İNTRAORAL MUAYENE

Hasta anamnezi alınıp ekstraoral muayene yapıldıktan sonra klinikte kullanılan muayene yöntemleri ile intraoral muayene yapılır.

Anamnez alırken hastanın şikayeti ve hastalığın gelişimi dinlenir ve dikkatli alınan bir anamnezin teşhiste çok büyük yardımları olur. Hastadan alınması gereken bilgiler veya hastanın bize anlatması gerekenler kısaca şöyledir;

* Varsa ağrı, ağrının süresi, şiddeti
* Hastalığın seyri konusunda;
* Hastalığın süresi (Akut\Kronik),
* Hastalığın seyri; Progresif olarak ilerleme görülüyor mu veya tam tersi azalma görülüyor mu ?
* Fonksiyonel değişiklikler var mıdır?
* Strese veya gıdalara tepki nasıldır?

 Oral yapılar bilateral simetrik, renk, kıvam, yapı ve şekil açısından birbirine benzeyen yapılardır. İntraoral muayene yapılırken normal anatomi ve anormal yapı bulguları sistematik bir şekilde incelenir ve gerekirse bu bulgular not edilir. Bu şekilde gözden kaçırma, eksik muayene yapma gibi hatalardan kaçınılmış olur.

**HALİTOZİS**

 Ağzın koku durumudur. Kötü ağız kokusu oral malodor olarak da adlandırılır. Sıklıkla ağız içi nedenlidir. Bunun dışında üst solunum yolu hastalıkları, bazı ilaçlar ve beslenme alışkanlıkları, sistemik bazı nedenler de halitozise yol açabilir.

* **Oral nedenler:** Başta kötü ağız hijyeni, çürükler, ülserasyonlar (aftlar, travmatik ülserler, v.b.), açık çekim yaraları, alveolit, dişeti hastalıkları (gingivitis, periodontitis, ANUG ...), çeşitli stomatitler, kıllı dil, fissural dil, fistülize dentigeröz kistler, oro-antral fistüller, gangrenli bir pulpanın açılması, endodontik tedavi gören dişlerde kullanılan maddelerin ağza sızması, ağız kuruluğu (tükürük miktarı ve viskozitesinin azalması), ağız içi kanamaları, kötü (retantif) ve kauçuk protezler, oral kavitenin enfeksiyöz ve malign hastalıkları, Ludwing ve Vincent anjinleri.
* **Üst solunum yolu hastalıkları:** Sinüzit (nazo-orofarinks akıntısı), adenoid hipertrofileri (retansiyon oluşturur), faranjit, farinks tümörleri, nazofarengeal kistler, ülserasyonlu, kriptik tonsillit, nazal polipler ve septum deviasyonu (ağız solunumuna neden olur).
* **Bazı ilaçlar ve beslenme alışkanlıkları:** Angina pectoriste kullanılan isordil, iodine, chlerol içeren ilaçlar, antihistaminikler, antineoplastikler, amfetamin, trankilizanlar, atropin, Vit. B kompleksleri, amil nitrit, halitozise neden olur. Arsenik zehirlenmelerinde tipik soğan kokusu vardır. Ayrıca alkol, sigara, pipo kullanımı, tütün çiğneme, soğan, sarımsak, baharatlı yiyecekleri yiyenlerde de ağız kokusu vardır. Vejeteryanlarda gıdaya bağlı ağız kokusu daha azdır, çünkü sebze artıkları daha az pütrifikasyona uğrar.
* **Sistemik nedenler:** Akciğer patolojileri (amfizem, bronşit, bronşektazi, tüberküloz), özefagus kanseri, diverküliti (yemek borusunda retansiyon oluşturur), mide kanaması, peptik ülser, kronik konstipasyon, diabette aseton kokusu (diabet komalarında akciğerlerden atılan keton ve aldehit kokusu olur). Böbrek yetmezliği ve üremide ağızda amonyak kokusu vardır. Septisemide taze biçilmiş ot kokusu, ağır karaciğer hastalarında foeter hepaticum denilen "çürümüş et" kokusu tanımlanır. Pankreas sıvısının midede pütrifikasyonu sonucu açlık nefesi ortaya çıkar.

Yapılan çalışmalarda ağız kokuları ile uçucu sülfür bileşikleri arasında ilişki bulunmuştur. Ağızda pis kokuya yol açan uçucu sülfür bileşikleri, mikroorganizmaların, sülfür içeren aminoasitlerin, proteinlerin pütrifikasyonu ile oluşmaktadır. VSB (Uçucu Sülfür Bileşikleri) konsantrasyonları, oral hijyen önlemleri ile azaltılabilmektedir.

**DUDAK MUAYENESİ**

**Dudakların ekstraoral inspeksiyonu**

Dudaklar hastanın ağzı açık ve kapalı iken incelenirler. Üzerindeki epidermis incedir ve çok sayıda vasküler dermal papilla içerir, bu nedenle ciltten daha kırmızıdırlar.

Renk değişiklikleri, lezyon, şişlik, solar hasar, yara izleri, çatlak, ülser, mukokutenoz birleşim, hiperkeratoz (beyaz kalınlaşma) incelenir.

**Dudakların intraoral inspeksiyonu**

Labial yüzeylerin kıvamına ve rengine bakılır(Renk koyu pembe veya ırksal pigmentasyon). Dudakların dokusunun esnekliği, kıvamı incelenir. Vestibüler alanda damarlanma, minör tükürük bezleri incelenir. Retansiyon kisti, dudak ısırma ve birçok farklı lezyon görülebilir. Vermilion yüzeyde fissür vs olup olmadığı incelenir. Orta hat üzerinde labial frenulum incelenir. Hastanın ağzı, alt veya üst dudağı tutarak, kısmen açılır. Maksillar veya mandibular labial mukoza, frenulum, vestibüler sulkus incelenir, müköz retansiyon kisti, dudak ısırma sıklıkla görülebilir. Labial mukoza ile gingivanın birleştiği alan incelenir. Gözle görülür renk, doku değişiklikleri, şişlik veya diğer anomaliler yönünden labial mukoza, gingiva incelenir.

**Mukosel:** Minor tükrük bezlerinden köken alan içlerinde mukus toplanmasıyla karekterize lezyonlardır. Fluktasyon gösteren mavi ve morumsu ağrısız lezyonlardır. Lezyonlar 1-3 gün içinde patlamaya meyillidir sonrasında yerini küçük ülserasyonlara bırakır

**Dudağın konjenital anomalileri** olarak, çift dudak, dudak yarığı, alt dudak fistülleri, makrocheili, mikrocheili sayılabiir.

**Minör aft**

 Etken: Bilinen bir etkeni yoktur.

 İnsidans: Populasyonun % 10-30’ unda görülür. Kadınlarda biraz daha fazla olduğu bilinmektedir.

Etyolojisi:

* Lokal irritasyonlar
* Psişik stres, ani sigarayı terk
* Gastrointestinal sistem hastalıkları
* Hormonal değişiklikler
* Bazı yiyecekler (patlıcan, domates, ceviz)
* Genetik dispozisyon
* B12 vitamini eksikliği, folik asit eksikliği, demir eksikliği (Aftlı hastaların % 20’ sinde bu durumlar görülür).
* Enfeksiyon (streptokokların L formu da aftlardan sorumlu tutulmuştur).
* İmmünolojik anomaliler
* Çölyak hastalığı (aft hastalarının % 5’ ini oluşturur).

 **Klinik görünüm:**

Aftlar keratinize olmayan oral mukozada açığa çıkarlar. Ülser oluşmadan 24-48 saat önce o bölgede hassasiyet olabilir.

Aft ülserleri yangılı, hafif ağrılı ülserasyonlardır. Aftöz lezyonlarla beraber regional lenfadenopati vardır. Lezyonlar sığdır. Bu ülserasyonlar üzerleri plak kaplı, çevresi hiperemik haleli, 2-6 mm. çapında(1 cm den küçük), oval, genellikle 1-6 adet olarak açığa çıkar ve herhangi bir tedavi ihtiyacı olmadan 7-10 gün içinde kendiliğinden iyileşirler. Aft ülserlerinin öncelikle vezikülasyonlarla başladığı bildirilmektedir. Ancak aftları bu aşamalarında izleyebilmek pek mümkün değildir.

