

Bir Liken Planus Pigmentozus-Inversus Olgusu

A Case of Lichen Planus Pigmentosus-Inversus

Belkız Uyar, Oya Nermin Sivrikoz*

İzmir Şifa Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, *Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Liken planus pigmentozus, liken planusun nadir görülen klinik bir varyantıdır. Biz ilk bakı da liken planus düşünmediğimiz ancak klinik ve patolojik olarak liken planus pigmentozus-inversus teşhisi koyduğumuz olguyu nadir görülmesi sebebiyle sunmayı uygun gördük. (Türkderm 2012; 46: 160-2)

Anahtar Kelimeler: Liken planus pigmentozus, invers

Summary

Lichen planus pigmentosus is a rare subtype of lichen planus. Because of its rarity, we present the case of a patient diagnosed as lichen planus pigmentosus-inversus based on clinical and histopathological findings, which clinical appearance did not resemble lichen planus at initial examination. (Türkderm 2012; 46: 160-2)

Key Words: Lichen planus pigmentosus, inverse

Giriş

Liken planus (LP); sebebi bilinmeyen, sıklıkla mukozal tutulumla seyreden, tırnak distrofisi ve skatrisyel alopesi yapabilen, klinik ve histopatolojik olarak tipik, genelde kaşıntılı papüllerle seyreden inflamatuvar bir deri hastalığıdır¹. Liken planus lezyonlarının, yerleşim yeri, şekil, dağılım ve morfolojisine göre 20 den fazla klinik tipi tanımlanmıştır².

Liken planus pigmentozus (LPP), benekli ya da retiküler pigmentasyon gösteren, derinin güneş gören yerlerinde ya da fleksural bölgelerinde ortaya çıkan, liken planusun nadir bir formudur. İlk defa 1974'te Bhutani ve arkadaşları tarafından klinik ve histopatolojik özellikleri ile birlikte tanımlanmıştır³.

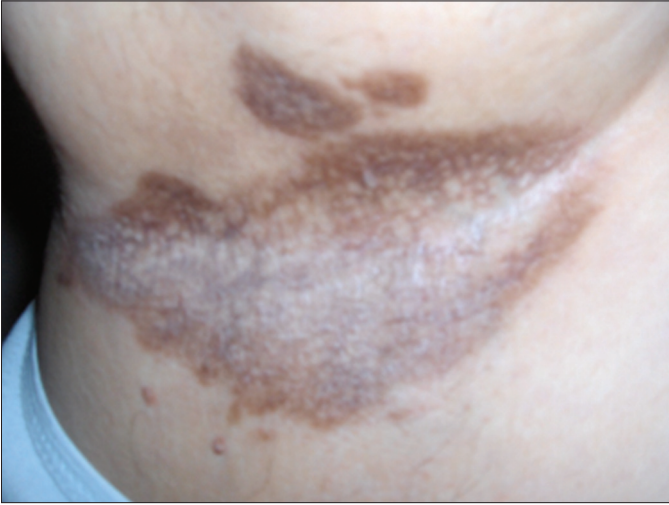
LPP'nin günümüze kadar aktinik LPP⁴, lineer LPP, zosteriform⁵, LPP-inversus⁶ gibi klinik alt tipleri tanımlanmıştır. LPP-inversus; liken planusun nadir bir formudur ve beyaz ırkta çok az vaka bildirimi olmuştur.

