

ارزیابی رابطه‌ی استرس و لیکن پلان دهانی

سارا پورشهیدی*، هومن ابراهیمی*، آزاده اندیشه تدبیر**

* استادیار گروه بیماری‌های دهان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
** استادیار گروه آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

چکیده

بیان مساله: نقش عوامل روحی- روانی در بروز برخی از بیماری‌های پوستی مخاطی به خوبی آشکار شده ولی در مورد بیماری لیکن پلان دهانی هنوز نقش این عوامل به ویژه استرس مورد ارزیابی دقیق قرار نگرفته است.

هدف: هدف از این پژوهش بررسی اهمیت استرس در بروز لیکن پلان بود.

مواد و روشی: در این بررسی مقطعی نمونه‌ها به روش Case control انتخاب شدند. گروه شاهد ۴۷ فرد سالم بی‌هیچ آسیب مخاطی و گروه مورد ۵۲ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی (۲۸ بیمار مبتلا به لیکن پلان آروزو و ۲۴ بیمار مبتلا به لیکن پلان رتیکولر)، که بیماری آنها با بیوبسی ثابت شده بود و از نظر سنی و جنسی با گروه شاهد یکسان‌سازی شده بودند را در بر می‌گرفت. آزمون‌های (GHQ12) General Health Questionnaire و PSS (Perceived stress scale) برای ارزیابی استرس در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی گروه شاهد استفاده شد. سپس نتایج با آزمون‌های آماری کروسکال والیس و من ویتنی واکاوی شد و $p < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیماران مبتلا به لیکن پلان آروزو استرس بالاتری از گروه شاهد داشتند ($p < 0.05$ و $Z = 4.123$). گروه بیماران مبتلا به لیکن پلان رتیکولر هم استرس بالاتری نسبت به گروه شاهد داشتند ($p < 0.05$ و $Z = 5.891$) اما در مقایسه‌ی میان بیماران لیکن پلان آروزو و لیکن پلان رتیکولر نتایج آماری معنادار نبود. ($p > 0.05$ و $Z = 2.248$).

نتیجه‌گیری: استرس در گروه لیکن پلان آروزو و لیکن پلان رتیکولر از افراد سالم به گونه‌ی معنادار بالاتر بود و میان دو گونه‌ی لیکن پلان آروزو و لیکن پلان رتیکولر تفاوت شدت استرس معنادار نبود. بنابراین، استرس نقشی مهم در بروز لیکن پلان دارد.

واژگان کلیدی: لیکن پلان، استرس، CHQ12، PSS

درآمد

در سه گروه در بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز انجام شد.

گروه شاهد ۴۷ فرد سالم بی‌هیچ آسیب مخاطی و گروه مورد ۵۲ بیمار مبتلا به لیکن پلان (۲۸ بیمار مبتلا به لیکن پلان اروزیو و ۲۴ بیمار مبتلا به لیکن پلان رتیکولر) که از نظر سنی و جنسی یکسان سازی شده بودند را در بر می‌گرفت. معیار ورود به گروه لیکن پلان عبارت بودند از استفاده نکردن از داروهای سایکولوژیک، داشتن نمای بالینی لیکن پلان در گونه‌ی رتیکولر همچون پلاک سفید غیرپاک شونده با خطوط سفید و باریک و کمی برجسته (Wickham's striae)، که شکل‌های تور مانند، حلقوی (Annular) و یا طرحی از خطوط ظریف پرتووار را به وجود می‌آوردند و آسیب‌های اروزیو که احتمالاً به دنبال کنده شدن اپی تلیوم یا زخمی شدن اپی تلیوم نازک شده (بر اثر آتروفی) به وجود می‌آیند، که از نظر بالینی به گونه‌ی نواحی نازک و قرمز با درجاتی متفاوت زخم در مرکز مشاهده می‌گردد و در پیرامون نواحی آتروفیک معمولاً به گونه‌ی خطوط شعاعی سفید ظریفی دیده می‌شود^(۱۱) و نمای آسیب‌شناسی بافت همچون دژنریشن هیدروپیک لایه‌ی بازال و ارتشاح لنفوسیتی در زیر لایه‌ی بازال بود.

