

Oral Liken Planusun Klinik Bulguları ve Ayırıcı Tanısı

Aslıhan Artaş^{1*}

1. Şehitkamil Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Türkiye

*Corresponding author: Artaş A., MSc. PhD., Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Şehitkamil Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Şehitkamil/Gaziantep.
E-mail : dt.aslihanartas@gmail.com

Özet

Kronik inflamatuvar bir hastalık olan oral liken planusta lezyonlar genellikle bilateral ve simetriktr. Hastalığın etiyojisi bilinmemektedir ancak bu hastalık çeşitli faktörler ile ilişkilendirilmiştir. En sık izlenen retiküler form olup, oral liken planusun altı formu mevcuttur. Özellikle eroziv ve atrofik tipleri maligniteye dönüşüm riski taşımaktadır. Hafif ve orta derecedeki OLP'nin tedavisinde topikal kortikosteroidler ilk seçenektir. Bu makalede amacımız oral liken planus klinik bulguları ve ayırıcı tanısı hakkında bilgi vermektir.

Review (HRU IJDOR 2021; 1(2): 54-57)

Anahtar kelimeler: Oral liken planus, klinik bulgular, ayırıcı tanısı.

Abstract

Lesions in oral lichen planus, a chronic inflammatory disease, are usually bilateral and symmetrical. The etiology of the disease is unknown, but this disease has been associated with various factors. It is the most common reticular form, and there are six forms of oral lichen planus. Especially erosive and atrophic type carry the risk of transformation into malignancy. Topical corticosteroid are the first choice for the treatment of mild to moderate OLP. In this article, our aim is to give information about the clinical findings and differential diagnosis of oral lichen planus.

Review (HRU IJDOR 2021; 1(2): 55-58)

Keywords: Oral lichen planus, clinical findings, differential diagnosis.

Giriş

1869 yılında tanımlanan liken planus (LP) tırnak, saç, mukoza ve deri tutulumu görülebilen kronik inflamatuvar bir hastalık olup, oral liken planus (OLP) bu hastalığın mukozal bir varyantıdır (1-3). Oral lezyonlar genellikle bilateral olup simetriktr ve sıklıkla bukkal mukoza, dil sırtı ve gingivada görülür (4, 5) Unilateral prezentasyonu atipik olup (4); damak, dudak ve ağız tabanındaki lokalizasyonlar atipiktir (4, 5).

Net tanı kriterlerinin olmaması, en yaygın oral liken planus formunun asemptomatik olması gibi nedenlerle LP'nin kesin insidans ve prevalansı bilinmemektedir (4). OLP sıklıkla 4. dekadın sonu görülme sıklığıyla (6) yapılan çalışmalar sonucunda görülme sıklığının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (7). LP'nin patogenezinde T hücre aktivasyonunun rol

oynadığı ve T hücre aracılı hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmektedir (3).

Etiyoloji

Bu hastalığın etiyojisi bilinmemektedir, ancak çeşitli nedensel faktörler bu hastalıkla ilişkilendirilmiştir. Stres, enfeksiyon, diyabet, otoimmün hastalıklar, bazı diş materyalleri, kronik karaciğer ve bağırsak hastalıkları, hipertansiyon, ilaçlar, kanser bu faktörler arasında yer almaktadır (8-12). OLP'nin akut alevlenmelerinde en sık suçlanan sebep strestir. Uyumu bozulmuş protezler, yanak ve dudak çiğneme alışkanlığı, dental müdahaleler lezyonları artırıcı faktörler arasında yer almaktadır. Dental restorasyonlara yakın bölgelerde yerleşmiş LP lezyonlarında altın veya amalgama karşı gelişen likenoid reaksiyon göz önünde

bulundurulmalıdır. Bu reaksiyonda, yama testi ile belirlenen madde uzaklaştırıldığında lezyon gerileme gösterecektir. Ayrıca Hepatit C enfeksiyonunun LP ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (2).

