

# LIKEN PHẪNG

## (LICHEN PLANUS)

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Liken phẳng (LP) là một tình trạng viêm không rõ nguyên nhân của da, niêm mạc, tóc, móng. Thuật ngữ "lichen planus" được mô tả đầu tiên vào năm 1869 bởi Erasmus Wilson.

Tỉ lệ mắc bệnh khoảng 1% dân số chung, không có sự khác biệt về chủng tộc. Tuổi thường gặp từ 50 đến 60, ít gặp ở người già và trẻ em. Không có sự khác biệt về giới tính (nữ thường xảy ra từ 50 đến 60 tuổi, nam thường sớm hơn).

Liken phẳng được đặc trưng bởi 5P: Papule, Polygonal, Purple, Planar, Pruritus (sẩn, đa giác, màu tím, phẳng, ngứa). Tồn thương niêm mạc gặp ở 75% trường hợp, đặc biệt là ở miệng.

### 2. NGUYÊN NHÂN VÀ SINH BỆNH HỌC

Nguyên nhân và sinh bệnh học của LP chưa rõ. Người ta cho rằng LP là do miễn dịch qua trung gian tế bào lympho T tác động lên các tự kháng nguyên là tế bào đáy thượng bì. Sự biến đổi kháng nguyên đích có liên quan đến các yếu tố như sau:

- Virus: HCV được xem là virus có liên quan đến LP.
- Vaccines: sự xuất hiện LP sau khi tiêm các loại vaccines HBV.
- Vi khuẩn: vai trò của *Helicobacter pylori*.
- Dị ứng nguyên tiếp xúc: răng giả bằng kim loại có liên quan đến LP ở miệng, 95% LP miệng lành sau khi lấy răng giả bằng kim loại ra.
- Thuốc: ức chế men chuyển angiotensin, lợi tiểu thiazide, kháng sốt rét, quinidine, NSAID, vàng...
- U tân sinh
- Stress: LP khởi phát và nặng lên có liên quan đến stress.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Triệu chứng cơ năng

- Hầu hết các trường hợp đều có ngứa, từ ít đến nhiều. Thở phi đại và toàn thân thường rất ngứa.

- Cảm giác rất bỏng, đau khi các thương tổn ở niêm mạc bị trợt, loét.

### 3.2. Triệu chứng thực thể

#### 3.2.1. Thương tổn da

- Sản nhỏ, đường kính  $\approx$  2-10mm, đỉnh phẳng, hình đa giác, màu đỏ hồng đến tím, giới hạn rõ, thâm nhiễm, một vài sản có rốn lõm. Bề mặt thương tổn hơi bóng hoặc trong suốt có những vạch trắng ngang dọc tạo thành mạng lưới gọi là lưới Wickham, những sản này có thể liên kết thành mảng lớn hơn. Thương tổn mới nổi có màu hồng sau đó chuyển sang màu tím. Khi lành có thể để lại sạm da trong nhiều năm. Các thương tổn của LP thường phân bố hai bên và đối xứng.
- Vị trí thường gặp nhất ở mặt gập cẳng tay, cổ tay, mu bàn tay, trước cẳng chân, bên cổ, đùi và phần dưới của lưng. Mặt, lòng bàn tay, bàn chân hiếm gặp thương tổn LP.
- Hiện tượng Koebner thường thấy trong LP, là những sản theo đường do sang chấn hoặc do cào gãi

#### 3.2.2. Thương tổn niêm mạc

- Vị trí: có thể gặp ở bất kỳ niêm mạc nào, thường gặp nhất là ở niêm mạc miệng.
- Các hình thái của tổn thương niêm mạc:
  - Đặc trưng: vết trắng, xanh nhạt, hình lá dương xỉ hay hình mạng lưới hoặc có bờ như viền khăn ren ở mặt trong má trên lưỡi.
  - Những vết trắng, tròn, nhân đường kính khoảng 5mm.
  - Những đái trắng như men vẩy ngang qua lưỡi hoặc những chấm nhỏ li ti phủ trên đầu các gai lưỡi.
  - Niêm mạc bị trợt có mụn nước, bóng nước.
  - + Những sản tròn nhỏ, trắng đứng riêng rẽ hoặc gom thành nhóm.
  - + Những sản sắp xếp thành hình vòng hoặc những sọc trắng ở quy đầu. Âm hộ, âm đạo, hậu môn thương tổn có màu trắng, ẩm ướt.

### 3.3. Mô bệnh học

Tầng sừng không kèm á sừng, tầng sinh khu trú trong lớp tế bào hạt, tầng gai không đều với hình ảnh răng cưa, thoái hóa lỏng lớp đáy, thâm nhiễm lympho dạng band ở vùng nổi bị thương bị. Tế bào keo hiện diện ở phần thấp của thượng bì hay bì nông. Các không bào trong

lớp tế bào đáy kết hợp nhau tạo thành ranh giới nhỏ giữa thượng bì và bì. Thường không có sự kiểm soát sắc tố với tế bào melanophage trong bì.

### 3.4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu đặc trưng: ngứa, sẩn đa giác, phẳng, màu tím, lưới Wickham, vị trí chọn lọc. Những trường hợp không điển hình cần sinh thiết.

## 4. DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

Diễn tiến không thể đoán trước được, bệnh kéo dài trong 1-2 năm, nhưng cũng có thể trở thành mạn tính, tái phát qua nhiều năm. Thời gian tùy thuộc vào mức độ, hình thái, vị trí của thương tổn. Phát ban toàn thân có xu hướng lành một cách tự nhiên nhanh hơn những thương tổn giới hạn. Liken phẳng nang lông là một trong những dạng diễn tiến mạn tính, tốc độ khả năng mọc sau giai đoạn nhiễm trùng và hủy nang lông. Thể phi đại thường kéo dài và liên tục. Thương tổn miệng không lành tự nhiên và kéo dài khoảng 5 năm. Các dạng khác có tiên lượng tốt hơn so với dạng nốt lờ thường không lành tự nhiên.

