

ORAL EROZİV LİKEN PLANUS-BİR OLGU

Dr. Filiz ACUN KAYA*

Prof. Dr. Beyza KAYA**

Dt. Esmâ AKÜZÜM*

Dt. K. Oya DARI*

ORAL EROSIVE LICHEN PLANUS-ONE CASE

SUMMARY

ÖZET

Deride ve mukozada lezyonlara neden olan hastalığın etiyolojisi çok iyi bilinmemekte ve otoimmün geliştiği düşünülmektedir. Ayrıca psikişik nedenlerin, emosyonel bozuklukların etiyojisinde rol oynadığı kabul edilmektedir. Hastalığın görülme sıklığı diğer dermatozlara oranla fazladır ve ileri yaşlardaki bayanlarda daha çok görülür. Lezyonun prekanseröz olduğu, malign lezyona dönüşebildiği belirtilmektedir. Çalışmamızda, eroziv liken planuslu genç bir erkek hastanın, intraoral ve histopatolojik bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Eroziv Liken Planus, Oral Lezyon

The ethiology of the disease, which causes of forming lesions on skin and mucosa, is not known clearly and thought that it is developed otoimmunly. In addition it is accepted that psychical and emotional disorders plays role in ethiology. The frequency of erosive lichen planus is higher than the other dermatosis' and it is seen more in the group of in advanced age women than the others. It is established that this lesion is precancerous and can turn over to malign lesions.

In our study it is aimed to present the intraoral and histopathologic findings of a young male patient suffering from erosive lichen planus.

Key Words: Erosive Lichen Planus, Oral Lesion

GİRİŞ

Kesin etiyojisi bilinmemesine rağmen hastalığın; antijenik genel bir patojenik mekanizma ile beraber, epitelial bazal hücre modifikasyonunun tetiklediği otoimmün yanıt ve çok etkenli faktörler tarafından oluşturulduğu düşünülmektedir. Oral Liken Planus'un (OLP) insidansı % 1.9 olup, kutanöz formdan (%0.23) daha yaygın olarak görülmektedir.

OLP; diyabet, hipertansiyon ve kronik hepatit gibi sistemik hastalıklara eşlik edebilir. Yine likenoid lezyonlar; antihipertansifler, antibiyotikler, anti-anflemtuar ilaçlar ve anti-sıtmal ilaçlar gibi çeşitli medikasyonlara bağlı olabilir. Metal dental restorasyonlar da ayrıca komşu oral mukozada likenoid reaksiyonlar tetikleyebilir.¹

* Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı

** Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

*** Bu makale; Türk Dişhekimliği Birliği 11. Uluslararası Dişhekimliği Kongresi İstanbul, 17-22 Mayıs 2004'te poster olarak sunulmuştur.

Keratotik liken planus ve eroziv liken planus olmak üzere belli başlı iki tipi vardır. Keratotik tipin ayrıca, lineer, retiküler ve plate form olmak üzere değişik formları bulunmaktadır.² Retiküler lezyonlar genellikle; bukkal mukoza, dişeti, damak, ventro lateral dil ve dudaklar üzerinde lokalize olabilir. Eritematöz ve atrofik formlar dilin dorsumu, gingiva ve bukkal mukozada görülmektedir. Deri lezyonları ise yüzeyde dantel benzeri beyaz çizgi ağı ile birlikte (Wickham's çizgileri) poligonal papül şeklinde görülmektedir.¹

OLP'nin tedavisi genellikle eroziv lezyonlar veya ülserasyonların mevcut olduğu durumlarda yapılır. Retiküler liken planus asemptomatik olduğu için tedavi gerekli değildir. Lokal veya sistemik bir tedaviye başlamadan önce, sorumlu olabilecek tüm faktörleri elimine etmek önemlidir. Malokluze veya fraktüre dişlerin ve eski amalgam restorasyonların uzaklaştırılması kadar iyi oral hijyen de sağlanmalıdır. Eroziv lezyonlarda topikal veya sistemik kortikosteroid tedavisi önerilmektedir. Yine eroziv OLP'li hastalarda topikal siklosporin tedavisi yararlı olabilir.¹

Liken planusun malignant potansiyeli literatürlerde hala tartışılan bir konudur ve yaygın olarak atrofik ve eroziv formlarda görülmektedir.³⁻⁶