Klinik Bulgular

Oral liken planus genellikle bilateral olup bukkal mukozada, dil, gingivada yer alır ve genellikle dantel benzeri bir ağ oluşturan ince beyaz çizgiler olarak (Wickham çizgileri) izlenir. Bir lezyonun LP olarak tanımlanmasında Wickham çizgilerinin varlığı patognomonik bir özelliktir (13).

Literatürde OLP'nin üç beyaz formu (retiküler, papüller ve plak) ve üç kırmızı formu (eroziv, atrofik ve büllöz) bildirilmiştir (14, 15).

Retiküler tip: En sık izlenen tiptir. Beyaz keratotik çizgilerin (Wickham çizgileri) oluşturduğu dantelimsi görünüm mevcuttur. Hastalar kliniğe genellikle asemptomatik renk değişikliği şikayeti ile başvurur. En sık bukkal mukozada ve bilateral olarak izlenir (16).

Eroziv tip: İkinci en yaygın tiptir. İnce yayılan keratotik strialarla çevrili eritemli ve ülserli alanların bir karışımı olarak ortaya çıkar. En sık gingivada izlenir ve eroziv OLP yapışık diş eti dokusunu içerdiğinde deskuamatif gingivitis denir. Eroziv OLP'de lezyonlar zamanla göç eder ve çok odaklı olma eğilimindedir. Hastalarda ağrı ve yanma semptomlarına neden olabilir (16).

Plak tip: En sık dil dorsumunda görülür. Hafif kabarık beyaz plak tarzındaki lezyonlar lökoplakiye benzer. Sigara içen hastalarda daha çok gözlenmiş olup, plak lezyonların tespiti kötü prognoz göstergesidir (17).

Atrofik tip: Atrofik OLP, ince beyaz çizgilerle çevrili yaygın, eritemli yamalar olarak görünür. Eritroplakiye benzer ancak daha yaşlı hastalarda görülür (17).

Papüller tip: Büyüklükleri 0.5-1 mm arasında olan lezyonlar genellikle asemptomatiktir. Beyazımsı papüller tek tek veya birleşerek plak şeklinde gözlenir (17).

Büllöz tip: Nadir olarak izlenen bu form bukkal mukozada ve dilin yan kenarlarında gözlenir. Büller ortaya çıktıktan hemen sonra rüptüre olur ve bu da eroziv OLP'nin klasik görünümüne neden olur (17, 18).

Retiküler, eroziv, papüller ve plak formları OLP'nin en sık görülen tipleri olup, atrofik ve büllöz tipleri daha az izlenir. OLP'nin klinik tiplerinin tek başına veya çeşitli kombinasyonlarda ortaya çıktığı saptanmıştır (19-21). Herhangi bir semptom rapor edilmeyen retiküler lezyonların aksine, eroziv, atrofik ve büllöz OLP lezyonlarında ağrı ve yanma hissi bildirilmiştir (22).

OLP'li hastalarda ekstraoral alanlarda da tutulum görülmekle birlikte bu tutulum en sık genital mukozada izlenir. OLP'li kadın hastaların %25'inde vulvovaginal tutulum mevcut olup, bu durum vulvovaginalgingival sendrom olarak adlandırılmaktadır. LP'nin genital

tutulumunda baskın olan eroziv formudur. Bu hastalarda vaginal akıntı, ağrı, yanma ve dispareni gibi semptomlar sık tespit edilir. Erkeklerde oral ve genital LP birlikteliği daha nadir izlenmekte ve bu klinik penogingival sendrom olarak isimlendirilmektedir (4, 23, 24). OLP hastalarının 4'te 1'inde özofajial tutulum vardır. Bu hastalar disfaji açısından değerlendirilmelidir (2).

OLP mevcut olan hastalarda otik, gastrik, anal, laringeal ve oküler tutulumun nadir olarak izlendiği saptanmıştır (23, 24).

