



Oral Mukozanın Benign Papül ve Nodülleri

Benign Papules and Nodules of Oral Mucosa

Mehmet Salih Gürel, Ebru Sarıkaya

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Bu makalede oral mukozanın sık görülen bazı benign papül ve nodülleri etyolojisi, epidemiyolojisi, klinik özellikleri, histopatolojik özellikleri ve tedavileri irdelenerek sunulmaktadır. Bu lezyonlar mukosel, travmatik fibrom, epulis, piyojenik granülom, oral papillom, oral verrukalar, lenfanjiom, hemanjiom, lipom, oral nevuslar ve diğer oral yumuşak dokunun benign tümörleridir. Oral mukozanın benign papül ve nodülleri prekanseröz veya malign olanlardan klinik ve histopatolojik olarak ayrılmalıdır. Kesin klinikopatolojik tanı uygun ve doğru tedavi için zorunludur. (Türkderm 2012; 46 Özel Sayı 2: 72-6)

Anahtar Kelimeler: Ağız hastalıkları, oral benign neoplaziler, benign papül ve nodül

Summary

This article reviews some of the more common benign oral papules and nodules of oral mucosa with emphasis on their etiology, epidemiology, clinical presentation, histopathology, and treatment. These lesions include mucocele, traumatic fibroma, epulis, pyogenic granuloma, oral papilloma, oral warts, lymphangioma, hemangioma, lipoma, oral nevi and some soft tissue benign tumors. These benign lesions must be separated clinically and histologically from precancerous and malignant neoplastic lesions. Accurate clinico-pathological diagnosis is mandatory to insure appropriate therapy. (Türkderm 2012; 46 Suppl 2: 72-6)

Key Words: Mouth diseases, oral benign neoplasms, benign papule and nodule

Giriş

Oral kavite farklı histolojik yapı ve işleve sahip anatomik bir bölgedir. Bu farklı dokulardan çeşitli tümöral papül ve nodüller lezyonlar ortaya çıkabilir (Tablo 1). Travma, enfeksiyon, neoplazik gelişim veya genetik faktörlerle ortaya çıkan benign papül ve nodüllerden önemli veya sık görülenler irdelenecektir.

Ektopik Sebace Glandlar (Fordyce granülleri)

Üst veya alt dudağın iç yüzünde ve özellikle komissural yanak mukozasında 2-3 mm büyüklüğünde sarı papüller şeklinde görülür. Pubertede belirginleşen glandlar normal popülasyonun %80'inde bulunur. Histopatolojisinde kıl folikülleriyle ilişkisiz ektopik sebace gland yapısı izlenir. Tedavi gerekmez. İsoetretinoin tedavisiyle gerilediği bildirilmiştir¹⁻³.

Mukosel (Müköz retansiyon kisti)

Genellikle ısırılmaya bağlı olarak, tükrük bezlerinin ve boşaltıcı kanalların yırtılmasıyla oluşurlar. Salgılanan müsin bağ dokusu içerisinde granülatöz bir reaksiyon oluşturabilir. Nadiren kanalın tıkanması ve müsinin geride birikmesi sonucu gerçek retansiyon kisti de oluşabilir. Travmaya uğrayan alanlarda, genellikle alt dudakta meydana gelir. Ani ortaya çıkan, hemisferik, ağrısız, şeffaf, mavimsi papül veya nodül şeklinde görülür. Lezyonun cerrahi eksizyonu veya boşaltılarak tedavisi mümkündür^{4,5}.

İrritasyon Fibromu (Travmatik fibrom)

Doku travmasına sekonder gelişen ekzofitik lezyon, oral mukozanın sık görülen benign lezyonları arasında yer alır. Tekrarlayan travmaya bağlı olarak gelişen fibromlar en sık dil,

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. M. Salih Gürel, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 459 62 62 E-posta: msgurel@gmail.com

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



bukkal mukoza ve alt dudak mukozasında oluşur (Resim 1). Maserasyondan dolayı beyazımsı, 1-2 cm'yi aşmayan geniş tabanlı yavaş büyüyen lezyonlar olarak ortaya çıkar. Bazen üzeri sekonder travmaya bağlı ülsere olabilir. Histopatolojisinde yoğun kollajen bantları, matür fibroblastlar, kronik enflamatuar hücreler ve epidermiste hiperkeratoz gözlenir. Travmayı önlemek gerekir. Cerrahi eksizyonla tedavi edilir⁶.

