

## رابطه لیکن پلان دهانی با علائم گوارشی

**زمینه:** ناراحتی‌های گوارشی به‌دنبال درگیری سیستم گوارشی Oral lichen planus (OLP) یکی از مشکلات این بیماران است و برای رد احتمال بدخیمی (5-1%) علائم گوارشی باید بررسی شوند. با توجه به خلأ و تناقضات اطلاعاتی در مورد ارتباط لیکن پلان دهانی با علائم گوارشی، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین لیکن پلان دهانی با علائم گوارشی در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان پوست رازی تهران انجام شد.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر با طراحی مورد شاهدهی و استفاده از ابزارهای مشاهده، معاینه و در صورت لزوم بیوپسی، روی 50 بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی و 50 نفر گروه شاهد انجام شد. افراد از نظر سن، جنس، مصرف سیگار و الکل و عدم وجود سابقه بیماری سیستمیک تشخیص داده شده، مشابه‌سازی شدند. علائم گوارشی شامل دیسفاژی، اودینوفاژی، Flatus، درد گرسنگی و سوزش سردل بررسی شد. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف انجام شد. پس از تحلیل داده‌ها نتایج با نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری کای دو، Exact fisher و T-student انجام شد. یافته‌ها: از میان 50 نفر مورد، 32 نفر (64%) علائم گوارشی داشتند و فقط 16 نفر (32%) از گروه شاهد دارای این علائم بودند. شایع‌ترین علامت‌ها، درد گرسنگی (28%) و سوزش سردل (28%) بود. تفاوت فراوانی علائم گوارشی بین دو گروه مورد و شاهد معنادار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** علائم گوارشی را می‌توان حتی جزئی از تظاهرات بیماری لیکن پلان و OLP دانست. با شناخت علائم گوارشی در OLP می‌توان با درمان به‌موقع از انسداد دستگاه گوارش و خطر بدخیمی جلوگیری کرد.

**کلیدواژه‌ها:** لیکن پلان دهانی، علائم گوارشی، انسداد مری

ماندانا خطیبی

گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی تهران و عضو مرکز تحقیقات جمجمه و فک و صورت واحد دندانپزشکی تهران-دانشگاه آزاداسلامی، تهران، ایران.

ساره خلیفه\*

گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

حسن صیرفی

گروه بیماری‌های پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مسعود دوغایی مقدم

گروه بیماری‌های گوارش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

آتنا اخوان مدرس

گروه دندانپزشکی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

\* **عهده‌دار مکاتبات:** تهران، خیابان پاسداران، خیابان نینستان دهم، پلاک 4، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دندانپزشکی، بخش بیماری‌های

دهان، فک و صورت، تلفن: 09121489051

Email: khsareh@gmail.com

دریافت: 1394/5/31

پذیرش: 1394/11/6

## The relationship between oral lichen planus and gastrointestinal symptoms

**Background:** Gastrointestinal complications, followed by involvement of gastrointestinal tract with oral lichen planus, are one of the problems of the patients with oral lichen planus. Gastrointestinal symptoms should be evaluated to reject malignancy probability (1-5%). Given lack of information and different reported frequencies in Iran and other countries, this study was conducted in order to evaluate the relationship between oral lichen planus and gastrointestinal symptoms in Razi hospital in Tehran.

**Methods:** This case-control study was performed on 50 patients with oral lichen planus and 50 controls by observation, clinical examination and biopsy, if necessary. Both groups were similar in sex, age, smoking, alcohol abuse and lack of systemic diseases. Gastrointestinal (GI) symptoms such as dysphagia, odynophagia, hunger pain, heartburn, flatus, etc. Were evaluated. Data were analyzed by SPSS statistical software using chi-square, Exact Fisher and T-student tests.

