



# Oral Mukozanın Benign Pigmente Lezyonları

## Benign Pigmented Lesions of Oral Mucosa

Gonca Gökdemir

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Özet

Oral mukozanın pigmentte lezyonları sık görülen antitelere dir. Oral pigmentasyon fizyolojik ya da patolojik, ve ekzojen ya da endojen kaynaklı olabilir. Bazen sistemik bir hastalığın önemli bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Bu nedenle oral pigmentte lezyonu olan bir hastayı değerlendirirken sistematik bir yaklaşım gereklidir. Lezyonun klinik özellikleri, lokalizasyonu, aile öyküsü, ilaç kullanımı ve sistemik bulgular önemlidir. Ayırıcı tanıya giren hastalıklar çok sayıda olduğu için tanısal yaklaşımda algoritmik değerlendirmeler kullanışlıdır. Bu makalede benign oral mukozal pigmentasyon yapan antitelere ele alınmış, ayırıcı tanı ve tedavileri derlenmiştir. (Türkderm 2012; 46 Özel Sayı 2: 66-71)

**Anahtar Kelimeler:** Oral melanositik nevüs, oral mukoza, oral pigmentasyon, pigmentte lezyon

### Summary

Oral mucosal pigmented lesions are quite common. Oral pigmentation can be physiological or pathological, and exogenous or endogenous. Such lesions may be a manifestation of systemic diseases. Evaluation of a patient with oral pigmentation requires a systematic approach with source to appropriate investigations. A detailed clinical examination, family history and drug ingestion are very important assessment. The algorithm for these diseases are useful to manage the various pigmented lesions of the oral cavity. This review has been focused on the common causes of oral benign pigmented lesions, the differential diagnosis and therapy modalities for oral pigmentation. (Turkderm 2012; 46 Suppl 2: 66-71)

**Key Words:** Oral melanocytic nevi, oral mucosa, oral pigmentation, pigmented lesion

### Giriş

Dermatoloji pratiğinde oral pigmentte lezyonlar oldukça yaygın görülürler, ancak bazı durumlarda ayırıcı tanıda zorluklar yaşanmaktadır. Oral mukozanın pigmentasyonu ifadesi, bir ya da daha fazla pigmentin mukozada birikimi ve mukozada renk değişikliğine yol açması sonucu oluşan bir durum olarak tanımlanabilir<sup>1</sup>. Melanositler oral mukozanın bazal tabakasında yer almaktadır. Melanositlerden sentez edilen melanin epitel hücrelerine/makrofajlara transfer olur. Yüzeysel lamina propriada melanin inkontinensi sık görülen bir durumdur. Mukozal pigmentasyonun rengi, mukozadaki pigmentin derinliğine bağlı

olarak kahverengiden maviye veya siyaha değişen renk tonlarından birisi şeklinde görülmektedir (Tyndall etkisi)<sup>1-3</sup>.

Oral pigmentte lezyonların tanısı, genelde klinik muayene ve hastadan alınan öykü ile konulmaktadır. Ancak bazen biyopsi gerekebilir. Oral pigmentte lezyonlara yol açan durumların iyi bilinmesi, hastalara tanısal yaklaşım açısından oldukça önemlidir ve gereksiz biyopsi alınmasını önleyebilir. Bu nedenle, bu hastalıklara yaklaşımda algoritmik değerlendirmeler kullanışlıdır (**Tablo 1**). Tanısal yaklaşımda oral pigmentte lezyonun rengi, lokasyonu, dağılımı ve lezyon süresi yanında, ilaç kullanımı, aile öyküsü ve pigmentasyon paterninde zamanla değişim olup olmadığı gibi bulgular önemlidir.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Gonca Gökdemir, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye Tel.: +90 212 314 55 55 E-posta: goncagokdemir@yahoo.com

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



Oral pigmente lezyonlar fokal, difüz veya multifokal görülebilir. Oral pigmentasyon fizyolojik ya da patolojik, ekzojen ya da endojen kaynaklı olabilir. Ekzojen kaynaklı etkenler içinde dövme pigmenti içeren yabancı maddeler, amalgam dolgu malzemesi, kurşun kalem, renkli yiyecekler (likör, kırmızı şarap, kahve, çay gibi) sayılabilir. Endojen pigmentasyon ise fizyolojik nedenli ya da hastalık (Addison hastalığı gibi) ve sendromlara (Peutz-Jeghers sendromu gibi) bağlı oluşmaktadır. Oral pigmentasyona neden olan diğer endojen pigmentler hemoglobin, hemosiderin ve bilirubindir. Kronik inflamasyon ya da travmaya bağlı, postinflamatuar pigmentasyon görülebilir. Sigara kullanımı ve bazı sistemik ilaçlar da oral pigmentasyona neden olabilir<sup>1-4</sup>.

