

ORAL DIAGNOZ ve ORAL MEDICINE

ORAL DIAGNOZ: Ağız bölgesinde görülen ve belirti veren hastalıkların teşhisi, ayrıcı tanısı ve tedavi planlaması ile ilgilenen bilim dalıdır.

ORAL MEDICINE: Bu bilim dalı, ağız bölgesinde ve çevresini oluşturan patolojilerin sistemik hastalıklar ile ilişkisi, bu hastalıkların teşhis ve medikal tedavi planlaması ile ilgilidir.

Diagnoz: Oral bölgede görülen hastalıkların teşhisi sırasıyla şu yöntemler ile yapılır;

- Anamnez alınması (Hastalığın öyküsü)
- Fiziksel muayene (Ekstra ve Intra-oral muayene)
- Özel muayeneler ve incelemeler (Radyografi ve diğer görüntüleme yöntemleri, Biyopsi, Laboratuvar incelemeleri, Hematolojik ve biokimyasal incelemeler)

Anamnezin alınması: Hekimlik sanatının vazgeçilmez başlangıcı hastanın öyküsünün alınmasıdır. Yapılan çalışmalarda hastanın öyküsünün doğru bir şekilde alınması, o hastalığın kesin teşhisinin 90% oranında doğru bir şekilde baştan saptandığı belirlenmiştir.

Hastanın öyküsü alınırken dikkat edilecek hususlar:

- Hastanın genel bilgileri (Ad soyadı, yaş, cinsiyet, etnik orijin, yaşadığı yer, meslek, eğitim, yaptığı gezi veya yolculuklar vs..) not edilmelidir.
- Sorular uygun bir sıraya bağlı olarak sorulmalıdır (ör. Çocukluk hastalıklarının sorulması önemlidir).
- Hastanın şu an ki şikâyeti kronolojik bir sıraya bağlı olarak not edilmelidir.
- Hastanın sistemik hastalığının olup olmadığı ve şuan ki genel medikal anamnezi alınmalıdır.
- Hastanın takiben dental anamnezi alınmalıdır.
- Hastanın ailesel anamnezi (Ailede kronik, genetik vb... Hastalıkların olup olmadığı) sorulmalıdır.
- Hastanın öyküsünü alırken amaç çok bilgi almak değil, doğru bilgi almaktır. Hastalar sıklıkla yaşam tarzını ve sosyal durumları ile bilgileri saklayabilme eğilimindedirler. Bu sebeple anamnez alınırken bu gibi durumların (ör. Alkol alıp almadığı, cinsel veya bulaşıcı hastalık geçirip geçirmediği) sorulması gereklidir.

Hastanın öyküsünün değerlendirilmesinde dikkat edilecek hususlar:

- Hastanın belirttiği ama hastalığı ile ilişkilendirmeyen ayrıntılar elenmelidir.

- Hastanın ruh ve davranış özellikleri göz önüne alınmalıdır. Bazı hastalar bir hastalığı yok iken var gösterme gayretinde olabilirler ki buna **simülasyon**, var olanı saklama gayretine ise **dissimülasyon** denir.
- Tutulan notlar düzgün ve okunaklı olmalı. Bununla birlikte adli vakalar için tarih/saat mutlaka yazılmadır. Hastanın öyküsünü alan hekim adı soyadı ve uzmanlığı hastayı muayene edecek bir sonraki hekim için önem arz edebilir.

1. Hastanın Biyografisi ve Demografik bilgileri

a) **Yaş:** Hastaların yaşının not edilmesi şu sebeplerden dolayı önemlidir. Bazı hastalıklar belirli yaş gruplarında ortaya çıkabilir. Bazı hastalıklar belirli yaş gruplarında daha ağır seyreder (Örneğin Çocuk ve genç bireylerde Herpanjina). Bazı hastalıklar erişkin bireylerde daha fazla gözüktür. (Ör. TME gibi eklem ve omurgada gelişen dejeneratif değişiklikler). Bununla birlikte konjenital hastalıkların erişkin formu genelde mevcut değil. İlaç uygulamaları için doz ayarlanması da yaş başlı olarak yapılmaktadır.

b) **Cinsiyet:** Birçok sistemik hastalıkta kadın-erkek arasında fark mevcuttur. Örneğin;

- Dolaşım sistemi; Hipertansiyon erkeklerde kadınlardan daha sık gözüktür. Karotis arter plak formasyonu (kalsifikasyonu) erkeklerde kadınlara göre daha fazladır.
- Kas-İskelet sistemi; Kadınlarda osteoporoz, menopoza sonrası erkeklere nazaran çok daha yüksektir ve geç erişkin kadınların en önemli problemlerinden biridir. TME problemi kadınlarda erkeklere nazaran popülasyona göre 2-3 kat daha fazla gözüktür.
- Sinir sistemi; Baş ve yüz bölgesi ağrıları (migren, pre/post menstrual ağrılar) kadınlarda daha fazla gözüktür.
- Hematopoetik sistem; Talasemia, demir eksikliği anemisi gibi kan hastalıkları hem taşıyıcılık hem de oluşum açısından kadınlarda daha sık olarak belirlenir.
- Solunum sistemi; KOAH gibi akciğeri ilgilendiren hastalıklar hem sigara kullanımı hem de mesleki açıdan erkeklerde daha fazla gözlenir.

c) **Etnik orjin:** Bazı hastalıklar belirli bir etnik grupta daha fazla gözlenebilir. Örn. Oral submüköz fibrosis (Hint etnik orjinli hastalarda) daha fazla gözlenir. Bununla birlikte beyaz orjinli hastalarda melanoma, lösemiler siyah ve sarı ırka göre daha fazla

rastlanır. Akdeniz Ateşi Yahudi Irkında daha fazla gözükmektedir. Almanya da yaşayan Türkler üzerinde yapılan araştırmalara göre HDL kolesterol oranı Alman toplumuna göre oldukça düşük olarak tespit edilmiştir.

