

Współistnienie liszaja płaskiego błon śluzowych z łuszczycą zwyczajną – opis przypadku

The coexistence of oral lichen planus and psoriasis vulgaris – a case report

Paulina Kiluk, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Przeł Derm 2016, 103, 119–123
DOI: 10.5114/dr.2016.59133

SŁOWA KLUCZOWE:

objaw Köbnera, łuszczycyca zwyczajna, liszaj płaski błon śluzowych.

KEY WORDS:

Köbner phenomenon, psoriasis, oral lichen planus.

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Łuszczycyca i liszaj płaski należą do powszechnych zapalnych schorzeń dermatologicznych, których współwystępowanie jest rzadko opisywane. Etiopatogeneza obu chorób nie jest do końca poznana, ale czynniki autoimmunologiczne odgrywają istotną rolę w ich rozwoju. Wspólną cechą jest także występowanie objawu Köbnera. Zasadnicze różnice dotyczą obrazu klinicznego, histopatologicznego oraz zjawisk immunologicznych.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku współistnienia łuszczycy zwyczajnej i liszaja płaskiego błon śluzowych.

Opis przypadku. Pacjentka 75-letnia z 3-letnim wywiadem liszaja płaskiego błon śluzowych zgłosiła się do Kliniki z powodu utrzymujących się od 2 lat zmian rumieniowych zlokalizowanych w okolicach wyprzeniowych. Leczenie ambulatoryjne miejscowymi i ogólnymi preparatami przeciwgrzybiczymi nie spowodowało poprawy stanu miejscowego. Na podstawie badania histopatologicznego wycinka pobranego ze zmiany skórnej rozpoznano łuszczycę. W leczeniu zastosowano miejscowe preparaty dziegciowe oraz pochodne kalcyneuryny z dobrym efektem.

Wnioski. Współwystępowanie łuszczycy i liszaja płaskiego jest zjawiskiem rzadkim. Przegląd dostępnego piśmiennictwa wskazuje na istnienie możliwych, jednak w dalszym ciągu niewyjaśnionych powiązań między tymi dermatozami.

ABSTRACT

Introduction. Psoriasis and lichen planus are common dermatological conditions, whose coexistence is rarely described. Although the exact etiopathogenesis of both diseases is still unknown, autoimmune factors play an important role in their development. A common feature is also the occurrence of the Köbner phenomenon. The principal differences concern the clinical, histological and immunological events.

Objective. To present a patient with oral lichen planus, in whom psoriasis developed.

Case report. A 75-year-old patient, with a 3-year history of oral lichen planus, presented itchy erythematous skin lesions initially located in the intertriginous area. Outpatient treatment consisting of topical and oral antifungal medications did not bring significant improvement. Skin biopsy confirmed the diagnosis of psoriasis. Treatment with tar

ADRES DO KORESPONDENCJI:

lek. med. Paulina Kiluk
Klinika Dermatologii
i Wenerologii
Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku
ul. Żurawia 14
15-540 Białystok
tel.: +48 694 259 734
e-mail: paulinakiluk@o2.pl

ointment and topical tacrolimus was carried out, resulting in gradual improvement.

Conclusions. A review of the literature indicates the existence of possible, but still unexplained, linkages between these two diseases.

WPROWADZENIE

Łuszczyca i liszaj płaski (LP) należą do powszechnych zapalnych schorzeń skóry, mają pewne cechy wspólne, jednak bardzo rzadko ze sobą współwystępują. W patogenezie obu chorób ważną rolę odgrywają mechanizmy immunologiczne, zaburzone różnicowanie keratynocytów, ponadto w obu obserwuje się powstawanie zmian w obrębie uszkodzeń skóry (objaw Köbnera). Różnice dotyczą obrazu klinicznego, lokalizacji zmian skórnych, cech histopatologicznych oraz zjawisk immunologicznych zachodzących w obrębie zmian, jak również czynników wyzwalających [1].

