



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ
HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

**DERMATOLOJİK OLGU BİLDİRİLERİNDE KLİNİK
DESKRİPSİYONLARIN KALİTESİ VE BELİRLEYİCİ
FAKTÖRLER**

**Dr. Ertuğrul Gazi ARIK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Varol L. AKSUNGUR**

ADANA-2022



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ
HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

**DERMATOLOJİK OLGU BİLDİRİLERİNDE KLİNİK
DESKRİPSİYONLARIN KALİTESİ VE BELİRLEYİCİ
FAKTÖRLER**

**Dr. Ertuğrul Gazi ARIK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Varol L. AKSUNGUR**

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim süresince her konuda desteğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, yoluma ışık tutan saygı değer hocam Prof. Dr. Varol L. AKSUNGUR'a şükranlarımı sunarım.

Dermatoloji uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, yetişmemde emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet KARAKAŞ'a, Prof. Dr. Yaşar Gül DENLİ'ye, Prof. Dr. Aydın YÜCEL'e, Prof. Dr. Sühan G. TOPAL'a, Doç. Dr. Bilge F. KARAMAN'a, tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarım ve Dermatoloji Anabilim Dalı'nın tüm çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Sınırsız sevgi ve desteklerini her an yanımda hissettiğim sevgili annem Emine ARIK başta olmak üzere aileme, Dr. Hüseyin ÖZDEMİR ve Dr. Engin TÜRK başta olmak üzere kıymetli arkadaşlarıma, üyesi olmaktan her zaman gurur duyduğum Ege Tıp camiasına teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Dr. Ertuğrul Gazi ARIK

Mayıs, 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Deskripsiyonda Ana Özellikler	2
2.1.1. Elemanter Lezyon.....	2
2.1.2. Yerleşim	3
2.1.3. Yan	4
2.1.4. Nicelik	4
2.1.5. Dağılım	4
2.1.6. Boyut	5
2.1.7. Biçim	5
2.1.8. Kenar	6
2.1.9. Renk.....	7
2.1.10. Dokunma	8
2.1.11. Semptom.....	8
2.2. Deskripsiyonda Sıra	9
2.3. Deskripsiyonda Sürecin Ele Alınması	10
2.4. Deskriptif Sözcüklerin Çokluğu.....	10
2.5. Deskriptif Sözcüklerin Tanımlarında Tutarsızlıklar	11
2.6. Deskriptif Sözcüklerin Tanımlarında Standardizasyon	12
3. GEREÇ ve YÖNTEM	14
4. BULGULAR.....	16
4.1. Deskripsiyonlarda Ana Özelliklerin ve Alt Başlıklarının Sıklıkları	16
4.2. Deskripsiyonlarda Sözü Edilen Ana Özellik ve Zorunlu Özellik Sayıları.....	19
4.3. Deskripsiyonların Kalitesi Üzerine Tekli Değişken Analizi.....	20
4.4. Deskripsiyonların Kalitesi Üzerine İkili Değişken Analizi	21

4.5. Deskripsiyonların Kalitesi Üzerine Çoklu Değişken Analiz	22
5. TARTIŞMA	24
5.1. Olgü Bildirilerinin Önemi	24
5.2. Olgü Bildirilerinin İyileştirilmesi.....	26
5.3. Dermatolojide Klinik Deskripsiyonların Yeri.....	28
5.4. Deskripsiyonlarda Palpasyon Bulguları ile Sübjektif Semptomların Yeri	31
5.5. Deskripsiyonlarda Yerleşim, Nicelik ve Boyut ile İlgili Bilgilerin Verilmesinde Eğilimler.....	32
5.6. Deskripsiyonda Olmazsa Olmazlar.....	33
5.7. Olgü Bildirilerinde Yazar Sayısı	35
5.8. Yazarlar Arasında Dermatolog Olduğunda Deskripsiyonun Kalitesi	35
5.9. Asemptomatik Dendiğinde Deskripsiyonun Kalitesi	36
6. SONUÇLAR.....	37
7. KAYNAKLAR	39

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 1. Başlıca elemanter lezyonlar.....	2
Tablo 2. Değişik makül tanımlarında birtakım niteliklerin bulunup bulunmaması	11
Tablo 3. Değişik nodül tanımlarında birtakım niteliklerin bulunup bulunmaması.....	12
Tablo 4. Deskripsiyonlarda ana özelliklerin söz edilme sıklıkları	16
Tablo 5. Deskripsiyonlarda yerleşimin alt başlıklarının sıklıkları	16
Tablo 6. Deskripsiyonlarda yan, nicelik ve dağılımın alt başlıklarının sıklıkları.....	17
Tablo 7. Deskripsiyonlarda boyut, biçim, kenar ve rengin alt başlıklarının sıklıkları	18
Tablo 8. Deskripsiyonlarda dokunma ve semptomun alt başlıklarının sıklıkları	19
Tablo 9. Deskripsiyonlarda elemanter lezyonların sıklıkları.....	19
Tablo 10. Deskripsiyonlardaki ana özellik ve zorunlu özellik sayılarının sıklıkları	20
Tablo 11. Kalite skorunun bağımlı değişken olduğu çok değişkenli lineer regresyon	23

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 1. Deskripsiyonlardaki ana özellik ve zorunlu özellik sayılarının sıklıkları.....	20
Şekil 2. Yazarlar arasında dermatolog olup olmamasına ve semptomların varlığından veya yokluğundan söz edilip edilmemesine göre kalite skoru.....	22
Şekil 3. Yazar sayısı, metin uzunluğu ve olgu sayısına göre kalite skoru.....	22



KISALTMALAR LİSTESİ

%	: yüzde
cm	: santimetre
n	: sayı
SD	: standart sapma



ÖZET

Dermatolojik Olgu Bildirilerinde Klinik Deskripsiyonların Kalitesi ve Belirleyici Faktörler

Giriş ve Amaç: Olgu bildirileri, halen tıbbi yayıncılığın önemli bir parçası olarak varlığını sürdürmektedir. Tıp eğitiminde bilgi ve deneyim aktarılmasında oldukça önemli olmasının yanında yeni çalışmaların da öncüsü olma niteliği taşıması nedeniyle oldukça değerlidir.

Dermatoloji görselliğin oldukça ön planda olduğu bir bilim dalıdır bu nedenle etkili bir dermatolojik olgu bildirisinin olmazsa olmazı iyi klinik deskripsiyonlardır. Bu çalışmada, dermatolojik olgu bildirileri incelenerek, olgu bildirilerinde yapılmış klinik deskripsiyonların ne düzeyde ayrıntılı olduğu bir başka deyişle ne düzeyde kaliteli olduğunu araştırmak ve klinik deskripsiyonların kalitesini etkileyen faktörlerin de belirlenmesi istendi. Böylelikle dermatolojik olgu bildirilerinin kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, çoğunlukla dermatolojik olgu bildirileri yayımlayan bir dergi olan “*Journal of Dermatological Case Reports*” veri sağlamak üzere seçildi. Bu derginin 2007-2017 yıllarında yayımlanmış 247 makalesi gözden geçirildi ve dermatolojik deskripsiyon içeren 205 olgu bildirisi çalışmaya alındı. Klinik deskripsiyonlarda 11 ana özellik araştırıldı: Yerleşim, yan, nicelik, dağılım, boyut, biçim, kenar, renk, dokunma, sübjektif semptom ve elemanter lezyon. Bu on bir ana özellikten sekizi zorunlu sayıldı: Yerleşim, nicelik, boyut, biçim, renk, dokunma, semptom ve elemanter lezyon. Deskripsiyonun kalitesini etkileyen anlamlı faktörleri belirlemek üzere, her bir olgu bildirisinin deskripsiyonlarında sözü edilmiş zorunlu özellik sayılarının maksimumu, bağımlı değişken olarak kullanıldı ve “kalite skoru” olarak adlandırıldı. İstatistiksel değerlendirmeler lineer regresyon analizi ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda ana bulgular; klinik deskripsiyonlarda palpasyon ve semptom ile ilgili bilgilerin çoğunlukla yetersiz olduğu, baş-boyun bölgesi dışındaki lezyonlar için yerleşim bilgisinin ayrıntılı verilmediği, ortalama yazar sayısının oldukça yüksek olduğu ancak bunun kalite skoruna olumlu bir etkisinin olmadığı görüldü. Kalite skoruna olumlu etkisi olan parametreler ise yazarlar arasında dermatolog bulunması ve klinik semptomların varlığının veya yokluğunun belirtilmesi olarak saptandı.

Sonuçlar: Etkili bir dermatolojik olgu sunumu için ayrıntılı klinik deskripsiyon yapılmalıdır. Ayrıntılı ve kaliteli bir klinik deskripsiyon yapmak için ise yazarlar arasında dermatolog bulunmalı veya dermatologlardan yardım alınmalıdır. Bununla yanında olgunun semptom bilgisinin sorgulanıp mutlaka belirtilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Olgu sunumu, Deskripsiyon

ABSTRACT

The Quality Of Clinical Descriptions And Definitive Factors In Dermatological Case Reports

Introduction and Purpose: Case reports still continue to exist as an important part of medical publications. In addition to the importance of it while passing on knowledge and experience in medical education, it has also great value because it pioneering new clinical research.

Dermatology is a discipline in which visuality is at the forefront, therefore, good clinical descriptions are indispensable for an effective dermatological case report. In this study, dermatological case reports were examined, it is aimed to investigate how detailed the clinical descriptions made in the case reports, in other words, how high qualifies they were, and to determine the factors affecting the quality of clinical descriptions. Thus, it is aimed to contribute to the improvement of the quality of dermatological case reports.

Materials and Methods: “The Journal of Dermatological Case Reports”, a journal that publishes mostly dermatological case reports, was selected to provide data for the study. 247 articles of this journal published in 2007-2017 were reviewed, and 205 case reports containing dermatological descriptions were included in the study. eleven main features were investigated in clinical descriptions: location, side, quantity, distribution, size, shape, margin, color, touch, subjective symptom, and elementary lesion. The eight of these eleven main features were determined to be essential: location, quantity, size, shape, color, touch, symptom, and elementary lesion. In order to determine the significant factors affecting the quality of the description, the maximum number of mandatory features mentioned in the descriptions of each case report was used as the dependent variable and called the “quality score”. Statistical evaluations were made by linear regression analysis.

Results: The main findings in our study; are that the information about palpation and symptoms in clinical descriptions was mostly insufficient, detailed location information was not given for lesions outside the head and neck region, although the average number of authors was quite high, this did not have a positive effect on the quality score. The parameters that had a positive effect on the quality score were the presence of a dermatologist among the authors and specifying the presence or absence of clinical symptoms.

Conclusion: For an effective dermatological case report, a detailed clinical description should be made. In order to make a detailed and high quality clinical description, a dermatologist should be among the authors or help from dermatologists should be sought. Also , it is concluded that it is presence of patients symptoms should be questioned and stated.

Keywords: Case Reports, Descriptions

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Deskripsiyon sözcüğünün Türkçe karşılıkları betimleme ve tasvirdir. İkincisi dilimize Arapça'dan girmiştir.¹ Suret sözcüğü ile ortak kökten gelir. Dolayısıyla tasvir, suretini çıkarma ve resimleme anlamlarına gelir.

Olgu bildirileri, dermatolojide günümüzde bile önemini sürdüren bir yayın türüdür. Yeni bir hastalığın tanımlanmasında, önceden tanımlanmış bir hastalığın yeni klinik veya laboratuvar özelliklerinin tanıtılmasında, özellikle seyrek görülen bir hastalığın tedavisindeki yeni bir deneyimin paylaşılmasında oldukça yararlıdır. Öte yandan bir bilginin aktarılmasında sözcükler kullanılacaksa, oldukça ayrıntılı deskripsiyon yapılması gerekir. Bu nedenle olgu bildirilerinin olmazsa olmazı, iyi klinik deskripsiyonlardır.

Bu çalışmada ağırlıklı olarak dermatolojik olgu bildirileri yayımlayan bir derginin belirli bir dönemdeki tüm yayınları gözden geçirilerek, olgu bildirilerinde yapılmış klinik deskripsiyonların ne düzeyde ayrıntılı olduğunu, bir başka deyişle ne düzeyde kalite olduğunu araştırmak amaçlandı. Ayrıca deskripsiyonların kalitesini etkileyen faktörlerin de belirlenmesi istendi.

2. GENEL BİLGİLER

Dermatolojide klinik deskripsiyon için kullanılan sözcüklerin bir bölümü, örneğin nodül, tıbbın başka uzmanlık alanlarında da kullanılırken, birtakım sözcükler, örneğin skuam, dermatolojiye özgü gibidir. Bu nedenle bir dermatoloji dilinden söz edilebilir.²

Dermatolojide klinik deskripsiyonlarda birtakım özellikler üzerinde durulmalıdır. Bunların başlıcaları şunlardır: Yerleşim, yan, nicelik, dağılım, boyut, biçim, kenar, renk, dokunma, semptom ve elemanter lezyon. Bu özelliklerden sonuncusu olan elemanter lezyon, “kabarık olan veya olmayan”, “katı (solid) olan veya olmayan”, “deri kıvamını etkileyen veya etkilemeyen”, “deri yüzeyini değiştiren veya değiştirmeyen” gibi belirli nitelikleri olan lezyonları ayırt etmek için kullanılır.

2.1. Deskripsiyonda Ana Özellikler

2.1.1. Elemanter Lezyon

Elemanter lezyon, “primer morfoloji” olarak da adlandırılır.³ Lezyonun üç özelliğini betimler: Büyüklük, yüzey-biçim ve içerik. Elemanter lezyonlar, primer ve sekonder olarak ikiye ayrılabilir. Primer elemanter lezyonlar, *de novo* çıkan ve bu nedenle söz konusu hastalığın en önemli özelliği olan lezyonlardır.⁴ Başlıca örnekleri, makül, papül, nodül, plak, vezikül, bül ve püstüldür. Sekonder elemanter lezyonlar, primer bir lezyonun modifikasyonu veya evolüsyonu sonucu gelişen lezyonlardır.⁴ Başlıca örnekleri, skuam, krut, erozyon, ülser, fissür, atrofi ve sikatristir. Bir başka deyişle primer elemanter lezyon, genellikle öncüsü olmadan ortaya çıkan, sekonder elemanter lezyon ise genellikle bir başka elemanter lezyonu izleyen lezyondur. Tablo 1’de başlıca elemanter lezyonlar görülmektedir.

