

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN SIK GÖRÜLEN BENİGN VE
MALİGN CİLT LEZYONLARI İLE İLGİLİ
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Ashlan Burcu AY BUDAK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2022

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN SIK GÖRÜLEN BENİGN VE
MALİGN CİLT LEZYONLARI İLE İLGİLİ
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Aslıhan Burcu AY BUDAK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

İçindekiler

ÖZET	xi
ABSTRACT/SUMMARY	xiii
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DERMATOLOJİK HASTALIKLAR.....	3
2.2.Pigmentasyon Bozuklukları	3
2.3.Deri Enfeksiyonları	10
2.4.Premalign Cilt Lezyonları.....	16
2.5. Malign Cilt Tümörleri.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırma Modeli.....	28
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.2.1. Dahil edilme kriterleri.....	29
3.2.2. Hariç bırakma kriterleri.....	29
3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	29
3.4. Anket (Hasta Bilgi Formu).....	30
3.5. İstatiksel Analiz	30
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	31
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.8. Gerekli İzinler	31

4. BULGULAR.....	32
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	32
4.1.1. Sosyodemografik Değişkenler	32
4.1.2. Aile Sağlığı Merkezi'ne Cilt Lezyonu ile Başvuran Hastaların Sıklığı ve Hekimlerin Bu Konudaki Tutumları.....	33
4.1.3. Lezyon Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtların Sosyodemografik Verilere Göre Karşılaştırılması	38
4.1.4. Lezyon Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtların Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hasta Sayısı, Bu Hastalarda Maligniteden Şüphelenme Sıklığı ve Maligniteden Şüphelenilen Hastalara Yaklaşım Durumuna Göre Karşılaştırılması	42
4.1.5. Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hasta Sıklığı Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyodemografik Verilerle Analizi	45
4.1.6. Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hastalarda Katılımcıların Maligniteden Şüphelenme Sıklığı Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyodemografik Verilerle Analizi.....	47
4.1.7. Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hastalarda Maligniteden Şüphe Durumunda Katılımcıların Sergiledikleri Tutum Sorusuna Verdiği Yanıtların Sosyodemografik Verilerle Analizi	49
4.1.8. Olgu Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtlardan Alınan Toplam Puanın Sosyodemografik Verilerle Analizi	50
4.1.12. Olgu Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtlara Göre Aynı Olguya Verilen Yaklaşım Yanıtlarının Analizi	52
5. TARTIŞMA	57
SONUÇ.....	61
ÖNERİLER	62
KAYNAKÇA	63

TABLO LİSTESİ:

Tablo 1. <i>Hipo ve Hiperpigmentasyonun Ayırıcı Tanısı</i>	4
Tablo 2. <i>Sosyodemografik Bilgiler</i>	32
Tablo 3. <i>Cilt Lezyonu Başvuru Durumu ve Yaklaşım</i>	33
Tablo 4. <i>Lezyon sorularına verilen yanıtlar</i>	35
Tablo 5. <i>Lezyonlara yaklaşım sorularına verilen yanıtlar</i>	37
Tablo 6. <i>Lezyon sorularına cinsiyete göre verilen yanıtlar</i>	38
Tablo 7. <i>Lezyon sorularına görev tanımına göre verilen yanıtlar</i>	39
Tablo 8. <i>Lezyon sorularına yaş sınıflamasına göre verilen yanıtlar</i>	40
Tablo 9. <i>Lezyon sorularına çalışma yılı sınıflamasına göre verilen yanıtlar</i>	41
Tablo 10. <i>Lezyon sorularına hasta başvuru sıklığına göre verilen yanıtlar</i>	42
Tablo 11. <i>Lezyon sorularına maligniteden şüphe sıklığına göre verilen yanıtlar</i>	43
Tablo 12. <i>Lezyon sorularına şüpheli lezyonlara yaklaşıma göre verilen yanıtlar</i>	45
Tablo 13. <i>Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı</i>	46
Tablo 14. <i>Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı</i>	47
Tablo 15. <i>Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı</i>	48
Tablo 16. <i>Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı</i>	49
Tablo 17. <i>Şüpheli Lezyona Yaklaşımın Sosyodemografik verilere göre dağılımı</i>	50
Tablo 18. <i>Toplam puanın Sosyodemografik verilere göre dağılımı</i>	52
Tablo 19. <i>Lezyon Sorularına Verilen Doğru Yanlış Yanıtlara Göre Yaklaşım Durumu</i>	54

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince verdiği destek ve değerli katkılarından dolayı tez danışmanım sayın Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR hocama emeklerinden ve özverisinden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresinde sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Doç. Dr. Neslişah TAN, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM, Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'ye teşekkürlerimi sunuyorum.

3 yıllık asistanlık sürecinin bana kattığı en güzel şeylerden biri de başta kıdem arkadaşlarım olmak üzere sevgili asistan arkadaşlarıma da sevgilerimi sunuyorum.

Yalnızca tez sürecinde değil tüm hayatım boyunca desteklerine sevgilerine ve üzerimdeki emeklerine minnettar olduğum sevgili anne, babam, kardeşlerim ve sevgili eşime de sevgilerimi sunarım, her şey için teşekkür ederim.

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN SIK GÖRÜLEN BENİGN VE MALİGN CİLT LEZYONLARI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Ashhan Burcu AY BUDAK

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim
Dalı**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

E-posta: a.burcuay@gmail.com

Amaç: Türkiye’deki Aile hekimlerinin sık görülen benign ve malign cilt lezyonlarını ne kadar tanıyabildiği ve bu lezyonlara nasıl bir yaklaşım sergilediğini göstermektir.

Yöntem: Evreni tüm Türkiye’deki Aile hekimleri olan kesitsel analitik bir çalışmadır. Türkiye’nin 12 istatistiki bölgesinden tabakalı rastgele örneklemeyle seçilen illerdeki tüm aile hekimlerine e-posta yoluyla ulaşılmıştır.

Anketin ilk ve ikinci bölümde genel bilgiler ve dermatolojik hasta başvuruları sorgulanırken, üçüncü bölümde önceden belirlenen lezyonlar ve olguları içeren benign/malign ayırım sorusu ve bu lezyonlara yaklaşım durumu sorgulanmıştır. Lezyon görüntüleri Yeni Zelanda menşeli Dermnet sitesinden izin alınarak kullanılmıştır. Araştırma verileri SPSS (24.0) programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Analizler katılım sağlayan 416 katılımcıdan uygunluğu belirlenen 401 katılımcı üzerinden yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $48,7 \pm 7,5$ yıl olup, %70,1’i (n=281) erkektir, %7,5’u Uzman Aile Hekimi’dir. Malign Melanoma ait iki lezyondan ilkinin katılımcıların %65,3’ü Bazal hücreli karsinoma ait ilk lezyonu %63,6’sı, ikinci lezyonu ise %79,1’i, Skuamöz hücreli karsinoma ait olan iki lezyondan ikincisini %85,8’i yanlış yanıtlamışlardır.

Seboreik Keratozis'e ve Malign melanoma verilen doğru/yanlış yanıtların görev tanımına göre karşılıklı analizinde Uzman Aile Hekimlerinin çok daha yüksek oranda doğru yanıt vermiş olduğu görülmüştür. ($p=0,00$, $p=0,00$)

Sonuç: Aile hekimlerinin benign lezyonlara, malign ve premalign lezyonlara kıyasla daha net bir şekilde benign/malign ayrımı yapabildikleri görülmüştür. Birinci basamakta çalışan hekimin prekanseröz lezyonları ve malign lezyonları tanıyıp, gerekli durumlarda sevk etmesi, bu hastalıkların erken tanı almasını sağlamak ve hastaların sağ kalımını arttırmak için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Cilt kanseri , Birinci basamak, Aile hekimliği, Malign Melanom,

ABSTRACT/SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN PRIMARY CARE ABOUT THE COMMON BENIGN AND MALIGN SKIN LESIONS

Dr. Ashhan Burcu AY BUDAK

Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine The Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

E-mail: a.burcuay@gmail.com

Objective: To show how well family physicians in Turkey can recognize common benign and malignant skin lesions and how they approach these lesions.

Method: It is a cross-sectional analytical study whose population is family physicians from all over Turkey. All family physicians in the provinces selected by stratified random sampling from 12 statistical regions of Turkey were reached via e-mail.

In the first and second sections of the questionnaire, general information and dermatological patient applications were questioned, while in the third section, the question of the benign/malignant distinction, including predetermined lesions and cases, and the approach to these lesions were questioned. Lesion images were used with permission from the New Zealand Dermnet website. Research data were evaluated in SPSS (24.0) program.

Results: Analyzes were made on 401 participants out of 416 who participated. The mean age of the participants was 48.7 ± 7.5 years, 70.1% (n=281) were male, 7.5% were Specialist Family Physicians. The first of the two lesions of Malignant Melanoma was 65.3% of the participants, the first lesion of basal cell carcinoma 63.6%, the second lesion 79.1%, the second of the two lesions of squamous cell carcinoma 85.8%. they answered wrong.

In the mutual analysis of correct/incorrect responses to Seborrheic Keratosis and Malignant melanoma according to the job description, it was seen that Specialist Family Physicians gave correct answers at a much higher rate. ($p=0.00$, $p=0.00$)

Conclusion: It has been observed that family physicians can distinguish between benign and malignant lesions more clearly compared to malignant and premalignant lesions. It is important for the physician working in the primary care to recognize precancerous and malignant lesions and refer them when necessary, to ensure early diagnosis of these diseases and to increase the survival of the patients.

Key words: Malignant skin lesions, Skin cancer, Family medicine



1-GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, küresel olarak ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018' de tahmini 9,6 milyon ölümden sorumludur. Küresel olarak, yaklaşık 6 ölümden 1'i kansere bağlıdır. Melanom dışı cilt kanserleri yaygınlık sıralamasında 4. Sıradadır (1). Yine benzer şekilde TÜİK 2016 verilerine göre ise Türkiye'de ölüm nedenleri sıklığına göre sıralandığında kanser nedeniyle ölümler, iskemik ve diğer kalp hastalıklarından ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Deri kanseri, dünya çapında kanser vakalarının en az %40'ını oluşturan en yaygın kanser türüdür. Bu kanserlerin sayısı uzun yıllardır artmaktadır. Bu durum muhtemelen; iyi cilt kanseri teşhisi, daha fazla güneşe maruz kalan insanlar ve daha uzun yaşayan insanların birleşiminden kaynaklanmaktadır(3).

Deri kanserinin en yaygın tipi, yılda en az 2-3 milyon kişide ortaya çıkan melanom dışı cilt kanseridir. Melanom dışı cilt kanserlerinden yaklaşık %80' i Bazal hücreli kanser iken %20'si Skuamöz hücreli cilt kanserleridir (3). Bazal hücreli karsinom en yaygın cilt kanseri türüdür. Bu kanser genellikle güneşe maruz kalan bölgelerde, özellikle yüz, baş ve boyun bölgesinde gelişir(3).

İkinci sıklıkta görülen bir diğer cilt kanseri türü ise Skuamöz hücreli karsinomdur. Bu kanser sıklıkla yüz, kulak, boyun, dudaklar ve ellerin arkası gibi vücudun güneşe maruz kalan bölgelerinde görülür. Ayrıca başka yerlerde yara izlerinde veya kronik cilt yaralarında gelişebilirler (3). Melanomalar, Bazal ve Skuamöz hücreli cilt kanserlerinden çok daha az yaygındır, ancak tedavi edilmez ise büyüyüp yayılma olasılıkları daha yüksektir (3).

Çoğu cilt kanseri önlenebilir. Cilt kanserinin sayısını ve bu hastalıktan kaynaklanan ağrı ve can kaybını azaltmanın en iyi yolu, insanları cilt kanseri risk faktörleri, önlenmesi ve tespiti konusunda eğitmektir. Deri kanseri genellikle tedavi edilme olasılığının en yüksek olduğu erken dönemde bulunabilir. Aylık cilt muayeneleri ve cilt kanserinin uyarıcı belirtilerinin farkında olmak, çoğu cilt kanserini erken, tedavi edilebilir bir aşamadayken bulmada yardımcı olur (3).

1986 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada Kutanöz Malign Melanom insidansındaki endişe verici artışa dikkat çekilerek , bu hastalığın erken teşhis ve tedavisinin önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmada dermatolog ve dermatolog olmayanların deri lezyonlarını teşhis etme yetenekleri ölçülmeye çalışılmış. Ve dermatolog olmayan hekimlerin kutanöz lezyonlarla ilgili teşhisleri genellikle yanlış olarak bulunmuş (4).

2014 yılında Hollanda’da yapılan bir çalışmada kötü huylu cilt tümörlerinin pratisyen hekimler tarafından yeterince tanınmadığı ve Seboreik keratoz gibi masum lezyonların sıklıkla nevüslerle karıştırıldığı sonucuna ulaşılmış (5).

Zamanında tanı ve tedavi, özellikle Melanom için hasta sonuçlarını iyileştirebileceğinden, birinci basamak klinisyenlerin, cilt kanseri olduğundan şüphelenilen cilt lezyonları olan hastaların tespit ve yönetiminde hayati bir rolü vardır (6).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına dermatolojik yakınmalarla başvurma oranı % 6-15 arasında değişmektedir (7–9). Birinci basamakta çalışan hekimlerin, değişik dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavi yetenekleri ilk kez 1981’de Fox ve Ramsey’in yaptıkları bir çalışmada değerlendirilmiş ve dermatologlarla kıyaslandığında birinci basamakta çalışan hekimlerin dermatolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde yetersiz oldukları bildirilmiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan değişik çalışmalarla da bu sonuç desteklenmiştir (10,11).

Tüm bu sebeplerden ötürü birinci basamakta çalışan hekimin cilt kanserinin prekanseröz lezyonlarını ve birinci basamakta sık görülen benign dermatolojik lezyonları tanıyıp tanımadığı, hangi durumlarda hastalarını sevk ettiği, bu konudaki eğitim gereksinimlerini belirlemek ve hastaneler üzerinde yükü azaltmak aynı zamanda toplum sağlığı içinde büyük önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Birinci basamakta dermatolojik yakınmalarla ile başvuran hastaların sıklığının yapılan çeşitli çalışmalarda % 6 ile % 15 arasında değiştiği görülmüştür (7). Başvuru sıklığının mevsimsel olarak değişiklik gösterdiği; yaz aylarında dermatolojik yakınmaların ve bunun için poliklinik başvurusunun kış aylarına göre nispeten daha yoğun olduğu görülmüş (12).

Dermatolojik hastalıkların ve yakınmaların büyük bir kısmının hayatı tehdit edici görülmemesi ve tanı konması için laboratuvar tetkikine sıklıkla ihtiyaç duyulmamasından dolayı pek çok hasta dermatolojik problemleri için öncelikli olarak dermatoloğa başvurma ihtiyacı duymamaktadır. Bu durumda Aile hekimliği polikliniğine dermatolojik yakınmalarla başvuru oranını önemli miktarda arttırdığı düşünülmektedir (13,14). Dermatolojik yakınmaları olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada katılım sağlayan hastaların %60'nın şikayetlerinin dermatolog olmayan hekimlerce tedavi edildiği görülmüş (15).

2.2.Pigmentasyon Bozuklukları

Derinin pigmentasyonu, ciltteki melanin miktarına, cilt tipine, damarlanma derecesine, karoten varlığına ve stratum korneumun kalınlığına göre değişmektedir. Derinin hiperpigmentasyonu genellikle artmış melanosit aktivitesinden kaynaklanmaktadır (16). Derinin hipopigmentasyonu ise sıklıkla melanositlerin azalması ve yeterli melanini üretememesi veya melanozomları uygun şekilde taşınamasından kaynaklanır (17).

Pigmentasyon bozukluklarının büyük bir kısmının benign etiyolojiye sahip olduğu ve genellikle iyi seyirli olduğu bilinse de bazı durumlarda hasta açısından kozmetik ve/veya psikolojik zorluklar ortaya çıkarabildiği için tedavi edilmesi gerekebilir. Bunun dışında bazı pigmentasyon bozuklukları, altta yatan sistemik bir hastalığın ya da cilt kanserinin göstergesi de olabilir (18).

Tablo 1. Hipo ve Hiperpigmentasyonun Ayırıcı Tanısı	
<u>1.HİPERPİGMENTASYON</u>	
❖ Postinflamatuvar Hiperpigmentasyon (Akne, Psöriazis, Atopik ve Kontakt dermatit, Liken planus, Travma, İlaçlar, Fix ilaç erupsiyonu)	
❖ Melazma	
❖ Solar Lentinöz	
❖ Çiller	
❖ Café-au-lai Lekeleri	
❖ Mol	
<u>2.HİPOPİGMENTASYON</u>	
a. Edinilmiş	
❖ Vitiligo	
❖ Pitriyazis alba	
❖ Tinea versicolor	
❖ Postinflamatuvar Hipopigmentasyon	
b. Konjenital	
❖ Albinizm	
❖ Piebaldizm	
❖ Tüberosklerozis	
❖ İTO	

Cildin ultraviyole maruziyetine tepkisini sınıflamak ve tahmin etmek için geliştirilen ölçek Fitzpatrick sistemidir. Aynı zamanda cilt tipini belirlemek için en yaygın kullanılan sistemdir. Bu ölçekte cilt tipleri I ile VI arasında değişen şekilde sınıflandırılmıştır. Belirli cilt pigmentasyon bozuklukları belirli cilt tiplerinde daha yaygındır. Örneğin, daha açık renkli ciltte [tip I ile III] solar lentiginler veya çiller, daha koyu ciltte [tip IV ile VI] Melazma daha sık görülmektedir (18).

2.2.1.Hiperpigmentasyon Bozuklukları

2.2.1.1.Postinflamatuvar Hiperpigmentasyon

Postinflamatuvar hiperpigmentasyon, daha sık olarak koyu cilt tiplerinde (Fitzpatrick tip IV ile VI) yaralanma veya inflamasyonun yaygın bir sonucu olarak görülen ve aylarca hatta yıllarca sürebilen lezyonlardır (18).

Önceki yaralanma veya inflamasyon bölgelerinde düzensiz sınırlı, koyu pigmentli makül veya yamalar olarak ortaya çıkar (18).

Tedavisi her zaman gerekli olmasa da tedavi için hasta ve klinik durumuna göre karar vermek gerekir. Ancak tedavisi genellikle zordur, uzun süreli tedavi ve mükemmel hasta uyumu gerektirir (18).

2.2.1.2.Melazma

Melazma, sıklıkla cildin güneşe maruz kalan bölgelerinde, özellikle yüz ve ön kollarda; ilerleyici, maküler ve pullanma göstermeyen bir çeşit hipermelanozdur. Genellikle hamilelik, oral kontraseptif kullanımı veya antikonvülzan (fenitoin) kullanımı ile ilişkilidir. Nadir de olsa idiyopatik olarak da ortaya çıkabilir (18). Hamilelikte ortaya çıkan veya oral kontraseptif kullanımı sonrasında görülen Melazma, doğumdan sonra veya ilacın kesilmesini takiben birkaç ay sonra kaybolma eğilimindedir. Bu nedenle özellikle bu iki durumda tedavi için iyileşmeye zaman tanınmalı ve aceleci olunmamalıdır, hastalarda bekleme konusunda teşvik edilmelidir (19).

Kadınları erkeklerden 9 kat daha sık etkiler. Ve koyu cilt tiplerinde (tip IV-VI) daha belirgindir (18).

Sıklıkla asemptomatik bir kliniğe sahiptir ancak hastalar için kozmetik açıdan problemlere neden olabilir (18). Tipik olarak üç dağılım modelinden birinde ortaya çıkar: sentrofasial (%63), malar (%21) ve mandibular (%16). Ve her zaman olmasa da genellikle iki taraflıdır (18).

2.2.1.3.Solar Lentinöz

Solar lentijinler, cildin güneşe sık maruz kalan bölgelerinde 1 ile 3 cm boyutlarında, hiperpigmente, iyi sınırlı maküler lezyonlardır. Renkleri açık sarıdan koyu kahverengiye kadar değişen ve sıklıkla alacalı bir görünüme sahiptirler. Cildin UV' ye en çok maruz kalan bölgeleri olan yüz, eller, ön kollar, göğüs ve sırtta görülür. Özellikle açık cilt rengine (tip I- III) sahip ve çillenme eğilimi yüksek olan cilt tiplerinde solar lentijinler gelişme olasılığı daha yüksektir (18).

Solar lentijinler, artan melanin üretiminden kaynaklanan çillerden farklı olarak, bazal melanositlerin lokal proliferasyonu ve ardından melanizasyon artışından kaynaklanır (18).

Solar lentijinler klinik olarak benign seyirli olsa da malign veya premalign bazı klinik durumlarla kolaylıkla karıştırılabildiğinden ayırım net olarak yapılması gerekir. Ayırım için hızlı büyüme, görüntüsünde değişiklik fark edilen pigment lezyonlar, lezyonlarla ilişkili semptomlar (örn; ağrı, kaşıntı, kolay veya tekrarlayan kanama), atipik yerleşim veya atipik lezyonlar ve melanom düşündürecek özelliklere sahip olan lezyonlardan mutlaka biyopsi alınmalıdır. Solar lentijinler, pigmente aktinik keratoz veya lentigo maligna gibi premalign lezyonlardan ayırt edilmelidir (18).

Solar lentijinler klinik olarak seboreik veya pigmente aktinik keratozlardan, solar lentijinlerde epidermal hiperkeratoz olmaması ile ayırt edilebilir. Biyopsi, her zaman gerekli görülme de belirsiz vakalarda tanıyı kolaylaştırabilir (18).

Solar lentijinlerinin oluşumunun önlenmesi, güneşe maruz kalmanın sınırlandırılması, düzenli olarak ve etkin biçimde güneş koruyucu kullanılması ve özellikle genç yaşlardan itibaren güneş yanıklarının önlenmesi ile sağlanabilir (18).

2.2.1.4. Çiller

Çiller (efelidler), çoğunlukla güneşe sıklıkla maruz kalan yüz, boyun, göğüs ve kollarda 1-2 mm boyutlarında, keskin sınırlı, tek tip, renkli olan küçük maküler lezyonlardır. Çiller, rengi ten renginden kırmızıya ve açık kahverengiye kadar değişebilen ve sayıları kimi zaman birkaç adet kimi zaman yüzlerce olabilen lezyonlardır. Sıklıkla çocukluk çağında güneşe maruziyet sonrası oluşmaya başlarlar (18).

