

CZU: 616.311:616.516-076

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2022.3-74.42>

ASPECTE CLINICO-MORFOPATOLOGICE ALE LICHENULUI PLAN ORAL

¹ Irina IVASIUC, Asistent universitar² Marina MARKARYAN, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar² Gayane MANRIKYAN, asistent universitar³ Natalia SHACAVETS, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar¹ Simion LEVCO, asistent universitar² Mikayel MANRIKYAN, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar² Izabella VARDANYAN, doctor în științe medicale, Conferențiar universitar¹ Tatiana MARITOI, asistent universitar¹ Olga CHEPTĂNARU, doctor în științe medicale, asistent universitar⁴ Daniela- Elena COSTEA, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar¹ Diana UNCUȚA, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar.¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova² Universitatea de Stat de Medicină din Erevan „M.Heratsi”, Erevan, Armenia³ Universitatea de Stat de Medicină din Belarus, Minsk, Belarus⁴ Universitatea din Bergen, Bergen, Norvegia*e-mail: irina.ivasiuc@usmf.md*

Rezumat.

Lichen plan oral este o afecțiune cronică, mucocutanată cu o etiologie needentificată. Cel mai mult sunt afectate femeile cu vârsta cuprinsă între 30 și 60 ani. Rata incidenței pe întreaga populație este de 1-2%. Tipic sunt prezente leziuni bilaterale, albicioase, uneori poartă un caracter ulceros. Importanța acestei afecțiuni este legată de frecvența apariției, de asemănarea clinică cu alte boli ale mucoasei, uneori prezentând dureri persistente și de posibila relație cu carcinomul scuamos. Există câteva ipoteze în ceea ce privește etiologia aceste maladii, din ele fac parte: factorul genetic, infecțios, psihogenic și autoimun. Stabilirea diagnosticului lichenului plan oral se efectuează în baza examenului clinic și morfopatologic unde se obține informație privind schimbări la nivel de țesut și celule.

Cuvinte cheie: lichen plan oral, examen morfopatologic, afecțiune mucocutanată.

Summary: Clinical and morphopathological aspects of oral lichen planus.

Oral lichen planus is a chronic, mucocutaneous condition with an unidentified etiology. Women between the ages of 30 and 60 are most affected. The incidence rate for the entire population is 1-2%. Bilateral lesions are typically whitish, sometimes ulcerated. The importance of this condition is related to the frequency of occurrence, the clinical resemblance to other diseases of the mucosa, sometimes with persistent pain and the possible relationship with squamous cell carcinoma. There are several hypotheses regarding the etiology of these diseases, they include: the genetic factor, infectious, psychogenic and autoimmune. The diagnosis of oral plan lichen is made on the basis of clinical and morphopathological examination where information on changes in tissue and cells is obtained.

Key words: Oral lichen planus, morphopathological examination, mucocutaneous condition.

Резюме: Клинико-морфопатологические аспекты красного плоского лишая полости рта.

Красный плоский лишай полости рта представляет собой хроническое кожно-слизистое заболевание с неустановленной этиологией. Больше всего страдают женщины в возрасте от 30 до 60 лет. Заболеваемость всего населения составляет 1-2%. Двусторонние поражения обычно беловатые, иногда изъязвленные. Важность этого состояния связана с частотой встречаемости, клиническим сходством с другими заболеваниями слизистой оболочки, иногда с упорным болевым синдромом и возможной связью с плоскоклеточным раком. Существует несколько гипотез относительно этиологии этих заболеваний, к ним относятся: генетическая факторная, инфекционная, психогенная и аутоиммунная. Диагноз плоского лишая полости рта ставится на основании клинического и морфопатологического обследования, при котором получают информацию об изменениях в тканях и клетках.

Ключевые слова: Красный плоский лишай полости рта, морфопатологическое обследования, кожно-слизистое заболевание.

Introducere.