**Majör aft** (Sutton hastalığı; Periadenitis Mukoza Nekrotika Rekürrens Mikuliç aftı);

 **Klinik:** Çok yaygın olarak görülmezler. Görüldüklerinde genellikle 1-5 tanedir.

Bu ülserler minör aftlara göre daha büyüktürler. Genelde tek taraflı olarak görülen 1-3 cm. çapında, ağrılı, düzensiz, 3-6 hafta kadar oral mukozada kalabilen dirençli ülserlerdir. Derin ülserli olgularda iyileşmesi skarlı olabilir. Majör aftlarla birlikte regional lenfadenopati ve subfebril ateş görülebilir.

**Herpetiform ülserasyonlar**

Bilinen bir etkeni yoktur. 20-30 yaşlar arasında daha çok kadınlarda görülen, yaygın olmayan bir patolojidir. İntraoral bölgelerde keratinize ve nonkeratinize mukozalar etkilenir. Aftöz ülserler aynı anda oral mukozada onlarca, hatta yüzlerce olabilir. Ülserler 1-3 mm. çaplarındadır. Daha sonra bunlar birleşerek irregüler ülserler oluşturabilirler. Bu ülserlerin etrafında parlak bir eritemli halka vardır. Ülserler oldukça ağrılıdır. Ancak ateş ve gingivitis gibi sistemik bulgular yoktur. 10-14 gün içinde kendiliğinden iyileşirler.

**Perioral (Herpes simpleks labiales) İntraoral ( Herpes simpleks mucosae oris)** olarak klinik görüntüleri vardır.

 Latent virüsün (HSV), vücut direnci düştüğünde reaktivasyonu ile oluşan sekonder enfeksiyon tablosudur. Zorunlu intrasitoplazmik olan bu virüs epitel hücrelerinin sitoplazmasında pasif olarak bulunmaktadır.

Sekonder enfeksiyon tablosunu tetikleyen faktörler, enfeksiyonlar, soğuk algınlığı, kuvvetli güneş ışığına maruz kalma, menstruasyon, emosyonel stres, lokal irritasyon (diş tedavisi) olabilir. Populasyonun % 90’ ında HSV antibadisi vardır, ancak bunların % 40’ ında sekonder enfeksiyon izlenir.

Öncül (prodromal) semptomlar genellikle lezyonun çıkacağı yerde sızlama, yanma veya ağrıdır.

Kısa sürede multiple, frajil, kısa ömürlü veziküller görülür. Sonra bu veziküller açılır, ülsere olurlar.

İntraoral lezyonlar bir plak ile kaplanır. Bu plak parçalanmış epitel hücreleri, mikroorganizmalar ve gıda artıkları ile oluşur. Plak kirli beyaz, gri renklerdedir.

Extraoral lezyonlar ise krutla kaplanarak iyileşirler.

Yaklaşık iki haftada skarsız olarak iyileşir. Lezyon genellikle vermillion hattında çevre deride meydana gelir, herpes labialis olarak isimlendirilir.

İntraoral sekonder lezyonlar ise daha çok gingiva ve sert damakta görülür, “herpes simpleks mucosae oris” olarak bilinir.

**Dudakta pigmente lezyonlar;** nevus , çil, melanotik makül, aşırı sigara kullanımına bağlı gelişen pigmentasyonlar, peteşiler ilaç kullanımına bağlı gelişen pigmentasyonlar, malign melanom dudakta görülen pigmente lezyonlar arasında sayılabilir.

**Median dudak fissurü**: Hem alt dudak hem de üst dudakta görülebilen mekanik irritasyon, aşırı soğuğa maruz kalma, gibi nedenlerle ve bazı sistemik hastalıklarda; (chronn’s, down sendromu) da görülme sıklığı artar.

**Kontak Chelitis:** Dudaklarda alerjiye bağlı gelişen inflamatuar bir tablodur

Ani şekilde başlar etken ortadan kalktığında tablonun normale döndüğü gözlemlenir

**Aktinik Chelitis:** Yıllarca güneş ışığına uzun süreli maruz kalan bireylerde ortaya çıkar

Dudağın vermillion hattını etkileyen kronik enflamatuar bir hastalıktır.

**Yanak-dudak ısırma alışkanlığı (marsicatio buccarum):** Daha çok anksiyetik kişilerde yaygın olan bir tiktir. Yanak, dudakta daha sık görülmekle beraber, dilde de görülebilir. Isırmaya bağlı epitelin yüzeyel tabakasında yırtıklar oluşur. Lezyon, klinik olarak etkilenen bölgedeki epitel deskuamasyonuyla oluşan beyazımsı görüntülerdir (marsicatio buccarum). Ancak sıklıkla bu deskuamasyon yüzeylerinin komşuluğunda erozyonlu yüzeyler, peteşiler görülmektedir.

**Kandidiazis**: İnsanlarda en sık görülen mantar enfeksiyonları arasındadır.

* Normal ağız florasında bulunan c.albicans fungal enfeksiyonların çoğundan sorumludur
* Kötü ağız hijyeni, uzun süreli antibiyotik kullanımı, eski protezler, inhalasyon ve topikal steroid kullanımı, bölgesel radyoterapi oral mukozada candidiasiz etkenleri arasındadır
* immunsupresif ilaç kullanımı, diabet, HIV, demir eksikliği anemisi gibi bazı sistemik hastalıkların oral bulgusu olarak karşımıza çıkabilir

**Pemfigus Vulgaris;** İnsidans: 40-60 yaşlar arasında daha sık görülür. Cinsiyet ayrımı yoktur. Pemfigusların en yaygın tipidir, olguların % 90-95’ i bu tiptir. Olguların % 50 sinde ilk bulgular oral kavitededir. Lezyon öncelikle ağızdadır, sonra deriye yayılır. Hızla rüptüre olan, ağrılı, irregüler erozyonlar gösteren büller vardır (oral kavitede bül görmek zordur, çok frajil olduğundan hemen ülsere olur). Ülserlerin ağrılı oluşu, disfajiye neden olabilir. Oral kavitede bütün yüzeylerdedir, ancak öncelik sırasıyla, yumuşak damak, bukkal mukoza ve alt dudakta görülür.

**Oral liken planus;** çeşitli klinik formlarda bulunabilir. Bunlar retiküler, eritematöz, eroziv, hipertrofik, atrofik, büllöz, pigmente liken planus olarak sınıflandırılabilir.

Retiküler liken planus beyaz çizgiler (Wickham çizgileri), plaklar ve papüllerle karakterizedir. Retiküler lezyonlar, liken planusun çok bulunan oral bulgusudur, genellikle asemptomatiktir ve tedavi gerekli değildir. Eritematöz ve eroziv lezyonlar ağrılı olgulardır, bu tip lezyonlara genellikle retiküler lezyonlar eşlik eder ve teşhis için bu yardımcı bir özelliktir.

**Dudak palpasyonu**

Dudakların muayenesi de öncelikle inspeksiyonla yapılır. Dudakların şekli, istirahat konumu, rengi komissuralar, mukoza ve derinin niteliği, frenulumlar incelenir. Bidijital palpasyon yapılır**.** Dudaklar başparmak ve işaret parmağının arasında ve parmağın biri deride diğeri mukozada olmak üzere iki parmak arasında palpe edilir. Dudaklara bakarak ve hafifçe dokunarak; acı, ağrı, tümöral değişiklik, şişlik, kuruluk, kabuklanma, skar, fibrozis (Minor tükürük bezlerinde) olup olmadığı incelenir.

**Dudaklarda hassasiyet–ağrı-acı**

* Aftöz ülser
* Herpes simpleks
* Uçuk
* İmpetigo
* Dermatit
* Kontak dermatit
* Kandidiazis
* Lökoplazi
* Mukosel
* Vücutta çinko kaybı
* Liken planus
* Behcet
* Eritema multiforme
* Kanser
* Bazı ilaçlar gibi nedenlerle gelişebilmektedir.

**Dudak Yalamaya Bağlı Oluşan Chelitis:** Dudakların sürekli yalanmasına bağlı oluşan enflamatuar bir tablodur

**Dudaklarda şişlik – büyüme**

* Akromegali
* Anjioödem
* Cheilitler
* Herpes stomatitis
* Hives (ürtiker)
* Malkerson Rosenthal sendromu
* Mukopolisakkaridozis II
* Mixodem gibi durumlarda görülebilir.

