**Doç. Dr. M. Hakan KURT**

**2017-2018**

**3. Sınıf Ders Notu**

**MUAYENE TEKNİKLERİ**

**İNSPEKSİYON**

Hastanın sistematik gözlenmesidir. Hasta ile karşılaşma sırasında başlar. Klinik muayene başladığı zaman daha detaylı hale gelir. İyi bir inspeksiyon için yeterli bir ışıklandırma, aydınlatma zorunludur. Bu amaçla ünitin reflektörü açılır, ağız içindeki karanlık bölgelere dental ayna ile yansıtılır veya ağız içi ışık kaynağı da kullanılabilir. Muayene edilmekte olan dokular, giysi, kozmetikler, tükürük, plak veya diğer birikintilerle örtülmüş olmamalıdır. Ayrıca gözlük, parsiyel protezler, total protezler gibi diğer apereyler de çıkarılmış olmalıdır.

Deri ve mukoza inspeksiyonunda; renk değişiklikleri, kuruluk, ödem, ayrıca boyut, şekil, simetri, deformite, şişlik veya anormal muskuler gelişim de görülebilir.

**PALPASYON**

Öncelikle muayene edilecek dokunun normal şekli, yapı ve kıvamının bilinmesi gerekir. Bu şekilde patolojiler ayırt edilebilir, tanınabilir. Palpasyon muayeneyi yapan hekimin dokuyu elleyerek, dokunarak ya da bastırarak yaptığı muayene işlemidir. Gözle görülebilen şeyler hakkında daha detaylı bilgi verir, görülemeyenler hakkında da bilgi açığa çıkar. Palpasyonla, dokunun yapısı, boyutu, yoğunluğu, sıcaklığı ve fonksiyonel durumları değerlendirilir. Ağrı olup olmadığı öğrenilir.

Doku yapısı (Texture) en iyi şekilde parmak uçları ile ışık altında palpasyon yaparak saptanır. Kitle yüzeyinin, düzgün yüzeyli, pürüzlü, girintili çıkıntılı olduğunu tanımlar. Düzgün ve büyük bir lenf düğümü ile düğüm düğüm ya da yumrulu bir lenf düğümü arasındaki fark, doku yapısı farkıdır.

Boyut, her zaman sadece gözle değerlendirilemeyebilir, bazı nodüller derinliğine göre küçük boyutlu olabilir, bazıları iceberge benzeyebilir. Palpasyon hem doku konturlarını, hem de dokunun derinliğini daha fazla açığa çıkarır.

Yoğunluk (kıvam), genellikle sıkıştırılabilirliğine göre tanımlanır. Bir lenf düğümü yumuşak, kauçuk kıvamlı ya da sertleşmiş olarak tanımlanabilir. Hem yoğunluk, hem de boyut, palpe edilen objenin lateralindeki veya derinindeki dokuların direncine rağmen objeye bastırılarak değerlendirilebilir. Örn; mandibula alt sınırına rağmen submandibuler düğümlerin yuvarlaklığıdır.

Ek olarak yoğunluk (kıvam), muayene eden kişinin baş ve işaret parmakları arasında dokuyu sıkıştırması ile de değerlendirilir. Buna **bidigital palpasyon** denir. Bidigital palpasyonun yararlılığı, dudaklardaki, bukkal mukozadaki ve kulak helixlerindeki nodüllerin değerlendirilmesinde görülür. Her iki elin işaret ve orta parmaklarının arasında dokunun manipulasyonu **bimanuel palpasyondur.** Submandibuler tükürük bezinin, ağız tabanında bir elin başparmağı ve diğer elin parmaklarının, submandibuler bölgenin derisine karşı bastırılarak incelenmesi buna bir örnektir. **Bilateral palpasyon** iki elin 4 parmağı ile yapılır. Örn: TME muayenesi.

