

Zbigniew Samochocki¹, Jowita Dejewska¹,
Paweł Rujna¹, Danuta Rosińska-Borkowska²,
Stanisław Zabielski¹

Received: 06.09.2007

Accepted: 13.09.2007

Published: 31.09.2007

Ocena przydatności kryteriów Williamsa w rozpoznawaniu atopowego zapalenia skóry w praktyce lekarza pediatry

Validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in paediatrics

¹ Klinika Dermatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Stanisław Zabielski

² Oddział Dermatologii Dziecięcej Szpitala św. Łazarza w Warszawie. Ordynator Oddziału: dr n. med. Danuta Rosińska-Borkowska

Correspondence to: Klinika Dermatologii WIM, ul. Szaserów 128, 00-909 Warszawa, tel.: 022 681 62 29

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

O trudnościach w rozpoznawaniu AZS u dzieci świadczy stosowanie wielu różnych metod diagnostycznych. Jedną z nich są kryteria zaproponowane przez Williamsa i wsp. Celem pracy było określenie przydatności kryteriów Williamsa i wsp. w rozpoznawaniu AZS u dzieci poprzez ocenę porównawczą z kryteriami Hanifina i Rajki. Badaniami objęto 166 pacjentów Poradni Dermatologicznej (67 chłopców i 99 dziewczynek) w wieku od 4 do 15 lat (średnio 10,3 roku), którzy niezależnie od zmian skórnych zgłaszali świąd skóry. Poddano ich badaniu klinicznemu i procedurom zawartym w kryteriach Hanifina i Rajki. Dokonano analizy statystycznej wyników. U 108 dzieci rozpoznano AZS, a u 58 – świerzb, lojotokowe zapalenie skóry, zapalenie skóry z podrażnienia, łuszczycę, trądzik młodzieńczy oraz pokrzywkę. U wszystkich chorych na AZS wykazano suchość skóry. Zajęcie typowych okolic podawane w wywiadzie, początek zmian skórnych <2. roku życia, czynne zmiany w przegubach i osobnicze obciążenie atopią obserwowano odpowiednio u 96,3% (104/108), 71,3% (77/108), 67,6% (73/108) i 64,3% (70/108) pacjentów. Wszystkie te cechy występowały statystycznie istotnie częściej ($p < 0,001$) w porównaniu z grupą dzieci, u których nie rozpoznano wyprysku atopowego. Stosując kryteria Williamsa i wsp., u 3/108 chorych wykazano fałszywie ujemne wyniki, a u 2/58 – fałszywie dodatnie. Czulość i swoistość tej metody badawczej wynosiła odpowiednio 97,2% i 96,6%. **Wnioski:** 1. Kryteria diagnostyczne Williamsa i wsp. są bardzo pomocne w praktyce lekarza pediatry w rozpoznawaniu AZS u dzieci powyżej 3. roku życia. 2. Suchość skóry i potwierdzenie w wywiadzie obecności zmian wypryskowych o typowej lokalizacji są najbardziej przydatne w rozpoznawaniu AZS u dzieci. 3. W przypadkach wątpliwych rozszerzenie granicy wieku wystąpienia pierwszych zmian skórnych z 2 do 5 lat zwiększa wykrywalność choroby.

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, dzieci, kryteria Williamsa i wsp., rozpoznanie, świąd