Lichenul plan este o afecțiune mucocutanată a epiteliului scuamos stratificat, mediată imunologic, care afectează mucoasele bucale și genitale, pielea,

unghiile și scalpul. Este o boală cronică, marcată de exacerbări și remisiuni. Tipic sunt prezente leziuni bilaterale, albicioase, uneori poartă un caracter ulceros. Importanța acestei afecțiuni este legată de

frecvența apariției, de asemănarea clinică cu alte boli ale mucoasei, uneori prezentând dureri persistente și de posibila relație cu carcinomul scuamos [1]. Erasmus Wilson a descris pentru prima dată în 1866 lichenul ruber. Kaposi a raportat prima variantă clinică a bolii, lichenul pemfigoid ruber, în 1892. Wickham a remarcat în 1895 liniile albe reticulate caracteristice pe suprafața papulelor lichenului plan, cunoscute astăzi drept striurile Wickham. iar Darier a făcut prima descriere formală a modificărilor histopatologice asociate lichenului plan [8]. Prevalența și incidența exact nu sunt cunoscute. Cel mai frecvent afectează persoanele cu vârsta între 30 și 60 de ani, de toate rasele, cu precădere femeile, și foarte rar copiii [2]. Lichenul plan oral apare mai frecvent decât forma cutanată și tinde să fie mai persistent și mai rezistent la tratament [3]. Deși cauza lichenului planul este necunoscută, este în general considerat a fi un proces mediat imunologic care la microscop seamănă a fi o reacție de hipersensibilitate. Acest lucru este coroborat de prezența lichenului în multe afecțiuni autoimune [6,7]. Există câteva ipoteze în ceea ce privește etiologia acesteia, din ele fac parte: factorul genetic, infecțios, psihogenic și autoimun [10].

Materiale și metode.

Studiul a fost efectuat pe 15 pacienți cu vârsta cuprinsă între 46 și 71 ani. Din ei, 10 fiind femei și 5 bărbați. Toți pacienții având maladii cronice asociate. Diagnosticul a fost efectuat în baza anamnezei și examenului clinic al pacienților. Testele de laborator sunt necesare pentru a efectua o analiză a stării generale ale organismului, deoarece în majoritatea cazurilor afecțiunile mucoasei bucale pot apărea sau agrava pe fondul maladii generale. A fost efectuat examenul microbiologic: analiza de apreciere a microflorei cavității bucale, sensibilitatea la antibiotice, aprecierea fungilor din

cavitatea bucală pe mediul Saubouraud și sensibilitatea la antimicotice. Biopsia tisulară este standartul de aur în diagnosticul afecțiunilor mucoasei cavității bucale. Constă în obținerea unui specimen de țesut afectat pentru examinarea histopatologică. Se obține informație privind schimbări la nivel de țesut și celule [4,9].

Rezultate și discuții.

Sunt descrise câteva tipuri de lichen plan oral: forma reticulară sau tipică keratotică, forma plachetară, forma atrofică (eritematoasă) sau exudativ-hiperemică, forma erozivă (ulcerativă) și forma buloasă [5]. Microscopic semnele caracteristice lichenului plan oral sunt: hipercheratoza (1), vacuolizarea celulelor stratului bazal cu keratinocite apoptotice – corpusculi coloizi (2), prezența infiltratului limfocitar la limita între epiteliu și țesutul conjunctiv (3) [6] (Figura 1).

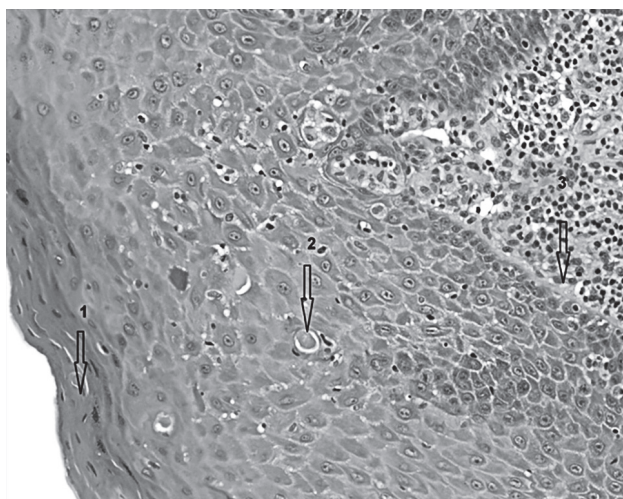


Figura 1. Semnele morfopatologice caracteristice lichenului plan bucal

Lichen plan oral forma reticulară (Figura 2). Se caracterizează prin numeroase linii chertotice sau striuri albe care se întrepătrund (așa-numitele strii