Bu derlemede en sık oral pigmentasyona neden olarak antiteler, klinik ve ayırıcı tanıları gözönünde bulundurularak sunulmaktadır.

## Difüz Pigmentasyon

### Fizyolojik Pigmentasyon

En sık Afrika, Asya ve Akdeniz halkında görülmektedir. Melanosit sayısında değil, aktivitesinde artış vardır. Hayatın ilk 2 yılında ortaya çıkar ve hastanın dikkatini çekmez. Renk açık kahverengiden siyaha kadar değişen yelpazede olabilir. Renk tonu yaşla, sigara içimiyle, hormonal etkilere bağlı olarak veya bazı ilaçların etkisiyle artabilir. Oral mukozada en sık gingivada, marjinal gingivayı boş bırakan, bilateral, iyi sınırlı şerit benzeri koyu kahverengi bir

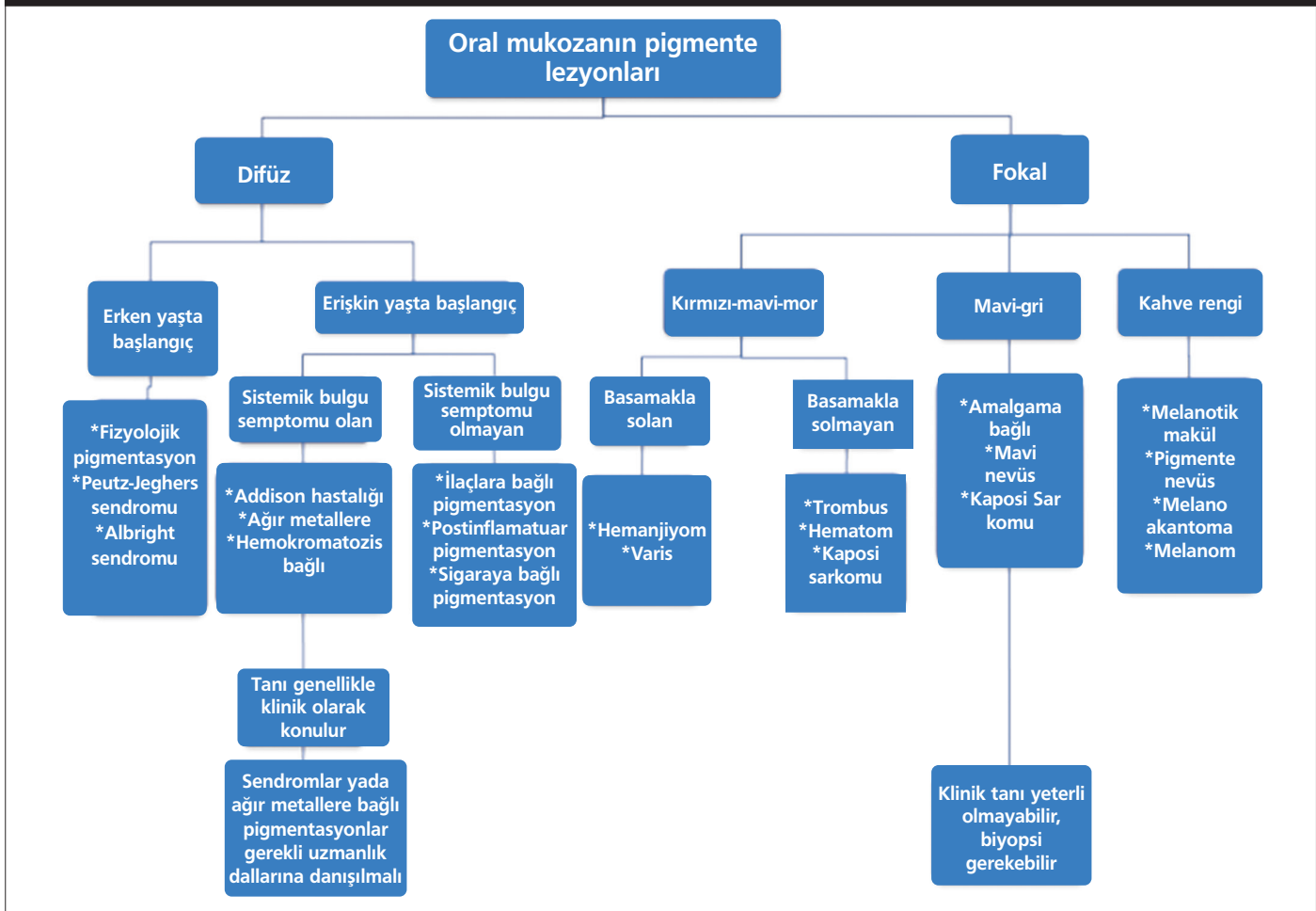
bant şeklinde görülmektedir (Resim 1). Ayrıca yanak mukozası, sert damak, dudak ve dilde de lokalize olabilir<sup>1,2</sup>. Dil üzerinde görüldüğü zaman plak şeklinde lezyonlar oluşturabilir<sup>5</sup>.