Summary

The number of various diagnostic criteria for atopic eczema that have been carried out world-wide shows how many difficulties and doubts this diagnose still causes. In 1994 one of those criteria were presented by the UK working party's (Williams et al.). The aim of his study was to examine the validity of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in children and to compare the results with those of Hanifin and Rajka. One hundred and sixty six children from paediatric out-patient clinic (67 boys and 99 girls) aged 4-15 lat (mean age 10.3) were examined. All of them beside the skin changes had pruritus. They underwent thorough clinical examination and were assessed according to Hanifin and Rajka criteria. The results were then subjected to statistical analysis. Atopic eczema was diagnosed in 108 children, remaining 58 infants suffered from scabies, seborrheic dermatitis, irritant reactions, psoriasis vulgaris, acne vulgaris and urticaria. All of the examined children had a history of dry skin in the last year. History of involvement of typical skin areas, onset under the age of 2, visible eczema of typical localization and a personal history of asthma or hay fever were noted in 96,3% (104/108), 71,3% (77/108), 67,6% (73/108) and 64,3% (70/108) respectively. All of those features were observed more frequently in comparison with the group of non-atopic children and that fact was statistically significant ($p < 0.001$). In 3/108 examined children the results turned false negative and in 2/58 – false positive. The Williams criteria showed sensitivity and specificity of 97.2% and 96.6% respectively. **Conclusions:** 1. The UK diagnostic criteria for atopic dermatitis are very useful in paediatrician everyday practice, especially in children over 3 years old. 2. Both features general dry skin and history of skin involvement in typical localization are the most useful in diagnosing atopic eczema in children. 3. In complicated and doubtful cases the age limit of the early onset below 2 might be stretched up to 5 which improves overall diagnostic efficiency.

Key words: atopic dermatitis, children, criteria of Williams et al., diagnosis, itching

Częstość występowania atopowego zapalenia skóry (AZS) wzrasta. Obecnie dotyczy 2-5% populacji. U dzieci i młodzieży odsetek ten wynosi około 15%⁽¹⁾. Ponieważ u ponad 80% pacjentów pierwsze zmiany skórne występują do 5. roku życia⁽²⁾, zwykle to pediatrzy są pierwszymi lekarzami, do których zgłaszają się chorzy na wyprysk atopowy. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że ze względu na różne nasilenie zmian skórnych oraz zmienny przebieg choroby rozpoznanie AZS, szczególnie u dzieci, bywa niekiedy trudne.

W 1980 roku Hanifin i Rajka⁽³⁾ opublikowali kryteria rozpoznawania AZS, które do dziś są powszechnie akceptowane i określane jako złoty standard w badaniach naukowych i praktyce klinicznej. Do rozpoznania wyprysku atopowego według tych kryteriów należy stwierdzić obecność 3 z 4 cech podstawowych oraz 3 z 23 mniejszych. Konieczność analizy dwudziestu siedmiu cech, w tym czterech wymagających zaplecza specjalistycznego (oznaczenie stężenia całkowitego IgE, ocena reaktywności w natychmiastowych testach skórnych, ocena soczewki i rogówki) powoduje, że metoda ta jest kłopotliwa w codziennej praktyce ambulatoryjnej. W związku z tym pojawiają się próby wskazania powtarzalnych, nieinwazyjnych i łatwych do oceny kryteriów AZS o wysokiej czułości i swoistości, które mogłyby być wykorzystane do przesiewowych badań klinicznych w dużych populacjach, w tym również zróżnicowanych etnicznie.

W 1994 roku angielscy pediatrzy⁽⁴⁾ zaproponowali kryteria rozpoznawania wyprysku atopowego szczególnie przydatne w badaniach przesiewowych u dzieci⁽⁵⁾. Rozpoznanie wyprysku atopowego wg klasyfikacji Williamsa i wsp.⁽⁴⁾ wymaga obecności cechy stałej, którą jest świąd skóry, i 3 z pięciu cech, do których należą: 1. zmiany wypryskowe w obrębie skóry przegubów i/lub kostek i/lub wokół szyi w wywiadzie (dla dzieci < 10 lat należy uwzględnić także zmiany na policzkach); 2. pozytywny osobniczy wywiad dotyczący astmy i/lub *rhinitis allergica* (dla dzieci < 4. roku życia i/lub pozytywny wywiad rodziny u rodziców); 3. uogólniona suchość skóry w ciągu

ostatniego roku; 4. czynne zmiany wypryskowe w obrębie przegubów (lub wyprysk zajmujący skórę twarzy i/lub stronę wyprostną kończyn u dzieci < 4. roku życia); 5. początek zmian poniżej 2. roku życia (nie dotyczy dzieci < 4. roku życia).

