

# Liken Planusun Farklı Klinik Yüzleri:Olgu Sunumu

Ali Murat Ceyhan\*, Pınar Yüksel Başak\*, Vahide Baysal Akkaya\*,  
İjlal Erturan\*, Metin Ciriş\*\*

\*Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Isparta

\*\*Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Isparta

## Özet

Liken planus deri, deri ekleri ve mukozaların tutulduğu benign seyirli kaşıntılı inflamatuvar bir dermatozdur. Yapılan çalışmalar, patogeneizde immünolojik mekanizmaların rol oynadığını gösterse de, etyoloji kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığın mukozal, kutanöz, genital, aktinik, hipertrofik, vezikülobüllöz, anüler, atrofik, ülseratif, invers, guttat vs. olmak üzere bir çok klinik ve morfolojik tipi tanımlanmıştır. Polikliniğimize başvuran ve ilk bakıda klinik görünümü öncelikle liken planusu düşündürmeyen ancak histopatolojik bulguları liken planus olarak değerlendirilen üç olgu sunulmuştur. Liken planus farklı klinik ve morfolojik görünümde karşımıza çıkabileceğinden bu tür olgularda liken planusun akla getirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Liken planus, aktinik, mukozal, hiperkeratozik, tipler

## Abstract

### Different clinical faces of lichen planus

Lichen planus is an itchy, benign inflammatory skin disorder that involves skin, skin appendix and mucous membranes. Although many studies support immunologic mechanisms in pathogenesis, etiology is unknown. Different clinical and morphological forms of lichen planus such as mucosal, cutaneous, actinic, hypertrophic, vesiculobullous, annular, atrophic, ulcerative, inverse, guttat types are described. In this report, we present three patients diagnosed as lichen planus with histopathological findings whose clinical appearances do not resemble lichen planus at initial examination. Since lichen planus may have different clinical appearances, we suggest that it is important to remember lichen planus in such cases as presented.

**Key words:** Lichen planus, actinic, mucosal, hyperkeratotic, types

## Giriş

Liken planus (LP) sebebi bilinmeyen, deri, deri ekleri ve mukozaları tutan pek çok morfolojik görünüme sahip inflamatuvar bir hastalıktır. İlk kez 1869 yılında Erasmus Wilson tarafından tanımlanan LP, değişik renk ve dağılımda, özel lokalizasyon gösteren izole veya gruplar halinde papüllerle karakterizedir. Papüller tipik olarak ekstremitelerin fleksör yüzlerinde müköz membranlarda ve genital bölgede yerleşen mor viyole renkli, kepekli, poligonal ve kaşıntılı lezyonlar şeklinde görülür. Lezyonların üzerinde Wickham çizgileri adı verilen grimsi beyaz renkte noktasal ve ışınal çizgilenmelerin olması oldukça tipiktir (1- 5 ).

## Olgu 1

Ellidokuz yaşında kadın hasta polikliniğimize burun bölgesinde, dudak üst kısmında kızarıklık, alt ve üst dudakta beyaz renk değişikliği yakınması ile başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının ilk olarak 3 yıl önce alt dudakta beyaz renk değişikliği şeklinde başladığı,

takip eden bir yıl içinde burun ve dudak üst kısmında kızarıkların oluştuğu öğrenildi. Hafif şiddette kaşıntı dışında subjektif yakınma tariflemeyen hasta daha önce topikal kortikosteroidli kremler ve güneşten koruyucu kremlerden fayda görmediğini ifade etti. Özgeçmişinde 15 yıl önce tiroidektomi operasyonu ve levotiroksin tablet kullanım öyküsü olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu.

Dermatolojik muayenesinde saç ve saçlı deri doğal olup alt dudakta beyaz hiperkeratozik plak ve sol yanak iç yüzünde retiküler paternde beyaz mukozal plak izlendi (Şekil 1). Burunda 0,5 cm çapında üzeri ince skuamlı papül mevcut olup diyaskopi negatif idi. Dudak üst kısmında deriden hafif kabarık eritematöz plak ve tırnaklarda longitudinal çizgilenmede artış dikkati çekmekteydi. Laboratuvar incelemesinde biyokimyasal parametreler, tam kan ve tam idrar tetkiki normal idi. Sedimentasyonu 10 mm/saat olan hastanın antinükleer antikor, antiDNA, VDRL, CRP, HBs Ag, AntiHBs, Anti HCV, romatoid faktörü negatif olarak değerlendirildi.

