

Dermatolojide Skorum Sistemleri

Scoring Systems in Dermatology: Review

Dr. Zübeyde BAŞAR,^a
Dr. Hayriye SARICAOĞLU^a

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları AD,
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Bursa

Geliş Tarihi/Received: 17.12.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 15.02.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Zübeyde BAŞAR
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, Bursa,
TÜRKİYE/TURKEY
drzubeydebasar@hotmail.com

ÖZET Deri hastalıklarının şiddetini değerlendirme yöntemlerinin çoğu subjektiftir. Radyolojik görüntüleme ve laboratuvar bulguları gibi somut veriler ikinci planda yer alır. Bu nedenle özellikle bilimsel çalışma sonuçlarında çelişkiler ve bireysel farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Uzun süredir dermatolojik verilerin standardize edilmesi amacıyla skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Skorlama sistemleri; hastaların tanımlanması, klinik gözlem ve verilerin kaydedilmesi, mortalite ve morbidite olasılıklarının belirlenmesi, tedaviye verilen yanıtın izlenmesi, yeni ilaçların etkinliğinin değerlendirilmesi, efektif olmayan girişimlerin eliminasyonu; dolayısıyla maliyetin azaltılması ve farklı tedavilerin etkinliğinin karşılaştırılmasını sağlar. Bu makalede sık görülen deri hastalıklarının değerlendirilmesinde en çok kullanılan ve ortak kabul gören skorlama sistemleri sunulmaktadır. Hemen hemen bütün skorlamalarda geçerli hususlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Skorların kısaltmaları İngilizce yazılımına uygun yapılmıştır.
2. Parametreler sayısal değerlere dönüştürülerek skorlanmıştır.
3. Çoğu skorda psikososyal etkiler vizüel analog skala (VAS) kullanılarak belirlenmiştir. Bu hastalara açıklandığı şekliyle; 0 (hiç etkilenmemiş) ile 10 (tamamen etkilenmiş) arasında değişen bir skor sistemidir. Burada hastalara günlük yaşamlarını değerlendirme sırasında hastalıktan ne derece etkilendiğini skala üzerinde işaretlemeleri istenir.
4. Birçok skorlama sisteminde vücut yüzey alanı (VYA) tutulumu dokuzlar kuralına göre hesaplanmaktadır. Vücut yüzey alanı ölçümü, vücudun %1'ini temsil eden el yüzeyinin kullanılmasıyla yapılmaktadır. Dokuzlar kuralında gövde %36, bir bacak %18, bir kol %9, baş-boyun %9 ve genital bölge %1 yer kaplar.

Anahtar Kelimeler: Dermatoloji; hastalık şiddeti indeksi; skorlama sistemleri

ABSTRACT Methods of assessing the severity of skin disease are mostly subjective. Concrete data such as radiological imaging and laboratory findings often remain in the second plan. Therefore, contradictions and individual differences emerge especially in the results of scientific studies. Scoring systems were developed for a long while for the aim of dermatological data standardization. Scoring systems provide patients' identification, clinical observations and data recording, mortality and morbidity possibilities determination, treatment response monitoring, evaluation of new drugs' effectiveness, elimination of ineffective interference, thus also the cost reduction and the comparison of different treatments' effectiveness. In this article the most frequently used and accepted scoring systems are presented. Eligible points in almost all of the scoring systems can be summarized as follows:

1. Acronyms of scores were made according to English versions.
2. Parameters were scored by converted to numeric values.
3. Most of the psychosocial impact scores were determined using visual analogue scale (VAS). This scoring system, as described to patients, ranges from; 0 (nonaffected) to 10 (fully affected).
4. In most scoring systems, body surface area (BSA) involvement is calculated according to the rule of nines. Calculation of the body surface area is made upon using one palmar area as 1% of the whole body. According to the rule of nines, trunk accounts for 36%, one leg 18%, one arm 9%, head and neck 9% and genitals 1% of the whole body area.

Key Words: Dermatology; severity of illness index; scoring systems

PSORİAZİS

1. PSORİAZİS ALAN VE ŞİDDET İNDEKSİ (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX: PASI)

1978'de Fredriksson ve Pettersson tarafından tanımlanmış olan PASI skorlama sistemi günümüzde psoriasis hastalarının değerlendirilmesi için altın standart olarak kabul edilmektedir.¹ PASI, hastalığın şiddeti ile yaygınlığının birlikte değerlendirildiği ve dört ana bölgede eritem, deskuamasyon ve endurasyonun birer parametre olarak kullanıldığı bir skorlama sistemidir.²⁻⁵

Hastalıklı vücut kısımları baş(h), üst ekstremiteler(u), gövde(t), alt ekstremiteler(l) olmak üzere dört bölgede incelenir. Her alanda, eritem (E), endurasyon (I) ve deskuamasyon (D) şiddeti oranında 0'dan 4'e kadar skorlanır (Tablo 1).

Bölgelerin oransal değerleri için, %0 ile %100 arasındaki tutulumla karşılık gelen 0 ile 6 arasında bir sayısal değer (A; alan skoru) verilir (1: %10'dan az, 2: %10-29; 3: %30-49, 4: %50-69, 5: %70-89, 6: %90'dan çok). Bu değer (A), onu temsil eden vücut katsayısı (baş/boyun: 0.1, üst ekstremiteler: 0.2, gövde: 0.3, alt ekstremiteler: 0.4) ile çarpılır. Her vücut bölgesi için ayrı katsayılarla çarpılan toplam şiddet değeri, PASI skorunu verir. Buna göre PASI skoru için son formül: $PASI = 0.1 (Eh + Ih + Dh) Ah + 0.2 (Eu + Iu + Du) Au + 0.3 (Et + It + Dt) At + 0.4 (El + Il + Dl) Al$ şeklindedir.²

PASI'nin maksimum skoru 72'dir. Tedavi altındaki bir hastada "PASI-75" ifadesi PASI skorumun, başlangıç değerinin %75'i oranında azalmış olduğu anlamına gelir ki psoriasis için tatminkar bir iyilik hali olarak kabul edilir.

PASI skoru, psoriasis aktivitesi konusunda önemli bilgiler sağlasa da hastalığın psikososyal et-

kilerini, tedaviye direnci ve tedavi sonrası relaps hızını yansıtamamaktadır. Bu nedenle semptomlar (pruritus), önceki tedaviler, hastalık süresi, etkilenmenin derecesi, hastalığın yaşam kalitesine etkisi gibi parametrelerin dikkate alınması öngörülmektedir.^{6,7} Bu yönleriyle literatürde; Salford psoriasis indeksinin (SPI) ön plana çıktığı görülmektedir.

2. SALFORD PSORİAZİS İNDEKSİ (SALFORD PSORIASIS INDEX: SPI)

PASI ile belirlenen hastalık şiddeti skoru, psikososyal yeti yitimi skoru ve anamneze dayalı öykü skorunun kombinasyonu ile oluşturulmuş bir yöntemdir.⁸ Bu yöntemde öncelikle hastanın PASI skoru hesaplanır. PASI değerleri 10 aralığa bölünür ve her aralığa bir rakam denk gelecek şekilde 0-10 arası rakamlar verilerek SPI için yaygınlık skoru elde edilir (Tablo 2).

İkinci aşama, her hastada psoriasis psikososyal etkilerinin 0-10 arası "vizüel analog skala (VAS)" kullanılarak belirlenmesidir. Hastalara günlük yaşamlarını değerlendirme sırasında psoriasis'ten ne derece etkilendiğini skala üzerinde işaretlemeleri istenir.

Üçüncü aşama ise sistemik tedavi veya hastanede yatışa gerek duyma ve daha önceki eritrodermi atağı sayısı gibi anamneze dayalı hastalık şiddeti değerlendirmesidir. PUVA dahil her sistemik tedavi seçeneği 12 aydan kısa süreli uygulanmışsa 1 puan, 12 aydan uzun uygulanmışsa 2 puan şeklinde değerlendirilir. 200 seans veya 1000 j/cm²'den fazla PUVA alınmışsa ekstra bir puan eklenir. Yine her 5 hastane yatışına için bir ve her eritrodermi atağında birer puan eklenir.

