

## LICHEN PLANOPILARIS - PRIKAZ SLUČAJA

Vesna Miličić<sup>1</sup>, Ana Ravić-Nikolić<sup>1</sup>, Bojana Jovović-Dagović<sup>1</sup>, Slobodanka Mitrović<sup>2</sup>, Gordana Ristić<sup>1</sup>, Nebojša Krstić<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centar za dermatovenerologiju, Klinički centar Kragujevac

<sup>2</sup>Služba za patologiju, Klinički centar Kragujevac

## LICHEN PLANOPILARIS - CASE REPORT

Vesna Milicic<sup>1</sup>, Ana Ravic-Nikolic<sup>1</sup>, Bojana Jovovic-Dagovic<sup>1</sup>, Slobodanka Mitrovic<sup>2</sup>, Gordana Ristic<sup>1</sup>, Nebojsa Krstic<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Center for dermatovenerology, Clinical Center Kragujevac

<sup>2</sup>Department of Pathology, Clinical Center Kragujevac

### SAŽETAK

Lichen planopilaris (LPP) je posebna forma lichen planus-a (LP) lokalizovanog na područjima kože obraslim dlakom, pre svega, u kapilicijumu, koja može da izazove ireverzibilnu cikatrijalnu, tj. ožiljnu alopeciju. Prikazujemo muškaraca od 57 godina, koji je hospitalizovan u Centru za dermatovenerologiju sa promenama u kapilicijumu i na koži trupa i ekstremiteta. Kliničkim pregledom utvrđene su folikularne papule, pojedinačne i grupisane u plakove na frontoparijetalnom delu kapilicijuma, a na koži trupa i ekstenzornih strana ekstremiteta zaravnjene eritemolividne lihenoidne papule, neke od njih folikularnog izgleda i manji plakovi. Rutinske laboratorijske analize bile su u granicama referentnih vrednosti. Ultrazvučni pregled abdomena i RTG pluća bio je uredan. Histopatološkom analizom isečka kože sa kapilicijuma potvrđena je dijagnoza LPP, a sa ekstenzorne strane desne nadlaktice dijagnoza LP. Pacijent je lečen sistemskim i lokalnim kortikosteroidima i antihistaminikom peroralno. Posle primenjene terapije promene na koži su regresirale ostavljajući za sobom postinflamatornu hiperpigmentaciju, dok su promene u kapilicijumu bile znatno manje infiltrovane. Prikazujemo ovaj klinički slučaj jer je LPP retka inflamatorna dermatoza.

**Ključne reči:** bolesti kože, papuloskvamozne; lichen planus; alopecija; ožiljak; terapija lekovima.

### UVOD

Lichen planus (LP) je inflamatorno oboljenje kože i sluznica često hroničnog i recidivantnog toka koje se karakteriše erupcijom zaravnjenih, poligonalnih lividnih papula voštano sjajne površine (1). Ovo oboljenje ispoljava se u vidu različitih morfoloških obrazaca i kliničkih formi. *Lichen planus follicularis* (LPF) je retka klinička forma *Lichen planus-a* koja se ispoljava u vidu eritematoznih folikularnih papula pojedinačnih i grupisanih u plakove na trupu i ekstremitetima. Kada ove promene zahvate dlakom obraslu kožu, pre svega, poglavinu to stanje se označava kao *Lichen planopilaris* (LPP) i može dovesti do trajne ožiljne-cikatrijalne alopecije (1,2).

Pacijenta prikazujemo zbog retke kliničke forme i istovremene pojave lezija *lichen planopilaris-a* i *lichen planus-a* u kapilicijumu i na koži trupa i ekstremiteta.

### ABSTRACT

Lichen planopilaris (LPP) is the specific name given to lichen planus (LP) in hair-bearing regions of skin, usually the scalp, that can cause permanent, scarring alopecia. We are presenting a case of a 57-year-old male patient who was admitted to the Department of Dermatology with lesions located on the trunk, limbs and scalp. A clinical examination revealed individual follicular papules and studded plaques located in the frontoparietal part of the scalp and reddish-purple, flat-topped papules and small plaques present on the trunk and the extensor side of upper arms and thighs. Routine laboratory analyses were within normal ranges. The abdomen ultrasound and chest X-ray examinations were normal. The skin biopsy taken from the scalp confirmed the clinical diagnosis of lichen planopilaris while the one from the extensor side of the right upper arm the diagnosis of lichen planus. The patient was treated with systemic corticosteroids, systemic antihistaminic therapy and with local therapy with corticosteroid ointments. After the therapy was administered, the skin lesions resolved with residual hyper pigmentation. Papules and plaques on the scalp were significantly less infiltrated. We are presenting this clinical case because LPP is a rare inflammatory disorder.

