

# Olumlu ve Tartışmalı Yönleriyle Atopik Dermatit Tanı Kriterleri

## Atopic Dermatitis Diagnostic Criteria with Beneficial and Controversial Aspects: Review

Pınar KAVLAK BOZKURT,<sup>a</sup>  
Esen ÖZKAYA<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji AD,  
İstanbul Üniversitesi  
İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 17.04.2012  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.06.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Pınar KAVLAK BOZKURT  
İstanbul Üniversitesi  
İstanbul Tıp Fakültesi,  
Dermatoloji AD, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
pinarayk@hotmail.com

**ÖZET** Atopik dermatit (AD), genel populasyonda sıklığı giderek artan, şiddetli kaşıntılı ve ekzematöz lezyonlarla karakterize, solunumsal atopi belirtileri ile birlitlik gösteren, genetik zeminde çevre faktörlerinin etkisiyle ortaya çıkan inflamatuvar bir deri hastalığıdır. AD tanısına özgü laboratuvar testleri bulunmayıp tanı klinik bulgulara göre konmaktadır. Tanıda "altın standart" olarak kabul edilen Hanifin ve Rajka kriterlerinin yanı sıra yıllarda çeşitli araştırmacılar tarafından yeni tanı kriterleri geliştirilmiştir. Hanifin ve Rajka kriterlerinin sorgulanması ayrıntılı anamnez almayı ve dermatolojik muayene yapmayı gerektirir. Bu nedenle epidemiyolojik çalışmalarda kullanımı uygun değildir. Hanifin ve Rajka kriterleri modifiye edilerek epidemiyolojik çalışmalara yönelik ve hızlı tarama amaçlı İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri oluşturulmuştur. "Manifest fleksural dermatit" dışındaki kriterlerin hepsi anamneze dayalıdır ve hızlı tanı imkânı sağlar. İki yaşın altındaki olgularda İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri, 2 yaşın üzerindeki olgularda ise Hanifin ve Rajka kriterleri daha güvenilir bulunmuştur. Milenyum kriterlerinde "kaşıntı" yerine "allerjen spesifik IgE varlığı" AD tanısı için zorunlu kriter olarak tanımlanmıştır. Sadeleştirilmiş Milenyum kriterlerinde ise allerjen spesifik IgE yokluğunda fenotipik AD, atopiform dermatit gibi kavram kargaşasına yol açacak bölümlenmeler yapılmıştır. Numular, prurigo benzeri lezyonlar gibi AD'in farklı morfolojik formları söz konusu olduğunda ise mevcut kriterler yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle atipik morfolojik lezyonların varlığında da AD tanısı konmasını sağlayacak yeni düzenlemeler yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu makalede; Hanifin ve Rajka, İngiltere Çalışma Grubu ve Milenyum tanı kriterlerinin özellikleri açıklanıp olumlu ve tartışmalı yönleri üzerinde durulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatit, atopik; ekzema; tanı; prurigo

**ABSTRACT** Atopic dermatitis (AD) is an inflammatory skin disease with a gradually increasing prevalence in general population, characterized by highly pruritic and eczematous lesions that might be accompanied by respiratory atopy symptoms, occurring in the presence of genetic predisposition and environmental stimuli. Since there is no proven laboratory tests specific for AD, the diagnosis is established on the basis of the clinical features. In addition to Hanifin and Rajka criteria considered to be the "gold standard" for the diagnosis, several researchers have recently developed some new diagnostic criteria. Hanifin and Rajka criteria require detailed patient history and dermatologic examination, therefore this criteria are not useful for the epidemiologic studies. The U.K. Working Party's criteria, which were derived from the Hanifin and Rajka criteria, are principally designed for use in epidemiologic studies. Each criterion with the exception of "visible flexural eczema" is only dependent on patient history, thus providing a rapid diagnosis. The U.K. Working Party's criteria have been considered as suitable for patients aged younger than two years; however, Hanifin and Rajka criteria were more reliable for patients older than 2 years of age. In the Millennium criteria, the presence of "allergen specific IgE" has been defined as the mandatory diagnostic criterion instead of "itchy skin". Moreover, confusing subtypes are proposed in the absence of allergen specific IgE such as phenotypic AD and atopiform dermatitis in the revised Millennium criteria. On the other hand, the current diagnostic criteria fail to satisfy the diagnosis when AD presents with different morphologic variants such as nummular and prurigo-like lesions. Thus, there is a necessity to regulate the criteria for the diagnosis of AD in the presence of atypical morphological lesions. The aim of this paper is to address the characteristics as well as the beneficial and controversial aspects of the diagnostic criteria of Hanifin and Rajka, the U.K. Working Party's diagnostic criteria and the Millennium criteria.

