

بررسی شیوع تغییرات بدخیمی در لیکن پلان دهانی در دو مرکز اصلی در شهر شیراز از سال ۱۳۸۵ الی ۱۳۸۸

مریم مردانی^۱ آزاده اندیشه تدبیر^۲ رضا احمدی^۳

چکیده

سابقه و هدف: لیکن پلان دهانی بیماری شایعی است که در بعضی مطالعات به عنوان ضایعه پیش بدخیم مطرح شده و توانایی تبدیل شدن به کارسینوم سلول سنگفرشی دهان را دارد. هدف این مطالعه بررسی شیوع تغییرات بدخیمی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی بود.

مواد و روش ها: این مطالعه گذشته نگر شامل ۳۸۶ بیمار مبتلا به لیکن پلان بود که بر اساس معیار WHO در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در شیراز انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفته بودند.

یافته ها: چهار نفر از ۳۸۶ بیمار (۱/۰۳ درصد)، شامل یک مرد و سه زن، تغییرات بدخیمی نشان دادند. تمام تغییرات بدخیمی در انواع قرمز رنگ لیکن پلان دیده شد و زبان شایع‌ترین مکان درگیری بود.

استنتاج: نتایج مطالعه حاضر فرضیه افزایش ریسک تغییرات بدخیمی در لیکن پلان دهانی را تأیید می‌کند و بر این اساس پیشنهاد می‌شود که بیماران به صورت سالیانه مونیور شوند تا در صورت ایجاد تغییرات بدخیمی در مراحل اولیه تشخیص داده شود.

واژه‌های کلیدی: لیکن پلان دهانی، تغییرات بدخیمی، کارسینوم سلول سنگفرشی دهان

مقدمه

گزارش شده است (۳). از آن‌جاکه در مطالعات مختلف، معیارهای تشخیص لیکن پلان دهانی متفاوت بوده، همچنین اطلاعاتی مبنی بر در معرض بودن به عوامل کارسینوژن ثبت نشده و محل ضایعه و مدت پیگیری بیماران نیز متفاوت می‌باشد، همچنین در بعضی مطالعات، موارد دارای دیسپلازی اپی تلیالی و یا دارای ظاهر لیکنوئید و دیسپلازی لیکنوئید، که خود پیش بدخیم می‌باشد نیز مورد بررسی قرار گرفته است (۴-۶).

لیکن پلان دهانی بیماری التهابی مزمن و شایعی است که تقریباً ۱ الی ۲ درصد افراد بالای ۱۵ سال را مبتلا می‌نماید (۱). علی‌رغم نتایج متناقض، لیکن پلان دهانی، در بعضی مطالعات به عنوان ضایعه پیش بدخیم مطرح شده است که توانایی تبدیل شدن به کارسینوم سلول سنگفرشی دهانی را دارد (۲). میزان این تغییرات بدخیمی در مطالعات مختلف متفاوت است و در مطالعات مختلف انجام شده از ۰/۴ تا ۵/۶ درصد

مؤلف مسئول: آزاده اندیشه تدبیر - شیراز: خیابان قصر دشت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت
E-mail: andisheh@sums.ac.ir

۱. گروه بیماری های دهان، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
۲. گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
۳. دندانپزشک

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۱۱/۱۶ تاریخ تصویب: ۹۰/۵/۳۰

بنابراین بسط نتایج مطالعات مختلف به سایر مناطق جغرافیایی صحیح نمی باشد و لازم است که مطالعات در نواحی مختلف جغرافیایی جداگانه انجام شود. بنابراین هدف این مطالعه بررسی شیوع تغییرات بدخیمی در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در دو مرکز اصلی در شهر شیراز می باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه گذشته نگر، با مراجعه به بایگانی آزمایشگاه پاتولوژی بیمارستان شهید فقیهی و آزمایشگاه دکتر دانشبد شهر شیراز در بین سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸، ضایعات لیکن پلان دهانی با توجه به معیارهای مطرح شده توسط WHO انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند (۷).

بدین منظور از بین تعداد ۴۸۸۳ پرونده مطالعه شده، ۳۸۶ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی انتخاب شده و اطلاعات آن ها شامل شماره نمونه پاتولوژی، کد پرونده، سن و جنس بیمار، ناحیه درگیر، نوع لیکن پلان دهانی و وجود یا عدم وجود تغییرات بدخیمی ثبت گردید. فرم کلینیکی لیکن پلان دهانی به دو فرم ضایعات سفید (پاپولار، رتیکولار و پلاک شکل) و ضایعات قرمز (آتروفیک و اروزو) تقسیم شد. ضایعات لیکنوئید مرتبط با مصرف دارو و یا در ارتباط با پرکردگی از مطالعه حذف شدند.

