

بررسی گذشته‌نگر لیکن پلان دهانی در بخش پاتولوژی دهان و فک دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در فاصله سالهای ۱۳۴۷ تا پایان ۱۳۸۱

دکتر مریم خلیلی[†] - دکتر مریم شجاعی**

*استادیار گروه آموزشی پاتولوژی دهان و فک دانشکده دندانپزشکی و عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی تهران

**دندانپزشک

Title: A retrospective study of oral lichen planus in oral pathology department, Tehran University of Medical Sciences (1968-2002)

Authors: Khalili M. Assistant Professor*, Shojaee M. Dentist

Address:*Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences

Background and Aim: Oral lichen planus is a chronic mucocutaneous disease with various clinical expressions. The histopathologic features are not characteristic and may be seen in other diseases. The aim of this study was to determine the clinical and pathologic features of oral lichen planus in oral pathology department of dental school, Tehran university of medical sciences.

Materials and Methods: In this case series study, archive of oral pathology department from 1968 to 2002 was reviewed and cases diagnosed as lichen planus and related lesions selected. The diagnosis of oral lichen planus was confirmed by evaluation of microscopic slides. Clinical informations such as age, sex, site and duration of lesions and differential diagnosis as well as microscopic findings were recorded. Data were analyzed with SPSS software using t student, ANOVA, Chi-square and Post Hoc Tukey tests with $p < 0.05$ as the limit of significance.

Results: From a total of 402 cases recorded as lichen planus and related lesions, 251 cases were confirmed for final analysis. The mean age of patients was 42 years (5 to 83 years). 50.4% of cases were men and 49.6% women. The most prevalent clinical type was the ulcerative form and the mean duration of disease was 18.4 months. Buccal mucosa was most frequently involved followed by the tongue and gingiva. A white patch, Wickham's striae and mucosal erythema were the most prevalent clinical appearance and parakeratosis, orthokeratosis and eosinophilic band the most frequent microscopic features.

Conclusion: Based on the results of this study, the correlation of clinical and pathological findings in the proper diagnosis of oral lichen planus is emphasized.

Key Words: Oral lichen planus; Mucocutaneous lesions; Histopathology

[†] مؤلف مسؤول: نشانی: تهران - خیابان انقلاب اسلامی - خیابان قدس - دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده دندانپزشکی - گروه آموزشی پاتولوژی دهان و فک
تلفن: ۰۲۶۴۰۶۶۴۰ نشانی الکترونیک: khalilimar@hotmail.com

چکیده

زمینه و هدف: لیکن پلان بیماری مزمن پوستی مخاطی با تظاهرات کلینیکی متفاوت می‌باشد. نمای هیستوپاتولوژیک ضایعه اختصاصی نبوده و می‌تواند در سایر بیماریها مشاهده شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین برخی خصوصیات کلینیکی و پاتولوژیک موارد لیکن پلان دهانی پس از بازنگری در بایگانی بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی: در این بررسی case series، بایگانی گروه آموزشی پاتولوژی در فاصله سالهای ۱۳۴۷ تا پایان سال ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفت و نمونه‌های واجد تشخیص لیکن پلان و ضایعات وابسته، مجزا شد. پس از بازنگری اسلایدهای میکروسکوپی و تأیید تشخیص، با مراجعه به پرونده بیماران، اطلاعات بالینی شامل سن و جنس بیمار، محل ضایعه، تشخیص بالینی و افتراقی، سابقه پزشکی بیمار و خصوصیات هیستوپاتولوژیک با بررسی اسلایدهای میکروسکوپی استخراج شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری T، ANOVA، Chi-square و Post Hoc Tukey با سطح معنی‌داری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۴۰۲ مورد استخراج شده با تشخیص هیستوپاتولوژیک لیکن پلان و ضایعات وابسته در نهایت ۲۵۱ مورد با تشخیص قطعی لیکن پلان دهانی مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی بروز ضایعه ۴۲ سال با طیف سنی ۵-۸۳ سال بود. ۵۰/۴٪ بیماران مرد و ۴۹/۶٪ زن بودند. شایعترین شکل بالینی ضایعه فرم زخمی و متوسط زمان حضور ضایعه ۱۸/۴ ماه بود. شایعترین محل درگیری، مخاط باکال و پس از آن زبان و لثه گزارش شده بود. لکه سفید، خطوط و یکپارچه و اریتم مخاطی شایعترین نمای بالینی ضایعه بودند. در بین یافته‌های میکروسکوپی پاراکراتوز در ۶۵/۱٪ موارد، اورتوکراتوز در ۳۱/۱٪ موارد و باند ائوزینوفیلیک در ۶۰/۲٪ نمونه‌ها مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه بار دیگر لزوم ارتباط یافته‌های کلینیکی و هیستوپاتولوژیک در تشخیص صحیح لیکن پلان دهانی را خاطر نشان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: لیکن پلان دهانی؛ ضایعات پوستی مخاطی؛ هیستوپاتولوژی