**Key Words:** Dermatitis, atopic; eczema; diagnosis; prurigo

**A**topik dermatit (AD), sıklıkla çocukluk döneminde, daha nadir olarak erişkin dönemde başlayan, tekrarlayan ataklarla veya kronik seyir gösteren, şiddetli kaşıntılı, ekzematöz lezyonlarla karakterize inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sıklıkla allerjik rinokonjonktivit, allerjik astım bronşiyale gibi solunumsal atopik hastalıklar ile bir arada görülebilir. AD'nin etiyopatogenezi net aydınlatılmamış olsa da genetik yatkınlığı olan kişilerde aeroallerjenler, kontakt allerjenler, gıda allerjenleri, mikrobiyal ajanlar, emosyonel stres ve iklim gibi faktörlerin hastalığı tetiklediği düşünülmektedir.<sup>1</sup>

AD'ye özgü tanı koyduracak patognomonik bir klinik bulgu veya spesifik bir laboratuvar tanı testi olmaması nedeniyle AD tanısında güçlük yaşanmaktadır.<sup>2</sup> Bu nedenle farklı çalışmacılar tarafından standart bir yöntem sağlamak amacıyla çeşitli tanı kriterleri oluşturulmuştur. Bu yazıda, güncel tanı kriterlerinden (Tablo 1) Hanifin ve Rajka kriterleri, İngiltere Çalışma Grubu kriterleri ve Milenyum kriterlerinin karakteristik özellikleri açıklanıp, olumlu ve tartışmalı yönleri üzerinde durulacaktır.

## HANIFİN VE RAJKA TANI KRİTERLERİ

AD'nin ilk tanı kriterleri olup 1980 yılında Hanifin ve Rajka tarafından geliştirilmiştir.<sup>3</sup> Halen AD tanısında "altın standart" olarak kabul edilir. Tanımlanmış olan 4 majör ve 23 minör kriterden (Tablo 2) en az 3'er tanesinin pozitif olması durumunda AD tanısı konur.<sup>3</sup>

## OLUMLU YÖNLERİ

### Tanıda Altın Standart

Hanifin ve Rajka tanı kriterleri AD tanısında "altın standart" olarak kabul edilir ve dermatoloji kliniklerinin vazgeçilmez tanı yöntemleri arasında yer alır.

## TARTIŞMALI YÖNLERİ

### Değerlendirmeler Zaman Alıcı

Hanifin ve Rajka minör kriterlerinin sorgulanması ayrıntılı anamnez almayı ve dermatolojik muayene yapmayı gerektirir.<sup>4</sup> Ayrıca minör kriterler arasında serum IgE düzeyi ölçümü ve dermatoallerji/allerji laboratuvarlarında uygulanması gereken delme testi bulunmaktadır. Serum IgE yüksekliği ve pozitif delme testi atopik deri yapısını belirlemede önemlidir fakat AD tanısı için spesifik değildir.<sup>5</sup> Laboratuvar testlerinin yanı sıra, minör kriterler içinde oftalmolojik muayene gerektiren ve AD'lilerde oldukça nadir rastlanan anterior subkapsüler katarakt, keratokonus gibi göz bulguları da yer almaktadır.<sup>3</sup> Bu değerlendirmeler zaman alıcı olduğu ve uzmanlık eğitimi gerektirdiği için birinci basamak hekimlikte uygulanması zordur.

### Bazı Kriterlerin Tanımı Yetersiz

Hanifin ve Rajka tarafından bazı kriterlerin kesin ve net tanımı yapılmamıştır. Örneğin; infraorbital kıvrım tek ise AD tanısında yardımcı bir bulgu olabileceği fakat hastalığa spesifik olmadığı, çift infraorbital kıvrımın ise AD için daha spesifik bir bulgu olduğu ancak çok nadir görülebileceği belirtilmiş olup, hangi bulgunun pozitif kabul edilmesi gerektiği konusunda kesin ve net bir görüş bildirilmemiştir.<sup>3</sup> Bazı yazarlar 2 yaş altı AD'lilerde çift infraorbital kıvrımı pozitif kabul etmişler ve AD'lilerde bu bulguya oldukça nadir rastlamışlardır.<sup>6</sup> Toplum bazlı bir çalışmada AD'li çocuklarda %20, AD olmayan çocuklarda ise %35,6 oranında infraorbital kıvrım saptanmış, tek infraorbital kıvrımın AD tanısında yardımcı bir bulgu olmadığı belirtilmiştir.<sup>7</sup>

Öte yandan, minör kriterlerin görülme sıklığı yaş, cinsiyet, ırk ve etnik kökene bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bu durum AD'de

