

Oral liken planus: olgu sunumu

Hasan Ayberk Altuğ (*), Metin Şençimen (**), Kemal Murat Okçu (**)

ÖZET

Oral liken planus nispeten sık görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Elli altı yaşında erkek hastada oral retiküler liken planus yanak mukozasında çift taraflı olarak görüldü. Tedavisi topikal kortikosteroid ile yapıldı. Bu olgu sunumunun amacı, oral liken planusun klinik özelliklerini tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: Ağız mukozası, liken planus, oral, oral hijyen, topikal kortikosteroid

SUMMARY

Oral lichen planus: a case report

Oral lichen planus is a relatively common chronic inflammatory disorder. Oral reticular lichen planus was bilaterally observed in buccal mucosa in a 56-year-old male patient. Its treatment was performed with topical corticosteroid. The aim of this case report is to discuss the clinical characteristics of oral lichen planus.

Key words: Mouth mucosa, lichen planus, oral, oral hygiene, topical corticosteroid

Giriş

Liken planus (LP) nispeten sık görülen cilt ve mukosa membranlarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu hastalık ilk defa 1869 yılında tanımlanmıştır (1). Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Kadın/erkek: 2/1). Bu hastalıktan, orta yaş ve üstü bireyler daha çok etkilenmektedir (2-5).

Ağız içinde görülen oral liken planus (OLP), tek başına oluşabildiği gibi deri lezyonları ile birlikte de bulunabilir. Oral liken planus üç çeşit klinik formda görülebilir: retiküler, eritematöz (atrofik) ve eroziv (ülser, büllöz). Bu kronik inflamatuvar hastalık, en sık yanak mukozasında, dil sırtında ve daha seyrek olarak diş etinde görülür. Daha çok bilateral ve simetrik olarak izlenir. Genellikle asemptomatiktir. Retiküler tipte, papüller veya plaklar arasında uzanan beyaz çizgiler şeklinde ağsı bir görüntü vardır. Hasta genellikle lezyonun varlığından habersizdir. Eritematöz tip küçük, beyaz papüller veya plaklar şeklinde görülür. Bu lezyon, diş etinde deskuamatif gingivite neden olur. Eroziv tip ise, yırtılmış büllöz lezyonlar şeklinde izlenir. Bu hastalarda yemek yerken ağrı oluşabilir (3,5-7). Ayrıca, bu lezyonlardan anogenital bölge, konjunktiva, özefagus ve larenks gibi ekstraoral mukozal bölgeler de etkilenebilir (8).

OLP, malign transformasyon gösterebilmektedir (2,9). Klinik tanıda, displazi ve malignite ayırıcı tanısı için biyopsi tavsiye edilmektedir (5,10). OLP'un tedavisinde, topikal kortikosteroidler (11), topikal hiyaluronik asid (12), CO₂ lazer (6), topikal siklosporin-A (13) kullanılmaktadır.

Bu olgu sunumunun amacı, retiküler OLP'un klinik özelliklerini sunmaktır.

Olgu Sunumu

Elli altı yaşında retiküler OLP'u olan erkek hasta Diyarbakır Asker Hastanesine başvurdu. Hastanın alınan anamnezinde yaklaşık 6-7 aydır yanaklarında yanma şikayeti ve sistemik olarak diyabetes mellitusu

* Kara Harp Okulu Reviri Diş Servisi

**GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

Bu olgu sunumu, Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneğinin 16. Uluslararası Kongresinde (03-08 Kasım 2009, Ürgüp, Nevşehir) poster bildirisi olarak sunulmuştur

Aynı basım isteği: Hasan Ayberk Altuğ, GATA Diş Hekimliği Bilimleri Merkezi Ağız, Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Etilik-06018, Ankara
E-mail: aybork@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 08.01.2010 • Kabul tarihi: 12.05.2010

olduğu öğrenildi. Yapılan ağız içi muayenesinde, çift taraflı tüm yanak mukozasını kaplayan beyaz renkli, balık ağını andıran lezyon tespit edildi (Şekil 1). Ayrıca hastanın sağ alt 2. büyük azı ve sol üst 1. büyük azı dişlerinde düzensiz yapılmış yanakta iritasyona neden olan amalgam restorasyonlar görüldü.



Şekil 1. Tedavi öncesi çift taraflı yanak mukozasında oral liken planus

Histopatolojik incelemede LP tanısı kondu. Tedavisinde hastaya oral hijyen eğitimi verildi. Düzensiz yapılmış, aşınmış dolguları tedavi esnasında değiştirildi. Topikal kortikosteroid olarak triamsinolon asetonat uygulandı. Topikal kortikosteroidi sürdükten sonra ilacın lezyon yüzeyinde bir süre kalabilmesi için en az 1 saat hiçbir şey yiyip içmemesi tavsiye edildi. Her iki taraf bukkal mukozadaki lezyonların iyileştiği gözlemlendi (Şekil 2). Hastamızın 1 yıl sonraki kontrolünde nüks saptanmadı.