وصول: ۸۴/۰۹/۱۴ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۲/۲۱ تأییدچاپ: ۸۵/۰۲/۲۶

مقدمه

درمانگاه‌ها انجام پذیرفته است (۴،۳،۲) و مطالعات جامع جمعیتی بسیار محدود می‌باشند (۶،۵). نظر به این که بسیاری از موارد لیکن پلان دهانی بدون علامت بوده احتمال این که نتایج این مطالعات در برگیرنده تمام موارد نبوده است، مطرح می‌باشد. از طرف دیگر وجود ضایعات لیکنوئید به عنوان طیف وسیعی از ضایعات با نمای کلینیکی و گاه هیستولوژیک مشابه نیز در مواردی، تشخیص دقیق لیکن پلان را دشوار می‌سازد (۷).

احتمال پیش سرطانی بودن ضایعه و وجود ماهیت مستقلی به نام Lichenoid dysplasia نیز بر ابهامات موجود در رابطه با این ضایعه می‌افزاید (۹،۸). Myers و همکاران طی بررسی بیماران با تشخیص لیکن پلان و

لیکن پلان بیماری مزمن پوستی مخاطی و نسبتاً شایعی است که اغلب مخاط دهان را نیز مبتلا می‌سازد. علت پیدایش بیماری چندان مشخص نیست، ولی شواهد موجود، نقش فرآیندهای ایمونولوژیک در اتیولوژی ضایعات را نشان می‌دهد. بیماری در زنان و سنین میانسالی شایعتر است و میزان شیوع آن بین ۰/۱٪-۲/۲٪ برآورد شده است (۱). میزان شیوع ضایعه و سایر شاخص‌های اپیدمیولوژیک آن در مقالات مختلف بسیار متفاوت گزارش شده است که از دلایل عمده آن چگونگی روش تحقیق، مراکز مورد مطالعه، نحوه نمونه‌گیری و حجم نمونه می‌باشد. بسیاری از مطالعات در مورد لیکن پلان با مراجعه به کلینیک‌های دندانپزشکی و

لیکنوئید، لیکنوئید دیسپلازی، Suggestive of OLP، Compatible with OLP، Probably OLP و Lichen planus with dysplasia (در مجموع ۴۰۲ نمونه) مجزا گردید. سپس با مراجعه به بایگانی، اسلایدهای میکروسکوپی بیماران استخراج و جهت تأیید تشخیص مجدداً توسط پاتولوژیست دهان و فک با میکروسکوپ نوری مورد بازبینی قرار گرفت. معیار تشخیص براساس آخرین منابع موجود، وجود سه شاخص زیر بود (۹):

۱- دژنراسانس هیدروپیک لایه بازال که به صورت تورم و محو شدن سلولها و کاهش رنگ‌پذیری در لایه سلولهای بازال مشاهده شد.