Klinik görünimleri mevsimsel olarak değişiklik gösterebilir; yaz aylarında daha belirginlerken kış aylarında solma eğilimlidirler. Herhangi bir semptomu neden olmasalar da kimi zaman kozmetik olarak problemler yaratabilirler (18).

Çiller benign olarak kabul ediliyor olsa da klinik görünüm olarak daha sık olarak yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan juvenil lentijin ve solar lentijinlerden ayırt edilmelidirler. Aslında lezyon boyutu ile bile bu ayırımın yapılması mümkündür. Çiller sıklıkla 1-2 mm boyutundayken, juvenil lentijinler 2-10 mm ve solar lentijinler 2-20 mm boyutunda görülür (18).

Bu lezyonların tedavisi genellikle gerekli değilken, kozmetik olarak istenmeyen lezyonlar için tedavi seçenekleri de mevcuttur (18).

2.2.1.5.Nevüs

‘Melanositik nevüs’ yani mol terimi pigment üretmek ile görevli olan melanosit hücrelerinin benign bir proliferasyonudur (20). Halk arasında yaygın olarak kullanılan ismi ise ben’dir (21).

Klinik olarak cilt renginde, mavi, kırmızı-kahverengi ya da siyah renklerde görülebilen makül ve papüllerdir (20).

Melanositik nevüsler konjenital ve edinsel (kazanılmış) olarak görülebilirler (20).

2.2.1.5.1.Konjenital Melanositik Nevi

Konjenital melanositik nevüsler büyük çoğunlukla doğumda mevcut olan nadiren de doğumdan sonraki iki yıl içinde beliren lezyonlardır. İntraepidermal, dermal veya her iki yerleşimli de olabilen benign melanositik proliferasyonlardır (22).

1984 yılında Sağlık Konsensüs Konferansı konjenital melanositik nevüsler için; <1,5 cm çapta olanları küçük, 1,5-20 cm arası çapta olanları orta ve >20 cm çapta olanları ise büyük nevüsler olarak sınıflamayı önermiştir (23).

Küçük ve orta çaplı konjenital melanositik nevüsler sıklıkla oval şekilli ve simetriktir. Doğum esnasında cilt renginde ve cilt hizasından hafif yüksek saptanabilir. Hafif eleve olarak başlayan klinik zamanla daha da kabarık, daha koyu renkli ve verrüköz görünümde tespit edilebilir. Bazı kişilerde de yaşla birlikte renkte açılmada izlenebilir (20).

Genç ve çocuk hastada nevüsün konjenital olup olmadığını tespit etmek kolaydır. Ancak yetişkinlerde bu durum ancak kişinin ebeveyninden alınan öykü ile bilinebilir buna rağmen şüphede kalınan hastalardan biyopsi alınabilir (24). Benzer şekilde nevüs içinde tespit edilen atipik bir alanda (renk değişikliği ve nodül oluşumu gibi) melanom oluşma olasılığı vardır (20).

Konjenital melanotik nevüslerde esas tedavi cerrahi eksizyondur ve kozmetik açıdan rahatsız edici bir durumdaysa ya da melanoma progresyon riski varsa tedavi düşünülür (20).

2.2.1.5.2.Kazanılmış Melanositik Nevi

Edinsel nevüsler sıklıkla hayatın ilk üç dekadında artma eğiliminde olup genel popülasyonda çok sık görülmektedir. Beyaz ırkta her insanda ortalama 20 adet bulunur. Erkek çocuk ve gebelerde sıklığının artmış olduğu gösterilmiş (20). Güneş maruziyetinden bağımsız olarak melanositik nevüsler kadınlarda dudaklarda, erkeklerde ise gövde de olma eğilimindedir. Ultraviyole önleyici örtü ve kıyafetlerin çocuklarda yeni oluşan nevüs sayısını azalttığı bulunmuş (25).

Cilt ile aynı seviyede, 1-2 mm büyüklüğünden vücudun yarısından fazlasını kaplayabilecek kadar büyük plaklara kadar değişen bir klinikte görülürler (20). Klinik olarak homojen yüzeyle ve görünümlü, renkli, oval veya yuvarlak şekilli ve keskin sınırlıdır. Bazen papillomatöz, pedinküllü ve pembe renkli olabilirler. Daha eleve ve daha az pigmentli nevüsler daha çok intradermal yerleşimlidir (26). Nevüsler yıllarca stabil kalabilseler de birçoğu gerileme gösterir (27).

3 alt grupta incelenmekte olup; dermoepidermal bileşkede bulunanlar junctional, dermiste bulunanlar intradermal, her iki grubun özelliklerini içeren ise birleşik (kompund) nevüs olarak adlandırılır (28).

Melanositik nevuslara dermatoskopi ve histopatolojik incelemelerle tanı konulup, benzer şekilde takibi de bunlarla yapılır. Melanositik nevuslarda ayırıcı tanıda melanom olasılığı açısından uyanık olmak gerekmektedir (20). Kazanılmış nevusların büyük çoğunluğu bebeklikten sonra ortaya çıkıp yaşamın ikinci ve üçüncü dekadında maksimum sayıya ulaşır ve yedinci ve dokuzuncu dekatlarda yavaş yavaş kaybolması beklenir. Ancak ileri yaşlarda yeni oluşan lezyonlar oldukça nadirdir ve lezyonlara şüphe ile yaklaşılmalıdır (26).

Kazanılmış melanositik nevusların büyük çoğunluğunda tedaviye gerek yoktur. Ama söz konusu tedavi ise tedavi seçeneği eksizyondur (26). Eksizyon endikasyonları ise şöyledir ; değişim gösteren lezyon, atipik klinik görünüm, kozmetik nedenler, tekrarlayan irritasyon (29). Yalnızca birkaç adet şüpheli lezyon var ise tedavi

seçeneği olarak eksizyon düşünülür. Ancak çok sayıda melanositik nevusa sahip hastaların takibini oldukça kolaylaştıran dermatoskopik bilgisayar programları geliştirilmiştir. Bu programla nevusların seri fotoğrafları karşılaştırılabilir, dermatoskopik skor hesaplanıp, nevüslerdeki değişimler ortaya konulabilir (30).

2.2.1.5.3.Halo Nevüs

Sıklıkla yaşamın ilk iki dekadında ortalama 15 yaşlarında görülen melanositik nevüs ve etrafında soluk görünümlü halo ile çevrili bir lezyondur (31). Merkezi nevüs genellikle 3-6 mm çapa , düzenli ve net sınırlı kenarlara sahip ve homojen renklidir (23). Merkezdeki nevüs zamanla pigmentasyonunu kaybedip pembe renge döner ve yuvarlak ya da oval depigmentasyon bırakarak kaybolur.

En sık gövde yerleşimlidir ve ergenlik döneminde görülmesi tipiktir (25). Eğer bir yetişkinde halo nevüs görülürse vitiligo ve melanom ayırıcı tanıları düşünülmelidir (32). Benign olduğu düşünülen lezyonlar için tedavi önerilmez (33).

2.2.1.5.4.Spitz Nevi

Ortalama çapları 8 mm olan, boyutları 2 mm ile 2 cm arasında değişmekte olan, çoğunlukla edinsel olduğu düşünülen, rengi pembeden ten rengine hatta koyu kahverengiye kadar değişebilen lezyonlardır. Genellikle net sınırlı, kubbe şekilli papül veya nodüllerdir (34). Vücudun herhangi bir yerinde görülebilirler ancak daha sık olarak baş-boyun bölgesinde rastlanırlar (34).

Ayrıcı tanıda akılda bulundurulması gereken en önemli tanı malign melanomdur (23). Lezyonların simetrik olması, atipik mitozun olmaması ve hücrel matürasyon varlığı bu ayırıcıda önemlidir (20).

Kimi klinisyenlere göre tüm spitz nevüsler temiz bir cerrahi sınır ile eksize edilmeliyken, kimi klinisyenlere göreyse yalnızca klinik ya da histolojik olarak atipiye sahip olan lezyonlar ve erişkinlerde görülen spitz nevüsler eksize edilmelidir (23). Ve atipi nedeniyle eksizyon yapılan hastaların periyodik olarak 6-12 ayda bir kontrol muayenesine çağırılması önerilir (23).

2.2.1.5.5.Displastik Nevüs

Sıklıkla gövdeyi tutan nadir olarak saçlı deri, kadınlarda göğüs ve erkeklerde anogenital bölge gibi vücudun örtülü alanları içinde yer alma eğilimi olan, sayıları

birkaç ile yüzler arasında değişebilen lezyonlardır (23). Adelosan dönem, gebelik ve yoğun güneş maruziyeti bu lezyonların sayısının artışı için uygun ortamlardır (35).

Displastik nevüsler için Lynch ve arkadaşları tarafından tanımlanmış familial atipik multiple mole melanom (FAMMM) sendromu bulunmaktadır. Bu sendromun bir diğer adı ise atipik nevüs sendromudur (20,36).

Atipik melanositik nevüslerin görülme sıklığı net olarak bilinmemektedir. Bunun sebebi ise tanımlaması konusunda fikir birliği olmamasıdır. Genel tahmin % 5 civarında görüldüğü yönündedir (23). Bunun aksine displastik nevüs sendromu görülme sıklığı çok daha düşüktür (37).

Displastik nevüslerin boyutu 10-15 mm'yi bulabilir, birkaç farklı renkte olabilir, merkezinde eleve ya da koyu renkli bir nodül içerebilir ve hatta beyaz regresyon alanları ya da eritematöz sınır içerebilir. Tüm saydığımız bu nedenlerle ABCD kuralına göre melanom kriterleri karşılayabilir ve melanomadan ayırt edilmesi çok zor olabilir (38).

Displastik nevüs skorum yöntemi;

1. İrste 2 ya da daha fazla pigmente lezyon
2. 2 mm'den büyük sayıca 10'dan fazla nevüs bulunması
3. Klinik olarak 2 ya da daha fazla atipi gösteren melanositik nevus
4. Saçlı deri ön bölümlerinde nevüs varlığı
5. Atipik lokalizasyonda tespit edilen nevüsler

Bu 5 kriterden 3 tanesinin birlikte olması displastik nevüs sendromu tanısı koydurur (34).

Displastik nevüs tedavisi için tercih edilen yöntem cerrahi eksizyondur (26).

2.3.Deri Enfeksiyonları

Birinci basamakta cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları sık görülmektedir. Bu enfeksiyonlar komplike olmayan impetigodan oldukça mortal seyreden nekrotizan fasiite kadar değişmektedir (39).

2.3.1.Bakteriyel Deri Enfeksiyonları

2.3.1.1. İmpetigo

İmpetigo yüzeyel dermisin yaygın görülen bakteriyel bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyonun etkenleri; Staphylococcus aureus, A grubu beta-hemolitik Streptococcus pyogenes veya daha az yaygın olarak anaerobik bakterilerdir (40).

En sık 2 ile 5 yaş arası çocukları etkilediği bilinen ama her yaşta görülebilen bir enfeksiyondur (41). Tüm bakteriyel cilt enfeksiyonlarının yaklaşık olarak % 60'ını oluşturur (42).

Ilıman bölgeler, nemli ve tropik iklimler ve yaz ayları impetigo için predispozan faktörlerdir. Benzer şekilde böcek ısırıkları, suçiçeği, Herpes simplex virüsü ve cilt bütünlüğünü bozan durumlar sekonder impetigo oluşumu için yatkın ortamlardır (41).

Klinik olarak sınıflaması basitçe büllöz ve büllöz olmayan olarak yapılır. Büllöz olmayan impetigo tipik olarak hızlıca veziküller forma dönüşen kırmızı makülopapüler lezyon olarak başlayan, zamanla vezikülün yırtılmasıyla karakteristik bal rengi krutlar bırakarak kuruyan klinik vermektedir (41). Büllöz olmayan impetigo tedavisi esas olarak topikal antibiyotiklerden oluşmakta olup, lokal olarak kullanılan mupirosin ve fusidik asit, hastalığın yaygın olmadığı durumlarda en az oral antibiyotikler kadar etkilidir (43).

Oral tedavi ön planda düşünülen klinik durumlar şöyledir; çok sayıda lezyon, birkaç kişiyi etkileyen salgın veya dermise uzanan ülserasyon (ektima). Oral tedavi seçenekleri ise şöyledir; beta laktamaza dirençli penisilinler, geniş spektrumlu penisilinler, sefalosporinler ve makrolidler (44).

Büllöz olmayan impetigo'nun ciddi bir komplikasyonu da akut poststreptokokal glomerülonefrittir ve bu komplikasyonun gelişme olasılığı antibiyotik tedavisinden bağımsızdır (41).

Büllöz impetigoya neden olan bakteri büllöz olmayan impetigodan farklı olarak yalnızca Staphylococcus aureus'tur (45). En sık yenidoğanlarda görülür. Başlangıçta gövde ve ekstremitelerde görülen büyük ve yüzeyel büller ile klinik verir.

Yenidoğanlarda görüldüğünde bebeklerin anogenital bölge ve kalçasında da tutulum yapabilir (40).

Tedavide S.aerius'a etkili antibiyotiklerden olan dikloksasilin ve sefalekssin tercih edilir (44).

2.3.4.Viral Deri Enfeksiyonları

2.3.4.1.Herpes Simplex

Herpes simpleks virüsü HSV-1 ve HSV-2, eritematöz bir zemin üzerinde kabuklu ülserasyonlarla iyileşen vezikül kümeleri oluşturur. Lezyonlar ağrılı olabilir, 10-14 gün sürebilir ve bazen birlikte ateş ve halsizlik görülebilir (46). HSV, geçirilen enfeksiyon sonrası nöronlarda latent kalabilir ve kişinin bağışıklığı zayıfladığında yeniden aktif hale gelebilir (47). HSV-1'in nüks oranı HSV-2 enfeksiyonunun nüks oranından daha azdır. HIV enfeksiyonu, tekrarlayan veya daha yaygın tutulum gösteren HSV enfeksiyonlarına yakalanma riskini artırır (39).

Herpes labialis ya da uçuk olarak bilinen klinik prezantasyon, çocukluk ve ergenlik döneminde daha sık görülmekle birlikte her yaşta görülebilir. Dudak vermilion hattı boyunca küme yapmış veziküller şeklinde görünüm verir (39).

Genital Herpes simpleks enfeksiyonunda, genellikle anogenital bölge bilateral olarak tutulmuştur. Benzer şekilde kümelenmiş veziküller ve ülseratif lezyonlar izlenir (39).

Herpetik dolama, parmağın HSV enfeksiyonudur. Ağız veya genital bölgedeki primer Herpes enfeksiyonun yayılması ya da enfekte salgılar yoluyla meydana gelir. Sağlık çalışanlarında da rastlanabilir (48). Sıklıkla bakteriyel olduğu düşünülerek antibiyoterapi başlanan herpetik dolama aslında viral bir hastalıktır, 2-3 hafta içinde iyileşme gösterir ancak tekrarlayabilir (48,49).

HSV tanısı klinik bulgularla konulur. Belirsizlik var ise viral kültür alınabilir (50).

Herpes için bir tedavi yoktur, ancak antiviral bazı ilaçlar salgınları önleyebilir veya semptomların süresini kısaltabilir. Günlük ilaç kullanımı eşlere bulaşma olasılığını azaltabilir (39).

Genital Herpes enfeksiyonu için koruyucu bir aşı bulunmamaktadır, bu nedenle antiviral ilaçlar korunmanın temel adımıdır. Hastalık kontrol merkezi (CDC) kılavuzları, profilaksi için şu önerilerde bulunmaktadır;

- Asiklovir 400 mg günde iki kez
- Famsiklovir 500 mg günde iki kez
- Valasiklovir 500 mg günde iki kez

Oral asiklovir kullanımının genital Herpes semptomlarının süresini azalttığı kanıtlanmış olsa da topikal tedavileri destekleyen hiçbir kanıt bulunamamıştır (51).

2015 CDC kılavuzlarına göre epizodik tedavi için öneriler;

- Asiklovir 800 mg günde 3 kez, 2 gün
- Asiklovir 800 mg günde 2 kez, 5 gün
- Asiklovir 400 mg günde 3 kez, 5 gün
- Famsiklovir 1000 mg günde 2 kez, 1 gün
- Famsiklovir 125 mg günde 2 kez, 5 gün
- Famsiklovir 500 mg günde 1 kez, sonrasında günde 2 kez 250 mg, 2 gün
- Valosiklovir 500 mg günde 2 kez, 3 gün
- Valosiklovir 1000 mg günde 1 kez, 5 gün (51)

Oral antivirallerin uzun süreli kullanımının, uçukların aylık atak sayısını azalttığı gösterilmiş (52).

Herpes labialis için önleyici tedaviler arasında etkinliği kanıtlanmış protokoller şöyledir;

- Asiklovir 400 mg günde 2 kez
- Valasiklovir 500 mg günde 1 kez (53,54)

Yapılan randomize kontrollü bir çalışma göstermiş ki lidokain ve prilokain içeren krem (1g başına 25 mg içeren), Herpes labialiste semptom ve erüpiyon süresini kısaltır (55).

Topikal asiklovir (5 gün boyunca günde 5 kez) ve pensiklovir (5 gün boyunca her iki saatte bir) atak süresini azaltır ancak ağrıyı etkilemez (55).

2.3.4.2. Molluscum Contagiosum

Pox virüsün neden olduğu, cilt renginde, kubbe şeklinde papüller lezyonlarla karakterize bir cilt hastalığıdır (56,57). HIV enfeksiyonu ve immunsupresif durumlarla ilişkili olabilir (58). Ama aynı zamanda sağlıklı ergen ve yetişkinlerde cinsel yolla, ortak banyo, yüzme alanları, temas sporları, havlu gibi kişisel eşyalar ile de bulaşabilen bir hastalıktır (57,59).

Molluscum contagiosum doğrudan cilt teması ile yayılır. Cinsel olarak aktif olan bireylerdeki genital lezyonlar cinsel yolla bulaşan hastalık olarak değerlendirilmesine rağmen çocuklardaki bu lezyonların büyük bir çoğunluğu otoinokülasyon ile oluştuğu düşünülür (60).

Molluscum contagiosum’lu çocukların okula ya da kreşe gidebilir ancak lezyonların üzeri bulaşmayı önlemek için kapatılmalıdır (39).

Tanı cilt üzerinde merkezi göbeklenme ile tek ya da çok sayıda 2-5 mm boyutlarında, sert, cilt renginde papüllerle karakterize görünüm ile yapılır (61,62). Gerekli görülürse histolojik incelemelerle klinik tanı doğrulanabilir (39).

En yaygın tutulum alanları gövde, aksilla, antekübital, popliteal fossa ve krural kıvrımlardır. Kaşıntı olabilir (61,62).

Cinsel yolla bulaşan molluscum contagiosum tipik olarak kasık, cinsel organlar, proksimal uyluk ve alt karın bölgesinde tutulum gösterir. Cinsel yolla bulaşan molluscum düşünülüyorsa hasta diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da değerlendirilmelidir (39).

Bağışıklığı sağlam kişilerde tedavi gerekmeksizin aylar içinde kendi kendine iyileşebilirken, hastanın tedavi yönünde talebi olacak olursa tedavi düzenlenebilir (63). Ancak genital bölgedeki lezyonlar cinsel olarak aktif kişilerde cinsel yolla bulaşma potansiyeli düşünülerek tedavi edilir (64).

2.3.4.3. Siğiller

Siğiller, insan papilloma virüslerinin (HPV) neden olduğu iyi huylu cilt büyümeleridir (39).

2.3.4.3.1. Kutanöz Siğil

En yaygın olarak çocuklarda ve genç erişkinlerde, tek tek ya da gruplar halinde görülebilen bir klinik türdür (65).

Teşhisi klinik görünümü ile konur, ancak kesin tanı için biyopsi kullanılabilir. Bazı kutanöz siğillerin üzerindeki hiperkeratotik kalıntılar soyulduktan sonra görülen tromboze kılcıl damarların görülmesi tanıya yardımcı olur (66).

Kutanöz siğillerin bir formu olan verruco vulgaris, pürüzlü, düzensiz bir yüzeye sahip hiperkeratotik papüller olarak görünür. Boyutları 1 mm ile 1 cm arasında değişir. En sık dizler, parmaklar ve elin dorsal yüzeyinde görülmekle birlikte vücudun her yerinde görülebilirler (39).

Kutanöz siğillerin bir başka formu olan filiform siğiller, sıklıkla yüzde dudaklar, göz kapakları veya burun çevresinde görülen ince uzun büyümelerdir (39).

Plantar siğiller ise tipik olarak topuklarda ve ayakların plantar yüzündeki hiperkeratotik lezyonlardır (39).

Bir diğer kutanöz siğil tipi olan verruco plana tipik olarak ten renginde, küçük (1-5 mm) ve diğer kutanöz siğil tiplerine göre yüzeyleri çok daha pürüzsüzdür. Çocuklarda daha sık olarak görülen tiptir. Vücudun herhangi bir lokasyonunda olabilirler, sayıları yüzleri bulabilir (39).

Çocuklarda görülen kutanöz siğillerin üçte ikisinin 2 yıl içinde spontan remisyonu görüldüğü için, kutanöz siğillerin tedavisi çoğu zaman gerekli olmaz. Fakat yetişkinlerde görülen siğillerin remisyonu daha yavaş olmakla birlikte birkaç yılı bulabilir (67).

Tedavinin endikasyonları arasında ağrı, fonksiyonel bozukluk ve kozmetik nedenler yer alır. Tedavide kullanılan ajanlar; topikal salisilik asit ve sıvı nitrojen ile

Kriyoterapi etkinliği kanıtlanmış seçeneklerdir (67,68). Diğer tedavi seçenekleri; cerrahi, lazer tedavisi gibi yöntemlerdir (67).

2.3.4.3.2. Condiloma Aküminata (Anogenital Herpes)

Condiloma acuminatum, HPV' nin neden olduğu dünya çapında en yaygın görülen cinsel yolla bulaşan hastalık olarak ifade edilir (69). Anogenital siğillerin %90'ı HPV tip 6 ve tip 11 ile ilişkilidir (69).