**TABLO 1:** Atopik dermatit tanı kriterleri (yalnızca bu makalede tartışılan kriterler listelenmiştir).

Yıl	Kriter adı	Tanı için gerekli kriter sayısı (Toplam kriter sayısı)
1980	Hanifin ve Rajka tanı kriterleri	3 majör+3 minör (27)
1994	İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri	Kaşıntı (zorunlu kriter)+3 minör (6)
1998	Milenyum tanı kriterleri	Allerjen spesifik IgE (zorunlu kriter) + 2 esas (4)
2003	Hanifin'in yeniden düzenlediği tanı kriterleri	Olması şart olan iki "ana özellik" de varsa tanı için yeterli
2011	Sadeleştirilmiş Milenyum kriterleri	Tipik morfoloji + ≥ 3 kriter + spesifik IgE (spesifik IgE yokluğunda atopiform dermatit) (6)

**TABLO 2:** Hanifin ve Rajka tanı kriterleri.<sup>3</sup>

TABLO 2: Hanifin ve Rajka tanı kriterleri. <sup>3</sup>	
Majör kriterler (3 veya daha fazla olmalı)	
1.	Pruritus
2.	Morfoloji ve lokalizasyon
	• Erişkinde bülüm yerlerinde likenifikasyon
	• Bebek ve çocuklarda yüzde ve ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde ekzematizasyon/likenifikasyon
3.	Kronik veya kronik rezidivan seyirli ekzematöz lezyonlar
4.	Kişisel veya ailevi atopi anamnezi (Allerjik bronşiyal astım, allerjik rinit, rinokonjonktivit, atopik dermatit)
Minör kriterler (3 veya daha fazla olmalı)	
1.	Kuru deri (Kseroz)
2.	İktiyoz/palmoplantar hiperlinearete/keratozis pilaris
3.	Pozitif tip 1 aşırı duyarlılık testleri
4.	Serum IgE yüksekliği
5.	Erken başlangıç (%90 5 yaşın altında)
6.	Deri enfeksiyonlarına eğilim/bozulmuş hücrel immünite
7.	Nonspesifik el ve ayak ekzeması
8.	Meme başı ekzeması
9.	Keilit
10.	Rekürren konjonktivit
11.	İntraorbital deri kıvrımı (Dennie-Morgan çizgisi)
12.	Keratokonus
13.	Anterior subkapsüler katarakt
14.	Periorbital pigmentasyon
15.	Yüzde pallor/eritem
16.	Pitriazis alba
17.	Ön boyun kıvrımı
18.	Terlemeye bağlı kaşıntı
19.	Yün/tekstil ürünleri ile deri geçimsizliği
20.	Perifoliküler belirginleşen lezyonlar
21.	Besin intoleransı
22.	Çevre faktörleri/Psikiş faktörlerin hastalığın seyrini etkilemesi
23.	Beyaz demografizm

minör kriterlerin görülme sıklığını değerlendiren dünyanın farklı yerlerinde yapılmış çalışmalarda birbiriyle çelişen farklı sonuçlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

### Minör Kriterler Eksik

Hanifin ve Rajka minör kriterleri arasında atopik deri yapısının diğer göstergelerinden Hertoghe belirtisi, kulak memesi ragadları, fotofobi, bebeklikte saçta konak oluşumu yer almamaktadır. Minör kriterler bu göstergeleri de içerecek şekilde genişletilerek başka araştırmacılar tarafından atopik deri risk kriterleri oluşturulmuştur.<sup>5</sup>

### Validasyon Çalışmaları Yetersiz

Hanifin ve Rajka tanı kriterleri 1994 ve 2006 yıllarında olmak üzere sadece iki kez hastane bazlı validasyon çalışmasında değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda Hanifin ve Rajka tanı kriterlerinin duyarlılığı %87,9 ve %96, özgünlüğü %77,6 ve %93,75 olarak bulunmuştur.<sup>4,8</sup> Sadece hastaneye başvuran AD hastalarını kapsayan validasyon çalışmalarında bazı minör kriterlerin görülme sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunabilir fakat bu kriterlerin toplum bazında validasyon çalışmasını yapmak mümkün olmadığı için AD tanısında değerli olup olmadıkları kanıtlanamamıştır.<sup>4</sup>

### Epidemiyolojik Çalışmalar İçin Uygun Değil

Minör kriterleri değerlendirmenin zaman alıcı olması, uzmanlık eğitimi gerektirmesi ve kriterlerin toplum bazlı validasyon çalışmalarının yapılmaması nedeniyle Hanifin ve Rajka tanı kriterleri AD ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda kullanıma uygun bulunmamıştır.<sup>9,10</sup>