دو آزمون ارزیابی استاندارد استرس CHQ12 و PSS، برای همه‌ی بیماران در سه گروه انجام شد. آزمون CHQ12 به عنوان یک ابزار برای جداسازی افرادی که ناهنجاری‌های سایکولوژیک قابل تشخیص دارند به کار می‌رود^(۱۲). استرس عمومی بیماران با آزمون PSS ارزیابی شد، که دارای چهار مورد بود البته آزمون PSS اصلی دارای ۱۴ مورد است که موقعیت‌های عمومی پر استرس را در زندگی فرد بررسی می‌کند^(۱۳). PSS دارای چهار مورد برای موقعیت‌های مناسب است که تنها ارزیابی شمار محدودی از موردها امکان پذیر است^(۱۳). در مقایسه با PSS ۱۴ موردی این آزمون چهار موردی ساختار مناسبی دارد و برای پیش‌گویی ناهنجاری‌های استرس استاندارد شده است^(۱۴). PSS چهار موردی دارای دو پرسش مثبت و دو پرسش منفی است، که استرس عمومی را ارزیابی می‌کند و پاسخ به آنها به گونه‌ی "هیچ‌گاه"، "تقریباً هیچ‌وقت"، "گاهی اوقات"، "خیلی اوقات" و "بیشتر اوقات" می‌باشد. امتیاز دو پرسش مثبت به گونه‌ی صفر (برای پاسخ بیشتر اوقات) تا چهار (برای هیچ‌گاه) بوده در حالی که دو پرسش منفی امتیازشان برعکس است (صفر برای هیچ‌گاه تا چهار

لیکن پلان بیماری مزمن پوستی مخاطی است، که پوست دارای مو، بی مو، غشای مخاطی و ناخن‌ها را مبتلا می‌کند^(۱) با وجود بررسی‌های بی‌شماری که روی این بیماری انجام شده، سبب‌شناسی و پاتوژنز آن هنوز نامشخص است. به نظر می‌رسد، که عواملی همچون آنتی ژن‌های ویروسی، داروها، مواد شیمیایی، استرس و عوامل ژنتیکی می‌توانند در ایجاد لیکن پلان موثر باشند^(۲). این عوامل باعث فعال شدن سیستم ایمنی و تخریب لایه‌ی بازال اپی تلیوم می‌گردند^(۱).

نقش عوامل روحی و استرس در برخی ناهنجاری‌های پوستی به خوبی شناخته شده^(۳). اما این نقش در مورد لیکن پلان دهانی هنوز به طور قطع اثبات نشده است^(۴).

لیکن پلان دهانی به گونه‌های مختلفی همچون رتیکولار، پاپولار، اروزیو، آتروفیک و تاولی دیده می‌شود. با این رو، برخی پژوهشگران این بخش‌بندی را آسان کرده و لیکن پلان دهانی را به دو شکل کلی رتیکولار و اروزیو بخش می‌کنند^(۵).

پیکاردی (Picardi) در بررسی‌های گوناگون وجود استرس را در ۱۰ تا ۵۱ درصد بیماران گزارش کرد اما در این بررسی‌ها از گروه شاهد استفاده نشده بود^(۶). منصور (Mansur)، در پژوهشی با ۵۵ مورد بیمار مبتلا به لیکن پلان پوستی، رویدادهای استرس‌زا را در ۹۰ درصد بیماران گزارش کرد^(۷). هامپف (Hampf) و همکاران، یک اختلاف معنادار در ناهنجاری‌های ذهنی میان گروه مبتلا به لیکن پلان و غیر مبتلا پیدا کردند^(۸).