Olgu

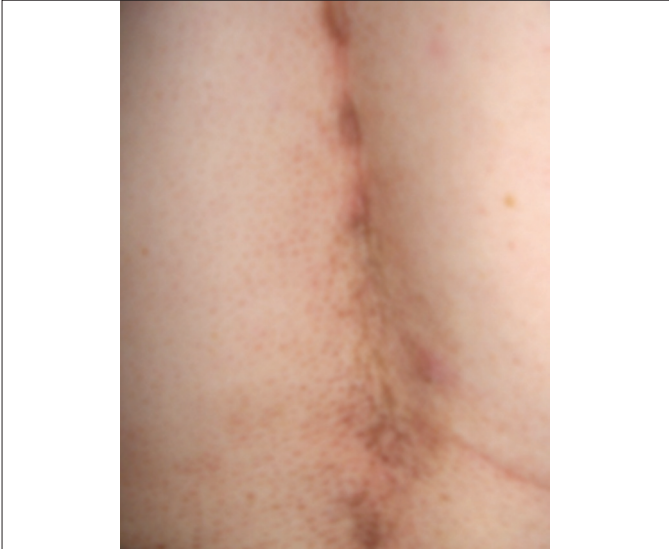
Elli dokuz yaşında kadın hasta, Aralık 2010 da polikliniğimize vücudundaki lekeler nedeniyle müracaat etmiştir. Hasta, lezyonların 7-8 ay önce koltuk altlarında başlayıp, giderek dağıldığını, öncesinde herhangi bir kızarıklık ya da kabarma görmediğini, lekelerde bir kaşıntı ya da yanma olmadığını ifade etmiştir. Hasta daha önceden tedavi amaçlı herhangi bir şey kullanmadığını söylemiştir. Özgeçmişinde; 6 yıl önce tiroid operasyonu ve levotiron tablet kullanım öyküsü olan hastanın soygeçmişinde bir özellik yoktu. Dermatolojik muayenede koltuk altları, göğüs arası ve göğüs altlarında, sırtın orta hattında ve kilodan dolayı sarkan karnın kıvrım bölgesinde, popliteal bölgede bilateral olarak yerleşmiş, ağsı hiperpigmentasyon gösteren yaygın maküller gözlemlendi (Resim 1,2). Hastanın ağız mukozası, saçlı deri, genital bölge ve tırnak muayenesinde kayda değer bir bulgu saptanmadı. Koltuk altından yapılan

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Belkız Uyar, İzmir Şifa Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 446 08 80-5906 E-posta: belkisuyar@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 17.01.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.03.2011

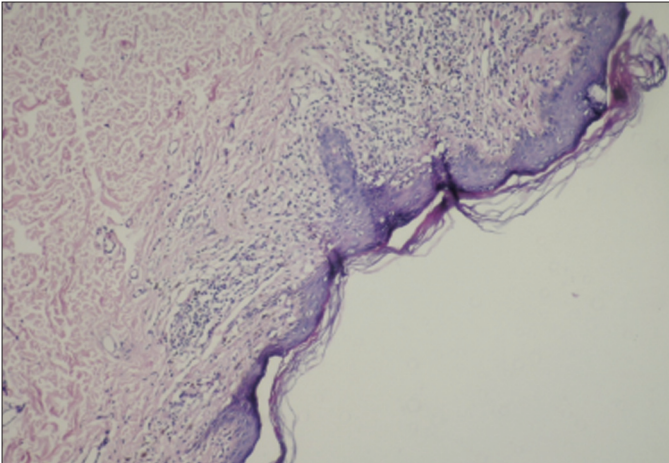
Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.



Resim 1. Hastanın koltuk altında retiküler hiperpigmentasyon gösteren keskin sınırlı maküller



Resim 2. Sirt orta hatta retiküler hiperpigmentasyon gösteren yer yer mor renkli maküller

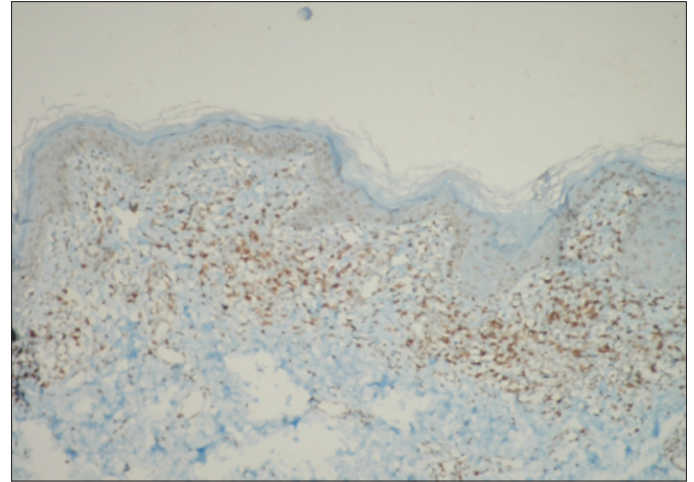


Resim 3. Yüzeyde ortokeratoz, epidermiste atrofi, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon alanları, dermiste likenoid lenfositik infiltrasyon ve arada melanofajlar. (HEX40)

