

Orálny lichen planus

MUDr. Silvia Tímková, PhD., MHA, prednostka

1 Stomatologická klinika UPJŠ LF a UNLP, Trieda SNP 1, 040 01 Košice

Úvod

Vstupné vyšetrenie a každá preventívna prehliadka musí obsahovať aj vyšetrenie slizníc ústnej dutiny. Včasná diagnostika ochorení slizníc môže významne prispieť aj k diagnostike iných ochorení. Niekedy nájdeme zmeny na bukalných slizniciach, inokedy na tvrdom a mäkkom podnebí alebo na jazyku. Zdravá ústna sliznica je vlhká a je ružovej farby. Najčastejšou farebnou zmenou v ústnej dutine je jej zmena z farby ružovej na farbu bielu. Môže sa jednať o biele plôšky, ktoré vieme zotrieť /napr. Candidosis oris/, alebo ide o biele plôšky, ktoré pevne adherujú na ústnu sliznicu a nie je ich možné zotrieť.

Jednou z takýchto chorôb, kde sú prítomné pevne adherujúce biele zmeny je orálny lichen planus /OLP/. OLP je považovaný za jedno z najčastejších chronických ochorení ústnych slizníc.

Kazuistika

Od zubného lekára na Parodontologické oddelenie kliniky poukázaná 51 ročná pacientka s bielymi plochami v ústach. Anamnéza celkového zdravotného stavu odhalila ochorenia dýchacích ciest, astmu, ochorenie štítnej žľazy a osteoporózu. V liečbe týchto ochorení boli ordinované Kombi-Kalz 500 mg 1x denne, Flutiform lokálna inhalačná suspenzia 1x denne a Euthyrox 75 mg 1 x



Obr. 1. Začervenanie distálnej časti bukalnej sliznice vpravo s jemnou bielou retikulárnou kresbou.



Obr.2. Začervenanie distálnej časti bukalnej sliznice vľavo menšieho rozsahu, s jemnou bielou retikulárnou kresbou.



Obr.3. Typická retikulárna kresba OLP na bukalnej sliznici v oblasti ústneho kútika.

denne. Alergie na lieky u pacientky neboli zistené. Pacientka udávala výskyt bielych zmien v ústach v trvaní približne 1 – 2 rokov. Hlavným subjektívnym príznakom pacientky bol pocit štipania a bolesti v ústach pri starostlivosti o zuby a tiež pri stravovaní.

Pri intraorálnom vyšetrení sme odhalili čiastočne sanovaný chrup, ktorý bol v čelusti v sextante 03, 04 ošetrovaný kovokeramickým fixným mostikom. V sánke bol chrup v sextante 08 medzerovitý a boli prítomné viaceré amalgámové výplne. Gingíva bola v celom rozsahu ružová, bez edému, bodovite krvácala pri sondáži, boli prítomné parodontálne vaky do hĺbky 5,5 mm a tiež boli prítomné jemné depozity zubného kameňa. **Na bukalnej sliznici viac vpravo, ale diskretne aj vľavo, bolo prítomné difúzne začervenanie a biela sieťovitá kresba.** Obr.1, 2, 3. V jej okolí sa nachádzali amalgámové výplne aj kovová korunka ako súčasť fixného mostíka. Nález imponoval ako klasický Orálny lichen planus, retikulárna forma a túto pracovnú diagnózu sme si zaznamenali.

Na koži sme rovnako zistili farebné zmeny vo forme červenohnedých svrbiacich papúl, ktoré boli prítomné na horných a dolných končatinách. Obr. 4, 5. Tie boli prítomné len 3 mesiace.

Pre definitívne potvrdenie pracovnej diagnózy sme sa rozhodli stav histologicky verifikovať a odobrali sme vzorku z bukalnej sliznice.

Liečebný plán sme nastavili následovne. Keďže stav pretrvávajú dlhšie a sú prítomné symptómy bolesti, celkovo predpisujeme **antihistaminiká** 1x denne, naša preferencia je užívanie liečiva ráno. Ďalej ordinujeme **tekutý Vitamín A** s aplikáciou 1x denne pod jazyk a to v dĺžke troch mesiacov. Lokálne odporúčame masťové základy ako **Kamistad gél**, **Mundisal gél**, v aplikácii 3 - 4x denne. Pacientku odosielame na dermatovenerologické oddelenie za účelom zistenia možnej senzibilizácie na materiály ako sú amalgám a dentálne kovy, chróm, cobalt a nikel /epi-



Obr.4. Polygonálne papulky na koži predlaktia a dlane, ako súčasť palmoplantárneho LP.

kutánne testy/ a rovnako aj celkové kožné vyšetrenie zamerané na túto dermatózu, keďže zmeny sa nachádzajú aj na koži. Ďalší krok v liečbe bude modifikovaný záverom spomínaných pomocných vyšetrení.

Histopatologický záver: Slizničná excízia je lemovaná viacvrstvovým skvamóznym epitelom s prejavmi nápadnej akantózy a tiež so známami parakeratózy. So zachytenými apoptotickými keratinocytmi /tzv. Civatte bodies/. Subepiteliálne je nápadný

Obr.5. Polygonálne červenofialové papulky na koži, ako súčasť palmoplantárneho LP.



denzný lichenoidný mononukleárny zápalový infiltrát, s exocytózou lymfocytov do epidermis, fokálne so stieraním dermo-epidermálnej junkcie. V špeciálnom farbení bez nálezu plesňových mikroorganizmov. Histologický obraz je konzistentný s diagnózou lichenoidnej mukozitídy. Takáto histopatologická charakteristika je žiadúca na definitívne potvrdenie našej pracovnej diagnózy.

Keďže sa OLP zaraďuje medzi ochorenia nevyliciteľné, ktoré sa prejavujú remisiami a exacerbáciami, zaraďujeme pacientku do záznamu chorôb túto chronickú chorobu.

Epikutánne testy : Potvrdili oneskorenú alergickú reakciu na amalgám, nikel a chróm.

Ak epikutánne testy potvrdili alergizáciu, je nutné odporučiť odstránenie výplní a koruniek, ktoré alergén obsahujú. Týmto môžeme očakávať zlepšenie stavu v ústnej dutine.

Na zamyslenie stojí fakt, či je možný rozvoj kožnej formy OLP, ktorá sa objavila po 1 – 2 rokoch po rozvoji slizničnej formy, ak bola sliznica stále atakovaná senzibilizáciou dentálnymi kovmi. Do budúcnosti by sme preto odporúčali snažiť sa nielen diagnostikovať OLP ako klinickú jednotku, ale pátrať aj po tom či príčinné faktory sú stále prítomné alebo nie. Inak hrozí progresia Orálneho lichen planus čo sa týka formy, ale aj rozsahu.