Sıcaklık değişiklikleri, en iyi parmakların extansör veya dorsal yüzleri kullanılarak değerlendirilir, çünkü o bölgede deri daha ince, iyi innervedir. Vasküler lezyonların üzerindeki yumuşak dokular veya inflame bölgeler, bölgede kan akımı akışına bağlı olarak daha sıcak olabilir. İncelenen dokunun fonksiyonel durumu, palpe eden el ile saptanabilen hareketlerdir. Örn: vasküler bir lezyonun pulsatilitesi (nabız atışı) veya dişin soketindeki hareketidir.

Ağrıyı elimizle palpe edememekle birlikte, palpasyonla ortaya çıkarabiliriz. Parmak, bir anormalliği gerçekte teşhis etmeden önce, palpe eden el, hastada ağrılı bir yanıta yol açabilir. Palpasyon sırasında, hastanın reaksiyonuna dikkat edilmelidir ve inceleyici ile hastanın duyu sinir uçlarının bölgedeki hissi oluşturduğu unutulmamalıdır.

Palpasyon Rutini

1. Öncelikle dış kulaklar, lenfadenopatiler ve hemen çevresindeki dokular hissedilerek başlanır.
2. Daha sonra her 2 elin parmakları ile parotis bezinin üstünü kaplayan deriye aşağıya doğru bastırılır. Normal parotis genellikle tespit edilemez, dolayısıyla bir düzensizlik fark edilirse bu bölge ayrıntılı incelenir.
3. Sonraki aşama, parmaklar kondil başının üstüne konularak hastaya ağzını açıp kapatması, mandibulayı 2 yana hareket ettirmesi istenir. Bu hareketler sırasında kondil başları hissedilir ve herhangi bir düzensizlik olduğunda fark edilir.
4. Bimanuel eksternal ve intraoral palpasyon uygulanarak çiğneme kaslarının istirahat ve kasılma halindeki durumları da değerlendirilir.
5. Parmaklarla frontal ve maksiller sinüslere bastırılması sırasında hissedilen rahatsızlık enfekte bir sinüsün hassasiyeti olabilir.
6. Boyun kaslarının, rejyonel lenf düğümlerinin, trakeanın, tiroid ve krikoid kıkırdağın ve hyoid kemiğin bidigital ve bimanuel palpasyonu rutin olarak uygulanmalıdır. Karotid arter atışı hissedilmelidir. Tiroid kıkırdağın hafifçe yana doğru bastırılması sonucu normal “tiroid çıtırtısı” hissedilir. Daha sonra hasta başını dik tutarken ya da rahat pozisyondayken boyundaki yapılar incelenir.
7. Submental bölge, dudaklar ve yanakların dokusu incelenir, dişeti ve sert damak da bir parmakla nazikçe bastırılarak incelenir.
8. Fazla uzamış stiloid yapı, bazen tonsiller fossa da hissedilir. Maksillada tüberin üstünde ve arkasında hamular yapı hissedilir.
9. Bir parmakla dile bastırılarak anormal olup olmadığı tespit edilebilir. Minör tükrük bezlerinin mikst tümörlerinin sıklıkla görüldüğü yumuşak damak da incelenmelidir.
10. Çenelerdeki çıkıntılı kortikal yüzeyler intraoral ve ekstraoral palpe edilmelidir.

**PERKÜSYON**

Dokulara, parmak ya da bir enstrümanla vurarak uygulanan bir tekniktir. Muayeneyi yapan kişi, ortaya çıkan sesleri dinler ve hastanın reaksiyonunu gözler.

Extraoral olarak perküsyon frontal ve maxiller sinüslerdeki hassasiyeti saptamak için sıklıkla kullanılır, sinüsün üstüne yerleştirilmiş bir parmağın üzerine parmak uçları ile hafifçe vurarak yapılır.

İntraoral olarak perküsyon, dişleri değerlendiren bir metod olarak kullanılır. Genellikle, ayna sapı ile dişlere hafifçe vurularak uygulanır. Bu yöntemde, periodontal hastalık veya pulpitise bağlı inflamasyon bölgelerinde ağrı ortaya çıkabilir.