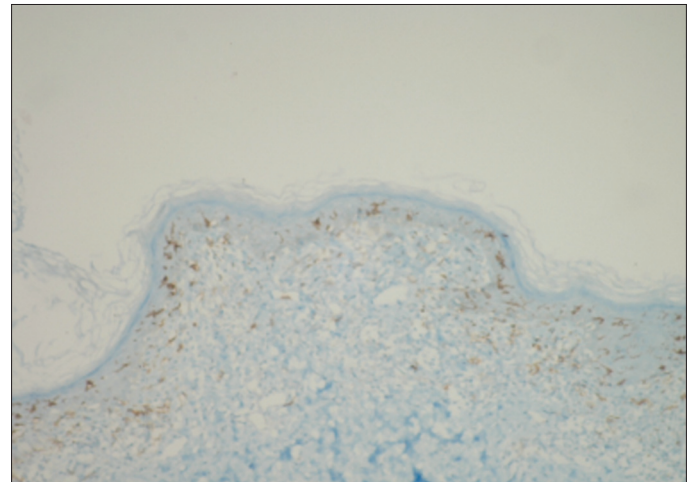
direkt mikotik bakıda herhangi bir mantar elemanına rastlanmadı. Hastanın Anti HCV, AST, ALT tam kan, ASO, RF, TIT değerleri normal sınırlarda idi. Hafif CRP yüksekliği ve sedimantasyon 45 mm/h dışında bir patoloji görülmedi. Klinik olarak intertrigo, postinflamatuvar hiperpigmentasyon, akantozis nigrigans ön tanıları düşünülerek koltuk altından biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede yüzeyde ortokeratoz, epidermiste atrofi, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon alanları, dermiste likenoid lenfositik infiltrasyon ve arada melanofajlar görüldü (Resim 3). Yapılan immunhistokimyasal incelemelerde lenfositik infiltratın CD8 (+) sitotoksik T lenfositleri olduğu (Resim 4) ve ayrıca CD1a (+) Langerhans hücre sayısında artış olduğu (Resim 5) izlenmiştir. Bu bulgularla hastaya liken planus inversus teşhisi kondu. Tedavi olarak hastanın sağ koltuk altına mometozon furoat %0,1'lik pomat günde 1 kez 15 gün, sol koltuk altına tacrolimus krem %0,1 günde 2 kez 6 hafta süre ile önerildi. Hastanın deri bulgularında bir değişiklik gözlenmedi.

Tartışma

LPP ile ilgili ilk bildirimlerin çoğu Hintlilere aitken son zamanlarda diğer ırklara ait bildirimlerde artmıştır. Kanwar ve arkadaşları⁷ Hintli 124 LPP'li



Resim 4. CD8 (+) sitotoksik T lenfositler görülmektedir (HEX40).



Resim 5. CD1a (+) Langerhans hücreleri (HEX40).

hastanın %8,9 oranında koltuk altı, %6,5 derinin sürtünen bölgelerinde %3,2 oranında inguinal bölgelerde tutulum olduğunu ve popliteal bölgenin sıklıkla etkilendiğini bildirmişlerdir.

2001 de Pock ve arkadaşları⁶ histopatolojik olarak LPP özelliği taşıyan ve derinin kıvrım bölgelerini özellikle tutan LPP nin bu formuna LPP-inversus adını vermişlerdir.

LPP- inversus klinik olarak intertriginöz alanları etkileyen, çok az semptomatik olabilen, iyi sınırlanmış mordan kahverengiye değişen maküllerle karakterizedir. Türkçe kaynaklardan tek karşılaştığımız Saray ve arkadaşlarının⁸ liken planus pigmentozus olarak sundukları 4 olgudan 3'nün LPP- inversus tipine uyduğu görülmüştür. LPP-inversus hastalarının çok azında intertriginöz olmayan alanlarda tipik LP plaklarına da rastlanır. LPP- inversus hastalarında genellikle mukozal tutulum, saç tırnak gibi deri eklerini tutulumu gözlenmez. Bizim vakada da bu bölgeler de tutulum gözlenmemiştir. LPP-inversus'un viral hepatitlerle, infeksiyonlarla, ilaçlarla, ya da neoplastik hastalıklarla bir ilgisi gösterilememiştir.