Fizyolojik pigmentasyon tanısı genellikle klinik olarak konulur. Herhangi bir tedaviye gerek yoktur, lezyon asemptomatiktir. Erbium-YAG lazer tedavisi ile ilgili bildiriler olsa da kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır<sup>6</sup>.



Resim 1. Gingival marjin boyunca ve dudaklarda yaygın pigmentasyon

Tablo 1. Oral mukozanın pigmente lezyonlarına tanı ve tedavi açısından algoritmik yaklaşım<sup>1,2</sup>



Histopatolojik olarak bazal tabakada artmış melanin pigmentasyonu ve yüzeysel lamina propriada az sayıda melanin inkontinensi mevcuttur. Bu bulgular, oral melanotik makül olgularındaki patolojik değişikliklerle aynıdır. İki antitenin ayrııcı tanısı lezyonların fokal ya da difüz olup olmadığınına göre yapılmalıdır<sup>1</sup>.

#### **Sistemik Hastalıklar**

Sistemik hastalıklara bağlı oral pigmentasyon genellikle difüz yerleşim gösterir ve birden fazla mukozal alanı tutabilir. Pigmentasyonun lokasyonu, şekli, büyüklüğü ve renk yoğunluğu kişisel değişkenlik göstermektedir. Fokal lezyonlarda neoplazilerden ayırt etmek için biyopsi yararlıdır, ancak sistemik hastalıklara bağlı pigmentasyonun histopatolojik özellikleri nonspesifiktir. Artmış melanin görülür ve bu özelliği ile fizyolojik pigmentasyona benzerdir<sup>7</sup>.

Hemokromatozis (bronz diabet) artmış demir emilimine bağlı oluşan otozomal resesif bir hastalıktır. Hastalarda siroz, diyabet ve kalp yetmezliği görülür. Yaklaşık %25 hastada hemosiderin birikimine bağlı sert damak ve gingivada kahverengi veya gri renkte pigmentasyon oluşmaktadır<sup>8</sup>.

Beta-talazemi hastalarında hemoglobin parçalanması sonucu metalik birikim oral mukozada kahverengili pigmentasyona neden olmaktadır<sup>7</sup>.

Oral pigmentasyon, bazen hastalıkların ilk bulgusu olabilir. Bronkojenik karsinomda, yumuşak damağın lateral yüzünde görülen melanotik maküllere benzeyen pigmentasyonun, hastalığın bir belirteci olduğu bildirilmiştir. Kardiak miksoma, multipl lentigolar ve endokrin hastalıkların olduğu Carney sendromunda ise olguların %50'sinde labial melanotik maküllerin görüldüğü rapor edilmiştir<sup>9</sup>.

Oral pigmentasyonun görüldüğü endokrin hastalıklar arasında Albright sendromu, akromegali, Cushing Hastalığı, Nelson sendromu ve hipertiroidizm bulunmaktadır<sup>7</sup>. Addison hastalığında (primer hipoadrenalizm) artmış ACTH sonucu MSH stimüle olur ve deri ve oral mukozada difüz pigmentasyon meydana gelir. Oral mukozal pigmentasyon gingiva, bukkal mukozada, damak ve dilde difüz kahverengi yamalar şeklinde görülür. Bu klinik görüntü fizyolojik pigmentasyona benzer. Ancak hastalarda sistemik bulguların olması (halsizlik, bulantı, kusma, karın ağrısı, konstipasyon ya da diare, kilo kaybı, hipotansiyon) ve erişkin yaşta başlayıp ilerlemesi ayırt edici bulgulardır<sup>2,8</sup>.