Semptomlar ilk temastan 2-3 ay sonra ortaya çıkmaya başlar (70). Tanı tipik klinik görünüm ile konulur. Ancak lezyonların görünüşü oldukça değişken olabilir (70). Klinik görünüm, belirgin olmayan 1-2 mm boyutlarında ten rengi papül olarak başlar ancak çok fazla büyüyebilirler. Pürüzsüz, düz, kubbe şeklinde, karnabahar şekilli, verrüköz veya lobüle olabilirler (70).

Özellikle anal bölgedeki lezyonlar, immunsupresyon, anal cinsel ilişki ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından şüphe uyandırmalıdır (39). Erkeklerde genital siğiller sıklıkla penis başında görülürken, kadınlarda tipik olarak vulvovajinal ve servikal bölgede görülme eğilimindedir (70).

Lezyonların nadiren ağrılı olduğu düşünülür ancak sık olarak kaşıntı, rahatsızlık hissi ve yanma ile ilişkili olabilir (70).

Condiloma acuminatum lezyonlarının 3'te 1'i kendiliğinden geriler (71). Cerrahi eksizyon tercih edilen tedavi yöntemi olmaya devam etmekle birlikte bu konuda yapılan ve yayınlanan randomize kontrollü çalışmaların azlığı, ideal tedavi konusundaki fikir birliği olmamasına nedendir (69,72).

Diğer tedavi seçenekleri ise; Kriyoterapi, trikloroasetik asit ve imikimod'dur (72). Ve benzer etkinliğe sahip oldukları düşünülmesine rağmen imikimod, hasta tarafından uygulanabilen bir tedavi seçeneği olduğu için bu açıdan avantajlı sayılabilir (71).

2.4. Premalign Cilt Lezyonları

Prekanseroz cilt lezyonu terimi, cildin invaziv skuamöz hücreli karsinomuna ilerleme riski olan bir grup klinik ve histolojik olarak belirlenebilen lezyonu belirtmek için kullanılır. Bir diğer adıyla in situ karsinom' dur (73).

Prekanseröz lezyonların 2 ana tipi; Aktinik keratoz(AK) ve Bowen hastalığıdır (BD) (73).

Deriden ziyade daha çok mukoza zarlarını etkileyen diğer formlar ise lökoplakli, eritroplaki ve aktinik keilitir (73).

2.4.1.Aktinik Keratoz

Aktinik keratoz klinikte oldukça sık karşılaşılan bir deri lezyonudur (74). Yapılan çalışmalar göstermiş ki, daha uzun yaşam beklentisi, güneşe maruziyetin daha küçük yaşlarda başlıyor olması, güneşe maruz kalma ile ilgili davranışlardaki değişiklikler, açık hava sporları ve aktivitelerdeki artış dikkate alındığında önümüzdeki yıllarda Aktinik keratoz prevalansının, cilt kanseri insidansı ve prevalansının artmaya devam edeceği öngörülmüştür. Tüm bu sebeplerden ötürü aktinik keratoz bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte aynı zamanda ulusal sağlık sistemleri ve tüm toplumlar için artmış maddi ve manevi bir yük anlamına gelmektedir (75).

AK, bazal keratinositlerin displazisi ile başlayan ve invaziv skuamöz hücreli karsinomaya ilerleyebilen bir dizi basamağın ilk adımı olan kanser öncesi lezyon olarak kabul edilmektedir. AK, in situ kutanöz skuamöz hücreli karsinom olarak kabul edilmektedir (76).

Histolojik olarak in situ karsinoma terimi aktinik keratoz için kullanıyor olsa bile hastalar ile konuşurken bu terminolojiyi kullanmak önerilmemektedir. Çünkü bu lezyonların invaziv bir tümör olma riski oldukça düşüktür. Ancak karsinom teriminin hastalar üzerinde yaratacağı psikolojik ve duygusal etkilerden gerekli olmadıkça kaçınmak gerekir (75).

AK klasik tanımı yüksek ultraviyole (UV) maruziyetine sahip anatomik bölgelerde gelişeni eritematöz taban üzerinde kaba, pullu bir makül papül ya da plak görünümündedir (77). AK, doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalınan UV radyasyonu etkisi olarak epidermal keratinositlerdeki fotooksidatif stres sonucu DNA ve RNA' da indüklenen mutasyonlar ile siklobutan dimerlerin oluşumudur (74,78).

AK'ler tipik olarak açık tenli kişilerde güneş maruziyetinin en yüksek olduğu bölgelerde bulunur ve zamanla güneşe daha fazla maruz kaldıkları için baş, kulaklar, boyun, kolların ve ellerin sırt kısmında ve alt ekstremitelerde görülmeye meyillidirler (77).

AK'lar özellikle daha önceden deri kanseri öyküsü olan, ileri yaş ve bağışıklık sistemi baskılı kişilerde keratinosit karsinomuna ilerleyebildiği için aslında cilt kanserinin önlenmesi için açık bir hedeftir (77).

AK'lu kişilerde, kronik UV maruziyetinin başka bulguları da görülebilir. Bunlar; kapiller genişlemeye bağlı olarak özellikle burun çevresindeki ciltte kalınlaşma ya da sarımsı, elastotik görünüm olup güneş maruziyeti sonrası gelişen kronik dejeneratif değişikliklerdir (79). Lezyonlar sıklıkla çok sayıda, keskin sınırlı, eritematöz, kahverengi veya cilt renginde, hiperkeratotik görünümündedir. Boyutları birkaç mm'den birkaç cm' e kadar değişiklik gösterebilir. Lezyonların çevresinde ultraviyole maruziyetine bağlı oluşan telenjektazik görünüm, eritem, hiperpigmentasyon ya da sarı renk değişikliği görülebilir (80).

Lezyonun makroskobik olarak gözle görülmediği durumlarda hiperkeratotik yüzey palpasyonla saptanabilir (80).

AK'ler genellikle ağrıya veya rahatsızlığa neden olmadığı veya sadece hafif semptomlar ürettiği için hastalar genellikle bir dermatoloğa başvurmayı geciktirir (81).

AK tanısı esas olarak klinik olmasına rağmen, bazen ya invaziv skuamöz hücreli karsinomun göstergesi olan deri invazyonunu dışlamak ya da diğer olası tanıları dışlamak için histopatolojik inceleme gereklidir (81).

Dermoskopi, cilt tümörlerini teşhis etmek için dermatolojide yaygın olarak kullanılan bir tekniktir. AK durumunda, çilek benzeri karakteristik bir desen tanımlanmıştır (82). AK'nin diğer çok karakteristik özellikleri rozetler ve hiperkeratozdur. Skuamöz hücreli karsinom durumunda, dermoskopi doktorun tanısal biyopsiyi zorunlu kılan yapıları belirlemesine olanak tanır (83).

Aktinik keratoz takiplerde spontan olarak gerileyebilir, aynı özelliklerde kalabilir ya da %10 ihtimalle skuamöz hücreli karsinoma dönüşebilir. Maligniteye

ilerleyiş önceden tahmin edilemeyeceğinden ötürü çoğu klinisyence tedavi seçeneği öncelikli olarak savunulmaktadır (84).

Tüm tedavi seçenekleri benzer başarı oranları sağlar ancak tedavi süresi ve inflamasyon derecesi açısından farklılık gösterebilirler (84). Kriyoterapi yaygın olarak kullanılmaktadır ve anestezi veya hemostaz gerektirmeden herhangi bir yerde nokta tedavisi için idealdir (85).

5-fluorourasil ile topikal tedavi, normal cildi korurken özellikle aktinik hasarı hedefler ve 3 ila 6 hafta süren eritem ve erozyonlara neden olur. Daha yeni FDA onaylı topikal ajan olan Imiquimod, cildin bağışıklık sistemini indükler ve daha az iltihaplanmaya neden olabilir. Her ikisi de yaygın aktinik hasar mevcut olduğunda kriyoterapiye iyi alternatiflerdir (86).

Diklofenak sodyum %3 jel, hafif aktinik hasar için kullanılan, antineoplastik etkileri olan topikal nonsteroid antiinflamatuvar bir ajandır (87).

Trikloroasetik asit ve Jessner solüsyonu gibi yüzeysel glikolik peelingler ve orta derinlikte peelingler, yaygın aktinik hasar için faydalıdır ve lentijinler ve ince rititler gibi ilgili foto hasar belirtilerini tedavi etmede ek avantaj sunar (88,89).

2.4.2.Bowen Disease

AK'dan çok daha az yaygın olarak görülen Bowen hastalığı(BD) tıpkı AK gibi skuamöz hücreli karsinoma in situ olarak adlandırılır (81). Histolojik olarak epidermin tüm katmanlarını kaplayan atipik keratinositlerin klonal proliferasyonu ile karakterize intraepitelyal bir lezyondur (90). AK'ler gibi, bu lezyonlar da tedavi edilmezse invaziv skuamöz hücreli karsinomlara ilerleyebilir (90).

AK'den farklı olarak BD yalnızca cildin güneşe maruz kalan bölgelerinde görülmez. Bunun sebebi ise lezyonların yalnızca UV radyasyonuna bağlı olarak değil de diğer radyasyon türleri, belirli toksik maddeler (arsenik gibi) ve hatta insan papilloma virüsü gibi onkojenik suşlarla oluşan enfeksiyon zemininde de gelişebilmesidir (91).

BD hemen hemen her zaman, 1 ile 2 cm çaplarında, düzensiz sınırlara sahip olan pullu veya skuamlı bir anüler plak şeklinde görülür. Yavaş büyüyen soliter bir lezyondur. Bazen belirgin hiperkeratoz ve pigmentasyon da içerebilir (81).

Genital BD, insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu ile ilişkilidir. Özel olarak bu durumun adı Queyrat eritroplazisi'dir. Yerleşimi pubis, penis ve perianal bölgedir. Sınırları çok net belli olmayan ve küçük yüzeyel erozyonları da içerebilen eritematöz makl ya da plak şeklinde görülür (92).

İnsan papilloma virüsü enfeksiyonu ile ilişkili başka bir varyant, tırnak kütikülü çevresinde pullu eritemli bir plak olarak ortaya çıkan ve tırnakta onikoliz veya renk değişikliğinin eşlik edebileceği periungual alanı etkileyen BD' dir (92).

BD'in tanısı diğer olası tanıları dışlamak için genellikle bir cilt biyopsisi gerektirir (91). Ana ayırıcı tanıları infiltrate skuamöz hücreli karsinom, yüzeyel bazal hücreli karsinom, mumular egzama, Condiloma aküminata, porokeratoz, kronik diskoid kutanöz lupus eritematozus ve seboreik keratozdur (91).

AK'dan farklı olarak BD sıklıkla soliter ve kalıcı lezyonlarla karakterizedir. Tedavi edilmediği takdirde lezyon büyümeye devam edecek, derin dermise invaze olacak ve invaziv skuamöz hücreli karsinom haline gelecektir. Tüm bu sürecin olma riski tahmini olarak %3 ile %5 arasındadır. Queyrat eritroplazisi'nde ise risk %10 civarına çıkmıştır (91).

BD'nın ayırıcı tanısında Paget hastalığı, psoriasis vulgaris, bazal hücreli karsinom, tinea korporis, numuler egzama, seboreik keratoz ve hipertrofik aktinik keratoz, verruka vulgaris, amelanotik malign melanom dnlmelidir (93).

Tedavi seçimine lezyonun büyüklüğü, kalınlığı, lezyonun yerleşim yeri (yara iyileşmesinin zor olabileceği bölgeler, nüks riskinin yüksek olup olmaması gibi), hastanın yaşı ve ekonomik maliyetler göz önünde bulundurularak karar verilir. Mevcut tedavi rejimleri kombine tedavi modaliteleri olarak da kullanılabilir.

Tedavisiz izlem: Alt bacak yerleşimli ince plak lezyonu olan yaşı hastalarda yara iyileşmesi zor olacağından bu hastalara sadece nemlendirici ile takip edilebilir.

2.4.3.Keratoakantoma

Keratoakantom genellikle yüz, el üstü gibi daha çok güneşe maruz kalan bölgelerde merkezinde keratin tıkaç bulunan, eritematöz, hızlı büyüyen kubbe şeklinde bir nodül olarak görülmektedir (94,95).

Klinik görünüm ve histopatolojik görünüm olarak skuamöz hücreli kanser (SCC) ile karıştırılmaktadır. Bazı klinisyenlerce SCC' nin alt bir tipi olarak sınıflandırılırken bazı klinisyenler ise spontan regrese olabilen benign oluşumlar olarak kabul etmektedir (96,97).

Patogenezinde kronik ultraviyole maruziyeti, kimyasal kanserojenler, travma, insan papilloma virüsü (HPV) ve genetik faktörler yer alır (98).

Geriatrik bireylerde ve yoğun güneşe maruz kalan alanlarda keratoakantom zemininde SCC gelişme riski artmıştır. Dolayısıyla ayırıcı tanıda dikkatli olunmalı gerekli görüldüğünde biyopsi ile tanı doğrulanmalıdır (99,100).

Tedavi yöntemi seçimi; lezyonun boyutuna, konumuna ve hastaya göre yapılmalıdır. Tedavinde sıklıkla total eksizyon ya da cerrahi küçültme sonrası intralezyonel metotreksat enjeksiyonu yapılmaktadır (96). Erüptif veya multipl keratoakantom için oral retinoidler düşünülebilir (101). Radyoterapi de bir seçenektir ancak bazı bölgelerde yapılması kötü yara iyileşmesi ile ilişkilidir (102).

2.4.4.Seboreik Keratozis

Seboreik keratoz, epidermal keratinosit proliferasyonu ile oluşan pigmente, benign karakterli papül veya plak görünümlü epidermal bir tümördür. Yaşla birlikte görülme sıklığında artış görülür.

En sık gövdede olmakla birlikte, yüzde, saçlı deride, kol ve bacaklarda da görülebilir. Lezyonlar sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte bazen kaşıntı ve kanamaya yol açabilir. Renkleri ten renginden kahverengi-siyaha kadar değişebilen, foliküler belirginliği olan verrüköz bir yüzey geliştirir ve cilde 'yapışmış' görünümü oluştururlar (85).

Tedavide tercih edilen yöntem eksizyondur ve sıklıkla tedavi kozmetik nedenler ve tahriş nedeniyle düşünülür (85). Diğer tedavi seçenekleri; küretaj, lazer ve

kriyoterapidir (103). Melanositler düşük sıcaklıktan etkilenebildiği için Kriyoterapi sonrası kalıcı hipopigmentasyonu yan etkisi görülebilir (104).

2.4.5.Lökoplaki (Lökoplazi)

Lökoplaki mukozal yüzeylerde görülen premalign bir lezyondur. Sıklıkla alkol ve/veya tütün kullanımı ile ilişkilidir. Görünüm olarak yüzeyden kazınamayan beyaz plaklar şeklinde tespit edilir (105).

Geriatric bireylerde ağız içi prekanseröz lezyon sıklığı artmıştır (106). Yine geriatric bireylerde lökoplaki lezyonlarının 5 yıl içinde ağız içi kanserine dönüşme riski %2,5 olarak hesaplanmıştır (105). Ağız içi kanser riski nedeniyle lökoplaki hastalarının muayenesinde lenf nodu muayenesini dikkatle yapılmalıdır (94).

Lokalize lezyonlar elektro cerrahi, kriyoterapi ya da topikal 5-florourasil ile tedavi edilebilir. Yaygın lezyonlarda cerrahi yöntem tercih edilir (94).

2.4.6.Eritroplaki

Eritroplaki oral mukozada klinik olarak kırmızı, kadifemsi yüzey ile karakterize olarak nadir görülen bir lezyondur (107). En sık görüldüğü bölgeler; yumuşak damak, dil sırtı, ağız tabanı ve tonsillalardır. Lezyonlar sıklıkla unilokülerdir (108). Lezyonlar genellikle asemptomatiktir, nadiren yanma hissi ve ağrı eşlik edebilir (107). Risk faktörleri lökoplaki ile benzer olup alkol ve tütün ürünleri kullanımıdır.

Lökoplakiden çok daha fazla malign transformasyon gösterdiği bildirilmiştir. Lezyonlardan alınan biyopsilerin yaklaşık olarak %85'ten fazlası karsinoma in-situ, invaziv karsinom gibi malign histopatolojik belirtiler gösterir. Bu nedenlerle bazı otörlere göre aksi ispat edilene kadar kanser ya da en azından karsinoma in-situ gibi değerlendirilmelidir (109,110).

Yüksek risk nedeni ile lezyona acil olarak önce biyopsi, takiben cerrahi olarak total eksizyon yapılmalıdır (109,110).

2.5. Malign Cilt Tümörleri

Deri kanserlerinden bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve malign melanom birinci basamakta sıklıkla görülmekle beraber deri eklerinin kanserleri, lenfomalar ve nadir görülen tümörler de sayılabilir.

2.5.1. Bazal Hücreli Karsinom (BCC)

Bazal hücreli karsinom en sık görülen kanser türüdür ve tüm deri kanserlerinin % 75'ini oluşturur. Epidermisin bazal tabakasından veya kıl folikülerinin kılıfından köken alan, en sık pilosebace bezlerin yoğun olarak bulunduğu ve güneşe maruziyetin belirgin olduğu baş-boyun bölgesinde görülür (111).

Güneş ışığına maruziyet, açık ten rengi, kimyasal ajanlar, iyonizan radyasyon, kronik irritasyon, ülserasyon ve genetik yatkınlık bilinen etyolojik faktörlerdir. Yavaş büyür, lokal invazyon gösterir, ancak uzak metastazı nadirdir. Metastaz nadir olmasına rağmen, BCC özellikle baş ve boyunda lokal doku invazyonu ve yıkımı ile morbiditeye neden olabilir (111).

BCC insidansı, 40 yaşından sonra belirgin şekilde artar ve genç insanlarda görülme sıklığı, muhtemelen artan güneş maruziyetinin bir sonucu olarak yıllar içinde artış göstermektedir (111).

BCC gelişimi için bildirilen risk faktörleri arasında açık ten, çil eğilimi, güneşe maruz kalma derecesi, bronzlaşma isteği, sigara içme, radyoterapi, fototerapi, erkek cinsiyet ve genetik yatkınlık yer alır. Katkıda bulunan diğer faktörler, cilt tipi (örneğin, Fitzpatrick I ve II), ömür boyu solaryum merkezlerine ziyaret sayısı, sigara paketi yılı sayısı ve büllü güneş yanığı sayısıdır. Risk, immunsupresyon süresiyle birlikte artar ve böbrek nakli olan kişilerin yaklaşık %16'sında BCC gelişir; bu, genel popülasyona kıyasla 10 kat daha fazla bir risktir (111).

Klinik görünüm ve morfoloji, nodüler, kistik, ülserli, yüzeysel, sklerozan, keratotik ve pigmentli varyantlar dahil olmak üzere çeşitlidir (111). Histolojik olarak, mikronodüler, infiltratif, morfoeik ve bazoskuamöz BCC tipleri yüksek riskli olarak sınıflandırılır (111).

Nodülo-ülseröz tip en sık görülen tipidir. Çevresi deriden kabarık, sert ve infiltrate, ortası hafif skuamlı ve krutlu olabilir. Nodüler tip parlak gergin, pembe ve telenjektazik yapıdadır. Tedavi edilirse ülserleşme eğilimi göstermez (111).

Yüzeyel tip ise sıklıkla sırt, omuz, baş ve gövdede yerleşir. Lezyonun ortası hafif erode, üzeri skuamlı ve krutlu yapıdadır. Ülserleşme eğilimi göstermez (111).

Sklerotik tip en az görülen tip olup tedaviye dirençli, nüksetme olasılığı yüksek ve metastaz yapma eğilimindedir. Bütün tiplerin üzerinde siyah renkli pigmentasyon görülebilir (111).

BCC tanısı çoğu olguda klinik olarak konulur. Klinik tanı hakkında şüphe olduğunda histolojik tanı için bir biyopsi yapılır (111).

Prognozu etkileyebilen faktörler: tümörün boyutu, yeri, tipi, büyüme paterni/histolojik alt tipi, önceki tedavinin başarısızlığı (nüks) ve immunsupresyon. Önemli vücut yapılarına yakın olan BCC'ler, lokal doku invazyonu veya nüksünün bir sonucu olarak potansiyel olarak morbiditeyi artırabilir ve bu nedenle BCC'ler bulundukları yere göre şu şekilde kategorize edilebilir: yüksek riskli (burun, burundudak kıvrımı, göz kapakları ve periorbital alanlar, dudaklar, çene ve kulaklar); orta risk (kafa derisi, alın, pre ve postauriküler bölgeler ve malar bölgeler); ve düşük risk (boyun, gövde ve ekstremiteler) (111).

Bazı BCC'ler dokuları üç boyutlu bir şekilde infiltrate etme eğiliminde olsalar da büyüme genellikle menşee alanına lokalize olur. Bununla birlikte, tedavi edilmezse BCC, kemik ve beyin gibi daha derin dokulara infiltrasyonla geniş doku yıkımına neden olabilir. BCC'ler, çok az büyüme eğilimi ile yıllarca küçük kalabilir, hızla büyüyebilir veya tümörün art arda yayılması ve kısmi gerileme ile ilerleyebilir. Bu nedenle, BCC 'nin klinik seyri tahmin edilemez (111).

Tedavi: İlk seçenek cerrahi tedavi olup, kesin sonuç verir. Sklerotik tipte ise yalnızca cerrahi tedavi uygulanır. Bir cm'in altındaki lezyonlarda 'kriyoşirürji' yararlı bir seçenektir. Bunun dışında radyoterapi alternatif tedavi şekli olarak uygulanabilir (111).

2.5.2. Skuamöz Hücreli Karsinom(SCC)

Bazal ve spinal tabakadaki keratinositlerden köken alan, agresif seyirli ve kısa süre içerisinde metastazlarla ölüme neden olabilen bir cilt kanseridir. Spinal hücreli karsinom epidermoid karsinom, yassı epitel hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom olarak da bilinir (112).

Dünyada oldukça yaygın olup beyaz ırk ve güneşli ülkelerde daha sık görülür. Sıklığı %0.1 gibidir (112). %90 nedeni UV olup, radyasyon, infeksiyon, travma gibi nedenler tetikleyici olabilir. Prekanseroz yapıdaki lezyonlardan gelişebildiği gibi güneş hasarlı veya normal görünen deride de çıkabilir (112).