Tablo 1. Başlıca elemanter lezyonlar⁵

Ad	Tanım
Makül	Derinin yüzeyini, düzeyini ve kıvamını değiştirmeyen, yalnız rengini değiştiren benek
Papül	Katı, küçük (<0.5 çapta) kabarıklık
Plak	Katı, geniş (>1 cm çapta), ancak çok yüksek olmayan kabarıklık
Tümör	Katı, gerek geniş gerekse yüksek kabarıklık
Nodül	Dermis veya subkutiste yer alan, palpasyon ile saptanan katı oluşum
Vezikül	Serum içeren, küçük (<0.5 çapta) kabarcık
Bül	Serum içeren, büyük kabarcık
Püstül	İrin içeren, küçük, yüzeysel kabarcık

Tablo 1'in devamı

Apse	İrin içeren, büyük, derin oluşum
Kist	İrin dışı sıvı içeren, büyük, derin oluşum
Skuam	Deri yüzeyinde kepeklenme veya soyulma
Krut	Serum, irin veya kanın kurumasıyla oluşan kabuk
Nekroz	Deride doku ölümü
Erzoyon	Yüzeysel (yalnız epidermisi etkileyen) deri yitiği
Ülser	Derin (epidermis ve dermisi, üstelik kimi durumda subkutisi de etkileyen) deri yitiği
Ekskoriyasyon	Derinin mekanik travma (örneğin kaşıma) sonucu yüzeysel olarak sıyrılması
Fissür	Deri yüzeyinde çatlak veya yarık
Keratoz	Stratum korneumun kalınlaşması sonucu deri yüzeyinde sertleşme ve/veya pürüzlenme
Komedon	Kıl follikülü ağzında keratin ve sebumdan oluşan tıkaç
Skleroz	Kollajen liflerin veya ara maddenin artması sonucu gelişen sertlik
Sikatriis	Yıkım sonrası kollajen lif yapısının yeniden oluşması
Atrofi	Derinin katmanlarının tek tek veya birlikte incelmeye

Bir lezyonun betimlenebilmesi için, birden çok elemanter lezyonun birlikte anılması gerekebilir. Örneğin, akne püstülü, genellikle bir papülün tepesinde görülür, bu nedenle “papülopüstüler” lezyondan söz edilir. Örneğin, sikatriis deri yüzeyinden kabarık olabileceği gibi, çökük de olabilir, bu durumda “atrofik sikatriis” olarak adlandırılır. Örneğin, ekzemada histolojik olarak parakeratotik olan stratum korneumda serum bulunabilir, böyle bir durumda çıplak gözle bakıldığında bölgede “skuam-krut” arası bir lezyon görülür.⁶

2.1.2. Yerleşim

Dermatolojik klinik deskripsiyonlarda yerleşim (lokalizasyon) için vücut bölgelerinin adları, örneğin yüz, boyun, gövde, kol ve bacak kullanılabileceği gibi, ortak özellikleri olan birden çok bölgeyi anlatan terimler de kullanılabilir. Örneğin yüz, boyun, göğüs V'si (yaka açıklığı bölgesi) ve el sırtları gibi bölgeler, genelde giysiler ile örtülmez. Dolayısıyla güneş ışınlarıyla daha çok karşı karşıya kalırlar. Bu bölgelere güneşe açık (“sun-exposed”) bölgeler denir. Lupus eritematozus gibi fotosensitif hastalıklar, özellikle güneşe açık yerlerde deri lezyonları yapar.⁷ Örneğin saçlı deri, yüzün orta bölgesi, kulak içi, kulak arkası ve sternal bölge, seboreik bezlerin daha yoğun olduğu bölgelerdir. Bu bölgelere seboreik bölgeler denir. Seboreik dermatit gibi birtakım hastalıklar, özellikle seboreik bölgelere yerleşir.⁸

2.1.3. Yan

Dermatolojik lezyonlar, tek yanda (unilateral) veya iki yanda (bilateral) yerleşmiş olabilir. Ayrıca yalnız vücudun orta çizgisinde (“midline”) yerleşim görülebilir. Örneğin linea nigra, gebeliğin ilk trimesterinde sıklıkla göbek altında görülen, orta çizgide yerleşmiş fizyolojik hiperpigmente bir banttır.⁹ “Sağ” ile “sol” sözcüklerinin tanısal açıdan büyük bir önemi olmasa da, özellikle belirli bir hastanın izlenmesi açısından klinik deskripsiyonlarda yer almaları gerekir.

2.1.4. Nicelik

Dermatolojik lezyonlar, tek (soliter) veya çok sayıda (mütipl) olabilir. Deskripsiyonlarda lezyonların sayısı rakamla belirtileceği gibi, ismin çoğul hali, örneğin “papüller” demek ile yetinilebilir. Öte yandan lezyonlar, sayılamayacak ölçüde çok olabilir. En doğru yaklaşım, lezyon tek ise “soliter” gibi bir sözcük ile tek oluşunu vurgulamak, sayılacak ölçüde çok ise sayısını rakam ile belirtmek, sayılamayacak ölçüde çok ise “mütipl” demekle yetinmeyip “sayısız, pek çok” gibi bir sözcükle durumu belirgin kılmaktır.

2.1.5. Dağılım

Kimileri dağılımı yerleşim ile eş anlamlı kullanabilir. Ancak onu vücut bölgelerinden bağımsız birtakım özellikleri altında toplayan bir başlık olarak ele almak daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Öncelikle dağılım, daha çok mütipl lezyonlar için geçerlidir. Vücudun gerek sağ gerekse sol yanına yerleşmiş lezyonlar için “bilateral” denir. Ancak bir de bu iki yanda yerleşmiş lezyonların birbirinin ayna görüntüsü olup olmama, kısacası “simetrik” veya “asimetrik” olma durumları vardır. Herpes zoster örneğinde olduğu gibi çok sayıda lezyon, bir dermatom içinde sınırlı kalmış olabilir. Bu duruma “dermatomal dağılım” denir.

Çok sayıdaki lezyon, birbirinden ayrık durabileceği gibi, belirli biçimler oluşturmak üzere bir araya gelebilir. Buna dizilim (“*arrangement*”) denir. En sık karşılaşılan dizilim, herpes simpleks örneğinde olduğu gibi “grupe” olandır. Herpes simpleksten dolayı “herpetiform” diye de adlandırılır. Dermatitis herpetiformis örneğinde olduğu gibi, deskriptif hastalık adlarında bile kullanılır.

Dağılım başlığı altında ele alınabilecek bir başka özellik olarak yönelim (“*orientation*”) sayılabilir. Pitiriazis rozeanın bireysel lezyonları, oval biçimlidir. Uzun çaplarının doğrultularına bakılacak olursa, ters dönmüş bir çam ağacını andırdıkları görülür.¹⁰ Dağılım daha çok mültipl lezyonlar için geçerli olsa da, lineer veya oval biçimli soliter bir lezyonun da yönelimi olabilir. Örneğin linea nigra, göbek altında orta çizgi boyunca uzanan, dolayısıyla “vertikal” yönelimli hiperpigmente bir banttır.⁹ Soliter olup yine bir yönelim gösteren bir başka örnek, sklerozan lenfanjitistir. Sulkus koronariusta penisi çepeçevre saran (“*circumferential*”) kordon benzeri bir şişlik ile karşımıza çıkar.¹¹

2.1.6. Boyut

Dermatolojik lezyonların büyüklüğü, milimetre veya santimetre gibi uzunluk ölçüleri ile verilebilir. Bir başka yaklaşım, benzetmeler kullanmaktır. Örnek olarak “toplu iğne başı, mercimek veya bezelye büyüklüğünde” deyişleri verilebilir. Benzetme yoluyla büyüklüğü anlatma yaklaşımı, hastalıkların veya formlarının adlarına bile girebilir. Örneğin, yalnız papüller ile seyreden psoriasis vulgaris, “psoriasis guttata” adını alır.¹² Buradaki “guttat” sözcüğü, damla anlamında olup, biçimi değil büyüklüğü belirtir. Örneğin, erken sekonder sifilizde görülen papüler lezyonlar, “miliyer, lentiküler ve nummuler” olarak sınıflandırılabilir.¹³ İlki, büyüklük açısından darı tohumlarına (“*millet seeds*”), ikincisi mercimeğe (“*lentil*”), üçüncüsü madeni paraya benzer demektir. Bu son deskriptif terim, “nummuler ekzema” diye bilinen hastalığın adında olduğu gibi, büyüklüğün yanında yuvarlak biçimi de betimlemeye yarar.

2.1.7. Biçim

Dermatolojik lezyonların biçimi, lezyona tepeden veya yandan bakışa göre değişebilir. Daha doğrusu, bir lezyonun iki boyutlu bir biçimi olabileceği gibi, üç boyutlu bir biçimi de olabilir. En sık karşılaşılan iki boyutlu biçimler, yuvarlak, oval ve poligonaldır. Biçim, bir nesneye de benzetilebilir. Örneğin tüberöz sklerozdaki hipopigmente maküller, dişbudak ağacının yaprağı biçimindedir.¹⁴ Lezyonların geometrik biçimlerle özdeşleştirilecek veya birtakım nesnelere benzetilecek bir biçimi olmayabilir. Bu durumda “irregüler” biçimli olarak nitelemek doğru bir yaklaşımdır.

Öte yandan ürtikerde olduğu gibi çok sayıda irregüler biçimli plak, bir arada ele alındığında harita gibi görünebilir, böylece “coğrafik” diye betimlenebilir.¹⁵

Tinea corporis örneğinde olduğu gibi, ortadan iyileşirken çevreye doğru genişleme (sentrifugal yayılma) halka biçimini doğurur. Bu biçimin yaygın kullanılan bir adı da “annüler”dir. Halka tam olmayabilir, yalnız yay parçaları görülebilir (“arkiform”). Bu yay parçalarının birleşmesi sonucu “S” harfine benzer görünümler oluşabilir (“serpiginöz”). Halkalar veya halka parçaları birleşip olimpiyat halkalarını andırabilir (“polisiklik”). Bu arada granüloma annülaire papülleri örneğinde olduğu gibi, annüler oluş, bir biçim değil bir dizilim olabilir.¹⁶ Yine liken striatus papülleri örneğinde olduğu gibi, lineer oluş, bir biçim değil bir dizilim olabilir.¹⁷

Üç boyutlu biçimlere gelince, en sık kullanılan deskriptif terimler papüller için olanlardır: Yassı, kubbe biçiminde ve umbilike. Bir papül, hafif kabarık ve düz yüzeyli ise yassı (“flat”) diye nitelenir. Bu biçim, en çok liken planusta görüldüğü için “likenoid” diye de adlandırılır. Bir papül, bir caminin veya kilisenin kubbesini andıracak biçimde üç boyutlu yuvarlakımsı bir görünümde ise, kubbe biçiminde (“dome-shaped”) diye nitelenir. Bu biçim, yarım küreye benzediği için “hemisferik” diye de adlandırılır. Umbilike terimine gelince, ister yassı ister kubbe biçiminde olsun, papülün ortasında bulunan bir çukurcuğu betimlemeye yarar. Örneğin liken planus ve molluskum contagiosum papülleri umbilike olabilir.¹⁸

2.1.8. Kenar

Dermatolojide lezyonların kenarı denince, ilk çağrışan özellik, kenarın keskin olup olmayışı, tersine bir söyleyişle kenarın bulanık-belirsiz olup olmayışıdır. Ancak kenar konusunda ele alınabilecek tek özellik bu değildir. Bir ülser söz konusu ise, kenarın altının oyuk olması (“undermined”) tanıda bir ipucu olabilir. Örneğin piyoderma gangrenozum ve lupus vulgaris ülseleri böyledir.¹⁹ Deride bir lezyon, gömülü bir ipliğe benzer bir kenar veya yüzeyde azıcık çıkıntı yapmış ipliksi bir kenar ile çevrili olabilir. Bu kenar deskripsiyonlarının ilki bazal hücreli epitelyomu, ikincisi porokeratozisi çağrıştırır.^{20,21}

2.1.9. Renk

Deri lezyonlarında üç ana renk değişikliği olabilir: Kırmızı, beyaz ve kahverengi. Bunlar dışında ksantomlarda olduğu gibi sarımsı ve mavi nevüste olduğu gibi mavimsi renk değişikliği de gözlenebilir. Bu arada kırmızılık, somon balığını andıracak ölçüde turuncuya çalan veya Porto şarabını andıracak ölçüde mora çalan bir tonda olabilir. Melek öpücüğü diye de adlandırılan somon lekesi (“*salmon patch*”) birinci, Porto şarabı lekesi diye de adlandırılan nevus flammeus ikinci duruma örneklerdir.²² En sık kullanılan deskriptif renk sözcükleri arasında “viyolase” ve “lila” da yer alır. Görünür ışık spektrumunun bir ucunda kırmızı, öteki ucunda viyola (menekşe) yer alır.²³ Viyola, mavisi daha çok olan mavi ile kırmızı karışımı bir renktir. Lila, viyolanın soluk biçimidir.

Beyazlığa gelince, o da benzetmeler ile nitelenebilir. Örneğin, morfea plaklarındaki beyazlık, fildişi tonundadır.²⁴ Kahverengiliğe gelince, onun açıklığı veya koyuluğu yanında, bir başka deyişle sütlü kahve (“*cafe au lait*”) tonunda oluşu veya siyaha yakınlığı yanında, kurşuni bir tonda olup olmaması da önemlidir. Kahverengiliğin kurşuni tonda olması, pigmentin derin yerleşimli olması anlamına gelir.

Deride gerek kırmızılık, gerek beyazlık, gerekse kahverengilik, doku düzeyinde türlü türlü değişikliklerden gelişebilir. Örneğin, yüzey yitikleri, açıkçası erozyon, ülser, fissür ve ekskoriyasyon, kırmızı görülebilir. Vazodilatasyon bölgeye çok kan gelmesine yol açarak, kırmızılığa yol açar, “eritem” olarak adlandırılır. Kılcal damarların geri dönüşümsüz genişlemesi, dışarıdan bakıldığında görünebilen kırmızı çizgiler ile sonuçlanır, “telanjiyektazi” diye adlandırılır. Eritrosit ekstrevasasyonu, daha yalın anlatımla deri içine kanama da kırmızılığa yol açar, “purpura” olarak adlandırılır. Vasküler proliferasyon da kırmızılığa yol açar, “anjyom” olarak adlandırılır.

Deride beyazlık, yalnız melanin azalmasına bağlı değildir. Bunun yanında nevüs anemikus örneğinde olduğu gibi bölgeye gelen kan akımının azalması, lökoplaki örneğinde olduğu gibi keratinin su alıp şişmesi ve morfea örneğinde olduğu gibi kollajen liflerin artması sonucu da gelişebilir.²⁵ Kahverengilik, melanin artışı yanında hemosiderin birikimi sonucu da görülür. Terra firma forme örneğinde olduğu gibi anormal keratinizasyona da bağlı olabilir.²⁶

2.1.10. Dokunma

Deskripsiyonun 11 ana özelliğinden buraya dek anlatılmış olanlar bakıp görmekle, bir başka deyişle inspeksiyon ile saptanırken, bu başlık altında söz edilecekler, adı üzerinde dokunmakla, bir başka deyişle palpasyon ile saptanır. Özellikle nodüllerin yumuşak mı sert mi olduğu, tanı açısından önemlidir. Örneğin, pilomatriksoma nodülleri taş sertliğindedir.²⁷ Örneğin, nörofibroma nodülleri genellikle yumuşaktır.²⁸ Kıvam, ancak palpasyon ile anlaşılır. Nodüller, dermal veya subkutan olabilir. Bu nedenle derinliğin palpasyon ile belirlenmesi gerekir. Örneğin, epidermoid kist dermal bir nodül olup yüzeyseldir.²⁹ Oysa lipom subkutan bir nodül olup daha derin yerleşimlidir.³⁰ Özellikle nodüllerin yüzeye veya alttaki dokulara yapışık olup olmaması da tanı açısından önemlidir. Örneğin, epidermoid kist deri yüzeyine yapışık, alttaki dokulardan serbesttir.³¹ Oysa piler kist deri yüzeyine de alttaki dokulara da yapışık değildir.³²

Palpasyonla kıvam, derinlik ve yapışıklık gibi özellikler aranabildiği gibi, doğrudan el ile veya bir araç ile hastanın derisine dokunarak birtakım bulgular araştırılabilir. Örneğin, büllöz lezyonları olan bir hastanın bir büllöz lezyonunun çevresindeki sağlam deriye parmakla basılır, basınç uygulayarak parmak sağa sola yavaşça döndürülür, bu yerde bir bül oluşup oluşmadığına bakılır.³³ Nikolsky bulgusu adı verilen bu manipülasyon, pemfigus tanısında yol göstericidir.

