

# Segmental Vitiligo ve Lineer Liken Planus Birlikteliği

## Coexistence of Segmental Vitiligo and Linear Lichen Planus

Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL<sup>a</sup>, Kadir BALABAN<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, TÜRKİYE

<sup>b</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Antalya, TÜRKİYE

Bu çalışma, 26. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde (19-23 Ekim 2016, Antalya) poster olarak sunulmuştur.

**ÖZET** Hem liken planus (LP) hem de vitiligo dünya nüfusunun yaklaşık %0,5-1'ini etkileyen hastalıklardır. Ancak bu 2 hastalığın birlikteliği nadir olarak bildirilmiştir. Her 2 hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte otoimmünitenin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu iki hastalığın birlikteliğini içeren olgu bildirimleri incelendiğinde genellikle vitiligo ve LP lezyonları farklı zamanlarda oluşmaktadır. Çoğu olguda önce nonsegmental vitiligo lezyonları ortaya çıkmakta, aylar veya yıllar sonra LP lezyonları izlenmektedir. Birçok olgu raporunda da lezyonlar aynı lokalizasyonda bildirilmektedir. Ötörlerce bu 2 hastalığın birlikteliğinin tesadüfi olmadığı da düşünülmektedir. Bugüne kadar travmanın her 2 hastalığı da tetikleyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Burada, 50 yaşında erkek hastada travma sonrası aynı zamanda farklı alanlarda oluşan segmental vitiligo ve lineer LP, nadir görülmesi nedeniyle sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Liken planus; vitiligo

**ABSTRACT** Both lichen planus (LP) and vitiligo are diseases that affect approximately 0,5-1% of the world population. However, the association of these two diseases is rarely reported. Although the pathogenesis of both diseases is unknown, autoimmunity is thought to be important. When the case reports involving the coexistence of these two diseases are examined, vitiligo and LP lesions usually occur at different times. In most cases, nonsegmental vitiligo lesions first appear and after months or years, LP lesions are observed. In many case reports, lesions are reported in the same localization. It is also believed that the coexistence of these two diseases is not accidental by the authors. To date, trauma is known to be an important factor that triggers both diseases. In this report, we aimed to present a 50-year-old male patient with segmental vitiligo and linear LP occurring in different areas after trauma because of its rarity.

**Keywords:** Lichen planus; vitiligo

Vitiligo ve liken planus (LP) sık görülen, etiyojileri tam bilinmemekle birlikte patogeneplerinde immünolojik bir komponentin olduğu düşünülen hastalıklardır.<sup>1-13</sup> Her 2 hastalığın birlikte görülmesi ise literatürde seyrek olarak bildirilmiştir.<sup>2-12</sup> Bu çalışmada, 50 yaşında erkek hastada travma sonrası aynı zamanda farklı alanlarda oluşan segmental vitiligo (SV) ve lineer LP (LLP), nadir görülmesi nedeniyle burada sunulması amaçlanmıştır.

### OLGU SUNUMU

Elli yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan sırtında kaşıntılı, morumsu renkte, kalçasında ise beyaz renkte döküntüler nedeniyle polikliniğimize baş-

vurdu. Hasta öyküsünde, lezyonların ortaya çıkışından 2 ay kadar önce buzda kayıp düştüğünü ve buralarda morluklar oluştuğunu ifade etti. Herhangi bir ilaç kullanmayan hasta, daha sonra sırt ve kalçasında hemen hemen aynı zamanlarda döküntülerinin ortaya çıktığını belirtti. Öz geçmişi ve soy geçmişinde önemli bir özellik bulunmuyordu. Dermatolojik muayenede, sırt sol üstte, üst kola doğru lineer uzanım gösteren 2-3 mm çapında morumsu renkte papüller izlendi (**Resim 1**, **Resim 2**). Sağ kalçada L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>'e uyan alanda keskin düzensiz sınırlı depigmente yama gözlemlendi (**Resim 3**). Hastanın diğer deri alanları, saçlı deri, oral ve genital mukoza ile tırnak muayenesi normaldi. Fizik muayenesinde patoloji izlenmedi. Tam

**Correspondence:** Ayşegül YALÇINKAYA İYİDAL

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** aysegul762000@yahoo.com

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology.

