

لیکن پلان : مطالعه توصیفی و گذشته نگر ۳۶۳ مورد در همدان

دکتر محمود فرشچیان^۱، دکتر عباس زمانیان^۲، دکتر مینو صفاکیش^۳

۱-دانشیار، ۲-استادیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۳-پزشک عمومی

مقدمه: بیماری لیکن پلان دارای خصوصیات همه گیری شناسی و بالینی متفاوتی در کشورهای مختلف جهان است.

هدف: تعیین خصوصیات همه گیری شناسی و اشکال بالینی لیکن پلان در طی ۱۰ سال در بخش پوست بیمارستان سینا در همدان.

روش اجرا: مطالعه حاضر بصورت توصیفی گذشته نگر بر روی ۳۶۳ بیمار (شامل ۱۹۰ زن و ۱۷۳ مرد) مبتلا به لیکن پلان مراجعه کننده به درمانگاه و بخش پوست بیمارستان سینا در همدان در طی سالهای ۸۰-۷۱ انجام شده است. اطلاعات مورد نظر از پرونده بیماران استخراج شده و سپس توسط نرم افزار آماری EPI6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته ها: در بین ۶۶۱۰ بیمار نمونه برداری شده، ۳۶۳ نفر (۵/۵٪) مبتلا به لیکن پلان بوده اند. ۳۶ نفر (۹/۹٪) درگیری مخاطی، ۹ نفر (۲/۵٪) درگیری همزمان پوستی و مخاطی و ۳۱۸ نفر (۸۷/۶٪) درگیری پوست به تنهایی داشته اند. شایعترین محل درگیری پوست صورت در ۷۱ نفر (۱۲/۷٪) و شایعترین شکل بالینی الگوی آکتینیک در ۱۲۶ نفر (۳۶/۴٪) بوده است.

نتیجه گیری: در بیماران مبتلا به لیکن پلان که مورد بیوسی قرار گرفته اند، شایعترین محل درگیری صورت و شایعترین شکل بالینی نوع آکتینیک بوده است.

واژه های کلیدی: لیکن پلان، همه گیری شناسی، غشای مخاطی

مقدمه

آن را در مردان ۴۰/۳ سال و در زنان ۶۴/۴ سال ذکر کرده اند (۴). بیماری در اطفال نادر است و تنها ۳-۲٪ کل موارد را بخود اختصاص می دهد. لیکن پلان در اطفال بیشتر در نواحی گرمسیری و معمولاً در اشکال بالینی غیر معمول دیده می شود (۵).

ضایعات غشای مخاطی در لیکن پلان بسیار شایع است و در ۷۰٪-۳۰٪ موارد رخ می دهد (۴). این ضایعات در سیاهپوستان شایعتر است. در یک مطالعه شیوع ۱/۵ درصد را در Kerala در جنوب هند بدست آورده اند که بخصوص در میان جوانان تنباکو بیشتر بوده است. معمولاً مخاط دهانی و زبان بیشتر درگیر می شوند اما ضایعات ممکن است

واژه لیکن پلان اولین بار توسط Erasmus Wilson در سال ۱۸۶۹ بکار برده شد. Darier بعدها بافت شناسی و خصوصیات این بیماری را شرح داد (۱). میزان فراوانی بیماری لیکن پلان در مناطق مختلف جهان متفاوت است. بروز بیماری بین ۰/۱۸٪-۰/۳٪ تخمین زده شده است (۲) و شیوع آن تغییرات کمی را در میان مناطق جغرافیایی مختلف نشان می دهد. در یک مطالعه بر روی ۲۱۴ بیمار، متوسط سن شروع بیماری در دهه ۴ عمر و در مردان کمتر از زنان بوده است (۳). برخی کتب مرجع سن متوسط شروع

مؤلف مسئول: دکتر محمود فرشچیان - همدان، بیمارستان سینا، بخش پوست

دستها ایجاد می‌شود ولی پوست سر و ناخن گرفتار نمی‌گردد (۱). بیماری لیکن پلان در هر یک از کشورهای جهان دارای آمار و درصدهای مشخصی از نظر خصوصیات همه‌گیری شناسی می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی خصوصیات همه‌گیری شناسی و اشکال بالینی لیکن پلان در طی سالهای ۸۰-۱۳۷۱ در بخش پوست بیمارستان سینا در همدان انجام گرفت.