**Yazışma Adresi:** Dr. Ali Murat Ceyhan  
Modern evler mah 142. Cad. İstiklal sitesi A blok Kat: 5 No:13  
Isparta  
Tel:0-246-2242462 Fax:0-246-237 17 62  
E-mail: muratceyhan@hotmail.com



Şekil 1. Olgu 1'in klinik görünümü. Alt ve üst dudaktaki beyaz keratozik plak ve dudak üst kısmında deriden hafif kabarık eritematöz patch tarzında lezyon izlenmektedir.

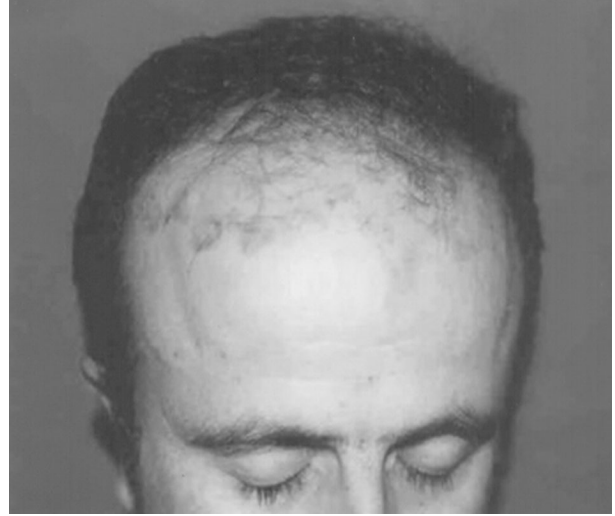
Alt dudak keratozik lezyonundan diskoid lupus eritematozus, liken planus, aktinik keilitis, lökoplaki ön tanıları ile alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz, fokal hipergranuloz, üst dermiste bant tarzında lenfositik infiltrasyon ve kolloid cisimcikler izlendi. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde hastaya liken planus tanısı konuldu.

### Olgu 2

Otuzaltı yaşında erkek hasta alında kaşıntılı kızarıklık yakınması ile başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının 4 yıl önce alın sağ yan yüzünde hafif kaşıntılı, kırmızı kahverengi renk değişikliği şeklinde başladığı daha sonra alın orta hattına doğru yayılarak deriden kabarık, yuvarlak bir hal aldığı öğrenildi. Herhangi bir madde ile temas tariflemeyen hasta mevcut yakınmalarının kış aylarında gerilediğini ifade etti. Öz ve soygeçmişinde, sistem sorgulamasında herhangi bir özellik saptanmayan hastanın sistemik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı.

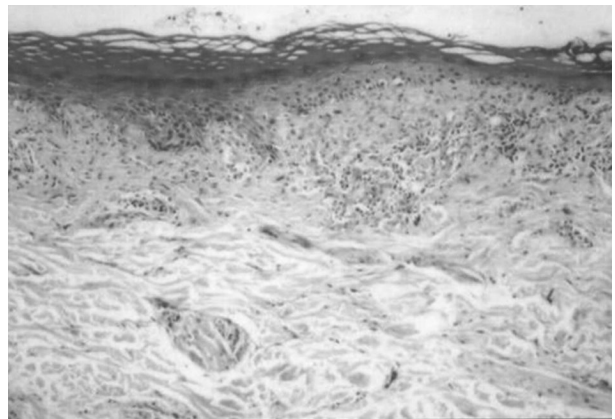
Dermatolojik muayenesinde frontal saç kaybı ile birlikte sağ frontotemporal bölgeden başlayıp alın orta hatta doğru uzanan 0,5 cm çaplı ortası atrofik kenarları hiperpigmente deriden hafif kabarık kırmızı kahverengi anüler plakları (Şekil 2), interskapüler bölgede 10 x 15 cm ebadında düzensiz kenarlı, açık kahverengi hiperpigmentasyon zemininde yer yer birleşip plak yapmış çok sayıda deri renginde papülleri ve ekskoriasyonları mevcuttu. Saçlı deri, oral mukoza ve tırnak muayeneleri doğal görünümde idi. Laboratuvar incelemesinde total kolesterol ve LDL yüksekliği dışında kan biyokimyasal parametreler, hemogram, tam idrar tetkiki ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Sedimentasyonu 20 mm/saat olan hastanın HBs Ag, AntiHBs, Anti HCV, VDRL' si negatif olarak değerlendirildi ve akciğer