- d) Yaşadığı veya Doğduğu yer:** Doğum yeri ise coğrafi özelliklere bağlı olarak görülen bazı belirtileri açıklayabilir. Örneğin ülkemizde Isparta bölgesinde suların flor oranının yüksekliği nedeniyle, fluorosis sık görülür. Ege ve Akdeniz Bilgesinde Behçet Hastalığı, Akdeniz Ateşi ve Talasemia daha sık rastlanır. Karadeniz bölgesinde iyot azlığına bağlı olarak guatr sıklığı daha fazladır.
- e) Meslek:** Bazı Hastalıklar bazı meslek grupları ile ilişkilidir. Örnek olarak Asbest, silikon gibi maddelere maruz kalarak çalışanlarda silikosis, kronik fibrolitik akciğer hastalıkları sıklıkla rastlanır. Çiftçi ve denizci gibi güneş ışığına maruz kalan kişilerde dudak kanserleri, pigmente lezyonlar daha sık rastlanır. Bununla birlikte radyasyon ile ilgili mesleklerde çalışanlarda; radyasyona maruz alma sonucu karsinogenesis ve malignite izlenir. Anilin boyaları ile uğraşanlarda Aplastik Anemi ve Lösemi daha sık olarak gelişir.
- f) Gezi ve Yolculuklar:** Hastaların son zamanlarda yaptığı gezi ve yolculuklar Diaognoz açısından önemlidir. Örneğin, Afrika ülkelerine yapılan gezilerde paraziter hastalığa yakalanma şansı daha fazladır. Ayrıca Klimadan veya havalandırma sisteminden alınabilecek Lejyoner pnömonisi başka bir örnektir.

2. Hastanın Yakınması

Hastaya şuan için hekime başvurma sebebi sorulmalıdır. Unutulmaması gereken hastanın yakınması mutlaka kendi sözleri ile not edilmelidir. Hastanın yanıtı ”tanı” değil “semptom” olmalıdır. Semptom; Vücuttaki bir hastalığa eşlik eden ve hastalığın göstergesini oluşturan belirtidir. Hasta tarafından ifade edilir sübjektif belirtidir. Bir başka deyişle, Bir hastalığın, sadece hasta tarafından hissedilen, hekim veya başka biri tarafından algılanamayan, ölçülemeyen belirtilerine **sübjektif belirti** veya **semptom** denir. Örneğin ağrı, baş dönmesi.. Sadece hasta tarafından hissedilmeyip muayene eden hekim tarafından, dışarıdan da görülebilen, algılanabilen belirtilere ise **objektif belirti** veya **bulgu (sign)** denir. Örneğin lenfadenopati,ateş,taşikardi..

Hastanın asıl yakınmasını belirlerken dikkat edilmesi gerekli hususlar şunlardır;

- Yakınmanın ne zaman ortaya çıktığı
- Başlangıç şekli ve süresi
- Lokalizasyonu
- Sıklığı ve şiddeti
- Tarzı
- Eşlik eden belirtiler
- Yakınmayı artırıcı veya azaltıcı faktörler
- Fizyolojik fonksiyonlarla ilişkisi ve
- Daha önce bir tedavi görüp görmediği veya herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır.

Eğer hastada birden fazla yakınma mevcut ise, hastayı en fazla rahatsız eden ve hastanın üstünde durduğu belirti seçilmelidir. Eğer bu belirtiler arasında ilişki mevcut ise hepsi kaydedilmelidir (Örneğin Bulantı-, Kusma ve şiddetli çene ve yüz ağrısı birlikte migrenatöz ve nevralji tarzı ağrıları gösterebilir). Hastalar kendince önemli saydığı ancak teşhisi için 2. Derecede önem arz eden belirtiyi söyleme eğiliminde olabilirler.

3. Özgeçmiş:

Hastadan alınan özgeçmiş hastalığın teşhisi, tedavi ve prognozu ile ilgili bilgi edinmeyi sağlamalıdır. Hastadan alınan öyküde var olan sistemik hastalıklar sistemik hastalıkların oral bölgedeki belirtilerin teşhisinde yardımcı olduğu gibi yapılacak tedavi planlamasını da etkiler. Aşağıda ki hususlar incelenmelidir;

- a) Daha önce geçirilmiş hastalıklar:** Hastanın geçmiş medikal hikayesinde genel olarak, geçirmiş olduğu ciddi sağlık sorunları, hastanede yatıp yatmadığı, eğer ar ise tam süresi ve geçirdiği hastalıklardan herhangi bir sekel olup olmadığı sorulmalıdır.
- b) Daha önce geçirilmiş operasyonlar veya kazalar:** Lokal ve/veya genel anestezi ile operasyon yapıp yapılmadığı, baş boyun bölgesi yaralanmaları, geçirilmiş kaza ve bun bağlı hastanede yatıp yatmadığı ve bunlardan sonra bir sekel kalıp kalmadığı irdelenmelidir.
- c) Çocukluk hastalıkları/ Aşı Uygulamaları:** Hastanın geçirdiği çocukluk hastalıkları, okul öncesi ve sonrası aşı uygulamaları, daha sonraki dönemdeki aşı uygulamaları (ör. Gezi öncesi aşı uygulamaları vs.).
- d) Kullanılan ilaçlar ve bunlara bağlı oluşan alerjiler:** Hastanın ilaç veya başka nedenli alerjiler, kullanmış olduğu veya halen kullanmakta olduğu ilaçlar, bu ilaçların dozu, süresi, düzenli kullanıp kullanmadığı ve yan etkisi varsa not edilmelidir.