### İki Yaş Altı Olgularda Minör Kriter Azlığına Bağlı Tanı Zorluğu

Bebeklerde ve 2 yaş altı çocuklarda minör kriterlerin az görülmesi nedeniyle bu yaş grubunda Hanifin ve Rajka tanı kriterleri kullanıldığında, üçten az minör tanı kriterinin pozitif bulunması durumunda, AD tanısının kesinleştirilememesi gibi bir risk doğmaktadır. Bir çalışmada Hanifin ve Rajka minör kriterlerinin yaklaşık yarısının 2 yaş altı grupta %3 veya daha az sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir.<sup>6</sup> Allerji Birimimizde yapılmış olan ve 1996-2004 yılları arasında Hanifin ve Rajka tanı kriterlerine göre AD tanısı konmuş 321 olguluk bir çalışmada ise 2 yaş altındaki AD'lilerde minör kriter sayısının önemli ölçüde az olduğu saptanmıştır. Yaşla orantılı olarak minör kriter sayısının arttığı ve Hanifin ve Rajka tanı kriterlerinin tanıdaki öneminin de buna paralel olarak artış gösterdiği düşünülmüştür.<sup>11</sup>

### YORUM

Yukarıda sıralanan yetersizliklerine rağmen Hanifin ve Rajka tanı kriterleri, yüksek duyarlılığa sahip olmaları nedeniyle hastane bazlı çalışmalarda ve akademik arenada değerini sürdürmeye devam edecektir.

## HANİFİN'İN YENİDEN DÜZENLEDİĞİ ATOPIK DERMATİT TANI KRİTERLERİ

Amerikan Dermatoloji Akademisi tarafından 2001 yılında düzenlenen Pediatrik Atopik Dermatit Konsensus Konferansı'nda AD'nin bir sendrom olarak tanımlanabileceği konusunda görüş birliğine varılmıştır. Jon M. Hanifin'in de katılmış olduğu bu sempozyumda yeniden düzenlenen AD tanı kriterleri sunulmuş ve bu kriterler 2003 yılında yayımlanmıştır (Tablo 3).<sup>12</sup>

### OLUMLU YÖNLERİ

#### Fleksural Ekzema Her Yaşta İlk Başlangıç Lezyonu Olabilir

Hanifin ve Rajka tanı kriterlerinden farklı olarak yeniden düzenlenmiş bu kriterlerde, bebeklik dönemi AD için klasik yerleşim yeri olan yanaklar ve çocukluk dönemi AD için klasik yerleşim yeri olan ekstremitte ekstansör yüzlerinin yanı sıra fleksural yerleşimli lezyonların da her yaş grubunda tanı kriterlerine dâhil edilmesi önemli bir değişikliktir. Nitekim, Allerji Birimimizde yapılmış olan ve erken başlangıçlı 321 AD olgusunun değerlendirildiği çalışmada, fleksural ekzemanın bebeklik ve çocukluk dönemindeki olguların büyük bir kısmında AD'nin başlangıç lezyonu olarak ortaya çıkabileceği gösterilmiştir.<sup>11</sup>

#### Aksiller/İnguinal Tutulum Olmamalı

Yeniden düzenlenmiş bu kriterlerde bir diğer önemli özellik ise inguinal ve aksiller bölgelerin AD'nin tipik fleksural dağılım bölgeleri arasında kabul edilmemesidir.<sup>12</sup>

#### Ayırıcı Tanı Vurgusu

AD tanısı koyarken ayırıcı tanıda düşünülmesi ve dışlanması gereken hastalıklar da vurgulanmıştır.<sup>12</sup>

### TARTIŞMALI YÖNLERİ

#### Atipik Morfolojik Formlar Eksik

Gerek erken başlangıçlı, gerekse erişkin başlangıçlı AD olgularında klasik ekzema lezyonlarının yanı sıra farklı morfolojik görünümlü lezyonların sıklığı dikkat çekmektedir.<sup>11,13</sup> Bebeklerde ve çocuklarda numular, erişkin başlangıçlı AD olgularında ise prurigo benzeri lezyonlar başta olmak üzere papüller, foliküler, seboreik dermatit benzeri atipik mor-

**TABLO 3:** Hanifin'in yeniden düzenlediği atopik dermatit tanı kriterleri.<sup>12</sup>

<b>A. Ana Özellikler (olması şart olan özellikler, her ikisi de varsa tanı için yeterli)</b>
1. Kaşıntı
2. Ekzematöz değişiklikler
a) Tipik morfoloji ve yaşa özgü dağılım
1- Bebek ve çocuklarda yüz, boyun, ekstremitte ekstansörleri
2- Muayene sırasında veya öyküde fleksural lezyonlar- erişkin dönem veya herhangi bir yaşta-
3- İnguinal veya aksiller tutulum olmamalı
b) Kronik veya tekrarlayan ataklarla seyir
<b>B. Önemli Özellikler (olguların çoğunda olan ve tanıyı destekleyen özellikler)</b>
1. Erken başlangıç
2. Atopi
a) Kişisel ve/veya aile öyküsü
b) IgE reaktivitesi
3. Deri kuruluğu
<b>C. Eşlik Eden Özellikler (atopik dermatit tanısını akla getiren, ancak nonspesifik oldukları için araştırma veya epidemiyolojik çalışma amaçlı kullanılmaları uygun olmayan özellikler)</b>
1. Atipik vasküler yanıtlar (örn. yüzde solukluk, beyaz dermografizm, gecikmiş beyaz yanıt)
2. Keratozis pilaris, palmar hiperlineareite, iktiyoz
3. Oküler/periorbital değişiklikler
4. Perioral değişiklikler/periauriküler lezyonlar gibi diğer bölgesel bulgular
5. Perifoliküler belirginleşme/likeniifikasyon/ prurigo lezyonları
<b>D. Dışlanması Gereken Durumlar</b>
Skabiyes, allerjik kontakt dermatit, seboreik dermatit, psöriyazis, iktiyozlar, deri lenfomalari, immün yetmezlik durumları