2.1.11. Semptom

Deri lezyonlarında en sık karşılaşılan sübjektif semptom kaşıntıdır. Ayrıca ağrı, yanma, batma, karıncalanma gibi başka semptomlar da söz konusu olabilir. Bu semptomların hastalıktan hastalığa, hastadan hastaya değişen nitelikleri olabilir. Örneğin, atopik dermatit kaşıntısı, genellikle zevk verici olarak nitelenirken, ürtiker kaşıntısı, ısırgan otunun yakması gibi sıkıntı vericidir. Kuşkusuz söz konusu hastalıkların tanısının daha objektif bulgulara dayanması gerekse de, hasta izlem kayıtlarında hastanın böyle betimleyici sözlerinin özetle olsa da yer alması, hasta-hekim iletişiminin daha sağlıklı yürümesini sağlayacaktır.

Bir belirti veya bulgu, bir hastalığın tanısında, ayırıcı tanısında veya tedaviye yanıtında önemli bir ölçüt ise, bu belirti veya bulgudan yalnız var olduğunda söz etmek,

yeterli bir yaklaşım değildir. Örneğin, piyoderma gangrenozum steroid tedavisine iyi yanıt veriyorsa, ağrı da azalmalıdır veya yok olmalıdır.³⁴ Bu nedenle herhangi bir sübjektif semptom yoksa, durumu tek bir sözcük ile, kısacası “asemptomatik” diyerek belirlemekte yarar vardır.

2.2. Deskripsiyonda Sıra

Hastalar, genellikle yakınmalarının bulunduğu vücut bölgelerini anarak söze başlar. Örneğin, “saçımın içinde kaşıntı var” der. Hekim de “kaşıntım var” diyen bir hastaya genellikle ilk olarak “nerende?” diye sorar. Bu eğilimlerin yanında, genelden ayrıntıya inmek, bir başka deyişle uzaktan yakına gelmek adına, deskripsiyona ilk olarak lezyonların yerleştikleri yerleri sayarak başlamak en doğru yaklaşımdır. Lezyonlara iyice yaklaşmadan önce onların sayısını ayımsayacağımız için, nicelik ile ilgili sözcükler, deskripsiyonda yerleşimi izler. Özellikle çok sayıda lezyon söz konusu ise, iyice yaklaşmadan önce onların birbirine göre durumu, kısacası dağılım üzerinde durulmalıdır.

Artık yeterince yaklaşılnca bireysel lezyonun özelliklerini saymaya başlamak gerekir. Bir nesne görüldüğünde ilk olarak küçük mü büyük mü olduğu algılanır. Daha sonra biçimi üzerine düşünülür, bir yargıya varılır. Biçim bir anlamda kenardır, dolayısıyla kenarın keskinliği veya bulanıklığı biçimin kavranmasını izler. Kuşkusuz renk, daha doğrusu nesneden yansıyan ışığın dalga boyları, nesneyi çevresinden ayıran, dolayısıyla onu görünür kılan tek uyaran olmasına karşın, ortamdaki ışık koşullarına bağlı olarak değişik tonlarda algılanabilir. Bu nedenle renk konusundaki yargıyı en yakına varıncaya dek bekletip sona bırakmak en güvenilir yaklaşımdır.

Buraya dek sayılanlar, görsel olarak algılanan özelliklerdir. Artık sıra dokunmakla elde edilen bulguları saymaya gelir. Onları da ancak hastaya sormakla öğrenilebilecek sübjektif semptomların varlığından veya yokluğundan söz etmek izler. Buraya dek sayılanların tümü, dilbilgisi açısından sıfat yapısındaki sözcükler ile karşılanabilir, ancak elemanter lezyon, nesnenin kendisidir, dolayısıyla isim yapısındaki sözcükler ile anılmalıdır. Dolayısıyla, Türkçe’nin yapısı gereği önce sıfatlar sonra isim geldiği için, elemanter lezyonun adı deskripsiyonun sonunda yerini bulur.

2.3. Deskripsiyonda Sürecin Ele Alınması

Deskripsiyonun iyi çekilmiş bir fotoğraf karesi gibi olması gereklidir. Ancak yeterli değildir. İyi bir deskripsiyon, birkaç kareden de oluşsa, bir film şeridi gibi olmalıdır. Daha yalın bir anlatımla, iyi bir deskripsiyon, lezyonların evölüsyonlarını ve involüsyonlarını içermelidir. Lezyon, başlarken hangi biçimdeydi, olgunlaştığında hangi biçimi aldı, gerilerken hangi biçime dönüştü, sonunda ardında ne bıraktı? İyi bir deskripsiyon, tüm bu soruların yanıtlarını içermelidir.

Süreci de ele alan iyi bir deskripsiyona A. R. Robinson'un yazdığı 1885 yılında yayımlanmış bir dermatoloji el kitabından örnek verilebilir.³⁵ Bu örnekte bugün "herpes simpleks" olarak adlandırdığımız, kendisinin ise "herpes febrilis" dediği hastalığın semptomlarını şöyle anlatmaktadır:

"Döküntü, en sık dudaklarda deri ve mukozanın birleştiği yerde ve burun kanadında görülür. Ancak alın, göz kapakları, kornea, kulaklar, çene, yanaklar gibi yüzün öteki bölümlerinde ve ağız mukozasında da oluşabilir. Genel olarak herpese özgü olarak betimlenen biçimde başlar. Büyüklük açısından toplu iğne başı ile bezelye arasında değişen veziküllerin bir veya daha çok grubundan oluşur. Veziküller, püstüllere dönüştükten sonra iki-dört gün içinde kurur ve kabuklar oluşturur. Kabuklar, kısa süre sonra düşer ve altında kırmızı bir deri bırakır. Bu deri, kısa sürede normale döner. Bir grubun vezikülleri hep eşit yaştadır ve döküntü bir mukozaya yerleşmedikçe seyrek olarak yırtılır. Örtü kalkarsa ve bölge erode bir yüzeye dönüşürse, az veya çok pürülan bir eksüstasyon ile kaplanır. Bir grubun vezikülleri, ayrı ayrı kalabilir veya birleşerek küçük büller oluşturabilir."

2.4. Deskriptif Sözcüklerin Çokluğu

Deskripsiyonda kullanılan sözcüklerden dolayı "dermatoloji dili" oldukça varsıldır. Örneğin skuam için "furfurase", "pitiriyazık" veya "lamellar" denebilir.³⁶ İlki un gibi tozsu, ikincisi ekmek pişirilirken kullanılan kepek gibi, sonuncusu balık pulu iriliğinde anlamlarına gelir. Büyüklük yansıtan bu nitelemelerden başka, skuam için biçim yansıtan benzetmeler de yapılır. En yaygın olanı "collarette" sözcüğüdür. Türkçe'ye "yakacak" diye çevrilir. Skuam halkamsıdır. Siyah ilkokul önlüklerindeki beyaz yakaları anımsatacak biçimde dış kenarı deriye yapışık, iç kenarı serbesttir, bir

başka deyişle kalkıktır. Yalnız pitiriyazis rozea tanısı için bir ipucu olmayıp, tüm ekzemalarda olağan bir bulgudur.³⁷

Dermatolojide deskriptif sözcüklerin bolluğu, bir yandan işe renk katarken, bir yandan da karışıklıklara yol açmaktadır. Bu nedenle deskriptif terminolojiyi yalınlaştırma çabaları gündemdedir. Buna Flood ve arkadaşlarının 2017 yayını örnek verilebilir.³⁸ Çalışmacılar, pigment lezyonların klinik özelliklerini betimlemek üzere tekdüze bir adlandırma önermişlerdir.

Örneğin, bu çalışmada pigment lezyonların kenarı için bulanık (“*blurred, fuzzy*”), belirsiz (“*ill-defined, indefinite*”), düzensiz (“*irregular*”), yırtık-pırtık (“*jagged, ragged*”), çentikli (“*notched*”), kötü sınırlanmış (“*poorly defined*”), düzenli sınır (“*regular outline*”), taraklı (“*scalloped*”), keskin sınırlı (“*sharply circumscribed*”), iyi sınırlı (“*well circumscribed, well demarcated, well defined*”), düzgün (“*smooth*”) sözcüklerinden oluşan kalabalıklık yerine, beş sözcük önermişlerdir: Sınırlı (“*circumscribed*”), kötü sınırlı (“*poorly circumscribed*”), belirsiz (“*indistinct*”), lobüle (“*lobulated*”) ve dikensi (“*spiculated*”).

2.5. Deskriptif Sözcüklerin Tanımlarında Tutarsızlıklar

Cardili ve Roselino, 2016 yılında yayımladıkları derlemede yedi dermatoloji kitabını elemanter lezyonların tanımları açısından karşılaştırmıştır.³⁹ Bu yedi kitap arasında ülkemizde de yaygın olarak tanınan üç kitap vardır: (1) *Dermatology* (Bologna),⁴⁰ (2) *Dermatology in General Medicine* (Fitzpatrick)⁴¹ ve (3) *Textbook of Dermatology* (Rook).⁴²

Örneğin, makül için bu üç kitabın tanımları ve yukarıda Tablo 1’de verilen tanım, birlikte ele alındığında üç niteliğin üzerinde durulduğu anlaşılır: (1) Palpe edilememe, (2) küçüklük ve (3) renk değişikliği. Tablo 2’de görüldüğü üzere, bu üç niteliğin hepsi yalnız bir kitapta geçmektedir.

Tablo 2. Değişik makül tanımlarında birtakım niteliklerin bulunup bulunmaması

Nitelik	Bologna ⁴⁰	Fitzpatrick ⁴¹	Rook ⁴²	Aksungur ⁵
Palpe edilememe	+	+	-	+
Küçüklük	+	+	-	-
Renk değişikliği	-	+	+	+

Örneğin, nodül için bu üç kitabın tanımları ve yukarıda Tablo 1’de verilen tanım, birlikte ele alındığında altı niteliğin üzerinde durulduğu anlaşılır: (1) Palpe edilebilme, (2) derinlik, (3) katılık, (4) büyüklük, (5) yuvarlaklık ve (6) kabarıklık. Tablo 3’de görüldüğü üzere, bu altı niteliğin hepsini ele alan bir tanım yoktur.

Tablo 3. Değişik nodül tanımlarında birtakım niteliklerin bulunup bulunmaması

Nitelik	Bologna ⁴⁰	Fitzpatrick ⁴¹	Rook ⁴²	Aksungur ⁵
Palpe edilebilme	+	+	+	+
Derinlik	+	+	+	+
Katılık	+	+	+	+
Büyüklük	-	+	+	-
Yuvarlaklık	-	+	-	-
Kabarıklık	+	-	-	-

Bu örneklerde de görüldüğü üzere, dermatolojide elemanter lezyonların terminolojisinde tutarsızlıklar vardır.³⁹ Bu durum, dermatoloji eğitiminde öğrencilere vurgulanmalı, ancak daha doğrusu bu tutarsızlıkların giderilmesi için uluslararası standardizasyon çalışmaları yapılmalıdır.

2.6. Deskriptif Sözcüklerin Tanımlarında Standardizasyon

Dermatolojide etkili iletişimi sağlamak üzere, Uluslararası Dermatoloji Dernekleri Birliği (*The International League of Dermatological Societies*), 1987 yılında temel dermatolojik lezyonların deskripsiyonlarını içeren bir sözlük yayımlamıştır.⁴³ 2016 yılında ise bu terminolojik çalışmada düzeltmeler ve genişletmeler yaparak yeniden sunmuştur. Bunun için önce bir kurul kurulmuş, bu kurul önemli ders kitaplarını (“*textbook*”) ve yayınları inceleyerek terimler ve tanımlar listesi oluşturmuş, bu liste ulusal dernekler tarafından değerlendirilmiş, yapılan yorumlar yeniden kurul tarafından gözden geçirilip pekiştirilerek sözlüğe son hali verilmiştir.

Örneğin, bu sözlükte makül şöyle tanımlanmıştır:⁴³ “Çevre deriden renk açısından ayırt edilen, düz, sınırlı, non-palpabl bir lezyon. Herhangi bir renkte veya biçimde olabilir.”

Örneğin, bu sözlükte nodül şöyle tanımlanmıştır:⁴³ “Genellikle başlıca dermis ve/veya subkutiste yerleşen, kabarık, katı, palpabl, 1 santimetreden büyük lezyon. Lezyonun en büyük kısmı, ekzofitik olabilir veya deri yüzeyinin altında olabilir.”

Uluslararası Dermatoloji Dernekleri Birliği’nin 2016 yılında yayımlanan sözlüğünde temel deri lezyonları, yerleşim-dağılım, yukarıdan bakışta biçim, yandan bakışta biçim, palpasyon, klasik hastalıklara benzerlik ve renk için deskriptif terimler tabloları verilmektedir.⁴³



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Birtakım dergiler ağırlıklı olarak olgu bildirileri yayımladığı için, olası olduğunca çok olgu bildirisine erişebilmek amacıyla, böyle bir dergi olan ve üniversitemiz kütüphanesinden erişilebilen “*Journal of Dermatological Case Reports*” veri sağlamak üzere seçildi. Bu derginin 2007-2017 yıllarında yayımlanmış 247 makalesi gözden geçirildi. Derlemeler, çalışmalar, non-dermatolojik olgu bildirileri ve deri ekleri ile ilgili olgu bildirileri dışlandı.

Böylece 205 olgu bildirisi çalışmaya alındı. Birtakım olgu bildirileri birden çok olgu içerdiği için, çalışmaya uygun 243 olgu vardı. Birtakım olgularda birden çok türde lezyon olduğu için, çalışmaya uygun 384 deskripsiyon vardı. Deskripsiyonlarda 11 ana özellik araştırıldı: Yerleşim, yan, nicelik, dağılım, boyut, biçim, kenar, renk, dokunma, sübjektif semptom ve elemanter lezyon.

Deskripsiyonlardan ayıklanan yerleşim bilgileri 26 başlık altında toplandı: Saçlı deri, yüz, ağız, burun boşluğu, boyun, göğüs, karın, sırt, bögür, bel, omuz, koltuk altı, kol, dirsek, ön kol, el bileği, el, kasık, anogenital bölge, kaba etler, kalça, uyluk, diz, bacak, ayak bileği ve ayak. Daha ayrıntılı bölge adları, bu başlıklardan uygun olanın içine atıldı. Örneğin, alın, göz kapağı, yanak, burun, çene ve kulak, “yüz” başlığı altına alındı. Birtakım olgu bildirilerinde yerleşim için “vücut, baş, gövde, ekstremit, üst ekstremit ve alt ekstremit” gibi ayrıntı içermeyen deskripsiyonlar yapılmıştı.

