstermesi skuamöz hücreli karsinomun ileri evresini düşündürmektedir.^{5,11,12,15-18,33,34}

Vezikül; sınırları belirgin, küçük, seröz sıvı toplanmasıdır. Bül, çapı 1 cm'den büyük veziküllerdir.^{15,22-25} Lezyon veziküler-büllöz formda ise beyaz lezyonlardan büllöz tip liken planusun erken evresini düşündürmektedir.^{5,11,12,15-18}

Eritem, kılcıl damarlarda kan toplanması sonucunda mukozanın kızarmasıdır.^{15,22-25} Eritematöz tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; likenoid reaksiyonlar, ülseratif olmayan psödomembranöz tip üremik stomatit, tarçın kontakt stomatiti, kronik ısıрма, coğrafik dil (belirgin sınırlı) yer almaktadır.^{5,10-12,15-18}

Psödomembran, mukoza üzerindeki fibrin örtüsünün oluşturduğu tabakadır.²²⁻²⁵ Psödomembranöz tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; büllöz tip liken planusun ileri evresi, likenoid reaksiyonlar, ülseratif olmayan psödomembranöz tip üremik stomatit sayılabilmektedir.^{5,11,12,15-18}

Ödem, mukoza ve mukoza altı dokularda sıvı toplanmasıdır.²²⁻²⁵ Lezyon ödematöz formda, düzensiz ve mukoza gerilince normal hâline dönüşüyorsa lökoödem düşündürmektedir.^{5,11,12,15,26}

Deskuamasyon, mukozanın yüzeyel kısımlarının kitleler hâlinde dökülmesidir.²²⁻²⁵ Deskuamatif tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; tarçın kontakt stomatiti, kimyasal yanık, coğrafik dil yer almaktadır.^{5,10-12,15-18}

Fissür, gerilmenin olduğu bölgelerde oluşan yarıklı şeklinde defektlerdir.^{15,22-25} Fissüral tipte yüzey değişikliği gösteren beyaz lezyonlar arasında; nikotin stomatiti, skuamöz hücreli karsinom sayılabilmektedir.^{5,11,12,15-18,21}

Yüzeyden silinebilen-kaldırılabilen beyaz lezyonlar; akut dönem ısıрма lezyonları, akut psödomembranöz kandidiyaz ve kimyasal yanıktır.¹⁰

LOKALİZASYON

Oral mukozanın beyaz lezyonları genellikle bukkal mukoza, dil, sert-yumuşak damak, diş eti ve dudakta görülmektedir (Tablo 3).^{4-6,10-13,15-20}

En sık bukkal mukozada görünen beyaz lezyonlar arasında; liken planus, Fordyce's granülleri, kronik hiperplastik kandidiyaz, beyaz süngerimsi nevüs, oral submuköz fibroz, lökoödem yer almaktadır. Bu lezyonların dışında akut psödomembranöz kandidiyaz, tarçın kontakt stomatit, skuamöz hücreli karsinom, pakiyoniki konjenita, verrüköz karsinom, papillom, sistemik ve diskoid lupus eritematozus da bukkal mukozada görülmektedir. Ayrıca, bukkal mukoza oklüzal seviyede görünen beyaz lezyonlar linea alba ve kronik ısırma'dır.^{5,10-12,15-18}

Dil sırtında görünen beyaz lezyonlar arasında; coğrafik dil, pakiyoniki konjenita (en sık), kıllı lökoplaki, kıllı dil, paslı dil, diskeratoz konjenitadır, liken planus, oral submuköz fibroz, üremik stomatit ve akut psödomembranöz kandidiyaz, sifiliz 2. evre opalin plak (en sık ön bölgede) sayılabilmektedir.^{5,10-12,15-18}

Dil yan kenarlarında görünen beyaz lezyonlar arasında; fokal palmoplantar ve oral mukoza hiperkeratoz sendromu, skuamöz hücreli karsinom (en sık), kronik ısırma, coğrafik dil, kıllı lökoplaki, lökoödem, tarçın kontakt stomatit (en sık) ve liken planus yer almaktadır.^{5,10-12,15-18}

Dil altı ve ağız tabanında görünen beyaz lezyonlar arasında; lökoplaki (en sık), skuamöz hücreli karsinom, üremik stomatit, beyaz süngerimsi nevüs, papillom, liken planus ve verrüköz karsinom, karsinoma in situ sayılabilir.^{5,10-12,15-18,33,34}