50 yaş üzerinde ve erkeklerde daha sık görülür. En sık baş ve yüz bölgelerinde görülür. Bunu mukozalar, ekstremiteler ve gövde takip eder. Başlangıçta küçük bir tümöral kitle şeklinde olup, çoğunda hızla ülserleşme gözlenirken, bir kısmı ise kitle yapısını korumaya devam eder. 1 cm çapına iki-üç ay içinde ulaşır (112).

Ülseröz tip en sık görülen tipidir. Bu tip başlangıç şeklini değiştirmeden büyür ve ülser yapısı gittikçe derinleşir. Yaklaşık bir yıl içerisinde en yakın lenf bezleri başta olmak üzere metastazlar başlar. Tedavi edilmez ise iki yıl içerisinde ölümlerle sonuçlanır (112). Ülseröz tip BHK 'nın Nodülo-ülseröz tipi ve keratoakantom ile verrüköz karsinom, derin mantar hastalıkları, tüberküloz ülserleri, aktinomikoz gibi infeksiyon hastalıklarıyla, vejetan tip ise kodiloma aküminata ile ayırıcı tanıya gidilmelidir (112).

Verrüköz Karsinom olarak adlandırılan tip, erozyonlu enflamatuvar bir kitle şeklinde olup bazen üzeri fistüllü olabilir. Eğer tedavi edilmezse agresif seyirli olup metastazlarla ölüme gider (112).

Daha seyrek olarak ise vejetan tip görülür. Bu tip en sık kronik ülser ve fistül ağızları yerleşimli olup kötü görünümlü olsa da metastaz yapma olasılığı düşüktür (112).

Erken cerrahi tedavi oldukça önemli olup primer lezyon düzeyinde iken lezyon çıkarılırsa hayat kurtarıcıdır. Eğer cerrahi tedavi uygun değilse, radyoterapi uygulanabilir. Agresif seyirli metastazlar ile ölüme neden olabilen bir deri kanseri

olduğu için, metastaz saptandığında radyoterapi, kemoterapi gibi tedaviler uygulanmalıdır (112).

2.5.3. Malign Melanom (Mm)

Melanosit kökenli olup agresif seyirli ve metastazlarla birkaç yılda ölüme neden olan malign bir deri kanseridir (112). En önemli etken UV olup özellikle ani, yanık yapacak derecede yüksek doz UV maruziyeti risk faktörüdür. Bunun yanında travma nedenli olabileceği gibi çok sayıda, büyük ve düzensiz nevuslara sahip kişilerde risk daha fazladır (112).

En sık beyaz ırk ve güneşli ülkelerde yaşayan kişilerde görülen bir hastalık olup tüm deri kanserlerinin yaklaşık %4'ünü ve deri kanseri nedenli ölümlerin % 80'ini oluşturur (112).

Her iki cinsten de aynı oranda görülüp 2. ve 5. dekatlar arasında daha sık görülür. Lezyonlar normal görünen deriden (%60-65), nevuslardan (%30-35), ya da lentigo maligna üzerinden (%5) gelişebilir. Normal deriden gelişen lezyonlarda, aniden ortaya çıkan 3- 4 mm çaplarında siyah bir lezyon gözlenir. Çoğu zaman hastanın gözünden kaçabilir ve yakalandığında vertikal büyüme saptanır. Nevuslardan gelişen lezyonlarda ise nevusta kısa bir zamanda şekil, renk ve boyut değişiklikleri gözlenir (112).

YYMM (yüzeyel yayılan malign melanom) ise en sık görülen tip olup yaklaşık 15-60 gün süren bir in-situ dönemi mevcuttur. Eğer bu dönemde hasta yakalanabilirse kurtulma şansı oldukça yüksektir. Sınırları düzensiz asimmetrik, krem renginden siyaha kadar farklı renklerde görünümü vardır (112).

Nodüler tip ikinci sırada görülen tip olup lezyonlar zeytin siyahı bir nodül görünümündedir (112).

Akral tip tırnak altı, avuç içi, ayak tabanı ve saçlı deri yerleşimli olup, seyri ve şekli nodüler tipe benzerlik gösterir (112).

Erken cerrahi tedavi oldukça önemlidir. İn-situ fazda veya derinliği 1 mm altındayken yakalanıp lezyonun çıkarılması prognozu olumlu yönde etkiler. Metastaz

saptanan hastalarda sadece kemoterapi verilir, metastaz yoksa kesinlikle KT verilmemeli bu hastalarda immünoterapiden de fayda sağlanabilir (112).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmanın, Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmakta olan Aile hekimleri üzerinde yapılması planlanmıştır. Bu doğrultuda Aile hekimlerinin birinci basamakta sık görülen benign ve malign dermatolojik lezyonlar hakkındaki bilgi düzeyini ve yaklaşımını tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu çalışma için sosyodemografik veri anketi, cilt lezyonları ile başvuru durumu ve hekimlerin cilt lezyonların karşı davranış ve tutumlarını sorgulayan 3 soru, ardından benign (Herpes labialis, çil, impetigo, keratoakantom, siğil ve seboreik keratoz) ve malign (Skumöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom ve malign melanom) 12 lezyonun görüntülerini ve olgu sunumlarını içeren anket formu Google form üzerinden yönlendirilip yanıtlamaları istenmiştir.

Bu anketler kişilere sanal ortamdan ulaştırılarak online anket formu aracılığıyla veriler toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini; Türkiye’de aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri (n=26.252) oluşturmaktadır.

Bu çalışma için anlamlılık düzeyi %95, hata payı %5, prevalans %50 olarak alınmıştır. Örneklem sayısı, evreni bilinen örneklem hesabına göre hesaplanmıştır. Hesabın sonucunda en az 378 katılımcı olmak üzere seçime gidilmeden tüm evrene ulaşmak amaçlanarak anket uygulanmıştır. Türkiye’de Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre 26.252 aile hekimi görev yapmaktadır. $[N=n.t^2.p.q/d^2(n-1) + t^2p.q]$ formülü kullanılarak ulaşılması gereken kişi sayısı en az 378 olarak hesaplanmıştır. 378 aile hekiminin tüm Türkiye’den dengeli bir dağılımla çalışmaya katılmasını sağlayabilmek amaçlanmıştır. Bu amaçla; Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması kullanılarak örneklemin bölgelere göre orantılı olarak dağıtılması planlanmıştır. Türkiye’nin 12 istatistiki bölgesinden tabakalı rastgele örneklemeyle seçilen illerdeki tüm aile hekimlerine e-posta yoluyla ulaşılmıştır. . İl bazında görev yapan aile hekimi sayısına göre oranlanarak olasılıksız örneklem yöntemiyle 3790 kişiye e-posta gönderilmiştir.

E-posta yoluyla anket iletilen 3790 kişiden 416 kişi çalışmaya katılmayı kabul edip geri dönüş yapmıştır. Dahil edilme ve hariç bırakılma kriterleri açısından değerlendirme sonucunda uygunluğu belirlenen 401 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.1. Dahil edilme kriterleri

- Aile sağlığı merkezlerinde Aile hekimi olarak çalışmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.2.2. Hariç bırakma kriterleri

- Yoktur.

3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Katılımcılara çeşitli çevrimiçi aile hekimliği platformları aracılığı ile online ortamda ulaşıp gönüllü katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya Mart 2022- Temmuz 2022 tarihleri arasında e-posta yoluyla ulaşılan Aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 416 kişi yanıt vermiştir.

Yanıt veren 416 kişiden 15 kişi çalışmaya dahil edilme kriterlerinden biri olan Aile sağlığı merkezinde Aile hekimi olarak çalışıyor olmadıkları için hariç bırakılmıştır.

Araştırmaya başlanmadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınarak literatür bilgileri ışığında birinci basamakta sık görülen dermatolojik hastalıklar belirlendi. Benzer şekilde birinci basamakta sık karşılaşılan malign deri hastalıkları literatür bilgileri ışığında belirlendi.

Veri toplamada, araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan sosyodemografik veri anketi bulunmaktaydı.

Veri toplanması için oluşturulan ankette toplam 32 sorudan oluşan 3 bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde sosyodemografik ve genel bilgiler, ikinci bölümde cilt lezyonları ile başvuru durumu ve hekimlerin cilt lezyonların karşı davranış ve tutumlarını sorgulayan sorular, üçüncü bölümde belirlenen lezyonların görüntüsü ve olgu sunumunu içeren benign/malign ayırım sorusu ve belirlenen hastalıklar ile ilgili yaklaşım bilgisi sorgulanmaktadır.

Tespit edilen 6 benign ve 3 malign hastalıkla ilgili, benign hastalıklarından birer malign hastalıklarından ikişer olmak kaydıyla görüntülü ve olgulu lezyon soruları hazırlandı.

Bu belirlenen hastalıklar ile ilgili görüntüler Yeni Zelanda menşeli Yeni Zelanda'da çalışmakta olan dermatologlar tarafından 1995 yılında tasarlanan 2013 yılında kurulan ve tüm içeriğinin dermatologlar tarafından hazırlandığı bir çevrimiçi dermatoloji kütüphanesi olarak tanımlanan Dermnet üzerinden alınmıştır.

Kullanılacak olan lezyon görüntüleri için Dermnet ile e-posta üzerinden iletişime geçilip görüntüleri kullanmak için izin alınmıştır.(EKLERDE)

Görsel sorulara verilen her doğru yanıt için 1'er puan alınabilirken yanlış yanıtlar için puan alınamamaktadır. Görsel sorulardan alınabilecek en yüksek puan 12, en düşük puan 0 olmuştur.

3.4. Anket (Hasta Bilgi Formu)

Katılımcıların hepsine sosyo-demografik verileri başta olmak üzere 32 sorudan oluşan anket uygulandı. Yaş, cinsiyet, çalıştığı birim, meslekteki çalışma süresi, görev tanımı, cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığı, cilt lezyonu ile başvuran hastalarda maligniteden şüphelenme sıklığı, şüphelendiği hastalarla ilgili tutumu ve görüntülü vaka sorularını ve bu vakalara yaklaşımı sorgulayan sorular soruldu. Sorular, daha önce yapılan benzer çalışmalara bakılarak planlandı (113).

3.5. İstatiksel Analiz

Araştırmada veriler SPSS v24 Programına girilmiştir. Tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, tepe noktası) yanı sıra hipotez testleri uygulanmıştır. Bağımlı gruplarda kategorik değişkenler için McNemar, ölçülebilen değişkenler için

paired t test; bağımsız gruplarda kategorik değişkenler için ki-kare, ölçülebilen değişkenler için independent t testi uygulanmıştır. Normal olmayan dağılımlar için ise bunların non-parametrik karşılıkları kullanılmıştır. $p<0,05$ olan veriler anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

- Bilgi sorularına verilen yanıtlar

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Çalıştığı yer
- Uzmanlık durumu

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Belirlemiş olduğumuz sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili görüntülü lezyon sorularının daha çok sayıda olması, daha çok benign ve daha çok malign lezyon içermesi çalışmanın genellenebilirliği ve güvenilirliği ve sonuçları açısından daha faydalı olabilirdi.

3.8. Gerekli İzinler

Gerekli izinler; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-1). Araştırma kapsamına alınan katılımcılara çalışmanın amacı, verilen bilgilerin hiçbir şekilde başkalarıyla paylaşılmayacağı, verilen bilgilerin araştırmacıda gizli kalacağı, bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı araştırmacı tarafından açıklanmış olup katılımcıların onamları ; online anket formunun ilk sayfasında alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Değişkenler

Tüm Türkiye’de Aile Sağlığı Merkez’lerinde çalışmakta olan ve e-posta yoluyla anket ulaştırılan Pratisyen/Uzman Aile Hekimlerinden anketi yanıtlayanların sayısı 416 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden bu 416 kişiden 15 kişi araştırmamızın dahil edilme kriterlerinden olan ‘halen Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışıyor’ olmak kriterini karşılamadığından analizlere dahil edilmemiştir. Bu nedenle analizler 401 katılımcı üzerinden yapılmıştır ve çalışma bu şekliyle tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 401 katılımcının yaş ortalaması $48,7 \pm 7,5$ yıl olup, %29,9’u (n=120) kadın, %70,1’i (n=281) erkektir. Anketimizi yanıtlayanların %7,5’u (n=30) uzman aile hekimi iken %92,5’i (n= 371) pratisyen aile hekimi tanımı ile çalışmaktaydı. Katılımcıların %5,5’i (n=22) 10 yıldan daha az süredir, %30,4’ü (n=122) 11-20 yıl arası, %42,6’sı (n=171) 21-30 yıl arası, %21,4’ü (n=86) 31 yıldan daha uzun süredir bu meslekte çalışmaktaydı. (Tablo 2)

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %5,2’si (n=21) 35 yaşından daha küçük, %26,7’si (n=107) 36-45 yaşları arasında, %47,9’u (n=192) 46-55 yaş aralığında, %20,2’si (n=81) 56 yaş ve daha büyük yaş aralığındaydı.(Tablo 2)

Tablo 2. Sosyodemografik Bilgiler

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	120	29,9
	Erkek	281	70,1
Görev Tanımı	Uzman Aile Hekimi	30	7,5
	Pratisyen Hekim	371	92,5
Çalışma Yılı	≤10	22	5,5
	11-20	122	30,4
	21-30	171	42,6
	≥31	86	21,4
Yaş	≤35	21	5,2
	36-45	107	26,7
	46-55	192	47,9
	≥56	81	20,2

4.1.2. Aile Sağlığı Merkezi'ne Cilt Lezyonu ile Başvuran Hastaların Sıklığı ve Hekimlerin Bu Konudaki Tutumları

Katılımcılara çalışmakta oldukları Aile sağlığı merkezine cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığı sorulduğunda; katılımcıların % 4,5'u (n=18) hiç/nadiren yanıtı verirken, %33,2'si (n=133) bazen, %52,4'ü (n=213) sık ve %94'ü (n=37) çok sık yanıtı vermişlerdir. (Tablo 3)

Katılımcılara çalışmakta oldukları Aile sağlığı merkezine cilt lezyonu ile başvuran hastalarda maligniteden şüphelenme sıklıkları sorulduğunda; %3,7'i (n=15) hiç yanıtı verirken, %70,6'sı (n=283) nadiren, %24,4'ü (n=98) bazen ve %1,2'si (n=5) sık ve çok sık yanıtı vermişlerdir. (Tablo 3)

Katılımcılara cilt kanserinden şüphelendikleri hastalara nasıl yaklaştıkları sorulduğunda; katılımcıların %86,5'i (n=347) şüphelendiği her vakayı hemen sevk edeceğini, %13,5'i (n=54) lezyonun durumuna göre izlemeye alırım ya da sevk ederim yanıtı vermişlerdir. (Tablo 3)

Tablo 3. Cilt Lezyonu Başvuru Durumu ve Yaklaşım		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığı	Hiç/Nadiren	18	4,5
	Bazen	133	33,2
	Sık	213	52,4
	Çok sık	37	9,4
Cilt lezyonu ile başvuran hastalarda maligniteden şüphelenme sıklığı	Hiç	15	3,7
	Nadiren	283	70,6
	Bazen	98	24,4
	Sık/Çok sık	5	1,2
Cilt kanserinden şüphelenilen hastaya yaklaşım	Şüphelendiğim her vakayı hemen sevk ederim.	347	86,5
	Lezyonun durumuna göre izlemeye alırım ya da sevk ederim	54	13,5

Katılımcılara yöneltilen görüntülü olgu sorularına verilen yanıtlar ise şöyleydi;

1 no'lu Çil olgusu için, katılımcıların %83,5'i (n=335) benign yanıtı verip soruyu doğru yanıtlarken, %16,5'i (n=66) malign yanıtı verip yanlış yanıtlamıştır. (Tablo 4)

2 no'lu İmpetigo olgusu için, katılımcıların %74,3'ü (n=298) benign yanıtı verip doğru yanıtlarken, %25,7'si (n=103) malign yanıtı verip yanlış yanıtlamıştır. (Tablo 4)

3 no'lu Bazal hücreli karsinom olgusu için, katılımcıların %63,6'sı (n=255) benign yanıtı verip yanlış yanıtlarken, %36,4'ü (n=146) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

4 no'lu Seboreik keratozis olgusu için, katılımcıların %10'u (n=40) benign yanıtı vererek yanlış yanıtlarken, %90'ı (n=361) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

5 no'lu Malign Melanom olgusu için, katılımcıların %3,2'si (n=13) benign yanıtı vererek yanlış yanıtlarken, %96,8'i (n=388) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

6 no'lu Skuamöz hücreli karsinom olgusu için, katılımcıların %85,8'i (n=344) benign yanıtı vererek soruyu yanlış yanıtlarken, %14,2'si (n=57) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

7 no'lu Keratoakantom olgusu için, katılımcıların %38,7'i (n=155) benign yanıtı vererek yanlış yanıtlarken, %61,3'ü (n=246) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

8 no'lu Malign Melanom olgusu için, katılımcıların %65,3'ü (n=262) benign yanıtı vererek yanlış yanıtlarken, %34,7'si (139) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

9 no'lu Skuamöz hücreli karsinom olgusu için, katılımcıların %5'i (n=20) benign yanıtı vererek yanlış yanıtlarken, %95'i (n=381) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

10 no'lu Siğil olgusu için, katılımcıların %83,5'u (n=335) benign yanıtı vererek doğru yanıtlarken, %16,5'u (n=66) malign yanıtı vererek yanlış yanıtlamıştır. (Tablo 4)

11 no'lu Herpes labialis lezyonu için, katılımcıların %88,3'ü (n=354) benign yanıtı vererek doğru yanıtlarken, %11,7'i (n=47) malign yanıtı vererek yanlış yanıtlamıştır. (Tablo 4)

12 no'lu Bazal hücreli karsinom lezyonu için, katılımcıların %79,1'i (n=371) benign yanıtı vererek yanlış yanıtlarken, %20,9'u (n=84) malign yanıtı vererek doğru yanıtlamıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. *Lezyon sorularına verilen yanıtlar*

		Sayı(n)	Yüzde(%)
1. Çil	Benign	335	83,5
	Malign	66	16,5
2. İmpetigo	Benign	298	74,3
	Malign	103	25,7
3. Bazal hücreli karsinom	Benign	255*	63,6
	Malign	146	36,4
4. Seboreik Keratozis	Benign	40	10
	Malign	361	90
5. Malign Melanom	Benign	13	3,2
	Malign	388	96,8
6. Skuamöz hücreli Karsinom	Benign	344*	85,8
	Malign	57	14,2
7. Keratoakantom	Benign	155	38,7
	Malign	246	61,3
8. Malign Melanom	Benign	262*	65,3
	Malign	139	34,7
9. Skuamöz hücreli Karsinom	Benign	20	5
	Malign	381	95
10. Siğil	Benign	335	83,5
	Malign	66	16,5
11. Herpes labialis	Benign	354	88,3
	Malign	47	11,7
12. Bazal hücreli karsinom	Benign	317*	79,1
	Malign	84	20,9
Toplam		401	100

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

Katılımcılara lezyonla ilgili yöneltilen ilk sorudan sonra ikinci olarak bu lezyon ile ilgili ne yapmayı düşündükleri sorusu iletildiğinde verilen yanıtlar ilk soruya verilen yanıtlardan bağımsız olarak şöyle idi;

1 no'lu Çil lezyonu için, katılımcıların %1,5'u (n=6) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %93'ü (n=373) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %5,5'u (n=22) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

2 no'lu İmpetigo lezyonu için, katılımcıların %60,6'sı (n=243) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %10'u (n=40) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %29,4'ü (n=118) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

3 no'lu Bazal hücreli karsinom lezyonu için, katılımcıların %21,7'si (n=87) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %21,7'si (n=87) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %56,6'sı (n=227) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

4 no'lu Seboreik keratozis lezyonu için, katılımcıların %2,5'u (n=10) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %3,7'si (n=15) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %93,8'i (n=376) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

5 no'lu Malign Melanom lezyonu için, katılımcıların %0,5'i (n=2) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %2,5'i (n=10) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %97'si (n=389) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

6 no'lu Skuamöz hücreli karsinom lezyonu için, katılımcıların %43,9'u (n=176) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %29,7'si (n=119) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %26,4'ü (n=106) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

7 no'lu Keratoakantom lezyonu için, katılımcıların %7,2'si (n=29) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %10,5'i (n=42) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %82,3'ü (n=330) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

8 no'lu Malign Melanom lezyonu için, katılımcıların %14'ü (n=56) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %29,2'si (n=117) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %56,9'u (n=228) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

9 no'lu Skuamöz hücreli karsinom lezyonu için, katılımcıların %2,5'u (n=10) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %1,5'u (n=6) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %96'sı (n=385) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

10 no'lu Siğil lezyonu için, katılımcıların %44,6'sı (n=179) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %20,2'si (n=81) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %35,2'si (n=141) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

11 no'lu Herpes labialis lezyonu için, katılımcıların %77,3'ü (n=310) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %7,2'si (n=29) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %15,5'u (n=62) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

12 no'lu Bazal hücreli karsinom lezyonu için, katılımcıların %3'ü (n=12) 'Hemen tedavi veririm' yanıtı verirken, %39,9'u (n=160) 'Takip edip daha sonra karar veririm, %57,1'i (n=229) 'Hastayı hemen sevk ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 5)

Tablo 5. *Lezyonlara yaklaşım sorularına verilen yanıtlar*

		Sayı(n)	Yüzde(%)
1. Çil	Hemen Tedavi Veririm	6	1,5
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	373	93
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	22	5,5
2. İmpetigo	Hemen Tedavi Veririm	243	60,6
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	40	10
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	118	29,4
3. Bazal Hücreli Karsinom	Hemen Tedavi Veririm	87	21,7
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	87	21,7
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	227	56,6
4. Seboreik Keratozis	Hemen Tedavi Veririm	10	2,5
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	15	3,7
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	376	93,8
5. Malign Melanom	Hemen Tedavi Veririm	2	0,5
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	10	2,5
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	389	97
6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Hemen Tedavi Veririm*	176	43,9
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	119	29,7
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	106	26,4
7. Keratoakantom	Hemen Tedavi Veririm	29	7,2
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	42	10,5
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	330	82,3
8. Malign Melanom	Hemen Tedavi Veririm	56	14
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	117	29,2
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	228	56,9
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Hemen Tedavi Veririm	10	2,5
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	6	1,5
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	385	96
10. Siğil	Hemen Tedavi Veririm	179	44,6
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	81	20,2
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	141	35,2
11. Herpes Labialis	Hemen Tedavi Veririm	310	77,3
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	29	7,2
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	62	15,5
12. Bazal Hücreli Karsinom	Hemen Tedavi Veririm	12	3
	Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	160	39,9
	Hastayı Hemen Sevk Ederim	229	57,1
Toplam		401	100

