



# Oral Mukozada Sorular, Sorunlar: Nelere Dikkat Edilmeli? Yapılması ve Kaçınılması Gerekenler

## Oral Mucosal Disorders: Problems and Questions What are the Critical Points?

A. Tülin Mansur

Ahu Hetman Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, Muğla, Türkiye

### Özet

Oral mukoza hastalıkları genetik, inflamatuvar, infeksiyöz, neoplastik gibi farklı kategorilerdeki 200'den fazla patolojik durum ve hastalığı içerir. Bu yazıda bu hastalıkların tanı ve tedavisinde dikkat edilmesi, uyulması ve kaçınılması gereken önemli bazı noktalara kısaca vurgu yapılmıştır. Bunun yanı sıra birçok oral mukoza hastalığının ortak bulgusu olan ve hastanın yaşam kalitesini bozan ağrı, ağız kuruluğu, ağız kokusu gibi semptomlara dermatologların nasıl yaklaşması gerektiğine ilişkin ipuçları verilmeye çalışılmıştır. Ayrıca kontakt stomatit, diş protez ve malzemelerinin oral mukoza üzerindeki etkileri, oral mukozaya uygulanan yerel ilaçlar ve girişimsel işlemler konusunda dikkat edilmesi gerekenler gibi günlük hekimlik uygulamasında sıkça karşılaşılan sorunlar ve çözümleri gözden geçirilmiştir. (Türkderm 2012; 46 Özel Sayı 2: 140-6)

**Anahtar Kelimeler:** Oral mukoza, ağız sağlığı, hasta bakımı, önlem, tedavi

### Summary

Oral mucosal disorders comprise more than 200 pathological conditions or diseases, grouped in different categories including genetic, inflammatory, infectious and neoplastic. In this report the key points in diagnosis and treatment of oral mucosal disorders are briefly underlined, and indications, precautions, and contraindications are pointed out. In addition, some clues are given to the dermatologists for management of common symptoms of oral disorders, such as pain, dry mouth and halitosis, which greatly disrupt the quality of life. Moreover, the frequently encountered problems in daily practice including contact stomatitis, effects of dental prostheses, dental materials, and topical agents on oral mucosa, and the critical points in surgical interventions of oral disorders are reviewed. (Türkderm 2012; 46 Suppl 2: 140-6)

**Key Words:** Oral mucosa, oral hygiene, patient care, prevention, treatment

### Giriş

Oral mukoza hastalıkları sadece mukozayı ilgilendiren sorunlardan, sistemik hastalıkların mukoza bulgularına, genetik hastalıklara ve ilaç yan etkilerine kadar 200'den fazla patolojik durum ve hastalığı içerir. Bu yazıda, dermatologların uygulamada sıkça karşılaştıkları bazı oral mukoza sorunlarıyla ilgili olarak "ne yapmalı, ne yapmamalı?" sorularına kısa yanıtlar verilmeye çalışılacaktır. Bu kapsamda, önce tanıda karşılaşılan sorunlar ana hatlarıyla gözden geçirilecek, daha sonra oral mukozaya yönelik yerel ve girişimsel tedavilerde bazı noktalara dikkat çekilecek, en son olarak da oral mukoza sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi için neler yapılabileceğine değinilecektir.

### A) Tanısal Sorunlar

**1. Anamnez:** Oral mukoza hastalıklarına yaklaşıırken her şeyden önce hasta veya yakınlarından soruna yönelik iyi bir anamnez alınmalıdır<sup>1-5</sup>. **Tablo 1**'de oral mukoza hastalıklarının tanısına yönelik temel sorular özetlenmiştir.

**2. Fizik muayene:** Hekimin oral mukozayı iyi değerlendirebilmesi için normal mukoza özelliklerini ve yalancı patolojik lezyon kavramını iyi bilmesi gerekir. Bu konu, ilgili bölümde (Bkz. Oral mukoza muayenesi ve psödopatolojiler) ayrıntılıyla yazılmıştır. Otoimmün, infeksiyöz, travmatik, neoplastik gibi pek çok farklı nedene bağlı oral mukoza lezyonları çok benzer görünümle oluşturabilirler. Yine de bazı klinik ipuçları doğru tanıya yardımcı

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. A. Tülin Mansur, Ahu Hetman Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, Muğla, Türkiye  
Tel: +90 252 417 77 77 E-posta: tulinmansur@hotmail.com

Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.  
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venereology, published by Galenos Publishing.



olabilir. Örnek olarak viral ülserler akut seyirlidir, çok sayıdadır, ateş, kırıklık, lenfadenopati, lenfositoz gibi sistemik bulgular oral lezyonlara eşlik eder. Otoimmün hastalıklara bağlı ülserler ise yavaş gelişir, alevlenme ve kısmi gerilemelerle kronik seyreder, lezyonların iyileşme süresi önceden kestirilemez, lenfadenopati çoğunlukla saptanmaz. Aftöz stomatit, eroziv liken plan, eritem polimorf, ilaca bağlı stomatit çoğunlukla kendilerine özgü tipik bulgularla tanıda güçlük çıkarmazlar<sup>5-12</sup>. Ancak bazen intraoral rekürren herpes simpleks (İRHS) ile herpetiform rekürren oral aftları (RAS) birbirinden ayırmak kolay olmayabilir<sup>10-13</sup>. **Tablo 2**'de bu iki hastalığı ayırmaya yarayan klinik özellikler görülmektedir. Bununla birlikte immünyetmezliği olan hastalarda İRHS'in oral mukozanın her yerinde görülebileceği ve kesin tanının daha güç olduğu akıld tutulmalıdır<sup>12</sup>. Epidermolizis bülloza gurubu hastalıklarda gelişen mikrostomi oral mukoza muayenesinin optimal koşullarda yapılmasını engelleyebilir. Mental veya psikotik hastalıklar nedeniyle uyum sorunları olanlarda, ağızda yaygın, şiddetli ağrılı erozyon ve ülserleri bulunanlarda da muayene güç olabilir. Bu hasta gruplarında oral mukoza muayenesi gerektiğinde sedasyon veya kısa süreli genel anestezi altında yapılabilir<sup>14</sup>.

