

دکتر نفیسه اسماعیلی^۱، دکتر معصومه بزرگری^۱، دکتر مریم رضایی^۲

۱- استادیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۲- پزشک عمومی

مقدمه: لیکن پلان بیماری پاپولو اسکواموس ایدیوپاتیک با تظاهرات پوستی و مخاطی است که در اثر پاسخ ایمنی سلولی به نوعی آنتی ژن ایجاد می‌شود. تظاهرات بالینی وسیعی از این بیماران شرح داده شده است.

هدف: تعیین فراوانی سنی، جنسی و انواع بالینی لیکن پلان در مراجعان به بیمارستان رازی تهران

روش اجرا: بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان رازی تهران در طی یک دوره سه ماهه از ابتدای اردیبهشت تا پایان تیر ۱۳۸۲ که از نظر بالینی یا بالینی و آسیب‌شناسی، مبتلا به لیکن پلان بودند بدون محدودیت سنی و جنسی وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: ۱۲۰ بیمار وارد مطالعه شدند که (۵۲ زن و ۶۸ مرد) کمترین سن ۶ سال و بیشترین سن ۸۰ سال با میانگین سنی ۴۰/۶ سال بود. ۶۷٪، تظاهرات پوستی و

۲۰٪، ضایعات پوستی و مخاطی داشتند. ۱۳٪ فقط مبتلا به ضایعه مخاطی بودند. لیکن پلان هیپرتروفیک در ۲۲٪ و نوع کلاسیک در ۱۸٪ بیماران دیده شد. ۷٪ بیماران دارای لیکن پلان در سر بودند. شیوع ضایعات دهانی لیکن پلان ۳۳٪ و بیشترین نوع آن نوع شبکه‌ای بود. ضایعات ناحیه تناسلی در ۶٪ موارد بود که به طور کلی در مردان دیده شد. نوع خانوادگی در ۶٪ موارد دیده شد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه، بیماری در مردان و در دهه ۴ زندگی بیشتر بود. نوع هیپرتروفیک و کلاسیک بیشتر دیده شد و در ضایعات مخاط دهانی نوع شبکه‌ای شایع بود. ضایعات تناسلی بیشتر در مردان وجود داشت.

واژه‌های کلیدی: لیکن پلان، سن، جنس، تظاهرات بالینی

فصلنامه بیماری‌های پوست، زمستان ۱۳۸۳؛ ۳۰: ۱۱۴-۱۱۰

است (۲). تظاهرات بالینی متنوعی از این بیماری شرح داده کودکی نادر شده است (۳). شاخص‌های اپیدمیولوژیک و انواع ضایعات نسبت به سن، جنس، نوع و انتشار ضایعات، از موارد مهم تشخیص هستند. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی انواع مختلف بالینی لیکن پلان در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان رازی تهران بود.

روش اجرا

در یک بررسی توصیفی در ۳ ماه از سال ۸۲ جمعیت مورد مطالعه از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های

مقدمه

لیکن پلان (Lichen Planus [LP]) بیماری التهابی پاپولو اسکواموس است که پوست، مخاط و ضمایم پوست را درگیر می‌کند (۱). اتیولوژی آن نامعلوم است. در پاتوژنز آن عوامل ژنتیک و ایمونولوژیک را دخیل می‌دانند. متوسط سن شروع، دهه چهارم زندگی است. زنان، بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند. هر دو نوع پوستی و مخاطی در

مؤلف مسوول: دکتر نفیسه اسماعیلی - تهران، خیابان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی

تیپیکال و مخاطبی دیده شد (نمودار شماره ۱). تظاهرات بیماری در ۷۷ نفر (٪۶۷) پوستی، ۲۴ نفر (٪۲۰) پوستی و مخاطبی هم زمان، ۴۰ نفر (٪۳۳) مخاطبی با یا بدون تظاهرات پوستی و در ۱۶ نفر (٪۱۳) فقط ضایعات مخاطبی بود. بیشترین محل درگیری به ترتیب ساق پا (٪۲۸)، تنه (٪۲۵)، ساعد و مچ دست (٪۲۳)، مچ پا (٪۱۲)، صورت (٪۶) و سر (٪۳) بود.

بیشتر بیماران مبتلا به ریزش موی سر، در گروه سنی ۸۰-۷۱ سال و در هر دو جنس قرار داشتند. ضایعات ناحیه تناسلی با بیشترین شیوع در گروه سنی ۶۰-۵۰ ساله دیده شد. این بیماران همگی مرد بودند و نوع ضایعه آنان از نوع حلقوی بود.