folojik formlar görülebilmektedir.<sup>11,13-18</sup> Orange ve ark., numular ekzemanın çocukluk dönemi AD'nin klinik belirtilerinden sayılması gerektiğini öne sürmüşlerdir.<sup>14</sup> Yeniden düzenlenen kriterlere prurigo lezyonları dışındaki atipik morfolojik formların eklenmemesi önemli bir eksiklik olarak dikkati çekmektedir. Mevcut kriterlere göre bu olgulara AD tanısı konamamaktadır.

## İNGİLTERE ÇALIŞMA GRUBU TANI KRİTERLERİ

1994 yılında İngiltere Çalışma Grubu tarafından Hanifin ve Rajka tanı kriterleri modifiye edilerek pruritus, atopi, fleksural tutulum, kuru deri ve

erken başlangıç gibi AD'nin önemli majör ve minör kriterlerini özetleyen, epidemiyolojik çalışmalara yönelik ve hızlı tarama amaçlı kısaltılmış tanı kriterleri oluşturulmuştur (Tablo 4).<sup>8</sup>

## OLUMLU YÖNLERİ

### Epidemiyolojik Çalışmalarda Hızlı Tarama Testi

İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterlerinin, AD tanısı için gerekli minimum sayıda kriterden oluşması, laboratuvar testi, uzun ve ayrıntılı sorgulama ve dermatolojik muayene gerektirmemesi epidemiyolojik çalışmalarda önemli avantaj sağlamaktadır.<sup>8</sup> “Manifest fleksural dermatit” dışındaki kriterlerin hepsi anamneze dayalı olduğu ve hızlı tanı imkânı sağladığı için dermatolog olmayan hekimler tarafından da tarama amaçlı kullanılabilir.

### Tek Soru Cümlesi ile AD Tanısı

İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri, “En az 6 aydır süregelen veya zaman zaman olup geçen, büküm yerlerinizi tutan kaşıntılı bir deri hastalığınız var mı?” şeklinde sorulan tek soru cümlesiyle özetlenebilir. Bu soru cümlesinin AD tanısı koyamadaki duyarlılığı %73,1, özgüllüğü ise %87,3 gibi yüksek bulunmuştur.<sup>19</sup>

### Validasyon Çalışmaları ile Kriterler Onaylanmış

İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri, çok sayıda hastane ve toplum bazlı validasyon çalışmalarında değerlendirilmiş, üzerinde geniş kapsamlı çalışmalar yapılmış ve geçerlilikleri onaylanmış kriterlerdir.<sup>20</sup> Çeşitli ülkelerde yapılan validasyon çalışmalarının hepsinde özgüllüğü yüksek bulunurken, duyarlılığı ile ilgili değişken sonuçlar elde edilmiştir.<sup>4, 8, 21-26</sup> Duyarlılık düzeyinin İran'da ya-

pılan hastane bazlı bir çalışmada %10, Güney Afrika'da yapılan toplumsal bazlı bir çalışmada ise %43,7 gibi düşük bulunmasının milletlerarası klinik fenotipik farklılıklar, çevresel etkenler, sosyoekonomik, kültürel ve dil farklılıkları gibi faktörlere bağlı olabileceği düşünülmüştür.<sup>25,26</sup>

### İki Yaşından Küçük AD Olgularının Tanısında Değerli

İki yaş altındaki AD'lilerde minor kriter sayısı önemli derecede düşük olduğu için bu yaş grubunda Hanifin ve Rajka tanı kriterleri ile tanı konamayan olgularda İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri ile tanı konabilmektedir.<sup>6,11</sup>

## TARTIŞMALI YÖNLERİ

### “2 Yaş Altında Başlangıç” Kriteri

İngiltere Çalışma Grubu, “2 yaş altında başlangıç” kriterinin 4 yaşından küçüklerde kullanılmamasını önermiştir.<sup>8</sup> Bu konuda yapılan iki farklı çalışmada, bu kriter 4 yaşın altındakilerde kullanıldığında, tanı kriterlerinin özgüllüğünde önemli bir değişiklik görülmeyip duyarlılıkta artış olduğu gözlenmiştir.<sup>4,21</sup> Bu nedenle “2 yaş altında başlangıç” kriterinin her yaşta kullanılabilirliği yönünde bir görüş öne sürülmüştür.

