

Медицински факултет – Ниш
 Стоматолошки одсек
 Одељење за болести уста

Медицински центар – Зајечар
 Стоматолошка служба

ПАТОХИСТОЛОШКИ НАЛАЗ УЛЦЕРОЗНИХ ФОРМИ LICHEN PLANUS-А НА ОРАЛНОЈ СЛУЗОКОЖИ

Ђерговић Н., Д. Перовић-Којовић

На основу патохистолошких налаза улцерозних форми lichen ruber planus-а на оралној слузокожи може се закључити следеће: да се ране измене код оралних лезија lichen planus-а дешавају у облику акантолизе базалних ћелија, губитка хемидесмосома. Базална мембрана се одваја од епитела, те инфламаторне ћелије мигрирају у измењени епител. Везикуло-булозне лезије показују дегенеративне промене и одвајање епитела од везивног ткива са појавом субепителијалних везикула и була. Хиперкератоза и паракератоза, хидропсна дегенерација базалног слоја праћена је густом инфилтрацијом лимфоцита у облику широке траке у горњем делу субепителијалног ткива. Постоји и секундарна бактеријска инвазија у пределима ерозија и улцерација.

Данас је опште познато и прихваћено да је lichen planus релативно честа болест оралне слузокоже, која се ту манифестује као ретикуларна, бела и кератотична лезија, али исто тако и као улцеративна, везикуло-булозна и атрофично-ерозивна ефлоресценција.

Најчешће су променама захваћени симетрично букална слузокожа, затим језик, усне, па ређе тврдо непце и гингива. Ерозивне и улцерозне површине могу да се појаве између белих мрежасто распоређених папула, захватајући широке површине и стварајући дијагностичке тешкоће сугеришући могућност пемфигуса, еритеме мултиформе и других булозних дерматоза, које се такође јављају на оралној слузокожи. Према неким испитивањима ове форме лихена су много чешће у свом појављивању, него класична ретикуларна форма (4, 5).

Основна карактеристика ерозивно-улцерозних и везикуло-булозних форми лихена је деструкција епитела са стварањем ерозивно-улцерозних површина различите величине и неправилног облика. Ове површине су покривене беличастожућкастим фибринозним ексудатом. Около је зона инфламиране слузокоже, где се могу срести дискретне папуле у виду трака, поликругова, кругова или мреже. Ове ерозивно-улцерозне површине настају прскањем була и везикула, али могу настати и без њих (1, 4, 7).

Булозни облик лихена је ређи. Основна промена је була, која у функцији исхране и говора брзо прска остављајући еродовану површину покривену остатком крова буле, у облику епителних крпица и фибринозним ексудатом. Около су

* Трудот е читан на IV-та стоматолошка недела на СРМ, Струга 1982

обично дискретне лихенске папуле у облику беличастих мрежастих површина. (2, 3, 4, 5).

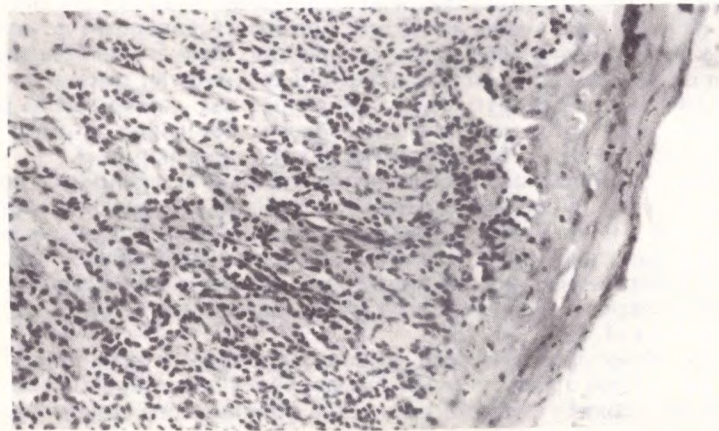
Симптоматологија је различита. Пацијенти могу да осећају беле кератотичне лезије на букалној слузокожи додирујући их језиком, али су оне обично безболне. Међутим, ерозивне и улцерозне површине могу да буду јако болне, нарочито при исхрани и говору.

Материјал и методе

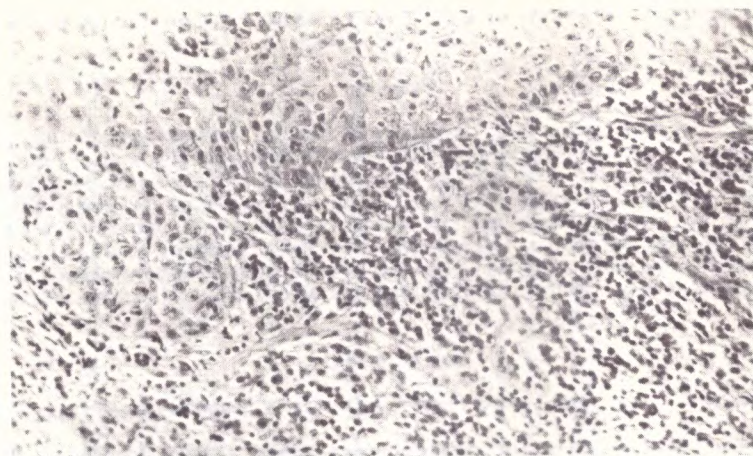
Као материјал за наше патохистолошко испитивање послужили су исечци са букалне слузокоже пацијената са ерозивно-улцерозним формама лихена. Исечци су узети са букалне слузокоже пет болесника и то два мушкарца и три жене, узраста између 40 и 55 година живота, који су боловали дуго година од лихена. Имали су само промена на оралној слузокожи, без кожних манифестација. Једна пацијенткиња је имала повишени крвни притисак и боловала је од лакшег облика шећерне болести, коју је регулисала оралним антидијабетичним средствима и дијетом. Остали пацијенти су били анамнестички здрави и нису узимали никакве лекове. Исечци су слати на патохистолошку потврду и бојени методом хематоксилинеозин на Институту за патологију Медицинског факултета у Нишу.