در نوع خطی، بیشترین شیوع به گروه‌های سنی ۲۰-۱۱ و ۳۰-۲۱ سال تعلق داشت و در هر دو جنس دیده شد. در ۱۶ بیمار مبتلا به نوع فقط مخاطبی، ضایعات در دهان وجود داشت. شایع‌ترین محل این ضایعات در مخاط داخل گونه و به ترتیب از نوع شبکه‌ای (٪۴۳) و آروزویو (٪۱۹) بود. لسه، لب و زبان به ترتیب در درجه بعدی درگیری قرار داشتند. در ۷ نفر (٪۶) بیماری از نوع خانوادگی بود (٪۹۵ CI: ۱/۷ ۱۰/۳).

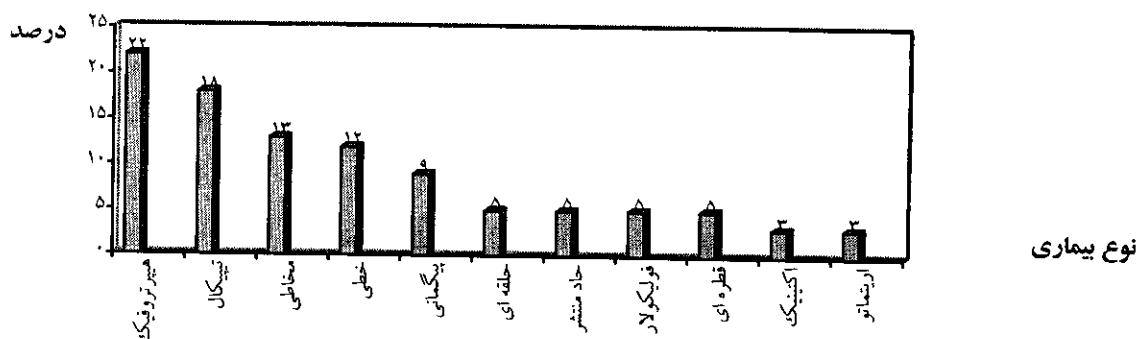
بیمارستان تخصصی پوست رازی تهران انتخاب شدند. تشخیص بیماری بر اساس شواهد بالینی کلاسیک بود و در موارد مشکوک بیوپسی از پوست و مخاط به عمل آمد و تایید تشخیص بالینی توسط ارزیابی‌های آسیب‌شناختی ملاک عمل قرار گرفت.

بیماران بدون محدودیت سنی و جنسی انتخاب شدند و اطلاعات مربوط به سن، جنس، طول مدت بیماری، محل درگیری پوستی آنها ثبت شد و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در طی مدت بررسی، یکصد و بیست بیمار (۵۲ زن و ۶۸ مرد) مبتلا به لیکن پلان به بیمارستان رازی مراجعه کردند که همگی آنان در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی این افراد $40/6 \pm 17/3$ سال (۴۳/۷-۳۷/۵ CI: ٪۹۵) بود. جوان‌ترین بیمار ۶ و مسن‌ترین آنان ۸۰ سال داشت. بیشترین بیماران به ترتیب در گروه‌های سنی ۲۱-۳۰ و ۳۱-۴۰ سال قرار داشتند. در ۵۲ نفر (٪۴۳) طول مدت بیماری در اولین مراجعه حداقل ۱ ماه و حداکثر ۱۸ ماه بود. ۳۴ نفر (٪۳۷) در ۳ ماهه اول شروع بیماری مراجعه کرده بودند.

بیشترین فراوانی بیماری به ترتیب در انواع هیپرتروفیک،



نمودار شماره ۱- توزیع ۱۲۰ فرد مبتلا به لیکن پلان براساس نوع بیماری، بیمارستان رازی د. ع. پ تهران ۱۳۸۲

ریزش مو و ایجاد آلوپسی سیکاتریسیل در LP دیده

می شود اما ناشایع است. در این مطالعه نیز ۶٪ بیماران ریزش مو داشتند که ۵۰٪ در گروه سنی ۸۰-۷۱ سال بود و در هر دو جنس دیده شد. ضایعات ناحیه تناسلی در بیماری LP در هر دو جنس - نه چندان شایع - دیده می شود که در مردان به طور مشخص در شفت و گلتر پنیس و پریوس است و ندرتاً زخمی می شود. در خانم ها می تواند با تغییرات متنوع از پاپول های شبکه ای تا ضایعات اروزیو شدید دیده شود (۲) در مطالعه حاضر ضایعات تناسلی در ۶٪ موارد و با شیوع سنی ۵۰٪ در گروه ۶۰-۵۱ سال دیده شد که اساساً در مردان و بیشترین نوع آن ضایعات حلقوی در ناحیه گلتر و شفت پنیس بود. ضایعات حلقوی در لیکن پلان کاملاً مشخص بود که به طور کلی نادر است (۱۱).