Sert ve yumuşak damakta görünen beyaz lezyonlar arasında; nikotin stomatiti, fokal palmoplantar ve oral mukoza, hiperkeratoz sendromu, akut psödomembranöz kandidiyaz, oral submuköz fibroz, lökoplaki, beyaz süngerimsi nevüs, liken planus ve verrüköz karsinom, sistemik ve diskoid lupus eritematozus, karsinoma in situ yer almaktadır.^{5,10-12,15-18,21}

Diş etinde görünen beyaz lezyonlar arasında; materia alba, liken planus, fokal palmoplantar ve oral mukoza, hiperkeratoz sendromu, tarçın kontakt stomatit, beyaz süngerimsi nevüs, pakiyoniki konjenita, verrüköz karsinom ve papillom sayılabilmektedir.^{5,10-12,15-18,21,26}

TABLO 3: Klinik olarak lokalizasyonuna göre beyaz lezyonlar.

Bukkal mukoza	Liken planus (en sık) Fordyce's granülleri (en sık) Kronik hiperplastik kandidiyaz (en sık) Akut psödomembranöz kandidiyaz Tarçın kontakt stomatit Skuamöz hücreli karsinom Beyaz süngerimsi nevüs (en sık) Pakiyoniki konjenita Verrüköz karsinom Oral submuköz fibroz (en sık) Lökoödem (en sık) Papillom Sistemik ve diskoid lupus eritematozus
Bukkal mukoza (oklüzal seviye)	Linea alba Kronik ısırma
Dil sırtı	Coğrafik dil Kıllı lökoplaki Kıllı dil Paslı dil Diskeratoz konjenita Pakiyoniki konjenita (en sık) Liken planus Oral submuköz fibroz Akut psödomembranöz kandidiyaz Sifiliz 2. Evre opalin plak (en sık ön bölgede)
Dil yan kenarı	Fokal palmoplantar ve oral mukoza Hiperkeratoz sendromu Skuamöz hücreli karsinom (en sık) Kronik ısırma Coğrafik dil Kıllı lökoplaki Lökoödem Tarçın kontakt stomatit (en sık) Liken planus
Dil altı-ağız tabanı	Lökoplaki (en sık) Skuamöz hücreli karsinom Üremik stomatit Beyaz süngerimsi nevüs Papillom Liken planus Verrüköz karsinom Karsinoma in situ
Sert-yumuşak damak	Nikotin stomatiti Fokal palmoplantar ve oral mukoza Hiperkeratoz sendromu Akut psödomembranöz kandidiyaz Oral submuköz fibroz Lökoplaki Liken planus Verrüköz karsinom Beyaz süngerimsi nevüs Sistemik ve diskoid lupus eritematozus Karsinoma in situ

devamı...→

TABLO 3: devamı.

Dişeti	Materia alba Liken planus Fokal palmoplantar ve oral mukoza Hiperkeratoz sendromu Tarçın kontakt stomatit Pakiyoniki konjenita Verrüköz karsinom Papillom Beyaz süngerimsi nevüs
Retromolar bölge	Kimyasal yanık Fordyce's granülleri Oral submuköz fibroz
Dudak	Akut psödomembranöz kandidiyaz Lökoödem Lökoplaki Liken planus Kronik hiperplastik kandidiyaz Oral submuköz fibroz Kronik ısırma Fordyce's granülleri Skvamöz hücreli karsinom Papillom
Komissür	Kronik hiperplastik kandidiyaz

Retromolar bölgede görünen beyaz lezyonlar arasında; kimyasal yanık, Fordyce's granülleri ve oral submuköz fibroz yer almaktadır.^{10,21}

Dudakta görünen beyaz lezyonlar arasında; akut psödomembranöz kandidiyaz, lökoödem, lökoplaki, liken planus, kronik hiperplastik kandidiyaz, oral submuköz fibroz, kronik ısırma, Fordyce's granülleri, skuamöz hücreli karsinom ve papillom yer almaktadır. Dudaktaki Fordyce's granülleri ise genel olarak deri-mukoza sınırında bulunmaktadır.^{5,10-12,15-18,21}

Komissürlerde görünen beyaz lezyon, kronik hiperplastik kandidiyazdır.²²

Oral mukozanın beyaz lezyonlarından bilateral ve simetrik olarak görünenler, Fordyce's granülleri, lökoödem, beyaz süngerimsi nevüs ve liken planus; sadece bilateral görünenler ise kıllı lökoplaki ve linea albadır.^{10,21,26}

AĞRI-YANMA

Ağrı; vücudun herhangi bir yerinden başlayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensöriyel,

emosyonel, hoş olmayan bir duygu ve koruma mekanizması olarak tarif edilmektedir. Ağrının, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklinde de tanımlanabileceği bildirilmektedir.³⁵⁻³⁸

