

## یافته های ۵ ساله اپیدمیولوژیک و بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در مراجعین بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد – ایران

دکتر آتس سا پاک فطرت\*، دکتر سمیرا بصیر شبستری\*\*#، دکتر فرناز فلکی\*

\* استادیار گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*\* دستیار تخصصی گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ ارائه مقاله: ۸۷/۲/۸ – تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۲۰

### Five Year Clinical and Epidemiologic Findings of Oral Lichen Planus Patients Referred to Oral Medicine Department of Mashhad Dental School - Iran

Atessa Pakfetrat\*, Samira Basir Shabestari\*\*#, Farnaz Falaki\*

\* Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

\*\* Postgraduate Student, Dept of Oral Medicine, Dental School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 27 April 2008; Accepted: 10 September 2008

**Introduction:** Lichen planus is a chronic mucocutaneous disease and relatively frequent in adult, which involves 0.2-2% of population. There are limited studies on frequency and clinical pattern of oral lichen planus in Iran. This study was designed in order to evaluate clinical and epidemiological features of Oral lichen planus (OLP) patients referred to oral Medicine Department of Mashhad dental school during 2000-2005 compared with other populations.

**Materials & Methods:** In this descriptive study, the patients' data were collected from files of 420 OLP patients who had been referred to oral medicine department of Mashhad dental school and included age, sex, chief complaint, skin involvement, location, type & form of lesions. Data were analysed with SPSS 11.5 statistical software.

**Results:** The mean age of these OLP patients was 41.16 years. 64.9% of cases were female and 35.1% were male. Buccal mucosa was most frequently involved (85.2%). The most prevalent clinical type was reticular form (76.9%). 15.5% of patients had skin involvement.

**Conclusion:** Based on the results of this study, the importance of proper history and clinical examination is of great importance to achieve the best diagnosis and treatment plan for OLP. Considering the variety of epidemiologic findings, we need more extensive epidemiological study of this kind to be more familiar with our OLP patients and to schedule clinical research and treatment plan in our society.

**Key words:** Lichen planus, oral, clinical findings.

# Corresponding Author: Samira\_bsh2@yahoo.com

Journal of Mashhad Dental School 2008; 32(3): 195-8.

#### چکیده

**مقدمه:** لیکن پلان، بیماری پوستی مخاطی مزمن و نسبتاً شایع در میان سالگی است که ۰/۲ تا ۲ درصد جمعیت را مبتلا می سازد. مطالعه در زمینه فراوانی و اشکال بالینی لیکن پلان دهانی، در ایران بسیار محدود انجام شده است این مطالعه، جهت ارزیابی نهای اپیدمیولوژیک و بالینی ۵ ساله در ۴۲۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی در بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد و مقایسه نتایج آن با مطالعات جوامع دیگر، طراحی گردید.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی، پرونده های، ۴۲۰ نفر از بیماران لیکن پلان دهانی، تفکیک گردید. اطلاعات پرونده تمام بیماران مذکور (از لحاظ: سن، جنس، شکایت اصلی، درگیری پوستی، محل - نوع و شکل ضایعات) استخراج گردید. توزیع فراوانی داده ها در زیر گروههای مختلف توسط نرم افزار SPSS 11.5 محاسبه گردید.

**یافته ها:** میانگین سنی بیماران، ۴۱/۱۶ سال بود که ۶۴/۹ درصد آنها مؤنث و ۳۵/۱ درصد آنها مذکر بودند. در ۸۵/۲ درصد بیماران، گونه، شایع ترین ناحیه درگیر شناخته شد. رتیکولار شایع ترین الگوی درگیری در مبتلایان بود (۷۶/۹ درصد). ۱۵/۵ درصد مبتلایان درگیری پوستی لیکن پلان داشتند.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه اهمیت اخذ تاریخچه مناسب و معاینه بالینی دقیق برای رسیدن به تشخیص و طرح درمان مناسب در مورد لیکن پلان دهانی مشخص می گردد. نظر به تفاوت های نتایج اپیدمیولوژیک این بیماری در جوامع مختلف، پزشکان به این گونه مطالعات نیاز دارند تا بتوانند براساس شیوع یافته های اپیدمیولوژیک و بالینی، تحقیقات و برنامه های درمانی خود را بر اساس آن تنظیم نمایند.

**واژه های کلیدی:** لیکن پلان، دهان، یافته های بالینی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۷ دوره ۳۲ / شماره ۳: ۸-۱۹۵.