Buna göre örneğin, 1:1:0 değeri minimal tutulum, minimal psikososyal etki ve hiçbir sistemik te-

TABLE 1: PASI parametreleri ve şiddet değerleri.

Şiddet skoru	Eritem (E)	Endurasyon (I)	Deskuamasyon (D)
0	yok	yok	yok
1	açık kırmızı	hafif fakat dokunmakla var	ince kepek, bazı lezyonlar kısmen örtülü
2	kırmızı fakat koyu değil	kenarları kolaylıkla palpe edilebilir	kaba, ince kepekler, lezyonların çoğu örtülü
3	koyu kırmızı	sert, keskin kenarları ile kesinlikle kabarıklık	kaba, kalın kepekler, neredeyse tüm lezyonlar örtülü
4	çok kırmızı	çok sert, keskin kenarları ile daha kabarıklık	çok kalın kepek, tüm lezyonlar örtülü

TABLO 2: SPI yaygınlık skoru.

PASI	SPI
0	0
0.1-3	1
3.1-5	2
5.1-8	3
8.1-11	4
11.1-14	5
14.1-18	6
18.1-23	7
23.1-29	8
29.1-36	9
>36	10

davi veya eritrodermi söz konusu olmaması ya da 5'ten az hospitalizasyon anlamına gelmektedir. Aksine 10:10:6 eritrodermik psoriasis, ciddi psikososyal etki, sistemik tedavi ve/veya 5'ten fazla hospitalizasyon öyküsü demektir.

PSORIATİK ARTRİT (PSA)

Psoriatik artritte, periferik eklem ve üzerindeki deri semptomlarının, fonksiyonun, yaşam kalitesinin ve radyografik hasarın belirlenmesi gerekir. Bu ölçütlerin çoğu psoriasis için; romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) skorumla sistemlerinden alınmış ve PsA'e uyarlanmıştır.

1. ACR (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY) CEVAP KRİTERLERİ

Romatoid artrit takibinde kullanılan değerli bir yöntemdir. ACR eklem sayısı (68 hassas ve 66 şiş eklem) 78 ve 76'ya çıkarılıp psoriyazise uyarlanmıştır. Ellerin distal ve proksimal interfalangeal ve metakarpofalangeal eklemleri, ayakların metatarsofalangeal eklemleri, karpometakarpal ve bilek eklemleri, dirsekler, omuzlar, akromioklavikuler, sternoklavikuler, kalça, diz, talotibial ve midtarsal eklemlerde hassasiyet araştırılır. Kalçalar hariç diğer eklemlerde şişlik de araştırılır. ACR cevabında hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, hastanın ağrı değerlendirilmesi, hastanın hastalık aktivitesi konusunda global değerlendirilmesi, hekimin global değerlendirilmesi (hastanın ve hekimin global değerlendirilmesinde 1: inaktif ile 5: çok aktif arasında sıralanan Likert skalası kullanılır), fonksiyon kay-

bı (Health Assessment Questionnaire) ve akut faz cevabı (C Reaktif Protein, Eritrosit sedimentasyon hızı) değerlendirilir. ACR 20/50/70 cevabı elde etmek için hassas eklem ve şiş eklem sayısında ve diğer 5 parametrenin en az 3'ünde sırasıyla %20-50-70 düzelme olmalıdır.⁹

2. PSORIATİK ARTRİT YANIT KRİTERİ

(PSORIATIC ARTHRITIS RESPONSE CRITERIA: PSARC)

Bir çalışmada PsA'teki sulfasalazin etkinliğini değerlendirmek için özellikle geliştirilmiş bir yöntemdir.¹⁰ İlk yayınlanan biyolojik ajan olan etanercept çalışmasında da aynı yöntem kullanılmış ve ilk kez Psoriyatik Artrit yanıt kriteri (PsARC) olarak adlandırılmıştır.¹¹ PsARC hastanın ve hekimin global değerlendirmesinde (1-5 puanlık Likert skalası) %20 ve üzeri düzelme, hassas/ağrılı eklem (78 eklem) sayısında azalma ve şiş eklem (76 eklem) sayısında azalma (%30 ve üzeri düzelme)'dir. Bu 4 kriterden 2'sinde düzelme (en az biri eklem skoru olmak üzere) ile diğerlerinde kötüleşme olmaması tedavilere yanıt olduğunu göstermektedir.¹²⁻¹⁴

TIRNAK PSORİAZİSİ

1. TIRNAK PSORİAZİSİ ŞİDDET İNDEKSİ (NAIL PSORIASIS SEVERITY INDEX: NAPSİ)

NAPSİ ile hedef tırnaklar hayali 4 kadrana ayrılarak her bir kadranda tırnak yatağı tutulumu bulguları (yağ lekesi, onikoliz, subungual hiperkeratoz, splinter hemoraji) ve tırnak matriks tutulumu bulguları ("pitting", lökonişi, lunulada kırmızı spotlar, ufalanma) değerlendirilir. Her bir bulgu şiddetine bakılmaksızın bir kadranda varsa 1, iki kadranda varsa 2, üç kadranda varsa 3 ve dört kadranda varsa 4, hiç yoksa 0 olarak skorlanır. Örneğin 1 kadranda "pitting", 2 kadranda lökonişi varsa skor 3 olarak hesaplanır. Toplam skor tüm tırnaklardaki bulguların toplamıdır.¹⁵⁻¹⁷

2. CANNANO'NUN SİSTEMİ

Onikoliz, subungual hiperkeratoz, "pitting", ufalanma ve yağ lekesi bulguları ayrı ayrı 0-3 şiddet aralığında değerlendirilip her bir bulgunun şiddeti toplanır. Örneğin bir tırnakta onikoliz 2, ufalanma 3 şiddetinde olup diğer bulgular hiç yoksa skor 5

olarak hesaplanır. Tüm hedef tırnaklarda bulunan skorlar toplamı tırnak psoriasis şiddeti olarak kabul edilir.¹⁸

Her ne kadar tırnak psoriasis şiddetinin ölçümünde Cannavo'nun sistemi beş, NAPSİ sekiz bulguyu değerlendirmeye dahil etmiş olsa da iki skorlama sistemi birbiri ile korele bulunmuştur.¹⁹

■ ATOPIK DERMATİT

1993 yılında Atopik Dermatit için altın standart olarak kabul edilen SCORAD indeksinin²⁰ geliştirilmesinden sonra, tedavilerin olumlu ya da olumsuz etkilerini objektif olarak değerlendirmek amacıyla yeni skorlama sistemleri geliştirilmiş ve bu sistemleri karşılaştıran birçok literatür yazılmıştır.²¹⁻²⁴ Bu skorlama sistemlerinden bazıları aşağıda sıralanmıştır:

1. SCORAD İNDEKSİ

SCORAD indeksi 1993 yılında atopik dermatit alanında özelleşmiş bir Avrupalı grup olan The European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD) tarafından geliştirmiş olup, atopik dermatitin şiddetini ölçmede en çok kullanılan skorlama sistemidir. SCORAD kısaltması SCORing Atopic Dermatitis yerine geçmektedir. SCORAD indeksi, üç alt skorun birleşiminden oluşur: **A**; yaygınlık (vücut yüzey alanı tutulumu) maksimum 100. **B**; yoğunluk, maksimum 18 (6 klinik bulgu; eritem, ödem-papül, sızıntı-kurut, ekskoriyasyon, likenifikasyon ve kserozis; hafif:1, orta:2, şiddetli:3 olarak puanlanır). **C**; subjektif semptomlar, maksimum 20 (kaşıntı ve uykusuzluk semptomlarının hastaların yaşam kalitelerine etkileri; 0 ile 10 arasında vizüel analog skala ile derecelendirilir).

