



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DERİ KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE RİSKLİ DAVRANIŞLARIN SIKLIĞININ BELİRLENMESİ: AYDIN İL TARAMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. AHMET İŞCİBAŞI

DANIŞMAN
Doç.Dr. Güzel DİŞCİGİL
AYDIN-2011

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DERİ KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE RİSKLİ
DAVRANIŞLARIN SIKLIĞININ
BELİRLENMESİ: AYDIN İL TARAMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. AHMET İŞCİBAŞI

DANIŞMAN
Doç.Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2011

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından **TPF-11001** numaralı proje olarak desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
TABLO DİZİNİ	VI-VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
RESİMLER DİZİNİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
EKLER DİZİNİ	XII
ÖZET	XIII-XIV
ABSTRACT	XV-XVI
1.GİRİŞ	1-2
2.GENEL BİLGİLER	
2.1.TARİHÇE	3-4
2.2. MALİGN DERİ KANSERLERİ	
2.2.1 <i>Malign Melanom</i>	4-17
2.2.2 <i>Non Melanom Deri Kanserleri</i>	
2.2.2.1 <i>Bazal Hücreli Karsinom</i>	18-24
2.2.2.2 <i>Skvamöz Hücreli Karsinom</i>	24-31
2.2.3 <i>Evreleme</i>	32-35
2.2.4 <i>Tedavi yöntemleri</i>	
2.2.4.1 <i>Tıbbi Tedavi</i>	35-38
2.2.4.2 <i>Cerrahi Tedavi</i>	38-40
2.2.5 <i>İzlem</i>	41-43
2.2.6 <i>Korunma</i>	43
2.3 MALİGN DERİ EKİ TÜMÖRLERİ	43-46
2.4 BENİGN DERİ LEZYONLARI	
2.4.1 <i>Epidermal Tümör ve Proliferasyonlar</i>	46-47
2.4.2 <i>Melanositik Nevüsler</i>	47
2.5 AKTİNİK KERATOZ	48-49

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

3.AMAÇLAR	50
4.GEREÇ VE YÖNTEMLER	
4.1. Araştırma Projesi	51
4.2. Araştırma Evreni ve Uygulama	51-52
4.3. Verilerin Değerlendirilmesi	52-53
5.BULGULAR	54-81
6.TARTIŞMA	82-89
7. SONUÇ	90
8. KAYNAKLAR	91-98
9.EKLER	99-107

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Doç. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e, eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım, Prof. Dr. Okay BAŞAK, Doç. Dr. Serpil DEMİRAĞ, Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a, diğer rotasyon hocalarım ve asistan arkadaşlarıma, asistan arkadaşlarım Dr. Zeynep Arda DAĞDELEN, Dr. Özlem Güvenç SANCAKTAR, Dr. Nazım UZUNCA, Dr. Nur Şeyda ŞAHİN ve Dr. Mehmet AYDIN ve tüm personelimize, aileme, tez çalışmamda beni yalnız bırakmayan, sabır ve desteğini esirgemeyen eşim Müzeyyen İŞCİBAŞI ve kızım Nisa Ada İŞCİBAŞI' na teşekkürlerimi sunarım.

TABLO DİZİNİ

Tablo Numarası ve Adı	Sayfa No
Tablo 1: Melanom prekürsörleri ve risk faktörleri	5
Tablo 2: Fitzpatrick Deri fototipi sınıflaması	6
Tablo 3: Kutanöz Melanom Tipleri	10
Tablo 4: Kutanöz melanom tanısında ABCDE Kriterleri	17
Tablo 5: Kutanöz melanom risk faktörleri	18
Tablo 6: BHK risk faktörleri	19
Tablo 7: SHK gelişme eğilimini arttıran risk faktörleri	26
Tablo 8: Prekanseroz Lezyonlar	26
Tablo 9: Broders sınıflaması	30
Tablo 10: Nüks ve metastaz riski taşıyan SHK'ların ortak özellikleri	31
Tablo 11: Non Melanom Deri Kanseri Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) TNM Sınıflaması	32
Tablo 12: Malign Melanom Deri Kanseri Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) TNM Sınıflaması	33
Tablo 13: NCCN'nin (National Comprehensive Cancer Network) önerdiği cerrahi Sınırlar	39
Tablo 14: Mayo Klinik Kutanöz Melanom Takip Kılavuzu	42
Tablo 15: Deri eki tümörlerinin DSÖ sınıflamasına göre dağılımları	44
Tablo 16: Epidermal tümör ve proliferasyonlar	46
Tablo 17: Erişkin ve çocuk cinsiyet gruplarının bölgelere göre dağılımı	54
Tablo 18: Yaş aralıklarının bölgelere göre dağılımı	55
Tablo 19: Erişkinlerin bölgelere göre gelir düzeyi dağılımı	56
Tablo 20: Erişkinlerin bölgelere göre açık havada çalışma durumları	57
Tablo 21: Erişkinlerin meslek gruplarına göre açık havada çalışma durumları	58
Tablo 22: Erişkinlerin deri hastalığı geçirme öyküsü ile 1 saat güneşte kaldığında deride meydana gelen değişimlerin dağılımı	60
Tablo 23: Erişkinlerin deri hastalığı geçirme öyküsü ile sürekli güneşte kaldığında deride meydana gelen değişimlerin dağılımı	61

Tablo Numarası ve Adı	Sayfa No
Tablo 24: Erişkinlerin açık havada çalışma durumlarının deri hastalığı, çok ben ve güneş lekeleri ve deri kanseri ile ilişkisi	62
Tablo 25: Erişkinlerin son 3 yıl içerisinde hafif/ şiddetli güneş yanığı geçirme ve deri hastalığı öykülerinin ilişkisi	63
Tablo 26: Çocukların 1 saat güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişiklikler	64
Tablo 27: Çocukların sürekli güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişiklikler	65
Tablo 28: Çocukların son 3 yıl içinde hafif/şiddetli güneş yanığı geçirme durumları	65
Tablo 29: Erişkinlerin güneş ışınlarından korunmaya yönelik davranışlarının dağılımı	66
Tablo 30: Erişkinlerin güneş ışınlarından korunma davranışlarının yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi ve risk grubuna göre dağılımı ve ilişkisi	68
Tablo 31: Erişkinlerin güneş koruyucu ürün kullanma sıklığı ve kullanılan ürünlerin SPF numaralarına göre dağılımları	69
Tablo 32: Günlük hayatta güneş koruyucu ürün kullananların uyguladıkları vücut bölgelerine göre dağılımları	69
Tablo 33: Çocukların güneş ışınlarından korunma ile ilgili davranışlarının dağılımı	70
Tablo 34: Çocukların güneş ışınlarından korunma davranışlarının yaş, cinsiyet ve risk grubuna göre dağılımları	71
Tablo 35: Çocukların koruyucu ürün kullanma, korunma bilgisi ve korunmaları için uyarılma durumlarına göre dağılımları	72
Tablo 36: Tüm katılımcıların yaş aralıklarına göre korunma davranışları puan dağılımı	73
Tablo 37: Risk grubu ve genel korunma yaklaşımı ilişkisi	74
Tablo 38: Erişkinlerin deri kanseri risk faktörleri ile korunma davranışlarının ilişkisi	75
Tablo 39: Çocukların deri kanseri risk faktörleri ile korunma davranışlarının ilişkisi	76
Tablo 40: Risk grubu ve genel korunma yaklaşımı ilişkisi	77
Tablo 41: Erişkinlerin bilgi kaynaklarının dağılımı	78

Tablo Numarası ve Adı	Sayfa No
Tablo 42: Erişkinler tarafından görsel ve yazılı medyada izlenen programların dağılımı	79
Tablo 43:Çocukların güneşten korunma bilgi kaynaklarının dağılımları	80
Tablo 44: Çocuklar tarafından görsel ve yazılı medyada izlenen programların dağılımı	81

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil Numarası ve Adı

Sayfa No

Şekil 1: Clark Evrelemesi

34

RESİMLER DİZİNİ

Resim Numarası ve Adı

Sayfa No

Resim 1: Yüzeyel yayılan melanom görüntüsü

11

Resim 2: Nodüler melanom görüntüsü

12

Resim 3: Lentigo malign melanom görüntüsü

13

KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltma Adı	Açık şekli
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
UV	Ultraviyole
UVR	Ultraviyole radyasyon
UVA	Ultraviyole A
UVB	Ultraviyole B
UVC	Ultraviyole C
OKS	Oral Kontraseptif
PUVA	Psoralenli-UVA
BHK	Bazal Hücreli Karsinom
SHK	Skvamöz Hücreli Karsinom
NMDK	Non melanom deri kanserleri

EKLER DİZİNİ

Ek Adı	Sayfa No
EK-1. Özgeçmiş	99-100
EK-2. Deri Kanseri Risk Faktörleri ve Riskli Davranışların Sıklığının Belirlenmesi Anket Formu (Erişkinler için)	101-103
EK-3. Deri Kanseri Risk Faktörleri ve Riskli Davranışların Sıklığının Belirlenmesi Anket Formu (Çocuklar için)	104-105
EK-4. Bilgilendirilmiş Olur Metni	106
EK-5. Bilgilendirilmiş Olur Formu	107

ÖZET

Amaç

Deri kanseri önlenabilir bir kanser türü olmasına rağmen dünyada sıklığı gittikçe artmaktadır. Başlıca risk faktörü güneşe maruziyettir. Bu çalışmada güneşe maruziyetin yoğun olduğu Aydın ilinde deri kanseri risk faktörlerini, riskli davranış ve korunma davranışlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem

Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Aydın'ın kentsel ve kırsal alanlarından rastgele yöntemle seçilen 800 erişkin, 205 çocuk ve genç çalışmaya dâhil edilmiştir. Erişkin ve çocuklar için hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Demografi, risk faktörleri, riskli davranışlar ve korunma davranışlarıyla ilgili tanımlayıcı ve analitik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Bulgular

Toplam katılımcı sayısı 1005 kişiydi. Sekiz yüz erişkinin 163'ü (%20,4) herhangi bir risk faktörü taşımyorken 205 çocuğun hepsinin en az 1 risk faktörü vardı. En sık rastlanan risk faktörü erişkinlerde de çocuklarda da bronzlaşamama idi. Güneş yanığı öyküsü olan erişkinlerde herhangi bir deri hastalığı geçirme sıklığı daha fazlaydı. Çocukların çoğunluğu son 3 yıl içinde ciddi veya hafif güneş yanığı geçirmişti. Üç erişkinin sadece biri gölgede bulunmaya dikkat ederken daha da azı güneşin yoğun olduğu saatlerde dışarıda bulunmamaya, koruyucu giysilerle, şapka ve güneş gözlüğü ile korunmaya dikkat ediyordu. Şapka kullanımı çocuklar arasında daha yaygındı. Ancak geniş kenarlı şapka kullanımı erişkinlerde de çocuklarda da çok azdı. Herhangi bir risk faktörü taşıyan erişkinler daha iyi korunma davranışı sergilemiyordu. Benzer olarak düşük ve yüksek risk grubunda olan çocuklar arasında da korunma davranışları açısından bir fark yoktu. TV-radyo erişkinler arasında, anne-baba ise çocuklar arasında en sık bildirilen bilgi kaynağı idi.

Sonuç

Güneş maruziyetin yoğun olduğu Aydın’da risk faktörü taşıyan erişkinler ve çocuklar yeterli korunma davranışı sergilememektedir. Bölgemizde, deri kanserinden korunma programlarının geliştirilmesine ve bu programların aile hekimliği uygulama alanlarında uygulamaya konmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: deri kanseri, korunma, risk faktörleri, riskli davranışlar, güneş maruziyet, UVR

ABSTRACT

Aim

Incidence of skin cancer is increasing worldwide eventhough it is a preventible type of cancer. Major risk factor is exposure to sun. In this study, we aimed to evaluate skin cancer risk factors, risk behaviors and protection behaviors in Aydın where exposure to sun is high.

Methods

Study was designed as crossectional and descriptive study. Randomly chosen 800 adults and 205 children and adolescents from urban and rural areas of Aydın were included in the study. Questionnaire for adults and children were applied by face to face interview. Descriptive and analytic statistics were conducted for demographics, risk factors, risk behaviors and protection behaviors.

Results

A total of 1005 participants were present. One hundred and sixty three (%20.4) of 800 adults did not have any of the risk factors where as all of the 205 children had at least one risk factor. The most common risk factor was inability to tan both for adults and children. Any type of skin disease in adults was more common among participants with sunburn history. Majority of children had either severe or mild sunburn history in the last 3 years. Only one in 3 adults were seeking shades where as even less do not stay outside during peak hours or use protective cloths, hats and sunglasses. Hat use was more common among children. However wide brim hat use was very rare both in adults and children. Adults with any of the risk factors did not show better protection behavior. Similarly, protection behaviors did not differ between low risk and high risk groups of children. The most common knowledge source was TV-radio for adults whereas it was mother and father for children.

Conclusion

Adults and children with any of the risk factors do not show sufficient protection behavior in Aydın where population is exposed to high level of UVR. There is a need to develop skin cancer protection programs and apply these programs in family medicine practice in our municipality.

Key words: skin cancer, protection, risk factors, risk behaviors, sun exposure, UVR

1.GİRİŞ

Deri kanseri günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ozon tabakasındaki değişiklikler sonucu zararlı UVA ve UVB ışınlarının etkilerinin artmasına ve vücudumuzun en geniş organı olan derimizin bu etkilere maruz kalmasına sebep olmuştur (1). Artan UV ışınlarının etkisi ile deri kanseri sıklığı artmaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünyada her yıl yaklaşık 2-3 milyon kişiye melanom olmayan deri kanseri, 132.000 kişiye de malign melanom tanısı konmaktadır. Ayrıca kanser tanısı konan her 3 kişiden birinin de deri kanseri tanısı aldığı bildirilmektedir (2).

1940'lı yılların başından 1990'lı yıllara kadar uzanan süreçte malign melanom ve non-melanom deri kanseri insidansı %600 artmıştır (3). Ülkemizde ne yazık ki ülke genelini kapsayan insidans çalışması yoktur. Bölgesel olarak yapılmış az sayıda ki çalışmalardan olan, İzmir bölgesinde 1990–1999 yıllarını kapsayan bir çalışmada, 3186 non-melanom deri kanseri (NMDK) rapor edilmiş ve bu kişilerden 847'si skuamöz hücreli karsinom (SHK) tanısı almıştır (80). ABD'de 2010 yılı içerisinde 68.130 kişinin melanom tanısı alması beklenmekte olup, bu grup içerisinde de 8.700 kişinin hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (4). Non-melanom deri kanseri tanısı alması beklenen kişi sayısı ise 1.000.000 olarak tahmin edilmekte ve 1000 kişinin hayatını kaybetmesi beklenmektedir (5).

Deri kanseri oluşumuna yol açan risk faktörleri arasında güneş ışınına aşırı maruziyet, cinsiyet, fenotipik özellikler, aile öyküsü, Fitzpatrick I-II deri tipi, çocukluk döneminde güneş yanığı, immünsüpresyon, iyonize radyasyon, Psoralenli-UVA (PUVA) tedavileri, çevresel karsinojenler, HPV enfeksiyonu, yapay ışık kaynakları, nevuslar, genetik sendromlar yer almaktadır (6-9). Deri kanseri sıklığının artması ile kişisel korunma yöntemleri de ön plana çıkmaya başlamıştır.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) deri kanserinden korunma yöntemlerini en az 30 SPF GK ürün kullanma, güneşten koruyucu giysiler giyme, UV koruyuculu güneş gözlüğü kullanma, 10.00–16.00 saatleri arasında zorunlu olmadıkça güneşte bulunmama, bronzlaşma salonlarından uzak durma, deri lekeleri, benler ve çillerdeki değişiklikleri düzenli olarak kendi kendine tarama ile bu taramaların her mevsim yapılması olarak 7 ana başlıkta belirtmiştir (10).

Yılın büyük bir kısmının güneşli geçtiği Aydın ilimizde güneş ışınlarına maruziyet yoğundur. Güneş ışınlarına yoğun maruziyet deri kanseri riskini de beraberinde getirmektedir. Mevcut risk faktörlerinin saptanması ve deri kanseri açısından riskli davranışların

belirlenmesi toplumun deri kanserinden korunması açısından ilk adımı oluşturacaktır. Bu nedenle alışmamızda Aydın ilinde yaşayanların deri kanseri risk faktörlerini, riskli ve korunma davranışlarını belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tarihçe

Güneş ışınları, dünyadaki yaşamın devamı için gerekli olan fotosentezin gerçekleşmesini sağlayan Ultraviyole (UV) ışınlarını taşır. UV ışınları, yüksek enerjili Ultraviyole-C (UVC, 280 nm dalga boyu altında), Ultraviyole-B (UVB, 280–315 nm dalga boyları arasında) ve Ultraviyole-A (UVA, 315–400 nm dalga boyları arasında) olmak üzere 3 gruba ayrılır. Milyarlarca yıl önce dünyamızda ilk anoksik atmosfer varlığında UV ışınları, birçok protein ve DNA gibi çok gelişmiş organik moleküller için zararlı etki göstermekteydi. Hayat UV ışınlarının etkisini gösteremediği okyanuslar gibi korumalı ortamlarda sürmekteydi. Yaklaşık 2 milyar yıl önce şanslı evrimsel olaylar sonrasında, bitki ve benzeri organizmalar O₂ üretmeye başlamışlardı. Oluşan O₂, 310 nm dalga boylarına kadar olan zararlı UVC ve UVB ışınlarını emerek ozon (O₃) tabakasını oluşturmuştur. Böylece tüm zararlı UVC ve UVB ışınları (yerkürenin 12–50 km üstünde bulunan stratosfer tabakasında) ozon tabakasında emilmeye başlanmıştır (1). 1900’lü yılların başlarından itibaren sanayileşen dünyamızda, sanayileşmenin getirdiği sonuçların arasında, doğaya atılan zararlı gazların artması neticesinde ozon tabakasında değişiklikler oluşmuştur. Dünyamıza gelen UVB ve UVC ışınlarının süzülmesinde etkili olan ozon tabakasındaki bu değişiklikler sonucu UV ışınlarının etkileri artmaya başlamıştır.

1894 yılında Alman Unna isimli araştırmacı kronik güneşe maruz kalan derideki değişiklikleri hiperkeratozdan başlayarak aşamaları ile tarif etmiş ve denizcilerde gördüğü için “ Seemanshautcarzinom” adını vermiştir (1). 1896 yılında Dubreuilh isimli araştırmacı, üzüm bağlarında çalışan işçilerin derileri üzerinde benzer değişiklikler gözlemlediğini bildirmiştir (1). 1900’lü yılların başlarına gelindiğinde, güneş ışınlarına maruz kalma ile cilt kanserleri arasında daha fazla istatistiksel ilişki saptanmaya başlamıştır (1). 1920’li ve 1930’lu yıllarda güneş ışınlarına maruz kalmanın, deri kanserine neden olabileceği hayvan deneyleri ile gösterilmiştir. 1920’li yıllarda Findlay isimli araştırmacı, UV ışınlarına maruz bıraktığı farelerde, UV ışınlarının farelerin derileri üzerinde kanserojen etkiye neden olabileceğini ilk deneysel kanıt olarak göstermiştir (1). 1930’lu yıllarda Roffo isimli araştırmacı, güneş ışınlarının sıçanlarda deri kanserine neden olabileceğini ve bu kanserojen etkinin renkli ya da renksiz UVB filtreli camlar kullanıldığı takdirde

engellenebileceğini belirtmiştir (1). 1940'lı yıllarda Blum, Kirby-Smith ve Grady isimli araştırmacılar, kronik UV ışınlarına maruz kalma ile tümör oluşumu arasındaki ilişkinin varlığını tespit etmişlerdir (1). 1928 yılında Gates, UV ışınlarının DNA tarafından absorbe edilebildiğini ve ölümcül nükleer değişimlere neden olabileceğini bildirmiş (1), 1940 yılına gelindiğinde ise Hollaender ve Emmens, UV ışınlarının mantar DNA'sı üzerinde mutasyonlara neden olduğunu saptamışlardır (1). 1960 yılında Beukers ve Berends, UV ışınlarının DNA dizisindeki timin bazları üzerinde cyclobutane dimerleri oluşturduğunu bildirmiş, UVB ve UVC ışınlarının DNA'da pirimidin bazlarını etkilemesi ile oluşuklarını saptamışlardır (1).

Artan UV ışınlarının etkisi ile deri kanseri sıklığı artmaya başlamıştır. 1940'lı yılların başından 2000'li yıllara kadar uzanan süreçte, malign melanom ve nonmelanom deri kanseri insidansı %600 artmıştır (3). Derinin malign tümörleri, malign melanom ile non melanom deri kanseri olarak tanımlanan bazal hücreli karsinom, skuamoz hücreli karsinomlar ve deri eki tümörleridir.

2.2 Malign Deri Kanserleri

2.2.1 Malign Melanom

Melanositler ve nevüs hücrelerinden kaynaklanan bir neoplazmdır. Melanomun en sık yerleştiği organ %91,2 ile deridir (11,12). Deri kanserlerinin % 3'ünü oluşturur (13). Melanom ayrıca gözler, mukoza epiteli ve leptomeninkslerdeki melanositik hücrelerden de gelişebilmektedir (11,12).

Epidemiyoloji

Malign melanom erken dönemde tespit edildiğinde iyileşme şansı yüksek bir tümör olmakla birlikte, metastaz yapması durumunda mortalite oranları yüksektir. Malign Melanom, erişkin lösemisinden sonra yıllık mortalite oranı bakımından ikinci sırada yer almaktadır (13). Tüm kanserler içerisinde erkeklerde 5. sırada, kadınlarda ise 6. sırada yer almaktadır (14). ABD'de 2010 yılı içerisinde 68.130 kişinin melanom tanısı alması beklenmekte olup, bu grup içerisinde de 8.700 kişinin hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (4). Erkeklerde 1,5 kat daha sıklıkla izlenmekle birlikte en sık sırt bölgesi, kadınlarda ise alt bacak bölgesi malign

melanom gelişmesi açısından riskli bölgelerdir. Başka maligniteler ile karşılaştırıldığında genç yaşta ortaya çıkmaktadır. Tanı anında ortalama yaş 45-55'dir (13). Melanomların %95'i beyaz ırkta gözlenmektedir. Ekvatora yakın bölgelerde insidansı artmaktadır. Siyah ırkta akral ve mukozal yerleşim daha sık olduğu için tanısı geç evrelerde konmakta ve prognozu daha kötü seyir etmektedir (15-17). Risk faktörleri, prekürsör lezyonları ve erken tanının öneminin toplum tarafından önemsenmesi, mortalite oranlarında düşüşlere neden olmuştur. Genç nüfusta insidansın artmasına karşılık mortalite oranları azalmıştır. Yaşlı nüfusta ise uzun yıllar mortalite oranları yükselme eğiliminde iken 1990'lı yıllardan itibaren sabit kalmıştır (11,18,19).

Etyoloji ve Patogenez

Melanom gelişmesine sebep olabilecek risk faktörleri ve melanom prekürsörleri Tablo 1'de özetlenmiştir (11,19-21).

Tablo 1: Melanom prekürsörleri ve risk faktörleri

MELANOM RİSK FAKTÖRLERİ	MELANOM PREKÜRSÖRLERİ
●Pigment özellikleri Mavi göz, açık/sarı/kızıl saç rengi, açık renk deri ●Güneş ışığına yanıt Çillenmeye yatkınlık, bronzlaşmama, güneş yanığına yatkınlık ●İrk, Cinsiyet ve hormonal faktörler ●Kişisel/Ailevi melanom öyküsü ●Displastik nevus ve melanom aile öyküsü ●Nevuslar Melanositik nevuslar (sayı>50, çapı>5 mm) Kongenital nevuslar Atipik nevuslar(>5 mm) Atipik/displastik nevus sendromu Nevusta değişiklik olması ●Ultraviyole Radyasyon ●Ekvatorial enlemler ●DNA onarım defektleri(XP) ●İmmünsüpresyon ●Genetik belirteçler(p 16 mutasyonu, BRAF, CDKN2A mutasyonları v.b.) ●Yüksek sosyoekonomik düzey	●Edinsel displastik nevüsler ●Kongenital melanositik nevus ●Lentigo maligna ●Sellüler mavi nevüs ●Ota nevus ●İto nevus ●Nevus Spilus ●Mukozalardaki melanositik displaziler ●İgisi/ epitelyumoid hücreli nevuslar

Fenotipik Özellikler:

Açık göz rengi (mavi/yeşil), açık renk saç (sarı/kızıl), kolay güneş yanığı gelişebilen, çillenmeye yatkın olan ve bronzlaşamayan Fitzpatrick deri tipi I-II fenotipinde olan kişilerde malign melanom riski iki kat artmaktadır. Bkz. Tablo 2.

Tablo 2: Fitzpatrick Deri fototipi sınıflaması

DERİ FOTOTİPLERİ SINIFLAMASI		
	Orta derecede güneş ışınlarına maruz kalma sonrası deride meydana gelen değişiklikler	Deri Rengi
I	Her zaman yanarlar, asla bronzlaşmazlar	Beyaz, açık sarışın, kızıl ya da sarı saç rengi, mavi göz rengi, çillenme
II	Genellikle yanarlar, zor bronzlaşırlar	Beyaz, açık sarışın, kızıl ya da sarı saç rengi, mavi veya yeşil göz rengi
III	Hafif yanarlar, kademeli, olarak bronzlaşırlar	Beyaz
IV	Nadiren yanarlar, kolay bronzlaşırlar	Açık kahverengi
V	Zor yanarlar ve çok kolay bronzlaşırlar	Kahverengi
VI	Asla yanmazlar, Çok kolay bronzlaşırlar	Koyu kahverengi

MC1R allel genlerinde farklılıklar, fenotipler ile ilişkili bulunmuştur. MC1R allel genlerindeki özel genetik değişiklikler ile kızıl saç, güneşe duyarlılık ve çillenme arasında ilişki saptanmıştır (15,21).

Güneş Yanığı:

Çocukluk çağı 12 yaş altındaki çocuklarda, şiddetli güneş yanığı malign melanom riskini 3,6 kat arttırmaktadır. Erişkinlerde ise şiddetli güneş yanığı geçirmenin 10 yıl içerisinde malign melanom gelişme riskini 2 kat arttırdığı saptanmıştır (22).

İrk,Cinsiyet ve hormonal faktörler:

Aynı coğrafi bölgelerde yaşayan siyah ırklar ile beyaz ırklar arasında, malign melanom riski siyah ırklarda, beyaz ırklara göre 1/10–20 oranında daha az görülmektedir. Irksal insidans farklılıkları siyah ırkta melaninin UV'ye karşı koruyucu rolü ile açıklanmaktadır (22,28).Östrojen ve östrojen-progesteron içeren haplar melanin içeriği ve melanosit sayısına etkilidirler. Nevus çaplarının ve renklerinin gebelik ve OKS kullanımı sırasında değişmesi,

Melanomun puberte öncesi sık görülmemesi, nevusların puberte ile birlikte artması, cinsiyet, hormonlar ve OKS ile melanom arasında ilişkinin sorgulanmasına neden olmuştur. Erken yaşta OKS kullanmaya başlamış ve 5–10 yıldan uzun süre kullanan bireylerde melanom insidansının minimal arttığı bildirilmiştir (23). Ancak genelde OKS'lerin melanom için risk oluşturmadığını bildiren pek çok çalışma da bulunmaktadır (11,15,23,24). Malign melanom erkeklerde 1,5 kat daha sıklıkla izlenmektedir (13).

Aile Öyküsü:

Malign melanom için major risk faktörlerinden bir tanesidir. Ailede 1. derece yakınında melanom tanısı olması riski 3 kat arttırırken, 3'ten fazla 1. derece yakınında melanom tanısı olması ise riski 35–70 kat arttırmaktadır. Aile hikâyesinin melanomluların sadece %5–12 sinde bulunması sebebiyle, etiyolojisinde tek faktörün genetik yatkınlık oluşturmadığı, nevus sayısı, fenotipik özellikler ve çevre faktörlerinin de etkili olabileceği düşünülmektedir (21).

Melanositik Nevuslar:

Kutanöz melanom olgularının 1/3 ü melanositik nevus üzerinden gelişmektedir. Melanositik nevus üzerinden gelişen tümörler en sık yüzeysel yayılan melanom histiyolojisinde olmaktadır (25,27). Melanositik nevuslardan kutanöz melanom riski nevusların sayısı ve çapı ile ilişkilidir. 15–25 nevusu bulunanların melanom riski 10'dan az nevusu bulunanlara göre 1,5 kat fazladır. Her 25 nevus artışında ise kutanöz melanom riski iki kat artmaktadır (26). Kutanöz melanom için en riskli displastik/atipik nevuslardır. Atipik nevuslar 5mm'den büyük, düzensiz kenarlı, keskin sınırları olmayan, içerisinde farklı renkler içeren ve maküler komponenti bulunan nevuslardır (26). Displastik nevuslar ise toplumun %2-8'inde bulunur. Kutanöz melanom gelişme riski nevus sayısı, kişisel ya da ailesel öykü gibi faktörler ile ilişkilidir (25). Kongenital melanositik nevuslar ise vücutta 1cm çaptan başlayarak vücudun daha geniş yüzeylerini kaplayabilecek özellikte olabilen nevüslerdir. Üzerinden gelişen kutanöz melanom daha erken yaşlarda ortaya çıkmakta ve çoğunlukla puberteden önce oluşmaktadır (30). Dev kongenital melanositik nevus ile kutanöz melanom arasındaki ilişkiye bakıldığında, kutanöz melanomların 3/4'ü dev kongenital melanositik nevuslardan gelişmektedir. Gelişen kutanöz melanom prepubertal dönemde ortaya çıkmakta ve yaşam boyu riski %5–40 arasında değişmektedir (28,29). Küçük ve orta çaptaki kongenital melanositik nevuslardan gelişen kutanöz melanom riskinin ise postpubertal dönemde daha

yüksek olduğu kabul edilmektedir (30). Nevusların yerleşim yeri de kutanöz melanom gelişimi açısından önem arz etmektedir. Posterior aksta yerleşik kongenital melanositik nevuslardan nörokutanöz melanom gelişebilmektedir. Küçük kongenital melanositik nevuslardan gelişen tümör dermo-epidermal bileşkeden başlarken, dev kongenital melanositik nevuslardan başlayan tümör dermisten başlamaktadır. Dermisten başladığı içindir ki dev kongenital nevuslardan başlayan tümörler tanı anında derin yerleşimlidir. Tanı konduğu esnada tümörün bütün olarak çıkarılması mümkün olmadığından prognozu kötüdür. Mortalite oranı dev kongenital melanositik nevuslarda % 63 iken, büyük kongenital nevuslarda % 20 oranındadır (28).

Ultraviyole Radyasyon:

Ultraviyole radyasyon(UVR), UVA (320–400 nm), UVB (290–320 nm) ve UVC (200–280 nm) olmak üzere 3 tip radyasyondan oluşmaktadır. UVB radyasyonu, DNA ve DNA onarım sistemlerine fotokimyasal hasar vermekte, immün sistemde meydana getirdiği değişikliklerle deri kanserinin oluşumunda rol oynamaktadır (31). UVA dünyaya ulaşan UVR'nin %90-95'ni oluşturmaktadır. UVA melanositlere UVB'den daha fazla oranda ulaşabilmektedir. UVA keratinositlerde primidin dimeri oluşumuna ve p53 ekspresyonuna neden olmaktadır (32). Hayvan modellerinde UVA'nın kutanöz melanom oluşumunda önemli rol oynadığı yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Balıklarda 365 nm dalga boyundaki güneş ışığının kutanöz melanom gelişiminde etkili olduğu anlaşılmıştır (33,34). UVB ise daha çok güneş yanıklarından sorumludur. Kutanöz melanom ile güneş yanıkları arasındaki ilişki, kutanöz melanoma UVB'nin neden olduğunu düşündürmüştür. Güneş koruyucu ürünler esas olarak UVB'den korunma sağlamaktadır. UVA'nın etkisi ise devam etmektedir. Bu bulgular ışığında güneş ışınlarının kutanöz melanom oluşumunda UVA kaynaklı olabileceği öne sürülmüştür (32,34). Kronik UVR maruziyeti lentigo malign melanom riski taşımakta iken, aralıklarla alınan UVR ise yüzeysel yayılan malign melanom gelişiminde rol oynayabilmektedir (11,20,35).