شیوع ضایعات مخاطی دهان در LP ۱۵٪ موارد ذکر شده است. مواردی از ضایعه مخاطی به تنهایی دیده شد که مشکل تشخیص ایجاد کرد. این بیماران، اغلب به جراح دهان معرفی می شوند (۲). در مطالعه ای که در مرکز بیماری های دهان انجام شد شایع ترین ضایعه دهانی، لیکن پلان گزارش شده است (۱۲). به طور کلی نتایج متناقضی از شایع ترین نوع درگیری مخاطی گزارش شد به صورتی که در مطالعه ای نوع اروزیو دهانی در ۴۰٪ بیماران اولیه تظاهر بیماری بوده (۱۳) و در گزارش دیگر نوع شبکه ای شایع ترین نوع LP دهانی ذکر شده است (۱۴). همچنین از ضایعات منفرد در لب، لثه و زبان نیز گزارش هایی وجود دارد (۱۵). درگیری در مخاط مری نیز ندرتاً دیده شده است (۱۶).

در این مطالعه، شیوع درگیری مخاطی به تنهایی ۱۳٪ و منطبق با آمار جهانی است. شایع ترین آن در مخاط داخل گونه و از نوع شبکه ای (۴۳٪) و پس از آن نوع اروزیو (۱۹٪) بوده است. ضایعات در لثه، لب و زبان به ترتیب و با شیوع کمتر دیده شدند.

بیماری لیکن پلان در زن ها کمی شایع تر است (۴) اما شیوع معکوس یا مساوی از این بیماری نیز ذکر شده است (۵). در این مطالعه شیوع بیشتر در جنس مذکر دیده شد. بیماری در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بیشتر دیده می شود (۲). در مطالعه حاضر هم در این گروه سنی و همچنین در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال نیز شیوع مشابه دیده شد. کم سن ترین بیماران ۶ ساله و بالاترین آن ۸۰ ساله بود. در مطالعه ای که روی ۲۶۰ بیمار انجام شده است بیماران بین ۵ تا ۷۸ سال سن داشتند (۶). بنابراین به طور کلی به نظر می رسد که بیماری می تواند در همه ی سنین ایجاد شود (۷).

در این مطالعه نوع کلاسیک، نسبت به بقیه انواع با شیوع بیشتری دیده شد که با سایر آمارها منطبق است (۲). در یک مطالعه، میزان بروز لیکن پلان هیپرتروفیک در بین بیماران مبتلا بین ۶٪ تا ۱۹٪ است (۸). در این مطالعه نوع هیپرتروفیک با مختصر تفاوت نسبت به نوع کلاسیک و آمار قبلی شیوع بیشتری را نشان داد که می تواند ناشی از سوگیری به دلیل محل اجرای مطالعه (که یک بیمارستان ارجاعی است) یا در اثر overdiagnosis باشد. اما در مطالعه ای که در نیجریه انجام شده با وجودی که بیشتر موارد مربوط به نوع LP حاد بود اما موارد متعددی از نوع هیپرتروفیک نیز گزارش شده است (۲).

در مطالعه حاضر درگیری مخاطی با شیوع ۳۳٪ دیده شد که با آمار جهانی ۷۰-۳۰٪ منطبق است (۹).

نوع پیگمانته (pigmented) که ضایعات پیگمانته با الگوی منتشر و پیگمانتاسیون قهوه ای - سیاه - خاکستری در بیماری لیکن پلان دیده شده (۱۰) می تواند با پاپول های تپیک LP همراه باشد یا نباشد. در این مطالعه نیز با شیوع ۸٪ دیده شد که بیشترین نوع، در همراهی با پاپول های تپیک LP بود.