در این مطالعه به دلیل فقدان اطلاعات بالینی کافی از قبیل شکل، خصوصیات ظاهری و اندازه ضایعه در اکثر پرونده ها، امکان بررسی دقیق تر وجود نداشت. اطلاعات ثبت شده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ آنالیز و نتایج به صورت توصیفی بیان شد.

یافته ها و بحث

از مجموع ۳۸۶ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی، ۲۲۵ نفر زن (۵۸ درصد) و ۱۶۱ نفر مرد (۴۲ درصد) بودند و نسبت درگیری زنان به مردان ۱/۴ به ۱ بوده

است که مطابق با سایر مطالعات انجام گرفته می باشد (۸-۱۰). از عوامل مؤثر در غلبه نسبی لیکن پلان در زنان می توان به بیشتر بودن میزان استرس در آن ها و یا تأثیر عوامل هورمونی اشاره کرد (۱۱). میانگین سنی افراد مورد مطالعه $54/3 \pm 17/2$ سال محاسبه شد. ۳۰۰ مورد از بیماران مبتلا به لیکن پلان (۷۷/۷ درصد) سن بالای ۵۰ سال و ۸۶ مورد (۲۲/۳ درصد) سن زیر ۵۰ سال داشتند. درگیری بیشتر در سنین بالای ۵۰ سال را می توان با عواملی همچون افزایش سن و کاهش کارایی صحیح و عملکرد مناسب سیستم ایمنی و یا تأثیر عوامل اتیولوژیک به مرور زمان مرتبط دانست (۹). از طرفی در سنین بالا بدن انسان بیشتر مستعد بیماری های زمینه ای و سیستمیک می شود و حضور لیکن پلان دهانی با بعضی بیماری های سیستمیک مربوط به سن بالا مشاهده شده که خود می تواند زمینه ساز بیشتر لیکن پلان دهانی در سنین بالاتر باشد (۸، ۱۳-۱۰).

اطلاعات مربوط به محل درگیری در جدول شماره ۱ آورده شده است. بیشترین محل درگیری در افراد مبتلا به لیکن پلان دهانی ابتدا مخاط باکال (۳۶ درصد) و سپس زبان (۲۳ درصد) بود و در ۱۶/۲ درصد از بیماران نیز درگیری همزمان دو ناحیه دیده شد.

جدول شماره ۱: ضایعات لیکن پلان به تفکیک محل درگیری

محل درگیری	تعداد (درصد)
مخاط باکال	۱۳۹ (۳۶)
زبان	۸۹ (۲۳)
مخاط باکال و لب پایین	۵۴ (۱۴)
لثه	۴۴ (۱۱/۴)
مخاط لب پایین	۲۶ (۶/۷)
کام	۲۵ (۶/۴)
زبان و مخاط باکال	۹ (۲/۴)
جمع	۳۸۶ (۱۰۰)

در این مطالعه ۷۹/۵ درصد (۳۰۷ نفر) موارد، ضایعات از نوع قرمز (اروزو- آتروفیک) بودند در حالی که شایع ترین نوع لیکن پلان نوع رتیکولار می باشد که علت این یافته مرتبط با بیوپسی بیشتر از

و همکاران و Bermejo-fenoll و همکاران مشاهده شد محل شایع تغییرات بدخیمی در مخاط دهان و زبان بود (۱۵۸). اما Mignongna و همکاران افزایش ریسک بدخیمی را در خط وسط کام، لثه و لبها گزارش کرده‌اند (۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد، با این که احتمال تغییرات بدخیمی در لیکن پلان دهانی اندک می‌باشد، اما این احتمال به صورت خصوصیت داخلی و ذاتی و با در نتیجه تأثیر فاکتورهای ناشناخته خارجی در لیکن پلان دهانی دیده می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود، برای تمام بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی، به خصوص انواع آتروفیک و اروزیو بهتر است حداقل به صورت سالیانه پیگیری صورت گیرد تا در صورت ایجاد تغییرات بدخیمی در مراحل اولیه تشخیص داده شود.