- e) **Diğer Alerjiler:** Herhangi bir aşı, besin, güneş, kozmetik alerjisi olup olmadığı sorulmalıdır.
- f) **Alışkanlıklar:** Sigara, Alkol veya Madde bağımlılıkları, Aşırı çay ve Kahve içme alışkanlıkları irdelenmelidir.
- g) **Fizyolojik Fonksiyonlar:** Uyku düzeninin normal olup olmadığı, Gece hastayı uyandıracak ağrılar olup olmadığı, beslenme düzeninin uygun olup olmadığı gibi fonksiyonlar araştırılmalıdır.
- h) **Sosyal Hikaye;** Eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, sosyal ilişkiler ve evlilik durumu gibi sosyo-ekonomik olgular bu kısımda sorulmalıdır. Bu bilgiler, tedavi planlamasında, hastanın ağız ve diş sağlığına verdiği önem, günlük yaşam temposuna ve standartlarına en uygun tedavi alternatifini belirleme, tedavi seanslarını,randevularını ayarlama, maliyet açısından hastaya en uygun seçeneği ve ödeme planını belirleme, ayrıca hastada varolan bazı extraoral ve intraoral bulguları yorumlayabilme açısından önemlidir.

4. **Soygeçmiş:** Anne baba ile ilgili bilgiler. Ebebeynlerin kalıtsal, kronik bir hastalıkları olup olmadığı sorulmalıdır. Eğer ölmüş ise ölüm sebepleri ve yaşları kaydedilmelidir. Kardeşleri var ise yaşları, sayısı, cinsiyetleri, genel sağlık durumları, benzer hastalıktan yakınmaları olup olmadığı sorulmalıdır. Ailede sık görülen hastalıklar açısından sorgulanması gereken sistemik hastalıklar;

- Solunum sistemikleri hastalıkları: Astım, KOAH, Malignite
- Dolaşım sistemi hastalıkları: Hipertansiyon, Kalp yetmezliği, Koroner Arter Hastalığı
- Sindirim sistemi hastalıkları: Steven Johnson Sendromu, Oro-farenks bölgesinde Malignite
- Endokrin sistem: Diabet Mellitus, Tiroid Hastalıkları
- Kan Hastalıkları: Anemi, Kanma diatezleri, hematolojik maligniteler
- Kas-İskelet sistemi: Romatoid Artrit, Osetoporoz, TME problemleri
- Sinir sistemi: Trigeminal Nevralji, Migren

5. **Dental özgeçmiş:** Hastanın daha önceki dental deneyimleri, varsa komplikasyonları, dental bakıma verdiği önem ve yaklaşımı, korku ve endişeleri öğrenilmelidir. Daha önceki dişhekimi ziyaretlerinin sıklığı, En son diş hekimi ziyaretinin nedeni ve ne yapıldığı, Dental uygulamalar sırasında ortaya çıkan sıkıntı ve komplikasyonlar, Daha önce yapılan tedavilerin neler olduğu, ne zaman yapıldığı, hastanın memnun kalıp kalmadığı sorulmalıdır. Ortodontik

tedavi, Periodontal tedavi, Endodontik tedavi, Protetik tedavi, Oral cerrahi, Yakın zamanda yapılmış radyolojik incelemelerin olup olmadığı sorulmalıdır.

KLİNİK MUAYENE:

Tanı için gerekli bilgilerin uygun sorularla hastaya sorulup elde edilmesinden sonra hastanın detaylı klinik ekstra-oral ve intra-oral muayenesine geçilir. Bu aşamada karşılaşılan subjektif ve objektif belirtiler dikkatle değerlendirilir. Klinik muayene hasta kliniğe adım atınca başlar. Hastadaki fiziksel yetersizlikler (örneğin yürüme konuşma vb.) hastanın yakınması ile direkt ilişkili olabilir. Hastanın konuşma ve kendini ifade etme şekli hastanın sosyo-ekonomik ve mental durumu hakkında bilgi verir.

Muayene prosedürü sırasıyla; Genel muayene (Vital bulguları içine alacak şekilde); Ekstra-Oral ve Intra-Oral muayene, Organ istemlerini ilgilendiren özel muayeneler, Radyografik ve laboratuvar incelemeleri şeklindedir.

Genel muayene: Sistemik hastalığı olan bireyler hareket, nefes alma, fasiyal görünüm farklılığı, zayıflık gibi bulgulara sahip olacağı için hastaların bu ilk muayenesini hasta ile tanışma esnasında yapılabilir. Bununla birlikte hekim, genel muayeneye kilo/boy ölçümleri ve temel vital bulgular (ateş, nabız, tansiyon, solunum sayısı vb.) kontrollü de yapmalıdır.

Vital Bulgular: Ateş, Nabız, Tansiyon, Solunum Sayısının belirlenmesi şeklindedir.

Ateş: Vücut sıcaklığının normal maximum değerlerin üstüne çıkmasıdır. Normal vücut sıcaklığı 36.5-37 derece arasında oldukça dar bir alanda sınırlıdır. Vücut sıcaklığının diurnal ritmi mevcuttur. Sabah ve akşam sıcaklık ölçümleri arasında 0.8 dereceyi bulan bir fark mevcuttur. Vücut sıcaklığını düzenleyen merkez anterior talamusta bulunur. Periferden gelen sinyallere göre, merkez periferik vazokonstriksiyon ve ısı yapımına yol açar. Isı yapımına yol açan maddelere **pirojen maddeler** denir. Bunlar endojen ve dışardan gelen eksojen pirojenler olarak ayrılır. Örneğin bakteri kaynaklı endotoksinler eksojen pirojenlerdir. Endojen pirojenler ise fagositik hücreler tarafından sentezlenir. En önemlisi Protostoglandin E'ler olup bu endojen pirojenler anterior hipotalamusun preoptik alanı etkileyerek ısı yapımını indükler.