OLGU

21 yaşındaki bir erkek hasta damağında ve dişetlerinde ağrı ve kızarıklık şikayeti ile Dicle Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalına başvurdu. Alınan anam-

nezde; bu kırmızı renkteki lezyonlarının 2 yıldan beri ağızda bulunduğu ve daha önce hiç ağrısının olmadığı, herhangi bir sistemik hastalığının bulunmadığı (beraberinde getirmiş olduğu laboratuvar test sonuçları ile bu bilgi teyit edildi), ilaç, sigara kullanmadığı veya ağız mukozası ile ilgili olabilecek bir travma meydana gelmediği anlaşıldı. Yapılan intraoral muayenede; alt-üst çene dişetinde, palatinal mukozada ve dilde eroziv görünümlü lezyonlar olduğu tespit edildi (Resim 1-4). Kesin tanı için lezyonun en şiddetli görüldüğü palatinal bölgeden biopsi (0.8x0.8x0.5 cm) alındı. Dokunun histopatolojik incelemesinde; parakeratoz gösteren, yer yer akantotik çok katlı yassı epitelle örtülü dokuda; epitelin aşağıya doğru düzensiz uzantılar gösterdiği ve epitel altında damar çevrelerinde daha yoğun olmak üzere bant şeklinde mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 5,6). Klinik ve histopatolojik değerlendirmelerin sonucunda olguya, eroziv liken planus tanısı konuldu. Hastaya periodontal tedavi olarak, diştaşı temizliği yapıldı ve oral hijyen eğitimi verilerek, % 0.2'lik klorheksidin glukonat içeren ağız gargarası (2x1, bir hafta süreyle) önerildi. Tedaviler sonucunda hastanın yanma veya ağrı şikayeti giderildi. Yapılan periyodik takiplerde lezyonların şiddetinde herhangi bir değişikliğe rastlanmaması ve önerilen kortikosteroid tedavisinin hasta tarafından reddedilmesinden dolayı; hastaya topikal veya sistemik bir medikal tedavi önerilmedi. Hastanın periodontal tedavilerine ve takiplerine devam edilerek tedavi prosedürü kısmen de olsa sağlanmaya çalışılmaktadır.



Resim 1. Palatinal bölgedeki eroziv lezyonun görünümü



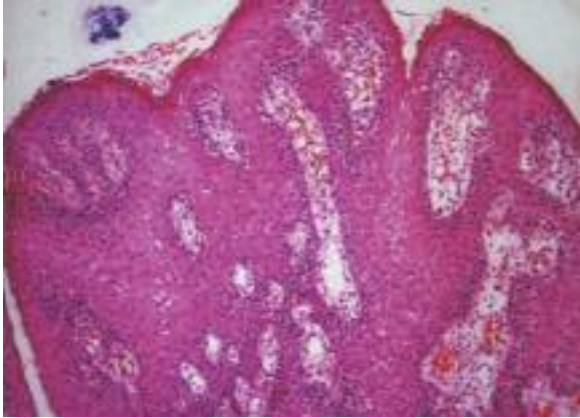
Resim 2. Gingival bölgedeki eroziv lezyonun görünümü



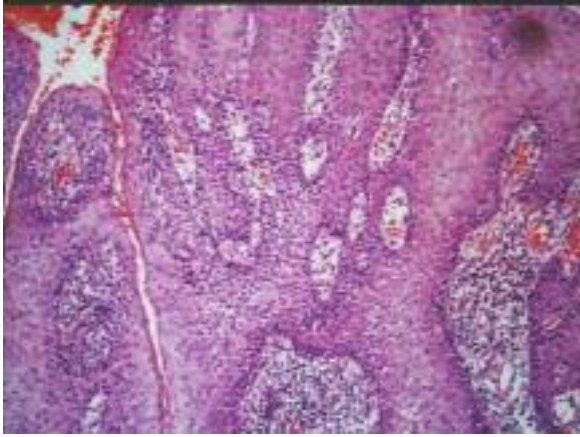
Resim 4. Dilin dorsumundaki eroziv lezyonun görünümü



Resim 3. Dildeki eroziv lezyonun görünümü



Resim 5. Yer yer parakeratoz gösteren akantotik çok katlı yassı epitel altında ödem mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu (H&E x 100)



Resim 6. Epitelin aşağıya doğru düzensiz uzantılar göstermesi, epitelde yer yer yoğun mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu (H&E x 100)

TARTIŞMA

Oral liken planus olgularının çoğu sıklıkla asemptomatiktir. Ancak atrofik ve/veya eroziv formları değişen derecelerde rahatsızlığa sebep olabilir. Bununla birlikte; bizim olgumuzda da görüldüğü gibi, hastalık uzun bir süre devam edebilir. Çünkü liken planus tekrar eden alevlenme ve durulma periodları ile karakterize kronik bir durumdur.