روجو- مورنو (Rojo- Moreno) و همکاران، میزان اضطراب بالاتری را در گروه مبتلا به لیکن پلان نسبت به گروه شاهد پیدا کردند اما ارتباط علت و معلولی برای آن نیافتند^(۹).

آن و همکاران، هیچ ارتباطی میان لیکن پلان و عوامل سایکولوژیک پیدا نکردند^(۱۰).

با توجه به اختلاف نظر محققان و در دسترس نبودن مطالعات کافی در مورد نقش استرس در دو گونه لیکن رتیکولر و اروزیو این مطالعه با هدف بررسی سطح استرس و نقش ناهنجاری‌های سایکولوژیک در بیماران مبتلا به لیکن پلان رتیکولر و اروزیو در مقایسه با گروه شاهد بود.

مواد و روش

در این بررسی مقطعی، انتخاب نمونه به روش Case control

جدول ۱ میانگین اندازه‌ی استرس در سه گروه

گروه	GHQ ₁₂	PSS
شاهد	۲/۶۹۰۲	۴/۱۴۸۹
لیکن پلان اروزیو	۶/۱۵۴۷	۸/۷۸۵۷
لیکن پلان رتیکولر	۵/۲۶۶۱	۷/۰۴۱۶

جدول ۲ معناداری آزمون من ویتنی میان گروه‌ها

گروه	GHQ ₁₂	PSS
شاهد و لیکن اروزیو	$p < ۰/۰۵$, ۴/۱۲۳	$p < ۰/۰۵$, ۴/۵۲۹
شاهد و لیکن پلان رتیکولر	$p < ۰/۰۰۵$, ۵/۸۹۱	$p < ۰/۰۰۵$, ۶/۴۶۱
لیکن پلان رتیکولر و لیکن پلان اروزیو	$p > ۰/۰۰۵$, ۲/۲۴۸	$p > ۰/۰۰۵$, ۱/۱۶۸

پلان شرح داده شده‌اند^(۴). هامپف و همکاران، در یک بررسی مهار شده و با استفاده از پرسشنامه سایکولوژیک کورنل مدیکال (Cornell Medical Index psychological questionnaire) میان گروه لیکن پلان و گروه غیر مبتلا به لیکن پلان تفاوت معنادار از نظر ابتلا به ناهنجاری‌های روانی به دست آوردند^(۸). بورخارت (Burkhart) و همکاران^(۱۵)، با بررسی پیشینه‌ی پزشکی، روش زندگی و عادات بیماران، وقوع رویدادهای استرس زا در آغاز OLP در ۵۱ درصد بیماران نشان دادند. والجو (Vallejo) و همکاران نشان دادند، که میزان اضطراب (Anxiety) و افسردگی (Depression) در بیماران مبتلا به OLP بیشتر از گروه شاهد است^(۱۶). سوتو- آرایا (Soto- Araya)، میزان استرس بیشتری را در گروه بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی (OLP) نشان داد اما در این بررسی تنها ۹ بیمار بررسی شدند^(۵).

لوندولویست (Lundqvist)^(۱۷)، سطح متوسطی از استرس را در ۱۷ درصد از بیماران مبتلا به لیکن پلان (آسیب‌های روزیودهانی و ژیتال) در مقایسه با ۸ درصد در گروه شاهد گزارش کرد. در این بررسی ۱۳ درصد بیماران مبتلا به لیکن پلان سطح بالایی از استرس را نشان دادند (در مقایسه ۳ درصد در گروه شاهد). کاراسوسکا (Krasowska) و همکاران نشان دادند، که استرس در بیماران مبتلا به لیکن پلان از طریق تغییر در معیارهای اندوکراین و پاسخ ایمنی عمل کرده و به این ترتیب در اتیوپاتوژنز بیماری نقش دارد^(۱).

