

نگاهی به سیمای لیکن پلان در گیلان بررسی ۱۱۰ بیمار

(۱) دکتر شهریار صدر اشکوری - (۲) دکتر میر علینقی منصوری غیائی - (۳) دکتر عباس درجانی

خلاصه:

در یک بررسی توصیفی ۵ ساله (۷۴-۱۳۷۰) از ۱۱۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان در بخش پوست بیمارستان رازی رشت، بیماری در افراد مونث شایعتر از افراد مذکر (۵/۵۴٪ در مقابل ۵/۴۵٪) بوده و ۴۵٪ از بیماران را افراد ۶۰-۴۰ ساله تشکیل می دادند. وفور بیماری در دهه پنجم زندگی در مردان ۲/۴ برابر زنان و در دهه ششم تقریباً نصف زنان بوده و از سوی دیگر بیماری در دهه اول زندگی ملاحظه نشد. نخستین تظاهر بیماری در ۷۸٪ از موارد از اندام ها بوده و ساق پا و مچ دستها و شکم شایعترین مواضع ابتلا و تمرکز ضایعات لیکن پلانی بودند (۹۱٪ و ۸۶/۴٪ و ۵۳/۷٪). اندام تحتانی در ۴۹٪ از موارد نخستین محل بروز عارضه بوده و مخاط دهان در ۴/۵٪ از موارد نخستین موضع در ۳٪ از موارد تنها محل تظاهر لیکن پلان بود. ابتلای تناسلی در ۱۰/۹٪ مردان و ۲/۷٪ زنان ملاحظه گردید. پاپول و پلاک شایعترین تظاهر نشانه شناسی لیکن پلان در بیماران بوده (۹۶/۳٪ و ۶۹٪) و انواع بالینی پیگمانته و اکتینیک در این بررسی کمترین وفور را داشته اند (۰/۹٪ و ۰/۹٪). بیماری در تابستان بیشترین و در بهار کمترین میزان شیوع را داشته است. نتایج این بررسی ضمن نزدیکی با یافته های بسیاری از محققین تفاوت هایی نیز از نظر شیوع کم موارد صرفاً مخاطی و اکتینیک و..... نشان می دهد.

مقدمه:

فوقانی بصورت یک نوار چسبیده به اپیدرم، مشخص می شود. علت بیماری نامعلوم بوده و در سراسر جهان مشاهده می شود (۴). لیکن پلان در شکل کلاسیک خود یک بیماری پاپولواسکوآموباپاپولهای مسطح و چند وجهی مایل به

لیکن پلان یک بیماری پاپولواسکوآموی خارشدار بیمانند و نسبتاً شایع جلدی مخاطی است که با توزیع و انتشار خاص ضایعات خود و سیمای مشخص کننده آسیب شناسی، بصورت دژنرسانس ذوبی سلولهای لایه بازال اپیدرم و تجمع سلولهای تک هسته ای در درم

۱ - استادیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان رازی - رشت

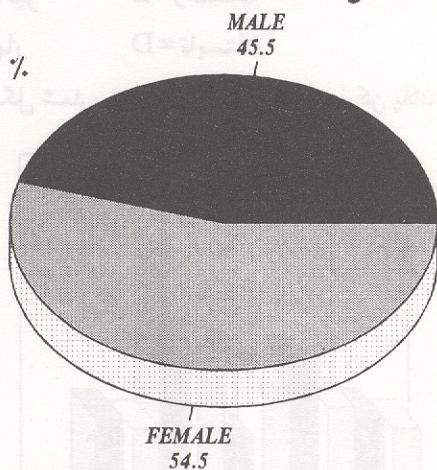
۲ - دستیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان رازی - رشت

۳ - استادیار بیماریهای پوست دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان رازی - رشت

غیر احتمالی آماده و برحسب مراجعه بیماران انجام شد. دراین راستا کلیه بیمارانی که توسط مجری درمطب شخصی و بیمارستان رازی رشت تحت تشخیص لیکن پلان قرار گرفته و باموافقت خود مورد ارزیابی بالینی و آسیب شناسی ضایعات جلدی قرار گرفته بودند، پس از اثبات تشخیص مورد بررسی قرار گرفته و اطلاعات موردنظر به فرمهای اطلاعاتی منتقل و درارتباط بااهداف، جداول و نمودارها به کمک آمار توصیفی و تحلیلی تهیه شدند.