**FRENULUM MUAYENESİ**

 Lingual frenulum dilden ağız tabanına doğru uzanan yumuşak doku uzantısıdır. Bu uzantının normalden uzun olması konuşmayı engeller, telaffuz bozukluklarına neden olur.

 Labial frenulumlar, alt ve üst dudağı orta hatta alveoler proçesle birleşirler. Bazı durumlarda iki kesici diş arasındaki interdental papillaya kadar uzanır ve diastemaya neden olur. Bu durum protez yapımını engeller.

**YANAK VE BUKKAL MUKOZA**

Oral kavitenin her iki yanında yanağın iç yüzünü döşeyen bukkal mukoza kommisuralardan anterior tonsillere kadar olan bölgedir. Yanak buccinator ve masseter kasları ile bunların arasında bulunan corpus adiposum buccae denen yağ dokusundan oluşmuştur. Parotis bezinin küçük bir kısmı ile bezin boşaltım kanalı (stenon kanalı - linea alba’nın üst tarafında 6 yaş dişine bitişik bölgede yer alır) da yanaktadır.

Bukkal mukoza muayene edilirken bidijital palpasyon yapılması gerekir. Yanak başparmak ve işaret parmaklarıyla sıkıca tutulur. Yukarıdan aşağıya bütün yanak kontrol edilir ve bu arada gözle de incelenir.

İnspeksiyon ve palpasyon ile şişlik, yumru, ağrı, renk değişiklikleri veya diğer anomaliler incelenir. Yanağın ayna veya parmak yardımıyla geri çekilmesiyle inspeksiyonu yapılır. Bu işlem yapılırken hastanın ağzı hafif kapalıdır. Mukoza rengi ırka göre pembeden mavimsi kahverengiye değişebilir.

* **Parotid Papilla**: Parotis bezinin kanal ağzı, bir çıkıntı şeklinde karşımıza çıkar.
* **Linea Alba:** Çoğunlukla hiperkeratinize ve bilateral olarak bukkal mukozada yer alan horizontal çizgidir.
* **Fordyce's Granülleri:** Toplu iğne başı büyüklüğünde (1-2mm) sarı yağ birikintileridir(Ektopik Sebaceous Glands)
* Minör tükürük bezlerinin **fibrozis**i (<1cm)

 Yanakta da, dudakta olduğu gibi **pigmentasyon**lar görülebilir. Ayrıca bazı sistemik nedenlerle renk değişiklikleri görülebilir;

* Anemide yanak mukozası soluk,
* Kalp-damar sistemi ve akciğer hastalığına bağlı siyanozda mor,
* Addison hastalığında kahve-siyah ya da mavi-siyah,
* Subakut bakteriel endokarditte peteşiler,
* Yaş ilerledikçe fizyolojik renk yoğunluğu artar.
* Cıva, kurşun, bizmut, altın, gümüş, amalgam pigmentasyona neden olur.

Kimyasal maddeler, travma, pürüzlü, keskin restorasyonlar irritasyona neden olur. Aspirin, ojenol, kolonya gibi maddeler de kimyasal yanık sonucu **ülserasyon**lara yol açar.

Üst çene osteomyelitleri yanağa açılabilir. Adenit ve tromboflebit görülebilir. Adenitte masseter ön yüzü ile comissura arasında sertlik vardır.

 **Bakteri enfeksiyonları:**

1. Difteride pseudomembranlı lezyonlar gri renklidir.
2. Tbc' da ağızda sekonder lezyon vardır, yüzeysel ya da derin, kenarları girintili-çıkıntılı, ağrılı ülserlerdir.
3. Sifilizde, yüzeyi ülsere, multiple, ağrısız, gri, etrafı kırmızı alanla çevrili plaklar (seconder dönemde), tersiyer dönemde gom parotiste oluşabilir.
4. Granüloma venereumda yanakta ülser, bol, şiddetli granüler kitleler, skatris dönemleri görülür.
5. Noma (gangrenöz stomatit) yanakta perforasyona neden olur

 **Viral enfeksiyonlar:**

1. Primer herpetik stomatit, recurrent herpetik stomatit (aftöz), majör aftöz ülserde vezikülle başlayıp ülsere olan, ağrılı lezyonlar vardır.
2. El-ayak-ağız hastalığı da çok sayıda ağrılı vezikülle başlar, ülserleşir.
3. Kızamıkta yanak mukozasında, premolar dişler hizasında, toplu iğne başı büyüklüğünde, gri-beyaz membranla kaplı, çevresi kırmızı Koplik lekeleri görülür.
4. Suçiçeğinde çevresi kırmızı hale ile sınırlı veziküller patlar ve ülserleşir.
5. Herpes Zoster; ağrılı veziküller patlar ve ülserleşir, skarlı/ skarsız iyileşir. Tek taraflıdır.
6. Kabakulak, diğer parotiditisler ve parotis bezi patolojilerinde papilla parotideada kızarıklık, şişme, parotiste şişme, sertleşme görülür.

**Mantar enfeksiyonları:**

1. Histoplazmosisde, nodüller, ülseratif ya da papillamatöz lezyonlar vardır. Ülserler gri membranlı ve serttir.
2. Candidiasis, yumuşak, hafif beyaz plaklar şeklindedir. Süt kesiğine benzer, kaldırılınca yüzeyi hiperemiktir.

 **Mukokütan hastalıklar:**

Liken planus; ışınsal tarzda, beyaz-gri, yumuşak, dantel görünümlü, plak veya papül şeklindedir. Ülserleşir, düzensiz görünüm alır.

1. Eritema multiforme; hiperemik makül, papül ve veziküller vardır.
2. Keratosis follicularis,
3. Kongenital diskeratosis,
4. White sponge nevus,
5. Büllöz pemfigoid,
6. Sistemik lupus eritematosusda da yanakta lezyonlar görülür.

Yanakta çeşitli dişlerden kaynaklanan yanak apseleri, sinüs enfeksiyonları, kistleri, amfizem, tümörler (iyi huylu; papilloma, bağ dokusundan çıkan fibroma, lenfoma, lipom, hemangiom, lenfangiom, nöroleimoma, nörofibroma, schwannoma, kötü huylu; yanak mukozası kanserleri, malign melanoma, fibrosarkom, lenfosarkom, liposarkom, nörosarkom, malign schwannoma, leiomyosarcoma) görülebilir.

**UVULA, OROFARENKS ve TONSİLLER BÖLGE**

 Muayene iyi bir ışık altında inspeksiyonla yapılır. Dil basacağı ile dil ortasına bastırılır, yumuşak damak ve uvulanın yukarı kalkmasını sağlamak için hastaya "Aaa" dedirtilir. Böylece orofarinksi rahatça görmek mümkün olur. Genel olarak parlak pembe, ıslak ve damarlı görünür. Tonsiller enflamasyona uğramamış ise bölge dokusundan çok farklı değildir.