4.1.3. Lezyon Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtların

Sosyodemografik Verilere Göre Karşılaştırılması

Lezyon sorularına verilen malign/benign yani doğru/yanlış yanıtları katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılıp analiz edildiğinde;

3 no'lu Bazal hücreli karsinom sorusuna her iki cinsiyette daha yüksek oranda benign yanıt vererek olgu sorusunu yanlış yanıtlamıştır ancak cinsiyete göre verilen yanıtlar karşılaştırmalı analiz edildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 6)

5 no'lu Malign Melanom sorusuna her iki cinsiyette daha yüksek oranda doğru yanıt vermiş olup cinsiyete göre verilen yanıtlar karşılaştırmalı analiz edildiğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 6)

10 no'lu siğil sorusuna her iki cinsiyette daha yüksek oranlarda doğru yanıt vermiş olmasına rağmen cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 6)

11 no'lu Herpes labialis sorusuna her iki cinsiyette daha yüksek oranda doğru yanıt vermiş olup cinsiyete göre verilen yanıtlarda anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 6)

Tablo 6. Lezyon sorularına cinsiyete göre verilen yanıtlar

		Cinsiyet		Toplam	p
		Kadın	Erkek	n(%)	
	Malign/Benign	n(%)	n(%)	n(%)	
1. Çil	Yanlış	15(%22,7)	51(%77,3)	66(%16,5)	0,13
	Doğru	105(%31,3)	230(%68,7)	335(%83,5)	
2. İmpetigo	Yanlış	35(%34)	68(%66)	103(%25,7)	0,31
	Doğru	85(%28,5)	213(%71,5)	298(%74,3)	
3. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	86(%33,7)	169(%66,3)	255(%63,6)	0,02
	Doğru	34(%23,3)	112(%76,7)	146(%36,4)	
4. Seboreik Keratozis	Yanlış	8(%20)	32(%80)	40(%10)	0,11
	Doğru	112(%31)	249(%69)	361(%90)	
5. Malign Melanom	Yanlış	1(%7,7)	12(%92,3)	13(%3,2)	0,02
	Doğru	119(%30,7)	269(%69,3)	388(%96,8)	
6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış*	103(%29,9)	241(%70,1)	344(%85,8)	0,98
	Doğru	17(%29,8)	40(%70,2)	57(%14,2)	

7. Keratoakantom	Yanlış	43(%27,7)	112(%72,3)	155(%38,7)	0,45
	Doğru	77(%31,3)	169(%68,7)	246(%61,3)	
8. Malign Melanom	Yanlış*	81(%30,9)	181(%69,1)	262(%65,3)	0,55
	Doğru	39(%28,1)	100(%71,9)	139(%34,7)	
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	5(%25)	15(%75)	20(%5)	0,62
	Doğru	115(%30,2)	266(%69,8)	381(%95)	
10. Siğil	Yanlış	11(%16,7)	55(%83,3)	66(%16,5)	0,00
	Doğru	109(%32,5)	226(%67,5)	335(%83,5)	
11. Herpes Labialis	Yanlış	7(%14,9)	40(%85,1)	47(%11,7)	0,00
	Doğru	113(%31,9)	241(%68,1)	354(%88,3)	
12. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	100(%31,5)	217(%68,5)	317(%79,1)	0,15
	Doğru	20(%23,8)	64(%76,2)	84(%20,9)	
Toplam		120	281	401	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

4 no'lu Seboreik Keratozis olgu sorusuna her iki görev tanımına sahip katılımcılarda daha yoğun olarak doğru yanıt vermiş olsa da görev tanımına göre verilen yanıtların karşılıklı analizinde anlamlı farklılık bulundu. ($p<0,05$) (Tablo 7)

5 no'lu Malign Melanom olgu sorusuna her iki görev tanımında çalışmakta olan katılımcılar daha yüksek oranda doğru yanıt vermiş olsalar da verilen yanıtların görev tanımına göre karşılaştırmalı analizinde anlamlı farklılık bulundu. ($p<0,05$) (Tablo 7)

Tablo 7. Lezyon sorularına görev tanımına göre verilen yanıtlar

		Görev Tanımı			p
		Uzman Aile	Pratisyen	Toplam	
		Benign/Malign	Hekimi		
		n(%)	n(%)	n(%)	
1. Çil	Yanlış	5(%16,7)	61(%16,4)	66(%16,5)	0,97
	Doğru	25(%83,3)	310(%83,6)	335(%83,5)	
2. İmpetigo	Yanlış	9(%30)	94(%25,3)	103(%25,7)	0,57
	Doğru	21(%70)	277(%74,7)	298(%74,3)	
3. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	18(%60)	237(%63,9)	255(%63,6)	0,67
	Doğru	12(%40)	134(%36,1)	146(%36,4)	
4. Seboreik Keratozis	Yanlış	0(%0)	40(%10,8)	40(%10)	0,00
	Doğru	30(%100)	331(%89,2)	361(%90)	
5. Malign Melanom	Yanlış	0(%0)	13(%3,5)	13(%3,2)	0,00
	Doğru	30(%100)	358(%96,5)	388(%96,8)	

6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış*	27(%90)	317(%85,4)	344(%85,8)	0,49
	Doğru	3(%10)	54(%14,6)	57(%14,2)	
7. Keratoakantom	Yanlış	16(%53,3)*	139(%37,5)	155(%38,7)	0,08
	Doğru	14(%46,7)	232(%62,5)	246(%61,3)	
8. Malign Melanom	Yanlış*	16(%53,3)	246(%66,3)	262(%65,3)	0,15
	Doğru	14(%46,7)	125(%33,7)	139(%34,7)	
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	2(%6,7)	18(%4,9)	20(%5)	0,66
	Doğru	28(%93,3)	353(%95,1)	381(%95)	
10. Siğil	Yanlış	4(%13,3)	62(%16,7)	66(%16,5)	0,63
	Doğru	26(%86,7)	309(%83,3)	335(%83,5)	
11. Herpes Labialis	Yanlış	5(%16,7)	42(%11,3)	47(%11,7)	0,38
	Doğru	25(%83,3)	329(%88,7)	354(%88,3)	
12. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	22(%73,3)	295(%79,5)	317(%79,1)	0,42
	Doğru	8(%26,7)	76(%20,5)	84(%20,9)	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

Lezyon sorularına verilen benign/malign yanıtlarının yaş sınıflamasına göre karşılaştırmalı analizinde;

5 no'lu Malign Melanom sorusuna tüm yaş aralıklarında daha yüksek oranda malign yanıt verilmiş olsa da yaş grupları arasındaki karşılaştırmalı analizlerde anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 8)

Tablo 8. Lezyon sorularına yaş sınıflamasına göre verilen yanıtlar

		Yaş				Total	p
		25-35	36-45	46-55	≥56		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
1. Çil	Yanlış	1(%1,5)	21(%31,8)	31(%47)	13(%19,7)	66(%16,5)	0,41
	Doğru	20(%6)	86(%25,7)	161(%48,1)	68(%20,3)	335(%83,5)	
2. İmpetigo	Yanlış	9(%8,7)	28(%27,2)	45(%43,7)	21(%20,4)	103(%25,7)	0,28
	Doğru	12(%4)	79(%26,5)	147(%49,3)	60(%20,1)	298(%74,3)	
3. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	11(%4,3)	63(%24,7)	129(%50,6)	52(%20,4)	255(%63,6)	0,35
	Doğru	10(%6,8)	44(%30,1)	63(%43,2)	29(%19,9)	146(%36,4)	
4. Seboreik Keratozis	Yanlış	4(%10)	13(%32,5)	12(%30)	11(%27,5)	40(%10)	0,08
	Doğru	17(%4,7)	94(%26)	180(%49,9)	70(%19,4)	361(%90)	
5. Malign Melanom	Yanlış	2(%15,4)	8(%61,5)	3(%23,1)	0(%0)	13(%3,2)	0,04
	Doğru	19(%4,9)	99(%25,5)	189(%48,7)	81(%20,9)	388(%96,8)	

6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış*	20(%5,8)	92(%26,7)	166(%48,3)	66(%19,2)	344(%85,8)	0,41
	Doğru	1(%1,5)	15(%26,3)	26(%45,6)	15(%26,3)	57(%14,2)	
7. Keratoakantom	Yanlış	7(%4,5)	37(%23,9)	81(%52,3)	30(%19,4)	155(%38,7)	0,55
	Doğru	14(%5,7)	70(%28,5)	111(%45,1)	51(%20,7)	246(%61,3)	
8. Malign Melanom	Yanlış*	12(%4,6)	60(%22,9)	131(%50)	59(%22,5)	262(%65,3)	0,06
	Doğru	9(%6,5)	47(%33,8)	61(%43,9)	22(%15,8)	139(%34,7)	
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	2(%10)	4(%20)	13(%65)	1(%5)	20(%5)	0,17
	Doğru	19(%5)	103(%27)	179(%47)	80(%21)	381(%95)	
10. Siğil	Yanlış	6(%9,1)	18(%27,3)	28(%42,4)	14(%21,2)	66(%16,5)	0,42
	Doğru	15(%4,5)	89(%26,6)	164(%49)	67(%20)	335(%83,5)	
11. Herpes Labialis	Yanlış	3(%6,4)	14(%29,8)	18(%38,3)	12(%25,5)	47(%11,7)	0,55
	Doğru	18(%5,1)	93(%26,3)	174(%49,2)	69(%19,5)	354(%88,3)	
12. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	18(%5,7)	83(%26,2)	155(%48,9)	61(%19,2)	317(%79,1)	0,63
	Doğru	3(%3,6)	24(%28,6)	37(%44)	20(%23,8)	84(%20,9)	
	Toplam	21	107	192	81	401	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

Lezyon sorularına verilen benign/malign yanıtlarının çalışma yılı sınıflamasına göre analizinde ;

4 no'lu Seboreik keratozis lezyonuna tüm gruplar daha yoğun olarak doğru yanıt vermiş olsa bile çalışma yılı sınıflamasına göre verilen yanıtlar karşılaştırmalı olarak analiz edildiğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 9)

Tablo 9. Lezyon sorularına çalışma yılı sınıflamasına göre verilen yanıtlar

	Malign/Benign	Çalışma Yılı				Total n(%)	p
		5-10 yıl n(%)	11-20 yıl n(%)	21-30 yıl n(%)	≥31 yıl n(%)		
1. Çil	Yanlış	3(%4,5)	22(%33,3)	32(%48,5)	9(%13,6)	66(%16,5)	0,36
	Doğru	19(%5,7)	100(%29,9)	139(%41,5)	77(%23)	335(%83,5)	
2. İmpetigo	Yanlış	6(%5,8)	38(%36,9)	40(%38,8)	19(%18,4)	103(%25,7)	0,39
	Doğru	16(%5,4)	84(%28,2)	131(%44)	67(%22,5)	298(%74,3)	
3. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	13(%5,1)	70(%27,5)	119(%46,7)	53(%20,8)	255(%63,6)	0,17
	Doğru	9(%6,2)	52(%35,6)	52(%35,6)	33(%22,6)	146(%36,4)	
4. Seboreik Keratozis	Yanlış	5(%12,5)	14(%35)	10(%25)	11(%27,5)	40(%10)	0,04
	Doğru	17(%4,7)	108(%29,9)	161(44,6)	75(%20,8)	361(%90)	
5. Malign Melanom	Yanlış	1(%7,7)	8(%61,5)	4(%30,8)	0(%0)	13(%3,2)	0,05
	Doğru	21(%5,4)	114(%29,4)	167(%43)	86(%22,2)	388(%96,8)	
6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış*	20(%5,8)	105(%30,5)	151(%43,9)	68(%19,8)	344(%85,8)	0,20
	Doğru	2(%3,5)	17(%29,8)	20(%11,7)	18(%20,9)	57(%14,2)	

7. Keratoakantom	Yanlış	6(%3,9)	46(%29,7)	66(%42,6)	37(%23,9)	155(%38,7)	0,58
	Doğru	16(%6,5)	76(%30,9)	105(%42,7)	49(%19,9)	246(%61,3)	
8. Malign Melanom	Yanlış*	13(%5)	74(%28,2)	110(%42)	65(%24,8)	262(%65,3)	0,13
	Doğru	9(%6,5)	48(%34,5)	61(%43,9)	21(%15,1)	139(%3,7)	
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	2(%10)	6(%30)	10(%50)	2(%10)	20(%5)	0,50
	Doğru	20(%5,2)	116(%30,4)	161(%42,3)	84(%22)	381(%95)	
10. Siğil	Yanlış	6(%9,1)	21(%31,8)	28(%42,4)	11(%16,7)	66(%16,5)	0,43
	Doğru	16(%4,8)	101(%30,1)	143(%42,7)	75(%22,4)	335(%83,5)	
11. Herpes Labialis	Yanlış	3(%6,4)	19(%40,4)	16(%34)	9(%19,1)	47(%11,7)	0,41
	Doğru	19(%5,4)	103(%29,1)	155(%43,8)	77(%21,8)	354(%88,3)	
12. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	18(%5,7)	95(%30)	136(%42,9)	68(%21,5)	317(%79,1)	0,97
	Doğru	4(%4,8)	27(%32,1)	35(%41,7)	18(%21,4)	84(%20,9)	
Toplam		22	122	171	86	401	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

4.1.4. Lezyon Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtların Aile Sağlığı

Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hasta Sayısı, Bu Hastalarda Maligniteden Şüphelenme Sıklığı ve Maligniteden Şüphelenilen Hastalara Yaklaşım Durumuna Göre Karşılaştırılması

Lezyon sorularına verilen benign/malign yanıtları katılımcıların Aile sağlığı merkezlerine cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığı ile karşılaştırmalı analizlerinde;

10 no'lu Siğil lezyonuna verilen yanıtlar cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığına göre bakıldığında her bir seçenek için daha yoğun olarak doğru yanıt verilmiş olup, karşılaştırmalı analizlerinde anlamlı farklılık saptanmıştır. ($p < 0,05$) (Tablo 10)

Tablo 10. Lezyon sorularına hasta başvuru sıklığına göre verilen yanıtlar

		Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığı				Total	p
		Hiç/Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
1. Çil	Yanlış	3(%4,5)	21(%31,8)	36(%54,5)	6(%9,1)	66(%16,5)	0,99
	Doğru	15(%4,5)	112(%33,4)	177(%52,8)	31(%9,3)	335(%83,5)	
2. İmpetigo	Yanlış	8(%7,8)	32(%31,1)	52(%50,5)	11(%10,7)	103(%25,7)	0,26
	Doğru	10(%3,4)	101(%33,9)	161(%54)	26(%8,7)	298(%74,3)	
3. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	12(%4,7)	82(%32,2)	135(%52,9)	26(%10,2)	255(%63,6)	0,80
	Doğru	6(%4,1)	51(%34,9)	78(%53,4)	11(%7,5)	146(%36,4)	

4. Seboreik Keratozis	Yanlış	1(%2,5)	15(%37,5)	22(%55)	2(%5)	40(%10)	0,67
	Doğru	17(%4,7)	118(%32,7)	191(%52,9)	35(%9,7)	361(%90)	
5. Malign Melanom	Yanlış	0(%0)	7(%53,8)	5(%38,5)	1(%7,7)	13(%3,2)	0,40
	Doğru	18(%4,6)	126(%32,5)	208(%53,6)	36(%9,3)	388(%96,8)	
6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış*	17(%49)	119(%34,6)	179(%52)	29(%8,4)	344(%85,8)	0,18
	Doğru	1(%1,8)	14(%24,6)	34(%59,6)	8(%14)	57(%14,2)	
7. Keratoakantom	Yanlış	6(%3,9)	51(%32,9)	86(%55,5)	12(%7,7)	155(%38,7)	0,78
	Doğru	12(%4,9)	82(%33,3)	127(%51,6)	25(%10,2)	246(%61,3)	
8. Malign Melanom	Yanlış*	9(%3,4)	98(%37,4)	132(%50,4)	23(%8,8)	262(%65,3)	0,06
	Doğru	9(6,5%)	35(%25,2)	81(%58,3)	14(%10,1)	139(%34,7)	
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	0(%0)	7(%35)	10(%50)	3(%15)	20(%5)	0,62
	Doğru	18(%4,7)	126(%33,1)	203(%53,3)	34(%8,9)	381(%95)	
10. Siğil	Yanlış	6(%9,1)	18(%27,3)	32(%48,5)	10(15,2%)	66(%16,5)	0,04
	Doğru	12(%3,6)	115(%34,3)	181(%54)	27(%8,1)	335(%83,5)	
11. Herpes Labialis	Yanlış	3(%6,4)	18(%38,3)	20(%42,6)	6(%12,8)	47(%11,7)	0,44
	Doğru	15(%4,2)	115(%32,5)	193(%54,5)	31(%8,8)	354(%88,3)	
12. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	11(%3,5)	106(%3,4)	171(%53,9)	29(%9,1)	317(%79,1)	0,29
	Doğru	7(%8,3)	27(%32,1)	42(%50)	8(%9,5)	84(%20,9)	
	Toplam	18	133	213	37	401	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

Görüntülü olgu sorularına verilen doğru/yanlış yanıtların katılımcıların aile sağlığı merkezine cilt lezyonu ile başvuran hastalarda maligniteden şüphelenme sıklığına göre analizinde;

5 no'lu Malign Melanom lezyonu için her iki grupta da daha yoğun olarak doğru yanıt verilmiş olup gruplar arası karşılaştırılmalı analizlerde anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 11)

6 no'lu Skuamöz hücreli karsinom lezyonu için her iki grup daha yoğun olarak yanlış yanıt vermiş olup, grupların yanıtlarının karşılaştırmalı analizlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 11)

Tablo 11. Lezyon sorularına maligniteden şüphe sıklığına göre verilen yanıtlar

		Malignite Şüphe Sıklığı			p
		Hiç/Nadiren	Bazen/Sık/Çok	Toplam	
		n(%)	n(%)	n(%)	
1. Çil	Yanlış	49(%74,2)	17(%25,8)	66(%16,5)	0,98
	Doğru	249(%74,3)	86(%25,7)	335(%83,5)	

2. İmpetigo	Yanlış	74(%71,8)	29(%28,2)	103(%25,7)	0,50
	Doğru	224(%75,2)	74(%24,8)	298(%74,3)	
3. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	187(%73,3)	68(%26,7)	255(%63,6)	0,55
	Doğru	111(%76)	35(%24)	146(%36,4)	
4. Seboreik Keratozis	Yanlış	30(%75)	10(%25)	40(%10)	0,91
	Doğru	268(%74,2)	93(%25,8)	361(%90)	
5. Malign Melanom	Yanlış	13(%4,4)	0(%0)	13(%3,2)	0,00
	Doğru	285(%73,5)	103(%26,5)	388(%96,8)	
6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış*	263(%76,5)	81(%23,5)	344(%85,8)	0,03
	Doğru	35(%61,4)	22(%38,6)	57(%14,2)	
7. Keratoakantom	Yanlış	110(%71)	45(%29)	155(%38,7)	0,23
	Doğru	188(%76,4)	58(%23,6)	246(%61,3)	
8. Malign Melanom	Yanlış*	190(%72,5)	72(%27,50)	262(%65,3)	0,25
	Doğru	108(%77,7)	31(%22,3)	139(%34,7)	
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	11(%55)	9(%45)	20(%5)	0,09
	Doğru	287(%75,3)	94(%24,7)	381(%5)	
10. Siğil	Yanlış	54(%81,8)	12(%18,2)	66(%16,5)	0,09
	Doğru	244(%72,8)	91(%27,2)	335(%83,5)	
11. Herpes Labialis	Yanlış	38(%80,9)	9(%19,1)	47(%11,7)	0,24
	Doğru	260(%73,4)	94(%26,6)	354(%88,3)	
12. Bazal Hücreli Karsinom	Yanlış*	236(%74,4)	81(%25,6)	317(%79,1)	0,90
	Doğru	62(%73,8)	22(%26,2)	84(%20,9)	
Toplam		298(%74,3)	103(%25,7)	410(%100)	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

Lezyon sorularına verilen benign/malign yanıtlarının Aile sağlığı merkezinde çalışan katılımcıların şüpheli cilt lezyonlarına yaklaşım durumuna göre karşılaştırılması sonucu ;

4 no'lu Seboreik Keratozis olgu sorusuna her iki grupta daha yüksek oranda doğru yanıt vermiş olup grupların karşılaştırmalı analizlerinde anlamlı farklılık saptanmıştır. (p<0,05) (Tablo 12)

11 no'lu Herpes Labialis olgu sorusuna her iki grupta daha yüksek oranda doğru yanıt vermiş olup gruplarının karşılaştırmalı analizlerinde anlamlı farklılık saptanmıştır. (p<0,05) (Tablo 12)

Tablo 12. Lezyon sorularına şüpheli lezyonlara yaklaşıma göre verilen yanıtlar

		Şüpheli Lezyonlara Yaklaşım			p
		Şüphelendiğim Her Vakayı Hemen Sevk Ederim	Lezyonun Durumuna Göre İzlemeye Alırım Ya Da Sevk Ederim	Toplam	
		n(%)	n(%)	n(%)	
1.Çil	Yanlış	60(%90,9)	6(%9,10)	66(%16,5)	0,19
	Doğru	287(%85,7)	48(%41,3)	335(%83,5)	
2.İmpetigo	Yanlış	91(%88,3)	12(%11,7)	103(%25,7)	0,53
	Doğru	256(%85,9)	42(%14,1)	298(%74,3)	
3.Bazal Hücreli Kanser	Yanlış*	224(%87,8)	31(%12,2)	255(%63,6)	0,31
	Doğru	123(%84,2)	23(%15,8)	146(%36,4)	
4.Seбореik Keratozis	Yanlış	29(%72,5)	11(%27,5)	40(%10)	0,04
	Doğru	318(%88,1)	43(%11,9)	361(%90)	
5.Malign Melanom	Yanlış	12(%92,3)	1(%7,7)	13(%3,2)	0,53
	Doğru	335(%86,3)	53(%13,7)	388(%96,8)	
6.Skuamöz Hücreli Kanser	Yanlış*	295(%85,8)	49(%14,2)	344(%85,8)	0,19
	Doğru	52(%91,2)	5(%8,8)	57(%14,2)	
7.Keratoakantom	Yanlış	129(%83,2)	26(%16,8)	155(%38,7)	0,12
	Doğru	218(%88,6)	28(%11,4)	246(%61,3)	
8.Malign Melanom	Yanlış*	227(%86,6)	35(%13,4)	262(%65,3)	0,93
	Doğru	120(%86,3)	19(%13,7)	139(%34,7)	
9.Skuamöz Hücreli Kanser	Yanlış	15(%75)	5(%5)	20(%5)	0,23
	Doğru	332(%87,1)	49(%12,9)	381(%95)	
10.Siğil	Yanlış	59(%89,4)	7(%10)	66(%16,5)	0,45
	Doğru	288(%86)	47(%14)	335(%83,5)	
11.Herpes Labialis	Yanlış	45(%95,7)	2(%4,3)	47(%11,7)	0,04
	Doğru	302(%85,3)	52(%14,7)	354(%88,3)	
12.Bazal Hücreli Kanser	Yanlış*	272(%85,8)	45(%14,2)	317(%79,1)	0,40
	Doğru	75(%89,3)	9(%10,7)	84(%20,9)	
Total		347(%86,5)	54(%13,5)	401(%100)	

*: Sayı ve yüzde olarak daha çok yanlış bilinen sorular

4.1.5. Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hasta

Sıklığı Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyodemografik Verilerle Analizi

Katılımcılara yöneltilen çalışmakta oldukları Aile Sağlığı Merkezi'ne cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığını sorusunun yanıtları 5'li likert tipinde

hiç/nadiren/bazen/sık/çok sık şeklinde yöneltildi. Katılımcıların hiçbirinin bu soruya ‘hiç’ yanıtı vermediği görülüp olup analize bu şekilde devam edilmiştir.

