

# Współistnienie liszaja twardzinowego sromu i liszaja płaskiego u kobiety w okresie menopauzalnym

## *Lichen sclerosus and lichen planus overlap syndrome in a menopausal woman*

Helena Rotsztein<sup>1</sup>, Tomasz Krawczyk<sup>2</sup>

*Jednoczesne wystąpienie liszaja twardzinowego i liszaja płaskiego, jako niezależnych, podobnych klinicznie chorób, lub też efekt „zespołu nakładania” spotykanego w chorobach o podłożu immunologicznym.*

**Słowa kluczowe:** liszaj twardzinowy, liszaj płaski, „zespół nakładania”

(Przegląd Menopauzalny 2003; 4:27–29)

Głównym celem doniesienia jest zwrócenie uwagi na patogenetyczny związek między liszajem twardzinowym i liszajem płaskim. Nasz głos w dyskusji sprostowany został przez powtarzające się publikacje o przypadkach współistnienia tych dwóch chorób oraz pewne podobieństwa między nimi. Liszaj twardzinowy i liszaj płaski pojawiają się zarówno u kobiet, choć głównie w okresie menopauzalnym, jak i mężczyzn. Zmiany dotyczą skóry i błon śluzowych, łącznie z powstaniem zmian nadżerkowych oraz objawem Koebnera [1].

Badanie mikroskopowe wycinków skóry i błony śluzowej wykazuje obecność nacieków limfocytarnych, zlokalizowanych we wczesnych fazach obu chorób, tuż pod warstwą podstawną nabłonka czy naskórka. Wśród limfocytów przeważają limfocyty T i komórki Langerhansa [2, 3].

Istnieje niewiele publikacji o jednoczesnym wystąpieniu liszaja twardzinowego i liszaja płaskiego sromu i jamy ustnej.

Pierwsze doniesienie o współistnieniu tych dwóch chorób opublikował Gourgerat w roku 1934 [4]. W 1985 r. Connely i Winkelman spotkali podobne przypadki u 5 pacjentów [5]. Maren i wsp. opisali 7 przypadków współistnienia liszaja twardzinowego i liszaja płaskiego błony śluzowej sromu i jamy ustnej, w tym jednego przypadku liszaja płaskiego mieszkowego skóry brzucha [6]. Lessani i wsp. przedstawili jednoczesne wystąpienie liszaja twardzinowego i liszaja płaskiego prącia i wargi [7].

### Opis przypadku

Przedstawiono rzadki przypadek współistnienia liszaja twardzinowego błony śluzowej sromu i śluzówki jamy ustnej oraz liszaja płaskiego skóry głowy i skóry tułowia.

U 56-letniej kobiety przed 12 laty pojawił się uporczywy świąd sromu, głównie w okolicach zmłeczeń

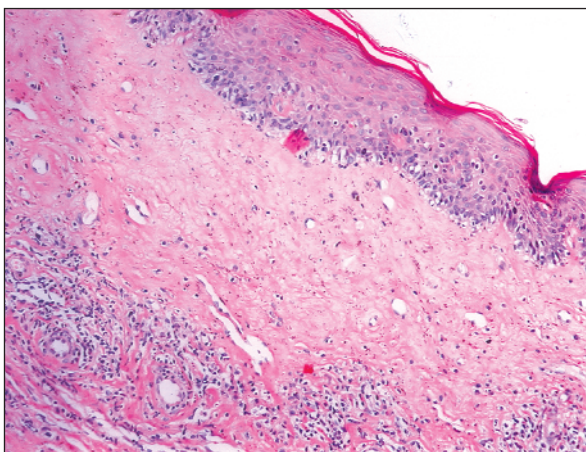
<sup>1</sup>Poradnia Dermatologiczna Specjalistycznej Przychodni Położnictwa i Chorób Kobięcych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, kierownik: dr n. med. Piotr Woźniak

<sup>2</sup>Zakład Patomorfologii Klinicznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Kulig





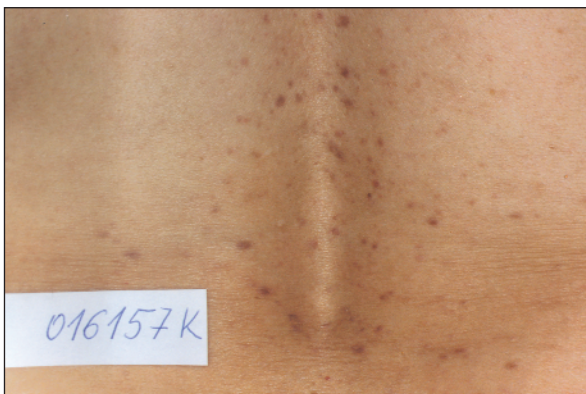
Ryc. 1. Liszaj twardzinowy sromu 10 lat po wulwektomii



Ryc. 2. Liszaj twardzinowy sromu 10 lat po wulwektomii obraz mikroskopowy (H&E 100 razy)