grafisinde patolojik bulguya rastlanmadı.



Şekil 2. Olgu 2'nin klinik görünümü. Sağ frontotemporal bölgeden başlayıp alın orta hatta doğru uzanan 0,5 cm çaplı ortası atrofik kenarları hiperpigmente deriden hafif kabarık kırmızı kahverengi anüler plaklar izlenmektedir.

Sağ frontotemporal bölgedeki anüler lezyondan DLE, aktinik granuloma, LP, granuloma fasciale, sarkoidozis ön tanıları ile alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde yüzeyde hiperkeratoz, epidermiste fokal incelme, hipergranuloz, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, üst dermiste dermoepidermal bileşkeyi silen mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ile birlikte eozinofilik homojen görünümde kolloid cisimcikler izlendi (Şekil 3). Bu bulgular ile hasta LP olarak değerlendirildi. İnterskapular bölgeden alınan biyopsi sonucu nörodermatit ile uyumlu olarak değerlendirildi.



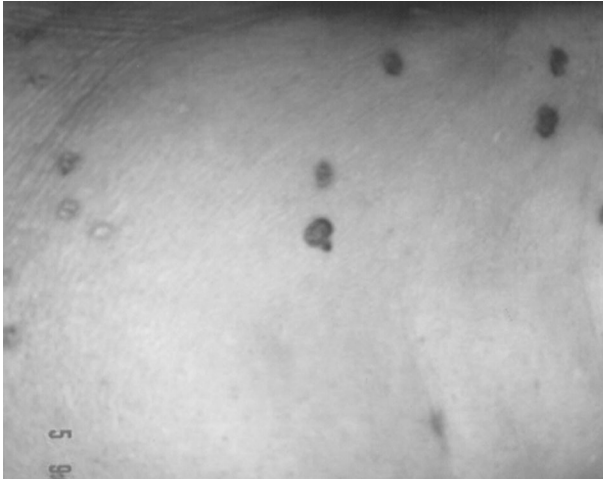
Şekil 3. Olgu 2'nin histopatolojik görünümü.

### Olgu 3

Yetmişbeş yaşında erkek hasta vücudunda siyah renkli kaşıntılı kabarıklıklar şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden yakınmalarının 6 yıl önce

karın ön yüzünden başladığı, zamanla gövdesine ve kollarına yayıldığı öğrenildi. Öz ve soygeçmişinde özellik olmayan olgunun fizik muayenesinde tüm sistemler doğal olarak değerlendirildi.

Dermatolojik muayenede karın ön sağ yan yüzünde siyah renkli üzeri hafif hiperkeratozik bir adet nodul, gövde ön yüzü, sırtta, her iki ön kol ve karın yan yüzlerinde çok sayıda mor kahverengi-siyah renkte, çapları 3 mm ile 1 cm arasında değişen üzeri yer yer ince skuamlı ve keratozik çok sayıda papül ve plak tarzında lezyonları mevcuttu (Şekil 4). Laboratuvar incelemelerinde tam kan, biyokimyasal parametreler, tam idrar tetkiki, tiroid fonksiyon testlerinde herhangi bir anormallik tespit edilmedi. HBs Ag, AntiHBs, Anti HCV, Anti HIV ve VDRL negatif olarak değerlendirildi. Sedimentasyon 12mm/h olan hastanın akciğer grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın sırtındaki papüler lezyondan, seboreik keratoz, LP, melanom metastazı, kaposi sarkomu ön tanıları ile alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde epidermiste fokal hipergranuloz, bazal tabakada belirgin dejenerasyon, yüzeysel dermiste band tarzında mononükleer hücre infiltrasyonu, dermiste çok sayıda melanofaj izlendi ve bu bulgularla hasta liken planus olarak değerlendirildi.