Şekil 2. Tedavi sonrası yanak mukozasının görünümü

Tartışma

OLP ağız mukozasında çoğunlukla yanak mukozasını etkilemektedir (7). Bu olgu sunumunda yanak mukozasında teşhis edilen OLP'un klinik özellikleri ve tedavisinden bahsedilmektedir. OLP, T hücre aracılı otoimmün bir hastalık olmakla birlikte, etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Bazı çalışmalar, OLP'un diyabet, karaciğer hastalıkları (Hepatit C) bulunan kişilerde görüldüğünü ileri sürmektedir (5,14,15). Yine bir başka çalışmaya göre, OLP'u olan hastalarda yüksek anksiyete, derin depresyon ve psikişik hastalıklar olduğu rapor edilmiştir (16).

OLP'un oluşturabileceği en önemli komplikasyon, oral skuamoz hücreli karsinoma dönüşebilmesidir (5). Pakfetrat ve ark. en çok retiküler form OLP ile karşılaştıklarını ve malign transformasyon oranının %0.07 olduğunu bildirmişlerdir (17). Bizim vakamızda da retiküler tipte OLP teşhisi kondu.

Fang ve ark. OLP'un malign transformasyonu üzerine yaptıkları çalışmada, oranı %1.1, yaş ortalamasını 52 ve en sık malign transformasyonun dilde görüldüğünü ortaya koymuşlardır (2). Bu çalışmada, ağrı olan ve alkol/sigara kullanan yaşlı hastalarda malign transformasyon görüldüğü belirtilmiştir. Neumann ve ark. 611 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında sigara kullanan kişilerde retiküler ve atrofik OLP'u, kullanmayan kişilere göre daha az gördüklerini iddia etmişlerdir (18). Bizim hastamız da uzun yıllardır sigara içmekteydi.

OLP'u olan hastaların, yaklaşık %15'inde deri lezyonları da görülmektedir. Bu lezyonlar oral lezyonlardan birkaç ay sonra oluşabilir. Kafa derisi ve tırnaklarda görülen LP'a OLP'un eşlik etmesi çok seyrek. Ayrıca bu lezyonlar, daha az sıklıkla olmakla birlikte genital bölge, özafagus ve gözde de görülmektedir (19).

OLP'un tedavisinde lezyonun tipi, hastanın şikayetleri, alışkanlıkları ve yaşı rol oynamaktadır. Retiküler lezyonlar genellikle asemptomatik seyreder. Atrofik ve ülseratif lezyonlar rahatsız edici semptomlarından dolayı tedavi edilmelidir. Keskin dolgu veya protez kenarları gibi mekanik travma yaratan faktörler dikkatle incelenmelidir (5). Bu vaka raporunda retiküler form teşhis edilmesine rağmen, hastanın mukozasında yanma şikayetleri olması nedeniyle tedavisi gerçekleştirilmiştir.

OLP'un tedavisinde en çok kullanılan madde topikal kortikosteroiddir. Bu amaçla kullanılan kortikosteroidler arasında fluocinolone acetonide, flucinonide ve süperpotent halogen kortikosteroidlerden olan klobetazol bulunmaktadır (20). Bu ilaçların oral mukozada atrofi ve kandidiyazis oluşması gibi yan etkileri olabilir. Oral florayı bozmamak için klobetazol gibi güçlü etkili kortikosteroid ile başlanıp, triamsinolon gibi orta etkili bir kortikosteroid ile devam etmek daha iyi olabilir. Oral floraya olumsuz etkisi ve adrenal süpresyona neden olma ihtimaline karşı, klobetazolun iki haftadan fazla kullanılmamasına dikkat edilmelidir (5).

Nolan ve ark. OLP'un tedavisinde %0.2'lik topikal hiyaluronik asid jel kullanmışlar, hastaların bu uygulamadan fayda gördüklerini bildirmişlerdir (12). Van der Hem ve ark. CO₂ lazer uygulamasının başarılı olduğunu savunmuşlardır (6). OLP'un tedavisinde kullanılan bir başka grup ise, kalsinörin inhibitörlerinden

olan siklosporin ve takrolimus gibi immünoşüpresif ilaçlardır. Conrotto ve ark. siklosporin ile klobetazolü karşılaştırmışlar, siklosporinin etkisinin klobetazole göre daha az olduğunu bildirmişlerdir (21).