Ateşin değerleri, ölçüm yerlerine, zamana ve yaşa göre sapmalar gösterir;

- Çocuklarda sıcaklık düzenlemesi iyi olmadığından $0,5 - 1^{\circ}C \pm$ olabilir.

Ateş:

- Ağızdan $37 - 37,4^{\circ}C$

- Koltuk altından 36.5 – 37 ° C
- Rectal yoldan 37 - 37.5 ° C
- Kasıklardan 36.5 - 37 ° C alınır.

Ateş tipleri:

- Subfebril ateş : 37.4 - 38 ° C
- Hafif ateş : 38 - 38.4 ° C
- Orta ateş : 38.5 - 39.5 ° C
- Yüksek ateş : 39.5 - 40 ° C
- Çok yüksek ateş : 41 ° C ve üstü

Ateş dört dönem şeklinde seyrederek:

- Prodromal dönem; halsizlik ve bitkinlik vardır.
- Ürperme: Titreme vardır.
- Ateşlenme: Vücut ısısı normal değerlerin üzerine çıkar.
- Düşme: Vücut ısısı normale döner.

Ateş ayrıca değişik şekillerde de olabilir:

- Febris Continua: Vücut ısısı sürekli 38.8 derecenin üzerindedir. Günlük ısı farkı 1 dereceden azdır. Eneterik ateşte ateş seyri bu şekildedir.
- Febris Remitans: Sabah akşam vücut ısı farkı 1 derecenin üzerindedir. Ancak ölçülen en düşük vücut ısısı 38.3 derecenin üzerindedir.
- Febris Intermittant: Vücut ısısı hergün normal değerlere iner. Tekrar 38.3 derecenin üzerine çıkar. Günlük ısı farkları çok azdır. Septik ateşte denir. Sıtma bu tür ateşe iyi bir örnektir.
- Febris Recurrentis: Kısa, ateşli ve ateşsiz periyodlar birbirini izler. Borrelia recurrentis enfeksiyonu sırasında bu ateş görülür.
- Febris Ondulans: Ateş yavaş yavaş yükselir.5-6 günde en yüksek seviyesine ulaşır. Sonra yine yavaş yavaş düşer. Tekrar 5-6 günde en üst düzeye varmak üzere yavaş yavaş yükselir. Tipik Brusella enfeksiyonunda görülür.

Sebebi bilinmeyen ateş: Ateş enfeksiyon hastalıklarına özgü klinik bir belirtidir. 3 haftadan daha fazla süren 38,3 dereceyi aşan ateşe Sebebi bilinmeyen ateş denir. SBA 3 grupta toplanmıştır; a) İnfeksiyonlar, b) Malign tümörler, c) kollogen-vasküler hastalıklar. Bununla birlikte hastaların; %10-15'inde sarkoidoz, granülamatöz, inflamatuvar bağırsak, FMF, kronik karaciğer, tiroid-hipofiz bezi hastalıkları, myelodisplastik sendrom, ruhsal bozuklular gibi hastalıklar SBS'nin sebebi olabilir. Vakaların %5-10'ununda gerçek SBS olup, sebep yoktur. Aylarca sürdükten sonra kendiliğinden geçer.

Vücut sıcaklığı artınca solunum sayısı ve nabız da artar. Ateş 1°C artınca solunum sayısı 2 – 5, nabız sayısı 8 - 10 (10 - 20 atım/dk.) artış gösterir.

Nabız: Bir arterde meydana gelen dalgalanma hissi olarak basitçe tarif edilebilir. Herhangi bir arteri palpe ederek hissedilebilir, ancak büyük, geniş ve yüzeysel arterlerde daha rahatlıkla tespit edilir. Bu işlem için en uygun Karotis ve radial arterden yapılabilir. Bununla femoral, fasiyal ve temporal arter gibi bacak ve yüz bölgesinden de alınabilir.

Karotis bölgesinden alırken nabız sistol sırasında biraz yükselir ve daha yavaş bir biçimde alır. Nabzın zirve kısmında bir çentiklenme hissedilir. Bu Aort kapağının kapanmasına bağlı olarak oluşan “dikrotik” çentiktir.

Nabzın normal değerleri:

- Normal erişkinde 60 - 100 / dk
- Çocuklarda 90 - 110 / dk
- Fetusta 135 - 140 / dk
- Yaşlılarda 55 - 65 / dk

Çocuklarda bazal metabolizmanın yüksek olması nedeni ile nabız yüksektir. Nabzın dk.' da 100'ün üstünde olmasına **taşikardi**, 60'ın altında olmasına **bradikardi** denir.

Bununla beraber nabzın karakteri bazı sistemik hastalıkların tanısında yarar sağlayabilir:

- Zayıf nabız:** Sempatik sistemin aşırı aktivitesi ile olur. Vurum hacmi debisi azalmış veya merkezi nabız basıncı azalmıştır. Damar spazmına bağlı olarak nabız dalgasının azalması veya sönmesi gözlenir.
- Paradoksik nabız:** Nabız solunum fazları ile eş zamanlı olarak kuvvetli, sonra zayıf, sonra tekrar kuvvetli hissedilir. Kalp debisinin alternatif olarak çoğalıp azalmasından kaynaklanır.
- Nabız açlığı:** Kalbin ritmi, atrium fibrilasyonu yada ektopik atım vaklarında çok düzensizdir. Bu aritmlerde, kalbin iki atımı birbirine o kadar yakın gelir ki, sol ventrikül ikinci vurumda ya hiç kan pompalamaz ya da çok az pompalar. Bu durumda radial arterden nabız hissedilmez.
- Pulsus alterans:** Bazı durumlarda kalp atımları güçlü ve zayıf olmak üzere alternatif durum gösterir, buda aynen nabza yansır. Genişlemiş ventriküllerde birbirini izleyen kalp vurumlarında vurum hacim debisinin değişmesinden kaynaklanır.
- Pulsus Bisferens:** (sistolde iki pik); Aort yetmezliği, Hipertrofik kardiyomiyopati

- f) **Pulsus Parvus:** Ventrikül atım hacmini azaltan durumlar, ör: Hipovolemi, mitral stenoz, yeni infarktüs (küçük ve zayıf nabız)
- g) **Pulsus Tardus:** Aort darlığı (zirveye ulaşan nabız)
- h) **Pulsus Alterans:** Ağır kalp yetmezliği (birbirini takip eden normal ve zayıf nabızlar).
- i) **Pulsus Paradoksus:** İspirasyonda arter basıncının 10mmHg'den daha fazla düşmesi; ağır astım krizi, perikard tamponadı, Vena cava superior sendromu.