**مقدمه**

لیکن پلان، بیماری پوستی مخاطی مزمن و نسبتاً شایع در میان سالگی است که ۲-۰/۲ درصد جمعیت را مبتلا می سازد. مردان و زنان تقریباً به یک نسبت مبتلا می شوند. در مخاط دهان، ضایعات سفید، دوطرفه، گاهاً همراه با زخم را ایجاد می کند. شایع ترین الگوی بالینی آن خطی است.<sup>(۱-۴)</sup> مطالعه در زمینه فراوانی و اشکال بالینی لیکن پلان دهانی، در ایران بسیار محدود انجام شده است. که از آن جمله می توان به مطالعه اسماعیلی و همکاران اشاره نمود که در آن بیماری در مردان و در دهه چهارم زندگی شایعتر بود و نوع هیپرتروفیک و کلاسیک بیشتر دیده شد و در میان ضایعات دهانی نوع رتیکولر شایعتر بود<sup>(۵)</sup> و یا مطالعه دیگر توسط دکتر خلیلی و همکاران که در آن شایع ترین شکل بالینی ضایعه فرم زخمی و متوسط زمان حضور ضایعه ۱۸/۴ ماه، شایع ترین مخاط درگیر باکال و پس از آن زبان و لثه گزارش شده بود. لکه سفید، خطوط و یکپهام و اریتم مخاطی شایع ترین نمای بالینی ضایعه بودند.<sup>(۶)</sup> بعضی نتایج این مطالعات با سایر مطالعات داخل یا خارج کشور متغایر می باشد، و به نظر می رسد یکسری تفاوت های اپیدمیولوژیک بالینی در مناطق مختلف جغرافیائی وجود دارد که بسیار حائز اهمیت است، لذا با توجه به شیوع نسبتاً بالا بیماری و فقدان مطالعات وسیع و به خصوص مراجعه تعداد زیادی از مبتلایان لیکن پلان، به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد، ما را برآن داشت تا جهت بررسی اپیدمیولوژیک و بالینی این بیماران، مطالعه ۵ ساله را انجام دهیم.

**مواد و روش ها**

جهت اجرای این مطالعه توصیفی، پرونده های ۴۲۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی که طی سالهای ۸۵-۱۳۸۰ به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرده بودند، تفکیک گردید. از آنجا که به لحاظ تشابه سایر شرایط بالینی مثل: لکوپلاکیا، لوپوس و ... گاهی، تشخیص لیکن پلان

دهانی تنها بر اساس یافته های بالینی ممکن نمی باشد، در این مطالعه پرونده هائی بررسی شدند که در آن تشخیص لیکن پلان یا توسط یافته های اختصاصی بالینی (ضایعات رتیکولار دوطرفه سفید) و یا نماهای هیستولوژیک (شامل: هیپرکراتوز، نمای میعانی سلولهای بازال و ارتشاح موازی شکل سلولهای آماسی مزمن) انجام گرفته و تایید شده است. براساس نظریه Silverman، لیکن پلان از لحاظ نوع به چهار دسته رتیکولار و آتروفیک و آریزو و بولوز طبقه بندی شد.<sup>(۲)</sup> اطلاعات شامل: سن، جنس، شکل، محل، نوع ضایعات، شکایت اصلی بیمار، سابقه درگیری پوستی از پرونده ها استخراج گردید.

نهایتاً داده های استخراج شده با استفاده از میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی توصیف گردید.

**یافته ها**

شیوع کلی ۵ ساله لیکن پلان دهانی در میان ۲۳۷۹ نفر مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان، ۱۸/۲ درصد (۴۲۰ نفر) برآورد گردید. میانگین سنی این بیماران، ۴۱/۱۶ سال (با حداقل و حداکثر سنی ۱۴ و ۸۱ سال) بود. ۶۴/۹ درصد آنها مؤنث و ۳۵/۱ درصد آنها مذکر بودند. بیشترین شیوع لیکن پلان، در زنان (۶۴/۹ درصد) و در گروه سنی ۳۰-۴۴ سال (۳۳/۳ درصد) دیده شد. شیوع بالینی و پاتولوژیک به ترتیب در ضایعات لیکنوئید دهانی ۹/۳ و ۸ درصد برآورد گردید.

