

VEZİKÜL BENZERİ PAPÜLLER ŞEKLİNDE GÖRÜLEN PALMOPLANTAR LİKEN PLANUS

PALMOPLANTAR LICHEN PLANUS PRESENTING WITH VESICLE-LIKE PAPULES

Selda Pelin Kartal DURMAZLAR* Özlem BİLGİÇ* Murat OKTAY**
Fatma ESKİOĞLU* Semih TATLİCAN*

*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

**Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Anahtar Sözcükler: Deri hastalıkları, liken planus

Key Words: Skin diseases, lichen planus

ÖZET

Palmoplantar liken planus izole olarak görüldüğünde teşhiste zorluk oluşturan hastalığın nadir görülen sınırlı tipidir. Biz, bir aydan beri avuç içi ve ayak tabanında kaşıntılı kırmızı papülleri nedeniyle daha önce tinea pedis tanısı almış olan 47 yaşında erkek hastayı sunmaktayız. Dermatolojik incelemede avuç içi ve ayak tabanında kırmızı ve sarı papüller ve ayakların medial bölgesinde bazıları veziküle benzeyen kırmızı-mor papüller gözlemlendi. Teşhis liken planusun tipik histopatolojik görünümü ile kondu. Topikal kortikosteroidlere direnç göstermesine rağmen, hasta sistemik kortikosteroid tedavisine iyi cevap verdi. Bu olgu dikkatli fizik inceleme ve biyopsinin benzer görünümlü olgulardaki önemini vurgulamaktadır.

SUMMARY

Palmoplantar lichen planus is a rare, localized variant of the disease that may create difficulty in diagnosis if it is present as an isolated finding. We present a 47-year-old man with a one-month history of pruritic, red papules on his palms and soles that had previously been diagnosed as tinea pedis. Dermatologic examination revealed red and yellow papules on his palms and soles and red-purple papules on the medial aspect of the feet, some of them resembling vesicles. The diagnosis was established by the typical histopathological features of lichen planus. Although resistant to topical corticosteroids, the patient responded well to systemic corticosteroid therapy. This case emphasizes the role of careful physical examination and the biopsy when presented such cases.

GİRİŞ

Liken planusta palmoplantar lezyonlar nadirdir ve liken planusun tipik klinik özellikleri gözlenmez (1,2). Bu nedenle başka bölgelerde tipik liken planus lezyonu bulunmayan olgularda klinik olarak tanı koymada güçlük çekilebilir. Genellikle palmar ve/veya plantar ark boyunca yerleşen iyi sınırlı hiperkeratotik ve/veya skuamli plaklar gözlenir ve ekstremiteler ve bukkal mukozada klasik lezyonlar eşlik ediyorsa tanı kolaydır. Palmoplantar lezyonlar diğer tutulum

alanlarına göre tedaviye daha dirençlidir (1-5). Burada sadece palmoplantar tutulumu olan ve sistemik steroid tedavisine iyi yanıt veren bir erkek olgu sunulmaktadır.

OLGU

47 yaşında erkek hasta bir ay önce ayak tabanında başlayıp sonra eline geçen kaşıntılı, kırmızı kabarıklıklar şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın daha önce bu şikayetlerine yönelik oral ve topikal antifungal tedavi

aldığı ancak fayda görmediği öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde plantar bölgede daha yoğun olmak üzere palmoplantar bölgede yaygın, eritematöz zeminde yerleşmiş kırmızı ve yer yer sarı keratotik papüller mevcuttu. Özellikle internal plantar ark ve ayak medialine doğru taşan papüllerin daha dikkatli incelenmesinde bazılarının veziküle benzerdiği görüldü ve hafif viyolase görünümü dikkati çekmekteydi (Resim 1,2).



Resim 1: Plantar bölgede daha yoğun olmak üzere palmoplantar bölgede eritematöz zeminde yerleşmiş kırmızı ve yer yer sarı keratotik papüller.



