

Mukozal Liken Planus Olgusu Mucosal Lichen Planus Case

Kıymet Handan Kelekçi

Yrd.Doç.Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Lichen planus (LP) deri, tırnak ve mukozayı etkileyen inflamatuvar bir dermatozdur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber aktive olmuş T hücrelerinin bazal keratinositlere karşı geliştirdiği otoimmün mekanizma sonucu oluştuğu ileri sürülmektedir. Mukozada görülen LP'nin eroziv formları ağızda yanma ağrı, vajinada stenosis, obliterasyon, disparoni, pruritus, disüri ve postkoidal kanama sorunlarına yol açabilir. Mukozal LP tedavisi zordur ve hastaya göre seçilmelidir. Sistemik bir hastalık olduğundan yakın takip etkili cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonu ile beraber multidisipliner yaklaşım önemlidir. Deri tutulumu olmadan mukozaya tutulumuyla seyreden liken planus olgusu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Dermatoz, liken planus, mukozaya

Summary

Lichen planus (LP) is an inflammatory dermatosis that affects skin, nails and mucous membranes. Although its etiology is unknown; it has been proposed to be developed by autoimmune mechanism by the activated T cells against basal keratinocytes. LP erosive forms seen in the mucosa, can lead to burning and pain in the mouth, vaginal stenosis, obliteration, dyspareunia, pruritus, dysuria, and postkoidal bleeding problems. Mucosal LP treatment is difficult and should be selected according to the patient. As it is a systemic disease; close monitoring and multidisciplinary approach with the effective combination of surgical and medical treatment is important. This lichen planus case, characterized by mucosal involvement without skin involvement, was presented because of its rarity.

Key words: Dermatitis, lichen planus, mucous

Kabul tarihi: 17.Ekim.2014

GİRİŞ

Lichen planus (LP) deri, tırnak ve mukozayı etkileyen inflamatuvar bir dermatozdur. Bütün yaş gruplarında görülmesine rağmen altıncı dekatlarda pik yapar. Prevelansı %0.14 - 0.8 olarak bildirilmiştir.

LP kadınlarda daha sık görülür. Sadece oral, vulva ve vajen mukozası tutulumuyla seyreden tipine vulvovajinal – gingival sendrom veya mukozal liken planus adı verilmektedir (1). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber aktive olmuş T hücrelerinin bazal keratinositlere karşı geliştirdiği otoimmün mekanizma sonucu oluştuğu düşünülmektedir. DR1 HLA II antigen ilişkisi saptanmıştır (2). LP oluşumuna β -blokörler, non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), anjiyotensin konvertan enzim (ACE) inhibitörleri, lityum, metildopa, kinin, karbamazepin ve penicillamin ilaçlarının kullanımı da yol açabilir.

Mukozada görülen LP'nin eroziv formları ağızda yanma ağrı, vajinada stenosis, obliterasyon, disparoni, pruritus, disüri ve postkoidal kanama sorunlarına yol açabilir (3). Genital tutulum sıklığı erkeklerde %25 olarak bildirilmesine rağmen kadınlardaki sıklığı

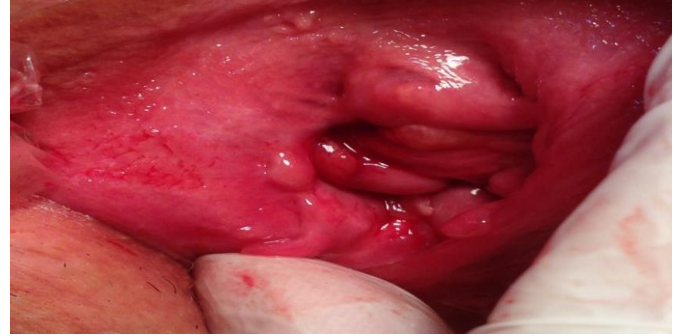
bilinmemektedir. Oral LP sıklığı %1-2'dir. Genital mukozaya tutulumu olan LP vakalarının % 70'i eroziv tipte ve sıklıkla oral mukozaya tutulumuyla birlikte görülür. Oral LP vakalarının gingiva tutulumu %10'dur. Mukozal liken planusun erken tanısının konması ve malinite gelişimi yönünden izlenmesi önemlidir (4). Mukozal liken planusun diğer mukozaya hastalıklarıyla sıklıkla karıştırılabilir.