**Results:** Of 50 cases (OLP), 32(64%) patients and among 50 controls, 16 (32%) patients were found to have GI symptoms. Hunger pain (18%) and heartburn (18%) were the most common symptoms. Also, there was a significant difference in the prevalence of gastrointestinal symptoms between the two groups ( $P < 0.005$ ),

**Conclusion:** Gastrointestinal complications can be a part of manifestations of lichen planus and OLP. Knowledge of gastrointestinal symptoms in OLP patients can be helpful in preventing the G.I tract obstruction and malignancy by on time treatment.

**Keywords:** Oral lichen planus (OLP), Gastrointestinal (GI) symptoms, esophageal obstruction

Mandana Khatibi

Dept. of Oral and Maxillofacial Diseases, Islamic Azad university, Dental branch, Tehran, Iran. Member of Craniomaxillofacial research center, Tehran Dental branch., Islamic Azad university, Tehran, Iran

Sareh Khalifeh

Dept. of Oral and Maxillofacial disease, Islamic Azad University, Dental branch, Tehran, Iran

Hasan Seirafi

Dept. of Skin disease, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Masoud Dooghaee Moghadam

Dept. of Gastrointestinal Diseases, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Atena Akhavan Modares

Dept. of General Dentistry, Tehran Islamic Azad University, Tehran, Iran

\*Corresponding author:

Dept. of oral and maxillofacial diseases, Islamic Azad university, dental branch, Tehran, Iran  
E-mail: khsareh@gmail.com  
Tel: +989121489051

Received: 22 August, 2015

Accepted: 26 January, 2016

## مقدمه

لیکن پلان یک بیماری پوستی مخاطی مزمن با اتیولوژی ناشناخته است. این بیماری می تواند حفره دهان را درگیر کند. در بسیاری از موارد گرفتاری مخاط دهان تنها نشانه و یا اولین نشانه بیماری است (3-1).

ضایعات مخاطی حداقل در 2/2 درصد موارد لیکن پلان روی می دهد. این ضایعات در مخاط باکال، زبان، لبها، لته، کام و لوزهها، فارنکس و همچنین سیستم گوارشی از مری تا روده و مخاط آنال و ژنیتال (شایع ترین مخاط خارج دهانی درگیر) یافت شده اند (4).

یکی از مشکلات بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی ناراحتی های گوارشی می باشد که به دنبال درگیری سیستم گوارشی دیده می شود (2 و 5). در تحقیقی که در سال 2003 در امریکا انجام شد 15 درصد بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی دارای علائم گوارشی بودند (6). طبق نتایج حاصل از یک مطالعه که در سال 2002 در ترکیه به انجام رسید در 20 بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی (OLP) 20 درصد علائم گوارشی یافت شد. این علائم شامل درد گرسنگی (Hunger pains)، دیسفاژی، گازهای موجود در دستگاه گوارش (flatus)، گاستریت، ازوفازیت، ورم روده (bulbitis)، زخم مزمن روده بزرگ و اختلال در کارکرد دریچه تحتانی مری (4) بود.

در مطالعه دیگری که در سال 1993 در هند صورت گرفت 76/2 درصد بیماران مبتلا به لیکن پلان دارای علائم گوارشی بودند. این بررسی بر روی بیماران لیکن پلانی صورت گرفت که حدوداً 61/9 درصد مبتلا به ضایعات دهانی بودند. مهم ترین تظاهرات، گاستریت و ازوفازیت بود (7). تحقیق دیگری در سال 2006 نشان داد که درگیری مری با لیکن پلان اغلب بدون علامت است و عنوان شد که بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی باید از لحاظ علائم گوارشی بررسی شوند تا امکان درگیری مری آنها رد گردد (8). تشخیص و شناسایی این علائم به دلیل احتمال بدخیمی و انسدادهای دستگاه گوارش اهمیت دارد (احتمال ایجاد SCC: 5-1٪) و لزوم

دارو درمانی با استروئید را جهت علائم و مشکلات ناشی از آن می طلبد (8 و 9).

با شناخت علائم گوارشی در بیماران لیکن پلان دهانی و تأیید علائم با بررسی اندوسکوپی و پاتولوژیک به نفع لیکن پلان، می توان با استروئید تراپی به موقع از تنگی و انسداد در دستگاه گوارش و خطر بدخیمی احتمالی که به میزان 5-1٪ ذکر شده جلوگیری کرد (10-8).