* Uvula, palatinal tonsiller (çocuklarda büyük) görülür.
* Akut tonsillitte; tonsiller kırmızı, üzeri sarı-beyaz bir exuda ile örtülüdür.
* Kronik tonsillitte sık tekrarlanan akut enfeksiyonlar sonucu bademciklerde kronik bir enfeksiyon gelişir. Bademcikle bazen hipertrofik, subfebril ateş, kırıklık, terleme, eklem ağrıları sık tekrarlar. Yutkunurken ağrı, batma, kuru öksürük vardır. Fokal enfeksiyon kaynağı olabilir.
* Kriptik tonsiller damarlanmadan zengin olduğu için daha eritamatöz görünürler. Kriptik tonsilliti olan hastalarda desquamatif epiteliyal hücre artıklarınınyiyeceklerin ve diğer artıkların birikmesi sonucunda hastalarda boğazda hassasiyet ve ağız kokusu görülür.
1. Üst solunum yolu enfeksiyonlarında, farinks, yumuşak damak ve uvulada yaygın kırmızılıkla birlikte tonsiller hafif hipertrofik ve hiperemiktir. Üzerinde exuda yoktur.
2. Akut faranjitte orofarinks hiperemik ve ödemlidir.
3. Kronik faranjitlerde lenfoid nodüller hipertrofik, boğazda ağrı ve yanma vardır, farinks hiperemik fakat kurudur. Kronik rinit, sinüzit ve adenoiditi olanlarda, sigara içenlerde, tozlu ortamda çalışanlarda faranjit görülür.
4. Streptokoksik faranjitte daha parlak, kırmızı ve ıslak görünümlüdür. Nazofarinksten, burun boşlukları ya da sinüslerden gelen müköz, mukopürülan ya da pürülan salgının, orofarinks arka duvarından aşağıya doğru indiği görülebilir. Akut faranjitle birlikte yumuşak damak ve uvulada da enfeksiyon bulunur. Uvula şişer, uzar, dil köküne değip bulantıya yol açar. Yutkunmakla ağrı vardır. Kriptalar üzerinde sarı-beyaz exuda vardır. Bu exuda difteridekinin aksine, bademcik sınırını taşmaz.
5. Difteri anjininde ağrı yoktur veya hafiftir. Bademcikler hafif hafif şiştir. Üzerinde kirli sarı bir membran bulunur. Bu membran bademciğin sınırlarını taşar, plikaları da örter. Alttaki dokuya iyice yapışmıştır, pamukla sıyrılmaz, pensetle koparılınca yeri kanar. Membran çevresinde 1-2 mm. hiperemik bir mukoza kısmı vardır. Ondan sonra mukozanın normal görünümde olması, difteri için ayırıcı niteliktedir. Bu tip difteri anjinine pseudomembranöz anjin denir.
6. Vincent anjini difteriyi andırır, bademciklerde hem ülserasyon, hem de membranlar bulunur, ateş yüksektir.
7. Peritonsiller apse, akut tonsilitin komplikasyonlarıdır. Bademcikte farinks yan duvarı arasında biriken apse, bademciği karşı tarafa iter. Yutkunma çok ağrılı, konuşma güçlüğü vardır.
8. Tonsillerde primer sifiliz şankrı, seconder sifiliz rozeolleri, Kızamıkta peteşiler, kızılda ödem ve pseudomembran görülür. Tüberküloz enfeksiyonu tonsillere yerleşebilir.
9. Enfeksiyöz mononükleozda tonsillit görüntüsü vardır, difteri ve vincent anjininden ayırmak için yumuşak damaktaki mikropeteşilerin varlığı izlenmelidir.
10. Viral enfeksiyonlarda donuk kırmızı, hatta kurudur.
11. Retrofaringeal apse: Akut şekli bebek ve çocuklarda görülür. Ateş, yutma güçlüğü, ağrı, küçük çocuklarda solunum güçlüğü vardır.
12. Orofarinks refleksi: Orofarinkse dokunulunca kusma refleksi uyanır, yumuşak damak yükselir. Bulber ve pseudubulber paralizide, bulber poliomyelitte, n.glossopharyngeus (9.sinir) felçlerinde, histeriklerde bulantı refleksi kaybolur.
13. Yumuşak damak felci: Yumuşak damağın duyu siniri 9. kafa çifti, motor siniri ise daha çok 10. sinir (vagus) ve daha az 9. sinirden alır. Yumuşak damağın tek taraflı felcinde küçük dil (uvula) sağlam tarafa kayar. Sağlam taraf yüksek, felçli taraf düşüktür. Bulantı reflexinde veya hastaya "Aaa" dedirtilince sağlam taraf daha da yükselir, felçli taraf hareket etmez. İki taraflı felçte hiç damak hareketi görülmez. Yumuşak damak felcinde konuşma burundandır, içilen sıvı burundan gelir. Ağır damak ve farinks felçlerinde yutma da güçleşir.

**SERT DAMAK MUAYENESİ**

 İndirekt yoldan ayna ile muayene edilir. Renk açık pembedir (ırksal değişim olabilir). Sert damak mukozası üzerinde "ruga" adı verilen, birbirlerine paralel çıkıntılar vardır. Kesici dişlerin arkasında insisiv papilla bulunur. Maksillar torus(torus palatinus) orta hatta oluşabilen kemik ekspansiyonu görülebilir. Mukoza membranı kemiğe sıkıca tutunmuştur. Sert damak mavimsi pembe renktedir. Göze çarpmayan damarlanması vardır. Renk, kıvam, doku durumu inspeksiyonla ve palpasyonla incelenir. Sigara içenlerde palatal mukoza hiperkeratinize olduğu için doku değişiklikleri görülür. Palatal mukoza altında çok sayıda minör tükrük bezi vardır.

**Torus Palatinus;** Sert damağın orta hattında oluşan kemik genişlemesidir. Tedavisi cerrahidir.

**Torus Mandibularis;** Mandibulanın lingual bölgesinde kanin-premolar hizasında unilateral veya bilateral olarak oluşan kemik genişlemesidir.

**Egzostoz;** Toruslar gibi kemiğe sıkıca bağlı ve hareketsizdir. İnce olabildikleri gibi dişetinin altında büyük yapıda da olabilir. Dişlerin üst kısmında veya alt kısmında konumlanabilir. Normal anatomik yapıdır ancak protez yapımı için sakınca oluşturabilir. Bu nedenle cerrahi tedavi gerektirir.

**Nikotin stomatiti** daha çok ağır pipo içicilerinde görülür. Ancak sigara içenlerde de az da olsa görülebilir. Bu durum termal ve kimyasal ajanların aktivasyonuna karşı lokal bir cevap olarak meydana gelir. Klinik olarak damakta küçük kırmızı krater ağzı görünümünde odaklar şeklinde minör tükürük bezlerinin kanal ağızları belirginleşmiştir. Damak mukozası ise grimsi beyaz multinodüler keratinize epitelle karakterizedir. Bu lezyon prekanseröz değildir. Kırmızı noktalar 1-5 mm çaplı olabilir. Bu lezyon ters içicilerdeki lezyonlarla karıştırılmamalıdır. Ağır sigara içicilerde (günde 60’ dan fazla) nikotin stomatitine ek olarak damaklarda ağrılı erozyonlar meydana gelebilir. Erozyonlar ağız ısısının devamlı yüksek kalması yoluyla oluşur. Bu erozyonlarla beraber beyaz lezyonlarda oluşabilir. Bu durumlarda hücresel atipinin kontrolü için biyopsi almak gereklidir.

**YUMUŞAK DAMAK**

 Dili ayna ile bastırarak direkt inspeksiyon yapılır. Yumuşak Damak Sert damaktan daha ince bir mukozaya sahiptir. Müköz bezler ve kan damarları sebebiyle sert damaktan daha koyu renkli görülür.

Fonksiyonu değerlendirmek için hastaya “ah” dedirtilir. Palpasyon yapılırken bulantı refleksine dikkat edilmelidir. Yumuşak damak süngerimsi bir dokuya sahiptir. Yumuşak damak kemik dokuya direkt bağlı olmadığı için labildir. Palpasyonda öğürtü refleksi oluştuğu zaman topikal anestezi uygulamasıyla işlemler yapılır.

Yumuşak damakta;

* Kızamıkçıkta küçük kırmızı maküller (forcheimer lekeleri),
* Sekonder sifiliz lezyonları,
* Kızılda kırmızı noktalar,
* Böbrek ve gis hastalıklarında orofarinkste ülserler,
* Suçiçeğinde erüpsiyonlar,
* Tümörler (papillom, fibrom, hemangiom, lenfoepitelioma, nazofaringeal angiofibroma, fibrosarkom, epidermoid karsinoma, transitional cell carsinoma),
* Nonspesifik bakteriel ve viral enflamasyonlar, rekürrent aftöz ülserler, travmatik ülser, lökoplazi, eritroplazi, herpes, herpangina, pemfigus ve diğer deri hastalıkları görülebilir.

**DİL MUAYENESİ**

İnspeksiyon ve palpasyon yapılarak muayene edilir. Ağız açtırılarak dil dışarı çıkarttırılır. Dil spançla ucundan tutulur ve çekilir, dorsal kısmı incelenir. Spançla dil her iki yana doğru hafifçe çekilerek yan yüzeyler kontrol edilir. Alt yüzey ise ağız açıkken dil ucuyla damağa dokunularak gözlenir. Bidigital palpasyonla kas tonusu kontrol edilir.