Epulis

Kronik irritasyona bağlı gelişen gingival tümörlerdir. Başlıca yerleşim yeri dental sırtın ön kısmıdır⁷. Lezyonların klinik görünümü oldukça değişken olup bazıları hiperemik, kırmızı ve kolay kanarlar⁸.

Fibröz epulis (periferik fibrom) temel olarak bir reaktif fibröz hiperplazidir. Tipik olarak erişkinde interdental papilla veya serbest jingival marjinin altından kaynaklanan sert, pembe, noninflame bir kitle şeklinde görülür. Lezyon ağrısız ve yavaş büyür. Histolojik olarak periferik kısımlarında matür fibrositlerin olduğu fibroblastik reaksiyon paterni gösterir. Epulisler ilaca bağlı veya sistemik bir hastalığın bulgusu olarak da gelişebilir. Bu ilaçlar arasında fenitoin, nifedipin ve siklosporin sayılabilir. Posttravmatik veya gebelik sırasında (epulis gravidarum) yumuşak, vaskülarizasyonu fazla granülatöz epulis görülebilir. Bu aşırı büyümeye hormonal faktörlerin ve ayrıca gram negatif periodontal bakteriyel floranın yol açtığı düşünülmektedir^{4,9-11}.



Resim 1. Dilde travmaya bağlı papillom

Klinik olarak dev hücreli epulis lezyonları 1,5 cm'e kadar büyüebilir ve mor kahverengi bir yüzeye sahip olabilir. Dev hücreli epulisler, genellikle kronik irritasyona bağlı onarım granülomlarından kaynaklanır. Periferik dev hücreli granülom daha genç hastalarda görülür. Ya ağzın ön kısmında izole bir epulis olarak ya da dişlerin çıktığı yerde arka segmentte görülür. Bu tür epulisler mor siyanotik renklidir ve agresif seyir izler. İnterdental papillaya doğru büyüüp bilobüle hale gelebilirler. Komşu kortikal kemikte erozyona neden olurlar ve komşu dişi ayırabilirler. Büyüme potansiyeli çoktur. Histolojik olarak tek veya çok sayıda mononükleer hücre odakları içerir. Bu odaklar çok sayıda multinükleer dev hücrelerin olduğu vaskülarize fibröz bir stromayla ayrılır. Kitle ince duvarlı geniş damarlarla çevrelenmiştir. Bu yüzden mor renkte ve hemorajik görünümündedir. Tedavi hem irritanın hem de lezyonun uzaklaştırılmasıyla olur⁷⁻¹¹.

Oral Papillom

Oral papillomlar en sık karşılaşılan oral kavite lezyonlarından. Ağız içinde herhangi bir yerde, dil alt yüzde, dudak iç yüzeyinde, genellikle de sert ve yumuşak damak bileşkesinde yerleşen beyaz veya pembe renkli karnıbahar görünümünde lezyonlardır. Büyüklükleri 2 mm'den birkaç cm'ye kadar değişmekle birlikte çoğu 1 cm'den küçüktür ve genellikle saplı lezyon olarak karşımıza çıkar. Viral HPV'ye bağlı gelişen verrukalar papillomlara benzeyebilir ve histopatolojisinde viral değişiklikler görülür. Cerrahi eksizyon etkin tedavidir^{1,8,12}.

Piyojenik Granülom

Piyojenik granülom sıklıkla minör travma alanlarından kaynaklanan hızlı büyüyen vasküler bir lezyondur. Oral mukoza lezyonları jingival sınırın altından gelişen, düzgün yüzeyli, ülsere, kırmızı-pembe renkli kitleler şeklinde gözlenir. Lezyon düz veya lobüle, geniş tabanlı veya saplı olabilir. İnterdental papillaya doğru penetre olup bilobüle kitle şeklinde görülebilir. Büyüklüğü 5-10 mm arasında değişen lezyon birkaç hafta içerisinde hızlı bir büyüme gösterir (Resim 2). Gebelikte insidansı artar. Piyojenik granülomun iki histolojik tipi vardır. Birinci tip granülasyon dokusuna benzeyen yüksek oranda vasküler proliferasyondan oluşur. İkinci tip ödem, kapiller dilatasyon