شیوع خانوادگی بیماری LP گزارش شده، تا ۱۰٪ موارد است (۲). در این مطالعه شیوع موارد خانوادگی ۶/۱۶٪ و کمی کمتر از آمار کلاسیک است که شاید به دلیل ناآگاهی بیماران و بستگان آنان از این بیماری باشد. به طور کلی در این مطالعه موارد جدیدی در باره شیوع انواع خاصی از LP و همچنین برتری سنی و جنسی دیده شد. با توجه به این که این مطالعه در یک مرکز ارجاعی بیماری‌های پوست، در مقطع زمانی خاص و با تعداد نمونه‌های محدود انجام شد، به نظر می‌رسد که انجام مطالعات مشابه در سطح وسیع‌تر به صورت چندمرکزی و با حجم نمونه بیشتر و خصوصاً در گروه سنی کودکان می‌تواند زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر و دستیابی به اطلاعات کامل‌تر فراهم کند.

منابع

- 1-Dissemond J. Oral lichen planus: an over view. *J Dermatol Treat* 2004; 15: 136-40.
- 2-Black MM. lichen planus and lichenoid disorders. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). *Textbook of dermatology*. Oxford: London: Blackwell Sciences. 1998: 1899-1926.
- 3-Frieling U, Bonsmann G, Schwarz, et al. Treatment of severe lichen planus with mycophenolate mofetil. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 1063-66.
- 4- Veien NK, Risum G, Jorgensen HP, Sveigaard A. HLA antigens in patients with lichen planus. *Acta Derm Venereol* 1979; 59: 205-09.

ناخن‌ها در بیماری LP در ۱۰٪ موارد درگیری می‌شوند. درگیری ناخن‌ها در دهه ۵ و ۶ زندگی و در دست‌ها شیوع بیشتری دارد که شایع‌ترین آن به صورت نازکی و شکنندگی ناخن‌ها و ایجاد خطوط طولی در روی صفحه ناخن است (۲). در این مطالعه ۱۳٪ بیماران درگیری ناخنی داشتند که شایع‌ترین نوع آن، شکنندگی و نازکی صفحه ناخن بود. در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بیشترین شیوع را دارا بود (۳۷٪). ضایعات خطی، بیشتر در کودکان و در سنین پایین دیده می‌شود. اخیراً ضایعات خطی متعدد نیز در بیماران HIV⁺ گزارش شده است (۱۷).

با توجه به این که در این مطالعه در گروه سنی زیر ۱۲ سال فقط ۱ بیمار وجود داشت در مورد شیوع انواع مختلف بالینی در این گروه سنی نمی‌توان نتیجه‌گیری خاصی کرد. ضایعات کف دست و پا با توجه به ناشایع بودن (۹) در

- 5-Romero MA, Seoane J, Varela -Centelles P, et al. Clinical and pathological characteristics of oral lichen planus in hepatitis C- positive and negative patients. *Clin Otolaryngol* 2002; 27: 22-26.
- 6-Denli YG, Durdu M, Karakas M. Diabetes and hepatitis, frequency in 140 lichen planus cases in Cukurova region. *J Dermatol* 2004; 31: 293-98.
- 7-Handa S, Sahoo B. Childhood lichen planus: A study of 87 cases. *Int J Dermatol* 2002; 41: 7: 423-27.
- 8-Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
- 9-Sanchez-Perez J, Rios-Buceta L, Fraga J,

- García-Diez A. Lichen Planus with lesions of palms and soles. *Br J Dermatol* 2000; 142: 310-14.
- 10- Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, et al. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28: 481-85.
- 11-Yamanaka Y, Akiyama M, Shibaki A. Annular lichen planus. Study of the cellular mechanisms of annularity. *Dermatology* 2004; 208: 335-38.
- 12-Merigou D, Leaute-Lebreze C, Louvet S, et al. Lichen planus in children role of the campaign for hepatitis B vaccination. *Ann Dermatol Venereol* 1998; 125: 399-403.
- 13-Eisen D. Clinical features, malignant potential and systemic associations of oral lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1002; 46: 209-14.
- 14-Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus. Clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc* 2002; 68: 494-99.
- 15-Cecchi R, Giomi A. Isolated lichen planus in lip. *Austral J Dermatol* 2002; 43: 309-10.
- 16-Plentz RR, Muller CC, Laenger F, et al. Lichen planus esophagitis without skin, genital or oral-mucosa involvement *Gastroenterol* 2004; 42: 379-82.
- 17-Ruiz Villaverde R, Blasco Melguizo J, Naranjo Sintes R, et al. Multiple linear lichen planus in HIV patient. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 412-14.