SCORAD= $A/5 + 7B/2 + C$ formülüyle değerlendirilir. Maksimum skor 103'tür. Skorlarken, en şiddetli veya hafif lezyon yerine, en tipik olan lezyonun kullanılması gerekmektedir. Bu skorlama sisteminin dezavantajı, hastanın bir sonraki değerlendirmesini, zorunlu olarak yine aynı kişi tarafından yapılmasını gerektirmesidir.

2. OBJEKTİF SCORAD

SCORAD indeksinin subjektif semptomlarının hariç tutulmasıyla elde edilmiştir. Objektif SCORAD

sadece yaygınlık(A) ve şiddet(B) ölçülerek elde edilir, böylelikle de formül $A/5 + 7B/2$ olmaktadır. Maksimum objektif SCORAD skoru 83'tür (artı ilave 10 puan olabilir). Artı 10 puan yüzde ve ellerde meydana gelen şiddetli ekzema için verilmektedir.²⁴

3. ÜÇ BELİRTİ ŞİDDET SKORU

(THREE-ITEM SEVERITY SCORE: TIS)

Vücuttaki en belirgin lezyon seçilir ve lezyonun eritemi, ödemi ve ekskoriyasyonu, 0 ile 3 arasında skorlanarak toplamı alınır. Maksimum skor 9'dur. TIS skoru epidemiyolojik çalışmalarda ve günlük pratikte tercih edilebilir. Basit, hızlı ve az deneyimliler tarafından bile uygulanması kolay olduğu için TIS skorunun avantajları vardır ve sadece bir dakika sürmektedir.²⁴

4. EKZEMA ALAN ŞİDDET İNDEKSİ

(ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX: EASI)

Vücudun 4 ayrı yerinde (baş- boyun: h, üst ekstremiteler: ul, gövde: t, alt ekstremiteler:ll) eritem (E), endurasyon/papül/ödem (I), ekskoriyasyon(Ex) ve likenifikasyon(L) şiddeti oranında 0 ile 3 arasında skorlanır. Alan skoru(A) (**1**: %10; **2**: %10- 29, **3**: %30- 49, **4**: %50- 69, **5**: %70-89 ve **6**: %90- 100)lezyonların yaygınlığına göre belirlenir. Şiddet, alan skoru ve her bölge için belirlenen katsayılar çarpılarak toplamları alınır. EASI için son formül: $EASI = 0.1 (E+I+Ex+L)Ah + 0.2 (E+I+Ex+L) Aul + 0.3 (E+I+Ex+L)At + 0.4 (E+I+Ex+L) All$ şeklindedir. Maksimum skor 72'dir. Yapılan çalışmada EASI'nin iyi geçerlilik, güvenilirlik, hassaslık değişimi gösterdiği, diğer şiddet ölçümleriyle iyi korelasyon sağladığı ve SCORAD indeksiyle en çok karşılaştırılabilecek olan metodun EASI olduğu belirtilmiştir.²⁵

5. ALTI ALAN, ALTI KLİNİK BULGU ATOPIK DERMATİT ŞİDDET SKORU (THE SIX AREA, SIX SIGN ATOPIC DERMATITIS SEVERITY SCORE: SASSAD)

Altı bulgu (eritem, eksudasyon, ekskoriyasyon, kserozis, sızıntı-kurut ve likenifikasyon); altı ayrı bölgede (kollar, eller, bacaklar, ayaklar, baş-boyun, gövde), 0 ile 3 (0:yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli) arasında skorlanır. Maksimum skor 108'dir.²⁶

6. NOTTINGHAM EKZEMA ŞİDDET SKORU (NOTTINGHAM ECZEMA SEVERITY SCORE: NESS)

Bir yılı aşkın süredir atopik dermatit belirtileri gösterenlerde kullanılan, klinik şiddet skorudur. Klinik seyir (6 haftadan kısa: **1**, 6 hafta-3 ay: **2**, 3-6 ay: **3**, 6-9 ay: **4**, 9 aydan uzun süre: **5**), klinik şiddet (kaşıntı nedeni ile uykusuzluk yok: **1**, haftada 1 gece uykusuzluk olması: **2**, haftada 2-3 gece: **3**, 4-5 gece: **4**, 6-7 gece: **5**) ve tutulum alanı (vücut 20'den fazla alana bölünmüş; 0-2 alan: **1**, 3-5 alan: **2**, 6-10 alan: **3**, 11-20 alan: **4**, 20'den fazla alan: **5**) skorlanarak toplamaları alınır. Maksimum skor 15'tir.²⁷

7. ATOPIK DERMATİT AKTİVASYONUNDA LEICESTER SKORU (THE LEICESTER SCORE FOR ATOPIC DERMATITIS DİSEASE ACTIVITY)

SASSAD indeksi habercisi (Forerunner to the SASSAD index) olarak da bilinir. Vücudun 10 ayrı yerinde; eritem, ekskoriyasyon, kuruluk, çatlaklar ve likenifikasyon değerlendirilir. Şiddet 0 ile 3 arasında skorlanır. Maksimum skor 150'dir.²⁸

8. COSTA'NIN BASİT SKORLAMA SİSTEMİ (SIMPLE SCORING SYSTEM FOR ATOPIK DERMATITIS OF COSTA ET AL, COSTA'S SIMPLE SCORING SYSTEMS, COSTA'S SSS)

10 ayrı bulgu (eritem, ödem, vezikül, krut, ekskoriyasyon, skuam, pigmentasyon/depigmentasyon, likenifikasyon, kaşıntı, uykusuzluk) 0 ile 7 arasında skorlanır ve vücudun 10 ayrı topografik alanındaki (5 simetrik, 5 asimetrik) tutulum genişliği de 0 ile 3 arasında skorlanarak toplamaları alınır. Maksimum skor 100'dür.²⁹

9. TEMEL KLİNİK SKORLAMA SİSTEMİ (BASIC CLINICAL SCORING SYSTEM: BCSS)

Vücudun 5 ayrı alanında ekzemanın olup olmamasına göre yapılan basit bir skorlamadır. Toplam skor 5'tir.³⁰

10. ATOPIK DERMATİT ŞİDDET İNDEKSİ (ATOPIC DERMATITIS SEVERITY INDEX, ADSI)

Sadece bir hedef lezyonda eritem, eksudasyon, ekskoriyasyon, likenifikasyon ve kaşıntı şiddeti 0 ile 3 arasında skorlanarak toplamı alınır. Maksimum skor 15'tir.³¹

11. ATOPIK DERMATİT DEĞERLENDİRME ÖLÇÜMÜ (ASSESSMENT MEASURE FOR ATOPIK DERMATITIS: ADAM)

6 ayrı vücut alanında kuruluk ve/veya skuam, eritem, ekskoriyasyon ve likenifikasyon 0 ile 3 arasında skorlanarak toplamı alınmaktadır.³²

KONTAKT DERMATİT

1. EL EKZEMASI ŞİDDET İNDEKSİ (HAND ECZEMA SEVERITY INDEX: HECSI)

Elde 5 ayrı alan (parmak ucu, parmaklar, avuç içi, el dorsumu, el bileği) belirlenir. 6 klinik belirtinin (eritem, endurasyon/papüller, vezikül, fissürleşme, krutlar ve ödem) şiddeti 0 ile 3 arasında skorlanır. Eldeki tutulum yüzdesi her alan için 0 ila 4 arasında skorlanır (**0**: %0, **1**: %1-25, **2**: %26-50, **3**: %51-75, **4**: %76-100). Her alandaki klinik belirti şiddetleri ve tutulum yüzdeleri çarpımlarının toplamı HECSI skorunu verir. Maksimum skor 360'tır.³³

2. OSNABRÜK EL EKZEMASI ŞİDDET İNDEKSİ (THE OSNABRUCK HAND ECZEMA SEVERITY INDEX: OHSI)

6 klinik belirti (Eritem, krut, papül, vezikül, infiltrasyon ve fissür) kullanılır. Her klinik belirti 0 ile 3 arasında şiddeti oranında skorlanır. Toplam skor, etkilenmiş alandaki tüm klinik belirti skorlarının toplamıdır. Maksimum skor 18'dir.^{34,35}