Katılımcıların verdiği yanıtların tüm değişkenlere göre ‘sık’ yanıtı yönünde olduğu görülse de verilen yanıtların cinsiyet gruplarına göre karşılaştırılmalı analizlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 13)

Tablo 13. Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı

		Hasta Sıklığı				Toplam	p
		Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Cinsiyet	Kadın	3(%2,5)	35(%29,2)	68(%56,7)	14(%11,7)	120(%29,9)	0,05
	Erkek	15(%5,3)	98(%34,9)	145(%51,6)	23(%8,2)	281(%70,1)	
Görev Tanımı	Uzman Aile						0,40
	Hekimi	2(%6,7)	11(%36,7)	15(%50)	2(%6,7)	30(%7,5)	
	Pratisyen Hekim	16(%4,3)	122(%32,9)	198(%53,4)	35(%9,4)	371(%92,5)	
Çalışma Yılı	5-10	1(%4,5)	5(%22,7)	14(%63,6)	2(%9,1)	22(%5,5)	0,83
	11-20	6(%4,9)	43(%35,2)	55(%45,1)	18(%14,8)	122(%30,4)	
	21-30	9(%5,3)	52(%30,4)	100(%58,5)	10(%5,8)	171(%42,6)	
	≥31	2(%2,3)	33(%38,4)	44(%51,2)	7(%8,1)	86(%21,4)	
Yaş Sınıflama	25-35	1(%4,8)	5(%23,8)	13(%61,9)	2(%9,5)	21(%5,2)	0,82
	36-45	6(%5,6)	34(%31,8)	54(%50,5)	13(%12,1)	107(%26,7)	
	46-55	8(%4,2)	63(%32,8)	105(%54,7)	16(%8,3)	192(%47,9)	
	≥56	3(%3,7)	31(%38,3)	41(%50,6)	6(%7,4)	81(%20,2)	
	Toplam	18(%4,5)	133(%33,2)	213(%53,1)	37(%9,2)	401(%100)	

Fakat araştırmanın sonuçları analiz edildiğinde katılımcıların bu soruya verdiği yanıtlar bazı değişkenlere göre analiz yapılmasını güvenli kılacak sayıda olmadığından verilen yanıtların modeli baz alınarak daha güvenilir sonuçlar elde edebilmek amacıyla 5’li likert yanıtları hiç +nadiren +bazen/sık +çok sık şeklinde birleştirilerek yeniden analiz edildi.

Bu durum sonrası tekrar yapılan karşılaştırmalı analizlerde anlamlı farklılık görülmedi. ($p>0,05$) (Tablo 14)

Tablo 14. Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı

		Hasta Sıklığı		Toplam	p
		Hiç/Nadiren/Bazen	Sık/Çok Sık		
Cinsiyet	Kadın	38(%31,7)	82(%68,3)	120(%29,9)	0,10
	Erkek	113(%40,2)	168(%59,8)	281(%70,1)	
Görev tanımı	Uzman Aile Hekimi	13(%43,3)	17(%56,7)	30(%7,5)	0,50
	Pratisyen Hekim	138(%37,2)	233(%62,8)	371(%92,5)	
Yaş	25-35	6(%28,6)	15(%71,4)	21(%5,2)	0,70
	36-45	40(%37,4)	67(%62,6)	107(%26,7)	
	46-55	71(%37)	121(%63)	192(%47,9)	
	≥56	34(%42)	47(%58)	81(%20,2)	
	5-10	6(%27,3)	16(%72,7)	22(%5,5)	
Çalışma yılı	11-20	49(%40,2)	73(%59,8)	122(%30,4)	0,58
	21-30	61(%35,7)	110(%64,3)	171(%42,6)	
	≥31	35(%40,7)	51(%59,3)	86(%21,4)	
	Total	151(%37,7)	250(%62,3)	401(%100)	

4.1.6. Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hastalarda Katılımcıların Maligniteden Şüphelenme Sıklığı Sorusuna Verilen Yanıtların Sosyodemografik Verilerle Analizi

Katılımcılara yöneltilen çalışmakta oldukları Aile Sağlığı Merkezi'ne cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığını sorusunun yanıtları 5'li likert tipinde hiç/nadiren/bazen/sık/çok sık şeklinde yöneltildi.

Bu soruya verilen yanıtların karşılaştırılmalı analizlerinde;

Cinsiyet gruplarının verdiği yanıtlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.($p<0,05$)

Çalışma yılı sınıflamasına göre yapılan gruplamalarda gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır.($p<0,05$) (Tablo 15)

Yaş sınıflamasına göre yapılan gruplarda grupların verdiği yanıtların arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.($p<0,05$) (Tablo 15)

Tablo 15. Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı

		Maligniteden Şüphelenme Sıklığı					Toplam	p
		Hiç n(%)	Nadiren n(%)	Bazen n(%)	Sık n(%)	Çok Sık n(%)	n(%)	
Cinsiyet	Kadın	2(%1,7)	82(%68,3)	33(%)	2(%1,7)	1(%0,8)	120(%29,9)	0,04
	Erkek	13(%4,6)	201(%71,5)	65(%23,1)	2(%0,7)	0(%0)	281(%70,1)	
Görev Tanımı	Uzman Aile							0,99
	Hekimi	1(%3,3)	22(%73,3)	6(%20)	1(%3,3)	0(%0)	30(%7,5)	
	Pratisyen Hekim	14(%3,8)	261(%70,4)	92(%24,8)	3(%0,8)	1(%0,3)	371(%92,5)	
Çalışma Yılı	5-10	2(%9,1)	17(%77,3)	2(%9,1)	0(%0)	1(%4,5)	22(%5,5)	0,02
	11-20	5(%4,1)	93(%76,2)	23(%18,9)	1(%0,8)	0(%0)	122(%30,4)	
	21-30	8(%4,7)	119(%69,6)	42(%24,6)	2(%1,2)	0(%0)	171(%42,6)	
	≥31	0(%0)	54(%62,8)	31(%36)	1(%1,2)	0(%0)	86(%21,4)	
Yaş	25-35	1(%4,8)	17(%81)	2(%9,5)	0(%0)	1(%4,8)	21(%5,2)	0,03
	36-45	4(%3,7)	86(%80,4)	16(%15)	1(%0,9)	0(%0)	107(%26,7)	
	46-55	10(%5,2)	127(%66,1)	53(%27,6)	2(%1)	0(%0)	192(%47,9)	
	≥56	0(%0)	53(%65,4)	27(%33,3)	1(%1,2)	0(%0)	81(%20,2)	
Total		15(%3,7)	283(%70,6)	98(%24,4)	4(%1)	1(%0,2)	401(%100)	

Fakat araştırmanın sonuçları analiz edildiğinde katılımcıların bu soruya verdiği yanıtlar bazı değişkenlere göre analiz yapılmasını güvenli kılacak sayıda olmadığından verilen yanıtların modeli baz alınarak daha güvenilir sonuçlar elde edebilmek amacıyla 5’li likert yanıtları hiç +nadiren/ bazen +sık +çok sık şeklinde birleştirilerek yeniden analiz edildi.

5’li likert ile yapılan analizden farklı olarak cinsiyet grupları arasında verilen yanıtlar bağlamında anlamlı farklılık saptanmadı.($p>0,05$) (Tablo 16)

5’li likert sonuçlarına benzer şekilde;

Çalışma yılına göre gruplara ayrılan katılımcıların verdiği yanıtlar arasında anlamlı farklılık saptandı.($p<0,05$) (Tablo 16)

Yaş sınıflamasına göre gruplara ayrılan katılımcıların verdiği yanıtlar arasında anlamlı farklılık saptandı.($p<0,05$) (Tablo 16)

Tablo 16. *Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığının Sosyodemografik verilere göre dağılımı*

		Maligniteden Şüphelenme Sıklığı		Total	p
		Hiç/Nadiren	Bazen/Sık/Çok		
Cinsiyet	Kadın	84(%70)	36(%30)	120(%29,9)	0,21
	Erkek	214(%76,2)	67(%23,8)	281(%70,1)	
Görev tanımı	Uzman	23(%79,7)	7(%23,3)	30(%7,5)	0,76
	Pratisyen	275(%74,1)	96(%25,9)	371(%92,5)	
Çalışma yılı	5-10	19(%86,4)	3(%13,6)	22(%5,5)	0,02
	11-20	98(%80,3)	24(%19,7)	122(%30,4)	
	21-30	127(%74,3)	44(%25,7)	171(%42,6)	
	≥31	54(%62,8)	32(%37,2)	86(%21,4)	
Yaş	25-35	18(%85,7)	3(%14,3)	21(%5,2)	0,01
	36-45	90(%84,1)	17(%15,9)	107(%26,7)	
	46-55	137(%71,4)	55(%28,6)	192(%47,9)	
	≥56	53(%65,4)	28(%34,6)	81(%20,2)	
Total		298(%74,3)	103(%25,7)	401(%100)	

4.1.7. Aile Sağlığı Merkezine Cilt Lezyonu ile Başvuran Hastalarda Maligniteden Şüphe Durumunda Katılımcıların Sergiledikleri Tutum Sorusuna Verdiği Yanıtların Sosyodemografik Verilerle Analizi

Katılımcılara çalışmakta oldukları Aile sağlığı Merkez’lerine cilt lezyonu ile başvuran hastalarda maligniteden şüphelendikleri durumlarda nasıl bir yol izledikleri ile ilgili yaklaşım sorusu yöneltildiğinde;

Katılımcıların verdikleri yanıtlar sınıflandırılan gruplara göre karşılaştırmalı olarak analiz edildiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.($p>0,05$) (Tablo 17)

Tablo 17. *Şüpheli Lezyona Yaklaşımın Sosyodemografik verilere göre dağılımı*

		Şüpheli Lezyona Yaklaşım		Total	p
		Şüphelendiğim Her Vakayı Hemen Sevk Ederim	Lezyonun Durumuna Göre İzlemeye Alırım Ya Da Sevk Ederim		
		n(%)	n(%)	n(%)	
Cinsiyet	Kadın	103(%85,8)	17(%14,2)	120(%29,9)	0,78
	Erkek	244(%86,8)	37(%13,2)	281(%70,1)	
Görev Tanımı	Uzman Aile Hekimi	26(%86,7)	4(%13,3)	30(%7,5)	0,98
	Pratisyen Hekim	321(%86,5)	50(%13,5)	371(%92,5)	
Yaş	25-35	15(%71,4)	6(%28,6)	21(%5,2)	0,20
	36-45	95(%88,8)	12(%11,2)	107(%26,7)	
	46-55	167(%87)	25(%13)	192(%47,9)	
	≥56	70(%86,4)	11(%13,6)	81(%20,2)	
Çalışma Yılı	5-10	16(%72,7)	6(%27,3)	22(%5,5)	0,11
	11-20	105(%86,1)	17(%13,9)	122(%30,4)	
	21-30	154(%90,1)	17(%9,9)	171(%42,6)	
	≥31	72(%83,7)	14(%16,3)	86(%21,4)	
	Total	347(%86,5)	54(%13,5)	401(%100)	

4.1.8. Olgu Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtlardan Alınan Toplam

Puanın Sosyodemografik Verilerle Analizi

Katılımcılar yöneltilen 6 benign ve 3 malign hastalıkla ilgili, benign hastalıklarından birer malign hastalıklarından ikişer olmak kaydıyla görüntülü ve olgu sunumlu lezyon sorularına verilen her doğru yanıt için 1(bir) puan alırken, her yanlış yanıt için 0(sıfır) puan almaya hak kazanmıştır. Anketin bu kısmından alınabilecek maksimum puan 12(on iki) iken minimum puan 0(sıfır) olacaktır.

Cinsiyete göre alınan puanlara bakıldığında; kadınların aldıkları puanlar 3 ile 12 arasında değişmekte olup ortalama puan $7,87 \pm 1,24$ iken , erkeklerin aldıkları puan 3 ile 11 arasında değişmekte olup aldıkları ortalama puan $7,75 \pm 1,41$ 'dir. Kadın ve

erkeklerin anketten aldıkları toplam puanın karşılaştırmalı analizlerinde anlamlı farklılık bulunamamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 18)

Görev tanımına göre alınan puanlara bakıldığında; uzman aile hekimi tanımı ile çalışmakta olan aile hekimlerinin aldıkları puanlar 6 ile 11 arasında değişmekte olup aldıkları ortalama puan $7,86\pm1,19$ olup , pratisyen tanımı ile çalışmakta olan aile hekimlerinin aldıkları puanlar 3 ile 12 arasında değişmektedir ve aldıkları ortalama puan $7,78\pm1,37$ 'dir. Bu grupların anketten aldıkları toplam puanın karşılaştırmalı analizlerinde anlamlı farklılık saptanamamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 18)

Katılımcıların anketten aldıkları toplam puan çalışma yılı sınıflamasına göre analiz edildiğinde; 5-10 yıl arası çalışmakta olan katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,63\pm1,81$ olup puanlar 3 ile 11 arasında değişmekteyken, 11-20 yıl arası çalışmakta olan katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,75\pm1,34$ olup puanlar 5 ile 11 arasında değişirken, 21-30 yıl arası çalışmakta olan katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,78\pm1,39$ olup puanlar 3 ile 12 arasında değişirken, 31 yıldan daha uzun süredir çalışmakta olan katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,91\pm1,21$ olup puan 5 ile 11 arasında değişmektedir. Bu gruplar arasında yapılan karşılaştırmalı analizlerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 18)

Katılımcıların anketten aldıkları toplam puanın yaş sınıflamasına göre analizinde; 25-35 yaş aralığında bulunan katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,48\pm1,72$ olup puanlar 3 ile 11 arasında değişmekteyken, 36-45 yaş aralığındaki katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,88\pm1,38$ olup puanlar 5 ile 11 arasında değişmekte, 46-55 yaş aralığındaki katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,77\pm1,35$ olup puanlar 3 ile 12 arasında değişmekte, 56 yaş ve üzerindeki katılımcıların aldıkları ortalama puan $7,80\pm1,26$ olup toplam puan 4 ile 11 arasında değişmektedir. Yaş grupları arasında yapılan karşılaştırmalı analizlerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 18)

Tablo 18. *Toplam puanın Sosyodemografik verilere göre dağılımı*

		n	Ort ± Std	Min-Max	p
Cinsiyet	Kadın	120	7,87±1,24	3-12	0,41
	Erkek	281	7,75±1,41	3-11	
Görev Tanımı	Uzman Aile Hekimi	30	7,86±1,19	6-11	0,75
	Pratisyen Hekim	371	7,78±1,37	3-12	
Çalışma Yılı	5-10	22	7,63±1,81	3-11	0,80
	11-20	122	7,75±1,34	5-11	
	21-30	171	7,78±1,39	3-12	
	≥31	86	7,91±1,21	5-11	
Yaş	25-35	21	7,48±1,72	3-11	0,66
	36-45	107	7,88±1,38	5-11	
	46-55	192	7,77±1,35	3-12	
	≥56	81	7,80±1,26	4-11	
Hasta Sıklığı	Nadiren	18	7,78±1,51	6-11	0,66
	Bazen	133	7,68±1,42	3-11	
	Sık	213	7,87±1,34	4-11	
	Çok Sık	37	7,73±1,17	5-12	
Malignite Şüphe Sıklığı	Hiç	15	8,13±1,64	6-11	0,42
	Nadiren	283	7,77±1,39	3-11	
	Bazen	98	7,74±1,22	4-12	
	Sık	4	8,75±0,95	8-10	
	Çok Sık	1	9	9	
Lezyona Yaklaşım	Şüphelendiğim Her Vakayı Hemen Sevk Ederim	347	7,80±1,36	3-12	0,77
	Lezyonun Durumuna Göre İzlemeye Alırım Ya Da Sevk Ederim	54	7,74±1,34	3-11	
	Total	401	7,79±1,36	3-12	

4.1.12. Olgu Sorularına Verilen Doğru/Yanlış Yanıtlara Göre Aynı

Olguya Verilen Yaklaşım Yanıtlarının Analizi

Katılımcılara ilk olarak olgu soruları için yöneltilen benign/malign sorusunun ardından bu lezyonlarla ilgili olarak ikinci soru olarak yaklaşım sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların vermiş oldukları benign/malign yanıtlarına göre katılımcılar

gruplandırıldıktan sonra katılımcıların aynı olguya vermiş oldukları yaklaşım sorularına verdikleri yanıtların frekansları ve analizleri yapılmıştır.

3 no'lu Bazal Hücreli Kanser olgusunun ilk sorusuna 'benign' yanıtı verip yanlış olarak cevaplamış olan katılımcıların olgunun ikinci sorusu olan yaklaşım sorusuna verdikleri yanıtların frekanslarına bakıldığında yanlış yanıt veren katılımcıların; %33,3'ü (85 kişi) 'Hemen Tedavi Veririm' yanıtı verirken, %32,5'u (83 kişi) 'Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm' ve %34,1'i (87 kişi) 'Hastayı Hemen Sevk Ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 19)

6 no'lu Skuamöz Hücreli Kanser olgusunun ilk sorusuna 'benign' yanıtı verip yanlış olarak cevaplamış olan katılımcıların olgunun ikinci sorusu olan yaklaşım sorusuna verdikleri yanıtların frekanslarına bakıldığında yanlış yanıt veren katılımcıların; %51,2'si (176 kişi) 'Hemen Tedavi Veririm' yanıtı verirken, %33,4'ü (115 kişi) 'Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm' ve %15,4'ü (53 kişi) 'Hastayı Hemen Sevk Ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 19)

8 no'lu Malign Melanom olgusunun ilk sorusuna 'benign' yanıtı verip yanlış olarak cevaplamış olan katılımcıların olgunun ikinci sorusu olan yaklaşım sorusuna verdikleri yanıtların frekanslarına bakıldığında yanlış yanıt veren katılımcıların; %21,4'ü (56 kişi) 'Hemen Tedavi Veririm' yanıtı verirken, %44,7'si (117 kişi) 'Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm' ve %34'ü (89 kişi) 'Hastayı Hemen Sevk Ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 19)

12 no'lu Bazal Hücreli Kanser olgusunun ilk sorusuna 'benign' yanıtı verip yanlış olarak cevaplamış olan katılımcıların olgunun ikinci sorusu olan yaklaşım sorusuna verdikleri yanıtların frekanslarına bakıldığında yanlış yanıt veren katılımcıların; %3,8'i (12 kişi) 'Hemen Tedavi Veririm' yanıtı verirken, %49,8'i (158 kişi) 'Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm' ve %46,4'ü (147 kişi) 'Hastayı Hemen Sevk Ederim' yanıtı vermiştir. (Tablo 19)

Tablo 19. Lezyon Sorularına Verilen Doğru Yanlış Yanıtlara Göre Yaklaşım Durumu

	Bening/Malign	Kişi	Lezyona Yaklaşım	n(%)
1. Çil	Yanlış	66	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	54(%81,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	12(%18,2)
	Doğru	335	1.Hemen Tedavi Veririm	6(%1,8)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	319(95,2%)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	10(%3)
2. İmpetigo	Yanlış	103	1.Hemen Tedavi Veririm	1(%1)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	2(%1,9)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	100(%97,1)
	Doğru	298	1.Hemen Tedavi Veririm	242(%81,2)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	38(%12,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	18(%6)
3. Bazal Hücreli Kanser	Yanlış	255	1.Hemen Tedavi Veririm	85(%33,3)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	83(%32,5)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	87(%34,1)
	Doğru	146	1.Hemen Tedavi Veririm	2(%1,4)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	4(%2,7)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	140(%95,9)
4. Seboreik Keratozis	Yanlış	40	1.Hemen Tedavi Veririm	10(%25)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	12(%30)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	18(%45)
	Doğru	361	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	3(%0,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	358(%99,2)

5. Malign Melanom	Yanlış	13	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	7(%53,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	6(%46,2)
	Doğru	388	1.Hemen Tedavi Veririm	2(%0,5)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	3(%0,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	383(%98,7)
6. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	344	1.Hemen Tedavi Veririm	176(%51,2)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	115(%33,4)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	53(%15,4)
	Doğru	57	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	4(%7)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	53(%93)
7. Keratoakantom	Yanlış	155	1.Hemen Tedavi Veririm	28(%18,1)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	40(%25,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	87(%56,1)
	Doğru	246	1.Hemen Tedavi Veririm	1(%0,4)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	2(%0,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	243(%98,8)
8. Malign Melanom	Yanlış	262	1.Hemen Tedavi Veririm	56(%21,4)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	117(%44,7)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	89(%34)
	Doğru	139	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	0
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	139(%100)
9. Skuamöz Hücreli Karsinom	Yanlış	20	1.Hemen Tedavi Veririm	7(%35)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	4(%20)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	9(%45)
	Doğru	381	1.Hemen Tedavi Veririm	3(%0,8)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	2(%0,5)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	376(%98,7)

10. Siğil	Yanlış	66	1.Hemen Tedavi Veririm	1(%1,5)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	1(%1,5)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	64(%97)
	Doğru	335	1.Hemen Tedavi Veririm	178(%53,1)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	80(%23,9)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	77(%23)
11. Herpes Labialis	Yanlış	47	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	0
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	47(%100)
	Doğru	354	1.Hemen Tedavi Veririm	310(%87,6)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	29(%8,2)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	15(%4,2)
12. Bazal Hücreli Kanser	Yanlış	317	1.Hemen Tedavi Veririm	12(%3,8)
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	158(%49,8)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	147(%46,4)
	Doğru	84	1.Hemen Tedavi Veririm	0
			2.Takip Edip Daha Sonra Karar Veririm	2(%2,4)
			3.Hastayı Hemen Sevk Ederim	82(%97,6)

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılmayı kabul edip e-posta yoluyla ilettiğimiz anket formunu dolduran 416 kişiden 15 kişi, dahil olma kriterlerinden ‘aile sağlığı merkezinde çalışıyor olmak’ kriterini karşılamadığı için analizlere 401 kişi üzerinden devam edilmiştir. Ülkemizde aile hekimleri üzerinde 2022 yılında Kahramanmaraş’ta evreni tüm Türkiye’deki aile hekimleri olan 515 katılımcıya sahip olan bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile bizim çalışmamızın farkı ise o çalışmada asistan hekimlerinde çalışmaya dahil edilmesidir (114) Evreni bizim çalışmamızla benzer olmayan ancak amacı bizim çalışmamıza benzer olup; tam zamanlı aile hekimlerini, bazı coğrafik bölgedeki aile hekimlerini ve bazı illerde çalışmakta olan aile hekimlerini hedefleyen benzer başka çalışmalarla karşılaşılmıştır (115–117)

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması $48,7 \pm 7,5$ yıl olup, %29,9’u (n=120) kadın, %70,1’i (n=281) erkektir. 2022 Ağustos’ta Kahramanmaraş’ta yapılan benzer bir çalışmada yaş ortalamasının $35 \pm 7,16$ olduğu, katılımcıların %56,2’sinin kadın %43,8’inin erkek olduğu belirtilmiştir (112) 2021 yılında Kocaeli’nde yapılan başka bir çalışmada ise yaş ortalamasının $27,8 \pm 6,7$ olduğu, %72,4’ün kadın, %27,6’nın erkek olduğu belirtilmiştir (115) Karşılaştırdığımız benzer çalışmaların katılımcı seçimi, Aile hekimliği asistanlarını da içerdiği için muhtemelen bizim çalışmamızdan daha farklı bulunmuştur.