در ۳۵۸ نفر (۸۵/۲ درصد) بیماران، گونه، شایع ترین ناحیه درگیر برای هریک از انواع بالینی تعیین شد. رتیکولار شایع ترین الگوی درگیری در (۷۶/۹ درصد) مبتلایان بود. شیوع الگوهای اتروفیک و انولار و آریزو به ترتیب ۳۴/۸٪ و ۲۱/۲٪ و ۱۸/۶ درصد برآورد گردید. ۱۵/۵ درصد مبتلایان درگیری پوستی لیکن پلان داشتند.

۱۵/۹ درصد مبتلایان از ضایعاتشان اطلاعی نداشتند در حالیکه ۸۴/۱ درصد مبتلایان بدین شرح از ضایعاتشان شکایت داشتند:

۵۲) نفر) باشد.

در تحقیق حاضر، ۱۵/۵ درصد بیماران درگیری پوستی داشتند. شیوع ضایعات پوستی در مطالعات عزیززی ۴/۲ درصد، Silverman ۴۴ درصد، Hedberg ۲۵ درصد و Griffith ۴۸/۸ درصد گزارش گردید.<sup>(۱۵-۱۳)</sup> علت تفاوت آماری این مطالعات با تحقیق حاضر شاید به لحاظ تفاوت در تعداد نمونه های مورد بررسی و یا عدم آگاهی بیماران از سابقه ابتلا قبلی درگیری پوستی باشد.

با توجه به این نکته که نمونه های مورد بررسی در این مطالعه با شکایت از ضایعات دهانی به دانشکده مراجعه می کردند، در عین حال ۱۵/۹ درصد مبتلایان از ضایعاتشان شکایت و اطلاعی نداشتند و ۸۴/۱ درصد مبتلایان از ضایعاتشان شکایت داشتند. بیشترین و کمترین شکایات سوزش و خارش مخاط دهان بود. در مطالعه Machado، ۵۵/۷ درصد بیماران علامت دار و ۴۴/۳ درصد بیماران بدون علامت بودند. در حالیکه Sugeran، اظهار داشت که ۶۷/۵ درصد بیماران لیکن پلان علامت دار بودند.<sup>(۱۲، ۱۰)</sup> تعداد نمونه های مورد بررسی کمتر و تفاوت در اشکال بالینی در این مطالعات می تواند علت تفاوت های آماری این تحقیق ها با تحقیق حاضر باشد.

### نتیجه گیری

لیکن پلان و ضایعات لیکنوید دهانی طیف وسیعی از ضایعات با اتیولوژی متفاوت و پاتوژنز یکسان و نماهای بالینی و هیستولوژیک گاه کاملاً یکسانی را در بر می گیرد. بنابراین جهت تشخیص و خصوصاً درمان مناسب، بررسی دقیق بیمار از نقطه نظر بالینی، سابقه مصرف دارو، بیماریهای سیستمیک و ثبت آن در پرونده بیماران بسیار کمک کننده می باشد. از طرفی با توجه به شیوع نسبتاً بالای این بیماری، شناخت فراوانی اشکال بالینی و گروه های سنی درگیر و عوامل تاثیرگذار (بیماریهای سیستمیک همراه و داروهای مصرفی و ...) در آن از اهمیت بالایی برخوردار است. به این ترتیب، با انجام مطالعات تکمیلی در این راستا شناخت

۵۲/۶ درصد مبتلایان از سوزش، ۲۸/۶ درصد از تغییر رنگ دهانی، ۲۲/۴ درصد بیماران از درد، ۲۱ درصد از زخم و ۵ درصد از خشونت و ۲/۴ درصد از خارش شکایت داشتند.

### بحث

شیوع کلی لیکن پلان دهانی ۲/۲-۰/۱ درصد مطرح شده است.<sup>(۱۲)</sup> در حالیکه در تحقیق حاضر ۱۸/۲ درصد برآورد گردید که این تفاوت آماری شاید به لحاظ بررسی شیوع در مطالعه حاضر در میان مراجعین به بخش بیماریهای دهان باشد در حالیکه سایر مطالعات، شیوع را در کل جامعه مورد بررسی قرار دادند. در مطالعه حاضر، شیوع بیشتر لیکن پلان در زنان (۶۴/۹ درصد) دیده شد. مشابه نتایج مطالعه حاضر، شیوع بیشتر لیکن پلان در زنان، توسط Silverman ۵۸/۵ درصد و Masanat، ۶۵/۹ درصد و Diaz، ۶۲ درصد گزارش گردید<sup>(۷، ۳)</sup> در حالیکه Eric شیوع بیشتر لیکن پلان را در مردان (۵۶ درصد) اعلام نمود.<sup>(۹)</sup> علت مغایرت نتیجه مطالعه وی با تحقیق حاضر شاید بررسی تعداد کمتر بیماران (۷۲ نفر) و با توزیع نامتناسب جنسی باشد.