**Received:** 22 Dec 2019

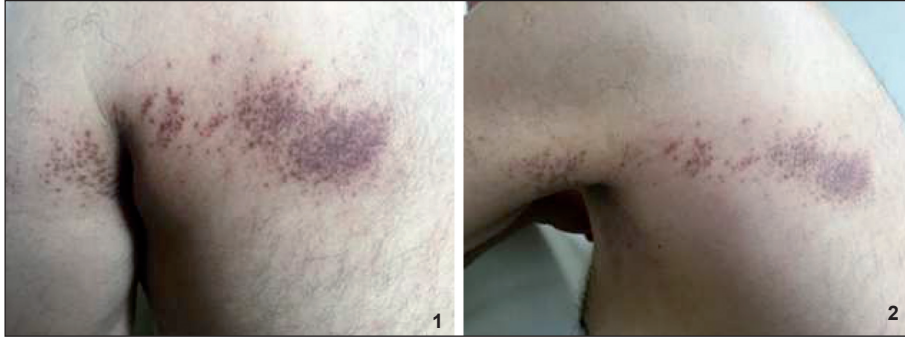
**Received in revised form:** 29 Feb 2020

**Accepted:** 09 Mar 2020

**Available online:** 09 Jul 2021

2146-9016 / Copyright © 2021 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/>).

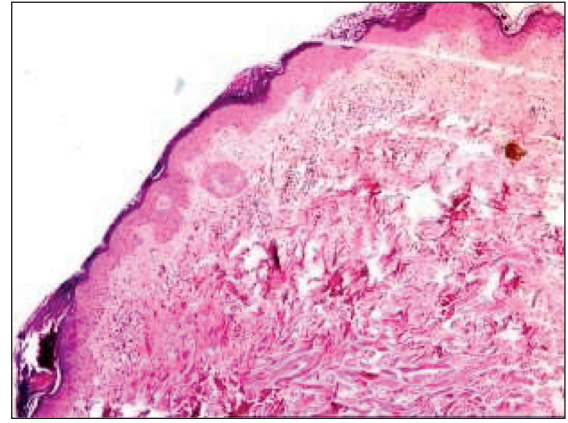




RESİM 1,2: Sırt sol üstte üst kola doğru lineer uzanım gösteren, 2-3 mm çapında morumsu renkte papüller.



RESİM 3: Sağ gluteada keskin, düzensiz sınırlı depigmente yama.



RESİM 4: Hiperkeratoz, hipergranüloz, üst dermiste bant tarzında mononükleer hücre infiltrasyonu ile yer yer melanosit inkontinansı (HE; x 40).

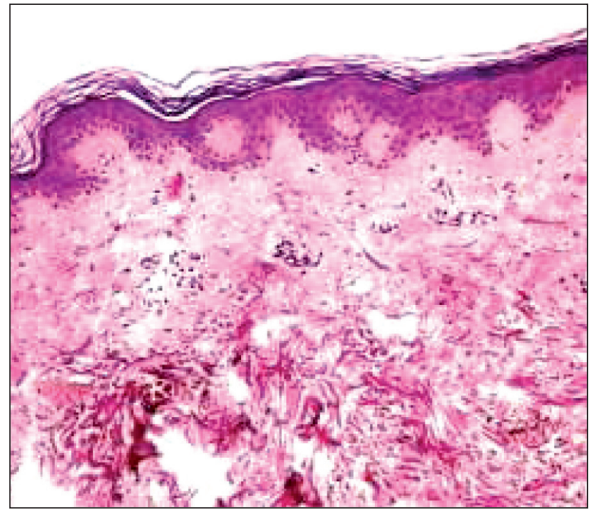
kan sayımı, açlık kan şekeri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, D vitamini, B<sub>12</sub> vitamini, ferritin normal sınırlardaydı. Hepatit belirteç negatifti. Herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Hastanın sırt ve kalçası üzerinde yer alan lezyonlarından punch biyopsi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu sırttaki lezyon LP (Resim 4), kalçadaki lezyon vitiligo (Resim 5) ile uyumlu geldi.

Hastaya, topikal kortikosteroid (mometazon fu-roat), topikal takrolimus ve oral antihistaminik (levosetirizin) tedavisi başlandı. Ancak hasta kontrole gelmediğinden takibi yapılamadı.

Hastadan öykü ve resimler için izin alınmıştır.

## TARTIŞMA

Vitiligo değişik büyüklükte ve sayıda, süt beyazı renkte, iyi sınırlı yamalar şeklinde ortaya çıkan genellikle edinsel, nadiren konjenital bir hastalıktır.



RESİM 5: Depigmente alanda melanosit izlenmedi (HE; x100).

