

TÜRKDERM

Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi
Yıl:2002 Cilt:36 Sayı:1

Bir Verrüköz ve Zosteriform Lineer Liken Planus Olgusu

Ahmet Metin*, Serdar Uğraş**, Ömer Çalka*

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Van

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, Van

Özet

Liken planus (LP) deri ve mukozaları tutan kaşıntılı ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Koyu kırmızı-mor renkli, üzerleri ince kepekli ve köşeli papüllerle karakterize lezyonların lineer dağılım göstermesi oldukça nadirdir ve genellikle çocukluk çağında görülür. Verrüköz (hipertrofik) LP ise papüllerin bir araya gelerek verrüköz plaklar oluşturmasıyla karakterize ayrı bir klinik LP tipidir.

48 yaşında bir erkek olguda sağ alt ekstremitede önce hipertrofik karakterde başlayan sonra lineer dağılım gösteren LP'a rastlandı. Hastada aynı taraf lomber ve abdominal bölge derisinde zosteriform dağılımda yerleşim gösteren lezyonlar vardı. Olgunun mevcut kliniği ile az görülen morfolojik ve dağılım tiplerini bir arada taşıdığı, tedavilere de dirençli olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Verrüköz, zosteriform, lineer, liken planus, asitretin, kortikosteroid, siklosporin A.

Metin A, Uğraş S, Çalka Ö. Bir verrüköz ve zosteriform lineer liken planus olgusu. TÜRKDERM 2002; 36: 50-53.

Summary

Lichen planus (LP) is an itchy, inflammatory skin disorder that involves skin and mucous membranes. Lesions characterized by reddish-violet color, thin scaly and angled papule are extremely rare in linear distribution and generally exhibit in childhood. Verrucous (hypertrophic) LP is a distinct type of LP characterized by verrucous plaques, which consists of papules.

A 48-year-old male patient was diagnosed as lichen planus in his right lower extremity, which started initially in hypertrophic character and then showed linear distribution. He had also zosteriform-distributed lesions on the ipsilateral lumbar and the abdominal skin areas. It has been seen that the case was carrying both rare lesional morphology and distribution altogether and resisted to treatments.

Key Words: Verrucous, zosteriform, linear, lichen planus, acitretin, corticosteroid, cyclosporine A.

Metin A, Uğraş S, Çalka Ö. A verrucous and zosteriform linear lichen planus case. TÜRKDERM 2002; 36: 50-53.

Liken planus, (LP) sebebi bilinmeyen deri, deri ekleri ve mukozaları tutan, kaşıntılı inflamatuvar bir hastalıktır. Yetişkinlerin %1'inden daha azında görülür ve kutanöz LP'lu hastaların %64 - %68'inde ilk bir yıl içinde spontan remisyon gelişir¹⁻⁴. Hastalıkta Köbner izomorfik fenomeni müspettir. Hastalığın lezyon yerleşim yerine, dağılımına ve morfolojisine göre sınıflandırılan farklı klinik tipleri vardır¹.

Burada, lezyonları gövdede zosteriform, bacakta ise Blaschko hattında lineer dağılım gösteren ve hipertrofik morfolojiye sahip olan bir olgu ele alındı. literatürde aynı dağılım ve morfolojiye ait bir hasta bildirisine rastlanmadı.

Olgu

48 yaşında, erkek hasta, sağ ayak üzeri, bacak arkası ve gövdesinde kepekli, kaşıntılı deri hastalığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. öyküsünde hastalığın 15 yıl önce ayak üzerinde kaşınarak üzeri kepekli kırmızı kabartılar halinde başladığını, 5 yıl içerisinde topuğa, oradan da diz arkasına yayıldığını söyledi. Son 2-3 yıldır sağ yanında, karnında ve göbek etrafında çıktığını bildirdi. Farklı kliniklerde ayaktan ve yatarak, aralarında sistemik kortikosteroid de bulunan birçok ilaç ve yerel tedavi yönteminin uygulandığını, bunların hastalığını azalttığını ya da yavaşlattığını ancak, hiçbir zaman tam iyileştirmediğini ilettiler.

