

Eroziv Liken Planusun Oral Bulguları: Bir Olgu Sunumu

Filiz Acun Kaya, Ebru Sarıbaş, S. Zelal Başkan, Bozan Serhat İzol, Nihal Kılınç

ÖZET

Eroziv liken planus, oral liken planusun hastaya en çok rahatsızlık veren formudur. Hastaların yeme, içme ve konuşma gibi fonksiyonları ciddi şekilde etkilenir. Deride ve mukozada lezyonlara neden olan hastalığın etiyojisi çok iyi bilinmemekte ve otoimmünite suçlanmaktadır.

Bu olgu sunumunda, Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalına başvuran 51 yaşındaki bir bayan hastanın oral bulguları rapor edilmiştir. Ekstraoral ve intraoral muayeneleri yapılmış, kesin tanı biyopsi ile konmuştur. Hastaya dermatoloji kliniğinde sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanmıştır. Periodontal tedavileri yapıldıktan sonra da protetik restorasyonları yapılarak, fonksiyon, fonasyon ve estetik gereksinimler sağlanmıştır. Hastanın periyodik takiplerine devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eroziv Liken Planus, Oral Lezyon

Oral Findings in Erosive Lichen Planus: A Case Report

SUMMARY

Erosive lichen planus is the most severe form of oral lichen planus which gives discomfort to patient. Functions of the patients such as eating, drinking and speaking is highly restricted. The ethiology of the disease, which causes of forming lesions on skin and mucosa, is not known clearly, and autoimmunity is accused.

In this case report, a 51 years old woman patient who applied to Dicle University faculty of dentistry, department of periodontology is presented the oral findings. After intraoral and extraoral examination, the diagnosis was confirmed by biopsy. The patient was treated with systemic corticosteroid in dermatology clinic. After peridontal treatment, the function, fonation and aesthetic requirements were maintained by prosthetic restorations. Periodic follow ups of the patient are still going on.

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. Hastalığın görülme sıklığı diğer dermatozlara oranla fazladır ve ileri yaşlardaki bayanlarda daha çok görülür. Lezyonun prekanseröz olduğu, malign lezyona dönüşebildiği belirtilmektedir (1). İlk kez 1869 yılında Wilson tarafından tanımlanan oral liken

planus (OLP) mukozayı etkileyen kronik, immunolojik, iltihapsal bir hastalıktır (2). OLP'un insidansı % 1.9 olup, kutanöz formdan (%0.23) daha yaygın olarak görülmektedir (1).

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 (3). Retiküler lezyonlar genellikle bukkal mukoza, dişeti, damak, ventrolateral dil ve dudaklar üzerinde lokalize olabilir. Eritematöz

* Dicle Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Periodontoloji A.D.

** Dicle Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi A.D. *** Dicle Üniv. Tıp Fak. Patoloji A.D.

ve atrofik formlar dilin dorsumu, gingiva ve bukkal mukozada görülmektedir. Deri lezyonları ise yüzeyde dantel benzeri beyaz çizgi ağı ile birlikte (Wickham's çizgileri) poligonale papül şeklinde görülmektedir (1).

Oral Liken Planus; diabet, hipertansiyon ve kronik hepatit gibi sistemik hastalıklara eşlik edebilir. Yine likenoid lezyonlar; antihipertansifler, antibiyotikler, anti-enflematuar ilaçlar ve antimalaryal ilaçlar gibi çeşitli ilaçlara bağlı olabilir. Metal dental restorasyonlar da komşu oral mukozada likenoid reaksiyonları tetikleyebilir (1,3). Hastaların % 28'inde deri bulguları mevcuttur (4).

Oral Liken Planus'un tedavisi genellikle eroziv lezyonlar veya ülserasyonların mevcut olduğu durumlarda yapılır. Retiküler liken planus asemptomatik olduğu için tedavi gerekli değildir. Ancak malign değişim ihtimaline karşı düzenli olarak kontrol edilmelidir (1,5). Lokal veya sistemik bir tedaviye başlamadan önce, sorumlu olabilecek tüm faktörleri elemine 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'lu hastalarda topikal siklosporin tedavisi yararlı olabilir (1).

Liken planusun malign potansiyeli literatürlerde hala tartışılan bir konu olmakla birlikte malign transformasyon olasılığının % 0.5-2.5 arasında olduğu ve yaygın olarak atrofik ve eroziv formlarda görüldüğü belirtilmektedir (5).

