مقاله گزارش مورد

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شماره ۱۲، آذر ۱۳۹۳، صفحه ۸۱-۷۷

گزارش یک مورد لیکن پلان دهانی در یک کودک

شیرین سراوانی (DDS,MS)[۱]، حمیده کده (DDS,MS)*[۱]، ایمان غالب[۲]، محمد مهدی فرهمند غربی[۲]

۱.مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۲.دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دریافت: ۹۳/۴/۲۲، اصلاح: ۹۳/۵/۱۵، پذیرش: ۹۳/۷/۲

خلاصه

سابقه و هدف: لیکن پلان دهانی یک بیماری پوستی، مخاطی، التهابی است که در جمعیت بزرگسال شایع می باشد اما به ندرت در جمعیت کودکان رخ می دهد. هدف از این مطالعه معرفی یک دختر ۱۳ ساله مبتلا به لیکن پلان دهانی و نحوه درمان و پیگیری وی است.

گزارش مورد: بیمار دختر ۱۳ ساله می باشد که با شکایت از وجود اریتم در ناحیه مخاط باکال مراجعه نمود. در معاینه بالینی تشخیص لیکن پلان نوع رتیکولار و اروزیو گذاشته شد. بیمار هیچگونه علامت پوستی نداشت. پس از تایید تشخیص هیستوپاتولوژیک لیکن پلان با حفظ بهداشت دهان و درمان کورتیکواستروئیدی شرایط بیمار تحت کنترل درآمد و پس از ۳ ماه پیگیری علائمی از عود وجود نداشت.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه دندانپزشکان اطفال نیز می بایست با تظاهرات کلینیکی، تشخیص و درمان لیکن پلان در بچه ها آشنا بوده و بیمار را جهت کنترل عود بیماری و تغییرات بدخیمی احتمالی بطور دوره ای تحت نظر داشته باشند.

واژه های کلیدی: لیکن پلان، حفره دهان، دندانپزشکی اطفال.

مقدمه

لیکن پلان یک بیماری پوستی مخاطی التهابی مزمن است که اغلب مخاط دهان را درگیر می کند (۱). اتیولوژی لیکن پلان دهانی همچنان ناشناخته مانده است هر چند که عوامل مختلفی نظیر استرس، ژنتیک، بیماریهای سیستمیک، ویروسها، مواد پرکردگی دندان و داروها بعنوان مسبب مطرح شده اند (۲). پاتوژنز ایجاد آن را با بهم ریختگی سیستم ایمنی سلولار مرتبط دانسته اند بطوریکه لنفوسیتهای CD4 T helper و CD8 سایتوتوکسیک فعال شده منجر به آپوپتوز سلولهای اپیتلیالی می گردند (۳). ضایعات مخاطی به شش فرم بالینی دسته بندی می شوند که فرم رتیکولار شایعترین نمای بالینی آن است (۱). یافته های مشخص نمای هیستوپاتولوژیک لیکن پلان شامل تخریب هیدروپیک لایه بازال، ارتشاح لنفوسیتی در لایه زیر اپیتلیالی، حضور تعداد فراوان اجسام کلوئید ائوزینوفیلیک (Civatte bodies)، رت ریجهای دندان اره ای و درجات مختلفی از ارتو یا پاراکراتوزیس می باشد (۴). لیکن پلان در جمعیت بزرگسال و میانسال شایع است که میزان آن بین ۰/۵-۲٪ می باشد (۵). اما تاکنون موارد اندکی از لیکن پلان دهانی در کودکی ارائه شده است (۷و۶) و شیوع آن حدود ۰/۰۳ ٪ گزارش شده است (۸). اخیرا Zychowska و همکارانش حضور لیکن پلان دهانی در یک پسر بچه ۱۰ ساله گزارش نمودند که علاوه بر درگیری دهانی، درگیری شدید ناخن نیز داشت (۹). در گزارشی دیگر Moger و همکارانش به معرفی یک دختر بچه ۷ ساله مبتلا به لیکن پلان دهانی همراه با درگیری پوست پرداخته است. این بیمار به خوبی به درمان کورتیکواستروئیدی پاسخ داد (۱۰). Padmini و همکارانش نیز در سال ۲۰۱۳ لیکن پلان زخمی بر روی زبان یک پسر ۱۲ ساله را گزارش نمودند که هیچگونه درگیری پوستی و سابقه بیماری سیستمیک نداشت (۵).