DİSHİDROTİK EKZEMA

DİSHİDROTİK EKZEMA ALAN VE ŞİDDET İNDEKSİ (DYSHIDROTIC ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX: DASI)

DASI, dishidrotik ekzemanın klinik şiddetini belirlemede ve tedavi etkinliğini araştırmada kullanılan basit ve yararlı bir yöntemdir. DASI, cm²'ye düşen vezikül(V) sayısı (pV; **0**: yok, **1**: cm² de 0-2 vezikül, **2**: 2-8, **3**: ≥ 8), kaşıntı (I)(pI; **0**: yok **1**: hafif veya VAS 1-3, **2**: orta veya VAS 4-7, **3**: şiddetli veya VAS 8-10) eritem (E) ve deskuamasyon (S)(**0**: yok, **1**: hafif, **2**: orta, **3**: şiddetli), ve etkilenen alan (A) (pA; **0**: yok, **1**: %1-20, **2**: %21-40, **3**: %41-60, **4**: %61-80, **5**: %81-100) tanımlanan skor puanlarıyla (p) şu şekilde hesaplanmaktadır: DASI = (pV + pE + pS + pI) x pA. Maksimum skor 60'tır. DASI 0-15 hafif, 16-30 orta, 31-60 arası şiddetli olarak sınıflandırılır.³⁶

TABLO 3: Oral liken planus şiddet skoru.

Alan	Alan (a)	Şiddet (b)	Aktivite (axb)
Dudak	0,1	0-3	0-3
Dudak içi	0,1	0-3	0-3
Sol bukkal mukoza	0,1,2	0-3	0-6
Sağ bukkal mukoza	0,1,2	0-3	0-6
Gingiva			
Sağ alt	0,1	0-3	0-3
Alt orta	0,1	0-3	0-3
Sol alt	0,1	0-3	0-3
Sol üst	0,1	0-3	0-3
Üst orta	0,1	0-3	0-3
Sağ üst	0,1	0-3	0-3
Dil dorsali	0,1,2	0-3	0-6
Dil sağ yanı	0,1	0-3	0-3
Dil sol yanı	0,1	0-3	0-3
Ağız tabanı	0,1,2	0-3	0-6
Sert damak	0,1,2	0-3	0-6
Yumuşak damak	0,1,2	0-3	0-6
Orofarenks	0,1,2	0-3	0-6
Maksimum skor			72

ORAL LİKEN PLANUS

Predominat klinik tip (retiküler, deskuamatif, atrofik, eroziv, plak veya kombine tip) kaydedilerek hastalık skorlanır. Oral kavite 17 alana bölünerek her alana ayrı skorlar verilir (**0:** Lezyon yok, **1:** Liken planus bulguları var, **2:** %50'den fazla tutulum, bukkal mukoza, dil dorsumu, ağız tabanı, orofarenks, yumuşak ve sert damak etkilenmiş). Alan skoru ile şiddet skorunun (**0:** Sadece keratoz var. **1:** Keratoz ile hafif eritem **2:** Belirgin eritem **3:** Ülserasyon) çarpımı aktivite skorunu verir. Tüm aktivite skorları toplamı oral liken planus şiddet skorunu verir (Tablo 3). Maksimum skor 72'dir.³⁷

AKNE VULGARİS

GLOBAL AKNE SKORLAMA SİSTEMİ (THE GLOBAL ACNE GRADING SYSTEM: GAGS)

Doshi ve ark tarafından 1997 yılında geliştirilen aknenin klinik şiddetini belirlemeye yarayan bir ölçektir.³⁸ Bu sistemde yüz, göğüs ve sırtın üst kısmı 6 parçaya bölünmüş, yüzey alanı ve o bölgede bulunan pilosebace ünitenin yoğunluğu ve dağılımı

göz önünde tutularak, her bölgeye bir katsayı (alın, sağ ve sol yanak; 2, burun, çene; 1, göğüs ve sırt üst kısım; 3) verilmiştir. Akne lezyonları da tiplerine göre 0-4 arasında derecelendirilmiştir (0: lezyon yok, 1: ≥ 1 komedon, 2: ≥ 1 papül, 3: ≥ 1 püstül, 4: ≥ 1 nodül). Her bölge ayrı ayrı değerlendirilerek, o bölgenin katsayısı ile o bölgede bulunan en şiddetli lezyon tipinin derecesi çarpılarak her bölge için bir skor saptanmakta; 6 bölgenin skorlarının toplamı ile de global akne skoruna ulaşılmaktadır. Hastalara 0 ile 44 arasında global akne skoru (akne yok; 0 puan, hafif; 1-18 puan, orta; 19-30 puan, şiddetli; 31-38 puan, çok şiddetli; >39 puan) verilmektedir.

Akne vulgarisin belirlenmesi için klinik çalışmalarda birçok skorlama sistemi kullanılmaktadır; Akne sayım tekniğinde yüz 5 bölgeye ayrılır.³⁹ Her bölgede açık ve kapalı komedonlar, papül, püstül ve nodüller sayılarak akne hafif, orta, şiddetli ve çok şiddetli olarak sınıflandırılır. Komedonal akne hafif, papülopüstüler akne orta ve nodüler akne şiddetli olarak isimlendirilir. Plewing ve Kligman sistemi akneyi papüler, komedonal ve konglobata olarak ayırır.⁴⁰ Yüzün sağ yanında baskın lezyonun tipi (inflamatuvar, noninflamatuvar) ve sayısına göre şiddet, 1 ile 4 arasında skorlanır. Amerikan Dermatoloji Akademisi sınıflamasında sadece inflamatuvar lezyonlar sayılarak orta, hafif ve şiddetli olarak tanımlanır.⁴¹ Cunliffe skoru (Leeds tekniği) foto-nümerik bir sınıflamadır.⁴² Standart bir fotoğraf makinesi ile çekilen görüntüde aknenin hafif ile çok şiddetli arasında sınıflamasına dayanır. Cook fotoğrafik yöntemi (Modifiye Cook metodu) ise 0'dan 8'e değişen ölçekli bir skorlama sistemidir.⁴³ Floresans fotoğrafı yönteminde komedonal akne 0 ile 3 arasında hafif, orta ve şiddetli olarak skorlanır.⁴⁴

AKNE SKARLARI SKORLAMA SİSTEMLERİ

1. AKNE SKARI GLOBAL SKORLAMA SİSTEMİ (GLOBAL ACNE SCARRING GRADING SYSTEM)

Bu sistemde akne skarları dört dereceye ayrılmıştır;⁴⁵ **1.** derece (maküler): eritemli, hiper ve hipopigmente skarlar, **2.** derece (hafif): hafif atrofi veya hipertrofi, 50 cm ve daha uzak mesafeden belli olmaz; makyajla veya sakalla kolaylıkla saklanabilir, **3.** derece (orta): orta derecede atrofi veya hipertrofi,

50 cm ve daha uzak mesafeden belli olur; makyajla veya sakalla saklanması zordur, fakat deri elle gerildiğinde düzelir, **4.** derece (şiddetli): şiddetli atrofik veya hipertrofik hastalık, 50 cm ve daha uzak mesafeden belli olur; makyajla veya sakalla saklanması zordur ve deri elle gerildiğinde düzelmez.

2. AKNE SKARLARI KLİNİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ECHELLE D'ÉVALUATION CLINIQUE DES CICATRICES D'ACNÉ: ECCA)

Akne skarlarının değerlendirilmesine yönelik bir başka sistem de, 2006'da yayınlanan ve geçerliliği kanıtlanan ECCA skorlama sistemidir.⁴⁶ Bu yöntemde akne skarları tiplerine göre 6 gruba ayrılmakta; her gruba 15-50 arasında değişen bir ağırlık katsayısı verilmektedir (**15:** V şeklinde 2 mm'den küçük, **20:** U şeklinde 2-4 mm çapında, **25:** M şeklinde 4 mm'den büyük, **30:** Yüzeysel elastoliz, **40:** Hipertrofik, inflamatuvar, 2 yıldan yeni, **50:** Keloid ve hipertrofik skarlar, 2 yıldan eski). Her bir grupta bulunan skar sayısı 4 derecelik bir ölçekle (yarı niceliksel skor) değerlendirilmektedir; **0:** skar yok, **1:** birkaç skar (<5), **2:** sınırlı sayıda skar (5-20), **3:** çok sayıda skar (>20). Daha sonra her grubun ağırlık katsayısı ile yarı-niceliksel skorun çarpımı alınarak, o grubun skoru belirlenmektedir. Tüm grupların skorlarının toplamı ile de toplam skora ulaşılmaktadır. Maksimum skor 540'dır.