آلن (Allen)^(۱۰) و مک لئود (Macleod)^(۱۸)، ارتباطی میان لیکن پلان و استرس و اضطراب بیماران نیافتند. آنها بیان کردند، که عوامل سایکولوژیک در سبب‌شناسی و شدت OLP موثر نیست. Manolache و همکاران نشان دادند، که موقعیت‌های استرس زا به ویژه مرتبط با خانواده در آغاز و گسترش آسیب‌های لیکن پلان موثر است^(۱۹).

در بررسی کنونی، دو آزمون برای ارزیابی بیماران استفاده شده بود. از پرسشنامه‌ی GHQ₁₂ به دلیل آسانی کاربرد آن در جدا کردن استرس‌های روانی اجتماعی در افرادی که ناهنجاری روانی

برای بیشتر اوقات). در مجموع امتیاز از صفر تا ۱۶ متغیر است، که امتیازات بالاتر نشان دهنده‌ی میزان استرس بیشتر است^(۱۴). واکاوی آماری با استفاده از نرم افزار SPSS (ورژن ۱۳) (SPSS, Chicago, Illinois, USA) انجام شد. یافته‌ها با استفاده از آزمون‌های کروسکال والیس و من ویتنی واکاوی شد. P کمتر از ۰/۰۵ در این بررسی معنادار به شمار آمده است.

یافته‌ها

نتایج به گونه‌ی مقایسه‌ای میان ۳ گروه در جدول ۱ و ۲ آمده است. میانگین ارزیابی CHQ₁₂ در گروه لیکن پلان اروزیو بالاتر از همه‌ی گروه‌ها و پس از آن گروه لیکن پلان رتیکولر و در گروه افراد سالم از همه پایین‌تر بود و تفاوت معنادار آماری میان سه گروه دیده شد (آزمون کروسکال والیس = ۴۱/۱۲۹ = df ۲ و $p < ۰/۰۵$). برای واکاوی‌های بیشتر آزمون من ویتنی تفاوت معنادار از سطح استرس را میان دو گروه شاهد و لیکن پلان رتیکولر ($Z=۵/۸۹۱$ و $p < ۰/۰۵$) و همچنین میان گروه شاهد و گروه لیکن پلان اروزیو ($Z=۴/۱۲۳$ و $p < ۰/۰۵$) نشان داد، اما تفاوت معنادار از نظر آماری میان دو گروه لیکن پلان اروزیو و لیکن پلان رتیکولر دیده نشد ($Z=۲/۲۴۸$ و $p > ۰/۰۵$). در ارزیابی آزمون PSS هم میانگین در گروه لیکن پلان اروزیو از دو گروه دیگر بالاتر بود و تفاوت معنادار در میزان استرس دریافتی میان سه گروه دیده شد (آزمون کروسکال والیس = ۴۰/۶۵۱ = df ۲ و $p < ۰/۰۵$). آزمون من ویتنی هم بیانگر تفاوت معنادار سطح استرس دریافتی میان دو گروه افراد شاهد و لیکن پلان رتیکولر ($Z=۶/۴۶۱$ و $p < ۰/۰۵$) بود اما میان گروه لیکن پلان اروزیو و لیکن پلان رتیکولر با وجود بالاتر بودن میانگین PSS در لیکن رتیکولر نتیجه‌ی معنادار آماری به دست نیامد ($Z = ۱/۱۶۸$ و $p > ۰/۰۵$).

بحث

ناهنجاری‌های روانی به عنوان یکی از دلایل بروز لیکن

Archive of SID

افراد سالم (غیر مبتلا به لیکن پلان) نشان می‌دهد، که ممکن است استرس نقشی مهم در ایجاد لیکن پلان داشته باشد و ممکن است این فرضیه که استرس عامل آغازکننده‌ی واکنش‌های ایمنونولوژیک از علل اصلی ایجاد لیکن پلان است با این بررسی تقویت گردد اما این که شدت استرس میان دو گونه لیکن پلان روزیو و رتیکولر تفاوت معنادار نداشت روشن‌کننده‌ی این مطلب است که شاید در بروز گونه‌های مختلف لیکن پلان عواملی دیگر به جز استرس نقش داشته باشند.