CEL PRACY

Przedstawienie pacjentki z 3-letnim wywiadem LP błony śluzowej jamy ustnej, u której doszło do rozwoju łuszczycy o charakterze wyprzeniowym.

OPIS PRZYPADKU

Kobieta 75-letnia z wywiadem nadciśnienia tętniczego, drżenia samoistnego (od kwietnia 2014 roku stosowała duże dawki propranololu), po przebytej appendektomii oraz laparotomii z powodu skrętu przyczepka sieciowego okrężnicy esowatej oraz

z rozpoznaniem w 2011 roku LP błon śluzowych została przyjęta w maju 2014 roku do Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w celu diagnostyki i leczenia zmian skórnych zlokalizowanych w okolicach wyprzeniowych oraz podbrzusza. Pierwsze zmiany skórne o charakterze rumieniowym z towarzyszącym świądem i pieczeniem pojawiły się w tym obrębie 2 lata przed hospitalizacją. Wykwity grudkowe na skórze brzucha wystąpiły 2 tygodnie po przebytej w 2013 roku laparotomii. Ambulatoryjnie stosowano miejscowo preparaty przeciwgrzybicze, przeciwbakteryjne oraz ogólnie flukonazol. Po początkowej nieznacznej poprawie stanu miejscowego od około roku zmiany ulegały zaostrzeniu. Liszaj płaski zdiagnozowano w Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego wycinka ze zmiany śluzówkowej. Z wywiadu ustalono, że okresowo nadal pojawiają się zmłoczenia nabłonka śluzówek policzków, a chora pozostaje pod opieką Poradni Chorób Przyzębia.

Przy przyjęciu w obrębie skóry podbrzusza stwierdzono obecność pojedynczych wykwitów grudkowych barwy czerwono-brunatnej, pokrytych łuską oraz wyraźnie odgraniczonych zmian rumieniowych w obrębie skóry okolicy krocza (ryc. 1, 2). Obserwowano ponadto obustronnie w obrębie policzkowej części błony śluzowej jamy ustnej linijne zmłoczenia nabłonka (ryc. 3). Zmianom śluzówko-



Rycina 1. Wykwity grudkowe pokryte srebrzystą łuską na skórze podbrzusza w okolicy miejsca operowanego

Figure 1. Red patches covered with silvery scales located on lower abdomen – area of previous surgical intervention



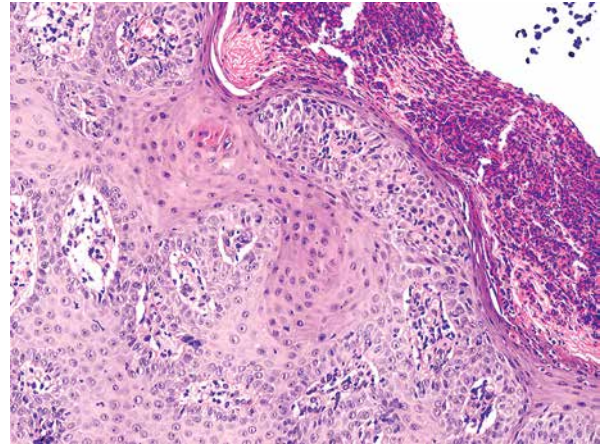
Rycina 2. Wyraźnie odgraniczone zmiany rumieniowe skóry w okolicy krocza

Figure 2. Erythematous skin lesions on skin of perineum



Rycina 3. Drzewkowate zmłeczenia w obrębie błony śluzowej lewego policzka

Figure 3. Dendritiform, white lesion on mucous membrane of the left cheek



Rycina 4. Rozrost naskórka z obecnością mikroropni Munro. Na powierzchni widoczne resztki warstwy parakeratycznej z wysiękiem komórkowo-włóknikowym (dzięki uprzejmości prof. dr hab. Anny Andrzejewskiej z Zakładu Patomorfologii Lekarskiej UMB)