Thời gian được sắp xếp từ ngắn nhất đến dài nhất: toàn thân, da, da+niêm mạc, niêm mạc, phi đại, nang lông. Tái phát xảy ra khoảng 15-20% các trường hợp và có xu hướng xảy ra ở vị trí ban đầu.

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1. Điều trị liken phẳng ở miệng (xem Bảng 1)

### 5.2. Điều trị liken phẳng ở da (xem Bảng 2)

### 5.3. Điều trị phối hợp

- Điều trị tình trạng nhiễm trùng hoặc nhiễm nấm phối hợp (nếu có).
- Giảm ngứa: Antihistamin, bạt sừng: Pde Sali, chắm AL.
- Khám nha khoa loại bỏ các vật liệu phục hồi nha bằng amalgam, vàng thay thế bằng composite.
- Nâng tổng trạng trong các trường hợp LP ở miệng nốt lờ gây đau, ăn uống kém.

### 5.4. Theo dõi điều trị

- Diễn tiến bệnh, các bệnh lý phát sinh trong quá trình điều trị như nhiễm trùng, nhiễm nấm...
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc steroids tại chỗ (teo da, mất sắc tố, nhiễm nấm tại chỗ...), steroids toàn thân (CHA, tăng đường huyết...).

- Theo dõi tác dụng phụ của các thuốc ức chế miễn dịch bằng các xét nghiệm: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận...

#### 6. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu đây là một bệnh lý kéo dài và có thể tự khỏi sau một thời gian.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, thân thể, cắt ngắn móng tay, tránh cào gãi nhiều.
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, tránh dùng các thuốc có khả năng gây LP do thuốc như ức chế men chuyển Angiotensin, NSAID, lợi tiểu Thiazide...
- Uống thuốc, tái khám theo hẹn hoặc khi phát hiện các dấu hiệu bất thường.

#### 7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tetsuo Shiohara, Yoko Kano (2012). Lichen Planus and Lichenoid Dermatoses, *Dermatology*, 3<sup>rd</sup> edition, Elsevier Saunders, pp.183-202.
- Daoud MS, Pittekow MR (2012). Lichen Planus, *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 8<sup>th</sup> edition, Mc Graw Hill, pp.296-312.

**Bảng 1. Điều trị liken phẳng ở miệng**

|                   | Tại chỗ  |                             | Toàn thân                        |                                     |
|-------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
|                   | Steroids mạnh (Clobetasol, Fluocinolone acetonide) | 4-6 lần/ngày                | Corticoids (Prednisone)          | 30-80mg/ngày x 3-6 tuần             |
|                   | Tacrolimus   | 1-4 lần/ngày                | Etretinate                       | 75mg/ngày                           |
| Lựa chọn đầu tiên | Pimecrolimus                                       | 1-4 lần/ngày                | Acitretin                        | 25-50mg/ngày x 8 tuần               |
|                   | Tretinoin gel                                      | 2 lần/ngày                  | Isotretinoin                     | 20-40mg/ngày                        |
|                   | Isotretinoin gel                                   | 2 lần/ngày                  |                                  |                                     |
|                   | Lidocain   | Giảm đau                    |                                  |                                     |
|                   | Steroids trong thương tổn                          | 5-40mg/ml                   |                                  |                                     |
|                   | Cyclosporine súc miệng                             | 2-4 lần/ngày                | Hydroxy chloroquine (thận trọng) | 50-200mg/ngày x 6 tháng             |
|                   | Rapamycine bôi tại chỗ                             | 1mg mlx2 lần/ngày x 3 tháng | Cyclosporine                     | 3-10mg/kg/ngày                      |
| Lựa chọn thứ 2    |  |                             | Alefacept                        | 15mg/tuần x 12tuần                  |
|                   |  |                             | Thalidomide                      | Khởi đầu 50mg có thể tăng đến 200mg |
|                   |  |                             | Azathioprine, Methotrexate,      | Liều thay đổi                       |
|                   |  |                             | Cyclophosphamide                 |                                     |
|                   |  |                             | Mycophenolate mofetil            |                                     |

**Bảng 2. Điều trị liken phẳng ở da**

|                   | Tại chỗ                   | Ánh sáng         | Toàn thân                              |
|-------------------|---------------------------|------------------|--|
| Lựa chọn đầu tiên | Steroids mạnh             | 1-2lần ngày      | Psoralen+UVA                           |
|                   | Steroids trong thương tổn | 5-20mg/ml        | UVB dải hẹp                            |
|                   | Tacrolimus                | Liều thay đổi    | UVB dải rộng                           |
|                   | Pimecrolimus              | Liều thay đổi    | Steroids                               |
|                   |                           |                  | Etretinate                             |
| Lựa chọn thứ 2    |                           |                  | Acitretin                              |
|                   |                           |                  | Isotretinoin                           |
|                   |                           |                  | Cyclosporine                           |
|                   |                           |                  | Dapsone                                |
|                   |                           |                  | Hydroxy chloroquine                    |
| Dạng đặc biệt     |                           |                  | Azathioprine                           |
|                   |                           |                  | Mycophenolate mofetil                  |
|                   |                           |                  | Doxycyclin, tetracycline, nicotinamide |
|                   |                           |                  | Metronidazole                          |
|                   |                           |                  | Interferon- $\alpha$ 2b                |
|                   |                           | Cyclophosphamide |  |
|                   |                           | Methotrexate     |  |