یافته ها:

ازنظر جنسی شیوع بیماری درجنس مونث بیشتر از مذکر بوده (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱ - فراوانی نسبی جنسی لیکن پلان (درصد)

وازنظر سنی در دهه نخست مشاهده نشده و تدریجاً از دهه دوم افزایش یافته و بدون درنظر گرفتن جنسیت در دهه ششم زندگی به حداکثر رسیده و سپس سریعاً سقوط می کند (نمودار ۱). دامنه سنی بیماران بین ۱۰ تا ۸۳ سال و میانگین سنی آنان حدود ۴۴ سال (میانگین مونث ۴۶ و مذکر ۴۰ سال) بوده و شیوع عارضه از دهه پنجم به بعد ۱/۳ برابر زیر ۴۰ سالگی بوده و ۴۵٪ از کل موارد در افراد ۶۰-۴۰ ساله تشکیل می دهند (نمودار ۱).

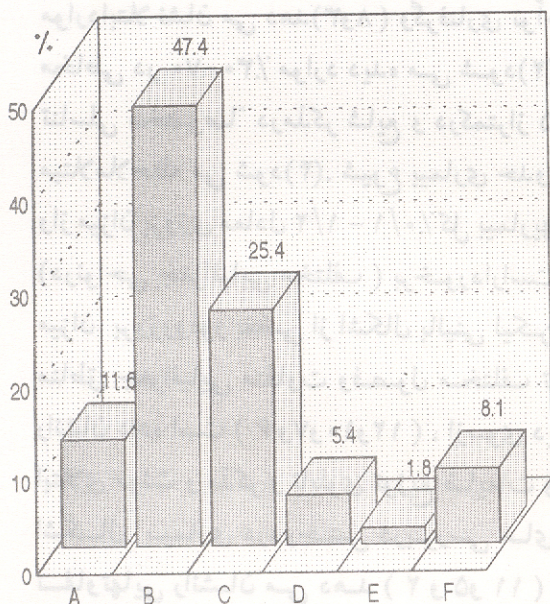
بنفش شدیداً آخارشدار است که عمدتاً سطوح فلکسور اندامها و مخاطات را گرفتار می کند ولی سیمای بالینی آن بسیار متنوع بوده و ممکن است به شکل های وزیکولو بولوز - هیپرتروفیک - آتروفیک - آنولر - فولیکولر - پیگمانته - اروزو و اولسراتیو - پمفیگوئیدی و بسیاری از اشکال دیگر بروز نماید. نخستین تظاهر بیماری معمولاً از اندامها و خصوصاً از اندام تحتانی بوده ولی سطوح فلکسور مچ دست و ساعد نیز از نواحی انتخابی بروز عارضه است. مخاط دهان به تنهایی در ۱۵-۳۵٪ از موارد ابتلا نشان می دهد (۸ و ۳) و گرفتاری توأم جلدی - مخاطی در ۷۰-۳۰٪ موارد دیده می شود (۲). ابتلای تناسلی مخصوصاً در مذکر شایع و در کمتر از ۲۵٪ مردان مبتلا ملاحظه می شود (۴). شیوع بیماری حدود ۱٪ بوده و از میزان بروزی معادل ۱/۲ - ۱/۰٪ کل بیماریهای جلدی (در نواحی جغرافیایی مختلف) برخوردار است (۱۳ و ۶). میزان بروز و فور بعضی از اشکال بالینی لیکن پلان در مناطق جغرافیایی متفاوت و فصول مختلف تفاوتهایی را نشان داده است (۶ و ۷ و ۱۰ و ۱۲). از سوی دیگر نسبت ابتلای مونث و مذکر و تابلوی توزیع ضایعات و بعضی از اشکال بیماری در دو جنس در بررسی های مختلف تفاوتهایی را نشان می دهد (۲ و ۵ و ۱۱). بیماری در کودکان و در افراد مسن بسیار نادر بوده و عمدتاً بین سنین ۷۰-۳۰ سالگی دیده می شود (۲ و ۶ و ۱۱).

در این بررسی ما سیمای خصوصیات بالینی و اپیدمیولوژیک ۱۱۰ بیمار مبتلای به لیکن پلان در گیلان را گزارش و سایر گزارشات موجود را مورد مرور قرار داده ایم.