**Key words:** skin diseases, papulosquamous; lichen planus; alopecia; cicatrix; drug therapy.

### PRIKAZ SLUČAJA

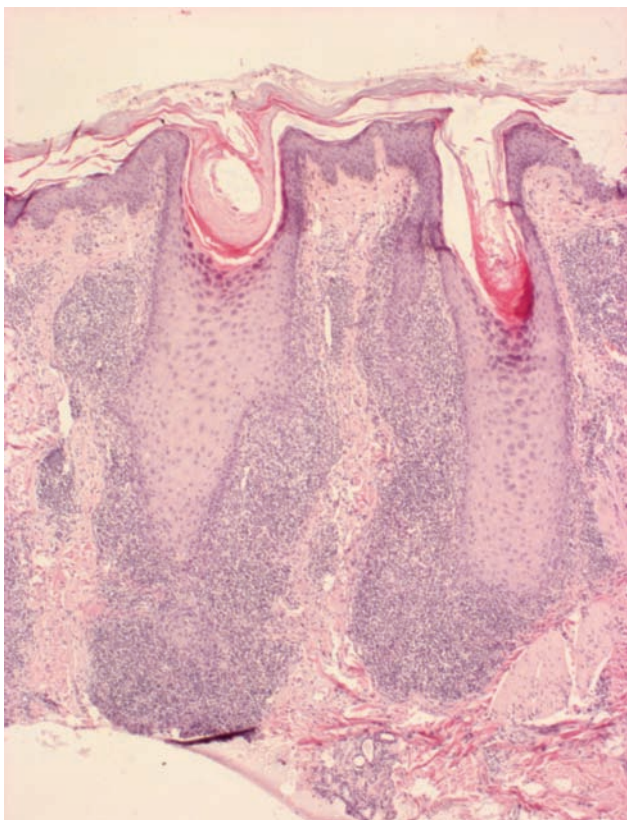
Muškarac od 57 godina hospitalizovan je u Centru za dermatovenerologiju sa promenama u kapilicijumu koje perzistiraju šest meseci i promenama na koži trupa i ekstremiteta koje su se javile nedavno. Kliničkim pregledom utvrđene su folikularne papule pojedinačne i grupisane u plakove na frontoparijetalnom delu kapilicijuma (slika 1), a na koži trupa i ekstenzornih strana ekstremiteta (slika 2) zaravnjene eritemolividne lihenoidne papule, pojedine folikularnog izgleda i manji plakovi. Nokti i vidljive sluzokože bile su bez lezija. Brzina sedimentacije eritrocita bila je normalna, a ostali parametri krvne slike izuzev blage leukocitoze bili su u granicama referentnih vrednosti. Serumski nivo lipida bio je povišen, dok su druge biohemijske analize bile u opsegu referentnih vrednosti. Virusološke analize



*Slika 1. Folikularne papule i plakovi u frontoparijetalnom delu kapilicijuma*

prisustva hepatitis B i C virusne infekcije bile su negativne. Ultrazvučni pregled abdomena i RTG pluća bio je uredan, a "Pull test" pozitivan.

Histopatološka analiza isečka kože sa kapilicijuma (slika 3): lako zaravnjen hiperkeratotičan epiderm, u dermu oko folikula dlake sve do dlačne papile gust limfocitni infiltrat sa retkim makrofagima. Zapaljenske ćelije invadiraju papilu i folikul dlake koji je dilatiran i ispunjen keratinskim čepom. Papilarni derm je edematozan. Sebacealne žlezde se ne uočavaju.



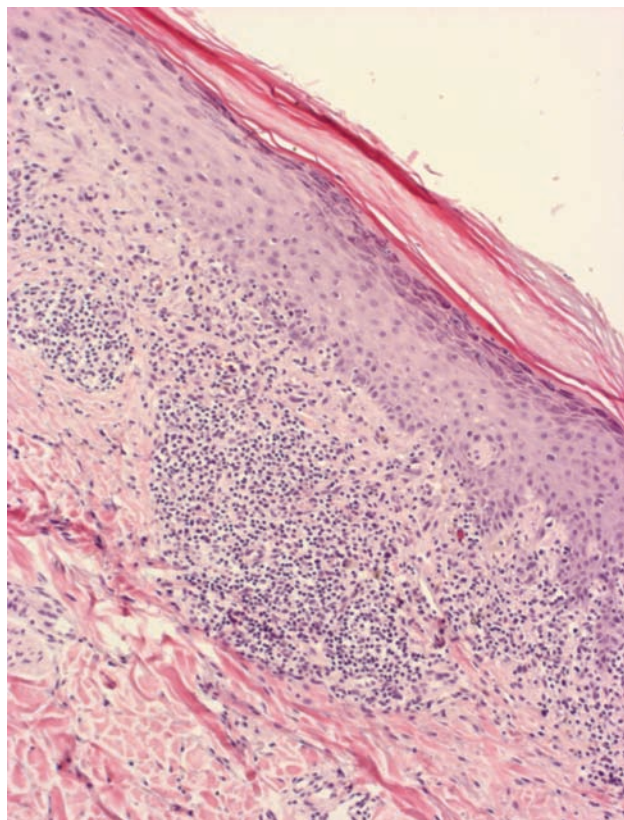
*Slika 3. Histopatoloska slika isečka kože sa kapilicijuma (Lichen planopilaris)*