با توجه به گزارشات اخیر پیرامون تغییرات بدخیمی برخی موارد لیکن پلان دهانی، امروزه این ضایعه از لحاظ کلینیکی بعنوان یک وضعیت پیش بدخیم در

* مسئول مقاله: دکتر حمیده کده
آدرس: زاهدان، خیابان مهر، دانشکده دندانپزشکی، بخش پاتولوژی. تلفن: ۰۵۴-۳۳۴۱۴۰۰۱
E-mail: Kadeh@zaums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.12.10.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.12.77]

نظر گرفته می شود (۳) و در نتیجه تشخیص و درمان این ضایعه بویژه در جمعیت کودکان حائز اهمیت می باشد. هدف از گزارش این مورد، معرفی یک دختر ۱۳ ساله مبتلا به لیکن پلان دهانی و توصیف نمای بالینی، هیستوپاتولوژیک و درمان وی می باشد.

گزارش مورد

دختری ۱۳ ساله با شکایت از وجود اریتم در ناحیه مخاط باکال که از ۲ ماه قبل ایجاد شده به دانشکده دندانپزشکی زاهدان مراجعه کرد. بیمار هیچگونه سابقه مصرف دارو و ابتلا به بیماریهای سیستمیک نداشت.

در معاینات بالینی داخل دهانی علاوه بر تجمع پلاک و پوسیدگیهای متعدد دندانی که نشانگر بهداشت دهانی ضعیف بود، ضایعات پاپول و پلاک مانند سفید و قرمز رنگ در گونه های راست و چپ مشاهده شد. ضایعات سفید رنگ نمایی تقریبا شبیه خطوط ویکهام و ضایعات قرمز رنگ نمای زخمی را در گونه ایجاد نموده بودند (شکل ۱).

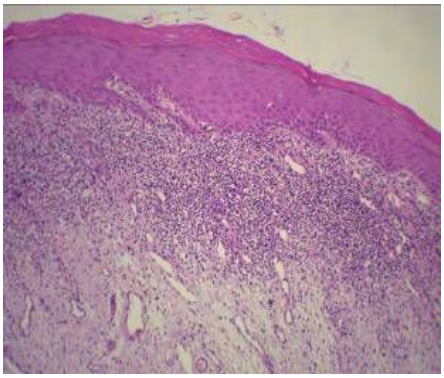
پرکردگیهای آمالگام در محل ضایعات مذکور مشاهده نشد. با توجه به نمای بالینی ضایعات، تشخیص لیکن پلان دهانی داده شد. در معاینه پوست سایر نواحی بدن هیچگونه علامت بالینی دال بر درگیری با لیکن پلان مشاهده نشد. با استفاده از روش Incisional نمونه ای به ابعاد ۳×۵ mm از محل پلاک زخمی در گونه راست برای بیوپسی برداشته و به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده شد. در نمای هیستوپاتولوژیک مقطعی از یک ضایعه مخاطی دیده شد که پوشش اپی تلیالی سنگفرشی مطبق آن هیپرپاراکراتوزیس نشان می داد و در برخی نواحی دستخوش تخریب سلولهای بازال شده بود.

در محل اتصال بافت همبند و اپیتلیوم رت ریج ها صاف و در بعضی نواحی دندان اره ای بود. همچنین در نمای میکروسکوپی ارتشاح نواری شکل سلول های التهابی مزمن در لامینا پروپریا قابل مشاهده بود. پس از بررسی های به عمل آمده هیچ گونه تغییر بدخیمی یافت نشد (شکل ۲).