Nonsegmental vitiligo (NSV) ve SV olmak üzere başlıca 2 tipe ayrılır. NSV, simetrik dağılım gösterir ve otoimmün hastalıklarla beraberlik izlenebilir. SV ise unilateral dağılıma sahiptir ve otoimmün hasta-

lıklarla ilişkisi daha azdır. Genellikle stabil seyreder. SV'nin patogenezi için çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Bunlardan biri nöronal mekanizmalardır. Buna göre lokal nörolojik hasarlı alanlarda (örneğin subakut ensafalit, spinal kord tümörü, travma) SV'nin ortaya çıktığını gösteren klinik gözlemler bildirilmiştir. Ayrıca SV'li deride sempatik sinir fonksiyonu ile ilişkili fizyolojik anomaliler de gösterilmiştir. Sonuç olarak, sinir uçlarından sekrete edilen nöropeptidler veya diğer nörokimyasal mediyatörler yakınındaki melanositleri hasarlandırarak SV lezyonlarının ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmektedir. İkinci bir hipoteze göre perilezyonel deride CD8<sup>+</sup> T hücrelerinden zengin infiltratın bulunması da hücre immünitinin rolünü düşündürmektedir. Homing reseptörler yoluyla mikrovasküler sistem boyunca spesifik lenf nodlarından sitotoksik T hücrelerinin migrasyonunun ve sonuç olarak melanosit hasarının olduğu ileri sürülmektedir.<sup>13</sup>

LP; etiolojisi ve patogenezi tam olarak bilinmeyen, edinsel, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. LP'nin lezyonların dağılım şekli ve morfolojisine göre çok sayıda klinik tipleri bulunmaktadır. Bunlar içerisinde, LLP tüm LP'li hastaların %1'inden azını etkileyen, genellikle çocuklarda görülen nadir bir varyantıdır. LP'nin etiolojisi ve patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak bazal keratinositlerin apo-

pitozuna yol açan CD8<sup>+</sup>T hücre aracılı otoimmün bir reaksiyon olduğu düşünülmektedir.<sup>1,2</sup> Ayrıca spesifik Human Leucocyte Antigen (HLA) subtipleri DRB1\*0101, DR1, DR2, DR3, DR9 ve DR10 ile de ilişkilendirilmiştir. LLP'nin klasik LP gibi nedeni bilinmeyen bir ajana karşı, T hücre aracılı bir immün reaksiyon olduğu ve genetik olarak LP'e göre farklı bir subklonun immün tanınması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.<sup>14</sup>

Her 2 hastalıkta travma Köbner fenomeni'ni (KF) tetikleyerek lezyonların başlamasında veya yayılmasında önemli bir etkidir. Normal görünümlü deride, travmayı takiben yeni deri lezyonlarının oluşması olarak tariflenen KF'nin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ancak sitokinler, stres proteinleri ve adezyon molekülleri gibi maddelerin üretiminde artma veya intrasellüler otoantijenlerin açığa çıkması ile nonspesifik inflamatuvar cevabın olduğu, daha sonra T hücre, B hücre, otoantikör ve immün depolanmaları içeren hastalığa özgü reaksiyonların meydana gelmesiyle KF'nin ortaya çıktığı düşünülmektedir.<sup>15</sup> Olgumuzda da düşme sonucu olan travma, SV ve LLP'nin patogenezi içindeki immün mekanizmaları tetiklemiş olabilir.

Bugüne kadar ulaşabildiğimiz vitiligo ve LP birlikteliğine ait literatür [Tablo 1](#) ve [Tablo 2](#)'de özetlenmiştir.

**TABLO 1:** Vitiligo ve liken planus birlikteliği olan olguların klinik özellikleri.

Referans	Yıl	Yaş	Cinsiyet	Vitiligo süresi	Vitiligo klinik özellikleri
Jaswal ve ark. <sup>2</sup>	1997	50	E	25 yıl	Nonsegmental yaygın
Sardana ve ark. <sup>3</sup>	2002	14	E	4 yıl	Segmental vitiligo (L3-4)
Ujje ve ark. <sup>4</sup>	2006	53	E	15 yıl	Nonsegmental yaygın
Göktay ve ark. <sup>5</sup>	2006	45	E	7 yıl	Nonsegmental yaygın
Gül ve ark. <sup>6</sup>	2007	28	E	6 yıl	Nonsegmental yaygın
Polat ve ark. <sup>7</sup>	2007	50	E	2 yıl	Nonsegmental yaygın
Gupta ve ark. <sup>8</sup>	2010	35	E	5 yıl	Gövde ön yüz sağ torasik alan
Baghestani ve ark. <sup>9</sup>	2013 Olgu 1: Anne	37	K	7 yıl	Nonsegmental yaygın
	Olgu 2: Kızı	23	K	10 yıl	Nonsegmental yaygın
Veitch ve ark. <sup>10</sup>	2015	76	E	30 yıl	Nonsegmental yaygın
Chan ve ark. <sup>11</sup>	2017	39	E	Belirtilmemiş, ama LP lezyonlarından önce mevcut	Nonsegmental yaygın
Alamri ve ark. <sup>12</sup>	2018 Olgu 1	50	E	15 yıl	Nonsegmental yaygın
	Olgu 2	48	E	10 yıl	Nonsegmental yaygın
Bizim olgumuz	2016	50	E	2 ay	SV-Sağ glutea (L <sub>5</sub> -S <sub>1</sub> )