Anketimizi yanıtlayanların %7,5’u (n=30) uzman aile hekimi iken %92,5’i (n= 371) pratisyen aile hekimi tanımı ile çalışmaktaydı. 2022 yılında Kocaeli’nde yapılan benzer bir çalışmada Aile hekimi 165 (32,23) Aile hekimliği uzmanı 147 (28,71), geri kalan katılımcıların ise sahulu ve aile hekimliği asistanı olduğu tespit edilmiştir (115)

Çalışmamızdaki katılımcıların %5,5’i (n=22) 10 yıldan daha az süredir, %30,4’ü (n=122) 11-20 yıl arası, %42,6’sı (n=171) 21-30 yıl arası, %21,4’ü (n=86) 31 yıldan daha uzun süredir bu meslekte çalışmaktaydı. 2022 yılında Kocaeli’nde yapılan benzer bir çalışmada; 0-5 yıl 170 (33,20) 6-10 yıl 140 (27,34) 11-15 yıl 108 (21,09) 16 yıl ve üzeri 94 (18,36) (115) 2013 yılında Kayseri’de yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %49,7 hekimin tıp fakültesinden mezuniyet süreleri 15 yıldan uzunken, 1 yıldan az olanlar %1,3, 1-5 yıl arası olanlar %5,6, 5-10 yıl arası olanlar %27,8 olarak

saptanmıştır (116) çalışmamızla bu çalışmalar arasında görülen bu farklılığın muhtemel sebebi diğer çalışmalara aile hekimliği asistanlarının da dahil edilmesiyle meslekte çalışma sürelerinin kısalmasıdır.

Katılımcılara çalışmakta oldukları Aile sağlığı merkezine cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığı sorulduğunda; katılımcıların % 4,5'u (n=18) hiç/nadiren yanıtı verirken, %33,2'si (n=133) bazen, %52,4'ü (n=213) sık ve %94'ü (n=37) çok sık yanıtı vermişlerdir. Hindistan'da 2019 da yapılan bir çalışmada cilt bozuklukları olan hastaların başvuru oranının, görülen toplam ayaktan hastaların yaklaşık %17'si kadardı (118) Bu seviye biz çalışmamızda 5 li likert ile bu soruyu sorduğumuz için bizim çalışmamızda nadiren ile bazen arası bir yerlerde olacaksa bizim çalışmamızdan daha farklı olduğu açıkça görülmektedir. belki bizim sağlık sistemimiz kaynaklı son yıllarda hastane poliklinik randevusu bulmak özellikle de dermatoloji gibi sık tercih edilen ve yoğun olan polikliniklere başvurunun zor olması nedeniyle hastaların daha yoğun olarak birinci basamağı kullanıyor olması olabilir.

Katılımcılara yöneltilen olgu sunumu ve görüntülü lezyon sorularından bazal hücreli karsinom, Skuamöz hücreli karsinom ve malign Melanom sorularına çoğunluğun yanlış yanıt vermiş olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında cilt kanserinin prekanseröz lezyonları ile ilgili resimli soruların yer aldığı çok az sayıda çalışmadan biri olan 1986 philidelphia'da yapılan dermatolog olmayan ve 48 dermatolog olan hekime yöneltilen görüntülü sorulara katılımcıların, Sadece %38'i altı melanomdan dördünü veya daha fazlasını herhangi bir tipte melanom olarak doğru bir şekilde tanımlarken ve %58'i displastik nevusları teşhis edememiş (119) 2021 yılında kocaelinde yapılan bir çalışmada hekimlere 'Cilt hastalıklarını tanımakta zorlanırım.' ibaresine evet ya da hayır cevabı vermesi istendiğinde hekimlerin %72's, evet yanıtı vermiş (119)2011^de Kanada'da yapılan bir çalışmada katılımcılar gösterilen 10 klasik melanom fotoğraflarının %61'ini, 12 iyi huylu dermatozun %62'sini yanıtlayabilmiş. Yine bu çalışmada katılımcıların en fazla zorlandığı lezyon 'aktinik keratoz' olarak tespit edilmiş (120) aslında çalışmamıza benzer şekilde birinci basamaktaki hekimlerinin prekanseröz ve malign cilt lezyonlarını tanımasına yönelik yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyum olacak şekilde bu lezyonları tanımakta zorluk çektiği görülmüştür.

Bizim çalışmamızda katılımcıların lezyona yaklaşım sorularına daha yüksek oranda sevk ederim yanıt verdiği lezyonlar sırasıyla şöyle idi; bazal hücreli karsinom(%56,6), Seboreik keratozis(93,8), malign melanom(%97), Keratoakantom(%82,3), malign melanom(%56,9), Skuamöz hücreli karsinom(%96), bazal hücreli karsinom(%57,1) olarak tespit edilmiştir. Avustralya'nın Sidney banliyösündeki büyük (altı dermatolog) özel bir dermatolojik kliniğe 2004-2005 yılları arasında yeni sevk edilen hastalardan veri toplanmış. En sık sevk yapılan durumlar dermatit (%18), akne (%13), solar keratoz (%9), seboreik keratoz (%6), bazal hücreli karsinom (%5), iyi huylu nevüs (%5), siğiller (%5) ve skuamöz hücreli karsinom (%3) olarak tespit edilmiş. Malign ve premalign durumlar sevklerin %19'unu temsil ediyormuş (121)2011'de Kanada'da yapılan bir çalışmada Aile hekimleri, aile hekimliği asistanları ve genel dahiliye asistanları, sırasıyla premalign ve malign lezyonları dermatoloğa %66,2, %61,2 ve %70,9'u oranlarında sevk etmeyi tercih etmişler (120) çalışmamızda bulduğumuz sonuçlara benzer şekilde diğer çalışmalarda da malign olduğu düşünülen lezyonlar ilgili hekimlerin sevk etmeye yönelik tutumları benzer bulunmuştur.

Çalışmamızdaki lezyon sorularına verilen benign/malign yanıtlara göre doğru/yanlış yanıtlar belirlenmiş olup, doğru yanıt veren hastalar 1 puan alırken yanlış yanıt veren katılımcılar 0 puan almıştır. Çalışmamızda toplam puan ortalaması $7,79 \pm 1,36$, minimum maksimum puanlar ise 3-12'dir. 2019 Hindistan'da katılımcıların aldığı toplam puan ortalama $4,1 (\pm 1,7)$ olarak hesaplanmıştır (118) bizim çalışmamızda yanlış görsel lezyonlar değil lezyonun tarifini ve hastanın lezyon ile ilgili öyküsünü de içeren tanımlayıcı bir kısım olduğundan çalışmamızdaki puan ortalamasının yüksek bulunduğunu düşündük.

Çalışmamızda katılımcıların aldıkları toplam puan cinsiyet alt gruplarına göre karşılaştırmalı analiz edildiğinde arada anlamlı bir fark görülmemiştir ancak nispeten kadın katılımcıların aldıkları toplam puan erkeklerin aldığı puanlardan biraz daha yüksektir. 2019 'da Hindistan'da erkek katılımcıların ortalama puanları kadın

katılımcılardan anlamlı derecede yüksekti (118) öncelikle bizim çalışmamızdaki katılımcı sayısı 401, karşılaştırdığımız çalışmadaki katılımcı sayısı 61'dir. Bizim çalışmamızdaki katılımcıların, %29,9'u (n=120) kadın, %70,1'i (n=281) erkektir , Hindistan'da yapılan çalışmada ise 27 kadın(%39),37 erkek (%61) katılımcı olduğu görülmüştür. Kadın erkek dağılımı ve katılımcı sayısı çalışmamızdan farklı olduğu için bu farklılığın oluştuğunu düşündük.

Çalışmamızda katılımcılar meslekte çalışma yılı sınıflamasına göre sınıflandırıldığında en yüksek puan ortalamasını >31 yıl olanlar alırken en düşük puan ortalamasını 5-10 yıldır çalışmakta olan katılımcılar almıştır. Ancak arada anlamlı bir fark yaratacak kadar fark görülmemiştir. 2019' da Hindistan'da 10 fotoğraf ile yapılan benzer bir çalışmada daha genç katılımcıların (10 yıldan az deneyime sahip olanlar), daha kıdemli katılımcılara kıyasla marjinal olarak daha iyi (istatistiksel olarak anlamlı olmayan) puanlara sahip olduğu gözlemlenmiş (118) diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamamış olsakta meslekteki deneyim süresinin daha uzun olması alınan ortalama puana katkı sağlamıştır.

Çalışmamızda cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığına 'sık' yanıtı veren katılımcıların toplam puan ortalamasının diğer alt gruplardan yüksek olduğu görülmüş olup bu alt gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. 2019'da Hindistan'da daha fazla sayıda cilt hastası gören katılımcıların da marjinal olarak daha iyi skorları varmış (118) . bizim çalışmamızda da karşılaştırdığımız diğer çalışmalardaki gibi katılımcının daha sık cilt lezyonu ile başvuran hastayla karşılaşması bu konuda daha tecrübeli ve yetkin olmasına katkı sağlamıştır.

SONUÇ

Birinci basmakta çalışmakta olan aile hekimlerinin benign lezyonları , malign ve premalign lezyonlara kıyasla daha iyi tanıdığını ve daha net bir şekilde benign/malign ayrımı yapabildiklerini gördük.

Aslında katılımcılara soruları yöneltirken yalnızca görüntü üzerinden değil lezyonun tanımlayıcı bulguları ve hastanın o lezyonla ilgili kısa öyküsünü de içeren bilgiler verilmiş olup, katılımcılardan lezyonun ne olduğunu bilmesi değil de malign/benign ayrımı yapmasını istedik. Özellikle malign melanoma ait 2 lezyondan birini, bazal hücreli karsinoma ait olan her iki lezyonu da ve Skuamöz hücreli karsinoma ait olan 2 lezyondan birini malign lezyonlar olarak adlandıramamışlardır. Bu da bizim bu çalışmayı planlarken yola çıktığımız birinci basamakta çalışan aile hekimleri benign ve malign cilt lezyonlarını ayırt edebilir mi? Sorumuza fazlasıyla yanıt olmuştur. Katılımcılar benign lezyonları çok daha yüksek oranda daha doğru benign /malign ayrımı yapabildiği görülürken malign lezyonlar kısmında doğru ayırım yapan katılımcı sayısı oldukça düşük saptanmıştır.

Bu lezyonlara yaklaşım konusuna gelince Skuamöz hücreli karsinoma ait olan 2 lezyondan biri için katılımcıların büyük çoğunluğu ‘hemen tedavi veririm’ yanıtı işaretlemiştir. Aslında yaklaşım olarak böylesine malign bir lezyon için katılımcılardan ‘hastayı hemen sevk ederim’ yanıtı almaya beklerdik.

Bazal hücreli karsinoma ait 2 lezyondan ilkinde benign yanıt vererek yanlış yanıtlayan katılımcıların büyük çoğunluğu bu hastalar için ‘hemen tedavi ederim’ seçeneğinde yoğunlaşırken, 2. Lezyona benign diyerek yanlış yanıt veren katılımcıların büyük çoğunluğu ‘ takip edip daha sonra karar veririm’ yanıtını vermiştir. Bu da aslında birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin bazal hücreli karsinom lezyonlarını tanımakta güçlük çektiği kanısına varmaya katkı sağlar.

Skuamöz hücreli karsinoma ait 2 lezyondan ilkinde katılımcıların büyük çoğunluğu benign yanıt vererek yanlış yanıt vermiş olup, yanlış yanıt veren katılımcıların büyük çoğunluğu yaklaşım sorusuna ‘hemen tedavi veririm’ yanıtı vermiştir.

Malign melanoma ait 2 lezyondan ikincisine yanlış yanıt veren katılımcıların büyük çoğunluğu aynı lezyona yaklaşım sorusuna ‘takip edip daha sonra karar veririm’ yanıtı vermiştir.

Bu da malign lezyonları hem tanımak hem de yaklaşım konusunda doğru karar vermek konusunda aile hekimlerinin eksiklikleri olduğu sonucuna katkıda bulunur.

ÖNERİLER

Bu konuda benzer çalışmalar yapıp bizim çalışmamızı destekleyecek ya da aksi sonuçları gösterebilecek çalışmalara ihtiyaç olması ile aslında tek başına çalışmamızın sonuçları ile bile bu hekim topluluğunda bilgi eksikliği söz konusu olduğu açıkça görülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcı profili üzerinde eğitim içeriği ile müdahale çalışmaları yapılması sonrasında yeniden bilgi düzeyi ve yaklaşımın değerlendirilmesi çalışmaları yapılmasının da kıymetli olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKÇA

1. Cancer [Internet]. [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
3. Skin Cancer | Skin Cancer Facts | Common Skin Cancer Types [Internet]. [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/skin-cancer.html>
4. Cassileth BR, Clark WH, Lusk EJ, Frederick BE, Thompson CJ, Walsh WP. How well do physicians recognize melanoma and other problem lesions? J Am Acad Dermatol. 1986 Apr;14(4):555–60.
5. van Rijsingen MCJ, Hanssen SCA, Groenewoud JMM, van der Wilt GJ, Gerritsen MJP. Referrals by general practitioners for suspicious skin lesions: The urgency of training. Acta Derm Venereol. 2014;94(2):138–41.
6. Jones Charindu K I Ranmuthu Per N Hall Garth Funston Fiona M Walter OT, Jones OT, Funston Á F M Walter ÁG, I Ranmuthu CK, Hall PN. Recognising Skin Cancer in Primary Care. Adv Ther [Internet]. 37. Available from: <https://doi.org/10.6084/>
7. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. J Am Acad Dermatol. 2001 Aug;45(2):250–5.
8. Lam T, Yeung C, Lam K. What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? BMC Med Educ. 2011 Dec 16;11(1):20.

9. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol*. 2010 Jun;35(4):380–3.
10. Al-Hoqail IA, Gad A, Crawford RI. Dermatology practice in primary health care services: where do we stand in the Middle East? *Int J Dermatol* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2022 Aug 24];41(1):4–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-4362.2002.01294.x>
11. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2022 Aug 24];35(4):380–3. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2230.2009.03586.x>
12. Aybal T, Güme S, Kahyaoğlu M, Kaçar N, Ergin Ş. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin deri ve zührevi hastalıklar ile ilgili deneyimleri ve mezuniyet öncesi eğitim hakkındaki görüşleri. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi*. 2012;46(2):67–72.
13. Sönmez V. Türkiye Cumhuriyeti Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkiye’deki Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi.
14. Feldman SR, Fleischer AB, Chen JG. The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Mar;40(3):426–32.
15. Stern RS, Nelson C. The diminishing role of the dermatologist in the office-based care of cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1993 Nov;29(5):773–7.
16. Stulberg DL, Clark N, Tovey D. Common hyperpigmentation disorders in adults: Part I. Diagnostic approach, café au lait macules, diffuse hyperpigmentation, sun exposure, and phototoxic reactions. *Am Fam Physician*. 2003 Nov 15;68(10):1955–60.

17. Fitzpatrick's Dermatology, 9e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical [Internet]. [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2570>
18. Plensdorf S. Common Pigmentation Disorders [Internet]. Vol. 79, American Family Physician. 2009. Available from: www.aafp.org/afp
19. Plensdorf S. Pigmentation Disorders: Diagnosis and Management [Internet]. Vol. 96. 2017. Available from: www.aafp.org/afp
20. Özyayın Yavuz G, Halil Yavuz İ. Melanositik Nevusler. Vol. 21. 2014.
21. Yaşartekin Y, Akpınar M, Özcan M, Sarıcı SÜ. Yenidoğanda dev konjenital melanositik nevüs. Cukurova Medical Journal. 2018 Jun 30;43(2):493–4.
22. Clemmensen OJ, Kroon S. The histology of “congenital features” in early acquired melanocytic nevi. J Am Acad Dermatol. 1988 Oct;19(4):742–6.
23. Bologna Jean, Jorizzo JL, Rapini RP, Sarıcaoğlu Hayriye, Başkan EB. Dermatoloji. 2012 [cited 2022 Dec 16]; Available from: <https://www.nobelkitabevi.com.tr/dermatoloji-/9114-dermatoloji-bologna-9789754209037.html>
24. Clemmensen OJ, Kroon S. The histology of “congenital features” in early acquired melanocytic nevi. J Am Acad Dermatol. 1988 Oct;19(4):742–6.
25. James WD (William D, Berger TG, Elston DM, Aydemir EH, Odom RB. Andrews's deri hastalıkları : klinik dermatoloji. 2008;
26. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th Edition. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. Uniwersytet śląski [Internet]. 2008 [cited 2022 Dec 15];7(1):343–54. Available from: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/fitzpatrick-s-dermatology-in-general-medicine-7th-edition-2>

27. Banky JP, Kelly JW, English DR, Yeatman JM, Dowling JP. Incidence of New and Changed Nevi and Melanomas Detected Using Baseline Images and Dermoscopy in Patients at High Risk for Melanoma [Internet]. Available from: www.archdermatol.com
28. Lever'in Derinin Histopatolojisi [Internet]. [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://shop.lww.com/Lever-s-Histopathology-of-the-Skin/p/9781451190373#rdl>
29. Suescún L, Sanchez E, Gómez M, Garcia-Arias FL, Núñez Zarantes VM. Producción de plantas genéticamente puras de Uchuva. 2011;53.
30. Burgdorf W, Plewig G, Wolff H, Landthaler M, Braun-falco O. Braun-Falco's Dermatology. Braun-Falco's Dermatology. 2009;
31. Huynh PM, Lazova R, Bolognia JL. Unusual Halo Nevi – Darkening Rather than Lightening of the Central Nevus. Dermatology. 2001;202(4):324–7.
32. Zeff RA, Freitag A, Grin CM, Grant-Kels JM. CLINICAL REVIEW The immune response in halo nevi. 1997.
33. Mooney MA, Barr RJ, Buxton MG. Halo nevus or halo phenomenon? A study of 142 cases. J Cutan Pathol. 1995 Aug;22(4):342–8.
34. Dermatoloji 2 Cilt Takım (3. Baskı) - Yalçın Tüzün, M.A. Gürer, S. Serdaroğlu, | Nadir Kitap [Internet]. [cited 2022 Dec 16]. Available from: <https://www.nadirkitap.com/dermatoloji-2-cilt-takim-3-baski-yalcin-tuzun-m-a-gurer-s-serdaroglu-kitap28621089.html>
35. Fears TR, Bird CC, Guerry D, Sagebiel RW, Gail MH, Elder DE, et al. Average midrange ultraviolet radiation flux and time outdoors predict melanoma risk. Cancer Res. 2002 Jul 15;62(14):3992–6.
36. TURKDERM Deri Hastalıkları ve Frengi Arivi Yıl:2001 Cilt:35 Sayı:4 Bölgemizde Görülen Clark Nevüslerin Dermoskopik Klasifikasyonu.