با توجه به این که فراوانی علائم گوارشی در افراد مبتلا به لیکن پلان دهانی به طور علمی در ایران بررسی نشده و خلأ اطلاعاتی در این زمینه وجود دارد مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه لیکن پلان دهانی با علائم گوارشی در مراجعین بخش پوست بیمارستان رازی تهران انجام شد. با توجه به تحقیقاتی (1، 3 و 5) که دیسفاژی پیشرونده در مبتلایان به لیکن پلان را علامتی از درگیری مری دانسته اند این پرسش علمی پیش می آید که آیا مبتلایان به لیکن پلان دهانی، علائم و نشانه های گوارشی بیشتری از افراد بدون بیماری به نمایش می گذارند؟ آیا این علائم و نشانه ها حکایت از درگیری سیستم گوارشی به ویژه مری با لیکن پلان دارند؟

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر به روش مورد-شاهدی طراحی و اجرا شد. برای جمع آوری داده ها از مشاهده، معاینه کلینیکی، تکمیل فرم اطلاعاتی (از طریق پرسش از بیمار و مراجعه به پرونده پزشکی) و در صورت لزوم بیوپسی استفاده شد.

جامعه مورد بررسی کلیه بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی بودند که تشخیص بیماری آنها بر اساس معاینه کلینیکی و در صورت لزوم بیوپسی صورت انجام شده بود. گروه شاهد واجدین شرایط مراجعه کننده به بخش پوست بیمارستان رازی تهران در سال 88-1387 را شامل گردید که موافقت خود را جهت همکاری با طرح اعلام نمودند. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد و حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت روی 15 نفر (7 نفر

و از جهت سن، جنس و مصرف سیگار و الکل با گروه مورد همسان بودند.

جهت بررسی علایم گوارشی و متغیرهای سن، جنس، مصرف داروهای درمانی موضعی لیکن پلان دهانی، مصرف سیگار یا سایر انواع دخانیات، مصرف الکل، نوع لیکن پلان دهانی و محل بروز لیکن پلان دهانی پس از مشاوره با متخصص گوارش، پرسش‌های فرم اطلاعاتی با بیماران مطرح شد.

علایم گوارشی که در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی بیشتر گزارش شده و در این تحقیق نیز مورد توجه قرار گرفتند شامل Flatus، Odynophagia، Dysphagia، Melena، Hunger pain و Hematemesis بودند.

کلیه علایم ذکر شده حتی اگر یک بار و ظرف چند روز اخیر وجود داشت غیرطبیعی و مثبت تلقی گردید. تنها در مورد دفع گاز از مقعد بیش از 10-12 بار در روز در افراد عادی، غیرطبیعی محسوب شد (11-13).

کلیه افراد جامعه مورد بررسی در مورد علایم ذکر شده به کمک توضیحات ارائه شده توسط مجری تحقیق ابتدا توجه می‌شدند، سپس نتیجه پرسش از آنان در فرم اطلاعاتی ثبت می‌گردید. پس معیار ثبت علایم، پرسش از بیمار و شکایت او از علایم یاد شده بود.

تمام افراد گروه مورد و شاهد واجد شرایط به گونه‌ای مشابه، مورد بررسی قرار گرفتند.

لازم به ذکر است تعیین افراد سیگاری و غیرسیگاری در دو گروه بنا بر تعریف انجمن بین‌المللی مبارزه با سل و بیماری‌های ریوی صورت گرفت. براین اساس سیگاری به شخصی گفته شد که در یک ماه اخیر 100 نخ سیگار یا بیشتر استفاده کرده باشد. این مصرف می‌تواند گاه‌به‌گاه یا حتی در عرض یک تعطیلی آخرفهفته باشد (14).

پس از ثبت خصوصیات نمونه‌ها در فرم اطلاعاتی، اطلاعات جمع‌آوری شده، طبقه‌بندی گردید. جهت تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 11 و آزمون‌های Chi square/Exact Fisher و T-student استفاده شد.