OLGU

42 yaşında hasta dişetinde ve cinsel organında ağrı ve yanma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde tiroid nodülleri nedeniyle ilaç kullanmadan takip edildiği öğrenildi. Sistemik ilaç kullanımı yoktu. Hikayesinde 2 yıl önce ağızda, son 1 yıl içinde de cinsel organında ağrı, yanma ve postkoidal kanama şikayetleri vardı. Dermatolojik muayenede ağızda üst dişetinde eritemli ağırlı lezyon saptandı. Genital bölge muayenesinde vajende kanamalı alanlar görüldü (Resim1,2).



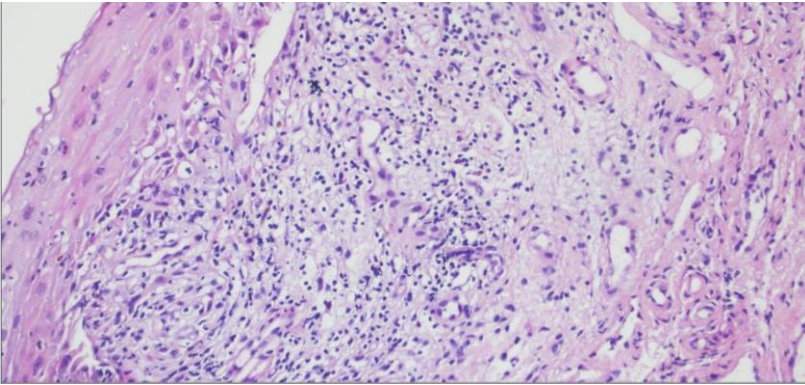
Resim 1. Ağızda dişetinde eritematöz lezyonlar



Resim 2. Vajen mukozasında erode kanamalı lezyonlar

Rutin tetkikleri normaldi. Gingivadan alınan biyopsinin histopatolojisinde dermiste yoğun iltihabi inflamasyon izlendi. Direkt immün floresan negatif bulundu. Vajenden alınan biyopsi eroziv liken planusla uyumlu bulundu (Resim 3). Tedavide 30mg/gün metil prednizolon başlanıp 20 gün içinde azaltılarak kesildi. Mukoza lezyonlarında nüks başlayınca siklosporin 200mg/gün başlandı. Ancak 10 günlük tedaviden sonra

hasta ilacı tolere edemediğinden siklosporin kesildi. Bunun üzerine metotreksat 10mg/hafta başlandı. Hasta takibe alındı.



Resim 3. Vajenden alınan biyopsinin histopatolojik görünümü (HE&100).

TARTIŞMA

Liken planus deri ve mukozayı etkileyen bir dermatolojik hastalıktır. LP mukozada ağız vajina, özofagus, konjontiva, üretra, anüs, burun ve larinks mukozasını etkileyebilir (1). Vulvovajinal-gingival sendrom ilk defa Pelisse tarafından 1982 yılında LP'in farklı alt grubu olarak tanımlanmıştır. Son zamanlarda DQB1*0201 alleliyle güçlü ilişki bildirilmiştir (5).

Oral LP çok katlı epitelin yaygın inflamatuvar hastalığıdır (6). Gingivitis lokalize eritemli veya gingivaya yapışan eritematöz band olarak görünür. Oral mukozanın bukkal

mukoza, sert damak, dudakla ve ağız tabanını içine alan her yerinde ortaya çıkabilir (5).

LP deri ile birlikte pek çok sistemi etkileyen bir hastalık olmakla beraber sıklıkla genital tutulum gözden kaçabilir veya yanlış tanı konulabilir (2). Vulvovajinal-gingival liken planus hastalarının %16'sında deri, %2'sinde tırnak değişiklikleri saptanmıştır. Oral LP hastalarının %19'unda vulvar ve vajinal LP tespit edilmiştir (7). Hastada tırnak tutulumu tespit edilmemiştir. Eroziv LP yaşam kalitesini etkileyen ciddi septomlarla birlikte rekürren ve inatçı kronik bir durumdur (8). LP'li hastalarda Haşimato tiroidit ve Sjögren sendromunun

birliktelik göstermesi otoimmün etyolojisi desteklemektedir (9). Hastada ötiroid nodüler tiroid hastalığı hikayesi bulunmaktaydı. Oral LP hastalarının serumlarında p63 proteinlerine karşı antikor bulunması mukoza, tükürük bezleri ve dişin oluşumunda önemli rol oynayabilir. Genital ve oral tutulumuna sahip LP hastalarının klinik olarak şiddetli olanların LP'nin farklı bir genetik formu olabileceği ileri sürülmektedir (7). Oral LP hastalarının özellikle hepatit C gibi kronik karaciğer hastalığıyla ilişkisi olabileceğine dair çalışmalar bildirilmiştir (4).