Psoralenli-UVA(PUVA):

Kutanöz melanom riski, UVA'nın kümülatif dozu ile orantılı olarak artmaktadır. 250 seans ve üzeri tedavi alanlarda risk daha da yükselmektedir (36). PUVA tedavisi alan hastalarda

gelişen kutanöz melanom genellikle kollar ve omuzlardan gelişmektedir. PUVA'nın karsinojenik etkilerinin psoralen kaynaklı olabileceği de öne sürülmüştür (32).

Yapay Işık Kaynakları:

Solaryum, bronzlaştırıcı kabinler gibi yapay ışık kaynaklarının erken yaşta kullanılması ve alınan kümülatif doz miktarının kutanöz melanom riskini arttırabileceği kabul edilmektedir. Son 30 yılda bronzlaşma amacıyla UVA ışınlı cihazların kullanılmasının kutanöz melanom açısından risk teşkil ettiği iddia edilmektedir (37,38).

İmmünosupresyon:

Hematolojik maligniteler, organ transplantasyonları ve edinsel immün yetmezlik sendromu gibi durumlarda kutanöz melanom riski belirgin bir şekilde artmaktadır (15).

Diğer Risk Faktörleri:

İyonize radyasyon, vinil klorid, petrokimyasal maddeler kutanöz melanom riskini arttırmaktadır. Obezlerde geniş yüzey alanına sahip olunması, yüksek sosyo-ekonomik düzeyin sonucu tatil alışkanlıkları edinilmesi, göreceli olarak malign melanom riskini artmaktadır (15). Alkol kullanımı, sigara, coğrafi konum, sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu, fiziksel aktivite diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (100).

Histopatoloji

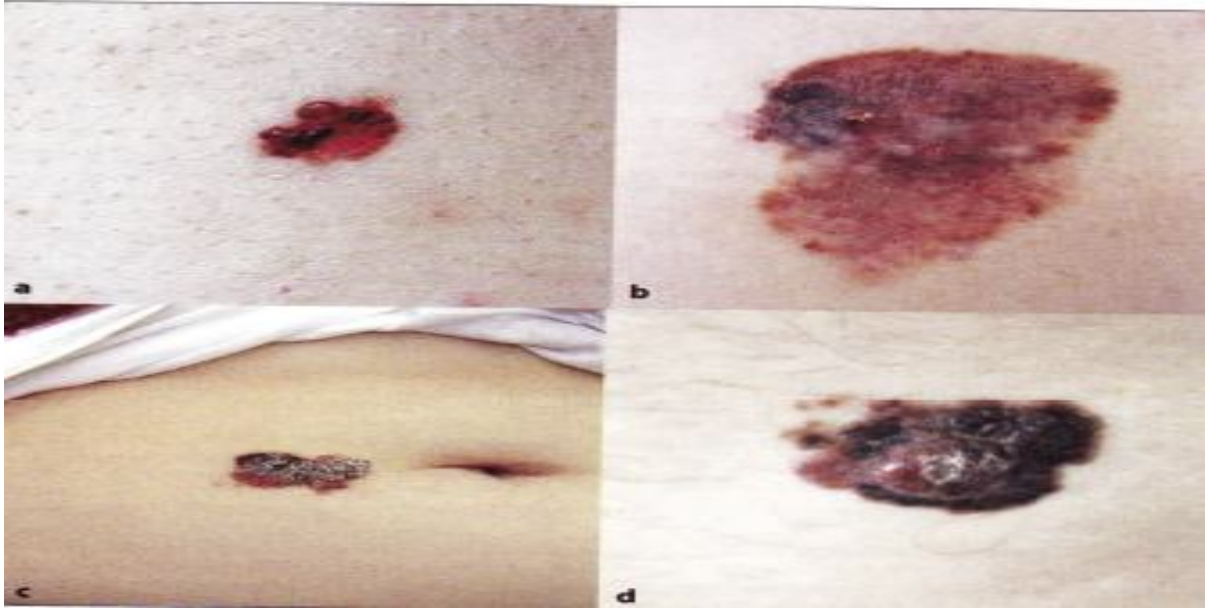
Melanom gelişiminde birbirini takip eden iki major kompartman bulunmaktadır. Tümörogenik olmayan radyal veya horizontal melanom hücreleri epidermis içerisinde sınırlı ya da papiller dermise kadar uzanmıştır. Bu aşamayı değişik zaman süreci içerisinde tümörojenik vertikal gelişim dönemi ve tümör formasyonunu dermal invazyon aşaması takip etmektedir. Radyal büyüme fazında bulunan tümörlerin tümörojenitesi bulunmamaktadır. Mitotik aktivite göstermedikleri için metastatik potansiyelleri yoktur. Vertikal büyüme fazında bulunan hücrelerde ise tümörojenite ve dermal mitotik aktiviteleri yüksek olmakta, metastatik potansiyelleri bulunmaktadır (12,35). Başlıca histopatolojilerine göre melanomlar Tablo 3'te gösterilmiştir (39).

Tablo 3: Kutanöz Melanom Tipleri (39).

MELANOM TİPLERİ	SIKLIK	YAŞ	RADYAL BÜYÜME FAZI	LOKALİZASYON
1.Yüzeyel Yayılan Melanom	%70	30-50	1-7 yıl	Kadınlarda alt bacak, her iki cinste sırt
2.Nodüler Melanom	%15-30	40-50	Yok	Baş, boyun,gövde
3.Lentigo Malign Melanom	%4-15	65	5-20 yıl	Yüz,burun, yanaklar ve alın
4.Akral Lentiginöz Melanom	%2-8	65	1-10 yıl	El içi, ayak tabanı

1-Yüzeyel yayılan melanom:

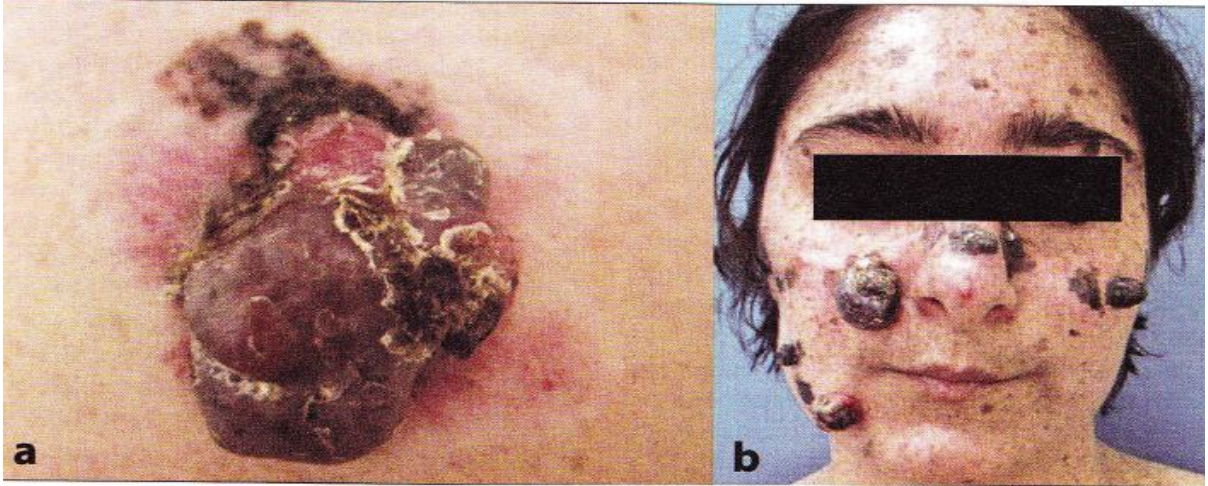
Beyaz ırkta görülen kutanöz melanomların % 70'ini oluşturmaktadır. 30-50'li yaşlarda, kadınlarda biraz daha sık, yerleşim yeri sırt ve alt bacakta ve yoğun UVR etkisi ile oluştuğu düşünülmektedir. Güneş görmeyen bölgelerde de gelişebilmektedir. Melanositik nevuslar üzerinden en sık gelişen melanom tipidir. Tipik olarak 2–5 cm çapında, yuvarlak veya keskin sınırlı makül ya da hafif kabarık plak şeklindedirler. Siyah, kahverengi, kırmızı, beyaz, mavi ve gri renkli tonlarda görülebilmektedir. Bu özelliklerinde dolayı yüzeyel yayılan malign melanom “ kırmızı, beyaz, mavi tümör” olarak adlandırılmaktadır. Radyal büyüme fazında yassı plak olan lezyon, vertikal büyüme fazında kabarık, farklı renklerde, infiltrate nodül ve ülser olabilmektedir (39). Yüzeyel yayılan melanom ayırıcı tanısında melanositik nevuslar, pigmentli deri tümörleri ve lentigo malign melanom düşünülmelidir. Prognozu nodüler melanomdan iyidir (39). Bkz resim 1.



Resim: 1

2. Nodüler Melanom:

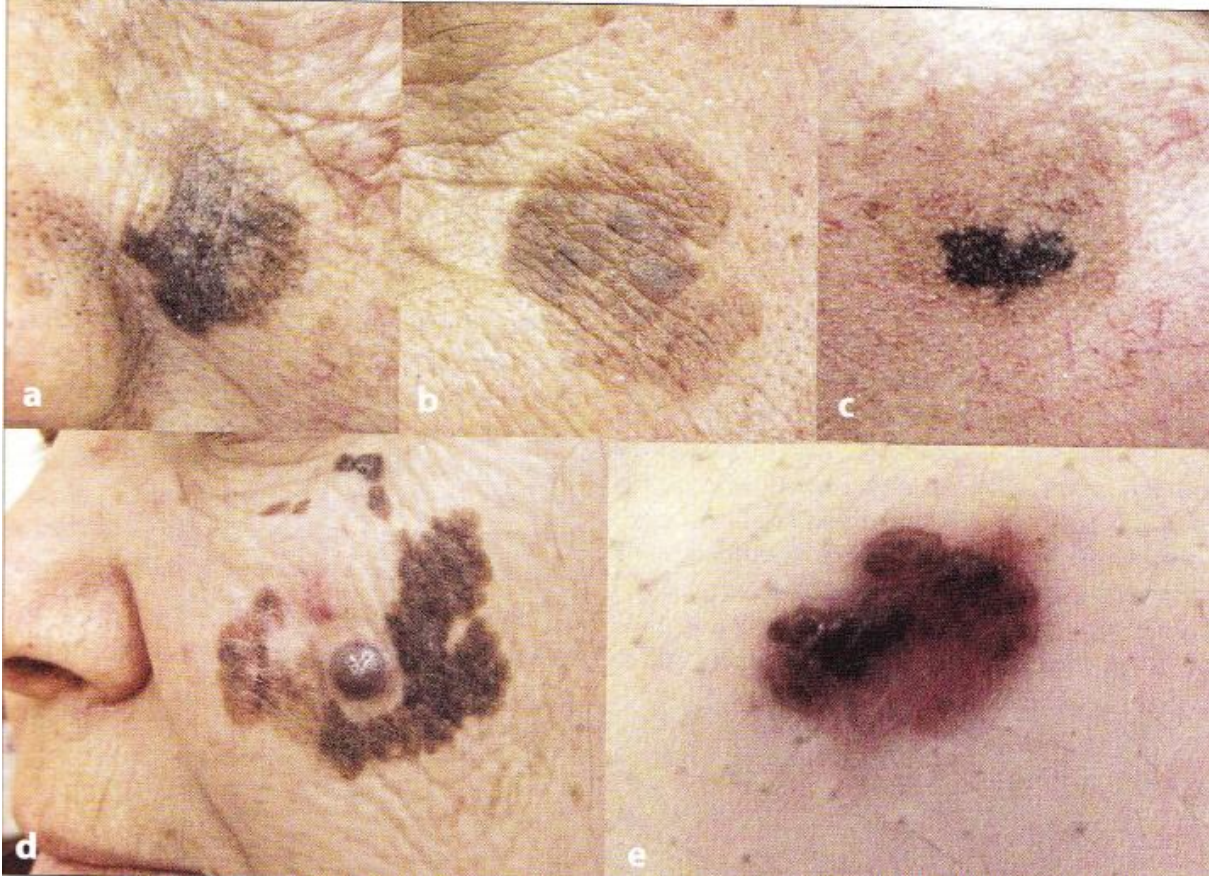
Beyaz ırkta ikinci sıklıkta görülmekte ve malign melanomların %15-30'unu oluşturmaktadır. Orta yaş grubu ve erkeklerde 2 kat daha sık görülmektedir. Genelde sağlam deride baş, boyun ve gövdenin güneş gören yerlerinde oluşmaktadır. Radyal fazının olmaması ve vertikal büyüme paternine sahip olması nedeniyle metastaz potansiyeli yüksektir. Bu nedenle prognozu en kötü olan kutanöz melanom tipidir. Çocuklarda kongenital melanositik nevus üzerinden gelişebilmektedir. Lezyon başlangıçtan itibaren nodül, papül veya kabarık plak şeklinde olabilmektedir. Başlangıç çapı 1–3 mm'den 1–3 cm'e kadar ulaşabilmektedir. Siyah, kahverengi, kırmızı-kahverengi, mavi-siyah veya mor renkte olabilmektedir. Diğer kutanöz melanom tiplerinden ayrı olarak renk çeşitliliği ön planda yer almamaktadır. Lezyonlar hızla büyüyerek polipoid ekzofitik lezyonlar oluşturabilmekte, nodüllerin yüzeyi ülser olabilmekte ve geç dönemde kanama eşlik etmektedir (39). Nodüler melanom ayırıcı tanısında hemanjiom, piyojenik granülom, anjiokeratom, spitz nevus, mavi nevus, dermatofibrom, seboreik dermatoz ve bazal hücreli karsinom düşünülmelidir (39). Bkz resim 2.



Resim: 2

3.Lentigo Malign Melanom:

Kutanöz melanomların %4-15'ni oluşturan, yanak, burun, alın, kulak, boyun gibi güneş gören bölgelerde lokalize olabilen, 65 yaş civarında ortaya çıkan, kadınlarda 2 kat daha sık görülen melanom tipidir. İn situ fazı olan lentigo maligna (Hutchinson'un melanotik Çili) güneş gören yerlerde yerleşen ve radyal fazı uzun olan melanomdur. Lentigo maligna üzerinden, lentigo malign melanom gelişme oranı %5-30'dur. Bu dönem yaklaşık 5-20 yıl sürmektedir. Lentigo malign melanom 3-6 cm veya daha büyük, keskin sınırları olmayan yassı bir plak yada nodül yada papül barındıran maküler lezyondur. Lezyon içerisinde kahverengi, siyah, mavi-gri beyaz renkli alanlar görülebilmektedir. Nodüllerin üzeri ülser olabilmektedir. Lentigo malign melanom yavaş büyüdüğü için geç metastazlar yapmakta ve genellikle metastazlar lenf noduna olmaktadır. Prognozları iyidir. Lentigo maligna ile lentigo malign melanomun ayırıcı tanısında BHK, yüzeysel yayılan melanom, aktinik keratoz, seboreik keratoz, melanositik nevus, senil lentigo düşünülmelidir (39). Bkz resim 3.



Resim: 3

4.Akral Lentiginöz Melanom:

Beyaz ırkta %2–8, koyu renkli derililerin %60-72’si, asyalıların ise %29-46’sında görülen ve ırklar arası farklılıklar gözlenen melanom tipidir. Tümör el içi, ayak tabanı ve tırnak yatağı yerleşimli olabilmekte, ortalama 65 yaşlarında ortaya çıkabilmektedir. Seyrek olmakla birlikte bu lokalizasyonlarda yüzeysel yayılan melanom ve nodüler melanom da gelişebilmektedir. Lezyon erken dönemlerde düzensiz genişleyen, kahverengi, siyah mavimsi maküldür. Sınırları düzensiz, çentiklidir. En önemli özelliği radyal fazın kısa sürmesi ve hızlı seyir göstermesidir. Maküler dönemde bile erken evre metastazlar olabilmektedir. Agressiv bir tümördür (39). Tırnak yatağından gelişen subungual melanom, beyaz ırktaki kutanöz melanomların %2-3’nü, siyah ırk ve koyu renkli deriye sahip kişilerde ise % 20’sini oluşturabilmektedir. Genelde el ve ayak başparmaklarını tutar. Geç evrede tanı konması sebebiyle prognozu kötüdür (39).

5. Diğer melanom varyantları:

a-Desmoplastik melanom: 60–80 yaş arasında, erkeklerde kadınlara göre 1–1.75 kat daha fazla, baş-boyun ve sırtın üst kısımlarında, normal deri renginde kırmızı veya pigmente nodüler lezyonlardır. Nadir görülmektedir. Lenf nodu metastazından daha çok akciğer metastazı yapma eğilimine sahiptirler. Tanı esnasında 4 mm'nin üzerindedir. 4 mm'lik desmoplastik melanomda 5 yıllık sağ kalım oranı % 72 iken aynı boyuttaki kutanöz melanomda sağ kalım oranı % 37-48'dir. Ayırıcı tanısında sklerozan mavi nevüs, morfeiform BHK, sikatris, nörotekoma düşünülmelidir (11,12,20,40).

b-Primer mukozal melanom: Yaşlılarda, beyaz ırk dışında ve kadınlarda daha sık görülmektedir. %55'i baş-boyun, %24'ü anorektal bölge, %18'i kadın genitalyası, %3'ü üriner sistem yerleşimlidir. Oral kavite ve sinüslerde ise erkek hâkimiyeti ön plana çıkmaktadır. Kötü prognozludur. Metastaz eğilimi fazladır. Klinik olarak düzensiz pigmentasyon gösteren, ülserle olabilen ve kanayabilen nodüler lezyonlardır. Prognozu belirleyen tümörün derinliği ve lenf nodu metastazıdır (12,41).

c-Amelanositik melanom: Pigmentsiz tümörlerdir. Kutanöz melanomlar amelanositik olabilmekte fakat en sık subungual melanom ve desmoplastik melanomda gözlenmektedir. Geç tanı konması sebebi ile prognozu kötüdür (42).

d-Oküler melanom: Beyaz ırkta 6/1000000 sıklıkta görülmektedir. Primer intraoküler malignitelerden en sık görülenidir. Tanı konduğunda ortalama yaş 55 dir. Görme kaybı ve metastaz yapma özellikler vardır. En sık üveal melanom şeklinde görülmekte konjunktival melanom ise daha nadir gözlenmektedir. Üveal trakt maligniteleri hematojen yolla karaciğere metastaz yapma eğiliminde iken konjunktival melanom lenfatik yol ile bölgesel metastaz yapma eğilimindedir. Oküler melanom öyküsü olanlarda kutanöz melanom riski 4,6 kat artmıştır. Displastik nevüs, ota nevus ve nörofibromatozis tip 1 oküler melanom riskini arttıran diğer faktörlerdir (20,43).

e- Nevroid melanomlar: Genç erişkinlerde gövde ve proksimal ekstremitelerde, spitz nevus yada melanositik nevuslara benzeyen nodüller şeklindedir. Erkeklerde daha sıktır (20,40).

f- Animal tip melanomlar: ismini deney hayvanlarının melanositik tümörlerine benzedikleri için almışlardır. Karakteristik özellikleri yoğun pigment üreten melanositten kaynaklanmalarıdır. 1 cm çapında siyah-gri plak veya nodüllerdir (20,40).

6.Özel durumlar ve Kutanöz Melanom:

a-Mutipl primer kutanöz melanom: Tanı esnasında birden fazla kutanöz melanom olması durumunda tanımlanmaktadır. Risk faktörleri arasında atipik ve birden fazla nevus varlığı ile kutanöz melanom aile öyküsünün bulunması yer almaktadır (44).

b-Çocuklarda kutanöz melanom: Çocukluk çağı tüm kanserlerin %1-3'ünü oluşturmaktadır. 20 yaş altı yüzeysel yayılan melanom, nodüler melanomdan 2 kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyet farkı bulunmamaktadır. Kongenital kutanöz melanom (inutero-doğum), infantil kutanöz melanom (< 1yaş) ve çocukluk çağı kutanöz melanomu (1yaş-puberte) olmak üzere üç gruba ayrılır. Kongenital ve infantil melanomlar nadir görülmekte olup, şu ana kadar sadece 27 olgu tespit edilmiştir (45). Çocukluk çağı kutanöz melanomlar dev kongenital melanositik nevus üzerinden gelişebilmektedir. Kongenital melanositik nevus üzerinden gelişen melanomların %50-70'i puberteden önce oluşmaktadır (30,45).

c-Gebelik ve kutanöz melanom: Gebeliğin kutanöz melanom seyrini nasıl etkilediği bilinmemekle birlikte tümör ileri evre ve kalın olma eğilimlidir. Prognozu tümör kalınlığı ve ülserasyon durumu etkilemektedir (45). Fetus inutero metastaz riski taşımaktadır.

7.Metastatik ve Nüks Melanomlar:

Evre I ve II melanomların % 15-36'sı klinik seyirleri boyunca nüks veya metastaz yapmaktadırlar.

-Lokal Nüks: Eksize edilmiş primer melanomun skatrasi içinden ya da skatrasi 2 cm'den az komşuluğundan gelişen tümörlerdir. Nüks oranı % 3'tür. Tümörün ülser olması, baş, boyun ve alt ekstremitelerde bulunması nüks riskini arttırmaktadır (11,13).

-Mikrosatellitler ve in-transit metastazlar: Mikrosatellitler primer tümörün 5 cm çevresinde yerleşen, tümör hücresinden dermal kollagen ya da subkutanöz yağ dokusu aracılığı ile

ayrılan 0,05 mm'den büyük tümör odaklarıdır. Primer tümörden 5 cm'den uzak olan tümör odakları ise in-transit metastazlardır (12).

-Bölgesel lenf nodu metastazları: Evrelemede lenf nodunun büyüklüğü değil, tutulan lenf nodlarının sayısı önemlidir (46).

-Uzak Metastazlar: Her organa metastaz yapabilen melanom metastaz yaptığında prognozu kötü ve sağ kalım oranı düşüktür. Metastazlar visseral organlara(%18–36 akciğer,%14–20 karaciğer,% 12–20 beyin, % 11–17 kemik ve % 1–7 barsak) ve % 42–57 oranında visseral olmayan organlara(deri, subkutan doku, lenf nodu) olmaktadır (11,47).

8.Geç Nüksler

İlk tanı ve tedaviden 10 yıl sonrasında oluşan nükslerdir. % 0,93–6,7 oranında görülmektedirler. Prognozu nüks olan bölgeye bağlı olarak değişmekle birlikte lenf nodlarındaki nüksün prognozu iyidir (11,48).

9.Primeri belli olmayan metastatik melanomlar:

Tüm melanomların % 2-6'sını oluşturmakta, 2002 AJCC TNM klasifikasyonuna göre evre IV hastalık olarak sınıflandırılmaktadır (46). Primerinin bilinmemesi, metastaz olduklarının kabul edilmesine karşın, lenf nodu metastazlarında % 40–55, in-transit ya da kutanöz metastazlarda %85 oranında 5 yıllık sağ kalım oranları vardır. Visseral organlara metastazda ise prognozu kötüdür (12).

Tanı

Kutanöz melanomun erken tanısı önemlidir. İnce tümörlerde 5 yıllık sağ kalım oranı % 90'ların üzerinde iken, metastaz yapmış tümörlerde aylar ile ifade edilmektedir (49). Melanom tanısını koyduracak tek kriter olmamasına karşın, İngilizce baş harflerinden oluşan ABCDE kriterleri, tanı konmasına yardımcı olmaktadır. Amelanotik melanom, nodüler melanom ve 6 mm'den küçük melanomlarda ABCDE kriterleri tanıya yardımcı olmamaktadır(18,49). Kutanöz melanom tanısı konmasında yardımcı olan ABCDE kriterleri Tablo 4'te verilmiştir (11).

Tablo 4: Kutanöz melanom tanısında ABCDE Kriterleri (11)

Kriter	Benign Melanositik nevus	Şüpheli lezyon
A=Asymmetry: Asimetri	Simetrik	Asimetrik
B= Border: Sınırlar	Keskin kenarlı, düzenli	Keskin sınırları olmayan düzensiz
C= color: Renk	Tek renk	İki veya dah fazla renk: beyaz alanlar
D= Diameter: Çap	< 6 mm	> 6 mm
E=Elavation/Enlargement: Kabarıklık, çapta büyüme	Yok	Var

Klinik açıdan melanom riski bulunan nevusların belirlenmesi için çeşitli pratik yaklaşımlar tanımlanmıştır. Şüpheli bir nevusta beş özellikten üç tanesinin olması atipik nevus lehinedir (26). Bunlar;

- 1- Nevusun > 5mm olması
- 2- Keskin sınırlı olmaması
- 3- Sınırları düzensiz olması
- 4- Renk çeşitliliği olması
- 5- Maküler komponenti bulunması

-Dermatoskopi: Dermis, dermoepidermal bileşke ve yüzeysel dermisi görünür hale getiren, pigmente lezyonları el ve digital dermatoskop yardımı ile 10 ila 100 kat büyütürük görüntüleme sağlamaktadırlar. Benign melanositik nevuslardan oluşan melanom prekürsörleri ya da in situ melanomun ayırımında faydalıdırlar (12,20,50). Çıplak göz ve hekimin klinik tecrübesiyle kutanöz melanom tanısı % 65–80 oranında konulabilirken, dermatoskopi ve hekimin tecrübesiyle bu oran % 70–95 seviyelerine çıkabilmektedir (50).

Kutanöz melanom risk faktörlerinin kolay akılda tutulması için HARMM, MMRISK gibi kısaltmalar kullanılmaktadır. HARMM, 3329 melanomlu hastanın multivaryant analizi ile değerlendirilmesi sonucunda, kutanöz melanom taramalarında faydalı olabileceği

gösterilmiştir (87). Kutanöz melanom risk faktörlerinin kolay akılda kalması amacıyla kullanılan kısaltmalar Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5: Kutanöz melanom risk faktörleri

MMRISK Kuralı	HARMM Kuralı
M =Mole: atipik/displastik nevus	H =History of melanoma: melanom öyküsü
M =Moles: Melanositik nevus sayısı	A =Age> 50: yaş>50
R =Red hair or freckles: kızıl saç ya da çillenme	R =Regular dermatologist absent: düzenli dermatolog kontrolünün olmaması
I =Inability to tan(deri tipi I/II): bronzlaşamama	M =Male: erkek
S =Sunburn(severe, child): çocukluk döneminde şiddetli güneş yanıklar	M =Mole changing: değişim gösteren nevus
K =Kindred(family history of malignant melanoma): melanom aile öyküsü	

2.2.2 Non Melanom Deri Kanserleri

Non melanom deri kanserleri (NMDK) beyaz ırkta en sık görülen deri kanserleridir(51). Tüm yeni kanser vakalarının 1/3’ünden fazlasını oluşturur. NMDK’nin bazal hücreli karsinom (BHK) veya skuamöz hücreli hücreli karsinom (SHK) olmak üzere iki histolojik tipi vardır. BHK tüm NMDK’nin dörtte üçünü oluşturmaktadır (53).

2.2.2.1 Bazal Hücreli Karsinom

Epidermisin bazal hücrelerinden veya kıl follikülünün dış kök kılıfından geliştiği düşünülen malign bir tümördür (52). Beyaz ırkta en sık görülen malign deri kanseridir. Tüm non melanom deri kanserlerinin %75-80’ini oluşturmaktadır (53,54).

Epidemiyoloji

BHK non melanom deri kanserinin %75-80’ini oluşturmaktadır. İnsidansı beyaz ırkta yüksek, siyah ırkta düşüktür. İnsidansı yıllık %10 artış göstermekte ve 60 yaş üzerinde daha sık görülmektedir(53,54). 20 yaş altında nadir sporadik vakalar vardır. Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfusun artması ile birlikte insidansı ve prevelansı artmaktadır. Erkeklerde daha sık

izlenmektedir (53,54). BHK'un yaşam boyu gelişme riski %11-18'dir. Yaşam boyu BHK gelişme riski cinsiyet, yaşanan yer, fenotipik özellikler ile ilişkilendirilmiştir. Dünya genelinde BHK görülme insidansı güneşli bölgelerde daha sıktır. Yapılan bir çalışmada BHK insidansı Avustralya'da 3253/100.000 iken, Finlandiya'da 94/100.000 olarak saptanmıştır (55). BHK risk faktörleri Tablo 6'da özetlenmiştir (55).

Tablo 6: BHK risk faktörleri

Bazal hücreli karsinom risk faktörleri	
• İleri yaş • Erkek cinsiyet • Fitzpatrick deri tipi I-II • Kızıl-sarı saç rengi • Mavi veya yeşil göz rengi • Çocukluk döneminde çillenme olması • Çocukluk döneminde güneş yanığı • Ailede deri kanseri öyküsü	• Genodermatozlar • Bağışıklık sisteminin baskılanması • İyonize radyasyon • Arsenik • PUVA tedavisi

Etyoloji ve Patogenez

Bazal hücreli karsinomun patogenezinde güneş ışığı, genetik mutasyonlar, iyonize radyasyon, kimyasal maddeler, immun sistem baskılanması ve genetik hastalıklar yer almaktadır (52). Sıklıkla güneş gören deride özellikle baş ve boyunda gelişmekte, % 20 oranında da aralıklı güneşe maruz kalan bölgelerde gelişmektedir (52,53). UVR maruziyeti ile BHK'un insidansının arttığı bilinmekte, özellikle UVB spektrumu ilk sırada yer almaktadır (56). Yapılan toplum temelli çalışmalarda; kümülatif UV miktarı, çocukluk döneminde sık ve şiddetli güneş yanıkları, çillenme, yazın yoğun güneş maruziyeti erişkin dönemde BHK riskini arttırmaktadır. Ancak erişkin dönemde maruz kalınan UVR ile güneş yanığı veya maruziyeti, 20 yaş üstünde açık mekânlarda çalışma ile BHK arasında ilişki saptanmamıştır.

Bu veriler ışığında çocukluk döneminde maruz kalınan UVR'nin BHK gelişiminde daha önemli olduğu düşünülmektedir (53,57). UVR'nin keratinosit DNA'sında yaptığı hasar, tümörögenезin ayrıntıları ve hedgehog (Hh) ileti yolağının tanımlanması BHK etyopatogenezinin anlaşılmasında çok önemli bir adım olmuştur (58,59). Hh embriyolojik gelişim sırasında temel iletim yolağıdır. Memelilerde 3 tip Hh proteini tanımlanmıştır. Deride bulunan sonic hedgehog (Shh) kök hücre popülasyonunun idamesini sağlamaktadır. Shh ileti yolağının reseptörü PTCH genidir. PTCH, p53 geni ürünü olup tümör baskılayıcı bir gendir. İleti yolağının diğer önemli proteini smoothed(smo) proteinidir. PTCH proteini Shh üzerine negatif düzenleyici etkiye bulunmakta, smo proteinini baskılayarak diğer hedef genlerinin ekspresyonlarını engellemektedir. PTCH ve smo genini etkileyen mutasyonlar Shh yolağının aktivasyonuna neden olmaktadır. Yapılan hayvan modelleri çalışmalarında Shh'nin aşırı ekspresyonunun epidermal hiperplaziye ve suprabazal keratinositlerin proliferasyonuna neden olduğu saptanmıştır (59). PTCH geni BHK'ların %56'sında tespit edilmiştir (58). Sporadik BHK'larda saptanan PTCH mutasyonlarının önemli oranda UVR'ye özgü olması, Shh ileti yolağı, UVR ve BHK arasındaki ilişkinin kurulmasını sağlamaktadır. BHK'da p53 geninin nokta mutasyonları, CDKN2A lokusu ve ras onkogenindeki mutasyonlar tanımlanan diğer genetik değişikliklerdir (55,59). Xeroderma Pigmentosum, Nevoid bazal hücreli karsinoma sendromu (Gorlin Sendromu), Bazex sendromu, Rombo sendromu, unilateral bazal hücreli nevus sendromu BHK'a yatkınlığı arttıran kalıtsal hastalıklar arasında yer almaktadır (52,55)

-Xeroderma Pigmentosum: Otozomal resesif bir hastalıktır. UVR'ye karşı hipersensitivite ve genç yaşlarda görülen multipl deri kanseri gelişimi (BHK, SHK, Melanomlar) nin nedeni DNA onarım ve sentez bozukluğudur (60).

