

ANNA J. KURNATOWSKA, ANNA STANKIEWICZ

Pęcherzowa postać liszaja płaskiego – opis przypadku

Lichen Planus Bullosus – Case Report

Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej Katedry Stomatologii Zachowawczej,
Endodoncji i Periodontologii UM w Łodzi

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek 79-letniej kobiety z ciężką postacią pęcherzową liszaja płaskiego w jamie ustnej. Pacjentka kilka miesięcy wcześniej była leczona z dobrym wynikiem z powodu nadżerkowej postaci liszaja płaskiego błony śluzowej jamy ustnej. Po 2 miesiącach na błonie śluzowej policzków, języka i podniebienia wystąpiły zmiany w postaci nadżerek i pęcherzy nieustępujące, mimo zastosowanego leczenia. Z wywiadu wynikało, że pacjentka jest pod wpływem silnego napięcia psychicznego. Podejrzewano, że główną przyczyną zaostrzającą chorobę jest czynnik nerwowy. Zdecydowano się na skierowanie pacjentki do neurologa. Leczenie zmian na błonie śluzowej zaczęło być skuteczne dopiero po wprowadzeniu do leczenia środków przeciwdepresyjnych (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 779–782**).

Słowa kluczowe: liszaj płaski, błona śluzowa jamy ustnej.

Abstract

The study describes the case of 79-year-old woman with severe type of oral lichen planus. This patient was treated successfully for oral lichen erosivus a few months earlier. After 3 months, lesions in the form of erosions and blisters appeared on the mucous membrane of the cheeks, tongue, palate and did not pass despite of treatment. The interview during examination indicated that the patient was under the intensive stress. It seemed that the stress factor was the main reason for its severity. The decision was to refer the patient to the neurologist. Treatment of oral lesions gave effects when antidepressants were introduced to the therapy (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 779–782**).

Key words: lichen planus, mucous membrane of oral cavity.

Liszaj płaski jest przewlekłym schorzeniem dermatologicznym, przebiegającym z okresami zaostrzeń i remisji. Występuje 0,1–2,2% populacji osób dorosłych, w średnim i starszym wieku, częściej u kobiet [1].

Zmiany chorobowe mogą dotyczyć skóry i błon śluzowych. Według Jańczuka [1] jama ustna jest objęta zmianami w połowie przypadków. Znane są również przypadki, w których wykwity występują na błonie śluzowej narządów płciowych [2, 3].

Opis przypadku

Pacjentka P. A., lat 79, zgłosiła się w listopadzie 2003 r. do Zakładu Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej UM w Łodzi z po-

wodu bolesnych zmian na błonie śluzowej obydwu policzków i języka. Dolegliwości utrzymywały się od kilku tygodni i wzrastały podczas spożywania posiłków.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono stan zapalny błony śluzowej prawego i lewego policzka oraz języka po stronie prawej z występowaniem nadżerek. Na obwodzie zmian była zauważalna charakterystyczna dla liszaja płaskiego siateczka Wickhama.

Z wywiadu wynikało, że zmiany tego typu pojawiały się u pacjentki, w pewnych odstępach czasu od 30 lat, a wykwitom w jamie ustnej często towarzyszyły zmiany na skórze rąk i nóg. Pacjentka opisywała je jako swędzące plamy koloru czerwono-brunatnego. W chwili badania nie stwierdzono zmian na skórze.

Chora nie zgłaszała się wcześniej z tym problemem do lekarza stomatologa, a zmiany w jamie ustnej ustępowały same po okresie kilku tygodni.

W wywiadzie ogólnym, pacjentka nie zgłaszała żadnych innych chorób, nie przyjmowała żadnych leków i nie była poddawana leczeniu. W 1964 r. przechodziła wirusowe zapalenie wątroby.

Na podstawie obrazu klinicznego błony śluzowej jamy ustnej stwierdzono u pacjentki nadżerkową postać liszaja płaskiego. Nie wykonano w tym przypadku badania histopatologicznego ze względu na charakterystyczny wygląd zmian potwierdzający jednoznacznie to rozpoznanie.

U pacjentki zastosowano: 1) maść do wewnątrzustnego smarowania zmian, 2) kortykosteroidy w postaci przymoczek, 3) płukankę osłaniającą i przeciwzapalną, 4) witaminoterapię w postaci: witaminami B₂, B₆, kwasu foliowego, C oraz Fe podawanych doustnie.