#### **Peutz-Jeghers Sendromu**

Nadir görülen genetik bir sendromdur. Klinik bulgular arasında pigmente mukokutanane maküller, intestinal hamartomatöz polipler, bazı organlarda (ince barsak, kolon, mide, pankreas, meme ve genital organlar) artmış kanser riski bulunmaktadır. Oral lezyonlar en sık dudaklarda küçük-multipl kahverengi maküller şeklinde görülmektedir (**Resim 2**). Oral mukozada dışında burun mukozası, konjunktiva ve rektumda, ve ekstremitelerde benzer pigmente maküller olabilir. Melanotik lezyonların tedavisi gerekli değildir, melanom riski yoktur. Ancak hastalar internal maliniteler açısından takip edilmelidir<sup>7,8,10</sup>. Peutz-Jeghers sendromu, ayrıca ilgili bölümde (Bkz. Sistemik Hastalıklar ve Sendromlarda Oral Mukozada) anlatılmıştır.

#### **Ağır Metallerle Bağlı Mukozal Pigmentasyon**

Kanda kurşun, bizmut, civa, gümüş, arsenik ve altın gibi ağır metallerin artmış seviyesine bağlı olarak oral mukozada diskolorasyon meydana gelebilir. Erişkinlerde en sık mesleksi maruziyete bağlı görülmektedir. Ağır metallerle tedavi edilen durumlarda da oluşabilir. Geçmişte sifiliz arsenik ile tedavi edildiği olgularda bildirilmiştir. Çocuk yaş grubunda ise kurşun ile kontamine sular ya da civa/gümüş içeren ilaçlara bağlı görülebilir. Klinik olarak gingival marjin boyunca mavi-siyah

pigmentasyon oldukça tipiktir. Oral mukozada diğer alanları da tutabilir. Biriken metalin cinsine ve maruziyet süresine bağlı olarak sistemik bulgular görülebilir. Ağır metallerle oluşan pigmentasyonun erken tanısı önemlidir, çünkü böylece metale bağlı şiddetli sistemik toksik etkilerin oluşumu önlenmiş olmaktadır<sup>2</sup>.

#### **İlaça Bağlı Oral Pigmentasyon**

İlgili bölümde (Bkz. Oral mukozada ilaç reaksiyonları) anlatılmıştır.

#### **HIV İnfeksiyonu**

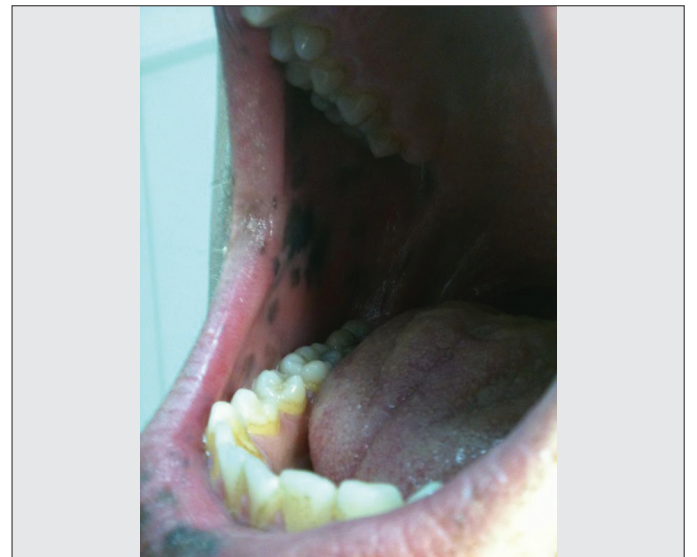
HIV hastalarında mukokutanöz hiperpigmentasyon görülebilir. Bazen fokal lezyonlar şeklinde görülürken, bazen adrenal yetmezlikte görüldüğü gibi difüz tutulum da olabilir. Oral melanotik maküllerin sık görüldüğü bildirilmiş olmasına rağmen, yapılan çalışmalarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı oranda fazlalık gösterilememiştir. Ancak bazı yazarlar oral pigmente maküllerin hastalığın öncü bulgularından olduğunu öne sürmüşlerdir. HIV hastalarında görülen tırnak, deri ve mukozadaki pigmentasyon, hastalığın progresyonu ile paralel seyir göstermektedir. Tedavide kullanılan zidovudine bağlı kahverengi diskolorasyon oluşmaktadır<sup>11,12</sup>.