Şekil 4. Olgu 3'ün klinik görünümü. Gövde ön yüzü, karın yan yüzlerinde kahverengi-siyah renkte keratozik çok sayıda papülo-nodüler lezyonlar izlenmekte

### Tartışma

LP'un lezyon yerleşim yerine, dağılımına, şekline ve morfolojisine göre sınıflandırılan farklı klinik tipleri mevcuttur. Bugüne kadar 20 civarında klinik tipi tanımlanmıştır ( Tablo I) (1,6).

LP'lu hastalarda mukozal tutulum en sık oral ve genital bölgede olup, olguların 2/3'ünde görülmektedir. Ayrıca olguların % 15-25'inde

mukozal tutulum hastalığın ilk ve tek belirtisi olabilir. Oral mukoza tutulumu ile ilgili olarak literatürde farklı oranlar bildirilmesine rağmen ortalama % 15-35 arasında değişmekte olup bu oran kutanöz tutulumla birlikte olduğunda % 50- 65'e çıkmaktadır. Lezyonlar daha çok bukkal mukoza ve gingivada görülmektedir. En sık retiküler tipte olan lezyonlar plak, atrofik, eroziv, papüler, büllöz ve ülseratif formlarda ortaya çıkabilir (7,8).

İlk olgumuz bu doğrultuda hiperkeratozik plak ve retiküler tip mukozal lezyonları olan LP'li bir hasta idi.

Liken planuslu olguların %10'unda lezyonlar anüler paterndedir. Anüler liken planus ortadan iyileşme eğilimi gösteren, halka şeklinde papüllerle karakterizedir. Sıklıkla skrotum ve peniste görülmekle birlikte aksilla, ingüinal bölge, boyun, göz kapağı gibi farklı lokalizasyonlarda da görülebilmektedir. Liken planuslu hastaların %20-30'unu oluşturan daha çok ilkbahar, yaz aylarında artış gösteren ve sıklıkla 3. dekatta ortaya çıkan aktinik LP'ta da lezyonlar çoğunlukla anüler paterndedir ve sıklıkla alın, yanak, dudak yüz, boyun V'sinde, ense ve el sırtında olmak üzere güneş gören bölgelerde lokalize olur. Lezyonlar çoğunlukla makülerdir ancak periferik mor viyole papüllerle çevrelenmiş plak tarzında da olabilir. Histopatolojik olarak LP'un tipik bulgularına ilaveten epidermiste tüm katmanlarında incelme, dermiste pigment inkontinansı ve melanofajlar gözlenebilmektedir. Bazı yazarlarca aktinik liken planus, anüler liken planusun bir alt tipi olarak kabul edilse de aktinik liken planusun anüler formun aksine güneş gören bölgelerde gözlenmesi nedeni ile liken planusun alt tipi olarak kabul edilmesinin daha doğru olabileceğini savunan otörler de mevcuttur (6,9,10). İkinci olgumuzda lezyonların anüler LP'un aksine güneş gören lokalizasyonda olması, kış aylarında kısmi gerileme gözlenmesi, histopatolojik olarak klasik LP bulgularına ilaveten epidermal incelme ve dermiste yer yer melanofajların gözlenmesi nedeniyle aktinik liken planus olarak değerlendirildi. Son olgumuzda ise lezyonlar klasik LP'un aksine gövdede ve kollarda yoğun olarak izlenmekteydi. Papül ve plaklar mor viyole renkte olmayıp kahverengi siyah renkte ve tipik liken papüllerinin aksine üzeri keratozik idi. Lezyonlar ilk fizik bakıda öncelikle seboreik keratozu düşündürmekteydi. Ayırıcı tanıda bazı yazarlarca LP'un özel formu ve bazılarınca ayrı bir antite olarak kabul edilen liken planus benzeri keratozis ( LPBK) düşünüldü. Daha çok göğüs ve üst ekstremitelerde yerleşme eğiliminde olan 5-7. dekatta