نتیجه‌گیری

استرس در گروه لیکن پلان روزیو و لیکن پلان رتیکولر از افراد سالم به گونه‌ی معنادار بالاتر بود و میان دو گونه‌ی لیکن پلان روزیو و لیکن پلان رتیکولر تفاوت شدت استرس معنادار نبود. بنابراین، استرس نقشی مهم در بروز لیکن پلان و نه در گونه‌ی آن دارد.

قابل تشخیص دارند^(۱۲) و از پرسشنامه‌ی PSS برای ارزیابی میزان استرس دریافتی بیماران استفاده شد^(۱۳).

نتیجه‌ی این آزمون‌ها ارزیابی شدت استرس دریافتی در بیماران مبتلا به استرس و جدا کردن عوامل استرس زا در این بیماران بود، بی آن که هدفی برای درمان ناهنجاری‌های این بیماران وجود داشته باشد به همین دلیل هیچ دلیلی برای پی‌گیری‌های بعدی بیماران وجود نداشت. یک تفاوت معنادار از نظر سطح استرس زا میان ۳ گروه پیدا شد و واکاوی‌های بیشتر نشان داد، که میزان استرس دریافتی میان گروه لیکن پلان روزیو و افراد سالم و میان لیکن پلان رتیکولر با افراد سالم از نظر آماری معنادار است ولی میان دو گروه مبتلا به گونه‌های گوناگون لیکن پلان یعنی لیکن پلان رتیکولر و لیکن پلان روزیو با وجود اینکه میانگین استرس دریافتی در گروه لیکن پلان روزیو بیشتر از لیکن پلان رتیکولر بود اما از نظر آماری معنادار نبود، بالاتر بودن معنادار شدت استرس در بیماران مبتلا به لیکن پلان نسبت به

**References**

1. Krasowska D, Pietrzak A, Surdacka A, Tuszyńska-Bogucka V, Janowski K, Roliński J. Psychological stress, endocrine and immune response in patients with lichen planus. *Int J Dermatol* 2008; 47:1126-1134.
2. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
3. Koo JY, Pham CT. Psychodermatology. Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992; 128: 381-388.
4. Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus. *Aust Dent J* 2004; 49: 192-195.
5. 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.
6. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 118-136.
7. Mansur AT, Kilic Z, Atalay F. Psychological Evaluation of Patients with Cutaneous Lichen Planus. *Dermatol Psychosom* 2004; 5: 132-136.
8. Hampf BG, Malmström MJ, Aalberg VA, Hannula JA, Vikkula J. Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63: 429-432.
9. Rojo-Moreno JL, Bagán JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milián MA, Jiménez Y. Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 687-691.
10. Greenberg M, Glick M. *Burket's oral medicine diagnosis and treatment*. 11 th ed., London: BC Decker In; 2008. p. 77-107.
11. Allen CM, Beck FM, Rossie KM, Kaul TJ. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61: 44-46.

Archive of SID

12. Goldberg DP. Manual of General Health Questionnaire Windsor NFER Publications Co. 1978 In: Herrman C. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 372: 11-41.
13. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.
14. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In *The Social Psychology of Health*. Edited by: Oskamp SSS. Sage: Newbury Park, CA; 1988.
15. Burkhart NW, Burkes EJ, Burker EJ. Meeting the educational needs of patients with oral lichen planus. *Gen Dent* 1997; 45: 126-132.
16. Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology* 2001; 203: 303-307.
17. Lundqvist EN, Wahlin YB, Bergdahl M, Bergdahl J. Psychological health in patients with genital and oral erosive lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 661-666.
18. Humphris G, Field EA. Psychological factors in oral lichen planus. *Br Dent J* 1992; 173: 88.
19. Manolache L, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 437-441.