#### **Postinflamatuar Oral Pigmentasyon**

Uzun süren inflamatuvar mukozal hastalıklar ( liken planus gibi) mukozal pigmentasyona yol açabilir. Sıklıkla koyu tenli kişilerde görülmektedir. Klinikte multipl kahverengi-siyah pigmente alanlar ve bu alanların komşuluğunda liken planusun eroziv ya da retiküler lezyonları bulunmaktadır. Histolojik olarak melanositlerden artmış melanin yapımı ve yüzeysel konnektif dokudaki melanin yüklü makrofajların birikimi vardır<sup>2</sup>.

#### **Sigara İçenlerin Melanozisi**

Sigara tiryakilerinde görülen oral pigmentasyon, açık tenli kişilerde ortaya çıkar ve koyu tenli kişilerde mevcut pigmentasyonun daha belirginleşmesi ile sonuçlanır. Kadınlarda daha sık görülmesi nedeniyle östrojen hormonun rolü olduğu düşünülmektedir. Sigara içenlerin %21,5'inden daha fazlasında görüldüğü bildirilmiştir<sup>2</sup>. Artmış melanin yapımı vardır ve bu durumun, ısı ya da sigara dumanıyla oluşan toksik ajanlara karşı biyolojik bir savunma amacıyla oluştuğu öne sürülmüştür. Oral mukozada her yerde görülmesine rağmen, en sık labial gingivada oluşur. Pipo içenlerde ise bukkal mukozada ya da vermiyon sınırı



**Resim 2. Peutz-Jeghers sendromu olan bir hastada yanak mukozasında melanotik maküller**

boyunca dudak komissüründe fark edilir. Kahverengi-siyah lezyonlar şeklinde görülür. Pigmentasyon sigara bırakıldıktan sonra 3 yıl içinde geriler. Tanı klinik görünüm ve kişisel öykü ile konulur. Pigmentasyon mukozadan kabarık, alışılmış bölgenin dışında ise veya artmış pigment yoğunluğu saptanırsa biyopsi gerekli olabilir. Ayırıcı tanıda fizyolojik pigmentasyon, sistemik hastalık ya da ilaca bağlı pigmentasyon gözönünde bulundurulmalıdır<sup>1,2</sup>.

## Fokal Pigmentasyon

### Amalgama Bağlı Oral Pigmentasyon

Oral pigmentasyonun en sık nedenlerinden biridir. Uygun olmayan dental amalgam implantasyonları sonrasında oluşmaktadır. Lokalize, düz, mavi-gri, ağrısız, birkaç milimetre çapında lezyonlardır, en sık alveolar mukoza ve gingivada görülür. Tek ya da multipl olabilir. Lezyonda inflamasyon bulgusu yoktur ve diaskopi negatiftir. Hastanın oral mukozasında, mavi-gri pigmentasyon öncesinde dental bir girişim anamnezi varsa tanı koymak kolaydır. Ancak böyle bir hikaye olmadığı zaman ayırıcı tanı için biyopsi gerekli olabilir. Amalgam partikülü yeterince büyüktür ve radyolojik inceleme ile de görülebilir. Histopatolojik olarak konnektif dokuya gömülmüş ince siyah granüler ya da fibriler materyal bulunur. Nadiren makrofaj ve dev hücrelerin görüldüğü yabancı cisim granülomu oluşturabilir. Ayırıcı tanıda yabancı materyale bağlı pigmentasyon ya da postinflamatuar pigmentasyon düşünülmelidir. Tedavi gerekli değildir. Ancak kozmetik olarak rahatsızlık duyulursa, Q-anahtarlı ruby lazer ya da Q-anahtarlı alexandrite lazer ile iyi sonuçlar alınmaktadır<sup>1,2,4</sup>.

### Yabancı Materyale Bağlı Oral Pigmentasyon

Oral mukozada grafiti kalem ile kaza sonucu oluşan yaralanmalara bağlı pigmentasyon gelişebilir. Lezyon sıklıkla damağın ön kısmında oluşur. Çocuklarda daha fazla görülmektedir. Düzensiz gri-siyah maküller lezyonlardır. Hastanın hikayesinde travma tanısı koydurur<sup>2,13</sup>.