### Yaş Sınırı

“Yanak lezyonu öyküsü” için yanak tutulumunun sık görüldüğü bebeklik çağını fazlasıyla aşan bir yaş aralığı (10 yaşına kadar) verilmiştir. Öte yandan “manifest yanak lezyonu” kriterinin pozitif sayılabilmesi için yaş sınırı 4 olarak belirtilmiştir.<sup>8</sup>

### Ailede Atopi Öyküsü Zorunlu Kriter Değil

İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterlerinde kişisel atopi öyküsünün ailede atopi öyküsüne göre ön

**TABLO 4:** İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri.<sup>8</sup>

Olması zorunlu kriter;
• Pruritik dermatoz
Ek olarak aşağıdakilerden 3 veya daha fazlası bulunmalıdır;
1. Fleksural yerleşim anamnezi (popliteal fossa, antekubital fossa, ayak bileği önü, boyun çevresi), 10 yaşın altında yanaklar
2. Astım veya saman nezlesi anamnezi (veya 4 yaşın altındakilerin birinci derece akrabalarında)
3. Yaygın kuru deri anamnezi (son bir yıl içerisinde)
4. Manifest fleksural ekzema (4 yaşın altındakilerde yanaklar ve ekstremite ekstansör yüzlerinde dermatit)
5. İki yaşın altında başlangıç (4 yaşın altındakiler için kullanılmıyor)

planda olduğu görülmektedir. Sadece 4 yaşından küçük olanların birinci derece akrabalarında astım/saman nezlesi öyküsü sorgulanırken daha büyük olguların kendisinde astım/saman nezlesi öyküsü olması yeterli kabul edilmektedir.<sup>8</sup> Bundan farklı olarak Hanifin ve Rajka majör tanı kriterleri içinde yer alan “kişisel ve/veya ailevi atopi anamnezi” yaş sınırı gözetmeksizin her olguda sorgulanmaktadır.<sup>3</sup>

### Erişkin Olgularda Tanı Değeri Zayıf

Başlangıç yaşı 2'nin altında olan AD'lilerde İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri Hanifin ve Rajka kriterlerinden daha üstün bulunurken, başlangıç yaşı 2'nin üzerinde olanlarda ve erişkin başlangıçlı AD olgularında tanı değeri daha zayıf bulunmuştur.<sup>11,13,27</sup> Her iki grupta da olguların yaklaşık 1/4'ünde Hanifin ve Rajka kriterleri ile AD tanısı konurken, İngiltere Çalışma Grubu kriterleri ile konulamamış olması dikkat çekicidir.<sup>11,13,27</sup>

### YORUM

Bu sonuçlara dayanarak 2 yaşın altında başlayan AD tanısında İngiltere Çalışma Grubu kriterlerinin daha değerli olduğu fakat yaş arttıkça minör kriter sayısının da artmasına paralel olarak Hanifin ve Rajka tanı kriterlerinin kullanılmasının daha güvenilir olacağı çıkarımı yapılabilir.

## MİLENYUM TANI KRİTERLERİ

1998 yılında oluşturulan Milenyum kriterlerinin diğer tanı kriterlerinden en büyük farkı, “kaşıntı” yerine “allerjen spesifik IgE varlığı”nın AD tanısı için zorunlu kriter olarak tanımlanmasıdır.<sup>28</sup> Yaşa uygun tipik morfoloji ve lokalizasyon, kaşıntı ve kronik/kronik tekrarlayan seyir ise ana kriterler olarak tanımlanmış, zorunlu kritere ek olarak bunlardan en az 2 tanesinin varlığı AD tanısı için yeterli bulunmuştur.<sup>28</sup> Öte yandan Hanifin ve Rajka minör tanı kriterlerinin çoğunu ve bunlara ek olarak atopik deri yapısı göstergeleri olarak kabul edilen Hertoghe belirtisi, kulak memesi ragadları, fotofobi, perleş, saçta konak gibi bulguları da içeren Milenyum ek kriterleri de tanımlanmıştır.<sup>5</sup> Bu kriterler, ekzema ile ilişkili olanlar, kuru deri ile ilişkili olanlar, ekstra deri kıvrımları, oftalmolojik

bulgular şeklinde 4 başlık altında sınıflandırılmıştır. Klinik olarak AD şüphesi olan olgularda ana kriterler tanıda yetersiz kalırsa Milenyum ek kriterlerinin sorgulanmasının yararlı olabileceği belirtilmiştir.<sup>28</sup>

### OLUMLU YÖNLERİ

Hanifin ve Rajka minör kriterlerinde yer almayan, ancak atopik deri risk kriterleri arasında tanımlanmış olan Hertoghe belirtisi, kulak memesi ragadları, fotofobi, perleş, bebeklikte saçta konak oluşumu gibi bulguları da içermesi Milenyum ek kriterlerinin en olumlu yönüdür.<sup>5</sup>