روش بررسی:

به منظور دستیابی به اطلاعات اپیدمیولوژیک در زمینه سیمای الگوی تظاهر بالینی لیکن پلان و بررسی یافته ها و گزارشات موجود از سایر نواحی ایران و جهان طی سالهای ۷۴-۱۳۷۰ یک مطالعه توصیفی بانمونه گیری

از نظر محل شروع، با توجه به جنسیت، شایعترین مواضع شروع بیماری در مذكر ساق و در مونث مچ و دست بوده (نمودار ۳) و اندام تحتانی (ساق پا- قوزک - ران) با میزان ۴۹٪ و اندام فوقانی (ساعد - دست، ...) با میزان ۲۹٪ از موارد، نخستین موضع شروع عارضه بوده و در مجموع در ۷۸٪ موارد این بررسی لیکن پلان از اندامها شروع شده است (نمودار ۳).



A=خارش خفیف B=خارش متوسط

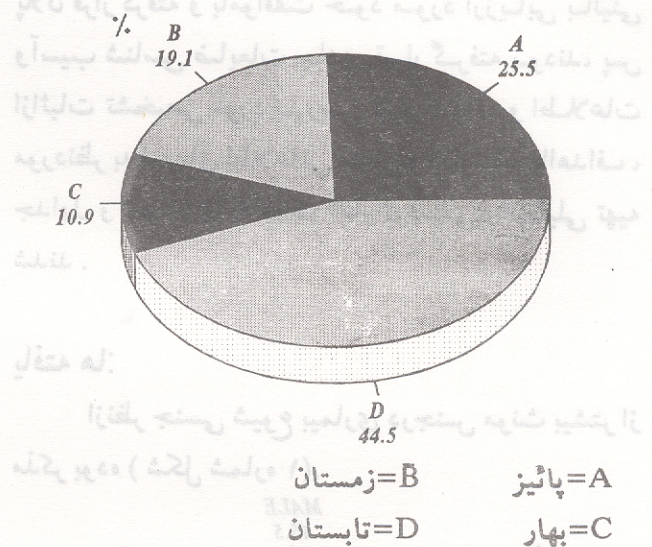
C=خارش شدید D=بی علامت

E=درد F=سوزش

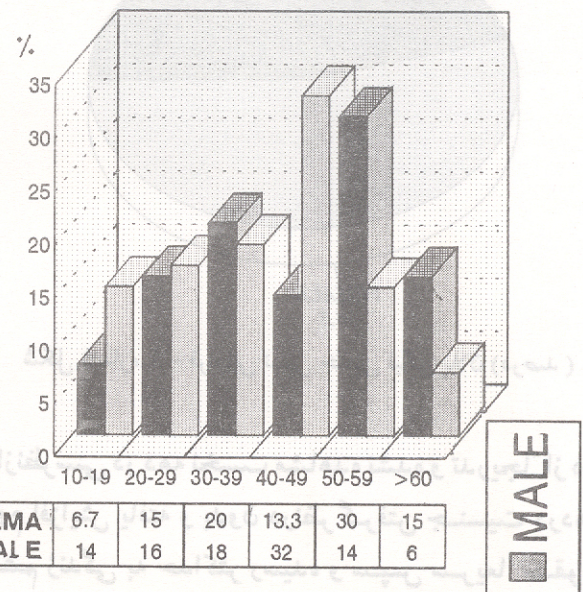
نمودار شماره ۲ - فراوانی نسبی علائم عمومی در بیماران

مخاط دهان در ۴/۵٪ از موارد نخستین جایگاه بروز و در کمتر از ۳٪ از موارد (۳ مورد) تظاهر منحصر بفرد بوده (نمودار ۳) و میزان و فور کلی ابتلای دهان ۲۹٪ (۳۲ مورد) و ابتلای توأم پوست و مخاط دهان ۲۵/۵٪ (۲۸ مورد) بوده است (نمودار ۴ و ۳).