Ryc. 3. Obszar łysienia w okolicy potylicznej



Ryc. 4. Grudki liszaja płaskiego na skórze tułowia

błony śluzowej, do niedawna określanych jako leukoplakia. Z tego powodu, po 2 latach bezskutecznego leczenia, u pacjentki wykonano wulwektomię. Badanie histopatologiczne usuniętych zmian wykazało obecność liszaja twardzinowego. Obraz histologiczny był charakterystyczny: scieżniony nabłonek z cechami rogowacenia i nadmiernego rogowacenia, wygładzenie brodawek skóry, obrzęk i homogenizacja łącznotkankowej warstwy podnabłonkowej oraz limfocytarne nacieki zapalne w górnej części skóry właściwej. Kilkanaście miesięcy po zabiegu wystąpił nawrót choroby. Powierzchnie zmłeczeń zajmowały już większy obszar, obserwowano je w okolicy sromu i odbytu. Jednocześnie, na skórze głowy w okolicy potylicznej pojawiły się obszary łysienia. Małe zmiany o bliznowatym charakterze, całkowicie pozbawione włosów, niektóre obwiedzione rumieniem, powiększały się stopniowo i zlewały w większe obszary. Z czasem łysienie objęło całą skórę głowy. W tym samym czasie pojawiły się na skórze tułowia swędzące, czerwone, grudkowe wykwity charakterystyczne dla liszaja płaskiego. Badanie histopatologiczne wycinków skóry głowy i tułowia wykazało nadmierne rogowacenie oraz akantotyczny rozrost naskórka o charakterystycznym obrazie zębów piły, zwyrodnienie wodniczkowe komórek warstwy podstawnej naskórka oraz limfocyтарny naciek zapalny ostro odgraniczony od strony skóry.

Wyniki rutynowych badań laboratoryjnych, poziom przeciwciał przeciwnukleowych oraz poziom limfocytów T były w granicach normy.

## Omówienie

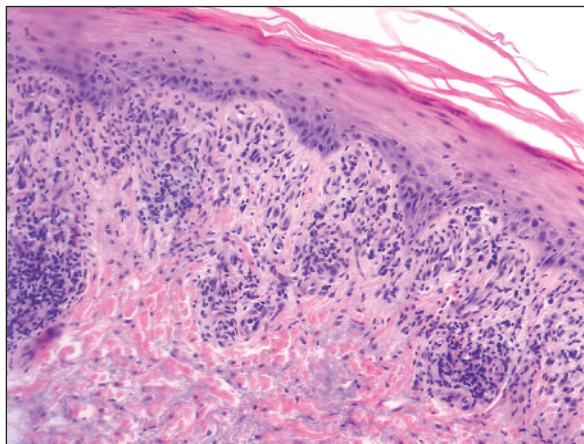
Całość obrazu wskazuje, że mamy do czynienia z dwiema różnymi chorobami, które pojawiając się w tym samym czasie, są klinicznie bardzo podobne. Pozostaje pytanie – czy jest to jedynie przypadkowa zbieżność, czy też zespół nakładania, dobrze znane zjawisko, często pojawiające się w chorobach o podłożu autoimmunologicznym.

Większość autorów uważa, że liszaj twardzinowy i liszaj płaski są chorobami bardzo podobnymi, mającymi identyczny obraz kliniczny w obrębie błon śluzowych, a zupełnie różny obraz w obrębie skóry. Jakkolwiek istnieje zgoda wśród autorów doniesień, co do obrazu histopatologicznego liszaja twardzinowego, to panują sprzeczne opinie o niezbyt jednoznacznie wyrażonych obrazach, gdzie naciek zapalny ma łączność z naskórkiem i gdzie brak jest strefy homogenizacji w górnej części skóry właściwej. W tych przypadkach obraz histopatologiczny może być trudny do interpretacji, a nawet sugerować liszaj płaski [3]. Immunofenotyp komórek nacieku zapalnego,



w obu chorobach jest podobny, składając się głównie z limfocytów T i komórek Langerhansa. Wydaje się, że w obu przypadkach dojsć mogło do uszkodzenia immunologicznej odpowiedzi komórkowej.

Bliższe badania immunologiczne mogą stać się kluczem do poznania, nieznanego do tej pory, mechanizmu powstawania tych podobnych do siebie chorób.



Ryc. 5. Liszaj płaski skóry tułowia – obraz mikroskopowy (H&E 120 razy)

### Summary

*A case of lichen planus and lichen sclerosis in one patient is reported. It is a rare coexistence of clinically similar diseases or an overlap syndrome often met in autoimmune diseases.*

**Key words:** lichen sclerosis, lichen planus, overlap syndrome

### Piśmiennictwo

1. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1990, p173.
2. Carli P, Sonni L, De Marco L. *Immunohistochemical evidence of skin immune system involvement in vulvar lichen sclerosis*. Proceedings of the International Society for the Study of Vulvar Disease, Oxford, England, September 1991.
3. Naukkarinen A, Vaatainen N, Syriänen KJ, Horsmanheino M. *Immunophenotyping of the dermal cell infiltrate in lichen planus treated with PUVA*. Acta Derm Venereol 1985; 65: 398-402.
4. Gourgerot H. *Lichen plan et sclerodermies*. Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr 1934; 41: 37-40.
5. Connelly MG, Winkelmann RK. *Coexistence of lichen sclerosis, morphea and lichen planus*. J Am Acad Dermatol 1985; 12: 844-85.
6. Marren P, Millard P, Chia Y, et al. *Mucosal lichen sclerosis / lichen planus overlap syndromes*. Br J Dermatol 1994; 131: 118-23.
7. Lessani T, Gallego H, Lynch PJ. *Lichen planus and lichen sclerosis overlap*. Cutis 1998; 61: 103-104.

### Adres do korespondencji

Helena Rotsztejn  
Poradnia Dermatologiczna  
Specjalistycznej Przychodni Położnictwa  
i Chorób Kobietych  
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki  
w Łodzi  
ul. Rzgowska 281/289  
93-338 Łódź