Deskripsiyonlardan ayıklanan yan bilgileri 4 başlık altında (sağ, sol, bilateral ve orta); nicelik bilgileri 5 başlık altında (tekil, çoğul, soliter, mültipl ve sayısal); dağılım bilgileri 5 başlık altında (dizilim, yaygınlık, simetri, üniformite ve oryantasyon); boyut bilgileri 3 başlık altında (sayı, sıfat ve benzerlik); biçim bilgileri 2 başlık altında (sıfat ve benzerlik); kenar bilgileri 2 başlık altında (keskinlik ve diğer); renk bilgileri 5 başlık altında (deri renginde, kırmızı, kahverengi, beyaz ve diğer); palpasyon bilgileri 12 başlık altında (kıvam, duyarlılık, Nikolsky gibi bulgular, derinlik, mobilite, kuruluk, gerginlik, yapışıklık, frajilite, sıcaklık, kabalık ve sıkılık); semptom bilgileri 2 başlık altında (semptomatik ve asemptomatik) toplandı.

Deskripsiyonlardaki 32 terim, elemanter lezyon olarak sayıldı: Makül, yama, papül, plak, ürtikeryal kabartı (“*wheel*”), tümör, vejetasyon, şişlik, nodül, sulu kabarcık (“*blister*”), vezikül, bül, püstül, apse, fistül, kist, skuam, kabuk, nekroz, erozyon, ülser, ekskoriyasyon, fissür, keratoz, maserasyon, hiperlinearite, tıkaç (“*plug*”), skleroz,

sikatrıs, atrofi, çukurcuk (“*pit*”) ve laksite. Bunların çoğu, yaygın olarak bilinen terimlerdi. Birtakım değişiklikleri tanımlamak için bu olağan terimler uygun olmadığı için olağan olmayan terimler de kullanılmıştı.

On bir ana özellikten sekizi zorunlu sayıldı: Yerleşim, nicelik, boyut, biçim, renk, dokunma, semptom ve elemanter lezyon. Bir başka deyişle, bir lezyonun sağda veya solda bulunmasının tanısıl önemi olmadığı için “yan”, neredeyse yalnız mültipl lezyonlar varlığında kullanıldığı için “dağılım”, ağrılıklı olarak keskin olup olmama bilgisini verdiği için “kenar” zorunlu özellik sayılmadı.

Deskripsiyonun kalitesini etkileyen anlamlı faktörleri belirlemek üzere, her bir olgu bildirisinin deskripsiyonlarında sözü edilmiş zorunlu özellik sayılarının maksimumu, bağımlı değişken olarak kullanıldı ve “kalite skoru” olarak adlandırıldı. Bağımsız değişkenler şunlardı: (1) Olgu bildirisinin yazar sayısı, (2) yazarlar arasında dermatolog bulunup bulunması, (3) olgu bölümünün metin uzunluğu (harf sayısı), (4) bildirideki olgu sayısı ve (5) semptomlardan veya olmayışlarından söz edilmesi. Bu değişkenler ile çok değişkenli lineer regresyon yapıldı. İkili değişken analizlerinde t-testi, tek yönlü ANOVA ve Spearman testi uygulandı. İstatistiksel değerlendirmelerde R yazılımı (R Core Team, 2018) kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Deskripsiyonlarda Ana Özelliklerin ve Alt Başlıklarının Sıklıkları

Deskripsiyonların %90'ının üzerinde yerleşim, nicelik ve elemanter lezyondan, yaklaşık üçte ikisinde renkten söz edilmişti (Tablo 4). Öteki özelliklerden söz edilme oranları, %50'nin altındaydı. Bunlar, giderek azalan oranlarıyla yan, boyut, biçim, semptom, dokunma, dağılım ve kenar idi.

Tablo 4. Deskripsiyonlarda ana özelliklerin söz edilme sıklıkları

Özellik	Sıklık	Yüzde
Yerleşim	376	97.9
Yan	186	48.4
Nicelik	374	97.4
Dağılım	106	27.6
Boyut	177	46.1
Biçim	160	41.7
Kenar	51	13.3
Renk	250	65.1
Dokunma	107	27.9
Semptom	153	39.8
Elemanter lezyon	346	90.1

Yerleşim ile ilgili 633 bilgi elde edildi. Bunların 531'i (%83.9), çalışma için amaçlanan yeterli ayrıntıyı içeriyordu. En sık sözü edilen üç yer, yüz (n = 70), ağız (n = 63) ve el (n = 48) idi. Öte yandan yerleşim bilgilerinin 102'si (%16.1), çalışma için amaçlanan yeterli ayrıntıyı içermiyordu. Bunlar şunlardı: Vücut (n = 7), baş (n = 1), gövde (n = 43), ekstremiteler (n = 26), üst ekstremiteler (n = 10) ve alt ekstremiteler (n = 15). Vücut, üç parça (baş-boyun, gövde ve ekstremiteler) olarak ele alındığında, baş-boyundaki yerleşimin neredeyse hep ayrıntılı olarak verildiği görüldü. Öte yandan ekstremitelerdeki, özellikle de gövdedeki yerleşim için ayrıntı içermeyen bilgiler daha sıkı (Tablo 5).

Tablo 5. Deskripsiyonlarda yerleşimin alt başlıklarının sıklıkları

Vücut Parçası	Ayrıntılı deskripsiyon	Ayrıntısız deskripsiyon
Baş-boyun	Saçlı deri	28
	Yüz	70
	Ağız	63
	Burun boşluğu	2
	Boyun	24
	TOPLAM	187
	Baş	1
	TOPLAM	1

Tablo 5'in devamı

Gövde	Göğüs	32	Gövde	43
	Karın	15		
	Sırt	21		
	Böğür	2		
	Bel	8		
	Kaba etler	12		
	Anogenital bölge	21		
	TOPLAM	111		
Ekstremiteler	Omuz	5	Ekstremiteler	26
	Koltuk altı	11	Üst ekstremiteler	10
	Kol	30	Alt ekstremiteler	15
	Dirsek	2		
	Ön kol	16		
	El bileği	3		
	El	48		
	Kalça	3		
	Kasık	8		
	Uyluk	22		
	Diz	5		
	Bacak	27		
	Ayak bileği	9		
	Ayak	44		
	TOPLAM	233	TOPLAM	51

Yan ile ilgili 186 bilgi elde edildi. Yanın alt başlıklarının sıklıkları şöyledi: Sağ (n = 71), sol (n = 57), bilateral (n = 52) ve orta (n = 6). Nicelik ile ilgili 386 bilgi elde edildi. Bunların çoğu, ancak deskripsiyonlardaki sözcüklerin tekil (n = 110) veya çoğul (n = 156) oluşuna göre ayıklandı. Niceliğin soliter (n = 7) ve multipl (n = 80) nitelermeleri ile bir başka deyişle sayı kullanılmadan belirtilmesi, sayı kullanılarak (n = 33) belirtilmesine göre daha sıklı. Dağılım ile ilgili 125 bilgi elde edildi. Dağılımın alt başlıklarının sıklıkları şöyledi: Dizilim (n = 62), yaygınlık (n = 36), simetri (n = 15), üniformite (n = 6) ve oryantasyon (n = 6) (Tablo 6).

Tablo 6. Deskripsiyonlarda yan, nicelik ve dağılımın alt başlıklarının sıklıkları

Özellik	Alt başlıklar	Sıklık
Yan	Sağ	71
	Sol	57
	Bilateral	52
	Orta	6
Nicelik	Tekil	110
	Çoğul	156
	Soliter	7
	Multipl	80
	Sayısal	33

Tablo 6'nın devamı

Dağılım	Dizilim	62
	Yaygınlık	36
	Simetri	15
	Üniformite	6
	Oryantasyon	6

Boyut ile ilgili 204 bilgi elde edildi. Niceliğin tersine, boyut en sık sayısal olarak verilmişti (n = 119). “Büyük” gibi sıfatlar da sıklıkla (n = 82). Ancak “fasülye büyüklüğünde” gibi benzetmeler seyrek (n = 3). Biçim ile ilgili 172 bilgi elde edildi. Biçim, genellikle sıfatlar ile bildirilmişti (n = 135). Bununla birlikte, boyutun tersine, birtakım hastalıkları anarak yapılan benzetmeler daha sıklıkla (n = 37). Kenar ile ilgili 53 bilgi elde edildi. Kenarın alt başlıklarının sıklıkları şöyleydi: Keskinlik (n = 38) ve diğer (n = 15). Renk ile ilgili 341 bilgi elde edildi. Rengin alt başlıklarının sıklıkları şöyleydi: Deri renginde (n = 18), kırmızı (n = 165), kahverengi (n = 59), beyaz (n = 41) ve diğer (n = 58) (Tablo 7).

Tablo 7. Deskripsiyonlarda boyut, biçim, kenar ve rengin alt başlıklarının sıklıkları

Özellik	Alt başlıklar	Sıklık
Boyut	Sayı	119
	Sıfat	82
	Benzetme	3
Biçim	Sıfat	135
	Benzetme	37
Kenar	Keskinlik	38
	Diğer	15
Renk	Deri renginde	18
	Kırmızı	165
	Kahverengi	59
	Beyaz	41
	Diğer	58

Dokunma ile ilgili 153 bilgi elde edildi. Dokunmanın en sık alt başlıkları, kıvam (n = 60), duyarlılık (n = 22) ve Nikolsky gibi bulgular (n = 13) idi. Dokunmanın öteki alt başlıklarının sıklıkları şöyleydi: Derinlik (n = 11), mobilite (n = 11), kuruluk (n = 10), gerginlik (n = 9), yapışıklık (n = 5), fragilite (n = 4), sıcaklık (n = 4), kabalık (n = 2) ve sıklık (n = 2). Semptom ile ilgili 166 bilgi elde edildi. Semptomun alt başlıklarının sıklıkları şöyleydi: Semptomatik (n = 113) ve asemptomatik (n = 53) (Tablo 8).

Tablo 8. Deskripsiyonlarda dokunma ve semptomun alt başlıklarının sıklıkları

Özellik	Alt başlıklar	Sıklık
Dokunma	Kıvam	60
	Duyarlılık	22
	Bulgular	13
	Derinlik	11
	Mobilite	11
	Kuruluk	10
	Gerginlik	9
	Yapışıklık	5
	Frajlite	4
	Sıcaklık	4
	Kabalık	2
	Sıklık	2
Semptom	Semptomatik	113
	Aseptomatik	53

Elemanter lezyon ile ilgili 650 bilgi elde edildi. En sık sözü edilen elemanter lezyonlar, papül (n = 92), plak (n = 71) ve nodül (n = 50) idi. Öte yandan apse, kist ve laksisiteden yalnız birer kez söz edilmişti (Tablo 9).

Tablo 9. Deskripsiyonlarda elemanter lezyonların sıklıkları

Lezyon	Sıklık	Lezyon	Sıklık
Papül	92	Vezikül	11
Plak	71	Fissür	9
Nodül	50	Sulu kabarcık	8
Skvam	49	Püstül	8
Ülser	43	Maserasyon	7
Şişlik	39	Tıkaç	6
Keratoz	38	Çukurcuk	5
Tümör	29	Ürtikeryal kabartı	5
Erozyon	28	Fistül	3
Makül	28	Skleroz	3
Sikatriis	24	Ekskoriyasyon	2
Atrofi	23	Hiperlinearite	2
Yama	19	Vejetasyon	2
Kabuk	18	Apse	1
Nekroz	14	Kist	1
Bül	11	Laksite	1

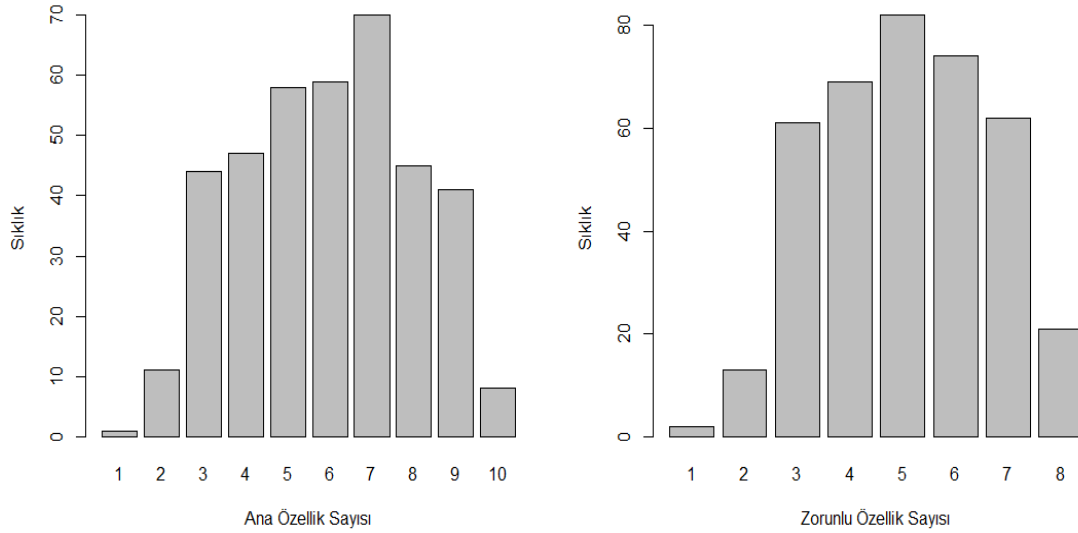
4.2. Deskripsiyonlarda Sözü Edilen Ana Özellik ve Zorunlu Özellik Sayıları

Deskripsiyonların tümü, en azından bir ana özellik içeriyordu. Ancak on bir ana özelliğin hepsini içeren bir deskripsiyon yoktu. Ana özellik sayısının ortalaması 5.95 (SD ± 2.04), medyanı 6 idi. Deskripsiyonların tümü, en azından bir zorunlu özellik

içeriyordu. Sekiz zorunlu özelliğin hepsini içeren 21 deskripsiyon vardı. Zorunlu özellik sayısının ortalaması 5.06 (SD $\pm$ 1.59), medyanı 5 idi (Tablo 10) (Şekil 1).

