

Yanık Sonrası Ortaya Çıkan Lineer Liken Planus

Linear Lichen Planus After Burn

AYŞEGÜL YALÇINKAYA İYİDAL^a, KADIR BALABAN^b, FATMA ARZU KILIÇ^c

^aSağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara, TÜRKİYE

^bSağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Antalya, TÜRKİYE

^cBalıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Balıkesir, TÜRKİYE

Bu çalışma XXII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Sempozyumu (18-22 Kasım 2015, Ankara)'nda poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Liken planus (LP) edinsel inflamatuvar bir hastalıktır. Lineer liken planus (LLP), LP'nin nadir görülen bir şeklidir ve genellikle çocukluk çağında ortaya çıkar. Çoğunlukla Koebner fenomenine ikincil olarak görülür. Bununla birlikte segmental veya Blaschko çizgileri boyunca izlenebilir. Otuz yaşındaki kadın olgu, sol kol üzerinde kaşıntılı döküntüler şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Olgunun anamnezinden, dört hafta önce sol kolunda yanık olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede, sol kol üzerinde lineer dağılım gösteren, 3-12 mm çaplı viyolase renkli poligonal papüller izlendi. Muköz membranlar, saçlı deri ve tırnaklar doğaldı. Laboratuvar test sonuçları normaldi. "Punch" biyopsi yapıldı. Klinik ve histopatolojik bulgulara göre LLP tanısı koyuldu. Burada yanık sonrası sol üst ekstremitesinde LLP izlenen 30 yaşında kadın hastayı, LLP'nin nadir görülmesinden ötürü sunulması uygun görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Liken planus; lineer; erişkin; yanıklar

ABSTRACT Lichen planus (LP) is an acquired inflammatory dermatosis. Linear lichen planus (LLP) is a rare form of LP and generally exhibits in childhood. It is commonly seen as secondary to the Koebner phenomenon. However, it can be segmental or follows the lines of Blaschko. A 30-year-old woman with complaint of pruritic rash on her left arm was admitted to our polyclinic. She had a history of burn on her left arm four weeks prior to admission. Dermatological examination showed violaceous polygonal 3-12 mm papules localized to the left arm in a linear pattern. The mucous membranes, scalp and nails were unaffected. Laboratory test results were all within normal limits. A punch biopsy was performed. A diagnosis of LLP was made according to clinical and histopathological findings. Herein, we report a 30-year-old woman who had unilateral LLP over left upper extremity after burn because of the rarity of this disease.

Keywords: Lichen planus; linear; adult; burns

Liken planus (LP); deri, muköz membran, saçlı deri ve tırnakları tutan, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen edinsel inflamatuvar bir dermatozdur. Lezyonların yeri, dağılım şekli ve morfolojisine göre çok sayıda klinik tipleri bulunmaktadır. Bunlar içerisinde lineer LP (LLP), LP'nin nadir bir varyantıdır.¹⁻¹² Bu çalışmada, sol üst ekstremitesinde yanık sonrası LLP ortaya çıkan erişkin kadın olgunun, nadir görülmesi nedeni ile sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşındaki kadın olgu, sol bileğinde üç hafta önce ortaya çıkan ve zamanla kol iç yüzü boyunca ilerleyen kaşıntılı, morumsu renkte döküntüler nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Olgunun dermatolojik muayenesinde, sol üst ekstremitte fleksör yüzde lineer dağılım gösteren, 3-12 mm boyutlarında, üstü parlak, viyolase renkli, keskin sınırlı papüller ve bu papüller ile aynı çizgi üzerinde, ön kol fleksör yüz mediyal

Correspondence: Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: aysegul762000@yahoo.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology.