ALOPESİ

1. HAMILTON - NORWOOD SKORLAMA SİSTEMİ

Androjenetik alopesinin (AGA) sınıflaması için çeşitli evreleme skalaları vardır. İlk defa Hamilton 1951 yılında AGA'li erkeklerde görülen paternleri görsel bir skala üzerinden birden sekize kadar ayırmış, bu klasifikasyon sistemi 1975 yılında Norwood tarafından modifiye edilmiştir.⁴⁷ Daha sonra Norwood, 4 tane daha ara evreler eklemiştir: IIIa, III verteks, IVa ve Va. Bu skorlama sistemi erkekteki androjenetik alopesinin şiddetinin sınıflamasında hala rolü vardır, özellikle de tedaviye yanıtın belirlenmesinde kullanılmaktadır.

2. LUDWIG SKORLAMA SİSTEMİ

1977 yılında Ludwig kadınlarda görülen, frontal saç çizgisinin korunduğu, tepe bölgesini tutan, female

patern olarak adlandırılan diffüz alopesiyi, şiddetine göre Ludwig I, II ve III olacak şekilde 3 sınıfa ayırmıştır.⁴⁸ Ludwig evre I, en erken ve en hafif formdur, seyrekleşme minimaldir. Evre II'de frontoparietal seyrelme ilerlemiştir. Evre III'te de ön saç çizgisi korunurken frontoparietal alanda kelliğe yaklaşan bariz bir seyrekleşme söz konusudur.

3. SAVİN SAÇ DENSİTESİ SKALASI

Savin, hem kadınlar hem de erkeklerde androjenetik alopesi sınıflaması için kendi paterni ve dansite skalaları ile evreleme sistemlerini genişletmiştir.⁴⁸ Erkeklerde frontal alan (F), orta alan (M) ve vertekste (V) seyrelme görünümü F1-F6, M1-M5 ve V1-V7 olarak sıralanır. Female patern sadece orta alanın genişliğine göre gruplara ayrılır. Her iki cinste de dansite, hacimleri oranında D1-D8 arasında skorlanır. Bu skorlama sistemi daha çok çalışmaya dayalı ölçümlerde kullanılmaktadır.

4. ALOPESİ ŞİDDET SKORU

(SEVERITY OF ALOPECIA TOOL SCORE, SALT SCORE)

National Alopecia Areata Foundation çalışma komitesi tarafından tanımlanmıştır.⁴⁹ Saçlı deri 4 ana bölgeye ayrılmıştır; verteks %40, saçlı deri sağ profil ve sol profil %18'er, saçlı deri arka görünüş %24 olarak yüzdelenmiştir. Bu bölgelerden herhangi birindeki saç kaybının yüzdesi, saç kaybı oranı ile bu bölgenin katsayısı çarpımından bulunmaktadır. Bütün bölgelerdeki saç kaybı yüzdeleri toplanır; böylece toplam saç kaybı % olarak ifade edilir ve SO-S5 arasında derecelendirilir (SO: saç kaybı yok, S1: %25, S2: %25-49, S3: %50-74, S4a: %75-96, S4b: %96-99, S5: %100). Örneğin, verteksdeki, sağ profildeki, sol profildeki ve arkadaki saç kaybı yüzdesi 20, 30, 40 ve 50 ise, SALT skoru = (20x0.4) + (30x0.18) + (40x0.18) + (50x0.24) = 8+5+7.2+12= %32.6 (S2) olmaktadır.

ÜRTİKER

1. ÜRTİKER TOTAL SEMPTOM SKORU

(TOTAL SYMPTOM SCORE: TSS)

Ürtiker total semptom skoru; hastalık süresine, plak sayısı ve plaklardaki eritem, ödem ve kaşıntı şiddetine göre 0 ile 7 arasında global bir değer verilen skorlama sistemidir.⁵⁰

2. ÜRTİKER AKTİVİTE SKORU

(URTICARIA ACTIVITY SCORE: UAS)

UAS; ürtikeryal plak sayısı skoru ve kaşıntı şiddeti skorunun toplamından meydana gelmektedir.⁵¹ Ürtikeryal plak sayıları ve kaşıntı şiddeti 0 ile 3 arasında (Plak sayısı skoru; **0**: 10 veya daha az sayıda küçük plak (çap <3 cm), **1**: 10-50 küçük plak veya 10 ve daha az büyük plak (çap>3cm), **2**: 50'den fazla küçük plak veya 10-50 arası büyük plak, **3**: hemen hemen bütün vücut plaklar ile kaplı. Kaşıntı skoru; **0**: kaşıntı yok, **1**: hafif var, **2**: orta şiddetli, **3**: çok şiddetli) derecelendirilmektedir.

VİTİLİGO

1. VİTİLİGO HASTALIK AKTİVİTESİ SKORU

(VITILIGO DISEASE ACTIVITY SCORE: VIDA)

VIDA, vitiligoyu değerlendiren altı dereceli bir ölçektir.⁵² Anamnezle olgunun tedaviden önceki ve sonraki 12 ayı karşılaştırılmakta ve kişinin zaman içerisinde kendi hastalık aktivitesiyle ilgili fikirleri de temel alınmaktadır. VIDA skoru; + **4**: 6 hafta veya daha az sürelik aktivite, + **3**: 6 haftadan 3 aya kadar aktivite, + **2**: 3-6 ay arası aktivite, + **1**: 6-12 ay arası aktivite, **0**: 1 yıl veya daha uzun süre stabil, -**1**: 1 yıl veya daha fazla süre stabil ve spontan repigmentasyon var, şeklinde değerlendirilmektedir. Yüksek VIDA skoru hastalığın aktif olduğu anlamına gelmektedir.

2. VİTİLİGO ALAN ŞİDDET İNDEKSİ

(VITILIGO AREA SEVERITY INDEX: VASI)

VASI skoru, dokuzlar kuralına göre hesaplanan toplam vücut yüzey alanı tutulumu (VYA) ve depigmentasyon derecesi çarpımı ile elde edilir.⁵³ Depigmentasyonun derecesi burada belirtilen yüzdelere en yakın değer olarak öngörülmektedir: %100; tam depigmentasyon, %90; pigment noktaları var, %75; depigmente alan pigmente alandan fazla, %50; pigmente alan depigmente alanlara eşit, %25; pigmente alan depigmente alandan fazla, %10; sadece depigmentasyon noktaları var.

BÜLLÖZ HASTALIKLAR

1. OTOİMMÜN BÜLLÖZ DERİ HASTALIĞI SKORU

(AUTOIMMUNE BULLOUS SKIN DISORDER INTENSITY SCORE: ABSIS)

ABSIS skoru, dokuzlar kuralına göre her alanda hastalığın tutulum yüzdesi ve bu alandaki lezyonun

şiddet katsayısı çarpımı alınarak hesaplanan bir skorlama sistemidir.⁵⁴ Lezyonların niteliği puanlanırken; eroziv, eksudatif lezyon varlığı ve/veya Nikolsky's fenomeni pozitifliği için 1.5, kuru erozyon için 1, reepitelize lezyon için 0.5 puan verilir. Bir alandaki maksimum skor: %100x1.5= 150'dir.

