

# Blaschko Çizgileri Dağılımlı İki Lineer Liken Planus Olgusu

## Two Cases of Linear Lichen Planus in the Lines of Blaschko

Gamze Serarslan, Sibel Hakverdi\*

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, \*Patoloji Anabilim Dalı, Antakya, Türkiye

### Özet

Liken planus, deri ve mukozaları tutabilen, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Lineer liken planus, liken planusun nadir görülen bir formudur ve tüm liken planuslu hastaların yaklaşık %0.2'sini oluşturur. Alt ekstremitelerde lineer liken planus lezyonu olan ve Blaschko çizgileri boyunca dağılım gösteren iki olgu sunmaktayız. (*Turkderm 2008; 42: 28-30*)

**Anahtar Kelimeler:** Lineer liken planus, Blaschko çizgileri

### Summary

Lichen planus is an inflammatory disorder that may involve skin and mucous membranes. Linear lichen planus is a rare disorder occurring in approximately 0.2% of patients with lichen planus. We report two cases of linear lichen planus on the lower extremities which lesions followed the lines of Blaschko. (*Turkderm 2008; 42: 28-30*)

**Key Words:** Linear lichen planus, Blaschko's lines

Liken planus (LP), nedeni bilinmeyen, deri ve mukozaları tutabilen, ekstremitelerin daha çok büklüm bölgelerine yerleşen, kaşıntılı, simetrik, kırmızı-mor renkte papüller ile karakterize deri hastalığıdır. Bugüne kadar LP'nin yaklaşık 20 klinik formu tanımlanmış olup<sup>1</sup>, lineer liken planus (LLP) nadir görülen formlarından biridir ve tüm LP'li hastaların yaklaşık %0.2'sini oluşturur<sup>2</sup>.

LLP lezyonları nadiren, Blaschko çizgileri boyunca dağılım gösterebilmektedir<sup>3</sup>. Burada, Blaschko çizgilerini takip eden LLP'li iki hastayı nadir görülmesi ve LP'nin farklı klinik görünümünün olabileceğini vurgulamak amacı ile sunmaktayız.

#### Olgu 1

Otuz dokuz yaşında kadın hasta, yaklaşık 6 aydır vücudunda ortaya çıkan döküntü nedeni ile başvurdu. Döküntünün kasık bölgesinden başlayıp giderek bacağına doğru yayıldığını ifade ediyordu. Kaşıntı şikayeti bulunmuyordu. Daha önce aynı bölgede yerleşim gösteren bir hastalık, travma veya ilaç öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede sol alt ekstremitte inguinal

bölge medial yüzden, distale doğru ilerleyen, lineer dağılımlı, proksimalde hiperpigmente, distalde daha çok kırmızı-mor renkte makülopapüler lezyonlar izlendi (Şekil 1). Mukoza ve tırnak tutulumu saptanmadı. Vücudun geri kalanında başka LP lezyonu bulunmuyordu. Hastanın hemogram ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Hepatit B ve C'yi içeren serolojik testler negatifti. Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz gösteren çok katlı yassı epitelde bazal tabakada apoptotik keratinositler, üst dermiste band şeklinde lenfosit infiltrasyonu izlendi (Şekil 2).

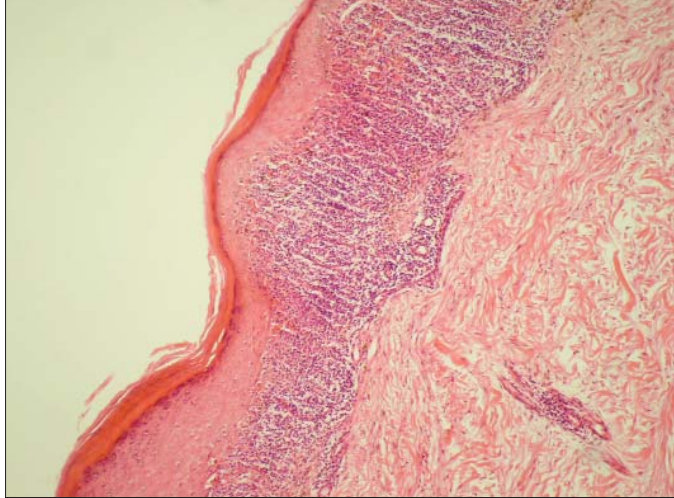
#### Olgu 2

Otuz dokuz yaşında erkek hasta, bacak ve kalçada gelişen döküntü nedeni ile başvurdu. Döküntü bölgesinde kaşıntıdan yakınan hastanın, yaklaşık 1 yıldır bu şikayetin olduğu öğrenildi. Aynı bölgede daha önce geçirilmiş bir hastalık veya travma öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede gluteal bölge sol lateralden aynı ekstremitte distaline doğru uzanan lineer, hiperpigmente ve mor renkte makülopapüler lezyon-