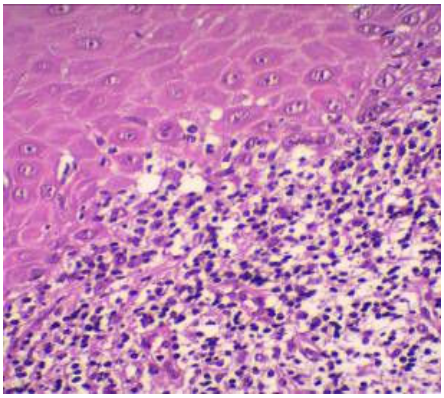
بدنبال تایید تشخیص هیستوپاتولوژیک لیکن پلان، بیمار جهت حفظ بهداشت دهانی و کنترل پلاک دندانی و استفاده از دهانشویه کلرهگزیدین تشویق شد و جهت تسکین و کنترل ضایعات پماد تریامسینولون استونايد ۰/۱٪ تجویز گردید. بیمارپس از سه هفته بهبودی کامل را نشان داد و پیگیری پس از سه ماه نیز هیچگونه علائمی از عود را نشان نداد (شکل ۳).



شکل ۱. نمای بالینی بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی



الف



ب

شکل ۲. نمای هیستوپاتولوژیک لیکن پلان الف: هیپرپاراکراتوزیس سطحی اپیتلیال و رت ریجهای دندان اره ای همراه با ارتشاح نواری شکل لنفوسیتها در لامینا پروپریا (بزرگنمایی ۱۰۰X) ب: تخریب لایه بازال اپیتلیال در مجاورت ارتشاح لنفاوی (بزرگنمایی ۴۰۰X)



شکل ۳. نمای بالینی گونه بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی پس از درمان

بحث و نتیجه گیری

این گزارش اولین موردی است که که به معرفی یک کودک ایرانی مبتلا به لیکن پلان دهانی بدون درگیری پوستی می پردازد. لیکن پلان دهانی در کودکی اولین بار در دهه ۱۹۲۰ گزارش شد و بطور کلی نادر می باشد (۱۱و۱۰). اکثر موارد لیکن پلان در زنان میانسال دیده می شود (۱۲) اگرچه که در لیکن پلان دهانی دوران کودکی توزیع برابر جنسیتی ذکر شده است (۱۳). در مطالعه ما لیکن پلان

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.12.10.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.12.77]

در یک دختر رخ داده بود. کودکان با نژاد آسیایی بیشتر مستعد ایجاد لیکن پلان هستند که می تواند نتیجه اثرات ژنتیک علاوه بر اثرات محیطی به تنهایی باشد (۱۱). اتیولوژی ایجاد لیکن پلان به خوبی شناخته نشده است و پاتوژنز آن هنوز مورد بحث است. عوامل خارجی مختلف بویژه ویروسها و عوامل داخلی نظیر استرس و بیان آنتی ژن heat shock protein می توانند کراتینوسیتهای بازال مخاط دهان را تغییر داده و آنها را مستعد آپوپتوز توسط +CD8 cytotoxic T cell کنند. همچنین این عوامل منجر به فعال شدن ماتریکس متالوپروتئینازها و دگرانولاسیون ماست سلها شده که میزان زیادی واسطه های التهابی و سایتوکینهایی را تولید می کنند که باعث شروع کلینیکی بیماری می شوند (۱۴).