**Tablo 1. Oral mukoza lezyonları olan hastada sorgulama**

• Hastalık/sorun ne zamandır var?
• Daha önce benzer bir yakınmanız oldu mu? Eğer öyleyse bu durumun tanısı için testler yapıldı mı?
• Tedavi gördünüz mü? Rahatsızlığınızı tedaviye veya kendiliğinden tam olarak ortadan kalktı mı?
• Benzer sorun ağız içinde başka alanlarda da oluyor mu?
• Lezyon ağrı, yanma gibi belirtilere yol açıyor mu?
• Sorununuzu rahatlatan veya arttıran faktörler var mı?
• Bölgeye travma oldu mu?
• Ailede benzer hastalığı olan var mı?
• Deri hastalığınız var mı?
• Diğer organ ve sistemlerle ilgili hastalıklarınız var mı?
• Sigara, alkol ve ilaç kullanıyor musunuz?
• Allerji, gebelik, kan transfüzyonu öyküsü mevcut mu?

**Tablo 2. İRHS ve Herpetiform RAS'da Klinik Özellikler**

	İRHS	Herpetiform RAS
Primer lezyon	Vezikül	Ülser
Olgun lezyon	Yüzeyel, noktasal ülser	Eritemle çevrili grimsi yüzeyel ülser
Tuttuğu mukoza	Keratinize, kemiğe bağlı	Bez içeren, nonkeratinize, gevşek
Seçtiği yerler	Kemik üzeri gingiva, sert damak dil sırtı, alveolar sırt, dudak vermilyonu	Yanak, dudak, ağız tabanı dil yan/alt kısmı, vestibül
Sayı	Birkaç-çok sayıda	Bir-birkaç
Ağrı	Hafif ağrılı	Çok ağrılı
Nüks	Genellikle ilk hecme yerinde veya ona çok yakın yerde tekrarlama	Aynı yerlerde tekrarlama eğilim yok

**3. Tanya yardımcı teknikler:** Özellikle oral mukoza erozyon ve ülserlerinin kesin tanısı için çoğu kez klinik muayeneye ek yöntemlere başvurmak gerekir.

Herpes simplekste Tzanck yayma genellikle sadece akut, veziküler lezyonlarda pozitif sonuç verir. Ayrıca çok çekirdekli dev epitel hücreleri hem herpes simpleks hem de suçiçeği/zona lezyonlarında görülür. HSV-1 seropozitifliği %30-90 gibi yüksek oranlarda olduğu için seroloji ile de kesin tanıya varılamaz. Virus kültürü, polimeraz zincir reaksiyonu (PZR), direkt floresan antikor (DFA) testi daha hızlı ve doğru tanı sağlar. Sitoloji ve kültür sonuç vermezse biyopsi tanıyı doğrulamada yardımcı olabilir<sup>6-9,12,15</sup>.

Kandida toplumun %40'ında orofarinks florasının normal bir elemanıdır, bu nedenle maya sporlarının varlığı patolojik bir süreci kanıtlamaya yetmez. Kandidiyazda temel doğrulama yöntemi psödomembrandan alınan sürüntünün KOH, Gram, PAS veya metilen mavisi ile hazırlanan preparatında ya da histolojik kesitlerin PAS ile boyandığı doku örneğinde psödohipofaların gösterilmesidir<sup>5,5,16</sup>. Eritematöz ve atrofik kandida infeksiyonunda ise çoğunlukla hifalar saptanamadığından Saburaud besiyerinde kültür daha güvenilir bir yöntemdir<sup>15,16</sup>.

Vezikülobüllöz hastalıkların tanısı için biyopsi yeri epitelin sağlam olduğu, büle komşu bir alan olmalıdır<sup>15,17,18</sup>. DİF için en uygun alanlar ağız tabanı, üst dudak, sert damak ve yanaktır. Bistüriyle kesme yerine zimba biyopsi ile örnek alınması DİF incelemesi açısından daha uygundur<sup>18</sup>. **Tablo 3**'de sık görülen bazı oral mukoza hastalıklarının tanı yöntemleri özetlenmiştir. **Tablo 4**'de ise kanser kuşkusu yaratan ve biyopsi gerektiren durumlar sıralanmıştır. Ağız tabanı, dilin ventrolateral yüzeyi, retromalar trigon ve yumuşak damak displazi ve kanser gelişimi açısından daha riskli bölgeler olduğundan, bu bölgelerdeki şüpheli lezyonlarda mutlaka biyopsi ile tanıya varılmalıdır<sup>4,23</sup>. Lezyonlar geniş alanları kaplıyorsa yeterli genişlik ve derinlikte birden fazla örnek alınmalı, heterojen lezyonlarda beyaz alanlardan çok kırmızı bölgelerden biyopsi tercih edilmelidir<sup>15</sup>. Büyük bir tümör kitlesi mevcutsa merkez sıklıkla nekrotik olduğu ve tanısal histolojik bulguları göstermeyeceği için bu alandan biyopsi yapılmamalıdır. Kanser saptanırsa üstteki epitelden mi, daha derin yapılardan mı kaynaklandığı, yoksa bir başka organdaki kanserin metastazı olarak mı ortaya çıktığı da netleştirilmelidir<sup>4,22,23</sup>.