Dermatolojik muayenesinde sağ ayak üzerinde, dış yan taraftan başlayıp popliteal fossaya kadar uzanan lineer bir hatta üzerleri kalın ve sıkıca yapışık skuamla kaplı, yer yer kaşıntı izi ve küçük hemorajik krut bulunan verrüköz plak lezyonlar vardı (şekil 1).

Ayrıca gövdede sağda, torakal 8-10. sinir dermatomuna uyan lomber ve epigastrik bölgenin derisinde zosteriform dağılımlı, eritemli papüloskuamöz lezyonlar bulunuyordu (şekil 2). Olgunun ağız mukozası, genital bölgesi ve tırnakları normal görünümdeydi. Yapılan Tüm rutin laboratuvar tetkikleri ve viral hepatit serolojisi normal değerlendirildi. Doppler incelemede alt ekstremitelerde venöz yetmezlik yoktu.

Ayak lezyonundan alınan biyopsinin histolojisinde; epidermiste hiperkeratoz, düzensiz akantoz, retelerde uzama vardı. Bazal tabaka dejenerasyonu tamama yakın şekilde rejenerere olmuş idi. Epidermin hemen altında dermiste minimal mononükleer iltihabi hücreler görülen hastada tanı LP'un hipertrofik formu ile uyumlu olarak değerlendirildi (şekil 3-4).

Kliniğe yatırılan hastaya hidrosizin 25 mg kapsül 3x1 ve topikal %0,1 halsinonid + %5 üre yağlı krem 2x1, güneşirisi 24 saat kapama tedavisi uygulandı. Gövde lezyonlarında belirgin düzelme gözlemlendi ancak ayak ve bacağın lezyonlarında ilk birkaç uygulama sonrası skuamaların kalkması dışında belirgin bir iyileşme saptanamadı. Alt ekstremitel lezyonlarına haftada 1 kez Betametazon dipropiyonat ve sodyum fosfatın (Diprospan' ampul) jet enjeksiyonu yapıldı ancak lezyonlarda değişiklik gözlenmediği için 4 hafta sonra kesildi. Bunun üzerine kapama tedavisine devam edilerek 25 mg/gün sistemik asitretin tedavisi başlandı. 3 ay süre ile tedavi edilen hastanın lezyonlarında çok az değişiklik görülmesi üzerine asitretin de kesilerek 5mg/kg/gün Siklosporin A verilmeye başlandı. Bu tedaviyle lezyonlarda gerileme başladı ve siklosporin A dan sonraki ilk bir ay içerisinde alt ekstremitel lezyonları normal deri düzeyine ulaşırken lomber ve abdominal bölgedekiler

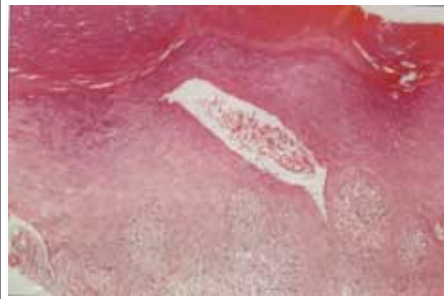
tamamen kayboldu. Bu aşamada oklüzyon yöntemi bırakılarak topikal klobetazol propiyonat ve sistemik siklosporin A tedavisi verilen hastanın ayak dorsumundaki eritemli ve skuamli papüller dışında başka bulgusu yoktu (şekil 5). Siklosporin tedavisine 2 ay daha devam edilen hastanın ayak lezyonları da yerlerinde eritem bırakarak düzeldi. Ancak hastada diş eti hipertrofisi ve hipertansiyon gelişmesi üzerine siklosporin A tedavisi önce 2,5 mg/kg/gün doza indirildi sonra da tamamen kesildi ve topikal klobetazol propiyonat verilerek taburcu edildi. Düzenli aralarla polikliniğimize gelen hastada siklosporin A'nın kesilmesiyle birlikte kortikosteroid oklüzyon tedavisine rağmen lezyonlar zamanla eski görünümünü kazandı. Başka bir klinikte yine topikal kortikosteroid oklüzyonu sonrası 70 seans PUVA tedavisi uygulanan hastanın bu tedavinin hemen sonrasında yapılan muayenesinde lezyonlarının azalmasına karşın kaybolmadığı görüldü.