### Siyah Kılı Dil

Dilin filiform papillarından salınan kromojenik bakterilerin proliferasyonuna bağlı oluşur. Kötü ağız hijyeni, aşırı sigara içimi, antibiyotikler ve antiseptik gargaraların fazla kullanılması genellikle suçlanmaktadır. Klinik olarak dilin dorsal kısmında kıl benzeri projeksiyonlar vardır. Dilin papilla kısmında sarı, kahverengi-siyah renk değişikliği görülür<sup>14,15</sup>.



Resim 3. Labial melanotik makül

### Labial ve Oral Melanotik Makül

İlk olarak "labial melanotik makül" olarak tanımlanmış, sonra "oral melanotik makül" adını almıştır. Melanotik makül terimi birden fazla klinik antiteyi içermektedir. Örneğin; efelid ile histolojik bulguları birbirine benzerdir, ancak efelidlerin tersine melanotik maküllerin güneş maruziyeti ile renklerinde koyulaşma görülmemektedir. Postinflamatuar hiperpigmentasyona klinik ve histolojik olarak benzeyebilir. Radyasyon tedavisi sonrası ve HIV enfeksiyonunda görülebilir. Diğer mukozal alanlar (volar, penil, vulvar melanotik makül) ve deride görülen melanotik maküllerle benzer özellik göstermektedir<sup>7</sup>.

Klinik olarak kahverengi-siyah renkte, çapları 1 cm'yi geçmeyen pigmente maküler lezyonlardır (**Resim 3**). Yerleşim yerleri sıklık sırasına göre dudağın vermillion sınırı, alt dudak, gingiva ve bukkal mukozadır. Kadınlarda ve 40 yaş civarında daha sık görülmektedir. Etiyolojisi tam bilinmemektedir, ancak yapılan bir çalışmada olguların %14'ünde pozitif aile öyküsü bulunması genetik eğilimin varlığını düşündürmektedir<sup>8</sup>.

Histolojik olarak bazal tabaka ve/veya lamina propriada melanin birikimi vardır. Basit lentigoların tersine rete sirtlarında uzama görülmez. Nevüs ve melanomlar gibi HMB45 boyası pozitif değildir. Lezyonlar malignite potansiyeli taşımazlar ve tedavileri gerekli değildir. Renk, boyut ve şekillerinde zamanla değişiklik görülmez. Ancak damak gibi atipik lokalizasyon ve klinik görünümde olanlar için biyopsi gereklidir<sup>7</sup>.

Labial melanotik maküller, oldukça nadir görülen "Laugier-Hunziker sendromu"nun önemli komponentlerinden biridir. Sendromda dudak ve bukkal mukozada maküler pigmentasyon, longitudinal melanonişi ve genital melanozis görülmektedir<sup>16,17</sup>.

### Melanositik Nevus

İntraoral melanositik nevuslerin görülme sıklığının 1:10 000 olduğuna dair raporlar mevcuttur. En sık 3. ve 4. dekatta görülürler. Klinik olarak yaklaşık 0,5 cm çapında, nevus hücrelerinin bulunduğu derinliğe bağlı olarak gri-kahverengi-mavi renkte lezyonlar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Nevuslerin 2/3'ü mukozadan kabariktir. Düz olan nevusler, bazı antitelerle (fizyolojik pigmentasyon, melanotik makül ve amalgama bağlı dövme gibi) ayırıcı tanıya girmektedir. Nevuslerin %15'inden fazlası pigmente değildir ve ayırıcı tanıda ise fibrom ve papillom düşünülmelidir<sup>8</sup>.

Oral mukozada bileşik, kombine ve konjenital nevus tanımlanmış olup displastik nevus ve Spitz nevus bildirilmemiştir. En sık intramukozal tip (%60) ve mavi nevus (%25) görülmektedir<sup>8,18,19</sup>. İntramukozal nevusler en sık bukkal mukoza, gingiva, dudak ve yumuşak damakta yerleşim göstermektedir. Mavi nevus ise daha çok sert damakta görülür ve bu lokalizasyonda sık görülen oral melanom ile ayırıcı tanıya girmektedir<sup>7</sup>. Histolojik olarak bulgular, deride görülen formlarla benzerdir<sup>1</sup>.

Kutane melanomlarda genellikle öncü bir melanositik nevus varken, yapılan çalışmalar oral mukozal melanotik nevuslerin malignite potansiyeli taşımadığını göstermiştir<sup>20</sup>. Ancak mukozal melanomların daha agresif seyirli olması, ileri evrede tanı konulması ve vertikal fazının bulunması, melanom öncesi dönemde proliferatif bir fazın olduğunu düşünülmesine yol açmaktadır<sup>21,22</sup>.