*Slika 2. Lihenoidne papule na podlaktici*

Histopatološka analiza isečka kože sa nadlaktice (slika 4): hiperkeratoza epiderma sa iregularnim epidermalnim prečkama, fokalna akantoza i likvefakciona degeneracija ćelija bazalnog sloja. U gornjem dermu prisutan je trakast zapaljenski limfocitni infiltrat.

Pacijent je lečen sistemskim kortikosteroidima (metilprednizolon, u dozi od 0.5mg/kg postepeno je snižavan i isključen posle mesec dana), antihistaminik loratadin 10mg dnevno i lokalna kortikosteroidna



*Slika 4. Histopatoloska slika isečka kože sa nadlaktice (Lichen planus)*

terapija. Posle primenjene terapije promene na koži su regredirale ostavljajući za sobom postinflamatornu hiperpigmentaciju, dok su promene u kapilicijumu bile znatno manje infiltrovane i indukovane, dlake su prestale da opadaju ("pull test" je sada bio negativan).

## DISKUSIJA

LPP je Organizacija retkih oboljenja (engl. Office of Rare Diseases -ORD<sup>2</sup>), koja je deo Nacionalnog instituta zdravlja SAD (engl. the National Institutes of Health - NIH) označila kao retko oboljenje. *Lichen planopilaris* (LPP), koji je prvi opisao Pringle 1895. godine, jeste retka inflamatorna cikatrijalna alopecija. Iako se kao provocirajući faktori navode lekovi, infektivni činioci, genetski faktori i imunološke abnormalnosti, etiologija još nije razjašnjena. Za razliku od klasičnog *lichen planus-a* (LP), koji može biti udružen sa autoimunskim hroničnim hepatitisom, primarnom bilijarnom cirozom i hepatitis C virusnom infekcijom, za sada nema epidemioloških studija koje bi sličnu povezanost pokazale i kod LPP (1,2). To je donekle i razumljivo, jer je za razliku od LP, LPP retko oboljenje.

LPP je bolest odraslih i javlja se, pre svega, u srednjoj životnoj dobi. Za razliku od *Lichen planus-a* (LP), LPP je češći kod žena. U kliničkom toku bolesti 50% pacijenta razvija i tipične LP lezije koje nisu perifolikularne i javljaju se na koži, noktima i sluznicama, ali istovremeno se lezije ove dve različite forme bolesti javljaju u 17-28% slučajeva (3). Iako se po pravilu javlja kod zdravih ljudi i ne ugrožava pacijenta, zbog svog hroničnog, recidivnog toka često vodi ožiljnoj ireverzibilnoj alopeciji (4). To je stanje koje je kozmetički neprihvatljivo, često vodi do nezadovoljstva, osećaja nesigurnosti, gubitka samopouzdanja, umanjenja sopstvene vrednosti i drugih psiholoških problema (5). Sve nas to obavezuje da što je moguće pre postavimo dijagnozu i pravovremenom i za dati slučaj pravovremenom terapijom sprečimo ili bar usporimo potpuni gubitak kose.

Dijagnozu je moguće postaviti na osnovu kliničkog pregleda i histopatološke analize u ranoj fazi bolesti (6). U kasnoj fazi bolesti postoji samo nespecifična cikatrijalna alopecija do koje može dovesti čitav niz različitih oboljenja (hronični kutani lupus eritematozus, *pseudopelade Brocq*, *alopecia mucinosa*, *keratosis follicularis spinulosa decalvans*, *folliculitis keloidalis*, *folliculitis necrotica*, erozivna pustularna dermatoma) (1). Tipična klinička prezentacija LPP je beličasto atrofično polje bez folikularnih otvora koje se upoređuje po svom izgledu sa porcelanom. Na

periferiji alopecičnog polja, na aktivnoj ivici uočavaju se eritematozne ili eritemolividne papule sa perifolikularnom hiperkeratozom i skvamom. Od simptoma najčešće se javljaju svrab, bol u vidu peckanja, a evidentni su opadanje kose i perutanje. Predilekciona mesta su frontocentralni i temeni deo poglavine. Prisutan je pozitivan "pull test" za anagenu dlaku koji može da olakša reprezentativno polje za uzimanje isečka za histopatološku analizu (4, 7).