۲- بلوغ و تمایز صحیح سلولهای اپی‌تلیال به صورتی که لایه‌های سلولهای اپی‌تلیالی از عمق به سطح دارای بلوغ طبیعی بوده و علائم دیسپلازی مشاهده نگردد.

۳- ارتشاح نواری شکل سلولهای لنفوسیت در زیر اپی‌تلیوم (در صورتی که ارتشاح به صورت موضعی و یا حاوی سلولهای مختلط و با فاصله از اپی‌تلیوم بود، نمونه حذف شد. در صورت فقدان هر یک از مشخصه‌های فوق و یا وجود نماهای ویژه‌ای که تشخیص ضایعات لیکنوئید را مطرح می‌نمود، نمونه از تحقیق کنار گذاشته شد، همچنین در صورت مناسب نبودن اسلاید میکروسکوپی یا موجود نبودن بلوک پارافینه، نمونه از مطالعه حذف گردید.

مشخصات کلینیکی بیماران که دارای تشخیص میکروسکوپی لیکن پلان بودند، با مراجعه به برگه‌های بیوپسی ثبت شد. این مشخصات شامل جنس و سن بیمار، محل ضایعه، تشخیص بالینی و افتراقی، نمای بالینی، نوع مشکل سیستمیک بیمار، نوع بالینی لیکن پلان و مدت حضور ضایعه بود. سپس تمامی نمونه‌های با تشخیص قطعی لیکن پلان از جهات زیر نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

در اپی‌تلیوم، وجود کراتینیزاسیون و نوع آن، ادم داخل سلولی، آکانتوز یا آتروفی، وجود Civatte body و زخم

ضایعات لیکنوئید طی چهار دهه به این نتیجه رسیدند که در طول مدت زمان مورد بررسی تشخیص قطعی لیکن پلان کاهش یافته و برعکس تشخیص‌های کلی‌تر و گاه مبهم مانند Probable، Possible و Suggestive of OLP افزایش یافته است (۱۰). با توجه به این که بایگانی گروه آموزشی پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران منبع معتبری برای مطالعات مربوط به ضایعات مخاطی دهان می‌باشد و از طرف دیگر اکثر مطالعات مربوط به لیکن پلان در کشور ما مرتبط با روشهای درمانی ضایعه است و بررسی خصوصیات آماری کلینیکی و پاتولوژیک ضایعه کمتر انجام پذیرفته است، همچنین با توجه به قدمت بایگانی مذکور و وجود معیارهای جدیدتر تشخیصی در مقالات اخیر لزوم بازبینی موارد موجود در بایگانی بخش پاتولوژی احساس می‌شود. هدف از تحقیق حاضر بازبینی مجدد نمونه‌های لیکن پلان دهانی و ضایعات وابسته در بایگانی بخش پاتولوژی دهان و فک در فاصله زمانی ۳۵ ساله (۱۳۴۷-۱۳۸۱) و جدا نمودن موارد قطعی لیکن پلان با توجه به معیارهای تشخیصی موجود و سپس تعیین برخی خصوصیات کلینیکی و پاتولوژیک این ضایعه بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع case series و با هدف تعیین خصوصیات آماری و هیستوپاتولوژیک ضایعه لیکن پلان دهانی، در بایگانی گروه آموزشی پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران از سال ۱۳۴۷ تا پایان سال ۱۳۸۱ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه کلیه نمونه‌های موجود در این بایگانی با تشخیص لیکن پلان دهانی بود.

ابتدا با مراجعه به بایگانی پاتولوژی از سال ۱۳۴۷ تا پایان سال ۱۳۸۱ (در مجموع شامل ۱۱۰۰۴ نمونه) ضایعات با تشخیص لیکن پلان دهانی و ضایعات وابسته شامل واکنش

و در نوع زخمی و بولوز به ترتیب $2/1 \pm 43/3$ سال و $6/9 \pm 47/7$ سال بود.