Figure 4. Hyperplasia of the epidermis with the presence of Munro microabscesses. Parakeratosis in the upper layers (by courtesy of Prof. Anna Andrzejewska from the Department of Medical Pathology UMB)

wym nie towarzyszyły dolegliwości subiektywne. Wywiad rodzinny w kierunku chorób skóry był negatywny. W badaniach laboratoryjnych nie obserwowano odchyień od stanu prawidłowego. W badaniu mikologicznym bezpośrednim ze zmian skórnych stwierdzono nieliczne drożdżaki. W trakcie hospitalizacji pobrano również wycinek do badania histopatologicznego ze zmiany w obrębie podbrzusza, który potwierdził rozpoznanie łuszczycy (ryc. 4). Na zmiany rumieniowe zastosowano miejscowo maść proderminową oraz inhibitory kalcyneuryny, co spowodowało ich znaczną redukcję.

OMÓWIENIE

Łuszczyca jest przewlekłą, nawracającą, zapalno-proliferacyjną chorobą skóry należąca do najczęstszych schorzeń dermatologicznych. Częstość jej występowania mieści się w granicach od 0,6% do 4,8% w zależności od szerokości geograficznej [1]. Etiopatogeneza choroby nie jest do końca poznana, a jako główny czynnik patogenetyczny wymienia się zaburzenia autoimmunologiczne z przewagą aktywności limfocytów Th1 i Th17 [2]. Opisywano częstsze współwystępowanie łuszczycy z zaburzeniami metabolicznymi, chorobami wątroby, astmą, jak również z chorobami o podłożu autoimmunologicznym, takimi jak toczeń rumieniowaty układowy, bielactwo, pemfigoid lub łysienie plackowate [3].

Liszaj płaski jest powszechną dermatozą, która dotyczy skóry, błon śluzowych oraz paznokci. Częstość jej występowania ocenia się na 0,5–2,0% [4]. W przebiegu choroby dochodzi do reakcji im-

munologicznej, w której pośredniczą komórki cytotoksyczne skierowane przeciwko keratynocytom warstwy podstawnej [4]. Liszaj płaski często współistnieje z innymi chorobami autoimmunologicznymi, m.in. z toczniem rumieniowatym układowym, bielactwem, twardziną układową, łysieniem plackowatym, zapaleniem skórno-mięśniowym lub cukrzycą [5].

Jednoczesne występowanie LP i łuszczycy jest zjawiskiem rzadko opisywanym. Przybliżonych danych na temat częstości współistnienia obu dermatoz dostarczają opisy pojedynczych przypadków [6–9], jak również wielośrodkowe badania w grupach liczących 711 i 1743 pacjentów, spośród których omawiane współistnienie stwierdzono odpowiednio u 12 i 5 chorych [10, 11]. Przyczyn tego stanu upatruje się zarówno w nieprzedstawianiu tych przypadków, jak również w założeniu, że genetyczna predyspozycja do rozwoju łuszczycy może niekorzystnie wpływać na predyspozycję do powstania LP i na odwrót. Wyjaśnienie tego zjawiska oparto na wzajemnie wykluczającym się powiązaniu obu jednostek z antygenami układów HLA (ang. *human leukocyte antigen*) [8]. Opublikowane opisy przypadków dotyczyły współistnienia łuszczycy zarówno ze śluzówkową, jak i skórną postacią LP [6–9]. Interesującym zagadnieniem wydaje się również kolejność występowania objawów u chorych na obie dermatozy. Ohshima i wsp. [6] opisali pacjenta z 6-miesięcznym wywiadem zmian o charakterze liniowego LP, u którego po 4 miesiącach pojawiły się rozlane zmiany łuszczycowe. Odminną kolejność zaprezentowali McGimpsey i wsp. [7], przedstawiając 4 przypadki

Tabela 1. Podobieństwa i różnice między łuszczycą zwykłą i liszajem płaskim**Table 1.** Similarities and differences between psoriasis and lichen planus