### TARTIŞMALI YÖNLERİ

En tartışmalı yönü, kaşıntının zorunlu kriter kabul edilmeyip “allerjen spesifik IgE” varlığının zorunlu kriter olarak tanımlanmış olmasıdır.<sup>28</sup> AD'nin tipik klinik belirtilerine sahip hastalarda ne zaman ortaya çıkacağı bilinmeyen ve belki hiç oluşmayacak bir duyarlanmanın zorunlu kriter olması tanıyı imkânsız hale getirecektir. Yapılan geniş kapsamlı araştırmalarda, spesifik IgE varlığı ile fleksural ekzema arasındaki ilişki oldukça zayıf bulunmuştur.<sup>29</sup>

Öte yandan, “allerjen spesifik IgE varlığı”nın nasıl kanıtlanacağı belirsizdir. Delme testi ve/veya serum spesifik IgE testlerinin negatif kaldığı durumlarda bile teorik olarak saptanamamış bir allerjen varlığı söz konusu olabilir.

Allerjen spesifik IgE varlığının AD tanısı için zorunlu kılınması, önceki tanı kriterlerine kıyasla bu kadar keskin bir fark yaratılması, şüphesiz tanıda bir standart oluşturmak yerine konuyu daha karmaşık hale getirecektir.

## SADELEŞTİRİLMİŞ MİLENYUM TANI KRİTERLERİ

Milenyum kriterleri 2011 yılında yeniden düzenlenmiştir.<sup>30</sup> “Yaşa göre tipik morfoloji” zorunlu kriter kabul edilmiş, bu kriterle birlikte ‘manifest fleksural tutulum’, ‘fleksural tutulum öyküsü’, ‘Dennie-Morgan kıvrımı’ ve ‘erken başlangıç’ kriterlerinden en az 3'ünün bulunması durumunda tablonun “fenotipik AD” olarak adlandırılması önerilmiştir. Fenotipik AD'lilerde eşlik eden allerjen

spesifik IgE varlığında AD, yokluğunda ise atopiform dermatit tanısı konmaktadır. Araştırmacılar fenotipik AD tanılı bebeklerde allerjen spesifik IgE tetkikinin ertelenebileceğini belirtmişlerdir.<sup>30</sup>

## OLUMLU YÖNLERİ

“Spesifik IgE varlığı”nın Milenyum tanı kriterlerinde zorunlu kriter olması özelliği kısmen değiştirilmiştir.

## TARTIŞMALI YÖNLERİ

Fenotipik AD, atopiform dermatit gibi kavram kargaşasına yol açacak bölümler yapılmıştır.

## SONUÇ

Hanifin ve Rajka tanı kriterleri günümüzde halen AD tanısı için “altın standart” olarak kabul edilmektedir. Bazı minör kriterlerin tanı değeri tartışmalı olsa da Hanifin ve Rajka kriterleri özellikle 2 yaş üzeri AD tanısında dermatologlar için vazgeçilmez tanı yöntemidir.

İngiltere Çalışma Grubu kriterleri Hanifin ve Rajka tanı kriterlerinden uyarlanmıştır.

İngiltere Çalışma Grubu tanı kriterleri Hanifin ve Rajka tanı kriterlerinin yerini alamasa da anamneze dayalı, uygulaması kolay ve pratik bir tanı yöntemi olması, epidemiyolojik çalışmalarda

kullanılabilmesi ve çok sayıda validasyon çalışmalarlarıyla desteklenmesi nedeniyle önem kazanmıştır. İki yaşından küçük olgularda tanı değeri Hanifin ve Rajka kriterlerinden daha üstün bulunmuştur.

Milenyum tanı kriterlerinin benimsenmesi ve kullanımı zor görünmektedir. Bunun nedeni hem kaşıntı yerine allerjen spesifik IgE varlığının zorunlu kriter kabul edilmesi, hem de spesifik IgE yokluğunda fenotipik AD/atopiform dermatit gibi kavram kargaşası yaratabilecek yeni adlandırmalar öne sürülmesidir.

AD farklı morfoloji ve yerleşim gösteren lezyonlarla veya karakteristik klinik bulguların görülmediği remisyon döneminde de karşımıza çıkabileceği için zaman zaman tanı koymakta güçlük çekilebilir. Bu yüzden AD şüphesi olan hastalar ayrıntılı sorgulanmalı, dikkatli muayene edilmeli ve AD tanısı için geliştirilen kriterlerden özellikle hastanın yaşına göre uygun olanı seçilmelidir.

