

AKTİNİK LİKEN PLANUSLU İKİ OLGU SUNUMU

TWO CASE REPORTS OF ACTINIC LICHEN PLANUS

Ayşe Serap KARADAĞ¹, Servet GÜREŞÇİ², Murat OKTAY³

¹ S.B.Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü

² S.B.Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

³ S.B.Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

Abstract

Actinic lichen planus, a rare variant of lichen planus, is also known as lichen planus tropicus. Various clinical types have been identified such as annular, plaque-like, dyschromic, and pigmented. However it usually occurs in spring and summer, clinical findings sometimes continue during the other seasons. Histopathologically, there may be various findings like from nonspecific eczematous dermatitis to lichenoid tissue reaction, in addition to the classical lichen planus like findings. Differential diagnosis must include discoid lupus erythematosus, granuloma annulare, melasma, secondary syphilis, fix drug eruption, polymorphous light eruption, erythema dyschronicum perstans and photosensitive lichenoid eruption induced by drug. Various agents are used as treatment but these therapies have variable cure rate. We reports two cases with pigmented form of actinic lichen planus. (Anatol J Clin Investig 2009;3(4);239-242).

Özet

Aktinik liken planus, liken planusun nadir görülen bir varyantı olup, liken planus tropikus olarak bilinmektedir. Anuler, plak benzeri, diskromik ve pigmente gibi çeşitli klinik tipleri tanımlanmıştır. Genellikle ilkbahar ve yaz aylarında ortaya çıkmasına rağmen klinik bulgular diğer mevsimlerde de devam edebilmektedir. Histopatolojik olarak klasik liken planus benzeri bulgular görülse de nonspesifik ekzematöz dermatitten-likenoid doku reaksiyonuna kadar çeşitli bulgular ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın ayırıcı tanısı diskoid lupus eritematozus, granuloma anulare, melazma, sekonder sifiliz, fiks ilaç erupsiyonu, polimorf ışık erupsiyonu, eritema diskronikum perstans ve ilacın indüklediği fotosensitif likenoid erupsiyon ile yapılmalıdır. Tedavide çeşitli ajanlar kullanılmaktadır ve bu tedavilerin başarı oranı değişkendir. Aktinik liken planusun pigmente formu tanısı konulan iki hasta bildirmekteyiz. (Anatol J Clin Investig 2009;3(4);239-242).

Giriş

Aktinik liken planus liken planusun nadir görülen, farklı klinik özelliklere sahip bir varyantıdır. Sıklıkla tropikal bölgelerde görülür [1]. Genellikle ilkbahar ve yaz aylarında ortaya çıkmakta ve başlıca güneş gören yerleri etkilemektedir. Aktinik liken planusun klinik tipleri; anüler, plak benzeri, diskromik ve pigmente formdur [2]. Polikliniğimize başvuran ve aktinik liken planusun pigmente formu olduğu düşünülen iki olgu bildirilmektedir.

Olgu 1

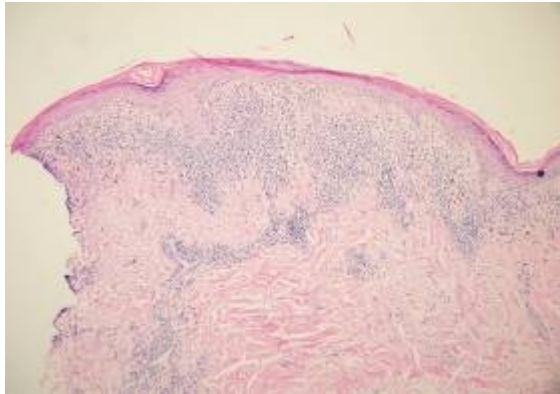
Elliüç yaşında, erkek hasta 5 aydır sağ yanak üzerinde ve boyunda ortaya çıkan pembemsi-mavimsi-mor renkli lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonlarının sonbahar aylarında ortaya çıktığı öğrenildi. Öncesinde herhangi bir ilaç alımı yoktu. Topikal olarak kozmetik madde, pudra veya parfüm kullanmamıştı. Kış aylarında lezyonlarında iyileşme olmamıştı. Dermatolojik incelemede sağ yanak üzeri ve boyunda birkaç adet 0.3x0.3 cm

ile 4x3 cm arası değişen boyutlarda mavimsi-mor renkte maküler lezyon görüldü (Resim 1). Hastanın mukoza tutulumu veya tırnak değişikliği yoktu. Rutin laboratuvar testleri normal sınırlardaydı.



Resim 1. Sağ yanak laterali ve boyunda pembemsi-mor renkte birkaç adet değişik boyutlarda maküler lezyon izlenmektedir.