W literaturze krajowej brak jest jednak badań oceniających zasadność tej klasyfikacji w diagnostyce wyprysku atopowego u dzieci. Stąd też celem pracy było określenie przydatności kryteriów Williamsa i wsp. w rozpoznawaniu AZS w tej grupie poprzez ocenę porównawczą z kryteriami Hanifina i Rajki.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 166 dzieci (67 chłopców i 99 dziewczynek) w wieku od 4 do 15 lat, (średnio 10,3 roku) (tabela 1). Byli to pacjenci Poradni Dermatologicznej Szpitala św. Łazarza i Kliniki Dermatologicznej WIM w Warszawie, którzy niezależnie od zmian skórnych zgłaszali świąd skóry. Poddano ich badaniu klinicznemu i procedurom zawartym w kryteriach Hanifina i Rajki⁽³⁾. W badaniu pominięto ocenę zaćmy i stożka rogówki ze względu na brak badania okulistycznego oraz akcentację mieszków włosowych z powodu nieprecyzyjnego określenia tego parametru przez Hanifina i Rajkę.

Całkowite stężenie IgE w surowicy oznaczono za pomocą zestawu Pharmacia CAP System FEIA firmy Pharmacia-LKB (Szwecja) zgodnie z instrukcją producenta. Metoda ta opiera się na reakcji fluoroimmunoenzymatycznej. Fluorescencja emitowana przez próbkę była miarą stężenia IgE. Jej pomiaru dokonywano za pomocą fluorymetru, który zapewniał pełną automatykę odczytu, podając wynik względem surowic standardowych w IU/ml. Za stężenie podwyższone uznano: dla dzieci 4-letnich > 50, dla 5-letnich > 60, dla 6-letnich > 70, dla 7-letnich > 79, dla 8-letnich > 89, dla 9-letnich > 98, a dla dzieci 10-15-letnich > 112 IU/ml.

Natychmiastowe testy skórne wykonano na niezmienionej skórze pleców metodą PRICK, stosując komercyjny

Wiek/lata	Badana grupa, n=166		Dziewczynki, n=99		Chłopcy, n=67	
	n	%	n	%	n	%
4	16	9,6	10	10,1	6	9,0
5	16	9,6	8	8,1	8	11,9
6	11	6,6	6	6,1	5	7,5
7	3	1,8	3	3,0	0	0
8	6	4,8	3	3,0	3	4,5
9	13	7,8	10	10,1	3	4,5
10	14	8,4	6	6,1	8	11,9
11	11	6,6	8	8,1	3	4,5
12	15	9,0	8	8,1	7	10,4
13	18	10,8	8	8,1	10	14,9
14	11	6,6	7	7,1	4	6,0
15	32	19,3	22	22,2	10	14,9

Tabela 1. Materiał kliniczny

zestaw roztworów 5 alergenów powietrznych (roztocza kurzu domowego *Dermatophagoides pteronyssinus* i *farinae*, pyłek brzozy białej, mieszanina pyłków traw i sierść kota) oraz 6 alergenów pokarmowych (białko jaja kurzego, mleko krowie, kakao, dorsz, mąka pszenna) firmy Allergopharma (Niemcy). Na skórę nakładano kroplę badanego alergenu, z zachowaniem 2 cm odległości pomiędzy poszczególnymi próbami. Za pomocą skaryfikatora jednorazowego użytku nakłuwno skórę przez kroplę nałożonego wcześniej wyciągu alergenu tak, aby wprowadzić do naskórka alergen bez powodowania krwawienia. Równoległe wykonywano test kontrolny z płynem użytym do sporządzenia alergenu (kontrola negatywna) oraz z roztworem histaminy o stężeniu 10 mg/ml (kontrola pozytywna). Za prawidłową reaktywność skóry uznano średnią średnicę bąbla wywołanego histaminą większą niż 3 mm. Wyniki odczytywano po 20 minutach, wykonując pomiar wzorcową linijką i porównując średnią średnicę bąbla wywołanego podaniem histaminy i bąbla wywołanego podaniem alergenu. Za wynik dodatni przyjęto odczyn, gdy średnia wartość średnicy bąbla po aplikacji alergenu była co najmniej równa lub większa od średniej wartości średnicy bąbla po aplikacji histaminy⁽⁶⁾.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki przy Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu testu χ^2 z poprawką Yatesa dla małych grup, przyjmując poziom ufności dla $p < 0,05$ ⁽⁷⁾.