OLGU

Ellibir yaşındaki bir bayan hasta damağında ve dişetlerinde yara, ağrı ve kızarıklık şikâyeti ile Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalına başvurdu. Alınan anamnezde; lezyonlarının bir yıldan beri ağızda bulunduğu, herhangi bir sistemik hastalığının bulunmadığı, ilaç, sigara kullanmadığı veya ağız mukozası ile ilgili olabilecek bir travma meydana gelmediği anlaşıldı. Yapılan ekstraoral muayenede ise kafa derisinde yaralar olduğu tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Kafa derisindeki eroziv lezyonlar

Yapılan intraoral muayenede; alt-üst çene dişetinde ve bukkal mukozada eroziv görünümlü lezyonlar ve alt anterior dişlerde periodontitis olduğu tespit edildi (Resim 2).

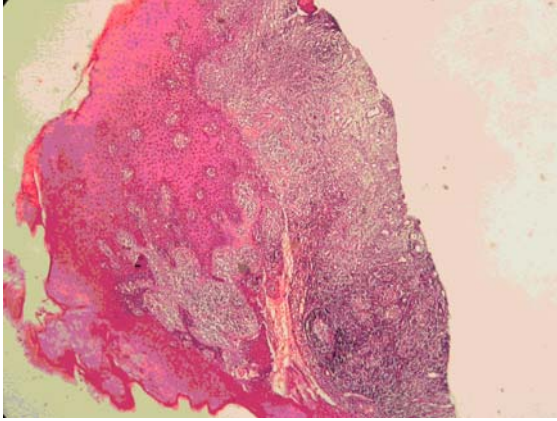


Resim 2. Alt çenede dişetinde bulunan eroziv lezyonlar

Kesin tanı için lezyonun en şiddetli görüldüğü sağ bukkal mukozadan biopsi alındı. Dokunun histopatolojik incelemesinde; akantotik çok katlı yassı epitel, dermiste bant şeklinde yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu, bir alanda tamamen dökülmüş epitelin yerini eksuda ve fibrinin aldığı izlendi (Resim 3). Hasta daha sonra Dicle Üniversitesi Dermatoloji kliniğine gönderildi. Sistemik yönden durumunu araştırmak amacıyla kan tetkikleri yapıldı. Klinik ve histopatolojik değerlendirmelerin sonucunda olguya eroziv liken planus tanısı konuldu. Dermatoloji kliniğinde kafa derisindeki lezyonlar için %0.1 mometazonfuroat



içeren saç losyonu (14 gün, 2x1) ve ağız içindeki lezyonlar için de kortikosteroid içeren topikal krem (1 ay, 3x1) verildi. Bu tedavilerin sonunda hasta tekrar dermatoloji kliniğinde değerlendirildi. Kafa derisindeki ve bacaklarda ki lezyonların geçtiği, fakat ağız içindeki lezyonların iyileşmediği tespit edildi.



Resim 3. Parakeratotik ve akantotik çok katlı yassı epitel, rete ridgelerde düzensiz uzama ve epitel altında yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu (HEX100).

Hastaya sistemik kortikosteroid (32 mg/gün metilprednisolon) ve siklosporin (200 mg/gün siklosporin) tedavisine başlanmasına karar verildi. Bir ay sonraki kontrolde kortikosteroid (16 mg/gün metilprednisolon) dozu düşürüldü. Üç aylık tedavi sonucunda ağız içindeki lezyonlarda iyileşme olduğu görüldü. Daha sonra hastanın periodontal tedavilerine başlandı. Periodontal tedavi olarak; diştaşı temizliği yapıldı ve oral hijyen eğitimi verilerek, %0.2'lik klorheksidin glukonat içeren ağız gargarası (2x1, bir hafta süreyle) önerildi. Bütün bu tedaviler sonunda hastanın yanma veya ağrı şikayeti giderildi. Hasta protetik restorasyonları yapılmak üzere Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalına gönderildi. Burada gerekli protetik restorasyonlar yapıldı (Resim 4). Hastanın periyodik takiplerine hala devam edilmektedir.



Resim 4. Oral rehabilitasyon sonundaki ağız içi görünüm

TARTIŞMA

Liken planusta oral eroziv ve atrofik lezyonların malign transformasyonu % 0.5-2.5 arasında bildirilmektedir. Skuamoz hücre karsinom; oral mukozanın diğer alanları kadar liken planus ile direkt olarak etkilenen alanlarda da oluşabilir (6). Bununla birlikte atrofik ve eroziv liken planusun malign transformasyonu veya bozukluğun oral mukoza skuamoz hücre karsinomunu etkileyebilecek potansiyele sahip olduğu kesin olarak belirlenememiştir (7). Bazı araştırmacılar tarafından da premalign bir durum olarak görülmemektedir (8).