شاهد و 8 نفر مورد) و دارا بودن علایم گوارشی در گروه شاهد به میزان 25 درصد و در گروه مورد به میزان 70 درصد و با توان آزمون 90 درصد و میزان خطای 5 درصد، 50 نفر از هر گروه مورد و شاهد (جمعاً 100 نفر) تعیین گردید.

پس از اخذ مجوز جهت اجرای تحقیق به بیمارستان رازی تهران مراجعه شد و پس از انتخاب نمونه‌هایی که دارای پرونده ابتلا به لیکن پلان بوده یا برای اولین مرتبه مراجعه می‌نمودند رضایت‌نامه اعلام همکاری نمونه‌ها در طرح اخذ گردید.

سپس تمام نمونه‌ها به وسیله آبسلانگ یا آینه یک‌بارمصرف دندانپزشکی در زیر نور چراغ قوه برای مشاهده بهتر نمای مخاط دهان، مورد معاینه قرار گرفتند. معیار تشخیص لیکن پلان دهانی حضور خطوط و یک‌هام به‌تنهایی یا همراه با ضایعات سفید کراتوتیک دیگر و وجود ضایعات پاپولر، شبه پلاک، آتروفیک و اروزیو بود، طوری که این ضایعات به‌عنوان عامل ضروری در تشخیص‌های کلینیکی موارد مشکوک به لیکن پلان دهانی مورد توجه قرار گرفت (1). در صورت تردید و عدم کفایت علایم کلینیکی جهت تشخیص با نظر متخصص، بیوپسی از ضایعات دهانی صورت می‌گرفت و تشخیص قطعی داده می‌شد.

گروه مورد در این مطالعه شامل بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی بود که از هیچ دارویی جز داروهای درمانی موضعی لیکن پلان استفاده نمی‌کردند و مبتلا به هیچ بیماری سیستمیک تشخیص داده‌شده‌ای (مانند دیابت، پرفشاری خون و...) نبودند.

گروه شاهد جهت رعایت همزمانی و هم‌مکانی دو گروه مورد و شاهد از بین همراهان بیماران لیکن پلان دهانی انتخاب می‌شدند. این افراد مبتلا به لیکن پلان دهانی و سایر بیماری‌های سیستمیک به‌جز بیماری‌های دستگاه گوارش نبودند، از هیچ دارویی استفاده نمی‌کردند

## یافته‌ها

سوزش سردل بین دو گروه به لحاظ آماری اختلاف معنادار داشتند (به ترتیب  $P < 0/025$  و  $P < 0/01$ ) (جدول 2). از میان 50 بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی 7 نفر (14%) ابتلای پوستی نیز داشتند. فراوانی انواع لیکن پلان دهانی به ترتیب نوع کراتوتیک 35 نفر (70%)، نوع اروزویوآتروفیک 11 نفر (22%) و نوع بولوز 4 نفر (8%) بود. فراوانی لیکن پلان دهانی در افراد مبتلا به علائم گوارشی (32 نفر) نیز به ترتیب OLP کراتوتیک در 20 نفر (62/5%)، نوع اروزویوآتروفیک در 10 نفر (31/25%) و نوع بولوز در 2 نفر (6/25%) بود. در میان این افراد بیشترین ناحیه درگیر، مخاط باکال (27 مورد) (84/37%) بود.