از نظر توزیع فراوانی انواع بالینی ضایعات لیکن پلان دهانی در بین زنان و مردان اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/76$). متوسط مدت حضور ضایعه در بیماران برابر $2/7 \pm 18/4$ ماه (از ۱ تا ۲۴ ماه و میانه ۶ ماه) بود. متوسط مدت زمان حضور ضایعه در نوع رتیکولر $5/1 \pm 15/5$ ماه، در نوع زخمی $6 \pm 26/3$ ماه و برای نوع بولوز $5/1 \pm 12$ ماه بود.

توزیع فراوانی بیماران برحسب محل درگیری در جدول ۱ نشان داده شده است. لازم به ذکر است که در برخی از بیماران بیش از یک محل درگیری گزارش شده بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران برحسب محل درگیری

محل ضایعه	تعداد	درصد
گونه	۱۶۹	۷۴/۴
زبان	۶۴	۲۸/۲
لثه	۳۸	۱۶/۷
لب	۹	۴
کام	۸	۳/۵
کف دهان	۴	۱/۸

مخاط گونه شایعترین محل درگیری و پس از آن زبان و لثه قرار داشت. در ۶۷٪ موارد ضایعه در یک ناحیه آناتومیک گزارش شده بود.

تشخیص بالینی در ۲۲۴ بیمار ثبت گردید. در ۸۲/۶٪ موارد مطرح شده، تشخیص بالینی لیکن پلان بود. از بین سایر تشخیص‌های بالینی مطرح شده، لکوپلاکیا (۲۱/۶٪)، پمفیگوس (۵/۴٪) و BMMP (۲/۲٪) شایع‌ترین بیماریها بودند. لازم به ذکر است که در برخی از بیماران بیش از یک تشخیص بالینی ذکر شده بود.

از نظر بیماریهای سیستمیک در اکثر موارد (۸۱/۳٪) هیچ گونه بیماری سیستمیکی گزارش نشده بود. در مجموع موارد گزارش شده بیماریهای عصبی و ضایعات پوستی به ترتیب با

بررسی شد. در بافت همبند نیز وجود باند ائوزینوفیلیک، ملانین و فولیکول لنفاوی مورد ارزیابی قرار گرفت، همچنین شکل Rete pegها به انواع Saw tooth، قطره شمعی و بدون شکل خاص تقسیم‌بندی شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده کدگذاری گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد پردازش قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آزمونهای T Student، ANOVA، Fisher's Exact و Post Hoc Tukey، Chi-Square با سطح معنی‌داری $p < 0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۱۰۰۴ نمونه موجود در بایگانی گروه آموزشی پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران در فاصله سالهای ۱۳۴۷ تا پایان ۱۳۸۱، ۴۰۲ مورد با تشخیص لیکن پلان و ضایعات وابسته استخراج شد که پس از بررسی مجدد اسلایدهای میکروسکوپی در نهایت ۲۵۱ نمونه واجد معیارهای تشخیصی مناسب جهت ورود به مطالعه بودند. نتایج بررسی به شرح زیر بود:

یافته‌های بالینی

میانگین سنی $14/2 \pm 42/7$ سال (دامنه ۵-۸۳ سال) بود. این میزان در مردان $15/3 \pm 41/5$ سال (دامنه ۵-۸۳ سال) و در زنان $13/1 \pm 44/3$ سال (دامنه ۶-۷۳ سال) بود، که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P > 0/05$).

از نظر جنس $50/4$ ٪ ضایعات در مردان و $49/6$ ٪ در زنان گزارش شد و نسبت ابتلاء مرد به زن $1/01$ به ۱ بود. بیشتر بیماران در دهه پنجم قرار داشتند و بیشترین میزان ابتلا مردان و زنان نیز در همین دهه گزارش شد.

نوع بالینی ضایعه در ۸۹ بیمار گزارش شده، شامل ۶۸ نفر $76/4$ ٪، نوع زخمی، ۱۲ نفر $13/5$ ٪، نوع رتیکولر ۹ نفر $10/1$ ٪، نوع بولوز بود.