از نظر فصل، بیشترین شیوع بیماری در تابستان و سپس پائیز بوده و فصل بهار کمترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده است (شکل شماره ۲)

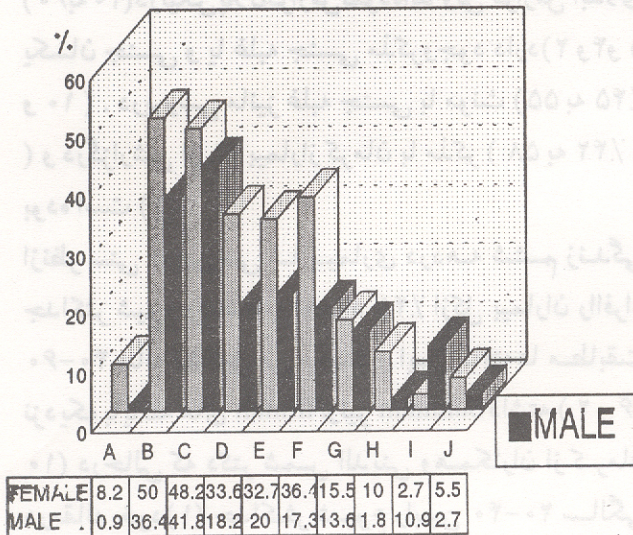


شکل شماره ۲ - فراوانی نسبی فصلی لیکن پلان (درصد)



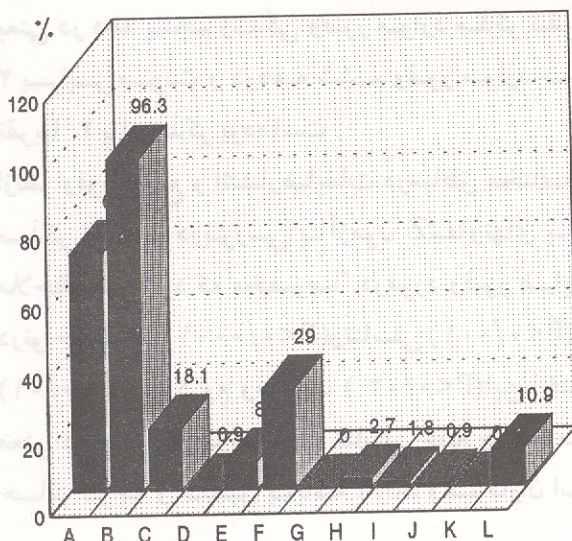
نمودار شماره ۱ - فراوانی نسبی لیکن پلان بر حسب سن و جنس
از نظر علائم عمومی خارش به درجات مختلف در ۸۵٪ از بیماران وجود داشته و سایر موارد یابی علامت بوده و یا از علائم دیگری چون درد و سوزش شاکی بودند (نمودار ۲).

رایخود اختصاص داده‌اند (نمودار ۵). لیکن پلان در ۱۰/۹٪ از موارد این بررسی بصورت منتشر حاد (Eruptive) بروز کرده است.



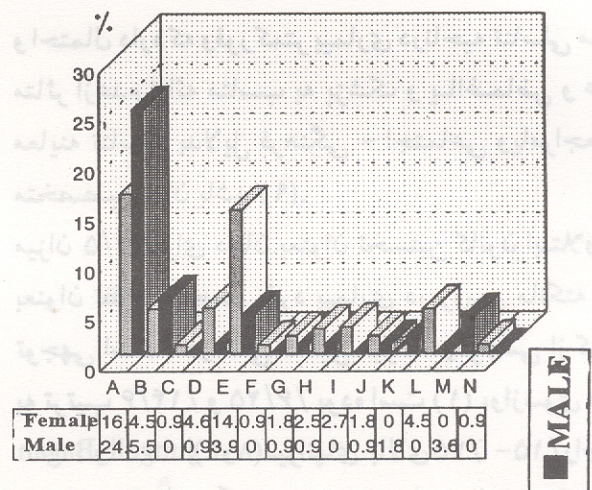
سر = A
اسکروتوم = D
دهان = G
صورت = H
تناسلی = I
ناخن = J
ساق = C
مچ دست = B
شکم = F
ران = E

نمودار شماره ۴ - فراوانی نسبی توزیع ضایعات در نواحی مختلف بدن



پلاکی = A
پاپولر = B
هیپرتروفیک = C
آتروفیک = D
حلقوی = E
خطی = F
قطره‌ای = G
فولیکولر = H
تاوولی = I
پیگمانته = J
اکتیک = K
اراپتو = L

نمودار شماره ۵ - فراوانی نسبی انواع نشانه‌های بیماری و انواع بالینی لیکن پلان



ساق = A
ساعد = E
گردن = I
تناسلی = M
دست = B
پشت = F
اسکروتوم = J
سر = N
پا = C
شکم = G
ران = K
دهان = L

نمودار شماره ۳ - فراوانی نسبی توزیع تشریحی محل شروع بیماری ناحیه تناسلی در ۳/۶٪ از موارد (منحصراً مذکر) نخستین محل بروز بیماری بود (نمودار ۳).