Dişlerin kemikte ankilozu, perküsyonda değişik bir sese neden olur (perküsyonda yankı yapar), normal dişte donuk ses alınır. Künt ses gevşeklik gösterir. Hasta dişe yapılan perküsyon, sağlıklı dişle karşılaştırılmalıdır. Destek dokular sağlamsa nispeten yüksek tonda ses çıkar. Zayıfsa ses yoğunluğu daha az olur.

Perküsyon iki şekilde yapılır:

1. Yatay perküsyon: Dişin bukkal ve palatinal (lingual) yüzlerine vurularak yapılır.

2. Dikey perküsyon: Dişlerin insizal yüzeyine ve okluzal yüzeyde her bir tüberkül tepesine vurularak yapılır.

Perküsyon, alt dişlerde, sondun belli bir mesafeden bırakıldığında yapacağı kuvvet kadar bir vuruşla uygulanmalıdır. Daha kuvvetli vurulursa sağlam diş de reaksiyon verir. Daha az vurulursa hasta da olsa reaksiyon alınmayabilir.

Dişe perküsyon uygulanırken bir taraftan dişin yada kökün etrafındaki alveolün palpe edilmesiyle de mobilite hakkında yorum yapılabilir. Parmak ucuyla kemiğe vurularak yapılan perküsyon alt veya üst çenenin hassas alanlarını kontrol etmede yararlıdır.

Dişe yapılan dikey perküsyon periapikal patolojiyi düşündürmekle beraber yatay perküsyona olan hassasiyet ise enfeksiyonun periodontal dokulara yayıldığının işareti olabilir.

**OSKÜLTASYON**

Vücut içindeki sesleri dinleyerek yapılan muayenedir. Mutlaka steteskop kullanımı gerekli değildir. Muayeneyi yapan, Wheezing (hırıltılı solunum),TME seslerini (kliking, krepitasyon) seslerini dinleyebilir. Steteskop, oskültasyonda faydalı bir yardımcıdır. Baş-boyun bölgesinde, dişhekimini ilgilendiren çoğu ses; Eklem bölgesinde krepitasyon (muayene sırasında iki cismin birbirine sürtünmesi ile oluşan çıtırtı sesi), çenelerdeki vasküler lezyonların üstündeki dokulardan gelen sesler steteskop yardımıyla değerlendirilebilir. Bazen mandibuladaki fraktür hatları da oskültasyonla lokalize edilebilir; Steteskobun diaframı fraktür şüphesi olan bölgenin bir tarafına yerleştirilir ve diğer tarafına parmakla perküsyon yapılır. Bir fraktürün varlığı, sesin iletimini engeller, yavaşlatır. Dişhekimliğinde steteskop kullanımının en önemli yerlerinden biri de kan basıncı ölçümüdür.

**TRANSİLLÜMİNASYON**

Transillüminatör ile yapılır.

* Maxiller sinüs
* Aproksimal çürük
* Diştaşı tanısında kullanılır.

Hasta karanlık bir ortamda oturtulur. Işık ağzına sokulur ve ağzını kapatması söylenir. Dışarıdan bakılınca, dolu olan maxiller sinüsten daha az ışık dışarıya geçer.

Işık dişlere yerleştirilince çürük ve tartır olan bölgeler daha koyu görünür. Fiberoptikler gibi özel ışık kaynakları, maxiller ve frontal sinüslerde sıvı veya kitlelerin varlığını, transillüminasyon ile saptamada yararlıdır.

Ultraviole ışınlar da tetrasiklin renklenmesindeki ve eritroblastosis fetalisin karakteristiği olan fluoresansı saptamada kullanılabilir. Ayrıca kongenital porphyria de etkilenen dişler ultraviole altında kırmızı floresans verir.