-Nevoid Bazal Hücreli Karsinoma Sendromu (Gorlin Sendromu): Otozomal dominant kalıtım göstermektedir. PTCH gen mutasyonları ilk kez bu hastalıkta tanımlanmıştır. Gövde de yüzlerce BHK bulunabilmektedir. Yarı damak ve dudak, geniş burun kökü, hipertelorizm, mandibula kistleri, palmar ve plantar çukurcuklar, falks serebride kalsifikasyon, makrosefali gibi anomaliler bulunur (6).

-Bazex Sendromu: X'e bağlı dominant kalıtım gösteren foliküler atrofoderma, folliküler ostiumların skatrisyel dilatasyonu, hipotrikoz ve hipohidroz ile seyreden hastalıktır (6).

-Rombo Sendromu: Otozomal dominant kalıtım göstermektedir. Vermikulat atrofoderma, milia, hipertrikoz ve trikoepitelyomalarla seyretmektedir (6).

-Lineer Unilateral Bazal Hücreli Nevus Sendromu: Kongenital, unilateral komedon ve epidermoid kistlerle (Bazaloid folliküler hamartomlar) karakterize sendromdur (6).

İmmun süpresyon veya immün yetmezlik durumlarında BHK gelişme sıklığı artmaktadır. Erken yaşlarda, multipl, kolay yayılım gösterebilen, mortalite ve morbiditesi artmış özellik gösterebilmektedir. Transplant alıcı kişilerde gelişen BHK kol ve gövde yerleşimlidir (52). BHK’da iki fenotipik varyant tanımlanmıştır. Multipl BHK ile seyreden olgular 2-5 adet BHK ile başlayan ve altında genellikle genetik bir bozukluk yatan özelliktedir. Diğer fenotipik varyant ise gövdede yerleşen BHK olup, tümör erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Gövde yerleşimli BHK’ların % 60’ını süperfisyal , %40’ını nodüler BHK histolojisi oluşturmaktadır. Baş-boyun yerleşimli BHK ise %90 nodüler , %10 süperfisyal BHK histolojisindedir. Güneş gören bölgelerde yerleşim gösteren nodüler BHK’un kronik, güneş görmeyen bölgelerde yerleşim gösteren süperfisyal BHK’un ise aralıklı UV etkisi ile oluşabileceği belirtilmektedir (6).

Histopatolojisi

BHK histopatolojisi, subtiplere göre değişim göstermekle birlikte özel bir stroma, periferik palizad yapan hücrelerden oluşan epitelyal hücrelerle karakterize tümör adacıklarıdır. Özel bir stroma ve tümör adacıklarının stromada oluşturduğu retraksiyon sonucu meydana gelen ‘peritümöral lakuna’lar izlenebilmektedir (52,63). BHK histopatolojik tipleri;

- 1- Nodüler Bazal Hücreli Karsinom: Tümör stroması içerisinde dermise uzanan bazaloid hücrelerin meydana getirdiği nodüler alanlar bulunmaktadır (52,63).
- 2- Pigmente Bazal Hücreli Karsinom: Melanizasyon göstermekte ve melanositler tümör hücrelerinin arasında bulunmaktadır (52,63).
- 3- Süperfisyal Bazal Hücreli Karsinom: Epidermisten dermise kadar uzanan malign hücreler bulunmaktadır (52,63).
- 4- Moreiform Bazal Hücreli Karsinom: Yoğun fibröz stroma içerisinde gömülü olan tümör hücreleri ve uzantıları bulunmaktadır (52,63).

- 5- Pinkusun Fibroepitelyoması: Fibröz stroma içerisinde birbirine geçmiş tümör hücreleri bulunmaktadır (52,63).

1.Nodüler Bazal Hücreli Karsinom:

Tüm olguların %60'ını meydana getiren ve en sık görülen tiptir. Genellikle baş ve boyunun güneş gören kısımlarında görülmektedir. Yüzde burun en sık yerleşim gösterdiği bölgedir. Alın, kulak, perioküler bölge ve yanaklar diğer yerleşim yerleridir. Üzerinde telanjekteziler bulunan, şeffaf inci tanesine benzeyen nodüler tipik lezyonudur. Yavaş büyümekte ve merkezden ülserleşme özelliği göstermektedir. Bu ülserlere "Rodent ülser" denmektedir. İnfiltrate olarak doku yıkımına neden oldukları için göz, kulak ve burun yerleşim gösteren tümörlere erken müdahale şarttır (52). Sıklıkla SHK ile karışabilmektedir. Rodent ülser görünümü BHK için tipiktir. SHK'da ise lezyon kubbemsi, sert, infiltrate özellikte olup, alt dudak, mukokutanöz bileşke ekstremitelerde görülmektedir.

2.Pigmente Bazal Hücreli Karsinom:

Nodüler BHK'den tek farkı pigmente özellikte olmasıdır. Koyu tenlilerde görülen siyah ve kahverengi şeffaf papüller ile karakterizedir. Tüm olguların % 6'sını oluşturmaktadır. Arsenik kullanımına bağlı olarak gelişen BHK genelde pigmente veya süperfisyal tiptedir. Nodüler melanom ayırıcı tanıda düşünülmelidir (52,53).

3.Süperfisyal Bazal Hücreli Karsinom:

Genç yaşta ve gövde yerleşimli olması ile diğer BHK tiplerinden ayrılmaktadır. Olguların % 15'ini oluşturmaktadır. Ertemli, kepekli ve infiltrasyonu az olan lezyonlar periferde doğru büyüme eğilimi göstermektedir. Yüzeyel ülser görülebilmektedir. Ayırıcı tanıda Bowen hastalığı, ekzema ve psöriazis düşünülmelidir (52,53).

4.Moreiform Bazal Hücreli Karsinom:

Agressif seyirli olup, en önemli özelliği klinik olarak görüldüğünden daha geniş bir deri alanına yayılım göstermesidir. Olguların % 5'ini oluşturmaktadır. Soliter, parlak, endüre ve sarımsı renkte plaklar tipik lezyonudur. Yavaş büyüdüğü için tanısı geç konmaktadır (52).

5.Pinkus'un Fibroepitelyoması:

Genelde sırt yerleşimli olup, genital ve kasık yerleşimli olgular da rapor edilmiştir. Lezyon bir veya birkaç tane, orta derecede sert, saphı olabılen, üzeri düz, açık kırmızı nodüldür. Amelanotik melanomdan zor ayırt edilmektedir (52).

Klinik Görünüm

BHK genellikle kıl folikülü bulunan deride gelişmektedir. %80 oranında lezyon baş ve boyun bölgesindedir. Genellikle tek lezyondurlar. Multipl lezyonların ise hereditör sendromlarla birlikteliğı mevcuttur (52). BHK için lezyonların yarı saydam olması, kenarlarının kalkık, üzerinde telenjektazi ve ülser bulunması tipik özellikleridir (61).

Seyir ve Prognoz:

Tümörün yerleşim yeri, klinik ve histolojik tipi, uygulanan tedavi yöntemi, ilk tedaviden alınan yanıt ve immün durumu, primer BHK'un seyrini belirleyen faktörlerdir. Yüzün santral kısımlarında yerleşen morfeik, mikronodüler ve infiltratif histolojik varyantlar da rekürrens sık izlenmektedir. Tümör çapı arttıkça rekürrens oranı da artmaktadır(6). BHK'lularda ikinci bir BHK ve NMDK riski artmıştır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında 3 yıl içinde yeni bir BHK gelişme riski %33–77 oranında saptanmıştır. Yine ilk 3 yıl içinde SHK riski % 5 artmaktadır. BHK tanısı alan erkeklerde kutanöz melanom gelişme riski 6 kat, kadınlarda ise 4 kat artmıştır (6). Mortalite oranı düşük ve prognozu iyidir. BHK'da mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek için güneşten korunma, erken tanı, lezyonların tedavisi ve eksizyonu sağlanmalıdır (6).

Lokal invazyon:

BHK için lokal invazyon en potansiyel tehlikedir. Tedavi edilmediğı durumlarda subkutan doku, kas ve kemiğe kadar invazyon yapabilmektedir (52).

Perinöral invazyon:

%0,2 oranında bildirilmiştir. Rekürren BHK ve histolojik olarak agresif varyantlarda gelişebilmektedir (52).

Metastatik Bazal Hücreli Karsinom:

BHK %0,0028–0,55 oranında metastaz yapabilmektedir. Tanı anından metastaz gelişimine kadar geçen süre ortalama 9 yıl sürmektedir. Uzak metastazlar bölgesel lenf nodlarına veya hematojen yol ile deri, akciğer ve kemik dokusuna olabilmektedir (6). Metastatik BHK tanısı için Lattes Kriterleri olarak tanımlanan üç kriter bulunmalıdır (62). Bunlar;

1. Primer tümör müköz membranlar veya diğer bezlerden değil de, deriden köken almalı
 2. Metastaz primer tümörden uzak bir bölgeye olmalı ve direkt yayılım sonucu olmamalı
 3. Metastatik ve primer tümörlerin her ikisi de benzer histopatolojiye sahip olmalıdır.
- Metastaz lenf nodlarına %40-83, akciğerlere %35-53, kemik dokusuna % 20-80, deriye %10-17 ve karaciğere % 9 oranında olabilmektedir (6).

Rekürren Bazal Hücreli Karsinom:

Operasyon bölgesinde endurasyon, eritem, ülsürasyon ve kanama ile kendini göstermektedir. Konvansiyonel yöntemler ile BHK tedavisi sonrası %10 oranında rekürren tümör oluşabilmekte iken, Mohs mikrografik cerrahisi tedavisinin uygulamaya girmesiyle rekkürrens oranı %1'in altına düşmüştür (61).

Tanı

Kesin tanı histopatolojik konulmaktadır. Shave biyopsi yüzeysel materyal sağladığı için BHK'da punch veya eksizyonel biyopsi tercih edilmelidir. Morfeik ve rekürren BHK'larda punch biyopsi shave biyopsiden daha avantajlıdır (52). BHK'da kesin tanısı lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelenmesi ile konulur. Shave biyopsi ile yüzeysel materyal sağlandığı için, BHK'de punch veya eksizyonel biyopsi tercih edilmelidir (52).

2.2.2.2. Skuamöz Hücreli Karsinom

1775 yılında ilk kez Pott tarafından baca temizleyicilerinin kanseri olarak tarif edilmiştir. Bacalardan iple sarkıtılan çocuklarda, is ve katranla kirlenmiş ipin skrotumlarında yaptığı kronik travma sonrası SHK gelişimine sebep olabileceğini bildirmiştir (64). 1800 'lü yılların

sonlarında ise Unna isimli araştırmacı denizcilerde kanser gelişimi ile UV maruziyeti arasında ilişkiyi göstermiştir (1). Deri ve mukozal yüzeylerin suprabazal epidermal keratinositlerinden köken alan, lokal infiltrasyon ve doku hasarı yapabilen malign bir deri tümörüdür (65,66).

Epidemiyoloji

ABD Ulusal kanser enstitüsünün 2007 yılı raporuna göre her yıl ortalama 1-1,3 milyon yeni NMDK gelişimi beklenmekte ve %20-25'ini SHK oluşturmaktadır. Beklenen ölüm sayısı 2740 olup ölümlerin büyük çoğunluğunu SHK oluşturmaktadır (64). Türkiye'de İzmir bölgesinde 1990–1999 yıllarını kapsayan bir çalışmada 3186 NMDK rapor edilmiş ve 847'sini SHK tanısı almıştır (80). Yaşam boyu SHK gelişme riski son 20 yılda iki kat artmıştır (64). Artışta ozon tabakasındaki incelme, açık hava aktivitelerinin artması, giyinme alışkanlıklarının değişmesi, bronzlaşma için solaryum eğiliminin artması, UV maruziyetindeki artış ile yaşam süresinin uzaması rol oynamaktadır (64). Deri pigmentasyonu ile SHK gelişimi arasında ters ilişki bulunmaktadır. SHK gelişme riski zencilerde yok denecek kadar az iken, BHK/SHK oranı tersine dönmektedir (64). Erkeklerde iki kat daha fazla görülmektedir(9).Toplumsal bilinçlenmesi, yüksek riskli lezyonların agresif tedavisi sonucunda SHK mortalitesinde % 20 düşüş olduğu belirlenmiştir. SHK tanısı alan hastalarda sonraki 3-5 yıl içerisinde NMDK gelişme riski % 44-50 olup, yeni SHK gelişme riski % 18-30'dur (66).

Etyoloji ve Patogenez

SHK gelişme eğilimini arttıran risk faktörleri Tablo 7’de gösterilmiştir(66).

Tablo 7:Skvamöz hücreli karsinom risk faktörleri

- Prekanseröz lezyonlar
- UVR maruziyeti
- İyonize Radyasyon
- Çevresel Karsinojenler
- İmmünsüpresyon
- Kronik yaralar veya kronik inflamasyon
- Skar
- Kronik sıcak maruziyeti ve Yanık öyküsü
- Human Papilloma Virus
- Genodermatozlar

Prekanseröz lezyonlar:

İnvaziv karsinoma dönüşme olasılığı bulunan ve epidermise sınırlı atipi gösteren lezyonlardır (68).Prekanseröz lezyonlar Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8:Prekanseröz Lezyonlar

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">●Aktinik Keratoz●Arsenik Keratozu●Termal Keratoz●Hidrokarbon Keratozu●Kronik Radyasyon Keratozu●Kronik Skar Keratozu●PUVA Keratozu●Reaksiyonel Keratoz | <ul style="list-style-type: none">●Viral Keratoz<ul style="list-style-type: none">▫Bowenoid Papüllozis▫Epidermodisplazia verrusiformis●Bowen Hastalığı●Queyrat Eritroplazi●Eritroplaki●Lökoplaki |
|---|---|

UVR Maruziyeti:

Epidemiyolojik çalışmalar kümülatif güneş maruziyetinin (özellikle UVB’nin) SHK gelişiminde ana etken olduğunu göstermiştir. Yoğun veya aralıklı güneş maruziyetinin ise

BHK ve melanom gelişiminde etkili olduğu kabul edilmektedir (64). UVB primer rol olsa da UVA'nın da karsinom gelişiminde de rolü vardır (69). PUVA tedavisi gören hastalarda SHK riski 30 kat artmaktadır (70).

İyonize Radyasyon:

İyonize radyasyon ile kanser gelişimi arasında güçlü bir doz bağımlı ilişki mevcuttur. İlk olarak bu ilişki radyologlarda deri kanserinin sık görülmesi ile anlaşılmıştır. Göreceli olarak iyonize radyasyon maruziyeti sonrası BHK gelişimi daha sık gözlenmiştir. BHK gelişimi haricinde iyonize radyasyonun SHK riskini de 3 kat arttırdığı saptanmıştır. İyonize radyasyon maruziyeti sonucu SHK gelişmesi arasındaki sürenin ortalama 20-23 yıl olduğu saptanmıştır (71,72).

Çevresel Karsinojenler:

Arsenik, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, katran, kurum, böcek ve bitki öldürücü kimyasallar, psoralen, nitrojen mustard iyi bilinen karsinojenlerdir. Kimyasal karsinojenler sonucu oluşan SHK genellikle kollarda çok sayıda görülmekte, ortalama 20-40 yıllık süre sonrası ortaya çıkmaktadır. Kronik arsenik maruziyeti sonucu ise palmoplantar arsenik keratozu ve SHK gelişebilmektedir. SHK oluşumunda ayrıca, sigara içimi, tütün çiğneme, kronik alkol alımının ilişkisinde saptanmıştır (73).

İmmünsüpresyon:

Organ nakli, immünsüpresif ilaç kullanımı, AIDS gibi kronik immünsüpresyon durumlarında SHK insidansı artmaktadır. Organ nakli yapılan kişilerde BHK insidansı 5-10 kat artmakta iken SHK insidansı 40-250 kat artmaktadır. Gelişen SHK çok sayıda olup, lokal ve bölgesel rekkürrens göstermekte ve metastaz oranı yüksek olmaktadır. AIDS hastalarında çoklu SHK ve anal bölge kanserleri sık görülmektedir (73).

Kronik inflamasyon, Skar ve Kronik sıcak maruziyeti:

Deri kanserlerinin %1'lik kısmı inflamasyonlu deriden gelişmekte ve bunların %95'i SHK olmaktadır. Skatris dokusu üzerinde gelişen SHK ise "Marjolin Ülseri" adını almaktadır. Yanıklar, kronik ülser, kronik inflamasyon (osteomyelit, perianal abse, lupus vulgaris v.b.) ile skatrisleşme ile giden kronik inflamatuvar dermatozlar(liken skleroz, morfea, DLE, oral liken

planus v.b.) SHK gelişimine zemin hazırlamaktadır (64). Kronik ısıya maruziyet SHK gelişimini tetikleyebilmektedir. Kronik ısı sonrası deride görülen “Eritem ab iğne” olarak adlandırılan eritemli, kahverengi, kalın retiküler yamalar oluşmakta ve zemininden gelişen SHK olguları da rapor edilmektedir (72).

Genodermatozlar:

Kseroderma pigmentosum ve okülokutanöz albinizm otozomal resesif kalıtım gösteren ve erken yaşta SHK ve melanom gelişimi gösterebilen kalıtsal hastalıklardır. Epidermodisplaziya verrüsiformiste ise HPV ile ilişkili SHK gelişimi gözlenebilmektedir. Distrofik epidermolizis bülloza ise kollagen tip VII’de ki mutasyonlar ve skatris oluşumu ile giden ve skar dokusu üzerinden SHK gelişebilen genodermatozdur (64).

Human Papilloma Virüs(HPV):

SHK ile HPV arasındaki ilişki gösterilmiştir. Baş, boyun ve periungual SHK gelişiminde HPV tip 16, epidermodisplaziya verrüsiformisin HPV tip 5,8,47 ile ilişkisini bildiren yayınlar vardır (64).

Histopatoloji

İnvaziv SHK’un temel histopatolojik göstergesi bazal membran boyunca ve dermise uzanan atipik keratinositlerin varlığıdır. Tümör sınırlarında solar elastozis ve keratinosit atipisi görülmesi aktinik kaynaklı, çevresinde skatris dokusu bulunması skatris kaynaklı SHK’u düşündürür. Bu bulgular tedavi seçiminde ve prognoz da önem teşkil etmektedir. Skuamöz farklılaşmayı tamamlamış hücreler keratinize odaklar halinde görülmekte “ Keratin İncileri” adını almaktadır (64).

Klinik Görünüm

SHK vücutta değişik bölgelerde görülmektedir. Görüldüğü bölgeler; %55 baş ve boyun, % 18 el sırtı ve ön kol, % 13 bacaklar, % 4 omuz ve sırt, %4 göğüs ve karın, % 3 kol ve nadiren genital bölgede görülmektedir. UVR deri hasarı aktinik keratoz ile başlamakta, in situ SHK (Bowen Hastalığı) ‘ye ilerlemekte ve invaziv SHK gelişmektedir (64). SHK genelde soliter, katı kıvamlı, canlı renkte, eritemli, keratotik, ülser plak veya nodüllerden oluşmaktadır. BHK aksine kısa sürede, hızlı gelişen, alt dokuya invaze olabilen, ülser ve nekroz görülebilen, ağrılı

ve kaşıntılı olabilen lezyonlar şeklindedir. Bölgesel lenfadenopati gelişimi de görülebilmektedir (72). Yerleşim yerlerine göre spesifik SHK tipleri; oral, alt dudak, genital, sikatris, verriköz ve metastatik skuamöz hücreli karsinom olmak üzere altı tanedir (72,73).

1.Oral Skuamöz Hücreli Karsinom:

Uzun süreli sigara içimi, tütün çiğneme ve kronik alkol alımı ile ortaya çıkabilmektedir. Erkeklerde daha sık, dil, yumuşak damak ve ağız tabanında oluşabilmektedir. Asemptomatik eritroplaki zemininde gelişebilmekle birlikte, lökoplaki ve liken planus da öncü lezyonlar olabilmektedir (72).

2.Alt Dudak Skuamöz Hücreli Karsinom:

Yoğun güneş maruziyeti sonucu SHK gelişimi sık görülen bir bölgedir. Hafif kabarık, skuamlı, fissüre aktinik keilit veya lökoplaki zemininden gelişebilmektedir. Dudak vermillion sınırı belirsizleşebilmektedir (72).

3.Genital Skuamöz Hücreli Karsinom:

Vulvada görülen SHK anterior labia major bölgesinde kaşıntılı, kanamalı küçük siğilimsi nodül veya eritemli plak şeklinde oluşan bir lezyondur. Liken sklerozis et atrofikus iyi bilinmekte olan prekanseröz bir lezyondur. Servikal SHK’u özellikle HPV tip 16-18 ile ilişkilidir. Penil SHK ise kötü hijyen ve sünnet olmamış erkeklerde görülmektedir. Prekanseröz bir lezyon olan Queyrat eritroplazisi ise kırmızı kadifemsi plak şeklindedir. PUVA tedavisi esnasında genital bölge iyi korunmaz ise genital SHK gelişebilmektedir (72).

4.Sikatris Skuamöz Hücreli Karsinom:

Skatris zemininde SHK gelişimi uzun yıllar almaktadır. En sık alt ekstremiteler ve venöz staz zemininden gelişmektedir. Kronik sinüslerde nodül gelişimi olmayabildiği için kanama, ağrı ve akıntı bulguları iyi değerlendirilmeli ve karsinom gelişiminin olabileceği akılda bulundurulmalıdır (73).

5.Verriköz Karsinom:

Kronik irritasyon zemininden gelişen, karnabahar benzeri ekzofitik görünüme sahip lezyonlar ile karakterizedir. Yerleşim yerine göre dört tip tarif edilmiştir(72). Bunlar;

- 1) Tip I Verrüköz Karsinom (Oral Florid Papillomatozis, Ackerman Tümör)
Tütün çiğneyen yaşlı erkeklerde bukkal mukoza, dil, gingiva ve ağız tabanından gelişen oral florid papüllomatozistir. Tüm oral kanserlerin % 2-12'sini oluşturur.
- 2) Tip II Verrüköz Karsinom (Anogenital Tip, Buschke-Lowenstein Tümör)
Sünnetsiz genç erkeklerin penis ve skrotumunda, her iki cinsin perianal bölgelerinde görülebilmektedir.
- 3) Tip III Verrüköz Karsinom (Epitelyoma Kunikulatum)
Yaşlı erkek hastaların ayak tabanlarından gelişen kötü kokulu verrüköz tümördür. HPV tip 6,11,16,18 ile ilişkilidir.
- 4) Tip IV Verrüköz Karsinom (Kutanöz Verrüköz Karsinom)
Saçlı deri, gövde ve ekstremiteleri tutan verrüköz karsinomlardır (72).

6. Metastatik Skuamöz Hücreli Karsinom:

Primer lezyona yakın bölgelerde palpe edilen bir lenf nodu şeklinde ortaya çıkabilen, farklı deri bölgelerinde keratotik papül ve nodüller ile de görülebilen lezyonlardır (73).

Evreleme ve Prognoz

Histolojik evreleme hücresel ayrışma düzeylerine göre yapılmaktadır.

Düşük Evre Tümörler: Hücreler arası bağları korunmuş, keratin üretimi olan ve olgun keratinositlere benzeyen tek tip hücrelerden oluşur.

Yüksek Evre Tümörler: İntrasellüler köprüleşme yapan ve keratin üretim kaybı olan atipik hücrelerden oluşmaktadır.

Histolojik evrelemede farklılaşmamış hücrelerin oranını esas alan Broders sınıflaması kullanılmaktadır (64). Broders sınıflaması Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Broders sınıflaması

Evre	Farklılaşmamış Hücre Yüzdesi	Diğer Özellikler
I	< 25	Keratinizasyon
II	25-50	
III	50-75	
IV	>75	Atipi ve intrasellüler köprülerin kaybı

Tanı ve ayırıcı tanı

Tanı da altın standart deri biyopsisidir. Hızla büyüyen, iyileşme göstermeyen ve güneş gören bir alanda olan lezyonlardan mutlaka biyopsi yapılmalıdır. Yeterli derinlikteki biyopsi materyali in situ karsinom ayrımı açısından önemlidir. Deriden kabarık lezyonlarda Shave eksizyon yeterli olabilmekte iken Keratoakantom düşünülen lezyonlarda total eksizyon tercih edilmelidir (64).

Ayırıcı tanıda Verruka, Seboreik Keratoz, aktinik Keratoz, BHK, Bowen Hastalığı, melanositik nevus, melanom, piyojenik granülom, erkin proma, atipik fibroksantom ve merkel hücreli kanser bulunmaktadır (72).

Nüks ve metastaz

SHK'un metastazları tanı konmasından 1–3 yıl sonra bölgesel lenf nodlarına olmaktadır. Metastaz oranı % 0,5–6 arasındadır (64). Skatris zemininden gelişen SHK % 40 oranında metastaz yaparken, aktinik keratoz zemininden gelişen SHK ise % 5 oranında metastaz yapmaktadır (72). Nüks ve metastaz riski taşıyan SHK'ların ortak özellikleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Nüks ve metastaz riski taşıyan SHK'ların ortak özellikleri.

- Tümör çapı > 2 cm
- Lezyonun derinliği > 4 mm
- Derin doku invazyonu(kas, kemik veya sinir)
- Anatomik bölge lokalizasyonu(kulak ve dudak)
- Prekürsör lezyonlar
- Broders Evre 3-4
- İmmünsüpresyon

2.2.3 Evreleme

Non Melanom Deri Kanserlerinde Evreleme

Non melanom deri kanserleri TNM evrelemesi Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) tarafından yapılmıştır. Ayrıntılar Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) TNM Sınıflaması

Primer Tm	
Tx	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Karsinoma in situ
T1	Tümör çapı <2cm
T2	Tümör çapı >2cm <4cm
T3	Tümör çapı >4cm
T4	Primer tümör kortikal kemik, inferior alveolar sinir, ağız tabanı veya yüz cildini (burun veya çene) invaze etmekte
Rejyonel Lenfadenopati	
Nx	Lejyonel lenf nodları değerlendirilemiyor
N0	Bölgesel lenfadenopati mevcut değil
N1	İpsilateral <3cm tek lenf nodunda metastaz mevcut
N2a	İpsilateral <6cm >3cm tek lenf nodunda metastaz mevcut
N2b	İpsilateral multipl lenf nodunda metastaz mevcut –Tüm nodlar<6 cm
N2c	Bilateral veya kontralateral lenf nodlarında metastaz mevcut. Tüm nodlar <6cm
N3	En geniş çapı >6 cm olan bir lenf nodunda metastaz
Uzak metastaz	
Mx	Uzak metastaz değerlendirilemiyor
Mo	Uzak metastaz mevcut değil
M1	Uzak metastaz mevcut

Malign Melanom Deri Kanserlerinde Evreleme

Malign melanom deri kanserleri TNM evrelemesi Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) tarafından yapılmıştır. Ayrıntılar Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) TNM Sınıflaması

T Sınıflaması	Tümör Kalınlığı(mm)	Ülserasyon Durumu
T1	≤1.0 mm	a: ülserasyon yok, seviye II/III b: ülserasyon var, seviye IV/V T2
T2	1.01-2.0 mm	a: ülserasyon yok b: ülserasyon var
T3	2.01-4 mm	a: ülserasyon yok b: ülserasyon var
T4	>4.0 mm	a: ülserasyon yok b: ülserasyon var
N sınıflaması	Metastatik Lenf Nodülü Sayısı	Nodal Metastatik Kitle
N1	1 lenf nodu	a: mikrometastaz b: makrometastaz
N2	2-3 lenf nodu	a: mikrometastaz b: makrometastaz c: in-transit metastaz(lar) /metastatik nodüllerin eşlik etmediği satellit(ler)
N3	>4 metastatik lenf nodu yada bir araya gelmiş nodüller, in-transit metastaz, satellitler ve metastatik nodüller	
M Sınıflaması	Metastaz Yeri	Serum LDH düzeyi
M1 a	Uzak deri, subkutan ya da lenf nodülü metastazı	Normal
M 1b	Akciğer metastazı	Normal
M 1c	Diğer tüm visseral metastazlar	Normal
	Herhangi bir uzak metastaz	Yüksek

Malign melanomda Clark evrelemesi

Tümörün yerleştiği anatomik düzeyin esas alınmasına dayalı bir sınıflamadır. Clark düzeyi TNM klasifikasyonunda sadece 1 mm'nin altındaki ince melanomlarda prognostik önem arz etmektedir (86). Bkz Şekil 1.

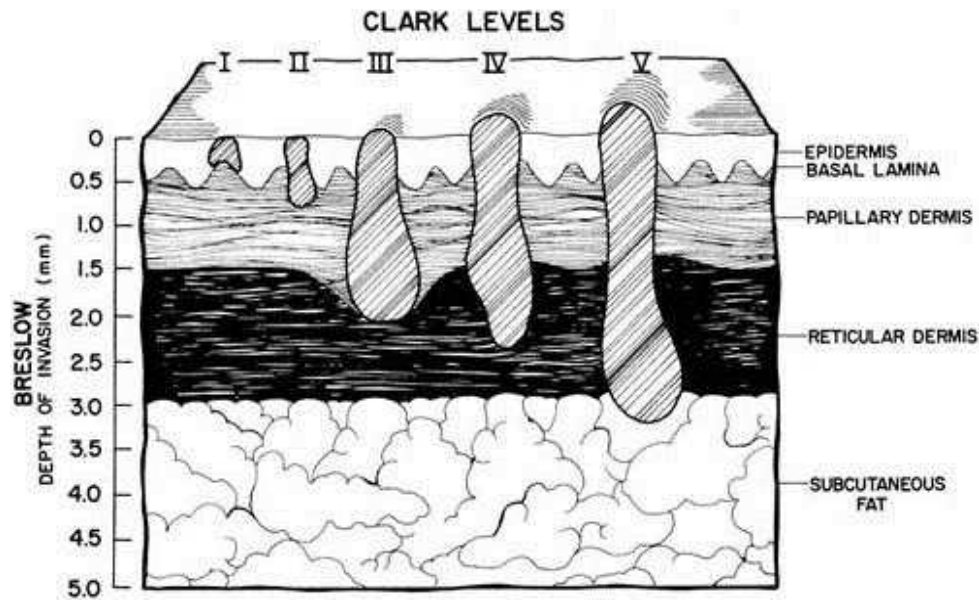
Clark Evre I: İnsitu melanom

Clark Evre II: Tümör 0.75 mm den daha az kalınlıkta ve papiller dermisi invaze ediyor.

Clark Evre III: Tümör 0.75–1,5 mm kalınlıkta ve papilleri dolduran ve süperfisyal retiküler dermis bileşkesine kadar invazyon var.

Clark Evre IV: Tümör 1,5–4 mm kalınlıkta ve retiküler dermisi invaze ediyor.

Clark Evre V: Tümör 4 mm'den daha kalın ve subkütan dokuyu invaze ediyor veya 2cm mesafe içindeki sentinel lenf nodu tutulumu var



Şekil 1: Clark Evrelemesi

Breslow Sınıflaması

Tümör kalınlığına göre histopatolojik sınıflandırmada 4 düzey vardır. Epidermisin granüler tabakası ile tümörün alt sınırı arasındaki tümör kalınlığının oküler mikrometre ile ölçümü esasına dayanır. Breslow kalınlığı TNM klasifikasyonunda T2'yi belirlemektedir (86).