میانگین سن بروز ضایعه در نوع رتیکولر $2/8 \pm 37/2$ سال

در ۸۴/۱٪ موارد شکل خاصی از Rete peg وجود نداشت. در ۱۵/۵٪ اشکال Saw tooth و در یک بیمار شکل قطره شمعی مشاهده گردید.

مقایسه شاخصهای هیستولوژیک، در نواحی مختلف آناتومیک حاکی از آن بود که باند اتوزینوفیل در ضایعات موجود در گونه، نسبت به سایر نواحی دهان مشخص تر بود ($P=0/006$)، توزیع فراوانی سایر شاخصهای میکروسکوپی در نواحی مختلف آناتومیک از نظر آماری تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P>0/05$).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین خصوصیات آماری و هیستوپاتولوژیک ضایعات لیکن پلان دهانی در بایگانی گروه آموزشی پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران در مدت زمان ۳۵ سال (از سال ۱۳۴۷ تا پایان سال ۱۳۸۱) انجام شد.

۴۰۲ نمونه که در کل ۳/۶٪ نمونه‌های موجود در بایگانی را به خود اختصاص می‌دادند، با تشخیص نهایی لیکن پلان دهانی، واکنش لیکنوئید، Possible OLP، Suggestive of OLP و Compatible with OLP از بایگانی استخراج شد. این تنوع در نامگذاری به علت مشکلاتی است که در امر تشخیص لیکن پلان دهانی وجود دارد و رسیدن به تشخیص قطعی را در برخی موارد علیرغم وجود علائم بالینی و میکروسکوپی دشوار می‌سازد. فراوانی این ضایعات در مطالعه حاضر مشابه تحقیق Myers و همکاران در دانشگاه Minnesota (با ۲/۸٪ فراوانی) بود (۱۰).

نتایج حاصل از مطالعات مربوط به لیکن پلان دهانی تا حدودی متفاوت است. این تفاوتها بیشتر به دلیل اختلاف در روش نمونه‌گیری، نحوه انتخاب نمونه‌ها، تعداد نمونه، مراکز مورد مطالعه، اختلاف در معیارهای تشخیصی، تأیید یا عدم تأیید تشخیص توسط مطالعه هیستولوژیک و اختلاف در

۶/۴٪ و ۵/۶٪ موارد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده بودند. سابقه استعمال دخانیات در ۹ نفر (۳/۶٪) گزارش شده بود.

از نظر علائم بالینی در ۴۰/۲٪ موارد سوزش، خارش و درد خود به خود و در ۳۷/۱٪ لکه سفید گزارش شد و خطوط ویکهام و لکه اریتماتوز به ترتیب با ۲۶/۳٪ و ۲۵/۵٪ در مرتبه‌های بعدی قرار داشتند.

یافته‌های میکروسکوپی

توزیع فراوانی هر یک از شاخصهای میکروسکوپی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی شاخصهای میکروسکوپی در اسلایدهای مورد بررسی

پارامتر میکروسکوپی	تعداد	درصد
سطح پاراکراتینیزه	۱۶۲	۶۵/۱
سطح ارتوکراتینیزه	۷۸	۳۱/۱
ادم	۷۲	۲۸/۷
آکانتوز	۱۰۹	۴۳/۴
آتروفی در EP*	۴۷	۱۸/۷
مخاط Lining	۶	۲/۴
زخم	۱۶	۶/۴
Civatte body	۸۷	۳۴/۷
دژنراسانس هیدروپیک	۲۵۱	۱۰۰
باند اتوزینوفیلیک	۱۵۱	۶۰/۲
باند لنفوسیتی	۲۵۱	۱۰۰
بلوغ طبیعی سلول‌های EP*	۲۵۱	۱۰۰
ملانین در بافت همبند	۹۶	۳۸/۲
فولیکول لنفوی	۹	۳/۶
وزیکول	۵۴	۲۱/۵

EP=اپی‌تلیوم

در ۹۶٪ موارد، مخاط ضایعه کراتینیزه بود. از ۱۶۲ مورد مخاط پاراکراتینیزه، در ۱۴ مورد لایه پاراکراتین ضخیم دیده شد و از ۷۸ ضایعه ارتوکراتوتیک، در ۱۲ مورد لایه ضخیم ارتوکراتین مشاهده گردید.

