

ORAL LİKEN PLANUS (4 VAKA RAPORU)

ORAL LICHEN PLANUS (4 CASE REPORT)

Yrd. Doç. Dr. Saadettin DAĞISTAN*

Dt. Mustafa GÖREGEN**

Dt. Özkan MİLOĞLU**

ÖZET

Oral liken planus (OLP) başlıca deri ve ağız mukozasını etkileyen kronik enflamatuar bir hastalıktır. Bu durumun nedeni tam olarak açıklanamamış olmasına rağmen, altta yatan immunopatolojik mekanizmalarda, etkilenen deri ve mukozal alanlara kronik enflamatuar hücrelerin migrasyonu iyi tanımlanmıştır. Son veriler OLP'de oto-reaktif sitotoksik T-hücrelerinin keratinosit apoptozisini tetiklediğini düşündürmektedir. OLP en sık hayatın beşinci ve altıncı dekadında ortaya çıkmasına rağmen her yaşta görülebilmektedir. Bu hastalık toplumun %0.5-2'sini etkiler ve en yaygın ağız mukozası hastalıklarından birisidir. Özellikle atrofik ve eroziv formu ağırlı olabilmektedir

Anahtar kelimeler: liken planus

ABSTRACT

Oral lichen planus is a chronic inflammatory disorder that primarily affects skin and oral cavity. Although the cause of this condition remains unknown the underlying immunopathologic mechanisms that result in the migration of chronic inflammatory cells to the involved dermal and mucosal sites have been well described. Recent data suggest that auto-reactive cyto-toxic T-cells trigger keratinocyte apoptosis in Oral lichen planus. Although Oral lichen planus develops most commonly in the fifth to sixth decades of the life, patients of all ages may develop the disorder . This disease affects 0.5-2 % of the population and is one of the more common oral mucosal diseases. Especially, the atrophic and erosive forms of Oral lichen planus may be painful.

Key words: lichen planus

GİRİŞ

Oral liken planus'un (OLP) etyolojisi için birçok faktör öne sürülmüştür. En çok kabul gören görüş bazal oral keratinositlerin hücre aracılı(cell-mediated) otoimmün hasarı sonucu oluştuğudur.¹⁻³ Son veriler oto-reaktif sitotoksik T hücrelerin keratinosit apoptozisini tetiklediği yönündedir.⁴ OLP'nin özellikle kronik aktif hepatit-B, hepatit-C, Wilson's hastalığı, Hemakromatozis, Alfa-1 antitripsin yetmezliği ve primer bilyer siroz gibi kronik karaciğer hastalıklarıyla ilişkisinin olabileceğini gösteren bulgular vardır. Bununla birlikte bu hastalarda özellikle Japonya başta olmak üzere Güney Avrupa ülkelerinde OLP'ye sık rastlanması bu ilişkinin coğrafik bir özellik gösterdiğini düşündürmektedir.^{5,6} Ayrıca diyabet ve arteriyel hipertansiyon da OLP ile ilişkilendirilen diğer hastalıklardır.^{7,8}

Amalgam, kompozit rezin, kobalt ve altın gibi dental restoratif materyallerin klinik ve histopatolojik olarak OLP'ye benzeyen oral likenoid reaksiyonlara neden oldukları bilinmektedir.^{5,9,10} Yine yaygın olmamasına rağmen bu reaksiyonlara NSAİ, ACE inhibitörleri, beta blokerler, antidiyabetikler, tetrasiklin ve streptomisin gibi antibiyotikler kullanan hastalarda da rastlanmaktadır.^{1,11-13} Gerek dental restoratif materyallere gerekse ilaçlara bağlı oral likenoid reaksiyonlar etkenin ortadan kaldırılmasıyla gerileme göstermektedirler.¹⁴⁻¹⁶

Oral mukoza psikolojik etkilere karşı reaksiyon gösteren hassas bir bölge olduğu için OLP'nin etyolojisinden sorumlu tutulan bir diğer faktör de strestir. OLP ve stres arasındaki ilişkiyi göstermek için birçok çalışma yapılmış ve özellikle OLP'nin eroziv formuna sahip hastalarda yüksek oranda anksiyete ve depresyon tespit edilmiştir.^{5,17}

* Atatürk Üniversitesi , Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim üyesi

** Atatürk Üniversitesi , Diş Hekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı Araştırma görevlisi

OLP'nin birçok klinik tipi tanımlanmıştır (retiküler, papüler, plak, atrofik, eroziv ve büllöz). Sıklıkla bu formlar değişken kombinasyonlarda bir arada bulunurlar.⁹ Lezyonlarda epitelyal atipi ve displazi de gelişebilmektedir ki bu da lezyonun premalign karakterde olabileceğini göstermektedir. Malign transformasyon tahmini % 0.4-1,74 arasında değişmekte olup karsinomaların hemen hepsi atrofik ve/veya eroziv formdan gelişmektedir^{1,5,18}.

