

## ORAL LİKEN PLANUS LEZYONU VE AMALGAM DOLGULARIN İLİŞKİSİ: BİR VAKA RAPORU

### Relationship between Oral Lichen Planus Lesion and Amalgam Fillings: A Case Report

Ayşegül Sarı<sup>1</sup>, Oya Şeker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi Anabilim Dalı

#### ÖZET

**Amaç:** Bu vaka raporunun amacı amalgam restorasyonlar ile Oral Likenoid Lezyonların (OLL) ilişkisini incelemektir.

**Vakalar:**54 yaşındaki kadın hasta, bir yıldır ağız içinde var olan yanma ve ağrı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın ağız içi klinik muayenesinde maksiller ve mandibular bölgelerdeki amalgam dolgular ile yakın temasta olan, yanak mukozasında ve dil kenarında yaklaşık 1 cm çapında oral lezyonlar görüldü. Histopatolojik tanısı Liken Planus şeklindeydi. Amalgam dolguların kompozit dolgular ile değiştirilmesinden 1 ay sonra lezyonların gerilediği, üç ay sonra lezyonların tamamen iyileştiği gözlemlendi.

**Sonuç:** Dental amalgam restorasyonlara bağlı gelişen OLL' de restorasyonların değişimi, lezyonun gerilemesinde oldukça başarılı sonuçlar vermektedir.

**Anahtar kelimeler:**Oral Liken Planus; Diş Dolguları; Amalgam Dolgu.

#### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this case report is to examine the relationship between Oral Lichenoid Lesions (OLL) and amalgam restorations.

**Cases:**54-year-old woman patient was applied to our clinic with complaints of pain and burning in the mouth for a year. In the clinical examination of the patient about 1 cm in diameter oral lesions, which are close contact with amalgam fillings (in maxillary and mandibular region), were observed on the buccal mucosa and lateral surface of the tongue. Histopathological diagnosis was lichen planus. Lesions were regressed following amalgam fillings replaced with composite fillings in one month and completely healed after three months.

**Results:** Changing the restoration gives successful result on OLL, which triggered by dental amalgam restoration.

**Keywords:**Oral Lichen Planus; Dental Fillings; Amalgam Filling.

Gönderme tarihi / Received:06.10.2016 Kabul tarihi / Accepted:17.11.2016

İletişim: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül SarıMustafa Kemal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, HATAY

Tel/faks: 03262456060/03262455060 E-posta: [aysqlsr@gmail.com](mailto:aysqlsr@gmail.com)

Bu vaka raporu daha önce Kasım 2014 tarihinde İstanbul' da gerçekleştirilen 8. International Congress of Mediterranean Societies of Pediatric Dentistry' de poster sunumu olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Liken planus lezyonları, kronik inflamatuarmukokutanöz hastalık sınıfında yer almaktadır. Oral Liken Planus (OLP), bu hastalığa yatkınlığı olan kişilerde antijenik cevabın tetiklenmesiyle T-hücre aracılı immünolojik reaksiyonlara bağlı olarak gelişen, küresel popülasyonun %1-%5' ini etkileyen, daha çok kadınlarda görülen ve yaygın olarak beşinci-altıncı dekatlarda gelişen oral mukoza lezyonlarıdır (1, 2). OLP' nin retiküler, papüler, plak tipi, büllöz, atrofik, eroziv olmak üzere 6 klinik formu mevcuttur. Retiküler lezyonlar genellikle asemptomatik olurken, atrofik ve eroziv formlarında ağrı ve yanma semptomları görülür (2). Daha çok bukkal mukozayı, dilin lateralini ve gingival dokuları etkilenmektedir (3). Orallikeneoid lezyonlar (OLL) ise Finne ve ark. tarafından 1982' de tarafından tanımlanmış olup, histolojik ve genel klinik semptomları bakımından OLP lezyonlarından ayırt edilemezler (4). Sumari ve ark. tarafından OLP' nin varyasyonu olabileceği ve histolojik görünümünün kütanöz liken planusa benzer olduğunu belirtmişlerdir (5).