Ayrırcı Tanı

Karakteristik kutanöz lezyonların varlığı, OLP tanısının daha güvenli bir şekilde konulmasını sağlayabilir. Retiküler OLP'nin patognomonik görünümü (bukkal mukozada bilateral izlenen beyaz çizgiler) dışında, çoğu durumda kesin bir tanı elde etmek amacıyla lezyonlu dokunun histopatolojik olarak incelenmesi gerekir. Klasik LP vakalarında bile temel histopatolojik özellikleri belirlemek için biyopsiye ihtiyaç duyulabilir (16).

Retiküler OLP'nin plak formu oral lökoplakiye benzeyebilirken, eroziv OLP'nin ayrırcı tanısında; dental restorasyonlar veya ilaçlara bağlı oral likenoid lezyonlar (OLL), kronik yanak ısrma, skuamöz hücreli karsinom, kronik kandidiyazis, diskoid lupus eritematozus, pemfigus vulgaris, müköz membran pemfigoid, aşırı duyarlılık mukoziti, graft-versus-host hastalığı, eritema multiforme yer alır (16).

Beyaz retiküler ya da eroziv yamalar, plak benzeri lezyonlarla karakterize OLL'ler klinik ve histolojik olarak OLP lezyonlarından ayırt edilemez (25). Benzer yerleşim göstermelerine rağmen OLL'ler genellikle tek taraflı izlenir (4). Belirli tanısal testlerden önce tam mukokutanöz muayene ile birlikte hastanın kapsamlı tıbbi öyküsü OLP ve OLL'nin klinik ve patolojik varyasyonları hakkında yeterli bilgi, doğru bir tanı koymak için gereklidir (26). Belirgin bir nedeni bulunabilen OLL'nin tedavisi etiyolojik faktöre yöneliktir. Likenoid değişikliklere neden olan dental restorasyonların değiştirilmesiyle genellikle birkaç ay içinde lezyonlarda gerileme izlenir (27). Lezyonlarda herhangi bir gerileme izlenmediği durumlarda, hastanın ilk ziyaretinde henüz alınmamışsa biyopsi alınmalıdır (27).

OLP'nin gingivayı etkileyen eroziv veya atrofik tipleri, deskuamatif klinik görünümüne sahip olabilir ve bu nedenle pemfigoidden ayırt edilmesi gerekir. Lupus eritematozus genellikle eritematöz kenarlı beyaz plak benzeri lezyonlar şeklinde izlenir. Eritema multiforme bazı vakalarda büllöz liken planusa benzese de, genellikle labial mukozada görülür ve daha akutur (21).

Malign Dönüşüm

OLP lezyonlarının malign transformasyonu ile ilgili bir dizi çalışma olmasına rağmen OLP'nin malign potansiyeli ile ilgili tartışmalar mevcuttur (21). Yapılan bir çalışmada (28) 5 yıllık inceleme neticesinde OLP'nin maligniteye dönüşme riskinin %0.5-2 arasında olduğu bildirilmiştir. Eroziv ve atrofik tip OLP'nin maligniteye dönüşme riski daha fazla olup (29), LP'den gelişen karsinom genellikle ekzofitik keratotik yapıdadır. Lezyonun homojen görünümünün kaybı ve hızlı büyümesi durumunda şüphelenilmelidir (30).

Tedavi

Küratif olmayan OLP tedavisinde amaç semptomları azaltmaktır (2). Atrofik ve eroziv OLP tiplerinde belirgin olan ağrı ve yanma gibi şikayetlerin azaltılması, özellikle bu formlardan skuamoz hücreli karsinom gelişme potansiyelinin yüksek olması gibi durumlar başlıca tedavi nedenleri arasında yer almaktadır (31). Tedavinin ilk basamağını hastalığa neden olan dental materyaller, tütün, stres, Hepatit C enfeksiyonu, sistemik ilaçlar gibi faktörlerin belirlenmesi ve uzaklaştırılması oluşturur (32). Semptomatik OLP lezyonları muhakkak tedavi edilmeli ve hastalığın şiddeti ve tutulumuna göre topikal ve/veya sistemik tedavi uygulanmalıdır (2).