روش اجرا

این مطالعه بصورت توصیفی گذشته‌نگر، بر روی ۳۶۳ بیمار مبتلا به لیکن پلان مراجعه‌کننده به درمانگاه و بخش پوست بیمارستان سینا در همدان طی سالهای ۸۰-۷۱ انجام شده است. در ابتدا پرسشنامه‌ای شامل سن، جنس، شغل، محل ضایعه، مدت ضایعه و گزارش آسیب‌شناسی تهیه شد. سپس با مراجعه به بایگانی بیمارستان سینا و پرونده‌های بیماران مبتلا به لیکن پلان در طی سالهای ۸۰-۱۳۷۱ که تشخیص بیماری در آنها توسط نمونه‌برداری ثابت شده بود اطلاعات لازم استخراج شده، وارد پرسشنامه گردید و توسط نرم‌افزار EPI 6 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۶۶۱۰ بیمار در فاصله سالهای ۸۰-۱۳۷۱ مورد نمونه‌برداری قرار گرفته بودند که در ۳۶۳ نفر (۵/۵٪) تشخیص نهایی لیکن پلان بدست آمده بود. از ۳۶۳ بیمار مبتلا به لیکن پلان، ۱۹۰ نفر (۵۲/۳٪) زن و ۱۷۳ نفر (۴۷/۷٪) مرد بودند. کمترین سن در بیماران مبتلا ۴ سال، بیشترین سن ۸۱ سال و میانگین سنی ۳۱/۶ سال بوده است. شایعترین گروه سنی، ۲۰-۱۱ سال در ۶۷ نفر (۲۱/۷٪) و سپس گروه سنی ۵۰-۴۱ سال در ۵۴ نفر (۱۷/۵٪) بوده است.

در اطراف مقعد، روی دستگاه تناسلی، در حنجره و بطور نادر در غشای تیمپانیک گوشها و یا حتی در مری دیده شود (۶).

شکل دهانی، دومین شکل شایع لیکن پلان است (۱) که به ۶ صورت دیده می‌شود: رتیکولار، پلاک، پاپولار، آتروفیک، تاولی و اروزویو. شایع‌ترین شکل آن در مخاط دهانی، نوع رتیکولار می‌باشد (۷).

ضایعات ممکن است بر روی وولو و واژن ایجاد شوند و در موارد گسترده امکان دارد کانال واژینال چسبیده و بسته شود (۱). در مردان پاپولها معمولاً بر روی گلنس پنیس است (۴).

لیکن پلان هیپرتروفیک اغلب روی سطح قدامی ساق پا می‌باشد که شیوع آن ۱۹٪-۶٪ است، هر چند که در نوع ارثی، این میزان تا ۳۸٪ هم بالا می‌رود (۸). لیکن پلانویپلاریس یا سندرم گراهام-لیتل-فلدمن به درگیری فولیکولهای مو گفته می‌شود و امکان دارد آلویسی سر، کشاله ران و زیربغل رخ بدهد (۴). ناخن‌ها در ۱۰٪ موارد درگیر می‌شود که در گزارشهای مختلف ۱۶٪-۱٪ ذکر شده است (۹).

لیکن پلان وزیکولوبولوز که بیشتر در قسمت تحتانی اندامها و دهان رخ می‌دهد، شکلی ناشایع از بیماری است. لیکن پلان بولوز به ایجاد تاول و وزیکول بر روی ضایعات لیکن پلان که از قبل وجود داشته گفته می‌شود. لیکن پلان پمفیگوئید به ضایعاتی اطلاق می‌گردد که تاول هم در روی ضایعات و هم در پوست سالم وجود داشته باشد (۱۰، ۴). لیکن پلان آتروفیک ممکن است در هر منطقه‌ای از بدن دیده شود و شایعترین محل آن اندام تحتانی است (۴). لیکن پلان آکتینیک که بیشتر در نواحی در معرض آفتاب دیده می‌شود، حداکثر شیوع را در خاور میانه، شرق آفریقا و هند به خود اختصاص می‌دهد (۱۱). این نوع ضایعات بیشتر در نواحی صورت، پیشانی، پشت گردن، سطح پشتی بازوها و

نفر (۱۳/۸۹٪) و نوع آتروفیک در ۴ نفر (۱۱/۱٪) وجود داشت. از نظر مدت زمان وجود ضایعه در بیماران، کمترین مدت زمان وجود ضایعه یک ماه و بیشترین مدت زمان ۱۸۰ ماه و میانگین مدت زمان وجود ضایعه در جمعیت مورد مطالعه ۱۰/۰ ماه بوده است.