Oral Likenoid Lezyonların etyolojisinde ilaçlar, sistemik hastalıklar, stres, doku reddi hastalıkları, dental restorasyonlarla temas ilişkisi yer alabilir (6, 7). OLL' ye sebep olan ilaçlar arasında beta blokerler, HIV tedavisinde

kullanılan antiviraller gibi bazı ilaçlar yer almaktadır.(5) Hepatit C, HIV gibi viral hastalıklarda OLL oluşumlarına rastlanmaktadır (5, 8). OLL' ler hipersensitivite reaksiyonları sonucu da meydana gelebilmektedir. OLL' lerin yerleşim gösterdiği bölge genellikle sebep olan ajan ile direk temas halindedir. Bu bölgelerdeki irrite edici ajan tarafından bazal keratonsitlerde hücre aracılı otoimmün hasar tetiklenir (9). Hücresel hasarı tetikleyen ajanlar arasında palladyum, nikel, krom, kobalt alaşımli dental restorasyon materyalleri ve dental amalgamlar sayılabilir.

Diş hekimliğinde amalgam restorasyonlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Amalgam dolgulardan az miktardaki metal salınımı hastalar için herhangi bir hayati risk oluşturmamaktadır (10). Buna rağmen amalgam dolgu materyalinin içeriğindeki maddelerin potansiyel toksisitesi ve karşıt immünolojik mekanizmaları tetikleme gibi olası yan etkileri günümüzde halen sorgulanmaktadır (11). OLL' ler dental amalgamlar içerisinde bulunan bakır, çinko, kalay, özellikle de civaya karşı oluşan hipersensitivite sonucu görülebilir (12). Oral mukoza ile direk kontak ilişkisi bulunan amalgam dolgular civa salınımı ve korozyon ürünleri yoluyla bazal keratonsitlerdeki antijenleri etkileyebilirler (13).

Bu vaka raporunda amalgam restorasyon ile ilişkili OLL lezyonları ve bu lezyonların amalgam dolguların değişimini içeren tedavi planı ve sonuçları tartışma eşliğinde sunulmuştur.

### OLGU SUNUMU

54 yaşında bayan hasta bir yıldır yanağında ve dilinin kenarında olan ve iyileşmeyen yaralar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinde ağrı ve yanma gibi şikâyetleri olduğu, herhangi sistemik bir hastalığı bulunmadığı, herhangi bir ilaç tedavisi altında olmadığı, sigara kullanmadığı öğrenildi. Hastanın ekstraoral muayenesinde mental olarak sağlıklı olduğu, öz bakımının yeterli olduğu görüldü. İntraoral muayenesinde sağ alt-üst molar dişler bölgesinde dilin sağ lateralinde ve bu bölgeyle horizontal düzlemde aynı hizada seyreden sağ yanak mukozasında liken planus benzeri eroziv beyaz lezyonların olduğu görüldü (Resim 1). Lezyonların görüldüğü bölgeler ile temasta olan 36 ve 37 nolu dişlerde MO, 16 nolu dişte MOD kaviteli amalgam dolgu restorasyonlar mevcuttu (Resim 2). Lezyon boyutları yanak bölgesinde yaklaşık 3x5 mm iken dilin lateralinde yaklaşık 10x10 mm boyutlarında olduğu ve amalgam dolgular ile sıkı kontak ilişkisinde olduğu görüldü. Hastaya eroziv OLP ön teşhisi konulduktan sonra patolojik tanı için insizyonel biyopsi alındı ve patolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik tanı ön tanı ile uyumlu olarak OLP şeklindeydi. Bir yıldır iyileşemeyen bu lezyonların etyolojisinde molar dişler üzerinde bulunan ve lezyonlarla direk kontak ilişkisinde olan amalgam dolguların yer alabileceği düşünüldü. Hastanın periodontal tedavisi yapıp, hastaya oral hijyen eğitimi verildikten

sonra bölgedeki amalgam dolgular 3 M Filtek Z 250 Universal Restorative Dental Composite (3M ESPE, U.S) kullanılarak değiştirildi ve KurarayClearfilTwist DIA (Kuraray, Europe GmbH) cila lastikleri ile dolgu yüzeyleri cilalandı. Dolgularının değiştirilmesinden bir ay sonraki kontrol seansında hastanın semptomatik şikâyetlerinin sonlandığı ve lezyonların gerilediği, 3 ay sonra lezyonların tamamen iyileştiği görüldü (Resim 3).

### Resim 1: OLL tanısı konulan lezyonların klinik görünümü.



**Resim 2: Lezyonlarla yakın kontak ilişkisinde olan amalgam restorasyonlar.**



**Resim 3: Amalgam dolguların değişimini takiben 3. ayda lezyonların tamamen iyileşmesi.**



## TARTIŞMA

Oral liken planus (OLP), immün aracılı patojenitesinde bazal laminadaki hücrelerin otositotoksik CD8+ T hücre düzeylerinde artışın görüldüğü, kronik bir hastalıktır. Bazal keratonositlerinotoimmün hasar tetikleyicileri bilinmemektedir. Klinik ve histolojik olarak bu iki lezyon birbirinden ayırt edilemeyebilir.