**Tablo 3. Oral mukoza hastalıklarında tanısal araçlar**

Hastalık	Tanı Yöntemleri
RAS	Öykü, klinik, biyopsi
Herpes simpleks	Klinik, sitoloji, DFA, seroloji, kültür, PZR
Kandidiyaz	Gram, metilen mavisi, PAS, kültür
Tbc, Sy, derin mantar infeksiyonu	Kültür, seroloji, bx, özgül sürüntü/doku boyası
Liken plan	Klinik, biyopsi, DİF
Eritem polimorf	Klinik, biyopsi
Lupus eritematozus	Biyopsi, DİF
Pemfigus	Klinik, biyopsi, DİF İİF, ELİSA
BP/MMP/EEB/LAD	Klinik, biyopsi, DİF İİF/salt-split, ELİSA
Kontakt stomatit	Öykü, yama testi, biyopsi
Benin ve malin neoplazmlar	Biyopsi, TB

Tbc: tüberküloz, Sy: sifiliz, BP: büllöz pemfigoid, MMP: müköz membran pemfigoidi, EEB: edinsel epidermolizis bülloza, LAD: lineer immünglobulin A hastalığı, TB: Toluidin mavisi

Ağız kanserlerinde biyopsi dışındaki diğer tanı yöntemleri içinde yer alan toluidin mavisi (TB) ile boyama klinik olarak aşkar olmayan kanserli bölgelerin de saptanmasını sağlar ve biyopsinin hangi alanlardan yapılmasının daha uygun olacağını belirlemeye yardımcı olur. Toluidin mavisi yassı hücreli kanser ve in situ karsinomun belirlenmesinde etkilidir, ancak displazik tüm lezyonlar boyanmayabilir. Ayrıca bu yöntemde yalnızca negatiflik kadar yalnızca pozitiflik de olabilir; bu nedenle birden fazla boyama yapılmalıdır<sup>4,15,24-26</sup>.

## B) Bazı Tedavi Sorunları ve Çözümleri

**1. Ağız kuruluğu nedenleri, tanı ve tedavisi:** Tükrük mukozayı nemli ve kaygan tutar, asid pH'ı tamponlar, besinlerdeki karbonhidrat yoğunluğunu

**Tablo 4. Ağız kanseri kuşkusu yaratan lezyonlar**

• 3-4 haftadan fazla süren ülser
• Kırmızı, beyaz veya kırmızı/beyaz karışık lezyon
• Fokal renk değişikliği
• Yüze dokusu değişikliği (erozyon, keratoz, granüler yüzey, fissürler)
• Parmakla yoklama sırasında hissedilen sertlik veya indürasyon
• Kabank, çıkıntılı kenarları olan ülser
• Anormal damarlanma gösteren indüre bir şişlik veya ülser
• Gevrek ve hafif temasla parçalanıp kanayan doku
• Derin dokulara veya üstteki deri ya da mukozaya yapışık lezyon
• Normal anatominin bozulması, dişte gevşeme/yerinden oynama
• Boyunda sert veya derin dokulara ve çevreye yapışık, hareketi sınırlı lenf nodu büyümesi

**Tablo 5. Oral mukoza hastalıklarında koruyucu yaklaşımlar**

• Sigara, alkol az tüketilmeli veya bırakılmalı <sup>23</sup>
• Yanak ve dudak ısırma gibi alışkanlıklardan vazgeçilmeli ve gerektiğinde psikiyatrik/psikolojik yardım alınmalı <sup>7</sup> .
• Diş çürükleri tedavi edilmeli, kırık/pürüzlü diş, dolgu ve kaplamalar düzeltilmeli <sup>20, 21</sup> .
• Uygun ağız/diş bakımı ve florür desteği yapılmalı <sup>43</sup>
• Allerji potansiyeli yüksek maddelerle temastan kaçınılmalı <sup>34</sup>
• Asitli, şekerli, sıcak ve kızarmış gıdalardan kaçınılmalı <sup>29</sup>
• Ultraviyole ışınları herpes infeksiyonunu tetikleyebildiği ve yassı hücreli kanser gelişiminde rol oynadığı için dudaklara güneşten koruyucu uygulanmalı <sup>12,23</sup>
• Gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalı <sup>16,37</sup>
• Ağız kanserinden koruyucu etkisi nedeniyle taze meyve, sebze ve selenyum, folik asit, A, C, E vitamininden zengin gıda tüketilmeli <sup>23</sup>
• Sebatiyen HPV infeksiyonu kanser gelişmesi riskini arttırabileceğinden, özellikle risk gruplarında HPV açısından düzenli muayene yapılmalı ve mevcut lezyonlar tedavi edilmeli <sup>42</sup>
• Prekanseröz lezyonu olan hastalar erken kanser belirtileri konusunda bilgilendirilmeli <sup>23,38</sup>
• İmmünsüpresif tedavi öncesi hastalar ağız ve diş infeksiyonları ve prekanseröz lezyonlar açısından muayene edilmeli <sup>38</sup>

seyreltir ve ağız boşluğunu zararlı patojenlerden koruyan eriyebilir IgA ve müsin gibi antimikrobal proteinler içerir. Bu yüzden tükrük akımının ve bileşiminin uygun şekilde devamı ağız temizliğinde temel bir rol oynar.

Ağız kuruluğu (kserostomi) Sjögren sendromu, kemoterapi, baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi ve yaşlılık gibi nedenlerle tükrük bezlerinin atrofi veya fibrozisi, ekotodermal displaziler, diabetes mellitus, graft versus host hastalığı, HIV infeksiyonu, tükrük salgısını azaltan ilaç kullanımı, yoğun ekzersiz veya kısıtlı sıvı alımına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Ağız kuruluğunun yarattığı sorunlar çiğneme, yutma, tat alma ve konuşma zorluğu, ağızda yanma hissi, bakteriyel ve fungal infeksiyon riskinde artma, mukozada, özellikle dilde atrofi ve ülser gelişimi, diş çürükleri ve periodontal hastalık gelişiminin kolaylaşması olarak özetlenebilir<sup>27,28</sup>.

Ağız kuruluğu ile başvuran hastada yakınmanın süresi, sıklığı, şiddeti ve diğer mukoza alanlarında da kuruluk olup olmadığı sorgulanmalıdır. Fizik muayenede majör tükrük bezleri hassasiyet, büyüme ve sertlik açısından incelenmelidir. Sorunun saptanması ve nedenin ortaya konmasında tükrük akım hız ölçümü, sintigrafi ve biyopsi yardımcı olur. Ancak semptomlarla tükrük akımı testlerinin sonuçları arasında bağlantı zayıftır, bu nedenle tedavi hasta yakınmaları temel alınarak yürütülmelidir<sup>27,28</sup>.