Hastadan 3 mm.lik punch biyopsi aleti ile histopatolojik inceleme ve direkt immüno Floresan inceleme için biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede hiperkeratotik çok katlı yassı epitelle örtülü deri dokusunda bazal tabakada yaygın hasara neden olan iltihabi infiltrasyon, epidermiste yaygın ekzositoz ve arada apoptotik keratinositler görülmekteydi. İltihabi infiltrasyon kıl folikülleri ve sebace glandlar çevresinde de devam etmekteydi. Dermiste yoğun pigment inkontinansı, bazı alanlarda kolloid cisimcikler ve damarlar çevresinde mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu göze çarpmaktaydı (Resim 2). Direkt immüno Floresan incelemede kompleman (C) 3, C4, immunoglobulin (Ig) G, IgM ve IgA ile boyanma saptanmadı.



Resim 2. (HEEx 40): Yoğun likenoid infiltrasyona ek olarak bazal vakuoler dejenerasyon ve dermiste yoğun melanin inkontinansı seçilmektedir.

Hastaya ilk olarak güneşten koruyucu krem ve topikal kortikosteroidli pomad (mometazon furoate-gece) başlandı. Lezyonlarında tamamen gerileme oldu (Resim 3). Hastanın 4 aylık izleminde relaps görülmedi.



Resim 3. Tedavi sonrası lezyonlarda gerileme izlenmektedir.

Olgu 2

Kırkyedi yaşında bayan hasta 1 yıldır alt dudak ile çene arasında yer alan kahverengi-mor renkte renk değişikliği nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonlarının yaz aylarında ortaya

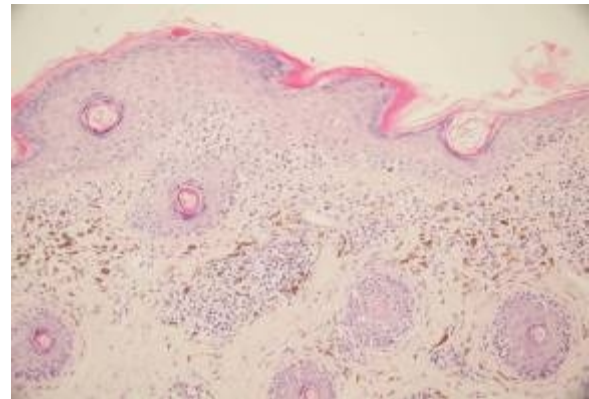
çıkacağı ve daha sonra gerileme olmadığı öğrenildi. Öncesinde herhangi bir ilaç alımı veya topikal olarak renk değişikliğine neden olacak kozmetik madde kullanımı mevcut değildi.

Dermatolojik incelemede alt dudak ile çene arası bölgede bilateral 3x5 cm boyutunda bilateral yerleşim gösterip, orta hatta birleşen kahverengimsi-mor renkte maküler lezyon izlendi (Resim 4). Aynı özellikteki lezyonlar üst dudak superiorunda da yer yer görülmekteydi.



Resim 4. Alt dudak ile çene arası bölgede yoğunluk gösteren kahverengimsi-mor renkte maküler lezyonlar izlenmektedir.

Histopatolojik incelemede hiperkeratotik çok katlı yassı epitelle örtülü deri dokusunda bazal vakuoler dejenerasyon yapan hafif likenoid infiltrasyon ve arada civatte cisimcikleri görülmekteydi. Papiller dermiste ektazik damarlar ve dermiste melanin inkontinansının yanı sıra kümeler halinde melanofajlar izlenmekteydi (Resim 5). Direkt immüno Floresan incelemede C3, C4, IgG, IgM ve IgA ile boyanma saptanmadı.



Resim 5. (HEEx 100): Hafif derecede likenoid infiltrasyon, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, epidermiste apoptotik keratinositler ve dermiste yoğun melanin inkontinansı görülmektedir.

Hastamıza topikal kortikosteroidli pomad ve güneşten koruyucu krem başlandı. Lezyonlarda gerileme olmadı, ancak izleminde yeni çıkan lezyonu olmadı.

Tartışma

Aktinik liken planus liken planusun nadir görülen bir varyantı olup literatürde liken planus subtropikus, liken planus tropikus, aktinik likenoid erupsiyon, likenoid melanodermatit gibi farklı isimlerde anılmaktadır [1]. Klasik liken planustan ayıran bazı özellikleri bulunmaktadır. Sıklıkla tropikal bölgelerde görülmekte ve başlıca güneş gören yerleri etkilemektedir. Saçlı deri ve tırnaklar korunmaktadır. Kaşıntı ve Koebner fenomeni yoktur. Genellikle ilkbahar ve yaz aylarında ortaya çıkmakta, sonbahar ve kış aylarında hiperpigmentasyonla gerileyerek, güneşli aylarda tekrarlama eğilimindedir [1,2].

Hastalığın etyolojisi bilinmemektedir, ancak ultraviyole ışınlarının en önemli tetikleyici faktör olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte lezyonlar güneş görmeyen alanlarda ve bukkal mukozada da ortaya çıkabilmektedir. Döküntü genellikle yaz ve ilkbahar aylarında ortaya çıkmakta ve kış aylarında hiperpigmentasyonla gerilemektedir. Ancak bazı hastalarda güneşli mevsim sonrası gelen aylarda relaps veya şiddetlenme görülebilmektedir [3,4]. Hastalığın genetik ve çevresel faktörlerin kombinasyonuyla meydana geldiği düşünülmektedir [3].