در نهایت نتایج مطالعه حاضر فرضیه افزایش ریسک تغییرات بدخیمی در لیکن پلان دهانی را تأیید می‌کند و بر این اساس پیشنهاد می‌شود که بیماران به صورت سالیانه معاینه شوند تا در صورت ایجاد تغییرات بدخیمی در مراحل اولیه تشخیص داده شود.

ضایعات نوع قرمز می‌باشد. در بین پرونده‌های مورد مطالعه، در چهار بیمار (۱/۰۳ درصد) به صورت همزمان تغییرات بدخیمی دیده شد که ۲ مورد محل درگیری در زبان و ۲ مورد دیگر، درگیری در لب پایین و مخاط باکال و جور داشت. علت تفاوت در میزان تغییرات بدخیمی در ضایعات لیکن پلان در نواحی جغرافیایی مختلف را می‌توان به فاکتورهایی مانند معیارهای متفاوت انتخاب ضایعات لیکن پلان، عوامل کارسینوژن متفاوت و همچنین محل ضایعه نسبت داد.

در این مطالعه مطابق با سایر مطالعات تغییرات بدخیمی لیکن پلان، در انواع قرمز دیده شد (۱۴،۱۲،۴). این طور به نظر می‌رسد که انواع قرمز لیکن پلان (اروزیو-آتروفیک) مخاط دهان فرد را به آسیب ناشی از عوامل کارسینوژن مستعد می‌کنند. بنابراین افراد مبتلا به انواع قرمز لیکن پلان، می‌بایست حتی پس از دوره‌های غیبت ضایعات لیکن پلان نیز به طور منظم پیگیری شوند.

در این مطالعه دو مورد از تغییرات بدخیمی در ناحیه زبان دیده شد. در مطالعات Lanfranchi-Tizeira

References

1. Epstein JB, Wan LS, Gorsky M, Zhang L. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and the implications for clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96(1): 32-37.
2. Muñoz AA, Haddad RI, Woo SB, Bhattacharyya N. Behavior of oral squamous cell carcinoma in subjects with prior lichen planus. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136(3):401-404.
3. Van der Meij EH, Schepman KP, Smeele LE, Van der Wal JE, Bezemer PD, Van der Waal I. A review of the recent literature regarding malignant transformation of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88(3): 307-310.
4. Van der Meij EH, Mast H, Van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol* 2007; 43(8): 742-748.
5. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugarman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2: clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100(2): 164-178.
6. Gonzalez Moles MA, Scully C, Gil Montoya JA.

- Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis* 2008; 14(3): 229-243.
7. Kramer IR, Lucas RB, Pindborg JJ, Sobin LH Definition to leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 46(4): 518-539.
 8. Bermejo-Fenoll A, Sanchez-Siles M, López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Salazar-Sanchez N. Premalignant nature of oral lichen planus. A retrospective study of 550 oral lichen planus patients from south-eastern Spain. *Oral Oncol* 2009; 45(8): e54-56.
 9. Hietanen J, Paasonen MR, Kuhlefelt M, Malmström M. A retrospective study of oral lichen planus patients with concurrent or subsequent development of malignancy. *Oral Oncol* 1999; 35(3): 278-282.
 10. Lo Muzio L, Mignogna MD, Favia G, Procaccini M, Testa NF, Bucci E. A retrospective study of oral lichen planus patients with concurrent or subsequent development of malignancy. *Oral Oncol* 1998; 34(3): 239-246.
 11. Sharma S, Saimbi CS, Koirala B. Erosive oral lichen planus and its management: a case series. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2008; 47 (170): 86-90.
 12. Van der Meij EH, Schepman KP, Van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96(2): 164-171.
 13. Fatahzadeh M, Rinaggio J, Chiodo T. Squamous cell carcinoma arising in an oral lichenoid lesion. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(6): 754-759.
 14. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L, Mignogna C, de Rosa G, Porter SR. Field cancerization in oral lichen planus. *Eur J Surg Oncol* 2007; 33(3): 383-389.
 15. Lanfranchi-Tizeira HE, Aguas SC, Sano SM. Malignant transformation of atypical oral lichen planus: a review of 32 cases. *Med Oral* 2003; 8(1): 2-9.
 16. Mignogna MD, Lo Muzio L, Lo Russo L, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5-year experience. *Oral Oncol* 2001; 37(3): 262-267.