 Ağız tabanı ve dilin ventralinde geniş mavimsi keseciklere “Lingual Varikosel” denir. Simetrik ven dilatasyonlarıdır, klinik önemi yoktur.

**DİL HASTALIKLARI**

**Sublingual varisler**

 60 yaş üstü bireylerde görülür. Damar duvarlarının zayıflamasına bağlı olarak meydana gelir.

 Dilin anterior bölgesindeki küçük salgı bezlerine “**Blandin ve Nuhn Glandleri**” denir. Buralarda tıkanıklık olursa dil üzerinde retansiyon kistleri oluşur.

 Ağzın arka tarafında **Waldeyer’in lenf halkası** olarak bilinen bir lenfoid doku topluluğu vardır. Bu toplulukta **çift palatinal tonsil, farengeal tonsiller (adenoidler) ve lingual tonsil** bulunur.

 **Lingual tonsiller**; dilin posteriorunda, bilateral nodüler, yumuşak, pembe alanlardır. Lenfoid sistemin parçasıdırlar. Asemptomatiktirler. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarına karşı vücudu korurlar.

Rutin oral muayenelerde tespit edilirler.

 **Dilin papillaları** dil sırtında, sulcus terminalisin ön tarafında bulunur ve dil sırtna kadife görünümü verir. Bu papillalar şekillerine göre; papilla vallatae, papilla fungiformes (daha kısa olanları -papilla lentiformes), papilla foliatae, papilla filiformes (daha uzun ve kalın olanları-papillae conicae) olarak isimlendirilir.

Dilin dorsal yüzeyi ince, keratinize **filiform papillalarla** kaplıdır. Bu papillalar ısı ve dokunma duyusu ile ilgili görev yaparlar. Tad duyusu ile ilgisi yoktur. Papilla conicaeların ise daha çok mekanik etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Ateşli hastalıklar gibi etyolojik faktörlerin bulunduğu durumlarda keratinizasyon artar ve paslı dil görünümü oluşur.

Filiform papilların arasında pembe, mantar şeklinde **fungiform papillalar** bulunur. Bu pembe ve mantar görünümlü fungiform papillalar çok sayda **tat cisimcikleri** taşırlar. Bu papillalar tatlı ve tuzluya karşı duyarlıdır.

Papilla foliatae insanlarda çok gelişmemiş olmalarına rağmen dilin posterolateral kenarında, yaprak benzeri katlantılar şeklinde görülürler ve ekşiye karşı duyarlıdırlar.

Dorsal kısımda geniş çaplı 8-14 adet nodüler yapılı **circumvallate papilla** vardır.1-2 mm genişliğinde tepesi kesik koni şeklinde mukoza katlantıları olarak görülen dilin en büyük papillalarıdır ve acı tada karşı duyarlıdırlar.

Tat cisimcikleri az sayıda yumuşak damakta, epiglotisde ve yutağın arka yüzünde de vardır. Tat duyusunun algılanmasında dilin bezleri de ( Nuhnblandin- serömüköz, Von Ebner- saf seröz salgı- sirkumvallat papillaların olukları ve weber- saf müköz) görev alırlar. **Makroglossi;** Dilin yapısında değişiklik olmaz. Neoplastik veya enflamatuar değişikliklerle birlikte görülürse; dilin yapısı, fonksiyonu, resiliensi ve duyarlılığı bozulur. Konjenital, vasküler malformasyona bağlı, akkiz ve sistemik durumlarla birlikte görülebilmektedir.

**Konjenital**

* Down Sendromu,
* Multiple Endokrin Neoplazi Sendromu,

**Vasküler Malformasyonlar**

* Lenfanjiyoma
* Hemanjiyoma

**Akkiz**

* Dişsiz ağız
* Anjiyoödem
* Karsinoma

**Sistemik Durumlar**

* Akromegali
* Kretinizm

**Mikroglossi;** Dilin yetersiz gelişerek küçük kaldığı doğumsal oluşum bozukluğudur.

**Aglossia;** Doğumsal olarak dilin bulunmamasıdır. Genetik bir anomalidir. Kromozomal anomali, morfogenetik hatalar, çevresel faktörler veya bilinmeyen pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkar.

**Median rhomboid glossit;** Dil sırtının orta kısmında bulunan asemptomatik, baklava şeklinde eritemli bir atrofik mukozadır. Ağrısızdır. Kronik kandidiyazis olduğu bilinen lezyondur. Mantar ve Protozoa enfeksiyonu olarak kabul edilir. Etyolojisi parafonksiyon ve kandidal yerleşimdir. Papilla açısından atrofik, sınırları belirgin, eritemli leke görünümündedir. Bazen lobüler ve çevreden kabarık görünümüyle TBC, aktinomikoz, sifilis ve karsinom ile karışabilir. Tedavisinde antifungaller kullanılır.

**Fissural- scrotal dil;** Asemptomatiktir. Çoğunlukla konjenitaldir ve gelişimle belirginleşir. Oluklar rastgele veya bir yaprağın damarlarını andırır görünümde olabilir. Median lingual fissüre paralel, transvers ya da oblik konumda olabilir. Fissürlerin uzunluğu, sayısı ve derinliği değişkendir. Görüldüğü olası durumlar;

* + Melkerson-Rosenthal sendromu
	+ Down sendromu
	+ Psöriazis
	+ Fallot tetralojisi
	+ Sfilitik dil

 Fissürlerin arasında plak birikimleri sonucunda enfeksiyon gelişebilir ve ağrı ortaya çıkabilir. Tedavi palyatiftir, bölgenin temiz tutulması yeterlidir.

 Fissürlü dil bazen tekrarlayan yüz şişlikleri, fasiyal sinir paralizi ve kronik ağrısız dişeti şişmeleri ile birlikte görülür. Bu olguya **MELKERSSON-ROSENTHAL SENDROMU** denir.

**Geographic tonque (harita dil; eritema migrans);** Filiform papillalar atrofik ve eritamatözdür. Bu eritamatöz alanların etrafı beyaz hiperkeratotik sınırla çevrilidir. Hastalar asemptomatiktir. Bazı hastalarda sıcak ve baharatlı yiyeceklere karşı hassasiyet artışı vardır. Etyolojisi ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Daha çok kadınlardadır. Sıklıkla fissüral dille beraberdir. Psöriaziste benzer bulgularstomatit şeklindedir.

**Hairy tongue-kıllı dil;** Filiform papillanın keratin tabakasının uzamasıyla oluşur.

Etyolojik faktörler;

* Tütün
* Gargaralar
* Antibiotikler
* Kötü hijyen
* Radyasyon
* Emosyonel stres

 Tütün kullanımına bağlı olarak keratinize papillalarda koyu renk değişikliği olur. Asemptomatik- kötü tat ve damak gıdıklanması şikayeti olabilir. Beyazımsı, kahverengi, siyah olabilir. Renklenmeler pigment üreten bakteri ve mantarlarca ve çeşitli gıda, sigara etkileriyle meydana gelir.Hairy lökoplaki ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Tedavi gerektirmez, oral hijyenin düzeltilmesi ve dilin fırçalanması yeterlidir.

**Hairy lökoplaki**

Etyoloji:

* immunosupressyon (AİDS, Organ Transplantasyonu)
* Eppstein-Barr virüs – Fırsatçı enfeksiyon

Tedavi: Antiviral and antiretroviral ajanlar-lezyonda gerileme.

Sıklıkla dilin lateral kısımlarında ve çoğunlukla bilateral, asemptomatik beyaz lezyondur. Papiller, filiform, ya da plak şeklindedir. AIDS diagnozunun ardından oluşabilir. Candida albicans ile sekonder enfeksiyon meydana gelebilir.

**Paslı dil (coated tongue)**

Etyoloji;

* Yumuşak gıda ile beslenme
* Ateşli hastalıklar
* Yemek yemenin azaldığı durumlar
* Dehidratasyon
* Kandidal enfeksiyon
* Oral mukozanın ağrılı lezyonları

**Yaprak dil (crenated tongue);** Makroglossi olan hastalarda veya parafonksiyon olan hastalarda görülür. Eğer diş izleri bir ya da birkaç bölgede ise ark dışı bir dişin impresyonu düşünülür.