نوع زخمی را ۵۹/۵٪ با توزیع بیشتر در زنان (۱۱) و در سال ۱۹۹۱، ۲۸/۵٪ ضایعات را از نوع رتیگولر و ۷۱/۵۸٪ را از نوع زخمی و آتروفیک با فراوانی ۶۱٪ و ۷۵٪ برای زنان و ۳۹٪ و ۲۵٪ برای مردان گزارش نمودند (۱۲).

در سال ۲۰۰۱ نیز فراوانی ضایعات رتیگولر ۲۴/۳٪ با میانگین سنی ۵۱/۳ سال، آتروفیک ۳۳/۶٪ با میانگین سنی ۵۵/۱ سال و فرم زخمی ۴۱/۹٪ با میانگین سنی ۵۷ سال گزارش شد (۱۳). با توجه به این که ضایعات رتیگولر در اکثر مواقع مورد بیوپسی قرار نمی‌گیرند، نتایج مطالعه حاضر در این زمینه بیانگر توزیع واقعی بیماری در جمعیت نمی‌باشد. در مطالعات prospective یاد شده نیز میزان نوع آتروفیک و زخمی بیش از نوع رتیگولر گزارش شده است که دلیل آن بررسی بیماران مراجعه کننده به مراکز تشخیصی و درمانی می‌باشد. بدیهی است چون نوع رتیگولر فاقد درد و علائم کلینیکی است، مراجعه افراد مبتلا و حتی آگاهی آنان از ضایعه کمتر از سایر انواع بیماریها می‌باشد. به هر صورت مطالعه ما از محدودیتهای مطالعات گذشته‌نگر و مشابه مبرا نمی‌باشد. برای رسیدن به نتایج واقعی در مورد نوع رتیگولر مطالعات جمعیتی توصیه می‌شود که مشکلات خاص خود را دارد.

در مطالعه حاضر محل شایع درگیری، مخاط گونه (۷۴/۴٪) بود و پس از آن زبان (۲۸/۲٪) و لثه (۱۶/۷٪) شایع‌ترین محل‌های درگیری بودند و در ۶۷٪ موارد درگیری فقط در یک محل آناتومیک دیده شد. درگیری شایع گونه مطابق با تمام تحقیقاتی است که قبلاً انجام گرفته، ولی در تحقیقات Silverman و همکاران بعد از گونه، لثه و زبان محل‌های شایع درگیری بودند (۱۳، ۱۲، ۱۱). که با تحقیق حاضر متفاوت است، ولی در تحقیق Vincent و همکاران فراوانی ضایعات به همان ترتیبی بود که در مطالعه ما به آن اشاره شده است (۱۴). در تحقیقات صورت گرفته، گزارش شد، در اغلب موارد ضایعه در چند ناحیه از دهان وجود دارد،

تعاریف موجود، طول زمان مطالعه و موارد مشابه می‌باشد. با وجود این در اکثر قریب به اتفاق مطالعات، میزان شیوع جمعیتی ذکر نگردیده است، زیرا بررسی این ضایعات بر روی بیماران در مراکز تشخیص بیماریهای دهان انجام می‌شود و نه در کل جامعه و این بیماران به دلیل داشتن درد و ناراحتی و یا توسط دندانپزشکان برای انجام بررسی بیشتر به این مراکز فرستاده می‌شوند. افرادی وجود دارند که مبتلا به این ضایعه هستند، ولی به دلیل نداشتن ناراحتی و درد یا عدم اطلاع از وجود ضایعه به خصوص در نوع رتیگولر به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند. با توجه به این مطلب در مطالعه حاضر نیز اعداد به دست آمده بیانگر شیوع یا بروز ضایعه نمی‌باشد، با وجود این نتایج مطالعه حاضر از بسیاری جهات با مطالعات دیگر قابل مقایسه است.