Czułość (SE) i swoistość (SP) kryteriów grupy brytyjskiej określono wg wzorów:

$$SE = \frac{WD}{WD + FN} \quad SP = \frac{WN}{WN + FD}$$

wyrażając wynik w procentach, gdzie WD oznacza liczbę chorych na AZS i spełniających kryteria Williamsa i wsp., FN – liczbę chorych na AZS niespełniających kryteriów Williamsa i wsp., WN – liczbę chorych, u których wykluczono AZS, niespełniających kryteriów Williamsa i wsp., FD – liczbę chorych, u których wykluczono AZS, spełniających kryteria Williamsa i wsp.^(7,8)

WYNIKI

Na podstawie spełnionych kryteriów Hanifina i Rajki u 108 dzieci (40 chłopców i 68 dziewczynek) rozpoznano atopowe zapalenie skóry i w dalszych badaniach określono je jako grupę AZS (+). U pozostałych 58 dzieci (27 chłopców i 31 dziewczynek), niespełniających kryteriów Hanifina i Rajki, rozpoznano świerzb, łojotokowe zapalenie skóry, zapalenie skóry z podrażnienia, łuszczycę, trądzik młodzieńczy oraz pokrzywkę. Grupę tę określono jako porównawczą AZS (-).

Analiza częstości występowania cech Williamsa i wsp. wykazała u wszystkich chorych w grupie AZS (+) oprócz świądu skóry, który był kryterium włączenia do badań, także jej suchość. U 96,3% (104/108) pacjentów stwierdzono zajęcie typowych okolic podawane w wywiadzie. Początek zmian skórnych <2. roku życia, czynne zmiany w przebiegu i osobnicze obciążenie atopią obserwowano odpowiednio u 71,3% (77/108), 67,6% (73/108) i 64,3% (70/108) dzieci (tabela 2).

W grupie AZS (-) także wszyscy zgłaszali świąd skóry. Spośród pięciu zmiennych cech najczęściej (53,4%) obserwowano suchość skóry oraz osobniczy wywiad atopowy (34,5%). Pozostałe trzy cechy występowały w mniejszym odsetku (10,3-5,2%) a wszystkie różnice w stosunku do dzieci chorych na AZS były istotne statystycznie (tabela 2).

Kryteria wg Williamsa i wsp.	Częstość występowania			
	AZS (+), n=108		AZS (-), n=58	
	n	%	n	%
Cecha stała				
Świąd	108	100	58	100
Cechy zmienne				
Typowa lokalizacja zmian w wywiadzie	104	96,3	6	10,3*
Osobniczy wywiad atopowy	70	64,8	20	34,5*
Suchość skóry	108	100	31	53,4*
Czynne zmiany w zgięciach	73	67,6	3	5,2*
Wczesny początek zmian, <2. roku życia	77	71,3	6	10,3*

* p<0,001

Tabela 2. Częstość występowania kryteriów AZS wg Williamsa i wsp. u dzieci chorych na AZS [AZS (+)] oraz w grupie porównawczej [AZS (-)]

Porównawcza analiza częstości występowania 5 cech zmiennych Williamsa i wsp. w grupie AZS (+) wykazała, że największy odsetek – 39,8%, stanowiły dzieci z obecnością 4 cech. U 35/108 (32,4%) stwierdzono obecność wszystkich pięciu cech. U trojga pacjentów (2,8%) z rozpoznaniem AZS kryteria Williamsa i wsp. nie potwierdziły rozpoznania ze względu na obecność tylko dwóch cech zmiennych (rys. 1). Byli to dwaj chłopcy i dziewczynka, w wieku 6-9 lat, którzy na AZS chorowali od 4. roku życia. Wykazano u nich 3 cechy podstawowe i 10 cech mniejszych wg Hanifina i Rajki. Natomiast spośród cech Williamsa i wsp. oprócz świądu odnotowano u nich suchość skóry i osobniczy wywiad atopowy (tabela 3).