Düzyey 1: kalınlık 0.76 mm den az

Düzyey 2: kalınlık 0.76– 1.50 mm arasında

Düzyey 3: kalınlık 1.50 – 4.00 mm arasında

Düzyey 4: kalınlık 4.00 mm den fazla

2.2.4 TEDAVİ YÖNTEMLERİ

2.2.4.1 Tıbbi Tedavi

-Radyoterapi:

BHK' da, yaşlılarda, göz, burun, kulak gibi cerrahi tedavinin güç, tümörün geniş veya derin olduğu durumlarda uygulanabilmektedir. 5 yıllık şıfa oranları % 90 seviyelerine kadar çıkabilmektedir. Gençlerde radyasyonun geç etkileri (telanjektazi, atrofi) ile diğey deri kanserlerine yatkınlık oluşturabileceğı için önerilmemektedir. En önemli dezavantajı histolojik tipleme yapılamaması, yara iyileşmesinin geç olmasıdır (52,53,55). Radyoterapi, hereditör hastalıklarda oluşan BHK tedavisinde kontrendikedir (54). Cerrahi eksizyona uygun olmayan perinöral invazyon olan SHK'da da palyatif tedavi olarak radyasyon tedavisi uygulanabilmektedir (73). Oküler melanom, lentigo malign melanom ve nodüler melanomda primer tedavi olarak, desmoplastik melanomlarda ise adjuvan tedavi olarak cerrahiden sonra kullanılmaktadır (12,47).

-Fotodinamik tedavi:

Bu teknik ile 5-aminolevulinik asit gibi fotosensitizan maddenin deriye uygulanması, maddenin deriden emilmesi ve tümöral hücrelerde birikerek protoporfirin 9'a dönüşmesi, ışık

etkisiyle aktive olan protoporfirin 9'un sitotoksik oksijen metabolitleri oluşturarak tümör hücresinde hasara yol açması, apoptoz ile hücrenin ortadan kaldırılması esasına dayanır. Tedavide 620–670 nm dalga boyundaki ışıklar kullanılmaktadır. 3–36 aylık takiplerinde iyileşme oranı %50-%100 arasında değişmektedir (53,89). Aktinik keratoz lezyonu üzerine de uygulanabilmekte başarı oranı % 69–93 arasında değişmektedir. Yan etkileri ağrı, ödem, yanık, ülserasyon ve hipo-hiperpigmentasyondur (88).

- Topikal ve intralezyoner 5- Fluorourasil(5-FU) :

5-FU, DNA sentezini inhibe etmekte, hücre proliferasyonunu önlemekte ve tümör nekrozuna neden olmaktadır. Aktinik keratoz ve invaziv olmayan küçük NMDK tedavisinde kullanılmaktadır. Gövde ve bacaklardaki lezyonlar için uygun bir yöntemdir. Hasta kendine tedaviyi uygulayabilmektedir. İnvaziv tümör ve yüksek riskli bölgelere uygulanmamalıdır. Tedaviye yanıt ve tümör cevabı sık aralıklarla takip edilmelidir. Tedavi süresi 4–6 hafta sürebilmekte, gerekirse 12 haftaya kadar uzatılabilmektedir(52,53,55). SHK'da klasik tedavilere dirençli yüksek riskli lezyon bulunan olgularda 5-Fluorourasil kullanılmıştır (7). Aktinik Keratoz tedavisinde günde iki kez toplam 2–4 hafta topikal uygulanmalıdır. Başarı oranı % 75'dir(88).

-İntralezyoner İnterferon Tedavisi:

Cornell ve arkadaşlarının çok merkezli çalışmalarında 172 olguda BHK'lu hasta grubunda İNF α tedavisini haftada 3 kez 4,5 MU uyguladıklarında olguların % 86'sında iyileşme sağlamışlardır. Yöntemin dez avantajları, pahalı, zaman alıcı, injeksiyonun haftada 3 kez uygulanması, başarı oranının cerrahiden düşük olması klasik tedavide sık tercih edilmeme nedenleridir (52,53,55). Kutanöz melanom adjuvan tedavisinde İNF α kullanımı fayda sağlamaktadır. İNF α tedavisinin NK(Naturel Killer) hücreleri uyarması sonucu antitümöral etki gösterdiği düşünülmektedir. Grip benzeri semptomlar, karaciğer enzim yükselmesi, otoimmün bozukluklar, depresyon en önemli yan etkileri arasındadır. Patolojik evreye göre Evre IIB ve III'e adjuvan tedavi uygulanmaktadır. Adjuvan tedavide İNF α ABD'de evre III olan hastalarda yüksek doz, Avrupa'da ise evre II-III olan hastalarda düşük doz olarak kullanılmaktadır (90). Her iki tedavi yöntemine yönelik yapılan araştırmalarda düşük ya da yüksek doz İNF α tedavisinin nüksüz süre de uzama sağladığı gösterilmiştir (98,99).

-Kemoterapi:

Dakarbazin(DTIC) metastatik melanom tedavisinde en sık kullanılan ajandır. Özellikle visseral olmayan metastazlara etkilidir. DNA bağlayan bir ajandır. Metabolik aktivasyona ihtiyaç duymamaktadır. Alınan yanıtların orta derecede olması kombinasyon rejimlerini gündeme getirmiş, en sık CVD(Cisplatin, Vinblastin, Dakarbazin) ve CBDT (Cisplatin, Dakarbazin, Karmustin, Tamoksifen) denenmiştir. Sağ kalım oranlarının düşük ve sistemik etkilerinin çok olması nedeniyle tercihi sınırlıdır (13,91).

-İmikumod: Lokal sitokin üretimini arttırmaktadır. Makrofaj ve diğer hücrelerin yüzeylerindeki Toll-Like reseptörlere bağlanarak proinflamatuvar sitokinleri uyarmakta T hücre aracılı immun yanıt oluşturmaktadır. İmikumod % 5 krem, süperfisyal ve nodüler BHK tedavisinde iyi bir alternatiftir. Günde 1 kez ve 6–12 hafta imikumod tedavisi sonrası nodüler BHK’da %71–76 oranında histolojik iyileşme sağlanmaktadır. Cerrahi planlanan hastalarda işlem öncesi 2–6 hafta önce uygulandığında tümör çapı küçülmekte, lezyonlar kürete edildikten sonra rezidü tümör insidansını azaltmaktadır. Ödem, eritem, ağrı, vezikül ve ülserasyonlar yan etkileridir (52). Aktinik Keratoz tedavinde kullanılmakta randomize çift kör kontrollü çalışmalarda iyileşme oranı %45–57, parsiyel iyileşme oranı ise %59–72 olarak bildirilmektedir (92).

-Diklofenak Sodyum:

Antienflamatuvar ilaç olup COX-2’yi inhibe etmektedir. Araşidonik asitten PGE2 üretimini bloke ederek, PGE2’nin anjiogenik etkilerini azalttığı bildirilmiştir. Aktinik Keratoz tedavisinde FDA günde iki kez 90 gün kullanılmasını önermektedir. Yan etki olarak pruritus, eritem ve kontakt dermatit geliştiği bildirilmektedir (84,93).

-Topikal Kolsişin: Mikrotubul fonksiyonunu bozarak sitostatik etki göstermektedir. 1968 yılında İlk kez Aktinik keratoz için uygulanan tedavide 104 hasta üzerinde % 72 başarı oranı bildirilmiştir. Deri yolu ile emilimi tam olarak bilinmediği için geniş yüzeylere uygulanmamaktadır (94).

-Diğer yüzeyel tedaviler:

Aktinik Keratoz tedavisinde ayrıca, Kriyo-peeling, dermabrazyon, orta ya da derin peeling, lazer, tretinon gibi tedavi seçenekleri bulunmaktadır (84).

-Lazerler:

Periorbital ve burun yerleşimli, multipl lezyonlarda, nevoid Bazal hücreli karsinom sendromu tedavisinde kullanılabilmektedir. Tedavi sonrası yüzeyel BHK'da rezidü doku kalmadığı gösterilmiştir (52).

2.2.4.2 Cerrahi Tedavi

-Elektrodesikasyon ve Küretaj:

BHK'da en sık tercih edilen yöntemdir. Tümör dokusu ve çevresinde tutulmamış deri alanı koterizasyonu ve destrüksiyonu sağlanmaktadır. En önemli dezavantajı ise tümöral alanların histolojik olarak değerlendirilmesine olanak sağlamamasıdır. Düşük riskli tümörler için uygun bir yöntemdir. 1 cm'den düşük, iyi sınırlı, boyun, gövde, kol, bacak gibi düz yüzeye yerleşen tümörlerde uygulanabilmektedir (52). Bu yöntem uygulanan kişilerde 5 yıllık nüks oranı % 3-19'dur. İyileşme genellikle beyaz bir skatris ile olmaktadır (95). Aktinik keratoz tedavisinde az sayıda kalın ve hiperkeratotik lezyonların tedavisinde ise sık kullanılmaktadır (88).

-Eksizyon:

Histolojik değerlendirmeye olanak tanınması üstünlüğüdür. Düşük riskli tümörler ve retiküler dermise uzanan lezyonlarda tercih edilmelidir. Çapı 2 cm'in altında olan lezyonların 4mm sağlam deri ile alınması yeterlidir. Morfeik, rekürren ve yüksek riskli bölgelerde yerleşen BHK'da başarı oranı Mohs mikro cerrahisinden daha düşüktür (52,53). Küçük primer SHK tedavisinde, düşük riskli lezyonlar veya kalınlığı 2 mm'den az lezyonlarda 4 mm sağlam deri güvenliği ile klasik cerrahi yöntem yeterli olabilmektedir (72). Primer kutanöz melanom tedavisinde altın standart cerrahi eksizyondur. NCCN'nin (National Comprehensive Cancer Network) önerdiği cerrahi sınırlar Tablo 13'de verilmiştir (11,13,46).

Tablo13: NCCN'nin (National Comprehensive Cancer Network) önerdiği cerrahi sınırlar

Tümör kalınlığı	Önerilen cerrahi sınır	Sentinel lenf nodülü biyopsi
İn situ	0,3	-
1.0 mm	1 cm	-
1.01-2 mm	1-2 cm	+
2.01-4 mm	2 cm	+
> 4 mm	2-3 cm	+

Kutanöz melanom'da bölgesel metastaz olan lenf nodülü, in-transit ve satellit metastazların önlenmesi için diseke edilmelidir.

-Elektif lenf nodu diseksiyonu(ELND):

Metastazı düşündüren bulgular olmadan tümörü drene eden bölgesel lenf nodüllerinin tamamının proflaktik olarak eksize edilmesi işlemidir. Hem tanıyı hem de tedaviyi sağlamaktadır. 0,75-4mm arasındaki tümörler için uygun bir yöntemdir (11,12,20,47).

-Sentinel lenf nodülü biyopsisi(SLNB):

Bölgesel lenf ağında tümörü ilk drene eden lenf nodülü sentinel lenf nodülüdür. Sentinel nodül diğer tüm nodüllerin patolojik durumunu yansıtmakta, negatif olması durumunda lenf nodüllerinin tutulma ihtimali hemen hemen hiç olmamaktadır. Pozitif olması durumunda metastaz riski nedeniyle lenf nodu diseksiyonu yapılmaktadır (13,47). Yöntem oldukça basit olup vital mavi boya tümör çevresine enjekte edilmekte, boyanın drenaj yolu takip edilerek bölgesel lenf noduna ulaşılmaktadır. En çok mavi boyayı tutan lenf nodu eksize edilmektedir. Sentinel lenf nodu biyopsisinde yanlış negatiflik % 4 oranındadır. Eksize edilen lenf nodları sadece H&E ile değil ek olarak S-100, HMB-45 ve Melan-A/MART immünohistokimyasal yöntemlerle de incelenmelidir (11,13). Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC) lenf nodunun tutulumunun belirlenmesi için sentinel lenf nodu biyopsisini şart koşmaktadır. SLNB'nin ELNB'ne en önemli üstünlüğü lenf nodu diseksiyonunu mikrometastaz veya makrometastaz saptanan olgularla sınırlamasıdır (46). ELND'de nodal hastalık olup olmamasına bakılmaksızın lenf nodülleri çıkarılmakta iken, SLNB'de öncelik lenf nodüllerinin tutulup tutulmadığını belirlemeye yöneliktir. NCCN'in önerdiği cerrahi sınır ve SLNB'nin hangi hastalara yapılacağı yukardaki tabloda belirtilmiştir (11,13,46).

-Terapotik Lenf Nodu Diseksiyonu:

SLNB ile metastaz saptanan olguların lenf nodüllerinin eksizyonunu ifade etmektedir. İnguinal lenf nodlarından en az 10, baş ve boyunda bulunan lenf nodüllerinden ise en az 15'i eksize edilmelidir. İnguinal bölgede 3 ve daha fazla pozitif lenf nodu varlığında primer eksizyon alanı genişletilmeli ve derinleştirilmelidir (13).

-Mohs Mikrografik cerrahisi:

Histolojik sınırların %100 kontrollünü sağlaması en önemli üstünlüğüdür. Teknik ile eş zamanlı tümör eksizyonu, erken histolojik değerlendirme ve maksimum doku korunmasını sağlamaktadır. Primer BHK'da %99 küratiftir. Nüks BHK, morfeik BHK, sınırları net olmayan tümörler, doku korunmasının şart olduğu bölge tümörlerinde Mohs cerrahisi tercih edilmelidir (52,53). BHK'da 5 yıllık nüks oranı Mohs cerrahi tekniği ile % 6-10 oranında görülmektedir (95). Tümör büyüklüğü 1 cm'den, kalınlığı 6 mm'den fazla olan SHK'da Mohs mikroskobik cerrahi yöntem kullanılmalıdır. Mohs mikrocerrahisi yüksek iyileşme oranı ve minimal doku yıkımı istenen her durumda kullanılabilir. Özellikle göz ve kulak çevresi tümörleri, klinik sınırı belirsiz tümörler, burun ucu, dudak, göz kapağı, kulak ve genital tümörlerde tercih edilmektedir (72).

-Kriyoterapi:

Yüzeyel, küçük ve keskin sınırlı tümörlerde önerilmektedir. 5 yıllık BHK tedavi şifa oranı %93'tür. İşlem sırasında doku ısısı – 50 dereceye getirilmeli ve normal deri sınırı da dâhil edilmelidir. Agressif veya nüks tümörlerde, derinin kıllı bölgelerinde kullanımı kontrendikedir. Histolojik tanıya olanak vermemesi dezavantajıdır (52,53). Aktinik keratoz tedavisinde de uygulanabilmekte iyileşme oranları % 75–99 oranında olmaktadır (96).

Nüks primer Bazal Hücreli Karsinom Tedavisi:

Tedavi yanıtı primer tümörlerden kötüdür. Kriyoterapi, elektrocerrahi ve küretaj yöntemler kontrendikedir. Mohs cerrahisi en uygun tedavi yöntemidir (53).

2.2.5 İZLEM

A-Malign Melanom Takibi

Malign melanomlu hastaların hangi sıklıkta takip edileceği konusu tam açıklığa kavuşturulmamış olsa da tümörün evresi, hastanın taşıdığı risk ve beklentilere göre hareket etmek önem arz etmektedir. Aile öyküsü olan, displastik nevus gibi yüksek risk grubunda bulunan hastaların sık takip edilmesi önerilmektedir. Periyodik deri ve fizik muayenenin yapılması ile hastalarda oluşabilecek nükslerin %76-94'ü saptanabilmektedir (49). Malign melanom tanısı konan hastaların %4-8'inde yaşam boyu ikinci bir melanom riski taşıdığı düşünüldüğünde, periyodik muayenenin ne kadar önem arz ettiği görülmektedir (44). Takip kılavuzlarında hastaların ilk 5 yıl daha sık olmak üzere, minimum 10 yıl takip edilmesi önerilmektedir (11). Mayo klinik takip kılavuzu Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Mayo Klinik Kutanöz Melanom Takip Kılavuzu

Evre	Takip süresi	Önerilen Tetkik
I A,B	Detaylı öykü, fizik muayene, deri ve lenf nodülleri kontrolü, İlk yıl: 3-4 ayda bir Sonraki iki yıl: 6 ayda bir Sonraki 5 yıl: yılda bir kez	Hekimin isteğine göre
II A,B	Detaylı öykü, fizik muayene, deri ve lenf nodülleri kontrolü, İlk 3 yıl: 3-4 ayda bir kez Sonraki iki yıl: 6 ayda bir kez > 5 yıl: yılda bir kez	Tam kan sayımı, biyokimya testleri ve LDH
III A,B,C	Detaylı öykü, fizik muayene, deri ve lenf nodülleri kontrolü, İlk 3 yıl: 3-4 ayda bir kez Sonraki iki yıl: 6 ayda bir kez > 5 yıl: yılda bir kez	Tam kan sayımı, biyokimya testleri ve LDH, ek olarak IIIB: PET ve/veya BT IIIC: PET ve/veya BT ilk 5 yıl 3-6 ayda bir kez, sonra yılda bir
IV	Detaylı öykü, fizik muayene, deri ve lenf nodülleri kontrolü,	Tam kan sayımı, biyokimya testleri ve LDH, ek olarak ilk 5 yıl, 2-4 ayda bir kez PET ve/veya BT, sonra yılda bir
	Hastalıklı dönemdeki hastalar ve adjuvan tedavi görmeyen hastalar: 3-4 ayda bir kontrol edilmeli	

B-Bazal Hücreli Karsinom Takibi

Primer BHK tanısı alan kişiler eğitilmeli, kendi kendini muayene etmeleri sağlanmalıdır. Bu yöntem şüpheli, lezyonları belirlemek için önemlidir. Tanı sonrası hastaları yılda 1 kez genel vücut muayenesi yapılmalı takip süresi en az 3 yıl olmalıdır. BHK nükslerinin %82'si ilk 5 yılda olmaktadır (52,55,97).

C-Skuamoz Hücreli Karsinom Takibi

Hasta takibinde SHK tanısı alan kişilerde ikinci SHK ve BHK gelişimi için yüksek risk grubunda olduklarından hastalığın şiddetine ve evresine göre 3–12 ay arasında sıkı takip

edilmelidir. Metastaz ve nüks bakımından fizik muayene, oral mukoza ve lenf nodu muayenesi yapılmalıdır (72).

2.2.5 KORUNMA YÖNTEMLERİ

En önemli yöntem güneşten korunmadır. Çocukluk döneminden itibaren güneşten korunma ile SHK gelişimi önemli oranda azalmaktadır. Güneş koruyucu ürün kullanılması, koruyucu kıyafetler, şapka, güneşin yoğun olduğu saatlerde dışarıda bulunmama gibi davranışların erken yaşta kazanılması önemlidir. Öncü lezyonlar erken tanı alıp tedavi edilmelidir. Karsinojen etkili olan HPV'den korunmak için kondom kullanılmalıdır. HPV aşılarının uygulanması riski azaltılabilecektir. Alkol ve sigara kullanımının azaltılması ile oral SHK riski azalabilmektedir. Retinoid ve İnterferon kullanımı SHK'un riskini azalttığı düşünülmektedir. Transplant hastalarında günde 10 mg isotretinoin kullanılması önerilmektedir (72).

2.3 MALİGN DERİ EKİ TÜMÖRLERİ

Deri eki tümörleri, nadir görülen, heterojen özelliklerinden dolayı matür hücrelerden daha çok indifferansiye kök hücrelerden kaynaklandığı düşünülen tümörlerdir. Diferansiyasyonlarına göre kıl folikülü, sebace, ekrin ve apokrin tümörler olarak sınıflandırılmaktadırlar (74,75). DSÖ sınıflamasına göre deri eki tümörleri Tablo15'de verilmiştir.

Tablo 15: Deri eki tümörlerinin DSÖ sınıflamasına göre dağılımları

Lezyon Tipi	Foliküler Diferansiyasyon	Sebase Diferansiyasyon	Apokrin Diferansiyasyon	Ekrin Diferansiyasyon
Hiperplaziler Hamartomlar	Kıl folikülü nevüsü Dilate por Generalize kıl folikülü hamartomu Bazaloid foliküler Hamartom	Nevüs sebase Sebase hiperplazi	Apokrin nevüs	Ekrin nevüs
Benign Neoplaziler	Trikofofoliküloma Pilar kılıf akantomu Fibrofoliküloma Trikoiskoma Trikoepitelyoma Trikoblastoma Trikoadenoma Pilomatriksoma Trikoilemmoma Foliküler infundibulum tümörü Trikoilemmal horn Proliferatif trikoilemmal kist	Sebase adenom Sebaseoma	Apokrin hidrokistoma Hidroadenoma papilliferum Siringokistadenoma papilliferum Tubuler apokrin adenom Meme başı eroziv adenomatozisi Apokrin silindroma	Ekrin hidrokistoma Siringoma Ekrin silindroma Ekrin poroma Ekrin siringofibroadenom Müsinöz siringometaplazi Ekrin spiradenom Papiller ekrin adenom Nodular hidradenom Kondroid siringoma
Malign Neoplaziler	Pilomatrikskarsinomu Malign proliferatif trikoilemmal tümör Trikoilemmal karsinom Trikoblastik karsinom	Sebase karsinom	Malign apokrin silindroma	Porokarsinom Malign ekrin spiradenom Malign nodular hidradenom Malign kondroid siringoma Ekrin adenokarsinom Mikrokistik adneksiyal karsinom Agresif digital papiller adenokarsinom Adenoid kistik karsinom Müsinöz ekrin karsinom Siringoid ekrin karsinom Malign ekrin silindroma

Trikolemmal Karsinom

Foliküler diferansiasyon gösteren tümördür. Dış kök kılıfının nadir görülen malign neoplazmidir. Her iki cinste görülmektedir (76).

Yaşlı bireylerde görülen, çapı 0,4–2 cm olabilen, yavaş büyüyen, ten rengi ya da kırmızı renkte, keratotik papül, indure plak ve ülserasyon gösterebilen nodül şeklindedir. Güneş ışınına maruz kalınan kıllı bölgeler, yüz, skalp ve kulak yerleşimlidirler (76).

İnfiltrate, epidermis ya da pilobase yapılar ile ilişkili olabilen multilobüler tümördür. Pleomorfizm göstermektedir. Dermis ve subkutan doku tutulabilmektedir. Periferde çift dizilimli, hyalen bazal membran ve trikilemmal keratinizasyon görülebilmektedir. Mitotik aktivitesi vardır. Nekroz ve kanama görülebilmektedir. Nadiren lenf düğümü ve kemik metastazı yapabilmektedir (76).

Histopatolojik olarak tanı konmaktadır. BHK, skuamoz hücreli karsinom ve keratoakantoma ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Lokal eksizyon ve Mohs cerrahisi uygulanabilir. İmikimod tedavisi de verilebilmektedir (76).

Sebase Karsinom

Sebase diferansiasyon gösteren, periorbital bölge yerleşimli adenokarsinomdur. 70 yaş civarı her iki cinste eşit sıklıkta, tüm kutanöz malign tümörler içerisinde % 0,2–4,6 oranında görülmektedir (76).

Hızlı büyüme eğilimli, ülserasyon görülebilen nodül ya da plak şeklindedir. En sık (%75) periorbital bölgede görülmektedir. Göz kapağı modifiye sebase bezlerinden (Meibomian veya Zeis bezleri) köken almaktadır (76).

Benign tiplerden lobüllerinin düzensiz ve infiltrate olması ile ayrılır (76).

Tanı histopatolojik inceleme ile konur. Kronik blefarokonjunktivit ile karışabilmektedir. Primer tedavi cerrahi eksizyondur. Radyoterapi ve kemoterapi de verilebilmektedir. Metastatik potansiyeli yüksektir. Göz kapağı yerleşimli olanların %15-30'unda ölümcül metastazlar görülebilmektedir. 5 yıllık sağ kalım oranı % 80'dir (76).

Merkel Hücreli Karsinom

Primer nöroendokrin karsinom, malign trikodiskoma adı ile de bilinmektedir. 60'lı ve 70'li yaşlarda derinin güneş gören yerlerinde, % 75 oranında baş ve boyun bölgesinde görülen, soliter nonspesifik nodüldür. Derinin en agresif özellikli primer malignitelerinden biridir (77).

Gelişiminde 65 yaş üstü, açık ten, güneş yanığı öyküsü ve kronik immünsüpresyon gibi faktörler rol oynamaktadır. Ayırıcı tanıda küçük hücreli akciğer kanseri, lenfoma ve melanom düşünülmelidir (78).

2.4 BENİGN DERİ LEZYONLARI

2.4.1 Epidermal Tümör ve Proliferasyonlar

Epidermal tümör ve proliferasyonlar Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16: Epidermal tümör ve proliferasyonlar

•Seboreik Keratoz •Dermatosis Papulosa Nigra •Stukko Keratoz •İnverted Foliküler Keratoz •Akrokeratozis Verrüsiformis •Berrak Hücreli Akantoma •Büyük Hücreli Akantoma •Verrüköz Diskeratomya •Porokeratosis	•Epidermal Nevuslar •İnflamatuvar Linear VerrüközNevus(ILVEN) •Sebase Nevus •Nevus Komedonikus •Hiperkeratozis Lentikularis Perstans(Flegel Hastalığı) •Meme ucu ve areolanın nevoid hiperplazisi •Deri Boynuzu(Kornu Kutane) •Benign Likenoid Keratoz •Akantosis Nigrikans •Konfluent ve Retiküle Papillomatozis
--	---

Seboreik Keratoz

Başlangıç yaşı 30–50 olup, birden fazla sayıda, oval, deriden kabarık, kahverengiden siyah renge kadar farklı renkte olabilen, sınırları keskin, 3 cm’den nadiren büyük olabilen, papül, plak ve nodüller şeklindedir. En sık göğüs ve sırt yerleşimlidir. Lezyonlarında foliküler çıkıntıların olması özelliklerinden birisidir. İnternal malignansilerle ilişkili multipl seboreik keratozların erüptif görüntüsüne “Lesser-trelat” belirtisi denmektedir (79). Güneşe maruz kalma, HPV, genetik faktörler, tam olarak bilinmese de etyolojide suçlanan faktörlerdir. Ayırıcı tanıda, verruka, BHK ve malign melanom düşünülmelidir. Histopatolojisinde benign bazaloid epitelyal hücrelerin proliferasyonu ortak özellikleridir. Psödokistler görülebilmektedir (80).

Sebase Nevus

Yaklaşık 1000 yenidoğanın birinde görülmektedir. Birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişebilen, keskin sınırlı, sarımsı-turuncu renkte görülebilen hamartamöz lezyonlardır. % 95 baş-boyun, %5 gövde yerleşimlidir. Yaşam boyu devam etmekte üzeri alopesik görülmektedir. Birçok adneksiyal neoplazm sebase nevus üzerinden gelişebilmektedir. En sık trikoblastoma ve syringokistadenoma papilliformis geliştiği bildirilmiştir. Risk yaşla birlikte artmaktadır. Malignite gelişim riski taşıdığından dolayı erişkin dönem öncesi cerrahi olarak çıkarılmalıdır (79).

2.4.2 Melanositik Nevüsler

Melanositik nevüsler, kahverengi tonlarında, bir cm'den küçük, belirgin sınırlı, pigmente makül, papül veya nodül görünümünde olup, vücudun herhengi bir yerinde oluşabilen lezyonlardır (81). Etiyolojisinde genetik faktörler, deri tipi, UVR, yaş, hormonlar ve immünsüpresyon rol oynamaktadır (26). Hayatın ilk iki yılında maruz kalınan UVR melanositik nevus gelişiminde önem arz etmektedir (26). Melanositlerin yerleşim yerlerine göre junctional, bileşik ve dermal olmak üzere üç gruba ayrılmaktadırlar (81,83).

a-Junctional melanositik nevüsler: Melanositler epidermis yerleşimlidirler. 3–18 yaşlar arasında oluşan, çapları 1–6 mm arasında, üzerinde kıl barındırmayan, düz, hafif kahverenginden koyu siyah kahverengine kadar değişim gösteren, deri seviyesinde veya deriden hafif kabarık makül ve papüller şeklinde, çevresi iyi sınırlı ve düzgün lezyonlardır. Junctional nevüsler, ergenlik çağı ve sonrasında bileşik veya dermal nevüs tipine dönüşüm gösterebilmektedirler (81,82).

b-Bileşik melanositik nevüsler: Melanositler dermo-epidermal bileşke ile papiller dermiste bulunurlar. Üzerlerinde kıl bulunmayan, deriden kabarık, kubbe şeklinde, düzgün yüzeyli, kahverenginde verrüköz olabilen lezyonlardır (81,83).

c-Dermal melanositik nevüsler: Melanositler papiller ya da retiküler dermistedir. Derin yerleşimli olmasından dolayı en açık renkli nevüs tipidir. Sınırları keskin, düzgün pigmentasyon gösteren, kubbe şeklinde papüller lezyonlardır. Papüllamatöz ya da saplı olabilmektedirler (81,83).

2.5 AKTİNİK KERATOZ

Uzun süre UVR'ye maruz kalınması sonrası meydana gelen anormal epidermal keratinositlerin proliferasyonu ile oluşan kutanöz neoplazmdır. Alt dudak yerleşimli aktinik keratoz'a "Aktinik Keilitis" denmektedir. İnvaziv skuamöz hücreli karsinom, melanom ve diğer nonmelanom deri kanseri gelişme potansiyeli yüksek olduğu için premalign bir lezyondur (84).

Epidemiyoloji

Erişkinlerde görülme sıklığı %11–25 oranındadır. En önemli risk faktörü maruz kalınan kümülatif UVR dozudur. Yaş, cinsiyet, meslek ve taşınılan yerler UVR dozunu etkileyen faktörlerdir (84,85). Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Erkeklerde sık görülmektedir. Bronzlaşmayan, kolay yanan, sarı/kızıl saçlı, açık göz ve ten rengine sahip kişilerde daha sık görülmektedir. Çiftçiler, denizciler, inşaat işçileri gibi kronik güneşe maruz kalan kişilerde daha sıktır. İmmünsüprese, organ transplantı olan kişilerde de aktinik keratoz ve SHK riski artmaktadır. Bazı genetik hastalıklarda da risk artmaktadır (84,85).

Etyoloji

UVR, epidermal hücrelerde DNA mutasyonları oluşturarak ve immünsüpresyona yol açarak aktinik keratoz oluşumunda rol oynamaktadır. Aktinik keratoz ve SHK olgularında p53 geninde yüksek oranda mutasyonlar tespit edilmiştir. P 53 geni tümör süpresör gendir ve DNA'nın tamir edilmesinde rol oynamaktadır. Hücre DNA'sında oluşan mutasyonlar tamir edilmez ise tümöral hücreler ortaya çıkmaktadır (84,85).

Klinik Bulgular

%80 oranından fazla baş, boyun, ön kol ve el sırtı gibi güneş gören bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Küçük telanjektazi ve çillenme şeklinde maküler lezyon olarak başlayan lezyonlar keratoza kadar ilerleyebilmektedir. Tek veya çok sayıda, 2-6mm çapında, eritemli, pürtüklü, yassı, sarı ya da kahverengi skuamlı, makül, papül veya plak şeklinde görülen lezyonlardır. Lezyonların üzerinde ülserasyon ve infiltrasyon olması malignite belirtisidir. Aktinik keratoz alt tipleri (84,85);

- 1- Eritematöz aktinik keratoz:
- 2- İnflame aktinik keratoz:
- 3- Hipertrofik aktinik keratoz: Deri renginde, gri ya da eritemli, kalın, pürtüklü papül veya plak şeklinde olması nedeniyle SHK'dan zor ayırtedilmektedir.
- 4- Pigmente aktinik keratoz:
- 5- Proliferatif aktinik keratoz:
- 6- Konjuktival aktinik keratoz:

Aktinik keilit alt dudak yerleşimlidir. Dudak vermilion sınırları düzensiz, lökoplaki ve hiperkeratoz eşlik edebilmektedir. Aşırı pigmentasyonla giden aktinik keratozlar lentigo maligna ile karışabilmektedir (84,85).