در مطالعه ما میانگین سنی در بیماران $42 \pm 14/2$ سال بود و بیماران در طیف سنی ۵-۸۳ سال قرار داشتند. متوسط سنی بروز ضایعه در مردان $41/5 \pm 15/3$ سال با طیف سنی ۵-۸۳ سال و متوسط سنی بیماران زن $44/4 \pm 13/1$ سال با طیف سنی ۶-۷۳ سال بود و بیشتر بیماران در دهه سنی ۴۰-۴۹ سال قرار داشتند. Silverman و همکاران در سال ۱۹۷۴ میانگین سن ابتلا به ضایعه را ۵۲ سال (۲۲-۸۰ سال) و در سال ۱۹۹۱، ۵۴ سال (۲۱-۸۲ سال) گزارش کردند (۱۲، ۱۱).

در مطالعه حاضر فراوانی بیماران زن ۴۹/۶٪ و فراوانی بیماران مرد ۵۰/۴٪ و نسبت ابتلا مردان به زنان ۱/۰۱ بود. Silverman و همکاران در مطالعات خود ۶۵٪-۶۷٪ بیماران را زن و Vincent و همکاران این میزان را ۷۶٪ گزارش کردند (۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱).

فراوانی ضایعات رتیگولر، زخمی و بولوز در افرادی که تشخیص بالینی برای آنها مطرح شده بود (۸۹ نفر) به ترتیب ۱۳/۵٪، ۷۶/۴٪، ۱۰/۱٪ گزارش شد. Silverman و همکاران در سال ۱۹۷۴ فراوانی ضایعات رتیگولر را ۳۴٪ و

میکروسکوپی و تشخیص نهایی نماید. در غیر این صورت چاره‌ای جز استفاده از اصطلاحات کلی مانند Suggestive, Probable, Compatible و یا فرم کلی Lichenoid reaction برای پاتولوژیست باقی نمی‌ماند.

از طرف دیگر تغییرات به وجود آمده در معیارهای تشخیصی بالینی و میکروسکوپی لیکن پلان طی دهه‌های اخیر و به خصوص پیشنهاد ضایعه‌ای مجزا به نام Lichenoid dysplasia و اختلاف نظر فراوان بر سر پتانسیل بدخیمی این بیماری، بار دیگر لزوم توجه فزاینده به این بیماران، تهیه تاریخچه دقیق و شرح کامل آن در برگه‌های بیوپسی، انتخاب دقیق محل و شرایط بیوپسی و همیاری نزدیک پزشک معالج و پاتولوژیست را خاطرنشان می‌سازد.

در این مطالعه با در نظر گرفتن تمامی عوامل فوق سعی شد، ابتدا تمامی ضایعات Lichenoid استخراج شده پس از بازبینی مجدد اسلایدهای میکروسکوپی تنها مواردی که دارای معیارهای دقیق میکروسکوپی بودند مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. بنابراین صرف نظر از محدودیت‌های تمامی مطالعات بایگانی و گذشته‌نگر می‌توان ادعا نمود که با در نظر گرفتن موارد ذکر شده، نتایج مطالعه حاضر می‌تواند منعکس‌کننده خصوصیات کلینیکی و پاتولوژیک ضایعه باشد. شایان ذکر است که به دلیل این که علایم بالینی از پرونده‌های بیماران استخراج گردیده، متأثر از نواقص موجود در پرونده‌ها می‌باشد، از جمله ممکن است محل بیوپسی تنها محل درگیری ضایعات نباشد، بنابراین در نهایت ضمن تأکید مجدد بر گرفتن شرح حال کامل و انعکاس آن در پرونده بیماران، انجام مطالعات وسیعتر و آینده‌نگر در این زمینه توصیه می‌شود.