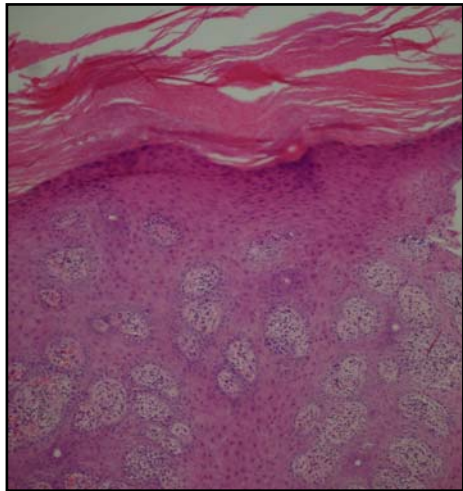
Resim 2: Ayak bileğine doğru uzanan vezikül benzeri kırmızı-viyolase papüller.

Ayuk içlerine yerleşmiş milimetrik boyutlardaki etrafı eritematöz birkaç adet sarımsı keratotik papül dışında vücudun başka yerinde ve oral mukozada tutulum yoktu (Resim 3).



Resim 3: Etrafı eritematöz birkaç adet sarımsı-kırmızı keratotik papül.

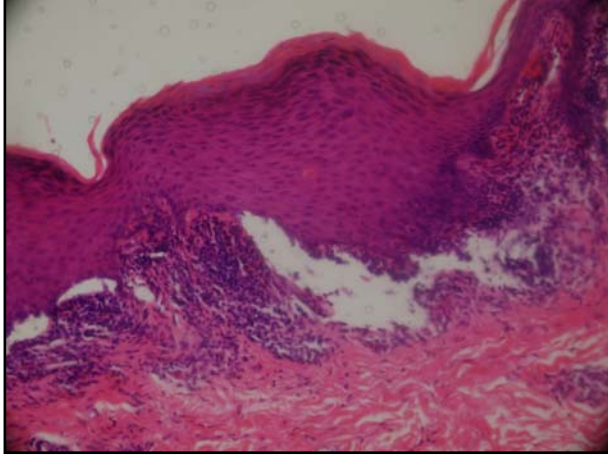
Hastanın tam kan sayımı, rutin biyokimya ve anti HCV, VDRL dahil serolojik incelemeleri normaldi. Lezyonların mantar taraması ve kültürü negatifti. Ayak tabanının histopatolojik incelenmesinde hiperkeratoz, hipergranüloz, bazal hücre hasarı ve üst dermiste bant tarzında lenfosit infiltrasyonu tespit edildi (Resim 4).



Resim 4: Ayak tabanının histopatolojik incelenmesinde hiperkeratoz, hipergranüloz, bazal hücre hasarı ve üst dermiste bant tarzında lenfosit infiltrasyonu (H&E x100).

Ayak bileği medialinden yapılan biyopsinin histopatolojik incelenmesinde hipergranüloz, akantoz, bazal hücre hasarı ve bant tarzında lenfosit infiltrasyonu, nekrotik

keratinositler ve melanofajlar görüldü (Resim 5). Bu bulgularla hastaya palmoplantar liken planus teşhisi konuldu. Topikal kortikosteroid oklüzyon tedavisinden yeterince fayda görmeyen hastaya 40 mg/gün sistemik kortikosteroid başlandı ve iki hafta içinde şikayetlerinde yüksek oranda gerileme gözlemlenerek tedavi kademeli olarak düşürüldü (Resim 6).



Resim 5: Ayak bileği medialinden yapılan biyopsinin histopatolojik incelenmesinde hipergranüloz, akantoz, bazal hücre hasarı ve bant tarzında lenfosit infiltrasyonu, nekrotik keratinositler ve melanofajlar (H&E x200).



Resim 6: Sistemik kortikosteroid tedavisinin ikinci haftası lezyonlarda gerileme gözlemlendi.