ABSIS'de oral mukoza iki ayrı skorlama ile değerlendirilir. Yaygınlık skoru oral mukozanın 11 farklı anatomik alanında tutulum olup olmamasına göre 0 ile 11 arasında, şiddet skoru ise hastanın bazı yiyecekler ile disfaji yaşamasına göre katsayıları oranında (Su: 1 Çorba: 2, Yoğurt: 3, Krema: 4, Patetes püresi/omlet: 5 Fırında balık: 6, Beyaz ekmek: 7, Elma/çiğ havuç: 8, Kızarmış biftek/ kepekli ekmek: 9) 0 ile 45 arasında kantitatif olarak hesaplanan skorlama sistemleridir.

2. PEMFİGUS ALANI VE AKTİVİTE SKORU

(PEMPHIGUS AREA AND ACTIVITY SCORE: PAAS)

PAAS, Agarwal ve ark tarafından pemfigus vulgarisin gelişimini ve şiddetini belirlemek için geliştirilmiş bir skorlama sistemidir.⁵⁵ PAAS kutanöz ve mukoz membran lezyonları için ayrı ayrı olarak hesaplanmaktadır. Toplam skor her ikisinin toplamı olmaktadır.

Total kutanöz skor formülü = (Baş boyun = [(a+b+c)x A] x 0.1) + (Gövde= [(a+b+c)x A] x 0.3) + (Üst ekstremite= [(a+b+c)x A] x 0.2) + (Alt ekstremite= [(a+b+c)x A] x 0.4) şeklindedir. (a: Bir günde yeni çıkan bül sayısı; **0**: lezyon yok, **1**: 1-5, **2**: 6-10, **3**: 11-20, **4**: 20'den fazla, b: mevcut bülün periferik uzantısı **0**: yok, **1**: hafif, **2**: orta, **3**: şiddetli, c: Nikolsky fenomeni **0**: yok **1**: perilezyonel **2**: periferik var, Alan skoru(A); **0**: lezyon yok, **1**: 0-15, **2**: 16-30, **3**: 31-50, **4**: 51-70, **5**: 71-90, **6**: 90'dan fazla) Mukoz membran skoru formülü= alan skoru+ şiddet skoru şeklindedir (alan skoru **0**: lezyon yok, **1**: 1 alanda **2**: 2 alanda, **3**: 2alandan fazla, şiddet skoru **0**: lezyon yok, **1**: hafif, **2**: orta, **3**: şiddetli).

3. PEMFİGUS HASTALIK ŞİDDET SKORU

Harman ve ark. tarafından önerilen skorlama sisteminde kutanöz ve oral mukoza ayrı olarak derecelendirilir.⁵⁶ Oral mukozada şiddet skorlaması; **0**: lezyon yok, **1**: hafif (1-3 erozyon), **2**: orta (4-10 erozyon veya generalize deskuamatif gingivitis), **3**:

şiddetli (10'dan fazla alanda erozyon veya generalize deskuamatif gingivitis), kutanöz tutulum şiddet skorlaması; **0**: lezyon yok, **1**: hafif (1-5 lezyon), **2**: orta (6-20 lezyon) **3**: şiddetli (20'den fazla lezyon veya geniş, birleşme eğiliminde erozyonlar) şeklindedir. Maksimum skor 6'dır.

4. TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZİS HASTALIK ŞİDDET İNDEKSİ (SEVERITY OF ILLNESS SCORE FOR TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS: SCORTEN)

SCORTEN, toksik epidermal nekrolizisli hastalar için geliştirilmiş prognostik bir skorlama sistemidir.⁵⁷ 7 prognostik faktör (yaşının 40'ın üzerinde olması, taşikardinin (120/dk) varlığı, kanser veya hematolojik malignensi varlığı, bir günde ayrışan deri yüzeyinin %10'un üzerinde olması, serum üre düzeyinin 10 mmol/l'den yüksek olması, serum bikarbonat düzeyinin 20 mmol/l'nin altında olması, serum glukoz düzeyinin 252mg/dl (14 mmol/l)'den yüksek olması) birer puanla skorlanır. Toplamı SCORTEN değerini verir. Mortalite oranı; SCORTEN **0-1** ise %3.2, **2** ise %12.1, **3** ise %35.8, **4** ise %58.3, **≥5** ise %90 dır.

■ HİRSUTİZM

FERRİMAN-GALLWEY (FG) SKORLAMA SİSTEMİ

Hirsutizmde altın standart kabul edilen semikantitatif bir skorlama sistemidir.⁵⁸ Terminal kıl gelişimi; ön kol, el, alt bacak ve ayak dışında kalan 11 veya 9 vücut bölgesinde incelenir. Daha çok 9 bölgede yapılan değerlendirme şekli önerilmektedir. Buna göre üst dudak, alt çene, göğüs, göbek üstü, göbek altı, kollar, uyluk üst iç bölgeler, sırt ve lumbosakral bölgelerde kıllanma **0** (terminal kıl yok) ile **4** (aşırı terminal kıl büyümesi) arasında skorlanmaktadır. Maksimum skor 36'dır. Bu sisteme göre normal kadınlarda FG skoru ortalaması 4 olarak belirlenmiş olup, skoru 8 ve üzerindeki olgular (8-16: hafif, 17-25 orta, 25 üzeri şiddetli) hirsutik kabul edilmektedir.

■ MELAZMA

MELAZMA YÜZEY ŞİDDET İNDEKSİ (MASİ)

Kibrough-Green ve ark. tarafından melazmanın belirlenmesi için geliştirilmiştir.⁵⁹ Her dört bölgedeki (alın, çene, sağ ve sol malar bölge,) melazmanın şid-

deti üç değişken (etkilenen alan (A), koyuluk (D), homojenite (H)) temel alınarak belirlenmiştir. Etkilene alan(A) 4 bölgede ayrı olarak tutulumun yüzdesine göre 0 ile 6 arasında (**0**: tutulum yok, **1**: ≤%10, **2**: %10-29, **3**: %30-49, **4**: %50-69, **5**: %70-89, **6**: %90-100) skorlanır. Koyuluğu (D) normal deri ile karşılaştırılır ve 0 ile 4 arasında şu şekilde derecelendirilir; **0**: normal deri rengi, **1**: ancak görülebilen hiperpigmentasyon, **2**: hafif, **3**: orta, **4**: şiddetli. Homojenite de 0 ile 4 arasında şu şekilde derecelendirilir; **0**: hiperpigmentasyon belirtisi olmayan normal deri; **1**: benekler; **2**: çapı 1.5 cm'den küçük yamalı bölgeler, **3**: çapı 2cm'den büyük olan yamalı bölgeler, **4**: tamamen açık bölge olmayacak şekilde kaplı bölgeler. MASİ skoru için son formül ise "Alın 0.3 (D+H)A + sağ malar 0.3 (D+H)A + sol malar 0.3 (D+H)A + çene 0.1 (D+H)A" şeklindedir.

■ SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS

1. KUTANÖZ LUPUS ALAN VE ŞİDDET İNDEKSİ (THE CUTANEOUS LUPUS AREA AND SEVERITY INDEX: CLASI)

CLASI, Albrecht ve Werth'in geliştirdiği SLE'de deri bulgularında aktivite ve hasarlanmanın ayrı ayrı değerlendirildiği skorlama sistemidir.⁶⁰ Aktivite skorunda; eritem (**0**: yok **1**: pembe renk, **2**: kırmızı, **3**: koyu kırmızı), skuam/hipertrofi (**0**: yok, **1**: skuam, **2**: verrüköz/hipertrofik), mukoz membran lezyonu (**0**: yok, **1**: var), saç dökülmesi (**0**: yok, **1**: var) ve skarsız alopesi (**0**: yok, **1**: diffüz noninflamatuar, **2**: fokal bir alanda, **3**: bir alandan fazla yerde) skorlarının toplamı alınır. Hasarlanma skorunda ise pigmentasyon bozukluğu (**0**: yok, **1**: var), skar/atrofi/pannikülit (**0**: yok, **1**: skar, **2**: atrofik skar veya pannikülit) ve skarlı alopesi (**0**: yok, (**1** ve **2** sınıflamaya alınmamış) **3**: 1 alan, **4**: 2 alan, **5**: 3 alan, **6**: tüm saçlı deri skarlı) skorlarının toplamı alınır.