Histopatolojisinde klasik LP'dekine benzer şekilde bazal tabakada likefaksiyon dejenerasyonu, bant benzeri lenfositik infiltrasyon gözlenir. Fakat mukozal LP'de epitelyum değişiklikleri granüler tabaka olmadığı için daha az spesifiktir (10). Hastanın dişetinden alınan dermiste yoğun iltihabi inflamasyon vajen biyopsisi eroziv liken planusla uyumlu bulundu. Mukozal LP ayırıcı tanısında paraneoplastik pemfigus, kandidiyazis, lupus eritematozus, lökokeratozis, sekonder sifiliz ve travmatik lezyonlar düşünülmelidir (1). LP direkt immünfloresan bulgusunun negatif olması ve tipik histopatolojik görüntüsüyle diğer hastalıklardan ayrılabilir. Mukozal LP tedavisi zordur ve hastaya göre seçilmelidir. Sistemik bir hastalık olduğundan yakın takip etkili cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonu ile beraber multidisipliner yaklaşım önemlidir (2).

LP'nin tedavisinde topikal steroidler, takrolimus, sistemik kortikosteroidler, asitretin, isotretinoin, siklosporin, hidroklorokin, azatiopurin, mykofenolat mofetil, doksisisiklin, interferon- α 2b, metronidazol, siklofosfamid, metotreksat gibi çeşitli ilaçlar kullanılmıştır. Bu ilaçların uzun süreli etkinlikleri hakkında çok çeşitli bildirimler mevcuttur. Bu hastada da başlangıçta sistemik kortikosteroid verilmiştir. Sistemik kortikosteroid kesildikten sonra tekrarlayınca siklosporin tedavisine geçilmiş; ancak bu tedaviyi hasta tolere edemediği için metotreksat tedavisi kullanılmıştır.

Bu vaka; mukozal liken planusun nadir görüldüğünü, klasik LP'den farklı olarak tedaviye dirençli olduğunu ve uzun süre takip gerektirdiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Pittelkow MR, Daoud MS. Lichen planus. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA (eds.) *Dermatology in General Medicine*. 7rd ed. New York: McGrawHill; 2008:244-245.
2. Machin SE, McConnell DT, Adams JD. Vaginal lichen planus: preservation of sexual function in severe disease. *BMJ Case Rep* 2010;2010:bcr08.2009.2208.

3. Shiohara T. The lichenoid tissue reaction. An immunological perspective. *Am J Dermatopathol* 1988; 10: 252.
4. Shiohara T, Kano Y. Lichen Planus and Lichenoid Dermatoses. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatology* 4rd ed. New York: Mosby;2012:192-193.
5. Gabhane MH, Mahajan AM, Kulkarni MM, Patait M, Shah AK, Tupsakhare S. Lichen planus and vulvovaginal gingival syndrome: Case report and review of literature. *International Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 2012;3(2):68-71.
6. Moutasim KA, Poate TW, Setterfield JF, Challacombe SJ. A case of vulvovaginal gingival lichen planus in association with Good's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:57-60.
7. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:431-6.
8. Ebrahimi M, Wahlin YB, Coates PJ, Wiik A, Roos G, Nylander K. Detection of antibodies against p63 and p73 isoforms in sera from patients diagnosed with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 2007;36:93-8.
9. Sugeran PB, Savage NW. Oral lichen planus: causes, diagnosis and management. *Aust Dent J* 2002;47:290-7.
10. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. *Scientific World Journal* 2014; ID 742826.

İletişim

Yrd.Doç.Dr. Kıymet Handan Kelekçi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Tel: +90.232.2444444/1563
e-mail: drhandankelekci@yahoo.com