Dr. Irina Ivasiuc

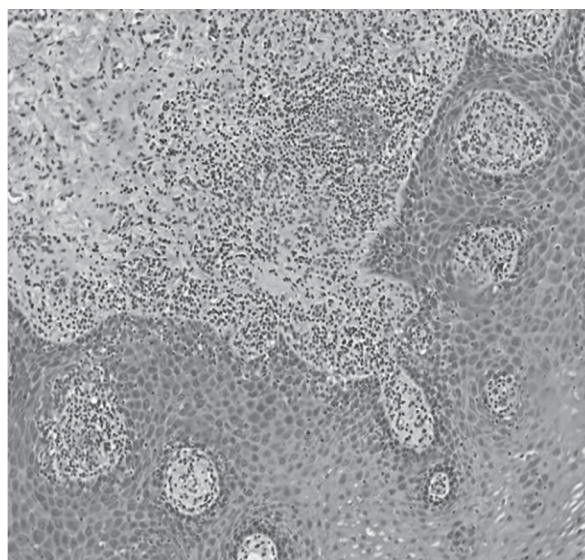


Figura 2. Lichen plan oral forma reticulară

Wickham) care produc un desen inelar sau dantelat. De obicei stielele sunt amplasate bilateral, simetric pe mucoasa orală. De asemenea pot fi observate pe limbă, mai rar pe gingii și buze. Această formă de obicei nu provoacă careva simptome clinice, și sunt depistate la un control de rutină [5].

Morfopatologic se manifestă prin fragmente de țesut tapetate cu epiteliu scuamos cu paracheratoză, stratul subepitelial caracterizat prin prezența infiltratului inflamator constituit preponderent din limfocite, limitat la porțiunea superioară a țesutului conjunctiv, degenerare hidropică focală a stratului bazal. Prezența corpusculilor coloizi.

Lichen plan oral forma plachetară (Figura 3). Forma plachetară clinic seamănă cu leucoplazia, însă are o distribuție multifocală. Plăcile de obicei au o suprafață ușor reliefată sau netedă și plată. Cel mai des apare pe suprafața dorsală a limbii și mucoasa bucală [5].

Morfopatologic. Fragment biptic de talie mică cu epiteliu scuamocelular benign cu hipercheratinizare marcată, focar ulcerativ cu infiltrat limfo-plasmocitar marcat, degenerescența stratului bazal cu prezența de unici corpusculi apoptotici de tip Civatte, contur epitelial dințat, se determină colonii fungice (confirmate prin reacția histochimică Grocott kit și TB-Stain Histo kit). În stroma subepitelială pe traiectul