**Bifid tongue-yarık dil;** Dilde orta hat üzerinde yarık olması ender görülen bir durumdur.

**Ankyloglossia;** Dilin alt kısmının bütünü ile veya bir bölgesinin ağız tabanına yapışık olması durumudur. Lingual frenulum kısa ve daha ön tarafa doğru konumlanmıştır, dilin hareketleri kısıtlıdır, konuşma olumsuz etkilenir. Tedavi şekli cerrahidir.

**Kırmızı dil;**

* Anemiler
* Glossit
* Sprue
* Kawasaki hastalığına bağlı olarak görülebilir.

**Papilla hipertrofileri**

Etyoloji;

* Aşırı sigara
* Alkol
* Sıcak yiyecekler
* Friksiyon
* Düzensiz diş yüzeyleri
* Baharatlar

**Papillitis**

İrritasyon ve enfeksiyona bağlı olarak fungiform, foliatae veya circumvallatae papillalarının enflamasyonudur. Genellikle inspeksiyonda fark edilir. Hastalarda dilin 2/3 ön kısmında yanma hissi ve ağrı şikayeti bulunur. Ağrının nedeninin fungiform papillalarda bulunan ağrı reseptörlerinden kaynaklandığı, hatalı protezler, baharatlı yiyecekler, sigara gibi irritanların etyolojisinde etkili olabileceği ileri sürülmüştür.

**Hematolojik eksikliğe bağlı atrofik glossitisler;**

* *Demir eksikliği anemisi*; dilde eritem ve ağrı vardır. Çoğu kez dilde fissürler ve anguler cheilitis olaya eşlik eder. Akut atrofik kandidiazis ile aynı klinik tablodur.
* *Pernisiyöz anemi*; Vit.B12 eksikliği ile oluşan megaloblastik anemidir. Buradaki glossitis ağrılıdır.
* *Karaciğer yetmezliği*nde, ayna dil görüntüsü vardır. Bu durum siroz ve karaciğer karsinomu gibi ilerlemiş olgularda açığa çıkar.

**Lingual tonsiller;** dilin posteriorunda yer alan, palpasyonda yumuşak, bilateral, pembe nodüler alanlardır. Lenfoid sistemin parçasıdırlar ve özellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarına karşı vücudu korurlar. Rutin oral muayenelerde tespit edilirler.

**AĞIZ TABANI MUAYENESİ**

 İnspeksiyon ve bimanuel palpasyon ile yapılır. Dilin ventral ve lateral yüzeyleri incelenirken ağız tabanı da incelenebilir. Ağız tabanı; bütün fasial ve mukozal dokularıyla birlikte bimanuel palpasyonla muayene edilir. Elin iki parmağıyla alttan ağız tabanını yükseltirken elin işaret parmağıyla ağız içinden palpasyon yapılır ve kitle olup olmadığı kontrol edilir. Alveol kemiği ile dil tabanı arasında lingual frenulumun lateralinde yer alan nodüler çıkıntılar olan **sublingual karankulalar** bulunur. Bunlar Wharton kanallarının ağıza açıldığı yerlerdir.

 Ağız tabanı muayenesinde; kitle, ağrı ve dokunun durumu tespit edilir. Bu muayene yapılırken hastanın kafası yavaşça öne ve arkaya doğru hareket ettirilerek kasların gevşemesi sağlanır. Yumuşak ve sert dokuların palpasyonu hastaya rahatsızlık vermeden yapılmalıdır. Ağız tabanı palpasyonunun amacı; submandibuler ve submental lenf nodüllerini, Wharton kanalı boyunca oluşabilecek tükrük taşlarını ve tükrük bezlerinin nodüler büyümelerini tespit etmektir.

# TÜKÜRÜK BEZLERİ

 Normalde tükürük bezleri palpe edilemezler. Ancak enfeksiyonel tükürük bezi hastalıkları, tümöral oluşumlar gibi nedenlerle bezler şiştiğinde hem palpe edilebilir hem de doku altında yaptıkları şişkinlik sebebi ile çıplak gözle görülebilir hale gelirler.

 Parotis bezi şiştiğinde kulağın ön alt bölgesinde hem inspeksiyonla fark edilir hem de palpe edilebilir hale gelir. Glandula submandibularis bir enfeksiyon veya tıkanıklığa bağlı bir büyümeye maruz kalmış ise angulus mandibula’nın 1-2 cm önünde mandibula’nın hemen altında ele gelir.

 Tükürük bezleri inspeksiyon yapılırken kanal ağızlarından birkaç damla tükürük akışı gözlemlenir. Bu gözlem yapılırken gerekiyorsa ekstra oral masajla tükürük bezleri uyarılabilir ve tükürük akışı artırılabilir.

 Normalde inspeksiyonla görülemeyen lenf, tükürük ve tiroid bezleri eğer herhangi bir sebeple büyürlerse inspeksiyonla fark edilebilir hale gelirler.

 Oral bölgede üç çift major ve oral kavite mukozasının içinde dağınık olarak çok sayıda (1000’e yakın) lingual, labial, bukkal, palatinal ve tonsiller minör tükrük bezi bulunur. Histolojik doku seviyesinde olan bu minör tükrük bezleri fizik muayene ile tespit edilemezler. Oral kavite içinde yer almamalarına rağmen, major tükrük bezleri de fonksiyonları açısından oral kavitenin parçası sayılırlar. Tükürüğün günlük miktarı 1000-1500 ml’dir ve %99’u sudur. Geri kalan kısmı organik ve inorganik yapılardır. Tükürüğün içinde sodyum, potasyum, protein, amilaz, Ig A,G,M, albumin, lizozim bulunur. Tükürüğün %30’u parotis, %60’ı submandibularis, %5’i sublingualis, geri kalanı da minör tükürük bezlerinden salgılanır. Major tükrük bezleri üç tanedir: parotis, submandibüler ve sublingual.

**Submandibular Bez;** Submandibuler bez, mandibula corpusu ile m.digastricusun iki karnı arasındaki üçgen alanın orta ve arka kısmına oturur. Mixt salgı, mukus, enzim, su ve elektrolit salgılar parotisten sonra ikinci en büyük major tükrük bezidir. İşaret parmağı, intraoral olarak ağız tabanına, başparmak da extraoral olarak bunun altında mandibula köşesine antero medial olarak yerleştirilirse palpe edilebilir. Gl.submandibularisin boşaltma kanalı Wharton kanalıdır. Plica sublingualisin iç ucunda bulunan ve caruncula sublingualis denen küçük kabartı üzerinde ağız boşluğuna açılır.

**Sublingual Bez;** Gl.sublingualis ağız tabanında, her iki tarafta m.mylohyoideusun üzerinde, mukozanın hemen altında, önden arkaya ve içten dışa doğru mandibula eksenine paralel olarak uzanmıştır. Birçok küçük bezin birleşmesinden oluştuğu için bu bezlerin her birinin ayrı boşaltım kanalları vardır (Rivinius kanalları). Plica sublingualise açılan bu kanalların sayısı 8-15 kadardır. En önceki kanal (Bartholini kanalı) en büyüktür, Wharton kanalı ile beraber, ya da onun yanında ağız boşluğuna açılır. Muayenede yine kanal ağızları kurutulur, extraoral olarak ağız tabanı, çene altından yukarı doğru yükseltilerek palpe edilir ve tükürük kontrol edilir. Müköz salgı salgılar. Sublingual tükrük bezleri, major tükrük bezleri arasında en küçük olanlardır.

**Mukosel;** Kanala ait hasar sonucu salgının çevredeki yumuşak dokuların içine sızıp birikmesiyle ortaya çıkar. Etrafında epitel kapsülü yoktur. Alt dudak, yanak ve ağız tabanına yerleşir. Yüzeye yakın yerleşenler mavimsi renkte mukoza altı şişliği olarak görülür. Palpasyonda fluktuasyon alınır.

 Ağız tabanında oluşan mukosele **RANULA** denir. Patolojik bir tanımlama değildir.“Kurbağacık” da denir. Sublingual bez kanalının hasara bağlı olarak ortaya çıkar. Ranula **mukoselden daha büyük** olur, ağız tabanını yukarıya doğru iterek dilde deviasyona neden olur. Ağız tabanında mavi, fluktuasyon alınan kubbe şeklinde şişliktir. Lezyon ağrısızdır. Orta hattın yan tarafındadır.