**SONDLA MUAYENE**

Bugün dişhekimliğinde kullanılan en önemli tanı tekniklerinden biri olan sondla muayene, bir enstrüman ile yapılan palpasyondur. Dişler, cariesleri ortaya çıkarmak için ve periodontal cep derinliğini ölçmek için (periodontal sond ile) sondla muayene edilir.

Submandibuler bezin Wharton kanalı ve parotis bezinin Stenon kanalının muayenesinde lacrimal kanal sondları kullanılır. Fistülize bölgeler, fistülün orijinini saptamak için gutta percha konları ile sondlanabilir. Gutta percha konu topikal anestezik ile yağlanıp, dikkatlice içeri sokulur ve film çekilir. Bu işlem, periapikal bir apseyi, diğer nedenlere bağlı apselerden ayırt etmekte faydalıdır. Sinüs perforasyonlarının muayenesinde de özel sondların kullanımı önerilir (gümüş sondalar).

**DİASKOPİ**

İnce bir cam veya lam ile incelenecek dokuya bastırılarak gerçekleştirilen spesifik bir muayene tekniğidir. Esas amacı, kırmızı ya da koyu mavi renkli lezyonların vasküler ya da başka nedenli olup olmadığını saptamaktır.

Diaskopi, sahanın tam üstüne bir cam tabaka bastırılarak yapılır. Tabaka bölgenin üzerine doğru bastırılabilir ya da iki kenarından tutularak, doku üzerinde yavaşça oynatılabilir. Eğer lezyonun içinde kan basıncı varsa, baskı sırasında beyazlaşır, baskı kalkınca orijinal rengine geri döner.

Vasküler lezyonların büyük çoğunluğu diaskopide beyazlaşma gösterir. (varisler, telenjektaziler, hemangiomlar, bazı vakalardaki eritroplaziler...) Eğer saha beyazlaşmazsa, kanın damar dışına çıktığı durumlar düşünülmelidir. (amalgam, karborondum, çini mürekkebi dövmesi, nevus, lokalize pigmentasyon, peteşi, ekimoz ve hematom gibi)

**ASPİRASYON**

Bir vücut kavitesinden sıvı çekilmesidir. Aspire edilen bölge, yumuşak dokularla sınırlı ya da kemiğin santralinde olabilir. Aspirasyonda bir şey gelmezse, iğne ucu biraz hareket ettirilmelidir, çünkü materyal elde etmek için fazla sayıda deneme gerekebilir.

Aspirasyon, en iyi, lokal anestezi altında ve büyük iğne ile uygulanır. Küçük iğne bükülebilir, kırılabilir, ayrıca bazı sıvılar viskoz yapılı olabilir ve küçük bir iğne ile aspire edilemeyebilir.

Minimal vasküler içerikli neoplaziler gibi solid lezyonlarda aspirasyonda herhangi bir materyal elde edilemeyebilir. Pü aspirasyonu, inflamatuar procesin bir göstergesidir. Materyal, kültür için etken patojeni tanımlayan duyarlılık testleri ve antibiyogram için kullanılır.

Saman renkli veya hafif kan boyalı sıvı; kisti gösterebilir. Kan aspirasyonunun pek çok yorumu olabilmektedir. Eğer çok miktarda kan kolayca aspire edilebiliyorsa vasküler malformasyonlardan, hemanjiyomlardan şüphelenilmelidir.

**ELEKTRİKLİ PULPA TESTİ (EPT)**

Elekriksel pulpa vitalite testi yalnızca pulpa odasında canlı sinir varlığının tespitinde kullanılır. Uyarana karşı ağrılı yanıt vitaliteyi gösterir. Termal testlere göre avantajı kontrollü uyaranın cihazdaki derecelendirilmiş reostat yardımıyla verilmesi ve hastanın gereksiz ağrı duymasının önlenmesidir. Uygun kullanımı tanı için değerlidir.