Ancak OLP lezyonları klinik olarak bilateral ve simetrik lezyonlar şeklinde görülürken, OLL' lergenellikle unilateraldir (14, 15). Bizim vakamızda görülen lezyonlar OLL'nin olası klinik topoğrafisiyle uyumlu olarak yanak mukozası ve dil hizasında unilateral yerleşmişti.

Oral Likenoid Lezyonlar ile OLP' nin bazı etyolojik farklılıkları mevcuttur. OLL daha çok beta blokerler, oral hipoglisemikler, non-steroidantiinflamatuvar ilaçlar, penisilin türevleri, fenotiyazinler, sülfonilüreler gibi medikal ilaçlar, viral sistemik hastalıklar, doku reddi hastalıkları, dental restorasyonlar ile ilişkili lezyonlar olarak tanımlanırlar (5). OLL ve OLP lezyonlarında tetikleyici faktör olarak göz önünde bulundurulacak altın, paladyum, nikel, krom kobalt gibi dental materyallerin etkinliği araştırılmış ancak en fazla immünolojik reaksiyon geliştiren materyalin amalgam olduğu iddia edilmiştir (11, 16). Amalgama bağlı lezyonların amalgamı oluşturan ve amalgamda serbestlenen gümüş, bakır, kalay gibi bileşenlere, özellikle cıvaya karşı geliştiği belirtilmektedir (17). Histolojik incelemelerde cıva oranına bağlı olarak bazal keratonositlerdehidropikdejenerasyon ve epitel altında band benzeri inflamtuarinfiltrasyon görülmüştür. Amalgam dolguların sökülmesini takiben bazal keratonositlerdekihidropikdejenerasyonda azalma ve orta seviyeli nonspesifikinflamasyoninfiltrasyonutesbit edilmiştir (9). Bunun dışında irritasyon taşkın, deformasyona uğramış dolgu yüzeyleri, lokal toksisite ve ya bu bölgelerde kümeleşmiş mikroorganizmalar nedeniyle de olabilir (17, 18). Kontak lezyonların lokalizasyonlarının genellikle yanak mukozası ve dilin lateralinde, amalgam restorasyon ile sıkı kontak ilişkisinin olduğu bölgelerde lokalize olduğu görülmüştür (19). Bizim vakamızda hastanın hiçbir sistemik hastalığı bulunmayıp, hasta herhangi medikal tedavi altında da değildi. Lezyonlar OLL etyolojisinde önemli yere sahip olduğu

belirtilen amalgam restorasyonlarla sıkı kontak ilişkisindeydi.

Literatürde birçok çalışmada OLP ve OLL etiolojisinde yer alan amalgam restorasyonların, herhangi bir alerjik reaksiyona neden olmadığı belirtilen kompozit dolgu materyali değiştirilmesi sonucu klinik iyileşme sağlandığı bildirilmiştir (9, 19). Altın inleylerde iyi bir alternatif restorasyon materyali olabileceken, pahalı olması ve uygulamasının vakit alması gibi nedenlerden çok fazla tercih edilmemektedir (20). Laine ve ark. 118 OLL hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, temas alanıyla sınırlı olan tip-1 lezyonu olan 47 hastadan 44'ünde amalgam dolgunun kaldırılması sonrasında tamamen ve ya büyük oranda iyileşme görüldüğünü bildirmişlerdir (19). Montebugnoli ve ark. 64 hastada üzerinde yaptıkları çalışmada 14 (%22) hastada lezyonların tamamen gerilediğini belirtmişlerdir (9). Thornhill ve ark. 81 vaka üzerinde yaptıkları çalışmada amalgam restorasyonların değiştirilmesini takiben amalgam kontak ilişkili hipersensitivite lezyonlarının %93 oranında gerilediğini bildirmişlerdir (11). Bizim vakamızda da bu çalışma sonuçlarıyla uyumlu olarak amalgam restorasyonun kompozitrestorasyon ile değiştirilmesinden bir ay sonraki kontrol seansında lezyonların tamamen iyileştiği görülmüştür.

Oral Likenoid Lezyonlarda histopatolojik tanı, lezyonun lokalizasyonu ve amalgam dolgunun değiştirilmesiyle lezyonda görülen iyileşmeyle desteklenebilir. Diğer etyolojik faktörlerin eliminasyonundan sonra dental amalgam restorasyonlara bağlı gelişen OLL' da restorasyonların değişimi, lezyonun gerilemesinde oldukça başarılı sonuçlar vermektedir.