Tablo 10. Deskripsiyonlardaki ana özellik ve zorunlu özellik sayılarının sıklıkları

Özellik sayısı	Ana özellik		Zorunlu özellik	
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
11	0	0.0	-	-
10	8	2.1	-	-
9	41	10.7	-	-
8	45	11.7	21	5.5
7	70	18.2	62	16.1
6	59	15.4	74	19.3
5	58	15.1	82	21.4
4	47	12.2	69	18.0
3	44	11.5	61	15.9
2	11	2.9	13	3.4
1	1	0.3	2	0.5



Şekil 1. Deskripsiyonlardaki ana özellik ve zorunlu özellik sayılarının sıklıkları

4.3. Deskripsiyonların Kalitesi Üzerine Tekli Değişken Analizi

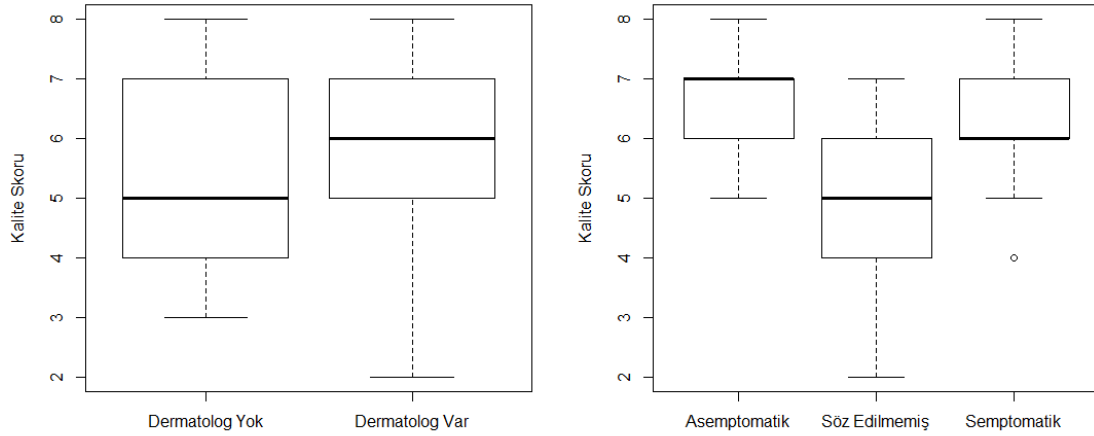
Bağımlı değişken olarak kullanılacak olan kalite skoru, açıkçası her bir olgu bildirisinin deskripsiyonlarında sözü edilmiş zorunlu özellik sayılarının maksimumu, 1 bildiride iki, 6 bildiride üç, 23 bildiride dört, 39 bildiride beş, 58 bildiride altı, 57 bildiride yedi ve 21 bildiride sekiz idi. Kalite skorunun ortalaması 5.96 (SD $\pm$ 1.29), medyanı 6 idi.

Bağımsız değişkenlerden yazar sayısı, 7 bildiride bir, 32 bildiride iki, 34 bildiride üç, 53 bildiride dört, 32 bildiride beş, 21 bildiride altı, 11 bildiride yedi, 6 bildiride sekiz, 4 bildiride dokuz, 3 bildiride on, 1 bildiride oniki ve 1 bildiride onüç idi. Yazar sayısının ortalaması 4.33 (SD $\pm$ 2.06), medyanı 4 idi. 178 bildirinin (%86.8) yazarları arasında en azından bir dermatolog vardı. Kalan 27 bildiri (%13.2), yazar olarak dermatolog içermiyordu.

Olgu bölümünün metin uzunluğu, 785 - 8302 harf arasında değişiyordu. Ortalaması 2691.3 (SD $\pm$ 1354.0), medyanı 2407 idi. Bildirilerin büyük çoğunluğu (n = 181, % 88.3), yalnız bir olgu içeriyordu. Olgu sayısı, 16 bildiride iki, 3 bildiride üç, 4 bildiride dört ve 1 bildiride beş idi. Bildirilerin dörtte biri (n = 51), olmasa bile semptomlardan söz etmişti. Bildirilerin yaklaşık yüzde kırkı (n = 83), ancak varsa semptomlardan söz etmişti. Kalan 71 bildiri, semptomların olup olmadığından söz etmemişti.

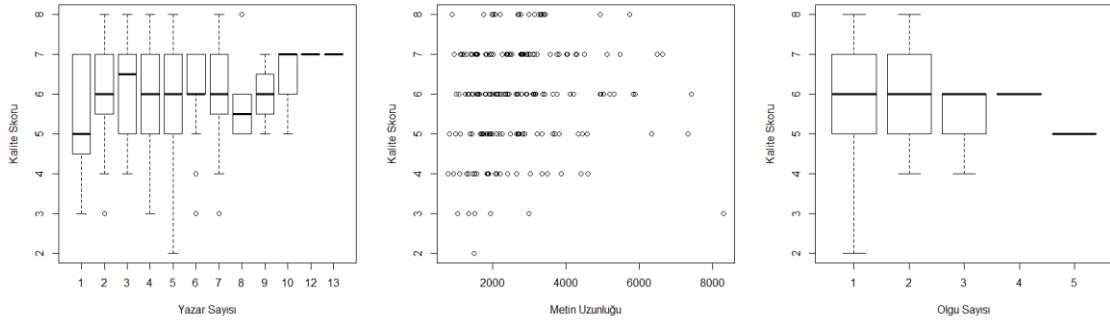
4.4. Deskripsiyonların Kalitesi Üzerine İkili Değişken Analizi

Yazarlar arasında en azından bir dermatolog varsa, ortalama kalite skoru 6.0 (SD $\pm$ 1.2) idi. Yazarlar arasında dermatolog bulunmuyorsa, bu ortalama 5.4 (SD $\pm$ 1.6) idi. Fark, t-testine göre sınırda anlamlı idi ($p = 0.070$). Ortalama kalite skoru, semptomların yokluğundan bile söz edilmişse 6.8 (SD $\pm$ 1.0), semptomların yalnız varlığından söz edilmişse 6.3 (SD $\pm$ 1.1), semptomların yokluğundan da varlığından da söz edilmemişse 5.0 (SD $\pm$ 1.2) idi. Tek yönlü ANOVA şunu gösterdi: Semptomlardan söz edip etmemenin etkisi anlamlıydı, $F(2, 202) = 48.3$, $p < 0.001$. *Post hoc* analizde, tüm ikili karşılaştırmalar anlamlı idi (Şekil 2).



Şekil 2. Yazarlar arasında dermatolog olup olmasına ve semptomların varlığından veya yokluğundan söz edilip edilmemesine göre kalite skoru

Yazar sayısı, kalite skoru ile negatif korelasyon gösterdi ($\rho = -0.04$). Ancak bu korelasyon anlamsızdı. Metin uzunluğu, kalite skoru ile pozitif korelasyon gösterdi ($\rho = +0.15$). Bu korelasyon, anlamlı idi ($p = 0.029$). Olgu sayısı, kalite skoru ile negatif korelasyon gösterdi ($\rho = -0.04$). Ancak bu korelasyon anlamsızdı (Şekil 3).



Şekil 3. Yazar sayısı, metin uzunluğu ve olgu sayısına göre kalite skoru

4.5. Deskripsiyonların Kalitesi Üzerine Çoklu Değişken Analiz

İkili değişken analizinde anlamlı veya sınırda anlamlı bulunan üç bağımsız değişken vardı: Yazarlar arasında dermatolog olup olmaması, metin uzunluğu ve semptomların varlığından veya yokluğundan söz edilip edilmemesi. Bunlar ile yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizinde, yazarlar arasında en azından bir

dermatologun bulunması, kalite skoru ile anlamlı pozitif bir asosiyasyon gösterdi ($p = 0.022$). Metin uzunluğu, kalite skoru ile pozitif bir asosiyasyon gösterdi, ancak anlamlı değildi. Semptomların yokluğundan da varlığından da söz etmemek referans olarak alındığında, semptomların yalnız varlığından söz etmek, kalite skoru ile anlamlı pozitif bir asosiyasyon gösterdi ($p < 0.001$). Semptomların yokluğundan bile söz etmek ise kalite skoru ile daha güçlü anlamlı pozitif bir asosiyasyon gösterdi ($p < 0.001$). Model ile açıklanan varyans, %35 idi, $F(4, 200) = 26.4$, $p < 0.001$ (Tablo 11).

Tablo 11. Kalite skorunun bağımlı değişken olduğu çok değişkenli lineer regresyon

	Katsayı	SE	<i>t</i> -değeri	<i>p</i> -değeri
Kesen	4.40	0.27	16.38	< 0.001
Dermatolog bulunması	0.51	0.22	2.32	0.022
Metin uzunluğu	7.23×10^{-5}	5.70×10^{-5}	1.27	0.206
Semptomlardan söz etme				
Semptomatik	1.16	0.18	6.55	< 0.001
Asemptomatik	1.83	0.19	9.40	< 0.001

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın ana bulguları şunlardı: (1) Olgu bildirilerindeki klinik deskripsiyonlarda dokunma ve semptom ile ilgili bilgilere az yer verilmesi; (2) yerleşim baş-boyunda olduğunda yeri daha ayrıntılı belirtilirken, öteki bölümlerde olduğunda “gövde ve ekstremiteler” gibi genel terimlerin oldukça sık kullanılması; (3) nicelik ile ilgili bilgi verilirken, çoğunlukla sözcüklerin tekil veya çoğul yapıda olması ile yetinilmesi; (4) boyut ile ilgili bilgi verilirken, daha çok sayı kullanılması, ancak büyüklüğün ne ölçüde olduğunu kesin olarak aktarmayan “büyük” gibi sıfatların kullanılmasının da oldukça yaygın olması; (5) deskripsiyonların önemli bir bölümünde zorunlu özelliklerin bile ancak yarısının veya daha azının yer alması; (6) ortalama yazar sayısının oldukça yüksek olması, ancak yazar sayısının deskripsiyonların kalitesine etkisinin olmaması; (7) yazarlar arasında dermatolog varsa deskripsiyonların kalitesinin artması; (8) semptomlardan üstelik yokluklarından bile söz eden yazarların daha kaliteli deskripsiyonlar yapması. Bu ana bulguları tartışmadan önce dermatoloji için olgu bildirilerinin önemini ve iyileştirilmesini, ayrıca klinik deskripsiyonların yerini tartışmak gerekir.

5.1. Olgu Bildirilerinin Önemi

Önemli (majör) bilimsel dergiler, giderek daha az olgu bildirilerine yer vermektedir. Bu durum, olgu bildirilerinin önemli olmadığı anlamına gelmez. Rodriguez-Lago ve arkadaşları, bu durumu dergilerin etki (“*impact*”) faktörü ile açıklamaya çalışmıştır.⁴⁴ Dört majör dergi (*British Journal of Dermatology*, *Contact Dermatitis*, *JAMA Dermatology* ve *Journal of the American Academy of Dermatology*) ile birlikte “*Actas Dermo-Sifiliograficas*” adlı dergiyi ele almışlar; özetsiz makaleleri, editöre mektupları ve konferans tutanaklarını dışlayarak, 2013-2014 yıllarında yayımlanan makaleleri incelemişler; bunları olgu bildirileri, orijinal makaleler, anlatı (“*narrative*”) derlemeler ve diğerleri diye dört kategoriye ayırmışlar; tüm dergiler için olgu bildirilerinin etki faktörünün derginin etki faktörünün yaklaşık yarısı olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgudan şöyle bir sonuç çıkarılabilir: Dergiler, etki faktörlerinin daha yüksek olması için olgu bildirileri yerine orijinal makaleleri ve anlatı derlemelerini yeğlemektedir.

Öte yandan Albrecht ve arkadaşları, yaptıkları çalışma sonucu olgu bildirileri ve serilerinin tıp literatürüne önemli etkisinin olduğunu ileri sürmüştür.⁴⁵ “*Lancet*” adlı dergide 1 Haziran 1996 ve 30 Haziran 1997 arasında yayımlanmış, ondan az olgu içeren 64 olgu bildirisini veya 39 olgu serisini gözden geçirmişler; ortalama olarak 17 kez atıf aldıklarını ve onları yayımlanmış 24 çalışmanın izlediğini saptamışlardır.

Garcia-Doval ve arkadaşları, olgu bildirilerini üçe ayırmıştır:⁴⁶ (1) Yeni bilgi sağlamayanlar, (2) biraz yeni klinik bilgi sağlayanlar ve (3) yeni kuramlara yol açanlar. İlk tür olgu bildirileri, olguları kullanarak öğretmeyi amaçlar. Klinisyenler en iyi anekdotlar ile öğrendiği için,⁴⁷ olgu bildirilerinin eğitim amacı yadsınamaz.

Garcia-Doval ve arkadaşları’nın ikinci tür olgu bildirileri, bilinen hastalıklar ile ilgili klinik bilgimizi artırmayı amaçlar. Bunlar, sık görülen hastalıkların olağan dışı görünümelerini betimleyebilir, sık görülmeyen hastalıkların veya bulguların deskripsiyonlarını iyileştirebilir ve kimisi gelişigüzel olsa da asosiyasyonlar tanımlayabilir.

Garcia-Doval ve arkadaşları’nın üçüncü tür olgu bildirileri, yeni dermatolojik durumlar veya bulguları, yeni dermatolojik tedavileri ve tedavilerin yeni olumsuz etkilerini bildirmeyi amaçlar. Ayrıca hastalıkların patofizyolojilerine ışık tutabilir. Goihman-Yahr, olgu bildirileri üzerine yaptığı bir yorumda “yeni bulguların bildirilmesi” olarak ele alınabilecek çarpıcı bir örnek vermiştir.⁴⁸ Bu örnek, Atanasovski ve Watson’ın “*Journal of the American Academy of Dermatology*” adlı dergide yayımlanmış oldukları bir olgudur.⁴⁹ Mezenter ve omentumda metastatik melanomu olan bir erkekte pozitron emisyon tomografisi taraması yapılmış; boyun, omuzlar ve göğüste çok sayıda kutanöz ve subkutanöz tutulumlar saptanmış; sonunda bunların metastatik melanom değil kistik akne olduğu anlaşılmıştır.

Rao ve Ramam’a göre, dermatolojide atılım yapan birtakım tedaviler, olgu bildirileri ile gündeme gelmiştir.⁵⁰ Üstelik bu tedavilerin bir bölümü, amaçlı uygulamalar olmayıp, gelişigüzel gözlemler sonucu ortaya çıkmıştır. Rao ve Ramam şu örnekleri vermiştir: İnfantil hemanjiyomlar için propranolol, melazma için traneksamik asit, eritema nodozum leprozum için talidomid, androgenetik alopesi için minoksidil, pemfigus vulgaris için rituksimab ve Behçet hastalığı için dapson. Öte yandan olgu bildirileri, yeni tedaviler için çoğunlukla ilk kanıt olsalar da, tedavinin etkinliğinin saptanmasında seyrek olarak yeterli olurlar.⁵¹

Ek olarak tedavi ile ilgili olgu bildirileri konusunda güçlü bir yayımlama ön yargısı (“*publicaiton bias*”) vardır.⁵² Bu ön yargı, etkinlik ve güvenlik üzerine abartılmış savlar ile birlikte olan pozitif sonuçları kayırmaktadır. Yukarıda sözü edilen Albrecht ve arkadaşları’nın *Lancet* adlı dergi üzerine yaptığı çalışmada 64 olgu bildirisinin yalnız üçünde, 39 olgu serisinin yalnız sekizinde başarısızlıktan söz edildiği saptanmıştır.⁴⁵ Albrecht ve arkadaşları, bu kez Ocak 1998 - Haziran 2001 arasında *Archives of Dermatology* adlı dergide yayımlanmış, 62’si olgu bildirisi, 38’i olgu serisi olan 100 makaleyi gözden geçirmiş ve yalnız dördünde tedavi başarısızlığından söz edildiğini bulmuştur.⁵²

Olgu bildirileri, seyrek olumsuz etkiler için sıklıkla ilk kaynak olduğu gibi, kimi durumda bu konuda ana kaynaktır.⁵¹ Rao ve Ramam, bu konuda şu örnekleri vermiştir.⁵⁰ Nikorandile bağlı perianal ülserasyon, hidrokuinona bağlı ekzojen okronoz, siklofosfamide bağlı nötrofilik ekrin hidradenitis ve anti tümör nekroz faktör-alfa ilaçlarına bağlı psoriasisın paradoksal alevlenmesi.