۱۲ نفر (۳/۳٪) سابقه مصرف داروهایی که ایجاد لیکن پلان می نمایند را ذکر می نمودند. ۷۷ نفر از بیماران که در بخش پوست بستری شده بودند از نظر بیماریهای همراه مورد بررسی قرار گرفته بودند که ۴۷ نفر (۶۱/۰٪) آنها بیماری همراه نداشتند، ۸ نفر (۱۰/۴٪) مبتلا به فشار خون، ۵ نفر (۶/۵٪) مبتلا به افزایش چربی خون، ۳ نفر (۳/۹٪) مبتلا به التهاب یا سنگ کیسه صفرا و ۱ نفر (۱/۳٪) مبتلا به دیابت و کم کاری تیروئید بوده اند. اختلال آزمونهای کبدی در بیماران مشاهده نشد. همچنین ۷ نفر (۹/۱٪) کم خونی و ۵ نفر (۶/۵٪) سابقه خونریزی دستگاه گوارش داشتند.

از نظر محل سکونت، ۲۶۹ نفر (۷۴/۱٪) بیماران روستایی و ۹۴ نفر (۲۵/۹٪) شهری بوده اند. از نظر شغلی، با توجه به روستایی بودن اکثر جمعیت مورد مطالعه، بیشترین مشاغل به ترتیب خانه دار، کشاورز و محصل بوده است. از نظر محل ضایعه، شایعترین محل گرفتاری صورت و بعد ساق پا بودند (جدول شماره ۱).

از کل تعداد ۳۶۳ بیمار در ۳۴۷ پرونده، الگوی بالینی مشخص شده بود که شایعترین آنها را نوع آکتینیک به خود اختصاص می داد (جدول شماره ۲). ۳۶ نفر (۹/۹٪) از بیماران درگیری مخاط دهان به تنهایی داشتند و شایعترین محل های گرفتاری به ترتیب لب تحتانی (۱۹ بیمار)، مخاط دهان (۱۱ بیمار)، لب بالا (۳ بیمار) و زبان (۳ بیمار) بودند. بر اساس شکل درگیری مخاط دهان بیماران، ۱۶ نفر (۴۴/۴۴٪) نوع رتیکولار بودند. نوع پاپولار و نوع تاوولی در این بیماران دیده نشد. ضایعه نوع پلاک در ۱۱ نفر (۳۰/۵۵٪) بر روی زبان دیده شد. ضایعات نوع اروزیو در ۵

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی محل ضایعه در ۳۶۳ بیمار مبتلا به لیکن پلان مراجعه کننده به بخش پوست

بیمارستان سینا طی سالهای ۸۰-۱۳۷۱

محل ضایعه	تعداد	درصد
صورت	۷۱	۱۲/۷
ساق پا	۶۰	۱۰/۷
ساعد	۵۲	۹/۳
مچ دست	۴۹	۸/۷
نواحی مودار سر و صورت	۴۶	۸/۲
مخاط	۴۵	۱۲
منتشر	۴۰	۷/۱
مچ پا	۲۸	۵

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی شکل بالینی ضایعه در ۳۶۳ بیمار مبتلا به لیکن پلان مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان سینا در همدان طی سالهای ۸۰-۱۳۷۱

درصد	تعداد	شکل بالینی ضایعه
۳۶/۴	۱۲۶	آکتینیک
۱۲	۴۲	پیگمانته
۱۰/۴	۳۶	غشای مخاطی
۹/۸	۳۴	قطره‌ای
۹	۳۱	لیکن پلانوبیلاریس
۵	۱۷	هایپر تروفیک
۴	۱۴	آتروفیک
۳/۸	۱۳	لیکن پلان کف دست و پا
۳/۴	۱۲	خطی
۲/۹	۱۰	حلقوی
۲/۵۸	۱۰	تاولی
۰/۷۲	۲	ناخن
۱۰۰	۳۶۳	جمع