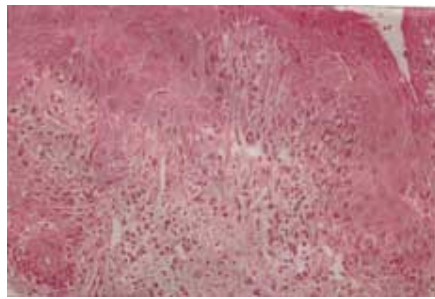
Şekil 1: Sağ ayağın dorsolateralinden başlayıp popliteal fossaya kadar uzanan hat üzerinde bulunan hipertrofik papüloskuamöz lezyonlarla küçük hemorajik kaşıntı izleri



Şekil 2: sağlomber ve epigastrik bölge derisinde orta hattı geçmeyecek şekilde zosteriform dağılımda yerleşen papüloskuamöz lezyonlar



Şekil 3: Hiperkeratoz, fokal granülöz, düzensiz akantoz ve dermiste mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlenmektedir (H-E *25)



Şekil 4: Epidermiste spongiyoz, bazal tabaka harabiyeti ve dermiste iltihabi hücre infiltrasyonu izlenmektedir. (H-E *50)



Şekil 5: Sistemik siklosporin ve topikal kortikosteroid ile azalanan ayak lezyonları

Tartışma

LP genellikle 30-60 yaşları arasında başlayan, sık görülen ve sebebi bilinmeyen inflamatuvar bir dermatozdur^{1,2}. Diğer bir çok deri hastalığında da görülen lineer tarz lezyon dağılımının LP'da Köbner fenomenine bağlı olarak geliştiği ya da Blaschko hattına yerleşmesi sonucu tek başına veya yaygın erupsiyonların bir parçası olarak çıktığı kabul edilmektedir^{1,5,6}.

Lineer liken plan (LLP) kliniğinde papüller, sinir gibi düz bir anatomik hat boyunca dizilir veya zosteriform şekildedir^{1,7}. Bu dağılım şekli yetişkin hastalarda da rastlanmasına karşın genelde çocuklarda oluşan az görülen bir durumdur^{2,6,8}. 1256 hastayı içeren 6 ayrı çalışmada sadece 3 vakada LLP görülmüştür⁸. Lineer liken planusun (LLP) ayırıcı tanısında; lineer psoriasis, lineer nevuslar, liken striatus, liken simpleks kronikus linearis, verruka vulgaris linearis, inkontinensiya pigmenti, lineer morfea, lineer porokeratoz, lineer kontakt dermatit, izole lineer liken nitidus ve lineer Darier hastalığı yer almaktadır^{2,8}.

Verrüköz ya da hipertrofik tip (VLP/HLP), hastalığın kronikleşmesi durumunda ortaya çıkar². Kaşıntılı, sert ve kalın, rengi kırmızı-kahveden mora değişen, verrüköz plaklar bulunur. Bunların üzeri sıkıca yapışmış ince kepeklerle kaplıdır. Daha çok alt ekstremitelerde görülmekle beraber, herhangi bir bölgede ortaya çıkabilir^{1,2}. Bunlardan epidermoid karsinoma gelişme riski vardır^{1,9}. Bu risk HIV enfeksiyonu ve UV ile artar¹⁰. Hipertrofik lezyonların lokalize nörodermatit, kutanöz amiloid, psoriasis ve Kaposi sarkomundan ayırt edilmesi gerekir^{1,2}.