5.2. Olgu Bildirilerinin İyileştirilmesi

Olgu bildirilerinin kalitesini iyileştirmek üzere, 2013 yılında uzlaşmaya dayalı (“*consensus-based*”) bir klinik olgu bildirme kılavuzu yayımlanmıştır.⁵³ İngilizce “*case report*” sözcüklerinden esinlenerek, bu kılavuza “CARE” adı verilmiştir. Bu kılavuza ve ilgili belgelere çevrimiçinden kolaylıkla erişilebilir.⁵⁴ 2017 yılında bu kılavuzun olgu bildirilerinin yazılmasında ve yayımlanmasında kullanılmasını ve yaygınlığını artırmak üzere bir yayın yapılmıştır.⁵⁵

CARE kılavuzunun kontrol listesi, 13 başlıktan oluşur. Birtakım başlıkların alt başlıkları da vardır. Bu kontrol listesi Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. CARE kontrol listesi⁵⁴

Başlık	No	Tanım
Bildiri başlığı	1	Birincil odak olan tanı veya girişim, bunu izleyen “olgu bildirisi” sözcükleri
Anahtar sözcükler	2	Bu olgu bildirisindeki tanıları veya girişimleri tanımlayan, “olgu bildirisi” sözcüklerini de içeren 2-5 anahtar sözcük

Tablo 12'nin devamı

Özet (kaynaksız)	3a	Giriş: Bu olgu ile ilgili eşsiz olan nedir ve bilimsel literatüre ne katmaktadır?
	3b	Ana belirtiler ve/veya önemli klinik bulgular
	3c	Ana tanılar, tedavi girişimleri ve sonuçlar
	3d	Sonuç: Bu olgudan alınacak ana “al da götür” ders(ler)i nedir?
Giriş	4	Bu olgunun neden eşsiz olduğunu özetleyen bir veya iki paragraf (kaynak içerebilir)
Hasta bilgisi	5a	Kimliği gizlenmiş hastaya özel bilgiler
	5b	Hastanın birincil kaygıları ve belirtileri
	5c	İlgili genetik bilgileri içeren tıbbi, ailesel ve psiko-sosyal öykü
	5d	Sonuçları ile birlikte ilgili geçmiş girişimler
Klinik bulgular	6	Anlamli fizik muayene ve önemli klinik bulguları betimleyin
Zaman çizelgesi	7	Bu bakım döneminden kaynaklanan, bir zaman çizelgesi olarak düzenlenmiş geçmiş ve güncel bilgiler
Tanısal değerlendirme	8a	Tanısal testler (fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme, anketler gibi)
	8b	Tanısal güçlükler (teste erişim, finansal veya kültürel erişim gibi)
	8c	Tanı (düşünülen öteki tanılar ile birlikte)
	8d	Varsa prognoz (onkolojide evreleme gibi)
Tedavi girişimi	9a	Tedavi girişimi türleri (farmakolojik, cerrahi, koruyucu, kendi kendine bakım gibi)
	9b	Tedavi girişiminin uygulanması (doz, güç, süre gibi)
	9c	Tedavi girişimindeki değişiklikler (gerekçeli)
İzlem ve sonuçlar	10a	Klinisyen ve hasta tarafından değerlendirilen sonuçlar (varsa)
	10b	İzlemde önemli tanısal ve öteki test sonuçları
	10c	Girişime uyum ve tolere edilebilirlik (bu nasıl değerlendirildi?)
	10d	Olumsuz ve beklenmeyen olaylar
Tartışma	11a	Bu olgu bildirisiyle ilişkili güçlü yönlerin ve sınırlamaların bilimsel olarak tartışılması
	11b	İlgili tıbbi literatürün kaynak gösterilerek tartışılması
	11c	Herhangi bir sonucun bilimsel gerekçesi (olası nedenlerin değerlendirilmesini içeren)
	11d	Tek paragraflık bir sonuç biçiminde bu olgu bildirisinin birincil “al da götür” dersleri (referanslar olmadan)
Hastanın bakış açısı	12	Hasta, aldığı tedavi(ler) ile ilgili bakış açısını bir veya iki paragrafta paylaşmalı
Bilgilendirilmiş onam	13	Hasta bilgilendirilmiş onam verdi mi? İstenirse lütfen sağlayın

2018 yılında Miguel ve arkadaşları, etki faktörü yüksek olan, uluslararası yedi dermatoloji dergisinde (Journal of the American Academy of Dermatology, British

Journal of Dermatology, Clinical and Experimental Dermatology, Dermatology, European Journal of Dermatology, International Journal of Dermatology, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology) Ocak 2012 - Aralık 2013 arasında yayımlanmış toplam 1255 olgu bildirisini ayıklamış, her bir dergiden geliştigüzel 50 olgu bildirisini seçmiş, ancak iki dergi 50'nin altında olgu bildirisi içerdiğinden toplamda 293 olgu bildirisini CARE kontrol listesine göre değerlendirmeye almıştır.⁵⁶

Miguel ve arkadaşları'nın incelediği bildirilerin yalnız %2'si başlıkta "olgu bildirisi" sözcüklerini geçirmiştir. Yalnız %9'u anahtar sözcük vermiştir. Yalnız %20'si özet içermiştir. Yarısından çoğu giriş bölümüne yer vermiştir. Neredeyse tümünde hastanın demografik bilgileri verilmiş, ancak yaklaşık %11'inde belirtilerden söz edilmemiştir. Oldukça büyük bir bölümü (%88) klinik bulguları bildirmiştir. Ancak yalnız %20'si bir zaman çizelgesi içermiştir.

Miguel ve arkadaşları'nın incelediği bildirilerin neredeyse hepsi tanısal yöntemleri bildirmiş, ancak yalnız %20'si tanısal güçlüklerden, yalnız %25'i tanısal gerekçelerden ve yalnız %7'si prognozdan söz etmiştir. Yüzde 82'si girişimin türünü bildirirken, yalnız %49'u girişimin uygulanmasını ve yalnız %34 girişimdeki değişiklikleri tanımlamıştır. Yüzde 60'nın üstünde olumsuz etkiler ele alınmamış veya eksik sunulmuştur.

Miguel ve arkadaşları'nın incelediği bildirilerin geneli, önemli kaynakları kullanarak bir tartışma yapmış, sonuçlarının gerekçelerini ve "al da götür" derslerini sunmuştur. Ancak olgu yönetimi ile ilgili güçlü yönleri ve sınırlamaları %23'ü tartışmıştır. Dahası yalnız %3'ü hastanın bakış açısına yer vermiştir.

Özetle Miguel ve arkadaşları'nın incelediği 293 olgu bildirisi, CARE kontrol listesinin altı başlığını %15'den az bir oranda karşılamıştır. Dergilerin CARE kılavuzunu onaylaması arttıkça bu sorunun düzelmesi beklenebilir.⁵⁶

5.3. Dermatolojide Klinik Deskripsiyonların Yeri

Öncelikle tıpta olgu bildirilerinde deskripsiyonların tarihsel gelişimini veya değişimini ele almak gerekir. Delgado-Ramirez, 2017 yılında yayımlanan bir başyazısında şöyle bir özet yapmıştır.⁵⁷ Olgu bildirileri, Hippocrates döneminde (MÖ 400) klinik bulguların ayrıntılı deskripsiyonları ile gelişmiştir. Galen döneminde (MS

130-200) birinci kişi anlatımını kullanan konuşmalar gibi olmuştur. Orta çağda batıda kilisenin etkisiyle tıp durağanlaşırken, İslam tıbbı ayrıntılı deskripsiyonlar vermiştir. On yedinci ve on sekizinci yüzyıllarda hastanın öznel deneyimine de özel vurgu yapan, güçlü dramatik komponentleri olan edebi anlatılar öne çıkmıştır. On dokuzuncu yüzyıldan başlayarak olgu bildirileri bölümlere ayrılmış ve hastanın bakış açısını yansıtmayan bilimsel bir dile geçilmiştir. Günümüze dek böyle sürerken, CARE kılavuzu hastanın bakış açısını yeniden önemli kılmıştır.

Klinik dermatoloji deskripsiyonlarında nitelikleri ayrıntılı olarak anlatılmaya çalışılan özne, elemanter lezyonlardır. Örneğin, “karında ve belde, sol yanda, çok sayıda olup birkaç grup oluşturmak üzere eritemli bir artalan üzerinde bir araya toplanmış, toplu iğne başı - mercimek büyüklüğünde, kimisi göbekli, kimisi bulanık veziküller görüldü” denirken, özne veziküldür, bir başka deyişle bir tür elemanter lezyondur. On sekizinci yüzyıldan başlayarak deri hastalıklarının sınıflandırılmasında ağırlıklı olarak elemanter lezyonlar kullanılmıştır. Örneğin Joseph Jacob Ritter von Plenck, deri hastalıklarını şöyle sınıflandırmıştır:⁵⁸ (1) *Maculae*, (2) *Pustulae*, (3) *Vesiculae*, (4) *Bullae*, (5) *Papulae*, (6) *Crustae*, (7) *Squamae*, (8) *Callositates*, (9) *Excrementiae cutaneae*, (10) *Ulcera cutanea*, (11) *Insecta cutanea*, (12) *Vulnera cutanea*, (13) *Morbi unguium*, (14) *Morbi pilorum*.

“Modern dermatolojinin babası” sayılan, yine on sekizinci yüzyılda yaşamış olan Robert Willan da benzer bir yol izlemiştir:⁵⁸ (1) *Papulae*, (2) *Squamae*, (3) *Exanthemata*, (4) *Bullae*, (5) *Pustulae*, (6) *Vesiculae*, (7) *Tubercula*, (8) *Maculae*, (9) *Dermal excrescences*. Robert Willan, deri hastalıklarının morfolojileri üzerine deskripsiyonlarda bir öncüdür.⁵⁹ Dahası deri hastalıklarının deskripsiyonunda illüstrasyonların önemini kavrayan ilk kişidir.

On sekizinci yüzyıldan beri klinik morfoloji, dolayısıyla klinik deskripsiyonlar, dermatolojide önemini korurken, 2000’li yılların başında Wolf ve arkadaşları şuna tanık olmuştur:⁶⁰ “Bilimsel” etiketi taşımaya değer yeni bilginin tek kaynağının hasta değil laboratuvar tezgahı olduğu yönündeki inancın kışkırtmasıyla, birçok akademisyen hekim, klinik gözlemlerin geleneksel ortamından laboratuvara doğru kaymaktadır. Oysa, Jablonska’nın dediği gibi,⁶¹ morfolojik bulgular, kuşkusuz genetik, immünolojik ve moleküler çalışmalar ile bütünlenmelidir, bununla birlikte bu tür çalışmalar, morfolojik bulgular olmadan ancak seyrek olarak değerlidir.

Morfolojikten molek lere olan bu kaymaya karşın, klinik deskripsiyonlar, günümüzde de dermatoloji eēitiminde önemini yitirmemiştir. Tıp  ērencilerinin dermatoloji stajlarını deēerlendirdikleri derlemede Casanova ve arkadaşları, lezyonları eksiksiz betimlemeyi dermatoloji stajında pekiştirilmesi gereken yetkinlikler arasında saymıştır.⁶² Dermatologların kendileri dışında tanı açısından en çok yardım aldıkları kişiler olan dermatopatologlara gelince, onlar da klinik deskripsiyonların öneminin altını çizmektedir. Wong ve arkadaşları, 2012-2013 yıllarında deri biyopsisi istem formlarındaki klinik bilgilerin kalitesi üzerine dermatopatologların düşüncelerini deēerlendirmiř ve şu bulguya erişmiştir:⁶³ İstem formundaki klinik tanı histoloji ile tutarlı deēilse, klinik morfolojinin yalın deskripsiyonu, dermatopatologlar açısından özelikle önemlidir.

Öte yandan kapsamlı sözel deskripsiyonlar, tanıda  n yargıya yol açabilir. Buna dayanak olarak Kulatunga-Moruzi ve arkadaşlarının deneyi verilebilir.⁶⁴ Araştırmacılar, dermatologlar, aile hekimleri ve asistanları çalışmaya almışlar; onları iki gruba ayırmışlar; bir grup önce kapsamlı sözel deskripsiyonları deēerlendirerek tanı koymuş, sonra da bu deskripsiyonlara karşılık gelen fotoēraflara bakarak tanı koymuş; öteki gruba gelince, onlar yalnız fotoēraflara bakarak tanı koymuş; böylece tanı için “sözel”, “sözel sonrası görsel” ve “görsel” olarak üç durum söz konusu olmuş; tipik olgularda ortalama tanısalsal doēruluk, dermatologlarda sırasıyla yüzde 69.4, 77.8 ve 90.3 olarak, aile hekimlerinde sırasıyla yüzde 42.5, 52.7 ve 72.2, asistanlarda sırasıyla yüzde 53.3, 56.7 ve 37.8 bulunmuş, atipik olgularda tanısalsal doēruluk, dermatologlarda 47.2, 64.0 ve 77.8, aile hekimlerinde sırasıyla yüzde 25.0, 30.6 ve 44.4, asistanlarda sırasıyla yüzde 34.4, 31.1 ve 21.1 bulunmuştur. Asistanlar dışlanacak olursa, gerek tipik gerekse atipik olgularda kapsamlı sözel deskripsiyonlar olmadan fotoēraflara bakmak, en yüksek tanısalsal doēruluk ile sonuçlanmaktadır. Asistanlar ise kapsamlı sözel deskripsiyonların eřliēinde daha doēru tanı koyabilmektedir.

Tanı koymada uzmanlar için “bir görüntü binlerce s zc ēe deēer” olsa da,⁶⁵  ērenciler için iyi sözel betimlemeler daha yardımcıdır. Olgu bildirilerinin gerekli oluşunu yadsınamayacak kılan eēitim amacını gerçekleştirebilmek için, olgu bildirilerinin kaliteli deskripsiyonlar içermesi gerekir. Bir başka deyişle, olgu bildirileri, ancak belirtiler, bulgular ve hastanın öteki özellikleri ile ilgili önemli ayrıntıları içeren deskripsiyonlar sunduklarında  ēreticidir.⁵⁰

5.4. Deskripsiyonlarda Palpasyon Bulguları ile Sübjektif Semptomların Yeri

Dermatolojik muayene, yalnız inspeksiyon değildir. Palpasyonda da önemli bulgular elde edilir. Nast ve arkadaşlarının 2016 yılında düzeltmeler ve genişletmeler yaparak yeniden sundukları kutanöz lezyonların deskripsiyonu sözlüğünde palpasyon başlığı altında şunlar yer almaktadır:⁴³ Atrofi, sıkıştırılabilir (“compressible”), katı, fıkse, fluktuan, endürasyon, mobil, pülzatil, kaya sertliğinde, sicim gibi, kaba, lastik gibi, düzgün, yumuşak ve sıcak.