VAKA TAKTİMİ

VAKA-1: 32 yaşındaki erkek hasta olan R.Ö kliniğimize, ağızda iki aydır iyileşmeyen lezyonlar nedeniyle başvurdu. Yapılan ağız içi muayenede lezyonların bilateral ve dişeti, yanak mukozası ve dil kenarında olduğu görüldü (Resim1). Lezyonlar asemptomatikti. Hasta, ağız lezyonları çıkmadan 1 yıl önce kendisine Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'nde liken planus tanısı konulduğunu belirtti. Deri lezyonların tamamına yakını topikal steroidlerle kontrol altına alınmıştı. Hastanın ağız lezyonları asemptomatik olduğundan herhangi bir tedaviye gerek görülmedi ve 6 ay aralıkla kontrole gelmesi söylendi



Resim 1. Dişeti yanak mukozası ve dil kenarında bilateral lezyonlar

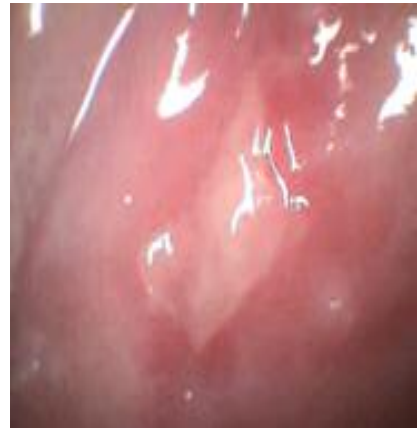
VAKA-2: H.T. isimli 46 yaşındaki kadın hastanın kliniğimize başvurma nedeni 2 yıl önce başlayan deri lezyonlarının bir yıl içerisinde iyileşmiş olması fakat daha sonra ortaya çıkan ağız lezyonlarının iyileşmemiş olmasıydı. Hastanın medikal hikayesinde herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı tespit edildi. Ağız içi muayenesinde yanak ve dilde bilateral retiküler ve atrofik lezyonlar gözlemlendi (Resim 2). Hasta, bazı yiyeceklerin ve asitli içeceklerin ağızda yanma hissine neden olduğundan şikayet etmekteydi



Resim 2. Yanak ve dilde bilateral retiküler ve atrofik lezyonlar

VAKA-3: 35 yaşında erkek (İ.K) olan bu hastamız kliniğimize başvurduğunda sağ yanak mukozasında 9 aydır devam eden çok şiddetli ağrı ve yanma hissinden şikayet etmekteydi. Ağız içi muayenesinde şikayetin olduğu tarafta üzeri ülserleşmiş eritemli bir alan tespit edildi (Resim 3). Lezyon unilateraldi. Hasta daha önce farklı doktorlar tarafından uygulanan topikal steroidlerden herhangi bir fayda görmediğini belirtti. Hastanın medikal hikayesinde olumsuz herhangi bir şeye rastlanmadı.Yapılan biyopsiyle lezyona eroziv liken planus tanısı kondu





Resim 3. Sağ yanak mukozasında ülserleşmiş eritemli alanlar

VAKA-4: 65 yaşındaki bu kadın hasta (G.Ö) kliniğimize iki taraflı yanak mukozasında ağrı ve yanma şikayetiyle başvurdu. Hasta, ağızda lezyon olduğunun farkındaydı ve 5 yıldır bu şikayetin olduğunu söylüyordu. Yapılan ağız içi muayenesinde sağ yanak mukozasında üzeri ülserleşmiş eritemli bir alan, sol yanak mukozasında ise retiküler atrofik bir alan tespit edildi (Resim 4). Tanı, hastanın subjektif bulgularına ve klinik görünümüne dayandırılarak yapıldı. Sağdaki lezyon eroziv liken planus, soldaki ise retiküler-atrofik liken planus olarak tanımlandı.