Bir diş restore edilmeden yada ortodontik bant ve braket yerleştirilmeden önce kontrol edilmelidir. Aksi halde nekrotik doku nedeniyle problemler ve ağrı oluşur. Nonvital olduğundan şüphelenilen her diş test edilmelidir. Renklenme kırık ve derin çürükler ve restorasyonlar için endikasyon mutlaktır.

Elektrikli pulpa testi sık rastlanan radyolojik görüntüsü birbiriyle karışabilen pek çok patolojinin ayırıcı tanısı amacıyla kullanılmaktadır. Örneğin; yetişkinlerde alt keser bölgesinde görülen radyolüsent alanlarla ilişkili dişler vitalse periapikal semental displazi düşünülebilirken ilgili dişler devitalse dişten kaynaklı enflamatuvar reaksiyon akla gelmelidir.

**Uygulama:**

* Diş pamuk tamponlarla izole edilerek kurutulmalıdır
* Cihazın ucu ıslatılarak sağlam dentin üzerindeki sağlam mineye uygulanmalıdır
* Pulpa anatomisi göz önünde bulundurularak elektrot dentin tübülleri yönünde pulpaya doğru yönlendirilmelidir
* Anterior bölgede labial yüzeylerin 1/3’ü tercih edilmelidir ancak sağlam bir yüzey de tercih edilebilir
* Çok köklü dişlerin her tüberkülü kontrol edilmelidir
* Restorasyon, yumuşak doku, dişetine temastan kaçınılmalıdır
* Elektrot çıplak dentine temas ederse daha çabuk yanıt alınır
* Akım verildikten sonra hastanın mimikleri kontrol edilip değer sayısal olarak kaydedilmelidir
* Şüphelenilen bölgeden, yani ept yapılan dişin bulunduğu kadrandan farklı bir bölge seçilerek (mümkünse aynı dişin simetriği olacak şekilde) sağlam bir diş kontrol amaçlı kullanılmalıdır
* Negatif yanıtta test mutlaka tekrar edilmelidir

Kök kanallarındaki nekrotik dokular ıslaksa (cerahat varsa) hatalı yanıt alınabilir çünkü akım sıvı yoluyla periapikal dokulara iletilebilir.

Akut apikal paradontitis durumunda vitalometrenin elektrodu baskı yapmayacak şekilde uygulanmalıdır eğer bu şekilde yapılmazsa oluşan baskıdan dolayı hasta ağrı hissedebilir.

Artan yaşla birlikte dentin kalınlığında oluşacak olan kalınlık artışı nedeniyle kişilerde dişten dişe farklılıklar çıkabilir.

Testten alınan yanıt aynı hastada aynı dişte günün farklı saatlerinde değişiklik göstermez. Test aynı dişe kısa aralıklarla sık şekilde uygulanmamalıdır.

Dişlere yapılan ept sonucunda her dişin dentin kalınlığının farklı olduğu düşünülürse alınan yanıt hızı;

* Alt kesiciler
* Üst kesiciler
* Kanin dişler
* Premolar dişler
* Molar dişler şeklinde olur.

**TERMAL PULPA TESTİ**

Termal testler ağrının kaynağı görünür olmadığında ağrılı ve pulpitisli dişi lokalize etmek için kullanılır. Soğuk testi için buz veya etil klorid spreyi sıkılmış pamuk parçası kullanılır. Isıtılmış silindirik bir parça gutta perka yararlı ve etkili olabilir. Test sağlam dentin üzerindeki sağlam mineye uygulanır. Ağrılı pulpitisli dişler termal uyarıların biri veya her ikisine daha çabuk ve şiddetli cevap verir. Ağrı da daha uzun süre olur. Hastaya meydana gelen ağrının hissettiği ağrıya benzeyip benzemediği öğrenilerek işlem yapılır.

**NODÜL MUAYENESİ**

İnspeksiyonla ve palpasyonla lokalize edilmiş bir nodül, kompozisyonu yönünden değerlendirilmelidir. Nodülün kompozisyonu, belirli fiziksel bulgularına göre değerlendirilebilir: Yoğunluk (kıvam),fluktuasyon, sıvı titreşimi, translusensi, pulsatilite (nabız atımı), sıkıştırılabilirliği ve sesleri.