Örneğin, “maküler atrofi” olarak da bilinen anetoderma, özellikle sırtta, çok sayıda, ayrıık yerleşmiş, yaklaşık 1 cm çapında, yuvarlak veya oval, iyi sınırlı, deri renginde, asemptomatik kırışıklıklar, bir başka deyişle atrofiler olarak kendini gösterir. Kimi olgularda bu lezyonlar kabarık olabilir. Ancak palpasyonda ortadaki gevşeklik ve çevredeki normal kıvamlı deri halkası nedeniyle, bu kabarıklıkların dermisteki elastik liflerin azalmasından kaynaklanan yağ dokusu herniasyonları olduğu anlaşılır.⁶⁶ Dolayısıyla palpasyon, inspeksiyon ile kesinlikle saptanamayacak bulgular sağlayabilir.

Bu çalışmada incelenen 384 deskripsiyonun yalnız 107’sinde, bir başka deyişle üçte birinden azında dokunma (palpasyon) ile ilgili bilgi verilmiştir. Bu oldukça düşük bir orandır. Kuşkusuz, birtakım deri lezyonlarının bir palpasyon bulgusu olmayabilir. Ancak bir olgu bildirisinde palpasyon ile ilgili sözcükler yoksa, bunun palpasyon ile bir bulgu saptanamadığından mı, yoksa palpasyon yapılmadığından mı kaynaklandığı anlaşılamaz.

Dermatolojik tanıda hastanın yakınmalarından çok hekimin gördüğü ve dokunduğu lezyonların bulguları daha önemli olsa da, sübjektif semptomlar, kimi durumda tanı için oldukça yol gösterici olabilir. Örneğin, glomus tümörleri, ağrılı subkutan lezyonlardır.⁶⁷ Zonklayıcı veya bıçak saplanır gibi batıcı lokal bir rahatsızlığa, soğuğa duyarlılığa ve travma sonrası şiddetli ağrıya yol açar. Bu arada Cohen ve arkadaşları, derinin ağrılı tümörlerini ele alan bir derleme yazmıştır.⁶⁸ Bu derlemede “Charlotte’nin Ağı (*Charlotte’s Web*)” adlı çocuk kitabından esinlenilerek bir akronim önerilmiştir: *CALM HOG FLED PEN AND GETS BACK: Chondrodermatitis nodularis helices, Angioendotheliomatosis, Leiomyoma, Metastases, Hidradenoma, Osteoma cutis, Glomus tumor, Fibromyxoma, Leiomyosarcoma, Eccrine angiomatous hamartoma, Dercum’s disease, Peizogenic pedal papule, Neurilemmoma, Angiolipoma, Neuroma,*

Dermatofibroma, Granular cell tumor, Endometriosis, Thrombus, Scar, Blue rubber bleb nevus, Angioma, Calcinosis cutis, Keloid.

Olgu bildirilerinin kalitesini iyileştirmek üzere geliştirilen CARE kılavuzunun kontrol listesinde (Tablo 12) “hasta bilgisi” başlığı altında hastanın birincil kaygılarının ve belirtilerinin olgu bildirilerinde yer alması istendiği gibi, “hastanın bakış açısı” adlı bir başlık da vardır.⁵³ Kısacası hastanın öznel yakınmalarına ve değerlendirmelerine önem verilmektedir.

Bu çalışmada incelenen 384 deskripsiyonun yalnız 153’ünde, bir başka deyişle yarısından azında sübjektif semptom ile ilgili bilgi verilmiştir. Bu oldukça düşük bir orandır. Kuşkusuz, kimi hastaların sübjektif bir semptomu olmayabilir. Ancak bir olgu bildirisinde sübjektif semptom ile ilgili sözcükler yoksa, bunun hastada olmadığından mı, yoksa hastaya sorulmadığından mı kaynaklandığı anlaşılamaz. Oysa, sübjektif semptomların yokluğu, deskripsiyonlarda elemanter lezyon adlarının önüne eklenecek tek bir sözcük ile verilebilir: “Aseptomatik.”

5.5. Deskripsiyonlarda Yerleşim, Nicelik ve Boyut ile İlgili Bilgilerin Verilmesinde Eğilimler

Bu çalışmada değerlendirilen deskripsiyonlarda yerleşim baş-boyunda olduğunda yeri daha ayrıntılı belirtilirken, öteki bölümlerde olduğunda “gövde ve ekstremiteler” gibi genel terimler oldukça sık kullanılmıştır. Örneğin, ekzematöz lezyonlar alt ekstremitelerde özellikle popliteal bölgeye yerleşmişse daha çok atopik dermatit, bacağın 1/3 alt bölümüne yerleşmişse daha çok staz dermatiti, ayak tabanına yerleşmişse daha çok tinea pedis düşünülür. Dolayısıyla yalnız “alt ekstremitelerde ekzematöz lezyonlar” biçiminde yapılan bir deskripsiyon, ayırıcı tanı için çok yol gösterici değildir. Ancak yine de birçok hastalık için lezyonların gövdenin veya ekstremitelerin şurasına veya burasına yerleşmiş olması, çok önemli olmayabilir.

Baş-boyuna gelince, bu çalışmada değerlendirmeler yapılırken, onun altına saçlı deri, yüz, ağız, burun boşluğu ve boyun toplanmıştı. Öte yandan, çalışma için yüz altına toplanan alın, göz kapağı, yanak, burun, çene ve kulak gibi daha ayrıntılı bölge adları da olgu bildirilerinde kullanılmıştı. Kişiler arası yüz yüze iletişimlerde bu sayılan yüz bölgeleri mimikler aracılığıyla birtakım duyguları aktarabildiği için, ister istemez onların her birinin düşüncelerimizde ayrı ayrı yerleri vardır. Dolayısıyla bir hekimin

baş-boyundaki lezyonların yerini betimlerken ayrıntıcı olması, şaşılabilecek bir durum değildir.

Bu çalışmada incelenen 384 deskripsiyonun 266'sında, bir başka deyişle üçte ikisinden çoğunda nicelik bilgisi, ancak sözcüklerin tekil veya çoğul oluşuna göre ayıklanabiliyordu. Kuşkusuz, lezyonları bir bir saydırıp bire bir doğru bir sayı verilmesini istemek, birçok olguda yaşamın doğal akışına aykırı bir istek olacaktır. Bunun yerine deskripsiyon yazarları, bir çırpıda sayılabilecek, örneğin on sayısına dek bir nicelik varsa sayısal konuşmayı, niceliğin daha büyük olduğu durumlarda “onlarca, yüzlerce, binlerce veya sayılamayacak ölçüde çok lezyon” demeyi yeğlemelidir.

Bu çalışmada değerlendirilen deskripsiyonlarda boyut ile ilgili bilgi verilirken, daha çok sayı kullanılmıştı, ancak büyüklüğün ne ölçüde olduğunu kesin olarak aktarmayan “büyük” gibi sıfatların kullanılması da oldukça yaygındı. Kuşkusuz, en iyisi, tek bir lezyon varsa, en azından iki çapını cetvel ile ölçüp, örneğin “2 × 5 milimetre çapında” diyerek boyutu sayısal vermektir; çok sayıda lezyon söz konusu olduğunda ise, yine cetvel ile ölçümler yapıp, örneğin “2 - 3 santimetre arasında değişen büyüklüklerde” diyerek yine sayısal konuşmaktır. Cetvel ile ölçüm yapmaya olanak yoksa, en azından “toplu iğne başı, mercimek, bezelye” gibi nesneleri anarak büyüklüğü benzetmek daha doğrudur. “Mercimek, bezelye” örneklerinde olduğu gibi yiyecek metaforlarının dermatolojide yalnız boyut konusunda değil daha birçok konuda kullanılması, Milam ve arkadaşlarının bir yazısında ele alınmıştır.⁶⁹

5.6. Deskripsiyonda Olmazsa Olmazlar

Bu çalışmada olgu bildirilerinin deskripsiyonlarından 11 ana özellik ile ilgili bilgiler ayıklandı. Ancak bu özelliklerin yalnız sekizi, bir deskripsiyon için “olmazsa olmaz” sayıldı: Yerleşim, nicelik, boyut, biçim, renk, dokunma, semptom ve elemanter lezyon. Yerleşim, çoğunlukla en olası tanıyı büyük ölçüde etkiler. Örneğin, edinsel bir poikiloderma, gövde gibi kapalı bölgelere yerleşmişse, en olası tanı mikozis fungoidestir. Oysa, yüz ve boyun gibi güneşe açık bölgelere yerleşmişse, en olası tanı lupus eritematozus veya Civatte’ın poikilodermasıdır.

Niceliğe gelince, hastalıkların bir bölümü sayılabilecek nicelikte lezyon ile, bir bölümü ise kolay kolay sayılamayacak ölçüde çok lezyon ile karşımıza çıkar. Veziküler dermatozlardan herpes simpleks ilk türe, varisella ise ikinci türe örnek verilebilir.

Dolayısıyla nicelik, morfolojik açıdan çok benzer dermatozları birbirinden kesin olarak ayırabilir. Bu arada Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu, herpes simpleks virüse bağlı olup, kolay kolay sayılamayacak ölçüde çok sayıda lezyon ile kendini gösterir. Ancak seyrek, üstelik adı üzerinde variselliformdur.

Boyuta gelince, papül-plak, vezikül-bül gibi elemanter lezyonlar arası ayrımlarda bile bir ölçüttür. Dahası, yalnız belirli bir tür elemanter lezyon söz konusu olsa bile, birtakım hastalıkların boyut açısından yine de olmazsa olmazları vardır. Örneğin, papül 5 milimetreye dek çapta katı bir kabarıklılıktır. Ancak liken nitidus papülleri ufacıktır, ancak 1-2 mm çapında olabilir.

Biçime gelince, gerçekte çoğu deri lezyonu, kenarında az da olsa girintiler-çıkıntılar gösterir, dolayısıyla irregüler biçimlidir. Ancak kimi olgularda belirli geometrik biçimleri oldukça andırıp tanı yaklaşımını etkilerler. Örneğin, ortadan iyileşip çevreye doğru genişleyen eritemli skuamli bir plak, kenarında girintiler-çıkıntılar gösterse de halkayı andırır ve potasyum hidroksit preparasyonu ile mantar elemanlarının aranmasını gerekli kılar.

Renge gelince, lezyonların büyük çoğunluğu, üç renkten birine kayma gösterir. Bunlar, kırmızı, kahverengi ve beyazdır. Örneğin, vitiligo maküllerinde deri, renk açısından beyaza kayar, daha doğrusu kahverengiliğini yitirir. Bu arada güneş altında kalırsa, daha çabuk yanacağından kızarabilir. Bu kızarıklığa karşın, bu makül, yine de çevresine göre kahverengilikten yoksundur. Örneğin, kırmızı olmadan psoriasis vulgaris denemez. Örneğin, kahverengi olmadan lentigo simpleks denemez. Kısacası, renk birçok dermatozun özüdür, olmazsa olmazdır.

Dokunma ve sübjektif semptomun deskripsiyonlardaki yeri, daha önce ele alınmıştı (bölüm 5.4). Kısacası, dokunmakla elde edilen bulgular veya hastanın kaşıntı, yanma, batma, ağrı gibi yakınmaları gözle görülemez, dolayısıyla yukarıda sayılan özellikler dışında, onlarla karşılanamayacak bilgiler verir. Elemanter lezyon, lezyonun kendisi olduğu için, o da olmazsa olmazdır.

Bu çalışmada incelenen 384 deskripsiyonun yalnız 21'inde, bir başka deyişle yalnız %5.5'inde sekiz "olmazsa olmaz" özelliğinin hepsi ile ilgili bilgi ayıklandı. Olmazsa olmaz dendiğine göre, bir eksik bile başarısızlık sayılır. Dolayısıyla bu çalışmada ele alınan olgu bildirilerinde deskripsiyonların kalitesinin yüksek olduğu söylenemez.

5.7. Olgu Bildirilerinde Yazar Sayısı

Bu çalışmada incelenen 205 olgu bildirisinin yalnız 7'si, bir başka deyişle yalnız %3.4'ü tek yazarlı idi. Yazar sayısının medyanı 4 idi, bir başka deyişle olgu bildirilerinin en az yarısı, dört veya daha çok yazar tarafından yazılmıştı. Bildirilerin çoğunda da tek olgu sunulduğu göz önüne alınırsa, bir tek olguyu sunmada yazar başına düşmüş katkının pek de çok olmadığı kestirilebilir. Üstelik, yazar sayısı, deskripsiyonların kalitesine de etki etmemişti.

Singh ve arkadaşları, “*Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*” ve “*Journal of the American Academy of Dermatology*” adlı dergilerden 100'er tek olguluk bildiriye incelemiş, ortalama yazar sayısını ilk dergi için 3.30 (SD ± 1.40), ikinci dergi için 4.19 (SD ± 1.54) olarak bulmuştur.⁷⁰ Bu çalışmada “*Journal of Dermatological Case Reports*” adlı dergi için bulunan 4.33 (SD ± 2.06) değerindeki ortalama bu sayılara yakındır. Öyleyse, olgu bildirilerinde yazar çokluğu, genel bir kural gibi görünmektedir.

5.8. Yazarlar Arasında Dermatolog Olduğunda Deskripsiyonun Kalitesi

Bu çalışmada ortalama kalite skoru, yazarları arasında dermatolog bulunan bildirilerde 6.0 (SD ± 1.2), yazarları arasında dermatolog bulunmayan bildirilerde 5.4 (SD ± 1.6) olarak bulundu. Yazarlar arasında dermatolog varsa, ortalama kalite skoru anlamlı olarak daha yüksekti. Üstelik, yazarlar arasında dermatolog bulunması, çoklu değişken analizinde de kalite skoru ile anlamlı pozitif bir asosiyasyon gösterdi.

Mann ve Colven'ın bir çalışmasında dermatolog olmayan bir sağlıkçı, deri sorunları olan olguları bir dermatoloji uzmanına kendi muayene bulguları ile danışmış; olguların bir bölümü için dermatoloji uzmanına dijital imajlar da göndermiş; öteki bölümü için göndermemiş; dermatoloji uzmanı önce danışma bilgileri ile tanı koymuş; daha sonra kendisi olguları muayene ederek tanı koymuş; bu iki tanı arasındaki tutarlılığa bakılmış; dijital imajlı olgular için daha tutarlı sonuçlar alınmıştır.⁶⁵ Bu bulgulardan yola çıkarak yazarlar, dermatolog olmayanlara “dermatoloji dili” öğretimi yapılması gerekliliğini ileri sürmüştür.

Benzer olarak bu çalışmanın bulgularına göre şu önerilebilir: Yazarlar arasında dermatolog olduğunda ortalama kalite skoru daha yüksek oluyorsa, bir başka deyişle daha kaliteli deskripsiyonlar yapılıyorsa, dermatolog olmayanlar, dermatolojik bir olguyu sunacaklarsa, klinik deskripsiyon için bir dermatoloji uzmanından yardım almalıdır.