**Parotis Bezi;** major tükrük bezlerinin en büyüğüdür ve yüzün yan kısmında aurikulanın önünde yerleşmiştir. Fasial sinir parotis bezinin içinden geçer ve yüzün mimik kaslarına giden motor dallarına ayrılır. Stenon Kanalı ile papilla parotidea’ya açılır. Salgısı serözdür, su, elektrolit ve enzim salgılar. Parotis bezinin kanalı (Stenon kanalı), ağız içine üst 2.molar diş hizasında açılır.

 Parotisin, yanakların, dudakların ve submandibuler dokuların muayenesinde kullanılan ana yöntem palpasyondur. Parmak uçlarıyla dokunun bimanuel ve bidigital palpe edilmesi güvenilir bir yöntemdir. Parotis bezinin bölgeye yapılan direkt basınçla palpasyonu yapılır. Ağız içinden maksillar 2. moların karşısında olan parotid papillaya ve stenon kanalının ağzına dikkat edilir. Tükrük akımı olup olmadığı, tükrüğün kıvamı ve rengi kontrol edilir. Retansiyon varsa daha yoğun kıvamlı ve koyu renkli tükrük akışı görülür.Bez içine yerleşen mikroorganizmaların cinsine göre tükrük rengi ve kıvamı değişir.Retansiyon varsa ödem, lokal ısı artışı mevcuttur.

 Yüzdeki yumuşak dokular palpasyonda genellikle eşit kalınlıkta ve bastırılabilir doku özelliği gösterir. Farklı anatomik bölgelerde kas, bez ve yumuşak dokularda farklılıklar olsa da genel doku homojenitesi vardır.

**DİŞETİ MUAYENESİ ( GİNGİVA, ALVEOLER MUKOZA)**

 İnspeksiyonda gingivanın genel sağlık kriterleri, yapısı, rengi, sıklığı gözönünde tutularak değerlendirilir.

Gingiva öncelikle bukkal, labial bölgelerden başlayarak muayene edilir. Üst veya alt dudak her iki tarafından dışarı doğru çekilir ve gingiva açığa çıkarılır. Şişlik, kırmızılık, tümöral oluşum olup olmadığına bakılır.

İşaret parmağı ile alt, üst, palatal ve lingual dişetlerinde dolaşarak düzensizlik, ağrıyan bölge olup olmadığı incelenir. Ağız köşelerinden işaret parmağı ile dudaklar daha fazla dışarı çekilir ve aynı inceleme ağzın arka bölgesine de yapılır.

Normal, sağlıklı gingiva pembe veya somon renginde ve pürüzsüzdür. Gingiva, parakeratoz gösteren yapısı ile oral mukozadan biraz farklıdır. Sağlıklı gingivanın kenarları düz ve interdental papilaların uçları sivridir. Bazı kişilerde melanin pigmenti sebebi ile gingiva daha koyu renkli görülebilir. Sağlıklı dişeti portakal kabuğu görünümündedir. Serbest dişeti kemiğe gevşekçe bağlıdır.

Muayenede görülebilecek patolojiler:

* Renklenmeler olabilir,
* Esmerlerde melanin pigmentasyonu dişetlerinde de ortaya çıkar,
* Sigara içenlerde melanin pigmentasyonu ile birlikte dişetleri pürtüklü bir görüntü alır,
* İntoksikasyonlardan, bakır yeşil renk, altın gri, çinko mavimsi renk verir. Kurşun zehirlenmesinde dişeti marjininde siyah küçük noktaların birleşmesiyle oluşan bir bant vardır. Buna kurşun çizgisi denir,
* Arsenik zehirlenmesinde mavi-gri renk vardır,
* Herediter intestinal polyposis sendromunda melanin pigmentasyonu artmıştır,
* Addison hastalığında dişetlerinde kahverengi renklenmeler vardır,
* Gingivitis, periodontitis (kötü oral hijyen sonucu mikroorganizmalar, calculus, gıda birikimi sonucu, restorasyon ve uygulamalara, ağız solunumuna, diş düzensizliklerine, ilaç ve kimyasal maddelere bağlı) olarak lokalize, ayrıca nonspesifik (kötü oral hijyen ve plağa bağlı ), ANUG, beslenmeye, phenytoin gibi ilaçlara bağlı, hormonal (hamilelik, diabet, endokrin bozuklukları) allerjik, herediter (fibromatöz gingiva), psikotik fenomenlere bağlı, spesifik granülomatöz hastalık, neoplaziler (lösemi), deskuamatif gingivitis ve vezikülobüllöz hastalıklara bağlı generalize de olabilir,
* Torus ve exostoslar,
* Amalgam tattoo,
* Rekürrent herpes,
* İnflamatuar hiperplaziler (pyojenik granüloma, fibröz hiperplazi veya fibroma, periferal dev hücreli granüloma),
* Periodontal apse,
* Periapikal apse,
* Parulis,
* Erüpsiyon kisti, dental lamina kisti veya gingival kist,
* Lökoplazi, eritrolökoplazi, eritroplazi,
* Squamous cell carsinoma,
* Kan hastalıklarından trombositopeni ve lösemide gingivada spontan kanamalar, agranülositozda nekrozlar,
* Behçet hastalığı, pemfigus, eritema multiforme, Reiter hastalığında ülserasyonlar görülür.
* Diabette interdental alveoler kemikte horizontal rezorbsiyon ve beraberinde dişeti iltihabı vardır.

**DİŞLERİN MUAYENESİ**

 Dişlerin muayenesi inspeksiyonla başlar. Muayene, mutlaka belli bir sırayı izlemeli, belli bir bölgeden başlayarak tek tek bütün dişler gözden geçirilmeli ve bu sırada dişler sayılmalıdır. Dişlerde sayı, renk, şekil, yapı anomalileri gözden kaçırılmamalıdır. Daha sonra çürük muayenesine geçilir. Bunun için ayna, sond kullanılır. Sondla fissür ve arayüzler kontrol edilir. Çürük için ayrıca klinik muayenede diş ipi ve transillüminasyon da kullanılır.

 Diş muayenesinde mobiliteler de değerlendirilmelidir. Mobilite muayenesinde bir presel, ya da ayna-sondun ters tarafları kullanılabilir.

 Diş muayenesinde yatay ve dikey perküsyon, dişin periodontal aralığı ve apikal bölgesinin değerlendirilmesinde önemli ipuçları verir. Perküsyon, sondun arka kısmı ile ve kural olarak, sondun ağırlığı kadar bir kuvvetle uygulanmalıdır.

 Periodontal sond ile cep derinliklerini ölçme, pulpa ağrıları için sıcak, soğuk ve elektrik pulpa testi mine çatlaklarının tespiti için transilluminasyon uygulanabilir.

**Vitalometrik muayene:** Dişlerde vitalite değerlendirmeleri dişe soğuk, sıcak ve vitalometre aleti ile düşük elektrik akımı verilerek yapılabilir. Soğuk testi için chlor d'etil sıkılmış küçük bir pamuk pelet dişe dokundurularak reaksiyonu değerlendirilir. Sıcak testi için ise ısıtılmış bir gütta perchadan faydalanılır. Vitalometre kullanımında uyulması gereken bazı kurallar vardır. Elektrikli pulpa testleri dolgu- restorasyon olan dişlere uygulanmaz. Hastaya uygulama hakkında bilgi verilmelidir. Ön dişlerde vestibül yüzün ortasına, arka dişlerde tüberkül tepelerine uygulanır. Diş kurutulmalı ve tükürükten izole edilmelidir. İletken olarak uygulama bölgesine bir miktar diş macunu konur ve cihaz açılarak, en düşük akımdan başlayıp yavaş yavaş arttırılarak hastada reaksiyon beklenir. Mutlaka sağlıklı bir dişin vitalitesi de kontrol edilerek hastanın normal reaksiyon derecesi kaydedilmelidir.