Resim 4. Sağ yanak mukozasında üzeri ülserleşmiş eritemli bir alan, sol yanak mukozasında ise retiküler atrofik bir alan

TARTIŞMA

Oral liken planus lezyonları genellikle karakteristik oldukları için klinik olarak fark edilmeleri zor değildir. Klasik OLP, birbirleriyle bağlantılı beyaz çizgi ve halkaların aranjmanı görüntüsü şeklindedir. Bu çizgiler Wickham çizgileri olarak adlandırılırlar. Asıl lezyon mukoza üzerindeki küçük, papüler, topluğne başı büyüklüğünde, kubbe veya yarım küre şeklinde, parlak, beyaz nodüllerdir. Oral mukozanın her bölgesi etkilenebilmesine rağmen en yaygın lokalizasyon posterior bukkal mukoza olup klasik olarak bilateral ve simetriktr. 3 vakamızda bilateral tutulum varken 1 vaka tek taraflı tutulum göstermekteydi. Diğer sık tutulum gösteren alanlar ise sırasıyla dil, alveoler kret ve dişetidir.^{1,4,9} Vakalarımızın 2 sinde sadece yanak tutulumu varken, birinde yanak ve dil, birinde ise yanak dil ve dişeti tutulumu vardı. Oral lezyonların şiddeti deri tutulumunun boyutu ile ilişkili olmamasına ve hastaların yalnız %15'inde deri lezyonları gelişmesine rağmen vakalarımızın yarısında deri lezyonları mevcuttu.

Retiküler lezyonlar asemptomatik olduklarından herhangi bir tedavi gerektirmezler ve sadece takip edilmeleri yeterlidir. Tedaviye ihtiyaç duyulan asıl lezyonlar ise eroziv ve atrofik olanlardır.

Tedavide herhangi bir medikasyon uygulanmadan önce yapılacak en doğru iş hastanın likenoid reaksiyona neden olabilecek herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığının sorgulanması olmalıdır. Yine ağızda hipersensivite reaksiyonuna yol açabilecek bir durum dikkatli bir şekilde elimine edilmelidir. Dental plak ve diştaşı gibi lokal faktörler OLP'nin dişeti lezyonlarını daha da kötüleştirdiği için bu faktörlerin eliminasyonu oldukça önemlidir.⁹ OLP'nin tedavisinde bazı araştırmacılar sistemik kortikosteroidlerin kullanılması gerektiğini savunurken diğerleri yüksek etki gücüne sahip topikal steroidlerin kullanılmasını tavsiye etmektedirler.⁹ Topikal steroidlerden en çok triamcinolone, fluocinonide ve clobetasol tedavide kullanılmış ve oldukça etkili bulunmuştur.¹⁹⁻²¹ İmmunsupresif etkili ilaçlar olan siklosporinin ağız gargarası ve tacrolimusun merhem formları ile son yıllarda başarılı sonuçların alındığı bildirilmektedir. OLP'li hastalarda dikkat edilecek bir diğer husus ta mekanik ve diğer travmaların etkisiyle lezyonların alevlenmesinin söz konusu olduğudur. Köbner fenomeninden dolayı invaziv işlemlerin sınırlandırılması ve işlem yapılacak dokuda oldukça yumuşak çalışılması gerekmektedir.^{1,9} Yine kötü uyumlu protezler, kaba dental restorasyonlar, dolguların keskin

kenarları, sigara dumanının sıcak etkisi, yanak çiğ-neme gibi ağız alışkanlıkları da lezyonların alevlenmesinde etkilidir. Bu faktörler ortadan kaldırıldığında eroziv lezyonlar ya gerileyecek yada bazen tamamen kaybolacaktır.⁹ Birinci ve ikinci hastada lezyonlar karakteristik olduğundan biyopsiye ihtiyaç duyulmamış ve tanı klinik özelliklere dayandırılarak konulmuştur. Üçüncü hastamız kendisine daha önce uygulanan tedavilerden fayda görmemiştir. Biz hastanın da rızası ile ağızdaki lezyonun özellikle yassı hücreli karsinoma ihtimalinden dolayı biyopsisinin alınmasına karar verdik. Yapılan biyopsiyle lezyona eroziv liken planus tanısı kondu.