W grupie AZS (-) najczęściej (37,9%) obserwowano jedną cechę zmienną, u 25,5% pacjentów – żadnej, a u dwojga dzieci (3,4%) – trzy cechy (rys. 1).

Dwoje dzieci z grupy porównawczej, u których stwierdzono oprócz świądu trzy cechy zmienne (typową lokalizację zmian czynnych i w wywiadzie oraz suchość skóry), chorowało na świerzb i łojotokowe zapalenie skóry. Wg Hanifina i Rajki miały 2 cechy podstawowe i jedną mniejszą (tabela 3).

Analizując częstość występowania poszczególnych kryteriów zmiennych oraz ich ogólną liczbę w grupie AZS (+) w zależności od płci i wieku stwierdzono zmiany o typowej lokalizacji statystycznie istotnie częściej u dzieci w wie-

Kryteria wg Hanifina i Rajki	AZS (+), Williams (-)			AZS (-), Williams (+)	
	Pacjent nr*				
	1	2	3	4	5
Cechy podstawowe					
Świąd skóry	•	•	•	•	•
Przewlekły i nawrotowy charakter	•	•	•		
Osobniczy i/lub rodzinny wywiad atopowy	•	•	•		
Typowa lokalizacja zmian skórnych				•	•
Cechy mniejsze					
Suchość skóry	•	•	•	•	•
Wczesny początek choroby, <5. r.ż.	•	•	•		
Zaciemnienie wokół oczu	•	•	•		
Biały dermatografizm	•	•	•		
Nietolerancja pokarmów		•	•		
Nietolerancja wełny			•		
Podwyższone IgE	•		•		
Fałd Dennie-Morgana	•	•	•		
Dodatnie wyniki testów skórnych	•		•		
Świąd po spoceniu					
Cheilitis		•			
Skłonność do zakażeń skóry	•	•	•		
Zaostrzenie po emocjach			•		
Nawrotowe zapalenie spojówek		•			
Rogowacenie przymieszkowe	•	•			
Fałd szyjny	•				
Rumień twarzy					
Wyprysk rąk i stóp					
Łupież biały					
Wyprysk sutków					
Kryteria wg Williamsa i wsp.					
Cecha stała					
Świąd	•	•	•	•	•
Cechy zmienne					
Typowa lokalizacja zmian w wywiadzie				•	•
Osobniczy wywiad atopowy	•	•	•		
Suchość skóry	•	•	•	•	•
Czynne zmiany w zgięciach				•	•
Wczesny początek zmian, <2. r.ż.					

* Nr 1 – chłopiec lat 6; nr 2 – dziewczynka lat 7; nr 3 – chłopiec lat 9 – dzieci chore na AZS, które nie spełniają kryteriów Williamsa i wsp.
Nr 4 – dziewczynka lat 6, świerzb; nr 5 – dziewczynka lat 8, łojotokowe zapalenie skóry – spełniają kryteria Williamsa i wsp.

ku 12-15 lat (84,6%) niż w wieku 4-6 lat (46,2%, $p < 0,001$). Odpowiedni odsetek dla dzieci 7-11-letnich wynosił 56,7% (tabela 4).

Czułość i swoistość metody diagnostycznej AZS zaproponowanej przez Williamsa i wsp. wynosiła odpowiednio 97,2% i 96,6% (tabela 5).

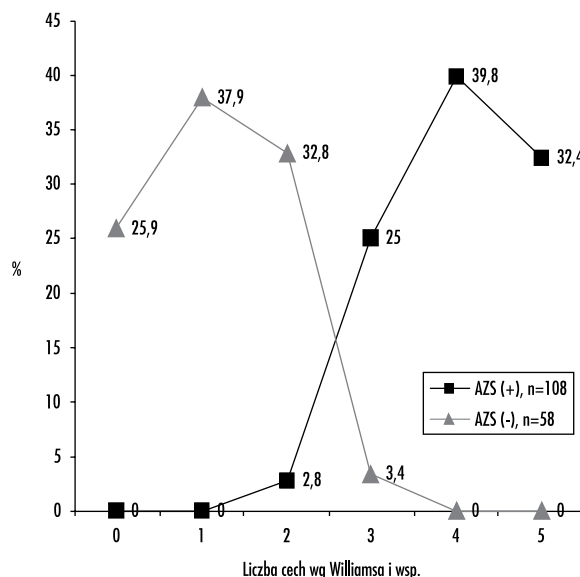
OMÓWIENIE

Kryteria rozpoznawania wyprysku atopowego zaproponowane przez pediatrów brytyjskich⁽⁴⁾ są w znacznym stopniu zmodyfikowanymi kryteriami większymi AZS wg Hanifina i Rajki o największym znaczeniu diagnostycznym⁽⁹⁻¹¹⁾.