### TEŞEKKÜRLER

Biyopsi örneği alınımında yardımcı olan MKÜ Dermatoloji A.D' dan sayın Gamze Serarslan ve Mehmet Uzun' a, patolojik değerlendirmeleri

için Patoloji A.D' dan sayın Esin Doğan' a teşekkürlerimizi sunuyoruz.

### REFERANSLAR

1. Liao SC, Hsieh PC, Huang JS, Hsu CW, Yuan K. Aberrantkeratinization of reticular oral lichenplanus is relatedtoelastolysis. *Oral surgery, oral medicine, oral pathologyand oral radiology*. 2012;113(6):808-16.
2. Eisen D. Theclinicalfeatures, malignantpotential, andsystemicassociations of oral lichenplanus: a study of 723 patients. *Journal of theAmerican Academy of Dermatology*. 2002;46(2):207-14.
3. Andreasen JO. Oral lichenplanus. 1. A clinicalevaluation of 115 cases. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*. 1968;25(1):31-42.
4. Finne K, Goransson K, Winckler L. Oral lichenplanusandcontactallergytomercury. *International journal of oral surgery*. 1982;11(4):236-9.
5. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichenplanusandlichenoidreactions: etiopathogenesis, diagnosis, managementandmalignanttransformation. *Journal of oral science*. 2007;49(2):89-106.
6. James J, Ferguson MM, Forsyth A, Tulloch N, Lamey PJ. Oral lichenoidreactionsrelatedtomercurysensitivity. *The British journal of oral &maxillofacialsurgery*. 1987;25(6):474-80.
7. Gandolfo S, Richiardi L, Carrozzo M, Broccoletti R, Carbone M, Pagano M, et al. Risk of oral squamouscellcarcinoma in 402 patientswith oral lichenplanus: a follow-upstudy in an Italianpopulation. *Oral oncology*. 2004;40(1):77-83.
8. Giuliani M, Lajolo C, Sartorio A, Scivetti M, Capodiferro S, Tumbarello M. Oral lichenoidlesions in HIV-HCV-coinfectedsubjectsduringantiviraltherapy: 2 casesandreview of the literature. *TheAmericanJournal of dermatopathology*. 2008;30(5):466-71.
9. Montebugnoli L, Venturi M, Gissi DB, Cervellati F. Clinicalandhistologichealing of lichenoid oral lesionsfollowing amalgam removal: a prospectivestudy. *Oral surgery, oral medicine, oral pathologyand oral radiology*. 2012;113(6):766-72.

10. Küçükeşmen Ç. Dental amalgamın insan organizması üzerindeki etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;14(3):52-61.
11. Thornhill MH, Pemberton MN, Simmons RK, Theaker ED. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2003;95(3):291-9.
12. McGivern B, Pemberton M, Theaker ED, Buchanan JA, Thornhill MH. Delayed and immediate hypersensitivity reactions associated with the use of amalgam. British dental journal. 2000;188(2):73-6.
13. Lundstrom IM. Allergy and corrosion of dental materials in patients with oral lichen planus. International journal of oral surgery. 1984;13(1):16-24.
14. Eisen D, Carozzo M, Bagan Sebastian JV, Thongprasom K. Number V Oral lichen planus: clinical features and management. Oral diseases. 2005;11(6):338-49.
15. Millard HD, Mason DK. Perspectives on 1998 World Workshop in Oral Medicine. In: Millard HD, Mason DK, editors.: University of Michigan; 2000. p. 57-61.
16. Raap U, Stiesch M, Reh H, Kapp A, Werfel T. Investigation of contact allergy to dental metals in 206 patients. Contact dermatitis. 2009;60(6):339-43.
17. Holmstrup P. Reactions of the oral mucosa related to silver amalgam: a review. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology. 1991;20(1):1-7.
18. Holmstrup P, Schiotz AW, Westergaard J. Effect of dental plaque control on gingival lichen planus. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology. 1990;69(5):585-90.
19. Laine J, Kalimo K, Happonen RP. Contact allergy to dental restorative materials in patients with oral lichenoid lesions. Contact dermatitis. 1997;36(3):141-6.
20. Attar N, Yalçın İ. Oral liken planus reaksiyonu olan hastada dental amalgamın değiştirilmesinin etkisi. GÜ Dişhek Fak Derg. 2004:41-5.