Tanı

Klinik bulgulara bakılarak tanı konabilmekte, çok az histopatolojik incelemeye gerek duyulmaktadır. Yapılan bir çalışmada klinik tanı % 94 histolojik tanı ile doğrulanmıştır. Ayırıcı tanıda seboreik keratoz, solar lentigo, diskoid lupus erimatozus, keratoakantom, BHK, Bowen hastalığı ve prokeratozlar düşünülmelidir. Hipertrofik ve pigmente lezyonlarda biyopsi gereklidir. Karakteristik histopatolojik bulguları, atipik keratinositlerin bazal tabaka boyunca oluşturdıkları odaklar ve papiller dermise uzanan tomurcuklardır. Bazal tabaka atipik hücreler nedeniyle bazofilik görünümündedir. Hipertrofik, Bowenoid, atrofik, akantolitik, epidermolitik, likenoid ve pigmente olmak üzere yedi major histolojik varyantı saptanmıştır (84,85).

Prognoz

Yapılan bir çalışmada güneşten korunma ile 1 yıl içerisinde olguların % 25'inde lezyonların gerilediği görülmüştür. Lezyonlar kalıcı olabilmekte, gerileyebilmekte ya da malign dönüşüm gösterebilmektedir. Tedavi edilmeyen aktinik keratoz olgularının %2-10'unun SHK'a dönüştükleri ve metastaz oranlarının da lezyonun derinliğine göre değiştiği saptanmıştır (84).

3.AMAÇLAR

Ülkemizin uzun kıyı şeridi boyunca özellikle batı ve güney bölgelerinde güneşe maruziyet oldukça fazladır. Aydın ili ülkemizin batısında bulunmakta ve yılın yaklaşık yarısından fazlasında yoğun güneş ışınlarına maruz kalmaktadır. Bu nedenle deri kanseri açısından bölgesel bir risk artışından söz etmek mümkündür. Deri kanserine karşı doğru korunma davranışları geliştirmek toplum sağlığı açısından çok önemlidir. Doğru korunma davranışlarını geliştirme sürecine başlamak ise ancak riskli davranışların belirlenmesi ile mümkün olabilmektedir. Ülkemizde yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışmalarda genelde deri kanseri risk faktörleri ve riskli davranışlara yönelik çalışmalarda, güneşten korunma davranışlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir (106–108). Güneşe maruziyetin yüksek olduğu ilimizde toplumda deri kanseri risk faktörleri ve riskli davranışlara yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Toplum sağlığı ve kişisel sağlığın iyileştirilmesi aile hekimliği uygulamasının temellerini oluşturmaktadır. Risk faktörlerinin, riskli davranışların ve korunma davranışlarının belirlenmesi ile birlikte toplum sağlığı açısından önemi giderek artan bir konu olan deri kanserine yönelik toplumsal bilincin geliştirilmesi yönünde adımlar atılabilecektir. Ayrıca risk faktörü taşıyan kişilerin doğru korunma davranışı geliştirmeleri kişisel sağlığın iyileştirilmesi açısından da önem taşımaktadır.

Biz bu çalışmamızda Aydın ilinde yaşayanları temsil edebilecek bir toplulukta,

- 1- Deri kanseri risk faktörlerini,
- 2- Riskli davranışlar ve korunma davranışlarını,
- 3- Risk faktörü taşıyan kişilerin sergiledikleri korunma davranışlarını belirlemeyi ve
- 4- Sık görülen ve önlenabilir bir kanser türü olan deri kanserlerinin tanınması ve korunma bilinci geliştirilmesine yönelik çalışmaların aile hekimliği uygulaması ve eğitimi içinde daha geniş yer bulmasının gerekliliğine dikkatleri çekmeyi amaçladık.

4.GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1. Araştırma Projesi

“Toplumda Deri Kanseri Risk Faktörleri ve Riskli Davranışlar: Aydın İl Taraması ” isimli araştırma projesi Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığının 22/07/2010 tarih 2 nolu kararı etik kurul onayı almıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Destekleme Fonu tarafından 15/04/2011 tarih ve TPF–11001 nolu tez projesi olarak kabul edilmiştir. Aydın Valiliğinin izni ile 3 aylık bir çalışma programı ile tamamlanmıştır.

4.2. Araştırma Evreni ve Uygulama

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Aydın ili sınırları içerisinde yaşayanlar hedef kitle olarak belirlenmiştir. 2010 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre Aydın ilinin nüfusu 989,862 kişidir. Aydın ili merkez ilçe dışında 16 ilçeden oluşmaktadır (101).

Örneklem grubu %95 güvenirlilik ve %50 Prevelans değeri ile hesaplanarak 384 kişi olarak belirlenmiştir (124). Evrenin genişliği nedeniyle desen etkisi göz önüne alındığında daha yüksek bir rakama ulaşılmanın temsiliyeti güçlendireceği düşünüldükçe nüfusunun %0.02’si olan 1005 kişiye ulaşması hedeflenmiştir.

Aydın merkez ilçe ile tüm ilçeler önce nüfuslarına göre yüksek (>50.000), orta (30,000-50,000) ve düşük (<30,000) nüfuslu olarak gruplandıktan sonra, kura ile her gruptan seçilen ilçeler çalışmamıza dâhil edilmiştir. Dâhil edilenler, Aydın merkez ilçe dışında yüksek nüfuslu ilçelerden Kuşadası ve Didim, orta nüfuslu ilçelerden Germencik ve İncirliova, düşük nüfuslu ilçelerden ise Karpuzlu ve Köşk idi. İlçeler belirlendikten sonra mahalle ve sokaklar rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş ve seçilen sokaklarda oturan 1005 erişkin ve çocuğa anket formu dağıtılmıştır.

Anket formu, demografik özellikler, deri kanseri risk faktörleri ve güneşten korunma davranışlarını belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Okur-yazar olan, sorulara yanıt verebilecek mental sağlığı ve iletişim becerisine sahip olanlar çalışmaya dâhil edilmişlerdir.

Çalışmamıza Aydın merkez ilçeden 641 kişi (504 erişkin, 137 çocuk), ilçelerden ise 364 kişi (296 erişkin, 68 çocuk) katılmıştır. Kuşadası ilçesinden 118 kişi (95 erişkin, 23 çocuk), Didim ilçesinden 66 kişi (62 erişkin, 4 çocuk), Germencik ilçesinden 38 kişi (17 erişkin, 21 çocuk), İncirliova ilçesinden 67 kişi (60 erişkin, 7 çocuk), Karpuzlu ilçesinden 24 kişi (21 erişkin, 3

çocuk), Köşk ilçesinden 51 kişi (41 erişkin, 10 çocuk) katılmıştır. Toplam olarak 800 erişkin ve 205 çocuk çalışmamıza katılmıştır.

Anket Formu

Risk faktörleri, riskli davranışlar ve korunma davranışları ile ilgili literatürden yararlanarak erişkinler için 39, çocuklar için 22 sorudan oluşan iki farklı anket formu oluşturuldu. Erişkinlerin anket formu sosyo-demografik özellikleri kapsayan 10 soru, deri kanseri risk faktörleri ile riskli davranış ve korunma davranışlarını sorgulayan 27 soru, güneşten korunma bilgisi ve bilgi kaynaklarına yönelik 2 sorudan oluşuyordu. Çocuklara uygulanan anket formu ise sosyo-demografik özellikleri içeren 2 soru, deri kanseri risk faktörleri ile riskli davranış ve korunma davranışlarını sorgulayan 16 soru, çevrelerinden aldıkları uyarı ve uyarı kaynaklarına yönelik tutumlarını içeren 2 soru, güneşten korunma bilgisi ve bilgi kaynaklarına yönelik 2 sorudan oluşuyordu. Anket formları sf 117-121’de verilmiştir.

4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Risk Faktörleri

Erişkinlerde deri kanseri risk faktörleri olarak, fitzpatrick I-II deri tipi, çok ben varlığı, kendisinde veya ailesinde deri kanseri öyküsünün varlığı, saat 10:00–16:00 arasında haftada 10 saatten fazla güneşe maruz kalma, 1 saat güneşe maruziyette değişik derecelerde güneş yanığı, sürekli maruziyette ise güneş yanığı ve bronzlaşamama öyküsü, son 3 yıl içerisinde güneş yanığı öyküsü ve açık havada çalışma durumu sorgulandı. Çocuklar için ise deri tipi, saat 10:00–16:00 arasında haftada 10 saatten fazla güneşe maruz kalma, güneş yanığı ve bronzlaşamama öyküsü sorgulandı. Katılımcılar taşıdıkları risk faktörlerine göre risk gruplarına ayrıldı. Yukarıda sayılan risk faktörlerinden herhangi birini taşıyanlar risk grubunda olarak değerlendirildiler. Katılan çocukların hepsi en az 1 risk faktörü taşıdığı için çocukların tümü risk grubunda olarak değerlendirildi. Bu nedenle çocuklar için risk grubu ile risk grubu olmayanlar için istatistiksel değerlendirme yapılamadı.

Korunma Davranışı

Güneşten korunma davranışları; gölgede bulunmaya dikkat etmek, öğle saatlerinde güneş ışınlarından korunmak, açık renkli sık dokulu giysiler kullanmak, şapka/geniş kenarlı şapka takmak, güneş gözlüğü kullanmak, günlük hayatta ve sahilde güneş koruyucu ürün

kullanmak, uygun spf değerine sahip ürün kullanmayla ilgili sorularla sorgulandı. Güneşten korunma davranışını sorgulayan sorulara verilen cevaplardan her bir soru için her zaman yanıtı verenler korunan grup, hiç-nadiren-sıklıkla yanıtları verenler ise korunmayan grup olarak adlandırıldı. Genel korunma yaklaşımı ise sergilenen her bir korunma davranışına her zaman yanıtını verenler için puan verilerek belirlendi. Gölgede bulunmaya dikkat etmek (1 puan), öğle saatlerinde güneş ışınlarından korunmak (1 puan), açık renkli, sık dokulu giysiler kullanmak (1 puan), şapka (1 puan)/geniş kenarlı şapka takmak (1 puan), güneş gözlüğü kullanmak (1 puan), güneş koruyucu ürün kullanmak (1 puan) olmak üzere toplam 7 puan üzerinden değerlendirme yapıldı. Katılımcıların güneşten korunma davranışlarını sorgulayan sorulara verdikleri yanıtlara göre 7 puan alanlar tam korunan grup olarak değerlendirildi.

İstatistiksel değerlendirme

İstatistiksel değerlendirme, Statistical programme for Social Sciences 14,0 (SPSS 14,0) programı kullanarak yapıldı. Tanımlayıcı değerlendirmelerde aritmetik ortalama, sayı ve yüzde değerleri kullanıldı. Demografik veriler ve risk faktörleri ile riskli davranışların ve korunma davranışlarının ilişkisi ki kare testi ve pearson korelasyon testi kullanarak belirlendi. $p \leq 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

5.BULGULAR

Demografik bulgular

Çalışmamıza toplam 800 erişkin, 205 çocuk olmak üzere 1005 kişi katılmıştır. Aydın merkez ilçe, belde ve köylerden 504 erişkin, 137 çocuk olmak üzere toplam 641 kişi, çevre ilçelerden ise Didim'den 66, Germencik'ten 38, İncirliova'dan 67, Karpuzlu'dan 24, Köşk'ten 51 ve Kuşadası'ndan 118 olmak üzere toplam 364 kişi katılmıştır. Katılımcılardan erişkin ve çocuk grubunun bölgelere göre dağılımları Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Erişkin ve çocuk cinsiyet gruplarının bölgelere göre dağılımı

BÖLGELER	KADIN n(%)	ERKEK n(%)	TOPLAM n(%)	KIZ ÇOCUK n(%)	ERKEK ÇOCUK n(%)	TOPLAM n(%)
AYDIN	291(%57,7)	213(%42,3)	504(%100)*	69(%50,3)	68(%49,7)	137(%100)*
DİDİM	39(%62,9)	23(%37,1)	62(%100)*	2(%50)	2(%50)	4(%100)*
GERMENCİK	13(%76,4)	4(%23,6)	17(%100)*	8(%38)	13(%62)	21(%100)*
İNCİRLİOVA	35(%58,3)	25(%41,7)	60(%100)*	2(%28,5)	5(%71,5)	7(%100)*
KARPUZLU	12(%57,1)	9(%42,9)	21(%100)*	2(%66,6)	1(%33,4)	3(%100)*
KÖŞK	21(%51,2)	20(%48,8)	41(%100)*	9(%90)	1(%10)	10(%100)*
KUŞADASI	40(%42,1)	55(%57,9)	95(%100)*	13(%56,4)	10(%43,6)	23(%100)*
TOPLAM	451(%56,3)	359(%43,7)	800(%100)*	105(%51,2)	100(%48,8)	205 (%100)*

*sattır yüzdesi

Katılımcıları yaş aralıklarına göre gruptağımızda; çoğunluğunun 39 yaş altında olduğunu gördük. Erken yaşlarda maruz kalınan güneşin zararlı etkilerinin ileri yaşlarda ortaya çıkan deri kanseri ile ilişkisini göz önüne aldığımızda erken yaşlardaki davranışların belirlenmesi açısından bu durumun bir avantaj oluşturduğunu düşünüyoruz. Katılımcıların bölgelere göre yaş dağılımları Tablo18’de verilmiştir.

Tablo 18: Yaş aralıklarının bölgelere göre dağılımı

BÖLGELER	YAş ARALIğI						
	6–17 n(%)	18–29 n(%)	30–39 n(%)	40–49 n(%)	50–59 n(%)	>60 n(%)	TOPLAM n(%)
AYDIN	137(%21,3)	138(%21,5)	146(%22,7)	115(%17,9)	77(%12)	28(%4,6)	641(%100)*
DİDİM	4(%6)	22(%33,3)	28(%42,7)	8(%12)	4(%6)	---	66(%100)*
GERMENCİK	21(%55,7)	3(%7,8)	6(%15,6)	5(%13,1)	---	3(%7,8)	38(%100)*
İNCİRLİOVA	7(%10,5)	30(%44,9)	15(%22,4)	11(%16,5)	3(%4,4)	1(%1,6)	67(%100)*
KARPUZLU	3(%12,5)	7(%29,1)	6(%25)	4(%16,8)	2(%8,2)	2(%8,2)	24(%100)*
KöşK	10(%19,6)	18(%35,3)	8(%15,7)	9(%17,7)	6(%11,7)	---	51(%100)*
KUşADASI	23(%19,5)	26(%22,1)	32(%27,1)	14(%11,9)	13(%11,1)	10(%8,3)	118(%100)*
TOPLAM	205(%20,4)	244(%24,2)	241(%24,1)	166(%16,5)	105(%10,4)	44(%4,3)	1005(%100)*

*satır yüzdesi

Erişkinleri gelir durumlarına göre grpladığımızda; katılımcıların dörtte üçünün 1500 TL ve altı gelir düzeyine sahip olduğunu gördük. Erişkinlerin bölgelere göre gelir düzeyi dağılımları Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Erişkinlerin bölgelere göre gelir düzeyi dağılımı

BÖLGELER	GELİR DÜZEYLERİ					
	500TL n(%)	501-1000TL n(%)	1001-1500TL n(%)	1501-2000TL n(%)	>2000TL n(%)	TOPLAM n(%)
AYDIN	69(%13,7)	168(%33,3)	134(%26,6)	76(%15,1)	57(%11,3)	504 (%100)*
DİDİM	8(%12,9)	18(%29)	17(%27,4)	8(%12,9)	11(%17,7)	62 (%100)*
GERMENCİK	1(%5,9)	8(%47,1)	6(%35,3)	2(%11,8)	----	17(%100)*
İNCİRLİOVA	6(%10)	17(%28,3)	19(%31,7)	8(%13,3)	10(%16,7)	60 (%100)*
KARPUZLU	4(%19)	4(%19)	5(%23,8)	3(%14,3)	5(%23,8)	21 (%100)*
KÖŞK	14(%34,1)	9(%22)	13(%31,7)	3(%7,3)	2(%4,9)	41 (%100)*
KUŞADASI	8(%8,4)	25(%26,3)	27(%28,4)	17(%7,9)	18(%18,9)	95 (%100)*
TOPLAM	110 (%13,7)	249 (%31,1)	221 (%27,6)	117 (%14,6)	103 (%13)	800(%100)*

*sattır yüzdesi

Erişkinleri açık havada çalışma durumlarına göre değerlendirdiğimizde, açık havada çalışan 193 kişi toplam erişkin gurubun %24,2' sini oluşturmaktaydı.

Aydın merkez ilçe ($\chi^2=41,035$, $p<0,005$) ve Kuşadası ($\chi^2=19,985$, $p<0,005$) ilçesinde açık havada çalışanlarda, çalışmayanlara göre erkek hâkimiyeti daha fazla idi. Erişkinlerin bölgelere göre açık havada çalışma durumlarına göre dağılımları Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Erişkinlerin bölgelere göre açık havada çalışma durumları ve dağılımları

BÖLGELER	AÇIK HAVADA ÇALIŞMA DURUMLARI					
	AÇIK HAVADA ÇALIŞIYOR n(%)			AÇIK HAVADA ÇALIŞMIYOR n(%)		
	KADIN	ERKEK	TOPLAM n(%)	KADIN	ERKEK	TOPLAM n(%)
AYDIN (n=504)	29(%28,9)	68(%71,1)* 41,035 (<0,005)	97(%100)**	263(%64,6)	144(%35,4)	407(%100)**
DİDİM (n=62)	3(%30)	7(%70)	10(%100)**	36(%69,2)	16(%30,8)	52(%100)**
GERMENCİK (n=17)	1(%33,3)	3(%66,7)	4(%100)**	12(%92,3)	1(%7,7)	13(%100)**
İNCİRLİOVA (n=60)	8(%44,4)	10(%55,6)	18(%100)**	27(%64,3)	15(%35,7)	42(%100)**
KARPUZLU (n=21)	2(%33,3)	4(%66,7)	6(%100)**	10(%66,7)	5(%33,3)	15(%100)**
KÖŞK (n=41)	7(%43,8)	9(%56,3)	16(%100)**	14(%56)	11(%44)	25(%100)**
KUŞADASI (n=95)	7(%16,7)	35(%83,3) * 19,985 (<0,005)	42(%100)**	33(%62,3)	20(%37,7)	53(%100)**
TOPLAM (n=800)	57(%29)	136(%71)	193 (%100)**	395(%65)	212(%35)	607 (%100)**

* $\chi^2(p)$ **sattır yüzdesi

Erişkinlerin meslek grupları ile açık havada çalışma durumlarına göre dağılımlarına baktığımızda; en çok açık havada çalışan meslek gruplarının işçi, esnaf ve çiftçiler olduğunu gördük. En sık rastladığımız meslek grubu işçiler, en az rastladığımız meslek grubu ise işverenler idi. Açık havada çalışan ve çalışmayan grub incelendiğinde, açık havada çalışan katılımcılarda işçi ($\chi^2=30,700$, $p<0,005$) ve esnaf ($\chi^2=4,751$, $p=0,03$) meslek grubunda erkek hâkimiyeti fazla idi.

Erişkinlerin meslek guruplarına göre açık havada çalışma dağılımları Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Erişkinlerin meslek guruplarına göre açık havada çalışma dağılımları

BÖLGELER	AÇIK HAVADA ÇALIŞMA DURUMLARI					
	AÇIK HAVADA ÇALIŞIYOR n(%)			AÇIK HAVADA ÇALIŞMIYOR n(%)		
	KADIN	ERKEK	TOPLAM n(%)	KADIN	ERKEK	TOPLAM n(%)
EV HANIMI (n=169)	11(%100)	----	11(%100)**	158(%100)	----	158(%100)**
ÇİFTÇİ (n=13)	1	12(%92,3)	13(%100)**	----	----	---
İŞÇİ (n=196)	17(%20)	68(%80)* 30,700 (<0,005)	85(%100)**	66(%59,5)	45(%40,5)	111(%100)**
ESNAF (n=49)	3(%12,5)	21(%87,5)* 4,751 (0,03)	24(%100)**	10(%40)	15(%60)	25(%100)**
ÖĞRETMEN (n=55)	2(%50)	2(%50)	4(%100)**	22(%43,1)	29(%56,9)	51(%100)**
DOKTOR (n=14)	----	2(%100)	2(%100)**	8(%66,7)	4(%33,3)	12(%100)**
İŞ VEREN (n=9)	1(%50)	1(%50)	2(%100)**	2(%28,6)	5(%71,4)	7(%100)**
ÇALIŞMIYOR (n=18)	----	----	----	7(%38,9)	11(%61,1)	18(%100)**
DİĞER (n=277)	22(%42,3)	30(%57,7)	52(%100)**	122(%54,2)	103(%45,8)	225(%100)**
TOPLAM (n=800)	57(%29)	136(%71)	193 (%100)**	395(%65)	212(%35)	607 (%100)**

* $\chi^2(p)$ **satur yüzdesi

RİSK FAKTÖRLERİ

Erişkin:

Erişkinlerin 163'ü (%20,4) hiçbir risk faktörü taşımıyordu. Risk faktörü taşıyanların yaklaşık yarısı (n=415, %51,9) 1 veya 2 risk faktörü taşıyordu. Herhangi bir risk faktörü taşıyan 637(%79,6) kişi riskli grup olarak değerlendirildi. Risk faktörlerinden en sık rastlanan ilk üçü; sürekli maruziyette güneş yanığı ve bronzlaşamama öyküsü, saat 10:00-16:00 arasında haftada 10 saatten fazla güneşe maruz kalma ve fitzpatrick tip I-II deri tipine sahip olmak idi. En az rastlanan üç risk faktörü ise ailede deri kanseri öyküsü, 1 saat güneşe maruziyette güneş yanığı mevcudiyeti ve kendisinde deri kanseri öyküsü idi.

Erişkinlerin saç tiplerine göre dağılımlarına baktığımızda; sarışın saç 62 (57,8), kızıl 22 (%2,8), kumral 314 (%39,3), koyu kahve 206 (25,8) ve siyah saç rengine sahip 196 (%24,5) kişi olduğunu gördük. Deri tiplerinden ise çok açık, açık sarışın deri tipi 207 (%25,9), kumral deri tipi 391 (%48,9) ve esmer deri tipine sahip 202 (%25,3) kişi mevcuttu.

Deri kanseri tanısı alan 30 kişinin aile öyküsü sorgulamasında hiçbirisinin birinci derece akrabasında deri kanseri öyküsü bulunmamaktaydı. Katılımcıların 9'unun (%1,1) ailesinde deri kanseri öyküsü bulunmaktaydı.

Erişkinlerin 1 saat güneşte kaldığında deride meydana gelen değişimler sorgulandığında toplam 398 (%49,7) kişi hafif güneş yanığından ciddi büllü güneş yanığına kadar değişimlerin olduğunu belirtmişti. (Bkz. Tablo 22). Deri hastalığı geçirme öyküsü bulunan katılımcıların, 1 saat güneşe maruz kaldığında deride meydana gelen değişimlerden risk faktörü olan ciddi büllü güneş yanığı, ciddi güneş yanığı ve hafif güneş yanığı geçiren katılımcıları bir grup, bronzlaşan veya derilerinde değişiklik olmayan katılımcıları bir başka grup olarak ayırdık. Bu iki grup ile deri hastalığı öyküsü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, deri hastalığı geçiren katılımcıların 1 saat güneş maruziyetinde daha sık güneş yanığı geçirdiklerini saptadık ($\chi^2=6,479$ p=0,039).

Tablo 22: Erişkinlerin deri hastalığı geçirme öyküsü ile 1 saat güneşte kalındığında deride meydana gelen değişimlerin dağılımı

	1 SAAT GÜNEŞTE KALINDIĞINDA DERİDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER					
	CİDDİ BÜLLÜ GÜNEŞ YANIĞI	CİDDİ GÜNEŞ YANIĞI	HAFİF GÜNEŞ YANIĞI	BRONZLAŞMA	DEĞİŞİKLİK OLMAZ	TOPLAM
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
DERİ HASTALIĞI ÖYKÜSÜ VAR	1(%1,1)	3(%3,3)	48(%52,7)	16(%17,6)	23(%25,3)	91(%100)*
DERİ HASTALIĞI ÖYKÜSÜ YOK	6(%0,9)	18(%2,5)	322(%45,4)	102(%14,4)	261(%36,8)	709 (%100)*
TOPLAM	7 (%0,9)	21 (%2,6)	370 (%46,3)	118 (%14,8)	284 (%35,5)	800(%100)*

*satır yüzdesi

Erişkinlerin sürekli güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişimler sorgulandığında toplam 348 (%43,5) kişinin güneş yanıklarının devam etmesinden hafif bronzlaşmaya kadar giden değişimlerinin olduğu saptandı (Bkz. Tablo 23). Deri hastalığı geçirme öyküsü bulunan katılımcıların, sürekli güneşe maruz kalındığında deride meydana gelen değişimlerden risk faktörü olan güneş yanığı devam eder, bronzlaşmaz ama çiller olur veya hafif bronzlaşan katılımcıları bir grup, bronzlaşan veya derilerinde değişiklik olmayan katılımcıları bir başka grup olarak ayırdık. Bu iki grup ile deri hastalığı öyküsü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, sürekli güneşe maruziyet ile deri hastalığı öyküsü arasında ilişki yoktu ($p=0,12$).

Tablo 23: Erişkinlerin deri hastalığı geçirme öyküsü ile sürekli güneşte kalındığında derideki değişimlerin dağılımları

SÜREKLİ GÜNEŞTE KALINDIĞINDA DERİDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER						
	GÜNEŞ YANIĞI DEVAM EDER	BRONZLAŞMA Z AMA ÇİLLER OLUR	HAFİF BRONZLAŞMA	BRONZLAŞMA	DEĞİŞİKLİK OLMAZ	TOPLAM
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
DERİ HASTALIĞI ÖYKÜSÜ VAR	9(9,9)	17(18,7)	21(23,1)	36(39,6)	8(8,8)	91 (%100)*
DERİ HASTALIĞI ÖYKÜSÜ YOK	40(5,6)	76(10,7)	185(26,1)	339(47,8)	69(9,7)	709 (%100)*
TOPLAM	49 (6,1)	93 (11,6)	206 (25,8)	375 (46,9)	77 (9,6)	800 (%100)*

*sattır yüzdesi

Erişkinlerin açık havada çalışma durumlarına göre herhangi bir deri hastalığı geçirme öyküsü, çok ben, güneş lekelerinin varlığı ve deri kanseri tanısı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde açık havada çalışanların vücutlarında daha fazla güneş lekelerinin ($\chi^2=12,616, p=0,002$) olduğunu saptadık. Bilmiyorum cevapları değerlendirme dışı bırakıldı.

Erişkinlerin açık havada çalışma durumlarının deri hastalığı, çok ben ve güneş lekeleri ve deri kanseri ile ilişkisi Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24: Erişkinlerin açık havada çalışma durumlarının deri hastalığı, çok ben ve güneş lekeleri ve deri kanseri ile ilişkisi

	AÇIK HAVADA ÇALIŞIYOR n(%)	AÇIK HAVADA ÇALIŞMIYOR n(%)
HERHANGİ BİR DERİ HASTALIĞI GEÇİRME ÖYKÜSÜNÜZ VAR MI?		
EVET	16(%8,3)	75(%12,3)
HAYIR	167(%86,5)	514(%84,7)
BİLMİYORUM	10(%5,2)	18(%3)
ÇOK BENİNİZ VAR MI?		
EVET	40(%20,7)	117(%19,3)
HAYIR	145(%75,2)	470(%77,6)
BİLMİYORUM	8(%4,1)	20(%3,3)
GÜNEŞ LEKENİZ VAR MI?		
EVET	55(%28,5) *12,616(0,002)	162(%26,7)
HAYIR	130(%67,4)	441(%72,7)
BİLMİYORUM	8(%4,1)	4(%0,6)
DERİ KANSERİ TANISI ALDINIZ MI?		
EVET	5(%2,6)	25(%4,1)
HAYIR	188(%97,4)	580(%95,6)
BİLMİYORUM	----	2(%0,3)
TOPLAM	193 (%24,2)	607 (%75,8)

* $\chi^2(p)$

Erişkinlerin son 3 yıl içerisinde güneş yanığı derecesi ile deri hastalığı geçirme öyküsünün ilişkisini incelediğimizde hem şiddetli ($\chi^2=13,510$, $p=0,001$) hem de hafif güneş yanığı ($\chi^2=6,625$, $p=0,036$) öyküsü olanlarda deri hastalığı geçirme öyküsünün de daha fazla olduğunu saptadık. Erişkinlerin son 3 yıl içerisinde hafif /şiddetli güneş yanığı geçirme ve deri hastalığı öykülerinin dağılımı Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25: Erişkinlerin son 3 yıl içinde hafif/ şiddetli güneş yanığı geçirme ve deri hastalığı öykülerinin ilişkisi

	SON 3 YIL İÇERİSİNDE HAFİF GÜNEŞ YANIĞI			SON 3 YIL İÇERİSİNDE ŞİDDETLİ GÜNEŞ YANIĞI		
	EVET n(%)	HAYIR n(%)	TOPLAM n(%)	EVET n(%)	HAYIR n(%)	TOPLAM n(%)
DERİ HASTALIĞI ÖYKÜSÜ VAR	62(%68,1) * 6,625 (0,036)	29(%31,9)	91 (%100) **	28(%30,8) * 13,150 (0,001)	63(%69,2)	91 (%100)**
DERİ HASTALIĞI ÖYKÜSÜ YOK	404(%57)	305(%43)	709 (%100) **	114(%16,1)	595(%83,9)	709 (%100)**
TOPLAM	466 (%58,2)	334 (%41,8)	800(%100)**	142 (%17,8)	658 (%82,2)	800(%100)**

* $\chi^2(p)$ **sattır yüzdesi

Çocuk:

Katılımcı çocukların tümü en az bir risk faktörü taşımaktaydı. Katılımcıların 147'si (%71,7) ise 3 veya daha fazla risk faktörü taşıyordu.

Risk faktörlerinden saat 10:00–16:00 arasında haftada 10 saatten fazla güneşe maruz kalma, sürekli maruziyette güneş yanığı ve bronzlaşamama öyküsü ve fitzpatrick I-II deri tipi en sık rastlanan ilk üç risk faktörüydü. En az bildirilen risk faktörleri ise son 3 yıl içerisinde şiddetli güneş yanığı öyküsü ve 1 saat güneşe maruziyette güneş yanığı mevcudiyeti idi.

Çocukların saç tiplerine göre dağılımlarına baktığımızda; sarışın 25 (%12,2), kızıl 2 (%1), kumral 65 (%31,7), koyu kahve 61 (%29,8) ve siyah saç rengine sahip 52 (%25,4) kişi olduğunu gördük. Deri tiplerini incelediğimizde ise çok açık, açık sarışın 64 (%31,2), kumral 91 (%44,4) ve esmer deri tipine sahip 50 (%24,4) kişi olduğunu gördük.