Oral nevusleri erken dönem melanomdan ayıracak belirgin klinik bulgular olmadığı için şüpheli lezyonların, damak yerleşimli nevuslerin ve mavi nevuslerin tanı amaçlı eksize edilmesi önerilmektedir<sup>7</sup>.

### Oral melanoakantoma

Oral melanoakantoma, oral mukozanın nadir görülen lezyonlarından biridir. Tanımlandığı 1979 yılından bu yana yaklaşık 65 olgu bildirilmiştir. Kutane melanoakantom ile bağlantısı yoktur. Travma ya da lokal irritasyon sonucu oluşan reaktif bir durum olduğu düşünülmektedir.

Genellikle koyu tenli kişilerde ve genç yaşlarda olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık görülmektedir. Soliter formu daha sık görülür ve en çok bukkal mukozada yerleşir. Daha nadir görülen multifokal tipi ise her iki cinste eşit oranda saptanır ve en sık damak bölgesinde ortaya çıkmaktadır<sup>23,24</sup>. Labial mukoza, gingiva ve orofarinkste lokalize formları da bildirilmiştir<sup>25,26</sup>.

Klinik olarak düz ya da mukozadan hafif kabarıklık, kahverengi veya siyah renkte, birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişen boyutlarda, hızlı büyüyen lezyonlardır. Histopatolojik olarak benign melanosit proliferasyonu, akantoz, spongiyoz, submukozal alanda eozinofillerden oluşan kronik inflamatuvar infiltrasyon bulunur. Melanositler S-100 ve HMB-45 ile güçlü immunreaktivite vermektedirler<sup>25,26</sup>.

Lezyonlar asemptomatik olup malign transformasyon göstermez. Biyopsi alındıktan sonra ya da spontan gerileme eğilimi göstermektedirler. Oral melanoakantoma reaktif bir antite olduğu için bazı yazarlar lezyonun "melanoakantozis", "reaktif melanositik hiperplazi" ya da "mukozal melanotik makül-reaktif tipi" şeklinde tanımlanmasının daha doğru olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ayırıcı tanıda sigaraya bağlı melanozis, melanotik makül, melanositik nevus, postinflamatuvar pigmentasyon ve oral melanom düşünülmelidir. Biyopsi melanomdan ayırt etmek için gereklidir. Lezyon biyopsi sonrası gerileme gösterdiği için bir tedaviye gerek yoktur. Semptomatik lezyonlarda eksizyon yeterlidir<sup>23,24</sup>.

## Sonuç

Oral pigmentasyon şikayeti ile gelen bir hastanın intraoral ve diğer mukozal alanların muayenesi iyi yapılmalıdır. Pigmentasyonun dağılımı, şekli, başlangıcı ve zamanla değişimi kaydedilmelidir. Medikal ve dental hikaye alınmalı, ilaç kullanımı ve sigara alışkanlığı iyi sorgulanmalıdır. Bazen sistemik bulgular klinisyene tanıda yardımcı olabilir. Melanositik lezyonlarda ayırıcı tanı için dermoskopik inceleme yapılabilir. Özellikle boyutu ve rengi zamanla değişen, ülserleşme veya kanama bulgusu olan, ağrılı fokal lezyonlardan malinite şüphesiyle biyopsi alınmalıdır.

## Teşekkür

2 ve 3 no'lu hasta resimleri sırasıyla Dr. Nezih Karaca ve Dr. Ayşe Kavak arşivlerinden alınmıştır.

## Kaynaklar

1. Müller S: Melanin-associated pigmented lesions of the oral mucosa: presentation, differential diagnosis, and treatment. *Dermatol Ther* 2010;23:220-9.
2. Kautzman A, Pavone M, Blanas N, Bradley G: Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentation. *J Can Dent Assoc* 2004;70:682-3.