Kortikosteroidler, hücrel immüneyi baskılayarak etki göstermekte olup; jel, pat, pomad, gargara gibi formlarda kullanılan topikal kortikosteroidler hafif ve orta derecedeki OLP lezyonlarının tedavisinde ilk seçenektir. Oral mukozada yeterli emilememesi en büyük zorluğu olan topikal kortikosteroidlerin genellikle mukozada adezyon yapan, emilimi arttıran orabase formu tercih edilir (16, 32).

Kortikosteroid tedavisine yanıt alınmayan veya bu tedavinin tolere edilemediği durumlarda takrolimus, pimekrolimus gibi topikal kalsinörin inhibitörleri kullanılabilir. Kullanım sonrası oluşan yanma hissi bu inhibitörlerin yan etkisi olup uzun süreli kullanımda malignite gelişim riski tartışmalı bir konudur (2, 33). Yapılan araştırmalarda çelişkili sonuçlar elde edilse de diğer tedavilere yanıt alınmadığı durumlarda topikal veya sistemik siklosporin uygulanabilir (33).

Hücre proliferasyonunu ve farklılaşmasını etkileyen retinoidler maligniteye dönüşümü azalttığı düşünüldüğünden, retinoidlerin malign dönüşüm ihtimali olan lezyonlarda topikal veya sistemik olarak kullanımı tedavi seçenekleri arasında düşünülmektedir (34).

Sistemik kortikosteroidler, semptomların akut alevlenmesi olduğunda büyük değer taşır ve sıklıkla topikal kortikosteroidlerle kombinasyon halinde kullanılır (35). Prednizolon 40-80mg/gün veya 1mg/kg/gün olarak kullanılır ve OLP lezyonları kontrol altına alındıktan sonra ilaç dozu azaltılarak kesilir.

Metotreksat, talidomit, siklosporin, azatioprin ve mikofenolat mofetil gibi sistemik immunsupresiflerde şiddetli olgularda kullanılan ajanlardandır (2, 4, 29).

T hücre aracılı bir hastalık olan LP'nin tedavisinde anti TNF ajanlarının etkili olduğu saptanmıştır (29). İyileşmeyen ülsere lezyonlarda cerrahi tedavi denenmiş olup bu konudaki veriler yeterli değildir (33).