Oral mukozanın beyaz lezyonları genel olarak ağrısız olup nadiren ağrıya yol açmaktadırlar. Ağrı hissine neden olabilecek lezyonlar; homojen olmayan lökoplaki, büllöz tip liken planus, üremik stomatit, tarçın kontakt stomatit, kimyasal yanık, skuamöz hücreli karsinom ve oral submuköz fibroz, sifiliz 2. Evre opalin plak, sistemik ve lupus eritematozudur.^{4-7,10-19}

Oral mukozanın beyaz lezyonlarında baharatlı yiyecekler, alkol, sigara, sıcak yiyecek ve içecekler gibi belirli maddelerle temas sonrası yanma meydana gelebilmektedir. Yanma hissi en sık lökoplaki, liken planus, likenoid reaksiyonlar, üremik stomatit, tarçın kontakt stomatit, kandidiyaz, oral submuköz fibroz, coğrafik dil ile sistemik ve lupus eritematozda ortaya çıkmaktadır.^{4-7,10-19}

HALİTOZ

Halitoz, kısaca ağızdaki kötü koku olarak tanımlanmaktadır.³⁹⁻⁴² Bir teşhisten ziyade bir bulgu olarak kabul edilmektedir, birçok sebebi olmakla birlikte kılı ve paslı dilde halitoz gelişimi bildirilmiştir.^{12,15}

DİSFAJİ

Disfaji (yutma güçlüğü) görünen beyaz lezyonlar arasında; oral submuköz fibroz, kandidiyaz ve skuamöz hücreli karsinom yer almaktadır.^{10,12}

DİĞER BULGULAR

Oral mukozanın beyaz lezyonlarında yüzeysel dokuda palpasyonla hissedilen sıcaklık artışı nikotin sitomatitinde, ağız kuruluğu liken planus, oral submuköz fibroz, kandidiyaz, paslı dil ve sistemik ve lupus eritematozda, tat kaybı oral submuköz fibroz, kandidiyaz, paslı ve kıllı dilde, tat bozukluğu sistemik ve lupus eritematozda, ağız açma güçlüğü oral submuköz fibrozda, kaşıntı ise coğrafik dilde görülebilmektedir.^{8,10,12,15,31,32}

SONUÇ

Oral mukozal beyaz lezyonlar klinikte çok sık görülmektedir. Ağızda görülen beyaz lezyonların ma-