Патохистолошки налаз ерозивно-улцерозних промена показује акантолизу базалних ћелија и сепарацију базалне мембране од доњег дела ст. спинозума. Ово олакшава миграцију запаљивих ћелија у епител. Инфламаторни инфилтрат у горњим слојевима крзна састављен је претежно од лимфоцита уз мали број хистиоцита и плазмоцита, што је један од битних диференцијално-дијагностичких знакова разлике од леукоплакије. Код леукоплакије је налаз плазмоцита у преминацији. У близини и око улцерозних промена виде се и агрегати полиморфонуклеарних и око улцерозних промена виде се и агрегати полиморфонуклеарних леукоцита. Деструкција базалног слоја епитела са инфилтрацијом лимфоцита формирају патохистолошки аспект уједа мољца.

Хидропсна дегенерација базалног слоја епитела може да буде довољно изражена (сл. 1) тако да епител постаје танак и атрофичан, а да на појединим местима буде отргнут и одигнут од коријума са појавом епителијалне сепарације и појавом субепителијалне буле или везикуле. Тежина ових промена је у директној зависности од степена дегенерације у базалном слоју епитела.



Сл. 1



Сл. 2

На местима клинички ретикуларног изгледа патохистолошки се види хиперкератоза или паракератоза уз инфилтрацију горњег слоја крзна лимфоцитима. Постоји одсуство папиломатозе, јер је папиломатоза фокална са израженим хиперкератозом (сл. 2).

Дискусија

Бројни аутори се слажу да постоји око шест форми клиничког изгледа оралног лихен плануса, који се описују као папулозна форма, ретикуларна форма, атрофична форма, лихен у облику плака, улцери-ерозивна и булозно-везикулозна форма (1, 4, 6). Прве три форме су обично без симптома, док су последње три праћене израженим субјективним тегобама. Детаљни описи хистолошке слике лихена описани су од Cook-а (2) и Shklar-а и McCarthy-а (2, 7), а били су студирани на великом броју случајева. Сви они истичу појаву паракератозе или хиперкератозе у епителу, хидропсну дегенерацију стратума герминативума у епителу и густу инфилтрацију хроничних инфламаторних ћелија, првенствено лимфоцита, у субепителијалним деловима. Код ерозивно-улцерозних и булозно-везикулозних форми налази се субепителијална везикулизација, појава улцерација и епителијална атрофија.

Закључак

У току нашег рада, иако су испитивања извршена на малом броју узорака, могли смо да донесемо следећи закључак:

1. да се ране измене код оралних лезија лихена плануса дешавају у облику акантолизе базалних ћелија и у губитку хемидесмозома;
2. базална мембрана се одваја од епитела, те инфламаторне ћелије мигрирају у измењени епител;
3. везикуло-булозне лезије показују дегенеративне промене и одвајање епитела од везивног ткива са појавом субепителијалних везикула и була;
4. хиперкератоза и паракератоза, хидропсна дегенерација базалног слоја праћена је густом инфилтрацијом лимфоцита у облику широке траке у горњем делу субепителијалног ткива;
5. постоји и секундарна бактеријска инвазија у пределима ерозија и улцерација.

PATHOHISTOLOGIC FINDING IN ULCEROUS FORMS OF LYCHEN PLANUS OF THE ORAL MUCOSA

Summary

On the basis of pathohistologic findings from ulcerous forms of Lichen ruber planus on the oral mucosa we conclude the following: early changes in the oral lesions of the lichen planus type show accantolysis of the basal cells, loss of hemidesmosomes. The basal membrane is being devided from the epithelium, inflammatory cells migrate into the altered epithelium. Vesicobulous lesions present degenerative changes and separation of the epithelium from connective tissue and subepithelial vesiculae and blisters. Hyperkeratosis and parakeratosis, hydropic degeneration of the basal layer is accompanied by thick lymphocyte infiltration, wide band shaped in the upper part of subepithelial tissue. In the area of erosion and ulceration, there is a secondary bacterial invasion.

Литература

1. Andreasen J. O.: Oral Lichen Planus. A Clinical Evaluation of 115 Cases. Oral Surg. 25:36, 1968.
2. Cooke Bed: The oral manifestations of lichen planus: 50 cases. Brit. Dent. J. 96:1, 1954.
3. Добрић М.: Оралне болести. Југославенска медицинска наклада, 1979.
5. Перовић Д., Орлов С., Катић В., Мирковић Б., Ђерговић Н.: Имунофлуоресцентна испитивања Lichen Planusa на оралној слузокожи. Зборник радова Нови Сад 1979.
4. Ђајић Д., Орлов С., Мирковић Б. Обољења меких ткива усне дупље, Ниш, 1981.
6. Сеизова К., Милојевић Ђ. Лазић В., Белошевић Б.: Клинички и морфолошки аспекти оралног лихена плануса. Зборник радова, Будва, 1976.
7. Shklar G., McCarthy Ph. L.: The oral lesions of lichen planus. Oral Surg. 14:164, 1961.