Ağız kuruluğu ile başvuran bir hastada reçetesiz satılanlar ve bitkisel olanlar dahil tam bir ilaç öyküsü alınmalıdır. Birçok ilaç (Bkz. Oral mukozada ilaç reaksiyonları) ağızda kuruluğa neden olabilir. Ayrıca, kırmızı biber, sarımsak, ginko biloba, St. John's Wort, ısırgan otu, hindiba ve ballı baba ailesinden bitkiler de ağız kuruluğu yapabilir<sup>28,29</sup>.

Ağız kuruluğunun semptomatik tedavisinde hastanın sıvı alımı artırılır ve tükrük yerine geçen ve mukoza kayganlığını sağlayan maddeler kullanılır. Bu ürünler nötr pH'da olmalı ve tükrükte bulunan elektrolitleri içermelidir. Dişleri olan hastalarda bunlara ek olarak floridler gibi remineralizasyonu sağlayan maddeler de bulunmalıdır. Dekstran içeren yapay tükrük ise çürük riskini arttırdığından ancak dişsiz hastalar için uygundur<sup>27</sup>. Eğer hastada tükrük bezi dokusu az da olsa mevcutsa tükrük salgısının uyarılması bir diğer tedavi yoludur. Şekersiz bonbon veya sakız tükrük salgısını artırabilir, ancak bu ürünlerin yumuşak dokuları tahriş edebilen tarçın ve nane içermemesi ve asidik olmaması gerekir. Özellikle bitkisel bir tatlandırıcı olan ve diş çürüğünü önleyen ksilitol içeren ürünler ve asid maltoz pastilleri yararlıdır. Yemek yemenin tükrük salgısını uyardığı bilinmektedir; bu nedenle sık, küçük öğünler yardımcı olabilir. Aktif maya kültürü içeren şekersiz yoğurt, ağızdaki mantar yoğunluğunu kontrol eder. Parasempatomimetik ve muskarinik agonistler olan pilokarpin (®Salagen tab) 5 mg 3x1/gün ve sevimelelin (®Evovax cap) 30 mg 3x1/gün tükrük akımını arttırmada etkili olabilir<sup>27,28</sup>. Limon ve gliserin başlangıçta tükrük salgısını uyarsa da, asidik olmaları nedeniyle daha sonra eskisinden de daha şiddetli ağız kuruluğuna, irritasyona ve diş minesinde demineralizasyona yolaçabilirler<sup>30</sup>. Aynı nedenlerle sigara, alkollü ve gazlı içecekler, meyve suları ve çok şekerli gıdalardan kaçınılmalıdır<sup>29</sup>. Kafein içeren içecekler (çay, kahve, kola, enerji içecekleri) ağız kuruluğunu artırır, bu açıdan en az zararlısı çaydır<sup>27-29</sup>.

Ağız kuruluğu olan hastalarda diş çürümelerine eğilim bulunduğundan ağız ve diş hijyenine önem verilmelidir. Ağız bakım ürünlerinin mukozayı tahriş etmemesi için alkolsüz, deterjan ve koku içeriği düşük, şekersiz ve yağlayıcı özellikte olmasına dikkat edilmelidir. Hastaların olabildiğince kendi dişlerine sahip olması çok önemlidir, çünkü tükrüğün kayganlaştırıcı etkisi olmayınca protezler de ağza iyi oturmaz<sup>27,28</sup>. Dudak kuruluğuna

karşı aloe vera ve E vitamini içeren nemlendirici kremler ve saf vazelin kullanılmalıdır. Oda havasının nemlendirilmesi dudak ve oral mukoza kuruluğunu önlemede yardımcı olur<sup>28</sup>.

**2. Ağız kokusu nedenleri, tanısı ve tedavisi:** Kötü ağız kokusu (halitosis, halitoloji) çoğu hastada ağız boşluğu kaynaklıdır. Bozuk ağız hijyeni, tükürük salgısında azalma, diş telleri, gingiva ve periodontium hastalıkları, ülserli mukoza hastalıkları başta gelen nedenlerdir. Bazı olgularda kötü kokudan sinüsler, mide gibi ağız dışı doku ve organların hastalıkları ya da üremi, ketoasidoz gibi metabolik nedenler sorumludur. Bazen ise bu durum gerçek olmaktan çok hastaların zihinlerinde yarattıkları bir sorundur. Ağız kokusuna yaklaşımda ilk basamak kötü kokunun gerçekten var olup olmadığını ortaya konmasıdır. Eğer koku hekim tarafından da algılanıyorsa ağız-ağız dışı kaynaklı olup olmadığını belirlemek gerekir. Hayali kötü koku ise altta yatan psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmelidir.

Ağız boşluğundan kaynaklanan kötü koku esas olarak dil arka kısmında biriken debrisin bazik ortamda gram-negatif anaerobik bakterilerle bozuşmasından doğan uçucu kükürt bileşiklerine bağlıdır. Bu nedenle de ağız kokusu oral gram-pozitif floranın gram-negatif döndüğü durumlarda görülür. Bu duruma tükürük salgısının azalması, bakteri substratı olarak ortamda yeterli karbonhidrat bulunmaması ve ağız içindeki pH'nın artması yol açar. Fissürlü dil de benzer mekanizmalarla ağız kokusuna neden olabilir.

Ağız boşluğu kaynaklı halitose yaklaşımlar öncelikle ağız sağlığının düzeltilmesi ve çeşitli koku gidericilerin kullanımı şeklindedir<sup>31,32</sup>. Kötü kokunun önemli bir kaynağı olan dil arka kısmındaki pasın giderilmesi için yumuşak bir diş fırçasıyla düzenli olarak temizlik yapılmalıdır. Klorit anyonu ve klorin dioksit içeren antiseptik ağız gargaraları uçucu kükürt bileşiklerini oksitleyip inaktive ettiğinden uzun süren olumlu etkiler yaratır. Ağız kuruluğunun giderilmesi de ağız kokusu için çok önemli bir adımdır<sup>32</sup>.