W kryteriach pediatrów z Wielkiej Brytanii świąd skóry stanowi najistotniejszą cechę diagnostyczną AZS. Objaw ten według klasyfikacji Hanifina i Rajki jest jednym z kryteriów podstawowych. Jest to powszechnie występująca cecha wyprysku atopowego zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, co jest podkreślane w literaturze^(2,9-13).

Trzy z pięciu cech zmiennych to kolejne zmodyfikowane kryteria podstawowe Hanifina i Rajki występujące u około 90% dzieci chorych na AZS, niezależnie od wieku, płci i rasy⁽⁹⁻¹¹⁾. Stwierdzenie zmian wypryskowych o typowej lokalizacji (przeguby/twarz) zarówno w badaniu klinicznym, jak i w wywiadzie, będące jednym kryterium wg Hanifina i Rajki, przez Williamsa i wsp. zostało podzielone na dwie oddzielne cechy badania podmiotowego i przedmiotowego. Należy jednak podkreślić, że zakres zmian skórnych podawanych w wywiadzie został poszerzony przez pediatrów brytyjskich o okolice skóry kostek i szyi. Natomiast obciążenie chorobami atopowymi dróg oddechowych zawężono tylko do ich osobniczego występowania dla dzieci powyżej czwartego roku życia.

Chociaż cechy mniejsze są mniej przydatne w rozpoznawaniu AZS u dzieci ze względu na duże rozbieżności w częstości ich występowania^(9,10,14-17), to suchość skóry i wczesny początek wystąpienia zmian skórnych zapro-



Rys. 1. Częstość występowania cech zmiennych wg Williamsa i wsp. u dzieci chorych na AZS [AZS (+)] oraz w grupie porównawczej [AZS (-)]

nowane przez pediatrów brytyjskich⁽⁴⁾ jako kolejne kryteria zmienne są najczęściej (u ponad 85%) stwierdzanymi cechami mniejszymi AZS wg Hanifina i Rajki u dzieci niezależnie od rasy, wieku i płci^(9,10,14-17).

Z pięciu kryteriów zmiennych Williamsa i wsp. w badaniach własnych w grupie AZS (+) wykazano u wszystkich suchość skóry (tabela 2). Inni autorzy obserwowali ten objaw u 66-88% badanych^(10,18). Różnice te można tłumaczyć brakiem obiektywnych kryteriów oceny tej cechy, która zależna może być od pory roku i od miejscowego leczenia. Częstość występowania pozostałych kryteriów w badaniach własnych jest zbliżona do danych z literatury^(10,18), a niewielkie różnice mogą wynikać z liczebności i wieku badanych grup.

Obserwacje wynikające z badań własnych oraz innych badaczy, wskazujące, że sucha skóra i typowa lokalizacja

Kryteria wg Williamsa i wsp.	Częstość występowania					
	4-6 lat, n=26		7-11 lat, n=30		12-15 lat, n=52	
	n	%	n	%	n	%
Cecha stała						
Świąd	26	100	30	100	52	100
Cechy zmienne						
Typowa lokalizacja zmian w wywiadzie	25	96,2	29	96,7	50	96,2
Osobniczy wywiad atopowy	20	76,9	21	70	29	55,8
Suchość skóry	26	100	30	100	52	100
Czynne zmiany w zgięciach	12	46,2	17	56,7	44	84,6*
Wczesny początek zmian, <2. roku życia	22	84,6	19	63,3	36	69,2

* $p < 0,001$

Tabela 4. Częstość występowania cech AZS wg Williamsa i wsp. w zależności od wieku

WD		FN		FD		WN		Czułość	Swoistość
n	%	n	%	n	%	n	%	%	%
105	97,2	3	2,8	2	3,4	56	96,6	97,2	96,6

WD – AZS (+), Williams (+); FN – AZS (+), Williams (-); FD – AZS (-), Williams (+); WN – AZS (-), Williams (-)

Tabela 5. Czułość i swoistość kryteriów wg Williamsa i wsp.

zmian w wywiadzie są najczęściej obserwowanymi kryteriami zmiennymi, sugerują, że winny być one rozpoznawane w pierwszej kolejności.