Solunum: Solunum merkezi, medulla oblongata ve ponsa iki taraflı, dağınık bir yerleşim gösteren nöron gruplarından oluşur. Bu merkez başlıca 3 büyük alana bölünebilir;

- **Pnomatik merkez:** Ponsun üstünde yer alır. Solunumun hızını kontrol eder.
- **Ventral merkez:** Medullanın lateral ve ventralinde bulunur. Ekspirasyon ve İspirasyonu kontrol eder.
- **Dorsal merkez:** Medullanın dorsalinde yer alır. İspirasyondan sorumludur.

Normal Kişilerde solunum sayısı 10-14 arasındadır. Gençlerde 14 e yakın, yaşlılarda az sınıra yakındır.

Bradipne, solunum sayısının azalması, **Takipne ve Polipne** ise solunum sayısının artmasıdır. **Polipne** hem soluk sayısında artış, hem de derin solunumu ifade eder. **Hiperpne** ise hem hızlı hem de derin solunumu ifade eder. **Apne (solunum durması)** kafa içi basıncının artması, bazı psosomatik ilaçlara ve sinir sisteminin ilgilendiren hastalıklarda görülür. Bununla beraber solunum karakteri bazı sistemik hastalıkların tanısında yarar sağlayabilir. Örneğin, Biot solunumu ise ataklar gösteren uzun apnelerdir. Cheyne-Stokes solunumu ise dönüşümlü olarak solunum sayısı ve derinliğinde artma ve azalma ve bu periyodlar sonunda ise apne ile gözüktür. Ensefalopatiler, Konjestif kalp yetmezliği ve SSS lezyonlarında gözüktür.

Tansiyon: Arter içinde dolaşan kanın arter çeperine yaptığı basınçtır. Arter sisteminde iki ayrı basınç vardır: Sistolik (maximum); Sistol sırasında, sol ventrikülün kanı aortaya attığı zaman kaydedilen basınç. Diastolik (minimum); sol ventrikülün gevşemesi sırasında, arter sisteminde basıncın düştüğü en alçak seviyedir.

Normal kan basıncı 120/80 mmHg' dir. Maksimum normal kan basıncı ise 140/90 mmHg olarak tanımlanır ki yaşlılarda bu seviyededir. Normal kişilerde yatar pozisyonda yapılan ölçümlerde popliteal kan basıncı, brakial kan basıncından 20-40 mmHg daha yüksektir.

Yukarda değerlerin üzerindeki basınç düzeylerine Hipertansiyon adı verilir.

Kategori	Sistolik	Diastolik
Normal	130 mmHg	85 mmHg
Normalin üst sınırı	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertansiyon		
Evre 1 (Hafif)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Evre 2 (Orta)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Evre 3 (Şiddetli)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Evre 4 (Çok Şiddetli)	210 mmHg	120 mmHg

1

Sistolik Hipertansiyon: Beraberinde diyastolik basınçla yükselme olmaksızın sistolik basınç yükselmesine sistolik hipertansiyon denir.

Etyolojisi:

- Aortik Ateroskleroz
- Ateş, Anemi, AV fistül, Paget Hastalığı, beriberi, Anksiyete
- Aort yetmezliği
- Aort koartasyonu

Semptomlar:

- Semptomlar, eğer varsa altta yatan hastalığa bağlıdır. Örneğin; Renin – Anjiotensin-Aldesteron sistemindeki anormallikler veya baroreseptör duyarsızlığı. Bununla birlikte Renal parankim hastalıkları, endokrinolojik sebepler sonucunda semptomlar gözlenir.

Bulgular:

- Sistolik hipertansiyonda sistolik basınç her zaman yüksektir. Bununla birlikte altta yatan hastalığın bulguları da izlenir. Örneğin Cushing sendromuna bağlı olarak Birkaç ay ile yıllar arasında değişen bir süreden sonra yüz yuvarlaklaşması ve daha kırmızı bir görünüm alması, Aşırı kılınma vb...

Tanısal Yaklaşımlar:

- Aort koartasyonunu, her iki alt ve üst ekstremitelerde nabız ve kan basıncının kontrol ederek ekarte edilebilir. Eğer bacaklarda kan basıncı, kollardan 20-30

¹ Ateş

mmHg daha düşükse veya femoral nabız pik yapıyorsa aort koartsayonu için tetkik yapılmalıdır.

- Hasta orta ve ileri yaşlarda ise aort atheroskleroz elimine edilmelidir. Özellikle panoramik radyografilerde karotis arter civarındaki kalsifikasyonlar dikkatlice incelenmelidir.

Diastolik Hipertansiyon: Diastolik basınç yükselmesine diastolik hipertansiyon denir. Buna hemen daima sistolik basıncın yüksekliği eşlik eder. En az üç değişik zamanda, 15-20 dk ara ile kan basınç değeri normalin üzerinde ise hipertansiyon tanısı konulabilir.