Parametr	Łuszczycą zwykłą	Liszaj płaski
tło immunologiczne	– liczba komórek CD8+ w obrębie naskórka blaszek łuszczycowych z towarzyszącą nadmierną proliferacją naskórkową oraz nieprawidłowym rogowaceniem większym niż w naskórku LP – liczba limfocytów CD4+ i CD8+ w skórze właściwej blaszek łuszczycowych mniejsza w porównaniu z LP	
czynniki wywołujące lub zaostrzające	– czynniki emocjonalne (stres, wstrząs psychiczny) – leki, m.in.: β-adrenolityki, sole złota, inhibitory konwertazy angiotensyny, niesteroidowe leki przeciwzapalne	
obraz kliniczny	– dobrze odgraniczona grudka pokryta srebrzystą łuską – zmiany płytek paznokciowych – skóra owłosiona głowy, łokcie, kolana, okolica L/S – objaw Köbnera	– płasko-wyniosła, wieloboczna, błyszcząca grudka – nasilony świąd – zmiany płytek paznokciowych – zmiany w obrębie skóry oraz błon śluzowych – objaw Köbnera
obraz histopatologiczny	– wydłużenie sople naskórkowych, cienka warstwa nadbrodawkowa, ogniska parakeratozy, nagromadzenie neutrofilów, mikroropnie Munro	– pasmowaty naciek z komórek T na granicy skóro-naskórkowej, akantozę, zmiany wodniczkowe i ciała koloidowe w warstwie podstawnej

pojawienia się zmian śluzówkowych LP u pacjentów z ponad 10-letnim wywiadem łuszczycy. Podobne następstwo objawów przedstawili także Shiohara i wsp. [8], opisując pacjenta od 10 lat chorującego na łuszczycę, u którego pojawiły się typowe skórne wykwity LP. Zwrócili oni uwagę na spontaniczną poprawę zmian łuszczycowych w trakcie rozwoju LP, jak również zaostrzenie łuszczycy w czasie ustępowania zmian typu LP. Podobną zależność opisywali także inni autorzy [12, 13].

Tło autoimmunologiczne wydaje się wspólnym mianownikiem wyjaśniającym współistnienie łuszczycy oraz LP. W piśmiennictwie coraz częściej opisuje się powiązania obu dermatoz z chorobami autoimmunologicznymi. Donoszono o jednoczesnym występowaniu LP oraz łuszczycy u pacjentów z bielactwem, rozważając udział mechanizmów immunologicznych w powstaniu tego współistnienia [14, 15]. Niewątpliwie istotną rolę w patogenezie obu omawianych dermatoz odgrywają reakcje immunologiczne, w których pośredniczą komórki T. Odmienny jest jednak udział poszczególnych subpopulacji limfocytów T w obrębie blaszek łuszczycowych i wykwitów LP. Bovenschen i wsp. [16] stwierdzili olbrzymią liczbę komórek CD8+ w obrębie naskórka blaszek łuszczycowych z towarzyszącą nadmierną proliferacją naskórkową oraz nieprawidłowym rogowaceniem. Tego typu zmiany (w mniejszym zakresie) obserwowano w naskórku LP, natomiast skóra właściwa blaszek łuszczycowych zawierała mniej limfocytów CD4+ i CD8+ w porównaniu z grudkami LP (tab. 1) [16].

Mimo różnic obrazu klinicznego, histopatologicznego oraz różnic stwierdzanych w badaniach immu-

nohistochemicznych, łuszczycą oraz LP mają pewne cechy wspólne. W obu jednostkach obserwuje się wpływ czynników emocjonalnych oraz leków, m.in. β-adrenolityków, soli złota, inhibitorów konwertazy angiotensyny oraz niesteroidowych leków przeciwzapalnych zarówno na wystąpienie, jak i zaostrzenie zmian skórnych. Ponadto wspólną cechą obrazu klinicznego jest pojawianie się zmian w miejscu urazu, zadrapania (objaw Köbnera) (tab. 1) [7, 17]. Analogicznie w prezentowanym przypadku zmiany łuszczycowe wystąpiły w obrębie blizny pooperacyjnej, a zaostrzenie zmian skórnych przed hospitalizacją mogło wynikać z rozpoczęcia terapii propranololem w dużych dawkach z powodu samoistnego drżenia. Pacjentkę w celu weryfikacji leczenia skierowano do Poradni Neurologicznej.