جدول 1- فراوانی علائم گوارشی در مبتلایان به لیکن پلان دهانی و گروه شاهد در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان پوست رازی در سال

1387-88

لیکن پلان دهانی	علائم گوارشی		
	ندارد	دارد	جمع
ندارد (شاهد)	34 (68%)	16 (32%)	50 (100%)
دارد (مورد)	18 (36%)	32 (64%)	50 (100%)
جمع	52	48	100

جدول 2- توزیع فراوانی (درصد) نوع علائم گوارشی به تفکیک گروه لیکن پلان و شاهد در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان پوست رازی تهران در مدت یکسال

لیکن پلان دهانی	علائم گوارشی														
	دیسفاژی		اودینوفازی		گاز موجود در دستگاه گوارشی		درد گرسنگی		سوزش سردل		مدفوع تیره رنگ		استفراغ خونی		
	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد	ندارد	دارد
ندارد	47	3	48	2	48	2	48	45	5	46	4	0	0	0	0
درصد	(94)	(6)	(96)	(4)	(96)	(4)	(96)	(90)	(5)	(92)	(8)	(0)	(0)	(0)	(0)
دارد	41	9	46	4	43	7	36	36	14	36	14	0	0	0	0
درصد	(82)	(18)	(92)	(8)	(86)	(14)	(72)	(72)	(28)	(72)	(28)	(0)	(0)	(0)	(0)
P value	0/1	0/25	0/4	0/025	0/01	0/9	0/9	0/9	0/9	0/9	0/9	0/9	0/9	0/9	0/9

پژوهش حاضر روی 100 نفر (50 نفر مبتلا به لیکن پلان دهانی و 50 نفر گروه شاهد) مراجعه‌کننده به بیمارستان پوست رازی در بازه زمانی یکساله انجام شد. گروه مورد شامل 34 زن (68%) و 16 مرد (32%) با میانگین سنی 50 سال و گروه شاهد شامل 34 زن (68%) و 16 مرد (32%) با میانگین سنی 49 سال بود. فراوانی افراد سیگاری در گروه مورد 2 نفر (4%) و در گروه شاهد 3 نفر (6%) گزارش شد. هیچ‌یک از افراد دو گروه، مصرف الکل را گزارش نکردند. توزیع مبتلایان به لیکن پلان دهانی و گروه شاهد برحسب علائم گوارشی نشان می‌دهد بیمارانی که OLP نداشتند 32 درصد علائم گوارشی داشتند، در حالی که 64 درصد افراد مبتلا به OLP دارای این علائم بودند. آزمون  $\chi^2$  نشان داد این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/005$ ) (جدول 1). یعنی اگر افراد مبتلا به لیکن پلان دهانی باشند میزان بروز علائم گوارشی در آن‌ها 2 برابر بیش از افراد غیرمبتلاست ( $Relative\ Risk = 2$ ). خطر متناسب به لیکن پلان دهانی برای بروز علائم گوارشی 32 درصد برآورد شد ( $Difference\ Risk = 32\%$ ).

توزیع فراوانی (درصد) لیکن پلان دهانی و گروه شاهد آن‌ها به تفکیک نوع علائم گوارشی بیانگر این است که از میان علائم گوارشی، فراوانی درد گرسنگی و

## بحث

در این مطالعه به بررسی رابطه بین لیکن پلان دهانی با علایم گوارشی در 50 نمونه مورد و 50 نمونه کنترل پرداخته شد. براساس نتایج 64 درصد مبتلایان به OLP دارای علایم گوارشی بودند و ارتباطی معنادار میان بروز OLP و علایم گوارشی به دست آمد.

این نتیجه با مطالعات Kanwar و همکاران (7) در سال 1993 در هندوستان مشابه است. در این بررسی، 76/2 درصد از 21 بیمار مبتلا به لیکن پلان دارای علایم گوارشی بودند. به این ترتیب ارتباط معنادار بین وجود لیکن پلان و علایم گوارشی در این پژوهش گزارش شده است.

در تحقیق Hatice sanli و همکاران (4) در سال 2002 در ترکیه بر روی 20 بیمار مبتلا به OLP تنها 20 درصد علایم گوارشی ثبت گردید ولی پس از بررسی‌های اندوسکوپی این آمار افزایش یافت. تفاوت یافته این بررسی با تحقیق حاضر را می‌توان به تفاوت روش بررسی علایم گوارشی (بررسی اندوسکوپی در مقابل پرسش از بیمار در خصوص علایم گوارشی) نسبت داد. در تحقیقی که توسط Fernandez و همکاران (6) در سال 2003 در دانشگاه کلمبیا آمریکا صورت گرفت، 269 بیمار مبتلا به OLP تحت مطالعه retrospective قرار گرفتند. بیماری گوارشی در 15 درصد مبتلایان به OLP گزارش شد. اختلاف این یافته با بررسی حاضر ممکن است ناشی از چگونگی تشخیص علایم گوارشی باشد که در تحقیق Fernandez به خوبی بیان نشده است.