Tablo 1. Oral mukozada görülebilen benign nodül ve papüller^{8,18}

Benign neoplaziler	Gelişimsel	Viral nedenli	Konjenital
Verrüköz diskeratom Keratoakantom Fibrom Myoepitelyoma Myofibrom Leiomyom Rabdomiyom Angiomyolipom Sebase adenom Lipom Granüler hücreli tümör Periferik kemikleşen fibroma Nörofibrom Schwannom Nörom Sialadenoma papilliferum Oral verrusiform ksantom	Fordyce granülleri Hemangiom Lenfanjiom Hamartomlar Dermoid Kist	Oral verruka vulgaris Fokal epitelyal Hiperplazi Oral Kondiloma Aküminatum	Hamartomlar Hereditör gingival fibromatoz Pakionşi kongenita Diskeratozis kongenita Darier Hastalığı Nörofibromatoz
	Travma ile ilişkili Epulis Fibroepitelyal polip Mukosel Irritasyon fibromu Piyojenik granülom Oral Papillom	Nevuslar Oral mukoza nevusları Nevus sebase Blue rubber bleb nevus sendromu Beyaz süngersi nevus	Diğer Sarkoidoz

ve granülasyon dokusu gibi spesifik bir değişiklik göstermeyen proliferan kan damarlarının lobüler şekilde toplanmasından oluşur. Lobüler kapiller hemangioma adını alır. Tedavide ekzizyon, küretaj, skleroterapi, kimyasal ve elektriksel koterizasyon, radyoterapi, lazerler ve kriyoterapi uygulanabilir. Kozmetik açıdan önemli bölgelerdeki küçük lezyonlar pulse dye lazerle tedavi edilebilir^{9,13-15}.

Oral Human Papilloma Virus Enfeksiyonları

Oral mukozadaki Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonları klinik olarak papillom, verruka vulgaris, kondiloma aküminatum ve fokal epitelyal hiperplazi olarak ortaya çıkar. HPV enfeksiyonuyla ilişkili en sık görülen histopatolojik bulgular koilositoz, diskeratoz, papillomatoz, hiperkeratoz ve belirgin keratohiyalin granülleridir^{12,16}.

Fokal Epitelyal Hiperplazi (Heck's Hastalığı)

Oral mukozada, gingiva, dil ve dudaklarda çok sayıda, asemptomatik veya bazen ağrılı, ekzofitik papül ve nodüllerle karakterizedir ve genellikle çocuklukta başlar (Resim 3). Tablo HPV enfeksiyonu olup hastaların %90'ında HPV subtip 13 ve 32 saptanmıştır. Histopatolojik olarak viral papillomaların temel histolojik özellikleri olan akantoz, papillomatozis ve



Resim 2. Alt dudak mukozasında piyojenik granülom



Resim 3. Fokal epitelyal hiperplazi lezyonu

koilositoz görülür. Lezyonlar genellikle benign bir seyir izler ve spontan olarak iyileşebilir. Tedavide cerrahi ekzizyon, lazer ablasyon, kriyoterapi, elektrokoterizasyon, topikal imikimod, intralezyonel veya sistemik interferon ve sistemik retinoik asit kullanılabilir^{7,17-19}.

Oral Verruka Vulgaris

Oral verruka vulgarise genellikle HPV subtip 2, 4, 6, 7 ve 57 neden olur. Lezyonlar genellikle küçük, soliter, geniş tabanlı ve mukozaya renginde papüllerdir. Dudakların vermillion sınırında ve oral mukozanın herhangi bir yerinde bulunabilir (Resim 4). Sağlıklı kişilerde spontan olarak gerileyebileceğinden beklenebilir. Tedavide elektrokoterizasyon, kriyoterapi ve lazer gibi siğillerin fiziksel destrüksiyonu uygulanır^{7,18,20}.

Oral Kondiloma Aküminatum

En sık olarak HPV subtip 6 ve 11 neden olur. Sıklıkla anogenital mukozada görülmelerine rağmen oral mukozada çok sayıda, pembe renkli, geniş tabanlı papüllerin birleşmesiyle oluşan karnibahar benzeri ekzofitik papillomatöz büyümelerle karakterizedir. Tedavide cerrahi ekzizyon ve ablatif yöntemler kullanılabilir. Geniş lezyonlarda IFN-alfa, intralezyonel veya subkutan olarak uygulanabilir^{12,16,20}.

Fibrom

Fibromlar, fibroblast kaynaklı, düzgün yüzeyli, non-ülser, pembe renkli pedinküle bir lezyon olarak ortaya çıkar. Oluşması için travma şart değildir. Histopatolojisinde matür fibroblastlardan oluştuğu görülür. Tedavisi derin ve geniş ekzizyonla yapılır^{1,6,9}.