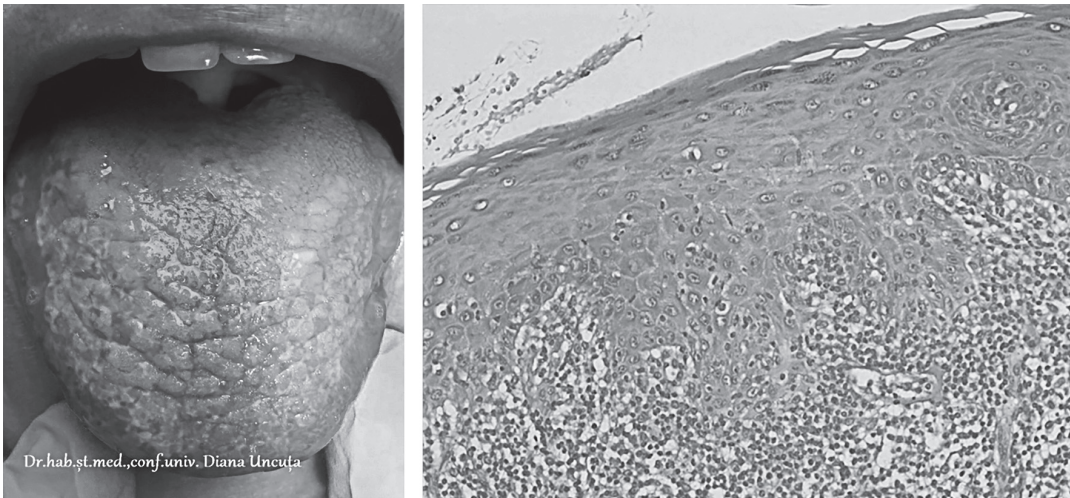


Figura 3. Lichen plan oral forma plachetară

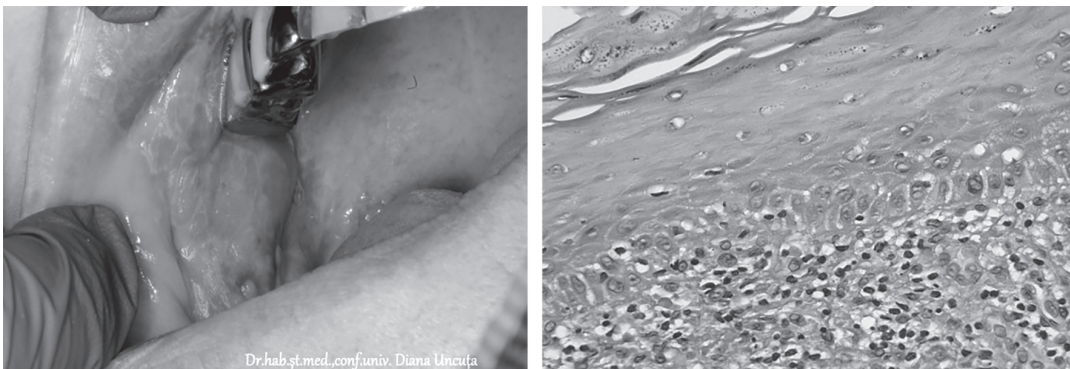


Figura 4. Lichen plan oral forma erozivă

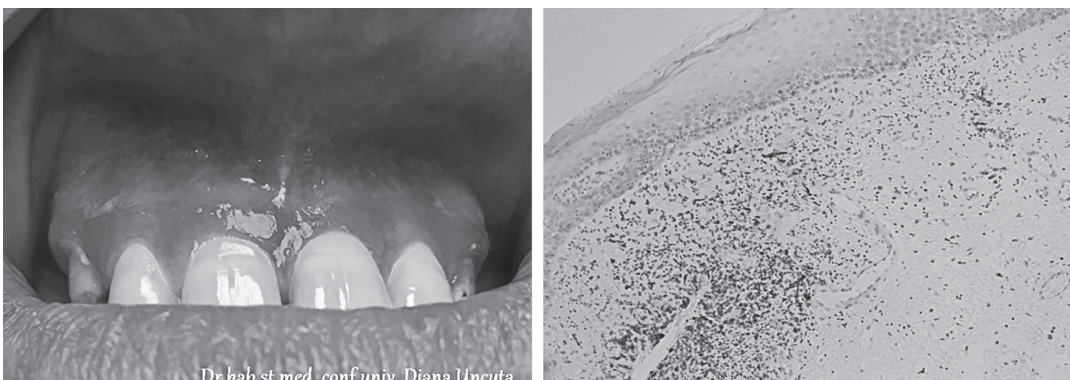


Figura 5. Lichen plan oral forma exudativ-hiperemică

fibrelor colagenice se determină exprimare marcată a reacției histochemice Congo Red Hgman kit caracteristică pentru Amiloidoză, control pozitiv la lumina Polarizantă. Concluzie: Tabloul histopatologic înalt sugestiv pentru diagnosticul de Lichen Plan (patern eroziv). Amiloidoză (posibil de origine secundară).

Lichen plan oral forma erozivă (Figura 4). În forma erozivă, centrul leziunii prezintă ulceratii. Ulcerul este acoperit cu o membrană fibrinoasă. Evoluția bolii este mai dinamică cu implicarea a noilor zone de la o săptămână la alta. La examinarea clinică se atestă strii albicioase în jurul eroziunii [5].