مطالعه Sheehan و همکاران (15) در سال 1986 و Menges و همکاران (16) در سال 2002، Abraham و همکاران (12) در سال 2002، sharma R و همکاران (9) در سال 2008 و Nelson (8) در سال 2006 نیز همگی ارتباط میان OLP با علایم گوارشی را گزارش نمودند. مطالعه حاضر تفاوت علایم گوارشی میان دو گروه مورد و شاهد همسان شده از جهت سن، جنس، مصرف سیگار و الکل را بررسی کرد. ضمناً عدم ابتلا به بیماری

سیستمیک تشخیص داده شده و مصرف دارو (جز داروهای درمانی موضعی لیکن پلان) از شرایط ورود به مطالعه بود. چنین شرایطی در هیچ یک از بررسی‌های قبلی (4، 6 و 7) رعایت نگردیده و از آنجا که عوامل مداخله‌گر قادر به مخدوش کردن نتایج مطالعه می‌باشند و همچنین علایم بیماری‌های گوارشی در جمعیت غیرمبتلا به OLP نیز گزارش می‌شوند، لزوم پژوهشی به‌روش مورد-شاهدی احساس گردید.

علایم مورد توجه مطالعه حاضر دیسفاژی، اودینوفاژی، گازهای موجود در دستگاه گوارش (Flatus)، درد گرسنگی، سوزش سردل، مدفوع قیری رنگ و شل و استفراغ خونی بود. در این میان تفاوت معنادار در مورد سوزش سردل و درد گرسنگی بین دو گروه مورد و شاهد وجود داشت.

در تحقیق hatice sanli و همکاران (4) نیز درد گرسنگی شایع‌ترین شکایت گوارشی بود. Nelson (8) دیسفاژی و اودینوفاژی را شایع‌ترین علامت بین نمونه‌ها گزارش کرد. از علل احتمالی این اختلاف می‌توان به تفاوت جوامع مورد بررسی از جهت نژادی و گستره جغرافیایی و چگونگی روش جستجوی علایم گوارشی و حجم نمونه اشاره نمود.

بدیهی است اگر نمونه‌ها با روش بررسی دیگری مانند بیوپسی اندوسکوپی برای یافتن علایم گوارشی جستجو شوند نتایج متفاوتی حاصل گردد.

در مطالعه ما بیشترین نوع OLP در دارندگان علایم گوارشی نوع کراتوتیک و شایع‌ترین ناحیه درگیر، مخاط باکال بود. در سایر تحقیقات (4، 6 و 7) به چنین یافته‌هایی اشاره نشده و تنها خصوصیات جمعیت‌شناختی OLP گزارش شده است.

ضمناً توزیع سنی و جنسی مبتلایان به لیکن پلان در تحقیق حاضر با یافته‌های سایر تحقیقاتی که به آن‌ها پرداخته شد تقریباً یکسان بود.

در مجموع گرچه لیکن پلان اختلالی شناخته شده توسط درماتولوژیست‌هاست ولی گزارشات درگیری مری

هیستولوژیک نمونه‌های گرفته شده از طریق اندوسکوپی دستگاه گوارش جهت اثبات درگیری سیستم گوارشی با بیماری لیکن پلان مورد نیاز است. بروز بیشتر علائم گوارشی در OLP باید دندانپزشکان و پزشکان را به پرسش و جستجوی این علائم در مبتلایان متوجه سازد، چرا که یافتن برخی نشانه‌های گوارشی در مراحل اولیه می‌تواند از طریق آغاز سریع‌تر درمان، در پیشگیری از بروز انسداد در دستگاه گوارش و بدخیمی احتمالی متعاقب بیماری مؤثر باشد.