Hemanjiom

Hemanjiomlar sıklıkla baş boyun bölgesine yerleşir. Çoğunlukla oral mukozada görülür. Lezyonlar genellikle doğumda mevcut olup küçük kırmızı makül şeklinde başlar ve 6-10 aylık bir dönemde yavaşça büyür. Daha sonra da yavaşça geriler. Oral hemanjiomlar en sık dudaklar, dil, bukkal mukozaya ve damakta görülür. Büyüklükleri toplu iğne başı büyüklüğünden anatomik bölgeyi kaplayacak büyüklüğe kadar ulaşabilir. Renkleri parlak kırmızıdan mora ve lokalizasyonları derinden yüzeysel kadar değişebilir. Yüzeyi düz veya eleve olabilir. Histolojik olarak kapiller ve kavernoöz olmak üzere iki tipe ayrılırlar. Kapiller hemanjiomlar tek sıra



Resim 4. Dilde verruka vulgaris

endotel hücreleriyle döşenmiş küçük kapiller ağlarla karakterizedir. Kavernöz hemanjyomlar kapiller lezyonlara benzer ancak vasküler boşluklar daha geniş ve daha az sayıdadır. Oral lezyonlar her iki formda da görülür ve prognostik bir önemi yoktur. Hemanjyomlar kanama, kozmetik ve fonksiyonel bir bozukluk yaratmadıkça tedavi gerektirmez. Tedavide cerrahi, embolizasyon, sklerozan tedavi, lazer tedavisi uygulanabilir^{8,21,22}.

Lenfanjiyom

Lenfanjiyomlar, lenfatik kanalların benign hamartomatoz tümörleridir. Küçük damarlarla karakterize kapiller lenfanjiyomlar, büyük dilate lenfatiklerin izlendiği kavernoöz lenfanjiyomlar ve büyük kistik boşlukların makroskopik olarak görülebildiği kistik lenfanjiyom (kistik higroma) olarak üç formda karşımıza çıkar. Özellikle dil üzerinde şeffaf, birbirleriyle birleşen 2-3 mm büyüklüğündeki vezikül kümeleri olarak görülür. Bazen vezikül içeriği hemorajik olabilir. Derin yerleşimli lenfanjiyomlarda ise nodül şeklinde görülür, yüzey değişikliği izlenmez. Cerrahi eksizyon, CO2 lazeri, kriyoterapi gibi ablatif yöntemler denenebilir. Ancak tedavi etkinliği düşüktür ve nüks fazladır^{22,23}.

Lipom

Lipom erişkinde en sık görülen benign yumuşak doku tümörü olmasına rağmen oral mukozada nadiren görülür. Oral mukozada en sık bukkal mukoza, vestibül ve dilde yerleşirler. Oral lipomlar genellikle 40-60 yaşlarındaki kişilerde yavaş büyüyen, nonülsere, ağrısız, yumuşak, submukozal sarımsı kitleler şeklinde görülürler. Histolojik olarak normal yağ dokudaki gibi matür adiposit lobüllerinin birleşmesinden oluşurlar. Tedavisi cerrahi rezeksiyondur ve nüks nadirdir²¹.

Leiomyom

Leiomyom, deri ve subkutan dokuda bazen de oral kavitede ortaya çıkan düz kas hücrelerinden kaynaklanan bir tümördür. Oral mukozada yuvarlak ve yavaş büyüyen lezyonlar şeklinde görülür. Lezyonların yansı ağrılıdır. Çoğu dilin arkasında, sert damak, yanak, ağız tabanı, gingiva ve dudaklarda yerleşir. Histolojik olarak solid leiomyom, anjiioleiomyom ve epitelooid leiomyom olmak üzere üç tipi vardır. Oral mukozada öncelikle anjiioleiomyom görülür. Tedavisi konservatif cerrahi eksizyondur^{8,21,24}.

Rabdomiyom

Çizgili kaslardan kaynaklanan nadir bir tümördür. İntraoral ağız tabanı, yumuşak damak ve bukkal mukozada lokalize olur. Lezyon aylarca değişmeden devam edebilir. Histolojik olarak kapsülsüz ve çizgili kas hücrelerinin proliferasyonundan meydana gelir. Tedavisi cerrahi eksizyondur^{8,21}.