Çocukların 1 saat güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişikliklere göre dağılımlarını incelediğimizde katılımcıların yarısından fazlasının riskli olarak değerlendirebileceğimiz büllü, ciddi veya hafif güneş yanığı öykülerinin olduğunu saptadık. Çocukların 1 saat güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişikliklere göre dağılımları Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Çocukların 1 saat güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişiklikler

1 SAAT GÜNEŞTE KALINDIĞINDA DERİDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER					
CİDDİ BÜLLÜ GÜNEŞYANIĞI	CİDDİ GÜNEŞ YANIĞI	HAFİF GÜNEŞ YANIĞI	BRONZLAŞIR	DEĞİŞİKLİK OLMAZ	TOPLAM
2(%1)	7(%3,4)	113(%55,1)	38(%18,5)	45(%22)	205(%100)*

*satr yüzdesi

Çocukların sürekli güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişikliklere göre dağılımlarını incelediğimizde, katılımcıların yaklaşık yarısının riskli olarak değerlendirebileceğimiz güneş yanığı devam eder, bronzlaşmam ama çillerim çıkar ve hafif bronzlaşırım cevabını verdiklerini gördük. Çocukların sürekli güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişikliklere göre dağılımları Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27: Çocukların sürekli güneşte kaldıklarında derilerinde meydana gelen değişiklikler

SÜREKLİ GÜNEŞTE KALINDIĞINDA DERİDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER					
GÜNEŞ YANIĞI DEVAM EDER	BRONZLAŞMAZ AMA ÇİLLER OLUR	HAFİF BRONZLAŞIR	BRONZLAŞIR	DEĞİŞİKLİK OLMAZ	TOPLAM
23(%11,2)	11(%5,4)	54(%26,3)	103(%50,2)	14(%6,8)	205(%100)*

*satır yüzdesi

Çocukların son 3 yıl içerisindeki hafif/şiddetli güneş yanığı geçirme dağılımlarına baktığımızda; 153 (%74,6) çocuğun son 3 yıl içerisinde hafif güneş yanığı, 40 (%19,5) çocuğun ise şiddetli güneş yanığı geçirdiklerini gördük. Çocukların çoğunluğu (157, %76,6) hafif veya şiddetli güneş yanığı geçirmişlerdi. 36 (%17,6) çocuk ise son 3 yıl içinde hem hafif hem de şiddetli güneş yanığı geçirdiğini ifade etmişti. Hiç güneş yanığı geçirmeyen çocuk sayısı ise 48 (%23,4) idi. Çocukların son 3 yıl içerisinde hafif/şiddetli güneş yanığı geçirme durumları Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28: Çocukların son 3 yıl içinde güneş yanığı geçirme durumları

	EVET	HAYIR	TOPLAM
HAFİF GÜNEŞ YANIĞI	153(%74,6)	52(%25,4)	205(%100)*
ŞİDDETLİ GÜNEŞ YANIĞI	40(%19,5)	165(%80,5)	205(%100)*
HEM HAFİF HEM ŞİDDETLİ GÜNEŞ YANIĞI	157(%76,6)	48(%23,4)	205(%100)*
GÜNEŞ YANIĞI GEÇİRMEMİŞ	48(%23,4)	157(%76,6)	205(%100)*

*satır yüzdesi

RİSKLİ DAVRANIŞLAR VE KORUNMA DAVRANIŞLARI

Deri kanseri açısından riskli görülen davranışlar olarak; gün içerisinde güneşin yoğun olduğu saatlerde (10:00–16:00) ve sürekli güneş ışınlarına maruziyet ile güneşe maruz kalınan durumlarda giysi, şapka, koruyucu ürün kullanma gibi korunma davranışlarını sorguladık.

Erişkin:

Erişkinlerin ancak %33'ü gölgede bulunmaya dikkat ediyordu. Daha da az bir kesim (%25) ise saat 10:00–16:00 arası güneşe çıkmadığını belirtmişti. Açık renkli ve sık dokulu giysiler giyerek korunma davranışı da pek sık uygulanmıyordu. Erişkinlerin %70'i hiç şapka kullanmıyor, geniş kenarlı şapka kullananlar ise toplam katılımcıların ancak %10'unu oluşturuyordu. Güneş gözlüğü kullanımı da yaygın değildi. Erişkinlerin güneş ışınlarından korunmaya yönelik davranışlarının dağılımı Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo29: Erişkinlerin güneş ışınlarından korunmaya yönelik davranışlarının dağılımı

	HİÇ	NADİREN	SIKLIKLA	HERZAMAN	TOPLAM
GÖLGEDE BULUNMA	51(%6,4)	210(%26,3)	273(%34)	266(%33,3)	800(%100)*
SAAT 10:00-16:00 ARASI GÜNEŞE ÇIKMAMA	105(%13,1)	311(%38,9)	197(%24,6)	187(%23,4)	800(%100)*
KORUYUCU GİYSİLER	172(%21,5)	280(%35)	197(%24,6)	151(%18,9)	800(%100)*
ŞAPKA	343(%42,9)	244(%30,5)	110(%13,8)	103(%12,8)	800(%100)*
GENİŞ KENARLI ŞAPKA	560(%70)	155(%19,3)	42(%5,3)	43(%5,4)	800(%100)*
GÜNEŞ GÖZLÜĞÜ	274(%34,3)	164(%20,4)	148(%18,5)	214(%26,8)	800(%100)*

*sattır yüzdesi

Güneş ışınlarından korunma davranışlarını yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi ve risk grubu açısından incelediğimizde;

40 yaş altı ($\chi^2=4,150$ $p=0,02$), erkek ($\chi^2=11,127$ $p=0,001$), yüksekokul mezunu ($\chi^2=5,936$ $p=0,009$) ve risk grubunda ($\chi^2=4,836$ $p=0,01$) olan katılımcıların saat 10:00–16:00 arasında gölgede bulunma konusunda diğer gruplara göre daha az duyarlı olduklarını saptadık. Yine 40 yaş altı ($\chi^2=11,760$ $p<0,001$), erkek ($\chi^2=3,236$ $p=0,04$) ve yüksekokul mezunu ($\chi^2=2,931$ $p=0,05$) katılımcıların giysi ile korunma davranışı sergilemeleri konusunda diğer gruplara göre daha az duyarlı olduklarını saptadık.

40 yaş üstü ($\chi^2=4,019$ $p=0,02$), erkek ($\chi^2=5,347$ $p=0,01$), ilköğretim-lise mezunu olan ($\chi^2=15,548$ $p<0,001$) katılımcılar diğer gruplara göre daha az gözlük kullanıyorlardı. Yine 40 yaş üstü ($\chi^2=9,135$ $p=0,002$), erkek ($\chi^2=40,567$ $p<0,001$), ilköğretim-lise mezunu ($\chi^2=40,828$ $p<0,001$) olan katılımcılar diğer gruplara göre günlük hayatta daha az koruyucu ürün kullanıyorlardı. Sahilde GK kullanımını incelediğimizde 40 yaş üstü ($\chi^2=19,913$ $p<0,001$), erkek ($\chi^2=15,328$ $p<0,001$), ilköğretim-lise mezunu ($\chi^2=32,119$ $p<0,001$) katılımcıların sahilde de daha az koruyucu ürün kullandıklarını gördük. Ayrıca kadın ($\chi^2=29,090$ $p<0,001$) ve yüksek okul mezunu ($\chi^2=6,495$ $p=0,01$) katılımcılar daha çok GK kullanıyorlardı.

Yine 40 yaş üstü ($\chi^2=12,136$ $p<0,001$), kadın ($\chi^2=8,301$ $p=0,003$), yüksek okul mezunu ($\chi^2=39,636$ $p<0,001$) katılımcıların ise diğer gruplara göre daha çok uygun SPF değerine sahip ürün ile korunduklarını saptadık.

Bunun yanı sıra 40 yaş altı ($\chi^2=14,025$ $p<0,001$) ve yüksekokul mezunu ($\chi^2=12,141$ $p<0,001$) katılımcılar şapka kullanma konusunda daha az duyarlıydılar. Duyarsızlık geniş kenarlı şapka kullanımında da vardı. 40 yaş altı ($\chi^2=10,096$ $p=0,001$) ve yüksekokul mezunu ($\chi^2=4,128$ $p=0,02$) katılımcılar geniş kenarlı şapka kullanma konusunda daha az duyarlıydılar.

Erişkinlerin güneşten korunma davranışlarının yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi ve risk grubuna göre dağılımları Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 30: Erişkinlerin güneş ışınlarından korunma davranışlarının yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi ve risk grubuna göre dağılımı ve ilişkisi

KORUNMA DAVRANIŞI	YAŞ		CİNSİYET		ÖĞRENİM DÜZEYİ		RİSK GRUBU	
	40< n(%)	≥40 n(%)	K n(%)	E n(%)	İLKÖĞRETİM-LİSE n(%)	YÜKSEKOKUL n(%)	RİSK GRUBU n(%)	RİSK GRUBU DEĞİL n(%)
GÖLGEDE								
KORUNUYOR	148(%30,5)	118(%37,5)	172(%38,1)	94(%26,9)	181(%36,4)	85(%28,1)	200(%31,4)	66(%40,5)
KORUNMUYOR	337(%69,5)	197(%62,5)	279(%61,9)	255(%73,1)	316(%63,6)	218(%71,9)	437(%68,2)	97(%59,5)
	4,150 (0,02) *			11,127(0,001)*		5,936 (0,009)*	4,836(0,01)*	
ÖĞLE SAATİ								
KORUNUYOR	89(%18,4)	98(%31,1)	125(%27,7)	62(%17,8)	126(%25,4)	61(%20,1)	138(%21,7)	49(%30,1)
KORUNMUYOR	396(%81,6)	217(%68,9)	326(%72,3)	287(%82,2)	371(%74,6)	242(%79,9)	499(%78,3)	114(%69,9)
	17,361(<0,001)*			10,878(0,001)*		2,864(0,05)*	5,110(0,01)*	
GİYİSİ İLE								
KORUNUYOR	73(%15,1)	78(%24,8)	95(21,1)	56(%16)	103(%20,7)	48(%15,8)	114(%17,9)	37(%22,7)
KORUNMUYOR	412(%84,9)	237(%75,2)	356(%78,9)	293(84)	394(%79,3)	255(%84,2)	523(%82,1)	123(%77,3)
	11,760(<0,001)*			3,236(0,04)*		2,931(0,05)*		
ŞAPKA İLE								
KORUNUYOR	45(%9,3)	58(%18,4)	52(%11,5)	51(14,6)	80(%16,1)	23(%7,6)	86(%13,5)	17(%10,4)
KORUNMUYOR	440(%90,7)	257(%81,6)	399(%88,5)	298(%85,4)	417(%83,9)	280(%92,4)	551(%86,5)	146(%89,6)
	14,205 (<0,001)*					12,141(<0,001)*		
GENİŞ KENARLI ŞAPKA İLE								
KORUNUYOR	16(%3,3)	27(%8,6)	24(%5,3)	19(%5,4)	33(%6,6)	10(%3,3)	34(%5,3)	9(%5,5)
KORUNMUYOR	469(%96,7)	288(%91,4)	427(%94,7)	330(%94,6)	464(%93,4)	293(%96,7)	603(%94,7)	154(%94,5)
	10,096 (0,001) *					4,128 (0,02)*		
GÖZLÜK İLE								
KORUNUYOR	142(%29,3)	72(%22,9)	135(%29,9)	79(%22,6)	109(%21,9)	105(%34,7)	166(%26,1)	48(%29,4)
KORUNMUYOR	343(%70,7)	243(%77,1)	316(%70,1)	270(%77,4)	388(%78,1)	198(%65,3)	471(%73,9)	115(%70,6)
		4,019(0,02)*		5,347 (0,01)*	15,548(<0,001)*			
GÜNEŞ KORUYUCU ÜRÜN (GK) İLE								
KORUNUYOR	60(%12,4)	32(%10,2)	76(%16,9)	16(%4,6)	46(%9,3)	46(%15,2)	51(%12,8)	41(%10,2)
KORUNMUYOR	425(%87,6)	283(%89,8)	375(%83,1)	333(%95,4)	451(%90,7)	257(%84,8)	347(%87,2)	361(%89,8)
				29,090(<0,001)*	6,495 (0,01)*			
GÜN LÜK HAYATTA GK KULLANARAK								
KORUNUYOR	228(%47)	114(%36,2)	237(%52,5)	105(%30,1)	174(%35)	168(%55,4)	368(%42,2)	90(%55,2)
KORUNMUYOR	257(%53)	201(%63,8)	214(%47,5)	244(%69,9)	323(%65)	135(%44,6)	269(%57,8)	73(%44,8)
		9,135 (0,002)*		40,567(<0,001)*	40,828(<0,001)*			
SAHİLDE GK KULLANARAK								
KORUNUYOR	340(%70,1)	172(%54,6)	315(%69,8)	197(%56,4)	276(%55,5)	236(%77,9)	232(%36,4)	56(%34,4)
KORUNMUYOR	145(%29,9)	143(%45,4)	136(%30,2)	152(%43,6)	221(%44,5)	67(%22,1)	405(%63,6)	107(%65,6)
		19,913 (<0,001)*		15,328(<0,001)*	32,119(<0,001)*			
SPF								
<15 SPF	215(%62,9)	82(%46,9)	120(%37,6)	100(%50,5)	154(55,2)	66(%27,7)	229(%55,9)	68(%63,6)
>15 SPF	127(%37,1)	93(%53,1)	199(%62,4)	98(%49,5)	125(%44,8)	172(%72,3)	181(%44,1)	39(%36,4)
		12,136 (<0,001)*	8,301 (0,003)*			39,636 (<0,001)*		
TOPLAM	485(%60,6)	315(%39,4)	451(%56,4)	349(%43,6)	497(%62,1)	303(%37,9)	637(%79,6)	163(%20,4)

* $\chi^2(p)$

Erişkinlerin 517' si (%65) güneş koruyucu ürün kullandıklarını belirtmişlerdi. Erişkinlerden güneş koruyucu ürün kullananlar ve kullanmayanların dağılımları Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31: Erişkinlerin güneş koruyucu ürün kullanma durumu

GÜNEŞ KORUYUCU ÜRÜN KULLANIYOR	GÜNEŞ KORUYUCU ÜRÜN KULLANMIYOR	TOPLAM
517(%65)	283(%35)	800(%100)*

*sattır yüzdesi

Güneş koruyucu ürün kullanan erişkinlerin yarıya yakını SPF numaralarını hatırlamıyor veya bilmiyordu. Her zaman GK ürün kullananlar ise 92(%17,8) kişi idi. Güneş koruyucu ürün kullanma sıklığı ve kullanılan ürünlerin SPF numaralarına göre dağılımları Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32: Erişkinlerin güneş koruyucu ürün kullanma sıklığı ve kullanılan ürünlerin SPF numaralarına göre dağılımları

SPF	KORUCU ÜRÜN KULLANMA SIKLIĞI		
	NADİREN-SIKLIKLA KULLANIYOR	HERZAMAN KULLANIYOR	TOPLAM
15	13(%72,2)	5(%27,8)	18 (%100)*
15-30	80(%86)	13(%14)	93 (%100) *
> 30	142(%69,6)	62(%30,4)	204 (%100) *
HATIRLAMİYOR-DİKKAT ETMİYOR	190(%94)	12(%6)	202(%100) *
TOPLAM	425 (%61,3)	92 (%17,8)	517(%100)*

*sattır yüzdesi

Güneş koruyucu ürün kullanan 517 kişiden, 342 si (%66,1) sadece sahilde değil günlük hayatta da güneş koruyucu ürün kullandıklarını belirtmişlerdi. Uygulanan vücut bölgelerine göre dağılıma baktığımızda yüz (%95,6), kol (%39,2) ve boyun (%36,8) en sık uygulanan ilk 3 bölgeydi. En az uygulanan bölgeler ise gövde (%1,5), ayaklar (%3,5) ve kulaklar (%5) idi. Günlük hayatta güneş koruyucu ürün kullanan bireylerin, güneş koruyucu ürünü uyguladıkları vücut bölgelerine göre dağılımları Tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33: Günlük hayatta güneş koruyucu ürün kullananların uyguladıkları vücut bölgelerine göre dağılımları

GÜNLÜK HAYATTA KREM KULLANMA SIKLIĞI	VÜCUT BÖLGELERİ (n=342)							
	YÜZ	BOYUN	KULAK	EL	KOL	GÖVDE	BACAK	AYAK
KULLANIYOR	327 (%95,6)	126 (%36,8)	17 (%5)	96 (%28,1)	134 (%39,2)	5 (%1,5)	52 (%15,2)	12 (%3,5)

*Katılımcılar birden çok şık işaretleyebilmişlerdir

Çocuk:

Çocukların güneşten korunma ile ilgili davranışlarını incelediğimizde; çocukların yaklaşık 1/3'ü öğle saati dışarı çıkmamaya, gölgede bulunmaya ve şapka takmaya dikkat ediyordu. Giysi, geniş kenarlı şapka ve güneş gözlüğü ile korunanlar ise oldukça nadirdi. Çocukların güneş ışınlarından korunma ile ilgili davranışlarının dağılımları Tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34: Çocukların güneş ışınlarından korunma ile ilgili davranışlarının dağılımı

	HIÇ	NADİREN	SIKLIKLA	HERZAMAN	TOPLAM
GÖLGEDE BULUNMA	19(%9,3)	76(%37)	50(%24,3)	60(%29,4)	205(%100)*
SAAT 10:00–16:00 ARASI GÜNEŞE ÇIKMAMA	13(%6,3)	41(%20)	89(%43,4)	62(%30,3)	205(%100)*
KORUYUCU GİYSİLER	39(%19)	68(%33,2)	60(%29,3)	38(%18,5)	205(%100)*
ŞAPKA	36(%17,6)	62(30,2)	48(%23,4)	59(%28,8)	205(%100)*
GENİŞ KENARLI ŞAPKA	97(%47,3)	52(%25,4)	33(%16,1)	23(%11,2)	205(%100)*
GÜNEŞ GÖZLÜĞÜ	104(%50,7)	63(%30,7)	24(%11,8)	14(%6,8)	205(%100)*

*sattır yüzdesi

Katılımcı çocukların korunma davranışlarının yaş ve cinsiyet ile ilişkisini değerlendirdiğimizde; kız çocuklarının ($\chi^2=7,098$ $p=0,004$) daha çok gölgede bulunmaya dikkat ettiklerini tespit ettik. 6–10 yaş arası çocuk katılımcılar öğle saati güneş ışınlarından korunma ($\chi^2=8,198$ $p=0,003$), şapka ($\chi^2=9,15$ $p=0,002$) ve geniş kenarlı şapka ($\chi^2=4,916$ $p=0,02$) kullanma konusunda daha duyarlıydılar.

205 çocuk katılımcının güneşten korunma davranışlarının yaş, cinsiyete göre dağılımları Tablo 35'de verilmiştir.

Tablo 35: Çocukların güneş ışınlarından korunma davranışlarının yaş ve cinsiyete göre dağılımları

KORUNMA DAVRANIŞLARI	YAŞ		CİNSİYET	
	6-10 n(%)	11-17 n(%)	K n(%)	E n(%)
GÖLGEDE				
KORUNUYOR	35(%35,7)	27(%64,3)	41(%39)	21(%21)
KORUNMUYOR	63(%64,3)	80(%35,7)	64(%61) 7,908 (0,004) *	79(%79)
ÖĞLE SAATİ				
KORUNUYOR	38(%38,8)	22(%20,6)	33(%31,4)	27(%27)
KORUNMUYOR	60(%61,2) 8,198 (0,003) *	85(%79,4)	72(%68,6)	73(%73)
GİYSİ İLE				
KORUNUYOR	21(%21,4)	17(%15,9)	22(%21)	16(%16)
KORUNMUYOR	77(%78,6)	90(%84,1)	83(%79)	84(%84)
ŞAPKA İLE				
KORUNUYOR	38 (%38,8)	21(%19,6)	30(%28,6)	29(%29)
KORUNMUYOR	60(%61,2) 9,15 (0, 002) *	86(%80,4)	75(%71,4)	71(%71)
GENİŞ KENARLI ŞAPKA İLE				
KORUNUYOR	16(%16,3)	7(%6,5)	11(%10,5)	12(%12)
KORUNMUYOR	82(%83,7) 4,916 (0,02) *	100(%93,5)	94(%89,5)	88(%88)
GÖZLÜK İLE				
KORUNUYOR	4(%4,1)	10(%9,3)	6(%5,7)	8(%8)
KORUNMUYOR	94(%95,9)	97(%90,7)	99(%94,3)	92(%92)
GÜNEŞ KORUYUCU ÜRÜN (GK) İLE				
KORUNUYOR	39(%39,8)	53(%49,5)	51(%48,6)	41(%41)
KORUNMUYOR	59(%60,2)	54(%50,5)	54(%51,4)	59(%59)
TOPLAM	98(%47,8)	107(%52,2)	105(%51,2)	100(%48,8)

* $\chi^2(p)$

Çocukların koruyucu ürün kullanma, korunma bilgisine sahip olma ve güneşten korunma konusunda uyarılma durumlarına göre dağılımlarını incelediğimizde katılımcıların yarısının güneş ışınlarından korunmak için güneş koruyucu ürün kullandıklarını, çoğunun güneş ışınlarının zararları hakkında korunma bilgisine sahip olduklarını bildirdiklerini, yine büyük çoğunluğunun güneşten korunmaları için uyarı aldıklarını gördük. Çocukların koruyucu ürün kullanma, korunma bilgisine sahip olma ve güneşten korunmaları için uyarılma durumlarına göre dağılımları Tablo 36’de verilmiştir.

Tablo 36: Çocukların koruyucu ürün kullanma, korunma bilgisi ve korunmaları için uyarılma durumlarına göre dağılımları

	EVET	HAYIR	TOPLAM
GÜNEŞ KORUYUCU ÜRÜN KULLANIYORMUSUNUZ?	113(%55,1)	92 (%44,9)	205(%100)*
GÜNEŞ IŞINLARININ ZARARLARI HAKKINDA KORUNMA BİLGİSİNE SAHİPMİSİNİZ?	168(%82)	37 (%18)	205(%100)*
GÜNEŞ IŞINLARININ ZARARLARI HAKKINDA UYARI ALIYORMUSUNUZ?	189(%92,2)	16 (%7,8)	205(%100)*

*satır yüzdesi

Çocukların çevrelerinden hangi sıklıkta uyarı aldıklarına dair dağılımlarını incelediğimizde; 90 (%43,9) kişi hergün, 59 (%28,8) haftada 1-2 kez, 39 (%19) kişi ayda 1-2 kez çevrelerinden uyarı aldıklarını, 17 (%8,3) kişi ise hiç uyarı almadıklarını belirtmişlerdi.

RİSK FAKTÖRLERİ, RİSKLİ GRUPLAR VE GENEL KORUNMA YAKLAŞIMININ İLİŞKİSİ

Erişkin katılımcıların korunma davranışlarını incelediğimizde çok az sayıda (n=11,%1,3) katılımcının 7 puan aldığını yani tam korunduğunu, yarıya yakın (n=342,%42) katılımcının ise 0 puan aldığını yani hiç korunmadığını saptadık. 6-17 yaş arası 205 katılımcının davranışlarını incelediğimizde ise çocuk katılımcılardan hiçbirisinin 7 puan almadığını yani tam korunmadığını gördük. Buna ek olarak yaklaşık dört çocuktan birinin (n=52,%23,3) 0 puan aldığı yani hiç korunmadığı da çarpıcı bir sonuç olarak karşımıza çıktı. Bununla birlikte artan yaş ile korunma davranışının arttığını saptadık ($r=0,171$ $p\leq 0,001$). Katılımcıların yaş aralıklarına göre korunma davranışı puan dağılımı Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37: Tüm katılımcıların yaş aralıklarına göre korunma davranışları puan dağılımı

KORUNMA DAVRANIŞLARI	YAŞ ARALIĞI							TOPLAM
	6-10 n(%)	11-17 n(%)	18-29 n(%)	30-39 n(%)	40-49 n(%)	50-59 n(%)	>60 n(%)	
0 PUAN	25 (%6,4)	27 (%6,8)	126 (%32)	89 (%22,6)	72 (%18,3)	43 (%10,9)	12 (%3)	394 (%100)*
1 PUAN	23 (%9)	43 (%17,2)	64 (%25,8)	62 (%24,8)	32 (%12,8)	15 (%6)	11 (%4,4)	250 (%100)*
2 PUAN	12 (%9)	15 (%11,1)	22 (%16,4)	36 (%27)	29 (%21,6)	11 (%8,2)	9 (%6,7)	134 (%100)*
3 PUAN	19 (%16,7)	11 (%9,6)	22 (%19,2)	24 (%21,3)	15 (%13,1)	17 (%14,9)	6 (%5,2)	114 (%100)*
4 PUAN	12 (%21,7)	6 (%10,6)	3 (%5,3)	16 (%28,5)	9 (%15,9)	8 (%14,5)	2 (%3,5)	56 (%100)*
5 PUAN	3 (%9,1)	3 (%9,1)	5 (%15,5)	9 (%27,3)	8 (%24)	4 (%12)	1 (%3)	33 (%100)*
6 PUAN	4 (%30,8)	2 (%15,4)	---	2 (%15,4)	---	4 (%30,8)	1 (%7,6)	13 (%100)*
7 PUAN	---	---	2 (%18,2)	3 (%27,7)	1 (%9,1)	3 (%27,7)	2 (%18,2)	11 (%100)*

*sıra yüzdesi

Erişkin:

Erişkinlerde genel korunma yaklaşımı ile risk gruplarının ilişkisini incelediğimizde tam korunanların oldukça az olduğunu gördük. Risk grubu ve genel korunma yaklaşımı ilişkisi Tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38: Risk grubu ve genel korunma yaklaşımı ilişkisi

	TAM KORUNUYOR	TAM KORUNMUYOR
RİSK GRUBU	9(%1,4)	628(%98,6)
RİSK GRUBU DEĞİL	2(%1,2)	161(%98,8)

Tek tek risk faktörleri ile korunma davranışlarının ilişkisini incelediğimizde; vücutlarında çok ben olduğunu bildiren katılımcıların çok ben olmayanlara göre 10:00–16:00 saatleri arasında dışarıya çıkmama ($p=0,04$) ve şapka kullanma ($p=0,03$) konularında daha az duyarlı olduklarını fakat sahilde daha çok güneş koruyucu ürün ($p=0,04$) kullandıklarını tespit ettik.

Saat 10:00–16:00 arası haftada 10 saattten fazla güneşte kalanların; gölgede bulunma ($p=0,001$), giysi ile korunma ($p=0,05$), sahilde ($p=0,02$) ve günlük hayatta ($p=0,01$) GK ürün ve >15 SPF koruyucu ürün kullanma konularında daha yetersiz korunma davranışı sergilediklerini ancak daha fazla şapka kullandıklarını ($p=0,001$) belirledik.

1 saat güneşe maruziyette güneş yanığı oluşan katılımcılarda sahilde güneş koruyucu ürün ($p=0,02$) kullanımı daha fazlaydı. Sürekli güneşe maruziyette güneş yanığı ve bronzlaşamama öyküsü olan katılımcılarda da sahil bölgelerinde güneş koruyucu ürün ($p=0,05$) kullanımı daha fazlaydı.

Son 3 yıl içerisinde şiddetli güneş yanığı öyküsü olan katılımcılar ise hem sahilde ($p<0,001$) hem de günlük hayatta ($p=0,005$) daha fazla güneş koruyucu ürün kullanıyorlardı.

Açık havada çalışan katılımcıların, 10:00–16:00 saatleri arasında dışarıya çıkmama ($p<0,001$), gölgede bulunma ($p<0,001$), giysi ile korunma ($p=0,04$), GK ürün kullanma ($p=0,02$) ve >15 SPF($p=0,03$) GK ürün kullanma konularında daha az duyarlı olduklarını tespit ettik. Ancak açık havada çalışan katılımcılar daha fazla şapka ($p<0,001$) kullanıyorlardı. Erişkinlerin deri kanseri risk faktörleri ile korunma davranışları arasındaki ilişki Tablo 39’de verilmiştir.

Tablo 39: Erişkinlerin deri kanseri risk faktörleri ile korunma davranışlarının ilişkisi

RİSK FAKT.	KORUNMA DAVRANIŞLARI									
	10:00- 16:00 güneşten korunma	Gölgede bulunma	Giyisi	Şapka	G.Şapka	Gözlük	GK	>15 SPF GK	Sahilde GK	Günlük hayatta GK
Fitzpatrick tip I,II deri tipi	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.
Çok ben varlığı	3,348 (0,04) *	A.D.	A.D.	3,676 (0,03)*	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	3,117 (0,049) *	A.D.
Kendisinde deri kanseri öyküsü	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.
Ailede deri kanseri öyküsü	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.
Haftada >10 saat güneş maruziyeti	17,600 (<0,001) *	9,240 (0,001) *	2,985 (0,05)*	10,970 (0,001) *	A.D.	A.D.	A.D.	5,847 (0,01) *	4,413 (0,02) *	4,793 (0,01) *
Güneş yanığı	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	4,145 (0,02) *	A.D.
Bronzlaşamama	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	2,809 (0,05)*	A.D.
Son 3 yıl şiddetli yanık	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	15,044 (<0,001) *	7,149 (0,005)*
Açık havada çalışma	22,169 (<0,001) *	12,520 (<0,001)*	3,168 (0,04) *	24,721 (<0,001) *	A.D.	A.D.	4,506 (0,02) *	3,622 (0,03)*	A.D.	A.D.

* $\chi^2(p)$ A.D: Anlamlı Değil GK: Güneş koruyucu ürün

Çocuk:

Çocukların sergiledikleri korunma davranışlarını risk faktörlerine göre incelediğimizde; sürekli güneş ışınlarına maruziyette bronzlaşamayan çocukların daha fazla şapka ($p=0,05$) kullandıklarını gördük. Diğer risk faktörleri ile korunma davranışları arasında anlamlı ilişki yoktu. Çocukların deri kanseri risk faktörleri ile korunma davranışları arasındaki ilişki Tablo 40'da verilmiştir.

Tablo 40: Çocukların deri kanseri risk faktörleri ile korunma davranışlarının ilişkisi

RİSK FAKT.	KORUNMA DAVRANIŞLARI						
	10:00-16:00 güneşten korunma	Gölgede bulunma	Giysi	Şapka	G.Şapka	Gözlük	GK
Fitzpatrick tip I,II deri tipi	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.
Haftada >10 saat güneş maruziyeti	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.
Güneş Yanığı	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.
Bronzlaşamama	A.D.	A.D.	A.D.	3,126 (0,05) *	A.D.	A.D.	A.D.
Son 3 yıl şiddetli yanık	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.	A.D.

* $\chi^2(p)$ A.D: Anlamlı Değil GK: Güneş koruyucu ürün

BİLGİ KAYNAKLARI

Erişkin:

Erişkinler (n=755,%94,4) büyük oranda güneşten korunma konusunda bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdi. Korunma bilgisine sahip olduğunu belirtenlerin bilgi kaynaklarını sorguladığımızda ise en sık kullanılan bilgi kaynağının TV-Radyo gibi görsel-işitsel medya araçlarının olduğunu gördük. Bunu doktor ve yazılı medya araçları izliyordu. Erişkinlerin bilgi kaynaklarının dağılımı Tablo 41’de verilmiştir.

Tablo 41:Erişkinlerin bilgi kaynaklarının dağılımı

GÜNEŞ IŞINLARINDAN KORUNMA BİLGİ KAYNAKLARI	EVET	HAYIR	TOPLAM
ÖĞRETMEN	41(%5,4)	714(%94,6)	755(%100)*
DOKTOR	378(%50,1)	377(%49,9)	755(%100)*
DERS KİTABI	67(%8,9)	688(%91,1)	755(%100)*
TV-RADYO	520(%68,9)	235(%31,1)	755(%100)*
GAZETE-DERGİ	327(%43,3)	428(%56,7)	755(%100)*
SEMİNER	47(%6,2)	708(%93,8)	755(%100)*
DİĞER	110(%14,6)	645(%85,4)	755(%100)*

Katılımcılar birden çok şık işaretleyebilmişlerdir *satır yüzdesi

Erişkin katılımcıların çoğunluğu TV-radyo ve gazete-dergi aracılığı ile korunma bilgisine sahip olduklarını belirtmiştir. Sırasıyla en çok doktor programları (n=440,%73,9), TV-eğitim programları (n=245,%41,2) ve sağlık sloganlarından (n=243,%40,8) bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Erişkinler tarafından görsel ve yazılı medyada izlenen programların dağılımı Tablo 42’de verimiştir.