Po tygodniu leczenia stwierdzono u pacjentki poprawę kliniczną. W miejscu nadżerek na błonie

śluzowej pozostały zmiany rumieniowe, ustąpiły dolegliwości bólowe i dyskomfort w jamie ustnej.

Kliniczne badania kontrolne, prowadzone przez 3 miesiące, w odstępach dwutygodniowych, potwierdzały poprawę kliniczną.

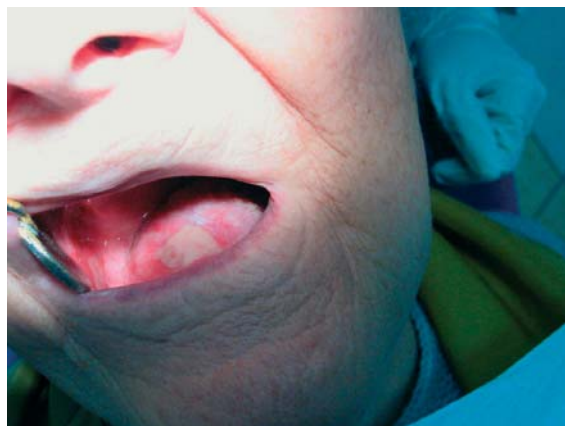
W kwietniu 2004 r. wystąpiło ponowne zaostrzenie się zmian. Na błonie śluzowej prawego i lewego policzka stwierdzono zmiany w postaci nadżerek i pęcherzy (ryc. 1, 2). Na języku oraz na podniebieniu i wyrostkach zębodołowych szczęki po stronie prawej były widoczne rozległe, nieregularne pęcherze na zmienionym zapalnie podłożu (ryc. 3). Na całej grzbietowej powierzchni języka, były wykwity liszaja płaskiego w postaci tarczek (ryc. 4). Zmianom towarzyszyła duża bolesność podczas mówienia, uniemożliwiająca również przyjmowanie posiłków. Upřednio zastosowane leczenie miejscowe nie przyniosło poprawy.

Zdecydowano się na skierowanie pacjentki do szpitala dermatologicznego w celu wykonania badań w kierunku pemfigoidu i pęcherzycy oraz



Ryc. 1. Zmiany pęcherzowo-nadżerkowe na policzku prawym

Fig. 1. Bullous and erosive lesions in right cheek



Ryc. 3. Rozległe pęcherze w jamie ustnej

Fig. 3. Extensive bullas in cavi oris



Ryc. 2. Zmiany pęcherzowo-nadżerkowe na policzku lewym

Fig. 2. Bullous and erosive lesions in left cheek



Ryc. 4. Tarczkowe wykwity liszaja płaskiego na języku

Fig. 4. Plaque – type lichen planus on the tongue

ewentualnego leczenia. Wyniki badania immuno-fluorescencji pośredniej surowicy krwi na obecność przeciwciał typu *pemphigus* klasy IgG były ujemne. Nie stwierdzono również obecności przeciwciał IgG skierowanych przeciw błonie podstawnej (BMZ – *basement membrane zone*). Wyniki badań immunopatologicznych wykluczały obecność pęcherzycy i pemfigoidu błon śluzowych. Badania laboratoryjne nie wykazały nieprawidłowości. Poziom aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej był podwyższony (ALT – 66 U/l, AST – 60 U/l; norma 5–40 U/l), co mogło wskazywać na stan chorobowy wątroby.

Ze względu na zaawansowany wiek pacjentki i możliwe skutki uboczne nie zdecydowano się na ogólną terapię kortykosteroidami.

W związku z nasilonymi objawami przedmiotowymi i podmiotowymi wykonano badanie histopatologiczne wycinka pobranego z policzka. Obraz mikroskopowy nabłonka z tego miejsca ujawnił cechy parakeratozy, znaczny rozrost warstwy ziarnistej, obecność pęcherzy podnabłonkowych oraz naciek zapalny w tkance łącznej złożony z limfocytów.

Z wywiadu wynikało, że pacjentka jest pod wpływem silnych przeżyć psychicznych z powodu trudnej sytuacji rodzinnej trwającej kilka tygodni.

Pierwsze incydenty choroby wystąpiły 30 lat wcześniej tuż po śmierci męża. Kolejne objawy chorobowe pojawiały się również podczas okresów napięcia emocjonalnego.