شایع ترین سن درگیری لیکن پلان دهانی در میان سالگی و دهه ۵ مطرح شده است.<sup>(۱۲)</sup> اما بیشترین شیوع (۳۳/۳ درصد) در این مطالعه ۳۰-۴۴ سالگی برآورد گردید. علت مغایرت نتیجه سایر مطالعات با تحقیق حاضر شاید بررسی تعداد کمتر بیماران، توزیع ناهمگون سنی یا بررسی در گروه های سنی خاص باشد.

در این مطالعه، مخاط گونه در هر شکل بالینی شایع ترین محل درگیری بود (۸۵/۲ درصد). Amerikanoui، Eric، Sugeran نیز شیوع ۷۹ درصد را گزارش کردند و نیز به نتیجه ای مشابه تحقیق حاضر دست یافتند.<sup>(۹-۱۱)</sup>

در این تحقیق، شایع ترین الگوی درگیری رتیکولار (۷۶/۹٪) بود. شیوع این الگو در مطالعه Sugeran، ۶۵/۵ درصد و در مطالعه Machado، ۴۷ درصد گزارش گردید.<sup>(۱۲، ۱۰)</sup> علت اختلاف آماری مطالعه Machado با تحقیق حاضر، شاید بررسی وی در تعداد بسیار کمتری از بیماران

**تقدیر و تشکر**

بدین وسیله از زحمات اساتید محترم جناب آقای دکتر جوادزاده و سرکار خانم دکتر دلاوریان و رهنمودهای ارزشمند ایشان تشکر می نمایم.

کلینیسین ها نسبت به این بیماری افزایش یافته و پایه سایر مطالعات قرار خواهد گرفت. پیشنهاد می شود جهت دستیابی به اهداف فوق، علاوه بر دقت لازم هنگام اخذ شرح حال و معاینه بالینی، همکاران در هنگام ثبت آن در پرونده، اهتمام لازم را مبذول دارند.

**منابع**

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Oral & maxillofacial pathology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders Co; 2002. P. 680.
2. Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine: Diagnosis & treatment. 10<sup>th</sup> ed. Hamilton: BC Becker; 2003. P. 107.
3. Silverman S, Bahl S. Oral lichen planus update: Clinical characteristics, treatment responses, and malignant transformation. Am J Dent 1997; 10(6): 259-63.
4. Vincent SD, Fotos G, Baker K. Oral lichen planus: The clinical, historical therapeutic features of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 70(2): 165-71.
5. Esmaily N, Barzegarri M, Rezaee M. Prevalence a clinical manifestation at lichen planus: Case reports 120 cases. Journal of Dermocological Disease 2003; 8(2): 110-4. (Persian)
6. Khalili M, Shojaee M. A retrospective study of oral lichen planus in oral pathology department Tehran University of Medical Science (1968-2002). J Dentistry Tehran University of Medical Science 2006; 19(3): 45-52. (Persian).
7. Grinspan D, Diaz J. Lichen rubber planus of buccal mucosa with diabete. Bull Soc Dermatol Syph 1966; 73(6): 898-9.
8. Sebastian B, Masanet M. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. J Oral Surg 1992; 50(2): 116-8.
9. Eric TS, Thomas PS, Scott SD. Oral lichen planus: Update for general practitioner, New York State Dent J 2003; 69(6): 26-8.
10. Amerikanou PC, Markopoulos AK. Prevalence of oral lichen planus in diabetes mellitus according to the type of diabetes. Oral Dis 1998; 4(1): 37-40.
11. Sugerma PB, Savage NW. Oral lichen planus: causes, diagnosis and management. Aust Dent J 2002; 47(4): 290-7.
12. Machado AC, Sugaya NN. OLP Clinical aspects and management in fifty-two Brazilian patients. West Indian Med J 2004; 53(2): 113-7.
13. Azizi F. A study of sugar and lipid. The publishments of endocrine glands and metabolism research center. 1<sup>st</sup> ed. Tehran; 2002. P. 23-99. (Persian)
14. Hedberg N, Hunter N. A semi-quantitative assessment of the histopathology of Oral Lichen planus. J Oral Pathol 1986; 15(5): 268-71.
15. Silvermans SL Jr, Griffith M. Studies of OLP on 200 patients, Clinical characteristics and associated malignancy. Oral Surg J 1998; 11(3): 865-9.