Tablo 42: Erişkinler tarafından görsel-işitsel ve yazılı medyada izlenen programların dağılımı

GÖRSEL-İŞİTSEL-YAZILI MEDYADA İZLENEN PROGRAMLAR	EVET	HAYIR	TOPLAM
REKLAM KAYNAKLI PROGRAMLAR	130(%21,8)	465(%78,2)	595(%100)*
TV- EĞİTİM PROGRAMLARI	245(%41,2)	350(%58,8)	595(%100)*
DOKTOR PROGRAMLARI	440(%73,9)	155(%26,1)	595(%100)*
MAGAZİN PROGRAMLARI	31(%5,2)	564(%94,8)	595(%100)*
SAĞLIK SLOGANLARI	243(%40,8)	352(%59,2)	595(%100)*

Katılımcılar birden çok şık işaretleyebilmişlerdir *satır yüzdesi

Çocuk:

Güneş ışınlarının zararları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten 168 çocuk sırası ile en çok anne, baba ve Tv-radyodan bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdir. Çocukların bilgi kaynaklarının dağılımları Tablo 43’de verilmiştir.

Tablo 43:Çocukların güneşten korunma bilgi kaynaklarının dağılımları

GÜNEŞ IŞINLARINDAN KORUNMA BİLGİ KAYNAKLARI (n=168)	EVET	HAYIR	TOPLAM
ANNE	144(%85,7)	24(%14,3)	168(%100)*
BABA	107(%67,3)	61(%36,3)	168(%100)*
ÖĞRETMEN	73(%43,5)	95(%56,5)	168(%100)*
DOKTOR	40(%23,8)	128(%76,2)	168(%100)*
DERS KİTABI	26(%15,5)	142(%84,5)	168(%100)*
TV-RADYO	78(%46,4)	90(%53,6)	168(%100)*
GAZETE-DERGİ	35(%20,8)	133(%79,2)	168(%100)*
SEMİNER	2(%1,2)	166(%98,8)	168(%100)*
DİĞER	8(%4,8)	160(%95,2)	168(%100)*

Katılımcılar birden çok şık işaretleyebilmişlerdir *satır yüzdesi

Çocuklardan 92'si (%44,9) bilgi kaynağı olarak görsel ya da yazılı medyayı belirtmiştir.

Bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin bilgi kaynaklarının dağılımlarına baktığımızda; sırası ile en sık doktor programları, sağlık sloganları ve TV-eğitim programlarının izlendiği görülmektedir. Çocukların izledikleri programların dağılımı Tablo 44'de verilmiştir.

Tablo44: Çocuklar tarafından görsel ve yazılı medyada izlenen programların dağılımı

GÖRSEL-İŞİTSEL-YAZILI MEDYADA İZLENEN PROGRAMLAR	EVET	HAYIR	TOPLAM
REKLAM KAYNAKLI PROGRAMLAR	30(%32,6)	62(%67,4)	92(%100)*
TV- EĞİTİM PROGRAMLARI	41(%44,6)	51(%55,4)	92(%100)*
DOKTOR PROGRAMLARI	53(%57,6)	39(%42,4)	92(%100)*
MAGAZİN PROGRAMLARI	8(%8,7)	84(%91,3)	92(%100)*
SAĞLIK SLOGANLARI	49(%53,3)	43(%46,7)	92(%100)*

Katılımcılar birden çok şık işaretleyebilmişlerdir *satır yüzdesi

6.TARTIŞMA

Çalışmamızın öne çıkan sonucu yılın yaklaşık on ayı güneşli ve yılın 5 ayı ortalama güneşlenme zamanı 10 saat, UV İndex'i 8 olan Aydın ilinde (102,103), hem çocuklarda hem de erişkinlerde, risk faktörlerinden herhangi birisini taşıyanlarda güneşten korunma yaklaşımının, risk taşımayanlardan farklı olmamasıdır. Çalışmanın sonuçları dört alanda tartışılacak ve yorumlanacaktır:

1-Deri kanseri risk faktörleri,

2-Riskli davranışlar ve korunma davranışları,

3-Risk faktörü taşıyan kişilerin sergiledikleri korunma davranışları,

4-Sık görülen ve önlenabilir bir kanser türü olan deri kanserlerinin tanınması ve korunma bilinci geliştirilmesine yönelik çalışmaların aile hekimliği uygulaması ve eğitimi içinde daha geniş yer bulmasının gerekliliği.

Risk faktörleri

Açık göz rengi (mavi/yeşil), açık renk saç (sarı/kızıl), kolay güneş yanığı gelişebilen, çillenmeye yatkın olan ve bronzlaşamayan Fitzpatrick deri tipi I-II fenotipinde olan kişilerde malign melanom riski iki kat artmaktadır (15,21). 12 yaş altındaki çocuklarda, şiddetli güneş yanığı malign melanom riskini 3,6 kat arttırmaktadır. Erişkinlerde ise şiddetli güneş yanığı geçirmenin 10 yıl içerisinde malign melanom gelişme riskini 2 kat arttırdığı saptanmıştır (22). Aile öyküsü malign melanom için major risk faktörlerinden bir tanesidir. Ailede 1. derece yakınında melanom tanısı olması riski 3 kat arttırırken, 3'ten fazla 1. derece yakınında melanom tanısı olması ise riski 35–70 kat arttırmaktadır (21). Ayrıca yapılan toplum temelli çalışmalarda maruz kalınan kümülatif UV miktarı, çocukluk döneminde sık ve şiddetli güneş yanıkları, çillenme, yazın yoğun güneş maruziyeti erişkin dönemde BHK ve SHK riskini arttırmaktadır (53,57,64). Bu bilgiler ışığında güneşin zararlı etkilerinden tüm toplumun özellikle de çocukların korunması gerektiği aşikârdır.

Çalışmamıza katılan erişkinlerin %80'ine yakını en az bir risk faktörü taşıyordu. Risk faktörlerinden en sık rastlananlar bronzlaşamama, haftada 10 saatten fazla güneşe maruz kalma ve fitzpatrick tip I-II deri tipine sahip olmak idi. Bu risk faktörlerinden deri tipi ve derinin güneş maruziyetine yanıtı değiştirilemeyen özellikte olmaları ile birlikte güneşte geçirilen saatlerin uzunluğu dikkat çekicidir.

Çocuk katılımcıların ise tümü en az bir risk faktörü taşımaktaydı. Hatta 147 çocuk 3 veya daha fazla risk faktörü taşıyordu. Çocuklarda da en sık görülen risk faktörleri erişkinlerdeki gibiydi. Buna ek olarak çocukların çoğunluğunun güneş yanığı öyküsü vardı. Önlenebilir bir risk faktörü olan güneşte geçirilen saatlerin azaltılmasının çocuklar açısından büyük bir kazanç sağlayacağını düşünüyoruz.

Çocukların çoğunun önlenebilir bir risk faktörü taşımalarına rağmen 6–10 yaş arasının ancak yarısının aileleri ya da çevresi tarafından uyarıldıklarını, 11–18 yaş arasının ise daha da azının uyarı aldıklarını gördük. Bu durum bize deri kanseri risk faktörleri, riskli davranışlar ile ilgili yeterli korunma bilincinin olmadığını düşündürmektedir.

Risk faktörü olmasa da açık havada çalışanların vücutlarında daha fazla güneş lekeleri bulunmaktaydı. Yine güneş yanığı öyküsü olanlarda deri hastalığı geçirme öyküsü de daha fazlaydı.

Riskli davranışlar ve korunma davranışları

Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, güneşten korunma davranışları konusunda kadınların erkeklerden daha dikkatli korunma davranışı sergiledikleri, daha sık koruyucu ürün kullandıkları ve gençlerin korunma davranışlarının daha yetersiz olduğu bildirilmektedir (113-115). Buna ek olarak yine ülkemizde koruyucu giysi, güneş gözlüğü ve şapka kullanımının da daha az olduğu görülmektedir (99,106,107,115). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Farklı ülkelerde korunma davranışlarının çeşitlilik gösterdiğini görmekteyiz.

Coğrafi ve kültürel olarak bize yakın bir ülke olan Yunanistan'da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçların ortaya çıktığını görüyoruz. Bu çalışmada, yine kadınların erkeklere göre daha fazla güneş koruyucu ürün kullandıkları, 45 yaş üstü katılımcıların saat 10:00-16:00 arası güneş ışınlarından kaçındıkları, koruyucu giysiler ve şapka kullanma konusunda daha duyarlı oldukları bildirilmektedir (111). Deri kanseri insidansı yüksek bir ülke olan Avustralya'da da güneş koruyucu ürün kullanımının kadınlar arasında daha yaygın olduğu bildirilmektedir (112). Yunanistan'da 18-24 yaş arasında korunma yöntemi olarak en sık güneş koruyucu ürün ve gözlük kullanımı bildirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğu güneş ışınlarının deri kanseri sebebi olabileceğini bildiğini belirtmiş, bildiğini belirtmeyen katılımcıların ise yarısının 34 yaşından genç olduğu görülmüştür (111). Bu durum gençlerin güneşe daha fazla maruz kaldıkları ve güneşin zararlı etkileri konusunda daha az bilgi sahibi oldukları şeklinde yorumlanmaktadır (111,116). Yunanistan'da

yaşayanların güneşin yoğun olduğu saatlerde gölgede bulunmaya dikkat etmedikleri, koruyucu ürün kullanan her on kişiden ancak birisinin yeterli ve uygun SPF değerine sahip ürün kullandığı vurgulanmaktadır (111). Bizim çalışmamızda da erişkinlerin yarısından fazlasının güneş koruyucu ürün kullandıkları fakat kullananların önemli bir kısmının kullandıkları güneş koruyucu ürünün SPF numarasını bilmedikleri, ayrıca şapka kullanmadıkları, saat 10:00-16:00 arası güneş ışınlarından korunmak için gölgede bulunmaya dikkat etmediklerini saptadık. Bu durum ülkemizde yapılan başka çalışmalarda da vurgulanmıştır (99,106). Ancak coğrafi ve kültürel olarak farklı ülkelerde karşımıza farklı sonuçlar çıkmaktadır. Güneşten korunma bilinci daha gelişmiş bir ülke olarak kabul edilen Avustralya’da yapılan bir çalışmada uygun güneş koruyucu ürün kullanımının diğer ülkelere göre daha fazla olduğu ancak şapka, giysi gibi doğal korunma yollarının daha az kullanıldığı bildirilmiştir (112).

Güneşin deri üzerindeki zararlı etkileri bazen güneş lekeleri gibi sağlığı tehdit etmeyen boyutta olabileceği gibi çocukluk döneminde sürekli veya aralıklı ama yoğun güneş maruziyeti sonucu oluşan güneş yanıkları ilerleyen yıllarda NMDK gelişimine de neden olabilmektedir (64,99,107). Genelde ihmal edilen kulak, el, ayaklar gibi bölgelerde NMDK gelişebilmektedir. Yapılan bir çalışmada NMDK tanısı alan hastaların, yaklaşık %10’unda kanser kulak bölgesinde görülmüştür (98). Bu çalışma özellikle ihmal edilen kulak bölgesinin korunmasını vurgulamaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da koruyucu ürünlerin en sık yüz ve kollara uygulandığı, kulak bölgesinin ise en az korunduğu belirtilmektedir (107,108). Bizim çalışmamızda da koruyucu ürünlerin en sık yüz ve kol bölgelerine uygulandığı kulak ve ayakların ihmal edildiği görülmektedir.

BHK ve SHK gelişiminin yanı sıra çocukluk çağında şiddetli güneş yanığı öyküsünün malign melanom riskini 3,6 kat arttırdığı ve güneş ışınlarının gözde katarakt oluşumuna da neden olduğu bilinmektedir (22,55,64,117). Çalışmamıza katılan çocukların önemli bir kısmının saat 10:00-16:00 arası güneş ışınlarından kaçmadıklarını, koruyucu giysiler giymediklerini, güneş koruyucu ürün, şapka ve gözlük kullanımlarının da oldukça nadir olduğunu gördük. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada 12-15 yaş arası çocuk ve adolesanların yarısının güneş gözlüğü ve uygun SPF değerine sahip koruyucu ürün kullanmadığı, %18’inin ciddi güneş yanığı geçirdiği bildirilmektedir (118). Yine ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise 11-12 yaş arası çocuklarda güneş koruyucu ürün kullanımının daha yüksek olduğu görülmüş, 13-14 yaş arası ve erkek öğrencilerin korunmadıkları ve daha

fazla risk altında oldukları vurgulanmaktadır (123). Avustralya’da çocuklar dâhil tüm yaş gruplarında güneş koruyucu ürün kullanımının yüksek olduğu, ancak çocuklarda giysi ve şapka kullanımının az olduğu, koruyucu giysi kullanımının da yaş arttıkça azaldığı ve güneş yanıklarının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca ailesi tarafından güneşten korunma bilgisi verilen çocukların daha iyi korunma davranışı sergiledikleri belirtilmektedir. Yetersiz korunma bilgisine sahip ebeveynlerin çocuklarının da yeterince korunmadıkları görülmüştür (112). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da aile eğitimi ile özellikle tehlikeli saydığımız saat 10:00-16:00 arasında güneşe çıkmamaya dikkat etmek gibi korunma davranışlarının arttığı bildirilmektedir (113).

Eğitim düzeyi ile korunma davranışlarının korelasyon gösterdiği düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada güneşten korunma davranışlarının eğitilmiş katılımcılarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (99). Bu çalışmada bildirilenin aksine çalışmamıza katılan erişkinlerden yüksek okul mezunu olanların güneşten korunmadıklarını koruyucu giysi ve şapka kullanmadıklarını fakat uygun SPF değerine sahip güneş koruyucu ürün kullandıklarını gördük. Bu sonuçlar ülkemizde yapılan pek çok çalışma ile uyumluydu. (107,108,114,115). Sonuç olarak yüksek okul mezunlarının genelde güneşten korunma davranışı sergilemedikleri fakat yeterli ve uygun SPF değerine sahip güneş koruyucu ürün kullandıklarını söyleyebiliriz. Ancak bu durum eğitim düzeyi yüksek olanlara da doğal korunma yollarının önemini vurgulanması gerektiğini göstermektedir.

Gelir düzeyi ile güneşten korunma davranışları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde gelir düzeyinin korunma davranışlarını arttırabildiğini görüyoruz. Ülkemizde yapılan bir çalışmada aylık gelir düzeyi yüksek olan bireylerde güneş koruyucu ürün kullanımının yüksek olduğu bildirilmektedir. Başka bir çalışmada ise yüksek gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarının daha yeterli korundukları saptanmıştır (99,118). Avustralya’da yapılan bir çalışmada sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe şapka ve giysi kullanımının da arttığı bildirilmiştir (112). Biz de çalışmamızda düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların daha az gözlük kullandıklarını, buna karşın daha yüksek gelire sahip katılımcıların hem sahilde hem de günlük hayatta güneş koruyucu ürün kullanımları konusunda daha duyarlı oldukları ve uygun SPF değerine sahip ürün kullandıklarını saptadık.

Risk faktörü taşıyanların sergiledikleri korunma davranışı

Çalışmamıza katılan erişkin katılımcılardan risk faktörü taşıyanların yeterli korunma davranışı sergilemediklerini gördük. Çocuk katılımcıların ise tümü en az bir risk faktörü taşıyordu ve hiç birisi yeterli korunma davranışı sergilemiyordu.

Güneşe maruziyetin yoğun olduğu ülkelerde tüm toplumda özellikle çocuklar ve risk faktörleri taşıyanlarda korunma bilincinin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Deri kanseri insidansı en yüksek ülke olan Avustralya'da devlet okullarında 20 yıldır uygulanan deri kanserinden korunma programı sonucunda, toplumun hem bilgi, davranış ve tutumlarının düzeldiği hem de deri kanseri insidansı ve mortalite hızının düştüğü bildirilmektedir. Bu sonuca okullarda öğrenilen doğru davranış ve tutumun büyük katkısı olduğu belirtilmektedir (104). Güneşe maruziyetin yoğun olduğu bir başka ülke olan Hawaii'de ilk ve orta öğretim okullarında yapılan bir çalışmada ise okullarda güneşten korunma politikalarının çok yetersiz olduğu, açık hava etkinliklerinin uygun saat aralıklarında yapılmadığı, koruyucu giysi ve şapka kullanımının düşük olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle okul yöneticilerinin, çocukların güneşe maruziyeti nedeniyle kaygı duydukları ancak bunun okul politikalarına yansımadığı, yeni programlara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (105). Ülkemizde yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışmada genelde güneşten korunma davranışlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir (106-108). Ancak ne yazık ki ülkemiz genelinde kapsamlı korunma programları ve bu programları oluşturmaya yönelik sağlık politikaları mevcut değildir. Küçük ve sınırlı gruplarla yapılan bazı çalışmalarda ise korunma programlarının güneş ışınlarının sağlık üzerine etkisi hakkında toplum bilgisini arttırabildiği fakat korunma davranışlarını değiştirmede görülüş, eğitim gereksiniminin önemi vurgulanmış ve eğitimin bilgi, tutum ve davranış geliştirmede kısmen etkili olduğu bildirilmiştir (106,108,109). Korunma programları ve politikaları geliştirme çabası içerisinde olan ABD'de, Miami'de ilk ve orta dereceli okullarda yapılan bir çalışmada; ulusal sağlık hedeflerine ulaşabilmek için deri kanseri gibi önlenabilir tehditleri algılamak ve önlemek için okul tabanlı eğitim programlarının önemli rol oynayabileceği belirtilmektedir. Eğitim programları içerisinde 10:00-16:00 saatleri arasında güneşten kaçınmak, koruyucu giysiler giymek, şapka, gözlük, uygun SPF değerine sahip güneş koruyucu ürün kullanmak ve yapay ışık kaynaklarından uzak durmak gibi korunma davranışlarının vurgulanması önerilmektedir (104). Yine ABD'de 42 eyalet ve 102 okulda yapılan bir çalışmada; öğrencilere güneş ışınlarının zararları ve korunma yöntemleri hakkında eğitim verilmiş, eğitim öncesi ve sonrası yapılan değerlendirme

sonucunda, öğrencilerin gölgede bulunma, güneş koruyucu ürün kullanma sıklığında artış saptanmış ve güneş yanığının güzellik amaçlı olduğunu belirtenlerin sayılarında azalma olduğu bildirilmiştir (110).

Ülkemizde eğitimin güneşten korunma davranışları üzerine etkisini değerlendiren bir çalışma olan Marmara bölgesinde 194 çiftçi ile yapılan çalışmada, çiftçilere cilt kanseri bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili sorular sorulmuş, sonrasında eğitim verilmiştir. Altı ay sonra anket yinelenildiğinde ve güneş koruyucu ürün, şemsiye kullanımı ile ilgili farkındalıklarının olduğu tespit edilmiştir. Ancak çiftçilerin şapka, uzun kollu giysi ve gözlük kullanmaları konusunda yeterli duyarlılık geliştirmediği görülmüştür. Çiftçilere verilen eğitimin bilgi, tutum ve davranış geliştirmede kısmen etkili olduğu bildirilmiştir (109). Yakın gelecekte eğitim ile ilgili programların geliştirilmesi ve daha kapsamlı çalışmaların planlanması toplum sağlığı açısından bir öncelik olmalıdır.

Deri kanserlerinin tanınması ve korunma bilincinin gelişmesi hedeflerinin Aile Hekimliği uygulamasındaki yeri

Toplum sağlığı ve kişisel sağlığın iyileştirilmesi aile hekimliği uygulamasının temellerini oluşturmaktadır. Risk faktörlerinin, riskli davranışların ve korunma davranışlarının belirlenmesi ile birlikte toplum sağlığı açısından önemi giderek artan bir konu olan deri kanserine yönelik toplumsal bilincin geliştirilmesi yönünde adımlar atılabilecektir. Ayrıca risk faktörü taşıyan kişilerin doğru korunma davranışı geliştirmeleri kişisel sağlığın iyileştirilmesi açısından da önem taşımaktadır.

Güneş ışınlarının deri üzerindeki zararlı etkilerinin bilinmesi ve son 60-70 yılda melanom ve melanom dışı deri kanseri insidansının 6 kat artması, ülkelerin korunma politikaları geliştirmelerine yol açmıştır (3,104-108). Koruma programlarının ve uygulamaların geniş kitlelere ulaşabilmesi de bir diğer önemli konudur. Bu konuda sağlık çalışanları kadar görsel-işitsel ve yazılı medyaya da görev düşmektedir. Bilgi kaynağı olarak bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak en sık televizyonun bildirildiğini görmekteyiz, (119). Ancak geniş kitlelere ulaşabilen ve toplumun kolay ulaşabildiği bir konumda olan aile hekimlerinin bilgilendirdiği kişilerin de hem kendileri hem de çocukları için daha yeterli korunma davranışı geliştirdikleri bildirilmektedir (120).

Uygulama içerisinde bulunan aile hekimlerinin bilgi düzeyleri, muayeneye gelen hastalara karşı verdikleri hizmetler ve karşılaştıkları engeller birincil ve ikincil korunmanın

başarısında önemli rol oynamaktadır. Bu konuda çeşitli yayınlar mevcuttur. Bu çalışmalardan birisinde, aile hekimlerinin deri kanseri risk faktörleri ve korunma davranışları ile ilgili bilgilerine yönelik sorulara verdikleri yanıtlarda, kendi kendine cilt muayenesini, güneşten korunma davranışlarını ve 35 yaş altında yapay ışık kaynaklarından uzak durmayı önemli buldukları görülmektedir. Büyük çoğunluğu malign melanom için tanı kriterlerinden olan ABCD kuralını bildiklerini, yüksek riskli gördükleri hastalarından %60'ının cilt muayenelerini yaptıklarını ve danışmanlık hizmeti verdiklerini bildirmişlerdir. Yüksek riskli hastalara uygulanması gereken rutin deri taraması için en büyük engelin zaman kısıtlılığı ve sosyal güvenlik kurumunun geri ödeme problemi olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca şikâyeti olmayan hastalara da cilt muayenesini yapmadıklarını bildirmişlerdir (121). Bir başka çalışmada ise aile hekimleri, pratisyen hekimler ve dâhiliye uzamanlarına başvuran hastalardan beşte birinin, düzenli olarak tüm vücut cilt muayenesine geldiğini, erkeklerin daha fazla muayene olduklarını, kadınların daha az muayene olmalarının sebeplerinden birisinin ise utanma hissine bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada 40 yaş altında kadınların, 40 yaş üstünde ise erkeklerin kendi yaş gruplarına göre daha sık muayene oldukları bildirilmektedir. Ayrıca koruma programlarının geliştirilmesi ile birlikte cilt kanseri risk faktörleri ile ilgili farkındalılığın artmasının yanı sıra mortalite ve morbidite hızlarının düşmesinin mümkün olabileceği vurgulanmaktadır (122).

Karşılaşılan zorluklar ve sınırlılıklar

Çalışmamız giderek daha önemli bir sağlık sorunu olan deri kanserlerinden korunma konusunda bir adım olma niteliğinde olmakla birlikte bazı sınırlılıklar da içermektedir. Ayrıca uygulama sırasında bazı zorluklar da karşımıza çıktı. Bunlardan biri, çalışma evreni olarak belirlediğimiz Aydın merkez ilçe ile belirlenen altı ilçeden hedeflenen kişilere ulaşmada yaşanan zorluklardı. Yedek liste eklenerek dağıtılan anketler ilçelerde hedeflenenin altında Aydın merkez ilçede ise hedeflenenin üzerinde geri dönmüş olup bu durum dağılım açısından bir sınırlılık oluşturmuştur. Çalışmamızın diğer bir sınırlılığı ise katılımcıların %68,8'inin 39 yaş altında olmasıdır. Her ne kadar TÜİK 2010 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun %67,3'ü 39 yaş altında ise de Aydın ilinde 39 yaş altındaki nüfus oranı % 60 olarak belirtilmektedir. Ancak bu oranın çalışma popülasyonuna yansımadığını görüyoruz. Bu durum bir sınırlılık olarak değerlendirilebileceği gibi deri kanseri açısından riskli

davranışların mümkün olduğunca erken yaşlarda saptanması açısından bir avantaj olarak ta görülebilir.

Bu sınırlılıklarla birlikte çalışmamızın sonuçlarının, Aydın ilinde deri kanseri risk faktörleri, riskli davranışlar ve korunma davranışlarının değerlendirilmesi, deri kanserlerinden korunma bilincinin gelişmesi için hedeflenenlerin Aile Hekimliği eğitimi ve uygulaması içinde daha geniş yer bulmasına katkı sağlayacak nitelikte olduğunu düşünüyoruz

7. SONUÇLAR

Çalışmamıza katılan hem çocuk hem de erişkin katılımcıların risk faktörleri hakkında yeterli bilinç düzeyine sahip bulunmadıklarını, risk faktörlerinin farkında olmadıklarını, çoğunluğunun risk faktörü taşıdıklarını ve korunmadıklarını gördük.

Çalışmamıza katılan hem erişkin hem de çocuk katılımcıların riskli davranışlar gösterdikleri gördük.

Çalışmamıza katılan erişkin katılımcılardan risk faktörü taşıyanların yeterli korunma davranışı sergilemediklerini gördük. Çocuk katılımcıların ise tümü en az bir risk faktörü taşıyordu ve onlar da yeterli korunma davranışı sergilemiyordu.

Toplum sağlığı ve kişisel sağlığın geliştirilmesi Aile Hekimliği uygulamasının temellerini oluşturmaktadır. Bu uygulama içerisinde deri kanserlerinin tanınması ve korunma bilincinin gelişmesi için aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Uygulama içerisinde bulunan aile hekimlerinin bilgi düzeyleri, muayeneye gelen hastalara karşı verdikleri hizmetler ve karşılaştıkları engeller birincil ve ikincil korunmanın başarısında önemli rol oynamaktadır.

Sık görülen ve önlenabilir bir kanser türü olan deri kanserlerinin tanınması ve korunma bilincinin geliştirilmesi, deri kanseri risk faktörleri ve riskli davranışlara yönelik çalışmalarla mümkün olabilecektir. Çalışmamızın bu bilincin gelişmesine, toplumun ve aile hekimlerinin bu konudaki duyarlılıklarının ve bilgilerinin artmasına, dolayısı ile deri kanserinden korunmaya bir katkı olmasını umuyoruz. Pek çok bölgesinde güneşe maruziyetin yoğun olduğu ülkemizde, özellikle çocuk ve gençler için deri kanserinden korunma programlarının geliştirilmesinin ve uygulanmasının toplum sağlığı açısından önemli bir öncelik olduğunu düşünüyoruz.

8.KAYNAKLAR

- 1- de Gruijl F.R. Skin cancer and solar UV radiation. Eur J Cancer. 1999 Dec;35(14):2003–9.
- 2-<http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html> adresinden 25/11/2010 tarihinde ulaşılmıştır.
- 3-Osterlind A, Hjalgrim H, Kulinsky B, Frentz, G. Skin-cancer as a cause of death in Denmark. Br J Dermatol. 1991 Dec;125(6):580–2.
- 4-<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/melanoma> adresinden 01/10/2010 tarihinde ulaşılmıştır.
- 5-<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/skin> adresinden 01/10/2010 tarihinde ulaşılmıştır.
- 6-Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji Cilt 2. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,2008:1764–74.
- 7-Akay BN, Erdem C. Yassı hücreli karsinoma. Türkiye Klinikleri J İnt Med Sci 2007; 3(22): 20–37.
- 8- Cohen PR, Schulze KE, Rady PL, Tying SK, He Q, Martinelli PT, Nelson BR. Detection of human papillomavirus in cutaneous clear cell squamos cell carsinoma insitu; viral associated oncogenesis may contribute to the development of this pathologic variant of skin cancer. J Cutan Pathol. 2008 May;35(5):513–4.
- 9-Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji Cilt 2. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,2008:1793.
- 10-<http://www.nccn.com/component/content/article/55-prevention/161-prevent-skin-cancer.html>. adresinden 01/10/2010 tarihinde ulaşılmıştır.
- 11- Langley RGB, Barnhill RL, Mihm MC, Fitzpatrick TB, Sober AJ, Neoplasms: Cutaneosus melanoma. Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine içinde 6th.ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K. NewYork, McGraw-hill Inc,2001: 917–48
- 12- Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, Vachon CM, Schild SE, McWilliams RR, Hand JL, Laman SD, Kottschade LA, Maples WJ, Pittelkow MR, Pulido JS, Cameron JD, Creagan ET. Melanoma study group of the Mayo Clinic Cancer Center. Malignant melanoma in the 21st century, part 2: staging, prognosis, and treatment. Mayo Clin Proc. 2007 Apr;82(4):490–513.
- 13-www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/melanoma.pdf adresinden 01/10/2010 tarihinde ulaşılmıştır.
- 14-Tarhini AA, Agarwala SS. Cutaneous melanoma: available therapy for metastatic disease. Dermatol Ther. 2006 Jan-Feb;19(1):19–25.
- 15- Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, Vachon CM, Schild SE, McWilliams RR, Hand JL, Laman SD, Kottschade LA, Maples WJ, Pittelkow MR, Pulido JS, Cameron JD, Creagan ET. Melanoma study group of the Mayo Clinic Cancer Center. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. Mayo Clin Proc. 2007 Mar;82(3):364–80.
- 16- Eide MJ, Weinstock MA. Associations of UV index, latitude, and melanoma incidence in nonwhite populations-US Surveillance, Epidemiology, and End Results(SEER) Program, 1992 to 2001. Arch Dermatol. 2005 Apr;141(4):477–81.
- 17- Hu S, Ma F, Collado-Mesa F, Kirsner RS. UV radiation, latitude, and melanoma in US hispanics and blacks. Arch Dermatol. 2004 Jul;140(7):819–24.

- 18-Weinstock MA. Cutaneous melanoma: public health approach to early detection. *Dermatol Ther*. 2006 Jan-Feb;19(1):26–31.
- 19-Rhodes AR. Cutaneous melanoma and inversion strategies to reduce tumor-related mortality; what we know, what we don't know, and what we think we know that isn't so. *Dermatol Ther*. 2006 Jan-Feb;19(1):50-69.
- 20-Nestle FO, Kerl H. Melanoma. *Dermatology içinde*. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburgh, Mosby, 2003: 1789–816.
- 21-Niendorf KB, Tsao H. Cutaneous melanoma: family screening and genetic testing. *Dermatol Ther*. 2006 Jan Feb;19(1):1–8.
- 22- Holly EA, Aston DA, Cress RD, Ahn DK, Kristiansen JJ. Cutaneous melanoma in women. I. Exposure to sunlight, ability to tan, and other risk factors related to ultraviolet light. *Am J Epidemiol*. 1995 May 5;141(10):923–33.
- 23- Naldi L, Altieri A, Imberti GL, Giordano L, Gallus S, La Vecchia C. Oncology study group of the Italian group for epidemiologic research dermatology(GISED). Cutaneous malignant melanoma in women. Phenotypic characteristics, sun exposure, hormonal factors: a case-control study form Italy, *Ann Epidemiol*. 2005 Aug;15(7):545–50.
- 24- Karagas MR, Stukel TA, Dykes J, Miglionico J, Greene MA, Carey M, Armstrong B, Elwood JM, Gallagher RP, Green A, Holly EA, Kirkpatrick CS, Mack T, Østerlind A, Rosso S, Swerdlow AJ. . A pooled analysis of 10 case-control studies of melanoma and oral contraceptive use. *Br J Cancer*. 2002 Apr 8;86(7):1085-92.
- 25-Bevona C, Goggins W, Quinn T, Fullerton J, Tsao H. Cutaneous melanomas associated with nevi. *Arch Dermatol* 2003Dec;139(12):1620–4.
- 26-Garbe C, Eigentler TK. Diagnosis and treatment of cutaneous melanoma: State of the art 2006. *Melanoma Res*. 2007 Apr;17(2):117–27.
- 27-Bauer J, Garbe C. Risk estimation for malignant transformation of melanocytic nevi. *Arch Dermatol* 2004; 140: 127.
- 28-Krengel S, Hauschild A, Schafer T. Melanoma risk in congenital melanocytic nevi: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2006 Jul; 155(1):1–8.
- 29-Tannous ZS, Mihm MC Jr, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Feb;52(2):197–203.
- 30-Huynh PM, Grant-Kels JM, Grin CM. Childhood melanoma: update and treatment. *Int J Dermatol*. 2005 Sep;44(9):715–23.
- 31-Gafà L, Filippazzo MG, Tumino R, Dardanoni G, Lanzarone F, Dardanoni L. Risk factors of non melanoma skin cancer in Ragusa, Sicily: A case control study. *Cancer Causes Control*. 1991 Nov;2(6):395–9.
- 32- Wang SQ, Setlow R, Berwick M, Polsky D, Marghoob AA, Kopf AW, Bart RS. Ultraviolet A and melanoma: a Review. *J Am Acad Dermatol*. 2001 May;44(5):837–46.
- 33-Setlow RB, Grist E, Thompson K, Woodhead AD. Wavelengths effective in induction of malignant melanoma. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1993 Jul 15; 90(14): 6666–70.
- 34-Ley RD. Ultraviolet radiation A- induced precursors of cutaneous melanoma in monodelphis domestica. *Cancer Res* 1997 Sep 1; 57(17): 3682–4.
- 35-Elder DE, Elenitsas R, Johson BL, Murphy GF, Xu X. Benign pigmented lesions and malignant melanoma.