Aktinik liken planusun klinik tipleri; anüler, plak benzeri, diskromik ve pigmente formdur [3,4]. Anüler form en sık görülen form olup, anüler şekilli, eritematöz kahverengi plaklardan oluşur. Plak benzeri tipte; lezyonların deprese, kahverengimsi merkezi ve eleve eritematöz kenarı bulunur [3]. Diskromik formda milimetrik boyutlardaki beyazımsı angüler, infiltre papüller birleşerek, 5-6 mm boyutunda lezyon oluştururlar [2]. Pigmente formda ise grimsi-kahverengi, siyahımsı veya koyu mavi renkte, 5 mm-5 cm boyutunda lezyonlar görülür. Yüzün herhangi bir yerinde görülebilir. Etkilenen deride depresyon veya infiltrasyon yoktur. Bazı lezyonlar hafif eleve olabilir, kenarı infiltre olup, kırmızımsı-pembe veya beyaz renkte olabilir. Melazma ile oldukça benzerlik göstermektedir. Ancak

melazmada renk daha çok kahverengimsidir ve histopatolojik olarak iki hastalık farklı özellikler taşımaktadır. Granuler hücre tabakasında fokal artış, bazal hücre destrüksiyonu, bant benzeri paternde melanofajlardan zengin inflamatuvar hücre infiltrasyonu, supepidermal kleft ve kolloid cisimler liken planusta görülüp, melazmada olmayan özelliklerdir [2,4].

Aktinik liken planusun histopatolojik özellikleri literatürde oldukça farklılık göstermektedir. Genel olarak klasik liken planus benzeri histopatolojik bulgular görülse de nonspesifik ekzematöz dermatitten-likenoid doku reaksiyonuna kadar çeşitli bulgular ortaya çıkabilmektedir [1,2].

Hastalığın ayırıcı tanısı diskoid lupus eritematozus, granuloma anulare, melazma, sekonder sifiliz, fiks ilaç erupsiyonu, polimorf ışık erupsiyonu, eritema diskronikum perstans ve ilacın indüklediği fotosensitif likenoid erupsiyon ile yapılmalıdır [1,5-7].

Aktinik liken planusun tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgili anekdotal bilgiler bulunmaktadır. Literatürde grenz ışınları, arsenik, bizmut, topikal veya intralezyonel kortikosteroidler ve antimalaryaller ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir [1,3]. Son yıllarda asitretin ve topikal kortikosteroid kullanılan bir hastada iyi yanıt elde edilmiştir [3]. Fasiyal aktinik liken planusu olan bir hastada pimekrolimus krem ile oldukça iyi yanıt alındığı bildirilmiştir [8]. Tekrarlayan aktinik liken planusu olan 9 yaşındaki bir hastanın siklosporinden fayda görüldüğü bildirilmiştir [9]. Hastaların mutlaka güneşten koruyucu krem kullanması önerilmektedir. Hastalarımızda klasik bir tedavi yöntemi olan topikal kortikosteroid krem kullanılmıştır. İki aylık bir süre sonunda 1. olguda oldukça iyi bir yanıt elde edilmiştir ancak 2. olguda fayda sağlanamamıştır.

Liken planusun bu varyantının nadir görülmesi, tropikal olmayan bölgelerde de görülebilmesi nedeniyle bildirilmesi uygun görülmüştür.

Kaynaklar

1. Salman SM, Kibbi A, Zaynoun S. Actinic lichen planus. J Am Acad Dermatol 1989;20:226-31.
2. Shiohara T, Kano Y. Lichen planus and lichenoid dermatoses. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini R, eds. Dermatology, 2th ed. London: Mosby, 2008;159-80.
3. Jansen T, Gambichler T, von Kobyletzki L, Altmeyer P. Lichen planus actinicus treated with acitretin and topical corticosteroids. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16:171-88.
4. Salman SM, Khallouf R, Zaynoun S. Actinic lichen planus mimicking melasma. J Am Acad Dermatol 1988;18:275-8.
5. Meads SB, Kunishige J, Ramos-Caro FS, Hassanein AM. Lichen planus actinicus. Cutis 2003;72:377-81.
6. Kim GH, Mikkilineni R. Lichen planus actinicus. Dermatol Online J 2007;13 (1):13.

7. Baba M, Yücel A, Denli YG, Karakaş M, Memişoğlu HR. Yüzün kahverengi lekelerinde tanı. T Klin Dermatol 2001;11:56-60
8. Ezzedine K, Simonart T, Vereecken P, Heenen M. Facial actinic lichen planus following the Blaschko's lines: successful treatment with topical 0.1 % pimecrolimus cream. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009; 23: 458-9.
9. Gallo L, Ayala F. Relapsing lichen actinicus successfully treated with cyclosporin. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22: 363-404.