5.9. Asemptomatik Dendiğinde Deskripsiyonun Kalitesi

Bu çalışmada ortalama kalite skoru, semptomların yokluğundan da varlığından da söz edilmemişse 5.0 (SD ± 1.2), semptomların yalnız varlığından söz edilmişse 6.3 (SD ± 1.1), semptomların yokluğundan bile söz edilmişse 6.8 (SD ± 1.0) olarak bulundu. Kısacası olgu asemptomatik iken “asemptomatik” diyebilen, en kaliteli deskripsiyonu yapıyordu. Çoklu değişken analizi de bu bulguyu doğruluyordu. Bunların üzerine şu yorum yapılabilir: Bir kişi bir özelliğin yokluğundan bile söz etmeyi gerekli görüyorsa, bu kişi öteki özelliklerden söz etmek konusunda da daha titiz davranacaktır. Öyleyse tıp eğitiminde yalnız var olan belirti-bulgulardan söz etmenin yeterli olmadığı, konunun gereği olması gereken bir takım belirti-bulguların yokluğunda bile anılmasının gerektiği üzerinde titizlikle durulmalıdır.

6. SONUÇLAR

1. Olgu bildirilerindeki klinik deskripsiyonlarda dokunma ve semptom ile ilgili bilgilere az yer verilmektedir. Bu bilgilerin verilmesine daha çok özen gösterilmelidir. Örneğin, semptom yoksa, tek bir sözcük “aseptomatik” kullanılarak, deskripsiyonun eksiksiz olması sağlanabilir.
2. Yerleşim baş-boyunda olduğunda yeri daha ayrıntılı belirtilirken, öteki bölümlerde olduğunda “gövde ve ekstremiteler” gibi genel terimler oldukça sık kullanılmaktadır. Bu durum, çoğunlukla bir sorun yaratmasa da, deskripsiyonlarda gövde ve ekstremiteler için de yer adlarının daha ayrıntılı verilmesi önerilebilir.
3. Nicelik ile ilgili bilgi verilirken, çoğunlukla sözcüklerin tekil veya çoğul yapıda olması ile yetinilmektedir. Bunun yerine az sayıda lezyon için tam sayıyı verilebilir, öteki durumlarda “onlarca, yüzlerce, binlerce veya sayılamayacak ölçüde çok lezyon” denebilir.
4. Boyut ile ilgili bilgi verilirken, daha çok sayı kullanılmasına karşın, büyüklüğün ne ölçüde olduğunu kesin olarak aktarmayan “büyük” gibi sıfatlar da oldukça yaygın kullanılmaktadır. Bunun yerine ölçüm yapılamıyorsa, büyüklük, nesnelere benzetilerek daha anlaşılır kılınabilir.
5. Deskripsiyonların önemli bir bölümünde zorunlu özelliklerin bile ancak yarısı veya daha azı yer almaktadır. Dermatolojik deskripsiyonların dolayısıyla dermatolojik olgu bildirilerinin kalitesinin yükseltilmesi için, olgu bildirilerinin kalitesini ölçen CARE kontrol listesi gibi araçlarda dermatoloji için özel kurallar yer almalıdır.
6. Ortalama yazar sayısı oldukça yüksektir, ancak yazar sayısının deskripsiyonların kalitesine etkisi yoktur. Özellikle tek olguluk bildirileri için yazar sayısında kısıtlama önerilebilir.
7. Yazarlar arasında dermatolog varsa deskripsiyonların kalitesi artmaktadır. Dermatolog olmayanlar, dermatolojik bir olguyu bildirirken, deskripsiyon açısından dermatologlardan yardım almalıdır.
8. Semptomlardan üstelik yokluklarından bile söz eden yazarlar, daha kaliteli deskripsiyonlar yapmaktadır. Bir olgu sunumu yapılırken, tanı ve tedavi

açısından önemli bulgular bu olguda bulunmasalar bile, bu bulgulardan söz edilmesi gerektiği, tıp eğitiminde daha sıkı vurgulanmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. Nişanyan Sözlük: Erişim tarihi: 05.03.2022. <https://www.nisanyansozluk.com/kelime/deskriptif>.
2. **Linton CP.** Essential Morphologic Terms and Definitions. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, **2011**; (3):102-103.
3. **Amerson EH, Burgin S, Shinkai K.** Fundamentals of Clinical Dermatology: Morphology and Special Clinical Considerations. Kang S. *Fitzpatrick's Dermatology*, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill Education, **2019**:1-17.
4. **Poonawalla T, Diven D.** Dermatology,:Principles of Diagnosis. Erişim tarihi: 11.03.2022. https://www.utmb.edu/pedi_ed/CoreV2/Dermatology/page_07.htm.
5. **Aksungur VL.** Elemanter Lezyonların Tanımı. Deri Sorunlarında Basamak Basamak Tanı ve Öneriler. Ed. Aksungur VL, Acar MA. 1'nci baskı. Adana, Çukurova Üniversitesi Basımevi, **1999**:9-29.
6. **Kotoğyan A.** Deri lezyonlarını tanımlayan terimler. Dermatoloji'de Ed. Tüzün Y, Aydemir EH, Baransü O. 2'nci baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, **1994**:34-44.
7. **Walling HW, Sontheimer RD.** Cutaneous Lupus Erythematosus: Issues in Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* **2009**; 10(6):365-381.
8. **Dessinioti C, Katsambas A.** Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin in Dermatol*; **2013**; (31):343-351.
9. **Bieber KA.** Pigmentation and Pregnancy Knowing What Is Normal. *Obstet Gynecol*, **2017**; 129(1):168-73.
10. **Schadt C.** Pityriasis Rosea. *JAMA Dermatol.* **2018**; 154(12):1496.
11. **Rosen T, Hwong H.** Sclerosing lymphangitis of the penis. *J Am Acad Dermatol.* **2003**; 49(5):916-8.
12. **Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP.** Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmun Rev*, **2014**; 13(4):490-5.
13. **Forrestel AK, Kovarik CL, Katz KA.** Sexually acquired syphilis: Historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol.* **2020**; 82(1):1-14.
14. **Schwartz RA, Fernández G, Kotulska K, Jóźwiak S.** Tuberous sclerosis complex: advances in diagnosis, genetics, and management. *J Am Acad Dermatol.* **2007**; 57(2):189-202.

15. **Oakley A.** Urticaria and urticaria-like conditions. New Zealand. **2011**. Erişim tarihi:16.03.2022. <https://dermnetnz.org/topics/urticaria-and-urticaria-like-conditions>
16. **Wang J, Khachemoune A.** Granuloma Annulare: A Focused Review of Therapeutic Options. *Am J Clin Dermatol.* **2018**; 19(3):333-344.
17. **Graham JN, Hossler EW.** Lichen striatus. *Cutis.* **2016**; 97(2):86;120;122.
18. **Schaffer JV, Berger EM.** Molluscum Contagiosum. *JAMA Dermatol.* **2016**; 152(9):1072.
19. **Alavi A, French LE, Davis MD, Brassard A, Kirsner RS.** Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* **2017**; 18(3):355-372.
20. **Rubin AI, Chen HE, Ratner D.** Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* **2005**; 353(21):2262-9.
21. **Sertznig P, Felbert V, Megahed M.** Porokeratosis: present concepts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* **2012**; 26(4):404-12.
22. **Happle R.** Capillary malformations: a classification using specific names for specific skin disorders. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* **2015**; 29(12):2295-305.
23. **Austin E, Geisler AN, Nguyen J, Kohli I, Hamzavi I, Lim HW, Jagdeo J.** Visible light. Part I: Properties and cutaneous effects of visible light. *J Am Acad Dermatol.* **2021**; 84(5):1219-1231.
24. **Güngör E.** Sistemik ve Lokalize Skleroderma. Dermatoloji'de. İçinde: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, eds. İstanbul, Nobel Kitabevi **2008**:1034-1053.
25. **Ahkami RN, Schwartz RA.** Nevus anemicus. *Dermatology.* **1999**; 198(4):327-9.
26. **Sechi A, Patrizi A, Savoia F, Neri I.** Terra firma-forme dermatosis. *Clin Dermatol.* **2021**; 39(2):202-205.
27. **Hu LJ, Yoo H et.al.** Clinical analysis and review of literature on pilomatrixoma in pediatric patients. *Arch Craniofac Surg.* **2020**; 21(5):288-293.
28. **Ly Ina K, Blakeley JO.** The Diagnosis and Management of Neurofibromatosis Type 1. *Med Clin North Am.* **2019**; 103(6):1035-1054.
29. **Liu D, Zhou YE, Chen D, Tuan H, Zhao Y.** Epidermoid cyst removal with CO 2 laser fenestration: A retrospective cohort study. *J Cosmet Dermatol.* **2021**; 20(6):1709-1713.
30. **Johnson CN, Alice Ha SA, Chen E, Davidson D.** Lipomatous Soft-tissue Tumors. *J Am Acad Orthop Surg.* **2018**; 26(22):779-788.

31. **Lam M, DeGroote MG.** Epidermoid cyst. Erişim tarihi: 24.03.2022. <https://dermnetnz.org/topics/epidermoid-cyst>.
32. **Cuda DJ, Rangwala S, Taube JM.** Bening Epithelial Tumors, Hamartomas and Hyperplasias. Kang S. *Fitzpatrick's Dermatology*, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill Education, **2019**:1799-1819.
33. **Shah A, Roberts E, Engelina S, Carras E.** The Nikolsky sign. *Br J Hosp Med (Lond)*. **2018**; 79(9):142-144.
34. **Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K.** Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. *Am J Clin Dermatol*. **2012**; 13(3):191-211.
35. **Robinson AR.** *A Manual of Dermatology*. New York: D. Appleton and Company, **1885**.
36. **Tüzün Y.** Elemanter Lezyonlar. Dermatoloji'de. İçinde: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, eds. İstanbul, Nobel Kitabevi **2008**:142-154.
37. **Adya KA, Inamadar CA, Palit A.** Dermatoses with "collarette of skin". *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. **2019**; 85(1):116-124.
38. **Flood KS, Martin GJ, Robinson KJ.** Uniform Nomenclature to Describe Clinical Features of Pigmented Lesions. *JAMA Dermatol*. **2017**; 153(10):973-975.
39. **Cardili NR, Roselino MA.** Elementary lesions in dermatological semiology: literature review. *An Bras Dermatol*. **2016**; 91(5):629-633.
40. **Bolognia JL, Jorizzo J, Rapini RP,** editors. *Dermatology*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby-Elsevier; **2008**.
41. **Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K.** *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: Mc Graw Hill Medical; **2013**.
42. **Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C.** *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th ed. Oxford: Blackwell Science; **2010**.
43. **Nast A, Griffiths CEM, Hay R, Sterry W, Bolognia JL.** The 2016 International League of Dermatological Societies' revised glossary for the description of cutaneous lesions. *Br J Dermatol*. **2016**; 174(6):1351-8.
44. **Rodríguez-Lago L, Molina-Leyva A, Pereiro-Ferreirós M, García-Doval I.** Influence of Article Type on the Impact Factor of Dermatology Journals. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. **2018**; 109(5):432-438.

45. **Albrecht J, Meves A, Bigby M.** Case reports and case series from Lancet had significant impact on medical literature. *J Clin Epidemiol.* **2005**; 58(12):1227-32.
46. **García-Doval I, Albrecht J, Flohr C, Batchelor J, Ingram JR.** Optimizing case reports and case series: guidance on how to improve quality. *Br J Dermatol.* **2018**; 178(6):1257-1262.
47. **Corea E, Molligoda H.** The role of Case Reports in a medical journal. *Journal of the Postgraduate Institute of Medicine* **2018**; 5 (2):81-2.
48. **Goihman-Yahr M.** About case reports and the perverse application of reasonable principles. *International Journal of Dermatology*, **2016**; 55:117-119.
49. **Atanasovski M, Watson AC.** Acne masquerading as malignant melanoma on positron emission tomography-computed tomography scan. *J Am Acad Dermatol.* **2013**; 69(3):480.
50. **Rao A, Ramam M.** The case for case reports. *Indian Dermatol Online J.* **2014**; 5(4):413-5.
51. **Albrecht J, Werth VP, Bigby M.** The role of case reports in evidence-based practice, with suggestions for improving their reporting. *J Am Acad Dermatol.* **2009**; 60(3):412-8.
52. **Albrecht J, Meves A, Bigby M.** A survey of case reports and case series of therapeutic interventions in the Archives of Dermatology. *Int J Dermatol.* **2009**; 48(6):592-7.
53. **Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley DS.** The CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *Glob Adv Health Med*, **2013**; 2(5):38-43.
54. CARE (case report guidelines). Erişim tarihi:02.04.2022. <https://www.care-statement.org/>.
55. **Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al.** CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* **2017**; 89:218-235.
56. **Miguel D, Gonzalez N, Illing T, Elsner P.** Reporting quality of case reports in international dermatology journals. *Br J Dermatol.* **2018**; 178(1):3-4.
57. **Delgado-Ramírez MB.** What is the value of continuing to publish case reports? *Rev colomb anestesiología.* **2017**; 45(1):1-3.
58. **Ferreira GI, Weber MB, Bonamigo RR.** History of dermatology: the study of skin diseases over the centuries. *An Bras Dermatol.* **2021**; 96(3):332-345.
59. **Grzybowski A, Parish LC.** Robert Willan: pioneer in morphology. *Clin Dermatol.* **2011**; 29(2):125-9.

60. **Wolf R, Tüzün B, Tüzün Y.** The plight of descriptive dermatology and clinical investigation in an “evidence-based” world. *J Am Acad Dermatol.* **2002**; 46(4):637-8.
61. **Jablonska S, Majewski S.** Issues, changes, and opportunities for dermatology in the new millennium: innovations and changes in understanding the biology of the skin that will affect dermatology in the next century. *Arch Dermatol.* **2000**; 136(1):57-9.
62. **Casanova LM, Sanmartín V, Martí RM, Morales JL, Soler J, Purroy F, et al.** Evaluating clinical dermatology practice in medical undergraduates. *Actas Dermosifiliogr.* **2014**; 105(5):459-68.
63. **Wong C, Peters M, Tilburt J, Comfere N.** Dermatopathologists' opinions about the quality of clinical information in the skin biopsy requisition form and the skin biopsy care process: a semiquantitative assessment. *Am J Clin Pathol.* **2015**; 143(4):593-7.
64. **Kulatunga-Moruzi C, Brooks LR, Norman GR.** Using Comprehensive Feature Lists to Bias Medical Diagnosis. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* **2004**; 30(3):563-72.
65. **Mann T, Colven R.** A picture is worth more than a thousand words: enhancement of a pre-exam telephone consultation in dermatology with digital images. *Acad Med.* **2002**; 77(7):742-3.
66. **Cook JC, Puckett Y.** Anetoderma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. **2022**; 2.
67. **Bordianu A, Zamfirescu D.** The hidden cause of chronic finger pain: Glomus Tumor - A Case Report. *J Med Life.* **2019**; 12(1):30-33.
68. **Cohen PR, Erickson CP, Calame A.** Painful tumors of the skin: “CALM HOG FLED PEN AND GETS BACK”. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* **2019**; 12:123-132.
69. **Milam EC, Mu EW, Orlow SJ.** Culinary Metaphors in Dermatology: Eating Our Words. *JAMA Dermatol.* **2015**; 151(8):912.
70. **Singh S, Suvirya S, Chaudhary R.** Number of authors of single case reports in Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology and Journal of the American Academy of Dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* **2008**; 74(6):673-5.