Etyolojisi:

- **Primer veya esansiyel hipertansiyon (vakaların %90'ı)**

- **Sekonder hipertansiyon;**

1) Endokrin Hastalıklar

a) Adrenal

-Aldosteronizm

-Feokromsioma

-Cushing sendromu

b) Tiroid: Hipotiroidizm

c) Pituitar: Cushing hastalığı

d) Paratiroid:Hipertiroidi

2) Renal Hastalıklar: Glomerulonefrit,pyelonefrit, polikistik hastalıklar, radyasyon, travma, renal neoplazm

3) Oral Kontraseptif ajanlar

4) Diğer sebepler: Polisitemi, yanık, kurşun zehirlenmesi, Kafa içi basınç artması, beyin tümörleri.

Semptomlar: Yaş ve başlangıç şekli hipertansiyon için ipucu verebilir. Örneğin Çocuklarda veya gençlerde akut bir başlangıç, akut böbrek yetmezliğini düşündürür. Gençlerde orta şiddetli bir hipertansiyon kronik böbrek yetmezliğini düşündürebilir. Diastolik kan basıncının tek başına bulgusu yoktur. Esansiyel hipertansiyon hastalarda semptomlar non spesifiktir ancak kaslarda güçsüzlük, poliüri, polidipsi ve tetani ile birlikte görülür ise, aldeosteronizm düşünülmelidir. Hipertansiyon paraoksizmal tarzda, çarpıntı, bulanık, kusma, titreme vs.. bulgular var ise feokromositomayı düşündürür.

Bulgular: Hipertansiyonlu hastalarda böbrek büyüklüğü, polikistik böbrek hastalığını düşündürür. Femoral nabızın alınmaması veya azalması aort koartasyonunu düşündürebilir.

Diş Hekimliği açısından önemi: Hipertansiyon olan bireyler diş hekimliği pratiğinde en fazla karşılaşılabilecek hasta gruplarından birisidir. Sıklıkla Kardiyovasküler problemler ile birlikte görüldüğü için bu hasta grubunda da hipertansiyon açısından değerlendirilmesi şarttır. Hipertansiyonlu bireylerin muayenesini belirli bir sistematik altında yapmak gereklidir;

- Hastayı her seans öncesi rutin tansiyon kontrollerinin yapılması gereklidir. Hastaya tansiyon ölçümleri öncesinde (merdiven çıkma vs. efor sonrasında) bir süre dinlendirildikten sonra yapılması gereklidir.

- Herhangi bir tansiyon hikâyesi olmayan bireylerde, Tansiyon ölçümleri 159/99 altında olan bireylerde, herhangi bir müdahaleye gerek yoktur. Tedavi öncesi rutin ölçümler ile tansiyonun seyri kaydedilmelidir. 160-179/100-109 olan bireylerde ise hastaya göre detaylı anamnez ve yapılacak dental müdahale göre değerlendirilmesi gereklidir. Bu tip hastalardan dahiliye konsültasyonu istenmesi yerinde olacaktır.
- Hipertansiyon hikâyesi olan bireylerde 140/90 üzerinde dental tedavi için önlemler veya modifikasyonlar yapılmalıdır. Hastayı kontrol altında tutan hekiminden konsültasyon istenmelidir.

Dental tedavi sırasında adrenalinsiz lokal anestezi kullanılmalıdır. Eğer hasta antikoagülan ilaç kullanıyorsa pıhtılaşma zamanı geçtir. Bu sebeple diş çekimi ve periodontal tedavi sonrası kanama problemi ile karşılaşılabilir. Bu tür ilaç kullananlarda doktoru ile konsültasyona giderek en az 3 gün önceden bırakılması gereklidir. Genel anestezi ileri ve kontrol edilmeyen (veya teşhis) edilmemiş hipertansiyonlu hastalarda problem teşkil edebilir, bu sebeple kullanımı maksillofasiyal cerrahide kullanılmalıdır. Kontrol altında olanlarda ise komplikasyon oranı azdır. Dental tedavi bazı hastalarda aşırı korku ve strese sebebiyet verebilirler. Buda Hipertansif krizi tetikleyebilir. Bu tip hastalarda özellikle sabah saatlerinde, ilk hasta olarak, mutlaka ilaçlarını almış şekilde gelmelidirler. Seans zamanı kısa tutulmalıdır. Bazı hallerde “diazem” gibi sedatifler bu tip aşırı korku ve stres gelişen hastalarda kullanılabilirler. Dikkat edilmesi gereken bir konu genel yerine lokal anestezi tercih edilmelidir ve bu tip hastalarda anestezisi sırasında aspirasyon unutulmamalıdır.

Bununla birlikte hastaların kullandıkları bazı ilaçlar intra-oral (oral mukozada) bazı değişikliklere sebebiyet verirler. Örnek olarak;

- **Diüretikler-----Ağız kuruluğuna sebebiyet verir.**
Klortalidon
Hidroklorotiazid
Metalazon
Indapamid
- **Adrenerjik inhibitörler-----Bradikardi, ağız kuruluğu, oral ülserasyonlar**
 α Blokörler
 β Blokörler
- **Direkt vazodilatötörler----- Taşikardi, Baş ağrısı**
Minoksil
Hidralaznin Hidroklorid
- **Kalsiyum antagonistleri-----Gingival hiperplazi**
Nifedipin
Nisoldipin
- **ACE inhibitörleri----- Tat bozukluğu, öksürük, likenoid reaksiyonlar**
Benazepril
Captopril
Lisinopril
Quinapril

Hipotansiyon: Kan basıncının organ perfüzyon bozukluğuna bağlı semptomlara neden olabilecek düşüklükte olması veya başka bir ifadeyle sistolik kan basıncının 100 mmHg'dan düşük ve semptomatik olmasıdır.