TARTIŞMA

Liken planus deri ve mukozaları etkileyen inflamatuvar bir dermatozdur. Palmoplantar liken planus, liken planusun nadir görülen lokalize bir formudur ve tek bulgu olduğunda tanıda zorluk oluşturur (1,5). Literatürde eritemli-skuamli plaklar, punktat ve diffüz keratoderma, eroziv ve ülseratif lezyonlar ile vezikül ve vezikül benzeri papüllerle karakterize farklı palmoplantar liken planus morfolojik tipleri bildirilmiştir (2-4,6-9). En sık görülen tip sert, hiperkeratotik papül ve plaklardır (1,3). Çok kaşıntılı, iyi sınırlı, eritematöz, skuamli plaklar ve/veya hiperkeratoz ile karakterize olan bu lezyonlar sıklıkla internal plantar arkta görülür (1,3). Sarımsı, sert, keratotik papüller veya papulonodüller el ve parmakların lateral yüzeylerinde görülür ve parmak uçları daha az etkilenir. Çevresinde inflamatuvar eritematöz halo mevcuttur ve bu lezyonlar psoriasis vulgaris, siğil, kallus, porokeratoz, hiperkeratotik egzema, tinea veya sekonder sifiliz lezyonlarına benzerler (1,3). Histolojik bulgular klasik liken planusun karakteristik özelliklerini gösterir (3). Palmoplantar liken planus tedavisinde asitretin, topikal ve sistemik steroidler, psoralen+ ultraviyole A (PUVA), talidomid, topikal siklosporin bildirilmiştir (5,10-13). Biz hastamıza topikal steroid oklüzyon tedavisi başladık. Bir haftada kaşıntı şikayetinde yeterli iyileşme sağlanamaması üzerine eklenen 40 mg/gün sistemik kortikosteroid ile iki hafta içinde tatminkar düzeyde cevap gözlemledik.

Palmoplantar liken planus, tipik liken planus bulguları eşlik etmediği durumlarda ve bizim hastamızda olduğu gibi vezikül benzeri papüller gibi farklı klinik bulgular ile seyrettiğinde tanı ve tedavisi güçlük yaratabilmektedir. Bu olgu dikkatli fizik inceleme ve biyopsinin benzer görünümlü olgulardaki önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Daoud MS, Pittelkow MR. Lichen planus. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz S eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. Newyork: McGraw-Hill; 2003.p. 463-77.
2. Gunduz K, Inanir I, Turkdogan P, Sacar H. Palmoplantar lichen planus presenting with vesicle-like papules. J Dermatol 2003;30: 337-40.
3. Sanchez-Perez J, Rios Buceta L, Fraga J, Garcia-Diez A. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: prevalence and clinicopathological study of 36 patients. Br J Dermatol 2000;142: 310-4.
4. Bhattacharya M, Kaur I, Kumar B. Lichen planus: a clinical and epidemiological study. J Dermatol 2000;27: 576-82.
5. De Jong EM, Van De Kerkhof PC. Coexistence of palmoplantar lichen planus and lupus erythematosus with response to treatment using acitretin. Br J Dermatol 1996;134: 538-41.
6. Rotunda AM, Craft N, Haley JC. Hyperkeratotic plaques on the palms and soles. Palmoplantar lichen planus, hyperkeratotic variant. Arch Dermatol 2004;140: 1275-80.
7. Feuerman EJ, Ingber A, David M, Weissman-Katzenelson V. Lichen ruber planus beginning as a dyshidrosiform eruption. Cutis 1982;30: 401-4.
8. French LE, Masgrau E, Chavaz P, Saurat JH. Ecrine syringofibroadenoma in a patient with erosive palmaplantar lichen planus. Dermatology 1997;195: 399-401.
9. Micalizzi C, Tagliapietra G, Farris A. Ulcerative lichen planus of the sole with rheumatoid arthritis. Int J Dermatol 1998;37: 862-3.
10. Pacj M, Silva R. Treatment of plantar erosive lichen planus with topical cyclosporin. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15: 79-80.
11. Grundmann-Kollmann M, Behrens S, Peter RU, Kerscher M. Treatment of severe recalcitrant dermatoses of the palms and soles with PUVA-bath versus PUVA-cream therapy. Photodermatol Photoimmunol Photomed 1999;15: 87-9.
12. Moss AL, Harman RR. Surgical treatment of painful lichen planus of the hand and foot. Br J Plast Surg 1986;39: 402-7.
13. Laurberg G, Geiger JM, Hjorth N, Holm P, Hou Jensen K, Jacobsen KU et al. Treatment of lichen planus with acitretin. A double-blind, placebo-controlled study in 65 patients. J Am Acad Dermatol 1991;24: 434-7.