Received: 08 Feb 2019

Received in revised form: 23 May 2019

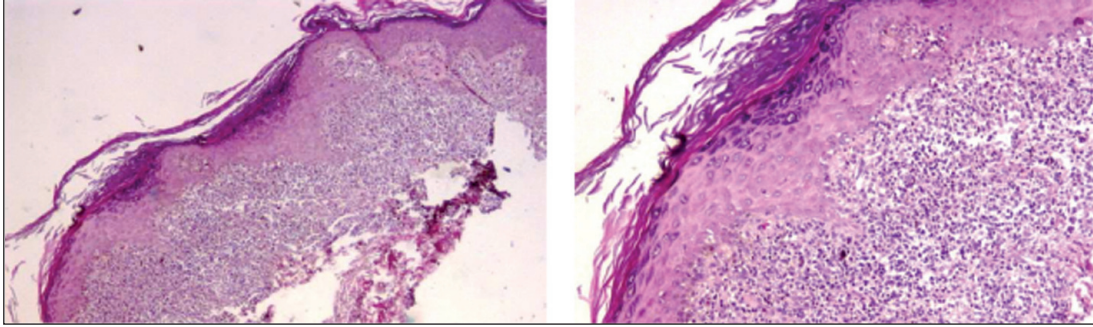
Accepted: 24 May 2019

Available online: 12 Jun 2019

2146-9016 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



RESİM 1: A) Sol üst ekstremitte fleksör yüzde lineer dağılım gösteren, viyolase renkli, keskin sınırlı papüller ve bu papüller ile aynı çizgi üzerinde, ön kol fleksör yüz mediyal alanda üzeri krutlu lineer lezyon; **B)** Lezyonların yakından görünüşü.



RESİM 2: A) Hiperkeratoz, hipergranüloz, düzensiz akantoz, bazal tabakada vakuoler değişiklikler, yer yer diskeratotik keratinositler ve papiller dermisi dolduran bant şeklinde yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu (HE; x 40); **B)** HE; x 200.

alanda yaklaşık 6 cm boyutunda üzeri krutlu lineer lezyon izlendi (Resim 1 A, B). Olgunun anamnezinden, tarif edilen son lezyonun ocakta kızgın demire dokunma sonucu meydana geldiği ve bu kazanın da papüller lezyonlar ortaya çıkmadan dört hafta öncesinde oluştuğu öğrenildi. Diğer deri alanları, oral ve genital mukoza ile tırnaklar doğal olarak gözlemlendi. Olgunun papüller lezyonundan “punch” biyopsi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda hiperkeratoz, hipergranüloz, düzensiz akantoz, bazal tabakada vakuoler değişiklikler, yer yer diskeratotik keratinositler ve papiller dermisi dolduran bant şeklinde yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 2 A, B). Klinik ve histopatolojik bulgular ile birlikte olguya LLP tanısı konuldu. Herhangi bir sistemik hastalığı ve ilaç kullanma öyküsü olmayan olgunun diğer laboratuvar incelemelerinde de patoloji saptanmadı. Olguya oral antihistaminik (levosetirizin) ve topikal kortikosteroid (beklometazon dipropiyonat) tedavisi başlandı. Kontrollerinde olgunun papüller lezyonlarında gerileme izlendi ve soluk renkte postinflamatuar hiperpigmentasyon bırakarak iyileşti. Olgudan öykü ve resimler için izin alınmıştır.

TARTIŞMA

LLP, LP'nin sıklıkla çocuk ve adolesan yaşta görülen nadir bir varyantıdır.¹⁻¹² Tüm dünyada LP'li hastaların %1 (%0,24-0,62)'inden azını LLP oluşturmaktadır.^{2-7,13-15} Japonya'da bu oran %10'a ulaşmaktadır.^{2,7} Cinsiyet predominansı bildirilmemiştir.²