W badanym materiale zwraca uwagę fakt wyraźnej przewagi występowania suchości skóry i osobniczego wywiadu atopowego u dzieci bez ustalonego rozpoznania AZS, stanowiących grupę porównawczą. Wynikać to może ze wzrostu zachorowań na choroby atopowe i występowania suchości skóry integralnie związanej z objawem świądu pomimo braku objawów klinicznych wyprysku.

O przydatności danej cechy w rozpoznawaniu AZS świadczy częstość jej występowania i brak zależności od wieku i płci. W badaniach własnych wykazano, że jedynie typowa lokalizacja zmian czynnych była zależna od wieku pacjentów (tabela 4), co można tłumaczyć naturalnym przebiegiem choroby. Wiadomo bowiem, że rozwój zmian wypryskowych w zgęściach stawowych rozwija się w wieku późniejszym.

O przydatności testu diagnostycznego decyduje jego czułość i swoistość, które potwierdzają rozpoznanie i odrzucają osoby zdrowe. Każda metoda badawcza obarczona jest możliwością wystąpienia wyników zarówno fałszywie ujemnych, jak i fałszywie dodatnich.

W badaniach własnych u trojga dzieci z rozpoznaniem AZS wg Hanifina i Rajki nie potwierdzono diagnozy metodą Williamsa i wsp. (tabela 3), co spowodowało, że czułość tej metody wynosiła 97,2%. Mimo że zbliżoną ocenę uzyskali Gu i wsp.⁽¹⁹⁾, to jednak większość autorów określa ten odsetek w granicach 74-86%^(4,10,18). Na wysoki procent czułości metody w materiale własnym wpływ miało ustalenie świądu jako kryterium włączenia do badań, co niewątpliwie wpłynęło na selekcję pacjentów. Badania własne nie obejmowały także dzieci poniżej 4. roku życia, a w tej grupie wiekowej są największe problemy z rozpoznaniem AZS⁽²⁰⁾.

U wszystkich dzieci, które chorowały na wyprysk atopowy, a nie spełniały kryteriów AZS wg Williamsa i wsp., w klasyfikacji Hanifina i Rajki wykazano 3 cechy podstawowe i 10 najczęstszych cech mniejszych⁽⁹⁾ (tabela 3).

Swoistość kryteriów Williamsa i wsp. w badaniach własnych (96,6%) była zbliżona do obserwacji innych autorów (93,7-99,0%)^(4,10,18,19,21).

Analiza 58 dzieci z grupy porównawczej wykazała, że w dwóch przypadkach spełniały one kryteria rozpoznania AZS pediatrów brytyjskich, natomiast właściwą diagnozą było łojotokowe zapalenie skóry i świerz. Te pomyłki dia-

gnostyczne są najczęściej popełniane w rozpoznawaniu AZS, co podkreślają również inni autorzy^(10,18).

Oprócz wysokiej czułości i swoistości o przydatności testu do badań przesiewowych decyduje także łatwość i szybkość jego wykonania. Należy zgodzić się z twórcami omawianej metody rozpoznawania wyprysku atopowego⁽⁴⁾, że wykazania pięciu zaleconych, wyraźnie zdefiniowanych cech, można dokonać za pomocą krótkiego badania podmiotowego i nieinwazyjnego badania przedmiotowego.