Pakfetrat و همکارانش با بررسی لیکن پلان دهانی در یک جمعیت ایرانی مشخص نمودند که ۸۳٪ بیماران تنها ضایعات دهانی داشتند در حالیکه بقیه علاوه بر درگیری دهانی، درگیری پوست، مو و ناخن هم داشتند (۴). در این مطالعه نیز بیمار تنها دارای ضایعات دهانی بود. البته به نظر می رسد مخاط دهان در کودکان مبتلا به لیکن پلان کمتر از بزرگسالان مبتلا درگیر شود(۱۳). ناراحتی و درد دهانی شکایت اصلی بیماران مبتلا بود. عوامل بدتر کننده وضعیت بالینی نیز استرس، غذاها (نظیر گوجه فرنگی، مرکبات و غذاهای تند مزه)، اعمال دندانپزشکی و بیماریهای سیستمیک بودند (۴). هر چند که Munde و همکارانش مشخص نموده اند که میزان ابتلا به افزایش فشار خون، دیابت ملیتوس و هیپوتیروئیدیسم در مبتلایان به لیکن پلان بیشتر از جمعیت معمول نیست (۱۵). در بررسی Alam نیز کودکان مبتلا به لیکن پلان دهانی هیچگونه تاریچه مثبت پزشکی و یا فامیلی نداشتند (۱۱). تست سرولوژیکی هپاتیت B و C نیز در کودکان مبتلا به لیکن پلان منفی گزارش شده است (۱۳). در ارزیابی کلینیکی، Andreasen لیکن پلان دهانی را به شش شکل کلینیکی رتیکولار، پاپولار، پلاک، آتروفیک، اروزیو و بولوز توصیف نموده است(۱۶). فرم رتیکولار که بصورت خطوط سفید رنگ کراتوتیک در مخاط دهان مشاهده می شود شایعترین نوع آن (۷۷٪) می باشد (۴). البته Chatterjee و همکارانش شایعترین نمای کلینیکی لیکن پلان دهانی بچه ها را نوع اروزیو مشاهده نموده است (۱۳).

کودک مبتلا در مطاله حاضر نیز هر دو فرم رتیکولار و اروزیو را در معاینه بالینی نشان داد. اصلی ترین محلهای درگیری داخل دهانی شامل مخاط باکال، زبان و لثه می باشند (۱۷). در گیری لب نیز به ندرت در جمعیت کودکان گزارش شده است (۸). تقریبا ۹۵٪ بیماران توزیع قرینه دوطرفه ضایعات دهانی دارند (۴). در گزارش حاضر بیمار درگیری دو طرفه مخاط باکال را نشان داد. یکی از ضایعات مهمی که در تشخیص افتراقی لیکن پلان قرار می گیرد ضایعات لیکنوئیدی دهانی است که از لحاظ نمای هیستوپاتولوژیک در این ضایعات ارتشاح ائوزینوفیلها، نوتروفیلها و پلاسما سلها بر خلاف لیکن پلان در عمق بافت همبندی مشاهده می گردد و از لحاظ بالینی در ضایعات لیکنوئیدی دهانی درگیری لب بیشتر می باشد (۱۸). سایر تشخیصهای افتراقی بالینی لکوپلاکیا، لوپوس اریتماتوز و بیماری پیوند علیه میزبان می باشند (۸).

یکی از تفاوتهای لیکن پلان دهانی با نوع پوستی این است که ضایعات پوستی خود محدود شونده هستند اما ضایعات نوع دهانی به ندرت خود به خود بهبود می یابد (۵). از آنجایی که اتیولوژی OLP ناشناخته است، شرایط اساسی لازم برای درمان پیشگیرانه وجود ندارد. بنابراین تمام استراتژی درمانی به منظور کاهش یا حذف علایم می باشد. بیشتر بیماران مبتلا به لیکن پلان رتیکولار بدون علامت هستند و نیاز به درمان فعالی ندارند. درمان با کورتیکواستروئید موضعی و کنترل پلاک در کودکان مبتلا به لیکن پلان دهانی رتیکولار نتایج مطلوبی نشان داده است (۸) که این درمان در بیمار مطالعه حاضر منجر به بهبودی کامل گردید. سایر انواع لیکن پلان با درد و سوزش دهانی بیشتری همراه هستند که درمانهای مختلفی نظیر استفاده از کورتیکواستروئید سیستمیک، دهانشویه های استروئیدی، رتینوئیدها (نظیر ویتامین آ)، پرتوتابی فرابنفش (نظیر PUVA) و لیزر CO2 برای آنها مطرح شده است (۱). یکی از مهمترین عوارض مرتبط با پیشرفت و پیش آگهی لیکن پلان دهانی، تکامل کارسینومای سلول سنگفرشی دهان است بطوریکه سازمان بهداشت جهانی (WHO) لیکن پلان را بعنوان یک اختلال بالقوه بدخیم طبقه بندی نموده است (۱۹). از آنجائیکه کارسینوژنز یک پروسه پیچیده و چند عاملی است به نظر می رسد که سینرژیسم بین عوامل داخلی (مدیاتورهای التهابی) و عوامل خارجی (عفونتهای ویروسی، تنباکو و الکل) برای تغییر بدخیمی لیکن پلان دهانی می بایست رخ دهد (۱۴).