Oral eroziv ve atrofik lezyonların malign

transformasyonu %0.3-12.5 arasında tarif edilmektedir. Skuamoz hücre karsinomu, oral mukozanın diğer alanlarında olduğu kadar, liken planus ile direkt olarak etkilenen alanlarda da oluşabilir.⁷ Bununla birlikte atrofik ve eroziv liken planusun malign transformasyonu veya bozukluğun oral mukoza skuamoz hücre karsinomunu etkileyebilecek potansiyele sahip olduğu kesin olarak belirlenememiştir⁸ ve bazı araştırmacılar tarafından da premalign bir durum olarak görülmemektedir.^{9,10}

Dişeti mukozası ile sınırlı OLP'un oluşumu; desquamatif veya ülser olmuş odakları olan veya olmayan diffüz eritematöz alanların varlığı ile karakterizedir. Lezyonlar gingival taslağı takiben oluşabilir, hiperkeratotik ağsı çizgiler eroziv alanların periferinde bulunabilir ve diagnozu kolaylaştırır. Bu klinik görünüm desquamatif gingivitis olarak bilinir ve sadece OLP için spesifik bir görünüm değildir. Skatrisiyel Pemfigoid, Pemfigus Vulgaris, Lupus Eritematozus, Linear IgA ve Dermatitis gibi pek çok hastalıkta benzer klinik görünüme rastlamak mümkündür. Ayrıca hormonal disfonksiyon, kandidozis, likenoid lezyonlar ve vulvo-vajinal-gingival sendrom gibi hastalıklar da OLP'un ayırıcı teşhisinde göz önüne alınmalıdır.^{11,12}

OLP'nin düşünüldüğü vakalarda, plak eritematöz veya ülseratif lezyonların varlığında kesin teşhis için veya displaziye ekarte etmek için, her zaman biopsi alınması gerekmektedir. OLP'nin klasik histopatolojik özellikleri; granüler tabakanın kalınlaşması, bazal hücre dejenerasyonu, epitelial tabakaların atrofisi, retepeglerin uzaması ve şerit benzeri lenfositik infiltratın

oluşmasıdır. Bizim vakamızda da kesin tanı biopsi sonucuna göre belirlenmiştir.

Liken planusun etiyolojisi tam olarak açıklanamadığı için^{3,8} terapötik amaç daha çok semptomatiktir. Gingival lezyonlar topikal kortikosteroidler ile tedavi edilirken, semptomatik liken planus sıklıkla anti-enflamatuvar medikasyon ile tedavi edilir. Gingivitis ve periodontitisin varolan durumu daha da kötüleştirmemesi için iyi bir dental plak kontrolü sağlanmalıdır. Bizim olgumuzda da medikal tedavinin hasta tarafından reddedilmesinden dolayı, gerekli periodontal tedavilerin uygulanmasıyla yetinilmiş ve periyodik kontroller yapılarak en azından lezyonların gelişimi takip edilmeye çalışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ficarra G. Diagnosis and management of oral vesiculolcerative diseases. Leadership Medica,1997 (<http://www.cesil.com/0298/absfic02.htm>).
2. Ataoğlu T, Gürsel M. Periodontoloji., Damla Ofset, Konya 1999: pp74
3. Scully C, Beyli M, Ferreiro MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, Holmstrup P, Mutlu S, Porter S, Wray D. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. Crit Rev Oral Biol Med 1998;9:86-122.
4. Silverman Jr S, Bahl S. Oral lichen planus update: clinical characteristics, treatment responses, and malignant transformation. Am J Dent 1997;10:259-263.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995.
6. Vallejo MJG, Lapiedra C. Liquefactive planus de la mucosa oral. Rev Clin Esp 1998;198:448-457.
7. Duffley DC, Eversole LR, Abemayor E. Oral lichen planus and its association with squamous cell carcinoma: an update on pathogenesis and treatment implications. Laryngoscope 1996;106:357-362.
8. Kilpi A, Rich AM, Reade PC, Kontinen YT. Studies of the inflammatory process and potential of oral mucosal lichen planus. Aust Dent J 1996;41:87-90.
9. Eisenberg E, Krutchkoff DJ. Lichenoid lesions of the oral mucosa. Diagnostic criteria and their importance in the alleged relationship to oral cancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1992;73:699-704.
10. Allen CM. Is lichen planus really premalignant? (editorial): Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:347.
11. Pelisse M. The vulvo-vaginal-gingival syndrome: a new form of erosive lichen planus. Int. J Dermatol 1989; 28:381-84.
12. Yih W, Maier T, Kratochvil FJ, Zieper B. Analysis of desquamated gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. J Periodontol 1998; 69: 678-85.

Yazışma Adresi:

Dr. Filiz ACUN KAYA

Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

Periodontoloji Anabilim Dalı –DİYARBAKIR

Tel: (412) 2488101-3430

Fax: (412) 2488100