Schwannom (Nörolemmoma)

Schwan hücrelerinden kaynaklanan kapsüllü benign bir tümördür. Ekstrakraniyal olarak en sık dilde olmak üzere damak, ağız tabanı, bukkal mukoza ve mandibulada yerleşir. Normal mukoza ile örtülü yavaş büyüyen, palpasyonla solid ve hafifçe ağrılı kitle olarak saptanır. Malign transformasyon insidansı düşüktür. Tedavisi cerrahi eksizyondur^{8,21,25,26}.

Nörofibrom

Nörofibrom, Schwan hücreleri ve perinöral fibroblastların benign tümoral proliferasyonudur. Genellikle soliterdir. Çok sayıda olduğunda nörofibromatozis düşünülmelidir. En sık dil ve bukkal mukoza olmak üzere, oral mukozanın herhangi bir bölgesinde ağrısız polipoid veya nodüler lezyonlar olarak görülür. Histolojik olarak miksoid bir stromada dağılımı içi hücrelerden oluşur. Tedavisinde basit eksizyon tercih edilir²¹.

Travmatik (amputasyon) Nörom

Travmatik nörom sinir lifleri, schwan hücreleri ve kopmuş ya da ezilmiş sinirin proksimal ucundaki fibröz dokunun nonneoplastik proliferasyonudur. Klinik olarak palpasyonla ağrılı olabilen küçük bir nodül şeklinde görülür. Nöromun üzerindeki mukoza genellikle normal görülür. En sık yerleşim yerleri dudaklar, dil ve mental sinir alanıdır. Ağız içinde travmatik nöromlar genellikle bir diş çekimini veya dental komplekse bir travmayı izler. Tedavisi cerrahi eksizyondur^{8,22}.

Keratoakantom

Lezyonların %90'dan fazlası güneşe açık alanlarda ortaya çıkmakta, %10'u dudakta vermiyon sınırında gelişmektedir. Keratoakantomun oluşmasında ultraviyole majör risk faktördür. Etiyolojide yer alan diğer faktörler katran, madeni yağlar gibi kimyasallar, travma, genetik predispozisyon, HPV, sigara ve immünsupresyondur. Keratoakantomların çoğu kıl folikülü epitelinden kaynaklanırken oral mukozadaki keratoakantomların ektojik sebace glandlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Lezyon kırmızımsı bir makül şeklinde başlayıp yaklaşık 10 hafta içinde yuvarlak veya oval, deri veya mukoza renginde 0,5-2 cm çapında bir nodül haline gelir. Keratoakantomların %50'si 4-6 hafta içinde hipopigmente ve atrofik bir skar bırakarak spontan olarak iyileşir. Tedavide cerrahi eksizyon, kriyoterapi, elektrosikasyon ve küretaj, radyoterapi ve lazer uygulanabilir^{18,22,27,28}.

Oral Nevuslar

Çoğunlukla 0,5 cm büyüklüğünde, deriden kabarık papül benzeri pigmente lezyonlar olarak görülür. Oral mukozada en sık intramukozal nevus ve mavi nevus görülür. İntradermal (intramukozal) oral nevuslar sıklıkla nonpigmentedir. Bu durum tanıda zorluk yaşanmasına neden olmaktadır. Mavi nevuslar ise pigmentli olup daha sık sert damağa yerleşmektedir. Saptandıklarında malign potansiyeli dışlamak için cerrahi eksizyonu önerilir^{22,29,30}.

Kaynaklar

1. Yeatts D, Burns JC: Common oral mucosal lesions in adults. Am Fam Physician 1991;44:2043-50.
2. Daley TD: Intraoral sebaceous hyperplasia. Diagnostic criteria. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993;75:343-7.
3. Monk BE: Fordyce spots responding to isotretinoin therapy. Br J Dermatol 1993;129:355.
4. Allen C, Camisa C: Oral Disease. Dermatology. Ed.Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, Schaffer JV. 2.Baskı. Spain, Mosby, Chapter 2008;71:1037-57.
5. Oliveira DT, Consolaro A, Freitas FJ: Histopathological spectrum of 112 cases of mucocele. Braz Dent J 1993;4:29-36.