بطور کلی پیش آگهی لیکن پلان دهانی در کودکی مطلوب تر از موارد دوران بزرگسالی است و گزارشی از تغییرات بدخیمی در این رده سنی گزارش نشده است (۲۰). این نتایج منطبق بر نتیجه مطالعه حاضر است بطوریکه در نمای هیستوپاتولوژیک هیچگونه تغییراتی مبنی بر دیسپلازی مشاهده نشد و پس از ۳ ماه پیگیری هیچگونه علائمی مبنی بر عود بیماری وجود نداشت. علتهای محتمل زیادی برای ماهیت نادر لیکن پلان دهانی دوران کودکی وجود دارد. این علتها می تواند شامل تعداد کم بیماریهای سیستمیک، پدیده خود ایمنی و ترمیم دندان در کودکان و همچنین تشخیص نادرست، بهداشت دهانی ضعیف و مراجعات دندانپزشکی اندک آنها باشد (۱۱و۸). فقدان علائم نیز می تواند منجر به نادیده گرفتن بیمار یا دندانپزشک از حضور یک چنین وضعیتی گردد (۱۱). بنابراین تاکید می گردد که دندانپزشکان اطفال با تظاهرات کلینیکی، تشخیص و درمان لیکن پلان در بچه ها آشنا بوده و بیمار را جهت کنترل عود بیماری و تغییرات بدخیمی احتمالی بطور دوره ای تحت نظر داشته باشند.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.12.10.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.12.77]

A Case Report of Oral Lichen Planus in a Child

SH. Saravani (DDS,MS)[1], H. Kadeh (DDS,MS)*[1], I. Ghaleb[2], M.M. Farahmand Gharbi[2]

1.Dental Research Center, Zahedan University of Medical Science, Zahedan, I.R.Iran.
2.Zahedan University of Medical Science, Zahedan, I.R.Iran.

J Babol Univ Med Sci; 16(12); Dec 2014; PP: 77-81
Received: Jul 13th 2014, Revised: Aug 6th 2014, Accepted: Sep 24th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Oral lichen planus (OLP) is an inflammatory mucocutaneous disease which is common in adults. OLP occurred in children rarely. The aim of this study was to introduce a 13-year-old girl with OLP and her treatment and follow up.

CASE: The 13-year-old patient was admitted with the complaint of erythema of the buccal mucosa and clinical diagnosis was reticular and erosive LP. The patient had no cutaneous signs. After the histopathologic confirmation of LP diagnosis, the patient's condition was controlled with oral health maintenance and corticosteroid therapy and wasn't relapsed after 3 month follow up.

CONCLUSION: The results showed that the pediatric dentists should know the clinical manifestations, diagnosis and treatment of OLP in children and should periodically monitor the patients to control the disease recurrence and possible malignant changes.

KEY WORDS: *Lichen planus, Oral cavity, Pediatric dentistry.*

Please cite this article as follows:

Saravani SH, Kadeh H, Ghaleb I, Farahmand Gharbi MM. A Case Report of Oral Lichen Planus in a Child. J Babol Univ Med Sci 2014; 16(12):77-81.