LP'nin etiyolojisi ve patogenezi tam olarak aydınlatılmamıştır. Ancak bazal keratinositlerin apoptozuna yol açan CD8⁺ T-hücre aracılı otoimmün bir reaksiyon olduğu düşünülmektedir.^{1-4,7,9} Ayrıca spesifik HLA subtipleri DRB1*0101, DR1, DR2, DR3, DR9 ve DR10 ile de ilişkilendirilmiştir.³ Tetikleyici faktörler hâlâ belirsiz olmakla birlikte, kronik aktif hepatit (özellikle hepatit C) ve primer biliyer siroz gibi karaciğer hastalıkları, hepatit B aşısı komplikasyonu, viral ve bakteriyel ajanlar, travma, metal iyonları, çeşitli otoimmün hastalıklar (otoimmün tirodit, miyestania gravis, alopesi areata, vitiligo..) ve ilaçlar (nöroleptikler, altın tuzları, penisilamin, beta blokerler, tiazid diüretikler, anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri, antimalaryal ajanlar, kinidin...) olası nedenler arasında suçlanmıştır.^{1-4,7,9,10,13,14,16}

LLP'nin de klasik LP gibi nedeni bilinmeyen bir ajana karşı T-hücre aracılı bir immün reaksiyon olduğu ve genetik olarak farklı bir subklonun immün tanınması nedeni ile oluştuğu düşünülmektedir.³

Olgu raporlarında LLP lezyonlarında tetikleyici faktörler incelendiğinde, Michalska-Bańkowska ve ark.nın bildirdikleri üç olgudan birinde telmisartan tedavisi, bir olguda da emosyonel stresten sonra LLP lezyonları oluşmuştur. Her iki olguda da lezyonlar presipite edici faktörden birkaç ay sonra ortaya çıkmıştır.³ Yayla ve ark.nın sunduğu iki olgudan birinde LLP olanzapin tedavisine başlandıktan iki yıl sonra meydana gelmiştir.⁸ Gönül ve ark.nın olgu sunumunda, krom ve kobalt içeren ortopedik implantın uygulanmasından yedi ay sonra LLP lezyonları gözlenmiştir.¹⁴ Biolo ve ark. ise nivolumab tedavisinden sonra lineer büllöz LP saptamıştır.¹⁶ Diğer LLP olgularında tetikleyici bir neden bulunmamıştır.

Olgumuzun laboratuvar bulguları normaldi. Öncesinde sistemik hastalık, enfeksiyon ya da ilaç kullanımını yoktu. Tetikleyici tek faktör olarak, aynı bölgede dört hafta öncesinde oluşan yanığa bağlı travma düşünüldü.

LLP'de lezyonlar bir çizgi boyunca yer almaktadır. Bu lezyonlar birkaç cm ile sınırlı olabileceği gibi dermatomal ya da Blaschkoid bir patern gösterebilir.¹⁻¹⁴ İlki Koebner fenomeni veya Wolf'un izotopik yanıtı olarak görülmektedir. Wolf'un izotopik yanıtı ilk kez 1955 yılında Wolf tarafından tanımlanmış olup, iyileşmiş bir deri hastalığının yerinde sonradan oluşan, önceki hastalık ile ilişkisi olmayan yeni bir deri hastalığının meydana gelmesidir. Wolf'un izotopik yanıtının etiyo-patogenezi ile ilgili olarak çeşitli viral, vasküler, nöral ve immünolojik etkenler ileri sürülmüştür. Bunlar arasında özellikle herpes zoster virüs, herpes simpleks virüs, travma, skrofuloderma, dermatofit enfeksiyonu ve yanık bildirilmiştir.¹⁰⁻¹⁸ Wolf'un izotopik yanıtında öncesinde etken olarak yanığın düşünüldüğü tek olgu Karakaş ve ark. tarafından raporlanmıştır.¹⁸ Buna göre sıcak suyla ikinci derece yanık olan üç yaşındaki çocukta, yanıktan 9 ay sonra iyileşme alanında molluskum kontagiozum lezyonları izlenmiştir. Wolf'un izotopik yanıtı olarak LP izlenen olgularda ise öncesinde

herpes zoster, dermatofit enfeksiyonu ve dental amalgam neden olarak düşünülmüştür.^{10,17} Wolf'un izotopik yanıtında; patogenezi ilk önce tetikleyici nedene bağlı olarak deride inflamasyon meydana geldiği, bu alandaki patogenezin hafızaya alındığı, daha sonra ise Wolf'un izotopik yanıtını oluşturmak üzere inflamatuvar kaskadın tetiklendiği düşünülmektedir.¹⁷ Olgumuzda yanık tetikleyici faktör olabilir. Ancak lezyonlar yanığın iyileşme alanında değil, yanık ile aynı çizgi boyunca yer almıştır.