W przedstawionym przypadku ze względu na lokalizację zmian w okolicach pachwin zastosowano z dobrym skutkiem leczenie miejscowe preparatami dziegciowymi i inhibitorami kalcineuryny. Współwystępowanie objawów łuszczycy i LP jest niezwykle rzadkie. Przegląd dostępnego piśmiennictwa wskazuje na istnienie możliwych, jednak w dalszym ciągu niewyjaśnionych powiązań między tymi powszechnymi dermatozami.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Neimann A.L., Porter S.B., Gelfand J.M.: The epidemiology of psoriasis. *Expert Rev Dermatol* 2006, 1, 63-75.

2. **Christophers E., Mrowietz U.:** Łuszczyca. [w:] Braun-Falco Dermatologia. W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H.H. Wolf, M. Landthaler (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2010, 1, 526-546.
3. **Tsai T., Wang T., Hung S., Tsai P.I., Schenkel B., Zhang M. i inni:** Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci* 2011, 63, 40-46.
4. **Crincoli V., Di Bisceglie B., Scivetti M., Lucchece A., Tecco S., Festa F.:** Oral lichen planus: update on etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Immunopharmacol Immunotoxicol* 2011, 33, 11-20.
5. **Nasreen S., Ahmed I., Wahid Z.:** Association of lichen planus: a study of 63 cases. *J Pakistan A Dermatol* 2007, 17, 17-20.
6. **Ohshima N., Shirai A., Asahina A.:** Coexistence of linear lichen planus and psoriasis in a single patient. *J Dermatol* 2011, 38, 1-3.
7. **Mc Gimpsey J.G., O'Brien F.V.:** Oral lichen planus associated with psoriasis of the skin. *Br Dent J* 1974, 136, 53-57.
8. **Shiohara T., Hayakawa J., Nagashima M.:** Psoriasis and lichen planus: coexistence in a single patient. Are both diseases mutually exclusive? *Dermatologica* 1989, 179, 178-182.
9. **Kondras K., Omulecki A.:** Niezwykły przypadek współistnienia łuszczycy z liszajem płaskim. *Przegl Dermatol* 2012, 99, 611-614.
10. **Naldi L., Sena P., Cainelli T.:** About the association of lichen planus and psoriasis. *Dermatologica* 1990, 181, 79-80.
11. **Poljacki M., Begenesic M., Duran V., Matovic L., Matic M., Jovanovic S. i inni:** Psoriasis and autoimmune skin disorders. *Med Pregl* 2002, 55, 325-328.
12. **Lashinsky A.M.:** Lichen planus occurring in psoriasis. *Arch Dermatol* 1961, 84, 508-509.
13. **Rostenberg A. Jr.:** Psoriasis and lichen planus. *Arch Dermatol Syphilol* 1922, 78, 515.
14. **Samanta A.B., Shome K., Sarkar P., Seth J., Das I.:** Coexistence of vitiligo, psoriasis and lichen planus in a single patient. *J Pakistan A Dermatol* 2012, 22, 274-278.
15. **Ujiie H., Sawamura D., Shimizu H.:** Development of lichen planus and psoriasis on lesions of vitiligo vulgaris. *Clin Expert Dermatol* 2006, 31, 375-377.
16. **Bovenschen H.J., Seyger M.M.B., Van De Kerkhof P.C.M.:** Plaque psoriasis vs. atopic dermatitis and lichen planus: a comparison for lesional T-cell subsets, epidermal proliferation and differentiation. *Br J Dermatol* 2005, 153, 72-78.
17. **Vogt T.:** Choroby grudek i liszajowate. [w:] Braun-Falco Dermatologia. W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H.H. Wolf, M. Landthaler (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2010, 1, 547-552.

Otrzymano: 17 X 2015 r.

Zaakceptowano: 15 III 2016 r.