Etyolojisi:

- Primer (esansiyel) Hipotansiyon: En sık görülen hipotansiyon şeklidir. Genellikle leptozomal yapıya sahip genç kadınlarda, aile öyküsü olanlarda, bedensel aktivitesi düşük olanlarda ve stres altındaiken görülür.
- Sekonder Hipotansiyon: Kardiyolojik nedenler: Aort darlığı, mitral darlığı, kalp yetmezliği, ritim bozuklukları, vagal tonus artışına yol açan refleksler (valsalva gibi), akciğer embolisi gibi nedenlerdir. İmmobilizasyon (Uzun süre yatak istirahati gibi), Kanama, hipovolemi, hiponatremi, Endokrin nedenler: Hipofizer yetmezlik, sürrenal yetmezlik gibi, Toksik ve enfeksiyöz nedenler ve İlaçlara bağlı: Antihipertansifler, antiaritmikler, diüretikler, vasodilatörler, psikofarmasötikler
- Ortostatik veya efora bağlı (dolaşım disregülasyonuna bağlı) hipotansiyon

Semptomlar: Hipotansiyonu olan hastalarda; çabuk yorulma, iş yapamama, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı, kulak uğultusu, kalbe ait yakınmalar (çarpıntı, kalp bölgesinde ağrılar gibi), depresif bir ruh hali, huzursuzluk, uyku bozukluğu, soğuk el ve ayak, yataktan veya iskemleden kalkarken baş dönmesi, gözlerde uçuşma veya gezinen kara lekeler görülmesi ve ortostatik senkop atakları başlıca klinik özelliklerdir.

Diş Hekimliği açısından önemi: Antihipertansif ilaçların en önemli komplisyonlarından biride “**postural hipotansiyondur**”. Yatar pozisyondaki hastanın aniden kaldırılması sonucu gelişir. Bununla birlikte barbitüratlar ve beta blokör kullanımlarında hipotansiyon gelişebilir. Bu tip medikamanların kullanımını dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

MUAYENE TEKNİKLERİ

Visual İnceleme: Hastanın sistematik gözlenmesidir. Hasta ile karşılaşma sırasında başlar. Klinik muayene başladığı zaman daha detaylı hale gelir. İyi bir inceleme için yeterli bir ışıklandırma, aydınlatma zorunludur. Bu amaçla üniten 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 inceleminde, renk değişiklikleri, kuruluk, ödem, ayrıca boyut, şekil, simetri, deformite, şişlik veya anormal muskuler gelişim de görülebilir. İnceleminde ayrıca organların veya dokuların özellikle eklemlerin yaptığı hareketler gözlemlenebilir veya bir alet örneğin cetvel yardımı ile bu hareketler incelenebilir. Özellikle exoftalmus, mandibular hareket ve hipertelorizm muayenesinde kullanılır. Gene transillimansyon metodunda kullandığımız ışık sonucunca ceries ve sinüslerin patolojilerde inceleminle anlaşılabilir. Ultraviyole, dişlerde terasiklin renklemesinde incelenebilir.

Diaskopi: 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 nedeni 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. Diaskopide beyazlaşma gösteren bazı durumlar; vasküler lezyonların büyük çoğunluğudur. (varisler, telenjektaziler, hemangiomlar, bazı vakalardaki eritroplaziler...). Eğer saha beyazlaşmazsa, amalgam, karborondum, çini mürekkebi dövmesi, nevus, lokalize pigmentasyon, peteşi, ekimoz ve hematom gibi kanın damar dışına çıktığı durumlar gibi bir çok değişik nedene bağlı olabilir.

Palpasyon: Öncelikle muayene edilecek dokunun normal şekil, yapı ve kıvamının bilinmesi gerekir. Bu şekilde patolojiler ayırdedilebilir, 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. **Texture**, doku yapısı, 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. Bir örnek, mandibula alt sınırına rağmen submandibuler düğümlerin yuvarlaklığıdır. Ek olarak, yoğunluk (kıvam), muayene eden kişinin baş ve işaret parmakları arasında dokuyu sıkıştırması ile de değerlendirilebilir. Buna **bidigital palpasyon** denir. Bidigital palpasyonun yararlılığı, dudaklardaki, buccal mukozadaki ve kulak helixlerindeki nodüllerin değerlendirilmesinde görülür. Her iki elin işaret ve orta parmaklarının arasında dokunun manipülasyonu **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 socketindeki hareketidir. Ağrıyı elimizle palpe edememekle birlikte, palpasyonla ortaya çıkarabiliriz. Parmak, bir anormalliği gerçekte teşhis etmeden önce, palpe eden el, hastada ağrılı bir yanıtı yol açabilir. Palpasyon sırasında, hastanın reaksiyonuna dikkat edilmelidir ve inceleyici ile hastanın duyu sinir uçlarının bölgedeki hissi oluşturduğu unutulmamalıdır.

Perküsyon: Dokulara, parmak ya da bir enstrümanla vurularak 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 vurularak yapılır. İntraoral olarak perküsyon, dişleri değerlendiren bir metod olarak kullanılır. Genellikle, ayna sapı ile dişlere hafifçe vurularak uygulanır. Bu yöntemde, periodontal hastalık veya pulpitisle bağlı inflamasyon bölgelerinde ağrı ortaya çıkabilir. Dişlerin kemikte ankilozu, perküsyonda değişik bir sese neden olur. Hasta dişe yapılan perküsyon, sağlıklı dişle karşılaştırılmalıdır. Destek dokular sağlamısa nispeten yüksek yonda ses çıkar. Zayıfsa ses yoğunluğu daha az olur. Akut Apikal Paradontitis'de hafif dokunma ile bile ağrı olur. Pulpitisli dişlerde, pulpanın akut iltihabı perküsyon ağrısına neden olur (periodontal membran sağlam olsa da).Perküsyon iki şekilde yapılır: - Yatay perküsyon: Dişin buccal ve palatinal (lingual) yüzlerine vurularak yapılır. Dikey perküsyon: Dişlerin incisal yüzeyine ve occlusal 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. Dikey perküsyonda ağrı periapikal bir patolojiyi de gösterir.Yatay perküsyonda ağrı, iltihabın periodontal dokulara yayıldığını gösterir. Sinüs gibi boşluklarla komşu dişlerde (örn: üst 5,6,7) daha farklı perküsyon sesi elde edilir.