Morfopatologic. Fragment biptic de talie mică cu epiteliu scuamocelular benign cu paracheratinizare și hipergranuloză neuniformă, degenerarea stratului bazal cu prezența de unici corpusculi apoptotici de tip „Civatte bodies”, hiperplazia epidermală neuniformă cu contur epitelial dințat. În stroma subepitelială se determină infiltrat limfo-plasmocitar în aspect de bandă densă.

Lichen plan oral forma exudativ-hiperemică (Figura 5). Se caracterizează prin apariția a unor pete roșii cu stiuiri albe foarte fine. Poate fi asociată cu forma erozivă sau reticulată. Propoția între ariile atroifice și keratinizate deobicei variază pe toată suprafața afectată. Cel mai des este afectată ginigia atașată cu o distribuție neregulată pe cadrane. Simptomele clinice se caracterizează prin senzație de arsură în cavitatea bucală, sensibilitate și discomfort [5,8].

Morfopatologic. Fragment tisular tapetat de epiteliu scuamocelular benign, hiper-orto-parakeratotice și hipergranuloză neuniformă, focar ulcerativ cu infiltrat inflamator cronic marcat în zona ulcerativă și infiltrat inflamator cronic în focar în zona cu epiteliu păstrat, agregate de macrofage epitelioidice, se determină colonii bacteriene și fungice (confirmate prin reacția histochemică Grocott kit și TB-Stain Histo kit), degenerescența neuniformă a stratului bazal, ușoară proliferare fibroasă subepitelial (reacția picrofuxină van Gieson exprimare pozitivă). Reacția histochemică Congo Red Hgman kit (pentru amiloidoză) negativă.

Concluzii.

Lichenul plan este o afecțiune inflamatorie cronică, idiopatică, cu evoluție autolimitată, uneori recidivantă, care poate interesa tegumentul, mucoasele, foliculul pilos și unghiile.

Există câteva ipoteze în ceea ce privește etiologia acesteia, din ele fac parte: factorul genetic, infecțios, psihogenic și autoimun.

Pacienții diagnosticați cu lichen plan oral în majoritatea cazurilor prezintă afecțiuni generale precum sunt: hepatita cronică virală B sau C, afecțiuni neurologice, artrită reumatoidă, disfuncții hormonale, afecțiuni gastrice s.a.

Bibliografie.

1. Alaizari Na, Al-Maweri Sa, Al-Shamiri Hm., Tarakji B., Shugaa-Addin B. *Hepatitis C virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis*. Australian Dental Journal. 2016; 61: 282-287.
2. Carrozzo M. *Understanding the Pathobiology of Oral Lichen Planus*. Curr Oral Health Rep. 2014; 1: 173-179.
3. Hakki OK, Merve E. *Comparison of Low-Level Laser Therapy versus Ozone Therapy in the Treatment of Oral Lichen Planus*. Ann Dermatol. 2015; 27(5): 485-91.
4. Jing W, van der Waal I. *Disease scoring systems for oral lichen planus; a critical appraisal*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20 (2): e199-204.
5. Kragelund C., Reibel J., Hietanen J., Hadler-Olsen E., Johannessen C., Kenrad B, Nylander K , Puranen M., Salo T., Syrjänen S., Söland T.M., Van der Waal I., Van der Wal E. *Scandinavian Fellowship for Oral Pathology and Oral Medicine: guidelines for oral pathology and oral medicine in the dental curriculum*. Eur J Dent Educ. 2012; 16: 246-253.
6. Monea AM. *Patologie orală*. Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu Mureș, 2015: 78-89.
7. Regezi G.A., Sciubba J.J., Jordan R.C. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. Seventh edition, 2017: 97-102.
8. Rotaru D. I., Badea M., Avram R.: Lichenul plan oral și afecțiunile sistemice, Clujul Medical Volumul LXXXI, 2008: 545-549.
9. Unčuța D. *Delimitarea diagnostică și terapiile moderne ale stomatitelor herpetice*. monografie, Chișinău 2013: 72-75.
10. Ziu E, Petrescu Z. *Lichen plan eroziv și ulcerat (leziuni mucoase și cutanate) asociat cu hepatită cronică persistentă și pancitopenie*. DermatoVenerol. (Buc.). 56, 2011: 379-386.