Skierowano pacjentkę do neurologa, który zlecił przyjmowanie preparatu opipramol 50 mg 2 × dz. po 1 tabl. Opipramol jest trójpierścieniowym lekiem przeciwdepresyjnym, również o działaniu przeciwlękowym i uspokajającym. Jednocześnie kontynuowano leczenie miejscowe zmian w jamie ustnej. Po 3 tygodniach stan pacjentki poprawił się. Pęcherze w jamie ustnej zmniejszyły się, a ból ustąpił całkowicie. Podczas kolejnych cotygodniowych badań kontrolnych, prowadzonych przez miesiąc, na policzkach, podniebieniu i języku stwierdzono zmniejszające się zaczerwienienie w miejscu uprzednio występujących pęcherzy.

Obecnie 3 miesiące po ustąpieniu zmian, pacjentka nadal znajduje się pod opieką stomatologiczną. Raz w miesiącu zgłasza się na wizyty kontrolne. W dalszym ciągu jest kontynuowane stosowanie ziołowej płukanki osłaniającej.

Omówienie

Liszaj płaski błon śluzowych jamy ustnej podzielono na liczne podtypy. Knychalska-Karwan [4] rozróżnia postać prostą i złożoną. Według Jańczuka [1] liszaj płaski może przybierać postać: drzewkowatą, obrączkowatą (*lichen annularis*),

zanikową (*lichen atrophicus*), przerostową (*lichen hypertrophicus*), zlewną (*lichen confluentis*), pęcherzową (*lichen pemphigoides*).

Często trudno jest jednak klinicznie zastosować wyraźny podział, ponieważ na błonie śluzowej jednego pacjenta mogą występować w tym samym czasie różne podtypy, podobnie jak w opisanym przypadku.

Najczęściej zmiany znajdują się na błonie śluzowej policzków, języka, warg i dziąseł. Wykwity zwykle występują obustronnie i symetrycznie. Jeśli zmiany przypominające liszaj płaski są asymetryczne, dotyczą tylko jednej połowy jamy ustnej lub obejmują podniebienie, sugeruje się raczej odczyn liszajowy, a nie liszaj płaski. Odczyn liszajowy wiąże się m.in. z nadwrażliwością na rtęć, zwłaszcza w bezpośrednim kontakcie wypełnienia amalgamatowego z błoną śluzową.

Często spożywanie ostrych lub kwaśnych pokarmów wywołuje szczypanie, pieczenie lub uczucie drętwienia okolicy objętej zmianami. Nasilone dolegliwości mogą towarzyszyć postaci pęcherzowej, w której początkowo pojawiające się pęcherze pękają, tworząc bolesne nadżerki.

Zmiany skórne przybierają postać grudek o średnicy 3–4 mm, są barwy czerwonej. Z czasem wykwity powiększają się, zlewają, zmieniając barwę na sinawopurpurową, fioletową lub brązową. Najczęściej są obustronne, na skórze przedramion i goleni, wywołują swędzenie [4].

Etiologia liszaja płaskiego nie jest wyjaśniona. Pod uwagę brany jest związek z chorobami układowymi, takimi jak: cukrzyca, choroba reumatyczna, wirusowe zapalenie wątroby typu C oraz inne hepatopatie [5–10]. Niektóre badania wskazują na podłoże autoimmunologiczne z limfocytarną reakcją zapalną na antygen zlokalizowany w keratynocytach warstwy podstawnej nabłonka. Obecność zarówno limfocytów CD4, jak i CD8 została stwierdzona w blaszce właściwej błony śluzowej (*lamina propria mucosae*) leżącej pod nabłonkiem, w miejscu wykwitów liszaja płaskiego [5, 11].

Uwzględnia się także czynnik nerwowy, gdyż zmiany pojawiają się w obrębie unerwienia czuciowego i wegetatywnego błony śluzowej, a do rozwoju choroby są skłonne osoby wrażliwe, nerwowe, czasem z zaburzeniami psychicznymi. Zaostrezenia choroby często pojawiają się po silnych wstrząsach nerwowych i przeżyciach psychicznych [12, 13]. Z uwagi na wiek pacjentki (79 lat), bardziej właściwe wydawało się skierowanie jej na konsultację neurologiczno-psychiatryczną.

Liszaj płaski należy różnicować z: leukoplakią, erytroplakią, kandydozą, toczniem rumieniowatym, pemfigoidem i rumieniem wysiękowym wielopostaciowym [4].

Możliwość transformacji nowotworowej zmian liszaja płaskiego jest kontrowersyjna.