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.

Transillüminasyon: Transillüminatör ile yapılır. Maxiller sinüs, aproksimal çürük, tartır 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. Ultraviöle ışınlar da tetrasiklin renklenmesindeki ve eritroblastosis fetalisin karakteristiği olan fluoresansı saptamada kullanılabilir. Ayrıca kongenital porphyria de etkilenen dişler ultraviöle 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 konuları ile sondlanabilir. Gutta percha konu topikal anestezi ile yağlanıp, dikkatlice içeri sokulur ve film çekilir. Bu işlem, periapical bir apseyi, diğer nedenlere bağlı apselerden ayırtetmekte faydalıdır. Sinüs perforasyonlarının muayenesinde de özel sondların kullanımı önerilir (gümüş sondalar).

Aspirasyon: 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. Minimal vasküler içerikli neoplaziler gibi solid lezyonlarda materyal aspire edilemeyebilir. Bir hava embolisinde oluşan ya da travmatik kemik kisti gibi boş alanlar materyal içermez ya da az miktarda hafif kanlı sıvı içerir. Püyo aspirasyonu, inflamatuvar proçesin göstergesidir. Materyal, kültür için patojeni tanımlayan duyarlılık testleri ve onun en iyi tedavisi için kullanılabilir. Saman renkli veya hafif kan-boyalı sıvı, kisti gösterebilir, oysa kan aspirasyonunun pek çok yorumu vardır. Eğer çok miktarda kan kolaylıkla aspire edilebiliyorsa, hemangiom gibi vasküler bir lezyondan kuşulanılmalıdır. 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.

Fonksiyonun Değerlendirilmesi: Baş ve boyun muayenesi sırasında, çeşitli fonksiyonların değerlendirilmesi gerekir. Tükürük bezlerinin fonksiyonu, bir dereceye kadar palpasyonla ya da sağma ile değerlendirilebilir. Çıkan sıvı, miktar ve yapı olarak gözlenmelidir. Niteliğinin

yanı sıra püy varlığı, görünüşü, viskozitesi önemlidir. Dil, tat alma organıdır, fonksiyonu sature tuz ve acı solüsyonlarla, kinin, fruktoz ya da diğer şekerlerle değerlendirilebilir. Oral kavitenin bir diğer fonksiyonu çiğnemedir. Çiğneme ve yutmanın olması için bir miktar tükürük varolmalıdır, çiğneme kasları koordine olmalıdır ve fonksiyon gören TME hastaliksız, dişler ve periodonsiyum sağlıklı, oral ve pharyngeal mukoza normal, dişlerin yeterli oklüzyonu varolmalıdır. Bu yapılarıdaki belirgin bozukluklar, çiğnemeyi tamamen kesintiye uğratmamakla birlikte sınırlı çene açıklığı, çeneleri hareket ettiremememe, ağrı, yutma güçlüğü ve çiğneme sırasında ağrı gibi bazı semptomları ortaya çıkarabilir. Bell's palsy (periferik yüz felci), parotis adenoid kistik karsinoması, çene tümörleri gibi bazı durumlar, parestezi veya paralizi gibi nörolojik semptomlara neden olabilir. Yüz kaslarının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. Alnını kırıştırma, gözünü kapatma, açma, dudak hareketleri, ısıklık çalma, çift taraflı ve tam olarak yapılıyor mu? Dil, yumuşak damak hareketleri, çeneyi açıp-kapanan kasların fonksiyonu, trismus olup olmadığı.

Ülser Muayenesi: 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 görünümüdür. Ülserler, tabanı, kenarları, derinliği, rengi, boşalımı ve çevresindeki dokularla ilişkisi yönünden değerlendirilmelidir. 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 carsinomalarında 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 durumlar, bu periyotta 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 yararlı olabilir: pemfigusta görülen akantolitik (Tzanck) hücreleri ve nadiren malign hücreler saptanabilir. Diğer önemli bir konu, ülserin, çevresindeki dokularla ilişkisidir. Eğer sınırları sert ise genellikle tümör hücreleri

tarafından (özellikle basal cell ve squamous cell carsinomalar ile görülen) daha derin dokuların invazyonunun bir işaretidir.

Nodül Muayenesi: İnspeksiyonla ve palpasyonla lokalize edilmiş bir nodül, kompozisyonu yönünden değerlendirilmelidir. Nodülün kompozisyonu, belirli fiziksel bulgularına göre değerlendirilebilir: yoğunluk, (kıvam), flüktüasyon, sıvı titreşimi, translusensi, pulsatile (nabız atımı), sıkıştırılabilirliği ve sesleri. **Kıvam**, palpe eden parmaklar arasında, nodülün mobilite derecesini tanımlar. Kıvamı tanımlayan sıfatlar; **sert (indurate)** = sıkıştırılmayan 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 yumrulara muhtemelen saptanmaz, çünkü dalga hareketleri çok hızlıdır. **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, kompozisyonu** değerlendirilirken, pozisyonu, rengi, şekli, boyutu, yüzey dokusu, sınırları, sıcaklığı ve hassasiyet varlığı da gözlenebilir. Nodül tarafından tutulan lenf drenajı, büyümüş ve hassas lenf düğümleri yönünden gözlenmelidir, bu, nodülün inflamatuvar olabileceğini gösterir. Ağrısız, düğüm düğüm, sertleşmiş nodlar, metastatik hastalığı gösterir.