WNIOSKI

1. Kryteria diagnostyczne Williamsa i wsp. są bardzo przydatne w praktyce lekarza pediatry w rozpoznawaniu AZS u dzieci powyżej 3. roku życia.
2. Suchość skóry i potwierdzenie w wywiadzie obecności zmian wypryskowych o typowej lokalizacji są najbardziej przydatne w rozpoznawaniu AZS u dzieci.
3. W przypadkach wątpliwych rozszerzenie granicy wieku wystąpienia pierwszych zmian skórnych z 2 do 5 lat zwiększa wykrywalność choroby.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Darsow U., Luebbe J., Seidenari S. i wsp.: Stanowisko wobec rozpoznawania i leczenia atopowego zapalenia skóry. *Dermatologia* 2005; 6: 22-30.
2. Rudzki E., Samochocki Z., Rebandel P. i wsp.: Frequency and significance of the major and minor features of Hanifin and Rajka among patients with atopic dermatitis. *Dermatology* 1994; 189: 41-46.
3. Hanifin J.M., Rajka G.: Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatol. Venerol. (Stockh.)* 1980; suppl. 92: 44-47.
4. Williams H.C., Burney P.G., Pembroke A.C. i wsp.: The UK Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. *Br. J. Dermatol.* 1994; 131: 406-416.
5. Williams H.C., Burney P.G.J., Pembroke A.C. i wsp.: Validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. UK Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis Working Party. *Br. J. Dermatol.* 1996; 135: 12-17.
6. Kruszewski J.: Punktowe testy skórne. *Dermatologia* 1998; 3: 18-30.
7. Oktaba W.: Elementy statystyki matematycznej i metodyka doświadczeń. PWN, Warszawa 1976.
8. Stanisław A.: Przystępny kurs statystyki. StatSoft Polska, Kraków 1998.

9. Samochocki Z., Dejewska J., Zabielski S. i wsp.: Kryteria Hanifina i Rajki w rozpoznawaniu atopowego zapalenia skóry u dzieci. *Pediatr. Med. Rodz.* 2007; 3: 34-42.
10. Kanwar A.J., Handa S.: Comparative efficacy of Hanifin and Rajka's criteria and the UK working party's diagnostic criteria in diagnosis of atopic dermatitis in hospital setting in North India. *JEADV* 2006; 20: 853-859.
11. Böhme M., Svensson A., Kull I. i wsp.: Clinical features of atopic dermatitis at two years of age: a prospective, population-based case-control study. *Acta Derm. Venerol.* (Stockh.) 2001; 81: 193-197.
12. Samochocki Z.: Rozpoznawanie, przebieg i rokowanie w atopowym zapaleniu skóry u dorosłych na podstawie kryteriów klinicznych i immunologicznych. Rozprawa habilitacyjna, Warszawa 1998.
13. Rudzki E., Samochocki Z., Litewska D. i wsp.: Clinical features of atopic dermatitis and family history of atopy. *Allergy* 1991; 46: 125-128.
14. Kang K., Tian R.: Atopic dermatitis. An evaluation of clinical and laboratory findings. *Int. J. Dermatol.* 1987; 26: 27-32.
15. Nagaraja, Kanwar A.J., Dhar S. i wsp.: Frequency and significance of minor clinical features in various age-related subgroups of atopic dermatitis in children. *Pediatr. Dermatol.* 1996; 13: 10-13.
16. Böhme M., Svensson A., Kull I. i wsp.: Hanifin's and Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 43: 785-792.
17. Wisuthsarewong W., Viravan S.: Diagnostic criteria for atopic dermatitis in Thai children. *J. Med. Assoc. Thai.* 2004; 87: 1496-1500.
18. Popescu C.M., Popescu R., Williams H., Forsea D.: Community validation of the United Kingdom diagnostic criteria for atopic dermatitis in Romanian schoolchildren. *Br. J. Dermatol.* 1998; 138: 436-442.
19. Gu H., Chen X.S., Chen K. i wsp.: 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: 428-433.
20. Johnke H., Vach W., Norberg L.A. i wsp.: A comparison between criteria for diagnosing atopic eczema in infants. *Br. J. Dermatol.* 2005; 153: 352-358.
21. Firooz A., Davoudi S.M., Farahmand A.N. i wsp.: Validation of the diagnostic criteria for atopic dermatitis. *Arch. Dermatol.* 1999; 135: 514-516.