**DİŞ GELİŞİMSEL BOZUKLUKLARI**

**Total Anadonti**; dişlerin hiç mevcut olmamasıdır.

**Parsiyel Anadonti**; Dişlerin kısmen bulunmamasıdır. Parsiyel anadontide üst çene lateral ya da alt veya üst çene ikinci premolar yokluğu ile karakterizedir, genellikle çift taraflıdır.

**Diş eksikliğinin sebepleri**; diş embriyolarının bir travma ile zarar görmesi, gelişim ve beslenme bozuklukları, endokrin sorunlar ve kalıtımdır.

**Süpernümerer-Sürnümerer Dişler;** Maxilla ön bölge orta hatta görülen meziodens en sık rastlanan durumdur. Bunu maxiller molar, maxiller premolar, mandibüler premolar ve maxiller lateral kesiciler izler.

**Persiste Süt Dişleri;** Zamanında sürmeyip uzun süre ağızda kalan süt dişlerine denir. Nedenleri;

* Süt dişinin yerini alacak daimi dişin oluşmaması
* Süt dişinin yerini alacak olan daimi dişin çenede gömülü kalmış olması
* Çene kavsi normalden genişse, daimi diş süt dişine zarar vermeden arkta yerini almış olabilir.

**Dens in Dente ( Dens İnvaginatus );** Genelde üst lateralde bazen de her dişte görülen, minenin kronun içine gelişimsel invaginasyonudur.

**Geminasyon, Füzyon ve Kongresens**

* **Geminasyon**; Bir dişin iki ayrı dişe bölünmesinin engellenmesiyle oluşur
* **Füzyon**; Gelişim sırasında iki dişin birleşmesidir.
* **Kongresens**; İki dişin yalnızca sementlerinde gelişen füzyondur.

**Dilaserasyon;** Diş kökünün fark edilebilir bir kıvrılma ve kavis almasıdır.

**Mikrodonti**; Başta üst çene yan keser dişler olmak üzere, tek tek dişleri ilgilendirir. Ortalama diş boyutundan küçük sapmalar olarak genellenebilir.

**Makrodonti**; Hipofizer devlik ve vücudun aşırı büyümesi durumunun dışında seyrek görülür, tüm dişleri ilgilendirir. Geminasyon ve füzyondan ayırt edilmelidir.

**Mine Hipoplazisi;** Mine yüzeyinde düzensiz organik büyüme distrofisi olarak tanımlanır. Mine yüzeyinde **hipokalsifikasyonlar** vardır. Dişlerin sistemik hastalık ve bozukluklarının bir sonucu olarak meydana gelebilir. Bebeklik dönemindeki ilk bir yılda kronlar oluşurken daimi kesiciler ve daimi 1. premolarlar etkilenirler. Geçirilen ateşli hastalıklar mine distrofisine sebep olur. Beslenme eksikliğine bağlı ya da sistemik duruma bağlı gelişen hipoplaziler, etkinin yaşandığı sırada matrix formasyonu ve kalsifikasyonu devam etmekte olan tüm dişlerde izlenir. Ancak, enfeksiyon veya travma sonucu oluşan hipoplazi tek daimi dişte ve genelde kronda hipoplastik ya da hipokalsifiye alanlar şeklinde izlenir. Süt dişindeki lokal enfeksiyona veya travmaya bağlı, defektli gelişen daimi dişe **Turner dişi**; lokal enfeksiyon sonucu minede oluşan hipoplaziye ise **Turner** **hipoplazisi** denir.

**Kongenital Sifilis;** Üst orta kesici dişler normalden küçük ve fıçı şeklinde deformasyon gösterirler. Buna Hutchinson dişleri denir. Azı dişlerinde de yuvarlak dut şeklinde görünüm vardır. Buna da Mulbery Molars denir.

**Amelogenesis İmperfekta;** Geçici ve daimi tüm dişlerin minelerini içerir. Mine yokluğunda açıkta kalan dentin kahverengidir. "Kalıtsal kahverengi diş" de denir. Dişlerin belirleyici özelliği konturu, rengi ve kontakt eksikliğidir. Otozomal dominant karakterdedir.

**Dentinogenesis İmperfekta;** Otozomal dominant geçişlidir. Dentin yapımındaki bozukluk ile birlikte, bazen kemik yapısında da bozukluk görülebilir. Hem geçici hem de daimi dişler etkilenir. Dentin-mine birleşimindeki sorunlar nedeniyle okluzal yüzeydeki mine zamanla kademe kademe dökülür. Dişlerin rengi hafif altın kahverengisiyle maviye dönen renk arasındadır. Kökler kısa ve iğnemsidir.

**Dentin Displazisi;** Bazı hafif renksizlikler dışında geçici ve daimi dişlerin kronları normal görünür. Buna rağmen radyografik olarak kısa kökler ve pulpa odası yoklukları ile birlikte pulpa odaları ince iplik şeklinde kanallar, yarımay şeklinde radyolusensiler gösterecek şekilde anormal biçimli dentinle doludur.

**Taurodontizm;** Geçici ve daimi dişlerde görülen bir şekil bozukluğudur. Etkilenen dişlerin kronları normal görünse de radyografilerde koronal pulpa odasında koronal-apikal yönde bir uzama görülür. Bu uzamış görüntü sebebiyle, diş köklerinin çatallanması normalden daha apikaldedir. Down Sendromunda görülür.

**Bölgesel Odontodisplazi "Hayalet Dişler"** Radyografik olarak tespit edilir. Maksiller santral ve lateral dişler etkilenir ve bu dişlerde yoğunluk azalması görülür. Pulpa odaları büyüktür. İlgili dişin çıkmasında gecikme görülür. Etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Dişler zayıf ve dayanıksızdır.

**DİŞLERDE GÖRÜLEN RENK ANOMALİLERİ**

**Eritroblastozis Fötalis;** Diş gelişimi ile paralel zamanda oluşan herhangi bir şiddetli ya da uzun süreli sarılık, kalsifiye diş bölümlerinde yeşil lekelere yol açabilir. Eritroblastozis fötalisin mavi ya da yeşil renkteki süt dişleri, Rh faktörü sebebiyle anne-çocuk uyuşmazlığında görülen hemolitik sarılığın sonucudur.

**Dental Florosis;** Yüksek miktardaki floridin içme suyuyla alınmasıyla ortaya çıkan bir tablodur. Mine hipoplastik olabilir. Hipokalsifikasyonlar kireçli bir görünüm sergiler ve zamanla boyanarak kahverengi lekelere dönüşür.

**Tetrasiklin Renkleşmesi;** Tetrasiklin, diş ve kemikte dokuların inorganik kısmındakalsiyum kompleksi olarak birikir. Kalsifiye olan dentin elektrik ışığında soluk kahverengi kademeli çizgili lekeler gösterir. Floresan ışığı altında bakıldığı zaman bu lekeler parlak sarı renkte görülürler. Dişler gri, mavi ve kahverenginin koyulaşan tonlarında görülür.

**Kanal tedavisi sonrası ya da travmaya maruz kalmış dişler** koyu sarı, gri ya da kahverengi renkte görülür.

**Sigaraya bağlı renklenmeler** görülür.

**Atrizyon**; bruksizm nedeniyle dişlerin patolojik olarak temas etmesi sonucunda oluşur. Kontakt yüzeylerinin yassılaşması ile proksimal yüzey yıpranması görülür.

 **Abrazyon**; yenen sert gıdalar, sert diş fırçalama ve pipo içme gibi mekanik ajanlar nedeniyle meydana gelir.

**Erozyon**; çevresel veya yiyeceklerdeki asitler ve tekrarlayan kusmalar neticesinde ortaya çıkar.

 **Dekalsifikasyon**; Diş yüzeyinin kaybı fonksiyonel ya da alışkanlıklarla veya asitli yiyecekler ve limon suyu içilmesi sonucu meydana gelir.

**Malpozisyon**; Parmak emme ya da nefesli çalgılar gibi dudaklara yerleştirilen nesneler nedeniyle olabilir.

**Hipersementoz;** Kök yüzeylerinde fazla sement birikimine bağlı olarak gelişen bir şekil anomalisidir. Sementin yapısal bozukluğu olarak da nitelendirilebilir. Diş köklerinin apeks bölgesi balon gibi şişkindir. Sistemik olarak akromegali, artrit, Paget hastalığı, guatr ve A vitamini yetmezliğinde ortaya çıkar.