2. KUTANÖZ LUPUS AKTİVİTE VE ŞİDDET SKORU (CUTANEOUS LUPUS ACTIVITY AND SEVERITY SCORE: CLASS)

CLASS'ta eritem, skuam, endurasyon 0 ile 3 arasında (**0**: yok, **1**: hafif, **2**: orta, **3**: şiddetli) ve skar oluşumu da şiddeti oranında 0 ile 3 arasında skorlanır. Aktivite ve skar skoru toplamı CLASS skorunu verir.⁶¹

3. SİSTEMİK LUPUS AKTİVİTE DEĞERİ

(SYSTEMIC LUPUS ACTIVITY MEASURE: SLAM)

Sistemik lupus eritematozuslu hastaların hastalık aktivitelerini ölçmek için önerilen bir sistemdir. Kutanöz lupus eritematozuslu hastalarda da prognoz belirlemek amaçlı kullanılmaktadır. Konstüsyonel semptomlar, deri bulguları, göz, retiküloendotelial sistem, pulmoner, kardiyovasküler, gastrointestinal, nörolojik sistem ve eklem tutulumu hafif, orta, şiddetli olarak skorlanıp toplamı alınır.⁶²

4. DLE DERİ SKORU (DLE-SKIN SCORE: DLE-SS)

Klinik belirtiler; eritem, endurasyon, skuam ve atrofi, 0 ile 4 arasında derecelendirilir. Toplamı DLE-SS'ü verir.⁶³

5. DLE FOTOĞRAF SKORU (DLE-PHOTO SCORE: DLE-PS)

Lezyonların fotoğrafı alınarak endurasyon dışında diğer belirtiler (eritem, skuam ve atrofi) toplanır. İki skora arasında korelasyon %86 olarak bulunmuştur.⁶³

SKLERODERMA

MODİFİYE RODNAN DERİ SERTLİK SKORU

(MODIFIED RODNAN SKIN THICKNESS SCORE, MRSS)

Vücudun standardize edilmiş 5 veya 17 ayrı bölgesi derisi parmaklarla sıkıştırılır. 17 bölgelik skorda kalınlık 0 ile 3 arasında, 5 bölgelik skorda 0 ile 2 arasında skorlanarak toplamı alınır.^{64,65}

MELANOSİTİK NEVUS-MELANOM

DERMOSKOPİNİN ABCD KURALI

Melanositik lezyonlarda sırasıyla; A (asimetri) eksen simetrisi (0-1-2), B (border) periferde pig-

mentin ani kesilmesi 8 segmentte değerlendirilir (0-8), C (color) beyaz, kırmızı, siyah, açık kahve, koyu kahve, mavi-gri renk varlığı (1-6) ve D (different component) noktacıklar, globüller, ağ yapısı, ışınal yayılım ve homojen görünüm (1-5) değerlendirilir. Risk katsayısı formülü “(Ax1.3) + (Bx0.1) + (Cx0.5) + (Dx0.5)” şeklindedir. Toplam skor $\geq 4,75$ ise melanom lehine değerlendirilir.^{66,67}

7 NOKTA KONTROL LİSTESİ

Melanositik lezyonlarda kullanılır. Major ve minör kriterler belirlenmiştir. Major kriterler; atipik pigment ağı, mavi-beyaz peçe, atipik vasküler patern ve Minör kriterler; irregüler çizgiler, irregüler pigmentasyon, irregüler globüller, regresyon yapılarıdır. Her major kriter 2 puan, her minor kriter ise 1 puandır. Melanoma şüphesi için 3 puan gereklidir.⁶⁸

Burada belli başlı sık karşılaşılan deri hastalıklarında takipte yardımcı olabilecek kolay uygulanabilir olan skora sistemleri sunulmaya çalışılmıştır. Skora sistemleri, gözlemciler arasında subjektif farklılıklara yol açmadan, klinik kullanımında çok zaman almayarak kolay uygulanabilir sistemler olmalıdır. Deri hastalıklarının objektif olarak belirlenebilmesi için skorlar tasarlanmasına yönelik uygulamalar her geçen gün artmaktadır. Daha iyi objektif parametreler geliştirilinceye kadar bu skorlar klinik araştırmalardaki dermatolojik hastalıkların şiddetinin belirlenmesinde altın standart olarak kalmaya devam edecektir.

KAYNAKLAR

1. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis - Oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978;157(4):238-44.
2. Bonifati C, Berardesca E. Clinical outcome measures of psoriasis. *Reumatismo* 2007;59(1):64-7.
3. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(4):563-9.
4. Gottlieb AB, Chaudhari U, Baker DG, Perate M, Dooley LT. The National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS) system versus the Psoriasis Area Severity Index (PASI) and Physician's Global Assessment (PGA): a comparison. *J Drugs Dermatol* 2003; 2(3):260-6.
5. Committee For Medicinal Products For Human Use. Guideline on Clinical Investigation of Medicinal Products Indicated for The Treatment of Psoriasis. London: EMEA/CHMP/EWP/2454/02; 2004. p.1-18.
6. Rakshesh SV, D.Souza M, Sahai A. Quality of life in psoriasis: a study from south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74(6): 600-6.
7. Feldman SR, Krueger G. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005;64(2):65-8.
8. Kirby B, Fortune DG, Bhushan M. The Salford Psoriasis Index: An holistic measure of psoriasis. *Br J Dermatol* 2000;142(4):728-32.

9. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(3):315-24.
10. Clegg DO, Reda DJ, Mejias E, Cannon GW, Weisman. MH, Taylor T, et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 1996; 39(12):2013-20.
11. Mease PJ, Goffe BS, Metz J, Vander Stoep A, Finck B, Burge DJ. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis. *Lancet* 2000;356(9227):385-90.
12. Mease PJ, Antoni CE, Gladman DD, Taylor WJ. Psoriatic arthritis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005;64(2):49-54.
13. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JYM, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis Section 2. Psoriatic arthritis: Overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5):851-64.
14. Taylor WJ. Assessment of outcome in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16(4): 350-6.
15. Rich P, Scher RK. Nail Psoriasis Severity Index: A useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(2):206-12.
16. Baran RL. A nail psoriasis severity index. *Br J Dermatol* 2004;150(3):568-9.
17. Parrish CA, Sobera JO, Elewski BO. Modification of nail psoriasis severity index. *J Am Acad Dermatol* 2005;53(4):745-6.
18. Cannavo SP, Guarneri F, Vaccaro M, Borgia F, Guarneri B. Treatment of psoriatic nails with topical cyclosporin. *Dermatology* 2003;206(2): 153-6.
19. Kaçar N, Ergin S, Erdoğan BS. [The comparison of two scoring systems in the measurement of nail Psoriasis severity]. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2006;16(4):160-2.
20. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993;186(1):23-31.
21. Charman C, Chambers C, Williams H. Measuring atopic dermatitis severity in randomized controlled clinical trials: what exactly are we measuring? *J Invest Dermatol* 2003;120(6):932-41.
22. Holm EA, Wulf HC, Thomassen L, Jemec GB. Assessment of atopic eczema: clinical scoring and noninvasive measurements. *Br J Dermatol* 2007;157(4):674-80.
23. Schmitt J, Langan S, Williams HC; European Dermato-Epidemiology Network. What are the best outcome measurements for atopic eczema? A systematic review. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120(6):1389-98.
24. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol* 2007; 157(4):645-8.
25. Cherill R, Graeber M, Hanifin J, Omoto M, Thurston M, Tofte S. Eczema area and severity index (EASI): A new tool to evaluate atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998;11(2):48.
26. Jones B. Six area, six sign atopic dermatitis (SASSAD) severity score: A simple system for monitoring disease activity in atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1996;135(48):25-30.
27. Emerson RM, Charman CR, Williams HC. The Nottingham Eczema Severity Score: preliminary refinement of the Rajka and Langeland grading. *Br J Dermatol* 2000;142(2):288-97.
28. Berth Jones J, Thompson J, Graham Brown RA. Evening primrose oil and atopic eczema. *Lancet* 1995;345(8948):520.
29. Costa C, Rilliet A, Nicolet M, Saurat JH. Scoring atopic dermatitis: The simpler the better? *Acta Derm Venereol* 1989;69(1):41-5.
30. Sprikkelman AB, Tupker RA, Burgerhof H, Schouten JP, Brand PLP, Heymans HSA, et al. Severity scoring of atopic dermatitis: a comparison of three scoring systems. *Allergy* 1997;52(9):944-9.
31. Van Leent EJ, Gräber M, Thurston M, Wageenaar A, Spuls PI, Bos JD. Effectiveness of the ascomycin macrolactam SDZ ASM 981 in the topical treatment of atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1998;134(7):805-9.
32. Charman D, Varigos G, Home DJ, Oberklaid F. The development of a practical and reliable assessment measure for atopic dermatitis (ADAM). *J Outcome Meas* 1999;3(1):21-34.
33. Held E, Skoet R, Johansen JD, Agner T. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J Dermatol* 2005;152(2):302-7.
34. Dulon M, Skudlik C, Nübling M, John SM, Nienhaus A. Validity and responsiveness of the Osnabrück Hand Eczema Severity Index (OH-SI): a methodological study. *Br J Dermatol* 2009;160(1):137-42.
35. Skudlik C, Dulon M, Pohrt U, Appl KC, John S, Nienhaus A. Osnabrueck Hand Eczema Severity Index - a study of the interobserver reliability of a scoring system assessing skin diseases of the hands. *Contact Dermatitis* 2006;55(1):42-7.
36. Vocks E, Plötz SG, Ring J. The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index - A score developed for the assessment of dyshidrotic eczema. *Dermatology* 1999;198(3):265-9.
37. Escudier M, Ahmed NP, Shirlaw J, Setterfield J, Tappuni A, Black MM, et al. A scoring system for mucosal disease severity with special reference to oral lichen planus. *Br J Dermatol* 2007;157(4):765-70.
38. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol* 1997;36(6): 416-8.
39. Witkowski JA, Parish LC, Guin JD. Acne grading methods. *Arch Dermatol* 1980;116(5): 517-8.
40. Plewig G, Kligman AM. Classification of acne vulgaris. *Acne: Morphogenesis and Treatment*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag; 1975.p. 194-6.
41. Pochi PE, Shalita AR, Strauss JS, Webster SB, Cunliffe WJ, Katz HI, et al. Report of the consensus conference on acne classification. *J Am Acad Dermatol* 1991;24(3): 495-500.
42. Burke BM, Cunliffe WJ. The assessment of acne vulgaris-the Leeds technique. *Br J Dermatol* 1984;111(1):83-92.
43. Cook CH, Centner RL, Michaels SE. An acne grading method using photographic standards. *Arch Dermatol* 1979;115(5):571-5.
44. Lucchina LC, Kollias N, Phillips SB. Quantitative evaluation of noninflammatory acne with fluorescence photography. *Invest Dermatol* 1994;102(1):560.
45. Goodman GJ, Baron JA. Postacne scarring: a qualitative global scarring grading system. *Dermatol Surg* 2006;32(12):1458-66.
46. Dreno B, Khammari A, Orain N, Noray C. EC-CA grading scale: an original validated acne scar grading scale for clinical practice in dermatology. *Dermatology* 2007;214(1):46-51.
47. Van Neste D, Leroy T, Sandraps E. Validation and clinical relevance of a novel scalp coverage scoring method. *Skin Res Technol* 2003;9(1):64-72.
48. Van Netse DJ, Rushton DH. Hair problems in women. *Clin Dermatol* 1997; 15(1):113-25.
49. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al. National Alopecia Areata Foundation. Alopecia areata investigational assessment guidelines. Part II. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(3):440-7.
50. Erbagci Z. The leukotriene receptor antagonist montelukast in the treatment of chronic idiopathic urticaria. *J Aller Clin Immunol* 2002; 110(3):484-8.
51. Mlynek A, Zalewska-Janowska A, Martus P, Staubach P, Zuberbier T, Maurer M. How to assess disease activity in patients with chronic urticaria? *Allergy* 2008;63(6):777-80.
52. Hamzavi I, Jain H, McLean D, Shapiro J, Zeng H, Lui H. Parametric modeling of narrowband UV-B phototherapy for vitiligo using a novel quantitative tool: the Vitiligo Area Scoring Index. *Arch Dermatol* 2004;140(6): 677-83.

53. Njoo MD, Das PK, Bos JD, Westerhof W. Association of the Koebner phenomenon with disease activity and therapeutic responsiveness in Vitiligo Vulgaris. *Arch Dermatol* 1999;135(9):407-13.
54. Pfütze M, Niedermeier A, Hertl M, Eming R. Introducing a novel Autoimmune Bullous Skin Disorder Intensity Score (ABSIS) in pemphigus. *Eur J Dermatol* 2007;17(1):4-11.
55. Agarwal M, Walia R, Kochar AM, Chander R. Pemphigus Area and Activity Score (PAAS)-a novel clinical scoring method for monitoring of pemphigus vulgaris patients. *Int J Dermatol* 1998;37(2):158-60.
56. Harman KE, Seed PT, Gratian MJ, Bhogal BS, Challacombe SJ, Black MM. The severity of cutaneous and oral pemphigus is related to desmoglein 1 and 3 antibody levels. *Br J Dermatol* 2001;144(4):775-80.
57. Bastuji-Garin S, Fouchard N, Bertocchi M, Roujeau JC, Revuz J, Wolkenstein PM. SCORTEN: A Severity-of-illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis. *J Invest Derm* 2000;115(2):149-53.
58. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol* 1961;21:1440-7.
59. Kimbrough-Green CK, Griffiths CE, Finkel LJ, Hamilton TA, Bulengo-Ransby SM, Ellis CN, et al. Topical retinoic acid (tretinoin) for melasma in black patients. *Arch Dermatol* 1994;130(6):727-33
60. Albrecht J, Werth VP. Development of the CLASI as an outcome instrument in cutaneous lupus erythematosus. *Dermatol Ther* 2007;20(2):93-101.
61. Abdel Aziz K, Goodfield M. Evaluation of the Cutaneous Lupus Activity and Severity Score in the assessment of lupus erythematosus skin disease. *B J Dermatol* 2008;158(1):172-203.
62. Parodi A, Massone C, Cacciapuoti M, Aragona MG, Bondavalli P, Cattarini G, et al. Measuring the activity of the disease in patients with cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2000;142(3):457-60.
63. Erceg A, De Jong EM, Van Lingen RG. Validation of clinical and image skin scoring systems for a single chronic discoid lupus erythematosus lesion. *J Dermatolog Treat* 2009;20(1):32-5.
64. Clements P, Lachenbruch P, Seibold J, White G, Weiner S, Martin R, et al. Inter and intraobserver variability of total skin thickness score (modified Rodnan TSS) in systemic sclerosis. *J Rheumatol* 1995;22(7):1281-5.
65. Silman A, Harrison M, Brennan P. Is it possible to reduce observer variability in skin score assessment of scleroderma. *J Rheumatol* 1995;22(7):1277-80.
66. Robinson JK, Turrissi R. Skills training to learn discrimination of ABCDE criteria by those at risk of developing melanoma. *Arch Dermatol* 2006;142(4):447-52.
67. Rigel DS, Friedman RJ, Kopf AW, Polsky D. ABCDE- an evolving concept in the early detection of melanoma. *Arch Dermatol* 2005;141(8):1032-4.
68. Blum A, Luedtke H, Ellwanger U, Schwabe R, Rassner G, Garbe C. Digital image analysis for diagnosis of cutaneous melanoma. Development of a highly effective computer algorithm based on analysis of 837 melanocytic lesions. *Br J Dermatol* 2004;151(5):1029-38.