Tablo 1. Fitzpatrick'e göre liken planus varyantları (1)

Şekil	Morfoloji	Tutulmuş yeri	Özel formlar
Annuler	Hipertrofik	Ayak tabanı, avuç içi	İlaça bağlı
Lineer	Atrofik	Tırnaklar	LP, LE birlikteliği
	Vezikülobüllöz	Saçlı deri	LP Pemfigoides
	Eroziv ve ülseratif	Müköz membran	Keratozis likenoides
	Foliküler		LP ve maling transformasyon
	Aktinik		Graft versus host likenoid reaksiyon
	LP pigmentozus		Likenoid keratoz
	Perforan, guttat , vs.		Likenoid dermatitis

ortaya çıkan LPBK'da lezyonlar sıklıkla soliterdir. Histopatolojik olarak LPBK'da görülen likenoid infiltrasyon LP'dan ayırt edilemeyip, klasik LP histopatolojisinden farklı olarak parakeratoz, eozinofil ve plazma hücre infiltrasyonu daha belirgin olarak izlenmektedir (11). Olgumuzun yaş grubu, lezyonların lokalizasyonu ve görünümü LPBK'yı desteklese de lezyonların çok sayıda olması, histopatolojisinde klasik LP bulgularının yanı sıra yoğun olarak izlenen melanofajlar dışında, parakeratoz, eozinofil ve plazma hücre infiltrasyonunun gözlenmemesi bu tanıdan uzaklaştırdı.

Sonuç olarak LP klasik formun dışında çok değişik klinik görünümde karşımıza çıkabilmekte ve ayırıcı tanıda güçlükler neden olabilmektedir. Üç olgumuzda da hastalık birbirinden tamamen farklı dermatolojik bulgularla ortaya çıkmış olup, aynı hastalığın farklı klinik spektrumlarını yansıtmaktadır. Her ne kadar olgularımız ilk bakıda öncelikle LP'yi düşündürmese de bu tür olguların ayırıcı tanısında akla getirilmesinin LP'nin farklı yüzlerini ortaya çıkarmak açısından önemli olacağı düşünmekteyiz.

#### Kaynaklar

1. Daoud MS, Pittelkow MR: Lichen planus. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al., 5th ed. Philadelphia: McGraw-Hill Co. 1999: 561-77.
2. Gürer MA: Liken Planus ve Likenoid Erupsiyonlar. Dermatoloji'de Ed. Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransü O. İkinci baskı. İstanbul, Nobel kitabevi 1994: 339-45.
3. Engin B, Serdaroğlu S. Liken planus. Dermatose 2004;3 :163-169.
4. Goldblum OM. Lichen planus. Skinmed 2002;1 :52-53.
5. Katta R. Lichen planus. Am Fam Physician 2000; 61:3319-28.
6. Reich HL, Nguyen JT, James WD: Annuler lichen planus: A case series of 20 patients. J Am Acad Dermatol 2004;50:595-9.
7. Bankaoğlu A, Gökdemir G, Altunay İK, Köşlü A: Kutanoz liken planuslu hastalarda oral ve dış genital

8. de Moura Castro Jacques C, Cardozo Pereira AL, Cabral MG, Cardoso AS, Ramose-Silva M. Oral lichen planus part I: epidemiology, clinics, etiology, immunopathogeny, and diagnosis. Skinmed. 2003;2:342-7. Review
9. Odom RB, James WD, Berger TB. Lichen Planus and Related Conditions. In: Andrews' Disease of The Skin. Ninth edition, Philadelphia: WB Saunders Company, 2000:266-83.
10. Jang KA, Kim SH, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh KJ: Lichenoid keratosis: A clinicopathologic study of 17 patients. J Am Acad Dermatol 2000; 43: 511-6.
11. Toussaint S, Kamino H: Noninfectious erythematous, papular and squamous diseases. in: Lever's histopathology of the skin. Ed. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. Philadelphia: Lippincott. 1997:151-84.