6. Esmeli T, Lozada-Nur F, Epstein J: Common benign oral soft tissue masses. Dent Clin North Am 2005;49:223-40.
7. Krahl D, Altenburg A, Zouboulis CC: Reactive hyperplasias, precancerous and malignant lesions of the oral mucosa. J Dtsch Dermatol Ges 2008;6:217-32.
8. Kornbrot A, Tatoian JA, Jr: Benign soft tissue tumors of the oral cavity. Int J Dermatol 1983;22:207-14.
9. Savage NW, Daly CG: Gingival enlargements and localized gingival overgrowths. Aust Dent J 2010;55 Suppl 1:55-60.
10. Epivatianos A, Antoniadis D, Zaraboukas T, et al: Pyogenic granuloma of the oral cavity: comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. Pathol Int 2005;55:391-7.
11. Jafarzadeh H, Sanatkhan M, Mohtasham N: Oral pyogenic granuloma: a review. J Oral Sci 2006;48:167-75.
12. Eversole R: The human papillomaviruses and oral mucosal disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;71:700.
13. Scheinfeld NS: Pyogenic granuloma. Skinmed 2008;7:37-9.
14. Epivatianos A, Markopoulos AK, Papanayotou P: Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: a clinicopathologic study of 13 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:1113-7.
15. Mirshams M, Daneshpazhooh M, Mirshekari A, et al: Cryotherapy in the treatment of pyogenic granuloma. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006;20:788-90.
16. Pinheiro Rdos S, de Franca TR, Ferreira Dde C, et al: Human papillomavirus in the oral cavity of children. J Oral Pathol Med 2011;40:121-6.
17. Bennett LK, Hinshaw M: Heck's disease: diagnosis and susceptibility. Pediatr Dermatol 2009;26:87-9.
18. Scully C, Hegarty A: The oral cavity and lip. Rook's Textbook of Dermatology. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. 8.Baskı. Singapur, Blackwell Publishing, 2008;Chapter 69 sayfa 69.1-129.
19. Yasar S, Mansur AT, Serdar ZA, Goktay F, Aslan C: Treatment of focal epithelial hyperplasia with topical imiquimod: report of three cases. Pediatr Dermatol 2009;26:465-8.
20. Bruce A, Hairstone B, Rogers R: Diagnosis and management of oral viral infections. Dermatol Therapy 2002;15:270-86.
21. Solar AA, Jordan RC: Soft tissue tumors and common metastases of the oral cavity. Periodontol 2000 2011;57:177-97.
22. Oktay A: Dudak ve ağız boşluğu hastalıkları. Dermatoloji. Ed.Tüzün Y, Gürer M, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V. 3.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp, 2008;1377-444.
23. Sunil S, Gopakumar D, Sreenivasan BS: Oral lymphangioma - Case reports and review of literature. Contemp Clin Dent 2012;3:116-8.
24. Lloria-Benet M, Bagan JV, Lloria de Miguel E, Borja-Morant A, Alonso S: Oral leiomyoma: a case report. Med Oral 2003;8:215-9.
25. Sumalatha M, RaviPrakash S, Shankar N: Intraosseous schwannoma; a case report and short review. Oral Surgery 2012;5:64-67.
26. Ying YL, Zimmer LA, Myers EN: Base of tongue schwannoma: a case report. Laryngoscope 2006;116:1284-7.
27. Eversole LR, Leider AS, Alexander G: Intraoral and labial keratoacanthoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1982;54:663-7.
28. Karaa A, Khachemoune A: Keratoacanthoma: a tumor in search of a classification. Int J Dermatol 2007;46:671-8.
29. Buchner A, Leider AS, Merrell PW, Carpenter WM: Melanocytic nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 130 cases from northern California. J Oral Pathol Med 1990;19:197-201.
30. Olszewska M, Banka A, Gorska R, Warszawik O: Dermoscopy of pigmented oral lesions. J Dermatol Case Rep 2008;2:43-8.

Hatırlama soruları

1. Aşağıdaki lezyonların hangisi travma ile ilişkili değildir?

- a.Epulis
- b.Mukosel
- c.Piyojenik granülom
- d.Heck hastalığı
- e.Irritasyon fibromu

Cevap: d

2. Oral piyojenik granülomla ilişkili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a.Minör travma alanlarından kaynaklanır.
- b.En sık jinjival marjinin altından gelişir.
- c.Birkaç hafta içinde hızlı büyüme gözlenir.
- d.Gebelikte insidansı artar.
- e.Oluşumunda oral bakteriler rol oynar

Cevap: e

3. Aşağıdaki oral mukoza lezyonlarından hangisi ağrılıdır?

- a.Mukosel
- b.Hemangiom
- c.Epulis
- d.Travmatik nörom
- e.Mavi nevus

Cevap: d