که با تحقیق ما متناقض است. این امر می‌تواند ناشی از نوع مطالعه ما باشد که با استفاده از بایگانی انجام شده است. مطالعات مذکور غیر از مطالعه Myers و همکاران که مانند مطالعه حاضر با استفاده از بایگانی انجام شده بود، همگی به صورت مدت‌دار و روی بیماران انجام گرفته است و صحت اطلاعات آنها بیشتر مورد قبول است (۱۰).

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد، در ۸۲/۶٪ موارد، تشخیص بالینی و میکروسکوپی هماهنگ می‌باشد که بیانگر آن است که تشخیص لیکن پلان با وجود نمای مشخص آن که خطوط و یکپه‌ام است، در اکثر موارد از نظر کلینیکی مقدور می‌باشد.

این نتایج با آنچه توسط Myers و همکاران گزارش شده بود نیز هماهنگ است. آنها نیز در ۷۲٪ موارد هماهنگی تشخیص بالینی و میکروسکوپی را گزارش کرده بودند و لکوپلاکیا و پمفیگوس نیز در تشخیص‌های بالینی گزارش شده بود (۱۰).

در مجموع با توجه به حجم نمونه متفاوت در زیر گروه‌های مطالعه، نمی‌توان استنتاج آماری صحیحی از تفاوت متغیرهای زمینه‌ای و مستقل در زیر گروه‌های ضایعه ارائه نمود.

لیکن پلان جزئی از ضایعات لیکنوئید دهانی می‌باشد که طیف وسیعی از ضایعات با اتیولوژی‌های متفاوت و نماهای بالینی و هیستولوژیک گاه کاملاً یکسانی را در بر می‌گیرد، بنابراین در تشخیص این ضایعات، بررسی دقیق بیمار از نقطه‌نظر بالینی، سابقه مصرف دارو، بیماریهای سیستمیک، وجود پرکردگی‌ها و نظایر آن، اهمیت به سزایی دارد. در همین راستا انعکاس دقیق موارد فوق در برگه شرح حال بیماران می‌تواند کمک شایانی به تفسیر یافته‌های

منابع:

- 1- Neville BW, Damm DD, Allen CN, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. WB, Saunders Philadelphia, 2002. p.680.

- 2- Silverman S, Gorsky M, Lozada NF. 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.
- 3- Bagan-Sebastian JV, Milian-Masanet MA, Penarrocha-Diago M, Jimenez Y. A Clinical study of 205 patients with oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 116-118.
- 4- Brown RS, Botkomley WK, Puente E, Lavigne GS. A retrospective evaluation of 193 patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1993; 22: 69-72.
- 5- Axell T, Rundquist L. Oral lichen planus a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 52-6.
- 6- Bouquot JE, Gorlin RJ. Leukoplakia, lichen planus, and other oral keratoses in 23,616 white Americans over the age of 35 years.. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61: 373-381.
- 7- Odell WE, Morgan PR. *Biopsy Pathology of Oral Tissue*. Chapman and Hall 1998; 37-53.
- 8-Silverman S Jr. Oral lichen planus: A potentially premalignant lesion. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 1286-1288.
- 9-Eisenberg E. Oral lichen planus. A benign lesion. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1278-1285.
- 10- Myers SL, Rhodus NL, Parsons HM, Hodges JS, Kaimal S. A retrospective survey of oral lichenoid lesions, revisiting the diagnostic process for oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 676-81.
- 11- Silverman S, Griffith M. Studies on oral lichen planus. Follow up on 200 patients, clinical characteristics and associated malignancy. *Oral Surg* 1974; 37: 705-710.
- 12- Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada-Nur F, Giannotti K. A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 665-70.
- 13- Chainani-Wu N, Silverman S Jr, Lozada-Nur F, Mayer P, Watson JJ. Oral lichen planus, patients profile, disease progression and treatment responses. *J Am Dental Assoc* 2001; 132: 901-908.
- 14- Vincent SD, Fotos PG, Baker KA, Williams TP. Oral lichen planus: the clinical, historical and therapeutic features of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70: 165-171.