37. Hofmann-Wellenhof R, Soyer HP. Atypical (dysplastic) nevus. Color Atlas of Melanocytic Lesions of the Skin [Internet]. 2007 [cited 2022 Dec 16];87–96. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-35106-1_13
38. Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R, Cerroni L, Kerl H. White dysplastic melanocytic naevi. Lancet [Internet]. 2002 Jun 8 [cited 2022 Dec 16];359(9322):1999–2000. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673602088347/fulltext>
39. Clebak KT, Malone MA. Skin Infections. Vol. 45, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2018. p. 433–54.
40. Brown J, Shriner DL, Schwartz RA, Janniger CK, Robert Schwartz CA. Impetigo: an update. Vol. 42, IJD International Journal of Dermatology. Blackwell Science; 2003.
41. Cole C, Gazewood J. Diagnosis and Treatment of Impetigo [Internet]. 2007. Available from: www.aafp.org/afp.
42. Feaster T, Singer JI. Topical Therapies for Impetigo [Internet]. Available from: www.pec-online.com
43. Koning S, van der Sande R, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LW, Morris AD, Butler CC, et al. Interventions for impetigo. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 Jan 18 [cited 2022 Sep 12];2012(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7025440/](http://pmc/articles/PMC7025440/)
44. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. 2014; Available from: <https://academic.oup.com/cid/article/59/2/e10/2895845>
45. Mancini AJ. Bacterial skin infections in children: The common and the not so common. Pediatr Ann. 2000;29(1):26–35.

46. Glogau R, Hanna L, Jawetz E. Herpetic Whitlow as Part of Genital Virus Infection. *Journal of Infectious Diseases*. 1977 Nov 1;136(5):689–92.
47. Hendricks RL, Freeman ML, Sheridan BS, Bonneau RH. Type 1 Infections Cell Control of Latent Herpes Simplex Virus T + Psychological Stress Compromises CD8. 2007; Available from: <http://www.jimmunol.org/content/179/1/322>
48. Walker LG, Simmons BP, Lovallo JL. Pediatric herpetic hand infections. *J Hand Surg Am*. 1990 Jan;15(1):176–80.
49. Szinnai G, Schaad UB, Heininger U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001 Sep 26;160(9):528–33.
50. Corey L. Laboratory diagnosis of herpes simplex virus infections. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 1986 Mar;4(3):111S-119S.
51. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 [Internet]. [cited 2022 Sep 19]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
52. Chi CC, Wang SH, Delamere FM, Wojnarowska F, Peters MC, Kanjirath PP. Interventions for prevention of herpes simplex labialis (cold sores on the lips). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Aug 7;
53. Rooney JF. Oral Acyclovir To Suppress Frequently Recurrent Herpes Labialis: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 1993 Feb 15;118(4):268.
54. Baker D, Eisen D. Valacyclovir for prevention of recurrent herpes labialis: 2 double-blind, placebo-controlled studies. *Cutis*. 2003 Mar;71(3):239–42.
55. Cassuto J. TOPICAL LOCAL ANAESTHETICS AND HERPES SIMPLEX. *The Lancet*. 1989 Jan;333(8629):100–1.

56. van der Wouden JC, van der Sande R, Kruithof EJ, Sollie A, van Suijlekom-Smit LW, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 May 17;2017(5).
57. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Jan;54(1):47–54.
58. Zhang Q, Davis JC, Lamborn IT, Freeman AF, Jing H, Favreau AJ, et al. Combined Immunodeficiency Associated with DOCK8 Mutations Abstract. *NEJM.org N Engl J Med*. 2009;361:2046–55.
59. Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H. Epidemiology and Impact of Childhood Molluscum Contagiosum: A Case Series and Critical Review of the Literature. *Pediatr Dermatol*. 2005 Jul;22(4):287–94.
60. Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol*. 2006 Feb;45(2):93–9.
61. Osio A, Deslandes E, Saada V, Morel P, Guibal F. Clinical Characteristics of Molluscum Contagiosum in Children in a Private Dermatology Practice in the Greater Paris Area, France: A Prospective Study in 661 Patients. *Dermatology*. 2011;222(4):314–20.
62. Stock I. [Molluscum contagiosum--a common but poorly understood “childhood disease” and sexually transmitted illness]. *Med Monatsschr Pharm*. 2013 Aug;36(8):282–90.
63. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. *Am Fam Physician*. 2017 Nov 15;96(10):656–63.
64. Silverberg NB, Sidbury R, Mancini AJ. Childhood molluscum contagiosum: Experience with cantharidin therapy in 300 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Sep;43(3):503–7.

65. Barbosa P. Plantar verrucae and HIV infection. *Clin Podiatr Med Surg*. 1998 Apr;15(2):317–27.
66. Bae JM, Kang H, Kim HO, Park YM. Differential diagnosis of plantar wart from corn, callus and healed wart with the aid of dermoscopy. *British Journal of Dermatology*. 2009 Jan;160(1):220–2.
67. Sterling JC, Gibbs S, Hussain SSH, Mustapa MFM, Handfield-Jones SE. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014 Funding sources. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 2014; Available from: www.bad.org.uk].
68. Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 Sep 12;2020(12).
69. Mistrangelo M, Dal Conte I, Volpatto S, di Benedetto G, Testa V, Currado F, et al. Current treatments for anal condylomata acuminata. *Minerva Surgery*. 2018 Jan;73(1).
70. Yanofsky VR, Patel R v, Goldenberg G. Genital Warts A Comprehensive Review. Vol. 5, *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012.
71. Grillo-Ardila CF, Angel-Müller E, Salazar-Díaz LC, Gaitán HG, Ruiz-Parra AI, Lethaby A. Imiquimod for anogenital warts in non-immunocompromised adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 Nov 1;
72. Bertolotti A, Dupin N, Bouscarat F, Milpied B, Derancourt C. Cryotherapy to treat anogenital warts in nonimmunocompromised adults: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Sep;77(3):518–26.
73. *Dermatologia Clinica - Ferrandiz 4a* [Internet]. [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://1library.co/document/q5e6g4wq-dermatologia-clinica-ferrandiz-a.html>
74. Schwarz T, Beissert S. Milestones in Photoimmunology. *Journal of Investigative Dermatology*. 2013 Jul 1;133:E7–10.

75. Dréno B, Amici JM, Basset-Seguin N, Cribier B, Claudel JP, Richard MA. Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeam™ expert clinicians. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2022 Sep 21];28(9):1141–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdv.12434>
76. Ferrándiz C, Plazas MJ, Sabaté M, Palomino R. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2016 Oct 1;107(8):674–80.
77. Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, Connolly SM, Dellavalle RP, Freeman EE, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Oct 1;85(4):e209–33.
78. Garland CF, Garland FC, Gorham ED. Epidemiologic Evidence for Different Roles of Ultraviolet A and B Radiation in Melanoma Mortality Rates. *Ann Epidemiol*. 2003 Jul;13(6):395–404.
79. John SM, Trakatelli M, Gehring R, Finlay K, Fionda C, Wittlich M, et al. CONSENSUS REPORT: Recognizing non-melanoma skin cancer, including actinic keratosis, as an occupational disease - A Call to Action. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2016 Apr 1;30:38–45.
80. Cockerell CJ. Pathology and pathobiology of the actinic (solar) keratosis. *British Journal of Dermatology*. 2003 Nov;149(s66):34–6.
81. PRECANCEROUS skin lesions. *Cancer Bull*. 1956 Nov;8(6):104–6.
82. Zalaudek I, Giacomel J, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Micantonio T, di Stefani A, et al. Dermoscopy of facial nonpigmented actinic keratosis. *British Journal of Dermatology*. 2006 Nov;155(5):951–6.
83. Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, Bondino S, Rosendahl C, Cavicchini S, et al. Dermoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and

- invasive squamous cell carcinoma: A progression model. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Apr;66(4):589–97.
84. FUCHS A, MARMUR E. The Kinetics of Skin Cancer: Progression of Actinic Keratosis to Squamous Cell Carcinoma. *Dermatologic Surgery*. 2007 Sep;33(9):1099–101.
85. Lee EH, Nehal KS, Disa JJ. Benign and premalignant skin lesions. *Plast Reconstr Surg*. 2010 May;125(5).
86. Berlin JM. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology Dovepress Current and emerging treatment strategies for the treatment of actinic keratosis. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2010;2010:3–119. Available from: <https://www.dovepress.com/>
87. Berlin JM. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology Dovepress Current and emerging treatment strategies for the treatment of actinic keratosis. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2010;2010:3–119. Available from: <https://www.dovepress.com/>
88. Lawrence N, Cox SE, Cockerell CJ, Freeman RG, Cruz PD. A comparison of the efficacy and safety of Jessner's solution and 35% trichloroacetic acid vs 5% fluorouracil in the treatment of widespread facial actinic keratoses. *Arch Dermatol*. 1995 Feb;131(2):176–81.
89. TEIXEIRA SP, de NASCIMENTO MM, BAGATIN E, HASSUN KM, TALARICO S, MICHALANY N. The Use of Fluor-Hydroxy Pulse Peel in Actinic Porokeratosis. *Dermatologic Surgery*. 2005 Sep;31(9):1145–8.
90. PETERKA ES. An Association Between Bowen's Disease and Internal Cancer. *Arch Dermatol*. 1961 Oct 1;84(4):623.
91. Morton CA, Birnie AJ, Eedy DJ. Funding sources. 2013; Available from: www.nice.org.uk/accreditation.

92. McGRAE JD, GREER CE, MANOS MM. MULTIPLE BOWEN'S DISEASE OF THE FINGERS ASSOCIATED WITH HUMAN PAPILLOMA VIRUS TYPE 16. *Int J Dermatol*. 1993 Feb;32(2):104–7.
93. Doç İbrahim Halil Yavuz Y, Göknur Özeydin Yavuz U, Ruhiye Cevit U, Serap Güneş Bilgili D, Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Y, ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı D, et al. *dermatoz15061o2.pdf* [Internet]. Available from: <http://www.dermatoz.org/2015/1/dermatoz15061o2.pdf>
94. Norman RA. Geriatric dermatology. *Dermatol Ther*. 2003 Sep;16(3):260–8.
95. Jafferany M, Huynh T v., Silverman MA, Zaidi Z. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population. *Int J Dermatol*. 2012 May;51(5):509–22.
96. Misago N. The distinction of keratoacanthoma from various types of squamous cell carcinoma with crateriform architecture. *J Cutan Pathol*. 2016 Dec;43(12):1234–7.
97. Patel NP, Cervino AL. Treatment of keratoacanthoma: Is intralesional methotrexate an option? *Can J Plast Surg*. 2011;19(2):e15-8.
98. Pattee SF, Silvis NG. Keratoacanthoma developing in sites of previous trauma: A report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Feb;48(2):S35–8.
99. Weedon DD, Malo J, Brooks D, Williamson R. Squamous Cell Carcinoma Arising in Keratoacanthoma: A Neglected Phenomenon in the Elderly. *Am J Dermatopathol*. 2010 Jul;32(5):423–6.
100. Ogita A, Ansai SI, Misago N, Anan T, Fukumoto T, Saeki H. Histopathological diagnosis of epithelial crateriform tumors: Keratoacanthoma and other epithelial crateriform tumors. *J Dermatol*. 2016 Nov;43(11):1321–31.
101. Street ML, White JW, Gibson LE. Multiple keratoacanthomas treated with oral retinoids. *J Am Acad Dermatol*. 1990 Nov;23(5):862–6.

102. Annest NM, VanBeek MJ, Arpey CJ, Whitaker DC. Intralesional methotrexate treatment for keratoacanthoma tumors: A retrospective study and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Jun;56(6):989–93.
103. Menderes A, Fakültesi ÜT, Dal› DA. Orijinal Araflt›rma / Original Article Osman Tuna, Ekin fiavk, Neslihan fiendur, Göksun Karaman, Meltem Uslu.
104. Castanet J, Ortonne JP. Pigmentary changes in aged and photoaged skin. *Arch Dermatol*. 1997 Oct;133(10):1296–9.
105. Yanik EL, Katki HA, Silverberg MJ, Manos MM, Engels EA, Chaturvedi AK. Leukoplakia, Oral Cavity Cancer Risk, and Cancer Survival in the U.S. Elderly. *Cancer Prevention Research*. 2015 Sep 1;8(9):857–63.
106. Krustup U, Erik Petersen P. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-year-old adults in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2006 Apr;64(2):65–73.
107. Villa A, Villa C, Abati S. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians. *Aust Dent J*. 2011 Sep;56(3):253–6.
108. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: A comprehensive review on clinical aspects and management. *Oral Oncol*. 2020 Mar;102:104550.
109. Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia—a review. *Oral Oncol*. 2005 Jul;41(6):551–61.
110. Maymone MBC, Greer RO, Kesecker J, Sahitya PC, Burdine LK, Cheng AD, et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jul;81(1):59–71.
111. Ormerod A, Rajpara S, Craig F. Basal cell carcinoma [Internet]. 2009. Available from: www.clinicalevidence.com
112. Aybek Yilmaz A. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Sık Görülen Dermatolojik Lezyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi Uzmanlık Tezi.

113. Esirgen L, Günay C. Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. 2018;
114. Alma D, Öğr Üyesi Celal KUğ Dani. Ağıle Hekımlerıngnı Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Hakkındaki Bılgı Düzeylerı. 2018;
115. Sönmez V. Türkiye Cumhuriyeti Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkiye’deki Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. 2018;
116. Özyurt K, Sucaklı MH, Çölgeçen E, Çelik M. Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgileri, tanı ve tedavi eilimleri. Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi. 2014;48(4):254–62.
117. Aybek Yılmaz A. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Sık Görülen Dermatolojik Lezyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi Uzmanlık Tezi. 2018;
118. Thakkar SH, Chavda PD, Mehta KG. Do primary care physicians require training in core clinical dermatology? A cross sectional needs assessment study from Western India. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2019 Jul 1;85(4):380–7.
119. Cassileth BR, Clark WH, Lusk EJ, Frederick BE, Thompson CJ, Walsh WP. How well do physicians recognize melanoma and other problem lesions? J Am Acad Dermatol. 1986;14(4):555–60.
120. Corbo MD, Vender R, Wismer J. Comparison of dermatologists’ and nondermatologists’ diagnostic accuracy for malignant melanoma. J Cutan Med Surg. 2012 Jul;16(4):272–80.
121. Moreno G, Tran H, Chia ALK, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners’ dermatological diagnostic skills in a referral setting. Australasian Journal of Dermatology. 2007 May;48(2):77–82.

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/23-21	Tarih:18.08.2021			
	Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Birinci Basamak'ta Çalışan Aile Hekimlerinin Sık Görülen Benign ve Malign Cilt Lezyonları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalikoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	

EK 2. HASTA BİLGİLENDİRME FORMU:

‘Birinci Basamak’ ta Çalışan Aile Hekimlerinin Sık Görülen Benign Ve Malign Cilt Lezyonları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları' nın Değerlendirilmesi ‘

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Yukarıda adı geçen çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin birinci basamağa sık başvuran cilt lezyonları ve daha nadir olan prekanseröz cilt lezyonlarının ayırımı ve bu konudaki davranış ve tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Veri anketimiz tamamı tarafımızca literatür bilgileri ışığında hazırlanan 5 sorudan oluşan sosyodemografik veri anketi ve 12 sorudan oluşan benign ve malign cilt lezyonlarının görüntülerini içeren anket formu olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Vereceğiniz cevaplar toplumumuzu temsil etmesi nedeniyle çok değerlidir. Her bir soru için size doğru gelen kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi içine (.....) uygun cevabı yazın. Araştırmaya katılmanız durumunda masraflar ilgili tarafınızdan ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Gönüllü olarak çalışmaya katıldığınızı onaylamak için öncelikle ilk soruda onay kutucuğunu işaretlemelisiniz.

Katılmanız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR
Dr. Aslıhan Burcu AY BUDAK

 a.burcuay@gmail.com (paylaşılmıyor) [Hesap değiştir](#)



* Gerekli

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum. *

☐ Evet

Sonraki

Formu temizle

EK 3. HASTA BİLGİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

Yaşınız ? *

Yanıtınız

Cinsiyetiniz ? *

☐ KADIN

☐ ERKEK

Çalıştığınız birim ? *

Yanıtınız

Meslekte çalışma süreniz? *

Yanıtınız

Görev tanımınız ?

☐ Aile hekimliği uzmanı

☐ Pratisyen hekim

Geri

Sonraki

Formu temizle

EK 4. CİLT LEZYONU BAŞVURU SIKLIĞI VE YAKLAŞIMI SORULARI

'Birinci Basamak'ta Çalışan Aile Hekimlerinin Sık Görülen Benign Ve Malign Cilt Lezyonları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları'nın Değerlendirilmesi '

CİLT LEZYONLARI BAŞVURU DURUMU VE HEKİMİN YAKLAŞIMI

Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığınızı nasıl tanımlarsınız? *

	Çok sık	Sık	Bazen	Nadiren	Hiç
Cilt lezyonu ile başvuran hasta sıklığınız ?	☐	☐	☐	☐	☐
Bu hastalarda maligniteden şüphelenme sıklığınız	☐	☐	☐	☐	☐

Cilt kanserinden şüphelendiğiniz hastalarınızla ilgili ne yaparsınız? *

☐ Şüphelendiğim her vakayı hemen sevk ederim.

☐ Lezyonun durumuna göre izlemeye alır ya da sevk ederim.

☐ Lezyondan biyopsi alır sonucuna göre davranırım.

GeriSonraki

Formu temizle

EK 5. GÖRÜNTÜLÜ LEZYON SORULARI

1-) Beyaz tenli , 28 yaşındaki kadın hasta polikliniğinize yazın gittiği tatil sonrası * özellikle yüzünde sayısı artan kahverengi lekeler nedeniyle başvuruyor. Hastanın tarif ettiği yere yakında baktığınızda yandaki resimdeki gibi çapları birkaç mm olan , ciltle aynı seviyede çok sayıda kırmızımsı kahverengi minik lekeler görüyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?

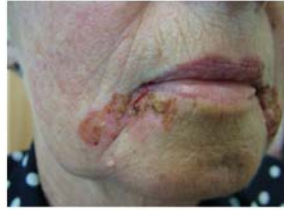


- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

2-) 65 yaşında kadın hasta, polikliniğinize 4-5 önce ağız kenarının sol kısmında * başlayıp ertesi gün sağ kısmına yayılan lezyon şikayeti ile başvuruyor. Hasta bugün kaşıntısının da olduğunu ekliyor. Hastanın tarif ettiği lezyon şekilde gördüğünüz gibidir. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

3-) 32 yaşında erkek hasta polikliniğinize sırtında son1 yıldır fark ettiği ve gittikçe büyüdüğünü söylediği birkaç tane kızamık lezyon şikayeti ile başvuruyor. Hastanın sırtını muayene ettiğinizde sırtın üst bölgesinde dağınık, değişken boyutlarda, çok sayıda, sınırları düzensiz plaklar gözlemlediniz. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

4-) 70 yaşında erkek hasta , çok uzun süredir şakak bölgesinde var olan herhangi bir şikayete neden olmayan lezyon ile polikliniğinize başvuruyor. Lezyona yakından baktığınızda yüzün sol fronto-temporal bölgesinde karışık renkli, ciltten kabark, cilt yüzeyine yapışmış gibi görünen lezyon görüyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

5-) 58 yaşında kadın hasta sol omzunda çocukluğundan beri var olan beninde Son zamanlarda fark ettiği renk değişikliği olduğunu belirtiyor. Lezyonun Boyunu ölçtüğünüzde resimde gördüğünüz gibi 6-7 mm çaplarında buluyorsunuz. Lezyonun dermatoskop ile yakınlştırılmış görüntüsünü de soldaki resimde görüyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

6-) 67 yaşında erkek hasta alnında yakın zamanda fark ettiği kızamık leke şikayeti ile polikliniğimize başvuruyor. Lezyona yakından baktığınızda eritemli zeminde beyaz pullanmanın izlendiği, ciltten hafif kabarıklık bir plak görüyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

7-) 23 yaşında kadın hasta dudağının hemen üstünde son birkaç aydır ar olan ve *
bir süredir büyüyen bir kitle şikayeti ile başvuruyor. Hastanın tariflediği lezyon
şekilde gördüğünüz gibidir. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

8-) 33 yaşında erkek hasta son birkaç aydır sol ayak parmağının tırnağında renk *
değişikliği fark ettiğini, ayağını bir yere çarpmasından kaynaklanabileceğini
düşündüğünden bir süre geçmesini beklediği ama gerilemeyince size
başvurduğunu söylüyor. Lezyonun dermatoskop ile görüntüsü sağdaki şekilde
gördüğünüz gibidir. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

9-) 43 yaşında kadın hasta dudağında önce küçük bir yara olarak başlayan daha * sonrasında iyileşme göstermeyen ve gitgide büyüyen lezyonu nedeniyle polikliniğinize başvuruyor. Hastanın tarif ettiği lezyona yakından baktığınızda kenarlı düzensiz, sert ve ülser bir nodül gözlemliyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

10-) 43 yaşında erkek hasta sol elinin baş parmağında ilk çıktığında kaşıntılı olan * bu lezyonun ardından diğer elinde oluştuğunu belirterek polikliniğinize başvuruyor. Hastanın tariflediği lezyonlardan biri resimde gördüğünüz gibidir. Bu lezyonla ilgili ne düşünürsünüz?



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünürsünüz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

11-) 24 yaşında kadın hasta, bir hafta kadar önce soğuk algınlığı geçirdiğini, birkaç gün sonrasında dudağında bu lezyonun çıktığını, ağrılı olduğunu, daha önce de benzer şikayetleri olduğunu belirtiyor. Hastanın dudağına baktığınızda sınırları belli, eritemli zeminde birkaç mm'lik birkaç adet vezikül görüyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünüyorsunuz? *



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünüyorsunuz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

12-) 28 yaşında kadın hasta sağ gözünün altında son birkaç aydır fark ettiğini belirttiği, Az da olsa büyüdüğünü söylediği lezyonla polikliniğimize başvuruyor. Hastanın yüzüne yakından baktığınızda; Yüzeyi pürüzsüz, keskin sınırlı, düzgün şekilli, yüzeyinde damarlanmaları görebildiğiniz ağrısız nodul görüyorsunuz. Bu lezyonla ilgili ne düşünüyorsunuz? *



- ☐ Malign olduğunu düşünürüm.
- ☐ Benign olduğunu düşünürüm.

Yukarıdaki hastayla ilgili bir sonraki aşamada ne yapmayı düşünüyorsunuz? *

- ☐ Hemen tedavi veririm.
- ☐ Takip edip, daha sonra karar veririm.
- ☐ Hastayı hemen sevk ederim.

Geri

Sonraki

Formu temizle