بحث

در این تحقیق ۳۶۳ نفر (۵/۵٪) از ۶۶۱۰ بیمار نمونه برداری شده، تشخیص نهایی لیکن پلان را داشتند که با نسبت به دست آمده مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شده و در آن مبتلایان به لیکن پلان، ۵٪ بیماران سرپایی مراجعه کننده به مطب‌های دندانپزشکی و پوست را تشکیل می‌دادند، مطابقت دارد (۱۲). ولی با نسبت‌های بدست آمده توسط Arndt که ۱۴/۰٪ از ۱۳۱۱۱۱ بیمار سرپایی در فلسطین، ۷۸/۰٪ از ۴۰۴۵۰ بیمار مراجعه کننده به مطب‌های پوست در سودان و ۴۴/۰٪ از ۶۷۳۳۷۶ بیمار در ایالات متحده می‌باشد، مطابقت نمی‌کند که این موضع احتمالاً بخاطر کم بودن حجم نمونه در تحقیق ما می‌باشد (۱۲). البته مطالعه حاضر بر روی بیمارانی که نمونه برداری برای آنها انجام شده می‌باشد. از آنجا که در بسیاری از بیماران مبتلا به لیکن پلان که تشخیص بیماری از روی علائم بالینی

قطعی بنظر می‌رسد نمونه برداری انجام نمی‌شود، یافته‌های این مطالعه ممکن است دچار سونگری به سمت موارد شدید یا غیر معمول لیکن پلان شده باشد.

در بین ۳۶۳ بیمار مبتلا به لیکن پلان، ۱۹۰ نفر (۵۲/۳٪) زن و ۱۷۳ نفر (۴۷/۷٪) مرد بوده‌اند که نشانگر شیوع بیشتر این بیماری در زنان می‌باشد و با نظریه Boyd مبنی بر اینکه زنان بیشتر از مردان به لیکن پلان مبتلا می‌شوند، مطابقت دارد (۳).

در این مطالعه، میانگین سنی بیماران ۳۱/۶ سال بوده که با مطالعه Black بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان با متوسط سن درگیری در دهه ۴ عمر، همخوانی دارد (۴). همچنین در این مطالعه، بیماری در اطفال ۱۰-۰ ساله (۵/۸٪) و در افراد ۹۰-۸۱ ساله (۰/۳٪)، بسیار کمتر از سایر گروهها بوده است که مطابق با نتایج بدست آمده توسط Black می‌باشد (۴).

می‌باشد (۳). این مطلب می‌تواند تأییدکننده نظریه Boyd و همکاران باشد که شیوع بیشتر لیکن پلان حلقوی را در سیاهپوستان ذکر کرده است (۱۲). همچنین لیکن پلان تاوولی در ۱۰ نفر (۲/۵۸٪) از بیماران ما مشاهده شد که به عدد ۳/۵ درصد بیان شده توسط Demis بسیار نزدیک می‌باشد (۱).

شایع‌ترین محل درگیری مخاط دهان در مطالعه ما، لب تحتانی (۵۲/۸٪) بود، در حالی‌که Silverman و همکارانش شایع‌ترین محل درگیری را زبان و مخاط دهان بیان کرده‌اند (۱۴). ممکن است شیوع بیشتر فراوانی درگیری لب تحتانی در منطقه ما، به علت تماس بیشتر با نور آفتاب باشد. از نظر شکل درگیری مخاط دهان، در مطالعه حاضر ۱۳ نفر (۴۸/۲٪) الگوی رتیکولر و ۱۱ نفر (۳۰/۵۵٪) الگوی پلاک را نشان داده‌اند که با مطالعه Anderson که شایع‌ترین شکل را الگوی رتیکولر بیان کرده، همخوانی دارد (۱۵).

در ۷۷ نفر (۲۱/۲٪) از بیماران مبتلا به لیکن پلان که در این ۱۰ سال بستری شده بودند، هیچگونه بیماری دستگانه ایمنی یا بدخیمی بعنوان بیماری همراه مشاهده نشد. افزایش آنزیمهای کبدی نیز وجود نداشت که با گزارش Demis که افزایش آنزیمهای کبدی را در بیماری لیکن پلان بین ۵۲-۷٪ گزارش نموده است مطابقت ندارد (۱).

از آنجا که بیشترین محل درگیری، صورت و در شکل آکتینیک بوده است، ضرورت یادآوری محافظت پوست صورت از آفتاب به طرق مختلف به کلیه افراد و خصوصاً بیماران مبتلا به لیکن پلان مشخص می‌گردد. ضروری است که کلیه پزشکان در برخورد با بیماران مشکوک به لیکن پلان، معاینه کاملی از دهان و سایر غشاهای مخاطی به منظور یافتن علائم بیماری بعمل آورند و اطلاعات به دقیق‌ترین شکل در پرونده بیماران منعکس گردد.