ligniteye dönüşme potansiyeli bulunmaktadır. Bu nedenle; klinik bulgular lezyonların özellikleri ve tanısında büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, histopatolojik olarak ayrımının yapılması; hastaların takip ve tedavilerinin planlanması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru-
dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet,
gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya her-
hangi 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, her-
hangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer du-
rumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Said S, Golitz L. Vesiculobullous eruptions of the oral cavity. *Otolaryngol Clin North Am* 2011;44(1):133-60.
- Lourenço SV, Hussein TP, Bologna SB, Sipahi AM, Nico MM. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review based on the observation of six cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(2):204-7.
- Morris LF, Phillips CM, Binnie WH, Sander HM, Silverman AK, Menter MA. Oral lesions in patients with psoriasis: a controlled study. *Cutis* 1992;49(5):339-44.
- Tekin M, Çam OH. [Oral mukoza hastalıkları ve semptomatolojisi]. *Klinik Gelişim Dergisi* 2012;25:93-8.
- Bitge OM, Akgül HM, Dağıstan S. Diş Hekimliğinde Muayene ve Oral Diagnoz. 1. Baskı. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları, 2012. p.143-7, 346-51.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 1999. p.93-133.
- Sonis ST, Fazio RC, Fang LS. Tanyeri H, çeviri editörü. *Ağız Hastalıklarının Sırları*. İstanbul: Nobel Tıp; 2004.
- Kutluay AH, Çankal DU. [Premalign white lesions of oral mucosa]. *EÜ Diş Hek Fak Derg* 2009;30:75-86.
- Oygür T. Ağız lezyonları ve temel patogenetik mekanizmalar. *Beyaz lezyonlar, premalign lezyonlar. Ağız Patolojisi Ders Kitabı*. 1. Baskı. Ankara: Efil Yayınevi; 2010. p.53-65.
- Yüçetaş Ş. Ağız ve Çevre Dokusu Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2005. p.57, 267, 467, 391-2.
- Laskaris G. Tanyeri H, çeviri editörü. *Ağız Hastalıkları Atlası*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006. p.1-41.
- Laskaris G. Bölüm 1: Hastalıklar. Kürklü E, çeviri editörü. *Ağız Hastalıklarının Tedavileri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. p.1-178.
- Günhan Ö. Oral ve Maksillofasial Patoloji. 1. Baskı. Ankara: Quintessence Yayıncılık; 2001. p.59-85.
- Tolgay CG, Soluk Tekkeşin M, Alatlı C. [Clinical and histopathologic features of white lesions of the oral mucosa]. *J Dent Fac Atatürk Üni* 2012;22(2):143-8.
- Ünür M, Doğan Onur Ö. Ağız Hastalıklarının Tanı ve Tedavisi. 2. Baskı. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2008. p.368.
- Sciubba JJ, Regezi JA, Rogers III RS. White lesions. *Oral Disease Diagnosis and Treatment*. 1st ed. Hamilton, London: BC Decker Inc; 2002. p.2-33.
- Newland JR, Meiller TF, Wynn RL, Crossley HL. White lesions. *Oral Soft Tissue Disease: A Reference Manual for Diagnosis & Management*. 6th ed. Hudson, Ohio: Lexi-Comp Incorporated; 2013. p.17-37.
- Scully C. Red, White and pigmented lesions. *Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis and Treatment*. 1st ed. Edinburgh: Wright; 2004. p.147-55.
- Ayabakan F, Eyigör M. [Ağız mukozasının yüzeysel beyaz lezyonları]. *GÜ Diş Hek Fak Der* 1984;1-2(1):208-16.
- Günbay S, Yüçetürk AV, Kandiloğlu AR. Oral kavitenin mukozal lezyonları. Çelik O, editör. *Kulak Burun Bogaz Hastalıkları ve Bas Boyun Cerrahisi*. 2. Baskı. İzmir: Asya Tıp Kitabevi; 2007. p.560-82.
- Karakurumer K, Özen T, Uçok CÖ, Yılmaz HH. *Ağız Hastalıkları*. 2. Baskı. Etlik, Ankara: GATA Basımevi; 2003. p.7, 43, 50, 60-1.
- Özbayrak S. *Ağız Hastalıkları Atlası, Tanı Kriterleri, Ayıncı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları*. 1. Baskı. İstanbul: Quintessence Yayıncılık; 2003. p.44-7, 90-103, 118-9.
- Çöloğlu AS. *Oral Patoloji Ağız Patolojisi*. Yayın No: 37. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Yayını; 2007.
- Odom RB, James WD, Berger TG, Elston DM. *Cutaneous symptoms, signs, and diagnosis. Andrews' Diseases of the Skin*. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.13-21.
- Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransu O. *Dermatoloji*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1994. p.34, 45.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 1st ed. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders Company; 1995. p.7, 211-3, 545-6.
- Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46(1):15-21.
- Gerçek Türk B, Taşkın B, Can C, Güneri P, Öztürk G, Aytimur D, et al. [Demographic and clinical features of patients with oral lichen planus]. *Ege Journal of Medicine* 2013;52(3): 131-5.
- Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *JAM Acad Dermatol* 2002;46(2):207-14.
- Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, et al. Candida-associated denture stomatitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16(2):e139-43.
- Titiz A, Ceyhan S. [Oral kavitenin premalign lezyonları]. *Dirim* 2005;80(3):102-9.
- Cox SC, Walker DM. Oral submukozis fibrosis: a review. *Aust Dent J* 1996;41(5):294-9.

33. Gürbüz O. [Precancerous lesions of the oral mucosa]. *Türkdem* 2012;46 Özel Sayı 2:86-9.
34. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007;36(10):575-80.
35. Yücel A. Akut ağrı nörofizyolojisi. *Hasta Kontrollü Analjezi*. 1. Baskı. İstanbul: MER Matbaacılık ve Yayıncılık; 1997. p.5-19.
36. Morgan GE, Mikhail MG. Pain management. *Clinical Anesthesiology*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall International Inc; 1996. p.274-316.
37. Aydın NO. [Current inspect to pain and pain mechanism]. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;3(2):37-48.
38. Erdine S. Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. *Ağrı*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. p.37-49.
39. Dal Rio AC, Nicola EM, Teixeira AR. Halitosis--an assessment protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol* 2007;73(6):835-42.
40. Kasap E, Zeybel M, Yüceyar H. [Halitosis (ağız kokusu)]. *Güncel Gastroenteroloji* 2009;13(2):72-6.
41. Richter JL. Diagnosis and treatment of halitosis. *Compend Contin Educ Dent* 1996;17(4):370-86.
42. Altintepe Doğan SS, Develioğlu H. [Oral malodor with various aspects]. *J Dent Fac Atatürk Üni* 2015;Suppl 10:91-7.