Bazı araştırmacılar tarafından "Blaschkoian LP" olarak da adlandırılan ve Blaschko çizgileri (BÇ) üzerinde izlenen LLP'nin diğer subtipi, göğsün üst kısmı ve üst kolda "U", karında "S", sırtın ortasında ise "V" şeklinde ortaya çıkmaktadır. 1901 yılında Blaschko tarafından tanımlanan BÇ herhangi bir sinirsel, vasküler ya da lenfatik bir yapının trasesiyle uyumlu bulunmamıştır.^{4,5,8-10,13,15} BÇ'nin derinin gelişimsel bir büyüme paternini yansıttığı ve spesifik hücre ya da hücre gruplarının mozaizmine bağlı olarak gelişmiş olabileceği düşünülmektedir.^{3,5} Çeşitli konjenital, nevoid ve akkiz deri hastalıkları BÇ boyunca yerleşebilmektedir.^{4,6,8,13-15} Olgumuzda sol üst ekstremitede fleksör alanda bilekten aksillaya kadar aynı çizgi üzerinde yer alan LLP izlenmekteydi.

LLP lezyonları, klasik LP gibi küçük, poligonol şekilli, mor renkli, düz yüzeysel papüller ile karakterizedir.^{1-3,5} Bazen veziküler, büllöz, hiperkeratotik ya da anüler morfolojide de izlenebilir.^{1,12,16} Klasik LP'den farklı olarak lezyonlar asemptomatik olabilir.^{5,7} Klinik olarak BÇ'yi takip eden LLP lezyonlarının köbnerizasyon nedeni ile oluşan klasik LP lezyonlarına göre daha geniş, uzun ve tek şerit olduğu görülmektedir.^{3,6,12} LLP'de derinin yanı sıra mukoza tutulumu da gözlenebilir.^{2,7}

LLP'nin histopatolojisi klasik LP ile aynıdır.^{1,2,4,6,13} Ayırıcı tanıda liken striatus, liken nitidus, lineer likenoid ilaç erüpsiyonu, Blaschkitis, lineer psoriasis, lineer Darier-White hastalığı ve inflamatuvar lineer verrüköz epidermal nevüs gibi hastalıklar yer almaktadır.^{1,2,4,6-8,10-15} Klinik ve histopatolojik inceleme bu hastalıkların ayırımında önemlidir.

Tedavi, klasik LP lezyonları ile benzerdir.^{1,2,11} Topikal tedavi olarak kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri; sistemik tedavi olarak antihistaminik,

kortikosteroid, asitretin, siklosporin, dapson, azatioprin gibi ajanlar kullanılmaktadır. Ayrıca fototerapi (UVA, UVA1, UVB, PUVA) de tedavi seçenekleri arasındadır.^{1,6,8,11}

LLP'de genellikle prognoz iyidir. Topikal kortikosteroid, topikal kalsinörin inhibitörleri, sistemik antihistaminik ve dirençli olgularda sistemik kortikosteroid tedavisi ile iyileşme sağlanmaktadır. Bazen persistan pigmentasyon izlenebilir.⁴⁻¹⁶

Çalışmamızda, erişkin kadın olguda yanık sonrası sol üst ekstremitte fleksör yüzde yanık lezyonu ile aynı çizgi üzerinde ortaya çıkan, klinik ve histopatolojik olarak LLP ile uyumlu lezyonlar mevcuttu. Oral antihistaminik ve topikal kortikosteroid tedaviyle lezyonlar hafif şiddette postinflamatuvar hiperpigmentasyon bırakarak geriledi.