3. De Giorgi V, Sestini S, Brusino N, et al: Prevalence and distribution of solitary oral pigmented lesions: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:1320-3.
4. Scully C, Felix DH: Oral medicine- update for the dental practitioner. *Br Dent J* 2005;199:639-45.
5. Chandra S, Keluskar V, Bagewadi A, Sah K: Extensive physiologic melanin pigmentation on the tongue: an unusual clinical presentation. *Con Clin Dent* 2010;1:204-6.
6. Ishikawa I, Aoki A, Takasaki A: Potential applications of Erbium:YAG laser in periodontics. *J Periodont Res* 2004;39:275-85.
7. Eisen D: Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol* 2000;18:579-87.
8. Lenane P, Powell FC: Oral pigmentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:448-65.
9. Merchant HW, Hayes LE, Ellison LT: Soft palate pigmentation in lung disease, including cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;41:726-33.
10. Hemminki A: The molecular basis and clinical aspects of Peutz-Jeghers syndrome. *Cell Mol Life Sci* 1999;55:735-50.
11. Cohen LM, Callen JP: Oral and labial melanotic macules in a patient infected with human immunodeficiency virus. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:653-4.
12. Greenspan D, Greenspan JC: HIV-related oral disease. *Lancet* 1996;348:729-33.
13. Carpenter WM, Rudd M: Focal, flat pigmentations of the oral mucosa: a clinical approach to the differential diagnosis. *J Calif Dent Assoc* 2000;28:949-54.
14. Allen CM, Camisa C: Oral disease. *Dermatology*. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP 2. Baskı, Londra, Elsevier, 2008;1038.
15. Gaeta GM, Satriano RA, Baroni A: Oral pigmented lesions. *Clin Dermatol* 2002;20:286-8.
16. Veraldi S, Cavicchini S, Benelli C, Gasparini G: Laugier-Hunziker syndrome: a clinical, histopathologic, and ultrastructural study of four cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:632-6.
17. Gerbig AW: Idiopathic lenticular mucocutaneous pigmentation or Laugier-Hunziker syndrome with atypical features. *Arch Dermatol* 1996;132:844-5.
18. 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.
19. Buchner A, Hansen LS: Pigmented nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 36 cases and review of 155 cases from the literature. Part II: Analysis of 191 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:676-82.
20. Meleti M, Mooi WJ, Casparie MK, van der Waal I: Melanocytic nevi of the oral mucosa-no evidence of increased risk for oral malignant melanoma: an analysis of 119 cases. *Oral Oncol* 2007;43:976-81.
21. Hicks MJ, Flaitz CM: Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol* 2000;6:152-69.
22. Olszewska M, Banka A, Gorska R, Warszawik O: Dermoscopy of pigmented oral lesions. *J Dermatol Case Rep* 2008;3:43-8.
23. Yarom N, Hirshberg A, Buchner A: Solitary and multifocal oral melanoacanthoma. *Int J Dermatol* 2007;46:1232-6.
24. Geetha T, Geetha Rani G, Krishnam AS: Bilateral oral melanoacanthoma in an Indian boy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;77:210-2.
25. Lakshminarayanan V, Ranganathan K: Oral melanoacanthoma: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2009;3:11.
26. Fornatora ML, Reich RF, Haber S, Solomon F, Freedman PD: Oral melanoacanthoma: a report of 10 cases, review of the literature, and immunohistochemical analysis for HMB-45 reactivity. *Am J Dermatopathol* 2003;25:12-5.

## Hatırlama soruları

1. Oral mukozada saptanan fokal melanositik lezyonlar düşünüldüğünde aşağıdakilerden hangisi biyopsi endikasyonları arasında yer almaz?
  - a. Oral mavi nevus
  - b. Sert damak lokalizasyonu
  - c. Renk ve boyutta değişimin görülmesi
  - d. Diğer mukozal alanlarda pigmente lezyonların varlığı
  - e. Ülserleşme ve kanama

Cevap: d
2. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde oral pigmentasyonun görülmesi tipik bir bulgu değildir?
  - a. Addison hastalığı
  - b. Akromegali
  - c. Albright sendromu
  - d. Diabetes mellitus
  - e. Hipertiroidizm

Cevap: d
3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
  - a. Çocuklarda ağır metallerle bağlı oluşan mukozal pigmentasyonun en sık nedeni civa/gümüş içeren ilaçlardır.
  - b. Sigara içenlerde görülen oral melanozis, sigara içme alışkanlığı bırakıldıktan sonra gerileme eğilimindedir.
  - c. Amalgama bağlı oral pigmentasyonda radyolojik inceleme tanıya yardımcıdır.
  - d. Fizyolojik pigmentasyon ile oral melanotik makülün patolojik bulguları birbirine benzer olduğu için tanı klinik bulgulara göre yapılmalıdır.
  - e. Oral melanoakantoma asemptomatik bir lezyon olmasına rağmen zamanla malign transformasyon görülmektedir.

Cevap: e