**TABLO 2:** Vitiligo ve liken planus birlikteliği olan olguların klinik özellikleri.

Referans	LP süresi	LP klinik özellikleri	Eşlik eden hastalık
Jaswal ve ark. <sup>2</sup>	4 ay	Hem vitiligo alanları üzerinde, hem diğer vücut alanlarında	Belirtilmemiş
Sardana ve ark. <sup>3</sup>	1 ay	Segmental vitiligo alanı üzerinde	Yok
Ujii ve ark. <sup>4</sup>	10 yıl	Alt dudak; vitiligo alanı üzerinde	Psoriasis
Göktay ve ark. <sup>5</sup>	1 yıl	Skrotum; vitiligo alanı üzerinde	Belirtilmemiş
Gül ve ark. <sup>6</sup>	Bildirilmemiş	Bilateral el dorsumu, fleksural alanlar; vitiligo alanı üzerinde	Selektif IgA eksikliği
Polat ve ark. <sup>7</sup>	1 ay	Bilateral el dorsumu, sırt; vitiligo alanı üzerinde	Yok
Gupta ve ark. <sup>8</sup>	5 yıl	Gövde ön yüz	Becker nevüs
Baghestani ve ark. <sup>9</sup>	1 yıl	El, ayak; vitiligo alanı üzerinde	Yok
	6 ay	El, ayak; vitiligo alanı üzerinde	Serum IgE düzeyinde yükseklik
Veitch ve ark. <sup>10</sup>	6 yıl	Umblikus, glans penis; vitiligo alanı üzerinde	İskemik kalp hastalığı, aort stenozu, duodenal ülser, benign prostat hipertrofisi, talassemi trait
Chan ve ark. <sup>11</sup>	4 hafta	Alın, göz kapağı, ense, ön kol, el, ayak; vitiligo alanı üzerinde	Yok
Alamri ve ark. <sup>12</sup>	1 ay	Avuç içi, ayak tabanı, yüz ve saçlı deri; vitiligo alanı üzerinde	Yok
	3 ay	Glans penis; vitiligo alanı üzerinde	Tip 2 DM
Bizim olgumuz	2 ay	Sırt sol üst lineer	Yok

On iki olgu erkek, iki olgu kadındır. Yaş ortalaması 42,7 (14-76) dir. Çoğunluğunda vitiligo lezyonları NSV yaygın özelliktedir. Olgularda vitiligonun süresi 2 ay-30 yıl arasında değişmekte, LP lezyonları ise vitiligodan sonra oluşmakta, süreleri 1 ay-10 yıl arasında izlenmektedir. Genellikle vitiligo alanları içinde sınırlı LP lezyonları görülmektedir. Eşlik eden hastalıklar psoriasis, selektif IgA eksikliği, tip 2 diabetes mellitus, Becker nevüs, serum IgE düzeyinde yükseklik ve iskemik kalp hastalığı olarak bildirilmiştir. Bazı olgularda ise herhangi bir hastalığın eşlik edip etmediği belirtilmemiştir.<sup>2-12</sup> SV ve aynı alanda segmental LP'nin izlendiği tek olgu Sardana ve ark.nın olgu bildirisidir.<sup>3</sup> Burada 14 yaşında L3-4'de dört yıldır SV'si olan olguda, aynı alanlarda LP ortaya çıkmıştır.