**3. Kontakt stomatit:** Oral mukoza anatomik yapısı ve fizyolojik özellikleri nedeniyle iritan ve allerjenlere karşı oldukça dayanıklıdır. Tükürük salgısı mukozaya değen maddelerin yoğunluğunu ve etki süresini azaltarak bu duruma katkıda bulunur. Ancak diş dolguları, diş macunları, ağız gargaraları ve sakızlar bazen kontakt stomatite yol açarak, mukozada ağrı, yanma hissi, eritem, vezikül, deskuamasyon, erozyon, ülser, lökoplaki ve liken plan benzeri lezyonlara neden olabilir<sup>5,33,34</sup>. Likenoid reaksiyonlardan en çok sorumlu tutulan maddeler diş dolgularındaki cıvalı amalgam, kompozit reçineler, bakır sülfat, altın, paladium, platin ve kobalttır. Bu lezyonlar özellikle amalgamın değdiği alanda veya ona çok yakın bölgelerde gelişir. Deri yama testleri, diş dolgusunun çıkarılmasıyla olumlu sonuç alınıp alınmayacağı konusunda her zaman yardımcı olmaz. Örnek olarak birden çok altın bileşiğine pozitif reaksiyon alınsa da altın klinik tablodan sorumlu olmayabilir, buna karşılık tek bir cıva formülüne karşı pozitif reaksiyon önemli olabilir<sup>33</sup>. Likenoid reaksiyonun amalgamla yakın komşuluk göstermesi halinde pozitif reaksiyonun daha değerli olduğu gözlenmektedir<sup>35</sup>. Bu hastalarda dolgunun çıkartılmasıyla lezyonun iyileşeceği beklenebilirse de bu konuda aceleci olmamak gerekir. Çoğunlukla semptomlar 3 ay içinde ortadan kalmakta, lezyonun silinmesi ise 1 yılı bulabilmektedir<sup>5</sup>.

Koku veren maddeler, koruyucular, metaller, akrilatlar, reçineler, kalıp almada kullanılan bileşikler gibi diş malzemeleri oral mukozada gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonuna en çok yol açan maddelerdir. Kontakt stomatite sık yol açan diğer maddeler içinde tarçın, nane, kolofoni,

klorheksidin, akrilat, nikel, yerel antibiyotikler, anestetikler, lateks, paraben ve propilen glikol sayılabilir<sup>5,33,34</sup>. Peru balsamına hassas olduğu saptanan kontakt stomatitli hastaların çapraz reaksiyon veren gıdalar konusunda da dikkatli olmaları gerekir. Bu gıdalar içinde turunçgiller, tatlandırıcılar, şarap, bira, turşu, çikolata, kola, domates, domatesli ve kırmızı soslar başta gelir<sup>34</sup>. Kontakt stomatiti, likenoid oral mukoza lezyonu veya dirençli oral liken planusu olan hastalarda iyi bir öykü alınıp, etraflı bir ağız ve diş muayenesinden sonra yama testleri yapılmalıdır. Standart yama testleri yanı sıra diş serisi, oral tat verici ve koruyucu serisi gibi özel yama testleri de uygulanırsa, neden olan ajanın saptanması olasılığı artar. Ayrıca metal yama testinde geç reaksiyon olabileceğinden, test sonuçları 3. ve 5. güne ek olarak 7. günde de değerlendirilmelidir<sup>34</sup>.

**4. Diş protezi, dolgu ve kaplamaların oral mukoza üzerindeki etkileri:** Diş protezleri, kaplamalar, diş teli gibi gereçler travma etkisiyle erozyon, friksiyonel keratoz vb lezyonlara neden olabilir ve oral liken plan, RAS, pemfigus lezyonlarının başlamasına ya da şiddetlenmesine yol açabilir<sup>10,21</sup>. Bu nedenle iyi oturmayan protezler, aşınmış, pürüzlü yüzeye sahip dolgu ve kaplamalar değiştirilmeli veya düzeltilmelidir. Damağı tamamen kaplayan protezler atrofik kandidiyaza yol açabileceğinden gece çıkarılmalı ve antifungal bir solüsyon içinde bekletilmelidir<sup>16</sup>. Oral kandidiyazda protezlerin kontamine olması nedeniyle antifungal kremler protezlerin mukozaya temas eden yüzeyine de sürülmelidir<sup>36</sup>. Diş protezlerini temizlemede kullanılan asidik ve bazik solüsyonlar mukoza için iritan olabilir, yerine takılmadan önce iyice durulanması önerilir<sup>37</sup>.

**5. Oral mukoza hastalıklarında kullanılacak yerel ilaçlarda dikkat edilmesi gerekenler:** Ağız gargaraları dişler üzerindeki debris uzaklaştırmak ve ağız boşluğunu nemli tutmak için kullanılırlar. Gargaranın tahriş edici ve mukozayı kurutucu olmaması gerekir, bu nedenle alkollü gargaralardan kaçınılmalıdır<sup>30,36-39</sup>. Sodyum klorür solüsyonu (%0,9), sodyum bikarbonat solüsyonu ve sodyum klorür ile sodyum bikarbonatı birlikte içeren gargaralar ucuz ve tahriş etkisi olmayan gargaralardır<sup>39</sup>. Sodyum bikarbonatın içine tuzlu su eklenmesi gargaranın tadını kabul edilebilir hale getirir ve tükürük pH'sını artırır<sup>39</sup>. Hidrojen peroksit ve sodyum bikarbonat ağız boşluğundaki debris ve kabukların ortadan kaldırılmasında yararlıdırlar, ancak yeterince sulandırılmazlarsa yüzeysel mukoza yanıklarına neden olabilirler<sup>30</sup>. Bu nedenle hidrojen peroksit sadece %1-3 oranında kullanılmalı, gargara yutulmamalı ve ağız 1 dk içinde suyla çalkalanmalıdır<sup>33-37</sup>. Sıkı bir karbonhidrat rejimi uygulanan diabetli hastalarda kullanılacak gargaraların şeker içeriği de hesaba katılmalıdır<sup>37</sup>. Gargaraların mukozaya temas süresi kısa olduğundan kandidiyazda nistatin süspansiyon yerine pastili daha etkilidir, ancak ülkemizde nistatin sadece süspansiyon şeklinde bulunmaktadır. Ağız kuruluğu olan hastalarda ise pastillerin erimesi zor olacağından süspansiyon formu daha uygundur. Nistatin gastrointestinal sistemden emilmediği için yutulması sakıncalı değildir<sup>30</sup>.