از نظر توزیع و انتشار تشریحی ضایعات، بیماری در ۷۷٪ از موارد منتشر (ابتلای ۳ نقطه یا بیشتر از بدن) و در سایر موارد محدود بوده و در مجموع شایعترین مواضع ابتلا در مذکر ساق و مچ دست و ران و شکم و ساکروم و در مونث به ترتیب شامل مچ دست - ساق - شکم - ساکروم و ران بوده است (نمودار ۴). سرونخن کمترین میزان ابتلا را داشته‌اند (نمودار ۴).

از نظر اجزاء نشانه‌شناسی اصلی و شکل بالینی بیماری ضایعات پاپولر با حضور در ۹۶/۳٪ از بیماران شایعترین تظاهر سیمولژیک بوده و رتبه‌های بعدی را ضایعات پلاکی (۶۹٪) و خطی و کوپور (۲۹٪) - هیپرتروفیک (۱۸٪) - آنولر یا حلقوی (۸٪) داشته و اشکال فولیکولر و تاوولی و آتروفیک و پیگمانته (به ترتیب در ۲/۷٪ و ۱/۸٪ و ۰/۹٪ و ۰/۹٪ از موارد) کمترین میزان شیوع

بحث:

محققین متعددی غلبه جنسی مونث به مذکر را (۶۰ به ۴۰) در لیکن پلان گزارش نموده‌اند ولی گزارش ابتلای یکسان جنسی و یا غلبه جنسی مذکر وجود دارد (۲ و ۴ و ۵ و ۱۰). در بررسی مانیز غلبه جنسی با مونث (۵۵ به ۴۵٪) و در گزارشی از ۴۸ بیمار از کرمان با مذکر (۵۸ به ۴۲٪) بوده است (۱).

از نظر سنی در بررسی ما بیماری در دهه ششم زندگی حداکثر شیوع راداشته و حدود ۴۵٪ از کل بیماران را افراد ۶۰-۴۰ ساله تشکیل می‌دهند و این یافته‌ها مطابقت نزدیک با یافته‌های Altman و نیز Samman داشته (۲ و ۶ و ۱۰) در حالی که دکتر شمس الدینی و همکاران از کرمان در مقاله خود (۱) حداکثر شیوع را بین ۴۰-۲۰ سالگی گزارش کرده‌اند.

از سوی دیگر یافته قابل توجه دیگری که از مطالعه ما به دست آمده است، تفاوت بارزی است که از نظر سنی در مورد حداکثر و فور بیماری در دو جنس دیده می‌شود، یعنی در دهه پنجم زندگی و فور موارد مذکر تقریباً ۲ برابر مونث و در دهه ششم و فور موارد مونث تقریباً ۲ برابر مذکر بوده است.

از نظر و فور توزیع و انتشار ضایعات در مناطق مختلف بدن مذکر و مونث در بررسی با آزمون Z تفاوت‌های بارزی ملاحظه می‌شود که مخصوصاً در مورد و فور ضایعات در نواحی شکم ($P < 0/0001$) و تناسلی ($P < 0/001$) و سر ($P < 0/01$) و ساکروم و صورت ($P < 0/02$) این اختلاف معنی دار بوده و در مورد ناحیه تناسلی غلبه جنس مذکر حائز توجه و منطبق با یافته Boyd و همکاران است.

و احتمال دارد که و فور کمتر بیماری در ناحیه تناسلی مونث متاثر از عدم ارائه مناسب به پزشک و یا اغماض و عدم معاینه تناسلی بدلائیل فرهنگی - اجتماعی و یا مراجعه به متخصصین زنان باشد (۹).

میزان ۴/۵٪ برای دهان بعنوان نخستین کانون ابتلا و ۳٪ بعنوان تظاهر منحصر بفرد بیماری در بررسی مانیکته قابل توجهی است، در حالی که این میزان در گزارشی از کرمان به ترتیب ۱۴/۶٪ و ۶/۲۵٪ بوده است (۱)، و از سوی دیگر Bagan و Jungell (۳ و ۸) میزانهای بالای ۳۵٪ - ۱۵٪ راجعت موارد صرفاً دهانی گزارش نموده‌اند و احتمال دارد که قلت موارد صرفاً دهانی ماناشی از مراجعه کمتر موارد فوق به درماتولوژیست و مراجعه بیشتر به دندانپزشک و متخصص گوش و حلق و بینی باشد؛ و در این راستا بر آورد نسبتاً مناسب از میزان موارد صرفاً دهانی مستلزم بررسی دقیق دیگری با مشارکت همکاران فوق الذکر می‌باشد. همچنین میزان ابتلای مخاطی ۲۹٪ در بیماران ما با میزان ۳۱/۲۵٪ گزارش دکتر شمس الدینی (۱) و نیز با میزان ۴۰-۳۰٪ گزارش Perry و Altman (۲) مطابقت دارد.