- Lever's Histopathology of the Skin içinde.9.ed. Elder DE, Elenitsas R, Johson BL, Murphy GF. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 2005:716–803.
- 36- Stern RS, Nichols KT, Vākevā LH. Malignant melanoma in patients treated for psoriasis with methoxsalen (psoralen) and ultraviolet A radiation (PUVA). The PUVA Follow-Up Study. N Engl J Med. 1997 Apr 10;336(15):1041–5.
- 37-International Agency for Research on Cancer working Group on artificial ultraviolet light and skin cancer. The associations of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: A systematic review. Int J Cancer 2007 Mar 1; 120(5): 1116–22.
- 38-Donawho C, Wolf P. Sunburn, sunscreen, and melanoma. Curr Opin Oncol. 1996 Mar;8(2):159-66.
- 39-Tüzün Y, Güner MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji Cilt 2. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,2008:1791–1820.
- 40-Margo CM, Crowson AN, Mihm MC. Unusual variants of malignant melanoma. Mod Pathol. 2006 Feb;19 Suppl 2:S41–70.
- 41-Patrick RJ, Fenske NA, Messina JL. Primary mucosal melanoma. J Am Acad Dermatol. 2007 May;56(5):828–34.
- 42- Koch SE, Lange JR. Amelanocytic melanoma: the great masquerader. J Am Acad Dermatol. 2000 May;42(5 Pt 1):731–4.
- 43-Shors AR, Weiss NS. The co-occurrence of ocular and cutaneous melanomas. Arch Dermatol. 2004 Jul;140(7):884–5.
- 44- Titus-Ernstoff L, Perry AE, Spencer SK, Gibson J, Ding J, Cole B, Ernstoff MS. Multpl primary melanoma: two-year results from a population-based study. Arch Dermatol. 2006 Apr;142(4):433–8.
- 45- Egberts F, Lischner S, Russo P, Kampen WU, Hauschild A. . Diagnostic and therapeutic procedures for menagment of melanoma during pregnancy: risk for the fetus? J Dtsch Dermatol Ges. 2006 Sep;4(9):717–20.
- 46- Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, Fleming ID, Gershenwald JE, Houghton A Jr, Kirkwood JM, McMasters KM, Mihm MF, Morton DL, Reintgen DS, Ross MI, Sober A, Thompson JA, Thompson JF. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. J Clin Oncol. 2001 Aug 15;19(16):3635–48.
- 47- Walsh P, Gibbs P, Gonzalez R. Newer strategies for effective evaluation of primary melanoma and treatment of stage III and IV disease. J Am Acad Dermatol. 2000 Mar;42(3):480–9.
- 48-Crowley NJ, Seigler HF. Late recurrence of malignant melanoma. Analysis of 168 patients. Ann Surg. 1990 Aug;212(2):173–7.
- 49-Lamb LA, Halpern AC, Hwu WJ. Diagnosis and managment of stage II/III melanoma. Semin Oncol Nurs. 2003 Feb;19(1):22–31.
- 50-Anadol R, Akay BN. Melanomun Dermoskopik Bulguları. Dermatolojide gelişmeler-6 içinde. Tüzün Y. İstanbul, Has Matbaacılık 2007: 76–85.
- 51-<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/acspc-024113.pdf> adresinden 15/01/2011 tarihinde ulaşılmıştır.
- 52-Carucci JA, Leffel DJ, Basal cell carsinoma. Fitzpatrick's Dermatoloji in General Medicine içinde.6. ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K ve ark. Newyork, McGraw-Hill Inc, 2003;747–54.

- 53-Wong CS, Strange RC, Lear JT. Basal cell caecinoma. *BMJ*. 2003 Oct 4;327(7418):794–8.
- 54- Lovatt TJ, Lear JT, Bastrilles J, Wong C, Griffiths CE, Samarasinghe V, Roebuck J, Ramachandran S, Smith AG, Jones PW, Fryer AA, Strange RC. Associations between ultraviolet radiation, basal cell carcinoma site and histology, host characteristics, and rate of development of further tumors. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Mar;52(3 Pt 1):468–73.
- 55-Miller SJ, Moresi JM. Actinic ceratosis, basal cell carsinoma, squamous cell carsinoma. *Dermatology içinde*. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Edinburgh, Mosby, 2003: 85–93.
- 56-Gallagher RP, Lee TK. Adverse effects of ultraviolet radiation: a brief review. *Prog Biophys Mol Biol*. 2006 Sep;92(1):119–31.
- 57- Corona R, Dogliotti E, D'Errico M, Sera F, Iavarone I, Baliva G, Chinni LM, Gobello T, Mazzanti C, Puddu P, Pasquini P. Risk factors for bazal cell carsinoma in a mediterranean population: role of recreational sun exposure early in life. *Arch Dermatol*. 2001 Sep;137(9):1162–8.
- 58-Ratner D, Peacocke M, Zhang H, Ping XL, Tsou HC. UV-specific p53 and PTCH mutations in sporadic basal cell carsinoma of sun exposed skin. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Feb;44(2):293–7.
- 59-Athar M, Tang X, Lee JL, Kopelovich L, Kim AL. Hedgehog signalling in skin development and cancer. *Exp Dermatol*. 2006 Sep;15(9):667–77.
- 60-Shumrick KA, Coldiron B. Genetic syndromes associated with skin cancer. *Otolaryngol Clin North Am*. 1993 Feb;26(1):117–37.
- 61- Crowson AN. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol*. 2006 Feb;19 Suppl 2:S127–47.
- 62-Wadhera A, Fazio M, Bricca G, Stanton O. Metastatic basal cell carcinoma: a case report and literature review. How accurate is our incidence data? *Dermatol Online J*. 2006 Sep 8;12(5):7.
- 63-Kirkham N: Tumors and cysts of epidermis. *Lever's histopathology of the skin içinde* 9th ed. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF (eds) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2003:830–48.
- 64- Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji Cilt 2. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,2008:1775–84.*
- 65- Bagheri MM, Safai B. Cutaneous malignancies of keratinocytic origin. *Clin Dermatol*. 2001 May-Jun;19(3):244–52.
- 66- Grossman D, Leffell DJ: Squamous cell carcinoma: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine içinde. 6th ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds) New York: McGraw Hill 2003: 737–47.
- 67-Ceylan C, Ozturk G, Alper S. Non-melanoma skin cancers between the years fo 1990 and 1999 in İzmir, Turkey: demographic and clinicopathological characteristics. *J Dermatol*. 2003 Feb;30(2):123–31.
- 68-Duncan KO, Leffell DJ: Epithelial precancerous lesions: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine içinde. 6th ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds) New York: McGraw Hill 2003: 719–36.
- 69-Rass K, Reichrath J. UV damade and DNA repair in malignant melanoma and nonmelanoma skin cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2008;624:162–78.

- 70-Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Squamous cell carcinoma. *Dermatology içinde*. 2nd Ed. Berlin, Springer-verlag, 2000: 1469–75.
- 71-Cassarino DS, Derienzo DP, Barr RJ. Cutaneous squamous cell carcinoma: a comprehensive clinicopathologic classification. Part two. *J Cutan Pathol*. 2006 Apr;33(4):261–79.
- 72- Grossman D, Leffell DJ: Squamous cell carcinoma: Fitzpatrick's *Dermatology in General Medicine içinde*. 7th ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds) New York: McGraw Hill 2008: 1028–36.
- 73-James WD, Berger TG, Elston DM. Squamous cell carcinoma. *Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology içinde*. 10th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2006:650–54.
- 74- Klein W, Chan E. Tumors of the epidermal appendages, Elder ED (Ed), *Lever's Histopathology of the Skin içinde*. 9th ed, WW Lippincott, Philadelphia, 2005:867–926
- 75- Yaqoob N, Ahmad Z, Muzaffar S, Gill MS, Soomro IN, Hasan SH. Spectrum of cutaneous appendage tumors at Aga Khan University Hospital. *J Pak Med Assoc*. 2003 Sep;53(9):427–31.
- 76- Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji Cilt 2. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,2008:1824–64.*
- 77- Marenda SA, Otto RA. Adnexal carcinomas of the skin. *Otolaryngol Clin North Am*. 1993 Feb;26(1):87–116.
- 78-<http://www.merkelcell.org/diagnosis/index.php> adresinden 19/01/2011 tarihinde ulaşılmıştır.
- 79- Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji Cilt 2. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,2008:1785–90.*
- 80- Braun-Falco O, Plewig G, wolff HH, Burgdorf WHC. Benign Epithelial Tumors. *Dermatology içinde*. 2nd ed. Berlin, Springer-verlag, 2000:1441–43.
- 81-Fitzpatrick TB, Freedberg IM. Benign Hyperplasias and Neoplasias of Melanocytes. In: Grichnic J, Rhode Sober A, Fitzpatrick's *Dermatology in 62 General Medicine içinde*. 6t ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2003 (vol 1):881–905.
- 82- Rao BK, Wang SQ, Murphy FP. Typical dermoscopic patterns of benign melanocytic nevi. *Dermatol Clin*. 2001 Apr;19(2):269–84.
- 83-Kincannon J, Boutzale C. The physiology of pigmented nevi. *Pediatrics*. 1999 Oct;104(4 Pt2):1042–5.
- 84-Duncan KO, Giesse JK, Leffel DJ. Epithelial precancerous lesions. *Fitzpatrick's Dermatology of General Medicine içinde*. Ed. Wolff K, Goldsmith S, Katz SI ve ark. New York, Mc Graw-Hill, 2008; 1007–15.
- 85-Rossi R, Mori M, Lotti T. Actinic keratosis. *Int J Dermatol*. 2007 Sep;46(9):895–904.
- 86- Balch CM, Soong SJ, Atkins MB, Buzaid AC, Cascinelli N, Coit DG, Fleming ID, Gershenwald JE, Houghton A Jr, Kirkwood JM, McMasters KM, Mihm MF, Morton DL, Reintgen DS, Ross MI, Sober A, Thompson JA, Thompson JF. An evidence-based staging system for cutaneous melanoma. *CA Cancer J Clin*. 2004 May-Jun;54(3):131–49.
- 87- Goldberg MS, Doucette JT, Lim HW, Spencer J, Carucci JA, Rigel DS. Risk factors for presumptive melanoma skin cancer screening: American Academy of Dermatology National Melanoma/Skin Cancer Screening Program experience 2001–2005. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Jul;57(1):60–6.

- 88-McIntyre WJ, Downs MR, Bedwell SA. Treatment options for actinic keratoses. *Am Fam Physician*. 2007 Sep 1;76(5):667–71.
- 89-Marmur ES, Schmults CD, Goldberg DJ. A review of laser and photodynamic therapy for the treatment of nonmelanoma skin cancer. *Dermatol Surg*. 2004 Feb;30(2 Pt 2):264–71.
- 90-Lens M. Cutaneous Melanoma: Interferon alpha adjuvant therapy for patients at high risk for recurrent disease. *Dermatol Ther*. 2006 Jan-Feb;19(1):9–18.
- 91-Gogas HJ, Kirkwood JM, Sondak VK. Chemotherapy for metastatic melanoma: time for a change? *Cancer*. 2007 Feb 1;109(3):455–64.
- 92-Lebwohl M, Dinehart S, Whiting D, Lee PK, Tawfik N, Jorizzo J, Lee JH, Fox TL. Imiquimod 5% cream for the treatment of actinic keratosis: results from two phase III, randomized, double-blind, parallel group, vehicle-controlled trials. *J Am Acad Dermatol*. 2004 May;50(5):714–21.
- 93-Rivers JK, McLean DI. An open study to assess the efficacy and safety of topical 3% diclofenac in a 2,55 hyaluronic acid gel for the treatment of actinic keratoses. *Arch Dermatol* 1997 Oct; 133(10):1239–42.
- 94-Grimaître M, Etienne A, Fathi M, Piletta PA, Saurat JH. Topical colchicine therapy for actinic keratoses. *Dermatology*. 2000;200(4):346–48.
- 95-Ceilley RI, del Rosso JQ. Current modalities and new advances in the treatment of basal cell carcinoma. *Int J Dermatol*. 2006 May;45(5):489–98.
- 96-Lubritz RR, Smolewski SA. Cryosurgery cure rate of actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol*. 1982 Nov;7(5):631–2.
- 97- Almahros M, Kurban AK. Ultraviolet carcinogenesis in nonmelanoma skin cancer part II: review and update on epidemiologic correlations. *Skinmed*. 2004 May-Jun;3(3):132–9.
- 98- Ragi JM, Patel D, Masud A, Rao BK. Nonmelanoma skin cancer of the ear: frequency, patients' knowledge and photoprotection practices. *Dermatol Surg*. 2010 Aug;36(8):1232–9.
- 99-Kokturk A, Baz K, Buğdaycı R, Kaya T, Koca A, İkizoğlu G. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda güneşten korunma bilinci ve alışkanlıkları. *Türkiye Klinikleri Dermatol* 2002, 12:198–203
- 100-Coups EJ, Manne SL, Heckman CJ. Multiple skin cancer risk behaviors in the U.S. population. *Am J Prev Med*. 2008 Feb;34(2):87–93.
- 101-www.aydin.gov.tr adresinden 01/07/2011 tarihinde ulaşılmıştır.
- 102-<http://www.weatheronline.co.uk/Turkey/Aydin/UVindex> adresinden 10/07/2011 tarihinde ulaşılmıştır.

103-<http://www.dmi.gov.tr/veridegerlendirme/il-ve-ilceler-istatistik.aspx?m=AYDIN> adresinden 10/07/2011 tarihinde ulaşılmıştır.

104- Robert S. Kirsner, Dorothy F. Parker, Noel Brathwaite, Andrea Thomas, Francisco Tejada, and Edward J. Trapido. Sun Protection Policies in Miami-Dade County Public Schools: Opportunities for Skin Cancer Prevention. *Pediatr Dermatol*. 2005 Nov-Dec;22(6):513–9.

105- Paul Eakin, Jay Maddock, Angela Techur-Pedro, Raphael Kaliko, D. Christian Derauf. Sun protection policy in elementary schools in Hawaii. *Prev Chronic Dis*. 2004 Jul;1(3):A05.

106- İlter N, Oztas MO, Adışen E, Güre MA, Keseroğlu Ö, Ünal S, Kırac B, Yüksek J, Kevlekci C, Çetinkunar D, Öztürk B, Eroğlu N. Ankara’da bir alışveriş merkezinde yapılan nevus taramasında populasyonun güneşten korunma alışkanlıkları ve melanositik nevuslarının değerlendirilmesi. *Turkderm* 2009;43:155–9.

107- Kaymak Y, Tekbaş ÖF, Şimşek I. Üniversite öğrencilerinin güneşten korunma ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Türkderm* 2007;41:81–5.

108- Özkan Ş, Ergör G, İlknur T, Fetil E, Erdem Y, Akar H, Yıldız G, Tunalı B, Bilgiç A, Birinci Y. Güneş ve toplum bilinci: bir anket çalışması. *Türkderm*. 2001;35(4):277–84.

109- Malak AT, Yildirim P, Yildiz Z, Bektas M. Effects of Training about Skin Cancer on Farmers' Knowledge Level and Attitudes. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(1):117–20.

110- Alan C Geller, Linda Rutsch, Kristin Kenausis, Paula Selzer and Zi Zhang. Can an hour or two of sun protection education keep the sunburn away? Evaluation of the Environmental Protection Agency's Sunwise School Program. *Environ Health*. 2003 Nov 3;2(1):13.

111- Nikolaou V, Stratigos AJ, Antoniou C, Avgerinou VSG, Danopoulou I, Nicolaidou E, Katsambas AD. Sun exposure behavior and protection practices in a Mediterranean population: a questionnaire-based study. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2009 Jun;25(3):132–7.

112- Warren R. Stanton, Monika Janda, Peter D.Baade and Peter Anderson. Primary prevention of skin cancer: a review of sun protection in Australia. *Health Promot Int*. 2004 Sep;19(3):369–78.

113- Filiz TM, Çınar N, Topsever P, Uçar F. Tanning youth: knowledge, behaviors and attitudes toward sun protection of high school students in Sakarya. *J Adolesc Health*. 2006 Apr;38(4):469–71.

114- Ermertcan AT, Öztürkcan S, Dinç G, Yurtman D, Pala T, Şahin MT. Sunscreen use and sun protection practices in student and personel of Celal Bayar University. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2005 Aug;21(4):191–7.

115- Uslu M, Karaman G, Şavk E, Şendur N. Adnan menderes üniversitesi hekimlerinin deri kanserleri ve güneşin etkileri konusunda bilgi düzeyleri ile güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 7(1) :5–10.

116- Devos SA, Baeyens K, Van Hecke L. Sunscreen use and skin protection behavior on the Belgium beach. *Int J Dermatol*. 2003 May;42(5):352–6.

117- Dulon M, Weichenthal M, Blettner M, Breitbart M, Hetzer M, Greinert R, Baumgardt-Elms C, Breitbart EW. Sun Exposure and number of nevi in 5 to 6 year old European Children. *J Clin Epidemiol*. 2002 Nov;55(11):1075–81.

118- Uysal A, Özsoy A, Ergül Ş. Öğrencilerin cilt kanseri risklerinin ve güneş ışınlarından korunmaya yönelik uygulamaları değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2004; 43(2) : 95 – 9.

- 119-Hedges T, Scriven A. Young park users' attitudes and behaviour to sun protection. *Glob Health Promot.* 2010 Dec;17(4):24–31.
- 120- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21682578> adresinden 01/07/2011 tarihinde ulaşılmıştır.
- 121- Geller AC, O’Riordan DL, Oliveria SA, Valvo S, Teich M, Halpern AC. Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counseling for high-risk patients: results of a national survey of primary care physicians. *J Am Board Fam Pract.* 2004 Nov-Dec;17(6):416–23.
- 122- Rodriguez GL, Ma F, Federman DG, Rouhani P, Chimento S, Multach M, Kirsner RS. Predictors of skin cancer screening practice and attitudes in primary care. *J Am Acad Dermatol.* 2007 Nov;57(5):775–81.
- 123- Ergul S, Ozeren E. Sun protection behavior and individual risk factors of turkish primary school students associated with skin cancer: a questionnaire-based study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(3):765–70.
- 124- Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. Genova 1991.

8. EKLER

EK-1: Özgeçmiş

Adı Soyadı: Ahmet İŞCİBAŞI

Ünvanı: Araştırma Görevlisi Dr.

Doğum yeri, tarihi: Geislingen, 31.12.1974

Medeni hali: Evli

İş adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.09100, AYDIN

İş telefonu: 0-256- 444 1256/ 4307

Cep telefonu: 0-505-7283045

e-posta: iscibasiahmet@hotmail.com

Ev adresi: Girne mahallesi, Huzurevi cad. Halilbey Apt. No:49/ 2 Aydın

Ev telefonu: -

Eğitim:

Franz-Xaver Messerschmidt Grund und Hauptschule, Wiesensteig 1981-1984

Jaletepe İlköğretim Okulu, Söke 1984-1986

Söke Lisesi, Söke 1986-1992

Azerbaycan Nerimanov Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Bakü 1992-1993

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa 1993-2000

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi: 06.08.2008 tarihinde başladım ve şu anda devam etmekteyim.

Mesleki Deneyimler:

Kağıthane Merkez Sağlık Ocağı, Yozgat 15.01.2001-15.01.2003

1nci Komando Tugayı 2. Tabur Reviri, Kayseri 02.02.2003- 31.01.2004

Kağıthane Merkez Sağlık Ocağı, Yozgat 15.02.2004-15.05.2005

Dazkırı Merkez Sağlık Ocağı, Afyon 17.05.2005-24.07.2008

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi: 06.08.2008 tarihinde başladım ve şu anda devam etmekteyim.

Kazandığım Sertifikalar:

1.T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü RİA
Uygulama Sertifikası 01.03.2010-31.03.2010

Katıldığım Kongre, Kurs ve Eğitim Toplantıları:

1. II. Güneydoğu Avrupa Aile Hekimliği Kongresi, Antalya 21-25 Nisan 2010
2. 10. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Fethiye 18-22 Mayıs 2011

Ulusal ve Uluslar arası Kongrelerde Sunulan Bildiriler:

1. G Dişçigil, A İşcibaşı. Yaşlı İstismarı- Bir grup Eğitimcinin Deneyim, Bilgi ve Düşünceleri. 10. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Fethiye 18-22 Mayıs 2011, P-45

EK-2. DERİ KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE RİSKLİ DAVRANIŞLARIN SIKLIĞININ BELİRLENMESİ ANKET FORMU (ERİŞKİNLER İÇİN)

Ad-Soyad:

Telefon No:

Adres:

1-Mesleğiniz

☐ Evhanımı ☐ Çiftçi ☐ İşçi ☐ Esnaf
☐ Öğretmen ☐ Doktor ☐ İşveren ☐ Çalışmıyor ☐ Diğer.....

2-Mesleğiniz gereği açık havada çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

3-Aylık gelir durumunuz

☐ <500TL ☐ 501-1000TL ☐ 1001-1500 ☐ 1501-2000TL ☐ >2000 TL

4-Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

5-Kaç yaşınızdasınız? ☐ 15-19 ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ > 60

6-Öğrenim durumu: ☐ Okuryazar Değil ☐ Okuryazar ☐ İlk/Orta ☐ Lise
☐ Yüksekokul

7-Deri tipi: ☐ Çok Açık/Sarışın ☐ Açık ☐ Kumral ☐ Esmer

8-Saç rengi: ☐ Sarışın ☐ Kızıl ☐ Kumral ☐ Koyu Kahve ☐ Siyah

9-Güneş Alerjiniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

10-Herhangi bir deri hastalığı geçirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

11- Daimi ilaç kullanmanızı gerektirecek bir hastalığınız var mı?

(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Tansiyon ☐ Diyabet ☐ Depresyon ☐ Kalp hastalığı ☐ Epilepsi ☐ Diğer

12- Kullandığınız ilaçların isimleri nelerdir?.....

13-Şüpheli bir deri eksizyonu yapıldı mı? (ben alındı mı?) ☐ Evet ☐ Hayır
☐ Bilmiyorum

14-Sizce çok beniniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

15-Güneş lekeleriniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

16- Doğum lekeniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

17-Deri kanseri tanısı aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

18- Yanıtınız evet ise hangi tip:.....

19-Ailede deri kanseri tanısı olan var mı? ☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

Yanıtınız evet ise hangi tip:.....

20-Deri kanseri olan herhangi bir tanıdığınız var mı? ☐Evet ☐Hayır ☐Bilmiyorum

Yanıtınız evet ise hangi tip:.....

21-Haftada saat 10:00-16:00 arası ortalama kaç saat güneşte kalıyorsunuz?
.....Saat

22-1 saat kadar güneşte kaldığınızda deriniz;

- ☐Su Toplar(Büllü Ciddi Güneş Yanığı)
- ☐Soyulur(Ciddi Güneş Yanığı)
- ☐Biraz Kızarırm(Hafif Güneş Yanığı)
- ☐Bronzlaşırım
- ☐Hiçbir Değişiklik Olmaz

23-Sürekli (örneğin yaz boyunca) güneşe maruz kaldığınızda;

- ☐Güneş Yanıkları Devam Eder
- ☐Bronzlaşmam ama çiller, lekeler çıkar
- ☐Hafif Bronzlaşırım
- ☐Bronzlaşırım
- ☐Hiçbir Değişiklik Olmaz

24-Geçen 3 yıl içinde hafif güneş yanığı (deride kızarma) oldunuz mu? ☐Evet ☐Hayır

25-Geçen 3 yıl içinde şiddetli güneş yanığı(su toplama, deride soyulma) oldunuz mu?

- ☐Evet ☐Hayır

26-Güneş yanığı olduysanız ne yaparken olmuştu?

- ☐Güneşlenirken ☐Güneşte Çalışırken ☐Yüzerken ☐Bahçe/Tarla İşleri ☐Diğer.....

27-Güneşten korunmak için öğle saatlerinde dışarıya çıkmamaya dikkat ediyor musunuz?

- ☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

28-Güneşten korunmak için gölgede bulunmaya dikkat ediyor musunuz?

- ☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

29-Güneşten korunma amaçlı giysi kullanmaya dikkat ediyormusunuz?(Açık renk, sık dokulu vb)

- ☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

30-Güneşten korunmak için herhangi bir şapka kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

31-Güneşten korunmak için geniş kenarlı şapka kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

32-Güneşten korunmak için gözlük kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

33-Güneş koruyucu ürün kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

34-Kullandığınız güneş kreminin SPF numarasını biliyor musunuz?

☐15< ☐15-30 ☐ >30 ☐Bilmiyorum ☐Dikkat Etmiyorum

35-Son 1 yıl içerisinde deniz kenarına gittiniz mi? ☐Evet ☐Hayır

36-33 numaralı soruya yanıtınız evet ise şahil bölgesinde güneş kreminizi vücudunuzun nerelerine sürersiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐Yüz ☐Boyun ☐Kulaklar ☐Eller ☐Kollar ☐Gövde ☐Bacaklar
☐Ayaklar

37-33 numaralı soruya yanıtınız evet ise günlük hayatta güneş kreminizi vücudunuzun nerelerine sürersiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐Yüz ☐Boyun ☐Kulaklar ☐Eller ☐Kollar ☐Gövde ☐Bacaklar
☐Ayaklar

38-Güneşten korunma ile ilgili bilgi kaynağınız nedir? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

☐Öğretmen ☐Doktor ☐Ders kitabı ☐TV/radyo
☐Gazete/dergi ☐Seminer/konferans ☐Diğer.....

39- TV- Gazete şikkını işaretlediyseniz hangi programlardan bilgi edindiniz? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

☐Reklam kaynaklı programlar
☐TV Eğitim programları
☐Doktorun bulunduğu eğitim programları
☐Magazin programları
☐Sağlık sloganları yada programları

EK-3. DERİ KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE RİSKLİ DAVRANIŞLARIN SIKLIĞININ BELİRLENMESİ ANKET FORMU (ÇOCUKLAR İÇİN)

Ad-Soyad:

Yaş:

1- Cinsiyet: ☐Kız ☐Erkek

2-Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?

3- Deri tipi: ☐Çok Açık/Sarışın ☐Açık ☐Kumral ☐Esmer

4- Saç rengi: ☐Sarışın ☐Kızıl ☐Kumral ☐Koyu Kahve ☐Siyah

5-1 saat kadar güneşte kaldığınızda deriniz;

- ☐Su Toplar(Büllü Ciddi Güneş Yanığı)
☐Soyulur(Ciddi Güneş Yanığı)
☐Biraz Kızarırm(Hafif Güneş Yanığı)
☐Bronzlaşırım
☐Hiçbir Değişiklik Olmaz

6- Sürekli (örneğin yaz boyunca) güneşe maruz kaldığınızda;

- ☐Güneş Yanıkları Devam Eder
☐Bronzlaşmam ama çiller, lekeler çıkar
☐Hafif Bronzlaşırım
☐Bronzlaşırım
☐Hiçbir Değişiklik Olmaz

7- Haftada saat 10:00-16:00 arası ortalama kaç saat güneşte kalıyorsunuz?Saat

8-Geçen 3 yıl içinde hafif güneş yanığı(hafif kızarma) oldunuz mu? ☐Evet ☐Hayır

9-Geçen 3 yıl içinde şiddetli güneş yanığı(su toplama, deri soyulma) oldunuz mu?

- ☐Evet ☐Hayır

10-Güneş yanığı olduysanız ne yaparken olmuştu?

- ☐Güneşlenirken ☐Güneşte Çalışırken ☐Yüzerken ☐Bahçe/Tarla İşleri ☐Diğer.....

11-Güneşten korunmak için öğle saatlerinde dışarıya çıkmamaya dikkat ediyormusunuz?

- ☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

12-Güneşten korunmak için gölgede bulunmaya dikkat ediyormusunuz?

- ☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

13-Güneşten korunma amaçlı giysi kullanmaya dikkat ediyormusunuz?(Açık renk, sık dokulu vb)

- ☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

14-Güneşten korunmak için şapka kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

15-Güneşten korunmak için geniş kenarlı şapka kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

16-Güneşten korunmak için gözlük kullanıyor musunuz?

☐Hiç ☐Nadiren ☐Sıklıkla ☐Herzaman

17-Güneş koruyucu ürün kullanıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

18-Güneşten korunmanız konusunda çevrenizden uyarı alır mısınız?

☐Hiç ☐Ayda 1-2 kez ☐Haftada 1-2 kez ☐Her gün

19-Yanıtınız evetse kim veya kimler uyarır? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

☐Anne ☐Baba ☐Abla/Abi ☐Aileden başka biri ☐Öğretmen ☐Diğer.....

20- Size güneşten korunmayla ilgili herhangi bir bilgi verildi mi? ☐Evet ☐Hayır

21-Yanıtınız evetse bilgi kaynağınız neydi? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

☐Anne ☐Baba ☐Öğretmen ☐Doktor ☐Ders kitabı ☐TV/radyo
☐Gazete/dergi ☐Seminer/konferans ☐Diğer.....

22- TV- Gazete şikkını işaretlediyseniz hangi programlar olduğunu açıklayınız? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Reklam kaynaklı programlar
☐TV Eğitim programları
☐Doktorun bulunduğu eğitim programları
☐Magazin programları
☐Sağlık sloganları yada programları

EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR METNİ

Bu çalışma Aydın ili sınırları içerisinde **TOPLUMDA DERİ KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE RİSKLİ DAVRANIŞLAR: AYDIN İL TARAMASI'NI** belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Deri Kanseri sıklığı giderek artmaktadır. Bunun için özellikle güneş ışınları sorumlu tutulmaktadır. Aydın ilinde yılın önemli bir kısmında güneşe maruz kalmanın yüksek olduğunu ön görerek bu konuda risk taşıyan grupları ve riskli davranışları saptamayı ve bu çalışmanın güneşten korunma bilincinin yerleşmesi için bir adım olmasını amaçlıyoruz. Çalışmada kullanılacak testler ve diğer tetkiklerin ücretleri tarafınıza ve kurumunuza ödettirilmeyecektir. Tüm çalışma boyunca tarafımızdan karşılanacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi:

EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “**TOPLUMDA DERİ KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE RİSKLİ DAVRANIŞLAR: AYDIN İL TARAMASI**” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten **Dr. Ahmet İŞCİBAŞI’ YA** çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. **Dr. Ahmet İŞCİBAŞI’ YA** çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. **Dr. Ahmet İŞCİBAŞI’ YA** hastalığımızın geçmişini ve kullandığım ilaçları anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, hasta ve doktor arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Hastanın adı, soyadı, adresi .

İmza, tarih :

Doktorun adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :

Tanığın adı, soyadı, adresi :

İmza, tarih :