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Gamze Serarslan, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Antakya, Türkiye E-mail: gserarslan@hotmail.com



Resim 1. Alt ekstremitede proksimal medial yüzden distale doğru uzanan lineer likenoid erüpsiyon



Resim 2. Hiperkeratotik çok katlı yassı epitel altında band şeklinde lenfositik infiltrasyon H&E x10

ları mevcuttu (Şekil 3). Mukoza ve tırnak tutulumu yoktu. Hemogram ve karaciğer testleri normaldi. Hepatit B ve C serolojik testleri negatifti. Lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde epitelde yer yer koilositik değişiklikler, bazal tabakada vakuoler degenerasyon izlendi. Üst dermiste band şeklinde lenfositik infiltrasyon ve yer yer kolloid cisimcikler saptandı (Şekil 4).

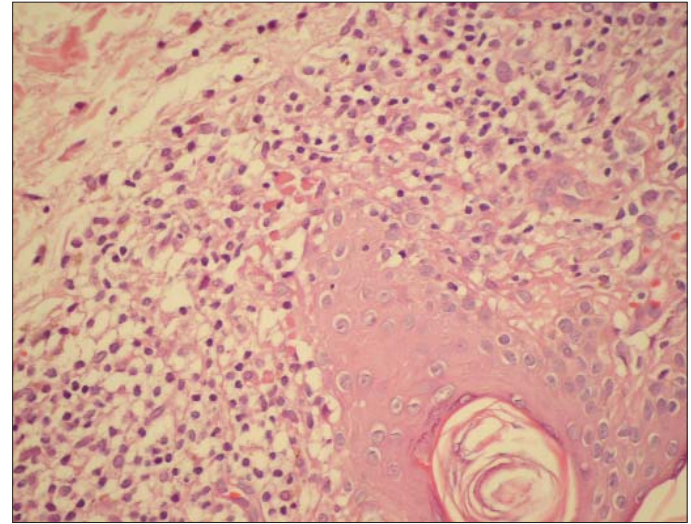
Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde her iki hastaya lineer liken planus tanısı konuldu. Tedavide, olgu 1'e potent topikal kortikosteroid, olgu 2'ye ise, potent topikal kortikosteroid yanında oral antihistaminik önerildi. Hastaların kontrollerinde, lezyonların, geride hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği tespit edildi.

## Tartışma

LLP, LP'nin nadir görülen bir formu olup, tüm LP'li hastaların yaklaşık %0.2'sini oluşturduğu bildirilmiştir<sup>2</sup>. İki yıllık zaman dilimi içerisinde gördüğümüz olgularımız ise, bu süre içerisinde kliniğimizde görülen tüm LP'li olguların %2.2'sini oluşturmaktaydı. LP'de lineer form sıklıkla Koebner fenomeni



Resim 3. Gluteal Bölge sol lateralden aynı ekstremitede anterior yüze doğru uzanan lineer lezyon



Resim 4. Çok katlı yassı epitelde bazal tabakada degenerasyon, üst dermiste kolloid cisimcikler ve band şeklinde infiltrasyon H&E x 40

sonucu görülür ancak LLP'de, Koebnerizasyon nedeni ile görülen lezyonlara göre çok daha geniş, uzun ve tek şerittir<sup>2,3</sup>. Olgularımızda, lezyonlar tek taraflı ve lineer olarak yerleşmişti. Dağılımları ise Blaschko çizgileri ile uyumlu idi. Vücutta başka LP lezyonu yoktu. Vücutta çok sayıda yaygın dağılım gösteren<sup>3</sup> veya tek taraflı<sup>4,5</sup> olan LLP'li olgular bildirilmiştir. Ülkemizden Metin ve ark gövdede zosteriform, bacakta Blaschko hattında lineer dağılımlı ve hipertrofik morfolojiye sahip LP'li bir olgu bildirmişlerdir<sup>6</sup>.

Tedavide topikal ve/veya sistemik kortikosteroid kullanılmaktadır<sup>2,3,5</sup>. Hastalığın farklı bir dağılım göstermesi, tedaviye olan yanıtı değiştirmemektedir. Metin ve ark tarafından bildirilen olguda topikal kortikosteroid, PUVA, siklosporin gibi tedavilere rağmen tedavinin başarılı olmadığını ve bu durumun, hastalığın hipertrofik morfoloji göstermesi nedeniyle olabileceği ileri sürülmüştür<sup>6</sup>. Her iki olgumuzun lezyonlarının topikal kortikosteroid tedavisine yanıt verdiği ve geride hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği tespit edildi.