Biz vakamızda, topikal kortikosteroidin bir aylık kullanımını, oral hijyenin sağlanması ve taşkın dolguların yenilenmesi ile OLP'un iyileştiğini, hastanın şikayetinin kalmadığını tespit ettik. Yapmış olduğumuz taramalarda, literatürlere göre sık görülen retiküler tip LP'un malignite gibi ciddi sonuçlar doğurma ihtimaline rağmen, Türkçe makalelerde yeterince yer almadığı görüldü. Özellikle Pakfetrat ve ark.nın yayınında en sık retiküler tip OLP'la karşılaşıldığı, dolayısıyla bu vakalardan sonra malign transformasyon oranının %0.07 olması, bu lezyonun dikkatli olarak değerlendirilmesinin önemini artırmaktadır (17). Hatta malignite oranı Fang ve ark.nın çalışmasında %1.1'i bulmaktadır (2). Bu nedenle vaka raporumuzda LP hakkında bilinenleri yeni literatür bilgileri ışığında düzenledik.

Sonuç olarak, sistemik hastalıklar ile ilişkili olarak seyredilen OLP'un ilk muayene esnasında tespiti ve tedavisi özellikle malignite açısından önem taşımaktadır. Oral hijyenin sağlanması, hazırlayıcı faktörlerin ortadan kaldırılması ve genellikle sistemik kullanıma gerek kalmadan topikal kortikosteroidler kullanılarak OLP'un tedavisi mümkün olmaktadır.

Kaynaklar

1. Sonis TS, Faizo CR, Fang L. Oral Medicine. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1995: 364-365.
2. Fang M, Zhang W, Chen Y, He Z. Malignant transformation of oral lichen planus: a retrospective study of 23 cases. Quint Int 2009; 40: 235-242.
3. Cawson RA, Odell EW, Porter S. Disease of the oral mucosa: Non-infective stomatitis. In: Cawson RA, Odell EW, Porter S (eds). Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 7th ed. London: Churchill Livingstone, 2002: 197-199.
4. Gedik R, Arıcı S, Hah Marufi. Lichen planus: Case report. J Cumhuriyet University Dental Faculty 2000; 3: 44-46.
5. Eisen D, Carrozzo M, Bagan Sebastian JV, Thongprasom K. Number V oral lichen planus: clinical features and management. Oral Dis 2005; 11: 338-349.
6. Van der Hem PS, Egges M, van der Wal JE, Roodenburg JL. CO2 laser evaporation of oral lichen planus. Int J Oral Maxillofac Surg 2008; 37: 630-633.
7. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 60: 30-34.
8. Bilen N. Problems in eroziv lichen planus treatment. T Klin J Int Med Sci 2005; 1: 156-160.
9. Rodstrom PO, Jontell M, Mattsson U, Holmberg E. Cancer and oral lichen planus in a Swedish population. Oral Oncol 2004; 40: 131-138.
10. Scully C, Carrozo M. Oral mucosal disease: Lichen Planus. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46: 15-21.
11. Thongprasom K, Luengvisut P, Wongwatanakij A, Boonjatturus C. Clinical evaluation in treatment of oral lichen planus with topical fluocinolone acetonide: a 2-year follow-up. J Oral Pathol Med 2003; 32: 315-322.
12. Nolan A, Badminton J, Maguire J, Seymour RA. The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of oral lichen planus. J Oral Pathol Med 2009; 38: 299-303.
13. Altınyazar C, Şaşmaz R, Aksoy D, Çelebi CR, Sakman M, Eskioğlu F. Ulcerative oral lichen planus treated by topical siklosporin-A. T Klin Dermatol 1996; 6: 40-42.
14. Scully C, Eisen D, Carrozzo M. Management of oral lichen planus. Am J Clin Dermatol 2000; 1: 287-306.
15. Lundstrom IM. Incidence of diabetes mellitus in patients with oral lichen planus. Int J Oral Surg 1983; 12: 147-152.
16. Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. Med Oral 2004; 9: 1-7.
17. Pakfetrat A, Javadzadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral Lichen Planus: a retrospective study of 420 Iranian patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009; 14: E315-E318.
18. Neumann-Jensen B, Holmstrup P, Pindborg JJ. Smoking habits of 611 patients with oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1977; 43: 410-415.
19. 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.
20. Lozada-Nur F, Miranda C, Maliksi R. Double-blind clinical trial of 0.05% clobetasol propionate (corrected from proprionate) ointment in orabase and 0.05% fluocinonide ointment in orabase in the treatment of patients with oral vesiculoerosive diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 598-604.
21. Conrotto D, Carbone M, Carrozzo M, et al. Cyclosporin vs. clobetasol in the topical management of atrophic and erosive oral lichen planus: a double-blind, randomized controlled trial. Br J Dermatol 2006; 154: 139-145.