Olgumuz 50 yaşında erkek hasta olup SV ve LLP lezyonları travmadan 2 ay sonra aynı anda farklı travma alanlarında ortaya çıkmıştır. Eşlik eden bir hastalık bulunmamaktadır. Vitiligo ve LP lezyonlarının birlikte görülmesine dair çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Bu teorilerden birincisi uzun süredir bulunan vitiligonun efektör T hücrelerini harekete geçirerek ya da süpresör T hücrelerini baskılayarak LP'nin oluşmasına yol açan antijen ekspresyonunu etkileyebileceğidir. İkinci teori, vitiligolu deride ak-

linik hasar ve sonrasında inflamatuvar mediyatörlerin salınımının LP'nin lenfositik hücre infiltrasyonunu başlatabileceğidir. Üçüncü teori ise her 2 hastalığın patogenezinde benzer immünolojik mekanizmaların birlikte uyarılmasıdır.<sup>2-12</sup>

Hastamızda, her 2 hastalığın güneş görmeyen 2 farklı alanda aynı zamanda izlenmesi, travma sonrası hem nöronal mekanizmaların hem de hücrel immün sistemin her 2 lezyonun ortaya çıkışını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

## SONUÇ

SV ve LLP birlikteliğini literatürlerde seyrek olarak izlediğimizden olgumuzu sunmayı amaçladık. Böylece artan olgu bildirimleri ile birlikte bu 2 hastalığın, hem patogenezi hem de birlikteliklerine yönelik araştırmalara katkıda bulunulacağını düşünmekteyiz.

### 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, bilirdişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

**Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Tasarım:** Ayşegül Yal-

çinkaya İyidal, Kadir Balaban; **Denetleme/Danışmanlık:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Kadir Balaban; **Analiz ve/veya Yorum:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Kadir Balaban; **Kaynak Taraması:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Makalenin Yazımı:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Eleştirel İnceleme:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Kadir Balaban; **Matzemeler:** Ayşegül Yalçinkaya İyidal, Kadir Balaban.

**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. Jaswal R, Mehta SD, Bedi GK, Kanwar AJ. Coincidence of vitiligo and lichen planus. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 1997; 63(4):248-9.
3. Sardana K, Sharma RC, Koranne RV, Mahajan S. An interesting case of colocalization of segmental lichen planus and vitiligo in a 14-year-old boy. Int J Dermatol. 2002;41(8):508-9. [Crossref] [PubMed]
4. Ujjie H, Sawamura D, Shimizu H. Development of lichen planus and psoriasis on lesions of vitiligo vulgaris. Clin Exp Dermatol. 2006;31(3):375-7. [Crossref] [PubMed]
5. Göktay F, Mansur AT, Aydingöz IE. Colocalization of vitiligo and lichen planus on scrotal skin: a finding contrary to the actinic damage theory. Dermatology. 2006;212(4):390-2. [Crossref] [PubMed]
6. Gül U, Soylu S, Demiriz M. Colocalization of lichen planus and vitiligo associated with selective IgA deficiency. Skinmed. 2007;6(4):202-3. [Crossref] [PubMed]
7. Polat M, Öztaş AP, Yalçın B, Gür G, Tamer E, Ercan H, et al. [Association of vitiligo vulgaris and lichen planus: Case report]. Türkiye Klinikleri J Dermatol. 2007;17(1):63-5.
8. Gupta S, Aggarwal K, Jain VK. Becker nevus with vitiligo and lichen planus: Cocktail of dermatoses. N Am J Med Sci. 2010;2(7):333-5.
9. Baghestani S, Moosavi A, Eftekhari T. Familial colocalization of lichen planus and vitiligo on sun exposed areas. Ann Dermatol. 2013;25(2):223-5. [Crossref] [PubMed] [PMC]
10. Veitch D, Kravvas G, Hughes S, Bunker C. A rare colocalization of lichen planus and vitiligo. Case Rep Dermatol Med. 2015;2015:840193. [Crossref] [PubMed] [PMC]
11. Chan WP, Mackey VT, Sun DK. Telmisartan-induced lichen planus eruption manifested on vitiliginous skin. Cutis. 2017;99(1):E16-E19.
12. Alamri A, Alsenaid A, Ruzicka T, Wolf R. Wolf's isotopic response: Lichen planus patterns on non-segmental muco-cutaneous vitiligo. Eur J Dermatol. 2018;28(2):229-30. [Crossref] [PubMed]
13. Van Geel N, Speeckaert R. Segmental vitiligo. Dermatol Clin. 2017;35(2):145-50. [Crossref] [PubMed]
14. Michalska-Bańkowska A, Skrzypek-Salamon A, Lis-Świąty A. Linear lichen planus along the lines of Blaschko in three adult women: gene-environment interactions. Clin Dysmorphol. 2015;24(4):166-9. [Crossref] [PubMed]
15. Sagi L, Trau H. The Koebner phenomenon. Clin Dermatol. 2011;29(2):231-6. [Crossref] [PubMed]