با این بیماری اندک می‌باشد. به همین خاطر لیکن پلان مری مکرراً تشخیص داده نشده باقی می‌ماند. تأخیر میان آغاز علائم بیماری و تشخیص صحیح می‌تواند به بروز عواقب جبران‌ناپذیر منتهی گردد (17 و 18).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر بر فراوانی بیشتر علائم گوارشی در مبتلایان به OLP نسبت به گروه شاهد سالم دلالت دارد. بررسی‌های گسترده‌تر همراه با ارزیابی

### References

- Glick M, Feagans chair WM. Burket's oral medicine: diagnosis & treatment. 12<sup>th</sup> ed. People's Medical publishing house. 2015:104.
- Nielsen JA, Law RM, Fiman KH, Robert CA. Esophageal lichen planus: a case report and review of the literature. World J Gastroenterol. 2013;19(14):2278-81.
- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: A comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. Scientific World J. 2014; 742826
- Sanli H, Cetinkaya H, Tursten U. Upper gastrointestinal in oral lichen planus. Turk J Gastroenterol. 2002; 13(1):31-4.
- Goñi Esarte, Arñn Letamendía A, Vila costas JJ, Jiménez Pérez FJ, Ruiz-Clavijo Garcia D, Carrascosa Gil J. et al. [Rituximab as rescue therapy in refractory esophageal lichen planus (Spanish)]. Gastroenterologia Y Hepathologia. 2013; 36(4):264-7.
- Fernandez R. [3076 characteristics of ,and risk indicator for ,oral lichen planus (OLP) in a south London population (English)]. thesis for DDS: Columbia school of dentistry and oral surgery.kings college U.K 2003;3-20
- Kanwar A , singh K , Dhar S .[ Involvement of upper gastrointestinal tract in lichen planus : an endoscopic study (English)] indian Journal of Dermatology 1993 ;38(4) :67-70 .
- Nelson R.Esophageal lichen planus often asymptomatic(English).[ oct 2006].Availabale at:URL: <http://www.edermatologynews.com/home/article/esophageal-lichen-planus-often-asymptomatic>
- Sharma R, Madhusudhan KS. [Esophageal lichen planus: A case report and review of literature (English)].Indian j Dermatol 2008; 53:26-27.
- Manna R, Garcovich S, Giovinale M, Marinaro A, Manqanellic, Zampetti A, Felicianic C.[Systemic complications of esophageal lichen planus.English] Int Immunopathol Pharmacol 2013 Apr-Jun; 26(2): 575-8
- Fauci A , Hauser S , lango D , Jameson J ,Loscalzo J , Kasper D , Brownwald E .[Harrison's principles of internal medicine .English]18<sup>th</sup> ed. U.S.A:MC Grow-Hill companies ;2008 .vol 1 :237-244 .
- Abraham S , Ravich W , Anhalt G , Yardley J , Wu T .[ Esophageal lichen planus : case report and review of literature (English)]. Am J sury pathol 2000 Dec; 24 (12):1678-82.
- Tack J. [Functional gastroduodenal disorders (English)]. J of Gastroentrolgy 2006; 130(1):1466.
- Karen S.[Tobacco control and prevention (English)] Paris France International union against tuberculosis and lung disease a founding member of INGCAT 1998 ;27 .
- Sheehan Dare RA, cotterill JA, simmons AV. [Esophageal Lichen planus (English)] Br J Dermatol 1986; 115(6):729-30.
- Menges M, Hohloch K, Pueschel W, stallmach A. [lichen planus with esophageal involvement, A case report and review of the literature. (English)]. Digestion J 2002; 65:184-189.
- Oliveira JP, Uriba NC, Abulafia LA, Quintella LP. [Esophageal lichen planus (English)]. An. Bras.Dermatol.2015; 90( May/June ):365-39
- Habif T. [Clinical dermatology, Acolor Guide to Diagnosis and therapy (English)].6<sup>th</sup>ed. Elsevier.2015;250