Sonuç

Özellikle atrofik ve eroziv form oral liken planus lezyonları premalign özellik gösterdiğinden hastaların takip edilmesi ve doğru tedavinin uygulanabilmesi için hastalığın klinik özellikleri bilinmeli ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Hastalığa neden olan faktörlerin belirlenmesi durumunda bu faktörlerin ortadan kaldırılması amaçlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Howell FV. Oral mucous membrane lesions—pathologic features. Calif Med 1964;100(3):186.
2. Olson MA, Rogers III RS, Bruce AJ. Oral lichen planus. Clin Dermatol 2016;34(4):495-504.
3. Suresh SS, Chokshi K, Desai S, Malu R, Chokshi A. Medical management of oral lichen planus: A systematic review. J Clin Diagn Res 2016;10(2):10.
4. Schlosser BJ. Lichen planus and lichenoid reactions of the oral mucosa. Dermatol Ther 2010;23(3):251-67.
5. Rice PJ, Hamburger J. Oral lichenoid drug eruptions: their recognition and management. Dent Update 2002;29(9):442-7.
6. Patel S, Yeoman K, Murphy R. Oral lichen planus in childhood: a report of three cases. Int J Paediatr Dent 2005;15(2):118-22.
7. Van der Hem P, Egges M, Van der Wal J, Roodenburg J. CO2 laser evaporation of oral lichen planus. Int J Oral Maxillofac Surg 2008;37(7):630-3.
8. Krupaa RJ, Sankari SL, Masthan K, Rajesh E. Oral lichen planus: An overview. J Pharm Bioallied Sci 2015;7(1):158.
9. Van der Waal I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14(7):310-4.
10. Hirota SK, Moreno RA, dos Santos CH, Seo J, Migliari DA. Analysis of a possible association between oral lichen planus and drug intake. A controlled study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011;16:750-6.
11. Bascones-Martinez A, Mattila R, Gomez-Font R, Meurman JH. Immunomodulatory drugs: Oral and systemic adverse effects. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2014;19(1):24.
12. Srinivas K, Aravinda K, Ratnakar P, Nigam N, Gupta S. Oral lichen planus-Review on etiopathogenesis. Natl J Maxillofac Surg 2011;2(1):15.
13. Shirasuna K. Oral lichen planus: Malignant potential and diagnosis. Oral Sci Int 2014;11(1):1-7.
14. Andreasen J. Oral lichen planus: I. A clinical evaluation of 115 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1968;25(1):31-42.
15. Pindborg J. World Health Organization international histological classification of tumours. Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa, 1997.
16. Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. 2002; 68(8):494-9.
17. Thorn J, Holmstrup P, Rindum J, Pindborg J. Course of various clinical forms of oral lichen planus. A prospective follow-up study of 611 patients. J Oral Pathol Med 1988;17(5):213-8.
18. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. Scientific World J 2014; 2014:742-826.
19. Sugerman P, Savage N, Walsh L, Zhao Z, Zhou X, Khan A, et al. The pathogenesis of oral lichen planus. Crit Rev Oral Biol Med 2002;13(4):350-65.

20. Cheng Y-SL, Gould A, Kurago Z, Fantasia J, Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016;122(3):332-54.
21. Zakrzewska J. Re: Mollaoglu N. Oral Lichen Planus: A Review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38: 370-377. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39(5):407.
22. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(2):207-14.
23. Eisen D, Carrozzo M, Bagan Sebastian JV, Thongprasom K. Number V Oral lichen planus: clinical features and management. *Oral Dis* 2005;11(6):338-49.
24. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodont* 1999;88(4):431-6.
25. Wong L, Freeman S. Oral lichenoid lesions (OLL) and mercury in amalgam fillings. *Contact Derm* 2003;48(2):74-9.
26. Van der Meij E, Reibel J, Slootweg P, Van der Wal J, De Jong W, Van der Waal I. Interobserver and intraobserver variability in the histologic assessment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1999;28(6):274-7.
27. Östman P-O, Anneroth G, Skoglund A. Amalgam-associated oral lichenoid reactions: clinical and histologic changes after removal of amalgam fillings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodont* 1996;81(4):459-65.
28. Mignogna M, Muzio LL, Russo LL, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5-year experience. *Oral Oncol* 2001;37(3):262-7.
29. Yang H, Wu Y, Ma H, Jiang L, Zeng X, Dan H, et al. Possible alternative therapies for oral lichen planus cases refractory to steroid therapies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2016;121(5):496-509.
30. Gonzalez-Moles M, Scully C, Gil-Montoya J. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis* 2008;14(3):229-43.
31. Lodi G, Carrozzo M, Furness S, Thongprasom K. Interventions for treating oral lichen planus: a systematic review. *Br J Dermatol* 2012;166(5):938-47.
32. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci* 2007;49(2):89-106.
33. Parashar P. Oral lichen planus. *Otolaryngol Clin North Am* 2011;44(1):89-107.
34. Scardina G, Messina P, Carini F, Maresi E. A randomized trial assessing the effectiveness of different concentrations of isotretinoin in the management of lichen planus. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35(1):67-71.
35. Lozada F, Silverman Jr S, Migliorati C. Adverse side effects associated with prednisone in the treatment of patients with oral inflammatory ulcerative diseases. *J Am Dent Assoc* (1939) 1984;109(2):269-70.