Olgumuzun lezyonları ipsilateral yerleşimliydi ve morfolojik olarak Blaschko hattı ile uyumlu bir lineer dağılım gösteriyordu. öyküsünde gövdenin zosteriform lineer dağılımını açıklayacak travma veya geçirilmiş bir herpes enfeksiyonu yoktu. Hastalığın önce ayak dorsalinde başlaması ve çok uzun süreden beri devam etmesi nedeniyle hipertrofik yapının hastalığın kronik seyri ile ilişkili olduğu kanısındayız. Diğer lineer dağılımlı ve hiperkeratozik deri hastalıklarının LP'dan ayırımında olgumuzda da uygulandığı gibi klinik özellik ve histopatolojik bulgular¹¹ yeterlidir.

Gövde ve alt ekstremitte lezyonlarının lineer dağılım göstermesi hastalığın Köbner fenomeniyle ilişkisinden daha çok Blaschko hattına yerleşimiyle alakalı olabileceğini

düşündürüyordu. literatürde bu iki farklı lineer dağılımı bir arada bulunduran ve lezyonlarının bir kısmı hipertrofik karakter taşıyan başka olguya rastlayamadık.

LP' da özel bir tedavi yaklaşımı bulunmayıp genellikle topikal, intralezyonel ve sistemik kortikosteroidler kullanılır^{1,2}. Hastamıza uygulanan steroid oklüzyon tedavisi özellikle alt ekstremite lezyonlarında yeterli olmamış, intralezyonel uygulama da ek fayda sağlamamıştır. önce de kullanıldığı ancak etkili olmadığı belirtilmesi nedeniyle hastada sistemik kortikosteroid tedavisi tercih edilmemiştir.

Kronikleşen, şiddetli seyreden ve hastayı aşırı rahatsız eden durumlarda topikal tedavilere ek olarak sistemik retinoidler ve/veya fotokemoterapi ya da sistemik siklosporin A kullanılabilir^{2,3}. Topikal tedavilerin yetersiz kalması üzerine hastamızda da ek bir sistemik tedaviye karar verildi. Cribier ve arkadaşlarının⁴ literatür araştırmasıyla yaptıkları derlemede 8 hafta boyunca 30 mg/gün asitretin verilen kontrollü çalışmalarda hastaların %64-75 inde iyileşme olduğu belirtilmiş, bu nedenle sistemik tedavide öncelikli ilacının asitretin olması gerektiği önerilmiştir. Ancak biz hastada steroid oklüzyonu tedavisine ek olarak üç ay süreyle 25 mg/gün asitretin kullandığımız halde steroid oklüzyonunun tek başına sağladığı etkinin ötesinde bir düzelme saptayamadık.

Sistemik siklosporin A izole ve seri LP hastalarında kullanılmış, oldukça etkili bulunmuş sistemik ilaçlardan biri olup; hemen hepsi olgumuz gibi sistemik kortikosteroid ve retinoidlere dirençli LP vakalarında, 1-6 mg/kg doz aralığında kullanılmış, ortalama 6 hafta içerisinde tam yanıt alınan ve remisyonu uzun süren olgular görülmüştür^{4,12}. Olgumuzun sistemik siklosporin A tedavisine verdiği yanıt remisyonun uzun sürmesi dışında bu literatür bilgileriyle uyumludur.

Olguya sonradan başka bir klinikte bilmediğimiz bir dozda 70 seans uygulanan PUVA tedavisi ise genellikle jeneralize LP hastalarında tercih edilen ve 100 ile 400 J/cm² dozda bazı hastalarda hızlı kür sağlayabilen diğer bir tedavi yöntemidir^{2,3}. Hastalığın PUVA tedavisiyle alevlenebileceği⁴ ya da indüklenebileceği¹³ de düşünülerek hasta seçiminin dikkatli yapılması gereklidir. Hasta PUVA tedavisiyle lezyonlarında bir alevlenme ya da indüklenme olmadığını ancak steroid oklüzyonu sonrası uygulanan PUVA seanslarından sonra lezyonlarda çok az bir düzelme gözlendiğini bildirdi.