Ağrılı oral mukoza lezyonları olanlarda turunçgiller başta olmak üzere asitli meyveler, karbonatlı ve asitli içecekler, baharatlı, tuzlu, keskin ve pürüzlü yüzeye sahip gıdalardan kaçınılmalıdır<sup>7,29</sup>. Soğuk içecekler, dondurma, ağızda tutulan buz parçaları ağrıda geçici rahatlama sağlayabilir<sup>36-39</sup>. Ağrılı lezyonlar beslenmeyi engelliyorsa %2 lidokain yemeklerden 2 dk. önce pamuklu çubuk ile veya ağızda çalkalanarak uygulanıp tükürülür<sup>7</sup>. Öğürme refleksini baskılayabildiklerinden lokal anestetiklerin boğaz gargarası şeklinde uygulanması veya yutulması sakıncalıdır<sup>37</sup>. Ayrıca bu ilaçların ağız boşluğunu tümüyle duyarsız hale getirmesinden

kaçınılmalıdır, çünkü hasta çiğneme, diş fırçalama vb sırasında kendi kendini yaralayabilir. Ağrının azaltılması için %0,1'lik benzidamin ve difenhidramin gargarası da kullanılabilir. Mukozayı örterek koruyucu bir tabaka oluşturan sukralfat, hidroksipropil selüloz, polivinilpirolidon-sodyum hyaluronat jel (Gelclair®) ağrıyı hafifletir ve mukozanın iyileşmesini kolaylaştırır<sup>39,40</sup>.

Erozif ve ağrılı mukoza lezyonları olan hastalar yumuşak bir fırça ve diş ipi ile nazikçe diş bakımı ve temizliğini yapmalıdırlar<sup>7,30</sup>. Diş fırçasının bir süre sıcak su altında tutulması yumuşamasına ve travmanın azalmasına yardımcı olur<sup>37</sup>. Diş taşıını kontrol eden kalsiyum pirofosfatlı diş macunları kostik özellikleri nedeniyle mukozaya hasar verebilir<sup>30,37</sup>.

Ülserli oral mukoza lezyonlarında ikincil infeksiyon esas olarak mantar türleriyle olur; bakteri infeksiyonları daha az görülür. Lezyonlar indüre veya pürülan olmadıkça, ya da eşlikte akut hassas bölgesel lenfadenopati bulunmadıkça antibiyotik kullanımı gereksizdir. İyi ağız hijyeninin sağlanması ve ağzın ılık tuzlu suyla veya su içinde %0,2 klorheksidin glukonat ile çalkalanması iyileşmeye yardımcıdır. Klorheksidin glukonatin ciddi yan etkisi yoktur, ancak ağız tadında değişme, diş ve dilde renk bozuklukları gelişebilir<sup>30</sup>. Diş macunlarının çoğunda mevcut olan sodyum loril fosfat ve sodyum monoflorofosfat, klorheksidin glukonat içeren gargaların etkisini engellediğinden aynı zamanda kullanılmamalı, iki uygulama arasında en az 30 dk olmalıdır<sup>30</sup>. İlaç etkileşimi dolayısıyla nistatin klorheksidin gargarasından 1 saat sonra verilmelidir. Tetrasiklinli ağız gargaları yutulup dişlerde kalıcı boyanmaya neden olabildiğinden 12 yaşından küçük çocuklarda kullanılmamalıdır<sup>30</sup>.

Mukozaya uygulanacak yerel steroidlerin gücü ve türü hastanın gereksinimine göre seçilmelidir. Çoğu hastada triamsinolon gibi orta güçte steroidler, flusininolon asetonid ve flusininonid gibi güçlü steroidler ve klobetazol gibi çok güçlü halojenli steroidler gerekir. Sınırlı bir alanı tutan lezyonlarda steroidli merhem veya jeller günde 2-4 kez yemeklerden sonra tek başına veya bir orabaz ile eşit miktarda karıştırılarak uygulanabilir. Yaygın lezyonlarda genellikle yemeklerden sonra gargara veya sprey şeklinde uygulama tercih edilir. Tüm bu formlar en azından birkaç dakika ağızda tutulmaya çalışılmalı, daha sonra 1/2-1 saat süreyle bir şey yenilip içilmemelidir<sup>21</sup>.

Birçok çalışma yerel steroidlerin mukozaya kısa süre, hatta 6 aya varan sürelerle uygulanmasının emniyetli olduğunu göstermiştir. Ancak yine de özellikle kronik bir hastalıkta uzun süre tedavinin böbreküstü bezi baskılanmasına yol açabileceği göz ardı edilmemelidir, hasta bu açıdan sık aralıklarla izlenmelidir<sup>19,21,22</sup>. Yerel steroidler ağız gargaları şeklinde kullanıldığında bu baskılanmanın daha fazla olduğu bildirilmiştir<sup>22</sup>. Hidrokortizon ve triamsinolonun baskılama etkisi düşüktür, ancak bu steroidlerin tedavi gücü de zayıftır. Yerel steroidle tedavi edilen hastaların 1/3'e varan bölümünde kandidiyaz gelişir; hastaların bu açıdan da izlemi ve gereğinde yerel ya da sistemik antifungal ilaçların tedaviye eklenmesi önerilir<sup>16,19,21</sup>. Astım için inhalan steroid tedavisi gören hastalar kandida çoğalmasından korunmak için uygulama sonrasında ağızlarını suyla çalkalamalıdırlar. Yerel steroid kullanımına bağlı mukoza atrofi gelişimi nadirdir<sup>19</sup>.