Bu çalışmanın, LLP olgularının nadir görülmesi, yanık sonrası tetiklendiği düşünülen erişkin yaşta bir hasta olması ve lineer dermatozların ayırıcı tanısında akılda tutulması açısından sunulması uygun görülmüştür.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Tasarım:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Kadir Balaban, Fatma Arzu Kılıç; **Denetleme/Danışmanlık:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Kadir Balaban; **Analiz ve/veya Yorum:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Fatma Arzu Kılıç; **Kaynak Taraması:** Makalenin **Yazımı:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Eleştirel İnceleme:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Malzemeler:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal.

KAYNAKLAR

1. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. J Dtsch Dermatol Ges. 2013;11(4):309-19. [Crossref] [PubMed]
2. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. Int J Womens Dermatol. 2015;1(3):140-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
3. Michalska-Bańkowska A, Skrzypek-Salamon A, Lis-Święty A. Linear lichen planus a long the lines of Blaschko in three adult women: gene-environment interactions. Clin Dysmorphol. 2015;24(4):166-9. [Crossref] [PubMed]
4. Horowitz MR, de Lima Vidal M, Resende MO, Teixeira MA, de Morais Cavalcanti SM, de Alencar ER. Linear lichen planus in children-case report. An Bras Dermatol. 2013;88(6 Suppl 1):139-42. [Crossref] [PubMed] [PMC]
5. Dayal S, Sahu P, Verma P, Amrani A, Khare R. Unilateral blaschkoidian lichen planus: a series of cases with review of literature. J Clin Diagn Res. 2017;11(5):WR01-WR04. [Crossref] [PubMed] [PMC]
6. Serarslan G, Hakverdi S. [Two cases of linear lichen planus in the lines of blaschko]. Türkderm. 2008;42(1):28-30.
7. Thomas MG, Betsy A. Linear lichen planus: continuum from skin to mucosa. J Cutan Med Surg. 2018;22(2):232-3. [Crossref] [PubMed]
8. Yayla D, Külcü Çakmak S, Oğuz ID, Gönül M, Ozhamam E, Colak A, et al. Two cases of unilateral lichen planus following the lines of blaschko. Ann Dermatol. 2014;26(5):636-8. [Crossref] [PubMed] [PMC]
9. Ber Rahman S, Ul Bari A, Mumtaz N. Unilateral blaschkoid lichen planus involving the entire half of the body, a unique presentation. Dermatol Online J. 2007;13(3):36.
10. Türel A, Oztürkcan S, Sahin MT, Türkdoğan P. Wolf's isotopic response: a case of zosteriform lichen planus. J Dermatol. 2002;29(6):339-42. [Crossref] [PubMed]
11. Ünal E, Bozkurt Ö. [Linear lichen planus on trunk]. Dermatol. 2017;8(2). [Link]
12. Metin A, Uğraş S, Çalka Ö. [A verrucous and zosteriform linear lichen planus case]. Türkderm. 2002;36(1):50-3.
13. Kabbash C, Laude TA, Weinberg JM, Silverberg NB. Lichen planus in the lines of Blaschko. Pediatr Dermatol. 2002;19(6):541-5. [Crossref] [PubMed]
14. Gönül M, Atay S, Cemil BC, Akış HK, Gökçe A. A case of unilateral linear lichen planus: related to orthopedic prosthesis or not? Postepy Dermatol Alergol. 2015;32(4):310-1. [Crossref] [PubMed] [PMC]
15. Lade NR, Saoji V, Singh AI. Blaschkoid lichen planus: not a Koebner phenomenon. Dermatol Online J. 2013;19(4):17.
16. Biolo G, Caroppo F, Salmaso R, Alaibac M. Linear bullous lichen planus associated with nivolumab. Clin Exp Dermatol. 2019;44(1):67-8. [Crossref] [PubMed]
17. Balevi A, Uçar Tavlı Y, Özdemir M, Çakır A. [Wolf's isotopic response: two case reports and reviewing the literature]. Turk J Dermatol. 2016;10(1):33-6. [Crossref]
18. Karakass M, Durdu M, Ozbilen A. Molluscum contagiosum on region of burned skin: Wolf's isotopic response. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(8):1014-6. [Crossref] [PubMed]