Tedavide kullanılan diğer ilaç ve yöntemler topikal retinoidler, fenitoin, dapson, griseofulvin, hidrosiklorokin sülfat, klorokin hidroklorür, metronidazol, azatiyoprin, siklofosfamid, levamizol, interferon alfa 2b, enoksaparin, talidomid, itrakonazol, tetrasiklin ile nikotinamid, glisirizin ve fotoferez olup hastamızda kullanılmadı¹⁻⁴.

LP'un Blaschko hattında yerleşimi iyi bilinmesine karşın bu yerleşime sahip olguların tedavilere nasıl yanıt verdiğiğe ait bilgiye rastlayamadık. Olguda kombine ya da ayrı olarak uygulanan çeşitli ilaç ve yöntemlere rağmen tedavinin başarısız olması lezyonların hipertrofik karakterine bağlanabilir ancak, her tedavi sonrasında gövde lezyonlarında da rekürrens oluşması Blaschko hattına yerleşen LP'un mevcut tedavilere karşı daha büyük direnç göstermekte olduğunu düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, Berger TG. Lichen Planus and Related conditions. Andrews' Diseases of the skin Clinical dermatology. 9'uncu baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2000:266-284.
2. Black MM. Lichen Planus and Lichenoid Disorders. Textbook of Dermatology. Ed. Champion RE, Burton JL, Burns D, Breathnach SM. 6'ncı baskı. Milan, Blackwell Science Ltd. 1998: 1899-1926.
3. Boyd AS. New and emerging therapies for lichenoid dermatoses. Dermatol Clin 2000, 18:21-29.
4. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of Lichen Planus: An Evidence-Based Medicine Analysis of Efficacy. Arch Dermatol 1998; 134: 1521-1530
5. Long CC, Finlay AY. Multiple linear lichen planus in the lines of Blaschko. Br J Dermatol 1996;135:275-276.
6. Hartl C, Steen KH, Wegner H, Seifert HW, Bieber T. Unilateral linear lichen planus with mucous membrane involvement. Acta Derm.Venereol 1999;79:145-146.
7. Bahadır S, Alpay K, Memiş ö. Zosteriform liken planus. T Klin Dermatol 1994;4:176-8.
8. Herd RM, McLaren KM, Aldridge RD. Linear lichen planus and striatus-opposite ends of a spectrum. Clin Experimen Dermatol 1993;18:335-337.
9. Castano E, Lopez-Rios F, Alvarez-Fernandez JG, Rodriguez-Peralto JL, Iglesias L. Verrucous carcinoma in association with hypertrophic lichen planus. Clin ExpDermatol 1997;22:23-25.
10. Fitzgerald E, Purcell SM, Goldman HM: Photodistributed hypertrophic lichen planus in association with acquired immunodeficiency syndrome: a distinct entity. Cutis 1995; 55: 109-111.
11. Toussaint S, Kamino H. Noninfectious erythematous, papular and squamous diseases of the skin. Lever's Histopathology of the Skin [Text and Atlas on CD-ROM]. Lippincott Williams & Wilkins 1999.
12. Lim KK, Su, WPD, Schroeter AL, Sabers CJ, Abraham RT, Pittelkow MR. Cyclosporine in the Treatment of Dermatologic Disease: Mayo Clin Proceed 1996; 71 (12): 1182-1191.
13. Kuramoto N, Kishimoto S, Shibagaki R, Yasuno H: PUVA-induced lichen planus pemphigoides. Br J Dermatol 2000, 142:509-512.