#### 6. Ağız içine uygulanacak girişimsel işlemlerde dikkat edilmesi gerekenler:

Oral mukozaya yönelik cerrahi işlemlerden sonraki en önemli komplikasyonlardan biri kanamadır. Trombosit düzeyi 50x10<sup>9</sup>/l'nin üzerinde ve INR değeri 3'ün altında olan hastalarda lokal anestezi ve küçük cerrahi girişimlerde kanama riski düşüktür. Operasyon sonrasında

%4,8 traneksamik asid içeren ağız gargalarının kullanılması yardımcı olur. Kanama eğilimi yaratan hastalıkları olanlarda hematoloji konsültasyonu istenmeli, gerekirse tedavi öncesinde trombosit veya pıhtılaşma faktörleri transfüzyonu uygulanmalıdır. Genellikle yanak ve damak lezyonları daha az kanama eğilimindedir. Zengin damar ağı nedeniyle dil lezyonları daha fazla kanayabilir<sup>14</sup>.

İşlemden sonra bir miktar ödem ve ağrı olması beklenebilecek bir durumdur. Ancak ağız tabanı veya dil cerrahisinden sonra bu alanlarda aşırı ödem olması havayolunun tıkanmasına neden olabileceğinden, hastalar bir gece yatırılıp gözlem altına alınmalıdır. İşlem sonrası ağrı lezyonun büyüklüğü ve yerine bağlıdır. Ağrının uygun şekilde kontrolü hastanın yeterli sıvı ve besin alabilmesi için gereklidir. Erişkinlerde geniş tabanlı dil lezyonlarında narkotikler gerekli olabilir. Çocuklarda parasematol tek başına veya kodeinle birlikte çoğunlukla yeterlidir.

Dilin ön kısmı, dudak mukozası gibi uygun bölgelere yerleşen küçük lezyonların eksizyonu lokal anestezi altında yapılabilir. İyi bir anestezi için injeksiyonla işlem arasında en az 10 dk olmalıdır. Çocukların çoğunda ise sedasyon gereklidir; genel anestezi hava yolu kontrolü avantajı taşır<sup>14</sup>.

İmmünsüpresif tedavi başlanacak hastalarda dokuya invazif oral tedavi girişimlerinin tamamlanmasıyla tedavi arasında, uygun iyileşme ve cerrahi sonrası komplikasyonların izlenmesi açısından 10-14 gün ara olmalıdır. İmmünyetmezliği olmayanlarda ağız içi cerrahi işlemlerden sonra nadiren infeksiyon gelişir; bu nedenle antibiyotiklerin rutin kullanımı gerekli değildir<sup>37</sup>. İmmünyetmezlikli hastalarda ise perioperatif olarak antibiyotik kullanılmalı ve uygun yara iyileşmesi açısından hastalar yakın klinik izleme alınmalıdır<sup>14,41</sup>.

### C) Oral mukoza hastalıklarından korunma

Oral mukoza hastalıklarından gelişimsel/genetik olanların önlenmesi dermatologların primer konusu olmayıp, genetik uzmanları, toplum sağlığı ve aile hekimleri, kadın doğum uzmanları gibi birçok farklı dalın katkıda bulunup işbirliği içinde çalışmasını gerektiren karmaşık bir sorundur. Oral inflamatuvar hastalıkların çoğu izole mukoza hastalığı değildir; sistemik ya da kütanöz bir hastalığın ağız tutulumu olarak kendini gösterir. Bu nedenle, eğer varsa, o hastalığa özgü koruyucu önlemler yarar sağlayabilir; ancak henüz liken plan, pemfigus gibi pek çok hastalıkta etyoloji açık olmadığından bilinen, özgün korunma önlemleri bulunmamaktadır. Sadece hastalığı ağırlaştırıcı ve yeni lezyon çıkışını tetikleyebilen faktörlerden (travma, hijyen bozukluğu, belirli ilaçlar ve gıdalar) sakınma söz konusu olabilir.

Reküran aftöz stomatit için demir ve B vitamini eksikliklerinin giderilmesi, herpesle ilişkili eritem polimorfda herpes ataklarını baskılayıcı tedaviler bu kapsamda düşünülebilir. Nekrotizan ülseratif gingivostomatit, granuloma fissuratum, lökoplaki, gingivitis, periodontitis gibi oral mukozaya sınırlı bazı edinsel hastalıklarda ağız hijyeninde bozukluk ve kronik travma önemli etyolojik faktörler olduğundan bu yönde korunma ve önlemler gerekir. Ağız kanserindeki en önemli risk faktörleri ise alkol ve sigaradır ve bunların birlikte kullanılması sinerjistik etki göstererek kanser riskini artırır. Muhtemelen alkol ile oral mukoza geçirgenliğinin artması tütünde bulunan karsinojenlerin mukozaya daha fazla zarar vermesine yol açmaktadır. Tablo 5'de oral mukoza hastalıklarının önlenmesi için yapılabilecekler sıralanmaktadır.