Dişeti mukozası ile sınırlı OLP; desquamatif veya ülser olmuştaki odakları olan veya olmayan diffüz eritematöz alanların varlığı ile karakterizedir. Lezyonlar gingival taslağı takiben oluşabilir, hiperkeratotik ağsı çizgiler eroziv alanların periferinde bulunabilir ve tanıyı kolaylaştırabilir. Bu klinik görünüm desquamatif gingivitis olarak bilinir ve sadece OLP için spesifik bir görünüm değildir. Skatrisiyel pemfigoid, pemfigus vulgaris, lupus eritematosus, linear IgA dermatozu gibi pek çok hastalıkta benzer klinik görünüme rastlamak mümkündür. Ayrıca hormonal disfonksiyon, kandidiyazis, likenoid lezyonlar ve vulvo-

vajinal-gingival sendrom gibi hastalıklar da oral eroziv liken planusun ayırıcı tanısında göz önüne alınmalıdır (9,10).

Oral liken planus düşünülen vakalarda; plak eritematöz veya ülseratif lezyonların varlığında kesin teşhis için veya displaziye ekarte etmek için her zaman biopsi alınması gerekmektedir. OLP'un klasik histopatolojik özellikleri; granüler tabakanın kalınlaşması, bazal hücre dejenerasyonu, epitelial tabakaların atrofisi, rete-ridgelerin uzaması ve dermiste bant şeklinde yoğun lenfositik infiltratın olmasıdır. Bizim vakamızda da kesin tanı biopsi sonucu ile konmuştur.

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.

Liken planusun etiyolojisi tam olarak açıklanamadığı için terapötik amaç daha çok semptomatiktir. Gingival lezyonlar topikal kortikosteroidler ile tedavi edilirken, semptomatik liken planus sıklıkla anti-enflamatuvar ilaçlar ile tedavi edilir. Topikal kortikosteroidlerin kullanımı sonrasında tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda; sistemik kortikosteroid tedavisine geçilir. Son dönemlerde kortikosteroid tedavisine ek olarak siklosporin tedavisi de uygulanmaktadır. Bizim olgumuzda topikal kortikosteroidler ile sonuç alınmadığı için sistemik kortikosteroid ve siklosporin tedavisine geçilmiş ve tedavi başarılı olmuştur.

Gingivitis ve periodontitisin varolan durumu daha kötüleştirmemesi için iyi bir dental plak kontrolü sağlanmalıdır. Bizim olgumuzda gerekli periodontal tedaviler uygulanmış ve periyodik olarak kontrollerine devam edilmektedir.

Sonuç olarak; oral liken planus hastalarında sistemik tedavilerin yanı sıra diş hekimliği uygulamaları da önem taşımaktadır. Bu hastalarda görülen ağrı, yemek yiyememe, konuşma güçlüğü gibi oral bulgular ve estetik problemler; periodontal, cerrahi, restoratif ve protetik tedaviler ile giderilmelidir. Hastanın fonksiyon, fonasyon ve estetik gereksinimlerinin karşılanması, bu bireylerin aynı zamanda sosyal ve psikolojik açıdan da rahatlamasını sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ficarra G. Diagnosis and management of oral vesiculoulcerative diseases. Leadership Medica,1997(<http://www.cesil.com/0298/absfi c02.htm>).
2. Bhattcharyya I, Cohen DM, Sol Silverman Jr. Red and white lesions of the oral mucosa: Ed: Greenberg Ms, Glick M. Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment, Vol. 10. Spain: BC Decker Inc; 2003: 107-110.
3. Ataoglu T, Gürsel M. Periodontoloji. Konya, Damla ofset, 1999; 73-75.
4. 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: 431-436.
5. Epstein JB, Wan LS, Gorsky M and et al. Oral lichen planus: progress in understanding is malignant potential and implication for clinical management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003; 96: 32-37.
6. 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.
7. Kilpi A, Rich AM, Reade PC, Konttinen YT. Studies of the inflammatory process and potential of oral mucosal lichen planus. Aust Dent J 1996; 41: 87-90.
8. Allen CM. Is lichen planus really premalignant? (editorial): Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 85: 347.
9. Pelisse M. The vulvo-vaginal-gingival syndrome: a new form of erosive lichen planus. Int. J Dermatol 1989; 28: 381-384.
10. Yih W, Maier T, Kratochvil FJ, Zieper B. Analysis of desquamatif gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. J Periodontol, 1998; 69: 678-685.

Yazışma Adresi

Filiz ACUN KAYA

Dicle Üniv. Diş hekimliği Fak. Periodontoloji A.D.

E-mail: facunkaya@dicle.edu.tr