در بین افراد بررسی شده در این مطالعه، ۳۶ نفر (۹/۹٪) فقط درگیری مخاطی داشتند، ۹ نفر (۲/۵٪) درگیری همزمان پوستی و مخاطی و ۳۱۸ نفر (۸۷/۶٪) درگیری پوست به تنهایی داشتند. به نظر می‌رسد با توجه به مطالعات Pindborg که ضایعات غشای مخاطی را در جنوب هند ۷۰-۳۰٪ ذکر می‌کند، میزان درگیری مخاطی در منطقه ما کمتر باشد (۱۳). از سوی دیگر ممکن است که در این مطالعه موارد درگیری بدون علامت مخاط دهان مورد توجه قرار نگرفته باشند.

شایع‌ترین محل درگیری در مطالعه حاضر، صورت بوده است که ۱۲/۷٪ کل بیماران را تشکیل می‌دهد و با مطالعه Black که شایع‌ترین محل ضایعات را قدام میج دست، ناحیه کمری و اطراف قوزک پا بیان کرده است تفاوت دارد (۴). احتمالاً علت درگیری بیشتر صورت در مطالعه حاضر به خاطر آفتابی‌تر بودن این منطقه و نیز تعداد زیاد بیماران روستایی در مطالعه حاضر (که بیشتر در معرض خورشید قرار دارند) می‌باشد که باعث افزایش گرفتاری صورت و شکل بالینی آکتینیک در این منطقه گردیده است. شایع‌ترین شکل بالینی مطالعه حاضر، الگوی آکتینیک (۳۶/۴٪) بود که در صورت، گردن و دستها مشاهده شد. این موضوع تأییدکننده نظریه Demis مبنی بر حداکثر شیوع لیکن پلان نوع آکتینیک در خاور میانه، شرق آفریقا و هند می‌باشد (۱).

درگیری ناحیه تناسلی در ۶ نفر (۱/۱٪) از بیماران مرد مطالعه حاضر وجود داشت که بسیار کمتر از میزان ۲۵٪ بیان شده توسط Arndt می‌باشد (۱۲). این امر ممکن است مربوط به کم بودن حجم نمونه مطالعه حاضر و یا عدم امکان معاینه کامل بدن به علت مسایل فرهنگی باشد.

لیکن پلان حلقوی تنها در ۱۰ نفر (۲/۹٪) از بیماران یافت شده که کمتر از آمار ۱۰٪ ذکر شده در منابع

- 1-Boyd AS, Nelden KH. Lichen planus. In: Demis J (ed). Clinical dermatology. New York: Lippincott-Raven, 1999: unit 1-9: 2,9,10,20.
- 2-Gadenne A, Bigby M, Camisa C. Lichenoid dermatitis. In: Ardnt KA, LeBoit PE, Robinson JK, et al (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: W.B Saunders, 1996: 235-41.
- 3-Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 593-619.
- 4-Black MM. Lichen planus. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al (eds). Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Sciences, 1998: 1899-1926.
- 5-Brice SL, Barr RJ, Ratter JP. Childhood lichen planus: A question of therapy. J Am Acad Dermatol 1980; 3: 370-76.
- 6-Dickens CM, Heskine D, Walton S, et al. The esophagus in lichen planus: An endoscopic study. Br Med J 1990; 300: 84.
- 7-Scully G, El-krom M. Lichen planus: Review and update on pathogenesis. J Oral Pathol 1985; 14: 431-58.
- 8-Tompkins Jk. Lichen planus: A statistical study of forty-one cases. Arch Dermatol 1955; 71: 515-30.
- 9-Scott MJ. Ungual lichen planus. Arch Dermatol 1979; 155: 1197-99.
- 10-Odom RB, James WD, Berger TG (eds). Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000: 272.
- 11-Singh OP, Kanwar AJ. Lichen planus in India: An appraisal of 441 cases. Int J Dermatol 1976; 16: 752-60.
- 12-Ardnt KA. Lichen planus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K (eds). Dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill, 1993: 1134-48.
- 13-Pindborg JJ, Mehta FS, Draftary DK, et al. Prevalence of oral lichen planus among 7639 Indian villagers in Kerala, South India. Acta Dermatol Venereol 1972; 52: 216-20.
- 14-Silverman S, Gorsky M, Lozadu-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: Oral Surg 1985; 60: 30-34.
- 15-Anderson JO. Oral lichen planus: A clinical evaluation of 115 cases. Oral Surg 1968; 25: 31-42.