Histopatološke karakteristike LPP su predominantno limfocitni, trakast perifolikularni infiltrat koji zahvata infundibulum i istmus folikula. Često su prisutni nekrotični keratinociti i vakuolarna degeneracija spoljašnjeg omotača dlake. U uznapredovalim slučajevima karakteristična je zamena folikula vertikalnim fibroznim trakama (6).

Lečenje LPP treba početi što je pre moguće s ciljem da se izbegne potpuni gubitak kose i formiranje alopecičnog cikatrijalnog polja. Cilj terapije je redukcija inflamacije i zaštita folikula i sebacealnih žlezda od potencijalne destrukcije (8). Terapija je individualna i razlikuje se u zavisnosti od intenziteta simptoma i veličine zahvaćenog polja. Takođe i odgovor na primenjenu terapiju je individualan i razlikuje se od slučaja do slučaja. Kao opšta terapija primenjuju se kortikosteroidi, antihistaminici, antimalarici, retinoidi, a rede ciklosporin, dapson i mikofenolat mofetil. Kao lokalna terapija koriste se najčešće kortikosteroidi topikalno i intraleziono, a rede takrolimus lokalno (4,9,10). U ireverzibilnim slučajevima ožiljne alopecije primenjuju se tehnike plastične hirurgije. Od samog početka, a naročito ako je izražen gubitak kose, neophodno je u lečenje uključiti i psihoterapeuta (5).

Prikazani pacijent imao je promene i u kapilicijumu i na koži trupa i ekstremiteta. Promene u kapiliciju javile su se šest meseci pred hospitalizaciju, a promene na trupu nekoliko meseci kasnije. S obzirom na to da su promene u kapilicijumu relativno kratko trajale nije došlo do značajnijeg gubitka dlake niti do formiranja tipičnog porcelanu sličnog alopecičnog polja. Kliničkim pregledom i HP analizom postavljena je dijagnoza LPP u kapilicijumu i LP na trupu i ekstremitetima. Izuzev opisanih promena na koži pacijent nije imao drugih simptoma ni znakova. Uvedena je kortikosteroidna terapija (opšta i lokalna). Terapijski odgovor je bio dobar u smislu smanjenja infiltracije, induracije i prestanka gubitka dlake. S obzirom na to da je bolest hroničnog i recidivantnog toka pacijent će biti redovno praćen s ciljem pravovremene i odgovarajuće terapije a samim tim i bolje prognoze.

## SKRAĆENICE

**LP** - Lichen planus,

**LPP** - Lichen planopilaris,

**LPF** - Lichen planus follicularis

## LITERATURA

1. Daound MS, Pittelkow MR. Lichen planus. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen RF, edis. *Dermatology in general medicine*. New York: Mc Gram-Hill, 1999: 561-77.
2. Karadaglić Đ, Pavlović MD. Lichen planus i lihenoidne reakcije. In: Karadaglić Đ, editor. *Dermatologija*. Beograd: Vojnoizdavački zavod-Verzal press, 2000: 973-84.
3. Eisen D. The evaluation of cutaneous, genital, scalp, nail, esophageal, and ocular involvement in patient with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 431-6.
4. Chierigato C, Zini A, Barba A, Magnanini M, Rosina P. Lichen planopilaris: report of 30 cases and review of the literature. *Int J Dermatol* 2003; 42: 342-5.
5. Williamson DG, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. *Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 137-9.
6. Tandon YK, Somani N, Cevasco NC, Bergfeld WF. A histologic review of 27 patients with lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59:91-8.
7. Lane TK, Kamino H, Walters RF, Meehan S, Pomeranz MK. Lichen planopilaris and psoriasis. *Dermatol Online J* 2008; 14 (10): 4.
8. Cevasco N, Bergfeld W, Remzi B, Ramirez de Knott H. A case-series of 29 patients with lichen planopilaris: the Cleveland Clinic Foundation experience on evaluation, diagnosis, and tretment. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 47-53.
9. Mirmirani P, Willey A, Price V. Short course of oral cyclosporine in lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 667-71.
10. Tursen U, Api H, Kaya T, Ikizoglu G. Treatment of lichen planopilaris with mycophenolate mofetil. *Dermatol Online J* 2004; 10 (1): 24.