* **Corresponding Author; H. Kadeh (PhD)**
Address: School Pathology Department, Faculty of Dentistry, Zahedan University of Medical Science, Mehr Avenu, Zahedan, I.R.Iran.
Tel: +98 54 33414001
E-mail: Kadeh@zaums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.12.10.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.12.77]

References

1.Boorghani M, Gholizadeh N, Taghavi Zenouz A, Vatankhah M, Mehdipour M. Oral lichen planus: clinical features, etiology, treatment and management; a review of literature. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2010;4(1):3-9.

2.Srinivas K, Aravinda K, Ratnakar P, Nigam N, Gupta S. Oral lichen planus-Review on etiopathogenesis. Natl J Maxillofac Surg. 2011;2(1):15-6.

3.Cortes-Ramirez DA, Gainza-Cirauqui ML, Echebarria-Goikouria MA, Aguirre-Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: the controversies and the unknown. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14(3):E118-22.

4.Pakfetrat A, Javadzadeh-Bolouri A, Basir-Shabestari S, Falaki F. Oral Lichen Planus: a retrospective study of 420 Iranian patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14(7):E315-8.

5.Padmini C, Bai KY, Chaitanya V, Reddy MS. Ulcerative lichen planus in childhood. Case Rep Dent. 2013;2013:874895.

6.Woo VL, Manchanda-Gera A, Park DS, Yoon AJ, Zegarelli DJ. Juvenile oral lichen planus: a report of 2 cases. Pediatr Dent. 2007; 29(6):525-30.

7.Chaitra TR, Telgi RL, Kishor A, Kulkarni AU. Juvenile oral lichen planus: a clinical rarity. BMJ Case Rep. 2012; 2012.

8.GunaShekhar M, Sudhakar R, Shahul M, Tenny J, Ravikanth M, Manikyakumar N. Oral lichen planus in childhood: A rare case report. Dermatol Online J. 2010;16(8):9.

9.Zychowska M, Batycka-Baran A, Baran W. Oral Lichen Planus with Severe Nail Involvement in a 10-year-old Boy. Acta Derm Venereol. 2014.

10.Moger G, Thippanna CK, Kenchappa M, Puttalingaiah VD. Erosive oral lichen planus with cutaneous involvement in a 7-year-old girl: a rare case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2013;31(3):197-200.

11.Alam F, Hamburger J. Oral mucosal lichen planus in children. Int J Paediatr Dent. 2001;11(3):209-14.

12.Gumru B. A retrospective study of 370 patients with oral lichen planus in Turkey. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(3):e427-32.

13.Chatterjee K, Bhattacharya S, Mukherjee CG, Mazumdar A. A retrospective study of oral lichen planus in paediatric population. J Oral Maxillofac Pathol. 2012;16(3):363-7.

14.Payeras MR, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. Arch Oral Biol. 2013;58(9):1057-69.

15.Munde AD, Karle RR, Wankhede PK, Shaikh SS, Kulkurni M. Demographic and clinical profile of oral lichen planus: A retrospective study. Contemp Clin Dent 2013;4(2):181-5.

16.Andreasen JO. Oral lichen planus. 1. A clinical evaluation of 115 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1968;25(1):31-42.

17.Seyedmajidi M, Motallebnejad M, Foroughi, R, Aslani F. Clinical and Histopathological Findings in 26 Patients with Oral Lichenoid Lesions. J Babol Univ Med Sci. 2010;12(3):72-8.

18.Aminzadeh A, Jahanshahi G, Ahmadi M. A retrospective comparative study on clinico-pathologic features of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. Dent Res J (Isfahan). 2013;10(2):168-72.

19.Shen ZY, Liu W, Zhu LK, Feng JQ, Tang GY, Zhou ZT. A retrospective clinicopathological study on oral lichen planus and malignant transformation: analysis of 518 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012;17(6):e943-7.

20.Laeijendecker R, Van Joost T, Tank B, Oranje AP, Neumann HA. Oral lichen planus in childhood. Pediatr Dermatol. 2005;22(4):299-304.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.12.10.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.12.77]