Halen mevcut tanı kriterlerinde, numular, papüller, foliküler, seboreik, prurigo benzeri gibi farklı morfolojik varyantlara da yer verilmesine ve diğer kriterleri tamamlayan ancak klasik morfolojik görünümün olmadığı olgularda bu tür lezyonların varlığında da AD tanısı konmasını sağlayacak yeni düzenlemeler yapılmasına ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Turner JD, Schwartz RA. Atopic dermatitis. A clinical challenge. *Acta Dermatovenereol Alp Panonica Adriat* 2006;15(2):59-68.
2. Aydinler EK, Barış S, Özdemir C. [Atopic dermatitis and diagnostic tests]. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2011;4(2):8-12.
3. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh) Suppl* 1980;92(7):44-7.
4. De D, Kanwar AJ, Handa S. Comparative efficacy of Hanifin and Rajka's criteria and the UK working party's diagnostic criteria in diagnosis of atopic dermatitis in a hospital setting in North India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20(7):853-9.
5. Diepgen TL, Sauerbrei W, Fartasch M. Development and validation of diagnostic scores for atopic dermatitis incorporating criteria of data quality and practical usefulness. *J Clin Epidemiol* 1996;49(9):1031-8.
6. Böhme M, Svensson A, Kull I, Wahlgren CF. Hanifin's and Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? *J Am Acad Dermatol* 2000;43(5 Pt 1):785-92.
7. Singh I, Kanwar AJ. Infraorbital crease and atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1997;14(5):344-6.
8. Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. *Br J Dermatol* 1994;131(3):406-16.
9. Schultz Larsen F, Hanifin JM. Secular change in the occurrence of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1992; 176:7-12.
10. Larsen FS, Hanifin JM. Epidemiology of atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2002;22(1):1-24.
11. Yazganoglu KD, Ozkaya E. Non-typical morphology and localization in Turkish atopic dermatitis patients with onset before the age of 18 years. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;77(1):23-7.
12. Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(6):1088-95.
13. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2005;52(4):579-82.
14. Oranje AP, de Waard-van der Spek FB. Atopic dermatitis: review 2000 to January 2001. *Curr Opin Pediatr* 2002;14(4):410-3.
15. Wüthrich B. [The clinical forms of atopic dermatitis in childhood]. *Hautarzt* 1983;34(6):395-6.
16. Thestrup-Pedersen K. Clinical aspects of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25(7): 535-43.

17. Horáková E, Wozniak KD. Analysis of the occurrence of morphologic changes in atopic dermatitis in childhood. *Z Hautkr* 1993;68(3): 155-8.
18. Herzberg J. Little known forms of neurodermitis. *Hautarzt* 1973;24(2):47-51.
19. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, Archer CB, Shipley MJ, Hunter JJ, et al. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994;131(3):383-96.
20. Brenninkmeijer EE, Schram ME, Leeflang MM, Bos JD, Spuls PI. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2008;158(4):754-65.
21. Gu H, Chen XS, Chen K, Yan Y, Jing H, Chen XQ, et al. Evaluation of diagnostic criteria for atopic dermatitis: validity of the criteria of Williams et al. in a hospital-based setting. *Br J Dermatol* 2001;145(3):428-33.
22. Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ. Validation of the U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. U.K. Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis Working Party. *Br J Dermatol* 1996;135(1):12-7.
23. Saeki H, Iizuka H, Mori Y, Akasaka T, Takagi H, Kitajima Y, et al. Community validation of the U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis in Japanese elementary schoolchildren. *J Dermatol Sci* 2007;47(3):227-31.
24. Braae Olesen A, Bang K, Juul S, Thestrup-Pedersen K. Development and validation of a questionnaire for diagnosing atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2001;81(4):277-81.
25. Firooz A, Davoudi SM, Farahmand AN, Majdzadeh R, Kashani N, Dowlati Y. Validation of the diagnostic criteria for atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1999;135(5):514-6.
26. Chalmers DA, Todd G, Saxe N, Milne JT, Tolosana S, Ngcelwane PN, et al. Validation of the U.K. Working Party diagnostic criteria for atopic eczema in a Xhosa-speaking African population. *Br J Dermatol* 2007;156(1):111-6.
27. Kulthanan K, Samutrapong P, Jiamton S, Tuchinda P. Adult-onset atopic dermatitis: a cross-sectional study of natural history and clinical manifestation. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2007;25(4):207-14.
28. Bos JD, Van Leent EJ, Sillevius Smitt JH. The millennium criteria for the diagnosis of atopic dermatitis. *Exp Dermatol* 1998;7(4):132-8.
29. Flohr C, Weiland SK, Weinmayr G, Björkstén B, Bråbäck L, Brunekreef B, et al. ISAAC Phase Two Study Group. The role of atopic sensitization in flexural eczema: findings from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase Two. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121(1):141-147.e4.
30. Schram ME, Leeflang MM, DEN Ottolander JP, Spuls PI, Bos JD. Validation and refinement of the Millennium Criteria for atopic dermatitis. *J Dermatol* 2011;38(9):850-8.