LLP'nin Blaschko çizgileri boyunca dağılımı ise nadir görülen bir durumdur. LLP'nin nedeni bilinmemekle birlikte, embriyonik mutasyon, çevresel uyarılar veya anormal hücre klonlarının neden olabileceği ileri sürülmektedir<sup>7</sup>. Blaschko çizgilerinin embriyolojik gelişim yollarını gösterdiği düşünülmekte-

dir<sup>3</sup>. Bu çizgiler deride sinir, vasküler veya lenfatik herhangi bir yapıya karşılık gelmemektedir. Ayrıca pigmentli demarkasyon çizgileri, dermatom gibi bilinen diğer lineer kutanöz görünümlere de uymaz. Çeşitli kongenital, nevoid ve akkiz deri hastalıkları Blaschko çizgileri boyunca yerleşebilir<sup>8</sup>. Blaschko çizgilerini takip eden akkiz dermatozların viral enfeksiyon veya ilaç gibi bir uyarıcı ile karşılaşması sonucu gelişiyor olabileceği ileri sürülmüştür<sup>3,8</sup>.

LP ve LLP histolojisi aynı özellikleri gösterir<sup>2</sup>. LLP'nin ayırıcı tanısında inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs (ILVEN), liken striatus, lineer liken nitidus, lineer likenoid ilaç erüpsiyonu, lineer psoriasis, lineer Darier hastalığı, lineer graft versus host hastalığı bulunmaktadır<sup>2,5</sup>. Liken striatus genellikle ekstremitelere yerleşen küçük pembe papüller ile karakterizedir ve Blaschko çizgileri boyunca dağılım gösterir<sup>2</sup>. Histopatolojisinde ekzositoz, adneksal yapılar etrafında yoğun inflamatuvar infiltrat bulunur<sup>9</sup>. ILVEN, LLP'nin aksine, doğumda veya erken çocukluk döneminde başlar. Histolojik olarak likenoid infiltratlı epidermal nevüsdür. Psoriasis, Blaschko çizgilerini izleyebilmekle birlikte klinik ve histolojik olarak ayırd edilebilir<sup>2</sup>. Darier hastalığı, Blaschko çizgilerini takip eden bir erüpsiyon ile kendini gösterebilir ve histopatolojisinde diskeratoz ve akantoliz izlenir<sup>10</sup>. Liken nitidus histopatolojisinde ise papiller dermiste granülomatöz infiltrasyon bulunur<sup>11</sup>.

Klinik ve histopatolojik olarak LLP tanısı konulan olgularımız, nadir görülmesi ve Blaschko çizgilerini takip eden diğer dermatozların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

## Kaynaklar

1. Reich-Boyd AS, Neldner KH: Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
2. Kabbash C, Laude TA, Weinberg JM, Silverberg NB: Lichen planus in the lines of Blaschko. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 541-45.
3. Long CC, Finlay AY: Multiple linear lichen planus in the lines of Blaschko. *Br J Dermatol* 1996;135: 275-6.
4. Gupta AK, Gorsulowsky DC: Unilateral lichen planus: an unusual presentation. *Arch Dermatol* 1987; 123: 295-6.
5. Hartl C, Steen KH, Wegner H, Seifert H-W, Bieber T: Unilateral linear lichen planus with mucous membrane involvement. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1999; 79:145-6.
6. Metin A, Uğraş S, Çalka Ö: Bir verrüköz ve zosteriform lineer liken planus olgusu. *Türkderm* 2002; 36: 50-3.
7. Sciallis GF, Loprinzi CL, Davis MDP: Progressive linear lichen planus and metastatic carcinoma. *Br J Dermatol* 2005; 152: 399-400.
8. Akagi A, Ohnishi Y, Tajima S, Ishibashi A: Linear hyperpigmentation with extensive epidermal apoptosis: a variant of linear lichen planus pigmentosus? *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 78-80.
9. Zhang Y, McNutt NS: Lichen striatus. Histological, immunohistochemical and ultrastructural study of 37 cases. *J Cutan Pathol* 2001; 28: 65-71.
10. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: *Dermatology Second, completely revised edition*. Berlin, Springer-Verlag, 2000; 709-50.
11. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: *Dermatology Second, completely revised edition*. Berlin, Springer-Verlag, 2000; 571-647.