KAYNAKLAR

1. Per-Olof R, Mats J, Magnus H, Ulf B, Göran L. *Erosive oral lichen planus and salivary cortisol. J Oral Pathol Med* 2001; 30: 257-63.
2. Guldo V, Marco P, Marco C, Mario C, Virginio B, Giorgio P, Sergio G. *Sequential immunohistochemical p53 expression in biopsies of oral lichen planus undergoing malignant evolution. J Oral Pathol Med* 2001; 30:135-40.
3. Martin HT, Micheal NP, Raymond KS, Elizabeth DT. *Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2003; 95(3):291-99.
4. Ambereen K, Camile SF, Neil WS, Laurence JW, Doug JH and Philip BS. *Th1 cytokines in oral lichen planus. Journal of Oral Pathology and Medicine* 2003; 32(2): 77-80.
5. Drove E. *Evaluating and treating patients with oral lichen planus. Dermatologic Therapy* 2002; 15: 206-17
6. Klanrit P, Thongprasom K, Rojanawatsir S, Theamboonlers A, Poovorawan Y. *Hepatitis C virus infection in Thai patients with oral lichen planus. Oral Diseases* 2003; 9: 292-97
7. Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, Nunn ME, Angelova D, Angelov N. *Psychological profile in oral lichen planus. J Clin Periodontol* 2005; 32: 1034-40.
8. Carbone M, Goss E, Carozzo M, Castellano S, Controtto D, Broccoletti R, Gandolfo S. *Systemic and topical corticosteroid treatment of oral lichen planus: a comparative study with long-term follow-up. Journal of Oral Pathology and Medicine* 2003; 32: 323-26.

9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Jerry EB. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 1 ed. W.B. Saunders Company; 1995: 572-77
10. Taniguchi Y, Nagao T, Maeda H, Kameyama Y and Warnakulasuriya K.A.A.S. *Epithelial cell proliferation in oral lichen planus*. *Oral Medicine and Pathology*. 2002; 35: 103-9
11. Zhao Z.Z, Savage N.W, Sugerman P.B, Walsh L.J. *Review Article Mast cell/T cell interactions in oral lichen planus*. *J Oral Pathol Med* 2002; 31: 180-95
12. Petrucci M, De Benedetti M, Grassi R, Cassano N, Vena G, Serpico R. *Oral lichen planus: a preliminary clinical study on treatment with tazarotene*. *Oral Diseases* 2002; 8: 291-95
13. Yiannias JA, el-Azhary RA, Hand JH, Pakzad SY, Rogerts RS. *Relevant contact sensitivities in patients with the diagnosis of oral lichen planus*. *J Am Acad dermatol* 2000; 42(21): 177-82.
14. Porter SR. *Oral lichen planus and chronic liver disease*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79: 267-68.
15. Potts AJ, Hamburger J, Scully C. *The medication of patients with oral lichen planus and the association of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with erosive lesions*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987; 64: 541-43.
16. Koray M., Dulger O, Ak G, Horasanli S, Uçok A, Tanyeri H & Badur S. *The evaluation of anxiety and salivary cortisol levels in patients with oral lichen planus*. *Oral Disorders* 2003; 9: 298-301.
17. Mignogna MD, Lo Russo L, Fedele S. *Gingival involvement of oral lichen planus in a series of 700 patients*. *J Clin Periodontal* 2005; 32: 1029-33.
18. 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 Endod*. 1999; 88: 431-36.
19. Robertson WD, Wray D. *Ingestion of medication among patients with oral keratoses including lichen planus*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 74: 183-85.
20. Rojo-Moreno JL, Bagan JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milian MA, Jimenez Y. *Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998; 86: 687-91.
21. Soto Araya M, Rojas Alcayaga G & Esguep A. *Association between psychological disorders and the presence of oral lichen planus, Burning mouth syndrome and recurrent aphthous stomatitis*. *Medicina Oral* 2004; 9: 1-7.

Yazışma Adresi :

Dr. Saadettin DAĞISTAN
Atatürk Üniversitesi
Dişhekimliği Fakültesi
Oral Diagnoz ve Radyoloji ABD.
25240 Erzurum

Telefon : (0442) 2311798

e-mail : dagistan@atauni.edu.tr