* **Kıvam**, palpe eden parmaklar arasında, nodülün mobilite derecesini tanımlar. Kıvamı tanımlayan sıfatlar;

sert (indurate) : sıkıştırılamayan yumru,

lastik (kauçuk) gibi: kauçuk bir silgi kıvamında,

sünger gibi: yumuşak ve bir miktar esneklikle sıkıştırılabilir,

yumuşak: esnekliği olmaksızın sıkıştırılabilir.

* **Fluktasyon:** Bir elin baş, işaret ve orta parmakları ile nodülün üç farklı kadranını destekleyerek değerlendirilebilir. 4. kadran ise daha sonra diğer elin işaret parmağı ile sıkıştırılır. Sıvı dolu bir kavite, artmış baskıyı her yönde eşit olarak geçirir ve diğer elin üç parmağının her biriyle hissedilir. Solid bir kitle, bastırıldığı zaman bir başka yöne çıkıntı yapabilir veya yapmayabilir, fakat her yöne eşit şekilde çıkıntı yapmaz. Daha küçük nodüller, bidigital olarak muayene edilebilir.
* **Sıvı titreşimi**, fluktuan bir nodülde bazen hissedilen vuruş dalgaları için kullanılan bir ifadedir. Dalgayı hissetmek için nodülün bir tarafına perküsyon yapılırken, diğer tarafı geçiş yapan vibrasyon için palpe edilir. Sıvı titreşimi, küçük yumrularda muhtemelen saptanmaz, çünkü dalga hareketleri çok hızlıdır.
* **Bir nodülün translüsensisi** (ışık geçirgenliği), parlak ışıklı ucu olan bir aperey ile transillüminasyon yaparak değerlendirilebilir. Berrak sıvılar ışığı geçirir, kan, püy veya solidler geçirmez. Su, serum, lenf, plazma ve yağ içeren nodüller, transillüminasyonda karanlık bir odada kırmızı bir parlaklık gösterirler.
* **Pulsasyon**, özellikle boyun bölgesindeki bazı nodüller pulsatildir ve titreşimleri gözle görülebilir. Nodülün kendisinin mi pulsatil olduğu, yoksa komşu bir dokuda mı nabız atım geçişi olduğu saptanmalıdır. Eğer bidigital palpasyonda, parmaklar ayrı taraflara itilirse, nodülün kendisi genişleyip büzülüyor demektir. Eğer parmaklar aynı yönde itiliyorsa pulsasyon, sıklıkla komşu anevrizmalar veya vasküler neoplazilere bağlıdır. Santral hemangioma veya arteriel-venöz anevrizma kompresyonu takiben üzerinde yer alan dişin, soketinde, pulsasyonuna neden olabilir.
* **Nodülün sıkıştırılabilirliği**, bidigital veya bimanuel palpasyonla saptanabilir. Solid kitleler, kauçuk kıvamları nedeniyle az bir miktar sıkıştırılabilirler, sıvı dolu kitleler tamamen yassılaştırılabilirler. Kistler de, diğer sıvı dolu lezyonlar gibi, bastırılınca şekil değiştirebilirler, fakat baskı kalkar kalkmaz, eski formlarına dönerler.
* **Diğer sesler**, birçok vasküler nodülde görülür ve sistolik kan basıncına uyar.

**Nodülün, kompozisyonu** değerlendirilirken, pozisyonu, rengi, şekli, boyutu, yüzey dokusu, sınırları, sıcaklığı ve hassasiyet varlığı da gözlenebilir. Eğer bir nodül, yüzeye yakın lokalize ise, bir kas ile yakınlığı, (kas kasıldığında, nodül daha belirgin, çıkıntılı hale geliyorsa) araştırılabilir. Derin veya kas içindeki bir nodülü, kontraksiyonda saptamak giderek daha güç hale gelebilir.