## Kaynaklar

1. Glick M, Stiegel MA, Brightman VJ: Evaluation of the dental patient: diagnosis and medical risk assesment. *Burket's Oral Medicine. Diagnosis & Treatment*. Ed. Martin S. Greenberg, Michael Glick. Tenth edition. Spain. BC Decker Inc., 2003; s 5-33.
2. Jacobsen PL, Carpenter WM: MIND: a method of diagnosing oral pathology. *Dent Today* 2000;19:58-61.
3. Sciubba JJ: Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc* 2001;132 Suppl:125-185.
4. Williams PM, Poh CF, Hovan AJ, Ng S, Rosin MP: Evaluation of a suspicious oral mucosal lesion. *J Can Dent Assoc* 2008;74:275-80.
5. Bernstein ML: The diagnosis and management of chronic nonspecific mucosal lesions. *J Calif Dent Assoc* 1999;27:290-9.
6. Byrd JA, Bruce AJ, Rogers RS 3rd: Glossitis and other tongue disorders. *Dermatol Clin* 2003;21:123-34.
7. Bruce AJ, Rogers RS 3rd: Acute oral ulcers. *Dermatol Clin* 2003;21:1-15.
8. Schiffer M, Yeoh SC, Coleman H, Georgiou A: Oral mucosal diseases: the inflammatory dermatoses. *Aust Dent J* 2010;55 Suppl 1:23-38.
9. Ayangco L, Rogers RS 3rd: Oral manifestations of erythema multiforme. *Dermatol Clin* 2003;21:195-205.
10. Zunt SL: Recurrent aphthous stomatitis. *Dermatol Clin* 2003;21:33-9.
11. Van Heerden WFP, Boy SC: Diagnosis and management of common non-viral oral ulcerations. *SA Fam Pract* 2007;49:20-6.
12. Hairston BR, Bruce AJ, Rogers RS 3rd: Viral diseases of the oral mucosa. *Dermatol Clin* 2003;21:17-32.
13. Tilliss TSI, McDowell JD: Differential diagnosis: Is it herpes or aphthous? *J Contemp Dent Pract* 2002;1:1-15.
14. Davies R, Bedi R, Scully C: ABC of oral health. Oral health care for patients with special needs. *BMJ* 2000;19:26;321:495-8.
15. Santarelli A, Lo Muzio L: Diagnostic tools for oral mucosa lesions. *Inside Dentistry* July 2012. <http://id.cdeworld.com/courses/4601>
16. Farah CS, Lynch N, McCullough MJ: Oral fungal infections: an update for the general practitioner. *Aust Dent J* 2010;55 Suppl 1:48-54.
17. Jukić IL, Marinović B: Significance of immunofluorescence in the diagnosis of autoimmune bullous dermatoses. *Clin Dermatol* 2011;29:389-97.
18. Sano SM, Quarracino MC, Aguas SC, González EJ, Harada L, Krupitzki H, Mordoh A: Sensitivity of direct immunofluorescence in oral diseases. Study of 125 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;1:E287-91.
19. Eisen D: The clinical manifestations and treatment of oral lichen planus. *Dermatol Clin* 2003;21:79-89.
20. Van der Meij EH, van der Waal I: Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med* 2003;32:507-12.
21. Sugerman PB, Savage NW: Oral lichen planus: causes, diagnosis and management. *Aust Dent J* 2002;47:290-7.
22. Scully C, Carrozzo M: Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:15-21.
23. Neville BW, Day TA: Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002;52:195-215.
24. Lingert MW, Kalmár JR, Karrison T, Speight PM: Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol* 2008;44:10-22.
25. Epstein JB, Feldman R, Dolor RJ, Porter SR: The utility of tolonium chloride rinse in the diagnosis of recurrent or second primary cancers in patients with prior upper aerodigestive tract cancer. *Head Neck* 2003;25:911-21.
26. Scully C, Bagan JV, Hopper C, Epstein JB: Oral cancer: Current and future diagnostic techniques. *Am J Dent* 2008;21:199-209.
27. Walsh JL: Dry mouth: A clinical problem for children and young adults. *Int Dentistry SA* 2007;9:48-58.
28. Gupta A, Epstein JB, Sroussi H: Hyposalivation in elderly patients. *J Can Dent Assoc* 2006;72:841-6.
29. Burgess J, Meyers AD: Diet and oral health. <http://emedicine.medscape.com/article/2066208>
30. Johnstone L, Spence D, Koziol-McClain J: Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. *Pediatr Nurs* 2010;36:85-97.
31. Scully C, Greenman J: Halitology (breath odour: aetiopathogenesis and management). *Oral Dis* 2012;18:333-45.
32. Messadi DV, Younai FS: Halitosis. *Dermatol Clin* 2003;21:147-55.
33. Torgerson RR, Davis MD, Bruce AJ, Farmer SA, Rogers RS 3rd: Contact allergy in oral disease. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:315-21.
34. LeSueur BW, Yiannias JA: Contact stomatitis. *Dermatol Clin* 2003;21:105-14.
35. Thornhill MH, Simmons RK, Pemberton MN, Theaker ED: Patch test value. *Br Dent J* 2005;8:445.
36. Drage LA, Rogers RS 3rd: Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin* 2003;21:135-45.
37. Siegel MA: Strategies for management of commonly encountered oral mucosal disorders. *J Calif Dent Assoc* 1999;27:210-2, 215, 218-9.
38. Miller M, Kearney N: Oral care for patients with cancer: a review of the literature. *Cancer Nurs* 2001;24:241-54.
39. Çubukçu ÇE, Baytan B, Güneş AM: Oral mukozitin önlenmesi ve tedavisi: güncel yaklaşımlar. *Güncel Pediatri* 2006;2:52-5.
40. Buchsel PC: Polyvinylpyrrolidone-sodium hyaluronate gel (Gelclair): a bioadherent oral gel for the treatment of oral mucositis and other painful oral lesions. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2008;4:1449-54.
41. Oliver RJ, Sloan P, Pemberton MN: Oral biopsies: methods and applications. *Br Dent J* 2004;196:329-33.
42. Rautava J, Syrjänen S: Human papillomavirus infections in the oral mucosa. *J Am Dent Assoc* 2011;142:905-14.
43. Hitz Lindenmüller I, Lambrecht JT: Oral care. *Curr Probl Dermatol* 2011;40:107-15.

## Hatırlama soruları

1. Oral mukozanın malign ve premalign lezyonlarının tanısında uygulanan boya hangisidir?

- a. Metilen mavisi
- b. Toluidin mavisi
- c. Giemsa
- d. Hematoksilen
- e. Eozin

Cevap: b

2. Ağız kuruluğu tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yer almaz?

- a. Ksilitol
- b. Ginko biloba
- c. Pilokarpin
- d. Dekstran
- e. Sevimelin

Cevap: b

3. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a. Diş protezi olan hastalarda atrofik kandidiyazis sık görülür.
- b. Ağız kanserlerinin gelişiminde sigara ve alkol sinerjistik etki gösterir.
- c. Ağız kokusu gram pozitif bakteri yoğunluğunun artmasına bağlıdır.
- d. Nistatin süspansiyonun yutulması sakıncalı değildir.
- e. Oral mukoza cerrahisi immünsüpresif tedavi başlamasından 10-14 gün önce yapılmalıdır.

Cevap: c