LPP'nun histopatolojik özellikleri atrofik epidermis, bazal tabakada vakuoler dejenerasyon, dermiste seyrek lenfositik bant şeklinde infiltrasyon ile karakterize likenoid reaksiyondur. Pigment inkontinansı ve melanofaj varlığı da tipiktir^{3,7}. Bizim vakada da benzer şekilde regresif tipte likenoid reaksiyon görülmüştür. Ancak literatürde aynı vakadan alınan biyopsi örneklerinde hem regresif tip likenoid reaksiyon hem de belirgin likenoid reaksiyon olabileceği bildirilmiştir^{6,8}.

Liken planusun moleküler patogenezi bir miktar anlaşılmıştır. LPP-inversusda da klasik LP de olduğu gibi bazal keratinositlere karşı T lenfosit kaynaklı sitotoksik aktivitenin rol aldığı düşünülmektedir⁹. Kashima A. ve arkadaşları¹⁰ iki LPP-inversus'lu Japon hastanın immunhistokimyasal çalışmalarında keratinosit hasarı ile birlikte CD8(+)T hücre infiltrasyonu görmüşlerdir. Bu da keratinositlerin sitotoksik hasarına işaret eder. Epidermis ve üst dermisin CD1a(+) hücreleri içerdiğini, fokal olarak keratinositlerde hafif HLA Dr ekspresyonu gördüklerini bildirmişlerdir. Bizim vakada da aynı şekilde CD8(+) T hücreler ve CD1a(+) Langerhans hücrelerinin arttığı izlenmiştir. Klasik liken planusun aksine, Kashima A. ve arkadaşlarının¹⁰ LPP-inversuslu hastalarında keratinosit yüzeyinde HLA. Dr antijen ekspresyonunun zayıf olmasının sebebi LPP-inversusta

inflamatuvar sürecin kısa olması ve likenoid reaksiyonun hızla regrese olması ile ilgili olabilir.

LPP-inversusun ayırıcı tanısında kıvrım bölgelerinde pigmentasyonla seyreden Dowling –Degos hastalığı, akantozis nigricans akla gelmelidir. Ancak klinik ve histopatolojik olarak bu hastalıkları LPP- inversustan ayırmak çok da zor değildir.

LPP- inversus'un kanıtlanmış etkili bir tedavisi yoktur. Kalsinörin inhibitörleri ve potent topikal steroidler denenmiştir. Al Mutairi N ve arkadaşları¹¹ LPP'u olan 33 hastaya ortalama 12 ay süre ile %0,03'lük tacrolimus krem uygulayıp %53,8 oranında pigmentasyonda bir düzelleme gördüklerini bildirmişlerdir. Spontan remisyonlar bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Vogt T: Papuler and lichenoid diseases. Braun Falco's Dermatology. Braun-Falco O, Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. 3. baskı. Italya, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2009;527-39.
2. Daoud MS, Pittelkow MR: Lichen planus. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K. 5.baskı.Philedelphia, McGraw-Hill Co,1999; 561-77.
3. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC: Lichen planus pigmentosus. Dermatologica 1974;149:43-50.
4. Lichen planusand related conditions. In: odom RB, James WD, Berger TG, eds. Andrews' Diseases od The Skin clinical dermatology 9. baskı Philadelphia: WB Saunders Company, 2000:266-83.
5. Cho S, Whang KK: Lichen planus pigmentosus presenting in zosteriform pattern.J Dermatol 1997;24:193-7.
6. Pock L, Jelínková L, Drlík L, et al: Lichen planus pigmentosus-inversus. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15:452-4.
7. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, Parsad D, Radotra BD: A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. Clin Exp Dermatol 2003;28:481-5.
8. Saray Y, Güleç T, Seçkin D: Liken planus pigmentozus: dört olgu sunumu. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2004;14:222-6.
9. Shai A, Halevy S: Lichen planus and lichen planus-like eruptions: patogenesis and associated diseases. Int J Dermatol 1992;31:379-84.
10. Kashima A, Tajiri A, Yamashita A, Asada Y, Setoyama M: Two Japanese cases of lichen planus pigmentosus-inversus. Int J Dermatol 2007;46:740-2.
11. Al-Mutairi N, El-Khalawany M: Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: an open label, non-randomized, prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24:535-40.