Yüzey dokusundaki değişiklikler, nodülün gelişim şeklini ve hızını gösterebilir. Yüzey ülserasyonu; malignitenin bir işareti olabilir, kızarıklık inflamasyonun işareti olabilir. Nodül tarafından tutulan lenf drenajı, büyümüş ve hassas lenf düğümleri yönünden gözlenmelidir. Bu nodülün inflamatuar olabileceğini gösterir.

Ağrısız, düğüm düğüm, sertleşmiş nodlar, metastatik hastalığı gösterir.

**ÜLSER MUAYENESİ**

Ağız içinde veya çevresinde meydana gelen çoğu lezyon ülseratiftir. Bazen ülserler, zararsız, önemsiz durumlarla ya da yüksek bulaşıcılığı olan hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkar, bazıları ise malign hastalıkların klinik görünümleridir. Ülserler, tabanı, kenarları, derinliği, rengi, boşalımı ve çevresindeki dokularla ilişkisi yönünden değerlendirilmelidir.

**Ülserin tabanı**: Lezyonun alt kısmında işgal ettiği sahadır.

* Sifiliz ülserinin güderiye benzer bir döşemesi vardır.
* Tüberküloz ve histoplasmosis gibi diğer granülomatöz ülserler, tabanında, pyojenik bir granülomayı andıran mavimsi bir granülasyon dokusuna sahip olabilir.
* İskemik veya atrofik ülserler, expoze kemik, periosteum veya tendon olabilen tabanlarında, genellikle granülasyon dokusu içermezler.
* Tabandaki kızarıklık vaskülariteyi ve muhtemelen ülserin iyileşmeye yatkınlığını gösterir.

**Ülserin sınırlarının karakteristiğine** dikkat etmek önemlidir.

* Sığ bir ülserin düz, eğimli kenarı, iyileşmenin bir işareti olabilir.
* Epiteliumun bütün kalınlığını tutan zımba deliği gibi nekrotik kenar, sifilitik ülserlerde, onarım gayreti olmadığı zaman görülür.
* Yıkım gösteren bir kenar tüberkülozda yuvarlaklaşmış, sınırlı, sığ bir derinlik ise sıklıkla basal cell karsinomalarda görülür.
* Normal deri üzerini kaplayan dışa dönmüş kenarları olan daha derin bir ülser, squamoz cell carsinomanın belirtisi olabilir.

**Ülserin derinliği** de göz önünde tutulmalıdır.

* Eğimli bir sınırı olan, derinliği giderek sığlaşan ülserler iyileşme belirtisi gösteren ülserlerdir.

Ülserler sıklıkla nonspesifik orijinlidir ve kendi kendini sınırlar. Biopsi gibi kesin yöntemler bir kaç hafta geciktirilebilir, çünkü birçok oral ülseratif durum, bu periyodda rezolüsyon belirtileri gösterecektir.

**Bir ülserden boşalım veya sekresyon** bir krut veya kabuk varsa kolay kolay görülmeyebilir.

Tedaviye cevap vermeyen ve klinik olarak malignite göstermeyen bir ülserde, krut veya kabuğu kaldırıp, sekresyonu, kültür ya da sensitivite testleri için toplanarak daha ileri çalışmalar yapılabilir.

Bazı örneklerde bu materyalin histolojik incelemesi, viral enfeksiyonu düşündüren nükleer inklüzyon cisimciklerini saptamada yaralı olabilir: pemfigusta görülen akantolitik (Tzanck) hücreleri ve nadiren malign hücreler saptanabilir.

Diğer önemli bir konu, **ülserin çevresindeki dokularla ilişkisi**dir.

* Eğer sınırları sert ise genellikle tümör hücreleri tarafından (özellikle basal cell ve squamous cell carsinomalar ile görülen) daha derin dokuların invazyonunun bir işaretidir.