Hellagren و همکاران حداکثر بروز لیکن پلان را در دسامبر

و ژانویه (آذر و دی) گزارش نموده‌اند (۷): که در بررسی مانیز در اواسط پائیز بیماری بیشترین بروز راداشته ولی حداکثر شیوع آن در تابستان بوده و بتدریج کم شده و در بهار به کمترین میزان رسیده است.

سپاسگزاری:

از راهنمایی و مساعدت سرکار خانم زهرا عطر کارروشن مربی و کارشناس آمار حیاتی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان قدردانی می‌شود.

REFERENCES:

۱- سعد ا.. شمس الدینی و همکاران: تعیین میزان ضایعات مخاطی دهان در بیماران مبتلا به لیکن پلان.

مجله نبض، شماره سوم، سال پنجم، صفحه ۴۴-۴۱، ۱۳۷۴.

2- Altman j, perry HO: Variation and course of lichen plans. Arch Dermatol 84:179, 1961.

- 3- Bagan-Sebastian J.V & etal: A clinical study of 205 patients with oral lichen planus J. Oral and maxillofacial Surgery 50 ^ 116-118, 1992.
- 4- Boyd AS & Nelder KH: Lichen planus. J Am Acad Dermatol 25:593-618, 1991.
- 5- Fordyce JA, McKee GM: Clinical types of lichen planus. J Cutan Dis 37:320, 1919
- 6- Fox BJ, Odom RB: Papulosquamous diseases: A review. J Am Acad Dermatol 12: 597-618, 1985.
- 7- Hellargren L, Hersle K: Lichen planus: Clinical study with statistical methods. Indian J. Dermatol 11:1, 1965.
- 8- Jungell P: Oral Lichen planus: A review. Int J oral and Maxillofacial Surgery 20:129-135, 1991.
- 9- Sadr-e-Ashkevari SH, Mansouri-e-Ghiasi MAN: Vulvo-Vaginal-gingival syndrome (case report in press). Med J Islamic Republic Iran.
- 10- Salman SM et al: Actinic Lichen planus: A clinicopathologic study of 16 patients. J Am Acad Dermatol 20:226, 1989.
- 11- Samman PD: Lichen planus: Analysis of 200 cases. Trans St Johns Hosp Soc 46:36, 1961.
- 12- Scully C, El-Kom M: Lichen planus; Review and updates on pathogenesis. J oral pathol 14:431-458, 1985.
- 13- Taaffe A: Current concepts in lichen. Int J Dermatol 18:533-538, 1979.

Lichen planus in Guilan province

Evaluation of 110 cases

Ashkevari SH.,MD

Mansouri-e-Ghiasi M.AN.,MD

Darjani A., MD

ABSTRACT:

Lichen planus, an unique autoimmune papulosquamous disease, is seen in all parts of the world and in all ethnical groups, with many clinical types, patterns and configurations. Prevalence of some types of disease and age, sex ratio of it has shown differences geographically.

In an attempt to detect a clear picture of disease in Guilan province, assessments of 110 cases both clinically and histologically, showed female predominance (54/5% to 45/5%) and 45% of all cases were of 40-60 years old age. In the fifth decade, prevalence of disease in females was a half of that in males and in the sixth decade, 2/5 times more than males. There was no disease in the first decade of life. Extremities were the first site of eruption in 78% of the cases, and the lower extremities were the first site in 49% of the cases, and bucal mucousa was the first site in 4/5% of the cases and the only site of involvement in 3% of patients.

Legs, wrists and abdomen were the most common sites of involvement with lichen planus lesions (91%-86/4%-53/7%). Papules and plaques were the most common manifestations of disease, seen in 96/3% and 69% of patients and the lowest of all were of actinic and pigmented types (0/9% and 0/9%).

There was also seasonal variation in prevalence of lichen planus in our study, with the highest rate in summer and the lowest rate in spring.