Liszaj płaski ze zmianami skórnymi nie jest uważany za stan przednowotworowy, ale w przypadku wykwitów na błonie śluzowej jamy ustnej ryzyko transformacji nowotworowej zwiększa się pięciokrotnie [14, 15]. Pewne znaczenie może tu mieć długotrwały stan zapalny. Według Knychalskiej-Karwan [4] u chorych istnieje 10–20 razy

większe ryzyko zezłośliwienia zmian w stosunku do przekroju populacji. Szczególnie niekorzystna jest lokalizacja wykwitów na języku oraz postać nadżerkowa.

Przedstawiony przypadek może skłaniać do rozważań nad udziałem czynnika nerwowego w patogenezie i przebiegu klinicznym liszaja płaskiego.

Piśmiennictwo

- [1] JAŃCZUK Z., BANACH J.: Choroby jamy ustnej przebiegające z zaburzeniami w rogowaceniu lub złuszczeniu nabłonka. W: Choroby błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia. Red.: Wińska E., Wyszamirska F. PZWL, Warszawa 1998, 215–228.
- [2] SOPPER D. E., PATTERSON J. W., HURT G. W., FANTL J. A., BLAYLOCK W. K.: Lichen planus of the vulva. *Obstet. Gynecol.* 1988, 127, 1684–1688.
- [3] MCKAY M.: Vaginitis and vulvovaginitis: cutaneous considerations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991, 165, 1176–1182.
- [4] KNYCHALSKA-KARWAN Z.: Zmiany błony śluzowej jamy ustnej w schorzeniach o dużym prawdopodobieństwie etiologii immunologicznej. W: Fizjologia i patologia błony śluzowej jamy ustnej. Red. Sławińska-Iwańczuk J. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 77–86.
- [5] TANEI R., WATANABE K., NISHIYAMA S.: Clinical and histological analysis of the relationship between lichen planus and chronic hepatitis C. *J. Dermatol.* 1995, 22, 316–323.
- [6] CHUANG T. Y., STITLE L., BRASHEAR R., LEWIS C.: Hepatitis C virus and lichen planus: A case-control study of 340 patients. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1999, 41, 787–789.
- [7] DEL OLMO J. A., PASCUAL I., BAGAN J. V., SERRA M. A., ESCUDERO A., RODRIGUEZ F.: Prevalence of hepatitis C virus in patients with lichen planus of the oral cavity and chronic liver disease. *Eur. J. Oral Sci.* 2000, 108, 378–382.
- [8] CARROZZO M., GANDOLFO S., CARBONE M., COLOMBATTO P., BROCCOETTI R., GARCINO-DEMO P.: Hepatitis C virus infection in Italian patients with oral lichen planus: A prospective case-control study. *J. Oral Pathol. Med.* 1996, 25, 527–533.
- [9] VAN DER MEIJ E. H., VAN DER WAAL I.: Hepatitis C virus infection and oral lichen planus: a report from the Netherlands. *J. Oral Pathol. Med.* 2000, 29, 255–258.
- [10] CARROZZO M., GANDOLFO S., LODI G., CARBONE M., GARZINO-DEMO P., CARBONERO C.: Oral lichen planus in patients infected or noninfected with hepatitis C virus: the role of autoimmunity. *J. Oral Pathol. Med.* 1999, 28, 16–19.
- [11] KMIĘC Z.: Ogólna budowa błony śluzowej jamy ustnej. W: Histologia zęba i jamy ustnej. Red. Teichman H., Wydawnictwo Skrytor, Gdańsk 2003, 86–89.
- [12] JEŻEWSKA E., FRĄCKOWIAK T.: Zespoły rzekomonerwicowe. W: Zespoły rzekomonerwicowe w chorobach wewnętrznych i nerwowych. Red. Puciłowska K. PZWL, Warszawa 1961, 65–151.
- [13] CHIAPPELI F., CAJULIS O. S.: Psychobiologic views on stress-related oral ulcers. *Quintessence Int.* 2004, 35, 223–227.
- [14] SIGFURGEIRSSON B., LINDELOF B.: Lichen planus and malignancy. *Arch. Dermatol.* 1991, 127, 1684–1688.
- [15] LEWIS F. M., HARRINGTON C. I.: Squamous cell carcinoma arising in vulval lichen planus. *Br. J. Dermatol.* 1994, 131, 703–705.

Adres do korespondencji:

Anna J. Kurnatowska
Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej UM
ul. Pomorska 251
93-213 Łódź
tel. +48 71 675 75 40
e-mail: zaklperio@o2.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.07.2004 r.
Po recenzji: 28.07.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 23.08.2004 r.

Received: 7.07.2004
Revised: 28.07.2004
Accepted: 23.08.2004